

BVND

DiabetesPost

Organ des Bundesverbands Niedergelassener Diabetologen e.V.

Ausgabe 2 | 2025

Nachlese Diabeteskongress

Fokus Berufspolitik

**NEUE
DIMENSIONEN
DER DIABETOLOGIE**
INDIVIDUELL. INTERDISZIPLINÄR. INNOVATIV.





1 x wöchentlich
mounjaro®
Tirzepatid
A Lilly Medicine

GEMEINSAM ZIELE ERREICHEN
FÜR MENSCHEN MIT TYP-2-DIABETES^a



**STARTEN SIE JETZT –
MIT MOUNJARO®**

**Überlegene
HbA_{1c}-Reduktion¹**

**Überlegene
Gewichtsreduktion^{1,d}**



Bis zu **-2,5%**

HbA_{1c}-Reduktion mit Mounjaro®
15 mg nach 40 Wochen^{1,c}



Bis zu **-13%**

Gewichtsreduktion mit Mounjaro®
15 mg nach 40 Wochen^{2,e}

Zur Fachinformation von Mounjaro®
www.lilly.com/de/fachinfo/mounjaro



^aMounjaro® (Tirzepatid) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus.^{1,b} Mounjaro® verfügt über einen im AMNÖG verhandelten Erstattungsbetrag (§ 130b SGB V). ^cBezogen auf den Ausgangswert.¹ Mittlere HbA_{1c}-Reduktion im Vergleich zum Ausgangswert. ^dDie Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien.¹ ^eBezogen auf den Ausgangswert.² Mittlere Gewichtsreduktion im Vergleich zum Ausgangswert.

1. Fachinformation Mounjaro®, aktueller Stand. 2. Frias JP, et al. N Engl J Med. 2021; 385: 503–515.

**Interaktive
Patientenfälle
aus der Praxis
finden Sie hier!**





editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der diesjährige Diabetes-Kongress hat gezeigt, wie viel Innovationskraft, interdisziplinäres Denken und wissenschaftliche Tiefe in unserem Fach steckt. Die Themen reichten von technologischen Entwicklungen wie AID-Systemen und personalisierter Glukoseprognose bis hin zu den strukturellen Fragen der Versorgung und den Herausforderungen durch die zunehmende Morbiditätslast bei Typ-2-Diabetes und Adipositas.

Besonders deutlich wurde dabei: Die ambulante Diabetologie ist ein zentraler Pfeiler der Versorgung – und das in zunehmendem Maße und nicht als verlängerte Werkbank der Klinik, sondern im Gegenteil als eigenständige, hochqualifizierte Versorgungsstruktur, die Prävention, Langzeitbetreuung und Schulung von Patientinnen und Patienten gleichermaßen leistet.

So erfreulich die fachlichen Impulse waren – die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen werfen weiterhin Schatten auf unseren Praxisalltag. Mit Sorge blicken wir auf gesetzgeberische Entwicklungen, die Versorgung oft durch Bürokratie ersticken statt sie zu stärken. Die Reform der Disease-Management-Programme, die Diskussionen um Selektivverträge und eine digitalisierte Bürokratie oder bürokratische Digitalisierung ohne funktionierende Schnittstellen – all das fordert uns nicht medizinisch, sondern insbesondere organisatorisch und wirtschaftlich heraus.

Der BVND setzt sich auf allen Ebenen dafür ein, dass die Perspektive der niedergelassenen Diabetologinnen und Diabetologen in diesen Prozessen Gehör findet. Ob bei Vertragsverhandlungen, im Austausch mit der Kassenärztlichen Selbstverwaltung oder in der fachpolitischen Zusammenarbeit mit der DDG – wir bringen unsere Position ein: Für eine hochwertige, faire und zukunftssichere ambulante Diabetologie.

Ich danke allen, die sich auf dem Kongress, in den Landesverbänden und in den Gremien des BVND engagieren. Ihre Arbeit, Ihre Stimme und Ihre Erfahrung sind das Fundament unseres Berufsstands.

Mit kollegialen Grüßen
Ihr

Toralf Schwarz
BVND-Vorstandsvorsitzender



Fokus



Berufspolitik

Nachlese

Diabeteskongress

Inhalt

FOKUSTHEMEN

- 6** Bericht: BVND Mitglieder-
versammlung am 29. Mai 2025
- 8** Diabetisches Fußsyndrom
- 10** Disease-Management-Programme für alle?
- 12** KI in der Praxis – Zwischen Vision,
Wirklichkeit und Verantwortung
- 14** Lohnt sich das Praxislabor noch?

AKTUELLES

- 16** Honorarverluste für diabetologische
Schwerpunktpraxen abgewendet!
- 18** winDiab – Eine 18-jährige Erfolgs-
geschichte mit Potential
- 22** Erfolgreich in die Selbstständigkeit
- 26** Kommentar
- 27** Niederlassung als Perspektive

INDUSTRIE

- 28** Hochkonzentrierte Capsaicin-
Therapie zur Behandlung von
diabetischer Polyneuropathie

BVND-AKADEMIE

- 30** BVNDakademie
- 31** Ein herzliches Dankeschön
an unsere Fördermitglieder!
- 32** Einladung HDM-Veranstaltung
- 33** Diabetologische Fachassistenz

DIAMED

- 34** Diamed eG
- 35** FibroScan GO
- 36** SOMNOtouch™ RESP eco
- 37** GlucoSmart® Safety Fine
- 38** Jetzt Mitglied werden
- 39** Mitgliedsantrag

IMPRESSUM

- 40** Werden auch Sie BVND Mitglied!
- 41** Der BVND Vorstand
BVND Landesgruppen
+ Landesverbände
- 42** Impressum DiabetesPost
- 43** Vorschau nächste DiabetesPost



Bericht: BVND Mitglieder- versammlung am 29. Mai 2025

Am 29. Mai 2025 trafen sich die Mitglieder des Bundesverbands niedergelassener Diabetologen (BVND) in Berlin zu ihrer ordentlichen Mitgliederversammlung. Der Vorsitzende Toralf Schwarz eröffnete die Sitzung mit einem Hinweis auf einen Druckfehler in den Zeitangaben, bevor die vorgeschlagene Tagesordnung einstimmig angenommen und Frank Wallbrecht zum Versammlungsleiter bestätigt wurde. Anschließend stellte sich Oliver Spinedi als neuer Pressereferent vor und erhielt ein herzliches Willkommen.

Vor dem Bericht des Vorstands für das Jahr 2024 ging Schwarz auf die personelle Neubesetzung im Bundesgesundheitsministerium ein, namentlich erwähnte er Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, die Parlamentarischen Staatssekretäre Tino Sorge und Dr. Georg Kippels sowie Dr. Steffen Thomas und Dr. Antje Draheim als weitere Top-Führungskräfte. Er hob die intensive Zusammenarbeit mit Staatssekretär Sorge hervor und erwähnte ebenfalls Herrn Prof. Karl Lauterbachs Rolle als Vorsitzender im Forschungsausschuss des Bundestags. Zentral war die Diskussion zur zukünftigen Praxisfinanzierung: Neben Fragen zur Vergütung und Chronikerpauschale wurde das vorgeschlagene Primärarztsystem beleuchtet. Besonders dringlich erschien die finanzielle

Lage der Diabetologischen-Schwerpunktpraxen. Als mögliche Lösung für eine bessere Vergütung der Laborleistung regte Schwarz an, Abrechnungen künftig evtl. so wie bei Laborgemeinschaften zu organisieren, um die Erträge aus z.B. HbA1c-Tests zu steigern. Sicher ein Vorschlag, der geprüft werden sollte.

Schatzmeisterin Weichard präsentierte den Kassenbericht: Zum Jahresende zählte der Verband 674 Mitglieder (38 Eintritte). Die Bilanz wies Einnahmen von 513.980 € und Ausgaben von 317.762 € auf, sodass ein Überschuss von 196.218 € resultierte. Einen wesentlichen Beitrag leistete dabei die einmalige Sonderumlage von 188.100 €; weitere Einsparungen ergaben sich unter anderem aus reduzierten Ausgaben für Pressearbeit und Reisekosten. Die Kassenprüferin Frau Wernken bestätigte daraufhin die Ordnungsmäßigkeit der Buchführung. Sowohl die Schatzmeisterin als auch der Vorstand wurden einstimmig entlastet.

Im Zentrum der Versammlung stand der Bericht der eingesetzten Satzungskommission, die durch Beschluss der Mitgliederversammlung 2023 beauftragt worden war, eine neue Satzung für einen Dachverband zu entwerfen. Die aktuell bestehende BVND-Satzung lässt einen solchen

Schritt nicht zu und blockiert damit eine notwendige strukturelle Modernisierung. Die Kommission, zusammengesetzt aus Vertretern verschiedener Landesverbände und unterstützt durch juristische Expertise, legte einen Entwurf vor, der nicht nur die rechtlichen Grundlagen schaffen, sondern auch Gründungsbedingungen, Übergangsregeln und die künftige Organisationsstruktur regeln soll.

Aus Sicht der Kommission ist die Gründung eines Dachverbands unumgänglich, weil die bisherige Verbandsform die Einbindung der Landesverbände in den BVND nahezu unmöglich macht. Dies hemmt die politische Schlagkraft. Ein Dachverband dagegen ermöglicht den Landesverbänden, in regionalen Fragen weitgehend autonom zu agieren, während sie zugleich unter einem gemeinsamen Dach stärker und einheitlicher nach außen auftreten. Um einen reibungslosen Übergang zu garantieren, sollen Vorstand und Geschäftsführung von AltBVND und NeuBVND identisch besetzt sein, und der Dachverband selbst wird in der Anfangsphase operativ nur die Mitgliedergewinnung vorantreiben.

Als formale Voraussetzung für die Gründung sind mindestens sieben Landesverbände als Gründungsmitglieder erforderlich. Für die Übergangsfinanzierung wird eine noch zu bestimmende Lösung erarbeitet, und so-

bald die finanziellen Grundlagen gelegt sind, soll eine zentrale Geschäftsstelle in Berlin ihren Betrieb aufnehmen. Die Mitglieder des Dachverbands werden künftig Delegierte in die Mitgliederversammlung entsenden, die weiterhin das oberste Gremium bleibt, den Vorstand wählt und die Leitlinien der Verbandspolitik festlegt.

Am 26. Juni 2025 wurde die neue Satzung in einer außerordentlichen Beiratssitzung endgültig verabschiedet. Der Weg zum Dachverband ist damit ein gutes Stück erfolgreich zurückgelegt worden. Jetzt wird es darum gehen, die Mitglieder der Landesverbände über den aktuellen Satzungsentwurf zu informieren und diskursiv vom Beitritt zu überzeugen.

Nach einem festzulegenden Stichtag wird die formale Umstellung vollzogen, ehe 2026 die erste Mitgliederversammlung des Dachverbands einen eigenständigen Vorstand wählen kann. Damit legt der Entwurf der Satzung den Grundstein für ein demokratischeres und effizienteres Verbandssystem, das nationale Schlagkraft mit regionaler Selbstbestimmung vereint.

Unter „Verschiedenes“ wurde noch auf die Termine der DDG-Mitgliederversammlung und den anstehenden Diabeteslauf hingewiesen, bevor Herr Schwarz die Sitzung um 10:30 Uhr schloss.



Toralf Schwarz, BVND-Vorstandsvorsitzender



Antje Weichard, Schatzmeisterin



Diabetisches Fußsyndrom

Kompetenz zeigen und Qualität sichtbar machen

Qualität sichtbar machen – warum das heute wichtiger ist denn je

Wer in der Diabetologie arbeitet, weiß: Das diabetische Fußsyndrom ist eine der komplexesten und folgenreichsten Komplikationen. Die Behandlung erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit, medizinische Erfahrung und viel Struktur. Doch selbst höchste fachliche Expertise entfaltet nur dann ihre Wirkung, wenn sie auch sichtbar wird – für Patientinnen und Patienten, für Zuweisende und nicht zuletzt für die Krankenkassen.

Der Satz „Ich brauche keine neuen Patientinnen und Patienten“ fällt in diesem Zusammenhang oft. Viele unserer Kolleginnen und Kollegen sind voll ausgelastet und scheuen sich deshalb, ihre Kompetenz zudem noch (pro) aktiv zu präsentieren. Dabei geht es nicht um Werbung im klassischen Sinn. Es geht darum, die richtigen Patientinnen und Patienten zu erreichen – diejenigen, für deren Versorgung wir besonders qualifiziert sind. Und genau das bringt nicht nur medizinisch den größten Nutzen, sondern sorgt auch wieder für Freude an unserer Arbeit.

Das Zertifizierungsmodul „Fuß“ – Standard mit Signalwirkung

Ab dem dritten Quartal 2025 wird es verpflichtend: Wer als Diabetes Exzellenzzentrum DDG-zertifiziert sein will, muss mindestens ein Zusatzmodul nachweisen – und das Modul „Fuß“ ist dafür in vielen Praxen bereits vorhanden. Rund 70 % der Praxen mit DDG-Zertifikat haben dieses Modul bereits integriert. Das zeigt: Die Versorgungskompetenz beim diabetischen Fuß ist da – wir müssen sie nur noch gezielt herausstellen.

Das Modul dient dabei nicht nur als Gütesiegel nach außen, sondern auch als internes Strukturinstrument. Es schafft klare Abläufe, definiert Qualitätsstandards und vereinfacht die Einarbeitung neuer Mitarbeitender. Hospitationen, Überweisungswege und Kooperationen werden strukturiert, nachvollziehbar und überprüfbar. Wer zertifiziert arbeitet, arbeitet effizienter – und mit größerer Sicherheit.

