

ESPED-Jahresbericht 1992/1993

H. J. Kremer, G. Giani, H. Helwig, B. Koletzko, R. von Kries, K. Pistor, J. Schöber im Auftrag des ESPED-Beirats* –
zusammengestellt durch R. von Kries
Universitäts-Kinderklinik Düsseldorf

Eine effektive Datensammlung über seltene pädiatrische Erkrankungen, die zur Aufnahme in Kinderkliniken führen, erfordert die engagierte Mitarbeit aller Chefärzte bzw. der von ihnen benannten Kollegen. Anfänglich mancherorts geäußerte Zweifel an der Machbarkeit einer solchen Erhebung konnten durch die überaus erfreuliche Akzeptanz des Systems widerlegt werden. Seit der Gründung im Juli 1992 ist die Rücklaufquote der monatlichen ESPED-Karten kontinuierlich gestiegen. Sie beträgt seit Januar 1993 >70%, seit Juli 1993 >80% und seit September 1993 um 90% und darüber (durchschnittliche Rücklaufquote für 1993 = 82%). Wir möchten an dieser Stelle noch einmal allen Kolleginnen und Kollegen danken, die uns trotz einiger Startschwierigkeiten die Treue gehalten haben. Die regionale Verteilung der Rücklaufquoten für 1993 zeigt Abb. 1.

Grundlage für die Bereitschaft zur Mitarbeit so vieler Kollegen war die Erwartung, daß die so gewonnenen Daten sinnvoll ausgewertet werden. Einige Ergebnisse wurden bereits auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Würzburg im Herbst 1993 vorgestellt (Hib, Diabetes). Erste Publikationen in nationalen bzw. internationalen Zeitschriften sind erschienen (Vitamin-K-

* Prof. Harms (Münster, Vorsitzender), Prof. Laaser (Bielefeld), Prof. Giani (Düsseldorf), Frau Dr. Queißer-Luft (Mainz), Prof. Schulte-Wissermann (Krefeld), Dr. Christoffel (Düsseldorf), Prof. Schmidt (Düsseldorf)

Mangel) bzw. wurden zur Publikation eingereicht (Diabetesinzidenz bei unter 5jährigen).

Im Großraum Düsseldorf wurde die Diabeteserhebung auf „Kinder bis 15 Jahre“ erweitert, wobei auch die internistischen Abteilungen einbezogen wurden. Wie diese Diabetesstudie in Zusammenarbeit mit der europäischen Verbundstudie EURODIAB ACE zur „Diabetesinzidenz bei Kindern unter 15 Jahren“ eindrucksvoll demonstriert, lassen sich die Komponenten von ESPED mit leichten Modifikationen auch zur Datenaquirierung im Rahmen von regionalen epidemiologischen Forschungsprojekten nutzen, die aufgrund ihrer speziellen Zielsetzung auch andere Fachgebiete als ausschließlich das der Pädiatrie einbeziehen.

Eine Gesamtübersicht über die Fallmeldungen aus 1992/93 soll im Folgenden gegeben werden:

Reye-Syndrom (1. 7. 1992–31. 12. 1993)

Im Untersuchungszeitraum wurden an die ESPED-Erhebungseinheit 55 Fälle von Reye-Syndrom gemeldet. Nach Ausschluß von bisher identifizierten Fehlmeldungen (z. B. Erkrankungsmanifestationen vor dem Beobachtungszeitraum) und Doppelmeldungen von nacheinander in verschiedenen Kliniken betreuten Patienten verbleibt eine Fallzahl von 40 Kindern mit Neuerkrankungen im Berichtszeitraum von 18 Monaten. Von den bis einschließlich

Oktober 1993 gemeldeten 32 Fällen erhielten wir bisher 24 (75%) auswertbare Rückmeldungen (zurückgesandte Fragebögen bzw. Arztbriefe und Befundkopien). Bei 1 Patienten wurde nach der Meldung die Diagnose eines Ornithintranscarbamylasemangels gesichert. Die klinischen Charakteristika der 23 verbleibenden Kinder, die unter der Verdachtsdiagnose „Reye-Syndrom“ gemeldet waren, sind in Tabelle 1 dargestellt.

