

Jahresbericht 2026

Ergebnisse von
diabetologischen
Schwerpunktpraxen
aus 2025

**19 Jahre
Versorgungsforschung
in diabetologischen
Schwerpunktpraxen**

- GestDiab Daten
- GestDiab multilingual
- GestDiab simpleprax
- H2O - ProDiab
- AugenDiab
- Inkre2Diab
- Ergebnisse 2025
- Bürokratie in DSPen

Jahresbericht 2026



Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,
willkommen zu unserem Jahresbericht.

Bürokratie ist nicht das Problem – Bürokratismus schon

Kaum ein Begriff wird im Gesundheitswesen so reflexhaft kritisiert wie „Bürokratie“. Sie gilt als Zeitfresser, Innovationsbremse und Ursache ärztlicher Frustration. Diese Kritik greift zu kurz – und sie ist gefährlich. Denn sie verkennt den entscheidenden Unterschied zwischen **notwendiger Bürokratie** und **schädlichem Bürokratismus**.

Bürokratie ist kein Selbstzweck. Sie ist das Rückgrat eines komplexen Systems. Dokumentation, klare Zuständigkeiten, standardisierte Verfahren und nachvollziehbare Entscheidungen sind Voraussetzungen für Patient:innen-Sicherheit, Rechtsgleichheit und Qualität. Ohne Bürokratie gibt es keine verlässliche Versorgung, keine Forschung, keine Vergleichbarkeit.

Das eigentliche Problem beginnt dort, wo Bürokratie ihre Funktion verliert – und in Bürokratismus umschlägt.

Bürokratismus ist die Überformalisierung sinnvoller Regeln. Er entsteht, wenn Verfahren wichtiger werden als Inhalte, wenn Formulare wichtiger sind als Patient:innen, wenn Kontrolle wichtiger ist als Wirkung. Im bürokratischen Denken zählt nicht mehr, **ob** etwas medizinisch sinnvoll ist, sondern **ob** es regelkonform dokumentiert wurde. Qualität wird simuliert, nicht verbessert.

Entsprechend haben wir in unserer Befragung zum Jahresbericht nach „muss sein“ und „kann weg“ unterschieden.

Im Gesundheitswesen zeigt sich das besonders deutlich. Informationen werden mehrfach erhoben, weil Systeme nicht miteinander sprechen. Dieselben Daten werden für Abrechnung, Qualitätsmanagement, Register und Forschung parallel dokumentiert – mit minimalem Mehrwert, aber maximalem Zeitaufwand. Qualitätsindikatoren werden erhoben, ohne dass sie klinisch steuerungsrelevant sind. Register sammeln Daten, ohne denjenigen, die sie liefern, zeitnah Nutzen zurückzugeben. QM-Prozesse enden in Audits, nicht in Versorgungsverbesserung.

Die Folgen sind gravierend: Zeitverlust, Demotivation, defensive Medizin und eine wachsende Distanz zwischen Regelwerk und klinischer Realität. Ärztinnen und Ärzte erleben Bürokratie nicht mehr als Unterstützung, sondern als Misstrauensinstrument. Genau hier kippt Akzeptanz in Ablehnung.

Der Kern des Problems ist nicht die Regel – sondern der fehlende Zweckbezug. Zu viele Vorgaben beantworten nicht mehr die zentrale Frage: *Welches Risiko senken wir? Welche Qualität verbessern wir konkret?* Wenn diese Fragen unbeantwortet bleiben, wird aus Bürokratie Bürokratismus.

Dabei wäre es lösbar. Die Stellschrauben sind bekannt – sie werden nur zu selten konsequent genutzt.

- **Zielorientierung vor Formalismus.** Jede Regel braucht ein überprüfbares Ziel.
- **Einmal dokumentieren, mehrfach nutzen.** Technisch ist das längst möglich.
- **Rückkopplungspflicht.** Wer Daten erhebt, muss Nutzen zurückgeben – in Form von Feedback, Benchmarking oder konkreten Verbesserungsimpulsen.
- **Ermessensspielräume zulassen.** Professionelle Verantwortung ist kein Risiko, sondern eine Ressource.
- **Qualitätsmanagement als Steuerung begreifen, nicht als Zertifizierungsritual.**

Bürokratie darf nicht zum Selbstzweck werden. Sie muss dem Menschen dienen – den Patient:innen ebenso wie den Professionellen im System. Wo sie das tut, ist sie unverzichtbar. Wo sie es nicht tut, muss sie hinterfragt, vereinfacht oder abgeschafft werden.

Die Debatte sollte deshalb nicht lauten „mehr oder weniger Bürokratie“, sondern: **bessere Bürokratie statt Bürokratismus.** Das ist kein semantischer Unterschied, sondern eine Grundsatzfrage für die Zukunft eines leistungsfähigen, menschenorientierten Gesundheitswesens.

Wir haben im März 2026 im Rahmen der Datenerhebung zu diesem Jahresbericht eine **Befragung zum Thema Bürokratie** durchgeführt, 37 Diabetolog:innen haben teilgenommen.

Die Ergebnisse diese Befragung finden Sie ab Seite 60.

In den Freitextantworten zu den einzelnen Themenbereichen der Bürokratie haben die Befragten sehr konstruktive Vorschläge gemacht.

Lesen Sie diese auf Seite 64. Die Essenz: Bürokratismus aktiv angehen

Weitere Infos zu unseren Projekten und Publikationen bekommen Sie auf unserer Homepage unter www.windiab.de.

Mailen Sie mir gerne oder rufen Sie mich an.

Dr. Matthias Kaltheuner
Geschäftsführer der winDiab gGmbH

m.kaltheuner@windiab.de oder 0177 7946311

Inhaltsverzeichnis

Editorial	2
Projekte von winDiab	6
ICDiab – das ICD Controlling Tool für die DSP.....	6
GestDiab - Das Register für Diabetes und Schwangerschaft	9
Die primären Daten des GestDiab Registers 2024.....	12
GestDiab multilingual.....	21
IUFT-Register	23
Aktuelle GestDiab Publikationen.....	24
secuTrial - Das Online-Tool für GestDiab, den winDiab-Jahresbericht und weitere zukünftige Dateneingaben.....	25
H2O – Health Outcomes Observatory: Projektbeschreibung.....	26
Pilotprojekt ProDiab – ein neuer Versorgungsansatz.....	27
AugenDiab – ein neuer Versorgungsansatz zu Augenuntersuchungen – automatisiertes Retinascreening – ein winDiab Spot	28
Inkre2Diab – eine Qualitätssicherungsmaßnahme von winDiab.....	29
Ergebnisse der winDiab Partnerpraxen des Jahres 2025	30
Datenbasis.....	30
Versorgungsbereiche und Patient:innenkollektive.....	31
Limitationen	42
Schulungen.....	43
Personelle Strukturen.....	50
Qualität und Qualitätsentwicklung	55
Befragung zur Bürokratie in DSPen	60
Das winDiab Symposium 2026 bei der DDG-Jahrestagung in Berlin	65
winDiab Seminare	65
Arbeitsgruppen	66
GestDiab – Studiengruppe	66
Arbeitsgruppe – Insulintherapie bei Gestationsdiabetes	66
Arbeitsgruppe – früherer Gestationsdiabetes (early GDM)	67
Arbeitsgruppe – ICDiab und Jahresbericht.....	67

Arbeitsgruppe – H2O –ProDiab	67
Publikationsliste	68
Jahresterminplan	68
Kooperationspartner von winDiab	70
winDiab Partnerpraxen	71
Impressum	75

Projekte von winDiab

ICDiab – das ICD Controlling Tool für die DSP

In 15 Minuten pro Quartal zur detaillierten Zusammenfassung von Morbiditätsdaten behandelter Patient:innen und Übersicht von Kodierfehlern.

