

**DIABETESFÜRSORGE
UND -FORSCHUNG IN
EUROPA:**

**UMSETZUNG DER DEKLARATION
VON ST. VINCENT**



**WELTGESUNDHEITSORGANISATION
Regionalbüro für Europa
KOPENHAGEN**

ZIEL 4

CHRONISCHE ERKRANKUNGEN REDUZIEREN

Bis zum Jahr 2000 sollten sich Morbidität und Behinderungen aufgrund chronischer Krankheiten in der Region anhaltend rückläufig entwickeln.

ZIEL 31

QUALITÄT DER VERSORGUNG UND BEDARFSGERECHTE TECHNOLOGIE

Bis zum Jahr 2000 sollte es in allen Mitgliedstaaten Strukturen und Verfahren geben, die gewährleisten, daß die Qualität der Gesundheitsversorgung laufend verbessert und Gesundheitstechnologien bedarfsgerecht weiterentwickelt und eingesetzt werden.

Dieser Bericht wird in Deutsch, Englisch, Französisch und Russisch vom WHO-Regionalbüro für Europa herausgegeben; alle Rechte vorbehalten. Es ist indessen ohne weiteres gestattet, dieses Dokument zu rezensieren, auszugsweise wiederzugeben, zu vervielfältigen oder in andere Sprachen zu übersetzen, sofern dies nicht zum Zwecke des Verkaufs oder im Zusammenhang mit anderen kommerziellen Zwecken geschieht. Name und Emblem der WHO sind geschützt und dürfen ohne Genehmigung nicht für Nachdrucke oder Übersetzungen benutzt werden. Für den Inhalt der mit dem Namen des Verfassers gekennzeichneten Beiträge ist ausschließlich der Verfasser verantwortlich. Das WHO-Regionalbüro für Europa bittet um Zusendung von drei Kopien jeder Übersetzung.

E: 43549

EUR/ICP/CLR 055
11134
ORIGINAL: ENGLISCH

DIABETESFÜRSORGE
UND -FORSCHUNG IN
EUROPA:

UMSETZUNG DER DEKLARATION
VON ST. VINCENT

Bericht über eine gemeinsame WHO/IDF-Tagung

Budapest
9. - 11. März 1992

ZUSAMMENFASSUNG

Etwa 30 Millionen Menschen in der Europäischen Region leiden unter Diabetes; die WHO arbeitete mit der Internationalen Diabetesvereinigung (IDF) erstmals auf einer Tagung über Diabetesfürsorge und -forschung im Jahre 1989 zusammen, die zur Deklaration von St. Vincent führte. Später folgten Leitlinien zur Umsetzung der in der Deklaration enthaltenen Ziele. Im Jahre 1992 berieten beide Organisationen wieder gemeinsam, um den erreichten Stand zu bewerten. Auf der Tagung diskutierten Vertreter von Gesundheitsbehörden, Diabetikerorganisationen, Versicherungen, der Industrie und der Medien sowie Fachkräfte des Gesundheitswesens über nationale Programme und Initiativen, epidemiologische Untersuchungen und Probleme der Fürsorge und der Lebensweise, einschließlich Aufklärung und Qualitätssicherung. Die Tagung endete mit dem Budapester Statement, in dem jedes Land nachdrücklich aufgefordert wurde, eine eigene Arbeitsgruppe für Diabetes zu bilden, die ein nationales Programm für Diabetesbehandlung, -prävention und -aufklärung erarbeitet und umsetzt.

Schlüsselwörter

DIABETES MELLITUS – prevent/control
QUALITY ASSURANCE
HEALTH CARE
EUR

INHALT

	<i>Seite</i>
Einleitung	1
Diskussion	3
Nationale Programme und Initiativen	3
Epidemiologische Untersuchungen in Europa	5
Probleme der Fürsorge und der Lebensweise	7
Künftige Maßnahmen – die Umsetzung der Deklaration von St. Vincent	12
Schlußfolgerung	14
Anhang 1: Arbeitspapiere	17
Anhang 2: Teilnehmer	18

EINLEITUNG

Die gemeinsame WHO/IDF-Tagung über Diabetesfürsorge und -forschung in Europa: Umsetzung der Deklaration von St. Vincent zur Verbesserung der Diabetesfürsorge fand vom 9. bis 11. März 1992 in Budapest statt. Es nahmen Vertreter von nationalen Gesundheitsbehörden, Diabetikerorganisationen, Versicherungen, der Industrie und der Medien sowie Fachkräfte des Gesundheitswesens teil. Aus jedem europäischen Land wurden vier Vertreter eingeladen; außerdem nahmen über 300 Beobachter teil. Die einzelnen Plenarsitzungen standen unter wechselndem Vorsitz; in den Anhängen 1 und 2 werden die Arbeitspapiere bzw. die Teilnehmer aufgeführt.

Die Budapester Tagung ist die neueste Phase eines Prozesses, der vor zweieinhalb Jahren begann. Von den etwa 850 Millionen Einwohnern der europäischen WHO-Region leiden etwa 30 Millionen unter Diabetes mellitus. Angesichts der zunehmenden Bedeutung dieses Gesundheitsproblems veranstaltete das WHO-Regionalbüro für Europa im Jahre 1989 in St. Vincent (Italien) gemeinsam mit der Europäischen Region der Internationalen Diabetesvereinigung (IDF) eine Tagung über Diabetesfürsorge und -forschung. Erstes Ergebnis dieser Zusammenarbeit war die Deklaration von St. Vincent. In ihr wurden zwei grundsätzliche Ziele – Verbesserung der Gesundheit und Steigerung der Lebensqualität und -erwartung der Diabetiker sowie Intensivierung der Forschung zur Prävention und Therapie des Diabetes und seiner Komplikationen – und außerdem elf Zielvorgaben für fünf Jahre formuliert. In einer dieser Vorgaben wird nachdrücklich die Prävention von Komplikationen gefordert: Verminderung von Erblindung, terminalem Nierenversagen, Amputationen und Koronarerkrankungen sowie die Verbesserung des Schwangerschaftsverlaufs bei Diabetikerinnen. Zwei weitere Zielvorgaben betreffen Begleitüberwachungs- und Kontrollsysteme für die Qualitätssicherung sowie dringliche Maßnahmen zur Umsetzung der Deklaration.

Die Deklaration von St. Vincent hat breite Akzeptanz gefunden, unter anderem wegen ihrer sinnvollen Ziele und konkreten Zielvorgaben. Außerdem waren von Anfang an Diabetikerorganisationen

und die einschlägige Industrie einbezogen. Das Engagement von IDF und WHO war ein weiterer wichtiger Faktor. Die Deklaration ist für die WHO von besonderer Bedeutung: Sie stützt sich bei der Bewältigung eines wichtigen Gesundheitsproblems auf die Prinzipien der GFA und liefert zugleich ein Beispiel, das auf andere nicht-übertragbare Krankheiten angewendet werden könnte.

