



Forum für Kooperation,
Innovation und die Zukunft
des Gesundheitssystems

SONDERAUSGABE DES BEITRAGS

"Ambulante Diabetologie am Scheideweg –
Lösungen für die Zukunft der Diabetesversorgung"

Dr. Christoph Neumann, Dr. Daniela Petersen-Miecke und Dr. Agnes Mittermeier

- Gesundheitssystem – ein Stillstandskartell
- Primäre Versorgung
- KI und Prävention
- Adipositas-Prävention
- Pflegeunterstützung in Unternehmen
- Ambulante Diabetologie
- Assistierte Peritonealdialyse
- Doomscrolling
- Früherkennung Darmkrebs

Herausgegeben von Rolf Stuppardt

Der Herausgeberbeirat: Prof. Dr. Vera Antonia Büchner | Andrea Galle | Dr. Gerald Gaß | Roland Engehausen | Dr. Isabella Erb-Herrmann | Prof. Dr. Lutz Hager | Christian Heerdt | Sandra Postel | Ulrich Langenberg | Dr. Marc-Pierre Möll | Dr. Uwe K. Preusker | Dr. Florian Reuther | Andreas Storm

Prolog

Bessere Versorgungssteuerung gelingt nur in einem besseren System

Patientensteuerung und ihre Aktivierung für Gesundheit und Krankheit ist seit langer Zeit ein viel diskutiertes Thema, das allenthalben notleidend ist. Systematisch beginnt das beim Stellenwert für Gesundheit im System einerseits und zum anderen bei der Gesundheitskompetenz der Menschen. Beides ist kräftig unterentwickelt. Das System lebt von der fachspezifisch separierten, fragmentierten Krankheitsbehandlung. Und in dieser Perspektive: je chronischer, desto besser. Und auch die Gesundheitskompetenz der Menschen wird nicht systematisch gefördert, weder in den Schulen noch in der medizinischen Ausbildung. Zudem spielt die Förderung von Adhärenz, Compliance und Therapietreue insbesondere im therapeutischen Niemandsland der eigenen vier Wände keine besondere Rolle. Wären die Menschen gesundheitskompetenter, würde der Gang zum Arzt zurückgehen. Hätten wir mehr Gesundheitskompetenz, wäre die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen geringer. Überhaupt scheint es mir sinnvoll zu sein, die Menschen zu befähigen, dieses hoch medikalisierte System so selten wie möglich in Anspruch zu nehmen. Systematisch scheitert das Thema aber auch im Nebeneinander von präventiver, kurativer, rehabilitativer und pflegerischer Versorgung. Solange es in der Fläche nicht gesundheitserhaltende und versorgungsfallbezogene integrative, interdisziplinäre und vernetzte soziale Kooperation gibt, werden die generalisierend eklektizistischen Vorschläge im Sande des Systems verlaufen, kurz: Nicht erfolgreich sein. Nun hat sich auch die amtierende Gesundheitsministerin Nina Warken des wichtigen Themas der Steuerung angenommen. Sie will die medizinische Versorgung verbessern. Das ist unwidersprochen das Anliegen der Allermeisten. Doch schon beim WIE scheiden sich die vielen Interessengeister, die dieses System am laufenden Band generiert. Wir müssen einfach begreifen und einsehen, dass ohne strukturelle und prozessuale Veränderungen und einer durchgängigen Menschenorientierung keine besseren Ergebnisse zu erzielen sind. Nun soll es also zum x-ten Mal



