



EVND

# DiabetesPost

Organ des Bundesverbands Niedergelassener Diabetologen e.V.

**Ausgabe 4 | 2025**  
**Nachlese Herbsttagung**  
Fokus Berufspolitik







# editorial

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die aktuelle Ausgabe der Diabetes Post macht erneut deutlich, wie sehr sich die Rahmenbedingungen unserer täglichen Arbeit verändert haben. Die Zahl der Menschen mit Diabetes steigt weiter und diabetologische Schwerpunktpraxen übernehmen zunehmend neue Aufgaben, um Ihre Patientinnen und Patienten ganzheitlich, schnell und wohnortnah zur versorgen.

Was dabei täglich klarer wird: Die ambulante Diabetologie ist ein zentraler Versorgungsanker für Menschen mit Diabetes in Deutschland – und gleichzeitig strukturell unzureichend abgesichert. Ob Weiterbildung, Digitalisierung oder Honorierung: In jedem dieser Bereiche erleben wir Reformversprechen, aber wenig konkrete Unterstützung für die Realität unserer Schwerpunktpraxen.

Doch wir brauchen verlässliche Weiterbildungspfade, echte Entlastung im Praxisalltag, nachhaltige Finanzierung und digitale Lösungen, die uns nicht zusätzlich belasten, sondern unterstützen. Solange diese Grundlagen fehlen, wachsen Versorgungslücken schneller, als wir sie schließen können.

Ich danke Ihnen für Ihren enormen Einsatz, der trotz schwieriger Rahmenbedingungen jeden Tag dafür sorgt, dass Menschen mit Diabetes kompetent, empathisch und sicher begleitet werden. Der BVND wird weiterhin dafür kämpfen, dass diese Arbeit die Wertschätzung erhält, die sie verdient – politisch, strukturell und finanziell. Denn eine hochwertige, wohnortnahe diabetologische Versorgung gibt es nur mit starken Praxisstrukturen – und nicht gegen sie.

Ihr

**Toralf Schwarz**  
Vorsitzender BVND



# Fokus



**Nachlese Herbsttagung –  
Fokus Berufspolitik**

# Inhalt

## FOKUSTHEMEN

- 6** Was ändert sich ab 2026?  
Gesetzesänderungen zwischen Anspruch und Wirklichkeit
- 10** Ambulante Versorgung sichern – durch attraktive und verlässliche Verträge
- 14** Ärztliche Weiterbildung – wie erreichen wir eine angemessene Finanzierung?
- 16** Mitarbeiterqualifikation als Schlüssel zur Zukunft
- 18** Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) – das gilt für Praxiswebsites und Online-Anwendungen
- 20** Zukunft der Diabetologie: Fehlende Weiterbildung gefährdet die Versorgung
- 22** Fundusfotografie in der Diabetes-Praxis
- 24** Polygraphie in der diabetologischen Schwerpunktpraxis – ein echter Versorgungsgewinn
- 26** Gefäßdiagnostik gehört in die diabetologische Schwerpunktpraxis
- 28** Schmerzhafte diabetische Polyneuropathie (sdPNP): eine nicht so seltene und unterschätzte Belastung

## BVND-AKADEMIE

- 30** BVNDakademie
- 31** Ein herzliches Dankeschön an unsere Fördermitglieder!
- 32** Diabetologische Fachassistenz
- 33** Einladung Diabetologische Fachassistenz
- 34** Die hausärztliche Vorhaltepauschale ab 2026 im Überblick

## DIAMED

- 38** Einkaufsvolumina bündeln – Einkaufsmacht stärken
- 39** Topcon NW500 Funduskamera
- 40** seca mBCA Alpha
- 41** FibroScan GO
- 42** Jetzt Mitglied werden
- 43** Mitgliedsantrag

## IMPRESSUM

- 44** Werden auch Sie BVND Mitglied!
- 45** Der BVND Vorstand  
BVND Landesgruppen  
+ Landesverbände
- 46** Impressum DiabetesPost
- 47** Vorschau nächste DiabetesPost







# Was ändert sich ab 2026?

## Gesetzesänderungen zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Mit Beginn des Jahres 2026 tritt eine ganze Reihe gesetzlicher Neuerungen in Kraft, die unseren Praxisalltag als niedergelassene Diabetologinnen und Diabetologen direkt oder indirekt betreffen werden. Nach einem politisch turbulenten Jahr 2024 und einer Übergangsphase im Gesundheitsministerium zeichnet sich nun eine neue politische Linie ab: weniger Aktionismus, mehr strukturelle Aufräumarbeit. Doch was heißt das konkret für diabetologische Schwerpunktpraxen? Und wo müssen wir als BVND aufmerksam bleiben?

Dieser Artikel gibt einen Überblick über die relevanten Gesetzesänderungen und ihre absehbaren Auswirkungen – und ordnet ein, was sie für unsere Schwerpunktpraxen bedeuten.

### 1. Das Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG)

Das wohl sichtbarste Reformvorhaben betrifft die Apotheken. Ziel ist laut Gesetz „Wirtschaftlichkeit sichern und flächendeckende Präsenz erhalten“. Für uns entscheidend sind jedoch insbesondere die neuen Aufgaben, die Apotheken übernehmen sollen:

- ▶ Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen
- ▶ erweiterte Beratungsleistungen
- ▶ Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel ohne Rezept in Einzelfällen
- ▶ Durchführung aller Impfungen

Aus Sicht der ambulanten Diabetologie gilt hier klar: **Prävention ja – aber evidenzbasiert und klar definiert.** Wenn Apotheken unspezifisch Blutdruck, Blutzucker und Cholesterin messen, führt das nicht zu einer besseren Versorgung, sondern zu Fehlallokationen und noch volleren Wartezimmern – vor allem in hausärztlichen Praxen. Was fehlt, sind wissenschaftliche Kriterien für Zielgruppen, Indikationen und Nutzen.

Auch die umfassende Arzneimittelberatung ohne ärztlichen Auftrag widerspricht dem Prinzip einer strukturierten, ärztlich verantworteten Therapie. Sinnvoll ist die Unterstützung bei der Anwendung von Hilfsmitteln – aber nicht die parallele Beratung zu komplexen Medikationen.

Die Abgabe von Rx-Arzneimitteln ohne Rezept mag für Ausnahmesituationen sinnvoll sein – etwa, wenn ein Diabetespatient im Urlaub sein Insulin vergessen hat. Für "Bagatellerkrankungen" aber braucht es keine Ausweitung der Rezeptfreiheit, sondern klare Regeln.

### 2. Das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG)

Die Krankenhausreform bleibt auch in dieser Legislatur ein Baustellenprojekt. Der Korrekturbedarf ist enorm – und er betrifft uns unmittelbar.

Denn ohne entsprechende Nachbesserungen droht Folgendes:

- ▶ die diabetologische Weiterbildung wird stationär kaum noch abbildbar,
- ▶ diabetologische Expertise wird aus vielen Krankenhäusern verschwinden,
- ▶ und interdisziplinäre Versorgung (DFS, Entgleisungen, Komplikationen) wird lückenhaft.

Damit wird die ohnehin angespannte Personalsituation in der Diabetologie weiter verschärft. Für den BVND ist klar: Eine starke ambulante Versorgung braucht eine funktionierende Weiterbildung. **Der BVND fordert daher – auch im Zusammenspiel mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Bundesärztekammer (BÄK) – verbindliche Regelungen, die die diabetologische Weiterbildung vor dem Aus bewahren.**

### 3. Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP)

Ein weiteres Reformvorhaben sieht vor, heilkundliche Leistungen auf Pflegefachpersonen zu übertragen. **Wichtig für uns: Ja, Delegation kann entlasten. Nein, ärztliche Verantwortung darf nicht ausgehöhlt werden.**

Hier braucht es klare Grenzen, definierte Kompetenzprofile und zwingend ärztliche Aufsicht. Ärztliche Verantwortung ist nicht teilbar. Patientensicherheit ist nicht delegierbar.

### 4. Pflegefachassistenteneinführungsgesetz (PflFAG)

Ab 2027 soll es eine bundesweit einheitliche Ausbildung zur Pflegefachassistentin geben.

Inhaltlich ist dieses Vorhaben absolut sinnvoll – so könnte endlich Schluss mit 27 parallelen Ausbildungspfaden sein. Unverständlich bleibt jedoch die Verkürzung von zwei Jahren auf 18 Monate. **Für die Praxis bedeutet das: gut, dass es Einheitlichkeit gibt – aber die tatsächliche Qualifikation muss sich erst beweisen.**

### 5. Der große Block 2026: Änderungen im EBM VORHALTEPAUSCHALEN

Für hausärztliche diabetologische Schwerpunktpraxen bleibt es – dank intensiver BVND-Arbeit – im Ergebnis zumindest beim Status quo. Auch wenn es nun zwei Pauschalen statt einer abzurechnen gilt, bleibt der Gesamtbetrag gleich, es entstehen keine Nachteile für diabetologische Schwerpunktpraxen, auch Abschläge wegen nicht erfüllter Impfquoten gelten nicht für sie. Für Gemeinschaftspraxen mit großem hausärztlichen Anteil bestehen theoretische Mehrerlösoptionen – praktisch aber nur für sehr wenige. **Eine detaillierte Erläuterung zu den neuen Regelungen zur hausärztlichen Vorhaltepauschale ab 2026 finden Sie weiter hinten in dieser Ausgabe der Diabetes-Post.**

### CHRONIKERPAUSCHALEN

Auch hier bleibt – zumindest vorerst – alles beim Alten, vor dem 2. oder 3. Quartal 2026 ist mit keinen Änderungen zu rechnen. Die neue Jahrespauschale für monomorbide Patienten wird vermutlich zu keiner wesentlichen Verschiebung führen, da alles budgetneutral ausgestaltet werden muss.





### VIDEOSPRECHSTUNDEN

Seit April 2025 gilt rückwirkend: bis zu 50 % der Fälle können vollständig per Video erfolgen, die Unterscheidung zwischen neuen und bekannten Patienten entfällt. Für die Diabetologie eröffnet dies neue Möglichkeiten – insbesondere für Verlaufskontrollen und auch Schulungsformate.

### NOTFALLDATENSATZ

Ab 2026 wird die Zuschlagslogik geändert: bisher galt 496 € pro 1000 Patienten automatisch, nach neuer Regelung gilt 4,97 € pro aktiv aktualisiertem Datensatz (1x/Jahr). Als Effekt ist mit einem geringen, aber vertretbaren Einnahmerückgang zu rechnen.

### RTCGM-ANLEITUNG

Für fachärztlich Niedergelassene gilt: diese wird nicht mehr extrabudgetär vergütet. Aus Sicht des BVND ganz klar ein weiterer Punkt, der die diabetologische Expertise nicht ausreichend anerkennt.

### 6. Die neue GOÄ – nichts für 2026, aber viel Bewegung im Hintergrund

Die neue GOÄ ist fertig verhandelt und liegt im BMG, ein Regelungsentwurf wird Mitte 2026 erwartet, das Inkrafttreten entsprechend frühestens 2027. Für uns bedeutet das: Abwarten, aber vorbereitet sein – insbesondere in Bezug auf Privatabrechnungen im Bereich moderner Diabetestesttechnik.