Seit etwa 16 Jahren werden von winDiab die Komorbiditäten von in Diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSPen) behandelten Diabetes-Patient:innen anhand der ICD-Kodes in den Abrechnungsdateien erfasst (Projektname ICDiab). Es nehmen etwa 50 Praxen teil.

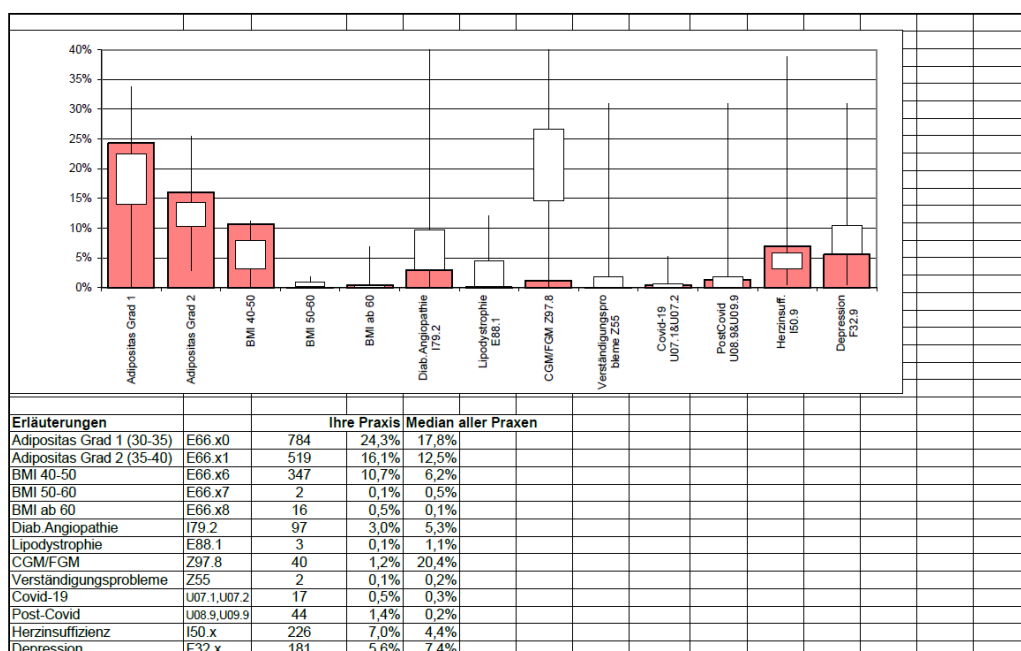
Im Einzelnen läuft ICDiab folgendermaßen ab: In den winDiab-Partnerpraxen wird ein kleines Programm namens ADT-Konverter von der winDiab-Homepage heruntergeladen und installiert. In dieses Programm wird die unverschlüsselte Abrechnungsdatei eingelesen, dabei werden selektiv die Daten der Diabetes-Patient:innen praxisintern in einer Datenbank gespeichert. Danach wird eine pseudonymisierte Exportdatei generiert mit den ICD-Kodes, dem Geburtsjahr und Geschlecht der Patient:innen ohne weitere Angaben. Diese Exportdatei wird verschlüsselt per E-Mail an winDiab gesendet. Bei winDiab werden die Exportdateien aller Praxen in eine SQL-Datenbank eingelesen und ausgewertet. Nach Excel-Export werden Quartalsberichte an die Praxen mit der Zahl der Diabetes-Patient:innen aufgeteilt nach Diabetestyp und Häufigkeit der Komorbiditäten erstellt. Die Praxen erhalten daraus Hinweise auf Kodierfehler und können ihr Kodierverhalten verbessern. Zudem werden Daten für diesen winDiab-Jahresbericht erzeugt.

2019 erschien ein Artikel in „Der Diabetologe“ mit dem Titel „Komorbiditäten bei Typ-2-Diabetes“, bei dem ICDiab-Daten verwendet worden sind.

Siehe: <https://www.windiab.de/wp-content/uploads/2019/06/windiab-2019-icdiab-komorbiditaeten-bei-typ2-diabetes.pdf>

Hier ein Beispiel aus einem Bericht:

Die Quoten für die Kodierung Adipositas liegen in der Praxis höher im Vergleich mit dem Gesamtkollektiv, andere Quoten fallen geringer aus. Von außen kann nicht entschieden werden, was real vorliegt. Die Praxis schließt aus ihrem Kodierverhalten mit großer Sicherheit, dass sie Adipositas besser kodiert, während andere Themen nicht genügend berücksichtigt werden.



Die Nutzer:innen von ICDiab bekommen einen detaillierten Überblick über ihre Kodierung und aus dem Vergleich mit den anderen Einsender:innen Hinweise auf Kodieroptimierungen.

Eine solche vergleichende Darstellung praxiseigener Morbiditätsdaten kann für Regresse eine wichtige Argumentationsgrundlage darstellen. Uns liegen diverse Rückmeldungen von Teilnehmenden vor, die in der Kommunikation mit Krankenkassen und / oder Kassenärztlichen Vereinigungen von diesen Daten profitiert haben. Im Falle von Regressen liegt immer eine komplette Darstellung der Morbidität vor. Dies hat schon vielen geholfen.

ICDiab regional

Wir planen derzeit mit ICDiab eine Kompletterfassung der Morbidität eines ganzen KV-Bezirks.

Dieses Vorgehen würde die Selektionseffekte in der Morbiditätserfassung mindern bis ausschließen und einen validen Einblick in das Patient:innen-Kollektiv von diabetologischen Schwerpunktpraxen geben.



GestDiab - Das Register für Diabetes und Schwangerschaft

Schwangere mit Gestationsdiabetes (GDM) werden parallel zur Betreuung durch ihre Gynäkolog:innen in DSPen und Diabetes-Ambulanzen mitbehandelt. Screening, Diagnosealgorithmen und Behandlungsstrategien sind in der aktuellen GDM-Leitlinie der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) festgelegt und seit 2012 durch Aufnahme in die Mutterschaftsrichtlinien verbindlich vorgegeben.

Durch diese interdisziplinäre Betreuung sollen die mütterliche Hyperglykämie und damit die fetale Hyperinsulinämie mit den daraus resultierenden Risiken für Mutter und Kind während der Schwangerschaft selbst, der Entbindung und auch langfristig vermieden werden. Die Inzidenz des GDM in Deutschland ist dabei nicht gesichert bekannt, die Angabe einer Inzidenz von 10.03% in der Bundesauswertung Geburtshilfe des IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) aus dem Jahr 2024 muss bei korrekter Berechnung auf 7,98% korrigiert werden und unterschätzt unserer Ansicht nach die tatsächliche Inzidenz.