Das Verhältnis von Mädchen zu Jungen war 6/17. An Prodromalerkrankungen wurden angegeben: Luftwegserkrankungen (11), Gastroenteritiden (9), Masern (2), Varizellen (1). Die vorangegangene Medikamenteneinnahme betraf: Paracetamol (12), Acetylsalicylsäure (4), Valproat (2), andere (2). Die Fallsammlung soll zunächst noch bis einschließlich Juni 1994 fortgesetzt und die noch ausstehenden Rückmeldungen soweit als möglich komplettiert werden.

Studienleiter:

Prof. Dr. B. Koletzko, Dr. S. Koletzko, Kinderpoliklinik der Universität München, Pettenkoferstraße 8a, D-80336 München

Systemische Hib-Infektionen (1. 7. 1992–31. 12. 1993)

Von 198 eingegangenen Meldungen während dieses Zeitraums konnte bei 192 Fällen eine vollständige Doku-

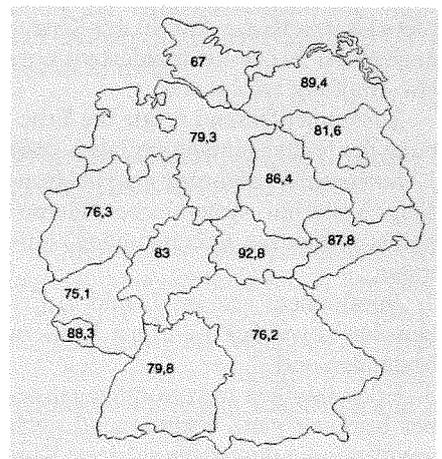


Abb. 1. Regionale Verteilung der Rücklaufquoten der monatlichen ESPED-Karten

Tabelle 1
Klinische Charakteristika bei Kindern mit Verdachtsdiagnose „Reye-Syndrom“

	Anzahl
Gesamtzahl von Meldungen	23
Prodromalerkrankungen	21
Medikamenteneinnahme	16
Klinische Symptome	
• Heftiges Erbrechen	13
• Eintrübung mit Komastadien 2/3/4/5	11/2/6/3
Ergebnisse der Laboruntersuchungen	
• Erhöhte Transaminasen	22
• Erhöhte Ammoniakwerte	18
• Hypoglykämien (<40 mg/dl)	5
• Quickwert <70%/PTT >45 s	18/11
Leberhistologie mit hepatischer Steatose	6
Überleben (ja/nein)	13/10
• Mit neurologischer Schädigung (ja/nein)	8/5

mentation erhoben werden. Die Zusammenstellung bezieht sich auf kulturell gesicherte Haemophilus-influenzae-Infektionen, wobei jedoch nur in den wenigsten Fällen auch der serologische Nachweis einer Haemophilus-influenzae-b-Infektion geführt worden war. Berichtet wurden 125 Meningitiden (6 Todesfälle, 25 mit zum Zeitpunkt der Meldung vermuteten Folgeschäden), 38 Epiglottitiden (3 Todesfälle) sowie 29 sonstige Infektionen (z.B. Weichteile, Arthritiden, Ostomyelitiden).

Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Altersverteilung und die Lokalisation der Erkrankungen. In den Klammern ist jeweils die Anzahl der Kinder angegeben, bei denen mindestens eine Hib-Impfung erfolgt war.

Zusammenfassend zeigte die Erhebung der letzten eineinhalb Jahre, daß:

1. auch nach Einführung der Hib-Impfung weiterhin systemische Haemophilus-influenzae-Erkrankungen auftraten,
2. Impflücken, v.a. im 1. und 2. Lebensjahr sowie bei 4jährigen Kindern bestanden und
3. Erkrankungen trotz vorangegangener Impfung ganz überwiegend noch unvollständig durchimmunisierte Kinder in den ersten 2 Lebensjahren betrafen.