Demzufolge wurden nach der 1989 erfolgten Verabschiedung der Deklaration beträchtliche Anstrengungen unternommen. Die Länder erarbeiteten oder modifizierten gesundheitliche Handlungsgrundsätze zur Unterstützung der Deklaration und richteten ihre Programme und ihre Forschung daran aus. Die IDF mobilisierte ihre Netzwerke von Mitgliedsorganisationen in den Ländern. Die WHO gewann Organisationen von Ärzten, Pflegenden und Apothekern sowie Ausbildungsstätten für das öffentliche Gesundheitswesen dafür, die Deklaration zu unterstützen. WHO-Programme, z. B. das Gesunde Städte-Projekt und das Integrierte Länderprogramm zur Intervention bei Nichtübertragbaren Krankheiten (CINDI), beteiligten sich ebenfalls an der Umsetzung der Deklaration. Auf der Tagung des Regionalkomitees für Europa verabschiedeten die Mitgliedstaaten der europäischen WHO-Region im Jahre 1991 eine Resolution, in der die Grundsätze der Deklaration von St. Vincent gutgeheißen wurden und die WHO eindringlich aufgefordert wurde, die Länder bei der Entwicklung von Programmen zur Verhütung und Bekämpfung des Diabetes zu unterstützen.

Außerdem bildeten Mitarbeiter der WHO gemeinsam mit Vertretern der IDF einen Lenkungsausschuß für das Aktionsprogramm zur Umsetzung der Deklaration von St. Vincent. Der Lenkungsausschuß erarbeitete Leitlinien für die Zielvorgaben von fünf Jahren, schuf ein Netzwerk von Länderbeauftragten, die von den WHO-Mitgliedstaaten ernannt werden, arbeitete mit Studiengruppen der European Association for the Study of Diabetes (EASD) zusammen und berichtete über ihre Aktivitäten.

Die Budapester Tagung war der nächste Schritt in dem in St. Vincent initiierten Prozeß. Die Teilnehmer überprüften die in der Diabetesfürsorge und -forschung gemachten Fortschritte und überlegten, wie die nächsten Schritte bei der Umsetzung der Deklaration von St. Vincent aussehen sollten, vor allem, welche praktischen

Maßnahmen für die Einrichtung landesweiter Diabetesprogramme notwendig seien. Besondere Aufmerksamkeit galt den Bedingungen und künftigen Maßnahmen in den mittel- und osteuropäischen Ländern.

DISKUSSION

In den Plenarsitzungen fand ein reger Meinungsaustausch über zahlreiche Themen statt, die sich im großen und ganzen unter vier Überschriften einordnen ließen: Länderprogramme und -initiativen, europäische epidemiologische Untersuchungen, Fragen der Betreuung und der Lebensweise sowie künftige Maßnahmen. Neben den so vorgestellten Arbeiten beschrieben außerhalb der Konferenzhalle Dutzende von Postern andere Initiativen.^a

Nationale Programme und Initiativen

Die Vorstellung der nationalen Programme und Initiativen erbrachte viele Unterschiede hinsichtlich der Bedingungen in den Ländern und der Ansätze für die Diabetesfürsorge und die Umsetzung der Deklaration von St. Vincent. Dennoch traten neben verschiedenartigen Initiativen auch einige gemeinsame Themen und Probleme zutage. Zu den Themen gehörte, daß man sich auf die Deklaration von St. Vincent als Orientierung und auf das Recht als Umsetzungsmittel stützte; außerdem wurden Forschung, Ausbildung und Zusammenarbeit betont. Die Probleme waren: fehlende Daten über das Ausmaß des Problemkreises Diabetes, unzureichende Kommunikation zwischen den Beteiligten, fehlende Finanzmittel und schlechte Organisation der Fürsorge.

In Bulgarien gibt es seit 1987 ein nationales Diabetesprogramm, das jedoch aufgrund der Deklaration überarbeitet wurde. Das Netzwerk der Zentren für spezialisierte Diabetesfürsorge wurde ausgebaut, ein neues Zentrum für Kinder eröffnet. Es wurden neue Diabetikerorganisationen gegründet; Informationen werden durch einen Newsletter und ein Unterweisungsbuch verbreitet. Es werden

^a Ein Band mit Abstracts zeigt den Inhalt dieser Plakate (siehe Anhang 1).

Angaben über Diabeteskomplikationen benötigt, um die Fortschritte bei der Umsetzung der Deklaration von St. Vincent bewerten zu können.

In Deutschland gibt es drei Arten von Maßnahmen zur Umsetzung der Deklaration von St. Vincent. Erstens werden Beiträge zu konzertierten europäischen Maßnahmen in der Forschung, der Ausbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe und der Diabetikeraufklärung geleistet. Zweitens werden epidemiologische Untersuchungen durchgeführt. Drittens wurde eine Reihe von organisatorischen Verbesserungen getroffen. Es wurden Zentren für Aufklärung und ambulante Versorgung eingerichtet, Qualitätsstandards für Fürsorge und Aufklärung geschaffen und zwei Aspekte der Fürsorge – diagnostische Tests und Aufklärung – in die Gesetzgebung zur Gesundheitsversorgung aufgenommen.

In Griechenland wurden vier Rechtsvorschriften beschlossen, um bessere Bedingungen für Diabetiker zu schaffen. Zwei ministerielle Verordnungen von 1990 regeln die Etablierung von ambulanten und stationären Einrichtungen für Diabetologie, eine dritte die Ausbildung aller Angehörigen der Gesundheitsberufe, die mit Diabetikern arbeiten. Außerdem wird aufgrund eines neuen Gesundheitsgesetzes ein Zentrum für Diabetesforschung und -fürsorge geschaffen.

Die Gesetzgebung ist auch in Italien ein wichtiges Instrument. Die Deklaration von St. Vincent entspricht einem Gesetz von 1987 über Prävention und Therapie des Diabetes, das zu einer Reihe von Aktivitäten geführt hat, die sich auf Forschung und integrierte Fürsorge konzentrieren. Das Diabetesprogramm in Ungarn hat fünf Ziele. Die Diabetologen sollen alle Diabetiker nach der Krankheitsdiagnose vorgestellt bekommen; für die insulinabhängigen Diabetiker sind sie selbst zuständig, über die Fürsorge für die anderen haben sie die Dienstaufsicht. Bei Komplikationen wird spezialisierte Fürsorge gewährleistet, und um schwangere Diabetikerinnen kümmern sich Spezialistenteams während der gesamten Schwangerschaft. Außerdem benötigen alle Angehörigen der Gesundheitsberufe, die mit Diabetikern zu tun haben, eine Weiterbildung.

In Spanien erhalten 30% der insulinabhängigen und 50% der anderen Diabetiker keine Aufklärung über die Krankheit und die

Selbstbetreuung. Trotzdem überwachen viele ihren Blutzuckerspiegel. Der Regierung wurde ein auf Distriktebene zu organisierendes nationales Diabetesprogramm vorgeschlagen. Unter Berücksichtigung der Deklaration von St. Vincent umreißt der Vorschlag den Inhalt der Fürsorge, beschreibt die Erbringerteams und fordert die Bildung von Arbeitsgruppen für Spezialthemen.

Die Deklaration von St. Vincent hat im Vereinigten Königreich beachtliche Unterstützung gefunden. Zwischen den Gesundheitsbehörden, der Diabetesvereinigung des Landes und den berufsständischen Organisationen im Gesundheitsbereich besteht weitgehende Zusammenarbeit, besonders bei der Erarbeitung von Standards und Leitlinien für die Fürsorge.