### Vorläufiges Fazit:

2026 bringt Veränderungen und berufspolitische Wachsamkeit ist gefordert. Die Politik bemüht sich um Struktur, aber viele Reformen greifen zu kurz oder gehen schlicht an der Versorgungsrealität vorbei. Klare Botschaften des BVND an die Gesundheitspolitik:

- ▶ Wir brauchen sichere Strukturen und eine ausreichende Finanzierung, um die Weiterbildung in der Diabetologie nachhaltig und langfristig zu sichern.
- ▶ Ärztliche Kompetenzen müssen auch künftig klar abgegrenzt sein.
- ▶ Die ambulanten Strukturen sind unerlässlich und leisten den Großteil der medizinischen Versorgung von Menschen mit Diabetes in Deutschland. Es müssen endlich Maßnahmen zur Stärkung und zum Erhalt dieser Strukturen ergriffen werden.
- ▶ Dazu gehört auch eine faire Ausgestaltung von Änderungen im EBM.

Der BVND wird sich auch in 2026 klar und konstruktiv einbringen – in den KVen, in der Bundespolitik und in den relevanten Gremien. Denn eines ist sicher: Nur starke diabetologische Schwerpunktpraxen sichern auch in Zukunft die Versorgung einer wachsenden Zahl von Menschen mit Diabetes.

### Toralf Schwarz

**Facharzt für Innere Medizin, Diabetologe,  
Vorstandsvorsitzender des BVND**



## Ambulante Versorgung sichern – durch attraktive und verlässliche Verträge

Die ambulante Diabetologie in Deutschland steht unter einem wachsenden Druck: steigende Patientenzahlen, komplexere Krankheitsbilder, zunehmende Bürokratie und gleichzeitig eine Vergütung, die zentrale Leistungen unserer Schwerpunktpraxen noch immer nicht realitätsgerecht abbildet. Besonders deutlich zeigt sich dies dort, wo spezialisierte Versorgungsstrukturen für das Diabetische Fußsyndrom (DFS) notwendig sind. Ohne adäquate Verträge wäre die qualifizierte ambulante Versorgung schlicht nicht finanzierbar.

Der BVND setzt sich seit vielen Jahren dafür ein, dass unsere Arbeit nicht nur anerkannt, sondern auch abgesichert wird. Die Erfahrungen, die wir in Berlin bereits seit 2008 gesammelt haben, zeigen: Attraktive Verträge sind ein zentraler Schlüssel zur Sicherung der ambulanten diabetologischen Versorgung – heute und in Zukunft!

### Wie alles begann: Von der Initiative zum Erfolgsmodell

Zwischen 2008 und 2010 verhandelten Berliner Diabetologinnen und Diabetologen erstmals mit der AOK über einen integrierten Versorgungsvertrag zur spezialisierten Behandlung des DFS. 2011 trat der erste personenbezogene Vertrag mit der AOK Nordost in Kraft – zunächst mit 12 Schwerpunktpraxen und damit einer Deckung von rund 30 % aller Versicherten im Versorgungsgebiet.

Die Ergebnisse dieses Versorgungsvertrages sprechen bis heute für sich. Es zeigten sich:

- ein um 16 % geringeres Amputationsrisiko gegenüber der Kontrollgruppe
- eine deutlich reduzierte Mortalität in der Interventionsgruppe
- eine Wiederempfehlungsrate von über 90 % der Patientinnen und Patienten





Die AOK und indirekt auch wir wurden hierfür 2016 auch mit dem MSD-Gesundheitspreis (3. Platz) ausgezeichnet.

Diese Auswertung zeigt eindrucksvoll, dass integrierte Versorgungsverträge Wirkung zeigen und zwar medizinisch wie ökonomisch. Gleichzeitig ebnen sie den Weg für Innovationen in der Versorgung. Aus dem o.g. Vertrag ging im Rahmen der Arbeit des Lenkungsgremiums beispielsweise die Preisinformation für moderne Wundverbände (Ampelliste) hervor, die den teilnehmenden Diabetologinnen und Diabetologen, Wundmanagerinnen und Wundmanagern eine wirtschaftlichere Verordnung von Verbandstoffen ermöglichte.

Der größte Gewinn aber ist wohl, dass Versorgungsstrukturen wachsen und die Versorgungsqualität steigt. In Berlin stieg die Zahl der DDG-zertifizierten ambulan-

ten Fußbehandlungseinrichtungen innerhalb von zehn Jahren von: 0,83 auf 5,45 pro 1 Mio. Einwohner (Stand 2021) und liegt heute sogar noch deutlich höher.

Auch Brandenburg stellte nach Abschluss eines neuen Vertrages 2023 einen regelrechten Schub fest: mehrere neue Zertifizierungen, zusätzliche Netzwerkpraxen und eine deutlich flächendeckendere Versorgung.

### **Große Unterschiede in der bundesweiten Versorgung**

Eine Analyse der Verträge in ganz Deutschland zeigt erhebliche Unterschiede:

Einige Regionen haben inzwischen sehr gute Verträge mit allen Kassen, darunter beispielsweise Nordrhein (seit 01.07.2025), Berlin, Brandenburg, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz oder Westfalen-Lippe. Andere Bundesländer jedoch haben auch heute noch nur einzelne oder gar keine Verträge, teilweise mit deutlichen

DDG-zertifizierte Fußbehandlungseinrichtungen ambulant/stationär (absolut//pro Mill. Einwohner) 06/2021				
Bundesland	Ambulant	Stationär	Vertragsqualität	beteiligte Kassen
Baden-Württemb.	9 (8)* // 0,81	12//1,08	schlecht	alle
Bayern	13 // 0,99	4 // 0,30	mäßig	alle
Berlin	20 (3)* // 5,45	8 // 2,18	sehr gut	AOK-Nordost
Brandenburg	4 (2)* // 1,59	2 // 0,79	schlecht	alle
Bremen	0	0	kein Vertrag	----
Hamburg	11 // 2,27	1 // 0,54	gut	AOK Rheinl./Hamburg
Hessen	9 (2)* // 1,27	3 // 0,48	kein Vertrag	----
Meckl.-Vorpomm.	1 (1)* // 0,62	1 // 0,62	kein Vertrag	----
Niedersachsen	5 // 0,62	2 // 0,25	schlecht	alle
NRW	119 // 6,63	30 // 1,67		
Nordrhein			sehr gut	AOK-Rheinl./Hamburg, Knappschaft, BKK
Westfalen-Lippe			gut	alle
Rheinland-Pfalz	7 // 1,71	1 // 0,24	gut (sehr gut)	alle (AOK)
Saarland	0	0	kein Vertrag	----
Sachsen	4 (1)* // 0,98	4 // 0,98	schlecht	alle
Sachsen-Anhalt	5 // 2,28	1 // 0,45	mäßig	AOK
Schleswig-Holst.	0	0	sehr gut	AOK-Nordwest
Thüringen	10 (1)* // 4,69	3 // 1,41	Vertrag liegt nicht vor	?

\*(zertifizierte ambulante Einrichtungen an Kliniken)

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der Liste der zertifizierten Fußeinrichtungen der DDG sowie der Bevölkerungszahlen der Statistischen Landesämter

Lücken in der stationären oder ambulanten Versorgung. Manche sind im DMP verankert und damit langfristig gesichert, andere bleiben fragil und könnten bei einem Wechsel in den Vorständen der Kassen über Nacht gekündigt werden.

Klare Lehre daraus: Nur Verträge, die in DMP-Strukturen eingebettet und kassenübergreifend getragen werden, schaffen nachhaltig echte Versorgungssicherheit.

### Wirklich gute Versorgung gibt es nicht zum Nulltarif

Die Behandlung des DFS beispielsweise erfordert Zeit, Expertise und interdisziplinäre Vernetzung. Sie ist im Regelleistungsvolumen nicht abgebildet. Ohne extra-budgetäre Honorare ist eine derartige spezialisierte ambulante Versorgung nicht nachhaltig finanzierbar.

Gleichzeitig darf es keine „Mitnahmeeffekte“ geben, bei denen einzelne Kassen profitieren, ohne sich an der Finan-

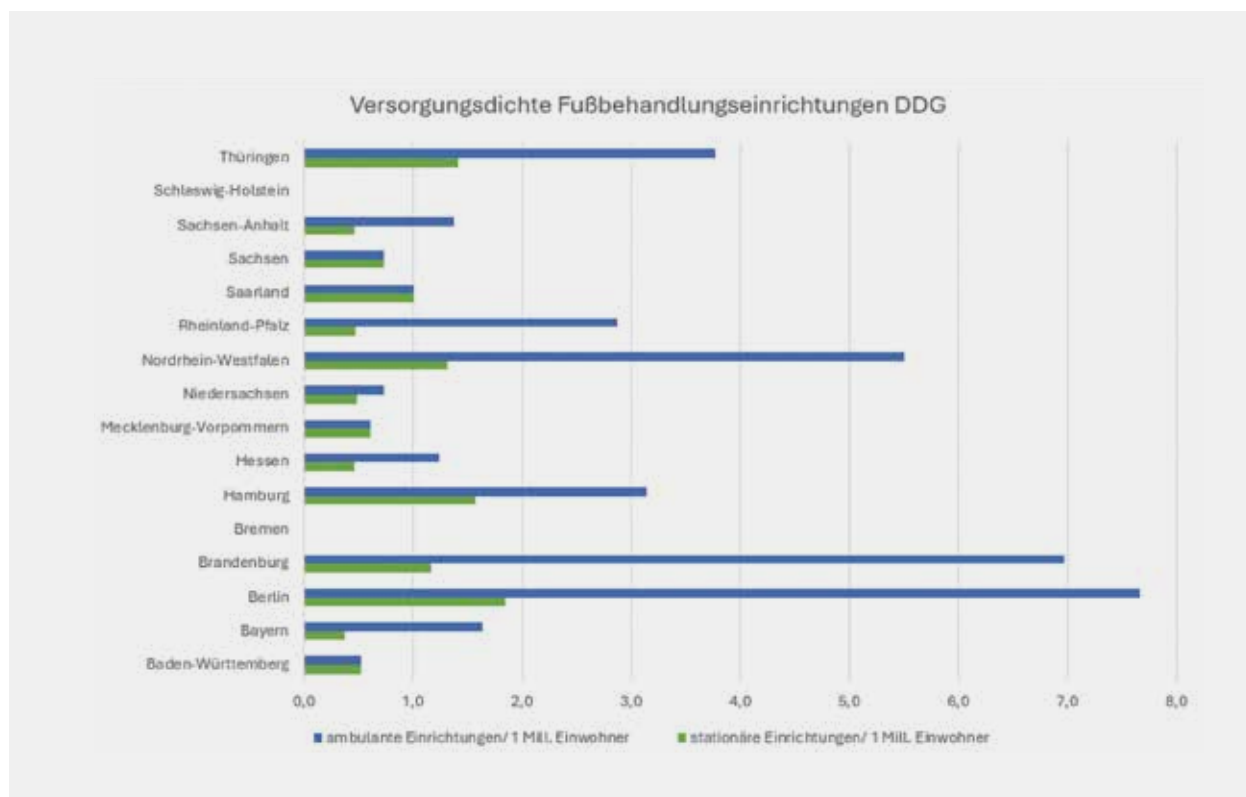
zierung zu beteiligen. Sobald Verträge nur von wenigen Kassen getragen werden, geraten sie in Schieflage – das hat die Vergangenheit mehrfach gezeigt.

Deshalb bleibt eine zentrale Forderung des BVND: Für alle spezialisierten Leistungen müssen bundesweit flächendeckende, einheitliche, attraktive und DMP-gesicherte Verträge etabliert werden.

