



Bericht

der Landesregierung

Ergänzungsbericht zum Stand der Diabetes-Erkrankungen in Schleswig-Holstein sowie zu den präventiven und nachhaltigen Maßnahmen zur Krankheitseindämmung

**Zwischenbericht zur
Landes-Präventionsinitiative
Diabetes mellitus Typ 2**

Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung (MSGWG) bedankt sich ausdrücklich bei den Mitgliedern der AG Diabetes und allen weiteren Beteiligten für die zielorientierte, konstruktive Mitarbeit zur Erstellung des Ergänzungsberichts. Besonderer Dank gebührt Herrn Professor Dr. Morten Schütt, der mit großem Engagement den Bericht erstellt hat.

Berichterstatter

AG Diabetes am Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein

Aktuelle Leitung der AG durch

- Prof. Dr. Morten Schütt / Schleswig-Holsteinische Gesellschaft für Diabetes

Mitglieder

- Dr. Stephanie Kolhoff und Dr. Jochen Thies / Medizinischer Dienst der Krankenkassen, MDK Nord
- Dr. Monika Schliffke und Aenne Villwock / Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
- Angelika Forster, Ursel Kemper und Thomas Haeger / AOK NORDWEST
- Jörg Brekeller / vdek-Landesverband Schleswig-Holstein
- Ellen Pahling / IKK - Nord
- Dr. Thomas Friedrich / Apothekerverband Schleswig-Holstein e.V.
- Martin Lange / Deutscher Diabetiker Bund ddb Schleswig-Holstein
- Dr. Joachim Oldenburg / Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital Flensburg / regionales Krankenhaus
- Dr. Carsten Petersen / Diabetes-Schwerpunktpraxis Schleswig
- Dr. Simone von Sengbusch / UKSH Campus Lübeck / pädiatrische Diabetologin

- Heinz-Jürgen Bergmann, Dr. Ulrike Schubert, Insa Meister und Dr. Karen Loew / MSGWG
- Dr. Martin Willkomm / DRK Krankenhaus Marli Lübeck Geriatriezentrum / Landesverband Geriatrie Schleswig-Holstein

Die Berichterstattung haben durch fachliche Beiträge unterstützt:

- Dr. Petra Schulze-Lohmann / Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE)
- Dr. Elfi Rudolph / Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (LVGFSH)
- Doris Scharrel / Berufsverband der Frauenärzte e.V. Schleswig-Holstein
- Irene Böhme und Freya Körner / Gesundheitsamt Lübeck
- Dörte Reimers / Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig- Holstein (IQSH)

- Fachliche Begleitung im MSGWG durch:
Dr. Renée Buck Abteilungsleitung / Gabriele Schade / Petra Gollnick / Martina Hamann / Bettina Küpper / Sandra Storch / Irene Michels

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 1. | Vorwort | 6 |
| 2. | Regionale Versorgungsdaten | 9 |
| 2.1. | Diabetes-Prävalenz und Besonderheiten in Subgruppen | 9 |
| 2.1.1. | Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen 0 - 18 Jahre in Schleswig-Holstein - Verlaufsbeobachtung 2012 – 2014 | 9 |
| 2.1.2. | Diabetes mellitus bei Einschulungsuntersuchungen in Schleswig-Holstein, Schuljahr 2013 / 2014 | 18 |
| 2.1.3. | Bericht an die Kostenträger zur Qualitätssicherung für das Jahr 2013/14 im Rahmen der Gestationsdiabetes- Vereinbarung | 19 |
| 2.1.4. | Hauptdiagnose Diabetes mellitus im Krankenhaus – Anzahl der Behandlungen und Verweildauer (nach InEK GmbH) | 27 |
| 2.1.5. | Hauptdiagnose und Nebendiagnose Diabetes mellitus im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein | 28 |
| 2.1.6. | Umfrage des Landesverbandes Geriatrie zur Diabetes- Prävalenz an geriatrischen Klinikstandorten in Schleswig- Holstein | 28 |
| 2.1.7. | Diabetesbericht der AOK NORDWEST für Schleswig-Holstein 2010 – 2013 | 30 |
| 2.2. | Versorgungsstrukturen | 33 |
| 2.2.1. | Ausgaben für Antidiabetika | 33 |
| 2.2.2. | Teilnahme an Disease-Management-Programmen - Patienten | 35 |
| 2.2.3. | Teilnahme an Disease-Management-Programmen - Ärzte | 36 |
| 2.2.4. | Diabetologische Schwerpunktpraxen | 36 |
| 2.2.5. | Fortbildung Ärzte | 37 |
| 2.2.6. | Schleswig-Holsteinische Gesellschaft für Diabetes | 37 |
| 2.2.7. | Diabetesberatungs- und Schulungsberufe | 38 |
| 2.2.8. | Qualitätszirkel und diabetologische Arbeitskreise | 38 |
| 2.2.9. | Selbsthilfegruppen | 39 |

| | | |
|-----------|--|----|
| 3. | Grundlagen der Früherkennung und Prävention | 40 |
| 3.1. | Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene (U35) | 40 |
| 3.2. | Ergebnisse Schuleingangsuntersuchungen – Übergewicht / Adipositas | 40 |
| 3.3. | Bestandsaufnahme zur Versorgung von Menschen mit Diabetes in Kliniken in Schleswig-Holstein | 44 |
| 3.4. | Beispielhafte Projekte | 46 |
| 3.4.1. | Aktivitäten der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung zum Themenfeld „Bewegung und Ernährung“ | 46 |
| 3.4.2. | Fortbildungsreihe „Diabetes in der Schule - so geht's!“ | 50 |
| 3.4.3. | Schulung in Kita und Grundschule vom MDSH Förderverein: direkt, zeitnah zur Manifestation, individuell | 51 |
| 3.4.4. | Kinderdiabetes-Lotsin | 52 |
| 3.4.5. | Mobile Diabetesschulung Schleswig-Holstein | 53 |
| 3.4.6. | „ab heute anders – aha!2.0 erstmaliger Vertrag zur Diabetes Typ 2-Vorsorge“ | 54 |
| 3.4.7. | Gesundheitsprojekt MiMi (mit Migranten für Migranten) | 55 |
| 3.4.8. | Der Integrierte Vertrag „Diabetisches Fußsyndrom“ | 56 |
| 4. | Handlungsempfehlungen für die Landes- Präventionsinitiative Diabetes mellitus Typ 2 | 59 |
| 4.1. | Landes-Präventionsinitiative Diabetes mellitus Typ 2 - Projektgruppen | 59 |
| 4.2. | Bundesratsinitiative Nationaler Diabetesplan | 73 |
| 4.3. | Diabetes-Surveillance | 74 |
| 5. | Zusammenfassung | 75 |

1. Vorwort

Der Bericht aus dem Jahr 2013 (Drucksache 18/694) „Zum Stand der Diabetes-Erkrankungen in Schleswig-Holstein sowie zu den präventiven und nachhaltigen Maßnahmen zur Krankheitseindämmung“ stellt erstmalig umfassend die Situation dar. Daran anknüpfend hat der Schleswig-Holsteinische Landtag den Beschluss gefasst, eine Landes-Präventionsinitiative Diabetes mellitus Typ 2 (Drucksache 18/1597 vom 13.02.14) zu erarbeiten und hiermit das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung (MSGWG) beauftragt.

Auf der Basis der in der Beschlussfassung genannten Kriterien hat das MSGWG die seit 1990 bestehende Diabetes-AG gebeten, geeignete Maßnahmen und Projekte zur Prävention von Diabetes mellitus Typ 2 zu entwickeln. Unter der Leitung von Prof. Dr. Morten Schütt sowie weiterer im Land tätigen Initiativen, Selbsthilfegruppen, Patientenverbände und Fördervereine legt die AG Diabetes ihre Empfehlungen in dem nun vorliegenden Bericht vor. Dabei wurde überprüft, wie weit vorhandene Präventionsmaßnahmen bestehen, vernetzt oder ausgebaut werden müssen.

Die Beschlussempfehlung beinhaltet zudem eine Überarbeitung des Berichtes aus dem Jahr 2013, der im Wesentlichen Daten bis Ende 2012 berücksichtigte. In dem nun vorliegenden Ergänzungsbericht kommt die AG Diabetes dem Beschluss nach und führt den ersten Bericht aus dem Jahr 2013 fort. In erster Linie werden Daten und Informationen aus Schleswig-Holstein bis einschließlich 2014 berichtet, Trends thematisiert sowie Initiativen und Projekte vor Ort dargestellt.

Von der International Diabetes Federation wurde für das Jahr 2014 eine weitere Zunahme der Anzahl an Menschen mit einem manifesten Diabetes auf ca. 387 Millionen weltweit angegeben. Im Jahr 2030 sollen zusätzlich 205 Millionen Menschen einen manifesten Diabetes aufweisen. Es wird betont, dass über 45% der Menschen nicht wissen, dass ein manifester Diabetes vorliegt und vor allem hier ein hohes Risiko für frühzeitige und schwerwiegende Folgeschäden sowie eine erhöhte Mortalität bestehen. Weiterhin wurde angegeben, dass im Jahr 2014 4,9 Millionen Menschen aufgrund eines Diabetes verstorben sind. Dem steht gegenüber, dass 2014 weltweit 612 Milliarden US Dollar im Zusammenhang mit Diabetes ausgegeben wurden (entsprechend 1 von 9 US Dollar im Gesundheitswesen insgesamt; www.idf.org).

Sämtliche o.g. Daten beinhalten in erster Linie Zahlen für den Typ 2 Diabetes des Erwachsenen, der neben genetischen Besonderheiten vor allem auf den Lebensstil

und die daraus resultierende Adipositas zurückzuführen ist. Laut einer aktuellen Analyse sind über ein Drittel aller erwachsenen Menschen weltweit übergewichtig oder adipös. In den entwickelten Ländern gilt dies auch für jedes vierte bis fünfte Kind. Insgesamt ist die Zahl der übergewichtigen oder adipösen Menschen global von 875 Millionen im Jahr 1980 auf 2,1 Milliarden gestiegen. In Deutschland beträgt der Anteil bei Frauen 22,5% und bei Männern 21,9% (Ng M et al., Lancet 2014; 384: 766-81). Im IDF-Atlas (International Diabetes Federation) wird für Deutschland eine Anzahl von 7,6 Millionen Menschen mit Diabetes (inklusive Dunkelziffer) angegeben. Deutschland zählt damit zu den zehn Ländern weltweit mit der höchsten absoluten Anzahl an Menschen mit einem manifesten Diabetes (Deutscher Gesundheitsbericht 2015). Wie bereits im Diabetesbericht Schleswig-Holstein 2013 ausführlich dargestellt, gibt es für Deutschland kaum eine verlässliche Schätzung zur Diabetes-Prävalenz. Zudem wird auch anhand aktueller Daten erneut herausgestellt, dass nicht alle Regionen Deutschlands in gleichem Maße betroffen sind (Schipf S, Ittermann T, Tamayo T et al. Regional differences in the incidence of self-reported type 2 diabetes in Germany: results from five population-based studies in Germany (DIAB-CORE Consortium). J Epidemiol Community Health. 2014 Jul 29). Neben einer unterschiedlichen Verteilung von typischen Risikofaktoren wie Übergewicht, Rauchen und unzureichende körperliche Bewegung stehen hierbei auch neue Risikofaktoren wie soziale Deprivation und Luftschadstoffe im Vordergrund (Deutscher Gesundheitsbericht 2015). Die Unterschiede der Diabetes-Prävalenz und der Risikofaktoren innerhalb Deutschlands unterstreichen die Notwendigkeit fokussierter regionaler Aktionen.

Die Beschlussempfehlung des Landtages sieht vor, dass auf folgende Gruppen und Themenschwerpunkte eingegangen wird:

- Kinder, Jugendliche und ältere Menschen mit Diabetes,
- Frauen mit einem Schwangerschaftsdiabetes,
- Menschen mit Migrationsbiographien und Diabetes.

Die AG Diabetes hat auf Basis dieser Beschlussempfehlung folgende Projektgruppen gebildet:

- **„Einführung einer Schulkrankenschwester an Grundschulen“**
- **„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“

Diese Projekte werden im Bericht unter Punkt 4. „Handlungsempfehlungen für die Landes-Präventionsinitiative Diabetes mellitus Typ 2“ beschrieben. Der aktuelle Stand bzgl. der Recherchen und der Ausarbeitung von Konzepten wird berichtet. Der Themenschwerpunkt „Menschen mit Migrationsbiographien und Diabetes“ wurde in der Diabetes AG erörtert. Hier liegt der Fokus insbesondere auf einer Unterstützung des seit Jahren etablierten Projektes „mit Migranten für Migranten“ (ebenfalls unter 4.1 beschrieben).

2. Regionale Versorgungsdaten

2.1. Diabetes-Prävalenz und Besonderheiten in Subgruppen

Für das Bundesland Schleswig-Holstein wurden seit der Veröffentlichung des Diabetesberichtes 2013 (Drucksache 18/694) keine neuen Daten publiziert, die eine aktuellere Schätzung der regionalen Diabetes-Prävalenz ermöglichen. Es muss somit weiterhin davon ausgegangen werden, dass in Schleswig-Holstein eine ungefähre Diabetes-Prävalenz von 7% besteht (ca. 200.000 Menschen mit Diabetes). Im Folgenden werden Daten aus besonderen regionalen Kollektiven vorgestellt und diskutiert.

2.1.1. Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen 0-18 Jahre in Schleswig-Holstein - Verlaufsbeobachtung 2012 – 2014

Es wurden für die „Diabeteserhebung Schleswig-Holstein“ erneut alle Kinderkliniken im Bundesland, eine Kinderarztpraxis mit Diabetessprechstunde in Flensburg sowie je eine große internistische Praxis in Flensburg und Schleswig zu Anzahl und Alter der neu manifestierten und weiter betreuten Kinder und Jugendlichen für das Jahr 2014 befragt (Rücklauf 100 %). Doppelerhebungen konnten aber mit dieser einfachen Abfrage von Behandlungszahlen nicht ausgeschlossen werden. Kinder, die ausschließlich in Kinderarztpraxen, bei Internisten oder beim Hausarzt/Allgemeinmediziner betreut werden, wurden bezüglich der Langzeitbetreuung gar nicht erfasst. Dennoch erlaubt diese Erhebung zumindest eine Trendaussage für die Kinderdiabetologie in Schleswig-Holstein:

| | 2012 | 2014 |
|--|----------------------|-------------------------------------|
| Patienten in Langzeitbetreuung (gesamt 0-18 Jahren) | 1081 | 1160 |
| davon Typ 1 Diabetes | 1060 | 1134 |
| davon Typ 2 Diabetes | 11 | 11 |
| davon Typ 3 Diabetes | 10 | 15 |
| Insulinpumpe als Therapieform | nicht erfragt | 722 = 64 % (38 % - 81 %) |
| Erstmanifestationen 0-18 Jahren | 116 | 146 |
| davon Typ 1 Diabetes | 113 | 142 |
| davon Typ 2 Diabetes | 2 | 1 |
| davon Typ 3 Diabetes | 1 | 3 |
| davon unter 6 Jahre mit Typ 1 Diabetes | nicht erfragt | 42 = 29,5 % |

Abbildung 1: „Diabeteserhebung Schleswig-Holstein“

Vergleichende Darstellung Kinder und Jugendliche ≤ 18 Jahre mit einem manifesten Diabetes im Erhebungszeitraum 2012 und 2014.

Der Typ 1 Diabetes ist die dominierende Diabetesform im Kindesalter

Die absolute Anzahl der neu an Diabetes erkrankten Kinder hat dem epidemiologisch nachgewiesenen Trend folgend in den zwei Auswertungsjahren zugenommen, wobei weiterhin der Typ 1 Diabetes die klar dominierende Diabetesform ist. Der manifeste Typ 2 Diabetes bei Kindern macht nur 1% aller erkrankten Kinder aus. Seltene Diabetesformen können heute dank humangenetischer Untersuchungen besser differenziert werden und finden sich im Typ 3 Diabetes wieder (z.B. MODY-Diabetes, neonataler Diabetes).

Die Insulinpumpentherapie ist die häufigste Behandlungsform bei Kindern in Schleswig-Holstein

Die Insulinpumpentherapie bietet für Kinder eine Vielzahl von Vorteilen. So kann das Insulin vor allem nachts bedarfsgerecht und tags wie nachts in ganz kleinen Mengen dosiert werden. Für die Insulingabe ist nur alle 2 Tage ein Stich für einen Insulinpumpenkatheter nötig, im Gegensatz zu 10-18 Stichen mit Insulinpens innerhalb von

2 Tagen. Die Insulinpumpentherapie wird auch von fremden Betreuungspersonen gut akzeptiert, da die Kinder nicht mit einer Spritze oder Nadel für das Insulin gestochen werden müssen. Fast ausnahmslos alle Kinder unter 6 Jahren erhalten seit ca. Mitte der 2000er vom ersten Tag an, also bei Manifestation, eine Insulinpumpe, weshalb jetzt bereits eine Generation von Kindern in das Jugendalter kommt, die schon immer eine Insulinpumpe genutzt haben. Der Anteil der Kinder, die eine Insulinpumpe nutzen beträgt aktuell 64% und hat u.a. dazu beigetragen, dass die Behandlungskompetenz mit dieser Therapieform in den Kinderkliniken sehr hoch ist.

Die ambulante Dauerbetreuung findet mehrheitlich in den Spezialambulanzen der Kinderkliniken statt

Von den insgesamt 1134 Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren, die in diese Auswertung eingegangen sind, wurden im Jahr 2014 ca. 93 % in pädiatrischen Fachambulanzen und von einem niedergelassenen Kinderarzt mit diabetologischer Qualifikation betreut und ca. 7% in internistischen Schwerpunktpraxen. Selbst bei der Unschärfe der Erhebung ist damit der Zugang und die Nutzung pädiatrisch-diabetologischer Betreuung größer, als für Deutschland mit 60% Betreuung in Fachambulanzen für Kinder geschätzt wird (Gesundheitsbericht Diabetes 2015). Mit der mobilen Diabetesschulung Schleswig-Holstein wurde 1999 der Grundstein für eine dezentrale, flächendeckende pädiatrisch-diabetologische Versorgung gelegt, die sich heute in **acht Fachambulanzen an Kinderkliniken und einer Kinderarztpraxis mit diabetologischer Sprechstunde** zeigt. Die kleinste Ambulanz betreut dabei immerhin 51 Patientinnen und Patienten, so dass eine ausreichende Therapiekompetenz in allen Ambulanzen erreicht werden kann. Der Behandlungsstandard ist in allen Kliniken sehr ähnlich und die verwendeten Schulungsmedien sind einheitlich. Sie werden kostenfrei jährlich vom UKSH Lübeck allen Kinderdiabetesteamen zur Verfügung gestellt.

Jedes Jahr können für fast 200 Kinder an den Kinderkliniken 5-tägige altersgerechte, strukturierte Gruppenfolgeschulungen angeboten werden, welche die Säule der Diabetestherapie darstellen. Dieses Schulungskonzept wurde vor 16 Jahren durch die Mobile Diabetesschulung Schleswig-Holstein eingeführt und verbindet noch heute alle Kinderkliniken miteinander.

Der Nachteil liegt bei einem dezentralen Versorgungskonzept in der Unterversorgung, die mit dem Weggang einer ausgebildeten Fachärztin oder Facharztes ent-

steht, die oder der die Spezialambulanz allein führt. Da diese Stellen nicht einfach nachbesetzt werden können, ist die gesamte Versorgungsstruktur oft für Monate oder Jahre gefährdet. Nur durch innovative Versorgungsmodelle, wie z.B. die Beschäftigung einer Kinderdiabetologin oder eines Kinderdiabetologen, in mehreren im Verbund arbeitenden Kinderkliniken oder Kinderdiabetologinnen und Kinderdiabetologen, für Sprechstunden auf Honorarbasis, können solche Versorgungsengpässe überwunden werden. Eine Alternative wäre die Diabetesbetreuung in wenigen, großen Zentren, die einen Personalwechsel besser kompensieren und auch noch mehr Erfahrung aufbauen können. In einem Flächenland bestünde aber die Gefahr, dass weniger mobile oder sehr abgelegen wohnende Familien die regelmäßige Anreise in so ein Zentrum nicht leisten wollen oder können.

Problematisch für die Langzeitbetreuung der Kinder ist die geringe Vergütung der umfangreichen ambulanten Beratungsleistungen im Rahmen der Disease-Management-Programme. Die Pauschalen spiegeln den sehr hohen zeitlichen Aufwand, vor allem bei kleinen Kindern, nicht wider.

Anzahl der Familien mit hohem Unterstützungsbedarf steigt

Eine steigende Zahl von Familien mit einem an Typ 1 Diabetes erkrankten Kind haben große Probleme, die aufwändige Therapie gut in den Familienalltag zu integrieren und ihr Kind ausreichend zu unterstützen. Häufig sind es Familien mit problematischen Kontextfaktoren, wie z.B. zerrütteten Familienverhältnissen, mangelnden Sprachkenntnissen, psychischer Erkrankung eines Elternteils, intellektueller oder erzieherischer Überforderung mit der disziplinfordernden Insulintherapie oder dem Leben an der Armutsgrenze. Für diese Kinder mit hohem Risiko für eine dauerhaft sehr schlechte Stoffwechsellage sind intensive Bemühungen weit über den stationären Erstaufenthalt hinaus durch sozialmedizinische Nachsorge und eine multidisziplinäre Langzeitbetreuung notwendig. Die sozialmedizinische Nachsorge wird in Schleswig-Holstein bisher nur selten für an Typ 1 Diabetes erkrankte Kinder gewährt. Dies ist besonders problematisch, da am Anfang der Erkrankung die Weichen für die Akzeptanz der Erkrankung und Umsetzung der Therapie im Alltag gesetzt werden.

Wenn sehr große Probleme die seelische oder körperliche Gesundheit eines Kindes oder Jugendlichen mit Diabetes gefährden, muss bisweilen eine außerhäusige Betreuung gefunden werden. In Schleswig-Holstein gibt es mehrere spezialisierte Wohngruppen und ein Internat, einige Pflegeeltern und Kinderheime, wo Kinder und

Jugendliche mit Diabetes leben können, wenn die häusliche Struktur so instabil ist, dass die Diabetestherapie nicht sichergestellt werden kann.

Durchführung einer medizinischen Therapie in Kita und Schule: eine große Herausforderung

Ein Drittel der an Typ 1 Diabetes erkrankten Kinder ist bei Manifestation unter 6 Jahre alt und bedarf damit besonders intensiver medizinischer und psychosozialer Hilfen, um die größten Hürden, die Aufnahme in Kita und Grundschule und medizinische Versorgung vor Ort, zu meistern.

Die Art der Diabetestherapie hat sich dabei in den letzten Jahrzehnten ganz entscheidend verändert. Ein Kind mit Typ 1 Diabetes spritzte früher morgens und spät abends ein gemischtes Insulin (mit einer Spritze) und musste dafür zu festen Zeiten strikt festgelegte Mahlzeiten essen. Die Insulineinstellung erfolgte anhand von Urinzuckermessungen. Unterzuckerungen sollten möglichst nicht auftreten, so dass eine mäßige Stoffwechseleinstellung dafür in Kauf genommen werden musste. Der Schulalltag war kurz und das Mittagessen wurde zumeist nicht in der Schule, sondern zu Hause eingenommen.

Heute ist nicht nur die Therapie moderner und aufwändiger (und dafür in der Prognose besser), sondern der Kita- und Schulalltag länger. Ein normaler Schultag dauert so lange, dass 2-3 Mahlzeiten dort stattfinden. Die Kinder müssen mit Insulinpumpe oder Insulinpens für ihr Essen daher auch mehrfach täglich Insulin spritzen und brauchen dafür Hilfe, die von der kompletten Übernahme der Insulininjektion bei sehr jungen Kindern bis hin zu einem kurzen Kontrollblick auf das Pumpendisplay bei älteren Grundschulkindern reicht. Ca. 8-10% aller Kinder mit Typ 1 Diabetes hat zudem noch eine Zöliakie (Getreideallergie) und bedürfen einer strikt glutenfreien Diät.

Der hohe Therapieaufwand bei der Insulintherapie und die erheblichen Einschränkungen in der Teilhabe im Vergleich zu gesunden Kindern führen im Regelfall zur Anerkennung eines GdB 50 + Merkzeichen H (Schwerbehindertenausweis).

