Eine narrative Synthese für Deutschland

Handlungsfelder für eine flächendeckende Diabetesversorgung bei steigender Prävalenz und Fachkräftemangel

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor erheblichen finanziellen und strukturellen Herausforderungen, zu denen nichtübertragbare chronische Erkrankungen – insbesondere Typ-2-Diabetes mellitus (T2DM) – maßgeblich beitragen. Aktuell leben in Deutschland etwa 9,3 Mio. (diagnostizierte) Menschen mit T2DM, zusätzlich ist von etwa 2 Mio. bislang unentdeckten Fällen auszugehen. Die jährliche Inzidenz beträgt rund 450.000 Neuerkrankungen. T2DM macht 95% aller Diabetesfälle aus – die Prävalenz des Typ-1-Diabetes mellitus (T1DM) ist mit 375.000 Fällen deutlich niedriger.[1,2] Nach Angaben des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) ist in Deutschland rund jeder fünfte Todesfall (ca. 16%) mit T2DM oder dessen Komorbiditäten, insb. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, assoziiert.[3] Die direkten Ausgaben für Diabetes lagen 2023 bei 9,7 Mrd. Euro jährlich.[4] Gesundheitsökonomisch bedeutsamer sind jedoch die mittel- und langfristigen Folgekosten der diabetesassoziierten Komorbiditäten, welche 67% der gesamten T2DM-Kosten ausmachen.[5] Die jährlichen direkten Gesamtkosten belaufen sich derzeit auf 36,1 Mrd. Euro, zuzüglich indirekter Kosten etwa durch Arbeitsunfähigkeit oder Frühberentung.[2] Im Jahr 2040 wird ein Anstieg der Menschen mit Diabetes auf ca. 12 Mio. prognostiziert.[1] Dieses begründet sich u. a. auf der demografischen Alterung der Bevölkerung sowie der verbesserten Versorgung und der impliziten Reduktion der Mortalität.[6] Diese Entwicklung wird die bestehende Versorgungssituation noch verschärfen.

>> Diabetes mellitus ist mit einem überdurchschnittlich hohen Versorgungsaufwand verbunden, der mit zunehmender Krankheitsdauer und -komplexität weiter ansteigt.[7,8] Patient:innen mit intensivierter Insulintherapie (ICT), Multimorbidität oder diabetischem Fußsyndrom benötigen im Vergleich zu Patient:innen in frühen Krankheitsstadien mehr Zeit pro Behandlungskontakt sowie eine engmaschigere und koordinierte Betreuung.[7]

Vor diesem Hintergrund empfehlen Fachgesellschaften für Menschen mit T2DM strukturierte, zielgruppen- und therapiespezifische Schulungs- und Behandlungsprogramme,[9] regelmäßige Kontrolltermine, fortlaufende Überprüfungen der Therapiestrategien, regelmäßige Screenings und Monitorings der Folge- und Begleiterkrankungen sowie eine interprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe.[7]

Die diabetologische Versorgung erfolgt in Deutschland derzeit auf drei Ebenen[2,10,11] (siehe Abb. 1):

Der Zugang zu einer solch umfassenden Versorgung und die Sicherstellung eines guten Therapiemanagements bilden die Voraussetzungen für eine gute glykämische Kontrolle, welche essenziell für Menschen mit Diabetes ist. Diese ist mit einem langfristigen Therapieerfolg assoziiert und fungiert als Prädiktor für das Risiko diabetesbedingter Komplikationen (Retinopathie, Nephropathie, Neuropathie).[12]

Allerdings wird dieser Zugang zu und die Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Versorgung von Menschen mit Diabetes in den kommenden Jahren zunehmend herausfordernd, was verzögerte Therapieanpassungen[13] sowie Krankheitsprogressionen[7] begünstigen kann. Das kann die Belastung des Gesundheitssystems durch diabetesbedingte Folgeerkrankungen – auch finanziell – erhöhen.