Epidemiologische Untersuchungen in Europa

Die auf der Budapester Tagung vorgelegten epidemiologischen Daten waren erste Ergebnisse der Konzentrierten Aktion der Europäischen Gemeinschaft zur Epidemiologie und Prävention des Diabetes (EURODIAB). Bei diesem Programm wurden standardisierte Protokolle verwendet; die Europäische Gemeinschaft leistete eine gewisse finanzielle Unterstützung. Das Programm bestand aus drei Teilen. Der Bereich A konzentrierte sich auf die Epidemiologie und Pathogenese des insulinabhängigen Diabetes, der Bereich B auf Komplikationen und Mortalität beim insulinabhängigen Diabetes und der Teil C auf die Nutzung routinemäßig erhobener Gesundheitsdaten für die Epidemiologie des Diabetes.

Die Daten aus dem Bereich A widersprechen der üblichen Auffassung von der geographischen Verteilung des insulinabhängigen Diabetes in Europa, wonach eine hohe Inzidenz im Norden und eine geringe im Süden angenommen wird. In Wirklichkeit scheint es ein regionales Gefälle zu geben, wobei die Inzidenz im Norden am höchsten und im Osten am niedrigsten liegt, während in Mittel- und Südeuropa mittlere Inzidenzziffern anzutreffen sind. Die Ursache für dieses Gefälle ist unbekannt; möglicherweise wirken genetische und Umweltfaktoren zusammen. Unter der Bezeichnung EURODIAB ACE wird die Forschungstätigkeit in diesem Bereich fortgesetzt.

Die Forschung im Bereich B befaßte sich mit der Verteilung, den Risikofaktoren und den Ernährungsaspekten von Diabeteskomplikationen. Etwa vier Millionen Menschen mit insulinabhängigem Diabetes leben unter dem hohen Risiko von Komplikationen. Die mit Netzhaut-, Nieren- und Nervenkrankheiten befaßte Untersuchung erbringt wertvolle Aufschlüsse über die Verbreitung dieser Komplikationen in jedem Land. Die erfaßten Daten könnten dazu beitragen, die Zielvorgaben der Deklaration von St. Vincent zu untermauern und als Indikatoren für Fortschritte auf diesem Weg dienen. Die wichtigsten Risikofaktoren für Diabeteskomplikationen sind gleichzeitige Proteinurie und Hypertonie, hoher Cholesterinspiegel, Rauchen, Ketoazidose und schwere Hypoglykämie.

Die Ernährung wurde im Rahmen der Untersuchung eines regionalen Gefälles bei den Umweltfaktoren für insulinabhängigen Diabetes untersucht. Die Ergebnisse zeigen, daß sich die Ernährungsgewohnheiten von Region zu Region unterscheiden; wahrscheinlich variiert auch die Inzidenz von Komplikationen dementsprechend. Außerdem weicht die Nahrungsaufnahme weit von den Empfehlungen ab. Insulinabhängige Diabetiker müssen die Ernährung umstellen, um ihren Gesundheitszustand zu verbessern.

Die im Bereich C von EURODIAB tätigen Forscher verwendeten eine große Menge bereits erhobener Daten zur Untersuchung der Formen der Diabetestherapie und zum Vergleich der Verordnungsgewohnheiten in neun Ländern: Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, Luxemburg, Malta, Rumänien, Spanien und Vereinigtes Königreich (Nordirland). Die Verordnung von Insulin, Sulfonylharnstoffen und Biguaniden (allein oder kombiniert) und von Ernährungsumstellung ohne Medikamente wurde untersucht. Insulin ist das am häufigsten verwendete Medikament; die durchschnittliche verordnete Tagesdosis betrug etwa 40 IE pro Patient und Tag. Die verordneten Tagesdosen der oral verabreichten Medikamente unterschieden sich stärker als beim Insulin, doch lag der Durchschnitt bei etwa zwei Tabletten pro Patient und Tag. Die Ergebnisse zeigen auch große Unterschiede in den Verordnungsgewohnheiten und kein eindeutiges Bild oder Konzept in Europa.

Probleme der Fürsorge und der Lebensweise

Die Teilnehmer beschrieben auch eine Reihe von Initiativen zur Verbesserung der Fürsorge und der Lebensqualität für Diabetiker. Zuerst wurde über die Prävention von Komplikationen diskutiert. Alle Redner unterstrichen noch einmal einen wichtigen Grundsatz der Deklaration von St. Vincent, daß nämlich gute Vorsorge nicht nur die Last menschlichen Leidens abbauen, sondern auch zu Einsparungen an finanziellen und materiellen Ressourcen führen würde. Die Teilnehmer hoben besonders den Wert der Fußgymnastik unter Anleitung zur Vermeidung von Amputation sowie die häusliche Überwachung von Blutzucker, Harnzucker und Harnketonen sowie anderer Risikoindikatoren hervor. Die Eigenkontrolle ist für die Gewährleistung eines guten Stoffwechsellustands von großem Wert, da sie es den Diabetikern ermöglicht, ihre Krankheit zu beherrschen und damit Komplikationen zu verhindern. Auch die Bedeutung der Mikroalbuminurie als Risikoindikator für diabetische Nierenerkrankungen wurde erörtert. Suchtests auf Mikroalbuminurie wären aufwendig, würden aber wirtschaftliche Vorteile bringen, da sie zur Prävention bzw. Früherkennung von Nierenkrankheiten führen (zu einem Zeitpunkt, da die Behandlung am wirksamsten ist).

Aufklärung

Die Teilnehmer unterstrichen wiederholt, wie wichtig ein aufgeklärter Diabetiker als aktiver oder sogar führender Partner guter Fürsorge ist; dies ist ein weiterer Grundsatz der Deklaration von St. Vincent. Die Diabetiker brauchen Selbstvertrauen und Fertigkeiten, um ihre Krankheit zu beherrschen. Technische Neuerungen wie die Teststreifen zur Eigenkontrolle des Blutzuckers setzen voraus, daß die Anwender sie ablesen, die Ergebnisse interpretieren und die Therapie entsprechend einstellen können. Will man den Diabetiker zum aktiven Partner der Fürsorge machen, so sind Unterweisung und Aufklärung sowohl bei den Leistungnehmern als auch den -erbringern erforderlich.

Es fragt sich, wie die benötigten Kenntnisse und Fertigkeiten am besten zu vermitteln sind. Der Mensch läßt sich in seinem Verhalten durch Kenntnisse leiten, die er als Erfahrungen erworben hat.

Die Programme zur Diabetikeraufklärung stehen vor der Aufgabe, abstrakte lernerexterne Fakten in persönliches Wissen zu verwandeln. Forschungsarbeiten belegen, daß interaktive Gruppenprogramme mit Übungen bessere Ergebnisse zeitigen als die bloße Faktenvermittlung. Weil die Wirkungen der Aufklärung allmählich nachlassen, müssen die Programme regelmäßig wiederholt werden. Ein auf diesen Grundsätzen beruhendes Programm wurde den Teilnehmern vorgestellt.