In Krankenkassendaten haben wir eine Prävalenz von 15,1% gefunden:

Lappe V, Greiner GG, Linnenkamp U, Viehmann A, Adamczewski H, Kaltheuner M, Weber D, Schubert I, Icks A. Gestational diabetes in Germany-prevalence, trend during the past decade and utilization of follow-up care: an observational study. *Sci Rep.* 2023 Sep 27;13(1):16157. doi: 10.1038/s41598-023-43382-6. PMID: 37758812; PMCID: PMC10533812.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37758812/>

Das Projekt GestDiab ist ein Register, das von Kölner Diabetolog:innen 2004 initiiert und von winDiab und dem Berufsverband der DSPen in Nordrhein fortgeführt wurde. Seit 2008 erheben die teilnehmenden DSPen und Diabetes-Ambulanzen Daten zu Schwangerschaften nicht nur bei GDM, sondern auch bei Frauen mit Typ 1 DM und Typ 2 DM mit dem Ziel, die Evaluierung der Behandlung und Prognose der betroffenen Mütter und ihrer Kinder in der Versorgungsrealität durch regelmäßige Quer- und Längsschnitt-Analysen zu ermöglichen. Die Beobachtungen und Erkenntnisse werden unmittelbar für eine Verbesserung der Behandlungsstrukturen und Prozesse in den teilnehmenden Praxen eingesetzt. Die Daten aus dem GestDiab Register helfen epidemiologische Fragestellungen sowie Fragen zur Versorgung dieser Frauen und Kinder zu beantworten.

Aktueller Stand

2024 haben sich 78 DSPen und Diabetes-Ambulanzen aktiv an GestDiab beteiligt. GestDiab hat als inzwischen größte Erhebung von Schwangerschaftsdaten bei diabetischer Stoffwechsellage (mit aktuell fast 70.000 Datensätzen seit 2008) in Deutschland Ergebnisse geliefert, die die dringende Notwendigkeit von neuen Konzepten bei der Betreuung von Müttern und ihren Kindern nach der Schwangerschaft aufzeigen.

Seit 2018 benutzen wir das secuTrial Online-Register-System, das nochmals zu einer Vereinfachung der Dateneingabe geführt hat.

In den DSPen und Ambulanzen werden die Daten erhoben und von winDiab analysiert. Einwilligungserklärungen, Anamnesebögen und weitere Praxishilfen für GestDiab können bei www.gestdiab.de abgerufen werden. Die Datenerfassung erfolgt in drei Phasen:

1. bei Vorstellung der Schwangeren in der DSP oder Diabetesambulanz bzw. bei der GDM-Diagnose
2. beim letzten Besuch in der Behandlungseinrichtung vor der Entbindung
3. beim postpartalen Diabetes-Screening zur Abklärung der Stoffwechsellage nach der Entbindung, bzw. bei Eingang der Entbindungsdaten

Alle diabetologischen Schwerpunktpraxen und Ambulanzen sind eingeladen teilzunehmen. Die Teilnahme ist kostenfrei, wir übernehmen die Anmeldung als Studienzentrum bei den Ärztekammern.

Kontakt zur Teilnahme an GestDiab und zu Fragen: gestdiab@windiab.de

GestDiab-Simpleprax – Zusammenarbeit mit Simpleprax

Die Anamnesen bei Diabetes und Schwangerschaft können über ein Tablet oder Smartphone der Patientin eingegeben werden. Der Anamnesebogen wird im Praxisverwaltungsarchiv als PDF gespeichert und zusätzlich als Zusammenfassung in einer ausgewählten Textgruppe in der Patientenakte abgelegt. Parallel wird eine CSV-Datei erzeugt, die für den Import in das GestDiab-Register verwendet wird.

Zusätzlich werden die Patient:innen-Information und -Einwilligung angezeigt und nach erfolgter Unterschrift abgelegt.

Insgesamt ist eine deutliche Zeitersparnis für die Praxis zu verzeichnen. Das Beste an dem System ist, dass es funktioniert! Nähere Information unter <https://www.windiab.de/windiab/unsere-projekte/> siehe GestDiab-Simpleprax.

GestDiab – Benchmarking-Berichte

Jede teilnehmende DSP und Diabetes-Ambulanz erhält jährlich einen individuellen Benchmarking-Bericht, in dem die Daten der eigenen Praxis allen anderen Datensätzen gegenübergestellt werden. Dadurch hat die Institution die Möglichkeit, ihre Daten mit denen des Gesamtkollektivs zu vergleichen, wie beispielsweise die Insulinbehandlungsquote und die Quote des postpartalen Diabetes-Screenings. Darüber hinaus zeigt sich der Einsatz von Diabetestechnologien wie Insulinpumpen und CGMS. Diese Berichte stellen eine wertvolle Hilfe für die Qualitätsentwicklung in den teilnehmenden DSPen und Diabetes-Ambulanzen dar. Zusätzlich enthalten sie Daten, die für die Entbindungskliniken interessant sind, wie die Sectio-Quote und das Stillverhalten.

Veröffentlichungen

Bei der DDG-Jahrestagung werden die Ergebnisse des GestDiab Registers unter jährlich wechselnden Aspekten im Rahmen des winDiab-Symposiums vorgestellt. Im Anschluss daran erhalten alle teilnehmenden Praxen und Ambulanzen Grafiken und Vortragsfolien für ihre Qualitätszirkelarbeit oder eigene Vorträge.

Nach dem Kongress wird die Präsentation unter <https://www.windiab.de/publikationenundvortraege/vortraege> zu finden sein.

Im vierten Quartal werden die aktuellen Ergebnisse des Vorjahres in einem Online-Seminar präsentiert und besprochen.

Die primären Daten des GestDiab Registers 2024

Hier veröffentlichen wir die aktuellen im GestDiab Register erfassten Daten. Wir werten diese in Registerstudien weiter aus. Auf Antrag wissenschaftlicher Institutionen werden die Daten auch zur sekundären Analyse zur Verfügung gestellt.

GestDiab Datensätze 2008 bis 2024

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Summe
GDM	988	1061	1254	1581	1800	2256	2700	3704	4682	5576	5664	5911	7317	7170	5483	4473	4079	65699
T1	0	41	30	44	52	62	76	94	97	108	108	107	131	149	115	117	115	1446
T2	0	38	36	36	60	68	85	106	143	150	196	172	208	204	160	172	169	2003
Alle	988	1140	1320	1661	1912	2386	2861	3904	4922	5834	5968	6190	7656	7523	5758	4762	4363	69148
DSPen	14	21	22	22	21	31	38	45	58	66	82	82	84	82	82	80	79	

Die Zahlen von 2025 werden im Herbst 2026 ausgewertet.

Nachfolgend finden Sie die Daten aus dem Jahr 2024, unterteilt in GDM sowie Typ 1 und Typ 2 Diabetes mellitus in der Schwangerschaft.



Gestdiab 2024: Auswertung für Typ 1 und Typ 2 Diabetes mell. in der Schwangerschaft

Version vom : 23.03.2026

Alle Prozentangaben beziehen sich auf die Fallzahl mit Daten dazu.

Insgesamt wurden

Typ 1 DM	Typ 2 DM
115	169

Schwangerschaften dokumentiert.