Tabelle 2
Übersicht über die Altersverteilung und Lokalisation der Erkrankungen bei Kindern nach Hib-Infektion

Lebensjahr	Meningitis	Epiglottitis	Sonstige	Summen
1	57(15)	0	15(3)	72(18)
2	22(11)	6(3)	5(3)	33(17)
3	13(2)	5(2)	2(0)	20(4)
4	13(1)	14(2)	3(1)	30(4)
5	10(1)	6(0)	0	16(1)
>5	10(0)	7(0)	4(0)	21(0)
Summen	125(30)	38(7)	29(7)	192(44)

Die häufige Erkrankung von ungeimpften Kindern in den ersten 2 Lebensjahren unterstreicht die Notwendigkeit einer möglichst frühen Durchimmunisierung. Ein Problem stellen derzeit die Erkrankungen bei partiell geimpften Kindern dar, wobei zu klären ist, ob dies ein Problem des derzeitigen Impfschemas oder der zur Zeit überwiegend zum Einsatz kommenden Impfstoffe ist.

Zur besseren Beurteilung der Effektivität des Impfprogramms muß in den kommenden Monaten eine systematische Typisierung der Haemophilus-influenzae-Erreger angestrebt werden, um Erkrankungen durch Serotyp b sicher zu erkennen, da nur diese durch die Hib-Impfung verhinderbar sind. Eine Fortsetzung der Studie ist beabsichtigt, um zu erwartende Verschiebungen im Krankheitsmuster bei zunehmender Verbreitung der Impfung und dem Einsatz neuer Impfstoffe und -schemata zu evaluieren.

Studienleiter:

Prof. Dr. H. Helwig, St.-Josefs-Krankenhaus, Fachabteilung für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Hermann-Herder-Straße 1, D-79104 Freiburg

Prof. Dr. R. von Kries, Medizinische Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Kinderklinik, Postfach 10 10 07, D-40001 Düsseldorf

Diabetes bei Kindern unter 5 Jahren

(1. 1. 1993–31. 12. 1993)

Basierend auf einer Gesamtzahl von 253 Meldungen zwischen dem 1. 1. 1993 und dem 31. 12. 1993 erfolgte eine Schätzung der Inzidenz des insulinpflichtigen Diabetes mellitus (IDDM) bei Kindern vor Vollendung des 5. Lebensjahres. Berücksichtigt wurden nur die Erkrankungsmeldungen, für die verlässliche Informationen über das Alter der erkrankten Kinder und den Zeitpunkt der Erstmanifestation verfügbar waren und bei denen eine Doppelregistrierung ausgeschlossen werden konnte. Die auf der Basis dieser Fallmeldungen berechnete altersspezifische Inzidenz liegt etwa um das Doppelte über bisherigen Annahmen, die auf der Hochrechnung von Daten aus dem Diabetesregister der früheren DDR beruhten. Damit scheint der IDDM in dieser Altersgruppe in

Tabelle 3
Inzidenz des IDDM bei unter 5jährigen

	Inzidenz (pro 100 000)	95% Konf. Interv. (pro 100 000)
Neue Länder	6,3	4,5–8,1
Alte Länder	5,6	4,8–6,3
Bundesrepublik (gesamt)	5,7	5,0–6,4
Frühere Schätzungen * (DDR)	3,0	2,5–3,6

* Diabetes Epidemiology Research International Group (1988). Geographic Patterns of Childhood Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. Diabetes 37:1113–1118

Deutschland zur Zeit mit ähnlicher Häufigkeit wie in den europäischen Nachbarländern aufzutreten (Tabelle 3).

Die Weiterführung der Studie erscheint notwendig, da:

1. die derzeitige Schätzung der Inzidenz nur die Untergrenze der tatsächlichen Erkrankung reflektiert; durch die in den letzten Monaten erreichte Verbesserung der Rücklaufquoten ist eine validere Aussage für 1994 zu erwarten,
2. Beobachtungen in anderen Ländern zeigten, daß die Diabetesinzidenz von Jahr zu Jahr schwankt. Somit ist für eine valide Schätzung ein längerer Beobachtungszeitraum erforderlich,
3. auf der Grundlage der gesammelten Fälle eine Fall-Kontroll-Studie zu Ursachen des Diabetes durchgeführt wird, für die eine größere Zahl von Fällen erfaßt werden muß. Die Realisierung dieses Projektes wird durch eine Förderung der Deutschen Forschungsgemeinschaft ermöglicht.