Die Ursache hierfür ist nicht ein einzelner Faktor, sondern die Wechselwirkung mehrerer struktureller Entwicklungen:

Unterversorgung mit diabetologisch tätigen Fachärzt:innen in ländlichen Gebieten

Die spezialisierte Versorgung (Ebene 2) ist in Deutschland regional ungleich verteilt und weist ein ausgeprägtes West-Ost-Gefälle auf: Während Rheinland-Pfalz (4,09 Fachärzt:innen pro 100.000 Einwohner:innen) gefolgt vom Saarland (3,06) über eine hohe fachärztliche Versorgungsdichte verfügen, liegt die Dichte in ländlichen – insbesondere ostdeutschen – Regionen deutlich darunter (Mecklenburg-Vorpommern: 1,08, Brandenburg: 1,10).[14]

Eine geringere Fachärztedichte geht unmittelbar mit einem eingeschränkten Zugang einher, der sich in längeren Wartezeiten, eingeschränkter regionaler Verfügbarkeit spezialisierter Leistungen sowie einer verstärkten Belastung der hausärztlichen Versorgung zeigen kann.[1] Von besonderer Relevanz sind die Versorgungsdisparitäten[10,14] vor dem Hintergrund der überdurchschnittlichen Diabetesprävalenz im östlichen Teil Deutschlands.[6,14] In Regionen mit erhöhter Krankheitslast stehen somit vergleichsweise geringere Versorgungskapazitäten zur Verfügung, sodass insb. Patient:innen mit komplexen Krankheitsverläufen von Versorgungsengpässen betroffen sein können, da für diese eine engmaschigere Betreuung sowie ein erhöhter zeitlicher und personeller Ressourceneinsatz erforderlich ist.[7] Diese Unterversorgung kann potenziell negative Auswirkungen auf die Kontinuität und Qualität der Therapie haben.[15]

Nachwuchssituation in der Diabetologie

Die regionalen Unterschiede in der Versorgung sind dabei nicht isoliert zu betrachten, sondern stehen in einem engen Zusammenhang mit den verfügbaren akademischen und strukturellen Ressourcen.

Universitäre Standorte übernehmen zentrale Funktionen in Forschung, Lehre sowie ärztlicher Weiterbildung und tragen damit wesentlich zur Ausbildung zukünftiger Diabetolog:innen bei. In den vergangenen 20 Jahren ist die Zahl klinischer Lehrstühle für Endokrinologie/Diabetologie von 17 auf heute acht gesunken. Damit gingen Forschungs- und Lehrkapazitäten, Ausbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten verloren.[16] Die Einrichtungen fehlen insb. in ländlichen Regionen,[17] was einerseits die Besetzung akademischer Positionen sowie die Niederlassung spezialisierter Fachärzt:innen erschwert und unattraktiv macht.[18,19]

Gleichzeitig ist das Fach in Studium und Weiterbildung nur begrenzt verankert, was zu geringen Kenntnissen und einer niedrigen Attraktivität unter angehenden Ärzt:innen führt.[16,20] Fachgesellschaften weisen darauf hin, dass diese Entwicklung die Nachwuchsgewinnung erschwert und langfristig zu einem Rückgang diabetologischer Expertise in Klinik und Praxis beitragen kann.[16,19]

Die Reduktion der Ausbildungsmöglichkeiten sowie die implizite verminderte Niederlassungsbereitschaft, insb. in derzeit unterversorgten Regionen, kann eine Kausalkette auslösen: Eine schlechtere akademische Infrastruktur zieht keinen Nachwuchs an, die Fachärzt:innendichte wird weiter reduziert, woraus wiederum eine Verschlechterung/Verknappung der regionalen Versorgung resultieren kann.

Die Altersstruktur der Fachärzt:innen verstärkt die Nachwuchskrise zusätzlich: In einer Befragung im Rahmen des dt-Reports waren mehr als die Hälfte der befragten Diabetolog:innen älter als 55 Jahre, nur etwa 10% sind jünger als 40 Jahre.[21] Folglich ist mittelfristig ein weiterer Rückgang an ärztlichen Fachkräften erwartbar.[2] Die beschriebenen Entwicklungen erhöhen das Risiko einer unzureichenden Diabetesversorgung, insb. infolge einer verminderten Inanspruchnahme adäquater, spezialisierter Leistungen,[22] mit benannten Folgen der Verzögerungen von Therapieanpassungen sowie den Auswirkungen auf die Glukosekontrolle.[13,23] Letzteres kann eine Therapieeskalation erforderlich machen, die ansteigende Kosten für Arzneimittel, Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien verursacht.[7] Zudem besteht ein erhöhtes Risiko für diabetesbedingte Komplikationen und Krankenhausaufenthalte,[12,23-25] welche steigende Kosten durch Folgebehandlungen verursachen können.[5]

Um den bestehenden und sich zukünftig noch verschärfenden Herausforderungen zu begegnen, sind verschiedene Maßnahmen zu diskutieren.