Die wichtigsten Zahlen aus allen Praxis:

Typ 1: Dokumentierte Schwangerschaften

Insulinpumpenbehandlung:
 CGM während der Schwangerschaft:
 Anteil Frühgeburten (Entbindung vor vollendeter 37.SSW);(nur Einlinge)
 Anteil mit vorliegenden Entbindungsberichten;(nur Einlinge)
 davon Anteil Entbindung durch Sectio;(nur Einlinge)
 Verlegung des Neugeborenen in die Neonatologie:

alle Praxen	
n	%
69	64%
95	96%
22	26%
85	75%
58	69%
29	34%

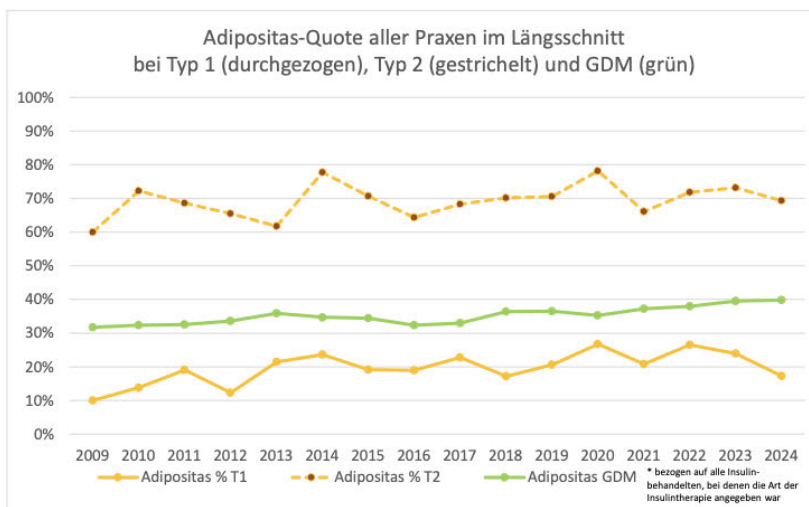
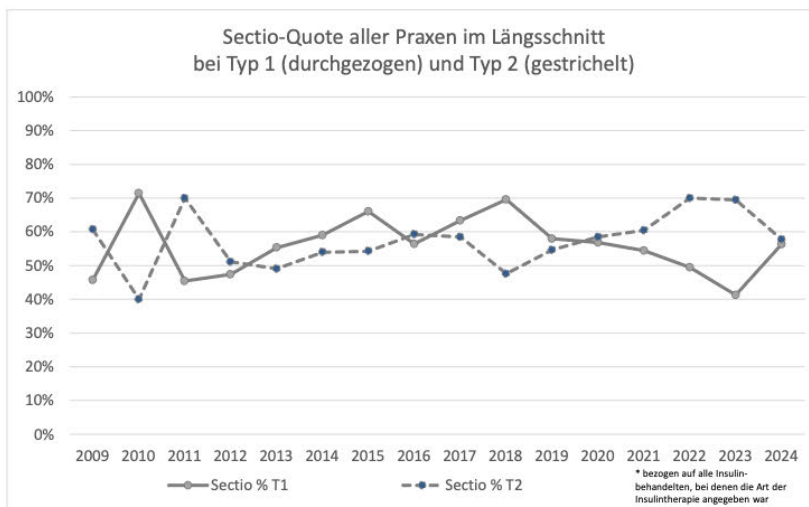
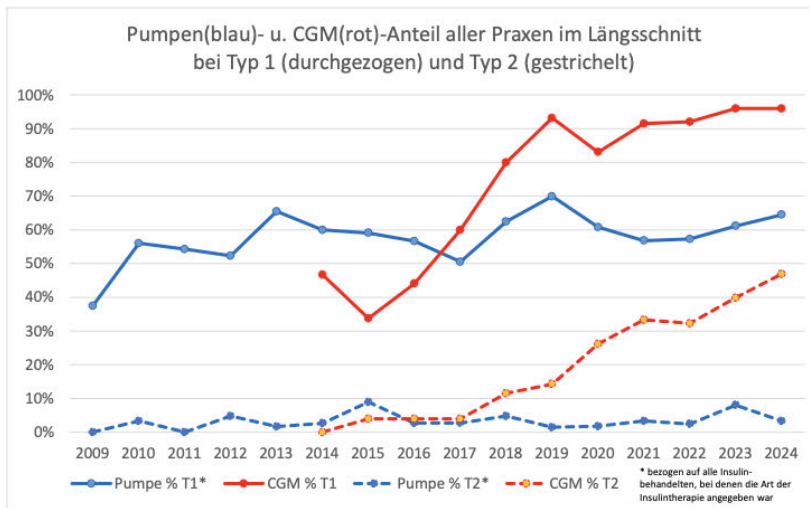
Typ 2: Dokumentierte Schwangerschaften

Schwangere mit Adipositas Grad 1-3 vor der Schwangerschaft
 Anteil Frühgeburten (Entbindung vor vollendeter 37.SSW);(nur Einlinge)
 Anteil mit vorliegenden Entbindungsberichten;(nur Einlinge)
 davon Anteil Entbindung durch Sectio;(nur Einlinge)
 Verlegung des Neugeborenen in die Neonatologie

alle Praxen	
n	%
111	69%
16	15%
104	62%
56	58%
22	21%

GestDiab 2024: Diabetes mellitus Typ 1	alle Praxen	
Dokumentierte Schwangerschaften	115	100%
Alter am errechneten Termin, in Jahren, im Mittel/Median	32	31
Diabetes bekannt seit wieviel Jahren im Mittel/Median	15	14
Angaben zu den Schwangeren	n	%
Schwangere mit Folgekrankheiten des Diabetes	11	10%
Retinopathie	8	7%
Makulopathie	1	1%
Nephropathie	3	3%
Neuropathie	2	2%
sonstige	2	2%
Schwangere mit Begleiterkrankungen	34	33%
KHK, pAVK	1	1%
HbA1c-Werte		
beim 1. Besuch in der Schw wie oft angegeben?	99	86%
MW (in %) beim 1. Besuch in der Schw	6,8	
Präkonzeptionell vorgestellt? n / in %	29	30%
Gewicht vor der Schwangerschaft	n	%
Untergewicht: BMI < 18,5 kg/m ²	1	1%
Normalgewicht: BMI 18,5-24,9 kg/m ²	57	50%
Übergewicht: BMI 25-29,9 kg/m ²	33	29%
Adipositas Grad 1: BMI 30-34,9 kg/m ²	12	10%
Adipositas Grad 2: BMI 35-39,9 kg/m ²	4	3%
Adipositas Grad 3: BMI > 40 kg/m ²	3	3%
keine Angaben zum Gewicht	5	4%
Raucherstatus	n	%
Raucherin in der Schwangerschaft	5	4%
nie geraucht	88	77%
Ex-Raucherin	12	10%
keine Angaben	10	9%
Daten zur Behandlung	n	%
CGM	95	96%
Metformin vor der Schwangerschaft	3	3%
Metformin in der Schwangerschaft	1	1%
Art der Insulintherapie angegeben	106	92%
nur Basalinsulin	1	1%
CT	0	0%
Intensivierte Insulintherapie	37	35%
Pumpentherapie	69	65%
davon AID (Automatische Insulin-Dosierung)	39	57%
davon Automat. Basalratenabschaltung	17	25%
Entbindungsdaten	n	%
Schwere Komplikationen Mutter bei Entbindung	10	13%
Mehrlingsschwangerschaften	1	1%
Einlingsschwangerschaften	114	99%
Entbindungsbericht liegt vor bei	85	75%
davon: Entbindung vor vollendeter 37.SSW	20	24%
Schwangersch.woche bei Entb. MW	37,9	
Gesamtzahl Aborte und Totgeborene Kinder	6	5%
Frühaborte bis einschließlich 12.SSW	4	
Spätaborte nach 12.SSW	2	
Totgeburten	0	
Perinatale Mortalität (>500g/22. SSW bis 7.Lebenstag)	0	
Geburtsmodus (nur Einlinge)	84	%
Spontane vaginale Geburt	22	26%
Einleitung der Geburt	29	35%
Sectio caesarea	58	69%
davon Sekundäre Sectio c. nach Einleitung	17	29%
Vaginal operative Entbindung	4	5%
Daten des Neugeborenen	n	%
Neugeborene > 4000 g	26	31%
Neugeborene < 1500 g	1	1%
Large for gestational age (≥ 90.Perzentile)	33	40%
Small for gestational age (≤ 10.Perzentile)	1	1%
Verlegung Neonatologie	29	34%
Schulterdystokie	3	4%
Unterzuckerung des Neugeborenen insgesamt	14	16%
Unterzuckerung des Neugeborenen mit i.v. Glukose	7	8%
Fehlbildungen des Kindes	2	2%
Apgar Score 10 min unter 8	6	9%