Selektivverträge als weiterer Weg zur Anerkennung

Neben den Zertifizierungsmodulen bieten auch Verträge mit Krankenkassen nach § 73 oder § 140a SGB V die Möglichkeit, spezifische Versorgungskompetenz darzustellen – und sogar zu honorieren! In Sachsen ist uns dies mit dem Vertrag „Ohne Füße läuft nichts – Eine Anleitung zur Selbstfürsorge“ gelungen. Das darin enthaltene Schulungsprogramm richtet sich an Patientinnen und Patienten mit einem bestehenden diabetischen Fußsyndrom oder einer drohenden Fußwunde. Es besteht aus vier Schulungseinheiten und ist voll in die vertragsärztliche Versorgung integrierbar – mit regulärer KV-Abrechnung.

Das Besondere: Erstmals ist auch die Filztechnik zur Druckentlastung abrechenbar. Diese Maßnahme – „geschütztes Gehen auf Distanzpolstern“ – ist aufwendig, effektiv und bisher oft unbeachtet geblieben. Nun ist sie ein Bestandteil des Vertrags, verbunden mit einem Zuschlag. Auch wenn dieser die tatsächlichen Kosten nicht deckt, ist es ein wichtiger Schritt zur strukturellen Anerkennung dieser Therapieform.



Schulung und Selbstfürsorge – ein oft unterschätzter Hebel

Ein zentrales Element des Vertrags ist die strukturierte Schulung. Sie ist nicht nur Bestandteil der Prävention, sondern auch ein starkes Instrument zur Patientenselbstermächtigung. Viele Wunden werden nicht vom Hausarzt entdeckt, sondern von Podologinnen und Podologen – oder aber gar nicht, bis es zu spät ist. Mit der Schulung erreichen wir Patientengruppen, die wir bislang mit herkömmlichen Mitteln kaum erreichen. Sie ist niedrigschwellig, effektiv und bringt eine hohe Alltagsrelevanz.

Das sächsische Modell hat gezeigt: Man kann gemeinsam mit Kassen, Verbänden und engagierten Kolleginnen und Kollegen Versorgung konkret verbessern. Der Vertrag ist ein lebendiges Beispiel für die Überführung fachlicher Kompetenz in abrechenbare Versorgungsstruktur – und er bietet Potenzial für andere Bundesländer!

Kooperation statt Konkurrenz: Gemeinsam Strukturen entwickeln

Auch die besten Verträge und Module nützen nichts, wenn sie isoliert bleiben. Die Versorgung des diabetischen Fußsyndroms gelingt nur im Netzwerk – mit Hausärztinnen und Hausärzten, Podologinnen und Podologen, Orthopädieschuhmacherinnen und -schuhmachern, Kliniken, Pflegediensten, und natürlich den Krankenkassen. Wer heutzutage über Versorgung spricht, muss auch über sektorenübergreifende Zusammenarbeit sprechen.

Daher ist es wichtig, nicht nur die eigene Praxis fit zu machen, sondern auch das Umfeld aktiv mitzugestalten. Hospitationen, Fallkonferenzen, Netzwerktreffen – all das stärkt nicht nur die Versorgung, sondern auch unsere Rolle im System. Und es erhöht die Sichtbarkeit unserer Arbeit genau dort, wo sie gebraucht wird.

Fazit:

Kompetenz zeigen heißt Verantwortung übernehmen

Kompetenz ist mehr als Qualifikation. Sie ist ein Versprechen – an die Patientinnen und Patienten, an unsere Teams und an das Gesundheitssystem. Mit dem Modul „Fuß“, mit Verträgen nach SGB V und mit Engagement in der Schulung machen wir diese Kompetenz sichtbar und wirksam.

Auch wenn der Weg mühsam ist, der Nutzen ist groß. Für uns, unsere Patientinnen und Patienten – und für eine moderne, qualitätsgesicherte Diabetologie.

Dr. Cornelia Woitek
Fachärztin für Innere Medizin,
Diabetologin LÄK und DDG,
ärztliche Wundexpertin (ICW)



Disease-Management-Programme für alle?

Prävention im Rückstand: Ein kritischer Blick auf unsere Gesundheitspolitik

Unsere Gesundheitspolitik steht vor einer paradoxen Situation: Während kardiometabolische Erkrankungen weiter zunehmen, bleibt die Prävention strukturell unterentwickelt, und wird es wohl auch in dieser Legislatur bleiben! Die Gesellschaft erwartet eine nahezu grenzenlose medizinische Versorgung, während Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung vielerorts gering ausgeprägt sind. Wir leben in einem System, das Krankheiten aufwendig repariert – statt sie frühzeitig zu vermeiden.

Strukturelle Verhältnisprävention, wie sie unter dem Schlagwort „Health in All Policies“ gefordert wird, bleibt politisch wie praktisch unterrepräsentiert. Gleichzeitig steigen die Kosten für Spätfolgen von Diabetes, Adipositas und kardiovaskulären Erkrankungen kontinuierlich – mit enormer Belastung für unser Gesundheitssystem.

Deutschland – kardiometabolisch krank und sozial ungleich

Die Zahlen aus der Diabetes-Surveillance des RKI zeichnen ein klares Bild¹: 9,2 % der Erwachsenen in Deutschland haben Diabetes mellitus (davon 2 % unerkannt), 25 % der 18- bis 79-Jährigen sind adipös. Über 50 % von ihnen erreichen nicht die WHO-Empfehlung zur körperlichen Aktivität. 23,8 % rauchen, Männer deutlich häufiger als Frauen.

Die Krankheitslast ist zudem sozial ungleich verteilt. Menschen mit niedrigem Bildungsgrad, geringem Einkommen, Migrationshintergrund oder aus ostdeutschen Bundesländern sind überproportional betroffen. Für mich persönlich als leitende Fachärztin des Diabeteszentrums Magdeburg-Haldensleben besonders alarmierend: Sachsen-Anhalt weist die bundesweit höchste Diabetesprävalenz auf.

Das DMP Adipositas: Prävention auf neuen Wegen?

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung wurde im Juli 2024 das Disease-Management-Programm (DMP) Adipositas durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingeführt – ein großer Schritt. Ziel ist eine strukturierte

Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas Grad 1 oder 2 und mindestens einer Komorbidität wie Typ-2-Diabetes, Hypertonie, Herzinsuffizienz oder Schlafapnoe. Auch Menschen mit Prädiabetes (HbA1c 5,7–6,4 %) zählen zur Zielgruppe.

Die Einschreibung in ein solches Programm könnte perspektivisch 5–7 Millionen Menschen betreffen – eine Größenordnung, die dem etablierten DMP Diabetes-Typ 2 entspricht. Die Zielsetzung ist klar: Gewichtsreduktion, langfristige Gewichtsstabilisierung, Reduktion von Folgeerkrankungen – durch multimodale Schulung, Bewegung, Ernährungsumstellung und durch eine strukturierte Beratung.

Wer soll das leisten? Eine Frage der Struktur

Der Plan klingt gut – doch die Frage bleibt: Wer setzt ihn um? In vielen hausärztlichen Settings fehlen Schulungsstrukturen, geschultes Personal und die interdisziplinäre Einbindung. Gleichzeitig sind diabetologische Schwerpunktpraxen bereits seit Jahrzehnten auf das Management chronischer Stoffwechselerkrankungen spezialisiert. Sie verfügen über geschultes und zertifiziertes Personal, etablierte Schulungsprogramme, Versorgungsnetzwerke mit Ernährungsberatung, Schnittstellen zu Psychologie und Physiotherapie und oftmals bereits die notwendige technische Ausstattung wie BIA, geeignete Waagen oder Screeningverfahren.

Mit der neuen Zusatzweiterbildung „Adiposiologe/-in DDG“ wurde zudem ein niederschwelliger Qualifizierungsweg geschaffen, um diese Kompetenz auch formal abbilden zu können.

Adipositas – Diabetes – Schwerpunktpraxis: Eine logische Verbindung

Die Schnittmenge zwischen Patientinnen und Patienten mit Adipositas bzw. Diabetes ist enorm: Bis zu 80 % der Typ-2-Diabetesfälle gehen auf Adipositas zurück, rund 30 % der adipösen Menschen sind bereits an Diabetes erkrankt, das Risiko für Diabetes ist bei Adipösen vierfach erhöht.²

Damit ist klar: Diabetologische Schwerpunktpraxen sind der natürliche Ort für die Betreuung im Rahmen eines DMP Adipositas. Sie sind mit ihren personellen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen prädestiniert, diese Versorgung zu leisten – und dabei auch die notwendige Prävention für Prädiabetes-Patientinnen und Patienten zu übernehmen.

Anforderungen: Was benötigt eine Praxis für das DMP Adipositas?

Die Teilnahme am DMP ist an klare Voraussetzungen geknüpft. Neben fachlicher Expertise bedarf es:

1. Personeller Ressourcen:

- ▶ koordinierende/r Arzt/Ärztin mit Erfahrung in Adipositas- und Diabetesversorgung,
- ▶ Schulung durch Diabetesberater/in DDG,
- ▶ Zusammenarbeit und regelmäßige Fallbesprechung mit Ernährungsfachkraft (Ernährungsberater/in DGE, Diätassistent/in, Oecotropholog/in etc.)
- ▶ Zugang zu Psychologinnen und Psychologen, Bewegungstherapie, bariatrischen Zentren.
- ▶ QZ zusammen mit Ernährungsmedizinern und Chirurgen, die bariatrische OP vornehmen (wo vorhanden)

2. Fachliche Voraussetzungen

- ▶ Strukturierter Behandlungspfad,
- ▶ integriertes therapeutisches Konzept, basierend auf den aktuellen Leitlinien zu Diabetes und Adipositas: evidenzbasierter Einsatz nicht-pharmazeutischer und pharmazeutischer Therapiemethoden
- ▶ Angebot von Gruppen- und Einzeltherapie
- ▶ Vor- und Nachbetreuung bariatrisch operierter Patienten

3. Fortbildungspflicht:

- ▶ Regelmäßige Teilnahme aller Mitglieder des Behandlungsteams an qualifizierten Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Adipositas (Diagnostik und Therapie) in einem Umfang von jährlich mindestens 8 UE á 45 min, davon können 4 UE auch im Selbststudium unter Nutzung von zertifizierten Online-Kursen abgeleistet werden.

4. Technische Ausstattung:

- ▶ kalibrierte Waage (bis 300 kg),
- ▶ Körpergrößenmessgerät,
- ▶ BIA-Gerät,
- ▶ optional: EKG, Polygrafie, Spiroergometrie, Sonografie.

5. Organisatorische Strukturen:

- ▶ strukturierter Behandlungspfad,
- ▶ Gruppen- und Einzeltherapieangebote,
- ▶ Nachsorge auch bei bariatrischer Chirurgie.

All das ist außerordentlich ambitioniert – aber machbar. Und vieles davon ist in diabetologischen Praxen bereits Realität.

Was es allerdings braucht, ist die aktive Beteiligung der Fachpraxen an der Weiterentwicklung sowie die Entwicklung evaluierter Schulungsprogramme. Vor allem aber müssen die Gesundheitspolitik und die Krankenkassen mitziehen: wir brauchen unbedingt den Abbau von bürokratischen Hemmnissen und zudem vertragliche Sicherheit und eine auskömmliche Vergütung für den Mehraufwand.

Fazit: DMP für Alle? – Ja, aber nicht um jeden Preis!

Das neue DMP Adipositas ist ein großer Schritt in die richtige Richtung – hin zu strukturierter Prävention und interdisziplinärer Versorgung. Es ist sinnvoll, wissenschaftlich begründet und gesundheitspolitisch notwendig. Aber seine Umsetzung verlangt eine realistische Einschätzung der Ressourcen. Die diabetologischen Schwerpunktpraxen stehen bereit, diesen Versorgungsauftrag zu übernehmen – wenn sie die nötige Unterstützung, klare Rahmenbedingungen und die Anerkennung ihrer Kompetenz erhalten. Mit Blick auf die Zukunft darf „DMP für Alle“ kein leeres Versprechen bleiben, sondern muss ein realer und verlässlicher Bestandteil einer zukunftsfesten Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland sein.



Antje Weichard

**Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin,
Diabetologin DDG, Vorstandsmitglied DDG und
Vorstandsmitglied BVND e.V.**

Quellen:

- https://diabsurv.rki.de/SharedDocs/downloads/DE/DiabSurv/diabetesbericht2019.pdf?__blob=publicationFile&v=12#download=1
- <https://www.bvnd.de/position/bvnd-positionspapier/>

KI in der Praxis – Zwischen Vision, Wirklichkeit und Verantwortung

KI – der Wendepunkt für die Medizin?

Kaum ein Begriff hat in den letzten Jahren so sehr an Strahlkraft gewonnen wie „Künstliche Intelligenz“. In vielen Branchen verändert KI bereits spürbar Prozesse, Denkweisen und Geschäftsmodelle. Auch in der Medizin ist die Erwartungshaltung entsprechend groß: KI soll helfen, Versorgungsengpässe zu kompensieren, den Dokumentationsaufwand zu reduzieren, Diagnosen zu präzisieren, chronische Erkrankungen besser zu managen.

Aber wie steht es um die Realität in der Versorgung bzw. in der niedergelassenen Diabetologie? Wo ist KI schon angekommen – und was bleibt Hype? Und wie gehen wir damit um?

Vorab: Was ist Künstliche Intelligenz – und was nicht?