Die Diabetes Education and Study Group der EASD hat ein strukturiertes Behandlungs- und Unterweisungsprogramm entwickelt, das letztlich landesweit eingesetzt werden soll. Das Programm wurde in Krankenhäusern mit Gruppen insulinabhängiger Diabetiker durchgeführt. Es besteht aus fünftägigem interaktivem Lernen und der akzentuierten Stoffwechselkontrolle durch Selbstüberwachung und einem Ernährungsplan. Die deutsche Regierung finanzierte einen dreijährigen Probelauf des Programms in zehn Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland; das Projekt zeitigte gute Ergebnisse. Die Stoffwechselkontrolle wurde intensiver und blieb gut; Krankenhauseinweisungen und schwere Hypoglykämiefälle wurden seltener. Weitere Vorteile waren Einsparungen bei den Kosten der stationären Versorgung und der krankheitsbedingten Arbeitsausfallstunden sowie eine höhere Lebensqualität für die Betroffenen.

Das Programm wurde dann in zwei Großstädten in Mittel- und Osteuropa (Bukarest und Moskau) mit gleichermaßen ermutigenden Ergebnissen erprobt und soll auch in Budapest und Sofia eingesetzt werden. Die Ergebnisse folgten einem Muster: erheblicher und anhaltender Rückgang der Krankenhauseinweisungen, des glykosylierten Hämoglobins und der ausgeprägten Ketoazidose, während die schwere Hypoglykämie kaum beeinflußt wird. Dem entsprachen z. B. die Programmresultate in Moskau. Das glykosylierte Hämoglobin ging bei 55% der Versuchsgruppe auf nahezu normale Werte zurück, und 97% berichteten über eine weitaus bessere Beherrschung ihres Diabetes. Sowohl die ausgeprägte Ketoazidose als auch die ausgeprägte Hypoglykämie gingen zurück. Bei einer Nachuntersuchung ein Jahr später zeigte sich, daß diese positiven Ergebnisse anhielten.

Wie kann ein solches Programm auf ein ganzes Land ausgedehnt werden? Die EASD plant für die nächsten beiden Jahre Arbeitsseminare für die Länder Mittel- und Osteuropas. Solche Veranstaltungen sind in Bulgarien, Polen, Rumänien, der Russischen Föderation und der Tschechoslowakei vorgesehen. Es steht zu hoffen, daß dies zur Entwicklung landesweiter Programme auf der Grundlage gesicherter Daten führen wird. Dies wird ein Modell für die Umsetzung der Deklaration von St. Vincent durch nationale Diabetesprogramme sein, deren Struktur auf der nachgewiesenen Effektivität beruht.

Außerdem muß bei guter Diabetikeraufklärung das Pflegepersonal eine wichtige Rolle spielen. Die technischen Entwicklungen und der Trend zur ambulanten Behandlung verlangen nach einem Träger der Aufklärung, der sowohl fachlich-technische als auch psychosoziale Orientierungen vermitteln und in unterschiedlichen Umfeldern mit verschiedenen Menschen arbeiten kann. Diese Aufklärungsarbeit sollte in die nationale Gesundheitsplanung eingehen, und das Pflegepersonal sollte dafür vergütet werden. Die Tätigkeit des spezialisierten Diabetes-Pflegepersonals bringt Vorteile (für die Patienten und bei der Fürsorgekostendämpfung durch Prävention), die die Kosten mehr als aufwiegen.

Qualitätssicherung

Informationssysteme. Auf die Bedeutung der Qualitätssicherung in der Deklaration von St. Vincent wurde bereits verwiesen. Die Teilnehmer, die sich auf der Budapester Tagung mit diesem Problem befaßten, erörterten die Nutzung der Informatik zur Steigerung der Fürsorgequalität sowie drei Untersuchungen zu bestimmten Fürsorgebereichen. Die Teilnehmer betonten wiederholt die Bedeutung der Informationen zur Evaluation der in den Ländern bei der Umsetzung der Deklaration gemachten Fortschritte.

Eine Explorationsstudie wies Lücken in den Informationssystemen für die Diabetesfürsorge nach. Diese Lücken sind in den Krankenhäusern am größten, in der gesundheitlichen Primärversorgung kleiner und in der Selbstfürsorge am kleinsten. Computergestützte Zusammenarbeit ist der Schlüssel zu besserer Fürsorge. Die Informationssysteme in allen Bereichen sind zu vervollständigen

und danach zu vernetzen. Diese Aufgabe steht für ganz Europa bevor.

Der Lenkungsausschuß des Aktionsprogramms für die Umsetzung der Deklaration von St. Vincent hat eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die Leitlinien und Instrumente für die ständige Verbesserung der Qualität der Diabetesfürsorge erarbeiten soll.⁴ Es geht darum, die Fürsorgeerbringer zu befähigen, Daten über ihre Leistungen zu erheben und zu vergleichen. Im Jahre 1991 erarbeitete die Gruppe einen grundlegenden Datensatz sowie das DiabCare-Grundsatzinformationsblatt und das entsprechende Computerprogramm. Danach untersuchte sie die Brauchbarkeit dieser Instrumente in unterschiedlichen Umfeldern der Gesundheitsversorgung und verschiedenen Ländern. Die Vorstudie umfaßte auch die Entwicklung und Erprobung von Methoden der Datenverarbeitung. Die Untersuchung wurde unmittelbar vor der Budapester Tagung abgeschlossen; es waren 47 Zentren in 17 Ländern beteiligt.

Die DiabCare-Gruppe verwendete Indikatoren des Ergebnisses, der Struktur und des Prozesses der Fürsorge zur Bewertung der erhobenen Daten. Die beteiligten Zentren erhielten Ergebnisse, die ihnen den Leistungsvergleich auf drei Ebenen ermöglichten: mit anderen Zentren, landesweit und europaweit. Da dieses System der Rückkopplung jedoch keine Angaben zum Typ der Zentren und zu ihren Zielgruppen enthielt, ermöglichte sie keine externe Evaluation eines Zentrums.

Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigten die Verwendbarkeit der DiabCare-Instrumente zur raschen Verarbeitung von Daten aus zahlreichen Zentren, deren Bewertung anhand der Zielvorgaben der Deklaration von St. Vincent sowie einschlägiger Qualitätsindikatoren und zur Rückmeldung der Ergebnisse an die Zentren. Der nächste Schritt ist die Aufforderung an die nationalen Behörden, Zentren für ein zu bildendes europäisches Netzwerk zur ständigen Verbesserung der Fürsorge zu benennen. Jedes Zentrum kann die durch das Netzwerk erhobenen Daten zur Diskussion vor Ort verwenden und dabei sowohl die Nutzer als auch die Erbringer der Fürsorge in die Suche nach möglichen Verbesserungen einbeziehen.

⁴ Die Leitlinien sind in vollem Wortlaut im Dokument des Aktionsprogramms für die Umsetzung der Deklaration von St. Vincent wiedergegeben (s. Anhang 1).