Studienleiter:

Prof. Dr. G. Giani, Diabetes-Forschungsinstitut, Abt. Biometrie und Epidemiologie, Auf'm Hennekamp 65, D-40225 Düsseldorf

Dr. P. Herzig, Medizinische Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Kinderklinik, Postfach 10 10 07, D-40001 Düsseldorf

Undine-Syndrom

(1. 7. 1992-31. 12. 1993)

Bis Dezember 1993 wurden 79 Fälle von Undine-Syndrom gemeldet, von denen 71 anhand der ausgesandten Fragebögen validiert werden konnten (Tabelle 4).

Die vorliegenden Daten erlauben erstmalig, populationsbezogene Inzidenzangaben zum Undine-Syndrom zu berechnen. Um diese Berechnung auf Daten aus 3 Jahren begründen zu können, wurde um eine Verlängerung der Datensammlung bis Dezember 1994 gebeten. Schon aufgrund der bis Ende 1993 gesammelten Daten stellt die Fallzahl von 50 Fällen von Undine-Syndrom die weltweit größte Serie dar. Die Daten werden auf der nächsten Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde vorgestellt.

Tabelle 4
Meldungen von Fällen mit Undine-Syndrom

	1992	1993
Meldungen insgesamt	50	29
Doppelmeldungen	6	2
Beantwortete Fragebögen	40	23
Noch ausstehende Fragebögen	4	4
Fehldiagnosen	7	6
Kinder mit gesichertem Undine-Syndrom	33	17

Studienleiter:

Prof. Dr. J. G. Schöber, Kinderklinik an der Lachnerstraße, Lachnerstraße 39, D-80639 München

Neonatale Thrombosen (1. 7. 1992-31. 12. 1993)

Während des Zeitraums wurden 82 Fälle von neonataler Thrombose gemeldet. Hierbei sind wahrscheinlich besonders Thrombosen mit erheblicher klinischer Relevanz erfaßt worden, während die häufigeren geringgradigen Thrombosen im Zusammenhang mit zentralen Kathetern möglicherweise nicht systematisch berichtet worden sind. Über 70 Meldungen erhielten wir eine vollständige Dokumentation. 8 Fälle waren vor dem 1. 7. 1992 beobachtet worden. Das Diagnosespektrum bei 62 Fällen aus dem Beobachtungszeitraum von 18 Monaten ist in Tabelle 5 dargestellt.

Auffällig war die Beobachtung von multiplen arteriellen bzw. venösen Thrombosen bei insgesamt 18 Kindern. Eine weitere Aufarbeitung dieser Fallmeldungen hinsichtlich einer möglicherweise zugrundeliegenden Gerinnungsstörung erfolgt in den nächsten Monaten.

Die häufigste Organmanifestation bei neonatalen Thrombosen betraf die Nieren. Hierbei waren bei 26 Meldungen alle Kriterien der Falldefinition erfüllt, und bei 20 Kindern eine sowie bei 6 Kindern beide Nieren betroffen. Eine Fibrinolyse-Behandlung war nur bei 2 dieser Kinder durchgeführt worden. Dabei zeigte sich nach einer Mindestbeobachtungszeit von 3 Monaten bei 12 von 19 Patienten eine Organschrumpfung, 2 Patienten mit beidsei-

Tabelle 5
Diagnosespektrum bei neonatalen Thrombosen

Diagnosen bzw. Lokalisationen	Anzahl der Fälle
Nierenvenen	26
Andere venöse Lokalisationen	19
Davon V.cava (nach Katheter)	9
• V.portae (nach Katheter)	3
• Multiple	7
Arterielle Lokalisationen	17
Davon Zerebrale	6
• Iliacale	4
• Multiple	7

tiger Nierenvenenthrombose wurden terminal niereninsuffizient. Eine nephrologische Nachbeobachtung dieser Kinder wird durch Dr. A. Böckenkamp und Prof. Hoyer (Hannover) koordiniert. Vorläufige Ergebnisse wurden auf den Tagungen der Arbeitsgemeinschaft für pädiatrische Nephrologie vorgestellt.