Stärkung der Diabetologie in der Aus- und Weiterbildung

Vor dem Hintergrund der steigenden Versorgungslast bei gleichzeitig drohendem Fachkräftemangel sollten klinische Lehrstühle und Behandlungskapazitäten im Bereich der Diabetologie und Endokrinologie an sämtlichen medizinischen Fakultäten in Deutschland erhalten und wieder ausgebaut werden. Die Leistungsgruppe „komplexe Diabetologie/Endokrinologie“ (LG 2) sollte an größeren Krankenhäusern etabliert und langfristig gesichert werden, um der zunehmenden Komplexität diabetologischer Krankheitsverläufe bedarfsgerecht begegnen zu können. Auch könnte diabetologische Expertise durch ärztlich geleitete, multidisziplinäre Behandlungsteams (bspw. Diabetes-Units) regelhaft in der allgemeinen Inneren Medizin (LG 1) in Krankenhäusern verankert werden. Zertifizierte DDG-Zentren sollten zudem künftig stärker als Leuchttürme einer strukturierten und leitliniengerechten Versorgung wahrgenommen sowie in ihrer Versorgungsfunktion gestärkt werden.[26,27]

Darüber hinaus sollten gezielte Maßnah-

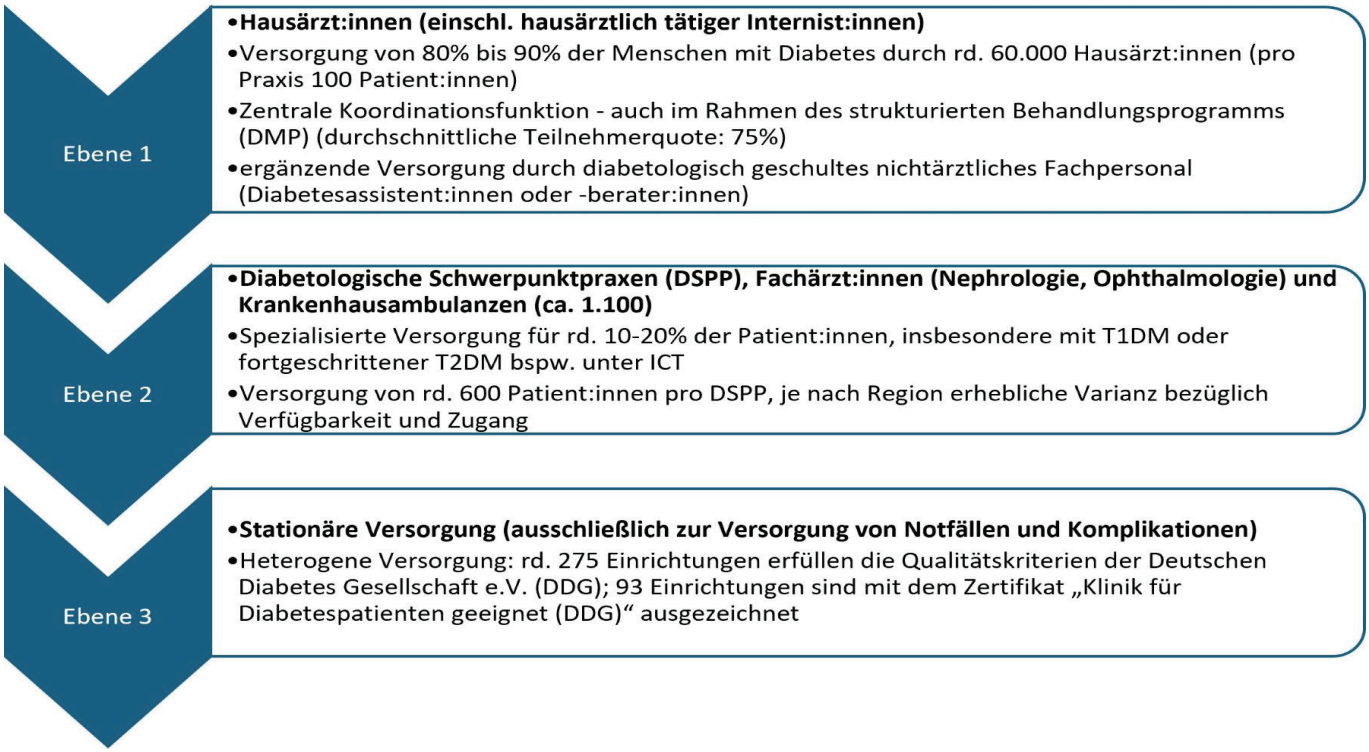


Abb. 1: Diabetologische Versorgung in Deutschland. Eigene Darstellung in Anlehnung an DDG (2025a), Nagel et al. (2006) und Laiteerapong (2019).