### Klarer Auftrag des BVND: Zukunft sichern – ambulant, qualitätsgesichert, verlässlich

Die hohe Zahl amputationsvermeidender Behandlungen ist der beste Beweis: Wo gute Verträge bestehen, steigt die Qualität der Versorgung – messbar und nachhaltig. Neue Verträge wie die jüngsten Abschlüsse in Nordrhein, Sachsen oder Brandenburg zeigen, dass Verbesserungen möglich sind, wenn wir als Verband geschlossen verhandeln und Erfolge sichtbar machen. Die ambulante diabetologische Expertise ist unver-





Stand: 31.12.2023, Quelle: Stat. BA, abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/02-bundeslaender.html>

zichtbar. Damit wir sie auch in Zukunft gewährleisten können, braucht es:

- ▶ politische Anerkennung der spezialisierten ambulanten Versorgung,
- ▶ flächendeckende qualitätsgesicherte Verträge, und insbesondere einen Schulterschluss aller Akteure, die diese Struktur tragen.

Der BVND wird weiterhin dafür kämpfen – gemeinsam mit seinen Mitgliedern, für eine starke ambulante Versorgung der Menschen mit Diabetes in Deutschland.

## Dr. Ralf-Uwe Häußler

Facharzt für Innere Medizin, Diabetologe,  
Mitglied des BVND-Vorstands



# Ärztliche Weiterbildung – wie erreichen wir eine angemessene Finanzierung?

Die ärztliche Weiterbildung ist das Rückgrat einer funktionierenden Gesundheitsversorgung. Ohne Weiterbildungsstellen keine Nachwuchsärztinnen und -ärzte – und ohne Nachwuchs keine Zukunft für die ambulante Diabetologie. Diese Erkenntnis sollte eigentlich selbstverständlich sein, die Realität zeigt jedoch ein völlig anderes Bild: Die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung ist in Deutschland strukturell unterentwickelt, uneinheitlich geregelt und seit Jahren Gegenstand politischer Verschiebespiele. Im Ergebnis entsteht eine Versorgungslücke, die absehbar größer wird – und die vor allem die ambulante Diabetologie hart trifft und mit aktuellen Gesetzesvorhaben noch härter treffen wird.

## Ein System in Schieflage: Bedarf steigt, Kapazitäten sinken

Deutschlands Bevölkerung wird älter, chronische Erkrankungen nehmen zu – und gleichzeitig schrumpft die Gruppe derer, die diese steigenden Bedarfe medizinisch abdecken sollen. Der Nachwuchsmangel ist natürlich in allen Fachgebieten zu spüren, dennoch ist die Diabetologie besonders betroffen:

Die Weiterbildung verschiebt sich zunehmend vom stationären in den ambulanten Bereich, dennoch gibt es keine ausreichende Zahl ambulanter Weiterbildungsstellen, vor allem fehlt hierfür ein eigenständiger finanzieller Rechtsrahmen. Die diabetologische Zusatzweiterbildung ist nicht rechtssicher förderfähig, zudem fallen durch die Zusammenlegung von Leistungsgruppen im Rahmen der Krankenhausreform in vielen Kliniken Weiterbildungsanteile aus den DRGs ersatzlos weg.

Damit spitzt sich die Situation zu: Wenn im Krankenhaus keine Fachärztinnen und Fachärzte mehr weitergebildet werden können, und es auch im ambulanten Bereich hierfür keine verlässlichen Strukturen gibt, können wir

sie später in unseren Praxen auch nicht einstellen. Ein Dominoeffekt, der längst eingesetzt hat.

## Weiterbildung nach Approbation: Der Staat zieht sich zurück, Verantwortung unklar

Bis zur Approbation ist die medizinische Ausbildung staatlich organisiert und staatlich finanziert – danach beginnt ein Niemandsland. Die Facharztweiterbildung ist in Deutschland nicht als staatliche Aufgabe definiert, sondern fällt in den Bereich der „Selbstverwaltung“. Die Krankenkassen betrachten Weiterbildung nicht als direkte Versorgung – und damit ebenfalls nicht als ihre Aufgabe. Die Leistungserbringer wiederum können die wachsende Last allein nicht tragen. So entsteht eine „Verantwortungsdiffusion“: Alle profitieren von gut ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten, kein Akteur im Gesundheitswesen oder in der Gesundheitspolitik würde Abstriche machen oder gar darauf verzichten wollen – aber niemand fühlt sich verantwortlich, deren Qualifikation zu finanzieren.

## Warum §75a SGB V nicht reicht

Die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung nach §75a ist wichtig – aber sie löst das Problem in der diabetologischen Weiterbildung nicht. Denn der Facharzneimannschaft außerhalb der Allgemeinmedizin wird damit nicht gefördert, anderweitige Arten der Finanzierung im fachärztlichen Bereich sind nicht kostendeckend. Besonders die Diabetologie fällt durchs Raster: Für die Zusatzweiterbildung gibt es weder eine Verpflichtung noch eine gesicherte Refinanzierung – und das weder stationär noch ambulant.

Die ökonomische Realität: Weiterbildung in der Praxis ist (derzeit) für Viele keine Option

Ein Blick auf die Zahlen zeigt deutlich, warum ambulante



Praxen ohne Förderung kaum noch bereit sind, weiterzubilden:

#### **Kosten pro Weiterbildungsassistent:in**

(Arbeitgeberbrutto)

ca. 8.000 € pro Monat

ca. 97.000 € pro Jahr

#### **Kosten pro Fachärzt:in in Zusatzweiterbildung**

ca. 8.540 € pro Monat

ca. 102.000 € pro Jahr

Diesen Kosten stehen maximal 5.800 € Fördergeld pro Monat gegenüber – und diese auch nur in der Allgemeinmedizin! Eine Rechnung, die für diabetologische Schwerpunktpraxen schlicht nicht aufgeht. Hinzu kommen noch indirekte Kosten beispielsweise für Einarbeitung, Produktivitätsausfall, Supervision, Qualitätsanforderungen usw.

#### **Weiterbildung: ein wichtiges Investment**

Trotz aller finanziellen Herausforderungen bleibt Weiterbildung ein betriebswirtschaftlich sinnvolles Investment:

- ▶ gut ausgebildete Mitarbeitende erhöhen die Praxiseffizienz
- ▶ sie stabilisieren Abläufe und erhöhen die Versorgungsqualität
- ▶ sie senken Fluktuation und stärken die Praxen langfristig
- ▶ sie sichern innovative Versorgungsformen, etwa bei Technologie, Fußsyndrom oder Prävention

Studien zeigen Renditeerwartungen von bis zu 16 % – aber natürlich nur, wenn die strukturellen Rahmenbedingungen dafür stimmen.

#### **Unsere Forderung: Ein Rechtsrahmen für die ambulante fachspezifische Weiterbildung**

Die Lösungen sind seit Jahren überfällig, aber klar umrissen:

- ▶ Wir benötigen eine bundesrechtliche Verpflichtung zur Förderung der Zusatzweiterbildung Diabetologie, analog zur Allgemeinmedizin – aber mit eigenständiger Ausgestaltung.
- ▶ Es bedarf eines neuen Abschnitts im SGB V für fachspezifische ambulante Weiterbildung, ein „§75b“ oder analoges Modell, das Finanzierung, Aufgabenverteilung und Mindeststandards regelt.

- ▶ Wir brauchen eine stabile und verlässliche Finanzierung, nicht nur in Pilotprojekten, sondern strukturell. Nicht nur für die Allgemeinmedizin, sondern für alle Fächer mit Versorgungsrelevanz.
- ▶ Wir benötigen modulare und flexible Weiterbildungsstrukturen, mit Verbünden, rotierenden Modulen und einer Anpassung an Versorgungsschwerpunkte (z. B. Kardio-Diabetologie).
- ▶ Die DDG muss qualitätsgesicherte Standards setzen, die Ärztekammern müssen diese anerkennen.

#### **Schnelles Handeln ist gefragt**

Die Zeit drängt. In den kommenden zehn Jahren gehen besonders viele Diabetologinnen und Diabetologen in den Ruhestand. Viele Praxen werden keine Nachfolge finden – nicht, weil es an Interesse fehlt, sondern weil es schlichtweg keine Weiterbildungsstellen gibt. Das bedeutet am Ende eine schlechtere Versorgung für Millionen Menschen. Das können wir uns nicht leisten und das ist mitnichten im Interesse der Gesundheitspolitik.

#### **Dr. Tobias Ohde**

**Facharzt für Innere Medizin, Diabetologe,  
Verkehrs- und Ernährungsmediziner,  
Mitglied des BVND-Vorstandes**





## Mitarbeiterqualifikation als Schlüssel zur Zukunft

### Warum DFA und Diabetesassistenten für unsere Praxen unverzichtbar werden

Die diabetologische Schwerpunktpraxis ist heute ein hochspezialisiertes, komplexes medizinisches Setting – und sie wird es in den kommenden Jahren noch mehr werden. Der demografische Wandel, die steigende Zahl chronisch kranker Patientinnen und Patienten, die zunehmende Ambulantisierung und ein sich zuspitzender Fachkräftemangel stellen uns vor enorme Herausforderungen.

Gleichzeitig bleibt eines unverändert: Ohne gut qualifizierte medizinische Fachangestellte funktioniert keine diabetologische Praxis. Sie sind das Rückgrat unseres Alltags – in Diagnostik und Therapie, in Schulung und Dokumentation, in Organisation und Patientennavigation. Doch was passiert, wenn genau dieses Rückgrat instabil wird?

#### Kritische Realität: Fachkräftemangel trifft auf steigende Komplexität

Die Lage auf dem Arbeitsmarkt ist dramatisch. Laut aktuellen Berechnungen des Instituts der deutschen Wirtschaft werden im Jahr 2028 voraussichtlich 14.400 MFA fehlen – zusätzlich zu bereits heute bestehenden Lücken. Ähnliche Engpässe gibt es in der Krankenpflege, der Altenpflege und nahezu allen Gesundheitsfachberufen.

Für diabetologische Schwerpunktpraxen, die zusätzlich besondere Anforderungen erfüllen müssen – Labor,

Schulungszentrum, zertifizierte Fußambulanz, interdisziplinäre Vernetzung etc. – bedeutet das: Wir brauchen nicht nur mehr Personal, sondern besser qualifiziertes Personal.

Und gleichzeitig steigt der Anspruch weiter: Neue Technologien, komplexere Therapien, polychronische Patientinnen und Patienten, wachsende Dokumentationspflichten, Anforderungen durch DMP, DDG-Zertifizierungen und Qualitätssicherung. Der Bedarf an hochqualifiziertem nichtärztlichem Personal war nie größer.

#### Die Lösung des BVND: Die Diabetologische Fachassistentin (DFA)

Mit der Diabetologischen Fachassistentin (DFA) hat die BVND Akademie in enger Abstimmung mit der Bundesärztekammer eine Weiterbildung entwickelt, die genau diesen Praxisrealitäten Rechnung trägt.

Die DFA-Qualifikation ist:

- ▶ Praxisnah: 120 Stunden Weiterbildung, davon 80 Stunden Präsenz (5 Wochenendmodule, minimierter Praxisausfall), 40 Stunden E-Learning, schriftliche Prüfung
- ▶ Erschwinglich: Dank Sponsoring durch Industriepartner kostet der gesamte Kurs derzeit nur 800 Euro.
- ▶ Zertifiziert und führungsfähig: Die DFA ist an das BÄK-

Musterfortbildungscurriculum „Diabetologie“ angelehnt und führungsfähig nach Ärztekammerrecht.