In Kitas ist seitens des Personals zumeist eine gewisse Bereitschaft vorhanden, selbst die notwendigen Schritte der praktischen Insulintherapie zu erlernen. Die Medikamentengabe sowie die Übernahme sonstiger medizinischer Hilfsmaßnahmen bei Schülerinnen und Schülern gehört nicht zu den Pflichten der Lehrkräfte aus dem Arbeits- oder Dienstverhältnis. Für die Lehrkräfte besteht nur die allgemeine Pflicht zur Hilfeleistung in Not- bzw. Unglücksfällen (Erste Hilfe). Soweit Lehrkräfte auf freiwilli-

ger Basis im Rahmen einer schulischen Veranstaltung eine medizinische Maßnahme vornehmen und die betreffende Schülerin oder der betreffende Schüler hierdurch in seiner Gesundheit geschädigt wird, kann dies zu einem Regressanspruch des Unfallversicherungsträgers gegenüber dem Schädiger - also der handelnden Lehrkraft - führen. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass ein solcher Regressanspruch mindestens ein grob fahrlässiges Fehlverhalten voraussetzt. Für die Durchführung medizinischer Therapien im Schulalltag bei chronisch-somatisch kranken Kindern gibt es daher in vielen Fällen noch kein praktikables Konzept. Allerdings gibt es zwei Landeskoordinatoren für die Beratung und Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit Körperbehinderungen und chronischen Erkrankungen (BUK) und in jedem Kreis Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner.

Dennoch muss aber eine Beschäftigung mit dem Krankheitsbild, vermehrte Aufmerksamkeit hinsichtlich Unterzuckerungsanzeichen und Hilfe bei Unterzuckerungen durch Traubenzuckergabe als Basis jeglicher Betreuung in einer Kita und der Schule vorausgesetzt werden.

Besonders problematisch ist aktuell das unterschiedliche Vorgehen bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe, die notwendig sind, wenn ein Kind ansonsten seinen Kindergartenplatz verliert oder die Schule sich nicht in der Lage sieht, dem Kind zu helfen. Die Leistungen zur Teilhabe verteilen sich auf einen medizinischen Anteil mit Blutzuckermessung und Insulingabe und einen Teil Beobachtung hinsichtlich Unterzuckerungen, pädagogische Anleitung und generell Sicherstellung von adäquater Schulbildung/Bildung mit Teilhabe am Sportunterricht, Ausflügen und Klassenfahrten. Die Leistungen verteilen sich also auf zwei potentielle Kostenträger in unterschiedlichen Anteilen (Krankenkasse, Eingliederungshilfe). Die Gewährung einer entsprechenden Unterstützungsleistung, die all diese Aspekte in einer Person abdeckt (z.B. Schulbegleitung für das 1. Schuljahr) ist im Regelfall sehr schwierig, da die Leistungsträger sich nur selten untereinander in der Kostenübernahme einigen. Hinzu kommt die unterschiedliche Vorgehensweise von Kreis zu Kreis bzw. kreisfreier Stadt. Eingliederungshilfe für ein diabeteskrankes Kind, die ein Kreis oder eine kreisfreie Stadt gewährt hat, kann bei einem Umzug in einen anderen Kreis sofort aberkannt werden. Leidtragende dieser besonderen Situation sind immer die betroffenen Kinder, die durch solche Entscheidungen z.B. den Kindergarten verlassen müssen oder in der Grundschule plötzlich keine Hilfe mehr erhalten.

Im Rahmen der vielfältigen Anstrengungen dazu, die Inklusion aller Kinder in Kita und Grundschulen voranzutreiben, müssen die personellen und auch räumlichen Voraussetzungen für Kinder mit Bedarf an Dauermedikation im Schulalltag noch stärker bedacht werden. Mancherorts wird deshalb diskutiert, ob Schulen von einer Schulkrankenschwester oder Schulkrankenpfleger profitieren könnten, die bzw. der für alle medizinischen Therapien zuständig ist und auch im Notfall weiterhilft. Das Personal in Kitas würde davon profitieren, wenn es zum einen eine klare juristische Absicherung für die Übernahme medizinischer Leistungen und zum anderen finanzielle Zuschüsse gäbe, wenn die Mitarbeitenden selbst die Insulintherapie leisten, anstatt mehrfach täglich einen Pflegedienst für einige Minuten vor Ort zu haben. Die Gewährung eines persönlichen Budgets blieb bisher wenigen Einzelfällen vorbehalten.

Teilnahme an Klassenfahrten: nicht selbstverständlich

Der Ausschluss eines diabeteskranken Kindes von einer Klassenreise kommt in Schleswig-Holstein leider noch immer vor. Kinder mit Typ 1 Diabetes benötigen in den ersten Schuljahren bei Klassenfahrten eine geschulte Begleitung, die Tag und Nacht die notwendige Unterstützung und Insulinanpassung sicherstellt. Ein Pflegedienst, der vor Ort punktuell bei Mahlzeiten hilft, ist daher für jüngere Kinder keine Lösung, ebenso wenig kann eine Lehrkraft diese umfangreiche Aufgabe zusätzlich übernehmen. Ideal scheint es, wenn ein Elternteil mitfahren kann, auch wenn dadurch das Kind in eine besondere Position rückt. Oftmals ist dies aber nicht möglich, da mehrere Kinder im Haushalt versorgt werden müssen oder sich die Familien unbezahlten Urlaub nicht leisten können. Obwohl es geschulte Begleitpersonen gibt, die über eine Stiftung geführt werden, gelingt es oft selbst bei mehrmonatiger Vorlaufzeit nicht, dass die verschiedenen Kostenträger die überschaubaren Kosten gemeinsam tragen.

Schulung in Kita und Grundschulen

Die Schulungen in Kitas und Grundschulen, die unmittelbar den Lehrkräften und dem pädagogischen Personal in der Kita/Schule des neu erkrankten Kindes angeboten werden, sind die Voraussetzung, um ein Kind mit Diabetes zu betreuen. Daher hat es sich als zielführend erwiesen, die Schulungen bezogen auf ein konkretes Kind, in der betroffenen Einrichtung selbst und kostenfrei anzubieten, um den Einstieg in die Thematik so einfach wie möglich zu machen. In Schleswig-Holstein werden die meis-

ten Schulungen über einen Schleswig-Holsteinischen Förderverein (www.fmdsh.de) finanziert und organisiert, wobei für 2016 die Finanzierung nicht mehr gesichert ist. Die Kostenübernahme dieser Schulung ist deutschlandweit bis heute nicht einheitlich geregelt.

Telemedizin

Die telemedizinische Betreuung beim Typ 1 Diabetes spielt gerade in den besonders ländlichen Regionen Schleswig-Holsteins eine sehr wichtige Rolle. Bei sehr kleinen Kindern und vor allem bei akuten, fieberhaften Erkrankungen ist es notwendig, sehr häufig (alle 2-4 Wochen) bzw. im Infekt sofort die Blutzuckerwerte des Kindes anzusehen und die Insulindosierung anzupassen. Eine Vorstellung eines kranken Kindes mit Fieber, Durchfall oder Erbrechen „ad-hoc“ in einer entfernten Diabetesambulanz ist aber kaum möglich. So nutzen viele Eltern erkrankter Kinder und ihre Diabetesteamts die Möglichkeit, Insulinpumpen-, Glukosesensor- und Blutzuckerwerte per Fax oder Email zu senden oder auf einem Server des entsprechenden Herstellers zu speichern und den Diabetesteamts das Abrufen der Daten zu erlauben. Diese Art der Datenweitergabe, Auswertung und dann telefonischer Besprechung mit den Eltern bewährt sich seit Jahren, wobei Datenschutzaspekte und sicherer Datenversand beachtet werden müssen. Problematisch ist die komplett fehlende Vergütung dieser Leistung (ca. 30 Minuten inkl. Download, Auswertung und Rückruf). Telemedizin ist dabei der Schlüssel zu einer noch effektiveren Diabetestherapie, denn sie trägt entscheidend zu einer raschen Stabilisierung der Stoffwechsellage während eines Infektes, zur Vermeidung von stationären Aufenthalten und bei Kindern mit einem Glukosesensor, zu einer optimalen Stoffwechselführung mit dieser zusätzlichen Technik bei.

Fazit

Kinder und Jugendliche mit Typ 1 Diabetes sind prinzipiell in Schleswig-Holstein bei spezialisierten Kinderärzten versorgt, haben Zugang zu altersgerechten Gruppenfortbildungen in Wohnortnähe und verwenden zumeist eine Insulinpumpentherapie. Zugang zu sozialmedizinischer Nachsorge erhalten sie im Vergleich zu anderen Bundesländern vergleichsweise selten. Die Unterstützung durch Eingliederungshilfe wird nur selten gewährt und dann abhängig vom Kreis / der kreisfreien Stadt.

Die Kinder haben heute generell eine weit bessere Gesundheitsprognose als jemals zuvor. Dies ist der modernen, aber aufwändigen Insulintherapie geschuldet, die auch im Kita- und Schulalltag stattfindet. Die geistig und körperlich voll leistungsfähigen Kinder sehen völlig gesund aus, es fehlt aber im Inneren das wichtigste Hormon des Energiestoffwechsels, das Insulin. Die von außen nicht sichtbare Behinderung und der einheitliche Name „Diabetes“ für viele Diabetes-Erkrankungsbilder bringt diverse Probleme mit sich. Sie beziehen sich zum einen auf die Einschätzung, dass Diabetes (fehlverstanden als Typ 2 Diabetes) bei Kindern immer etwas mit Adipositas zu tun hat und zum anderen wird die Insulintherapie als „einfach durchführbar“ fehleingeschätzt, so dass darüber hinaus notwendige Hilfen nicht im ausreichenden Maße gewährt werden. Diejenigen, die aber tatsächlich ein junges Kind mit Typ 1 Diabetes z.B. in einer Kita betreuen, merken schnell, dass die Therapie komplex und vor allem die notwendige Beobachtung viel Aufwand mit sich bringt.

Es gibt viele Kitas und Grundschulen, die mit großem, freiwilligem Engagement die Betreuung diabeteskranker Kinder gewährleisten und den Familien damit eine große Sorge abnehmen und zumeist die stundenweise Berufstätigkeit der Mutter ermöglichen. Es gibt aber auch Kitas, die aufgrund von Personalmangel keine Unterstützung leisten können und daher Kinder mit Typ 1 Diabetes ablehnen müssen, wenn es den Familien nicht gelingt, für ihr Kind einen Pflegedienst zu finden bzw. Eingliederungshilfe (Kita-Begleitung) finanziert zu bekommen.

Es bleibt daher nur zu hoffen, dass intensive, öffentliche Aufklärung über alle Diabetesformen und gesundheitspolitische Richtungsentscheidungen für diabeteskranken Kinder (z.B. Zugang zu kontinuierlicher Glukosemessung) das Leben der Kinder mit dieser bis heute unheilbaren Erkrankung leichter machen.

Zusammenfassung für Schleswig-Holstein

- Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit Diabetes unter 18 Jahren hat erwartungsgemäß in den letzten 2 Jahren zugenommen.
- Der Typ 1 Diabetes ist die führende Diabetesform. Ca. 1/3 der Kinder ist bei Manifestation unter 6 Jahre alt und bedürfen besonderer Unterstützung. Die meisten Kinder nutzen eine Insulinpumpe. Der Zugang zu Diabetesfolgeschulungen in einer Gruppe alle 2-3 Jahre ist in den meisten Regionen des Bundeslandes gewährleistet.

- Der Typ 2 Diabetes ist in Schleswig-Holstein bei Kindern noch sehr selten.
- Die Betreuung diabeteskranker Kinder erfolgt dezentral und zumeist in spezialisierten Diabetesambulanzen für Kinder. Die Finanzierung der ambulanten Langzeitbetreuung ist über Disease-Management-Programme nicht kostendeckend.
- Sozialmedizinische Nachsorge für diabeteskranken Kinder wird vergleichsweise selten gewährt.
- Die Betreuung diabeteskranker Kinder in Kita und Grundschulen gestaltet sich oft problematisch, weil es an Personal zur Unterstützung und Überwachung hinsichtlich Unterzuckerungszeichen fehlt. Generell wäre ein Konzept für die notwendige Überwachung und Medikamentengabe bei chronisch-somatisch kranken Kindern im bis zu 8-stündigen Kita/Schulalltag hilfreich.
- Die zur Betreuung zwingend notwendigen Schulungen für das Personal in Kita und Schule in Bezug auf ein konkretes Kind werden überwiegend über Fördervereine finanziert.
- Das Anrecht auf Leistungen zur Teilhabe wird von Kommune zu Kommune unterschiedlich interpretiert und entsprechende Leistungen gewährt oder nicht. Eine Absprache im Binnenverhältnis mit der GKV zur gemeinsamen Finanzierung einer Eingliederungsleistung erfolgt noch zu selten.
- Politische Entscheidungen zugunsten eines Konzeptes zur medizinischen Versorgung chronisch-somatisch erkrankter Kinder an Schulen (z.B. über Schulkrankenschwester/-pfleger), der Kostenübernahme von Schulungsleistungen in Kita und Grundschule und Zugang/Finanzierung zu modernen Behandlungskonzepten sind nötig.

2.1.2. Diabetes mellitus bei Einschulungsuntersuchungen in Schleswig-Holstein, Schuljahr 2013/2014

Aus dem Bericht Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein Schuljahr 2013/2014, „Seltene chronische Erkrankungen“, S. 33:

„In den Jahren 2008/09 bis 2012/13 liegen für die Altersgruppe der 5 bis 6-jährigen Schulanfänger folgende durch die kinder- und jugendärztlichen Dienste des Landes Schleswig-Holstein dokumentierten absoluten Zahlen vor: 2008/09: 29 von 24.085 (0,120%), 2009/10: 27 von 24.816 (0,108%), 2010/11: 37 von 25.106 (0,147%), 2011/12: 27 von 24.564 (0,110%), 2012/13: 20 von 22.212 (0,090%) und 2013/14 24 von 19.818 (0,12%). Saisonale Schwankungen spielen möglicherweise eine Rolle (s. auch „Diabetes in Schleswig-Holstein“; Landtagsdrucksache SH 18/694). Damit besteht im Verlauf der letzten Jahre eine relativ stabile Fallzahl von ca. 0,1% der Kinder, die zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung einen Typ 1 Diabetes mellitus aufweisen.“

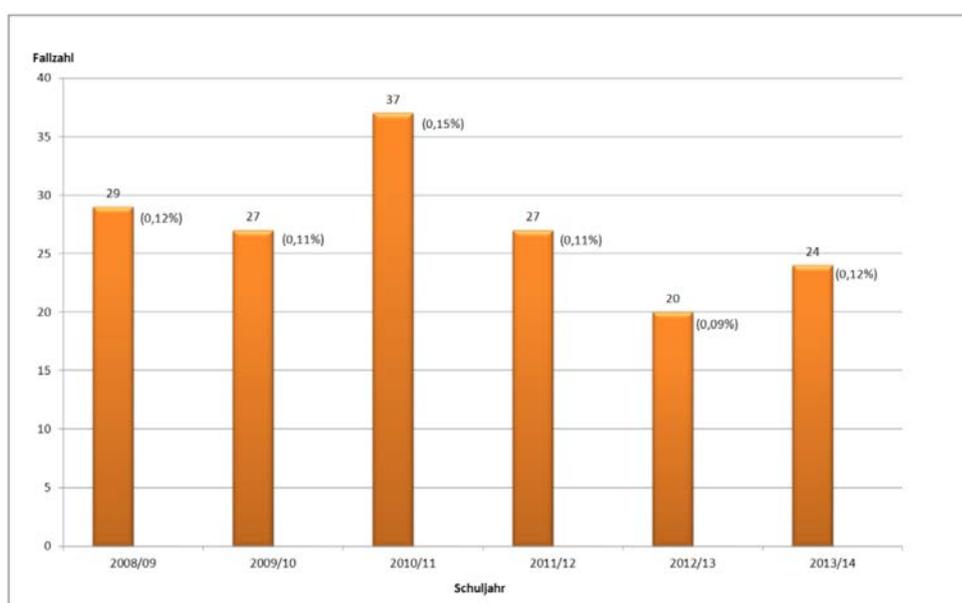


Abbildung 2: „Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein, Schuljahr 2013/2014“: Dargestellt wird die Fallzahl eines Diabetes mellitus seit dem Schuljahr 2008/09. Definition: Kinder bei denen die Diagnose Diabetes mellitus gesichert ist oder bei Kindern, bei denen mittels Teststreifen eine Zuckerausscheidung im Urin festgestellt wird.

2.1.3. Bericht an die Kostenträger zur Qualitätssicherung für das Jahr 2013/14 im Rahmen der Gestationsdiabetes-Vereinbarung Schleswig-Holstein

Anzahl der Fälle, Datenqualität und Auswertung

Für den Zeitraum 1. April 2013 bis 31. März 2014 haben 30 Diabetes-Schwerpunkteinrichtungen (28 Schwerpunktpraxen, 2 ermächtigte Einrichtungen) die vertraglich vereinbarten Datensätze übermittelt. Die Datensätze wurden in EXCEL 2013 für Windows eingegeben und deskriptiv ausgewertet. Soweit möglich, wurden

deskriptive Vergleiche auch zu den Daten der bundesweiten Perinatalstatistik auf der Basis von 658.000 Geburten des Jahrgangs 2013 hergestellt, die vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) veröffentlicht wurden (AQUA-Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2013, Modul-Nr. 16/1 – Geburtshilfe, erstellt am: 07.05.2014). Von den Diabetes-Schwerpunkteinrichtungen wurden insgesamt 936 abgeschlossene Fälle eines Gestationsdiabetes (GDM) mitgeteilt (1-140 Fälle pro Praxis). Die Diabetes-Schwerpunkteinrichtungen betreuten im Median 22 Schwangere mit GDM. Weitere Informationen liefert die unten stehende Abbildung. In einigen wenigen Fällen lagen nicht verwertbare Daten von Mehrlingen vor.

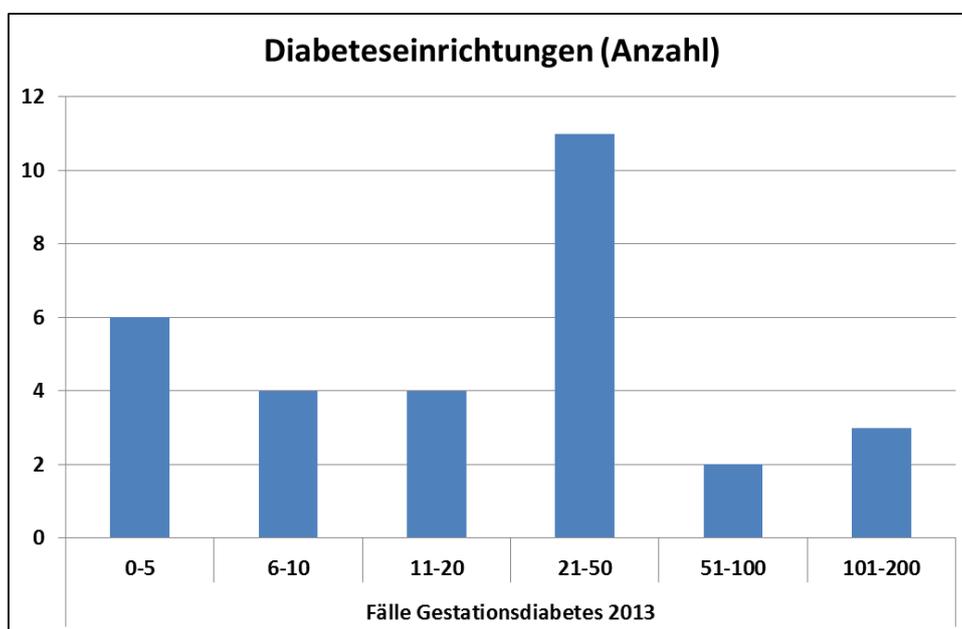


Abbildung 3: Anzahl der Diabeteseinrichtungen und Anzahl der betreuten Fälle mit Gestationsdiabetes im Jahrgang 2013/ Schleswig-Holstein

Als „abgeschlossen“ ist ein Fall definiert, wenn die Schwerpunkteinrichtung die vereinbarten Daten zur diabetologischen Prozessqualität (Insulintherapie der Mutter), die relevanten Befunde zur Geburt und den Neugeborenen sowie das Ergebnis der mütterlichen Nachuntersuchung des Glukosestoffwechsels 6 – 12 Wochen nach der Geburt dokumentiert und ausgewertet hat. Die Qualitätssicherung dient der Überprüfung der Vorgaben durch die St. Vincent-Deklaration der WHO Europa und der International Diabetes Federation von 1989 und der Forderung 8.3 des WHO Europa Programms GESUNDHEIT21 („Gesundheit für alle“) von 1999. Die St. Vincent-Forderung zielte auf eine Angleichung der Schwangerschaftsergebnisse diabetischer

Frauen an Frauen ohne Diabetes innerhalb von 5 Jahren, während das Programm GESUNDHEIT21 als Ziel eine Minderung der Probleme diabetischer Schwangerschaften um ein Drittel bis zum Jahr 2020 anstrebt.

Sektio-Entbindung (Kaiserschnitt)

Angegeben wurde die Anzahl der primären Sektio-Entbindungen in Schleswig-Holstein. In 202 Fällen (21,6%) wurde eine Sektiogeburt mitgeteilt. Damit liegt Schleswig-Holstein deutlich über dem Bundesdurchschnitt. AQUA dokumentierte eine relative Häufigkeit der primären Kaiserschnitt-Entbindungen von 14,2%.

Geburtseinleitungen

Die Anzahl der Geburtseinleitungen lag bei 197 (17,9%) in Schleswig-Holstein, bundesweit nach AQUA bei 22%.

Übergewichtige Neugeborene

Ein übergewichtiges Neugeborenes (large for gestational age – LGA) wiegt bei der Geburt nach der Definition mehr als die 90. Perzentile nach Gestationsalter und Geschlecht. Dieses Kriterium erfüllten 81 Neugeborene (8,7%). Statistisch erwartet wird eine Anzahl von 10%. AQUA dokumentiert diesen Befund in 9,2% der Fälle bei einer Geburt ab vollendeter 37. Schwangerschaftswoche.

Untergewichtige Neugeborene

Ein untergewichtiges Neugeborenes (small for gestational age – SGA) wiegt bei der Geburt weniger als die 10. Perzentile nach Gestationsalter und Geschlecht. Dieser Befund wurde 50 mal mitgeteilt (5,3%). Statistisch erwartet wird eine Anzahl von 10%. Nach AQUA war dies in 7,7% der Fälle bei einer Geburt ab vollendeter 37. Schwangerschaftswoche.

Frühgeborene

Als Frühgeburt gilt die Geburt eines Kindes vor vollendeter 37. Schwangerschaftswoche. Dies war 37 mal der Fall (4,0%). AQUA berichtet eine relative Häufigkeit von 8,7%.

Relevante Ergebnisparameter der Neugeborenen

Zu den bedeutsamen Ergebnisparametern der Neugeborenen zählen diejenigen, die nach wissenschaftlicher Beweislage durch spezifische ärztliche Intervention signifikant verbessert werden können. Dieses sind

- perinataler Tod (d.h. Totgeburt oder innerhalb von 7 Tagen nach der Geburt verstorben) und
- Schulterdystokie (Steckenbleiben des Kindes mit der Schulter im Geburtskanal infolge eines Missverhältnisses von Geburtskanal-Durchmesser und Schulterbreite des Kindes) mit der Folge von Armplexuslähmungen und geburtstraumatischen Knochenfrakturen. Dieses schwerwiegende Ergebnis wurde in 6 Fällen (0,6%) in Schleswig-Holstein beobachtet. Nach wissenschaftlicher Datenlage (Crowther C et al. NEJM 2005) tritt dieses Ereignis bei intensiver Behandlung des Gestationsdiabetes in 1% auf. AQUA dokumentiert diesen gemeinsamen Parameter nicht, die relative Häufigkeit des perinatalen Todes allein betrug 0,42%.

Verlegung der Neugeborenen

Neugeborene in kritischem Zustand müssen zur weiteren Versorgung auf die Neugeborenen-Intensivstation verlegt werden. Dies war 107 mal der Fall (11,4%). AQUA berichtet über Verlegungen von Neugeborenen in die Kinderklinik nach der Geburt bei 11,0% der Geburten.

Insulinbehandlung der Mutter

Die Behandlung des Gestationsdiabetes besteht anfänglich aus Information und Beratung, Blutglukose-Selbstkontrolle, medizinischer Ernährungstherapie und individuell adaptierten Empfehlungen zur körperlichen Bewegung. Reicht dieses Vorgehen nicht aus, die Blutglukosewerte zielgerecht einzustellen, oder wird ein überproportionales Wachstum des Fetus im Ultraschall trotz normaler Blutglukosewerte festgestellt, dann ist eine Insulintherapie angezeigt. Bei 289 Schwangeren wurde eine Insulintherapie begonnen (30,9%).