men zur Aus- und Weiterbildung ambulanter Diabetolog:innen weiter ausgebaut oder neu implementiert werden, um bestehende Versorgungslücken, insb. im fachärztlichen Bereich, zu schließen. Positiv hervorzuheben sind die seit vielen Jahren bestehenden Initiativen der DDG, darunter Reisestipendien, Mentoring-Programme, Veranstaltungen wie der „Students' Diabetes Day" an Universitäten, Projektförderungen sowie die Arbeitsgemeinschaft Nachwuchs.[28,29]

Die Weiterbildung zu ambulant tätigen Diabetolog:innen könnte ebenso im Rahmen sektorenübergreifender Weiterbildungsverbünde zwischen Kliniken und DSPP organisiert werden. Die Voraussetzung hierfür wäre eine verlässliche und einheitliche Refinanzierung der Weiterbildung in beiden Versorgungsbereichen, unabhängig von der unmittelbaren Erlösfähigkeit der Weiterbildungsassistent:innen.[2,30]

Angesichts regionaler Versorgungsunterschiede und begrenzter Aus- und Weiterbildungskapazitäten erscheint darüber hinaus der gezielte Ausbau universitärer Strukturen sinnvoll. Insbesonders in strukturschwachen und unterversorgten Regionen könnten zusätzliche Lehrstühle für Diabetologie und Endokrinologie einen Beitrag zur Stärkung von Forschung, Lehre und Nachwuchsgewinnung leisten. Bestehende Landärzteprogramme bieten hierfür einen geeigneten Ansatzpunkt, um die ärztliche Tätigkeit und Niederlassung in ländlichen Gebieten attraktiver zu gestalten.[31]

Sektorenübergreifende Versorgung

Vor dem Hintergrund regionaler Versorgungsunterschiede und eines wachsenden Versorgungsbedarfs können sektorenübergreifende Versorgungskonzepte einen maßgeblichen Beitrag für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Diabetesversorgung leisten.[32] Insbesondere der Ausbau telemedizinischer Strukturen bietet die Möglichkeit, den Zugang zu diabetologischer Expertise in ländlichen und unterversorgten Regionen zu verbessern, die Zusammenarbeit zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung zu intensiveren und eine kontinuierliche Betreuung von Menschen mit Diabetes zu ermöglichen.[32]

Angesichts einer steigenden Prävalenz, eines zunehmenden Fachkräftemangels sowie regionaler Versorgungsengpässe können die begrenzten Ressourcen so effizienter genutzt werden. Digitale Technologien wie Messsysteme zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung in Echtzeit (rtCGM) können eine effektive telemedizinische Betreuung unterstützen, indem sie die Glukosedynamik visualisieren sowie eine datenbasierte Betreuung erleichtern. Darüber hinaus können sie das Selbstmanagement von Patient:innen fördern, die glykämische Kontrolle verbessern sowie das Risiko diabetesbedingter Komplikationen senken.[33] Beispiele für sektorenübergreifende Kooperationsmodelle sind Diabetes-Units, Konsildienste sowie koordinierte Behandlungspfade unter Einbindung digitaler Instrumente wie der elektronischen Patientenakte, des elektronischen Rezepts, telemedizinischer Anwendungen oder digitaler DMPs.[1,2,32]