GestDiab 2024: Diabetes mellitus Typ 2	alle Praxen	
Dokumentierte Schwangerschaften	169	100%
Alter am errechneten Termin, in Jahren, im Mittel/Median	35	35
Diabetes bekannt seit wieviel Jahren im Mittel/Median	4	3
Angaben zu den Schwangeren	n	%
Schwangere mit Folgekrankheiten des Diabetes	4	3%
Retinopathie	1	1%
Makulopathie	0	0%
Nephropathie	0	0%
Neuropathie	2	1%
sonstige	1	1%
Schwangere mit Begleiterkrankungen	68	49%
KHK, pAVK	0	0%
HbA1c-Werte		
beim 1. Besuch in der Schw. wie oft angegeben?	147	87%
MW (in %) beim 1. Besuch in der Schw	6,7	
Präkonzeptionell vorgestellt? n / in %	25	20%
Gewicht vor der Schwangerschaft	n	%
Untergewicht: BMI < 18,5 kg/m ²	0	0%
Normalgewicht: BMI 18,5-24,9 kg/m ²	17	10%
Übergewicht: BMI 25-29,9 kg/m ²	32	19%
Adipositas Grad 1: BMI 30-34,9 kg/m ²	37	22%
Adipositas Grad 2: BMI 35-39,9 kg/m ²	34	20%
Adipositas Grad 3: BMI > 40 kg/m ²	40	24%
keine Angaben zum Gewicht	9	5%
Raucherstatus	n	%
Raucherin in der Schwangerschaft	18	11%
nie geraucht	114	67%
Ex-Raucherin	18	11%
keine Angaben	19	11%
Daten zur Behandlung	n	%
CGM	60	47%
Metformin vor der Schwangerschaft	98	61%
Metformin in der Schwangerschaft	39	24%
kein Insulin	23	14%
Insulintherapie	137	86%
Art der Insulintherapie angegeben	121	88%
nur Basalinsulin	20	17%
CT	1	1%
Intensivierte Insulintherapie	96	79%
Pumpentherapie	4	3%
davon AID (Automatische Insulin-Dosierung)	3	75%
davon Automat. Basalratenabschaltung	2	50%
Entbindungsdaten	n	%
Schwere Komplikationen Mutter bei Entbindung	12	13%
Mehrlingsschwangerschaften	2	1%
Einlingsschwangerschaften	167	99%
Entbindungsbericht liegt vor bei	104	62%
davon: Entbindung vor vollendeter 37.SSW	18	17%
Schwangersch.woche bei Entb. MW	38,0	
Gesamtzahl Aborte und Totgeborene Kinder	12	7%
Frühaborte bis einschließlich 12.SSW	9	
Spätaborte nach 12.SSW	2	
Totgeburten	1	
in den ersten 7 Lebenstagen verstorben	0	
Geburtsmodus (nur Einlinge)	97	%
Spontane vaginale Geburt	35	36%
Einleitung der Geburt	36	37%
Sectio caesarea	56	58%
davon Sekundäre Sectio c. nach Einleitung	15	27%
Vaginal operative Entbindung	6	6%
Daten des Neugeborenen	n	%
Neugeborene > 4000 g	11	11%
Neugeborene < 1500 g	2	2%
Large for gestational age (≥ 90.Perzentile)	15	16%
Small for gestational age (≤ 10.Perzentile)	11	11%
Verlegung Neonatologie	22	21%
Schulterdystokie	1	1%
Unterzuckerung des Neugeborenen insgesamt	5	5%
Unterzuckerung des Neugeborenen mit i.v. Glukose	3	3%
Fehlbildungen des Kindes	2	2%
Apgar Score 10 min unter 8	2	3%



GestDiab

Gestdiab 2024: Auswertung für Gestationsdiabetes

Version vom : 23.03.2026

Alle Prozentangaben beziehen sich auf die Fallzahl mit Daten dazu.

Insgesamt (alle Praxen) wurden

4079 Schwangerschaften mit GDM dokumentiert.

Die wichtigsten Zahlen:

Anteil Diagnosen GDM, die nach der 34. SSW gestellt wurden:

Insulinbehandlungsquote:

Anteil Postpartaler OGTT (ohne Pat.mit ODIP):

Anteil mit vorliegenden Entbindungsberichten: (nur Einlinge)

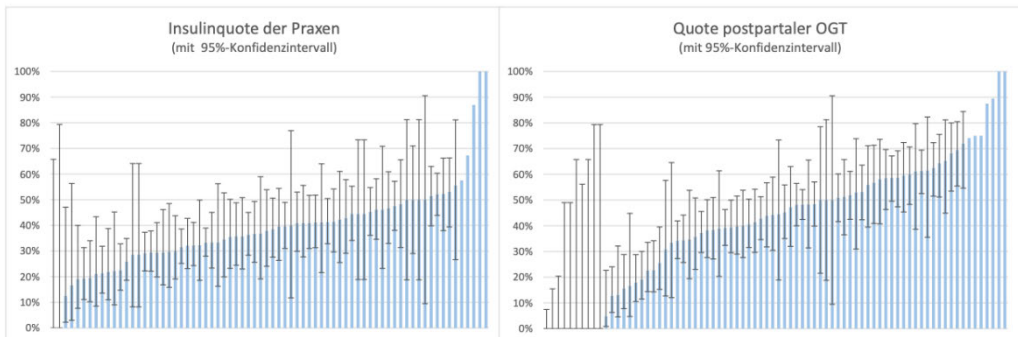
davon Anteil Entbindung durch Sectio: (nur Einlinge)

Large for gestational age (LGA)