Künstliche Intelligenz (KI) beschreibt Systeme, die in der Lage sind, auf Basis großer Datenmengen Aufgaben zu lösen, zu lernen und sich an veränderte Bedingungen anzupassen – und zwar ohne explizite Vorgabe jedes einzelnen Schritts. Das unterscheidet KI von klassischen regelbasierten Algorithmen, wie wir sie etwa in Insulinpumpen oder CGM-Auswertungssoftware bereits verwenden.

Aktuell nutzen wir in der Praxis also keine echte KI, sondern meist vordefinierte Entscheidungsbäume und lernfähige Algorithmen – etwa zur Berechnung von Insulindosierungen oder zur Glukosevorhersage. Diese Systeme arbeiten mit bekannten Parametern: CGM-Werte, Kohlenhydratmengen, Restinsulin, Bewegung. Sie optimieren sich auf Basis definierter Zielwerte, sind aber nicht autonom entscheidend – und damit keine KI im eigentlichen Sinn.

Zwischen Theorie und Versorgung:

Wo steht die Diabetologie?

Gerade die Diabetologie ist prädestiniert für KI-Anwendungen: Es gibt viele numerische Daten, kontinuierlich messbare Parameter, klar definierte Zielbereiche und eine hohe Relevanz von Langzeitverläufen. Dennoch: Derzeit ist der medizinisch etablierte Einsatz echter KI noch die Ausnahme.

Ein Beispiel: Systeme zur Retinopathie-Erkennung auf Basis bildgebender Verfahren arbeiten teilweise mit KI-Komponenten. Auch in der Forschung zur intelligenten Glukoseprognose werden neuronale Netze eingesetzt. Doch in der Versorgung, insbesondere in der GKV-finanzierten Regelversorgung, dominieren weiter Algorithmen – also nicht lernende, erklärende KI. Der Grund: Für den Einsatz von „echter KI“ fehlt bisher schlicht eine verlässliche und qualitativ hochwertige Datenbasis.

Die Datenfrage – der unterschätzte Engpass

Denn für Ihren Einsatz muss KI zunächst lernen und benötigt dafür Daten. Viele, saubere, repräsentative, zugängliche Daten. Und genau daran mangelt es: Medizinische Daten sind meist dezentral gespeichert, oft inkompatibel strukturiert. Zudem erschweren Datenschutzregelungen die Forschung und das Training von Modellen. Relevante Publikationen gibt es zahlreich, sie liegen aber oftmals hinter Bezahlschranken oder in proprietären Formaten. Und bei selteneren Krankheitsverläufen oder Komorbiditäten fehlen schlicht ausreichende Fallzahlen, um verlässliche Daten zu generieren. Ein weiteres Problem: viele KI-Modelle lernen aus öffentlich zugänglichen Quellen – also zum Beispiel auch aus den sozialen Medien. Wiederholen sich dort falsche Aussagen (z. B. „Rote Bete senkt den Blutzucker“), übernehmen KI-Systeme diese Pseudo-Fakten in ihre Wahrscheinlichkeitsmodelle.

Als Entscheidungsträger in der Medizin müssen wir also dringend dafür sorgen, dass KI-Modelle auf einer medizinisch validierten Datenbasis aufbauen – mit stetiger klarer fachlicher Begleitung. Diese Aufgabe liegt bei allen Beteiligten: Fachgesellschaften, Verbänden, Forschungseinrichtungen und selbstverständlich auch der Politik.

Echte Entlastung: KI in der Dokumentation

Eines der vielversprechendsten Einsatzgebiete für KI in der Praxis ist nicht die Therapie – sondern die Dokumentation.

In Studien und Pilotprojekten, z. B. in Marburg, werden Systeme getestet, bei denen Spracherkennung in Verbindung mit KI-gestützter Textverarbeitung Arztbriefe nahezu automatisch erstellt. Ein kontinuierlich laufendes Mikrofon erfasst das Gespräch mit der Patientin, erstellt ein Transkript und generiert daraus einen Arztbriefentwurf – inkl. relevanter ICD-Kodierungen und Anamnese-Bausteine.

Für Diabetologinnen und Diabetologen und deren Personal ein echter Mehrwert und eine echte Erleichterung im Fallmanagement. Denn im klinischen wie im ambulanten Alltag ist der zeitliche Aufwand für Dokumentation enorm. Laut Studien verbringen wir teilweise mehr als 50 % unserer Arbeitszeit mit Tätigkeiten, die nicht direkt patientenzugewandt sind. Hier könnte KI zu einem echten Befreiungsschlag werden – wenn sie denn sicher, datenschutzkonform und insbesondere fachlich kontrolliert eingebunden wird.

Entscheidungshilfe oder Entscheidungsinstanz?

Einer der entscheidendsten Punkte in der Diskussion um den Einsatz von KI in der Medizin ist die Frage der Verantwortung. Wer trifft die finale Entscheidung und wer haftet, wenn eine Entscheidung falsch ist? Wer bespricht mit einer Patientin, warum die Therapieempfehlung sich geändert hat und wie diese Entscheidung zustande gekommen ist?

Bei klassischen Systemen – etwa AID-Pumpen – ist die Logik nachvollziehbar. Bei KI-gestützten Systemen auf Basis neuronaler Netze ist das hingegen oft nicht der Fall. Sie gelten als „Black Boxes“ – selbst die Entwickler können mitunter nicht erklären, warum ein Modell genau eine bestimmte Entscheidung getroffen hat.

Das ist in der Medizin nicht tragbar. Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Erklärbarkeit müssen immer gewährleistet sein – nicht nur ethisch, sondern auch rechtlich. Es braucht technische „Sicherheitsgitter“ und ganz klare Regeln, wo KI unterstützen darf – und dass sie niemals allein entscheiden darf.

Smartwatches, Banane und Vertrauen

Nicht alles, was sich „intelligent“ nennt, ist es denn auch. Als mahnendes Beispiel seien hier günstige Smartwatches genannt, die angeblich Blutzuckerwerte messen können – teils sogar mit (natürlich missbräuchlich genutztem) DDG-Logo beworben. Bei der fachlichen

Überprüfung fielen die Geräte durch: sie lieferten sogar an einer Banane valide Glukosewerte – solange sie bewegt wurde.

Solche Fälle richten einen großen Schaden an. Sie verunsichern Patientinnen und Patienten und untergraben das Vertrauen in digitale Technologien. Oder aber Sie suggerieren Patientinnen und Patienten eine falsche Sicherheit! So oder so: sie zeigen in jedem Fall, wie wichtig Aufklärung, Regulierung und fachlich fundierte Standards sind – gerade im Bereich der KI.

Fazit: KI mit Augenmaß – und mit ärztlicher Führung

KI wird unser medizinisches Arbeiten grundlegend verändern – sie wird sie aber nicht ersetzen. In der Diabetologie eröffnet sie spannende Perspektiven: in der Auswertung von Langzeitdaten, der Therapieassistenten, dem Qualitätsmanagement, der Patientenschulung – und insbesondere in der Entlastung der ärztlichen Dokumentationspflicht.

Aber: KI ist kein Allheilmittel. Ihre Qualität steht und fällt mit den Daten, die wir ihr zur Verfügung stellen – und mit den Maßstäben, mit denen wir ihren Einsatz begleiten.

Als Diabetologinnen und Diabetologen können und sollten wir diesen Wandel proaktiv mitgestalten, mit fachlicher Neugier, aber auch mit kritischer Reflexion. Denn wir brauchen Standards, Datenzugang, klare Zuständigkeiten und nur wenn wir uns jetzt schon damit auseinandersetzen, haben wir eine Chance bei der künftigen Ausgestaltung des Handlungsrahmens mitzuwirken. Dafür brauchen wir als Ärztinnen und Ärzte auch die Bereitschaft, KI schlicht als Werkzeug zu begreifen: weder als Gegner noch als Zauberstab, sondern als Teil einer zukünftigen modernen und weiterhin verantwortungsvollen Medizin.

Dr. Tobias Wiesner
stellvertretender Vorsitzender
BVND, Vizepräsident DDG, Fach-
arzt für Innere Medizin, Endokri-
nologie, Diabetologie



Lohnt sich das Praxislabor noch?

Auswirkungen der Laborreform für die diabetologische Versorgung

Um die Vergütung von präanalytischen Leistungen (Transportkosten, Entnahmematerial und elektronische Auftragserteilung) rechtssicher zu gestalten und zur Anpassung des laborärztlichen Honorars an den kalkulatorischen Arztlohn hat der Bewertungsausschuss umfangreichen Änderungen festgelegt, die Anfang des Jahres in Kraft getreten sind. Leistungsinhalte, die bisher aus den Leistungen der In-vitro-Diagnostik querfinanziert wurden, erhalten eigene Leistungsziffern, daher wurde die Bewertung der Leistungen gemindert.

Das ist soweit nachvollziehbar und auch sinnvoll. Völlig unverständlich ist – neben einer willkürlichen, nicht begründbaren unterschiedlichen Abwertung einzelner Leistungen – die Tatsache, dass für Leistungen, die vor Ort in der Praxis erbracht werden, die Kosten für Entnahmematerial und auch für die ärztliche Leistung nicht mehr enthalten sind. Man hat schlicht und einfach vergessen, dass es eine Point-of-Care-Diagnostik gibt, die aus einer modernen (nicht nur diabetologischen) Praxis nicht mehr wegzudenken ist. Leider erfolgte diese Änderung auf Veranlassung der KBV, diese zeigt daher bisher nur wenig Interesse an einer Korrektur.

Somit stellt sich erneut die Frage nach der Wirtschaftlichkeit des Praxislabors. Im Gegensatz zu unseren Nachbarländern (Österreich, Schweiz) werden in der Praxis erbrachte Laborleistungen in der Regel nicht kostendeckend vergütet. Wenn diese dennoch in der Praxis erbracht werden, dann bisher deshalb, weil es in der Gesamtschau (durch Zeitersparnis, bessere Arbeitsorganisation) wirtschaftlich war, auch defizitäre Leistungen zu erbringen. Nach der jetzt erfolgten Absenkung z. B. des HbA1c um 1,33 € stellt sich das anders dar. Wir können nicht dauerhaft die gesetzliche Krankenversicherung mit 5,3 Mio. Euro jährlich subventionieren!

Im Vergleich: Kolleginnen und Kollegen in Österreich erhalten für die gleiche Bestimmung mehr als das 4-fache, die in der Schweiz fast das 8-fache! (Tab. 1) Ein Vergleich mit der Schweiz zeigt auch, dass die Bestimmung von Laborparametern im Präsenzlabor für den Kostenträger günstiger ist, allerdings ist die Differenz geringer. Eine Bestimmung im Großlabor ist etwa um den Faktor 3,5 teurer als in der Praxis, in der Schweiz immer noch

gut um das Doppelte. Dazu kommen ein umweltschädlicher Transport und, je nach Parameter, eine zeitabhängige Beeinträchtigung der Analysenergebnisse. (Tab. 2) Es ist verständlich, dass das Labor für das zur Verfügung gestellte Entnahmematerial eine Vergütung erhält (EBM 40089). Warum kann aber diese Ziffer nicht von der Praxis berechnet werden, welche die Bestimmung am Point-of-Care vornimmt? Ist etwa gemeint, dass sämtliches Verbrauchsmaterial zur Labordiagnostik vom Labor zur Verfügung gestellt werden soll, unabhängig davon, wo am Ende die Laboruntersuchung stattfindet? Die KBV möchte zunächst einmal analysieren, welche Veränderungen sich durch die Reform in der Praxis ergeben. Diese Analyse wird vermutlich das Jahr 2025 umfassen. Wenn in den Praxen weiterhin Laboruntersuchungen unter dem Selbstkostenpreis erfolgen, schaden wir nicht nur uns, sondern auch unseren Patientinnen und Patienten. Es ist fraglich, wie lange Geräte- und Analysenhersteller in Deutschland auf Gewinne verzichten. Ohne eine Änderung wird sich das Praxislabor aus Deutschland verabschieden, dann werden wir auch Privatversicherten keine POC-Testung mehr anbieten können.

Welche Lösungsmöglichkeiten gibt es?

Sofort kann die allgemeine Abrechenbarkeit der GOP 40089 (0,95 €, Zuschlag zu allen Leistungen aus Kapitel 32.2 und GOP 01812 sowie 01930) ermöglicht werden. Auch die Erweiterung der GOP 32089 als POCT-Zuschlag (nicht nur für trägergebundene Reagenzien) und Abrechenbarkeit als Zuschlag zu HbA1c ist mit wenig Aufwand umsetzbar. Bei dieser Gelegenheit kann dann auch gleich die durch nichts erklärbare Abwertung von 0,80 € auf 0,78 € korrigiert werden.

Perspektivisch muss man sich jedoch von einer solchen Hilfskonstruktion verabschieden und eine korrekte Bewertung der POC-Diagnostik in der Praxis einführen. Eine nachvollziehbar kalkulierte Zuschlagsziffer für die qualitätsgesicherte Erbringung der Laborleitung in der Praxis, anzuwenden wenn das Ergebnis innerhalb von 30 Minuten vorliegt und die Bestimmung mit einer nach RiLi-BÄK qualitätskontrollierten Methode erfolgt.