Hypoglykämie und Hyperbilirubinämie der Neugeborenen

Hypoglykämien (Unterzuckerungen) der Neugeborenen sind dann als schwerwiegend einzustufen, wenn mit oder ohne Symptome eine intravenöse Glukosebehand-

lung des neugeborenen Kindes erforderlich ist. Zwischen der Schwere des Gestationsdiabetes sowie der Qualität der Stoffwechselführung der Mutter und der Neigung der Kinder zu schweren Hypoglykämien besteht ein direkter Zusammenhang. Hypoglykämien des beschriebenen Schweregrades traten 25 mal auf (2,7%) in Schleswig-Holstein. Eine Gelbfärbung der Haut des Neugeborenen (Hyperbilirubinämie) mit der Notwendigkeit einer Lichttherapie wurde in 31 Fällen berichtet (3,3%).

Nachuntersuchung der Mütter 6-12 Wochen nach der Geburt

Nachuntersuchungen des Glukosestoffwechsels der Mütter 6 - 12 Wochen nach der Geburt durch einen standardisierten oralen Glukose-Toleranztest in der Diabetes-Schwerpunkteinrichtung sind integrierter und leitliniengerechter Bestandteil des Betreuungskonzeptes beim Gestationsdiabetes. Eine Nachuntersuchung konnte in 430 von 936 Fällen realisiert werden (45,9%).

Gestörte Glukosetoleranz und Diabetes der Mutter nach der Geburt

Im vorliegenden Kollektiv wurde in 152 Fällen entweder eine Glukose-Toleranzstörung oder ein manifester Diabetes mellitus festgestellt (35,3%). Die Störungen des Glukosestoffwechsels konnten wie folgt differenziert werden:

98 x abnorme Nüchternglukose (IFG): 22,8%

18 x gestörte Glukosetoleranz (IGT): 4,2%

20 x IFG + IGT: 4,7%

16 x manifester Diabetes mellitus: 3,7%

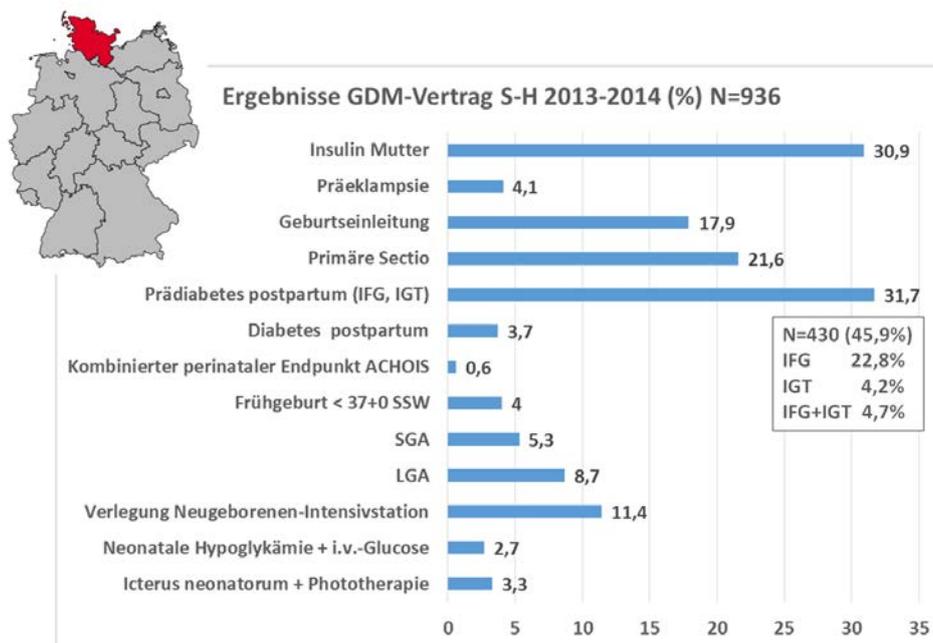


Abbildung 4: Ergebnisse Gestationsdiabetes-Vertrag 2013-2014 in Schleswig-Holstein.

Kommentar der Diabetes-Kommission Schleswig-Holstein, angesiedelt bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KVSH)

Im achten Berichtsjahr 2013/2014 wurde entsprechend der S3-Leitlinie der Deutschen Diabetes Gesellschaft eine Anpassung der Qualitätsdaten vorgenommen und vertraglich durch eine Protokollnotiz fixiert. Die Häufigkeit von primären Sektioentbindungen ist mit 21,6% erstmals erfasst worden und liegt **deutlich oberhalb des Bundesdurchschnitts für alle Schwangerschaften mit 14,2%**. Die Entscheidung zur geplanten Kaiserschnitt-Entbindung kann allein durch Kenntnis eines Gestationsdiabetes gefördert werden (Etikettierungseffekt). **Dies sollte durch gemeinsame Qualitätszirkel-Arbeit oder Fortbildungen von Diabetologinnen und Diabetologen sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen analysiert werden.** Die Anzahl der Geburtseinleitungen ist gegenüber 2012 zurückgegangen. Die Rate an übergewichtigen und untergewichtigen Neugeborenen liegt leicht unter dem Bundesdurchschnitt. Der Anteil untergewichtiger Neugeborener spricht auch im Jahr 2013/14 nicht für eine Übertherapie bei der therapeutischen Senkung der Blutglukose durch eine Insulintherapie.

Die Rate an Frühgeburten kann in diesem Kollektiv weiterhin als niedrig angesehen werden (4% SH vs. 9,0% bundesweit). Ein schwerwiegendes Neugeborenen-Ereignis wurde sechsmal berichtet. Da bei diesem Ereignis alle vier Parameter gemeinsam erfasst werden, ist der Anteil vor, während oder in den ersten sieben Tagen

nach der Geburt verstorbener Kinder nicht bekannt. Eine Häufigkeit von 0,6% zeigt, dass das Qualitätsziel für diesen schwerwiegenden Endpunkt auch im Jahr 2013 gehalten werden konnte.

Der Anteil von Verlegungen in die Kinderklinik zur Intensivüberwachung liegt im Bundesdurchschnitt (11,4% vs. 11,0%). Die Anzahl schwerwiegender Unterzuckerungen der Neugeborenen entspricht mit 2,7% auch 2013/14 einem allgemeinen geburtshilflichen Kollektiv. Dies kann auch für die Lichttherapien mit 3,3% infolge Neugeborenenikterus als Ausdruck der Leberunreife der Neugeborenen festgestellt werden.

Die Häufigkeit der Insulintherapien der Schwangeren beträgt 2013/14 insgesamt 30,9 % und ist damit im Vergleich zu 2012 leicht gesunken. Trotzdem wurde auch in diesem Zeitraum das gesetzte Qualitätsziel von <30% Insulinbehandlungen noch nicht ganz erreicht. Die Notwendigkeit von Insulinbehandlungen ist vorrangig vom spezifischen Risikoprofil (u.a. adipöse Schwangere, Grad der Glukosetoleranzstörung, ethnische Herkunft) der Schwangeren in den Schwerpunkteinrichtungen abhängig.

Die Gründe für den hohen Anteil an Insulintherapien sind nicht klar, eine Rate an Insulinbehandlungen deutlich über 20% ist erklärungsbedürftig. Zu achten wäre daher neben den Blutglukose-Selbstkontrollen auch auf die Umsetzung ausreichender Bewegung durch Ausdauer- oder Krafttrainingsprogramme und die Ultraschallvermessung des fetalen Bauch- und Kopfumfanges zur Therapiesteuerung, um eine Übertherapie zu vermeiden. Unklar bleibt auch in diesem Jahr, inwieweit Schwangere niedrigschwellig Insulin auf der Basis erhöhter Blutglukose-Selbstmessungen in zu geringer Dosis erhielten und damit eine höhere Gesamtrate an Insulintherapien beobachtet wurde. **Dies sollte auch weiterhin in der Qualitätszirkelarbeit durch Fallbesprechungen vor Ort problematisiert werden.**

Vor jeder Insulintherapie des GDM sollten noch einmal die Einhaltung der Basismaßnahmen genau überprüft und ggf. verbessert werden. Nach der S3-Leitlinie ist auf eine ausreichende Insulindosierung von primär 0,3-0,5 I.E. Insulin pro aktuellem Körpergewicht zu achten. Für zu geringe Insulindosierungen, z.B. zur Absenkung der Nüchternglukose allein, gibt es keinen sicheren Effektivitätsnachweis. Das Motto heißt also hier: Weniger Insulintherapien, dafür ausreichend hoch dosiert, Vermeiden von Unterdosierungen.

Bei den Nachuntersuchungen der Mütter des Jahrgangs 2013/14 konnte nun erstmals eine genaue Differenzierung des Glukosestoffwechsels nach der Geburt vorgenommen werden. Bemerkenswert ist allerdings, **dass nur 45,9% der Frauen nach**

vormals GDM zur Nachuntersuchung erschienen sind. Nach aktuellen Studiendaten kann der Anteil der nachuntersuchten Frauen durch ein strukturiertes Recall-System per E-Mail, Brief oder Anruf bei Terminversäumnis deutlich gebessert werden. Ein Recall ist der individuellen Information der Schwangeren überlegen. Nach dem Patientenrechtegesetz ist es aber erforderlich, für den Recall das schriftliche Einverständnis der Schwangeren einzuholen.

Insgesamt wurde bei 35,3% der nachuntersuchten Frauen eine Auffälligkeit im Glukosestoffwechsel festgestellt, davon 3,7% bereits manifester Diabetesfälle, die einer sofortigen Therapie und Schulung benötigen. Von den nachuntersuchten Frauen fallen 31,7% in den Bereich der Glukosetoleranzstörung mit einem jährlichen Konversionsrisiko in einen manifesten Diabetes von 10-30%. Diese Frauen sollten für eine intensive Lebensstiländerung präventiv motiviert und angeleitet werden, um eine Konversion in einen manifesten Diabetes zu verhindern oder hinauszuzögern. **Durch intensive Lebensstilintervention können bei Müttern nach GDM innerhalb von 3 Jahren 50% der Fälle von manifestem Diabetes verhindert werden.** Mit Manifestation des Diabetes steigen die Risiken für diabetes-spezifische Folgekomplikationen an Augen, Nerven und Nieren und damit die Behandlungskosten. Die erwartete Lebensspanne dieser Zielgruppe gehört zu den höchsten nach Diagnose eines Typ 2 Diabetes.

Verstärkte Initiativen der Kostenträger sind zu begrüßen, präventive Maßnahmen bei Frauen nach Gestationsdiabetes mit der Diagnose einer Glukosetoleranzstörung intensiv zu fördern. Hierzu kann das in Schleswig-Holstein bereits etablierte aha-Projekt (ein Früherkennungsprogramm) als besonders hilfreich empfohlen werden.

| Ergebnisparameter | 2013/14 | SH | AQUA | |
|-----------------------------------|---------|------|------|------|
| | N | % | 2013 | % |
| Gesamtzahl der Fälle | 936 | 100 | | 100 |
| Präeklampsie | 38 | 4,1 | | 1,2 |
| Primäre Sektio-Entbindungen | 202 | 21,6 | | 14,2 |
| Geburtseinleitungen | 168 | 17,9 | | 22 |
| Übergewichtige Neugeborene | 81 | 8,7 | | 9,9 |
| Untergewichtige Neugeborene | 50 | 5,3 | | 7,7 |
| Frühgeborene | 37 | 4 | | 9,0 |
| Perinatales Ergebnis ¹ | 6 | 0,6 | | 0,42 |

| | | | | |
|---|-----|------|--|------|
| Verlegung Neugeborenes ² | 107 | 11,4 | | 11,0 |
| Insulinbehandlung Mutter | 289 | 30,9 | | k.A. |
| Hypoglykämie Neugeborenes ³ | 25 | 2,7 | | k.A. |
| Hyperbilirubinämie | 31 | 3,3 | | k.A. |
| Nachuntersuchung Mutter ⁴ IFG | 98 | 22,8 | | k.A. |
| IGT | 18 | 4,2 | | k.A. |
| IFG + IGT | 20 | 4,7 | | k.A. |
| Diabetes | 16 | 3,7 | | k.A. |

¹Summe von: Tod, Schulterdystokie, Plexuslähmung, Fraktur, ²zur Intensivbehandlung, ³mit Behandlung durch i.v.-Glukose,

⁴IFG=Abnorme Nüchtern glukose, IGT=gestörte Glukosetoleranz, ⁵k.A.= keine Angabe, ⁶PNP=Perinatale Mortalität

2.1.4. Hauptdiagnose Diabetes mellitus im Krankenhaus – Anzahl der Behandlungen und Verweildauer (nach InEK)

Die Auswertung der DRG-Daten für das Jahr 2014 aus Schleswig-Holstein ergeben für die ICD E10: Diabetes mellitus Typ 1 eine Verweildauer von durchschnittlich 6,2 Tagen (2013 6,1, 2012 6,4 und 2011 6,4 Tage). Insgesamt erfolgten im Jahr 2014 1.513 Entlassungen (2013 1.692, 2012 1.554, 2011 1.398). Damit bestehen im Verlauf 2011 bis 2014 kaum wesentliche Unterschiede bzgl. Verweildauer und Anzahl stationärer Behandlungen mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus Typ 1. Sowohl die Anzahl der Entlassungen als auch die Verweildauer sind für die ICD E11: Diabetes mellitus Typ 2 höher. Stationäre Fälle mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus Typ 2 werden durchschnittlich 10,0 Tage behandelt (2013 9,7, 2012 10,1 und 2011 10,3 Tage). Die Anzahl der Entlassungen ist über die Jahre relativ konstant (2014 4.016, 2013 4.147, 2012 4.263 und 2011 4.177) und im Vergleich mit den Behandlungszahlen Diabetes mellitus Typ 1 höher. Menschen mit einem Typ 2 Diabetes weisen eine längere durchschnittliche Verweildauer als Menschen mit einem Typ 1 Diabetes auf (10,4 vs. 6,3 Tage). Angesichts der deutlich unterschiedlichen Prävalenzen beider Erkrankungen, werden Menschen mit einem Typ 2 Diabetes zudem eher selten mit der Hauptdiagnose Diabetes stationär behandelt.

2.1.5. Hauptdiagnose und Nebendiagnose Diabetes mellitus im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Campus Lübeck, Campus Kiel) ist das einzige Klinikum der Maximalversorgung in Schleswig-Holstein. Die Analysen anhand der Fallkodierungen aus dem Diabetesbericht 2013 wurden durch die Jahre 2013 und 2014 ergänzt und miteinander verglichen (Haupt- oder Nebendiagnose ICD E10 oder ICD E11, Dezernat Strategisches Controlling des UKSH).

- Der Anteil aller im UKSH stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit der Haupt- oder Nebendiagnose Diabetes lag 2009 bei 12,4% und im Jahr 2012 bei 13,1%. Dieser Anteil stieg in den Jahren 2013 und 2014 auf jeweils 13,6% an. Es muss weiterhin davon ausgegangen werden, dass die Nebendiagnose Diabetes tatsächlich höher ist und entweder nicht im Rahmen der Behandlung angegeben oder dokumentiert wird.
- Weiterhin weisen Patientinnen und Patienten mit einem Diabetes (Haupt- oder Nebendiagnose) im Vergleich mit dem Gesamtkollektiv stationär behandelter Patienten eine deutlich längere Verweildauer auf (aktuell für das Jahr 2014 8,9 vs. 6,4 Tage).
- Stationär behandelte Patientinnen und Patienten mit einem Diabetes (Haupt- oder Nebendiagnose) sind im Vergleich mit dem Gesamtkollektiv behandelter Patientinnen und Patienten älter (aktuell für das Jahr 2014 68,2 vs. 53,6 Jahre).
- Der prozentuale Anteil an Fällen insgesamt stieg von 2009 bis 2014 um 9,4% an. Im gleichen Zeitraum stieg der Anteil an Fällen der Subgruppe Patientinnen und Patienten mit der Haupt- oder Nebendiagnose Diabetes um 16,7% an.

Diese Daten demonstrieren die hohe klinische und gesundheitspolitische Relevanz der Diabetologie im Krankenhaus. Aufgrund der Entwicklungen erscheint es sinnvoll, die Strukturen der klinischen Diabetologie zu stärken und den Fokus auch auf die Nebendiagnose Diabetes zu richten.

2.1.6. Umfrage des Landesverbandes (LV) Geriatrie zur Diabetes-Prävalenz an geriatrischen Klinikstandorten in Schleswig-Holstein

In einer erneuten Umfrage an den 15 geriatrischen Klinikstandorten in Schleswig-Holstein, welche ohne Ausnahme im LV Geriatrie organisiert sind, wurde auf der Da-

tengrundlage von 2014 abgefragt, welcher Anteil an DM Typ 1 und Typ 2 sich unter den dort geriatrisch behandelten Patienten befand.

Zwölf der fünfzehn Kliniken aus dem LV Geriatrie haben Zahlen zur Verfügung gestellt. Die Zahlen basieren auf den Jahreszahlen 2014 und geben jeweils die Summe aller Patientinnen und Patienten wieder, welche als Hauptdiagnose oder Nebendiagnose DM Typ 1 bzw. Typ 2 führten. Die Summe ergibt sich aus den Anteilen der absoluten Zahlen, daher wird z.B. die relativ große Geriatrie der Klinik 2 höher gewichtet als die relativ kleinere Geriatrieabteilung der Klinik 1. Die Summenzahl basiert auf einer Absolutzahl von ca. 17.250 Patientinnen und Patienten der hier erfassten Gesamterhebung und damit auf ca. 4.310 Patientinnen und Patienten mit einem Diabetes in der Haupt- oder Nebendiagnose. So wurde der Großteil der gesamten Fälle innerhalb des LV Geriatrie aus dem Jahr 2014 erfasst.

Auch in der Update-Umfrage 2014 handelt es sich unter den stationär, teilstationär und ambulant behandelten Patientinnen und Patienten um eine mit rund 25% aller Patientinnen und Patienten in der Geriatrie relevanten Zielgruppe. Mit anderen Worten: Jede vierte Patientin oder jeder vierte Patient in der Geriatrie wird auch wegen eines Diabetes mellitus Typ 2 oder seiner Folgen behandelt. Eine auch weiterhin verschwindend kleine Minderheit an Patientinnen und Patienten wurde mit einem Diabetes mellitus Typ 1 aufgenommen und deshalb behandelt.

Die genannten Daten sind direkt aus der aktuellen Umfrage zusammengestellt und anonymisiert worden.

| Klinik | Anteil der Pt mit DM Typ 1 in Prozent (nur Geriatrie) | Anteil der Pt mit DM Typ 2 in Prozent (nur Geriatrie) |
|--------------|---|---|
| 1 | 0,1% | 31% |
| 2 | 0,9% | 32% |
| 3 | 0% | 14% |
| 4 | 0,4% | 10% |
| 5 | 0,3% | 26,9% |
| 6 | 1,1% | 72,2 % |
| 7 | 1,8% | 12,4% |
| 8 | 0,2% | 27,2% |
| 9 | 0,2 | 12,6% |
| 10 | 0,2 | 10,3 |
| 11 | 0,4 | 21,9 |
| 12 | 0,5 | 25,1 |
| Summe | 0,5% | 24,6% |

Abbildung 5: Anteil von Patientinnen und Patienten (Pt) mit einem Typ 1 (DM Typ 1) oder einem Typ 2 (DM Typ 2) Diabetes in geriatrischen Einrichtungen (stationär, teilstationär oder ambulant) in Schleswig-Holstein.

2.1.7. Diabetesbericht der AOK NORDWEST für Schleswig-Holstein 2010 – 2013

Diabetes mellitus ist eine chronische Erkrankung, die progredient mit einem hohen Morbiditätsrisiko verlaufen kann und somit eine hohe Relevanz für den Kostenträger hat. Somit ist es für die Krankenkassen selbst, aber auch für die Erfassung relevanter Daten für die Diabetologie insgesamt wichtig, entsprechende Auswertungen mit dem Fokus Diabetes zu kennen. Grundsätzlich bestehen große Unterschiede zwischen den jeweiligen Krankenkassen, die auf die Charakterisierung des Versichertenkollektives zurückzuführen sind. So lag die Typ 2 Diabetes Prävalenz in einer Erhebung der Techniker Krankenkasse mit 4,7% deutlich unter der geschätzten Diabetesprävalenz der deutschen Bevölkerung von ca. 7,2% (Wilke T et al., Dtsch Med Wochenschr 2013; 138: 69-75).

Die AOK NORDWEST gehört zu den größten Krankenkassen Deutschlands und hat für diesen Bericht die Prävalenz und assoziierten Kosten der Versorgung von Patienten mit Diabetes für das Land Schleswig-Holstein im Zeitraum 2010 bis 2013 analysiert (Das Update 2016 wird in Kürze publiziert.). Die Prävalenzermittlung für das Jahr 2013 erfolgte nach Kriterien, die eine sichere Unterscheidung zwischen einem Typ 1 und einem Typ 2 Diabetes möglich machte (Typ 1: 2 Quartale mit gesicherter ambulanter Diabetes-Kodierung oder mindestens eine stationäre Erfassung (E10* - E14*), und mindestens eine E10* Diagnose, und mindestens ein Arzneimittel der Gruppe Insuline oder Analoga, und keine E11* oder E13* oder eine ausschließliche DMP Einschreibung zu Typ 1; Typ 2: 2 Quartale mit gesicherter ambulanter Diabetes-Kodierung oder mindestens eine stationäre Erfassung (E10* - E14*), und mindestens eine E11* Diagnose, und keine E10* oder E13*, oder eine ausschließliche DMP Einschreibung zu Typ 2). Auf Basis dieser engen Definition betrug die Prävalenz im Jahr 2013 für

Typ 1 Diabetes: 0,40% (Durchschnittsalter 46 Jahre)

Typ 2 Diabetes: 10,74% (Durchschnittsalter 70 Jahre)

Damit liegt die Diabetesprävalenz im Kollektiv der AOK NORDWEST versicherten Patientinnen und Patienten deutlich über der geschätzten durchschnittlichen nationalen Diabetesprävalenz.

Betrachtet man die Prävalenz in 5-Jahres-Alterssegmenten, zeigen sich Höchstwerte für

Typ 1 Diabetes: 0,63% im Alterssegment 50-55 Jahre

Typ 2 Diabetes: 30,86% im Alterssegment 75-80 Jahre

Die Differenzierung des Diabetestyps für weitere Analysen aus den Jahren 2010 - 2012 erfolgte durch die Kriterien ICD Kodierung (mindestens 2 von 4 Quartalen) und für Typ 1 Diabetes, mindestens 50 DDD Insuline oder Analoga (A10A).

Ein stationärer Aufenthalt (verursacht die höchsten Versorgungskosten, s.u.) erfolgte selten mit der Hauptdiagnose Diabetes (Typ 1 Diabetes häufiger als Typ 2 Diabetes). Im Vordergrund steht vielmehr ein stationärer Aufenthalt mit der Nebendiagnose Diabetes.