Small for gestational age (SGA)

alle Praxen

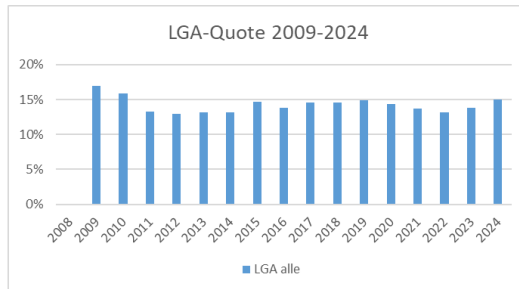
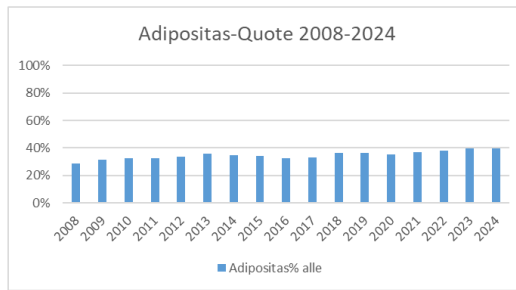
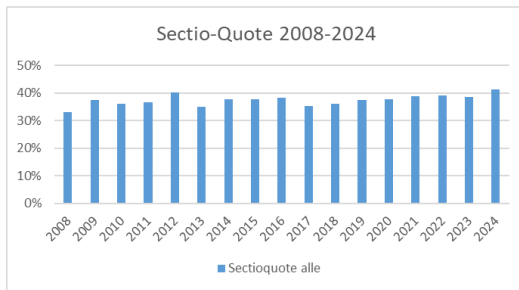
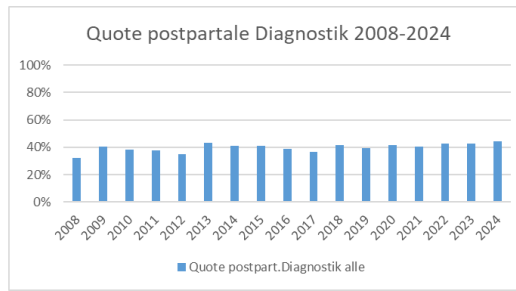
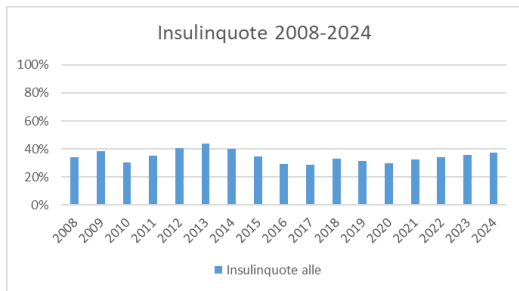
n	%
137	3,4%
1421	37,4%
1716	42,1%
2439	60,7%
965	41,4%
350	15,0%
217	9,3%



GestDiab 2024 - Gestationsdiabetes		
	alle Praxen	
Diagnostik	GDM (n)	in %
Dokumentierte Schwangerschaften (Anzahl):	4079	100,0%
davon ODIP (overt diabetes in pregnancy)	215	5,3%
Gestationsdiabetes nach DDG Kriterien	3620	88,7%
angegebener OGT nicht pathologisch	15	0,4%
extern gestellte Diagnose, OGT-Werte nicht angegeben	229	5,6%
SSW bei Diagnosestellung MW	24,9	
Diagnosezeitpunkt nach der 34. SSW	137	3,4%
50 g GCT wurde durchgeführt	1862	55,1%
75 g OGT in der Diabetes Schwerpunktpraxis	1757	46,6%
Therapie		
Dokumentierte Behandlungsdaten	3797	93,1%
Einsatz von Insulin (n/%)	1421	37,4%
Metformin vor der Schwangerschaft	127	3,3%
Metformin in der Schwangerschaft	37	1,0%
Angaben zur Mutter		
	alle Praxen	
Alter am Errechneten Termin im Mittel	32,8	
Para MW	0,9	
Gravida MW	2,4	
Z.n. bariatrischer OP	68	1,7%
Gewicht vor der Schwangerschaft:	GDM (n)	in %
keine Angaben zum Gewicht	42	1,0%
Untergewicht: BMI < 18,5	47	1,2%
Normalgewicht: BMI 18,5-24,9 kg/m ²	1187	29,1%
Übergewicht: BMI 25-29,9 kg/m ²	1194	29,3%
Adipositas Grad 1: BMI 30-34,9 kg/m ²	858	21,0%
Adipositas Grad 2: BMI 35-39,9 kg/m ²	466	11,4%
Adipositas Grad 3: BMI > 40 kg/m ²	285	7,0%
Raucherstatus:	GDM (n)	in %
Raucherin in der Schwangerschaft	254	6,2%
nie geraucht	3002	73,6%
Ex-Raucherin	576	14,1%
keine Angaben	247	6,1%
Entbindungsdaten		
	n	in %
Mehrlingsschwangerschaften	64	1,6%
Einlingsschwangerschaften insgesamt	4015	
Entbindungsbericht der Einlingsschwangerschaften liegt vor bei	2439	60,7%
Entbindungsmodus bei Einlingsschwangerschaften liegt vor	2333	
Spontane vaginale Geburt	1265	54,2%
Einleitung der Geburt	646	27,7%
Sectio caesarea	965	41,4%
davon Sekundäre Sectio c. nach Einleitung	208	21,6%
Vaginal operative Entbindung	103	4,4%

GestDiab 2024 - Gestationsdiabetes	alle Praxen	
Daten zum Neugeborenen	n	in %
Frühgeburtlichkeit (Lebendgeburten vor vollendeter 37.SSW)	235	9,5%
Gesamtzahl Aborte und Totgeborene Kinder	23	0,9%
Schulterdystokie	12	0,5%
Neugeborene \geq 4000 g	269	11,4%
Neugeborenes mit sehr niedrigem Gewicht (\leq 1500 g)	17	0,7%
Large for gestational age (\geq 90.Perzentile)	350	15,0%
Small for gestational age (\leq 10.Perzentile)	217	9,3%
Verlegung auf die Perinatalstation	220	9,0%
Unterzuckerung des Neugeborenen	58	2,4%
davon mit iv. Glukose	11	0,5%
Fehlbildungen des Kindes	16	0,7%
Postpartaler OGT	GDM (n)	in %
von allen Müttern sind zum postpartalen OGT gekommen:	1716	42,1%
davon mit Diagnose Diabetes mellitus	46	2,7%
Eingeschränkte Glukosetoleranz	68	4,0%
Erhöhte Nüchternglukose	520	30,3%
IGT und IFG	75	4,4%
Normale Werte im OGTT	838	48,8%
Nüchternglukose und HbA1c normal, kein OGTT durchgeführt	144	8,4%
fehlende OGTT-Werte	25	1,5%
Zeitpunkt Postpartales Diabetes-Screening		
bis 6 Wochen nach Entbindung	28	1,7%
6-12 Wochen nach Entbindung	831	49,1%
12 Wochen bis 6 Monate nach Entbindung	754	44,5%
mehr als 6 Monate nach Entbindung	81	4,8%
Postpartaler OGT: stillt die Mutter?		
Informationen zum Stillverhalten vorhanden, davon:	1537	89,6%
Mutter stillt voll	933	60,7%
stillt teilweise und füttert zu	224	14,6%
hat bereits abgestillt	211	13,7%
stillt nicht	169	11,0%

*=aktuelle GDM Leitlinien



GestDiab multilingual

KI-gestützte Übersetzung von Texten und Arbeitsmitteln im Rahmen der Behandlung von Diabetes und Schwangerschaft

Ein zentrales Thema in der Nachsorge des Gestationsdiabetes ist die Verbesserung der Information von Frauen mit Gestationsdiabetes (GDM). 36% dieser Frauen im GestDiab Register haben einen Migrationshintergrund, davon geben sogar 26% an, einen Dolmetscher zu benötigen.