Und bis dahin – oder aber wenn es keine sinnvolle Lösung des Problems gibt? Dann gibt es nur eine Option: die Bestimmung von HbA1c kann nicht mehr in der Praxis erfolgen. Patientinnen und Patienten müssen dann entweder zeitnah vor ihrem Termin im Labor zur Blutentnahme erscheinen oder einen aktuellen Befund einer vom Hausarzt veranlassten Untersuchung mitbringen. Alternativ, wenn sich der Patient oder die Patientin die zusätzliche Zeit und / oder Kosten sparen möchte, kann die Bestimmung auf Wunsch auch als Selbstzahlerleistung mit sofort verfügbarem Ergebnis erfolgen. Im Rahmen der geänderten Vergütung von Laborleistungen ist es wichtig, darauf zu achten, dass die Abrechnung aller erbrachten Leistungen vollständig erfolgt und dass die richtigen Laborziffern ausgewählt werden. Es sollte z. B. immer geprüft werden, ob die alleinige Bestimmung des HbA1c ausreicht, oder ob zusätzlich nicht auch eine Messung der Plasmaglukose sinnvoll ist. Auch bei der Bestimmung der uACR und beim oGTT im Rahmen der Schwangerenbetreuung gibt es Fallstricke zu beachten (Abrechnungsbeispiele)

Tab. 1 Vergütung für eine HbA1c-Bestimmung in der Praxis

Deutschland	Deutschland bis 31.12.2024	Österreich	Schweiz
2,67 €	4,00 €	11,07 €	20,50 € (19,20 CHF)

Tab. 2 Vergleich: HbA1c-Bestimmung in der Praxis am Point of Care und im Großlabor in Deutschland und in der Schweiz, Stand 31.05.2025

Deutschland		
Praxis	Labor	
2,67 €	2,67 €	Analysenpreis
-	0,95	Entnahmematerial
-	2,85	Grundpauschale
-	2,80	Transportpauschale
-	0,60	e-Auftragszuschlag
2,67 €	9,87 €	

Schweiz		
Praxis	Labor	
20,50 €	17,08	Analysenpreis
-		
-	23,60	Grundtaxe
-	3,84	Präsenztaxe
-		
20,50 €	44,52 €	

Abrechnungsbeispiele: oGTT bei Schwangeren

Die Ziffer für die Glukosebestimmung im Rahmen des oGTT bei Verdacht auf Gestationsdiabetes wurde massiv abgewertet.

Daher:

Keine Abrechnung der 01812 mehr, stattdessen 32025:
 $3 \times 1,60 \text{ €} = 4,80 \text{ €}$

(im Vergleich zu 2024 "nur" 1,14 € Verlust statt 3,33 €)

Auch bei der Abrechnung des oGTT nach GOÄ kann man einen Fehler machen.

(In der gerade beschlossenen neuen GOÄ ist lediglich die Höhe der Vergütung geändert)

GOP 3613: Glukosetoleranztest, oral (viermalige Bestimmung von Glukose) = 9,33 €

GOP 3514: Glukose (Begründung: dreimalige Bestimmung im Rahmen des oGTT) = $4,08 \times 3$: 16,24 €

Leitliniengerecht ist einzig die dreimalige Bestimmung, die GOP 3613 ist damit nicht vollständig erbracht und darf nicht abgerechnet werden.

Vollständige Abrechnung der uACR-Bestimmung:

	EBM		GOÄ (Einfachsatz)	
Urin-Microalbumin	32135	1,55 €	3736	6,99 €
Harnstreifentest	32033	0,50 €	3511	2,91 €
Kreatinin	32067	0,40 €	3520	4,08 €
Zuschlag trägergebundene Reagenzien	32089	0,78 €	-	-
Summe		3,23 €		13,98 €

Toralf Schwarz

BVND-Vorstandsvorsitzender



Honorarverluste für diabetologische Schwerpunktpraxen abgewendet!

Die gemeinsame Selbstverwaltung hat am 18.08.2025 eine Einigung zur Neuregelung der hausärztlichen Vorhaltepauschale ab Januar 2026 erzielt – **unter Berücksichtigung der Belange der Schwerpunktpraxen!**

Es ist dem BVND gelungen Honorarverluste für diabetologische Schwerpunktpraxen abzuwenden, gleichzeitig bleibt die Chance für eventuelle Honorarzuwächse erhalten. Wir haben damit in einem ersten Schritt erreicht, dass unsere Praxen und ihre Patientinnen und Patienten nicht zu den Verlierern der Umverteilungslogik des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) werden. **Die neuen Regelungen gelten ab 1. Januar 2026**

Was wurde geregelt?

Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags [GOP 03040]) musste wegen der gesetzlichen Vorgaben (GSVG) neu geregelt werden. DSP im fachärztlichen Sektor sind daher nicht betroffen, für diese sind auch keine Änderungen vorgesehen.

Was ist der Kern der Neuregelung?

Die Bewertung der GOP 03040 wird zum 1. Januar abgesenkt – von 138 auf 128 Punkte. Dafür gibt es einen Zuschlag von 10 Punkten, wenn die Praxis mindestens zwei von zehn Kriterien erfüllt. Werden mindestens acht Kriterien erreicht, erhält die Praxis anstelle der 10 Punkte einen Zuschlag von 30 Punkten. Neu ist ein Abschlag für Hausarztpraxen, die

weniger als zehn Schutzimpfungen im Quartal durchführen. Ihre Vorhaltepauschale wird um 40 Prozent gekürzt.

Was gilt für Schwerpunktpraxen?

Für diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen gibt es zwei Ausnahmeregelungen: Sie den 10-Punkte-Zuschlag zur Vorhaltepauschale ohne die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien. Außerdem entfällt der 40-prozentige Abschlag, wenn eine Praxis zu wenig impft. Für den höheren Zuschlag von 30 Punkten müssen sie wie alle anderen Hausärzte mindestens acht Kriterien erfüllen.

Was muss die DSP bei der Abrechnung in Zukunft beachten?

Nichts ändert sich. Die Vorhaltepauschale und die Zuschläge werden wie bisher auch, von der KV zugesetzt. Es bleibt damit bei 138 Punkten pro Patient und Quartal – wie bisher. Die KV prüft, ob die Praxis bei mehr als 20 Prozent der Patienten spezialisierte diabetologische Behandlungen durchführt.

Ein erster wichtiger Schritt, aber kein Grund zum Ausruhen

In einer zweiten Runde muß eine Neubewertung der Chronikerpauschale erfolgen. Vorgesehen ist die Einführung einer Jahrespauschale für Menschen mit „chronischen Erkrankungen, die mit einem (1) bestimmten Medikament behandelt“ werden und „keinen intensiven Betreuungsbedarf“ haben. Diese Regelung muss budgetneutral erfolgen. Nicht zu unrecht befürchten die Krankenkassen dadurch jedoch



Ausgabensteigerungen. Der BVND setzt sich daher dafür ein, die weiterhin bestehenden Quartals-Pauschalen für die schwerer chronisch Erkrankten aufzuwerten. Nur dadurch ist auch die vom Gesetzgeber gewollte Entlastung der Hausarztpraxen möglich – bei gleichzeitig besserer Versorgung vulnerabler Patientengruppen.

Auch die Auswirkungen der zum 1. Oktober 2025 in Kraft tretenden Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen aus Kapitel 3 und Hausbesuchen werden wir wachsam und kritisch begleiten. Auch wenn die Krankenkassen hierfür zusätzliches Geld bereitstellen werden, kündigen sich parallel bereits Kürzungen an anderer Stelle an. Psychosomatik und Ultraschalluntersuchungen werden massiv abgewertet. Auch hier kommt es darauf an, Schaden von den DSP abzuwenden.

Fazit:

Mit der jetzigen Einigung haben wir ein wichtiges Etappenziel erreicht. Langfristig und nachhaltig gesichert ist die Versorgung von Menschen mit Diabetes damit jedoch nicht.

Unsere Verbandsziele bleiben klar: Diabetologische Schwerpunktpraxen brauchen Planungssicherheit, eine faire Honorierung und eine – auch politisch gewollte – Stärkung der ambulanten Versorgung. Für den BVND bedeutet das, sich dafür einzusetzen, dass diabetologische Schwerpunktpraxen nicht im Nachgang in anderen Bereichen benachteiligt werden.

Toralf Schwarz,
BVND-Vorstandsvorsitzender



Alle Informationen und Details zur hausärztlichen Vorhaltepauschale haben wir noch einmal in einem detaillierten Informationsblatt zusammengefasst. Dieses können Sie als .pdf auf der BVND-Webseite einsehen und herunterladen. Dazu einfach den QR-Code scannen.

winDiab – Eine 18-jährige Erfolgsgeschichte mit Potential

Der Jahresbericht 2025

MITMACHEN!

Der Jahresbericht 2025 zeigt eine leistungsfähige ambulante Diabetologie mit hohem Digitalisierungsgrad. Gleichzeitig machen die Daten deutlich, dass technischer Fortschritt allein die OutcomeLücke (Komorbiditäten, Schwangerschaftskomplikationen) nicht schließt. Durch weitere Qualitätsinitiativen, integrative Registerarbeit und gezielte Schulungs sowie Präventionsangebote kann winDiab seine Rolle als Motor der Versorgungsforschung weiter ausbauen.

Kontext und Zielsetzung

Der Jahresbericht 2025 fasst die Versorgungsforschung des wissenschaftlichen Instituts der niedergelassenen Diabetologen (winDiab) zusammen. Datengrundlage sind – neben Einzelprojekten – die kumulierten Angaben von 39 Partnerpraxen (DSPen) für das Versorgungsjahr 2024 sowie die primären GestDiabRegisterdaten des Jahres 2023. Die Dateneingabe erfolgt über die browserbasierte Plattform secuTrial; ICDbasierte Morbiditätsangaben werden über das Tool ICDiab automatisiert ergänzt.

Versorgungskennzahlen der DSPen 2024

Kenngroße	Ergebnis	Interpretation
Behandlungsvolumen	92.025 Diabetespatienten pro Quartal (Median $\approx$ 2.067 je Praxis)	stabile hohe Fallzahlen in ambulanten Strukturen
Typenverteilung	78 % Typ 2, 18 % Typ 1, 2 % GDM, 1 % sonstige	typische SchwerpunktpraxisMischung
Neuaufnahmen	$\emptyset$ 17 % (Spannweite 7–39 %)	deutliche Dynamik; hohe Varianz zwischen Praxen
Insulintherapie	$\emptyset$ 44 % aller Patienten	spiegelt Spezialisierung der Zentren
Insulinpumpe (Typ 1)	$\emptyset$ 30 %	Innovationsschub, aber heterogene Umsetzung
Automatisierte AIDSysteme	absolute Zahlen steigen, jedoch erst einzelne Praxen mit $\geq$ 150 Anwendern	Innovationsschub, aber heterogene Umsetzung
Begleiterkrankungen (Typ 2)	Hypertonie 72 %, KHK 20 %	hohe kardiovaskuläre Last; Kodierqualität variabel
Diabetisches Fußsyndrom	26 % aller Patienten; 17 % davon mit akuter Fußwunde	erheblicher Behandlungsbedarf

Analyse:

Die Daten bestätigen die Rolle der DSPen als HighVolumeVersorger komplexer Diabetesfälle. Der weit verbreitete Einsatz von Pumpen und CGM spricht für hohe Technikaffinität. Gleichzeitig zeigen Komorbiditätsraten (Hypertonie, KHK, DFS) den Bedarf an integrierter Versorgung und Präventionsstrategien.

GestDiabRegister 2023 (80 Zentren)

Kennzahl	GDM	Typ 1 in Schwangerschaft	Typ 2 in Schwangerschaft
Datensätze 2023	4 473	117	117
Pumpentherapie	n. v.	61 %	8 %
CGMNutzung	n. v.	96 %	40 %
SectioRate	k. D.	55 %	70 %
LargeforGA ($\geq$ P90)	k. D.	38 %	30 %

Insgesamt umfasst das Register inzwischen 64.785 Schwangerschaften seit 2008. Die hohe Technologieakzeptanz bei Typ1Schwangerschaften kontrastiert mit weiterhin erhöhten Sectio und LGARaten, was den Bedarf an präkonsultativer Stoffwechseleoptimierung unterstreicht.

Projektportfolio 2024/25 – Fortschritte und Highlights

Projekt	Zweck / Fortschritt
ICDiab	kontinuierliches ICDControlling in $\approx$ 50 Praxen; liefert BenchmarkBerichte und reduziert Kodierfehler
GestDiab multilingual	KIgestützte Übersetzung von PatientinnenInformationen in 15 Sprachen; 36 % der GDMFrauen mit Migrationshintergrund profitieren
IUFTRegister	Erweiterung zu intrauterinem Fruchttod; Analyse läuft
GestDiNa	InnovationsfondsProjekt zur GDMNachsorge; Transferphase geplant
MutterpassProjekt	Kampagne zur korrekten GMDokumentation in Mutterpässen
H2O / ProDiab	Pilot für patientreported outcomes; 90 % Nutzerakzeptanz Antrag für Rollout in 25 Praxen gestellt
AugenDiab	Umfrage: 27 % verweigern Augencheck; 65 % würden automatisiertes Retinascreening gegen Selbstzahlung akzeptieren
Inkre2Diab	Qualitätsprojekt zu dualen Inkretinmimetika, Ergebnisse werden 2025 vorgestellt

Schulungsaktivitäten

- ▶ Breites Programmportfolio (ICT/PRIMAS, Pumpen, CGM/Flash, HyPOS, Medias2, BOT/SIT usw.).
- ▶ Insgesamt hohe, aber sehr variable Kurszahlen; Einzelschulungen nehmen v. a. bei GDM und Migrantinnen zu.
- ▶ Spezifische Kurslücken bestehen bei AIDSystemen – Potenzial für standardisierte Module.