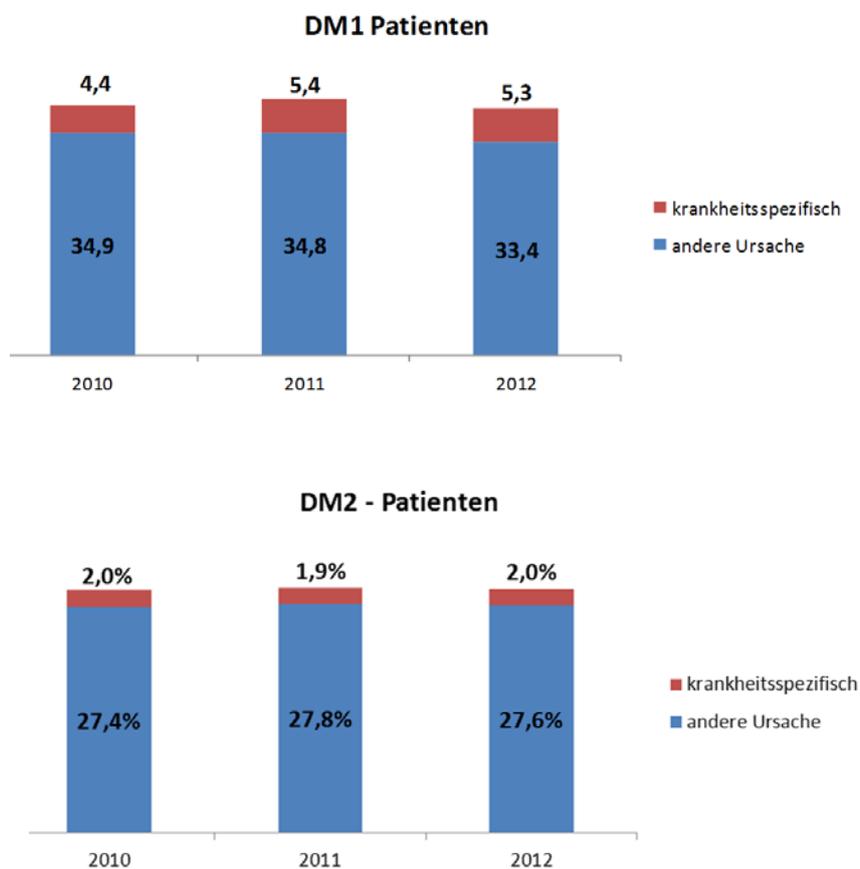


Abbildung 6: Krankenhaus-Behandlungsrate von AOK NORDWEST versicherten Menschen mit Diabetes in Schleswig-Holstein: Vergleich Menschen mit einem Typ 1 und einem Typ 2 Diabetes, die entweder mit der Hauptdiagnose Diabetes (krankheitsspezifisch) oder der Nebendiagnose Diabetes (andere Ursache) stationär behandelt wurden (Angabe in % AOK NORDWEST Versicherte mit Diabetes insgesamt)

Die Ausgaben pro Patientinnen und Patient sind bei Versicherten mit einem Typ 1 Diabetes höher als bei Versicherten mit einem Typ 2 Diabetes. Im Zeitraum 2010 bis 2012 stiegen die Kosten bei Versicherten mit einem Typ 2 Diabetes kontinuierlich an, während sie bei Versicherten mit einem Typ 1 Diabetes kontinuierlich geringer wurden.

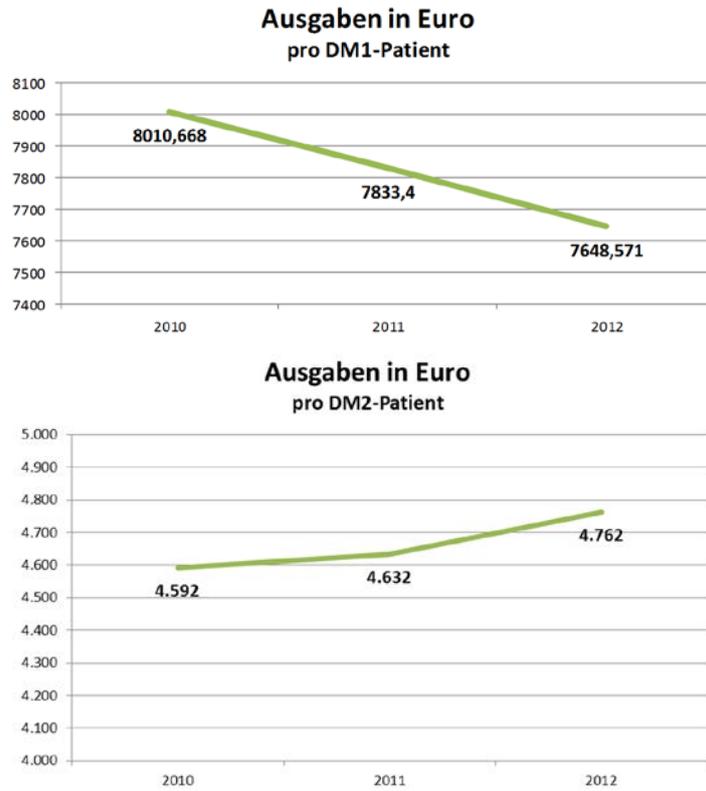
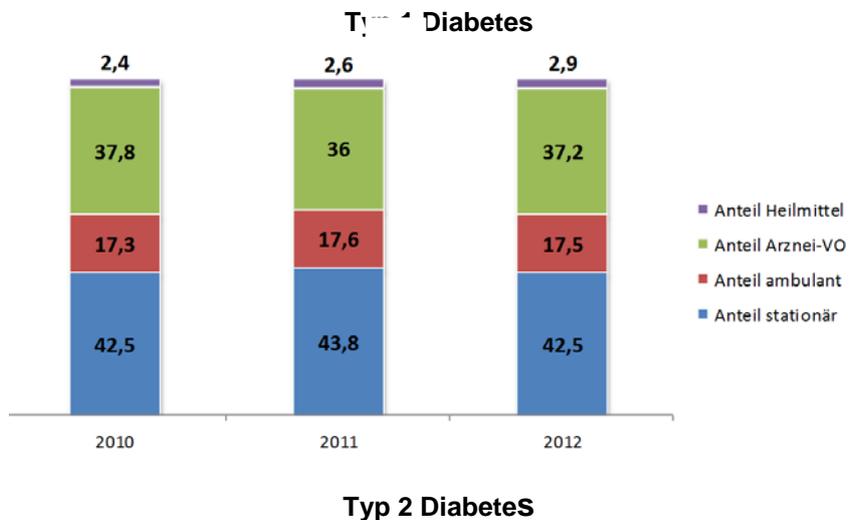


Abbildung 7: Durchschnittliche Ausgaben pro Patient und Jahr:
 Vergleich AOK NORDWEST Versicherte mit einem Typ 1 oder Typ 2 Diabetes

Die differenzierte Analyse der Gesamtkosten demonstriert, dass sowohl bei Patientinnen und Patienten mit einem Typ 1 als auch einem Typ 2 Diabetes stationäre Aufenthalte die höchsten Kosten verursachen, gefolgt von Arzneimittel-Verordnungen und ambulanter Versorgung.



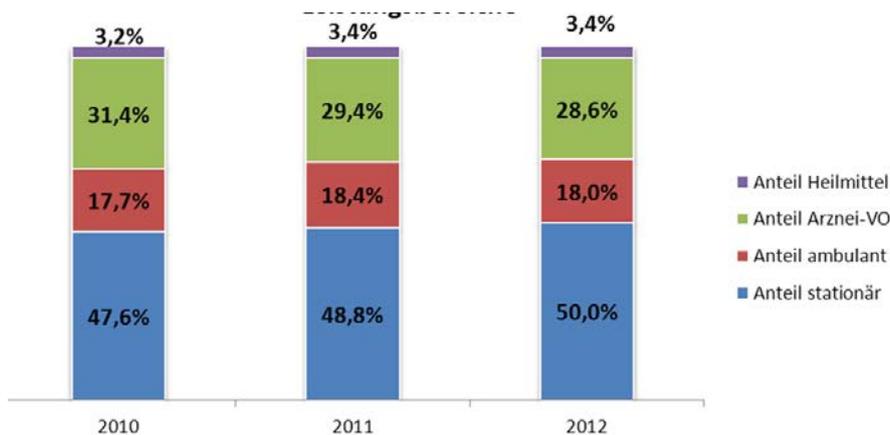


Abbildung 8: Kostenverteilung von AOK NORDWEST Versicherten mit Diabetes auf Leistungsbereiche:
Vergleich Menschen mit einem Typ 1 oder Typ 2 Diabetes.

Die Krankenhauskosten werden in erster Linie durch andere Ursachen als die Grunderkrankung Diabetes verursacht. Diese Analyse demonstriert erneut die Bedeutung der qualifizierten Diabetologie im Krankenhaus.

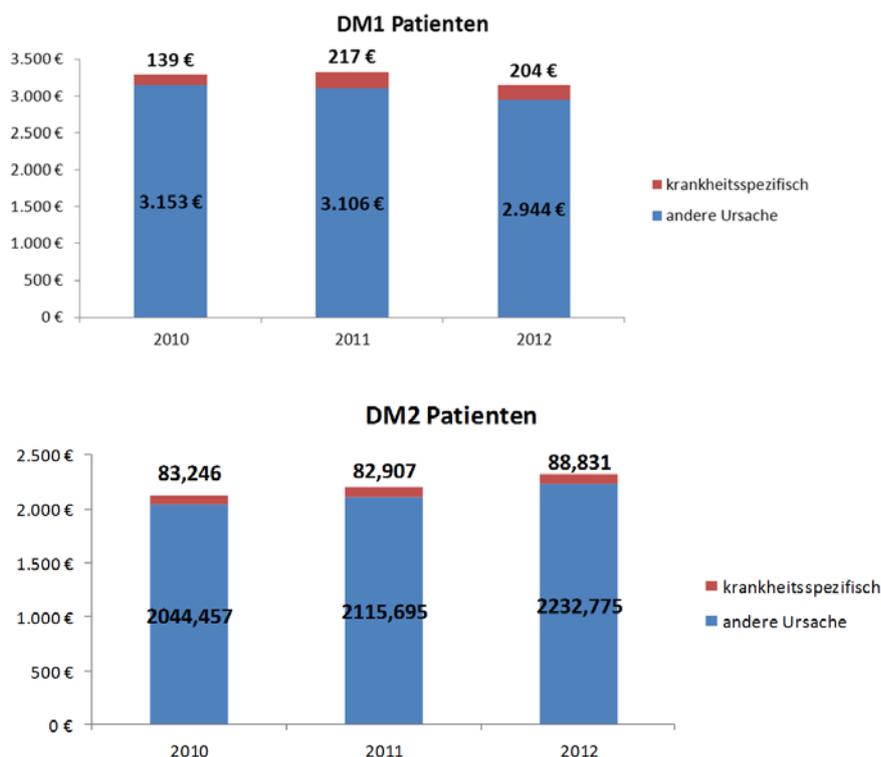


Abbildung 9: Krankenhauskosten AOK NORDWEST Versicherte mit Diabetes:
Vergleich Menschen mit einem Typ 1 oder Typ 2 Diabetes.

2.2. Versorgungsstrukturen

2.2.1. Ausgaben für Antidiabetika

Im Jahr 2013 wurden deutschlandweit jedem GKV-Versicherten im Mittel rund 30 DDD (Defined Daily Doses = definierte Tagesdosis) Antidiabetika verordnet, womit

die Antidiabetika zu den besonders häufig verordneten Arzneimitteln gehören ("Arzneimittel-Atlas 2014", Bertram Häussler/Ariane Höer/Elke Hempel (Hrsg.), Berlin Heidelberg 2014). Der Verbrauch hat sich in der Zeit von 1996 bis 2013 fast verdoppelt. Seit 2009 hat sich der Verbraucherzuwachs im Vergleich zu den Vorjahren deutlich abgeschwächt und stagnierte im Jahr 2013. Die Fortschreibung der effektiven GKV-Arzneimittelausgaben bundesweit nach den Daten der Bundesvereinigung ABDA sieht wie folgt aus (abgezogen sind sämtliche gesetzlichen Rabatte: Herstellerrabatte nach § 130a SGB V; Apothekenabschlag nach § 130 SGB V, Patientenzuzahlung nach § 31 Abs. 3 SGB V):

2012 26,88 Mrd. €

2013 27,63 Mrd. €

2014 30,51 Mrd. €

Nicht enthalten sind die durch Ausschreibung erzielten Zusatzrabatte gemäß §130a Abs. 8 SGB V. Kumuliert betragen sie 2012 2,8 Mrd. €, 2013 3,0 Mrd. € und 2014 3,2 Mrd. €.

Die bereinigten GKV-Arzneimittelausgaben lauten bundesweit somit:

2012 24,08 Mrd. €

2013 24,63 Mrd. €

2014 27,31 Mrd. €

Der Anstieg 2014 um fast 2,7 Mrd. € erklärt sich nicht nur aus dem Markteintritt neuer und teurer Arzneimittel und dem Anstieg der Verschreibungsmenge, sondern auch aus einer Absenkung der Herstellerrabatte 2014. Betrug die Einsparsumme durch gesetzliche Herstellerrabatte 2013 noch 2.368 Mrd. €, so fiel sie 2014 um 833 Mio. € auf 1.535 Mrd. €.

Während der Verbrauch von Insulin in den letzten Jahren jährlich um rund 1% zunahm, verlangsamte sich das Wachstum der „anderen Antidiabetika“ und war 2013 sogar leicht rückläufig. Der Verbraucheranteil der anderen Antidiabetika ist im Vergleich zum Insulin sehr viel höher (entsprechend hoher Anteil der Typ 2 Diabetiker). Der Verbrauchersanteil der lang wirkenden Insuline nahm auch 2013 weiterhin zu, während der Anteil von Mischinsulinen abnahm. Insgesamt zeigte sich eine Zunahme der intensivierten Insulintherapie. In der Gruppe der schnell wirkenden Insuline zeigt sich weiterhin ein Rückgang des Anteils von Humaninsulin auf aktuell 44%. Bei den „anderen Antidiabetika“ fiel der Anteil der Sulfonylharnstoff-Monopräparate zwischen 2011 und 2013 von 33% auf 26%. Für die fixen Kombinationen von oralen An-

tidiabetika (in erster Linie Kombination Metformin / DPP4-Hemmer, 13%), die DPP4-Hemmer (9%) und GLP-1 Rezeptoragonisten (2,2%) stiegen die Verbrauchsanteile. Diese Angaben gelten für Deutschland insgesamt. Regional bestehen allerdings große Unterschiede, was mit regionalen Besonderheiten, wie dem Anteil der älteren Bevölkerung, dem Anteil an Menschen mit Adipositas und der Diabetesprävalenz zusammenhängt. Der Verbrauch reicht von 26 DDD pro GKV-Versicherten in Baden-Württemberg bis 48 DDD in Sachsen-Anhalt. Der höchste Zuwachs war 2013 mit 1,8% in Schleswig-Holstein zu beobachten. Eine Rolle kann hier auch die regional unterschiedliche Quotenregelung für Leitsubstanzen durch die regionalen kassenärztlichen Vereinigungen und deren Reaktion auf Entscheidungen im Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) (frühe Nutzenbewertung) Verfahren spielen.

2.2.2. Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) - Patienten

Im Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2015 wird erneut, wie im Jahr 2013 angegeben, dass bundesweit über 2 Millionen Menschen mit Diabetes, also ca. 30%, am DMP teilnehmen. Für Schleswig-Holstein konnten für den Diabetesbericht 2013 eine Schätzung von ca. 50% der Menschen mit Diabetes, die am DMP teilnehmen, ermittelt werden. Die aktuelle Analyse beinhaltet den Stand Mai 2015 (Quelle: KM6 Teil 2) und einen Vergleich GKV Bund zu AOK Bund bzw. GKV SH und AOK SH. Zunächst ist hervorzuheben, dass sich der Anteil der im DMP eingeschriebenen Patientinnen und Patienten in Schleswig-Holstein von 102.398 (Typ 2 DM 95.418 Patientinnen und Patienten, Typ 1 DM 6.980 Patientinnen und Patienten; KMG Teil 2, 12/2012) auf 114.501 Patientinnen und Patienten erhöht hat (s. Tabelle). Es ist unklar, ob sich die Anzahl der Menschen mit Diabetes in Schleswig-Holstein zeitgleich auch erhöht hat. Der Anteil der AOK versicherten Patientinnen und Patienten ist deutschlandweit höher und es besteht eine Differenz zwischen Patientinnen und Patienten mit einem Typ 2 und einem Typ 1 Diabetes.

| | GKV Bund | AOK Bund | Rest GKV | GKV SH | AOK SH | Rest GKV SH |
|-----|-----------|-----------|-----------|---------|--------|-------------|
| DM2 | 4.020.144 | 1.809.437 | 2.210.707 | 106.607 | 42.131 | 64.476 |
| | | 45% | | | 40% | |

| | | | | | | |
|-----|---------|--------|---------|-------|-------|-------|
| DM1 | 178.255 | 55.720 | 122.535 | 7.894 | 1.992 | 5.902 |
| | | 31% | | | 25% | |

Abbildung 10: Patientinnen und Patienten, die in Schleswig-Holstein in das DMP Diabetes eingeschrieben sind:

Vergleich GKV Bund zu AOK Bund bzw. GKV SH und AOK SH (Stand Mai 2015; Quelle KM6 Teil 2).

2.2.3. Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) - Ärzte

Im Vergleich mit der Anzahl an Ärztinnen und Ärzten mit einer Genehmigung zur Teilnahme am DMP Typ 1 vom 31.12.2012 besteht eine geringe Reduktion von 58 auf insgesamt 56 Ärztinnen und Ärzte. Beim DMP Typ 2 ist ein Anstieg von 1.617 auf 1.708 Ärztinnen und Ärzte zu verzeichnen (Ärzte aus dem Bereich der Versorgungsebenen 1 und 2; Information der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein).

DMP Diabetes mellitus Typ 1 /teilnehmende niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

| | 2013 | 2014 |
|------------------|------|------|
| Hausärzte | 11 | 9 |
| Schwerpunktärzte | 45 | 47 |
| Pädiater | 9 | 13 |
| Gesamt | 56 | 56 |

DMP Diabetes mellitus Typ 2 /teilnehmende niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

| | 2013 | 2014 |
|------------------|------|------|
| Hausärzte | 1662 | 1661 |
| Schwerpunktärzte | 45 | 47 |
| Gesamt | 1707 | 1708 |

2.2.4. Diabetologische Schwerpunktpraxen

Der Bedarf an qualifizierten Schwerpunktpraxen und deren spezialisiertes Personal begründet sich u.a. durch komplexe Therapien (insbesondere Insulintherapien) und Komplikationen des Diabetes. Bundesweit ist das prozentuale Verhältnis Anzahl Schwerpunktpraxen/ Einwohner verschieden. In Schleswig-Holstein wird ein Verhält-

nis von einer/einem in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis tätigen Diabetologin oder Diabetologen/ 60 Hausärztinnen und Hausärzten angestrebt. Grundlage sind die zur Umsetzung der Disease-Management-Programme abgeschlossenen Strukturverträge der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein mit den gesetzlichen Krankenkassen in Schleswig-Holstein.

2.2.5. Fortbildung Ärztinnen und Ärzte

Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten mit Diabetes wird auf der Hausarztebene betreut. Diabetes-Fortbildungen stellen somit eine wichtige Voraussetzung zur Behandlungsqualität dar. Im Vergleich mit dem Zeitraum 2002 bis 2012 konnten auch 2013 und 2014 in der Ärztekammer Schleswig-Holstein erfolgreich Ärztinnen und Ärzte aus Schleswig-Holstein und anderen Bundesländern diabetologisch und zum Thema Ernährungsmedizin fortgebildet werden.

| Jahr/Gebiet | Diabetologie Teilnehmer aus Schleswig-Holstein | Ernährungsmedizin Teilnehmer aus Schleswig-Holstein | Diabetologie Teilnehmer aus anderen Bundesländern | Ernährungsmedizin Teilnehmer aus anderen Bundesländern |
|-------------|--|---|---|--|
| 2002 | 52 | 0 | 20 | 0 |
| 2003 | 115 | 0 | 25 | 0 |
| 2004 | 112 | 0 | 28 | 0 |
| 2005 | 104 | 57 | 22 | 29 |
| Summe | 383 | 57 | 95 | 29 |
| 2006 | 94 | 19 | 22 | 17 |
| 2007 | 32 | 29 | 16 | 15 |
| 2008 | 35 | 21 | 11 | 15 |
| 2009 | 23 | 21 | 4 | 10 |
| 2010 | 43 | 21 | 11 | 10 |
| 2011 | 47 | 12 | 3 | 6 |
| 2012 | 58 | 10 | 2 | 12 |
| 2013 | 63 | 18 | 4 | 7 |
| 2014 | 59 | 18 | 4 | 10 |
| Summe | 454 | 169 | 77 | 102 |
| Gesamt | 837 | 226 | 172 | 131 |

Einführung der Strukturierten Curricularen Fortbildung 2006

Abbildung 11: Fortbildung zum Thema Diabetes und Ernährungsmedizin an der Ärztekammer Schleswig-Holstein

2.2.6. Schleswig-Holsteinische Gesellschaft für Diabetes (DDG)

Die Schleswig-Holsteinische Gesellschaft für Diabetes ist eine Regionalgesellschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft und zugleich ein gemeinnütziger eingetragener Verein. Der Verein wurde 1996 gegründet und hat aktuell die Anzahl der Mitglieder von 75 (Stand 12/2012) auf 108 erhöhen können. Weiterhin finden jährlich öffentliche Fortbildungsveranstaltungen statt. Zudem werden Veranstaltungen wie z.B. zum Weltdiabetestag unterstützt. Der Gesamtvorstand besteht aktuell aus sechs Personen, welche die Bereiche Klinik, Schwerpunktpraxis, Diabetesberatung und Kinderdiabetologie repräsentieren.

2.2.7. Diabetesberatungs- und Schulungsberufe

Gemeinsam mit dem Edmund-Christiani-Seminar ermöglicht die DDG eine wohnortnahe Ausbildung zur Diabetesassistentin/ zum Diabetesassistenten. Diese Ausbildung konnte 2013 und 2014 erfolgreich fortgesetzt werden.

| Seminarreihe | Teilnehmerzahl | Bundesländer | Berufsgruppen |
|--------------|----------------|---|--|
| 2008 | 16 | 11 x Schleswig-Holstein 3 x Hamburg 1 x Niedersachsen 1 x Mecklenburg-Vorpommern | 11 x Medizinische Fachangestellte 1 x Oecotrophologin 2 x Krankenschwester 2 x Diätassistentin |
| 2009 | 10 | 7 x Schleswig-Holstein 2 x Hamburg 1 x Berlin | 8 x Medizinische Fachangestellte 2 x Krankenschwester |
| 2010 | 13 | 8 x Schleswig-Holstein 3 x Hamburg 1 x Niedersachsen 1 x Nordrhein-Westfalen | 8 x Medizinische Fachangestellte 1 x Oecotrophologin 1 x Krankenschwester 3 x Diätassistentin |
| 2012 | 20 | 13 x Schleswig-Holstein 3 x Niedersachsen 3 x Hamburg 1 x Mecklenburg-Vorpommern | 12 x Medizinische Fachangestellte 3 x Oecotrophologin 3 x Diätassistentin 2 x Gesundheits- und Krankenpflegerin |
| 2013 | 19 | 9 x Schleswig-Holstein 3 x Niedersachsen 3 x Hamburg 3 x Mecklenburg-Vorpommern 1 x Rheinland-Pfalz | 16 x Medizinische Fachangestellte 1 x Oecotrophologin 2 x Diätassistentin |

Abbildung 12: Ausbildung zur Diabetesassistentin/ Diabetesassistent DDG in Schleswig-Holstein:
Anzahl und Herkunft der Teilnehmenden

2.2.8. Qualitätszirkel und diabetologische Arbeitskreise

Nachfolgend sind mit Stand 2014 die Qualitätszirkel und diabetologischen Arbeitskreise in Schleswig-Holstein aufgeführt (Information der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein):

| Kreis | Bezeichnung | Teilnehmer gesamt | davon Hausärzte |
|-----------------------|---|----------------------|--------------------|
| Dithmarschen | Arbeitskreis Diabetes im Netz MQW | 29 | 25 |
| Dithmarschen | OZ Diabetes | 34 | 33 |
| Flensburg | Diabetes Arbeitskreis/ OZ-Flensburg | 33 | 30 |
| Lübeck | Arbeitskreis Diabetes mell. | 24 | 23 |
| Kiel | OZ Diabetes und KHK Kiel | 36 | 34 |
| Kiel | OZ Diabetes mellitus und KHK | 24 | 23 |
| Nordfriesland | OZ Diabetes | 17 | 13 |
| Neumünster | Arbeitskreis Diabetes Neumünster | 52 | 47 |
| Stormarn | OZ DMP | 52 | 47 |
| Stormarn | OZ Diabetes Schwerpunktpraxen Stormarn | 6 | 6 |
| Stormarn | Diabetes OZ Ahrensburg | 24 | 20 |
| Ostholstein | Arbeitskreis Diabetes und KHK | 27 | 24 |
| Ostholstein | Diabetologischer AK Eutin | 9 | 6 |
| Pinneberg | AK Diabetes in Elmshorn | 38 | 35 |
| Pinneberg | OZ Diabetes und DMP Kreise Pinneberg und Segeberg | 10 | 10 |
| Plön | OZ Diabetes mellitus | 15 | 13 |
| Plön | OZ Diabetes | 17 | 15 |
| Rendsburg-Eckernförde | Arbeitskreis Diabetes | 36 | 34 |
| Rendsburg-Eckernförde | Diabetologischer Arbeitskreis und KHK | 23 | 21 |
| Rendsburg-Eckernförde | OZ Diabetes mellitus | 13 | 12 |
| Segeberg | Diabetesversorgende Ärzte Segeberg | 20 | 18 |
| Schleswig-Flensburg | Ärztl. OZ Stapelholm/NF | 27 | 25 |
| Schleswig-Flensburg | OZ Diabetologie "Rund um die Schleif" | 15 | 14 |
| Schleswig-Flensburg | OZ Diabetestherapie + Leitlinien | 18 | 15 |
| Steinburg | OZ Diabetes und DMP Kreis Steinburg | 16 | 16 |
| Lübeck | OZ der Diabetes Schwerpunktpraxen SH | 25 | 22 |
| | Gesamt: | 640 | 581 |

Zeitraum: 2014

Abbildung 13: Qualitätszirkel und diabetologische Arbeitskreise in Schleswig-Holstein

2.2.9. Selbsthilfegruppen

Die Mitgliederzahl von Selbsthilfegruppen nimmt deutschlandweit ab. Der DDB (Deutscher Diabetiker Bund) Landesverband Schleswig-Holstein zählte 896 Mitglieder im Jahr 2012 und 856 Mitglieder 2013. Seit April 2014 hat sich die Selbsthilfe für Menschen mit Diabetes neu organisiert. Als Selbsthilfeorganisation und Interessenvertretung im Bereich Diabetes existiert jetzt die Deutsche Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes, die eng mit diabetesDE, DDG und VDBD zusammenarbeitet. Die fünf Landesverbände sind in den neun Bundesländern Bremen, Mitteldeutschland (Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen), Nord (Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern), Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz aktiv. Der Gesamtverband hat ca. 17.600 und Schleswig-Holstein hat 763 Mitglieder.

