

# St. Vincent Deklaration 1989 ? Stand heute

## [Perspektiven für einen Nationalen Diabetes-Plan für Deutschland](#)

### [St. Vincent Deklaration 1989 ? wo stehen wir heute?](#)

**Was waren die Ausgangslage, Inhalte und Ziele der St. Vincent Deklaration (SVD) von 1989? Inwieweit wurden die gesteckten Ziele zur Verbesserung der Versorgung von Diabetespatienten in Deutschland inzwischen erreicht? Was bedeutet das für die Diskussion eines Nationalen Diabetes-Planes, wie ihn die Selbsthilfe- und Fachverbände schon lange fordern?**

Unter dem Druck einer zunehmenden Diabetesepidemie trafen sich auf Initiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der International Diabetes Federation (IDF, Region Europa) im Jahre 1989 Vertreter von Gesundheitsministerien und Patientenorganisationen aus allen europäischen Ländern in dem Ort St. Vincent (Oberitalien), um zusammen mit Diabetesexperten (Forschern, Ärzten, Diabeteschwestern, Ernährungsberatern), Krankenversicherern und Industrievertretern über Maßnahmen zur Verbesserung der Diabetesbehandlung und -forschung in Europa zu beraten.

Den einleitenden Satz des Manifests kann man auch heute noch ohne Einschränkung unterschreiben: ?Der Diabetes mellitus ist ein bedeutendes und zunehmendes Gesundheitsproblem in Europa ? in jedem Lebensalter und in allen Ländern?. Weiter heißt es u.a.: ?Die Länder sollen das Problem des Diabetes offiziell anerkennen und Ressourcen zu seiner Lösung bereitstellen. Auf lokaler einzelstaatlicher und europäischer Ebene sollten Pläne zur Verhütung, Erkennung und Behandlung des Diabetes erarbeitet werden, insbesondere hinsichtlich seiner Komplikationen: Erblindung, Nierenversagen, Gangrän und Amputation, schwere Herzkrankheiten und Schlaganfall?.

Als grundsätzliche Ziele wurden formuliert:

- Verbesserung der Gesundheit, Lebensqualität und Lebenserwartung von Diabetikern
- Intensivierung der Forschung zur Verhütung und Behandlung des Diabetes

Spezifische Zielvorgaben (für fünf Jahre):

- Erarbeitung, Durchführung und Evaluation umfassender Programme zur Erkennung und Bekämpfung des Diabetes und dessen Komplikationen
- Verbesserung des Wissensstandes in der Bevölkerung und unter den Fachkräften der Gesundheitsversorgung hinsichtlich Prävention des Diabetes und seiner Komplikationen

- Organisation der Unterweisung in der Führung von Diabetikern und ihrer Versorgung für Patienten, deren Angehörige, Freunde und Kollegen sowie das Diabetesteam
- Gewährleistung der Versorgung für Kinder mit Diabetes durch qualifizierte Teams
- Umsetzung effektiver Maßnahmen zur Reduktion diabetesbedingter Komplikationen:
  - Verminderung der Erblindungen aufgrund von Diabetes um ein Drittel
  - Reduzierung der Häufigkeit von diabetesbedingtem Nierenversagen um ein Drittel
  - Senkung der Zahl von diabetesbedingten Amputationen um die Hälfte
  - Verminderung von Herzkrankheitsproblemen bei Diabetikern
  - Schwangerschaftsverlauf bei Diabetikerinnen ähnlich wie bei Nichtdiabetikerinnen
- Ausbau vorhandener Exzellenzzentren für Diabetesforschung und -behandlung und Aufbau neuer Kompetenzzentren
- Schaffung von Systemen für Begleitüberwachung und Qualitätssicherung bei der gesundheitlichen Versorgung von Diabetikern zur Diagnose, Behandlung und Patientenführung
- Förderung der internationalen Zusammenarbeit bei Programmen durch nationale Gremien sowie in aktiver Partnerschaft mit Diabetikerorganisationen

### **Die besondere Bedeutung der SVD**

Die Bedeutung des Diabetes als komplexes Gesundheitsproblem hat inzwischen weiter zugenommen. 1989 wurde die Zahl der Diabetiker in den EU-Ländern auf etwa 10 Millionen geschätzt; im Jahre 2010 waren es 33 Millionen und für das Jahr 2030 liegen die Hochrechnungen bei 37,4 Millionen. Durch ein zunehmendes Auftreten des Diabetes in einem früheren Lebensalter und die allgemein steigende Lebenserwartung gibt es immer mehr Menschen mit einer langen Diabetesgeschichte und damit auch mehr Menschen mit Diabeteskomplikationen.

Die Forderungen der SVD haben auch heute nichts an ihrer Bedeutung verloren: sie wurden von einer breiten gesellschaftlichen Gruppe unterschrieben. Die Patientenorganisationen waren integral mit einbezogen und die Aufklärung der Betroffenen und ihres Umfeldes wurde thematisiert. Besonderer Wert wurde der Vorsorge und der Forschung zugeschrieben. Allgemeine und konkrete Ziele wurden definiert und der Fokus wurde auf schwere diabetesbedingte Folgeschäden gelegt. Nationale und regionale Programme für die Umsetzung der Ziele wurden eingefordert.