Struktur und Prozessqualität

Aspekt	Befund
DDGZertifizierungen	15 Diabeteszentren & 16 Exzellenzzentren; 27 FußEinrichtungen
Weiterbildung	32 Praxen bilden Diabetologinnen aus; 16 haben aktuell Weiterbildungsassistentinnen
Multidisziplinarität	flächendeckender Einsatz von Diabetesberaterinnen und -assistentinnen

Limitationen der Datengrundlage

- ▶ Nicht alle Praxen konnten sämtliche Kennzahlen liefern (z. B. MODYKlassifikation, Einzelschulungszählungen, Technikzahlen).
- ▶ Kodierfehler beeinflussen Komorbiditätsraten; ICDbasierte Daten mildern, aber eliminieren die Problematik nicht.
- ▶ Repräsentativität: DSPen decken spezialisiertes Segment ab; Ergebnisse nicht 1:1 auf Grundversorgung übertragbar.

Gesamtbewertung und Ausblick

Insgesamt zeichnet der Bericht ein erfreuliches Bild einer hochdigitalisierten, innovationsfreudigen ambulanten Diabetologie. Dank der stetig wachsenden Register GestDiab und der ICDgestützten Routinedatenerfassung (ICDiab) steht den Beteiligten inzwischen ein belastbares Datenfundament zur Verfügung, das langfristige Trendanalysen zulässt. Die konsequente Nutzung von Pumpen, CGM und AIDTechnologien sowie das breite Portfolio an Qualitäts und Innovationsprojekten – von mehrsprachigen Informationsmaterialien über patientereported outcomes bis hin zum pilotierten automatisierten Retinascreening – unterstreichen den hohen Digitalisierungsgrad der Versorgung wie auch der Datenerhebung.

Demgegenüber stehen weiterhin erhebliche Potentiale. Homogenere EDVStrukturen in den Praxen und eine einheitliche Kodierpraxis könnten das Datenfundament verbessern. Trotz moderner Technologien bleiben Komplikationsraten – etwa beim diabetischen Fußsyndrom oder bei Schwangerschaftsausgängen (LGA und Sectio-Raten) – auf einem hohen Niveau, was auf eine OutcomeLücke hinweist. Hinzu kommt eine uneinheitliche Schulungslandschaft: Während manche Praxen ein breites Kursspektrum anbieten, fehlen andernorts standardisierte Curricula, insbesondere für AIDSysteme und für Patientinnen mit Migrationshintergrund.

Um diese Diskrepanzen zu verringern, wird empfohlen das erfolgreiche KodierCoaching auszubauen und die

aus ICDiab gewonnenen Erkenntnisse in strukturierte CMEFormate zu überführen. Zweitens sollten GestDiab, PRO und Technikdaten in einem gemeinsamen Dashboard integriert werden, um ein ganzheitliches und zugleich praxistaugliches Qualitätsmonitoring zu ermöglichen. Drittens bedarf es einer verbindlichen Schulungsstandardisierung für AIDSysteme sowie kultursensitiver Programme, damit alle Patientengruppen gleichermaßen profitieren. Viertens ist ein stärkerer OutcomeFokus anzustreben, etwa durch die verpflichtende Dokumentation individualisierter HbA1cZiele und PROScores im Jahresbericht. Fünftens schließlich sollten gezielte Follow-upStudien – beispielsweise zur Effektivität des automatisierten Retinascreenings und zur Einführung dualer Inkretinmimetika (Inkre2Diab) – systematisch die Umsetzung neuer Technologien und Therapien begleiten. Tool ICDiab automatisiert ergänzt.

Weitere Informationen auf www.windiab.de.

Auch unsere Arbeit für die ambulante Diabetologie lebt vom Mitmachen, werden Sie Partnerpraxis und machen Sie an unseren offenen Projekten mit.

Dr. Matthias Kaltheuner

Diabetologe

Geschäftsführer der winDiab gGmbH

m.kaltheuner@windiab.de



BIS 2040 ...

**... WIRD SICH DIE ZAHL DER MENSCHEN
MIT AUTOIMMUNEM TYP-1-DIABETES
VORAUSSICHTLICH VERDOPPELN.*,¹**

**ES IST AN DER ZEIT,
1 SCHRITT VORAUS ZU SEIN.**

**T1D
SCHRITT
VORAUS**



Jeder Mensch kann einen autoimmunen Typ-1-Diabetes (T1D) entwickeln.² Einige haben jedoch ein höheres Risiko, wie z. B. durch eine familiäre Vorgeschichte oder eine andere Autoimmunerkrankung.^{3–5} Mit der Früherkennung kann der autoimmune T1D Monate und Jahre vor dem Auftreten von Symptomen entdeckt werden. So werden mehr Menschen vor den Gefahren einer zu späten Diagnose geschützt.^{6,7}

Scannen Sie den QR-Code, um mehr zu erfahren über Risikogruppen und die Notwendigkeit, noch heute mit der Früherkennung zu beginnen,^{6,8} oder besuchen Sie www.gemeinsam-typ1.de

T1D: Typ-1-Diabetes.

* Basierend auf einer geschätzten Anzahl von 8,4 Millionen Menschen mit autoimmunem T1D im Jahr 2021 und prognostizierten 13,5–17,4 Millionen im Jahr 2040, die mit einem zeitdiskreten Markov-Krankheits-Todes-Modell auf Kohortenebene vorhergesagt wurde, das entwickelt wurde, um Schätzungen der Prävalenz und Inzidenz von autoimmunem T1D und der damit verbundenen Sterblichkeit und Lebenserwartung weltweit im Jahr 2021 zu erstellen.¹

Referenzen: 1. Gregory GA et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2022; 10: 741–60; 2. Karges B et al. *Diabetes Care* 2021; 44: 1116–24; 3. Besser REJ et al. *Pediatr Diabetes* 2022; 23: 1175–87; 4. Ludvigsson JF et al. *Diabetes Care* 2006; 29: 2483–8; 5. Skov J et al. *Eur J Endocrinol* 2022; 186: 677–85; 6. Besser REJ et al. *Arch Dis Child* 2022; 107: 790–5; 7. Insel RA et al. *Diabetes Care* 2015; 38: 1964–74; 8. Hummel S et al. *Diabetologia* 2023; 66: 1633–42.



Erfolgreich in die Selbstständigkeit

Was bei der Übernahme einer Arztpraxis zu beachten ist

Viele angestellte Ärztinnen und Ärzte fragen sich früher oder später, ob die dauerhafte Tätigkeit im stationären Bereich das berufliche Ziel ist, das sie bis zum Renteneintrittsalter oder darüber hinaus vor Augen haben sollen. Die Aussicht auf ein höheres Einkommen, größere Entscheidungsfreiheit und selbstbestimmte Arbeitszeiten macht die Niederlassung in eigener Praxis nach wie vor zu einer attraktiven Option. Der Weg in die Selbstständigkeit muss jedoch sorgfältig geplant und gut vorbereitet werden – juristisch, steuerlich und wirtschaftlich.

Praxisübernahme oder Neugründung

Am Anfang steht die Entscheidung: Möchten Sie eine bestehende Praxis übernehmen oder selbst eine neue Praxis gründen und aufbauen? Vor dem Hintergrund, dass – häufig entgegen der tatsächlichen Versorgungslage – selbst in ländlichen Regionen aufgrund der Bedarfsplanung eine Überversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen angenommen wird und es daher keine freien Versorgungsaufträge gibt, kommt häufig nur eine Übernahme einer bestehenden Praxis in Frage. In bedarfsplanerisch unterversorgten Regionen können Sie sich hingegen frei, d.h. ohne Übernahme einer bestehenden Praxis, niederlassen. Dies ist jedoch vergleichsweise selten möglich.

Sorgfältige Prüfung der Unterlagen

Ist eine Praxis, gegebenenfalls mit mehreren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen vorhanden, sollte sorgfältig geprüft werden, ob ein Einstieg – etwa im Wege einer Beteiligung – infrage kommt. In manchen Fällen besteht bei einem der Praxisinhaber bereits die Absicht, die Praxis zu erweitern oder perspektivisch Anteile an der Praxis abzugeben. Eine solche Konstellation kann den Einstieg erheblich erleichtern.

Unabhängig davon, ob Sie eine Einzelpraxis übernehmen oder eine Beteiligung an einer Berufsausübungsgemeinschaft anstreben. Stets ist eine gründliche Prüfung der wirtschaftlichen und rechtlichen Grundlagen zwingend erforderlich.

Zu den relevanten Unterlagen zählen:

- der aktuelle Mietvertrag,
- sämtliche bestehenden Arbeitsverhältnisse,
- laufende Verträge (z. B. mit Dienstleistern oder Lieferanten),
- die drei letzten Jahresabschlüsse der Praxis,
- das vollständige Anlageverzeichnis mit Angaben zu Inventar, medizinisch-technischer Ausstattung und deren buchhalterischem Wert.

Sollte der Praxisinhaber die Herausgabe dieser Unterlagen zunächst verweigern, kann eine Verschwiegenheitserklärung angeboten werden. Damit wird sichergestellt, dass lediglich die vom Interessenten beauftragten Berater – etwa Steuerberater, Rechtsanwalt oder Bankberater – Einsicht erhalten. Eine Weitergabe der Informationen an sonstige Dritte bleibt ausgeschlossen.

Nach Vorlage der Unterlagen ist eine strukturierte Auswertung erforderlich. Dafür empfiehlt sich die Einbindung eines spezialisierten Beraterteams: ein Steuerberater mit Erfahrung im Heilberufsbereich, ein im Medizinrecht versierter Rechtsanwalt sowie ein Finanzierungspartner, idealerweise mit Branchenkenntnis im ambulanten Gesundheitssektor.

Gerade im ärztlichen Bereich gelten spezifische berufs- und zulassungsrechtliche Vorgaben, insbesondere aus dem Vertragsarztrecht, die bei der Übernahme berücksichtigt werden müssen. Eine isolierte Betrachtung rein wirtschaftlicher Kennzahlen greift insofern regelmäßig zu kurz.

Im Rahmen der rechtlichen Prüfung werden insbesondere Risiken aus bestehenden Verträgen identifiziert, etwa bei Arbeitsverhältnissen, Mietkonditionen oder Dienstleistungsverträgen. Zudem wird eine realistische Bewertung des Kaufpreises vorgenommen und der Praxiskaufvertrag im Hinblick auf praxisrelevante Regelungen ausgestaltet – zum Beispiel zur Haftung, zum Übergangszeitraum oder zu Wettbewerbsverboten.

Arbeitsverhältnisse und Betriebsübergang

Im Zuge einer Praxisübernahme stellt sich regelmäßig die Frage, welche bestehenden Verträge – insbesondere Arbeitsverhältnisse – vom Übernehmer fortgeführt werden müssen. Zwar besteht häufig der Wunsch, der Praxis eine eigene Handschrift zu verleihen und gewisse Abläufe zu verändern. Gleichzeitig ist es jedoch sinnvoll, bewährte Strukturen zunächst zu erhalten – nicht zuletzt im Personalbereich.

Der Praxisbetrieb ist ohne eingearbeitetes und zuverlässiges Fachpersonal kaum vorstellbar. Insbesondere medizinische Fachangestellte, die mit den organisatorischen Abläufen und dem Patientenkreis vertraut sind, tragen entscheidend zur Funktionsfähigkeit der Praxis bei. Qualifiziertes Personal ist jedoch zunehmend schwer zu finden, und offene Stellen lassen sich nicht immer kurzfristig besetzen.

Ein wesentlicher Vorteil bei der Praxisübernahme besteht daher in der Pflicht, das vorhandene Team zu übernehmen – und dies nicht nur aus praktischen, sondern auch aus rechtlichen Gründen. Denn das Gesetz sieht in § 613a BGB den sogenannten Betriebsübergang vor. Geht der Praxisbetrieb auf einen neuen Inhaber über, so treten die bestehenden Arbeitsverhältnisse automatisch mit allen Rechten und Pflichten auf diesen über. Stellenausschreibungen und aufwendige Neubesetzungen lassen sich dadurch im Idealfall vermeiden. Allein die Person des Arbeitgebers ändert sich bei einem Betriebsübergang.

Für nichtärztliches Personal gilt dies uneingeschränkt. Medizinische Fachangestellte und weiteres Assistenzpersonal können ohne zusätzliche Formalitäten übernommen und weiterbeschäftigt werden. Anders verhält es sich bei angestellten Ärztinnen und Ärzten, die gesetzlich versicherte Patienten behandeln. Hier greift eine wichtige Ausnahme. Die Weiterbeschäftigung bedarf der vorherigen Genehmigung durch den zuständigen Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung. Der Betriebsübergang allein begründet keine automatische Übertragung der bestehenden vertragsärztlichen Anstellungsgenehmigung.

Auch wenn der betroffene Arzt mit der Übernahme seines Arbeitsverhältnisses einverstanden ist und die Anstellung bereits in der Vergangenheit genehmigt war, muss der neue Praxisinhaber in der Regel rechtzeitig einen neuen Antrag auf Genehmigung der ärztlichen

Anstellung stellen. Die frühzeitige Antragstellung ist zwingend, um Verzögerungen bei der Praxisübernahme zu vermeiden.

Gerade vor dem Hintergrund des zunehmenden Fachkräftemangels ist der gesetzlich geregelte Betriebsübergang für Praxisübernehmer eine große Erleichterung. Er ermöglicht die Fortführung eingespielter Strukturen, vermeidet langwierige Bewerbungsverfahren und erlaubt es, von der Erfahrung des bestehenden Personals unmittelbar zu profitieren – ein nicht zu unterschätzender Vorteil für einen reibungslosen Praxisstart. Für Praxisübernehmer bedeutet dies Stabilität und Planungssicherheit – und die Chance, von der Erfahrung und Routine des bestehenden Teams unmittelbar zu profitieren.