3. Grundlagen der Früherkennung und Prävention

3.1. Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene (U35)

Frauen und Männer vom 36. Lebensjahr an haben Anspruch auf die Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie des Diabetes mellitus. Die Anzahl der durchgeführten Untersuchungen waren in den Jahren 2009 bis 2011 mit 18-19% unzureichend. Die AG Diabetes hat in einem Bericht im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt auf die Option hingewiesen, durch diese Vorsorge frühzeitig unbekannte Diabetesfälle zu diagnostizieren (Schütt M, Kleinwechter H, 2013, Hohe Prävalenz unbekannter Diabetesfälle: Vorsorge hilft Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 11: 52-53). Insgesamt konnte die Anzahl der Patienten, die im Jahr behandelt wurden, aus dem KV-Bereich Schleswig-Holstein kommen und zu Beginn des 1. Quartals 35 Jahre oder älter waren, 2013 auf 25,3% und 2014 auf 26,8% gesteigert werden.

3.2. Ergebnisse Schuleingangsuntersuchungen - Körpergewicht

Aus dem Bericht „Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein, Schuljahr 2013/2014“ geht hervor, dass im Schuljahr 2013/14 10,3% der Jungen und 10,2% der Mädchen übergewichtig (> 90. Perzentile) waren. Davon waren 4,6% der Jungen und 4,2% der Mädchen adipös (adipös entspricht einem Gewicht > 97. Perzentile). Dabei ergeben sich Hinweise für erhebliche regionale Variationen, die tatsächlichen Unterschieden in der Prävalenz entsprechen und im Wesentlichen durch soziodemographische und kulturelle Unterschiede zu erklären sind. Die größte Häufigkeit findet sich in den nördlichen Landesteilen. Die starke Häufung in der Stadt Neumünster hat sich in den letzten Jahren deutlich zurückgebildet. Im Vergleich zum Vorjahr bestanden kein Anstieg des Übergewichtes und kein Anstieg des Untergewichtes bei den Mädchen, während bei den Jungen ein Anstieg sowohl beim Übergewicht als auch beim Untergewicht zu verzeichnen war.

Übergewichtige Kinder mit einem Body Mass Index (BMI) zwischen der 90. und 97. Perzentile haben bereits ein erhöhtes gesundheitliches Risiko für die Entwicklung adipositas-assoziiierter Folgeerkrankungen. Bei Kindern mit Adipositas (> P97) wird eine Störung mit Krankheitswert festgestellt. Dies spiegelt sich auch im Leistungskatalog der Krankenkassen wider, die Präventionsleistungen für übergewichtige Kinder

im Settingansatz mitfinanzieren, für adipöse Kinder aber individuelle Rehabilitationsmaßnahmen nach § 43 SGB V gewähren.

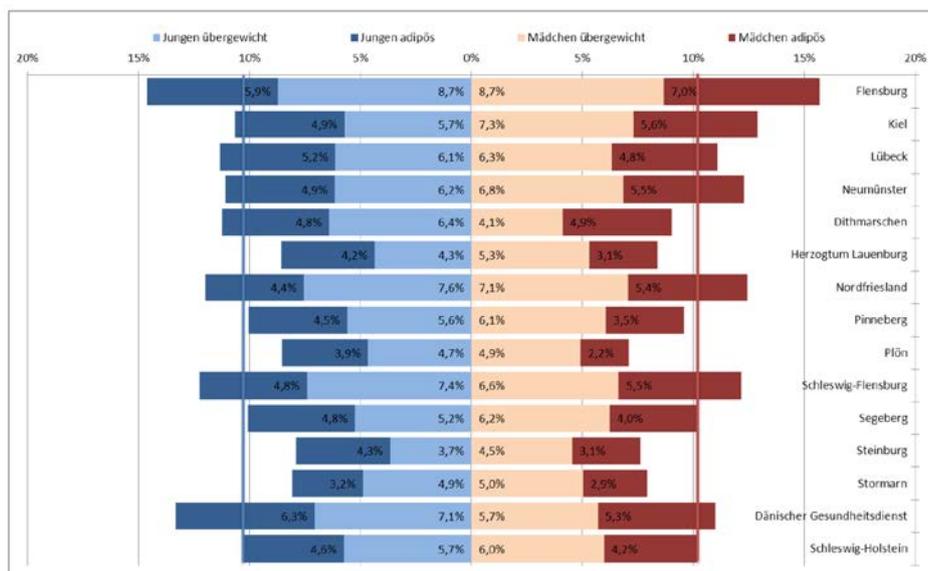


Abbildung 14: Übergewicht und Adipositas bei Kindern im Rahmen der Einschulungsuntersuchung: Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten getrennt und zeigt den prozentualen Anteil der schulärztlichen Untersuchungsbefunde zum Bodymassindex (BMI) getrennt nach Geschlecht. Übergewichtig = BMI ist größer der 90er Perzentile und kleiner der 97er Perzentile, adipös = BMI ist größer der 97er Perzentile nach Kromeyer-Hausschild.

12,0% der Jungen und 10,1% der Mädchen hatten ein Körpergewicht unter der 10er Perzentile und waren damit untergewichtig, davon lagen 4,4% der einzuschulenden Jungen und 3,4% der Mädchen unterhalb der 3er Perzentile und waren damit stark untergewichtig.

Untergewicht und starkes Untergewicht können zu Mangelerscheinungen führen. Diese können die Infektanfälligkeit steigern, die Muskelfunktionen beeinträchtigen und andere gesundheitliche Probleme, wie etwa eine eingeschränkte geistige Entwicklung, befördern. Die Gründe für das Auftreten von Untergewicht sind mannigfaltig und reichen von gesundheitlichen Ursachen und Essstörungen über eine genetische Veranlagung hin bis zu sozialen Faktoren wie finanziellen oder psychischen Problemen.

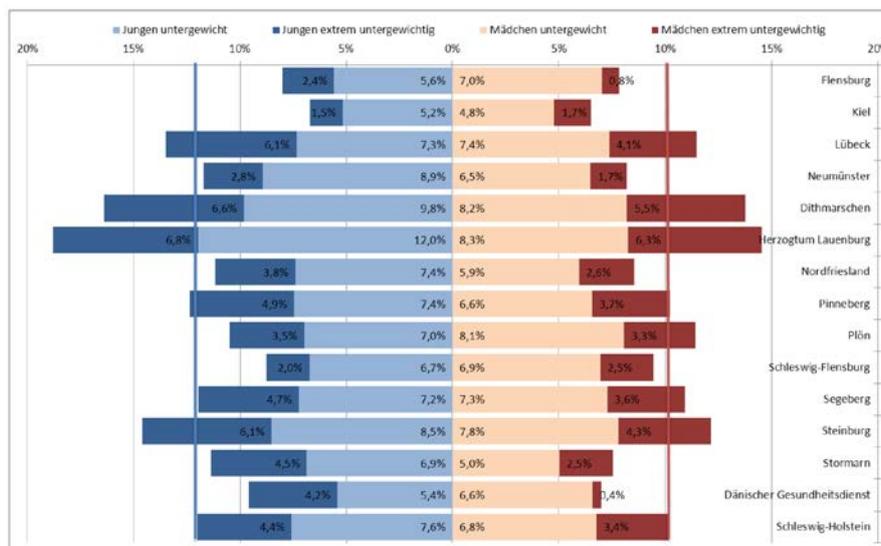


Abbildung 15: Untergewicht bei Kindern im Rahmen der Einschulungsuntersuchung: Darstellung erfolgt nach Kreisen und kreisfreien Städten getrennt und zeigt den prozentualen Anteil der schulärztlichen Untersuchungsbefunde zum Bodymass-index (BMI) getrennt nach Geschlecht. Untergewichtig = BMI ist kleiner der 10er Perzentile und größer der 3er Perzentile, extrem untergewichtig = BMI ist kleiner der 3er Perzentile.

Übergewicht und Adipositas werden durch soziodemographische Faktoren beeinflusst. Sowohl Kinder aus Familien mit Migrationsbiografie als auch solche aus bildungsfernen Familien haben ein statistisch signifikant höheres Risiko, Adipositas zu entwickeln. So verringert sich das Risiko eines Kindes von Eltern mit mittlerem oder hohem Bildungsstand gegenüber den Kindern aus Familien mit niedrigem Bildungsstand um etwa die Hälfte. Das Geschlecht des Kindes hat keinen Einfluss, ob ein Kind adipös ist. Bei einem Gewicht unter der 3. Perzentile wirken sich die soziodemographischen Faktoren nicht aus. Ein höherer Bildungsstand der Familie führt zu einer Erhöhung des Risikos für Untergewicht um 1,19. Jungen haben ein 1,29-mal so hohes Risiko für Untergewicht wie Mädchen.

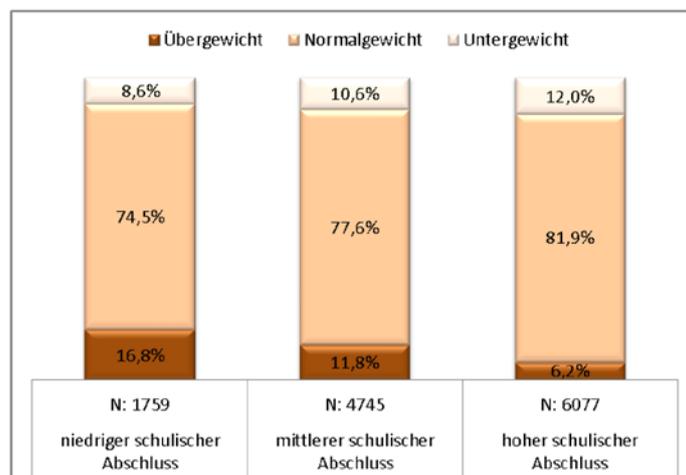


Abbildung 16: „Unter-, Normal- und Übergewicht“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Bildungsstand der Eltern (N=12.581): Der auffällige Befund setzt sich aus der Summe ABDX zusammen und ist unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen: A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B = Auffälliger Befund, bereits behandelt, D = Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung, X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig.

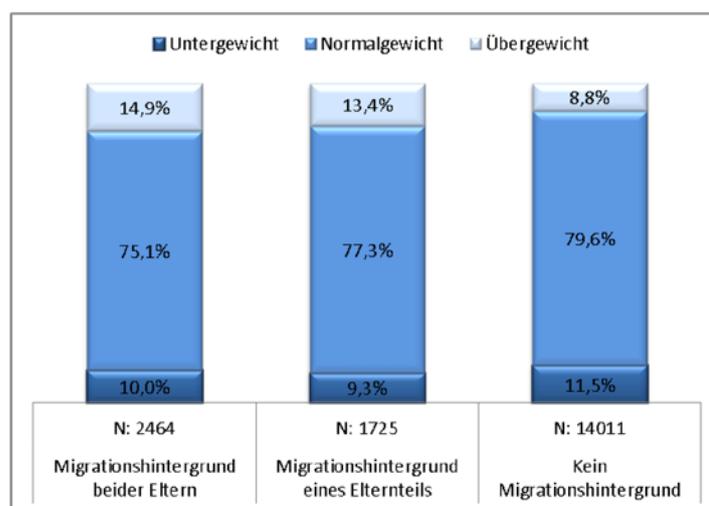


Abbildung 17: „Unter-, Normal- und Übergewicht“ in den Familien mit vorliegenden Angaben zum Migrationshintergrund der Eltern (N=12.581): Der auffällige Befund setzt sich aus der Summe ABDX zusammen und ist unabhängig von daraus resultierenden Empfehlungen: A = Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B = Auffälliger Befund, bereits behandelt, D = Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung, X = Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig.

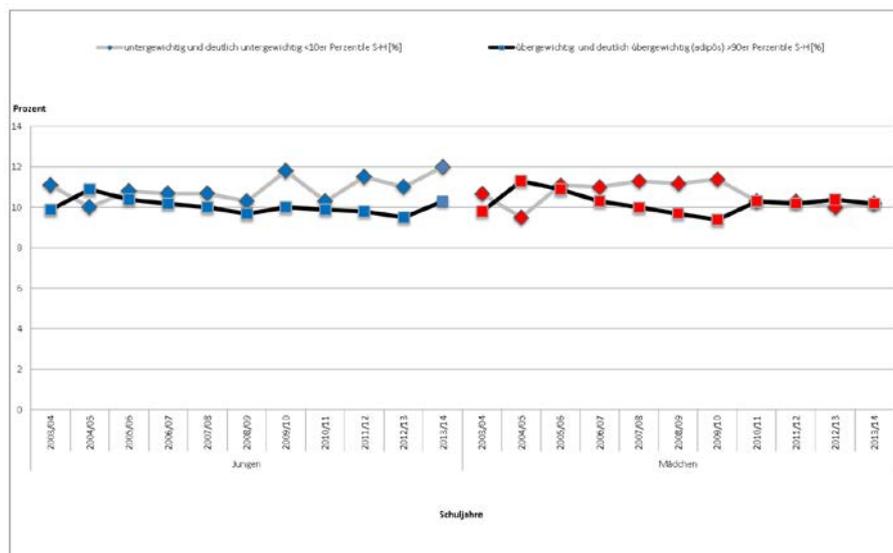


Abbildung 18: Prozentualer Anteil der über- und untergewichtigen Kinder seit dem Schuljahr 2003/2004: Darstellung erfolgt nach Schuljahren und Geschlecht getrennt und zeigt den Übergewichtig = BMI ist größer der 90er Perzentile und kleiner der 97er Perzentile, adipös = BMI ist größer der 97er Perzentile nach Kromeyer-Hausschild. Untergewichtig = BMI ist kleiner der 10er Perzentile und größer der 3er Perzentile, extrem untergewichtig = BMI ist kleiner der 3er Perzentile.

Seit dem Schuljahr 2004/05 war in Schleswig-Holstein ein leichter Rückgang des Übergewichtes zu verzeichnen (deutlicher bei den Mädchen). Im Jahr 2014 stieg die Rate der übergewichtigen Jungen erneut an. Adipositasraten von 4,6% bei Jungen und 4,2% bei Mädchen weisen darauf hin, dass die Bemühungen im Bereich der Adipositasprävention nicht nachlassen dürfen.

Die Zahl deutlich untergewichtiger Kinder ist für die Mädchen stabil, jedoch bei den Jungen angestiegen. Hier gilt es, die Akteure des Gesundheitswesens auch für die Gruppe der Kinder mit Untergewicht und extremen Untergewicht zu sensibilisieren.

3.3. Bestandsaufnahme zur Versorgung von Menschen mit Diabetes in Kliniken in Schleswig-Holstein

Hinsichtlich der deutlich zunehmenden Anzahl an Menschen mit einem manifesten Diabetes und des erhöhten Risikos für Diabetes-assoziierte Komplikationen sowie der hohen Relevanz des Diabetes für das Ergebnis der Behandlung anderer Erkrankungen, ist vor allem auch in den Kliniken eine adäquate diabetologische Qualifikation zu fordern. Dies betrifft die Behandlung sämtlicher Diabetestypen und Therapiekonzepte, also auch die Betreuung von Menschen mit einem Typ 1 Diabetes und die Durchführung oder Initiierung einer Insulintherapie bei kritisch kranken Menschen. Um die Infrastruktur der Kliniken in Schleswig-Holstein bzgl. der Versorgung von

Menschen mit Diabetes zu analysieren, wurden über das MSGWG 52 Kliniken angeschrieben und um das Ausfüllen eines Fragebogens gebeten. Um ein repräsentatives Bild zu erhalten, wurden für die weitere Auswertung von den 37 Kliniken, die geantwortet haben, nur die Kliniken einbezogen, die im Jahr 2014 mehr als 10.000 Patientinnen und Patienten stationär behandelt hatten.

Bei diesen 14 Kliniken handelte es sich um (alphabetische Reihenfolge der Städte): Westküstenkliniken: Standorte Brunsbüttel und Heide; Regio Klinik Elmshorn; Sana Kliniken Ostholstein: Klinik Eutin; Diakonissenkrankenhaus Flensburg, Medizinische Klinik; Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital, Flensburg; Klinikum Nordfriesland: Kliniken Husum und Niebüll; Klinikum und Seniorenzentrum Itzehoe; 3. Medizinische Klinik – Städtisches Krankenhaus Kiel; Klinik für Innere Medizin I und Klinik für Allgemeine Pädiatrie, UKSH Campus Kiel; Medizinische Klinik I, UKSH Campus Lübeck; Sana Kliniken Lübeck; Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster; imland Klinik Rendsburg; HELIOS Klinikum Schleswig.

Durchschnittlich wurden 24.782 Patientinnen und Patienten im Jahr 2014 behandelt (insgesamt 346.948 Patientinnen und Patienten im Jahr 2014). Die Hauptdiagnose Diabetes lag bei 5.655 Patientinnen und Patienten (1,6% der Patientinnen und Patienten insgesamt) und die Nebendiagnose Diabetes bei 42.193 Patientinnen und Patienten (12,2% der Patientinnen und Patienten insgesamt) vor. Somit lag bei 13,8% der stationär behandelten Patientinnen und Patienten ein bekannter Diabetes mellitus vor.

Daten zur diabetologischen Infrastruktur: 11 / 14 Kliniken gaben einen Behandlungsschwerpunkt Diabetologie an (11 / 14 stationäre, 7 / 14 teilstationäre und 5 / 14 ambulante Behandlung). 10 / 14 Kliniken beschäftigten eine oder mehrere Diabetesberaterinnen und Diabetesberater und 13 / 14 Kliniken eine oder mehrere Diabetologinnen oder Diabetologen vor Ort. Ein strukturiertes Schulungsprogramm lag an 12 / 14 Kliniken vor, ein aktuelles Zertifikat Diabetologie bei 8 / 14 Kliniken. Weiterhin bei 6 / 14 Kliniken sowie 8 / 14 Kliniken eine Standard Operating Procedure (SOP) zur Behandlung von Menschen mit Typ 1 bzw. Typ 2 Diabetes. Eine Fußambulanz wurde von 4 / 14 Kliniken angegeben.

Die Anzahl der stationär behandelten Menschen mit einem bekannten Diabetes liegt unter der prognostizierten Anzahl basierend auf Analysen der Deutschen Diabetes Gesellschaft (20-30% stationär behandelter Patientinnen und Patienten). Es ist anzunehmen, dass in Bereichen außerhalb der Inneren Medizin die Nebendiagnose

manifesten Diabetes unzureichend dokumentiert wird oder bekannt ist. In jedem Fall ist hervorzuheben, dass die Diagnose Diabetes bei der stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten einen erheblichen Einfluss hat und somit auch Strukturen vor Ort zu fordern sind, die eine adäquate Berücksichtigung des Diabetes möglich machen. Die genannten Daten zur Infrastruktur sind grundsätzlich zufriedenstellend, zeigen aber Lücken im Bereich der Typ 1 Diabetologie und der Versorgung von Menschen mit diabetischem Fußsyndrom auf. Ein Zertifikat der Deutschen Diabetes Gesellschaft hilft zudem, sich an den Mindestanforderungen für eine optimale Patientenversorgung zu orientieren und die eigene Infrastruktur transparent darzustellen.

3.4. Beispielhafte Projekte

3.4.1. Aktivitäten der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (LVGFSH) zum Themenfeld „Bewegung und Ernährung“

1. Angebote für Kinder und Jugendliche im Setting Kita und Schule - im Rahmen des Servicebüros Gesundheitsförderung in Kita und Schule

Seit 1998 bietet die LVGFSH mit dem Servicebüro Gesundheitsförderung für Kindertageseinrichtungen und Schulen in Schleswig-Holstein Fortbildungen und Beratung an. Das Thema „Bewegung“ bildet dabei von Anfang an einen Schwerpunkt, der sich z.B. in den verschiedenen Fortbildungsangeboten für das pädagogische Personal von Kindertageseinrichtungen widerspiegelt. Die Themen reichen dabei von: „Bewegung und Lernen“, „Das Spiel mit dem Gleichgewicht“, „Spiele und Bewegung für Kinder unter drei Jahren“, „Bewegung und Sprache“, „Förderung von Kindern mit geringem Muskeltonus/ Was tun mit Bewegungsmuffeln?“, „Basis – und AufbauSeminar Klettermax und Schaukelfee“ bis zu „Bewegungsspiele aus alten und neuen Zeiten für den Kindergartenalltag“.

In Kooperation mit verschiedenen Partnern bietet die LVGFSH Kitas und auch Schulen eine Begleitung auf dem Weg zur „gesunden Einrichtung“ an. Dazu zählen auch verschiedene Settingprogramme aus dem Bereich Bewegung und Ernährung. Die Finanzierung dieser Programme erfolgt zum Teil über das Programm „Gesunde Kita/ Gesunde Schule“ der Techniker Krankenkasse. Die Institutionen leisten dabei einen Eigenanteil in Höhe von mindestens 10% in der Regel über erhöhten Personaleinsatz und Sachkosten. Ein weiterer wichtiger Finanzierungspartner ist die Unfallkasse Nord.

„Rück(g)rat - Ergonomie und Bewegung im Kita- bzw. Schulalltag“

Das Programm (Kooperation mit Unfallkasse Nord und Techniker Krankenkasse) wurde von 2005 bis 2015 in über 100 Kindertageseinrichtungen und Schulen durchgeführt. Bisher wurden 8.471 Kinder und ihre Eltern sowie 1.019 Pädagogen erreicht. Die Bestandteile des Projektes sind eine Begehung der Einrichtung mit Ergonomieberatung, eine Teamschulung, Kinderrückenschule und Bewegungsangebote für die Kinder, ein Elternabend sowie ein abschließendes Rückenfest für alle Beteiligten.

„Bewegung ist Herzenssache“

Gemeinsam mit dem Landeskoordinator zur Verringerung der koronaren Herzkrankheiten, der Unfallkasse Nord, der Sportjugend Schleswig-Holstein, der Fachschule für Motopädagogik, dem Verein Motopädagogik und dem KMTV (Kieler Männerturnverein) hat die LVGFSH im Jahr 2011 dieses Settingprogramm zur Förderung der Ausdauerbewegung im Kindergartenalltag gestartet. Die Rückmeldungen nach der Durchführung waren sehr positiv. Das Ziel, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Eltern für die Bedeutung von Bewegungsförderung im Alltag zu sensibilisieren und die Rahmenbedingungen dafür zu optimieren, ist eindeutig erreicht worden. Bis 2014 wurden mit diesem Programm in fünf Kitas 30 Pädagoginnen und Pädagogen sowie 290 Kinder mit ihren Familien erreicht.

„Die Waage halten – zwischen Anspannung und Entspannung im Kitaalltag“

Das Projekt hat folgende Inhalte: Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen, Erlernen von Entspannungsmethoden, Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten, Teamentwicklung, Lärmprävention und Bewegungsangebote. Bisher haben 10 Kitas mit insgesamt 563 Kindern und 91 Pädagoginnen und Pädagogen das Programm durchgeführt.

„Lebenslust-Leibeslust“

Ernährungsbildung und Prävention von Essstörungen in Kitas und Schulen in Schleswig-Holstein, Medienberichte der letzten Jahre, Erfahrungen aus der praktischen Ernährungsberatung sowie Rückmeldungen aus der Praxis zeigen, dass der Anteil an übergewichtigen und essgestörten Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren zugenommen hat und weiter steigt. Die Prävention von Essstörungen muss daher schon sehr früh einsetzen.