Die vorhandenen Studiendokumente und Erhebungsinstrumente wurden in 95% der von den Frauen gesprochenen Sprachen übersetzt. Hierbei handelt es sich um folgende 14 Sprachen:

Arabisch

Bulgarisch

Englisch

Französisch

Griechisch

Italienisch

Niederländisch

Polnisch

Portugiesisch

Rumänisch

Russisch

Serbisch

Spanisch

Türkisch

Es zeigte sich, dass die KI-gestützte Übersetzung fehlerbehaftet ist, deshalb erfolgte die Korrektur durch „native speakers“.

Die Anamnesetexte, GestDiab Studiendokumente und die postpartalen Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala (EPDS) liegen jetzt unter <https://www.windiab.de/gestdiab/formulare-mehrsprachig/> zum Download vor.

Projekte

Die Texte wurden auch in das Simpleprax Dokumentensystem integriert und liegen somit zur papierlosen Bearbeitung vor.



Das Projekt wurde durch die Deutsche Diabetes Stiftung gefördert.

Die Ergebnisse werden bei der DDG-Jahrestagung im winDiab Symposium präsentiert:

- 14.05.2026 14:00 Raum M8.

Nach dem Kongress werden sie unter <https://www.windiab.de/publikationen-und-vortraege/vortraege/> zu finden sein.

IUFT-Register

Registererweiterung von GestDiab zum Thema Intrauteriner Fruchttod bei Schwangerschaften mit Diabetes. Ein Projekt der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Deutschen Diabetes Gesellschaft in Zusammenarbeit mit winDiab.

Studienleitung:

Geburtshilfe:

Prof. Dr. Schäfer-Graf, Berlin

Email: ute.schaefer-graf@sjk.de

Sektionsleiterin Diabetes/Adipositas der AGG, DGGG

Prof. Dr. Tanja Groten, Köln

Email: tanja.groten@uk-koeln.de

2. Vorsitzende AGG, DGGG,

Sprecherin Board AG Diabetes & Schwangerschaft der DDG

Mitglied der GestDiab Studiengruppe

Diabetologie:

Dr. Matthias Kaltheuner, Leverkusen

Email: m.kaltheuner@web.de

Geschäftsführer der winDiab gGmbH

Mitglied der GestDiab Studiengruppe

Das Projekt ist noch nicht abgeschlossen, weitere Analysen stehen aus. Wir werden berichten.

Aktuelle GestDiab Publikationen

Adamczewski et.al.: Indikationsstellung für den postpartalen oralen Glukosetoleranztest, Deutsches Ärzteblatt 10/2024

Wir haben aus den GestDiab Daten errechnet mit welcher Wahrscheinlichkeit in welcher Risikosituation ein Diabetes mellitus bei dem geplanten postpartalen oGTT gefunden wird. Die Daten bieten eine Grundlage für einen informed consent über die Durchführung. Viele postpartale oGTTs können unserer Einschätzung nach entfallen zur Entlastung der Patientinnen und des Gesundheitssystems.

Englische Version:

Adamczewski H, Weber D, Klein J, Behling M, Kaltheuner M. Indications for the Postpartum Oral Glucose Tolerance Test—Data from the GestDiab Registry. Dtsch Arztebl Int. 2024 Apr 19;(Forthcoming):arztebl.m2024.0034. doi: 10.3238/arztebl.m2024.0034. Epub ahead of print. PMID: 38446989.

Weschenfelder F, Dusek B, Adamczewski H, Weber D, Kaltheuner M, Heimann Y, Groten T. Individual Prediction of Insulin Therapy in Gestational Diabetes: Development of a Risk Calculator Based on Real-World Data from the GestDiab Registry. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2025 Oct 9;85(12):1334-1341. doi: 10.1055/a-2689-4637. PMID: 41347058; PMCID: PMC12674896.

Mitwirkung der GestDiab Studiengruppe bei weiteren Publikationen

Lappe V, Greiner GG, Linnenkamp U, Viehmann A, Adamczewski H, Kaltheuner M, Weber D, Schubert I, Icks A. Gestational diabetes in Germany-prevalence, trend during the past decade and utilization of follow-up care: an observational study. Sci Rep. 2023 Sep 27;13(1):16157. doi: 10.1038/s41598-023-43382-6. PMID: 37758812; PMCID: PMC10533812.

Liedtke TP, Weber KS, Adamczewski H, Weber D, Ramsauer B, Schaefer-Graf UM, Groten T, Strathmann EA, Lieb W, Rüdiger M, Pecks U, Kleinwechter HJ; CRONOS-GestDiab Collaboration. Adverse perinatal outcomes in gestational diabetes mellitus with and without SARS-CoV-2 infection during pregnancy: results from two nationwide registries in Germany. BMJ Open Diabetes Res Care. 2024 Jan 25;12(1):e003724. doi: 10.1136/bmjdr-2023-003724. PMID: 38272538; PMCID: PMC10823927.

Aktuelle GestDiab-Publikationen finden auf unserer Homepage unter:

<https://www.windiab.de/publikationen-und-vortraege/>



secuTrial - Das Online-Tool für GestDiab, den winDiab-Jahresbericht und weitere zukünftige Dateneingaben

winDiab und seine Partner:innen erfassen Daten mit der Online-Datenbank secuTrial der Firma interActive Systems GmbH Berlin, einem Tochterunternehmen des weltweit agierenden Quintessenz Verlages.

secuTrial ist eine professionelle browserbasierte flexible Software zum Erfassen von Patient:innendaten in klinischen Studien und Registern nach aktuellen Datenschutzregeln und mit Hosting der Daten in einem der modernsten, leistungsfähigsten und energieeffizientesten Rechenzentren Europas, im NBG6 der noris-network AG in Nürnberg.

Neben einem akzeptablen Preis spielte für die Auswahl eine große Rolle, dass das Dateneingabe-Tool von uns selbst eingerichtet und auch im laufenden Betrieb geändert und weiterentwickelt werden kann. Wichtig war uns dabei besonders, dass nichtzutreffende Items ausgeblendet werden können und dass umfassende Plausibilitäts-Checks viele Fehleingaben von vornherein unterbinden. Für Praxen in den ostdeutschen Bundesländern ist es sicher eine Vereinfachung, dass die Glukosewerte dort in mmol/l eingegeben werden können.

Außerdem können wir die Dateneingabe für den Jahresbericht mit diesem Tool einrichten und durchführen. Die Erweiterung um das IUFT-Register verlief 2022 ohne Probleme. Das System ist offen für weitere zukünftige Projekte.

Der Zugang ist leicht: Von der winDiab-Homepage gelangt man über den Login-Button zur „Dateneingabe für GestDiab + winDiab Jahresbericht“. Mit User-ID und Passwort, das jede Praxis selbst einrichten/ändern kann, gelangt man auf die Willkommenseite, auf der erläutert wird, wie es weitergeht, wobei die eigentliche Dateneingabe weitgehend selbsterklärend ist und bei Falscheingaben entsprechende Fehlermeldungen ausgibt. Mit dem Klick auf „Speichern“ sind die Daten gesichert und können von winDiab exportiert werden.

Nach bisherigen Rückmeldungen zu schließen, wird das Online-Tool als sehr anwenderfreundlich aufgenommen. Der Datenexport gestaltet sich einfach und kann jederzeit durchgeführt werden. Die Daten sind in Excel-Tabellen organisiert, die von uns weiter ausgewertet werden können.

Es lassen sich Reports programmieren, mit denen die Praxen ihre Daten selbst analysieren können. Diesbezüglich können wir auf die Wünsche der Praxen eingehen und bitten um Rückmeldung.