Mietvertrag

Im Gegensatz zu den Arbeitsverhältnissen, die im Rahmen eines Betriebsübergangs automatisch auf den Praxisübernehmer übergehen, gilt dies für sonstige Verträge – insbesondere den Mietvertrag – nicht ohne Weiteres. Dies ist vor allem bei der Übernahme einer Einzelpraxis relevant. Während Sie bei einem Eintritt in eine bestehende Berufsausübungsgemeinschaft automatisch in alle Verträge eintreten, sind die bestehenden Verträge bei einer Einzelpraxis vom bisherigen Praxisinhaber auf den künftigen Praxisinhaber separat überzuleiten. Hierzu gehört in der Regel auch der Mietvertrag.

Ein zentraler Erfolgsfaktor für die Übernahme ist in der Regel die Sicherung des Praxisstandorts. Der Abschluss und die tatsächliche Umsetzung eines Praxiskaufvertrags sind regelmäßig davon abhängig, dass der Übernehmer in das bestehende Mietverhältnis eintritt oder ein neues Mietverhältnis zu vergleichbaren Konditionen vereinbart. Ohne rechtsverbindliche Standortsicherung besteht ein erhebliches Risiko – sowohl für den weiteren Praxisbetrieb als auch für die finanzierende Bank, die gegebenenfalls keine Zusage für eine Praxisfinanzierung erteilt.

Übernimmt der Käufer eine Einzelpraxis ohne Standortwechsel, muss sichergestellt werden, dass er auch rechtlich wirksam Mieter der Praxisräume wird. Dies kann durch einen Nachtrag zum bestehenden Mietvertrag erfolgen, in dem der Vermieter, der bisherige Praxisinhaber und der übernehmende Arzt den Mieterwechsel verbindlich regeln. Alternativ kommt der Abschluss eines vollständig neuen Mietvertrags in Betracht, der die bis-

herigen Konditionen aufgreift oder gegebenenfalls neu verhandelt. Beide Varianten setzen eine klare, schriftliche Vereinbarung voraus um spätere Unsicherheiten zu vermeiden. Insbesondere kann bei Formverstößen der ursprünglich befristete Mietvertrag als unbefristet angesehen werden mit der Folge, dass dieser mit einer nur kurzen Frist kündbar ist und damit vermeintliche Planungssicherheit entfällt und Investitionen in bauliche Veränderungen fehlgehen.

Abschließend empfiehlt es sich, im Mietvertrag eine ausdrückliche Nachfolgeregelung zu vereinbaren. Diese sollte sicherstellen, dass der Mietvertrag im Falle eines Praxisverkaufs mit vorweggenommener Zustimmung des Vermieters auf den Erwerber übertragen werden kann. Darüber hinaus sollte geregelt sein, dass die Aufnahme weiterer Mieter – etwa im Rahmen der späteren Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft – zulässig ist. Eine solche Klausel schafft rechtliche Klarheit und ermöglicht eine flexible Entwicklung der Praxisstruktur, ohne dass jeweils Neuverhandlungen mit dem Vermieter erforderlich werden. Besonders bei langfristig angelegten Mietverhältnissen stellt sie einen wichtigen Baustein zur Absicherung und Planungssicherheit der zukünftigen Praxisführung dar.

HFBP Rechtsanwälte und Notare informiert Sie jederzeit gern zu weiteren Fragestellungen zum Thema des Praxiseinstiegs und der Praxisabgabe.

Dr. iur. Johannes Rein und Dr. iur. Robert Schenk

Fachanwälte für Medizinrecht bei HFBP Rechtsanwälte und Notare



Kommentar

”

Liebe Kolleg*innen!

Vorstehender Beitrag bedarf aus Sicht des langjährig Niedergelassenen mit erfolgreicher Praxisübergabe einer Ergänzung.

Der Gastbeitrag der Rechtsanwälte deckt viele wesentliche Punkte, die in einem Ab-/Übergabeprozess wichtig sind, ab. Was er aber nicht abdeckt, ist die menschliche und insbesondere unter ärztlichen Kolleg*innen vorhandene menschelnde Komponente, die vielen Praxisabgebern und ´Neuankömmlingen` unter dem Aspekt der guten Weiterbetreuung der Patient*innen aber wichtig ist. Und diese ist von erfahrenen ärztlichen Kolleg*innen auch zu bekommen.

Aus eigener Erfahrung – und aus vielen Berichten von abgebenden und übernehmenden Kolleg*innen – weiß ich, dass dieser ´blinde Fleck` bei diesem Prozess keine ausreichende Berücksichtigung findet. Das kann im Extremfall dazu führen, dass abgebende Kolleg*innen unzufrieden aus ihrem aktiven Berufsleben ausscheiden und übernehmende Kolleg*innen häufig mit falschen Vorstellungen in die Niederlassung starten.

Da es zu diesem Thema ärztliche Expertise gibt, sollte diese aus meiner Sicht dringend auch zur externen unabhängigen Einschätzung von Rahmenbedingungen eingeholt werden.

Ihr
Dr. Nikolaus Scheper



”



Niederlassung als Perspektive

Medizinstudierende zu Gast beim BVND-Nachwuchsabend

Wie gelingt es, junge Medizinerinnen und Mediziner für die ambulante Diabetologie zu begeistern? Der BVND hat darauf eine klare Antwort: mit persönlichem Austausch, Einblicken in den Praxisalltag und konkreten Perspektiven.

Beim diesjährigen Nachwuchsabend im Rahmen des Diabeteskongresses kamen interessierte Medizinstudierende und angehende Ärzt*innen zusammen, um sich in entspannter Atmosphäre mit Mitgliedern des Vorstandes des BVND über die Möglichkeiten der niedergelassenen Tätigkeit in der Diabetologie zu informieren.

Bei Snacks und Getränken konnten die Teilnehmenden ins Gespräch kommen, Fragen stellen – und Vorurteile und Vorbehalte abbauen. Themen wie Existenzgründung, Weiterbildungsmöglichkeiten, Kooperationen im Praxisnetzwerk wurden offen und praxisnah diskutiert.

Die Mitglieder Ihres Vorstandes konnten über ihren Berufsweg, die Vorteile der ambulanten Versorgung, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie – und über die wachsende Bedeutung der wohnortnahen, interdisziplinären Betreuung von Menschen mit Diabetes berichten.

Der Abend machte deutlich: Die ambulante Diabetologie ist ein spannendes, sinnstiftendes und zukunftsreiches Arbeitsfeld – mit echtem Gestaltungsspielraum und hoher fachlicher Tiefe. Der BVND hat es sich zum Ziel gesetzt, gerade bei jungen Kolleginnen und Kollegen das Interesse für die eigene Niederlassung zu wecken und will diesen Dialog weiterführen – in der Überzeugung, dass unser Fach Nachwuchs verdient, der mit Leidenschaft und Kompetenz die Zukunft mitgestaltet.



Hochkonzentrierte Capsaicin-Therapie zur Behandlung von diabetischer Polyneuropathie

Real-World Daten zeigen den Wert wiederholter Anwendung

Diabetische Polyneuropathie führt zu erheblichen Belastungen für Patient:innen

Die diabetische Polyneuropathie (DPN) betrifft bis zu ca. 50 % der Menschen mit Diabetes weltweit und stellt eine große Belastung dar.¹ Die schmerzhafte diabetische Polyneuropathie (pDPN) äußert sich durch brennende, stechende Schmerzen, Parästhesien, Allodynie und sensorische Verluste, was zu erhöhter Invalidität, Schlafstörungen und verminderter Lebensqualität (QoL) führt.² Trotz dieser hohen Prävalenz und des Leidensdrucks besteht ein erheblicher ungedeckter medizinischer Bedarf, da systemische Therapien oft unzureichend wirksam sind, ungünstige Nebenwirkungen verursachen und zu häufigen Therapieabbrüchen führen können.

Das hochkonzentrierte Capsaicin 8%-Pflaster (HCCP, Qutenza®) ist eine lokale, nicht-systemische Therapieoption. Capsaicin ist ein hoch selektiver Stimulator des TRPV1 – ein Rezeptor, der auf Nervenfasern sitzt und für Schärfe- und Hitzeempfinden zuständig ist. Die Stimulation des Rezeptors durch Qutenza® führt dazu, dass hyperaktive Nervenfasern weniger empfindlich für verschiedenen Reize werden. Dies wird häufig als Desensibilisierung bezeichnet und liegt vermutlich der Schmerzlinderung zugrunde.³

Aktuelle Evidenz aus der CASPAR-Studie¹

Die retrospektive, nicht-interventionelle CASPAR-Kohortenstudie evaluierte Langzeitergebnisse und Verträglichkeit wiederholter Qutenza®-Behandlungen bei 826 pDPN-Patient:innen an Händen, Füßen oder Beinen in der realen Versorgung in Deutschland.¹ Die wesentlichen Ergebnisse umfassen:

► Schmerzlinderung bereits nach einer Anwendung:

Eine signifikante Reduktion der durchschnittlichen 24-Stunden-Schmerzintensität (API) von 57,5 mm VAS

bei Baseline auf 42,4 mm nach 3 Monaten wurde beobachtet.

► Kumulative Wirkung nach bis zu vier Anwendungen:

Fortschreitende Behandlungen führten zu weiteren Verbesserungen; diese gingen wieder verloren wenn keine weiteren Applikationen von Qutenza® erfolgten. Patient:innen, die vier Qutenza®-Behandlungen erhielten, zeigten eine Reduktion der API von 59,0 mm VAS (Baseline) auf 16,0 mm (Monat 12) (Abb.1).

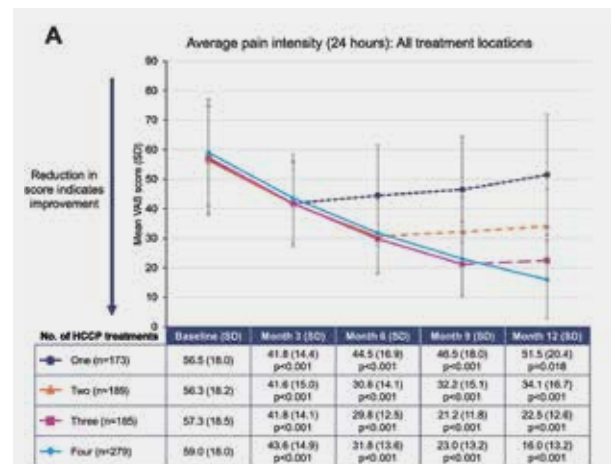


Abb. 1. Durchschnittliche 24-Stunden-Schmerzintensität im Zeitverlauf nach Häufigkeit der Qutenza® Behandlungen. Aus Überall M. et al.¹

► **Ansprechraten (≥30 % API-Reduktion nach 12 Monaten):**

98,9 % der Patient:innen die vier Anwendungen Qutenza® erhielten, hatten eine API-Reduktion (≥30 %). Diese Verbesserungen waren konsistent unabhängig von der Behandlungsstelle.

► **Verbesserte Lebensqualität:**

Es zeigten sich Verbesserungen bei Schlafstörungen sowie bei Auswertungen für Angst, Stress und Depressionen. Die größten Vorteile wurden für Patient:innen mit vier Qutenza®-Anwendungen beobachtet.

► **Reduktion von Begleitmedikationen:**

Die durchschnittliche Anzahl der Begleitmedikationen für neuropathische Schmerzen sank von 4,0 (Baseline) auf 2,4 (Monat 12). 28,7 % der Patient:innen, die vier Qutenza® erhielten, konnten alle Begleitmedikationen absetzen. Reduktionen wurden bei Opioid-, Antiepileptika- und Antidepressiva-Klassen beobachtet.

► **Sicherheit und Verträglichkeit:**

Das Verträglichkeitsprofil entsprach dem bekannten Muster mit lokalen, überwiegend schwachen und vorübergehenden Reaktionen an der Applikationsstelle, die selten Gegenmaßnahmen erforderten.

Einordnung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der CASPAR-Studie bekräftigen frühere Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Qutenza®. Die kumulativen Effekte wiederholter Anwendungen wurden bereits in einer post-hoc Analyse der PACE- und STRIDE-Studien gezeigt, wo Patient:innen, die auf eine erste Behandlung nicht ausreichend ansprachen, von nachfolgenden Behandlungen profitierten.⁴ Die Hypothese, dass eine Therapie mit Qutenza®, zur Nervenregeneration beiträgt und damit potenziell eine Krankheitsmodifikation bewirkt, wurde in Anand et al. (2019) und Anand et al. (2022) bei Chemotherapie-induzierter peripherer Neuropathie (CIPN) und DPN untersucht, wo nach einmaliger Behandlung signifikante Zunahmen der intra-epidermalen und sub-epidermalen Nervenfasern beobachtet wurden.^{5,6}

Die vorliegenden Daten unterstützen Ergebnisse aus randomisierten, kontrollierten Studien, die zeigen, dass Qutenza® eine gut verträgliche und effektive Therapieoption für pDPN-Patient:innen darstellt und wiederholte Anwendung zu verbesserter Wirksamkeit führen kann.⁷

Fachinformationen und Pflichttexte unter www.fachinformation.grunenthal.de

Die CASPAR Studie ist eine retrospektive, nicht-verblindete, nicht-randomisierte Analyse mit Daten aus dem DGS-Praxisregister. Die Ergebnisse sind dementsprechend als hypothesengenerierend zu betrachten und sollten mit der nötigen Sorgfalt bewertet werden.