Die LVGFSH startete Ende 2002 gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), dem Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit, dem Netzwerk Ernährung und weiteren Partnern das Projekt „Lebenslust - Leibeslust“ mit dem Ziel,

Esstörungen bereits im Kindergarten vorzubeugen. Nach einer erfolgreichen Modellphase wurde das Projekt 2004 landesweit interessierten Kindertageseinrichtungen angeboten, 2007 startete das Projekt in Schulen.

Seit dem Projektbeginn 2002 wurden bisher in Schleswig-Holstein 89 Kindergärten mit 7569 Kindern und 888 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erreicht sowie 24 Schulen mit 9117 Lernenden und 713 Lehrenden und hauswirtschaftlichen Fachkräften. In der Regel erstreckt sich das Programm über einen Zeitraum von 9 -12 Monaten und wird von einer speziell geschulten Ernährungsfachkraft begleitet. Es besteht aus den Bausteinen Einführungsveranstaltung, Teamsitzungen, Auswertungstagung und Partizipation verschiedener Akteure. Die Konzeptbausteine können die einzelnen Einrichtungen flexibel gestalten.

„Sicher rollern – besser radeln“

Das Projekt wird seit 2000 angeboten. Es beinhaltet eine Fortbildung der Kita-Teams, gezielte Bewegungs- und Rollerübungen im Kita-Alltag, einen Elternabend in Zusammenarbeit mit den Präventionsbeamten der Polizei und einer Kinder- und Jugendärztin oder einem Kinder- und Jugendarzt sowie ein Rollerfest. Bis 2013 führten 66 Kindertageseinrichtungen das Projekt in Begleitung durch den Arbeitskreis durch. Die Dunkelziffer ist allerdings wesentlich größer, da das Programm in vielen Kitas in Eigenregie angeboten wird. Dazu motiviert die 2015 in vierter überarbeiteter Auflage erschienene Handreichung. Unterstützt wird das Projekt durch die Unfallkasse Nord, die Präventionsbeamten der Polizeidirektion Kiel und den Arbeitskreis „Sicher rollern - besser radeln!“ (z.B. durch ehrenamtlich tätige Kinder- und Jugendärzte).

Die LVGFSH ist seit 2006 anerkannte Zertifizierungsstelle für das „Audit Gesunde Schule“ sowie für das „Audit Gesunde Kita“. In diesem Rahmen kooperiert die LVGFSH mit der Unfallkasse Nord, der Sportjugend Schleswig-Holstein und dem Landessportverband, die ihre Angebote regelmäßig im Rahmen der Fortbildungsveranstaltungen präsentieren.

Darüber hinaus ist die LVGFSH gemeinsam mit der Unfallkasse Nord und der Fachschule für Motopädagogik von Beginn an Partner der Sportjugend Schleswig-Holstein bei der Entwicklung des Qualitätssiegels „Anerkannter Bewegungskindergarten in Schleswig-Holstein“.

2. Angebote für Senioren

„Bewegung im Norden“

Nach der Anschubfinanzierung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Zeitraum März 2009 bis Dezember 2011 konnte das Thema „Bewegungsförderung für ältere Menschen (60 plus)“ durch die LVGFSh auf vielfältige Weise transportiert und vorangebracht werden. Unterschiedliche Akteure wurden durch persönliche Ansprache, im Rahmen von Veranstaltungen und durch Öffentlichkeitsarbeit für das Thema sensibilisiert. Außerdem wurden bestehende Kooperationen ausgebaut und interdisziplinäre Netzwerkstrukturen entwickelt. Mit verschiedenen Vereinen/ Institutionen/ Kooperationspartnern wurden niedrigschwellige Aktionen für die Zielgruppe initiiert und unterstützt. Diese begonnenen Initiativen konnten dank Förderung durch das MSGWG weitergeführt werden. So entstand unter anderem eine Kooperation mit dem Sozialverband Deutschland und der CAU Kiel im Projekt „Soziale Teilhabe und Gesundheit im Alter“. Das Projekt „Natur gemeinsam erleben - Wandern für Menschen mit und ohne Demenz“ ist ein Kooperationsprojekt zwischen dem Kompetenzzentrum Demenz in S-H und der LVGFSh.

Folgende Maßnahmen werden im Rahmen von „Bewegung im Norden“ durchgeführt:

- Qualifizierungsangebote in Form von Fortbildungsangeboten für Multiplikatoren.
- Wanderausstellung „Bewegte Lebenswege“
- Modellhafte Initiative "Komm mit..." für Menschen ab 60 Jahren.

„Lübecker Bewegungsmodell für Einrichtungen der stationären Pflege“

Im April 2015 fand unter der Leitung von Dr. Willkomm im Krankenhaus Rotes Kreuz in Lübeck ein Auftaktworkshop zum neuen Modellprojekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGÄ) „Lübecker Bewegungsmodell für Einrichtungen der stationären Pflege“ mit allen Projektpartnern statt. Aufgabe der LVGFSh wird die Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Organisation von Fachtagen, z.B. des Lübecker Bewegungstages im Juli 2016, sein.

Regionalkonferenz „Gesund und aktiv älter werden“

Am 30. September 2015 tagte in der DRK-Schwesternschaft Lübeck in Zusammenarbeit mit der BZgÄ die 5. Regionalkonferenz zum Themenkomplex „gesund & aktiv älter werden“. Thematisch ging es um „Vermeidung von Pflegebedürftigkeit“ (Titel „Früher an später denken. Durch Prävention Pflegebedürftigkeit verringern, verzö-

gern, vermeiden“). Kooperationspartner waren neben der BZgA das MSGWG, die DRK-Schwesternschaft Lübeck sowie die Barmer GEK.

3. Angebote betriebliche Gesundheitsförderung

„Treppe statt Aufzug“

Im MSGWG wurde 2010 die Aktion „Treppe statt Aufzug“ zu gesundheitsbewusstem Verhalten gestartet. Die Aktion ist für Betriebe und Verwaltungen so interessant, dass sie nach wie vor nachgefragt wird und auch außerhalb Schleswig-Holsteins (z.B. Bundesforschungsministerium) auf Interesse stieß. In hunderten Betrieben wird Treppe gestiegen – motiviert von großen Plakaten und Hintergrundinformationen zur Aktion. Dieses Material stellt das MSGWG auf Anfrage Betrieben und Verwaltungen kostenlos zur Verfügung. Bislang sind mehr als 1.000 Plakate abgerufen worden.

Durch regelmäßiges Treppensteigen kann ein verhältnismäßig großer gesundheitlicher Effekt erzielt werden. Einer Schweizer Studie zufolge verringert das regelmäßige Benutzen der Treppe das Gewicht, den Fettanteil im Körper, den Blutdruck und das LDL-Cholesterin. Es steigert außerdem die Sauerstoffversorgung des Gehirns und reduziert Stress. Der Trainingseffekt ist zudem enorm. Die Studienteilnehmer konnten sich im Durchschnitt von fünf täglich gestiegenen Stockwerken innerhalb von zwölf Wochen auf 23 gestiegene Stockwerke am Tag steigern. Darüber hinaus verbrennt Treppensteigen doppelt so viele Kalorien wie Gehen und mehr als Joggen.

3.4.2. Fortbildungsreihe „Diabetes in der Schule - so geht`s!“

Das IQSH (Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen in Schleswig-Holstein) führt seit 2013 eine Fortbildungsreihe zu Diabetes Typ 1 Erkrankungen bei Schülerinnen und Schülern, für Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter und Erzieherinnen in der Schule durch. Die konzipierte Fortbildung stellt die Erkrankung Diabetes Typ 1 in den Mittelpunkt und wird in Kooperation mit dem Elternverein „Diabeteshelden e.V.“, Frau Nicole Lindemann aus dem UKSH Kiel und Vertretern der BUK Lehrkräfte (Sonderschullehrkräfte zur Beratung und Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit Körperbehinderungen und chronischen Erkrankungen in der Schule) gestaltet. Die Fortbildungen finden in der Regel zweimal halbjährlich am Nachmittag in verschiedenen Regionen des Landes statt und treffen auf eine große Resonanz. 2015 wurden 36 Lehrkräfte und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter fortgebildet. Diese Fortbildung wurde evaluiert und die Ergebnisse zeigen den großen Erfolg des Fortbildungsange-

botes hinsichtlich einer Veränderung von Haltung, Wissen und Kompetenzen der beteiligten Personen. Vermutlich ist dies durch die Bündelung verschiedener Expertisen zu begründen. Durch diese Fortbildung begegnet das IQSH erfolgreich der Problematik der zunehmenden Schülerzahl mit genanntem Krankheitsbild.

3.4.3. Schulung in Kita und Grundschule vom MDSH (Mobile Diabetesschulung Schleswig-Holstein e.V.) Förderverein: direkt, zeitnah zur Manifestation, individuell

Unabhängig von der unter 3.3.2 beschriebenen Fortbildungsreihe organisiert und finanziert der Verein zur Förderung der Mobilen Diabetesschulung Schleswig-Holstein e.V. 2-stündige Schulungen direkt vor Ort in Kitas und Schulen, wenn dort ein Kind an Typ 1 Diabetes erkrankt oder erstmalig aufgenommen werden soll. Diese Schulungen werden von den Diabetesberaterinnen und Diabetesberatern der Kinderkliniken durchgeführt, die das Kind auch bei der Erstbehandlung betreuen. Damit ist eine individuell auf das Kind bezogene, als auch exakt auf die Therapie des betroffenen Kindes ausgerichtete, sehr zeitnahe Schulung vor Ort möglich. Der Förderverein der MDSH finanziert diese Schulungen bisher allein über Spenden. Im Jahr 2014 wurden über ganz Schleswig-Holstein verteilt 86 Schulungen durchgeführt, so dass mehrere Hundert Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrkräfte im ganzen Bundesland erreicht werden konnten. Frau Dr. Simone von Sengbusch setzt sich deutschlandweit über die AGPD (Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diabetologie, AG der Deutschen Diabetes Gesellschaft) mit vielen Diabetologinnen und Diabetologen sowie anderen Fachkräften aus dem Bereich Diabetesberatung zusammen dafür ein, dass die vergleichsweise geringen Kosten für eine zeitnahe und individualisierte Schulung, die die zwingend notwendige Basis einer Betreuung in der Kita oder Grundschule darstellt, von den Krankenkassen oder der Eingliederungshilfe zukünftig übernommen werden. Eine Handreichung des Ministeriums für Schule und Berufsbildung zur Medikamentengabe und medizinischen Hilfsleistungen in Schulen wird zurzeit überarbeitet, um den Lehrkräften mehr Rechtssicherheit im Umgang mit dem Thema zu geben. Mit dem Ziel einer weiteren Bündelung der Unterstützung für Lehrkräfte und Schülerinnen und Schülern im Umgang mit Diabetes Typ 1 und auch Typ 2 ist ein Arbeitstreffen mit Frau Dr. Simone von Sengbusch des UKSH Lübeck (Mobile Diabetesschulung Schleswig-Holstein), BUK Lehrkräften, Vertretern des Elternvereins „Diabeteshelden e.V.“, Frau Lindemann und der Landeskoordinatorin des IQSH geplant.

3.4.4. Kinderdiabetes-Lotsin

In vielen Kinderkliniken in Schleswig-Holstein besteht die Diabetesambulanz aus einer Fachärztin oder einem Facharzt mit diabetologischer Qualifikation und einer Diabetesberaterin bzw. einem Diabetesberater. Die meisten Teams verfügen über keinen eigenen Stellenanteil einer Sozialarbeiterin oder eines Sozialarbeiters, weil dies nicht finanziert werden kann. Daher müssen sich alle Diabetestteams zusätzlich zur medizinischen Versorgung der Kinder mit einer Vielzahl sozialrechtlicher Fragen im Versorgungsalltag beschäftigen. Diese Arbeit umfasst die zeitlich aufwändige Beratung der Eltern, Telefonate und eine Vielzahl ärztlicher Begleitschreiben.

Seit Anfang 2015 gibt es eine „Kinderdiabetes-Lotsin“ Position für Schleswig-Holstein, die von einer ärztlichen Fachkraft ausgefüllt wird. Die Position einer halben Arztstelle wird über die DAMP-Stiftung für 3 Jahre finanziert und gehört organisatorisch zum Kinderdiabetesteam des UKSH Campus Lübeck. Ziel dieser Lotsenstelle ist es, exemplarisch für Schleswig-Holstein zunächst die Problemfelder in der Versorgung diabeteserkrankter Kinder zu analysieren und mit allen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern in Austausch zu treten und Lösungen zu suchen.

Dafür wurde im Jahr 2015 bereits mit einer Vielzahl von Ämtern, Behörden, Krankenkassen, Pflegediensten und auch Fachschulen für zukünftige Erzieherinnen und Erzieher, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen das Gespräch gesucht. Ab Ende 2015 können sich Eltern und Institutionen zu bestimmten Themen auf der Internetseite www.kinderdiabetslotse-sh.de informieren und Vorlagen für Anträge herunterladen, sodass den Diabetestteams hiermit Arbeit abgenommen wird. Dort finden sich Informationen zu folgenden Themen: Schwerbehindertenrecht, Pflegestufe, Anträge für Hilfen zur Teilhabe und medizinischen Versorgung in Kita, Schule und bei Klassenfahrten und ein Antrag auf ein Hilfsmittel bei der GKV. Im Jahr 2016 und 2017 soll die Zusammenarbeit mit den kinderpsychiatrischen Einrichtungen in Schleswig-Holstein und Jugendämtern weiter gestärkt werden.

Für Kinder mit einer chronisch-somatischen Erkrankung, die spezifische medizinische Hilfen und psychosoziale Beratung im Alltag benötigen, ist eine Lotsin oder ein Lotse im Gesundheitswesen ein innovatives Projekt. Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für einzelne Themen existieren, aber einen Überblick über möglichen Hilfen zu schaffen und bündeln, ist eine Aufgabe, die von den personell sehr knapp ausgestatteten Diabetesfachambulanzen nicht geleistet werden kann. Für diabeteserkrankte Kinder gilt dies im besonderen Maße, da für ihre Erkrankung noch keine

einheitlichen Konzepte zur Inklusion existieren und viele Hürden durch Unverständnis des Erkrankungsbildes noch vorhanden sind. Ob und wie sich so eine Position dauerhaft etablieren lässt, vielleicht auch umfassender als Lotsin oder Lotse für Kinder mit chronischen Erkrankungen, wird der Verlauf der nächsten Jahre zeigen.

3.4.5. Mobile Diabetesschulung Schleswig-Holstein

Die Mobile Diabetesschulung Schleswig-Holstein (MDSH) ist ein seit 1999 existierendes und national wie international ausgezeichnetes Schulungs- und Versorgungsmodell für das Flächenland Schleswig-Holstein. Durch die jahrelange Ausbildungsarbeit des mobilen Teams übernehmen nun seit 2015 die Kinderkliniken die Hälfte aller stationären Gruppenschulungen für Kinder einer Altersklasse selber und nur noch 12 Schulungen (statt bisher 24) werden über die MDSH angeboten, wobei das Angebot auch wieder aufgestockt werden könnte. Der besondere Effekt der MDSH ist die Angleichung des Schulungs- und Behandlungsniveaus in allen beteiligten Kinderkliniken, die Nutzung einheitlicher Schulungsmedien und die enge Vernetzung aller Kinderdiabetestteams.

Einen wichtigen Stellenwert nimmt der Förderverein der MDSH (www.fmdsh.de) ein, der nicht nur die MDSH mit einem Kraftfahrzeug und Schulungsmaterial ausstattet, sondern u.a. auch noch die Schulungen des Personals in Kitas und Schulen seit Jahren organisiert und nur durch Spenden finanziert. Diese bewährte niedrigschwellige und auf ein konkretes Kind bezogene Schulung erreicht zuletzt durch den mobilen Einsatz von Diabetesberaterinnen und Diabetesberatern Hunderte von Lehrkräften, Pädagoginnen und Pädagogen pro Jahr. Schulung zu den Basics der Diabeteserkrankung ist und bleibt die zwingende Voraussetzung einer Betreuung von Kindern in Kita und Schule. Die Finanzierung dieser sehr spezifischen Schulungsleistung müsste durch einen Kostenträger erfolgen und dürfte nicht in der Verantwortung eines Fördervereins bzw. Spenden liegen.

Die Schulungen der MDSH zusammen mit dem Team vor Ort sind für Schleswig-Holstein eine seit 1999 bewährte, wohnortnahe Schulungsform, bei der auch noch gleichzeitig eine fachliche Qualifikation der Diabetestteams erfolgt. Der Förderverein der MDSH leistet mit der Organisation und Finanzierung von qualifizierten Schulungen in Kitas und Grundschulen einen erheblichen Beitrag zur Teilhabe der betroffenen Kinder, egal wie ländlich sie wohnen.

3.4.6. ab-heute-anders - aha!2.0 erstmaliger Vertrag zur Diabetes-Typ-2-Vorsorge

Zum 1. Juli 2014 konnte die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein gemeinsam mit der AOK NORDWEST, der BARMER GEK und der DAK-Gesundheit einen neuen Vertrag zur Erkennung und Behandlung von Menschen mit hohem Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 abschließen: das „aha!-Programm – Betreuung von Menschen mit hohem Risiko für Diabetes mellitus Typ 2“.

Mit dem aha!-Programm sollen Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen angesprochen werden, bei denen möglicherweise ein Risiko zur Erkrankung an Diabetes mellitus Typ 2 vorliegt. Mit einem standardisierten Fragebogen (FINDRISK-Test) wird das individuelle Risiko, in den nächsten zehn Jahren an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken, ermittelt. Je nach Risiko einer möglichen Erkrankung hat die Versicherte oder der Versicherte die Möglichkeit, an einem 15-monatigen Programm teilzunehmen: mit Hilfe ärztlicher Beratung und Betreuung sowie angebotenen Lebensstilinterventionen soll die Erkrankung an Diabetes mellitus Typ 2 verzögert oder gar vermieden sowie die Lebensqualität verbessert werden.

Die Evaluation des Projektes wird von dem inav – Privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH unter Mitwirkung von Herrn Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung durchgeführt. Sie soll unter anderem Aufschluss über die Prävalenz von Menschen mit hohem Risiko für eine Erkrankung an Diabetes mellitus Typ 2 sowie den Einfluss der Lebensstiländerungen auf den HbA1c-Wert, den Taillenumfang, das Gewicht sowie auf die Lebensqualität der Teilnehmer geben. Das Evaluationsergebnis wird veröffentlicht. Die Studienleitung liegt bei Herrn Dr. Carsten Petersen, Facharzt für Innere Medizin aus Schleswig, sowie Herrn Prof. Dr. Morten Schütt, UKSH Campus Lübeck und Leiter der AG Diabetes am MSGFG Schleswig-Holstein.

Da das ursprünglich vom aha!-Netzwerk unter Leitung von Herrn Dr. Carsten Petersen entwickelte aha!-Programm bereits erfolgreich als Pilotprojekt in den Jahren 2007 bis 2011 im Kreis Schleswig-Flensburg erprobt wurde und eindrucksvolle Ergebnisse brachte, wurde es im Jahr 2012 für den MSD-Gesundheitspreis für vorbildliche Versorgungsprojekte nominiert. MSD Sharp & Dohme engagiert sich daher auch im aktuellen aha!-Programm.

Derzeitiger Stand

Bis Januar 2016 waren 299 Ärztinnen und Ärzte im aha!-Vertrag eingeschrieben und es wurden 648 Findrisk-Auswertungen erstellt. Die Verteilung nach Score-Summen

weist darauf hin, dass es mit dem Setting gelingt, die Personengruppe mit einem hohen Risiko für den Typ-2-Diabetes anzusprechen.

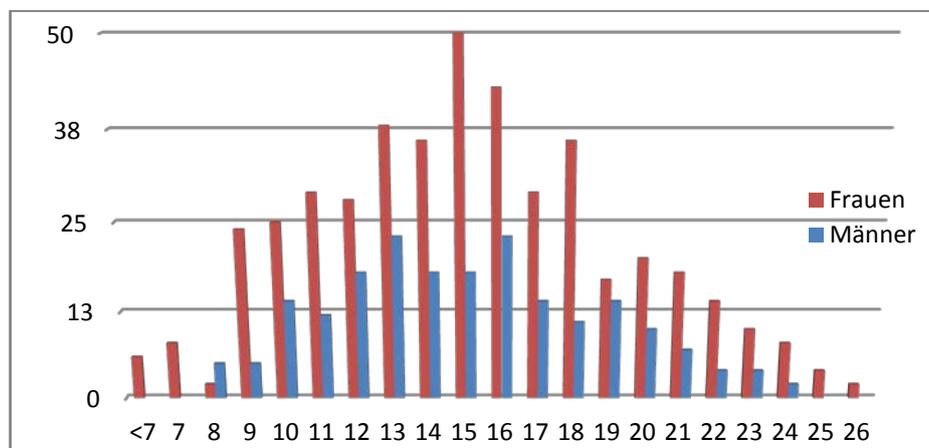


Abbildung 20: Score-Summen der durchgeführten Findrisk-Tests

Eine im Mai 2015 durchgeführte Zwischenanalyse von 98 der damals 505 Teilnehmenden, die bereits die ersten 3 Monate des Programms absolviert hatten, ergab eine mittlere Gewichtsabnahme von 2,6 kg und eine Reduktion des Taillenumfangs von 3,3 cm. 92% der Teilnehmenden vereinbarten Gesundheitsziele, 57% führen nach drei Monaten das aha!-Tagebuch weiter. 76% der Teilnehmenden sind weiter körperlich aktiv, wobei der Anteil der Frauen mit 82% deutlich höher ist als der Anteil der körperlich aktiven Männer (64%) (Diabetes aktuell 2015; 13 (1): 22–26).

3.4.7. Gesundheitsprojekt MiMi (mit Migrantinnen für Migrantinnen)

Das Projekt findet in Schleswig-Holstein in den Städten Kiel, Neumünster und Lübeck statt und basiert auf dem Prinzip interkultureller Gesundheitslotsinnen oder Gesundheitslotsen. Projektträger ist das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. Hannover. Beispielhaft erfolgt hier eine Berichterstattung vom MiMi-Projekt des Gesundheitsamtes Lübeck. Das Gesundheitsprojekt MiMi besteht seit 2007 und ist in Lübeck hervorragend mit sozialen Einrichtungen vernetzt. Mehrfach wurde das Projekt auch im Sozialausschuss vorgestellt. Ausgebildete Migrantinnen und Migranten führen muttersprachliche Veranstaltungen durch. Die Themen sind: Kindergesundheit und Unfallprävention, Diabetes, Impfen, Ernährung und Bewegung, Früherkennung und Vorsorgeuntersuchungen, Rehabilitation und Sucht.

Die Zusammenarbeit mit Familienzentren, Nachbarschaftsbüros, Moscheen und mit Flüchtlingsunterkünften wird besonders gefördert. Auf Grund der Flüchtlingssituation steigen die Anfragen an die MiMi-Gesundheitslotsinnen und -lotsen (Sprachmittlerin-

nen und Sprachmittler) ständig an. Ziel des Projektes ist es, mehrsprachige und kultursensible Gesundheitsförderung und Prävention für Migrantinnen und Migranten sowie Asylbewerberinnen und Asylbewerber anzubieten. Dazu werden engagierte Migrantinnen und Migranten als kulturelle Gesundheitslotsinnen und –lotsen gewonnen und geschult, um ihre Landsleute über das deutsche Gesundheitssystem und weitere Themen der Gesundheitsförderung und Prävention zu informieren.

Durchschnittlich werden jährlich über 50 Veranstaltungen zu den verschiedenen Themen durchgeführt. Durch die Flüchtlingssituation steigt der Bedarf ständig an.

Es gibt in Lübeck mehr als 40 MiMi-Lotsinnen und -Lotsen. Im Jahr 2014 konnten 56 Veranstaltungen mit folgenden Themen durchgeführt werden.

| | |
|---------------------------------------|----|
| Ernährung / Bewegung | 17 |
| Diabetes | 11 |
| Kindergesundheit/Unfallprävention | 10 |
| Impfen | 7 |
| Gesundheitssystem in Deutschland | 5 |
| seelische Gesundheit bei Kd. und Jgd. | 2 |
| Seelische Gesundheit bei Erw. | 2 |
| Zahngesundheit | 1 |
| Tabakkonsum | 1 |

Um die erfolgreiche Arbeit fortzusetzen und den ständig steigenden Bedarf aufnehmen zu können, wäre eine stärkere finanzielle Unterstützung notwendig.