- ▶ Umfassend, die Inhalte decken ab:
  - ▶ Grundlagen der Diabetologie
  - ▶ Folgeerkrankungen & spezielle Krankheitsbilder (u. a. DFS)
  - ▶ Notfallmanagement in der Diabetologie
  - ▶ Diagnostik & technische Untersuchungen
  - ▶ Kommunikations- und Schulungskompetenzen
  - ▶ Praxis-, Daten- und Terminmanagement
  - ▶ rechtliche Aspekte, Arbeitsschutz, Datenschutz

Die DFA befähigt MFA dazu, umfangreiche Aufgaben eigenständig zu übernehmen – eine echte Entlastung für diabetologische Schwerpunktpraxen.

### Ein starkes Signal: Anbindung an die DDG – der Weg zur Diabetesassistentin DDG

Ein besonderer Erfolg der letzten Monate ist der formelle Schulterschluss mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Der DFA-Kurs der BVND Akademie wird dort als modularer Bestandteil der Diabetesedukation anerkannt. Für MFA bedeutet das, mit der DFA sind 1,5 Module der Ausbildung zur Diabetesassistentin DDG bereits absolviert. Es fehlt nur noch ein kompaktes 80-Stunden-Modul der DDG, dazu kommen überschaubare Praxiszeiten und ein Schulungszertifikat.

Damit hat der BVND einen entscheidenden Weg bereitet, um Mitarbeiterqualifikation systematisch und durchlässig zu gestalten – bis hin zur Diabetesberaterin DDG.

### Qualifikation als wichtiges Instrument zur Mitarbeiterbindung

In Zeiten von Personalmangel ist Weiterbildung auch ein strategisches Instrument. Praxen, die ausbilden und weiterqualifizieren, berichten übereinstimmend von einer höheren Zufriedenheit ihrer MFA, einer besseren Bindung ans Team, weniger Personalfuktuation, einer besseren Versorgungsqualität und nicht zuletzt einer Entlastung der Ärzteschaft. Auch Patientinnen und Patienten spüren den Unterschied unmittelbar: strukturierte Abläufe, kompetente Ansprechpartner, bessere Schulungsqualität, mehr Zeit für das Wesentliche.

### Die DFA als wichtiger Baustein für die Praxiszukunft

Die BVNDakademie wird die DFA bundesweit ausrollen, weitere Zertifizierungen durch Landesärztekammern sind in Vorbereitung, die Nachfrage ist hoch. Die aktuel-

len Termine für 2025/26 reichen bereits bis in den März und die Wartelisten wachsen. Dies zeigt: Die Diabetologische Fachassistenz trifft einen Nerv und kommt genau zur richtigen Zeit. Gleichzeitig baut die BVNDakademie ihr digitales Fortbildungsangebot weiter aus, unterstützt Nachwuchsprojekte und öffnet damit neue Zugänge für MFA und junge Ärztinnen und Ärzte. Für die diabetologischen Schwerpunktpraxen ein wertvoller Baustein, um Anreize in einem Arbeitsmarkt zu schaffen, der um jede qualifizierte Kraft konkurriert.

### Dr. Inga-Nadine Kummer

**Fachärztin für Innere Medizin, Diabetologin, Ernährungsmedizinerin, Adiposidiologin DAG-DDG, Mitglied des BVND-Vorstandes**



Weitere Informationen und Termine zur Weiterbildung DFA finden Sie unter:



[https://bvnd-akademie.de/wp-content/uploads/sites/2/2025/11/Einladung\\_DFA\\_2025\\_neu.pdf](https://bvnd-akademie.de/wp-content/uploads/sites/2/2025/11/Einladung_DFA_2025_neu.pdf)



# Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) – das gilt für Praxisweb-sites und Online-Anwendungen

Seit dem 28.06.2026 ist das BFSG in Kraft. Es verpflichtet Unternehmen – und damit grundsätzlich auch Arztpraxen – dazu, ihre digitalen Dienstleistungen barrierefrei zu gestalten. Betroffen sind insbesondere Praxiswebseiten und Online-Anwendungen wie Online-Terminbuchungssysteme oder Videosprechstunden.

Gemäß § 3 Abs. 1 S. 2 BFSG liegt Barrierefreiheit vor, wenn die betroffenen Produkte und Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen in der allgemeinen üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Für Praxiswebseiten bedeutet dies u.a. eine flexible Navigation (z.B. ohne Mausbedienung), ausreichende Kontraste sowie ergänzende Inhalte in leichter Sprache. Kurz gesagt: Dienstleistungen und Produkte müssen für Menschen mit Behinderung genau so zugänglich sein wie für alle anderen.

Ziel des BFSG ist es, digitale Teilhabe zu ermöglichen und Barrieren im Internet abzubauen.

Doch nicht jede Arztpraxis ist von den Regelungen betroffen. Kleinunternehmen sind von den Regelungen ausgenommen. Praxen mit weniger als zehn Beschäftigten und einem Jahresumsatz/einer Jahresbilanz von höchstens 2 Mio. Euro fallen nicht unter die gesetzlichen Vorgaben. Damit dürften die meisten Einzelpraxen sowie kleinere Berufsausübungsgemeinschaften nicht von den Regelungen des BFSG betroffen sein. Etwas anderes gilt für größere Berufsausübungsgemeinschaften sowie Medizinische Versorgungszentren. Sofern sie dem BFSG unterliegen, sind sie für die Barrierefreiheit ihrer eigenen digitalen Dienste verantwortlich. Wird ein externer Dienst direkt in die Praxiswebsite eingebunden, kann sich die Verantwortung auch auf diesen Dienst erstrecken.

Nicht erfasst sind hingegen externe Anwendungen, die lediglich per Link angebunden sind, wie etwa unabhängige Online-Terminplattformen. In solchen Fällen ist der jeweilige Drittanbieter als Dienstleister für die Einhaltung des BFSG verantwortlich. Bei integrierten externen Diensten kommt es für die Verantwortlichkeit darauf an, wie stark der externe Dienst in die Praxiswebsite einbezogen wird. Hier sollte anhand der vertraglichen Vereinbarungen mit den Dienstleistern genau geprüft werden, wem die Verantwortung für die Barrierefreiheit zukommt. Falls noch nicht geschehen, empfiehlt es sich, klare vertragliche Regelungen zur Abgrenzung der Verantwortlichkeiten mit externen Anbietern zu treffen.

Darüber hinaus sollten die betroffenen Praxen beachten, dass das BFSG nicht nur statische Webseiten, sondern auch alle digital erbrachten Dienstleistungen umfasst. Dazu gehören insbesondere interaktive Anwendungen wie Patientenportale, digitale Anamnesebögen, Online-Formulare, Chatfunktionen sowie alle Module, die direkt in den Behandlungsablauf eingebunden sind. Auch für diese Anwendungen gelten die technischen Anforderungen der Verordnung über die Barrierefreiheitsanforderungen für Produkte und Dienstleistungen nach dem Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSGV), die konkrete Vorgaben zur Bedienbarkeit, Wahrnehmbarkeit, Verständlichkeit und Robustheit digitaler Angebote enthält. Grundlage hierfür sind vielfach die internationalen Standards der Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.1.

Betroffene Praxen sollten daher, sofern noch nicht geschehen, technische und organisatorische Maßnahmen einleiten. Dazu zählt zunächst eine Bestandsaufnahme sämtlicher digitaler Angebote unter Berücksichtigung des tatsächlichen Nutzungsumfangs und der techni-

schen Einbindung. Im nächsten Schritt sollten Verantwortlichkeiten intern definiert und ein Konzept zur barrierefreien Umgestaltung der relevanten Anwendungen erstellt werden. Dies umfasst in der Regel die enge Abstimmung mit dem betreuenden IT-Dienstleister oder Webentwickler. Nutzen Praxen externe Softwaremodule, sollten sie sicherstellen, dass Anbieter ihre Leistungen nachweislich barrierefrei anbieten können und bereit sind, entsprechende Nachweise – etwa Konformitätserklärungen – bereitzustellen.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass das BFSG Dokumentations- und Nachweispflichten vorsieht. Diejenigen Praxen, die dem Anwendungsbereich des Gesetzes unterfallen, müssen eine sogenannte Barrierefreiheitserklärung bereithalten, in der sie die Übereinstimmung ihrer digitalen Angebote mit den gesetzlichen Barrierefreiheitsanforderungen dokumentieren. Diese Erklärung ist auf der jeweiligen Praxiswebsite leicht zugänglich zu machen und bei wesentlichen Änderungen regelmäßig zu aktualisieren.

Schließlich sollten Praxen beachten, dass das BFSG Mechanismen zur Marktüberwachung durch behördliche Stellen vorsieht. Beschwerden von Nutzern können dazu führen, dass Aufsichtsbehörden Prüfverfahren einleiten, Nachbesserungen anordnen oder – im Fall von Verstößen – Sanktionen verhängen. Verstöße gegen die Barrierefreiheitspflicht können mit Bußgeldern bis zu 100.000 Euro geahndet werden. Zudem sind Abmahnungen durch Wettbewerber denkbar sowie Unterlassungsklagen. Neben Klagen einzelner Verbraucher:innen sieht das BFSG auch die Option von Verbandsklagen vor.

Auch wenn Kleinstunternehmen nicht unmittelbar adressiert sind, kann eine freiwillige Orientierung an den Barrierefreiheitsstandards sinnvoll sein, etwa zur Ver-

besserung der Nutzerfreundlichkeit, zur Erhöhung der Reichweite oder um im Hinblick auf eine Praxiserweiterung zukünftigen Umsetzungsdruck zu reduzieren und nicht zuletzt, um allen Patient:innen gerecht zu werden und Grauzonen zu vermeiden.

Insgesamt empfiehlt es sich daher, die eigene Webpräsenz und digitale Infrastruktur einer Überprüfung zu unterziehen. Eine frühzeitige Anpassung reduziert minimiert rechtliche Risiken und verbessert zugleich die digitale Patientenkommunikation.

**Kim Gappa**  
Rechtsanwältin,  
Fachanwältin für Medizinrecht  
Healthcare Compliance Officer (HCO)



# Zukunft der Diabetologie: Fehlende Weiterbildung gefährdet die Versorgung

Eine Kolumne von Iris Dötsch, Fachärztin für Innere Medizin, Diabetologin, Ernährungsmedizinerin, stellvertretende BVND-Vorsitzende

Die Sicherung der diabetologischen Versorgung steht zunehmend unter Druck. Diabetologische Abteilungen in Kliniken schließen, während der Bedarf an spezialisierter Expertise für komplexe Krankheitsbilder wie diabetisches Fußsyndrom oder Ketoazidose weiter steigt. Gleichzeitig fehlen finanzierte Weiterbildungsstellen, wodurch immer weniger Fachkräfte ausgebildet werden können. Viele Praxen können die Ausbildung aus eigenen Mitteln nicht mehr stemmen. Hinzu kommen veränderte Lebensmodelle junger Ärztinnen und Ärzte, die sich seltener niederlassen möchten. Der Berufsverband fordert daher eine feste, rechtlich verankerte Förderung der diabetologischen Weiterbildung, analog zur hausärztlichen Förderung.

## Weiterbildung in der Diabetologie nicht ausreichend gesichert

Das Thema Vorhaltepauschale für Diabetologische Schwerpunktpraxen ist nach ausführlicher Diskussion von der Politik in unserem Sinn verstanden worden, da-

rüber sind wir froh und dankbar. Doch mit dem Thema Chroniker-Komplex sind wir noch nicht im sicheren Bereich. Hier gibt es weiter Kämpfe, damit die besondere Situation unseres Arbeitsbereiches und der besondere Umfang unserer Leistung nicht vergessen werden.