Drei Untersuchungen. Außerdem diskutierten die Teilnehmer Initiativen zur Qualitätssicherung in zwei Ländern. Bei einer Untersuchung in Schweden wurde die Qualität der Diabetesfürsorge in einer bestimmten Kommune untersucht. Dabei zeigte sich, wie wertvoll die Grundsätze der Deklaration von St. Vincent sind: Flexibilität, Einbeziehung sowohl der Diabetiker als auch der Angehörigen der Gesundheitsberufe, Notwendigkeit der Bereitstellung von Basisdiensten und der Ergebniskontrolle.

Es wurde dann über zwei Studien im Vereinigten Königreich berichtet. Die erste war eine Erhebung unter Gebietsärzten für Augenheilkunde in England und Wales. Diese Gebietsärzte spielen in der Diabetesfürsorge eine wichtige Rolle. Diabetes ist die dritthäufigste Ursache für das Aufsuchen einer augenärztlichen Sprechstunde; hier werden 70% aller Suchtests auf diabetische Netzhauterkrankungen durchgeführt. Die Erhebung zeigt, daß die Suchtests insbesondere für nicht insulinabhängige Diabetiker, die nur von Allgemeinmedizinern behandelt werden, unzureichend sind. Auf einen Termin beim Augenarzt sowie auf die Behandlung müssen viele Menschen länger als wünschenswert warten. Die Gebietsärzte für Augenheilkunde behandeln die proliferierende Netzhauterkrankung sachgerecht und ohne Zeitverlust, viele aber therapieren die Degeneration der Makula gar nicht oder zu spät. Im Ergebnis der Untersuchung veranstaltet das British College of Optometrists Arbeitsseminare über die Behandlung der Makula-Degeneration.

Die zweite Untersuchung testete einen neuen Ansatz der Behandlung von Kindern nach der Diagnose des insulinabhängigen Diabetes. Eine Gruppe von Kindern wurde statt der üblichen Krankenhausaufnahme ambulant behandelt. Anzahl und Dauer späterer stationärer Behandlungen aus diabetesbedingten Gründen lagen halb so hoch wie bei einer auf die übliche Weise behandelten Gruppe, ohne nachteilige Folgen für die Stoffwechselsituation.

Lebensweise. Die Versicherung ist für viele Diabetiker ein Problem. Der Versicherungsschutz ist schwer erhältlich und teuer. Mit einem Projekt in Dänemark wird versucht, den Versicherungsschutz für Diabetiker zu nahezu normalen Bedingungen zu gewährleisten.

Tausende von Diabetikern haben eine Lebens- bzw. Unfallversicherung abgeschlossen, und im ersten Dreivierteljahr ist es lediglich zu einem Unfall gekommen; die Unfallursache ist unbekannt. Im nächsten halben Jahr werden normale Beitragssätze für die Unfallversicherung, in den nächsten drei Jahren für die Lebensversicherung festgelegt. Das ist ein großer Schritt auf dem Weg zur sozialen Gleichstellung der Diabetiker in Dänemark.

Künftige Maßnahmen – die Umsetzung der Deklaration von St. Vincent

Die Deklaration von St. Vincent verankert zahlreiche GFA-Grundsätze und sagt aus, daß es möglich ist, mit den vorhandenen Erkenntnissen die Diabetesfürsorge im weitesten Sinn zu verbessern und den Diabetikern eine schwere Last unnötigen Leidens zu nehmen. Die Deklaration ist eine Charta, die sowohl Rechte als auch Verantwortlichkeiten formuliert. Nach Bewertung der Fortschritte seit der Tagung von St. Vincent und der Erörterung anderer aktueller Fragen wandten die Teilnehmer der Budapester Tagung ihre Aufmerksamkeit den künftigen Maßnahmen zur Umsetzung der Deklaration zu. An der lebhaften bis leidenschaftlichen Diskussion beteiligten sich zahlreiche Teilnehmer.

Eindeutig muß die Umsetzung der Deklaration ebenso bereichsübergreifend sein wie ihre Entstehung. Die Beteiligten werden auf verschiedenen Ebenen tätig. So stehen den Vertretern der WHO und der IDF im Lenkungsausschuß in der Europäischen Region verschiedene Aufgaben bevor. Der Lenkungsausschuß wird auch in Zukunft die Gesundheitsbehörden und Diabetikerorganisationen anregen, die Deklaration von St. Vincent durch nationale oder regionale Programme umzusetzen und die Leitlinien für die Umsetzung (s. Anhang 1) anzunehmen. Er wird auch ein europäisches Diabetes-Register, epidemiologische Untersuchungen, die Aufklärung und Unterweisung sowie eine Konsenstagung über insulinabhängigen Diabetes unterstützen und die IDF ersuchen, die sozialen Rechte der Diabetiker zu vertreten. Außerdem wurden drei Richtungen für die zukünftige Forschungstätigkeit festgelegt: die Prävention des insulinabhängigen Diabetes, die Prävention von

Komplikationen durch Optimierung der Fürsorge und die Pathogenese des nicht insulinabhängigen Diabetes.

In den Ländern sollte die Aussicht auf die möglichen Einsparungen die Regierungen für die Umsetzung der Deklaration von St. Vincent gewinnen. Aufgabe der Regierungen sollte es sein, die Mittel bereitzustellen und den Prozeß zu fördern. Aufgabe der Diabetiker ist es, die notwendigen Maßnahmen einzufordern; die Angehörigen der Gesundheitsberufe haben die benötigten Leistungen bereitzustellen.

Die Teilnehmer bezeichneten landesspezifische Diabetesprogramme als bestes Mittel der Umsetzung. Mit solchen Programmen läßt sich die breite soziale Bewegung schaffen, deren es zur Verwirklichung der Ziele der Deklaration von St. Vincent bedarf. Jedes Land sollte zur Erarbeitung des Programms eine Arbeitsgruppe aus Vertretern aller Beteiligten bilden. Unter Berücksichtigung der Deklaration wie der Gegebenheiten des Landes sollte die Arbeitsgruppe die bedarfsgerechten Methoden und das richtige Tempo für die Umsetzung festlegen.

Die WHO hat ein strukturiertes Modell für ein nationales Programm entwickelt, das für die Länder möglicherweise von Nutzen sein könnte (s. Anhang 1). Die Leitlinien decken Themen ab wie die Datenkategorien zur Erarbeitung eines Programms sowie viele praktische Fragen der Erarbeitung, Umsetzung und Evaluation des Programms. Außerdem schlugen die Teilnehmer vor, in alle Programme ein Evaluationselement einzuarbeiten und die Verwendung des Namens der Deklaration von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen abhängig zu machen.

Die Teilnehmer sprachen sich für den Grundsatz der bereichsübergreifenden Fürsorge aus. Sie muß den unterschiedlichen Bedürfnissen der Diabetiker entsprechen und es ihnen ermöglichen, die aktivere Rolle zu spielen, die zur besseren Beherrschung ihrer Krankheit erforderlich ist. Die Teilnehmer sprachen sich für kein bestimmtes Fürsorgesystem aus, da keines den Bedürfnissen sämtlicher europäischer Länder entspricht.