3.4.8. Der Integrierte Versorgungsvertrag (IV-Vertrag) „Diabetisches Fußsyndrom“

Aus Nordlicht 1/2 | 2015, S. 23 (Dr. Robert Winkler, Flensburg)

Diagnostik und Therapie des Diabetischen Fußsyndroms sind eine große Herausforderung an eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Behandlung. Nach wie vor ist die Rate schwerer Läsionen und Amputationen in Deutschland hoch und die Behandlung verschleißt ein Drittel aller für Diabetikerinnen und Diabetiker zur Verfügung stehenden Ressourcen. 2006 bildete das Praxisnetz Lauenburg das erste Fuß-

netz und startete einen IV-Vertrag mit der AOK NORDWEST mit dem Ziel deutlicher Verkürzung von Behandlungsdauer auf Basis kalkulierbarer Kosten, einer Verringerung der Inzidenz durch Prävention und Reduktion von Majoramputationen. Die Evaluationen 2009 und 2011 zeigten, wie wichtig und wie richtig der eingeschlagene Vertragsweg war. Für die AOK NORDWEST waren die Ergebnisse Anlass, den Vertrag in ganz Schleswig-Holstein auszurollen. Sie schloss einen neuen Vertrag mit den AG Schwerpunktpraxen Diabetes, es bildeten sich Fußnetze in Kiel, Neumünster und Schleswig-Flensburg; Ostholstein-Lübeck und SüdWest folgten. In diesen fünf Zentren sind heute 110 Ärzte, davon 21 Diabetologen, aktiv.

Ziele sind:

- Die deutliche Verringerung von Schweregraden und Behandlungsdauer
- Die aktive Einbeziehung des Patienten in das Wundmanagement
- Die Vermeidung lang andauernder stationärer Behandlungen durch zielgerichtete Diagnostik, stadiengerechte Wundbehandlung, adäquate orthopädietechnische Versorgung (mit Kontrolle) und Einbeziehung von Pflegediensten
- Rezidivvermeidung durch regelmäßige Kontrollen
- Kontinuierliche Überwachung der Stoffwechseleinstellung, Früherkennung von Komplikationen

Das Zwischenfazit

Die Schweregrade der behandelten Fußpatienten nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation nehmen deutlich ab. Mit der Länge der Dauer des Vertrages kommen Patientinnen und Patienten deutlich frühzeitiger in die Behandlung. Die Intensität der Therapie bedingt zudem eine Verkürzung der Behandlungsdauer bis zur Abheilung, die jetzt eingefahrenen Diagnose- und Behandlungsgleise führen zur Vermeidung jedweder Wartezeiten.

Im ersten Zwischenbericht der AOK NORDWEST zur Inanspruchnahme von Leistungen zeigt sich eine deutlich höhere Inanspruchnahme von Leistungen wie Podologie, orthopädieschuhtechnischer Versorgung und Wundverbandsmaterial in den ersten beiden Vertragsjahren – ein erwünschter, qualitätssichernder Aspekt. Trotzdem sind

die Gesamtkosten – im Wesentlichen durch Reduktion der stationären Aufenthalte – deutlich geringer als in der Vergleichsgruppe.

Vom Vertrag profitieren Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, medizinische Fachberufe und die AOK NORDWEST. Die Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten hat sich deutlich verbessert. Der Alltagsumgang mit den Vertragsvorgaben kann noch deutlich vereinfacht werden. Daran wird derzeit noch gearbeitet.

4. Handlungsempfehlungen für die Landes-Präventionsinitiative Diabetes mellitus Typ 2

4.1. Landes-Präventionsinitiative Diabetes mellitus Typ 2 - Projektgruppen

Die Beschlussempfehlung des Landtages sieht die Fokussierung auf folgende Gruppen und Themenschwerpunkte vor:

- Kinder, Jugendliche und ältere Menschen mit Diabetes,
- Frauen mit einem Schwangerschaftsdiabetes,
- Menschen mit Migrationsbiographien und Diabetes.

Auf dieser Basis hat die AG Diabetes Projektgruppen gebildet, deren Ergebnisse und Empfehlungen hier vorgestellt werden.

1. Einführung einer Schulkrankenschwester an Grundschulen

Hintergrund

Der Anstieg chronischer Erkrankungen wie Asthma bronchiale, Neurodermitis, Lebensmittelunverträglichkeiten und Diabetes mellitus Typ 1 findet vor allem im Kindes- und Jugendalter statt. Um diesen Kindern und Jugendlichen eine adäquate Teilhabe in der Schule zu ermöglichen, ist es erforderlich, auf die Besonderheiten bei der Betreuung und den höheren Versorgungsbedarf einzugehen. Zusätzlich weist eine zunehmend steigende Anzahl an Kindern und Jugendlichen ein erhöhtes Risiko für einen späteren Typ 2 Diabetes, Bluthochdruck und damit assoziierte mittel- bis langfristige Komplikationen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall) auf.

Aus dem aktuellen Bericht „Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein, Schuljahr 2014/2015“ geht hervor, dass in Schleswig-Holstein zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung 8,1% der Kinder atopische Erkrankungen wie Allergien (3,6%), Asthma bronchiale (3,0%) und Neurodermitis (3,5%) aufwiesen. Einen Diabetes mellitus Typ 1, der sofort nach Diagnosestellung lebenslang und zu jedem Zeitpunkt mit einer komplexen Insulintherapie behandelt werden muss, wiesen ca. 0,12% der Kinder auf. Eine aktuelle landesweite Umfrage für den in Kürze von der AOK NORDWEST publizierten „Ergänzungsbericht zum Stand der Diabetes-Erkrankungen in Schleswig-Holstein Update 2016“ (s. Seite 31, Diabetesbericht der AOK NORDWEST für Schleswig-Holstein 2010 - 2013) ergab, dass die Anzahl der Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein mit einer Diabetes Erstmanifestation vor dem 18. Lebensjahr im

Vergleich zum Erhebungszeitraum 2012 von 113 auf 142 gestiegen ist. Diese Beobachtung entspricht einem deutschland- und europaweiten Trend, dessen Ursache unklar ist.

Die gesundheitlichen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen, insbesondere mit einem Diabetes mellitus Typ 1, sind komplex und stellen hohe Anforderungen an das Schulsystem. Dies betrifft u.a. Kenntnisse über notwendige Therapien und deren Umsetzung während der Schulzeit, Konzepte zur Behandlung akuter Komplikationen und die Berücksichtigung spezieller Ernährungsbedürfnisse. Die Übertragung dieses erhöhten Versorgungsbedarfes, der die Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen in der Schule ermöglicht, auf Lehrer und Eltern erscheint unzureichend hinsichtlich Funktion, Qualifikation und Belastung.

Ein weiteres Ergebnis aus dem aktuellen Bericht ist, dass zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung ca. 10% der Jungen und Mädchen übergewichtig oder fettleibig waren (über der 90. Perzentile des BMI: es sind 9,6 % der Jungen und 10,9 % der Mädchen betroffen). Diese gesellschaftliche Entwicklung (die Zahl mit rund 10 % Übergewicht bei den eingeschulerten Kindern entsprechen den bundesdeutschen Zahlen) stellt ein hohes zukünftiges Gesundheitsrisiko für die betroffenen Kinder dar, die sich in einer dramatischen Zunahme an Menschen mit einem Typ 2 Diabetes und den damit einhergehenden Komplikationen ausdrückt. Aufgrund der umfangreichen Konsequenzen für die Solidargemeinschaft (u.a. direkte und indirekte Kosten für Versorgung und Therapie, erhöhte Morbidität, soziale Einflüsse Familie und Beruf) besteht auch eine konkrete volkswirtschaftliche Relevanz. Neben einer Optimierung der Versorgung von Menschen mit einem Typ 2 Diabetes **erscheinen präventive Maßnahmen im Kindes- und Jugendalter dringend erforderlich**, um den Einfluss der „diabetogenen“ Umwelt so früh wie möglich zu kontrollieren und einen verantwortungsvollen Umgang mit Gesundheit zu vermitteln.

Lösungsansatz

Schule und Kindertageseinrichtungen entwickeln sich immer mehr zu einem Lebensort (Ganztagsschule, Inklusion), der die Chance bietet, das Gesundheitsverhalten der Kinder entscheidend zu beeinflussen. Ein bereits in anderen europäischen Ländern eingeführter Ansatz zur Problemlösung ist die Umsetzung der WHO-Empfehlung, einen „School Health Service“ zu etablieren. Die dauerhafte Implementierung einer

Fachkraft für Gesundheitsförderung und Prävention an Schulen und Kindertagesstätten hat im europäischen Ausland eine jahrzehntelange Tradition (Skandinavien, Polen, England) und wird aktuell auch in Deutschland in einigen Bundesländern modellhaft umgesetzt. Ein besonders positives Beispiel ist Finnland: dort gilt der langjährige Einsatz von Gesundheitspädagogen an Schulen u.a. als wichtiger Faktor für das gute Abschneiden bei der PISA-Studie.

Im Zentrum eines solchen „School Health Service“ steht die Schulkrankenschwester oder eine Präventionsfachkraft, die im medizinischen Bereich beratend und unterstützend agieren könnte sowie Prävention und Gesundheitsförderung frühzeitig in der Lebenswelt Schule einbrächte und die Behandlung des Themas im Unterricht ergänzen würde. Gleichzeitig könnte sie Eltern und Lehrer im Umgang mit chronisch kranken Kindern unterstützen oder an zuständige Einrichtungen verweisen und eng mit Schulsozialarbeitern sowie anderen Akteuren vor Ort zusammenarbeiten. Weitere Aspekte wären die Durchführung von Schutzimpfungen, Routinevorstellungen, die Gestaltung des Schulumfeldes wie Bepflanzung des Schulhofs, die Notfallversorgung vor Ort sowie das Verabreichen lebensnotwendiger Medikamente wie Insulin im Rahmen einer Typ 1 Diabetes-Erkrankung. Auf Basis einer solchen Tätigkeitsbeschreibung wäre auch zu überprüfen, ob ggfs. Einsparungsoptionen im Bereich der Kommunen bestehen.

Die Fachkraft für Gesundheitsförderung und Prävention soll die Gesundheitskompetenzen der Kinder und Jugendlichen fördern und die Rahmenbedingungen für einen gesunden Lernort sicherstellen. Insofern könnte sich die mögliche Aufgabe an der des betrieblichen Gesundheitsmanagements orientieren und die Schulkrankenschwester über den öffentlichen Gesundheitsdienst realisiert werden (z.B. als „Flying Nurse“). Das Konzept für diese Fachkraft soll u.a. in Zusammenarbeit mit Schulsozialarbeit, dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, dem Kinder- und Jugendbüro und dem Schulrat entwickelt werden. Hierbei könnten das dänische Modell der Schulkrankenschwester (dänische Schulen in Schleswig-Holstein führen regelmäßig eine Schulkrankenschwester) und die Entwicklungen in anderen Bundesländern Impulse liefern.

Umsetzung

Über das Bundesprojekt „Grund Gesund“, welches das MSGWG begleitet und dessen Modellregion Flensburg ist, entstanden erste Überlegungen durch den Gesund-

heitsplaner, ein Modellprojekt „Schulkrankenschwester“ in der Neustadt (Flensburg) mit den zwei Schulen zu initiieren.

In einem fachlichen Austausch mit:

- dem Bildungsministerium
- dem IQSH
- der LVGFSH
- einer dänischen Schulkrankenschwester
- der Sprecherin des KJÄD
- dem Gesundheitsplaner aus Flensburg
- einer Kinderärztin und Diabetologin, UKSH Lübeck
- dem Schulrat

wurden Chancen und Hindernisse aus unterschiedlichen fachlichen Blickwinkeln besprochen und eine Konzepterstellung vorbereitet. Mittlerweile wurden Mittel für das Projekt „Schulgesundheitsfachkraft“ (Schulkrankenschwester) für eine Dauer von drei Jahren vom MSGWG bewilligt. Unter Leitung der Gesundheitsdienste der Stadt Flensburg arbeiten zwei Schulgesundheitsfachkräfte mit je 50% Stellenanteil an zwei Schulen in Flensburg. Sie kümmern sich um gesundheitliche Belange der Kinder und Jugendliche sowie gesundheitspräventive Aufgaben und sind Ansprechpartner für kranke und gesunde Schülerinnen und Schüler.

2. Wasser statt zuckerhaltige Getränke an Schulen in Schleswig-Holstein

Hintergrund

„Viele Länder der Welt weisen signifikant hohe Todeszahlen wegen übermäßigen Konsums zuckerhaltiger Getränke auf. Es sollte ein weltweites Anliegen sein, weniger dieser Getränke auf unseren Speiseplan zu setzen oder sie sogar ganz davon zu streichen“, sagt Dariush Mozaffarian, leitender Autor einer Studie hierzu und Dekan der Friedman School of Nutrition Science & Policy der Tufts Universität in Boston. „Es gibt nichts Positives an den süßen Getränken. Die Einschränkung des Konsums würde jährlich Zehntausenden das Leben retten.“

Zuckerhaltige Getränke weisen häufig bis 10 g Zucker/100 g auf. Bei der empfohlenen Flüssigkeitsaufnahme von ca. 1 Liter für ein Kind im Grundschulalter entspricht dieses einer Zuckeraufnahme von 100 g allein durch Getränke. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung sieht für Kinder dieser Altersgruppe eine maximale Zuckermenge von 40 g/Tag als tolerabel an.

Wasser statt zuckerhaltige Getränke ist eine sehr einfache und effektive Möglichkeit, das Risiko, an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken, zu senken. Aktuelle Untersuchungen weisen darauf hin, dass der unkritische Konsum zuckerhaltiger Getränke noch mehr im Vordergrund der Problematik zu stehen scheint als die Ernährung. Ziel ist es, Kindern Wasser als elementares Getränk nahezubringen und ihnen den entsprechenden Zugang dazu in Schulen zu ermöglichen. Dabei soll Wasser als Getränk einfach und kostenlos zugänglich sein. Auf diese Weise kann eine effektive Prävention von Diabetes mellitus Typ 2 umgesetzt werden. Eine ausreichende, über den Tag verteilte Flüssigkeitsaufnahme ist eine ideale Voraussetzung für die geistige und körperliche Leistungsfähigkeit der Schülerinnen und Schülern. Nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung ist vor allem Wasser gut geeignet, den Körper mit Flüssigkeit zu versorgen.

Lösungsansatz

Ziel ist es, Leitungswasser (ggfs. über Filter vor Ort gereinigt) als Trinkwasser anzubieten und die Trinkwasserstationen entsprechend attraktiv herzurichten. Zudem könnten Trinkwasserflaschen im Rahmen einer Kampagne ausgeteilt werden und schuleigene „Wasser-AGs“ zur lokalen Pflege der Trinkwasserstationen gebildet werden. Dies geht nur in Zusammenarbeit mit den Schulträgern. Das Projekt soll sich zunächst auf Grundschulen mit einer offenen Ganztagschule beschränken und dann ausgedehnt werden, wenn sich bestätigt, dass das Angebot angenommen wird. In Kitas ist Wasser als Getränk in der Regel gut etabliert, so dass die Kinder bereits daran gewöhnt sind. Mit Eintritt in die Grundschulzeit wird dieses aber häufig nicht mehr fortgesetzt, weil kein gemeinsames Frühstück mehr stattfindet und Kinder ihre Getränke selber mitbringen. Grundschüler sind dementsprechend eine sinnvolle Zielgruppe, um Wasser als Getränk möglichst nachhaltig zu verankern.

Umsetzung

Die AG „Wasser statt zuckerhaltige Getränke“ hat beschlossen, zunächst einen Ist-Zustand an Schulen zu erheben. Es soll ermittelt werden, in welchen Schulen bereits Trinken von Wasser durch beispielsweise Wasserspender oder -brunnen gefördert wird. Nach der Auswertung der Ergebnisse wird die AG konkrete Vorschläge zur Umsetzung (Verfahren und Finanzierung) erarbeiten.

3. Etablierung einer Schulung von Angehörigen, die Menschen mit Insulinpflichtigem Diabetes und Demenz betreuen

Hintergrund

Insgesamt besteht derzeit bei ca. 7,2% Menschen, die in Deutschland leben, ein manifester Diabetes mellitus. In über 90% der Fälle handelt es sich um einen sogenannten Typ 2 Diabetes. Heutzutage wird die Veranlagung für einen Typ 2 Diabetes insbesondere durch den Lebensstil demaskiert und betrifft somit auch jüngere Menschen. Dennoch sind zahlenmäßig vor allem ältere und alte Menschen von einem Typ 2 Diabetes betroffen. So ist davon auszugehen, dass in der Lebensphase 65 bis 80 Jahre ca. 15 bis 20% der Menschen in Deutschland einen Typ 2 Diabetes aufweisen. In bestimmten Kollektiven, wie beispielsweise dem der AOK NORDWEST Versicherten, liegt dieser Anteil sogar bei ca. 30% (Daten aus dem „Diabetesbericht Schleswig-Holstein Update 2016“).

Wir gehen davon aus, dass in Schleswig-Holstein ca. 200.000 Menschen mit einem manifesten Diabetes mellitus leben (ca. 7% der Einwohner). Im Jahr 2011 lebten rund 607.000 Bürger im Alter von 65 und mehr Jahren in Schleswig-Holstein, somit war jeder Fünfte im Seniorenalter. Rund 68.000 von ihnen waren hochbetagt mit einem Alter von 85 Jahren und höher. In jedem dritten Haushalt lebte eine Person im Seniorenalter (Statistikamt Nord). In einer erneuten Analyse des Landesverbandes Geriatrie besteht bei ca. 25 % aller Patientinnen und Patienten, die in einer geriatrischen Einrichtung betreut werden, ein manifester Diabetes mellitus (Haupt- oder Nebendiagnose). Entsprechende stationäre Einrichtungen verfügen über die notwendige geriatrische Kompetenz, die jedoch im Bereich der ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung zumeist nicht ausreichend vorhanden ist. Vor allem betreuende Angehörige sind nicht adäquat über die Erkrankung, sowie die Umsetzung der Therapie, Therapieziele und Komplikationen der Therapie informiert.

Mehr als zwei Drittel der 2,63 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland werden zu Hause versorgt – insgesamt 1,86 Millionen Menschen (ca. 71%). 1,25 Millionen von ihnen erhielten Pflegegeld bei einer anerkannten Pflegestufe. Weitere 616.000 lebten zu Hause mit Betreuung durch einen Pflegedienst. Nur 29% der Pflegebedürftigen wurden in einem Pflegeheim versorgt (Statistisches Bundesamt, 2015).

Ein erheblicher Anteil der pflegebedürftigen älteren und alten Menschen mit Diabetes benötigt im Laufe der Zeit eine Insulintherapie, die einerseits komplex zu steuern ist und andererseits mit einem hohen Risiko für Komplikationen, wie Unterzuckerungen, vergesellschaftet ist. Vor allem ältere und alte Menschen sind sehr anfällig für Unterzuckerungen, da oftmals die Nierenfunktion (Ausscheidung von Insulin erfolgt über die Nieren) eingeschränkt ist und das Insulin länger im Körper bleibt. Zudem liegt oft eine Sarkopenie, ein Abbau von Muskulatur und Fettdepots vor, was mit einer besseren Insulinempfindlichkeit einhergeht. Unterzuckerungen sind oftmals vermeidbar. Oft werden Therapieziele nicht an die Lebensphase angepasst, Dosierungen oder die Art verschiedener Insuline vertauscht, die Mahlzeiten zu einem späteren Zeitpunkt und geringer als geplant eingenommen, obwohl Insulin bereits appliziert wurde. Unterzuckerungen sind per se lebensgefährlich und vor allem beim geriatrischen Patientinnen und Patienten ein hohes Risiko für Komplikationen. Häufig resultieren stationäre Aufenthalte, die nicht nur vermeidbar sind, sondern den Patientinnen und Patienten einem weiteren hohen Risiko aussetzen. Neben der Belastung für die Patientinnen und Patienten und die Angehörigen können hierbei auch längere Verwirrheitszustände, Stürze und weitere gesundheitliche Folgen auftreten - wie im Krankenhaus erworbene Infektionen.

Lösungsansatz

Ziel ist die Schulung von Angehörigen mit dem Fokus auf ältere und/oder dementiell erkrankte Diabetikerinnen und Diabetiker, die eine Insulintherapie benötigen. Es soll im Rahmen eines eigenen Curriculums, bestmöglich durch das Bundesversicherungsamt anerkannt und somit auch in anderen Bundesländern umsetzbar, vor allem praktisches Wissen über den Umgang mit Insulin, das Blutzuckermessen sowie die Interpretation der Werte vermittelt werden. Auf diese Weise soll der pflegebedürftige ältere Mensch mit einem insulinbehandelten Diabetes vor stationären Aufenthalten, die im Rahmen von Therapieschwankungen verursacht werden, geschützt werden

und dem gesamten sozialen Umfeld mehr Sicherheit und Therapievertrauen vermittelt werden. Es ist nachgewiesen, dass bereits neun Stunden qualifizierte Angehörigenschulung einen nachhaltigen Effekt bezüglich des Erreichens dieser Ziele haben. Recherchen haben ergeben, dass in der Hamburger Angehörigenschule (Diakonie Hamburg) von einer erfahrenen Krankenschwester mit speziellen Kenntnissen in der Diabetologie ein Kurs angeboten wird, der über 3 mal 3 Stunden Angehörige von Menschen mit Diabetes schult (Inhalte: Blutzuckermessung und Dokumentation, zu hohe oder zu niedrige Blutzuckerwerte, Medikamente, Insulin spritzen, Ernährung, Fußpflege, Prophylaxe von Folgeerkrankungen, psychische Komponenten). Die Angehörigen werden in Gruppen von 8 Teilnehmern geschult, die Kosten der Schulung werden von der Pflegekasse getragen. Die Fragen und Probleme der Angehörigen können praxisnah besprochen werden.

Weiterhin wurden Gespräche mit Frau Anja Waterböhr von der Universität Bielefeld und Herrn Dr. Heinrich Lienker (IN CONSULT) zum Thema Diabetes als Baustein in der familiären Pflege geführt. Hintergrund ist ein Modellprogramm der AOK NORDWEST, das seit 2013 auch in Schleswig-Holstein angeboten wird. 24 Stunden nach Aufnahme in ein Krankenhaus werden die Angehörigen durch eine Pflegetrainerin angesprochen. Es erfolgt eine Pflegeberatung (SGB XI) und es wird ein Arbeitsbündnis zur Schulung und Beratung für pflegende Angehörige mit dem Krankenhaus geschlossen. Die Patienten werden bis zu 6 Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in der Häuslichkeit betreut („so häufig, wie notwendig“).

Umsetzung

In Schleswig-Holstein beteiligen sich zurzeit 35 allgemeine und 10 psychiatrische Krankenhäuser an dem Projekt. Bis Ende 2015 wurden ca. 5.000 Angehörige für 0,5 Millionen Euro geschult. In der geriatrischen Einrichtung des DRK in Lübeck, Marli werden die Angehörigen bis zu 15-mal in 6 Wochen im Durchschnitt betreut.

Vier Mal im Jahr treffen sich die Pflegetrainerinnen in Entwicklungsgruppen zu fachspezifischen Themen/Workshops, wie Demenz oder Pflegestandards. Ein weiteres fachspezifisches Thema soll jetzt auch Diabetes mellitus sein. Es wurde vereinbart, bei einem Treffen 2016/2017 die Erfahrungen und Probleme der Pflegetrainerinnen im Umgang mit Diabetes als Haupt- und Nebendiagnose abzufragen und zusammenzufassen (Schwerpunkte: Umgang mit Insulin und Sensibilisierung für das Er-

kennen von drohender Unterzuckerung und die Vermeidung). Die Ergebnisse werden übermittelt, um dann weitere Gespräche als Trainingsmodul zu konzeptionieren. Eine weitere Option zur Umsetzung ist die Angehörigenschule des UKSH (Leitung Frau Beke-Jakobs). Bisherige anerkannte und abrechnungsrelevante Schulungen gibt es zum Thema chronische Herzinsuffizienz. Weitere Angebote sind Mobilisation, Inkontinenz und Demenz.

4. Optimierung der Nachsorge von Frauen mit einem stattgehabten Schwangerschaftsdiabetes

Hintergrund

In der Schwangerschaft wird der Blutzuckerspiegel durch die Hormonumstellung erheblich beeinträchtigt. Das von der Bauchspeicheldrüse produzierte Insulin als wichtigstes Hormon des Energiestoffwechsels entfaltet in der Schwangerschaft eine verminderte Wirkung und „demaskiert“ somit ein unabhängig von der Schwangerschaft erhöhtes Risiko einer Frau für die Entwicklung eines Diabetes mellitus Typ 2. Vor allem genetische Faktoren und ein ungesunder Lebensstil sowie die daraus entstehende Adipositas erhöhen das Risiko deutlich. Frauen, die sich ausgewogen ernähren, regelmäßig bewegen, nicht rauchen und nicht übergewichtig bzw. adipös sind, haben ein 80% niedrigeres Risiko für einen Schwangerschaftsdiabetes. Jedoch können in seltenen Fällen auch Frauen mit einem „gesunden Lebensstil“ einen Schwangerschaftsdiabetes entwickeln.