ein „Primärarztsystem“ MIT den bestehenden Systembrüchen und Defiziten richten. In der Theorie hört sich das sinnvoll an. Als Systemkenner, der schon seit Dekaden einen Hausarzt hat und seine wichtigsten Fachärzte eigenverantwortlich ansteuert, kann ich nur sagen, das wird nicht funktionieren. Wenn alle künftig in der Regel zum Hausarzt gehen müssen, der dann von dort aus überweisen und verteilen soll, dann scheitert das schon allein an den quantitativen und qualitativen Voraussetzungen. Die Hausärzte sind lange schon überlastet, ein Flaschenhals würde sich auftun. Es ist zudem eine Frage der inhaltlichen und organisatorischen Steuerungsqualität. Es ist hier eben nicht so wie in Skandinavien oder den Niederlanden, dass z.B. medizinische Fachangestellte eine Art Filter bilden können. Ob also richtiger, schneller und besser der geeignete Facharzt konsultiert werden kann, ist recht fraglich. Auch ist das Ganze von der akuten Fallproblematik abhängig. Mit einer klaren HNO-, Orthopädie- oder urologischen Angelegenheit, will ich nicht erst beim Hausarzt einen Termin machen, der umgekehrt natürlich darüber informiert sein sollte. Kurz und gut: Für mich macht Primärversorgung nur dann Sinn, wenn es in der Fläche mehr vernetzte und aufeinander abgestimmte Strukturen und Prozesse mit einer klaren präventiven Orientierung gibt und die Primärversorger in diesem Sinne kompetent und leistungsfähig ausgestattet sind.

In diesem Sinne wünsche ich frohes Schaffen in einem Sommer, der wie im April macht, was er will.

Ihr

Rolf Stuppardt

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Rolf Stuppardt'.

Inhalt

153



Prolog – Bessere Versorgungssteuerung gelingt nur in einem besseren System

Hausarztmangel und Systembrüche, was vermag der neuerliche Wunschgedanke einer primärärztlichen Versorgung in der notleidenden durchlässigen gesundheitlichen Versorgung zu leisten, fragt sich Herausgeber **Rolf Stuppardt** in seinem Prolog.

157



Mit KI zu gesunder Arbeit: Prävention neu gedacht

Die betriebliche Gesundheitsförderung steht vor zwei großen Herausforderungen: Zum einen steigt die Zahl der psychischen Erkrankungen seit Jahren. Das bedeutet nicht nur immense Kosten für unser Gesundheitssystem, sondern ist auch für die Firmen ein ernstes Problem, da hiermit lange Ausfallzeiten verbunden sind. Vom Leid der Betroffenen ganz zu schweigen. Zum anderen scheitern Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention daran, dass es Menschen schwerfällt, bisherige Routinen und Gewohnheiten zu verändern. Für eine nachhaltige Verbesserung braucht es folglich eine systematische, effektive und effiziente Unterstützung – eine Lücke, die der Einsatz von Künstlicher Intelligenz schließen könnte, diskutieren **Prof. Dr. Axel Koch, Dr. Nicole Deci und Sebastian Hofreiter**.

163



Mehr Versorgung wagen – warum die assistierte Peritonealdialyse mehr kann als nur Lücken füllen

Angesichts wachsender Patientenzahlen und begrenzter Ressourcen braucht die nephrologische Versorgung flexible heimbasierte Lösungen. Die Peritonealdialyse (PD) bietet hierfür ein international etabliertes Modell – bleibt in Deutschland aber weitgehend ungenutzt. Eine Stärkung der PD, insbesondere der aPD, ist medizinisch sinnvoll und versorgungspolitisch überfällig. Die aktuelle Krankenhausreform mit erhöhten fachärztlichen Personalvorgaben in der Leistungsgruppe Nephrologie beschleunigt diesen Handlungsdruck. **Christoph B. Niehus und PD Dr. med Kevin Schulte** diskutieren dies in ihrem Beitrag.

170



Es gibt keine Unschuldsgel im verfassten Gesundheitswesen

Abwehrkämpfe, das ist es, was die Selbstverwaltungsakteure im deutschen Gesundheitswesen am besten können. Und zwar egal, aus welchem "Lager" sie kommen, so leitet **Nikolaus Huss** seinen Gastbeitrag ein, mit dem er die gesundheitspolitischen Gegenwartsentwicklungen schlaglichtartig analysiert. Da spricht er u.a. deutlich von einem „Stillstands Kartell“. Und dabei gibt es auf keiner Seite „Unschuldsgel“.

180



Doomscrolling – Was machen die Dauerschleifen negativer Inhalt mit uns?

Schlechte Nachrichten sind weit verbreitete „gute Meldungen“. Wir klicken uns von der einen zur anderen Katastrophe und werden mit Negativem überflutet. Das führt zum Doomscrolling, man verliert die Wirklichkeit aus den Augen, was erhebliche psychische und physische Auswirkungen hat. In ihrem Gastbeitrag hat **Monika Koch** das beleuchtet.