Literatur

1. DDG (2026): https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/DDG_Factsheet_2026.pdf.
2. DDG (2025a): https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/Deutscher_Gesundheitsbericht_2026_final.pdf.
3. DZD (2024): https://www.dzd-ev.de/fileadmin-dzd/DZD/PDF/Publikationen/2024_Imagebroschuere_DZD_Forschen-fuer-eine_Zukunft.pdf.
4. Destatis Statistisches Bundesamt (2026): https://genesis.destatis.de/datenbank/online/ (Tabellencode: 23631-0001)
5. Kähm, K. et al.(2018): https://doi.org/10.2337/dc17-1763.
6. RKI (2025): https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/KoerperlicheErkrankungen/DiabetesMellitus/DiabetesPraevalenz18Plus/diabetesPraevalenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2024&geschlecht=0&standardisierung=0.
7. AMWF (2023): https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-001l_S3_Typ-2-Diabetes_2026-02.pdf.
8. DDG (2025b): https://www.ddg.info/presse/2025/typ-2-diabetes-als-komplexe-erkrankung-immer-besser-verstehen-heterogene-subtypen-eroeffnen-neue-perspektiven-fuer-individualisierte-therapie-und-praevention.
9. Gallwitz, B. et al. (2025): https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/05_Behandlung/01_Leitlinien/Praxisempfehlungen/2025/PE_Therapie_Typ-2-Diabetes_2025.pdf. Letzter Zugriff: Juli 2026.
10. Nagel et al. (2006): https://www.aerzteblatt.de/archiv/diabetesversorgung-deutliche-regionale-unterschiede-7c09c60f-7fca-4b1e-a357-f254463939ba.
11. Laiteerapong, N. (2019): https://doi.org/10.2337/dc17-1144.
12. Stratton, I. M. et al. (2000): https://doi.org/10.1136/bmj.321.7258.405.
13. Lind, M. (2021): https://doi.org/10.2337/dc20-2439.
14. Almigbal, T. (2023): https://doi.org/10.3390/medicina59010182.
15. Cicek, M. et al. (2021): https://doi.org/10.1016/j.ecl.2021.05.012.
16. DZD (2019): https://www.dzd-ev.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-archiv/pressemitteilungen-2019/diabetologie-fehlender-nachwuchs-steigender-bedarf. 17. Papazachariou, A. et al. (2025): https://doi.org/10.1186/s12982-025-00457-1.
18. Holst, J. (2020): https://doi.org/10.3390/ijerph17176423.
19. DDG (2019): https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/09_Presse/Pressemitteilungen/2019/20190902_Studierendenbefragung_V.pdf. 20. Diabetologie-online (o.D.): https://www.diabetologie-online.de/a/nachwuchsmangel-in-der-diabetologie-fehlende-lehrstuehle-und-zu-wenig-diabeteswissen-im-medizinstudium-1901753.
21. Kulzer, B. (2019): https://www.diabetologie-online.de/a/schwerpunkt-dt-report-dt-report-die-wichtigsten-ergebnisse-2513994. 22. Lau, T & Osterloh, F. (2022): https://api.aerzteblatt.de/pdf/119/22/a1008.pdf.
23. Harris, S. B. & Levrat-Guillen, F. (2023): https://doi.org/10.1111/dom.15025. 24. Stratton, I.M. et al. (2000): https://doi.org/10.1136/bmj.321.7258.405. 25. Garg, S. K. et al. (2024): https://doi.org/10.1111/dom.15866.
24. Stratton, I.M. et al. (2000): https://doi.org/10.1136/bmj.321.7258.405.
25. Garg, S. K. et al. (2024): https://doi.org/10.1111/dom.15866.
26. DDG (2025c): https://www.diabetesde.org/system/files/document/250213_Agenda%20Diabetologie2030.pdf.
27. DDG (2026): https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/dz_2026-01.pdf.
28. DDG (o.D): https://www.ddg.info/nachwuchsfoerderung. 29. BVND (2020): https://www.bvnd.de/nachwuchs/weiterbildung-und-nachwuchs/.
30. MedTriX GmbH (2026): https://www.medical-tribune.de/medizin/diabetologie/schnittstellen-wie-koennen-wir-sektorengrenzen-in-der-diabetologie-ueberwinden.
31. Bundesministerium für Gesundheit (2021): https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/B/Bekanntmachungen/Foerderbekanntmachung_Landaerzteprogramm.pdf.
32. Siegel, E. (2017): https://doi.org/10.1007/s11428-016-0171-9.
33. Wilmot, E. et al. (2026): https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(26)00076-8/fulltext.
34. Handelsman, Y. et al. (2024): https://doi.org/10.1016/j.metabol.2024.155931.
35. Abbott (2023): https://www.de.abbott/content/dam/corp/abbott/de-de/documents/press-releases/2023/ADC-Europe-France-National-Basal-final.pdf.
36. Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2026): https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/qMI3Bk6CgRFu/%C3%84nderungen%20Anhang%202%20KLV%20MiGeL%20vom%209.%20Juni%202026%20per%201.%20Juli%202026.pdf.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bieten somit das Potenzial, den unterschiedlichen medizinischen und psychosozialen Bedarfen von Menschen mit Diabetes besser gerecht zu werden und die Versorgung entlang des gesamten Krankheitsverlaufs zu koordinieren. Durch eine engere Vernetzung der beteiligten Leistungserbringer, eine kontinuierliche Verlaufsbeobachtung sowie einen frühzeitigen Informationsaustausch können Therapieentscheidungen zeitnah getroffen, Versorgungslücken reduziert und vermeidbare Akutkomplikationen verhindert werden.[2]