Weiterführende Informationen zu Stärken und Limitationen der CASPAR Studie finden Sie unter folgendem Code



1. Überall M, Kender Z, Quandel T et al., Progressive improvements in patient-reported outcomes with the high-concentration capsaicin patch: A retrospective cohort study in patients with painful diabetic peripheral neuropathy (CASPAR study), Journal of Diabetes and its Complications, Volume 39, Issue 9, 2025
2. Pop-Busui R, Boulton AJM, Feldman EL et al., Diabetic neuropathy: a position statement by the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2017;40:136.
3. Fachinformation Qutenza® 179 mg kutanes Pflaster, Stand Oktober 2023
4. Freynhagen R, Argoff C, Eerdekens M et al., Progressive Response to Repeat Application of Capsaicin 179 mg (8% w/w) Cutaneous Patch in Peripheral Neuropathic Pain: Comprehensive New Analysis and Clinical Implications. Pain Med. 2021 Oct 8;22(10):2324-2336.
5. Anand P, Privitera R, Donatien P et al., Reversing painful and non-painful diabetic neuropathy with the capsaicin 8% patch: clinical evidence for pain relief and restoration of function via nerve fiber regeneration. Front Neurol. 2022;13, 998904

6. Anand P, Elsaft E, Privitera R et al., Rational treatment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy with capsaicin 8% patch: from pain relief towards disease modification. J Pain Res. 2019 Jul 3;12:2039-2052
7. Freynhagen R, Baron R, Huygen F et al., Narrative review of the efficacy and safety of the high-concentration (179mg) capsaicin patch in peripheral neuropathic pain with recommendations for clinical practice and future research. Pain Rep. 2025 Jan 29;10(2):e1235

DIE Anlaufstelle für ALLE...

Diabetologen
- Schwerpunkt Niederlassung

Internisten + Allgemeinmediziner
(DMP Diabetes)

Fachärzte
z. B. Ophthalmologen,
Stomatologen, Kardiologen

Ärzte in Ausbildung

Arztpraxen

MFA | DFA

Diabetesberater/innen

Psychologen

Apotheker

Neu- und Quereinsteiger

BVND Mitglieder

BVNDakademie Mitglieder



www.bvnd-akademie.de

Ein herzliches Dankeschön an unsere Fördermitglieder!

Die BVNDakademie dankt ihren Fördermitgliedern, die unser anspruchsvolles Weiterbildungsprogramm mit ihrem Engagement wirksam unterstützen und uns inhaltlich beratend begleiten!



Dank Ihrer Unterstützung konnten wir in den vergangenen Monaten zahlreiche qualifizierte Weiterbildungsmaßnahmen durchführen. Die Fördermitglieder ermöglichen den Einsatz hochkarätiger Referenten, komfortabler Tagungsräume mit exzellenten Lernbedingungen und sorgen auch dadurch für eine durchwegs sehr hohe Zufriedenheit der Teilnehmer/-innen, was sich in den Seminarbeurteilungen niederschlägt. Damit unterstützen wir die Versorgungsqualität in den Mitgliedspraxen, erhöhen die Mitarbeiterbindung und verbessern die Patientenzufriedenheit.

Wir haben noch viel vor und freuen uns, mit der professionellen Begleitung unserer Fördermitglieder das Leistungsangebot der BVNDakademie in den kommenden Jahren systematisch zu erweitern.

Für die BVNDakademie

Der Vorstand



Einladung zur eintägigen Veranstaltung

HDM Hausärztliche(r) Diabetes-Manager(in)

Für Assistenzpersonal aus der hausärztlichen Praxis

Ziel

Ziel der Fortbildung ist die Weiterbildung für MFA's für die Verbesserung des Praxisablaufs

Zertifizierung

Die Zertifizierung erfolgt durch den Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND) und die Akademie Niedergelassener Diabetologen für Fort- und Weiterbildung e.V. (BVNDakademie).

Themen der Fortbildung

- ▶ Diagnostik
- ▶ Therapie: OAD, Insulin
- ▶ BZ-Messgeräte und Teststreifen
- ▶ Insulin-Pen und Injektionstechnik
- ▶ Dokumentation und Komplikation
- ▶ DMP-Untersuchungen

Für nähere Informationen sowie zur Anmeldung steht Ihnen

Isabell Arnold zur Verfügung

Tel.: 07321 94691-17

Fax: 07321 94691-30

i.arnold@med-info-gmbh.de

Weitere Kursangebote der BVNDakademie:



**Mein Job
macht jetzt
richtig Spaß!**

Diabetologische Fachassistenz

DFA

Ein Fortbildungsangebot
für nicht-ärztliche
Mitarbeiter/innen aus
diabetologischen
Schwerpunktpraxen
sowie für alle an Diabetes
interessierte MFAs.

**Mach mehr
aus
deinem Job!**

Lassen Sie sich jetzt unverbindlich
per E-Mail oder Fax registrieren.

Mehr Infos:

BVNDakademie Geschäftsstelle
Tel: 07321 946910
E-Mail: info@bvnd-akademie.de

DIAMED



Labortechnik



Hygiene



Praxisorganisation



Dienstleistungen



Selektivverträge

Qualitätsprodukte für
diabetologische Praxen
zu Sonderkonditionen

www.diamed-eg.de

Für den Überblick aller Produkte
bitte QR-Code scannen





DIAMED

FibroScan GO

Point-of-Care-Diagnostik von Fettleber und Leberfibrose

Die solide wissenschaftliche Basis der FibroScan-Technologie baut auf über 4.000 peer-review-basierte Publikationen und 160 Leitlinien für Diabetologie, Endokrinologie, Hepatologie, Gastroenterologie, Kardiologie, Adipositas und Allgemeinmedizin auf. Mit dem FibroScan wird man in Ihrer Praxis die Steatose nicht nur diagnostizieren, sondern auch nach Stadium klassifizieren können. Somit ist eine Diagnose nicht mehr subjektiv und die Langzeitbeobachtungen sind mühelos umsetzbar.

Die Elastographie mit FibroScan kann bei privat Versicherten nach GOÄ 424 (Echokardiographie = € 93,84 mit 2,3 Faktor) abgerechnet werden. Für gesetzlich Versicherte handelt es sich dagegen um eine IGeL-Leistung, die auch mit maximal €93,84 abgerechnet werden kann.

- ▶ Keine Kapitalbindung, das Gerät wird gemietet
- ▶ Diagnose und Behandlung der Ursachen von T2D
- ▶ Die Untersuchung ist einfach, nichtinvasiv und kann nach entsprechender Schulung auch von Personal ohne Ultraschallkenntnisse durchgeführt werden

FibroScan[®]
by echosens



SOMNOtouch™ RESP eco

Der kleinste und leichteste Polygraphie-Screener auf dem Markt

Effizient. Clever. Optimiert.

- ▶ Robustes Design, spritzwassergeschützt
- ▶ Automatische Sensorerkennung, Plug-and-Play
- ▶ Besonders klein und leicht, nur 64 g (inkl. Akku)
- ▶ Sensoren in unterschiedlichen Größen (pädiatrisch)
- ▶ Nachhaltig und kosteneffizient dank wiederaufladbarem Akku
- ▶ Bestimmung autonomer Arousals aus dem Pleth-Signal
- ▶ Piezo-Elemente für die Ableitung der Effort-Signale
- ▶ Gemeinsame Auswertungssoftware, verschiedene Systeme miteinander kombinierbar

Die SOMNOtouch™ RESP eco bietet Ihnen alles, was Sie für die Abrechnung der EBM 30900 benötigen. Sie bietet Ihnen dabei das beste Kosten-Nutzen-Verhältnis auf dem Markt und überzeugt durch einfachste Handhabung dank voreingestellter Montage und integriertem Li-Ion Akku.

Direkt loslegen mit dem Einsteiger- Polygraphie-Paket auf Anfrage über die DiaMed. In unserem Angebot erhalten Sie zusätzlich 100 Stk. Nasenbrillen kostenfrei!





GlucoSmart® Safety Fine

Sicherheitslanzetten zur Kapillarblutentnahme zum Genossenschaftspreis

Einfachste HbA1c Testung

Die GlucoSmart® Safety Fine Sicherheitslanzetten erleichtern die Entnahme kapillarer Blutproben. Das einfache Auslösen der Sicherheitslanzette durch leichten Druck auf die Fingerkuppe macht die Blutentnahme schnell und schmerzarm. Die abdrehbare Kappe schützt sowohl Ihre Patienten als auch medizinisches Fachpersonal vor Kreuzkontamination und Verletzungen.

Sie erhalten die GlucoSmart® Safety Fine Sicherheitslanzetten in zwei Ausführungen:

- GlucoSmart® Safety Fine Lanzetten (28G/1,8 mm)
- GlucoSmart® Safety Fine Lanzetten (30G/1,5 mm).

- Entsprechen der Biostoff-Verordnung
- Sind sehr preisgünstig
- Lassen sich sofort nach Abnahme der Schutzkappe einsetzen
- Stechen schnell und minimieren damit den Schmerz
- Höchste Nadelqualität

Damit Sie die Anforderungen der TRBA 250 erfüllen können, hat die DiaMed eG mit der MSP bodmann GmbH ein Angebot für Ihre Sicherheits-Lanzetten verhandelt. Unsere Mitglieder erhalten eine Packung mit 100 Stück zu dem äußerst attraktiven Preis ab nur 6,38 EUR zzgl. MwSt. Gegenüber dem Listenpreis bedeutet das eine Einsparung von knapp 50 %.





Jetzt Mitglied werden und von den Sonderkonditionen der Genossenschaft profitieren!

- **Keine Beitragszahlung**
- **Einmaliger Kauf eines Genossenschaftsanteils in Höhe von 50€**
- **Rückerstattung des Genossenschaftsanteils bei Austritt**

Ihre Vorteile auf einen Blick:

Sonderkonditionen und Bestpreis für Genossenschaftsmitglieder bei unseren vielfältigen Einkaufsaktionen in den Bereichen

- ▶ Diagnostik und Laborzubehör
- ▶ Praxisorganisation
- ▶ Dienstleistungen

sowie die Möglichkeit der Honorarabwicklung von Selektivverträgen

Nebstehend finden Sie den Mitgliedsantrag der DiaMed eG. Füllen Sie diesen bei Interesse gerne aus und senden ihn per E-Mail oder Fax an uns zurück.

Oder einfach den
QR-Code zum
Download des
Mitgliedsantrags
scannen



Ihre Ansprechpartnerin in der
DiaMed-Geschäftsstelle:

Melis Hasanefendioglu

☎ 07321 94 691 11

📠 07321 94 691 40

✉ info@diamed-eg.de

🌐 www.diamed-eg.de

Mitgliedsantrag



Genossenschaft für Leistungen im Bereich
der Diabetes- und Stoffwechselheilkunde eG

wird von der DiaMed ausgefüllt!

Mitgliedsnummer:

c/o med info GmbH
Hainenbachstr. 25
89522 Heidenheim
Telefon: 07321 9469111
Telefax: 07321 9469140
E-Mail: info@diamed-eg.de

Vollständiger Name und Anschrift des Antragstellers	Geburtsdatum des Antragstellers
Name, Vorname:	Geburtsdatum: _____ (tt.mm.jjjj)
Straße; Haus-Nr.:	E-Mail: _____
PLZ; Ort:	

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt bei der DiaMed eG gemäß §§ 15 und 15a GenG!

Ich erkläre, dass ich mich mit ____ Geschäftsanteil(en) bei der DiaMed eG beteilige.

[Jedes Mitglied der DiaMed eG. kann gemäß § 37 der Satzung zwischen einem und zehn Geschäftsanteile (zu je 50,- Euro) zeichnen].

Ich erkläre, dass mir die Satzung der DiaMed eG vor Abgabe dieser Erklärung zur Verfügung gestellt wurde und ich diese zur Kenntnis genommen habe.

Ich verpflichte mich, die nach Gesetz und Satzung geschuldeten Einzahlungen auf den/die Geschäftsanteil(e) zu leisten.

Ich verpflichte mich die nach Gesetz und Satzung fälligen Einzahlungen per Überweisung auf das Konto der DiaMed eG zu leisten.

[Die DiaMed eG teilt ihre Bankverbindung in einem gesonderten Bestätigungsschreiben anlässlich eines Beitritts dem Mitglied persönlich mit. Die Verpflichtung zur Einzahlung gilt auch bei evtl. Änderungen der Bankverbindungen der DiaMed eG entsprechend!]

Mir ist bekannt und ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die DiaMed eG meine oben stehenden Daten für die Durchführung des bestehenden Vertragsverhältnisses verarbeitet, § 4 DSGVO, und für Informationen per E-Mail und Newsletter bzw. fachbezogene Werbung verwendet, Art. 6 Abs. 1 lit. a)+b) DSGVO.

Meine Rechte als Betroffene/r sind mir bekannt.

Weitere Hinweise zum Datenschutz und die Datenschutzerklärung der DiaMed eG finde ich auf der Homepage unter www.diamed-eg.de.

Ort, Datum

Beitretende(r)

Zustimmung durch den Vorstand

Vorstand: Dr. Iris Dötsch, Dr. Nikolaus Scheper, Frank Wallbrecht
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Toralf Schwarz
IBAN: DE76 6325 0030 0046 0324 65, BIC: SOLADES1HDH; KSK Heidenheim
Genossenschaftsregister: Ulm; GnR: 720081
Prüfungsverband: Baden-Württembergischer Genossenschaftsverband e.V., Sitz: Karlsruhe

DIAMED

Werden auch Sie BVND Mitglied!



Gestalten Sie zusammen mit uns die diabetologische Zukunft

Wir als Diabetologinnen und Diabetologen wollen optimistisch in die Zukunft blicken. Positive Entwicklungen erreichen wir nur, wenn wir im starken Kollektiv agieren – Zeichen setzen, um etwas zu bewegen. Es geht um nicht weniger als die Stärkung unseres Fachgebietes, die Ver-

besserung der diabetologischen Versorgungsstrukturen, die Honorierung unserer stark ausgeprägten Sprechtherapie, Förderung der Digitalisierung und Nachwuchsgenerierung – mit einem Wort: Berufspolitik!