Die Erhebung über neonatale Thrombosen in der jetzigen Form wird nach 2jähriger Laufzeit im Juni 1994 abgeschlossen. Eine Anschlußstudie über die Langzeitprognose von Nierenvenenthrombosen in Abhängigkeit vom Ausgangsbefund und etwaiger Fibrinolyse-Behandlung ist geplant.

Studienleiter:

Prof. Dr. R. von Kries, Prof. Dr. U. Göbel, Medizinische Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Kinderklinik, Postfach 10 10 07, D-40001 Düsseldorf

Priv.-Doz. Dr. U. Novak-Göttl, Kinderklinik der Wilhelms-Universität Münster, Albert-Schweitzer-Straße 33, D-48149 Münster

Vitamin-K-Mangelblutungen (1. 4. 1993-31. 12. 1993)

Die Meldungen von vermuteten Vitamin-K-Mangelblutungen in den Monaten April bis Dezember 1993 sowie die Zuordnung der Meldungen zu frühen bzw. späten Vitamin-K-Mangelblutungen wurden in Tabellen 6 und 7 zusammengefaßt.

Diese gesicherten späten Vitamin-K-Mangelblutungen traten meist (13/14) nach mindestens 2maliger

Tabelle 6
Meldungen von vermuteten Vitamin-K-Mangelblutungen

	Anzahl (n)
Meldungen	36
Zurückgesandte Fragebögen	34
Doppelmeldungen	4
→ Überprüfbare Meldungen	30

oralen Vitamin-K-Gabe auf, so daß die Effektivität der derzeitigen Prophylaxeempfehlungen bei Einsatz einer Vitamin-K₁-Lösung mit Cremophor® hinterfragt werden muß (R. von Kries, U. Göbel 1994 Lancet 343:352). Die Zulassung einer oralen Vitamin-K-Präparation für Neugeborene, die besser resorbiert wird, ist im Sommer 1994 zu erwarten. Die Datensammlung zu Vitamin-K-Mangelblutungen soll noch für ein weiteres Jahr fortgesetzt werden, um zu überprüfen, ob nach Einführung dieser Präparation tatsächlich eine Abnahme der Häufigkeit später Vitamin-K-Mangelblutungen beobachtet wird.

Studienleiter:

Prof. Dr. R. von Kries, Prof. Dr. U. Göbel, Medizinische Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Kinderklinik, Postfach 10 10 07, D-40001 Düsseldorf

Akutes Nierenversagen
(1. 4. 1993–31. 12. 1993)

Das akute Nierenversagen (ANV) wurde am 1. 4. 1993 in das ESPED-System aufgenommen, da aktuelle Daten für Deutschland fehlen. In den ersten 9 Monaten des Erhebungszeitraums

Tabelle 8
Fallmeldungen von akutem Nierenversagen

Alter	Schock	HUS	GN	Andere	Gesamt
Neugeborene	13	0	0	0	13
Säuglinge	10	5	1	0	16
1–5 Jahre	3	45	2	2	52
5–10 Jahre	8	12	8	1	29
10–16 Jahre	8	3	9	0	20
Gesamt	42	65	20	3	130
Gesamt in %	32	50	15,4	2,6	100

wurden 185 Meldungen registriert. Bei einer Rücklaufquote der Fragebögen von ca. 80% ergaben sich nach Abzug von Doppel- und Fehlmeldungen 130 verwertbare Fallmeldungen. Bei einer retrospektiven Untersuchung im Auftrag der APN wurden 1973/1974 in 24 Monaten 138 Kinder mit ANV nach Schockniere (n = 68), HUS (n = 43), akuter Glomerulonephritis (GN) (n = 10), vorbestehender Nephropathie (n = 10) u. a. (n = 7) erfaßt. Das ANV trat bei Säuglingen 17mal häufiger als bei 10- bis 16jährigen Kindern auf. Gesamtinzidenz 2/1 Mio. Einwohner/Jahr, Dialysebehandlung bei 63%, Gesamtl mortalität damals 45%! (Pistor, K. et al. 1978 Monatsschr Kinderheilkd 126:328–330). Tabelle 8 zeigt die 130 aktuellen Fallmeldungen.