Besonders besorgt mich derzeit auch das Thema Weiterbildung. Wir sehen, dass in der Krankenhausgesellschaft sehr viel los ist: Zunehmend transformieren sich Krankenhäuser, bzw. sie schließen auch. Diabetologische Abteilungen werden sukzessive geschlossen. Damit geht die diabetologische Kompetenz in vielen Kliniken mehr und mehr verloren. Und es wird damit auch zunehmend schwieriger, Patientinnen und Patienten mit verschiedenen diabetologischen Erkrankungen, wie etwa diabetisches Fußsyndrom oder Ketoazidose, adäquat stationär versorgen zu lassen. Verschärfend dabei ist, dass immer weniger Kolleginnen und Kollegen im diabetologischen Bereich ausgebildet werden können und in Zukunft in der Versorgung fehlen werden.





Wir erleben es: Die Zahl der ambulant tätigen Diabetologinnen und Diabetologen sinkt kontinuierlich, während der Versorgungsbedarf von Menschen mit Diabetes weiter ansteigt. Die Anforderungen sind zunehmend komplex und steigen stetig: Die Zahl der Menschen mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes wächst, Gestationsdiabetes nimmt zu, migrationsbezogene Faktoren wie beispielsweise Sprachbarrieren oder kulturelle Gegebenheiten kommen hinzu. Die medizinische Betreuung benötigt dann eine erhöhte Sensibilität und unter Umständen auch mehr Zeit.

Und zeitgleich fehlen Weiterbildungsplätze. Warum ist das so? Ganz einfach: für diese gibt es keinerlei Finanzierung. Für mich bedeutet das, dass ich, wenn ich eine Weiterbildungsassistentin in meiner Praxis ausbilde, das auf eigene Kosten tun muss. Ich muss anleiten und beaufsichtigen und kann mich in dieser Zeit nicht um die eigene Praxis kümmern. Doch für diese eigentlich gesamtgesellschaftliche Aufgabe gibt es keine Förderung, keine Unterstützung. Daher können oder wollen viele Praxen das nicht mehr leisten. Es rechnet sich einfach nicht. Weiterbildung ist aus eigenen Praxismitteln allein nicht finanzierbar.

### **Eigene Niederlassung – heute nicht mehr so attraktiv wie einst**

Wie alle Berufsverbände haben auch wir Nachwuchsprobleme. Es gibt ohnehin weniger Menschen, die in die Diabetologie wollen, und es gibt in der jüngeren Generation andere Lebensmodelle. Viele lassen sich lieber an-

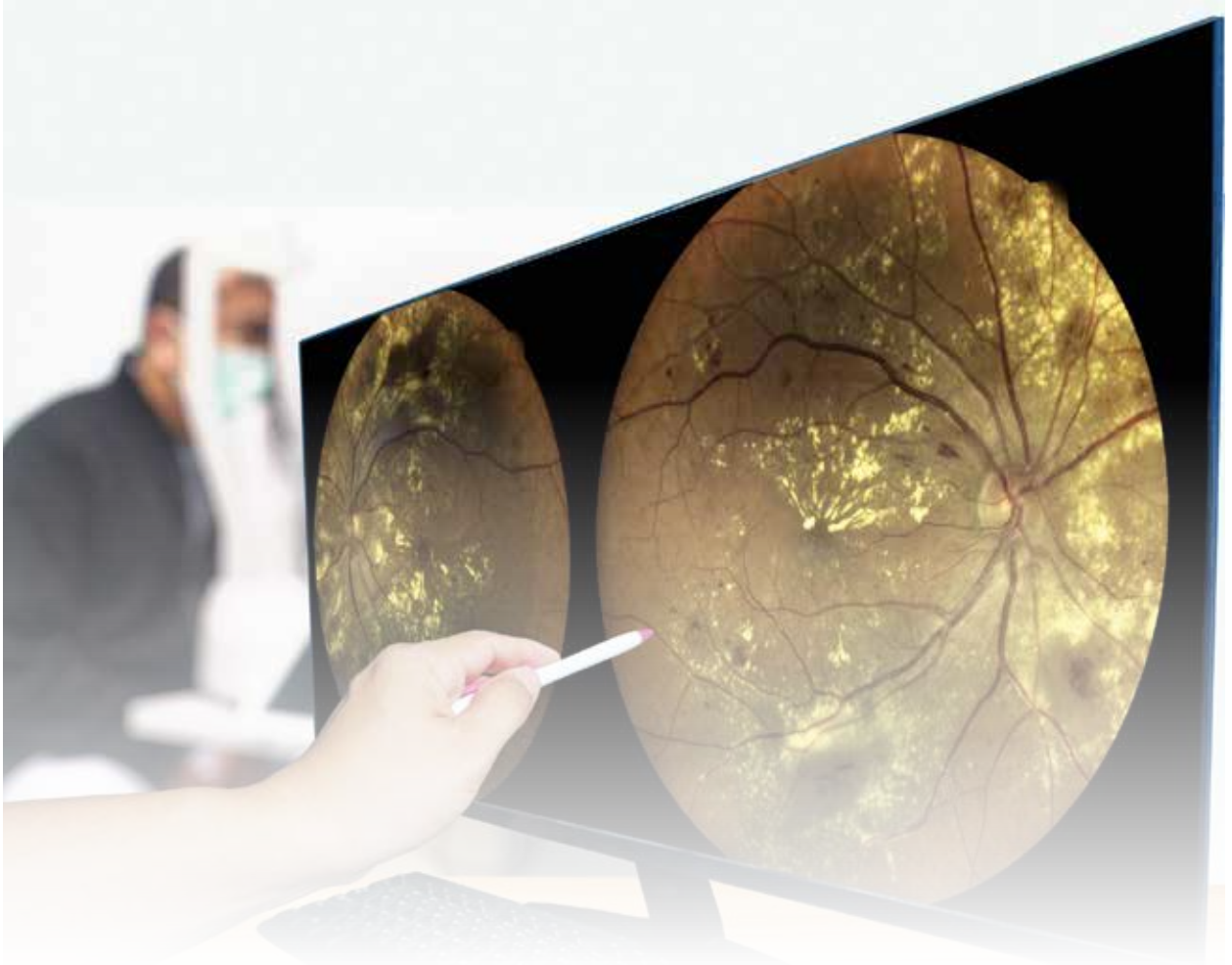
stellen, als eine eigene Praxis zu führen. Und sie wollen oder können oft auch nicht in Vollzeit arbeiten.

So kommt alles sehr ungünstig zusammen: Diabetologische Abteilungen schließen, weniger Menschen kommen in die Ausbildung mit Zusatzbezeichnung Diabetologie, weniger Praxen wollen und können die Ausbildung auf eigene Kosten anbieten, und wenn dennoch eine Ausbildung erfolgt, haben die Betroffenen eine andere Lebensplanung als noch ihre Vorgänger, die, wie ich eine eigene Praxis aus dem Nichts aufgebaut haben. Die eigene Niederlassung erscheint Vielen heute nicht mehr so attraktiv wie damals.

### **Initiative für eine rechtssichere Förderverpflichtung**

Zusammengefasst: Wir fordern für die Diabetologischen Schwerpunktpraxen eine Finanzierung, damit wir Kolleginnen und Kollegen aus- und weiterbilden können. In der Hausärzteschaft ist das etabliert, wenn sie die Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten zum Hausarzt in ihrer Praxis ermöglichen. Das fordern wir analog. Nur so kann die wichtige fachliche Expertise der Diabetologie erhalten bleiben.

Der Berufsverband der niedergelassenen Diabetologinnen in Bayern hat eine Initiative gestartet für einen nachhaltigen, rechtssicheren Weg für eine explizite Förderverpflichtung der diabetologischen Zusatzweiterbildung, die auch entsprechend finanziert wird. Dem hat sich der BVND Berlin angeschlossen.



## Fundusfotografie in der Diabetes-Praxis

**Wie diabetologische Schwerpunktpraxen eine Versorgungslücke schließen können**

### **Warum Netzhautscreening in diabetologischen Schwerpunktpraxen?**

Die Diabetische Retinopathie (DR) ist die häufigste Ursache vermeidbarer Erblindung im erwerbsfähigen Alter. Je nach Diabetesform entwickeln 25 bis 30 % der Patientinnen und Patienten im Verlauf eine DR. Früh erkannte Veränderungen lassen sich erfolgreich behandeln – unentdeckte hingegen führen zu irreversiblen Schäden und sind dabei ein deutlicher Marker für ein sehr hohes kardiovaskuläres Risiko. Dennoch: In Deutschland erhalten bis zu 50 % der Menschen mit Diabetes nicht einmal alle zwei Jahre eine Funduskopie – und das trotz klarer DDG-Leitlinien. Das ist aus meiner Sicht ein unhaltbarer Zustand.

Die Ursachen sind vielfältig: Lange Wartezeiten, Tropf-Untersuchungen, eingeschränkte Augenarztverfüg-

barkeit, fehlende Terminbereitschaft und zudem wirtschaftlich wenig attraktive Rahmenbedingungen in der Augenheilkunde.

### **Die diabetologische Schwerpunktpraxis als Lösungspartner**

Wir sehen die Patientinnen und Patienten in unseren Praxen regelmäßig, wir kennen ihr Risiko – und wir können handeln. Modernste Funduskameras mit voll-automatisierter Aufnahme und KI-gestützter Befundung ermöglichen es, ein qualitätsgesichertes Screening direkt in der diabetologischen Praxis anzubieten – schnell, niedrigschwellig und vor allem auch nah am Alltag der Betroffenen. Damit schließen wir eine Versorgungslücke und können frühzeitig handeln, bevor eine Erblindung entsteht.

## Neue Technologien, die die diabetologische Versorgung verändern

Neue voll-digitale Funduskameras machen es möglich. Sie liefern selbst bei enger Pupille hochwertige Bildqualität. Die Bewertung wird mittels der angeschlossenen KI vorgenommen. Sie bewertet

- ▶ die Bildqualität
- ▶ das Vorliegen und ggf. den Schweregrad einer DR (ICDR-Klassifikation)
- ▶ Hinweise auf Makulaödem, Glaukom und optional auch altersbedingte Makuladegeneration (AMD)
- ▶ die Dringlichkeit einer augenärztlichen Vorstellung
- ▶ Die Qualität der Befundung ist außerordentlich gut und übertrifft in Studien teilweise sogar Netzhautspezialisten.

## Was bedeutet das für den Einsatz in der Praxis?

Ein Screening dauert in der Regel unter fünf Minuten. Ohne Tropfen, ohne Autofahrverbot, ohne unnötigen Aufwand. Bei einem unauffälligen Ergebnis bleibt der Patient in einem strukturierten Kontrollintervall – bei Auffälligkeit erfolgt eine priorisierte Weiterleitung zum Augenarzt.

Damit ergibt sich für alle Beteiligten eine echte Win-Win-Situation: Patientinnen und Patienten haben weniger Aufwand, dafür aber mehr Sicherheit. Augenärztinnen und -ärzte werden von reinen Screenings entlastet und für uns Diabetologinnen und Diabetologen ergibt sich eine bessere Risikokontrolle und Leitlinienqualität.

## Erfahrungen aus der Praxis: Unser Weg in der Diabetes- und Stoffwechselpraxis in Wetter

Seit Einführung des Fundus-Screenings im Dezember 2024 haben wir über 700 Menschen untersucht. Der Ablauf ist dabei wie folgt:

1. Indikationscheck & Einwilligung
2. Aufnahme durch MFA (Dauer ca. 2 Minuten)
3. KI-Befund in 1 Minute
4. Dokumentation & ggf. direkte Terminvermittlung zum Augenarzt

Was die Bepreisung betrifft, liegen wir bei Durchschnittskosten in Höhe von knapp unter 30 Euro. Selbstverständlich müssen die Kosten der Untersuchung abgedeckt sein. Aktuell handelt es sich noch um eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL), die wir bisher nicht durch die GKV erstattet bekommen. Oftmals zeigen

sozial schwächere Personen eine geringere Selbstfürsorge und sind in Folge in besonderer Weise gefährdet an einer unentdeckten Diabetischen Retinopathie erkrankt zu sein. Wir möchten auch und diesen wirtschaftlich benachteiligten Patientinnen und Patienten diese medizinisch notwendige Untersuchung ermöglichen.