In der Europäischen Region sind die Probleme und Erfordernisse der Diabetesfürsorge offenbar unterschiedlich, auch wenn bessere Aufklärung überall notwendig ist. In Westeuropa scheinen sich

die aktuellen Erfordernisse auf die psychosozialen Faktoren der Bewältigung des Diabetes und auf die bessere Nutzung der vorhandenen Fürsorgestruktur und -einrichtungen zu konzentrieren. In den Ländern Mittel- und Osteuropas muß man bei der Umsetzung der Deklaration von St. Vincent die derzeitigen Wirtschaftskrisen und sozialen und politischen Veränderungen berücksichtigen. Die Teilnehmer stellten in Frage, ob diese Länder die Zielvorgaben von St. Vincent im vorgesehenen Zeitraum verwirklichen können.

In den Ländern Ost- und Mitteleuropas lebt etwa die Hälfte aller Diabetiker der Region. Diese Länder unterscheiden sich nach ihrer Kultur und Geschichte und nach der Wirtschaftsstruktur, doch streben sie alle nach Demokratie, einer starken Wirtschaft und einem tragfähigen sozialen System. Im Mittelpunkt der Diabetesfürsorge steht die Abdeckung der Grundbedürfnisse. Es fehlt z. B. an Arzneimitteln und Medizintechnik, vom Insulin über Spritzen und diagnostischen Hilfsmitteln bis zur Technik für die fachärztliche Behandlung von Komplikationen. In Erkenntnis dieser Problematik schlugen die Teilnehmer Maßnahmen wie Partnerschaften vor, um die Kluft zwischen den Ländern zu überbrücken.

Außerdem wurde die Hoffnung ausgedrückt, die Auswirkungen der Deklaration von St. Vincent würden über Europa hinaus auf die übrige Welt, einschließlich der Entwicklungsländer, ausstrahlen. Zwischen diesen Ländern und denen der Europäischen Region sind die Unterschiede heute geringer als früher. Den meisten Ländern fehlt es an Mitteln zur Überwachung und Evaluation der Fürsorge, zur häuslichen Überwachung und zur Behandlung von Komplikationen. Ziel für diese Länder ist es, die Deklaration von St. Vincent zu nutzen, um eine gute Basisfürsorge zu schaffen.

SCHLUSSFOLGERUNG

Die Teilnehmer der Budapester Tagung faßten ihre Auffassungen in folgendem Statement zusammen:

Wir - Diabetiker, Mitglieder europäischer Diabetesverbände, Fachkräfte des Gesundheitswesens und Vertreter der Gesundheitsministerien aus allen Ländern Europas - sind im

März 1992 in Budapest zusammengetreten. Die Tagung wurde vom WHO-Regionalbüro für Europa und der Internationalen Diabetesvereinigung, Europäische Region, einberufen, um die Fortschritte seit der Deklaration von St. Vincent (1989) über Diabetesfürsorge und -forschung in Europa zu bilanzieren und in die Phase der umfassenden Umsetzung der Deklaration einzutreten.

Die Deklaration von St. Vincent lenkte die Aufmerksamkeit auf die soziale und wirtschaftliche Diskriminierung der Diabetiker und die schweren, zu Behinderungen führenden Belastungen durch Diabetes und legte eindeutige Ziele für deren Minderung fest. Durch die erfolgreiche Umsetzung wird viel menschliches Leid verhütet, und die gesellschaftlichen Kosten des Diabetes werden gesenkt.

In den Ländern Europas gibt es sehr unterschiedliche Bedingungen und Prioritäten für die gesundheitliche Versorgung. Jedes Land muß seinen Ansatz für die Erreichung der Zielvorgaben von St. Vincent selbst wählen; zur Unterstützung dieses Prozesses wurde ein Umsetzungsdokument erarbeitet. Auf nationaler Ebene ist die enge und aktive Verbindung zwischen Diabetesvereinigungen, medizinischen Fachkräften und Gesundheitsressorts ausschlaggebend, um den Prozeß in Gang zu setzen. In den teilnehmenden Ländern besteht auch eine ausgeprägte Zustimmung zur wirkungsvollen gegenseitigen Unterstützung.

Wir beschließen das Umsetzungsdokument für die Erklärung von St. Vincent vorbehaltlos und empfehlen jedem europäischen Land nachdrücklich, eine nationale Sonderarbeitsgruppe für Diabetes zu bilden. Diese sollte aus Vertretern der Diabetesvereinigungen, einschließlich einiger Diabetiker, aus medizinischen und sozialwissenschaftlichen Fachkräften, Vertretern der Gesundheitsministerien und anderen Interessenten bestehen. Die Arbeitsgruppe sollte ein nationales Aktionsprogramm für Diabetestherapie, -prävention und -aufklärung formulieren und umsetzen, in dem die gesundheitlich und sozial wesentliche Notwendigkeit der Patientenaufklärung anerkannt wird.

Wir streben die schnellstmögliche Umsetzung der Empfehlungen der Budapester Tagung und die Verwirklichung der Ziele der Deklaration von St. Vincent an.

*Anhang 1***ARBEITSPAPIERE**

Diabetes care and research in Europe: implementation of the St. Vincent Declaration for improvement of diabetes care. Abstracts. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1992 (Unveröffentlichtes Dokument).^a

European NIDDM Policy Group. *A desk-top guide for the management of non-insulin-dependent diabetes mellitus (NIDDM).* Brüssel, International Diabetes Federation, 1989 (Unveröffentlichtes Dokument).

Krans, H.M.J. et al., Hrsg. *Diabetes care and research in Europe: the St Vincent Declaration action programme. Implementation document.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1992 (Unveröffentlichtes Dokument).^a

Kohner, E.M. & Porta, M., Hrsg. *Screening for diabetic retinopathy: a field guide-book.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1992, (Unveröffentlichtes Dokument).^a

Reiber, G.E. & King, H. *Guidelines for the development of a national programme for diabetes mellitus.* Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1991 (Unveröffentlichtes Dokument WHO/DBO/DM/91.1).

^a Kostenlose Exemplare des Dokuments sind erhältlich beim Referat Versorgungsqualität und Technologien, WHO-Regionalbüro für Europa, Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark.

*Anhang 2***TEILNEHMER***Albanien*

Dr. Durim Bebeci

Stellvertretender Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium der Republik Albanien, Tirana

Dr. Fecor Agace

Facharzt für Endokrinologie, Gesundheitsministerium der Republik Albanien, Tirana

Belgien

Dr. Alfons Cochiez

Markiesstratt 1, Brüssel

Christine Luyckx

Ministerium für Kultur und Soziales, Generaldirektorat für Gesundheit, Brüssel

Bulgarien

Dr. Dragomir Koev

Dozent, Medizinische Akademie, Institut für Endokrinologie und Gerontologie, Sofia

Dr. Ivon Daskalova

Medizinische Akademie, Sofia

Deutschland

Dr. A. Statz

Leiter des Referates 341, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Professor F.A. Gries

Diabetes-Forschungsinstitut an der Universität Düsseldorf

Finnland

Dr. Arto Niemi

Sonderberater, Abteilung Soziales und Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit, Helsinki

Dr. Viljo Rissanen

Entwicklungsleiter, Abteilung Gesundheit und Soziales,
Landesbehörde für Soziales und Gesundheit, Helsinki