### **SVD-Ziele in Deutschland zum Großteil nicht erreicht**

Bisher gibt es in 14 von 27 Mitgliedsstaaten der EU ein Diabetesprogramm auf nationaler Ebene, nicht aber in Deutschland. Bei uns fehlen sogar nationale Register, die z.B. in Finnland, Schweden und Norwegen seit vielen Jahren eingeführt sind.

In Deutschland wurde mit dem Nationalen Aktionsforum Diabetes (NAFDM) ein anspruchsvolles, nationales Diabetesprogramm erarbeitet, das aber an einer Aufkündigung der Allianz der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) mit den Selbsthilfeverbänden und Auflösung der damaligen Deutschen Diabetes Union (DDU) gescheitert ist, die das Bindeglied zur WHO und IDF darstellte. Es scheiterte aber auch am fehlenden Konsens mit den Hausärzten, die mehr als 90% der Diabetiker in Deutschland behandeln. Inwieweit der nun von diabetesDE vorbereitete neue Nationale Aktionsplan Diabetes Substanz gewinnt, muss abgewartet werden.

Die DDG war über Jahre hinweg führend in der Erarbeitung evidenzbasierter Leitlinien und

Praxisleitlinien zur Diagnostik und Therapie des Diabetes und seiner Komplikationen; bis heute gibt es jedoch nur ansatzweise national abgestimmte Strategien zur Umsetzung der Leitlinien.

Mit Anreizen für die Kassen durch Sonderzuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich und Honoraranreizen bei den Ärzten wurden Disease Management Programme (DMP) zum Typ-1- und Typ-2-Diabetes eingerichtet, über die derzeit etwa 146.000 Patienten mit Typ-1-Diabetes und 3,6 Millionen mit Typ-2-Diabetes behandelt werden. Deren Nutzen für die Patienten ist aber unklar, weil er nicht durch gute Daten belegbar ist.

Positiv zu erwähnen ist u.a. die Erarbeitung des Gesundheitspass Diabetes als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung, die Durchsetzung einer EU-Norm zur Deklaration der Bestandteile von Nahrungsmitteln auf Verpackungen (seit 2011) und die gesetzliche Einführung eines generellen Diabetesscreening bei Schwangeren (seit 2012).

### **Sind die SVD-Zielvorgaben und -Problemstellungen noch aktuell?**

Diese Frage kann bejaht werden. Allerdings wurden damals mehrere Faktoren noch nicht berücksichtigt:

- die Adipositasepidemie als treibender Faktor für die Diabetesevidemie
- die Effekte der alternden Bevölkerung mit zunehmend multimorbiden Menschen, bei denen der Diabetes nur eine kleine Teilkomponente des Krankheitsbildes darstellt und auch die Tatsache, dass Allgemein- und Hausärzte bei weitem die meisten Diabetespatienten behandeln

### **Thesen und Empfehlungen**

Der Ruf nach der Politik geht in die falsche Richtung. Die Politik (z.B. das Bundesministerium für Gesundheit) kann nur die Rahmenbedingungen schaffen und damit die Realisierung eines nationalen Diabetesprogramms unterstützen, sie kann und sollte das Programm jedoch nicht steuern. Allerdings wäre die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes dringend erforderlich, wobei auch die Kassen in die Pflicht genommen werden sollten, mehr für die Prävention und die Versorgungsforschung zu investieren und dies nicht nur als Werbemaßnahmen in eigener Sache zu betreiben.

Die Diabetes-Selbsthilfeorganisationen sollten als Vertreter der Betroffenen die Initiative für die Durchsetzung eines nationalen Diabetesprogramms ergreifen. Mit ihren 40.000 Mitgliedern und damit 0,5 Prozent der Gesamtbevölkerung sind sie aber zu schwach, um den notwendigen politischen Druck zu erzeugen. Daher sollten sie sich in dieser Angelegenheit mit anderen Selbsthilfeorganisationen, Verbänden und verschiedenen Ärzteguppen über diabetesDE hinaus verbünden.

Die DDG ist von sich aus nicht in der Lage, ein nationales Diabetesprogramm mit allen dazu erforderlichen Facetten zu formulieren und wirksam umzusetzen. Vielmehr ist dazu der Konsens mit allen beteiligten Behandlergruppen und Verbänden, speziell aber mit den Hausärzten, notwendig.

Das nationale Programm sollte u.a. Registerdaten erfassen und das Dach für eine einheitliche Dokumentation und Evaluation liefern. Auf Grund der föderalen Strukturen wären in Deutschland regionale Programme z.B. auf Länderebene, beispielsweise mit Unterstützung der Landesgesundheitskonferenzen, realistischer umzusetzen. Dabei sollten bei

verschiedenen Gruppen wie etwa Kindern, Schwangeren, Dialysepatienten, Altenheimbewohnern oder Demenzkranken gruppenspezifische bzw. individuelle Therapieziele gesetzt und Programme aufgelegt werden.

Univ.-Prof. Dr. med. Werner A. Scherbaum

*Prof. Dr. med. Werner A. Scherbaum war bis 2012 Direktor der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Rheumatologie des Universitätsklinikums Düsseldorf. 1997-2007 Leiter der klinischen Abteilung des Deutschen Diabetes-Forschungsinstituts. St. Vincent-Beauftragter und Leiter des nationalen WHO Collaborating Centre 1997-2007. Präsident der DDG 1996-1997. Vorsitzender der Leitlinienkommission der DDG 1997-2008.*

---