### Beispiel IGeL-Abrechnung:

Für die Fundusfotografie die GOP 1253 (8,74€, Steigerungssatz 2,3fach)

Quelle: BVND

## Blick in die Zukunft: Was jetzt notwendig ist

Wer regelmäßig hinsieht, verhindert, dass Patientinnen und Patienten ihr Augenlicht verlieren. Damit dieses Erfolgsmodell bundesweit etabliert werden kann, braucht es jedoch eine Übernahme in die Regelversorgung, ein entsprechendes G-BA-Bewertungsverfahren läuft bereits. Die Fundusfotografie stellt in der patientenzentrierten Diabetologischen Schwerpunktpraxis ein sicheres Diagnoseverfahren dar, um niederschwellig die bestehende Versorgungslücke zu schließen. Es liegt an uns dieses qualitativ hochwertig mitzugestalten. Die Zusendung der auffälligen Fundusbilder fördert überdies die sehr sinnvolle Kooperation zwischen Diabetologie & Augenheilkunde.

## Dr. Stephan Schleyer

Internist und Diabetologe DDG, Ernährungsmedizin, Sportmedizin



# Polygraphie in der diabetologischen Schwerpunktpraxis – ein echter Versorgungsgewinn

Schlechter Schlaf ist ein unterschätzter Feind der Stoffwechselgesundheit. Immer mehr Studien belegen, wie eng die obstruktive Schlafapnoe (OSA) mit Diabetes mellitus, Hypertonus, Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern und Adipositas verknüpft ist. Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes liegt die OSA-Prävalenz bei 50–80 % – je nach Quelle noch höher. Trotzdem bleibt sie oft unerkannt. Die Konsequenz: Viele unserer Patientinnen und Patienten werden tagsüber nicht wach und nachts nicht gesund.

Die Polygraphie – das sogenannte „kleine Schlaflabor“ – setzt genau hier an. Mit ihr halten Diabetologinnen und

Diabetologen einen Baustein in den Händen, der der diabetologischen Versorgung an einer entscheidenden Stelle Stabilität geben kann. Mit ihr erkennen wir ein für die Versorgung von Menschen mit Diabetes hoch relevantes Risiko:

- ▶ OSA verstärkt Insulinresistenz und glykämische Variabilität
- ▶ nächtliche Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, kardiovaskuläre Risiken
- ▶ starke Korrelation mit Adipositas

Wer Diabetes gut behandeln will, sollte also Schlafqualität mitdenken.



## Polygraphie in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis?

Bisher fand das OSA-Screening fast ausschließlich in HNO- oder Lungenfacharztpraxen statt. Entsprechend der Versorgungssituation in Deutschland ist der Bedarfsdeckungsgrad schlecht, Wartezeiten sind üblicherweise lang und die Priorität gerade in Bezug auf Diabetespatientinnen und -patienten ist – vorsichtig gesagt – überschaubar.

Dem gegenüber stehen die diabetologischen Schwerpunktpraxen. Wir kennen unsere Patientinnen und Patienten bereits. Wir erkennen ihre Symptome und wir leisten Diagnostik Tag für Tag – zeitnah und praxisnah. Die Polygraphie ermöglicht eine niederschwellige Diagnose direkt in der DSP, eine Ausschlussdiagnostik ohne Schlaflaboraaufenthalt, ein Therapiemonitoring z. B. bei CPAP-Patienten sowie eine Verbesserung der Stoffwechselslage durch Behandlungsoptimierung.

Der praktische Ablauf ist leistbar und unkompliziert für alle Beteiligten: Die Untersuchung wird von geschultem Praxispersonal angelegt – der Patient bzw. die Patientin schläft zuhause in gewohnter Umgebung. Die Messdaten werden am nächsten Morgen ausgelesen und können innerhalb von fünf Minuten ausgewertet werden.

Auch die erforderliche Weiterbildung ist überschaubar und leistbar. Die erforderliche Qualifikation ist klar strukturiert: sie besteht aus einem 30-Stunden-Kurs (Blended Learning), die Kosten sind vergleichsweise gering, eine Genehmigung durch die KV unkompliziert. Zu empfehlen ist hierfür eine Kooperation mit einem Schlaflabor.

## Polygraphie: für DSP nicht nur medizinisch sinnvoll

Die Polygraphie ist eine extrabudgetäre Leistung nach GOP 30900 (aktuell 76,38 €).

Bei Privatpatienten sind auch deutlich höhere Honorare möglich. Zusätzlich sinnvoll ist eine Verlaufs- und Therapieüberwachung bei CPAP/APAP.

Damit ist die Leistung nicht nur medizinisch geboten, sondern auch ein wirtschaftlich tragfähiger Baustein – insbesondere in einer Zeit, in der klassische diabetologische Leistungen immer härter umkämpft und unterfinanziert sind. Wichtiger Hinweis: In einigen Regionen bestehen KV-spezifische Regelungen im qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV). Es ist daher unbedingt ratsam, vorab lokal den Vergütungsrahmen abzuklären. Die Investition selbst ist für Praxen

überschaubar und skalierbar. Viele Praxen beginnen zunächst mit ein bis zwei Geräten.

## Fazit

Die Polygraphie ist kein „Add-on“, sondern ein evidenzbasiertes, abrechenbares Versorgungsmodul, das exakt zum Versorgungsauftrag von diabetologischen Schwerpunktpraxen passt. Sie trägt zur Stärkung und zum Erhalt der Praxisstrukturen bei, bindet Patientinnen und Patienten und leistet einen wichtigen Beitrag in der ganzheitlichen Behandlung von Menschen mit Diabetes.

## Dr. Winfried Keuthage

**Diabetologe DDG, Ernährungsmedizin, Verkehrsmedizin, Naturheilverfahren, Facharzt für Allgemeinmedizin**

Weiterführende Informationen und Veranstaltungen auch zum Einsatz der Polygraphie in der DSP finden Sie auf der Webseite der BVNDakademie:  
<https://bvnd-akademie.de/>

Für detaillierte Rückfragen steht Ihnen Dr. Keuthage auch persönlich zur Verfügung:

**Schwerpunktpraxis für Diabetes und**

**Ernährungsmedizin Münster**

**Dr.med. Winfried Keuthage und Kolleg\*innen**

Düesbergweg 128, 48153 Münster

Telefon: 0251 777 5 888

Telefax: 0251 777 5 811

E-Mail: [info@diabetes-praxis-muenster.de](mailto:info@diabetes-praxis-muenster.de)



# Gefäßdiagnostik gehört in die diabetologische Schwerpunktpraxis

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) gehört zu den gefährlichsten und gleichzeitig am stärksten unterdiagnostizierten Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus. Wir kennen die Zahlen seit Jahren, aber sie sind nicht weniger alarmierend geworden:

- ▶ Nur 25 % der Betroffenen haben überhaupt Symptome.
- ▶ 30 % aller Patientinnen und Patienten mit Claudicatio sind Menschen mit Diabetes.
- ▶ 50 % aller Patientinnen und Patienten mit kritischer Extremitätenischämie haben Diabetes.
- ▶ In der ICDiab-Auswertung wurde pAVK bei nur 12,7 % der Patientinnen und Patienten verschlüsselt – obwohl die tatsächliche Prävalenz deutlich höher liegt.

Kurz gesagt: Wir übersehen eine Erkrankung, die Amputationen und kardiovaskuläre Ereignisse maßgeblich mitbestimmt.

## Warum Screenen? Weil pAVK selten „weh tut“ – aber viel Schaden anrichtet

Bei einem Großteil der Diabetespatientinnen und -patienten fehlen die klassischen Symptome – allen voran die Claudicatio. Der Grund: Viele Betroffene leiden gleichzeitig an einer Neuropathie, die Schmerzen maskiert. Die Folge ist eine trügerische klinische Ruhe. Doch im Hintergrund schreitet die Erkrankung fort. Nicht selten zeigt sich die pAVK erst bei fortgeschrittenem Gefäßschaden – etwa beim ischämischen Diabetes-Fußsyndrom oder gar einer drohenden Amputation. Der Schlüssel zur frühzeitigen Behandlung ist eine entsprechend frühe Diagnostik – und die sollte idealerweise dort stattfinden, wo unsere Patientinnen und Patienten ohnehin schon sind: in der diabetologischen Schwerpunktpraxis.

## Vor dem Screening: die klinische Untersuchung

Die Basis bleibt die eingehende körperliche Untersuchung – konsequent und strukturiert. Unsere Patientinnen und Patienten brauchen eine Diagnostik, die über die klassische Gefäßmedizin-Stichprobe hinausgeht. Dazu gehören:

- ▶ Eingehende Inspektion (Hautfarbe, Behaarung, Temperatur, Deformitäten)
- ▶ Pulsstatus: A. dorsalis pedis, A. tibialis posterior, A. poplitea, Leistenpulse
- ▶ Auskultation auf Stenosegeräusche

Wichtig zu beachten: Die klassischen Fontaine-Stadien sind bei Neuropathie unbrauchbar, Betroffene Patientinnen und Patienten haben schlicht keinen Ischämieschmerz bei Belastung.

Andererseits: Tastbare Fußpulse schließen eine pAVK nicht aus.

## ABI, TBI & moderne Technologie: Gefäßdiagnostik kann delegiert werden

Für das Screening stehen derzeit zwei praxistaugliche Methoden zur Verfügung:

### 1. Kabelgebundene ABI-Messung

- ▶ GDT-Anbindung ans Praxisverwaltungssystem
- ▶ bewährt, aber aufwendig und räumlich an einen Arbeitsplatz gebunden
- ▶ unangenehme Mehrfachmanschetten für die Patientinnen und Patienten

### 2. Automatisierte, kabellose ABI-Messung (z. B. MESI ABI)

- ▶ delegationsfähig
- ▶ mobil einsetzbar (Behandlungsraum, Hausbesuch)
- ▶ Messdauer < 5 Minuten
- ▶ Pulswellenanalyse für zusätzliche diagnostische Sicherheit

Das Ergebnis ist sofort verfügbar und liefert eine klare Einteilung in:

- ▶ Normalbefund
- ▶ Grenzwertig
- ▶ pathologisch
- ▶ Verdacht auf Mediasklerose (ABI > 1,4)



Gerade bei Diabetespatientinnen und -patienten mit möglicher Mediasklerose ist der ABI jedoch nur begrenzt aussagekräftig. Hier hilft der Zehen-Arm-Index (TBI) – ebenfalls automatisiert messbar, aber technisch anspruchsvoller und nicht in allen Praxen zuverlässig einsetzbar.

### **pAVK-Screening lohnt sich – medizinisch und finanziell**

Mehrere Krankenkassen (darunter DAK, KKH, TKK, regionale AOKs) bezahlen mittlerweile ein jährliches pAVK-Screening für Versicherte ab 50 Jahren mit Hypertonie oder Diabetes:

- ▶ 20 € pro ABI-Screening
- ▶ bei positivem Befund zusätzliche Vergütung für Weiterbetreuung

So wird ein einfaches Screening zu einem wirksamen Baustein zur Prävention schwerer Komplikationen – und gleichzeitig zu einem sinnvoll eingebetteten Bestandteil der Praxisökonomie.