183



Privatsache Pflege? Wie Unternehmen Beschäftigte mit pflegebedürftigen Angehörigen sinnvoll unterstützen

Die Pflege von Angehörigen wurde lange als Privatsache angesehen. Dabei übernehmen Millionen Erwerbstätige in Deutschland nebenbei Pflegeaufgaben, sei es für ein Elternteil, eine*n Partner*in mit chronischer Erkrankung oder ein Kind mit besonderen Bedürfnissen. In der Mehrzahl handelt es sich um Frauen – viele von ihnen sind sogar in Vollzeit beschäftigt. Während Unternehmen zur Kinderbetreuung vielfach bereits Angebote entwickelt haben, rückt das Thema Pflege erst seit Kurzem stärker in den Fokus. Wie können Beschäftigte mit Pflegeverantwortung sinnvoll unterstützt werden? Erste Initiativen und Angebote zeigen, was möglich ist. Einen hohen Stellenwert nehmen dabei Employee Assistance Programs (EAPs) ein, denn sie sind ein Schlüssel zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. **Karin Esch** diskutiert und beleuchtet das.

187



Adipositas bei Kindern und Jugendlichen – Prävention verbessern

Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist ein wachsendes Gesundheitsproblem, das häufig durch mangelnde körperliche Bewegung und übermäßige Kalorienaufnahme verursacht wird. Die Diagnose erfolgt in der Regel anhand des BMI, wobei ein Wert in der 95. Perzentile für das jeweilige Alter und Geschlecht als Kriterium gilt. Die Folgen von Adipositas sind erheblich. *Dr. Mark Dankhoff* zeigt Problem und Herausforderungen auf und plädiert für gezielte Prävention.

191



Ambulante Diabetologie am Scheideweg – Lösungen für die Zukunft der Diabetesversorgung

Die spezialisierte Behandlung von Menschen mit Diabetes mellitus hat sich aus eigener Initiative der behandelnden Ärzt*innen in den letzten 30 Jahren weitgehend aus der Klinik in den ambulanten Bereich verlagert, um im heimischen Umfeld realitätsnahe Therapien entwickeln zu können und Kosten zu sparen. Deutschlandweit ist ein Netz von ambulanten Einrichtungen entstanden, die eine Therapie auf höchstem Niveau anbieten. Aufgrund rechtlicher Hürden im Bereich der Weiterbil-

dungsförderung und der demographischen Entwicklung droht in absehbarer Zeit ein kontinuierlicher Rückgang ambulant tätiger Diabetolog*innen. *Dr. Christoph Neumann, Dr. Daniela Petersen-Miecke und Dr. Agnes Mittermeier* thematisieren mögliche Lösungswege.

195



Früherkennung neu denken: Wie hybride Prozesse die Darmkrebsvorsorge zugänglicher machen

Darmkrebs ist eine der häufigsten Krebsarten in Deutschland, der bei frühzeitiger Erkennung aber gut behandelbar ist. Trotz klarer medizinischer Empfehlungen und vollständiger Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung bleibt die Inanspruchnahme der Darmkrebsvorsorge gering. Für Krankenkassen bedeutet das, dass Vorsorgeangebote strukturell neu gedacht werden müssen – integriert, steuerbar und digital unterstützt. *Dr. Michael Bonin* setzt hier auf ein hybrides Versorgungsprogramm. Das finden wir neu und nützlich.

Medientipp 198

Epilog & Impressum 200



Ambulante Diabetologie am Scheideweg

Lösungsansätze für die Zukunft der Diabetesversorgung

Von Dr. med. Christoph Neumann, München, Dr. med. Daniela Petersen-Miecke, Herrsching, Dr. med. Agnes Mittermeier, Ebersberg¹ Vorstand Berufsverband niedergelassener Diabetolog*innen in Bayern (bndb) e.V.