Entsprechende integrierte Versorgungskonzepte sollten insbesonders unter Beteiligung von DSPP entwickelt werden, die bereits heute über etablierte multiprofessionelle Versorgungsstrukturen, diabetologische Expertise, Schulungskapazitäten sowie die technische Infrastruktur zur Durchführung komplexer ambulanter Behandlungs- und Betreuungsprozesse verfügen.[2,30] Aufgrund ihrer Schnittstellenfunktion zwischen hausärztlicher Versorgung, Krankenhäusern und weiteren Gesundheitsberufen könnten DSPP eine koordinierende Rolle innerhalb regionaler diabetologischer Versorgungsnetzwerke übernehmen. Dies gilt insbesondere für Regionen mit begrenzter Verfügbarkeit spezialisierter diabetologischer Facharztstrukturen.[2,30]

Für eine nachhaltige Implementierung dieser Vorhaben ist jedoch die Anpassung der Vergütungsstrukturen (Hybrid-DRGs, Anpassung bestehender Honorar- und Budgetierungsregelungen) essenziell.[1]

Stärkung des Therapiemanagements durch Patient-Empowerment

Neben den strukturellen Maßnahmen gilt es verstärkt, die Selbstbefähigung von Menschen mit Diabetes zum Management der eigenen Therapie als zentrale Säule der Diabetestherapie zu fördern.[18] Schulungen, begleitet durch medizinisches Fachpersonal, sowie der Einsatz von Diabetestechnologien wie rtCGM-Systemen können sowohl das krankheitsspezifische Wissen als auch die Fähigkeit zum eigenständigen Therapiemanagement deutlich verbessern.[19-22]

Randomisiert kontrollierte Studien wie die kürzlich veröffentlichte FreeDM2-Studie[33] zeigen, dass rtCGM-Systeme durch das direkte Biofeedback von Ernährung- und Bewegungsgewohnheiten bereits singulär oder ebenso in der Kombination mit Schulungen Verhaltensanpassungen sowie das Selbstmanagement fördern. Dies führt zu signifikanten Verbesserungen der glykämischen Kontrolle (HbA1c, Zeit im Zielbereich (TIR))[15-18] sowie der Reduktion mikro- und makrovaskulärer Begleit- und Folgeerkrankungen.[19-25] Die positiven Effekte von rtCGM-Systemen können über unterschiedliche Therapiestufen beginnend bei der oralen Medikation über die oralunterstützte Basalinsulintherapie (BOT) bis zur ICT nachgewiesen werden.[20,26-28]

Derzeit werden jedoch die Systeme, anders als im europäischen Ausland (bspw. Italien, Frankreich, Schweiz), nur für Patient:innen mit einer ICT im Rahmen der GKV-Regelversorgung erstattet.[34-36]

Darüber hinaus können rtCGM-basierte Versorgungskonzepte einen Beitrag zur Bewältigung struktureller Herausforderungen leisten. So könnten rtCGM-Systeme bei dem bereits heute schon vorliegenden Ärztemangel eingesetzt werden, um im Rahmen des Telemonitorings Routinebesuche von Patient:innen mit Diabetes zu verringern. Durch die kontinuierliche Fernüberwachung und datenbasierte Therapieanpassung könnten somit auch Versorgungslücken reduziert und daraus resultierende Begleit- und Folgeerkrankungen verringert werden. Gleichzeitig kann das verbesserte Selbstmanagement zu einer Reduzierung der nötigen Ärztekontakte beitragen[33], womit die begrenzten personellen und strukturellen Ressourcen bedarfsgerecht verteilt werden können.