### **Warum pAVK-Diagnostik in die DSP gehört**

1. Wir sehen die richtigen Patienten.  
Kaum ein Fach versorgt Patienten mit höherem pAVK-Risiko.
2. Wir erkennen früh, was andere zu spät sehen.  
Die maskierte Ischämie bei Neuropathie bleibt Augenärzten, Chirurgen und Hausärzten oft verborgen.
3. Wir handeln strukturiert.  
Ein auffälliger ABI/TBI führt bei uns zu klaren Algorithmen: Duplexsonographie → MR-/CT-Angiographie → Revaskularisation.
4. Wir verhindern Amputationen.  
Jede rechtzeitig entdeckte pAVK ist eine potenziell verhinderte Ischämie.

### **Fazit: Gefäßdiagnostik gehört in jede diabetologische Schwerpunktpraxis**

Die Botschaft aus Praxis und Leitlinie ist eindeutig. Als Diabetologinnen und Diabetologen müssen wir pAVK aktiv suchen – denn unsere Patientinnen und Patienten spüren sie zu spät. Gerade weil wir diese regelmäßig sehen, weil wir ihre Risiken kennen, weil wir delegationsfähige Verfahren nutzen können und weil wir entsprechend früh therapieren und konsequent weiterleiten können ist die diabetologische Schwerpunktpraxis der ideale Ort für diese Diagnostik und sie leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Prävention.

### **Antje Weichard**

**Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin,  
Diabetologin, Mitglied des BVND-Vorstands**



# UMFRAGE



## Schmerzhafte diabetische Polyneuropathie (sdPNP): eine nicht so seltene und unterschätzte Belastung

### Ergebnisse der BVNDakademie-Befragung und Schlussfolgerungen

Schmerzen und Missempfindungen an den Füßen und Beinen gehören zu den häufig berichteten Beschwerden unserer Patientinnen und Patienten. Gerade in der diabetologischen Schwerpunktpraxis begegnet uns die schmerzhafte diabetische Polyneuropathie (sdPNP) als besondere Ausprägung der diabetischen PNP täglich – und doch bleibt sie in ihrer Tragweite oft unterdiagnostiziert und untertherapiert.

Um ein erstes Bild der Versorgungssituation in den diabetologischen Schwerpunktpraxen zu gewinnen, hat die BVNDakademie im September 2025 eine deutschlandweite Befragung durchgeführt, an welcher 30 diabetologische Zentren teilgenommen haben. Ziel war es, Versorgungsrealität sichtbar zu machen – und daraus abzuleiten, was wir als Berufsgruppe gegebenenfalls verändern müssen.

Schon ein erster Blick auf die Daten zeigt:

- Die Prävalenzangaben bezüglich der sdPNP variieren enorm: 5–50 % der Diabetespatienten

- Die Zahl der betreuten sdPNP-Patientinnen und Patienten liegt zwischen 50 und 9.000 pro Jahr je Zentrum

So große Unterschiede zeigen: Wir wissen zu wenig über die Versorgung dieser Entität – und was wir wissen, ist unsystematisch.

#### Diagnostik: Wenn Dokumentation nicht differenziert

Besonders problematisch: Über 35 % der befragten Diabeteszentren können sdPNP in ihrem Praxisverwaltungssystem gar nicht eindeutig ermitteln. Begründung: Es gibt keinen eigenen ICD-10-Code. Alles läuft unter ‚diabetische Polyneuropathie‘. Die Konsequenz: sdPNP wird massiv untererfasst.

Damit fehlt grundsätzlich jedweder strukturelle Anreiz, die Diagnose sauber zu dokumentieren. Das Problem: was nicht codiert ist, existiert auch gesundheitspolitisch nicht – und wird logischerweise auch nicht vergütet und damit schließt sich der Kreis.



## Die Therapie: Häufig systemisch – selten differenziert

Die Daten zeigen:

- ▶ nur etwa ein Viertel (27,7 %) der betroffenen Patientinnen und Patienten erhalten überhaupt eine Therapie
- ▶ lokaltherapeutische Verfahren werden extrem selten eingesetzt

Dabei wären gerade lokal wirksame Medikamente oft weniger nebenwirkungsbelastet – insbesondere, wenn Patientinnen und Patienten bereits komplex polypharmakologisch behandelt werden müssen. Betriebswirtschaftliche Beweggründe sind zudem ein Hemmnis. Aktuell sind die Praxen beim Einsatz von wirksamen Lokaltherapeutika auf Schmerztherapeutinnen und -therapeuten in ihrer Nähe angewiesen. Diabetologische Schwerpunktpraxen, die entsprechende Leistungen selber anbieten, können diese nur als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) abrechnen.

Dabei ist der klinische Eindruck eindeutig:

- ▶ Schmerzen sind hochgradig lebensqualitätsrelevant
- ▶ Schlaf, Bewegung und Psyche der Patientinnen und Patienten werden beeinträchtigt
- ▶ Zudem gibt es unmittelbare Auswirkungen auf Therapieadhärenz und Stoffwechsel

Die Behandlung von sdPNP ist also ein zentraler Baustein einer ganzheitlichen diabetologischen Versorgung.

## Forderungen an die Gesundheitspolitik: Was muss sich ändern?

Die Befragung war bewusst als Einstiegsprojekt angelegt. Sie zeigt, dass wir besser erfassen, häufiger therapieren, vor allem aber auch mehr gesundheitspolitisch

Druck machen müssen. Aus Sicht der diabetologischen Schwerpunktpraxen ergeben sich klare Maßnahmen, die die mit Hilfe der Politik, der Selbstverwaltung und der Fachgesellschaften umgesetzt werden müssen:

1. Implementierung eines eigenen ICD-Codes für sdPNP – nur so lassen sich Prävalenz validieren und Versorgung steuern
2. Berücksichtigung der sdPNP im DMP Diabetes mellitus – nur die sdPNP ist für die Betroffenen therapeutisch relevant. Hierfür sind Qualitätsindikatoren für Erkennung und Behandlung erforderlich
3. Eine Vergütung, die leitliniengerechtes Handeln ermöglicht – lokaltherapeutische Optionen dürfen für die Praxen kein finanzielles Risiko beinhalten
4. Ausbau von entsprechenden Fortbildungsangeboten, Schulung der Praxisteams in schmerzorientierter Diagnostik und Therapie
5. Nicht zuletzt: Entwickeln und Schärfen eines Problembewusstseins durch regelmäßige Evaluation und entsprechende gesundheitspolitische Kommunikation

Die vorliegende Befragung ist ein erster Anstoß auf diesem Weg. Die BVNDakademie wird das Thema aber weiter vertiefen – mit dem Ziel, sdPNP als das anzuerkennen, was es sie ist: eine ernsthafte, belastende und behandelbare diabetische Folgeerkrankung, die in der ambulanten Diabetologie zu Hause ist.

## Dr. Nikolaus Scheper

**Facharzt für Allgemeinmedizin und Diabetologie,  
Vorsitzender der BVNDakademie**



## 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](http://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



**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](mailto:info@bvnd-akademie.de)



# BVNDakademie

## DIABETOLOGISCHE FACHASSISTENZ

# EINLADUNG

Nach den ersten erfolgreichen Fortbildungsrunden zur Diabetologischen Fachassistenz startet nun 2025 die nächste Runde.

Die Ziele der Fortbildung orientieren sich am Curriculum „Diabetologische Fachassistenz“ der Bundesärztekammer, sind abgestimmt mit den Inhalten der Module 1 und 2 der Diabetesassistentin DDG und öffnen den Weg zu weiteren Diabetes-Edukations-Berufen bis hin zur Diabetesberaterin DDG.

Das Zertifikat „Diabetologische Fachassistenz“ ist führungsfähig nach Ärztekammer-Recht.

Diese Fortbildung soll medizinische Fachangestellte dazu befähigen, den Arzt / die Ärztin in Diagnostik und Therapie wichtiger diabetologischer Krankheitsbilder zu unterstützen sowie bei wesentlichen praxisorganisatorischen Aufgaben zu entlasten.

Die Fortbildung wird in Form von 5 Wochenendveranstaltungen (Freitag und Samstag) von der Akademie Niedergelassener Diabetologen für Fort- und Weiterbildung e.V., BVNDakademie, durchgeführt. Online-Module zwischen den Präsenzseminaren ergänzen das Fortbildungsprogramm.

Wir laden Sie gerne ein, an dieser Fortbildung teilzunehmen.

### AUSZÜGE AUS DEM CURRICULUM:

01. Medizinische Grundlagen
02. Medizinische Krankheitsbilder - Grundlagen Diabetischer Fuß
03. Kommunikationstechniken und Methoden der Gesprächsführung
04. Wahrnehmung und Kommunikation
05. Diagnostik und Verlaufskontrollen - Technische Untersuchungen
06. Behandlungsstrategien
07. Schulung und Training, DMP-Grundlagen
08. Diabetische Folge- und Begleiterkrankungen
09. Arzneimittel-, Heil- und Pflgemittelverordnung
10. Notfälle in der Diabetologie - Sondersituationen
11. Arbeitsschutz, Recht und Datenschutz
12. Diabetesprävention

### Abschluss der DFA:

Schriftliche Prüfung im Multiple-Choice-Verfahren, Kolloquium und Rollenspielen.

Eine Veranstaltung der  
**BVNDakademie**

durchgeführt von **GRÜN**  
MED INFC

## DIABETOLOGISCHE FACHASSISTENZ

# EINLADUNG

### Termine

1. Wochenende: 09. und 10. Januar 2026
2. Wochenende: 23. und 24. Januar 2026
3. Wochenende: 20. und 21. Februar 2026
4. Wochenende: 20. und 21. März 2026
5. Wochenende: 10. und 11. April 2026

**Kosten** 800 Euro brutto pro Person

**Wo** AMERON Köln Hotel Regent  
Melatengürtel 15, 50933 Köln  
T +49 221 5499 921  
Stichwort „DFA 2025/26“

### Teilnahmevoraussetzungen:

Die Teilnahme an der Fortbildung setzt eine erfolgreich abgeschlossene Prüfung als medizinische/r Fachangestellte/r oder einen vergleichbaren Abschluss in einem medizinischen Fachberuf voraus.

### Kontakt für weitere Informationen:

GRÜN med info GmbH  
Ansprechpartner Tobias Zahn  
Telefonnummer 07321-9469119  
E-Mail [t.zahn@med-info-gmbh.de](mailto:t.zahn@med-info-gmbh.de)

Melden Sie sich jetzt **verbindlich** über nachstehenden QR-Code für diese Fortbildungsveranstaltung an:



Oder melden Sie sich direkt über folgenden Link an:  
<https://bvnd-akademie.de/anmeldung-diabetologische-fachassistenz/>

Die Fortbildungsreihe wird durch folgende Partner aus der pharmazeutischen Industrie unterstützt:



sanofi

Wir danken den Firmen für das Sponsoring.

Eine Veranstaltung der  
**BVNDakademie**

durchgeführt von **GRÜN**  
MED INFC

## Die *hausärztliche* Vorhaltepauschale ab 2026 im Überblick

### Vorhaltepauschale ohne Zuschlag (128 Punkte)

- wird gezahlt, wenn die Praxis kein oder nur ein Kriterium erfüllt

### Vorhaltepauschale plus Zuschlag I (128 Punkte plus 10 Punkte)

- wird gezahlt, wenn die Praxis mindestens zwei bis maximal sieben Kriterien erfüllt

### Vorhaltepauschale plus Zuschlag II (128 Punkte plus 30 Punkte)

- wird gezahlt, wenn die Praxis acht oder mehr Kriterien erfüllt

Die Vergütung erfolgt ohne Budget in voller Höhe.