Nach den vorliegenden Daten wurde 70% der Kinder dialysiert, am häufigsten bei HUS (Anteil der dialysierten Kinder mit HUS 84%), gefolgt von denen mit Schockniere und GN (mit je etwa 55%). Bei HUS war die CAPD (30%), bei Schockniere die a.v./v.v. Hämodilfiltration und Hämodialyse (zusammen 20%) das bevorzugte Verfahren. Aufgrund der vorliegenden Daten scheint die Inzi-

denz des ANV mit 4/1 Mio. Einwohnern/Jahr deutlich höher zu liegen als bisher angenommen. Das HUS ist die häufigste Grunderkrankung, insbesondere bei 1 bis 5jährigen, gefolgt von der Schockniere mit einem Erkrankungsgipfel bei Neugeborenen. Im Vergleich zur Voruntersuchung ist der Anteil der dialysierten Kinder von 63% auf 70% gestiegen. Verlaufsuntersuchungen über den Status der Kinder 3 Monate nach Erkrankungsbeginn werden z. Z. noch durchgeführt. *Noch offene Fragen:* Hat sich die Prognose des ANV quoad vitam verbessert? Häufigkeit eines renalen Restschadens bei einzelnen Grunderkrankungen und Altersgruppen?

Studienleiter:

Prof. Dr. K. Pistor, Kinder- und Jugendklinik, Krankenhaus Bethanien, Bethanienstraße 21, D-47441 Moers

Prof. Dr. P.F. Hoyer, Kliniken der Med. Hochschule, Kinderklinik, Konstanty-Gutschow-Straße 8, D-30625 Hannover

Kawasaki-Syndrom
(1. 4. 1993–31. 12. 1993)

Während des Zeitraums wurden 142 Fälle gemeldet, von 132 Fällen liegen Fragebögen vor. Anhand der Fragebögen ergab sich folgendes Muster (Tabelle 9).

Die vorgelegten Daten zeigen, daß:
1. die Erfassung des Kawasaki-Syndroms in Deutschland mit ESPED sehr viel vollständiger als mit dem früher üblichen passiven Mitteilungssystem ist,
2. ein möglichst frühzeitiger Therapiebeginn entscheidend für die Prognose des Kawasaki-Syndrom ist und

Tabelle 7
Zuordnung der Meldungen vermuteter Vitamin-K-Mangelblutungen

Zuordnung der überprüfbaren Meldungen	Anzahl (n)
Blutung in der ersten Lebenswoche	8
• Keine gesicherte Vitamin-K-Mangelblutung	6
• Gesicherte Vitamin-K-Mangelblutung	2
Blutung nach erster Lebenswoche	22
• Keine gesicherte Vitamin-K-Mangelblutung	6
• Vitamin-K-Mangelblutung nach 12. Woche	2
→ gesicherte späte Vitamin-K-Mangelblutung (Woche 2–12)	14