Die ambulante Diabetologie steht vor einem Wendepunkt: Während innovative Therapien und digitale Anwendungen die Versorgung und Lebensqualität von Menschen mit Diabetes spürbar verbessern, bedrohen rechtliche Hürden, stagnierende Honorare und der demografische Wandel die Zukunft dieser Fachrichtung. Der Beitrag unserer Autoren skizziert die aktuelle Lage, zentrale Herausforderungen – und fordert entschlossenes Handeln von Politik und Gesellschaft.

Die spezialisierte Behandlung von Menschen mit Diabetes mellitus hat sich aus eigener Initiative der behandelnden Ärzt*innen in den letzten 30 Jahren weitgehend aus der Klinik in den ambulanten Bereich verlagert, um im heimischen Umfeld realitätsnahe Therapien entwickeln zu können und Kosten zu sparen. Deutschlandweit ist ein Netz von ambulanten Einrichtungen entstanden, die eine Therapie auf höchstem Niveau anbieten. Im Zentrum steht die Arbeit im Team und die Diabetesschulung. Die Innovationen im Bereich von Glukosemessung und medikamentöser Therapie sind rasant und erfordern eine kontinuierliche Weiterbildung des Teams. Dabei spielen Technologie und Digitalisierung eine immer größere Rolle. Nur so gelingt die flächendeckende Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus nach dem neuesten Standard. Aktuelle Daten aus Bayern belegen ein verbessertes Glukosemanagement in Eigenverantwortung und eine Verbesserung der Lebensqualität unter Einsatz digitaler Anwendungen. Es ist davon auszugehen, dass sich

mittelfristig die Rate von diabetesbedingten Komplikationen verringern und das Leben verlängern lässt. Dies dürfte Kosten einsparen helfen.

Aufgrund rechtlicher Hürden im Bereich der Weiterbildungsförderung und der demographischen Entwicklung droht in absehbarer Zeit ein kontinuierlicher Rückgang ambulant tätiger Diabetolog*innen. Damit wird das über 30 Jahre erarbeitete Wissen für die Patient*innen verloren gehen. Die Thematisierung dieser dramatischen Entwicklung und die Suche nach Lösungen sollten wir als gesamtgesellschaftliche Herausforderung gemeinsam mit den politischen Entscheidungsträgern annehmen.

¹ Beide Autorinnen und der Autor sind Vorstand des Berufsverbandes niedergelassener Diabetolog:innen in Bayern (bndb) e.V., Traunstein

Stand ambulante Diabetologie in Deutschland

In den letzten 30 Jahren haben sich deutschlandweit spezialisierte ambulante Einrichtungen etabliert, die im Team und in enger Zusammenarbeit mit den Hausärzten im Rahmen des DMP-Diabetes die Versorgung gewährleisten. Innovative Therapiemöglichkeiten und neue Glukosemesssysteme haben das Fachgebiet revolutioniert und führen zu besseren Ergebnissen mit Verringerung von Komplikationen und Verlängerung des Lebens. Diese Innovationen fordern Zeit und eine kontinuierliche Weiterbildung des gesamten Diabetesteam. Dieser zusätzliche Aufwand wird bisher nicht finanziell honoriert und wird so zum wirtschaftlichen Problem. Aktuell stehen wir vor zahlreichen Herausforderungen, darunter die steigende Prävalenz von Diabetes, die Notwendigkeit einer verbesserten Versorgungsqualität bei kontinuierlich steigenden Anforderungen und das zunehmende Alter praktizierender Diabetolog*innen.

Diabetesinzidenz und -prävalenz in Deutschland (9)

In Deutschland erkranken jährlich mehr als eine halbe Million Erwachsene neu an Diabetes. Aktuell sind etwa 8,9 Millionen Menschen betroffen. Man vermutet eine Dunkelziffer von mindestens zwei Millionen. Bei gleichbleibender Entwicklung ist davon auszugehen, dass hierzulande bis zum Jahr 2040 etwa 12,3 Millionen Menschen an Diabetes erkrankt sein werden. Jedes Jahr erhalten rund 450 000 Menschen die Erstdiagnose „Diabetes mellitus“.

Diabetes Typ 1: Erwachsene: etwa 340 000 Betroffene, Kinder und Jugendliche: etwa 37 000 Betroffene (bis zum Alter von 20 Jahren). Jährlich erkranken mehr als 3 000 Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre neu an Typ-1-Diabetes. Auch diese Zahl steigt im Jahr um drei bis fünf Prozent an.