Angebot an alle Landesgruppen:

Was liegt Ihnen auf dem Herzen?

Sie haben Meldungen aus Ihrer Landesgruppe, die Sie mit anderen BVND Mitgliedern teilen möchten? Dann können Sie dies gerne tun. Dem BVND Vorstand ist es ein wichtiges Anliegen, dass auch Vorgänge auf regionaler Ebene bundesweit kommuniziert werden. Anregungen, Themenvorschläge und Beiträge können Sie jederzeit direkt an die Geschäftsstelle schicken.

BVND-Geschäftsstelle:

Telefon 07321 94 691 21
Telefax 07321 94 691 40
E-Mail mail@bvnd.de



QR Code scannen
und Mitglied werden

Der BVND Vorstand

Vorsitzender

Toralf Schwarz
Weinhold-Arkade 4 | 04442 Zwenkau
Tel.: 03420 332187
✉ t.schwarz@bvnd.de

Stellv. Vorsitzende

Dr. med. Iris Dötsch
Joachim-Friedrich-Str. 46 | 10711 Berlin
Tel.: 030 89044580
✉ i.doetsch@bvnd.de

Stellv. Vorsitzender

Dr. med. Tobias Wiesner
Prager Straße 34 | 04317 Leipzig
Tel.: 0341 2718880
✉ t.wiesner@bvnd.de

Schatzmeisterin

Antje Weichard
Lübecker Straße 105 | 39124 Magdeburg
Tel.: 0391 25199642
✉ a.weichard@bvnd.de

Schriftführer

Dr. med. Tobias Ohde
Altenessener Str. 525 | 45329 Essen
Tel.: 0201 351415
✉ t.ohde@bvnd.de

Beisitzer

Silke Fröhlich
Grete-Schött-Ring 7 | 48308 Senden
Tel.: 02597 9 39 90 44
✉ s.froehlich@bvnd.de

Beisitzerin

Dr. med. Inga-Nadine Kummer
Elisenstr. 28 | 63739 Aschaffenburg
Tel.: 06021 3427-00
✉ i.kummer@bvnd.de

Beisitzer

Dr. med. Ralf-Uwe Häußler
Teltower Damm 23 | 14169 Berlin
Tel.: 030 805 811 88
✉ u.haeussler@bvnd.de

Geschäftsführer BVND

Frank Wallbrecht
Hainenbachstraße 25 |
89522 Heidenheim
Tel.: 07321 9469111
✉ f.wallbrecht@med-info-gmbh.de

Kassenprüferin

Dr. med. Kerstin Wernken
Rathausallee 6-8 | 47239 Duisburg
Tel.: 02151 535251
✉ wernken@diabetes.rathausallee.de

Kassenprüfer

Hans-Joachim Herrmann
Marktplatz 3 | 55270 Schwabenheim
Tel.: 06130 941880
✉ praxis@hj-herrmann.de

Alle Vorstandsmitglieder und die
Geschäftsstelle können gleichzeitig
über die gemeinsame E-Mail-Adresse
vorstand@bvnd.de erreicht werden.

Die BVND Landesgruppen und Landesverbände

Landesgruppe Bayern des BVND

Landesgruppensprecher:
Dr. med. Arthur Grünerbel | Dr. med. Annemarie Voll

Landesverband Berlin des BVND

Vorsitzende:
Dr. med. Ralf-Uwe Häußler | Dr. med. Iris Dötsch

Landesgruppe Brandenburg des BVND

Landesgruppensprecher: Jörg Thelen

Landesgruppe Saarland des BVND

Landesgruppensprecher:
Dr. med. Alexander Segner | Dr. med. Richard Berthold

Landesgruppe Hamburg des BVND

Landesgruppensprecher:
RA Andreas Quack

Landesgruppe Hessen des BVND

Landesgruppensprecher:
Dr. Gregor Dreesen | Dr. Dietrich Tews

Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern des BVND

Landesgruppensprecher:
Dr. med. Stephan Arndt

Berufsverband der diabetologischen Schwerpunktpraxen in Nordrhein e.V. (BdSN e.V.)

Vorsitzender: Dr. Hansjörg Mühlen

Landesgruppe Rheinland-Pfalz des BVND

Landesgruppensprecher:
Hans-Joachim Herrmann | Dr. Lutz Stemler

Landesgruppe Sachsen des BVND

Landesgruppensprecher:
Dr. Tobias Wiesner | Dr. med. Cornelia Woitek

Berufsverband der Niedergelassenen Diabetologen Sachsen-Anhalt e.V. (BVND-SA e.V.)

Vorsitzende:
Dr. med. Carola Lüke | Thilo Koch

Landesgruppe Schleswig-Holstein des BVND

Landesgruppensprecher:
Dr. med. Carsten Petersen | Dr. med. Norbert Demandt

Landesgruppe Thüringen des BVND

Landesgruppensprecher:
Dr. med. Hans-Martin Reuter | Dr. med. Mariana Gärtner

Landesgruppe Westfalen-Lippe des BVND

Landesgruppensprecher:
Dr. med. Dirk Lammers | Dr. Babette Lorra

Impressum DiabetesPost

Herausgeber:

Toralf Schwarz (verantwortlich)
Antje Weichard | Dr. Nikolaus Scheper

Verlag:

GRÜN med info GmbH
Hainenbachstr. 25 | 89522 Heidenheim

☎ 07321 9469190

✉ mail@bvnd.de

🌐 www.bvnd.de

Redaktionsleitung:

F. Wallbrecht (v. i. S. d. P.)

Redaktion:

Oliver P. Spinedi

Layout:

Dreamland GmbH & Co. KG

Druck:

Wir machen Druck

Inhalt:

Die für den Inhalt der Beiträge verantwortlichen Autoren sind bei jedem Artikel angegeben.

Anzeigenkunden haben keinerlei Einfluss auf den Inhalt der Beiträge.

Finanzierung:

Die DiabetesPost ist eine Publikation des BVND. Sie wird nicht aus Beitragsmitteln finanziert. Der Bezug ist im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Organ des Bundesverbands Niedergelassener Diabetologen e.V.

Bildnachweise:

Titel: © Deutsche Diabetes Gesellschaft/Dirk Deckbar
S.3: 1 | © Deutsche Diabetes Gesellschaft/Dirk Deckbar, 2 | © Toralf Schwarz
S.4: 1 | © Deutsche Diabetes Gesellschaft/Dirk Deckbar, 2 | © Deutsche Diabetes Gesellschaft/Dirk Deckbar, 3 | © Oliver P. Spinedi
S.6: © Oliver P. Spinedi
S.7: 1 | © Oliver P. Spinedi, 2 | © Oliver P. Spinedi
S.8: © AdobeStock_165767373, kirov1969
S.9: 1 | © AdobeStock_1069205866, Olga Apanasenko, 2 | © Oliver P. Spinedi
S.11: © Oliver P. Spinedi
S.13: © Oliver P. Spinedi
S.16/17: © AdobeStock_100216088 campre83
S.22: © Canva Pro
S.25: © HFBP Rechtsanwälte und Notare
S.26: © Dr. Nikolaus Scheper
S.27: 1 | © Oliver P. Spinedi, 2 | © Oliver P. Spinedi, 3 | © Oliver P. Spinedi
S.30: 1 | © wayhomestudio - freepik.com, 2 | © benzoix - freepik.com, 3 | © krakenimages.com - freepik.com, 4 | © lenetstanfree - freepik.com, 5 | © zinkevych - freepik.com, 6 | © sastock - freepik.com, 7 | © benzoix - freepik.com, 8 | © diana.grytsku - freepik.com
S.32: © gpointstudio - freepik.com
S.33: © benzoix - freepik.com
S.34: 1 | © inkdrops - freepik.com, 2 | © inna.dodor - freepik.com, 3 | © freepik - freepik.com, 4 | © DC Studio - freepik.com, 5 | © freepik - freepik.com, 6 | © pe_jo - freepik.com
S.38: 1 | © AdobeStock_72884317_hoch_Fisch_Wasser, 2 | GRÜN med info GmbH
S.40: © biancoblu - freepik.com
U3: © pxhere
Ggf. Restliches Bildmaterial: Eigenproduktion

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dieser Publikation überwiegend entweder die männliche oder die weibliche Form gewählt. Selbstverständlich ist bei der Anwendung des generischen Maskulinums bei der Berufsbezeichnung auch die Diabetologin bzw. der Diabetologe gemeint. Gast-Autoren ist es freigestellt, das generisches Maskulinum zu verwenden oder individuell zu gendern.

Bei Gebrauch der Abkürzung „BVND“ ist immer der „BVND e.V.“ gemeint.

GOGREEN

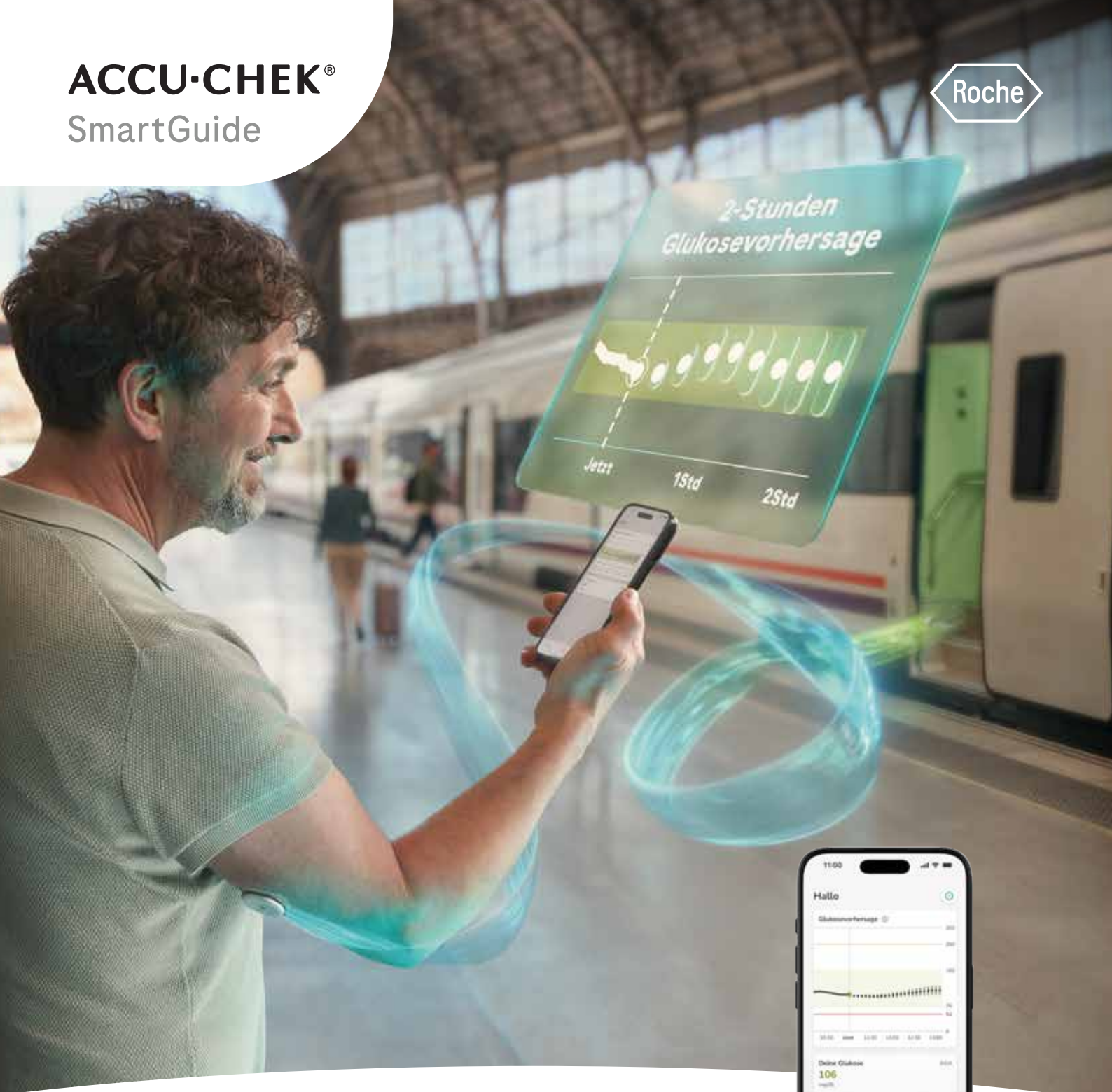
Klimaneutraler Versand
mit der Deutschen Post



Vorschau nächste DiabetesPost

Praxisorganisation und
Betriebswirtschaft

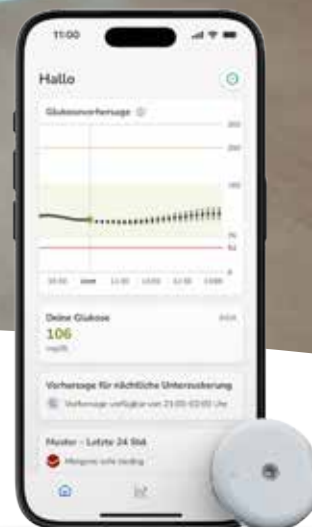




Einfach **vorbereitet.**

Der einfache Ratgeber für den Diabetesalltag: **Accu-Chek SmartGuide!**

Mit der 2-Stunden Glukosevorhersage unterstützt die CGM-Lösung Ihre Patient:innen dabei, proaktiv Maßnahmen zu ergreifen und zu lernen, wie sie zukünftige hohe oder niedrige Glukosewerte verhindern könnten.¹



Erfahren Sie mehr!
accu-chek.de/fach-cgm