Frankreich

Professor Georges Tchobroutsky

Abteilung Diabetologie, L'hôpital de l'Hôtel Dieu, Paris

Marthe Vias

Generaldirektorin von Aide aux jeunes diabétiques (AJD), Centre
international de l'enfance, Paris

Griechenland

Professor Sotiris Raptis

Abteilung Innere Medizin, Evangelismos-Krankenhaus,
Universität Athen

Professor Christos Bartsocas

Aglaia Kiriakou, Kinderkrankenhaus, Athen

Island

Dr. Hrafn V. Frithriksson

Ministerium für Gesundheit und Soziales, Reykjavik

Dr. Einar Stefánsson

Fjardarás 13, IS-110 Reykjavik

Israel

Dr. Pesach Segal

Direktor, Abteilung Diabetes und Stoffwechselkrankheiten,
Medizinisches Zentrum Sheba, Tel-Hashomer

Italien

Dr. Renato del Baglivo

Medizinalbeamter, Abteilung Sozialmedizin, Gesundheitsministerium,
Rom

Litauen

Dr. Janina Edita Janulionyte

Dozentin, Universität Vilnius

Luxemburg

Sylvie Paquet
Gesundheitsministerium, Luxemburg

Malta

Dr. Joseph Azzopardi
Konsiliarium für Diabetologie, Diabetesklinik, St. Luke's Hospital,
G'Mangia

Niederlande

H.H.P. Meijer
Hauptabteilung Prävention, Epidemiologie und Patientenpolitik,
Ministerium für Soziales, Gesundheit und Kultur, Rijswijk

F. van den Boom
Nationalausschuß für Chronische Krankheiten, Zoetermeer

Norwegen

Dr. Per-Bernhard Wright
Direktorium für Gesundheit, Oslo

Dr. Bjørn Martin Aasen
Direktorium für Gesundheit, Oslo

Österreich

Dr. Renate Kausek
Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz,
Sektion II (Gesundheitswesen), Wien

Dr. Rudolf Müller
Facharzt für Innere Medizin, Chefarztstellvertreter der Pensions-
versicherungsanstalt der Angestellten, Wien

Polen

Professor Jan Taton
Leiter der Abteilung Innere Medizin und Diabetologie, Krankenhaus
Brodno, Medizinische Akademie, Warschau

Dr. Jacek Piatkiewicz
Nationaler Beirat für Medizin, Präsidiumsmitglied und Mitglied der
Kommission für Diabetologie, Warschau

Rumänien

Dr. Ioana Bruckner

Str. Barbu Delavrancea nr. 29, 71304 Bukarest

Dr. Nicolae Hincu

Abteilung Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten, Krankenhaus

Dr. I. Cantacuzino, Bukarest

Russische Föderation

Professor I. Dedov

Chefarzt für Endokrinologie, Erstes Moskauer Medizinisches Institut,
Moskau

Dr. S.S. Ivanova

Abteilung Medizinisch-Soziale Programme, Gesundheitsministerium
der Russischen Föderation, Moskau

Schweden

Professor Yngve Larsson

Nationaler Rat für Gesundheit und Soziales, Stockholm

Dr. Jan Östman

Krankenhaus Huddinge, Huddinge

Schweiz

Dr. Nicolas de Kalbermatten

Präsident der Medizinischen Kommission der Schweizerischen
Diabetesvereinigung, Sion

Dr. Elisabeth Nützi

Im Wald, Schurten, Schmidrüti

Spanien

Dr. Angela Oria

Abteilung Präventionsplanung, Ministerium für Gesundheit und
Verbraucherangelegenheiten, Madrid

Dr. Rafael Jimenez Garcia-Pascual

Leiter der Abteilung Förderung gesundheitsdienlicher Lebensweise,
Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten, Madrid

Tschechoslowakei

Dr. Libor Vozar

Chefarzt, Erste Medizinische Klinik, Bratislava

Dr. Milena Havlova

Abteilung Medizinische Prävention, Gesundheitsministerium der
Tschechischen Republik, Prag***Ungarn***

Dr. Zita Slezák

Leiter der Abteilung Primäre Gesundheitsversorgung, Sozial-
ministerium der Republik Ungarn, Budapest

Dr. Erzsébet Podmaniczky

Auslandsabteilung, Sozialministerium der Republik Ungarn, Budapest

Vereinigtes Königreich

Dr. Doreen Rothmann

Leitende Medizinalbeamtin, Gesundheitsministerium, London

Professor Stephen Tomlinson

Department of Medicine, Manchester Royal Infirmary

Vertreter anderer Organisationen***Belgische Diabetikervereinigung***

Etienne Couturier

Brüssel, Belgien

Dr. Paul van Crombrugge

Aalst, Belgien

Dänische Diabetesvereinigung

Flemming Kjærsgaard Johansen

Direktor, Odense, Dänemark

Dr. Kurt Clemmensen

Odense, Dänemark

Diabetesvereinigung Warna

Dr. Lidia Asenova Koeva
Warna, Bulgarien

Maria Bruseva
Warna, Bulgarien

Deutsche Diabetes-Union

Dr. Michael Berger
Professor für Innere Medizin, Medizinische Klinik der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Deutschland

Estnische Diabetes- und Endokrinologievereinigungen

Dr. Irilla Kalits
Chefärztin, Nationales Zentrum für Endokrinologie, Tartu, Estland

Dr. Jaanus Kerge
Diabetesvereinigung von Tallinn, Tallinn, Estland

Elmut Paavel
Vorsitzender, Diabetesvereinigung Dorpat, Tallinn, Estland

Finnische Diabetesvereinigung

Jorma Huttunen
Generalsekretär, Tampere, Finnland

Dr. Tero Kangas
Präsident, Tampere, Finnland

Irische Diabetikervereinigung

Philomena Vizzard
Dublin, Irland

Dr. Ned Barrett
Dublin, Irland

Italienische Diabetikervereinigungen

Dr. Massimo Massi-Benedetti
Italienische Gesellschaft für Diabetologie, Institut für Spezialisierte
Medizinische Pathologie, Universität Perugia, Italien

Dr. Claudio Noacco
Abteilung Diabetologie, Städtisches Krankenhaus, Udine, Italien

Kroatische Diabetikervereinigung

Dr. Zeljko Metelko
Leiter der Abteilung Diabetologie, Vuk-Vrhovac-Institut, Zagreb,
Kroatien

Dr. Stjepan Turek
Stellvertretender Direktor, Kroatisches Gesundheitsinstitut, Zagreb,
Kroatien

Diabetesvereinigung (Malta)