Diabetes Typ 2: Etwa 95 % der Diabetespatient*innen haben einen Typ-2-Diabetes.

Gestationsdiabetes: Jährlich erkranken über 50 000 Frauen an Schwangerschaftsdiabetes, das entspricht 6,8 % aller Schwangeren. Sie haben ein mehr als siebenfach erhöhtes Risiko, später an einem manifesten Diabetes zu erkranken.

Versorgungssituation in Deutschland

Ein*e Hausarzt*in betreut rund 100 Menschen mit Diabetes. Davon haben zwei bis fünf einen Typ-1-Diabetes. Bundesweit gibt es rund 1100 diabetologische Schwerpunktpraxen. In Bayern sind ca. 450 Diabetolog*innen von der KVB anerkannt. Insgesamt arbeiten in Deutschland ca. 4200 Diabe-

tolog*innen, 5900 Diabetesberater*innen, 9200 Diabetesassistent*innen 3970 Wundassistent*innen.

Bedeutung des Berufsverbands

Der Vorstand des bayerischen Berufsverbands bndb (Berufsverband der niedergelassenen Diabetolog*innen in Bayern e.V.) arbeitet seit vielen Jahren erfolgreich mit den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) an einer optimalen ambulanten Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus. Der überwiegende Anteil der Erkrankten wird mittlerweile im ambulanten Setting betreut. Die Bezahlung variiert sehr von Bundesland zu Bundesland und hängt direkt von der Zusammenarbeit des jeweiligen Vorstands des Berufsverbands mit der KV und den GKV zusammen, bei uns geregelt in der sogenannten Diabetesvereinbarung. Durch unsere Arbeit konnten wir etliche Zusatzleistungen auf den Weg bringen, die eine verbesserte ambulante Versorgung ermöglichen.

Telemedizinprojekt auf der Höhe der Technik

In einem 6-monatigen, ambulanten, bayernweiten Projekt des Berufsverbands bndb konnte erstmalig in Deutschland bei Erwachsenen gezeigt werden, dass sich durch den Einsatz moderner Technologien (kontinuierliche Glukosemessung) in Kombination mit telemedizinischer Beratung die Versorgung von Menschen mit Diabetes signifikant verbesserte (Absenkung der Glukose ohne Gewichtszunahme). Darüber hinaus war der überwiegende Anteil der Patient*innen mit dieser innovativen Behandlung sehr zufrieden.

Aufgrund der positiven Ergebnisse konnte diese Art der Behandlung in Bayern in die Regelversorgung der Diabetolog*innen übernommen werden, deutschlandweit bisher einmalig. Eine Übernahme bundesweit wäre wünschenswert.

Patientenstruktur in ambulanten Praxen

Die Patientenstruktur in der ambulanten Arbeit hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Die Patient*innen sind älter und multimorbider geworden und oft durch einen Migrationshintergrund sprachlich limitiert. Die Menschen kommen immer häufiger mit ausgeprägten Glukoseentgleisungen zu uns, weil viele Kliniken für Diabetesbehandlung geschlossen wurden und in den vorhandenen Kliniken unzureichend Expertise zur Diabetesbehandlung existiert. Diese Entwicklung fordert eine intensive Betreuung in Gruppen- und Einzelschulungen unter Einbeziehung von Familienangehörigen und Dolmetschern, um die etablierte Therapie erfolgreich umsetzen zu können.

Anforderungen an das ambulante Diabetesteam

• rtCGM

Die technische Entwicklung im Bereich der kontinuierlichen Glukosemessung in Echtzeit (rtCGM) hat die Diabetologie in den letzten 10 Jahren revolutioniert. So können in Echtzeit lückenlose Glukoseprofile erstellt werden, die eine optimale Therapie ermöglichen, die kontinuierlich angepasst werden muss. Seit 2016 besteht nach gBA-Beschluss die Möglichkeit für Diabetolog*innen, bei Patient*innen mit intensivierter Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie bei Nichterreichen der Zielwerte ein rtCGM-System zu Lasten der GKV zu verordnen. Voraussetzung ist eine entsprechende Schulung der Patient*innen.