Risikofaktoren bei der Erstvorstellung in der Schwangerschaft sind (nach der im Jahr 2011 publizierten neuen evidenzbasierten Leitlinie zum Gestationsdiabetes):

- Alter ab 45 Jahre
- Bodymassindex ab 30 kg/m² vor der Schwangerschaft
- Körperliche Inaktivität
- Eltern oder Geschwister mit Diabetes
- Angehörige einer ethnischen Risikopopulation (z. B. Asiatinnen und Lateinamerikanerinnen)
- frühere Geburt eines Kindes mit über 4500 g Gewicht
- Schwangerschaftsdiabetes in der Vorgeschichte

- Arterielle Hypertonie (Blutdruck ab 140/90 mmHg) oder Einnahme von Medikamenten zur Therapie der arteriellen Hypertonie
- Fettstoffwechselstörung präkonzeptionell (HDL < 35 mg/l [0,9 mmol/l] und/oder Triglyzeride > 250 mg/dl [2,82 mmol/l])
- Polyzystisches Ovarsyndrom
- Prädiabetes (IGT/IFG/HbA1c ab 5,7 %) bei früherem Test (unabhängig von früherem GDM)
- Vorgeschichte mit Schäden der großen Gefäße (Koronarien, hirnzuführende Gefäße, Beindurchblutung)
- Einnahme blutzuckererhöhender Medikamente (z. B. Glukokortikoide)

Der Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) ist abzugrenzen von einem manifesten Diabetes mellitus Typ 2 oder einem schon vor der Schwangerschaft bekannten und behandelten Diabetes mellitus Typ 1 einer werdenden Mutter.

Bei einem Schwangerschaftsdiabetes handelt es sich um eine sogenannte Glukosetoleranzstörung, die in der Schwangerschaft auftritt und als Vorläufer eines Diabetes mellitus Typ 2 gilt. Im März 2012 wurde ein Screening (Bestimmung des Blutzuckers nach einer Glukosegabe von 50g in der 24. bis 26. Schwangerschaftswoche) zur Diagnostik eines Schwangerschaftsdiabetes gesetzlich in den Mutterschaftsrichtlinien als Kassenleistung eingeführt. Nach den gültigen S3-Leitlinien wird die Diagnose gestellt, wenn nach dem Trinken einer Zuckerlösung mit 75 g Glukose die gemessenen Blutglukosewerte im venösen Blut der Schwangeren erhöht sind. Vom Gynäkologen wird die Schwangere nach dieser Diagnose zur weiteren fachärztlichen Behandlung überwiesen, denn es besteht ein erhöhtes Risiko für das ungeborene Kind und die werdende Mutter wie für Fehl- und Frühgeburten, erhöhtem Blutdruck und vermehrter Eiweißausscheidung der Mutter (Präeklampsie), zu kleinen oder zu großen Neugeborenen (mit folgenden Geburtsverletzungen), einer gefährlichen Unterzuckerung des Neugeborenen (neonatale Hypoglykämie), vermehrten Kaiserschnittgeburten und in seltenen Fällen sogar dem Tod des Kindes.

In der Behandlung der Schwangeren ist oft eine entsprechende Diät und vermehrte Bewegung erfolgreich, bei einem kleineren Anteil der Schwangeren muss eine Behandlung mit Insulin erfolgen.

Durch die Diagnose eines Schwangerschaftsdiabetes wird eine Risikogruppe von Frauen im gebärfähigen Alter erkannt, die unbehandelt eine um 5 bis 10 Jahre verminderte Lebenserwartung hat. Neben der Behandlung der aktuellen Schwangerschaft ist es daher sehr wichtig, auch nach der Geburt Beratungen, Untersuchungen und ggf. eine Behandlung der Mutter durchzuführen. Auch das Kind einer Frau mit stattgehabtem Schwangerschaftsdiabetes sollte durch den Kinderarzt fokussiert betreut werden (erhöhtes Risiko für einen Typ 2 Diabetes). Bei der Mutter kann eine Primärprävention einen manifesten Diabetes mellitus Typ 2 und folgende Herz-Kreislauf-Erkrankungen verhindern oder lebenszeitlich um Jahre hinaus schieben. Nach einem stattgehabten Schwangerschaftsdiabetes besteht ein erhöhtes Risiko für das erneute Auftreten eines Schwangerschaftsdiabetes, auch dies kann durch die ärztliche Betreuung der jungen Mutter vermieden und so die nächste Schwangerschaft sicherer werden.

Lösungsansatz

In Schleswig-Holstein wurden zwischen dem 1.4.2013 und dem 31.3.2014 von den 30 diabetologischen Praxen hierzu vertraglich vereinbarte Datensätze übermittelt: betroffen waren 936 Mütter (936 abgeschlossene Fälle GDM). Durchschnittlich behandelte jede Praxis 22 Schwangere. Dies ist eine Prävalenz von 4,29 % bei 21.822 geborenen Kindern in Schleswig-Holstein im Jahr 2013.

Jedoch erschienen nur 430 der jungen Mütter (45,9 %) zur geplanten diabetologischen Nachuntersuchung in der 6.-12. Woche nach Geburt. Nach aktuellen Studiendaten kann der Anteil der nachuntersuchten Frauen durch ein strukturiertes Recall-System mit Einladungen per Brief, Email oder Telefon bei Terminversäumnis deutlich gebessert werden (mit vorheriger schriftlicher Einverständniserklärung durch die Schwangere).

Ferner wird überlegt, ob im Kindervorsorgeheft ein entsprechender Hinweis auf den stattgehabten Schwangerschaftsdiabetes der Mutter etabliert wird, damit im Rahmen von Routineuntersuchungen diese Information dem Kinderarzt bekannt ist.

Ziele der AG Gestationsdiabetes sind:

- Optimierte Aufklärung junger Frauen über das Krankheitsbild Schwangerschaftsdiabetes schon vor einer Schwangerschaft

- Aufklärung der Schwangeren, um die Teilnahme an der Nachuntersuchung nach der Geburt deutlich zu erhöhen, evtl. Einführung eines Recall-Systems, evtl. Konzeption eines Stickers für den Mutterpass (und das gelbe Kinderuntersuchungsheft)
- Entwicklung weiterer geeigneter Schritte, um die für die betroffenen Frauen notwendige Prävention einer zukünftigen Diabetesentwicklung zu fördern

Umsetzung

In der AG sollen 2016 Möglichkeiten der Umsetzung eines Recall-Systems diskutiert und evaluiert werden. Zuständig könnte z.B. die behandelnde Diabetologin, der behandelnde Diabetologe oder die Gynäkologin, der Gynäkologe sein. Die Form eines solchen Anschreibens und die Kostenübernahme müssten geklärt werden. Durch Einführung eines Hinweisklebers in das U-Vorsorgeheft des Kindes von Müttern mit stattgehabten Gestationsdiabetes wird die Kinderärztin, der Kinderarzt aufgefordert, die Mutter auf weitere Behandlungsmöglichkeiten anzusprechen und auf das Kind bezüglich einer auffälligen Entwicklung des Zuckerstoffwechsels oder anderer assoziierten Erkrankungen besonders zu achten.

5. Menschen mit Migrationsbiographie und Diabetes

Hintergrund

Im Jahr 2014 hatte Schleswig-Holstein 2.819.000 Einwohnerinnen und Einwohner, davon 357.000 Menschen mit Migrationshintergrund (entsprechend 12,7% der Einwohnerinnen und Einwohner insgesamt und somit geringer als der Anteil im Bundesdurchschnitt mit ca. 20%). In städtischen Gebieten Schleswig-Holsteins leben 2.115.000 Menschen - hier ist der Migrantenanteil mit 13,6% höher. In ländlichen Gegenden mit einer Einwohnerzahl von insgesamt 704.000 Menschen ist er mit 9,8% niedriger.

120.000 Menschen mit Migrationshintergrund stammen aus EU-Ländern wie Griechenland, Italien, Kroatien, Polen und Rumänien. Weitere 120.000 Menschen stammen aus dem sonstigen Europa, dabei sind türkischstämmige Menschen mit 54.000 die größte Gruppe. Dazu kommen 34.000 Menschen aus der Russischen Föderation, 7.000 aus der Ukraine und ca. 23.000 aus dem ehemaligen Jugoslawien. 79.000 Menschen sind aus der ehemaligen Sowjetunion und 20.000 aus Kasachstan.

66.000 stammen aus Asien, Australien und Ozeanien. 44.000 aus dem Nahen und Mittleren Osten. 10.000 Menschen stammen aus Amerika, weitere 10.000 aus Afrika (Statistik Nord 2015).

Folgende Altersgruppen ergeben sich für Menschen mit Migrationshintergrund, die in Schleswig-Holstein leben: 0-5 Jahre = 23,9% mit Migrationshintergrund, 5-10 Jahre = 23,6%, 10-15 Jahre = 20,0%, 15-20 Jahre = 15,9%, 20-25 Jahre: 13,7%, 25-35 Jahre: 17,7%, 35-45 Jahre = 16,6%, 45-55 Jahre = 9,9%, 55-65 Jahre = 10,1%, 65-75 Jahre = 6,7% und 76-85 Jahre = 4%.

Aus o.g. Angaben wird deutlich, dass es sich einerseits um Menschen mit vielen unterschiedlichen Kulturen, Ernährungsgewohnheiten und Muttersprachen handelt und andererseits vor allem um Menschen in der Altersgruppe unter 45 Jahre. Es ist davon auszugehen, dass es sich um eine Bevölkerungsgruppe handelt, die per se ein erhöhtes genetisches Risiko für einen Diabetes mellitus Typ 2 hat (nach Veröffentlichungen ist die Türkei das Land in Europa mit der höchsten Diabetes-Prävalenz) und 14,8% der türkischstämmigen Migrantinnen und Migranten in Deutschland weisen einen manifesten Diabetes auf. Auf diese Weise ist zu erwarten, dass ein wesentlicher Anteil der Migrantinnen und Migranten ein hohes Risiko hat, an einem manifesten Diabetes in den nächsten Jahren zu erkranken. Auch Kinder von Migrantinnen und Migranten, die unter diesen Umständen aufwachsen, scheinen ein erhöhtes Risiko für Diabetes und andere assoziierte Erkrankungen aufzuweisen. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen zeigte sich wiederholt, dass Kinder von Eltern mit Migrationsbiographien den höchsten Anteil an Übergewicht und Fettleibigkeit („Adipositas“) haben. So sind 15,5% aller Einschulungskinder, bei denen beide Eltern einen Migrationshintergrund haben, übergewichtig oder adipös. Bei Kindern, bei denen ein Elternteil einen Migrationshintergrund hat, sind es 11,0%. Und bei Kindern mit Eltern ohne Migrationshintergrund sind es 9,1%.

Ein Faktor, der in diesem Zusammenhang eine Rolle spielt, ist der Bildungsstand. Ein niedriger Bildungsstand ist mit einem erhöhten Diabetesrisiko assoziiert (s. Bericht Robert Koch-Institut zur Diabetesprävalenz). Diese Angaben passen zu den Daten einer Hamburger Studie, die darauf hinweist, dass sehr viele der in Hamburg lebenden türkischstämmigen Menschen mit einem Diabetes und einem Durchschnittsalter von 59 Jahren eine sehr geringe Schulbildung haben (21% können weder lesen noch schreiben und 40% haben keine Deutschkenntnisse). Gleichzeitig üben die

meisten der türkischstämmigen Menschen mit Diabetes einfache und körperlich schwere Berufe aus.

Somit besteht einerseits eine große Notwendigkeit, Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein über Gesundheitsrisiken adäquat aufzuklären und präventive Maßnahmen umzusetzen. Auf der anderen Seite gibt es diverse Faktoren wie genetische, kulturelle und ethnische Besonderheiten sowie Kommunikationsbarrieren, die eine Umsetzung solcher Maßnahmen erschweren.

Lösungsansatz

Das Projekt „mit Migranten für Migranten“ (MiMi; Details s. Punkt 4.7) ist ein ideales Konzept, um die o.g. Besonderheiten zu berücksichtigen und präventiv zu arbeiten. Es findet in Schleswig-Holstein in den Städten Kiel, Neumünster und Lübeck statt und basiert auf dem Prinzip interkultureller Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen (Projekträger ist das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. Hannover). Ziel des Projektes ist es, mehrsprachige und kultursensible Gesundheitsförderung und Prävention für Migrantinnen und Migranten sowie Asylbewerberinnen und Asylbewerber anzubieten. Dazu werden engagierte Migrantinnen und Migranten als kulturelle Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen gewonnen und geschult, um ihre Landsleute über das deutsche Gesundheitssystem und weitere Themen der Gesundheitsförderung und Prävention zu informieren (u.a. Diabetes mellitus, Kindergesundheit und Unfallprävention, Impfen, Ernährung und Bewegung, Früherkennung und Vorsorgeuntersuchungen, Rehabilitation und Sucht). Die Zusammenarbeit mit Familienzentren, Nachbarschaftsbüros, Moscheen und mit Flüchtlingsunterkünften wird besonders gefördert. Vor allem das MiMi-Projekt des Gesundheitsamtes Lübeck hat sich seit 2007 gut etabliert und ist mit diversen sozialen Einrichtungen vernetzt (s. Daten aus dem in Kürze von der AOK NORDWEST publizierten „Diabetesbericht Schleswig-Holstein Update 2016, Bezug aktueller Bericht s. S. 31“).

Umsetzung

Der Themenschwerpunkt „Menschen mit Migrationsbiographien und Diabetes“ wurde in der AG Diabetes erörtert und recherchiert. Hier liegt der Fokus insbesondere auf einer Unterstützung des seit Jahren etablierten Projektes „Migranten für Migranten“ (s.o. MiMi; Projekträger Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. Hannover).

Da die Finanzierung des Projektes mittelfristig unsicher ist, obwohl der Bedarf hinsichtlich einer Zunahme an Migranten steigt, sollen Optionen einer Finanzierung durch andere Institutionen überprüft und koordiniert werden. Weiterhin soll die Entwicklung eines 2seitigen Flyers mit leicht verständlichen Informationen in den wichtigsten Fremdsprachen (wie Englisch, Türkisch, Arabisch und Russisch) diskutiert werden.

Quellen:

Empfehlung zum Ausbau des Schulgesundheitsystems (2015) <http://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahmen-schulgesundheitssschwestern-januar-2015.pdf>

Bericht Schuleingangsuntersuchungen Schleswig-Holstein 2014/2015, noch unveröffentlicht

<http://www.nutrition.tufts.edu/about/welcome-dean-mozaffarian>

C. Heidemann, Y. Du, I. Schubert, C. Scheidt-Nave: Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt 2013.56:668-677 <http://edoc.rki.de/oa/articles/reStimZmeS2/PDF/28z6BcQzEazE.pdf>

RKI-Basispublikationen DEGS1 <http://edoc.rki.de/oa/articles/reStimZmeS2/PDF/28z6BcQzEazE.pdf>

Nurses' Health Study NHS II <http://www.channing.harvard.edu/nhs/>

C. Kohfahl, E. Mnich: Türkischstämmige Zuwanderer mit Diabetes mellitus 2; Hintergründe, Herausforderungen und Konsequenzen; Studie von 02/2008 bis 09/2011, www.uke.de

International Diabetes Federation <http://www.idf.org/publications/annual-report>

Laube et al. Diabetes und Stoffwechsel 10, 52 (2001), Universität Gießen

4.2. Bundesratsinitiative Nationaler Diabetesplan

Am 23.11.2012 erfolgte ein Antrag der Fraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Abgeordneten des SSW für eine „Initiative für einen Nationalen Diabetesplan“: „Der Schleswig-Holsteinische Landtag stellt fest, dass die Zahl der Diabetes-Erkrankungen stetig zunimmt und die Gesundheitskosten besonders stark prägt. Die Landesregierung wird deshalb aufgefordert, eine Bundesratsinitiative zu ergreifen, die die Erstellung eines Nationalen Diabetesplans zum Ziel hat. Enthalten sein sollen ein umfassendes Diabetes-Register und ein Versorgungskonzept, das sowohl Präventionsmaßnahmen, Früherkennungskompetenzen und Behandlungsinitiativen als auch die Stärkung der Selbsthilfe beschreibt. Die Akteure im Gesundheitswesen sind in die Planung weitreichend einzubeziehen.“

Im weiteren Verlauf wurde ein regionaler Diabetesbericht erstellt (Drucksache 18/694) und Kontakt zu weiteren Bundesländern hergestellt, um gemeinsam eine Bundesratsinitiative vorzubereiten. Schließlich erfolgte eine gemeinsame Initiative für die Umsetzung eines Nationalen Diabetesplans durch die Bundesländer Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg, Niedersachsen und Thüringen. Die Mehrheit der Bundesländer stimmte am 11.7.2014 im Bundesrat in Berlin für den Antrag. Der Gesund-

heitsausschuss des Bundesrates, in dem die Gesundheitsministerien aller Bundesländer vertreten sind, hat dem Bundesrat eine Umsetzung des Antrags empfohlen. Bislang wurde der Antrag nicht umgesetzt. Jedoch ist die Diabetes-Prävention eines von 8 Gesundheitszielen in dem im Juli 2015 beschlossenen Präventionsgesetz. Aus schleswig-holsteinischer Sicht sollte auch weiterhin die Umsetzung einer Nationalen Diabetesstrategie verfolgt werden.

4.3. Diabetes-Surveillance

Neben dem Präventionsgesetz und der EntschlieÙung zur Umsetzung eines Nationalen Diabetesplans seitens des Bundesrates bestehen aktuell positive Entwicklungen im Sinne einer Optimierung von Prävention und Versorgung von Menschen mit Diabetes. Im April 2015 hatte das BMG und das Robert-Koch-Institut (RKI) zu einer Diabetes-Registerkonferenz eingeladen. Initiatoren von regionalen und überregionalen Diabetesregistern und Diabetes-Datenbanken trafen sich mit Vertreterinnen und Vertretern des BMGs, des RKIs und der Kostenträger, um eine synergistische Nutzung der vorhandenen Daten im Sinne einer Diabetes-Surveillance mit regelmäßiger Berichterstattung und Datenzusammenführung zu realisieren. Das Vorhaben „**Nationale Diabetes Surveillance**“ mit einer Projektlaufzeit von 4 Jahren (August 2015 bis Dezember 2019) sieht vor, ein Rahmenkonzept mit geeigneten Kennzahlen für eine umfassende Gesundheitsberichterstattung zum Diabetes mellitus für die Information der (Fach-)Öffentlichkeit und für eine evidenzbasierte Beratung der Gesundheitspolitik zu erstellen. Zudem sollen Standards für das Zusammenführen relevanter Informationen zur Abbildung dieser Kernindikatoren entwickelt werden.

5. Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht ist als eine Aktualisierung und Fortsetzung des 2013 publizierten Erstberichtes „zum Stand der Diabetes-Erkrankungen in Schleswig-Holstein sowie zu den präventiven und nachhaltigen Maßnahmen zur Krankheitseindämmung“ (Drucksache 18/694) zu verstehen. Zudem wurden erste Handlungsempfehlungen basierend auf Projekten zur Entwicklung einer landesweiten Diabetes-Präventionsinitiative (Drucksache 18/1597) erarbeitet.

Der Bericht unterstreicht erneut die besondere gesundheits- und volkswirtschaftliche Dimension der Erkrankung Diabetes mellitus und geht im Detail auf neue Subgruppen-Prävalenzen und Versorgungsdaten ein:

Es konnte erneut eine sehr genaue Zählung von Kinder und Jugendlichen mit einem Typ 1 Diabetes in Schleswig-Holstein gelingen. Die Anzahl stieg im Vergleich zu den Vorjahren erneut und weitere Analysen weisen auf Problemzonen der ambulanten ärztlichen Langzeitbetreuung, sozialmedizinischen Nachsorge und Begleitung in Kitas / Schulen hin. Wirksame medizinische wie politische Instrumente finden sich in der neu geschaffenen Stelle der „Kinderdiabetes-Lotsin“, der etablierten Mobilen Diabetesschulung Schleswig-Holstein (MDSH) und ggfs. in dem Pilotprojekt „Schulkrankenschwester“ der Landes-Präventionsinitiative wieder.

Sehr viele Menschen mit Diabetes finden sich auch in der Analyse der geriatrischen Einrichtungen in Schleswig-Holstein wieder. Jeder 4. Mensch hat einen manifesten Diabetes, viele Patienten erhalten eine Insulintherapie. Da eine solche Insulintherapie von vielen dieser Patienten nicht selbständig umsetzbar ist, könnte eine Schulung von Angehörigen und Pflegediensten stationäre Einweisungen verhindern und die Lebensqualität optimieren. Eine solche Schulung ist thematisch auch in dem Projekt „Angehörigenschulung“ der Landes-Präventionsinitiative wiederzufinden.

Erstmalig konnte getrennt für Menschen mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes eine Analyse von AOK NORDWEST Versicherten gezeigt werden. Während es sich um die bislang höchste publizierte Prävalenz von Diabetes bei Versicherten einer Krankenkasse handelt, wird explizit auch auf die große wirtschaftliche Bedeutung der stationären Behandlung von Menschen mit Diabetes aufmerksam gemacht. Diese Daten werden unterstützt von Auswertungen des UKSH Lübeck und Kiel, sowie einer erstmals durchgeführten Analyse zur Infrastruktur Diabetologie an größeren Kliniken in

Schleswig-Holstein. Grundsätzlich erscheint die Stärkung einer professionellen Diabetologie an Kliniken sowohl wirtschaftlich als auch medizinisch wesentlich zu sein. In weiteren Subgruppen-Analysen wird u.a. auch auf Frauen mit einem Gestationsdiabetes eingegangen. Die Erkenntnis eines solchen, in der Schwangerschaft erstmals identifizierten Risikos für einen Typ 2 Diabetes mit sämtlichen Komplikationen sollte präventiv genutzt werden und findet sich als Thema „Optimierung der Nachsorge von Frauen mit einem stattgehabten Schwangerschaftsdiabetes“ in der Landes-Präventionsinitiative wieder.

Neben einer optimalen Versorgung von Menschen mit einem manifesten Diabetes sollte vor allem auch verhindert werden, dass immer mehr Menschen mit einem erhöhten Risiko tatsächlich einen manifesten Diabetes entwickeln. Das Erkennen von solchen Risiken ist wesentlicher Bestandteil im aha!2.0 Projekt. Zudem soll neben den präventiven Lehraufgaben einer „Schulkrankenschwester“ in dem weiteren Projekt der Landes-Präventionsinitiative „Wasser statt zuckerhaltige Getränke an Schulen in Schleswig-Holstein“ die Idee einer Diabetes-Prävention durch Reduktion des Verzehrs zuckerhaltiger Getränke verfolgt werden. Das Gesundheitsprojekt MiMi des Ethno-Medizinischen Zentrums e.V. in Hannover unterstützt neben diversen anderen Gesundheitsthemen auch präventive Themen für Migranten.

In vielen Punkten wird offensichtlich, dass in Schleswig-Holstein die besondere Dimension des Themas Diabetes politisch wahrgenommen wurde und Aktivitäten für eine Optimierung dieser Situation unterstützt werden. Dies zeigte sich insbesondere in dem Bestreben der Landesregierung, gemeinsam mit anderen Bundesländern im Rahmen einer Bundesratsinitiative einen Nationalen Diabetesplan zu fordern. Wichtige Schritte zur Umsetzung sind das „Diabetes-Surveillance“ Projekt durch das Bundesgesundheitsministerium und das Robert-Koch-Institut als eine wichtige Basis, um mit einem Diabetes-Register in Zukunft besser Prävalenzen, Komorbiditäten, Komplikationen und die Nachhaltigkeit medizinischer Maßnahmen wie auch Kosten zu monitoren.

Nach der politischen Befassung über die Handlungsempfehlungen der AG Diabetes für die Landes-Präventionsinitiative Diabetes mellitus Typ 2 und der entsprechenden Schwerpunktsetzung sowie Umsetzungsempfehlungen soll die AG Diabetes weiterhin in die fachliche Arbeit einbezogen werden. Eine enge Verzahnung mit dem Strategieforum Prävention ist vorgesehen.