Dr. Antoine G. Schranz
Präsident, Valletta, Malta

Niederländische Diabetesvereinigung

J.G.P. van Ooijen
Hauptgeschäftsführer, Amersfoort, Niederlande

A.P. Verwolf
Beauftragte für Öffentlichkeitsarbeit, Amersfoort, Niederlande

Norwegische Diabetesvereinigung

Kaare Johansson
Oslo, Norwegen

Bjørnar Allgot
Oslo, Norwegen

Österreichische Diabetesvereinigung

Dr. Waltraut Hüpfel
Präsidentin, Salzburg, Österreich

Gertraud Krüger
Generalsekretärin, Salzburg, Österreich

Österreichische Gesellschaft für Diabetes

Professor G. Schernthaner
Präsident, Wien, Österreich

Polnische Diabetesvereinigung

Dr. Andrzej Bauman
Präsident, Bydgoszcz, Polen

Polnische Diabetologische Gesellschaft

Dr. Stanislaw Czekalski
Krakau, Polen

Dr. Jacek Sieradzki
Krakau, Polen

Portugiesische Diabetikervereinigung

Dr. Clara Cardoso
Lissabon, Portugal

Maria Teresa Oliveira
Lissabon, Portugal

Rumänische Gesellschaft für Diabetes, Ernährung und Stoffwechselkrankheiten

Dr. I. Mincu
Cantacuzino-Krankenhaus, Bukarest, Rumänien

Dr. C. Ionescu-Tirgoviste
Elektrophysiologisches Laboratorium, Diabetesklinik,
Cantacuzino-Krankenhaus, Bukarest, Rumänien

Diabetikervereinigung Rußlands

Dr. Marina Shipulina
St. Petersburg, Russische Föderation

Schwedische Diabetesvereinigung

Anders Eriksson
Stellvertretender Vorsitzender, Löderup, Schweden

Berndt Nilsson
Generalsekretär, Solna, Schweden

Schwedische Gesellschaft für Diabetologie

Dr. Carl-David Agardh
Abteilung Innere Medizin, Universitätskrankenhaus, Lund, Schweden

Schweizerische Diabetesvereinigung

Volker Fuhrott
Zürich, Schweiz

Spanische Diabetesvereinigung

Dr. Jaime Antona
Sekretär, Barcelona, Spanien

Dr. Alberto de Leiva
Präsident, Barcelona, Spanien

Tschechoslowakische Diabetesvereinigungen

Professor Jaroslav Pav
Dritte Medizinische Klinik, Prag, Tschechoslowakei

Tschechoslowakische Gesellschaft für Diabetologie

Professor Jaroslav Rybka
Medizinische Klinik der Postgradualen Medizinischen
Bildungsanstalt, Zlin, Tschechoslowakei

Türkische Diabetesvereinigung

Professor Nazif Bagriacik
Präsident, Istanbul, Türkei

Professor Ugur Görpe
Istanbul, Türkei

Regionale Diabetikervereinigung Charkow

Dr. Valentina Dmitrievna Ocheretenko
Vorsitzende, Charkow, Ukraine

Dr. Tatjana Vasiljevna Slipchenko
Leitende Fachärztin für Endokrinologie, Charkow, Ukraine

Ungarische Diabetesvereinigung

Dr. Eva Baranyi
Konsiliarium für Diabetologie, Postgraduale Medizinische Universität
Budapest, Ungarn

László Balogh
Budapest, Ungarn

Britische Diabetikervereinigung

Jack Apfel
London, Vereinigtes Königreich

Susan Knibbs
Services Director, London, Vereinigtes Königreich

Zypriotische Diabetikervereinigung

Dr. Gyula Petrányi
Paphos, Zypern

Berater auf Zeit

Professor K.G.M.M. Alberti

Department of Medicine, The Medical School, University of
Newcastle upon Tyne, Vereinigtes Königreich

Dr. Dezso Bekefi

Ungarische Diabetesvereinigung, Ungarn, Budapest

Dr. Knut Borch-Johnsen

Steno-Memorial-Krankenhaus, Gentofte, Dänemark

Professor G. Cathélineau

Medizinische Fakultät, Hôpital Saint Louis, Paris Cedex, Frankreich

Dr. John Day

Diabetes Centre, Ipswich Hospital, Vereinigtes Königreich

Dr. R. Engelbrecht

GFS, Neuherberg, Deutschland

Dr. Evelyn Eschwege

INSERM, Villejuif Cedex, Frankreich

Dr. John Fuller

Department of Community Medicine, University College London,
Vereinigtes Königreich

Dr. Anders Green

Institut für Klinische Genetik, Odense, Dänemark

Dr. Eva Hagelberg

Diabetesambulanz, Bad Nauheim, Deutschland

- Dr. G. Handal
Norwegische Diabetesvereinigung, Oslo, Norwegen
- Dr. Philip Home
Department of Medicine, The Medical School, University of
Newcastle upon Tyne, Vereinigtes Königreich
- Professor Jak Jervell
Medizinische Abteilung, Reichs Krankenhaus, Oslo, Norwegen
- Dr. Tom Johnson
Endocrinology and Metabolic Unit, Department of Medicine,
University of Lagos, Nigeria
- Professor Harry Keen
Unit for Metabolic Medicine, Guy's Hospital Medical School,
London, Vereinigtes Königreich (*Ko-Vorsitzender*)
- Dr. Zsuzsa Kerenyi
Leiterin des Referats Diabetes, Tetényi-Universitätskrankenhaus,
Budapest, Ungarn
- Professor H.M.J. Krans
Abteilung Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Universitäts-
krankenhaus Leiden, Niederlande (*Ko-Vorsitzender*)
- D. Laurell
Schwedische Diabetesvereinigung, Solna, Schweden
- Dr. D. Maclean
Department of Health and Fitness, Halifax, Nova Scotia, Kanada
- Wendell Mayes
Austin, Texas, USA
- Dr. Klaus Piwernetz
Abteilung Stoffwechsel und Endokrinologie, Diabeteszentrum
Bogenhausen, München, Deutschland
- Professor M. Porta
Institut für Innere Medizin, Universität Turin, Turin, Italien
- Professor D. Pozza
San-Raffaele-Krankenhaus, Segrate, Italien
- Dr. Gayle Reiber
Department of Veterans Affairs, Seattle VA Medical Center,
Seattle, WA, USA

- Professor Z. Skrabalo
 Institut für Diabetes, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten,
 Medizinische Fakultät Vuk Hrovac, Universität Zagreb, Kroatien
- Dr. Gyula Tamàs
 Erste Medizinische Abteilung, Semmelweis-Universität, Budapest,
 Ungarn (*Ko-Vorsitzender*)
- Dr. Monika Toeller
 Forschungsinstitut für Diabetes, Düsseldorf, Deutschland
- Dr. J.D. Ward
 Consultant Physician, Royal Hallamshire Hospital, Sheffield,
 Vereinigtes Königreich
- Helmut Wenzell
 Boehringer Mannheim GmbH, Mannheim, Deutschland
- M.V.D. Wetering
 Diakonissenhaus, Leiden, Niederlande

Weltgesundheitsorganisation

Regionalbüro für Europa

- Mary Stewart Burgher
 Veröffentlichungen (*Berichterstatterin*)
- Anne Clark
 Mitarbeiterin auf Zeit, Qualität von Versorgung und Technologien
- Dr. Wolfgang Gruber
 Berater, Qualität von Versorgung und Technologien
- Helle Møller
 Sekretärin, Qualität von Versorgung und Technologien
- Dr. Kirsten Staehr Johansen
 Regionalbeauftragte, Qualität von Versorgung und Technologien
 (*Ko-Vorsitzende*)
- Dr. Wilfried Wahba
 Berater, Qualität von Versorgung und Technologien

Hauptbüro

- Dr. Hilary King
 Diabetes und Sonstige Nichtübertragbare Krankheiten