• AID-System

Die Kombination kommunizierender Systeme von rtCGM, Algorithmus und Insulinpumpe werden als sogenanntes AID-System bezeichnet. Diese Technologien ermöglichen eine personalisierte und präzise Therapie, die die Glukoseregulation und die Lebensqualität der Patient*innen erheblich verbessern kann. Gleichzeitig erfordern sie jedoch einen hohen Einsatz von Zeit, Wissen, Ressourcen und das Erwerben digitaler Kompetenzen des gesamten Teams. Mittelfristig ist durch die bessere Behandlung von einer Verringerung der Folgekomplikationen und damit auch der Kosten auszugehen. Aktuelle Informationen nationaler und internationaler Fachgesellschaften empfehlen für alle Menschen mit Typ 1 Diabetes bei Nichterreichen der Therapieziele die Verwendung eines AID-Systems. In einer Pressemitteilung der DDG vom 23.07.25 nimmt diese differenziert zu diesen modernen Diabetestechnologien Stellung verbunden mit einem gemeinsamen Statement von DDG, BVND, bndb und AGDT, das sich mit Chancen und Anforderungen dieser Systeme auseinandersetzt.

• Neue Medikamente

Die Entwicklung neuer medikamentöser Therapiemöglichkeiten eröffnet eine individuelle Behandlung in Abhängigkeit von bereits vorhandenen Komplikationen im Bereich von Gefäßen, Herz und Nieren und verlängert das Leben.

• Problem Honorar

Die extrabudgetäre Bezahlung der ambulant tätigen Diabetolog*innen variiert von Bundesland zu Bundesland. Die pauschal pro Monat gezahlten Beträge in Bayern sind seit 25 Jahren unverändert, ebenso die Honorierung der Diabetesschulungen. Bei kontinuierlich steigenden Ge-

samtkosten vor allem für das teure Fachpersonal führt dies in Bayern zu kontinuierlich sinkenden Einnahmen. Eine Anpassung des Honorars ist aufgrund des immensen Innovationsdrucks erforderlich, um die ambulante Diabetologie attraktiv halten zu können.

• Problem ambulante Weiterbildung

Viele Kliniken zur Weiterbildung Diabetologie sind mittlerweile aus ökonomischen Gründen verschwunden. In ganz Deutschland existieren ca. 300 stationäre Einrichtungen mit einer Anerkennung für Typ-1- und Typ-2-Diabetes. Die Weiterbildung müsste also mit Hochdruck ambulant erfolgen, um das Fortbestehen des Berufsstands sichern zu können. Hier unterscheidet sich die Diabetologie von allen anderen Fach-Disziplinen, bei denen die Aus- und Weiterbildung in Kliniken erfolgt. In diesem Zusammenhang ist es nicht nachvollziehbar, warum die Weiterbildungszeit in der ambulanten Diabetologie durch die Bundesärztekammer von 18 auf 12 Monate reduziert wurde, obwohl die Anforderungen an die diabetologische Expertise insbesondere im Bereich der Technologisierung und Digitalisierung kontinuierlich steigen. In diesem Zeitraum ist es nicht möglich, das komplexe Gebiet der ambulanten Diabetologie zu vermitteln!

Das Vorliegen einer Facharztbezeichnung ist die rechtliche Voraussetzung einer Weiterbildungsförderung durch GKV und KV. Der Facharzt für Diabetologie wurde nicht geschaffen. Von derzeit ca. 110 weiterbildungsberechtigten Diabetolog*innen in Bayern werden aktuell nur 8 Stellen angeboten, da die Weiterbildung komplett in Eigenleistung finanziert werden muss. Diese ist also ohne finanzielle Unterstützung nicht zu leisten. Ohne Änderung der rechtlichen Grundlagen wird somit in absehbarer Zeit die ambulante Diabetologie verschwinden. Damit verschwände eine tragende Säule im DMP-Diabetes mellitus.