Die Diabetesversorgung in Deutschland steht vor wachsenden Herausforderungen. Einer steigenden Prävalenz und einem damit verbundenen zunehmenden Versorgungsbedarf stehen regionale Versorgungsdisparitäten, ein drohender Fachkräftemangel sowie begrenzte Aus- und Weiterbildungskapazitäten gegenüber. Diese Faktoren können sich gegenseitig verstärken: Insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen erschweren eingeschränkte Ausbildungs- und Weiterbildungsstrukturen die Gewinnung und Bindung diabetologischer Fachkräfte, wodurch der Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung weiter eingeschränkt werden kann. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, soll der Ausbau diabetologischer Aus- und Weiterbildung durch eine stärkere Berücksichtigung/Verankerung des Fachs im Medizinstudium sowie die Nachwuchsförderung, eine stärkere sektorenübergreifende Vernetzung sowie innovative Versorgungskonzepte ausgebaut werden. Diabetes-Units, Konsildienste und koordinierte Behandlungsprozesse unter Nutzung digitaler Anwendungen können dazu beitragen, vorhandene Ressourcen effizienter einzusetzen und die Versorgung sektorenübergreifend zu koordinieren. Ergänzend können moderne Medizintechnologien wie rtCGM-Systeme, durch die Stärkung des Patienten-Selbstmanagements die Therapieoptimierung unterstützen und dazu beitragen, eine bedarfsgerechte und nachhaltige Diabetesversorgung langfristig sicherzustellen. <<

von:
Dr. rer. pol. Robert Haustein[1]
ORCID: 0009-0002-9389-7373
Lotte Wedekind BSc[1]
ORCID: 0009-0004-6635-8918

1: Abbott GmbH

Autorenerklärung

Robert Haustein und Lotte Wedekind sind Mitarbeitende der Abbott GmbH in Wiesbaden. Sie haben an der Auswertung der Daten und der Interpretation der Ergebnisse mitgewirkt. Die Analyse wurde durch die Abbott GmbH erstellt und finanziert.

Zitationshinweis

Haustein, R., Wedekind, L.: „Handlungsfelder für eine flächendeckende Diabetesversorgung bei steigender Prävalenz und Fachkräftemangel – eine narrative Synthese für Deutschland“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/26), S. 58–62. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2872

Abkürzungen

BOT = Basalinsulinbasierte Therapie in Kombination mit SGLT2_Inhibitoren und/oder GLP_1_Rezeptoragonisten
DZD = Deutsches Zentrum für Diabetesforschung
DDG = Deutsche Diabetesgesellschaft
DMP = strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Program)
DRG = diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Group)
DSPP = Diabetologische Schwerpunktpraxis
GLP-1 = Glucagon-like Peptide-1
HbA1c = Hämoglobin A1c
ICT = Intensivierte Insulintherapie
LG = Leistungsgruppe
rtCGM = kontinuierliche interstitielle Glukosemessung in Echtzeit
SGLT2-Inhibitoren und GLP-1-Rezeptoragonisten
SGLT2-Natrium-Glukose-Cotransporter-2
T1DM = Typ-1-Diabetes mellitus
T2DM = Typ-2-Diabetes mellitus
TIR = Zeit im Zielbereich (Time in Range)

Zusammenfassung

Einleitung: Typ-2-Diabetes mellitus bindet einen wachsenden Teil der Versorgungskapazität. Prävalenz, Krankheitslast und die direkten wie indirekten Kosten diabetesbedingter Komplikationen steigen. Zugleich bestehen regionale Unterschiede im Zugang zu diabetologischen Leistungen; Fachkräftemangel und begrenzte Weiterbildungskapazitäten gefährden die flächendeckende Verfügbarkeit spezialisierter Angebote.
Methoden: Narrative Synthese epidemiologischer und gesundheitsökonomischer Studien, von Versorgungsberichten, der Nationalen VersorgungsLeitlinie sowie von Berichten und Empfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft.
Ergebnisse: Als Handlungsfelder treten der Ausbau der diabetologischen Aus-, Fort- und Weiterbildung, implizit die Stärkung universitärer und klinischer Strukturen sowie die Nachwuchsförderung, hervor. Sektorenübergreifende und telemedizinische Versorgungskonzepte verbessern den Zugang zu diabetologischer Expertise in strukturschwachen Regionen und die Koordination der Versorgung. Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme sowie Systeme zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung in Echtzeit (rtCGM) stützen Therapiemanagement, Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement.
Diskussion: Eine bedarfsgerechte Diabetesversorgung erfordert langfristig strukturelle Reformen, den Ausbau der Versorgungskapazitäten, eine stärkere sektorenübergreifende Vernetzung und den Einsatz entsprechender Medizintechnologien. Deren Verknüpfung in integrierten Versorgungskonzepten kann Effizienz und Versorgungsqualität verbessern.