Tabelle 9
Daten der gemeldeten Fälle mit Kawasaki-Syndrom

Kawasaki-Syndrom	Gesamtanzahl	Komplett	Inkomplett
Häufigkeit	132	114	18
Geschlechtsrelation (m:w)	1,9:1	2:1	1,6:1
Durchschnittsalter	41 Monate	44 Monate	28 Monate
Therapieart	123	106	17
• γ -Globulin+Aspirin	113	98	15
• Glukokortikoide+Aspirin	2	1	1
• Monotherapie mit Aspirin	8	7	1
• Keine Angabe	9	8	1
Therapiebeginn	108	91	17
• In der 1. Woche	67	52	4
• In der 2. Woche	32	31	4
• Ab der 3. Woche	9	8	4
• Keine Angabe	24	13	5
Aneurysmenhäufigkeit	25	21	4
• Bei Therapiebeginn 1. Woche	6	6	0
• Bei Therapiebeginn 2. Woche	6	4	1
• Bei Therapiebeginn ab 3. Woche	6	4	3
• Keine Angabe	7	7	0

daß sich auch in Deutschland die Therapie mit hochdosiertem γ -Globulin und Aspirin durchgesetzt hat,

3. Aneurysmen bei Fällen mit inkompletten ähnlich häufig wie bei komplettem Kawasaki-Syndrom auftreten können. Hierbei ist jedoch die Möglichkeit einer „Reporting-Bias“ zu berücksichtigen (Mitteilung inkompletter Kawasaki-Syndrome insbesondere dann, wenn diese zu Koronaraneurysmen geführt haben).

Studienleiter:

Prof. Dr. H. J. Cremer, Städtisches Krankenhaus, Kinderklinik, Am Gesundbrunnen 18-20, D-74024 Heilbronn

Prof. Dr. Ch. Rieger, Kinderklinik St.-Josef-Hospital, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Alexandrinenstraße 5, D-44791 Bochum

Typ-I-Diabetes bei Kindern unter 15 Jahren (1. 1. 1993-31. 12. 1993)

Im Rahmen der europäischen Verbundstudie *EURODIAB ACE* werden seit Anfang 1993 unter Nutzung wesentlicher Komponenten von *ESPED* im Großraum Düsseldorf Daten zur Inzidenzschätzung des Typ-I-Diabetes akquiriert. Im Zeitraum vom 1. 1. 1993 bis 31. 12. 1993 wurden 60 Manifestationen eines Typ-I-Diabetes bei Kindern unter 15 Jahren gemeldet. Zur Zeit erfolgt eine Validierung dieser Fallmeldungen durch eine retrospektive Befragung bei niedergelassenen Ärzten.

Auf der Basis dieser Erhebung ergeben sich die folgenden altersspezifischen Inzidenzschätzungen (Populationsdaten von 1991, von 10 gemeldeten

Fällen liegt bisher kein genaues Manifestationsalter vor) (Tabelle 10).

Obschon die altersspezifischen Inzidenzen aufgrund der fehlenden Altersangaben bei 10 Fällen noch unterschätzt werden, liegen die Erkrankungsraten etwa doppelt so hoch wie die Inzidenzschätzungen auf der Basis des Diabetesregisters der ehemaligen DDR (Michaelis, Jutzi, Heinke 1993, Diabetes und Stoffwechsel 2:245-250).

Zur Analyse von Zeittrends der Diabetesinzidenz sowie zur Analyse von klinischen Aspekten bei Manifestation des Diabetes, insbesondere im Rahmen des europäischen Forschungsprojektes *EURODIB ACE*, wird die Studie fortgeführt.

Studienleiter:

Prof. Dr. G. Giani, Diabetes-Forschungsinstitut, Abt. Biometrie und Epidemiologie, Auf'm Hennekamp 65, D-40225 Düsseldorf

Dipl.-Math. J. Rosenbauer (Arzt), Diabetes-Forschungsinstitut, Abt. Biometrie und Epidemiologie, Auf'm Hennekamp 65, D-40225 Düsseldorf

Prof. Dr. R. von Kries
Universitäts-Kinderklinik
Postfach 10 10 07
D-40001 Düsseldorf

Tabelle 10
Inzidenzschätzungen des Typ-i-Diabetes

Alter (Jahre)	n	Inzidenz (pro 100 000/Jahr)	95%-Konfidenz-Intervall (pro 100 000/Jahr)
-	10	-	-
0- 4	10	6,7	3,1-12,1
5- 9	16	12,0	6,7-19,3
10-14	24	18,6	11,8-27,5
0-14	60	14,4	10,9-18,6