Wir haben das Problem mit allen Beteiligten (GKV, KVB, Politik) auf bayerischer und auf Bundesebene thematisiert. Die GKV erkennen das Problem und wären zur Finanzierung bereit, die KVB beruft sich auf den fehlenden rechtlichen Rahmen, der auf politischer Ebene im Bund geschaffen werden muss.

• Problem Überalterung

Wie in vielen anderen Bereichen der ambulanten Medizin sind die Diabetolog*innen in Bayern überaltert (siehe Grafik). Aufgrund der oben beschriebenen Rahmenbedingungen mit steigenden Anforderungen und sinkenden Einnahmen wird es immer schwieriger, junge Kolleg*innen für die ambulante Diabetologie zu begeistern.

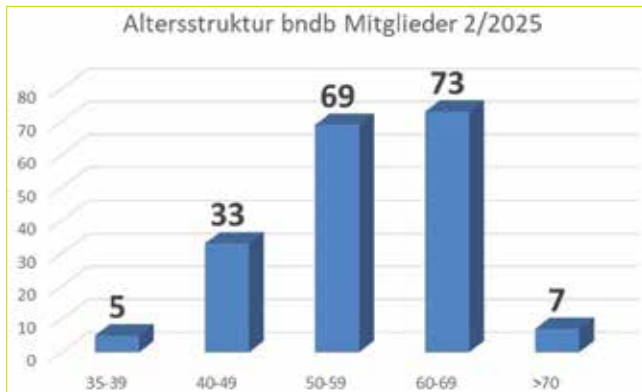


Abb. 1: Altersstruktur bndb Mitglieder 2/2025

Schon jetzt schließen diabetologische Schwerpunkteinrichtungen selbst in Ballungsräumen Bayerns die Pforten, weil sie keine Nachfolge finden.

Politische Forderungen und Lösungen

Um unseren Berufsstand erhalten zu können, ist die Schaffung der rechtlichen Grundlagen zur Förderung der ambulanten Weiterbildung Diabetologie dringend erforderlich. Nach gemeinsamer Analyse der aktuellen Situation mit Herrn Prof. Dr. Dr. Alexander Ehlers, München, haben wir uns dazu entschlossen, diesen zu beauftragen, unseren Standpunkt und unsere rechtlichen Interessen gemeinsam mit uns bei wichtigen Entscheidungsträgern in Politik und Gesundheitsbereich vorzustellen und an einer Lösung zu arbeiten.

Wertevolle Unterstützung erfahren wir in diesem Prozess darüber hinaus durch Herrn Dr. Tobias Wiesner, Leipzig, Vorstandsmitglied im Bundesverband niedergelassener Diabetologen (BVND) und der Arbeitsgemeinschaft Diabetes + Technologie (AGDT) und Vizepräsident der Deutschen Diabetesgesellschaft (DDG) sowie durch Herrn Dr. Stephan Pilsinger, München, MdB.

Schließlich ist es notwendig, den Facharzt für Diabetologie auf den Weg zu bringen, um auch langfristig diese Spezialisierung attraktiv für die nachfolgenden Kolleg*innen zu halten.

Resümee und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die ambulante Diabetologie vor großen Herausforderungen steht. Durch die zeitnahe Etablierung einer Weiterbildungsförderung ließe sich die sich abzeichnende Unterversorgung von Menschen mit Diabetes mellitus aufhalten. Dabei sind wir auf Verständnis und eine breite gesellschaftliche Unterstützung angewiesen. Nur so werden wir in der Lage sein, der dramatischen Zunahme der Diabetesinzidenz- und -prävalenz etwas entgegenzusetzen. Durch Einsatz moderner Technologien können wir die Versorgungsqualität erheblich verbessern und damit Kosten für Komplikationen und Leid verringern. Wir werden uns mit Nachdruck für den Fortbestand der ambulanten Diabetologie einsetzen.

Literatur bei den Autoren



Dr. med. Christoph Neumann

Internist, Diabetologe, Diabeteszentrum
Neumann+Zschau, München



Dr. med. Daniela Petersen-Miecke

Internistin, Diabetologin
Diabeteszentrum Ammersee, Herrsching



Dr. med. Agnes Mittermeier

Fachärztin für Innere Medizin, Diabetologin
Diabeteszentrum Ebersberg, Ebersberg