Schlüsselwörter: Typ-2-Diabetes mellitus, Diabetesversorgung, Versorgungsstrukturen, Diabetologische Weiterbildung, Sektorenübergreifende Versorgung, Telemedizin, Kontinuierliche Glukosemessung, Selbstmanagement

Fields of action for nationwide diabetes care amid rising prevalence and workforce shortage - A narrative synthesis from Germany

Introduction: Type 2 diabetes mellitus binds a growing share of care capacity in Germany. Prevalence, disease burden and the direct and indirect costs of diabetes-related complications are rising. Access to specialist diabetes services also differs between regions, and a shortage of specialists together with limited training capacity threatens their nationwide availability.
Methods: Narrative synthesis of epidemiological and health economic studies, health care reports, the German National Care Guideline (NVL) and reports and recommendations of the German Diabetes Association (DDG).
Results: Fields of action are training in diabetology at undergraduate, postgraduate and continuing level, stronger university and hospital structures, and the recruitment of junior specialists. Cross-sectoral and telemedical care models improve access to diabetological expertise in structurally weak regions and support care coordination. Structured education and treatment programmes and real-time continuous glucose monitoring (rtCGM) support therapy management, health literacy and self-management.
Discussion: Meeting future demand in diabetes care requires structural reform, additional capacity, closer cross-sectoral integration and the use of corresponding medical technologies. Combining these approaches within integrated care models can improve efficiency and quality of care.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, diabetes care, health care structures, training in diabetology, cross-sectoral care, telemedicine, continuous glucose monitoring, self-management

Neuer Generationenvertrag

>> Mit dem „Neuen Generationenvertrag für die Pflege“ präsentiert der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) eine Alternative zur bevorstehenden Pflegereform. Ziel des Konzepts ist es, den Beitragssatz in der Pflege zu senken und eine implizite Verschuldung zulasten der jungen Generation zu stoppen. Der „Neue Generationenvertrag“ sieht vor, die Zahlbeträge der gesetzlichen Pflegeversicherung auf dem heutigen Niveau festzuschreiben. In der Folge würde der Beitragssatz sukzessive sinken. Die Versicherten hätten somit mehr Spielraum, um selbst gegen das Pflegerisiko vorzusorgen – zum Beispiel mit einer Pflegezusatzversicherung. „Angesichts der zunehmenden Überforderung von Beitragszahlern und Wirtschaft ist ein Umdenken in der Pflegefinanzierung überfällig“, erklärt dazu PKV-Verbandsdirektor Florian Reuther.

Der ‚Neue Generationenvertrag‘ des PKV-Verbands sei ein durchgerechnetes Modell, mit dem der Ausstieg aus der Beitragsspirale in der Sozialen Pflegeversicherung gelingen könne. Bei konsequenter Umsetzung könnte der Beitragssatz sogar von heute durchschnittlich 3,8% auf bis zu 2,3% im Jahr 2050 sinken. Noch habe die Politik die Chance, die Pflegereform entsprechend nachzujustieren. Jede Forderung nach einer weiteren Ausdehnung der Leistungen, etwa durch eine stärkere Begrenzung der Eigenanteile, belaste insbesondere junge Menschen überproportional und würge die ohnehin stotternde Wirtschaft weiter ab. <<

1: https://t1p.de/ps588

Safe the Date: MVF-Kongress 27.11.

>> „Primärversorgung 2030 – Implementierung und Verbindlichkeit“. So lauten Titel und Motto des 15. MVF-Fachkongresses. Veranstalter sind „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) in Kooperation mit dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF).

Bitte halten Sie sich schon einmal den Termin frei: 27. November 2026 (Freitag), 9:00 bis 17:00 Uhr im Scharounsaal der AOK Nordost, Wilhelmstraße 1, 10963 Berlin.

Eine erstes Programm des 15. MVF-Jahreskongresses finden Sie auf dem MVF-Portal hier: https://t1p.de/m9lya<<