### Ausnahmeregelungen für diabetologische Schwerpunktpraxen

- 1. Hausärztinnen und Hausärzte in diesen Praxen erhalten einen **10-Punkte- Zuschlag zur Vorhaltepauschale ohne die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien.**
- 2. **Es gibt keinen Abschlag, wenn eine Praxis zu wenig impft.**

Für den höheren Zuschlag von 30 Punkten müssen sie wie alle anderen Hausärztinnen und Hausärzte mindestens acht Kriterien erfüllen.

Als Schwerpunktpraxen im Sinne dieser Ausnahmeregelungen gelten Praxen, in denen Hausärztinnen und Hausärzte bei mehr als 20 Prozent der Patientinnen und Patienten spezialisierte diabetologische Behandlungen erbringen.

Damit ist gesichert, dass es keine Honorarverluste für DSP bei der Vorhaltepauschale gibt.

Regelungen zu den *Chronikerpauschalen* werden später verhandelt.  
(Stand 27.08.2025)

Quelle: <https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/08-19-extra/vorhaltepauschale-fuer-hausaerzte-neu-geregelt-kbv-und-gkv-spitzenverband-beschliessen-die-details>

## Details zur neuen Vorhaltepauschale ab 2026

Die **Grundsystematik** der GOP 03040 (ab 1. Januar 2026: 128 Punkte) wird im Wesentlichen beibehalten.

Das bedeutet:

- die GOP wird weiterhin als Zuschlag zur Versichertenpauschale von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zugesetzt, wenn der Hausarzt / die Hausärztin bei dem Patienten / der Patientin keine fachärztlichen Leistungen im Quartal durchführt (zum Beispiel Richtlinien-Psychotherapie (EBM-Kapitel 35, mit Ausnahme der psychosomatischen Grundversorgung (GOP 35100, 35110)) oder Schlafstörungsdiagnostik (EBM-Abschnitt 30.9))
- Hausärztinnen und Hausärzte mit mehr als 1.200 Behandlungsfällen im Quartal erhalten einen Aufschlag auf die GOP 03040 von 9 Punkten, bei weniger als 400 Behandlungsfällen gibt es unverändert einen Abschlag von 13 Punkten
- die GOP ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig

### **Neue Abschlagsregelung (gilt nicht für diabetologische Schwerpunktpraxen):**

Hausarztpraxen, die weniger als zehn Schutzimpfungen (gemäß der Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses) im Quartal durchführen, erhalten einen Abschlag auf die Vorhaltepauschale von 40 Prozent.

### **Zuschlag zur Vorhaltepauschale**

Ergänzend zur Vorhaltepauschale wird ein gestaffelter Zuschlag eingeführt, für dessen Berechnung die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien erforderlich ist.

- bei Erfüllung von mindestens zwei bis maximal sieben Kriterien: 10 Punkte (GOP 03041)
- bei Erfüllung von mindestens acht Kriterien: 30 Punkte (GOP 03042)

Der Zuschlag wird entsprechend der Anzahl erfüllter Kriterien von der KV einmal je Behandlungsfall zur GOP 03040 zugesetzt.

Ob eines der ersten acht Kriterien als erfüllt gilt, hängt davon ab, wie hoch der prozentuale Anteil der geforderten Leistungen an den Behandlungsfällen einer Praxis ist. Dabei wird jede abgerechnete Leistung gezählt; beim Kriterium Schutzimpfungen zum Beispiel jede Impfung, auch wenn ein Patient an einem Tag zwei Impfungen erhält.

## Die zehn Kriterien im Überblick

Kriterium	Anforderungen für die Erfüllung des Kriteriums
Haus- und Pflegeheimbesuche (GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01721, 03062, 03063, 38100 und / oder 38105)	mind. 5 Prozent*
Geriatrische / palliativ-medizinische Versorgung (GOP der EBM-Abschnitte 3.2.4, 3.2.5 und 37.3, 30980 und / oder 30984)	mind. 12 Prozent*
Kooperation Pflegeheim (GOP des EBM-Abschnittes 37.2)	mind. 1 Prozent*
Schutzimpfungen gemäß Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 7 Prozent im 1., 2. und 3. Quartal*</li> <li>• mind. 25 Prozent im 4. Quartal*</li> </ul>
Kleinchirurgie / Wundversorgung / postoperative Behandlung (GOP 02300, 02301, 02302, 02310, 02311, 02312, 02313 und / oder 31600)	mind. 3 Prozent*
Ultraschalldiagnostik Abdomen und / oder Schilddrüse (GOP 33012 und / oder 33042)	mind. 2 Prozent*

Quelle: <https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/08-19-extra/vorhaltepauschale-fuer-hausaerzte-neu-geregelt-kbv-und-gkv-spitzenverband-beschliessen-die-details>



## Die zehn Kriterien im Überblick (Forts.)

Kriterium	Anforderungen für die Erfüllung des Kriteriums
hausärztliche Basisdiagnostik Langzeitblutdruckmessung und / oder Langzeit-EKG und / oder Belastungs-EKG und / oder Spirographie (GOP 03241, 03321, 03322, 03324 und / oder 03330)	mind. 3 Prozent*
Videosprechstunde (GOP 01450)	mind. 1 Prozent*
Zusammenarbeit	Das Kriterium gilt als erfüllt bei einer fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) von Hausärzten oder der Teilnahme an Qualitätszirkeln
Sprechstunden / Praxisöffnungszeiten	Angebot von mindestens 14- täglich stattfindenden Sprechstunden am <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittwoch nach 15 Uhr und / oder</li> <li>• Freitag nach 15 Uhr und / oder</li> <li>• an mindestens einem Werktag</li> <li>· nach 19 Uhr und / oder</li> <li>· vor 8 Uhr</li> </ul>

\*Die Summe der Leistungen im Verhältnis zu allen hausärztlichen  
Behandlungsfällen, z. B. mind. 50 Besuchsleistungen bei 1.000 Fällen (5 Prozent)

# DIAMED



**Labortechnik**



**Hygiene**



**Praxisorganisation**



**Dienstleistungen**



**Selektivverträge**

Qualitätsprodukte für  
diabetologische Praxen  
zu Sonderkonditionen

[www.diamed-eg.de](http://www.diamed-eg.de)

Für den Überblick aller Produkte  
bitte QR-Code scannen



# Topcon NW500 Funduskamera – Augenscreening vor Ort

DIAMED



Regelmäßige Netzhautkontrollen gehören zur leitliniengerechten Betreuung von Menschen mit Typ-2-Diabetes. Das Augenscreening mit Topcon Lösungen bietet einen konkreten Mehrwert in der diabetologischen Versorgung – für Patient:innen, Praxisteams und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit.



## Einfach, effizient und präzise:

- ▶ KI-gestütztes Screening
- ▶ Screening auf: Diabetische Retinopathie, Diabetisches Makulaödem (DMÖ), Glaukom
- ▶ Einfach integrier- und bedienbar

**Profitieren Sie ab sofort vom Topcon  
Screening-Paket als exklusives Angebot  
für DiaMed Mitglieder.**

seca

## seca mBCA Alpha

Die präzise Analyse der Körperzusammensetzung liefert wertvolle Informationen für eine erfolgreiche Diabetestherapie. Mit den seca mBCA Systemen steht Ihnen modernste Bioimpedanztechnologie zur Verfügung, um Fettmasse, Muskelmasse und Körperwasser wissen-

schaftlich fundiert zu bestimmen – schnell, sicher und reproduzierbar.

**Zusätzlich zu seca mBCA Ultra können Sie ab sofort den seca mBCA Alpha über die DiaMed zu Sonderkonditionen bestellen.**



- ▶ Gleiches Messprinzip und gleiche Genauigkeit wie der seca mBCA Ultra
- ▶ Kompaktes, platzsparendes Design
- ▶ Manuelle Eingabe der Körpergröße
- ▶ Attraktive Konditionen bei vollem Leistungsumfang

Der seca mBCA Alpha bietet die gleiche validierte Messtechnologie wie der Ultra, jedoch in einem kompakteren und leichteren Design. Er ist ideal für kleinere Praxen oder Behandlungsräume mit begrenztem Platzangebot. Durch den Verzicht auf Stehhilfe und Ultraschallmodul bleibt der Alpha besonders kompakt – ohne Einbußen in Reproduzierbarkeit oder Datenqualität.

**Für eine unverbindliche, kostenlose Produktdemonstration oder ein individuelles Beratungsgespräch melden Sie sich gerne unter [info@diamed-eg.de](mailto:info@diamed-eg.de)**



# 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.

- ▶ 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

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.

**Als DiaMed-Mitglied erhalten Sie den FibroScan® GO-Mietvertrag zu Sonderkonditionen.**



## 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

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

wird von der DiaMed ausgefüllt!

Mitgliedsnummer:

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](http://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: © DDG, Dirk Deckbar  
S.3: 1 | © DDG, Dirk Deckbar, 2 | © Toralf Schwarz  
S.4: 1 | © DDG, Dirk Deckbar, 2 | © DDG, Dirk Deckbar, 3 | © DDG, Dirk Deckbar  
S.6: © DBT - Thomas Köhler, photothek  
S.8: © DBT - Lichtblick, Achim Melde  
S.10/11: © freepik.com  
S.16: © freepik.com  
S. 20/21: © Adobe Stock, Racle Fotodesign  
S. 22: © Adobe Stock, Richman Photo  
S. 24: © freepik.com  
S. 28/29: © Adobe Stock, magele-picture  
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: © benzoix - freepik.com  
S. 33: © contrastwerkstatt (1) - Fotolia.de  
S. 38: 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. 42: 1 | © AdobeStock\_72884317\_hoch\_Fisch\_Wasser, 2 | © GRÜN med info GmbH  
S. 44: © biancoblu - freepik.com  
U3: © freepik.com  
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



Search...

**Vorschau**  
**nächste DiabetesPost**  
Diabetes-Technologie 2026



1 x wöchentlich

**mounjaro®**

Tirzepatid

A Lilly Medicine

**GEMEINSAM ZIELE ERREICHEN**

FÜR MENSCHEN MIT TYP-2-DIABETES<sup>a</sup>



**STARTEN SIE JETZT –  
MIT MOUNJARO®**

**Überlegene  
HbA<sub>1c</sub>-Reduktion<sup>1</sup>**



Bis zu **-2,5%**

HbA<sub>1c</sub>-Reduktion mit Mounjaro®  
15 mg nach 40 Wochen<sup>1,c</sup>

**Überlegene  
Gewichtsreduktion<sup>1,d</sup>**



Bis zu **-13%**

Gewichtsreduktion mit Mounjaro®  
15 mg nach 40 Wochen<sup>2,e</sup>

Zur Fachinformation von Mounjaro®  
[www.lilly.com/de/fachinfo/mounjaro](http://www.lilly.com/de/fachinfo/mounjaro)



<sup>a</sup>Mounjaro® (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.<sup>1</sup> <sup>b</sup>Mounjaro® verfügt über einen im AMNOG verhandelten Erstattungsbetrag (§ 130b SGB V). <sup>c</sup>Bezogen auf den Ausgangswert.<sup>1</sup> Mittlere HbA<sub>1c</sub>-Reduktion im Vergleich zum Ausgangswert. <sup>d</sup>Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien.<sup>1</sup> <sup>e</sup>Bezogen auf den Ausgangswert.<sup>2</sup> 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!**