Auch für die Erfassung „Patient Reported Outcomes“ PROs ist secuTrial vorbereitet.



H2O – Health Outcomes Observatory: Projektbeschreibung

Das internationale, multiprofessionelle Projekt Health Outcomes Observatory: H2O soll Patient:innen in Europa eine einflussreiche Stimme geben. Nicht nur bei medizinischen Entscheidungen, die Patient:innen selbst betreffen, sondern auch bei der Frage, wie unterschiedliche Gesundheitssysteme in Zukunft die beste und effizienteste Versorgung für alle bieten können. Zum ersten Mal werden europäische Länder in großem Umfang selbstberichtete Outcome-Daten von Patient:innen sammeln, auswerten und für die Versorgung zur Verfügung stellen. H2O startet zunächst mit den chronischen Erkrankungen: Diabetes, entzündliche Darmerkrankungen und Krebs.

Im Projekt sollen Patient:innen beispielsweise App-basiert Outcome Daten zum eigenen Gesundheitszustand, der Lebensqualität, zu Schmerzen oder möglichen Nebenwirkungen der Behandlung auf standardisierte Weise selbst erfassen. Diese Daten können anschließend Ärztinnen und Ärzten als zusätzliche Grundlage für medizinische Entscheidungen evidenzbasiert und strukturiert übermittelt werden.

Das H2O Projekt ist eine öffentlich-private Partnerschaft, die durch die Innovative Medicines Initiative IMI und die European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, EFPIA von Oktober 2020 bis September 2025 finanziert wird. Insgesamt sollen zunächst 4 Observatorien in Deutschland, Österreich, Spanien und den Niederlanden entwickelt werden. Das Ziel von H2O ist es, "Beobachtungsstellen für Gesundheitsergebnisse" zu schaffen, die die Stimme der Patient:innen sowohl in ihrer eigenen Gesundheitsversorgung als auch in den Gesundheitssystemen im weiteren Sinne stärken.

Längerfristig hofft das Projekt, dass weitere Observatorien in ganz Europa eingerichtet werden, die ein breiteres Spektrum an Krankheitsbereichen abdecken. Das Projekt wird von einem umfangreichen Konsortium mit 23 Partnern unter anderem aus den Bereichen Wissenschaft, Klinik, IT, Patient:innen-Organisationen, führenden europäischen Universitätskliniken sowie der Pharmaindustrie umgesetzt.

Herr Prof. Rose, Charité Berlin, vertritt das Projekt in Deutschland, winDiab ist Partner in der deutschen Gruppe.

Pilotprojekt ProDiab – ein neuer Versorgungsansatz

Wir haben 2024 in einem Pilotprojekt unser Fragenset zu „patient reported outcomes“ PRO mit simpleprax umgesetzt (s. auch Seite 11) und die teilnehmenden Patient:innen um ihre Meinung zu den Fragen gefragt. 90% haben sie als gut bis sehr gut bewertet und würden sie auch in der Quartalsroutine beantworten wollen. Dies stellt aus unserer Sicht ein ermutigendes Ergebnis dar.

winDiab hat jetzt einen Förderantrag gestellt, um ProDiab in einem größeren Kollektiv umzusetzen. Ziel ist es, 25 Praxen zu gewinnen, um die ProDiab Fragen quartalsweise von je 100 Patient:innen beantworten zu lassen.

Hauptziel ist es die diabetologische Behandlung zielführender und effizienter zu machen.

Web-Links:

Health Outcomes Observatory (H2O)

<http://health-outcomes-observatory.eu/>

Linked In:

<https://www.linkedin.com/company/imi-h2o-health-outcomes-observatory/>

Twitter:

@IMI_H2O, #IMI_H2O

Innovative Medicines Initiative:

www.imi.europa.eu, @IMI_JU

Studienkoordination Deutschland:

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Alizé A. Rogge, MA BSc MSc

Medizinische Klinik m.S. Psychosomatik

AG Psychometrie und Health Outcomes Research

Alize.Rogge@charite.de

Zwischenergebnisse wurden bei der DDG-Jahrestagung 2025 im winDiab Symposium präsentiert:

Download unter: <https://www.windiab.de/publikationen-und-vortraege/vortraege/>

AugenDiab – ein neuer Versorgungsansatz zu Augenuntersuchungen – automatisiertes Retinascreening – ein winDiab Spot

Wir haben 2024 eine Befragung zum Thema Augenuntersuchungen bei Diabetes begonnen. 445 Patient:innen haben Stand 30.03.26 teilgenommen.

- 28,0% der Befragten gaben an, die Überweisung zur Augenuntersuchung nicht wahrgenommen zu haben.
- 60,9% wären bereit, ein automatisiertes Retina Screening in der diabetologischen Praxis für einen Unkostenbeitrag von 25-30€ durchführen zu lassen.

Es gibt mehrere Initiativen, ein automatisiertes Retinascreening in DSPen einzuführen. Wir haben die Befragung mit Dr. Stephan Schleyer aus Wetter an der Ruhr durchgeführt. Er hat ein automatisiertes Retina Screening System in seiner Praxis erfolgreich etabliert und einen Liefervertrag für alle Diabetolog:innen mit den Herstellern verhandelt.

Die Ziele sind:

- Schließen der Versorgungslücke durch systematisches Netzhautscreening in der DSP
- Einfacher Ablaufs durch automatisiertes, KI-assistiertes Screening
- Identifikation der Risikopatient:innen (ICDR >1) und zeitgerechte Zuweisung an eine Augenpraxis
- Senkung der Erblindungsrate

Diese erscheint sehr praktikabel machbar.

Dr. Stephan Schleyer steht für Fragen zur Verfügung unter s.schleyer@dsp-wetter.de
Das System kann über die Diamed e.G. bezogen werden: <https://shop.diamed-eg.de> für Mitglieder der Diamed eG (Einkaufsgenossenschaft des BVND)

Eine Aufzeichnung des Seminars zu dem Thema ist zu finden unter:

<https://www.windiab.de/publikationen-und-vortraege/vortraege/>

--> Automatisiertes Retinascreening – 1. winDiab Seminar 5. März 2025

Die KI-Vergleichs-Studie der RUB Augenklinik mit versorgungsnahen Daten wird bei der DDG Jahrestagung in Berlin am 15.05.26 – 14.00 Uhr präsentiert.

Inkre2Diab – eine Qualitätssicherungsmaßnahme von winDiab

Die Arbeitsgemeinschaft niedergelassener diabetologisch tätiger Ärzte (ANDA) aus Rheinland-Pfalz und winDiab haben ein Qualitätssicherungsprojekt zu den Verordnungen von dualen Inkretinmimetika gestartet. Es geht uns darum, Indikationen für das An- und Absetzen der Medikamente und die Ergebnisse zur HbA1c- und BMI-Entwicklung aus den Routinedaten zu erfassen.

Zusätzlich wird die Veränderung von zusätzlichem Insulinbedarf erfasst.

Die Ergebnisse wurden bei der DDG Jahrestagung 2025 im winDiab Symposium von Dr. Lutz Stemler präsentiert und sind unter:

<https://www.windiab.de/publikationenundvortraege/vortraege> zu finden.

Ergebnisse der winDiab Partnerpraxen des Jahres 2025

Datenbasis

Für die Datenerfassung zu diesem Jahresbericht wurde auch dieses Mal secuTrial verwendet, ein professionelles, vollständig browserbasiertes System zur Datenerfassung in medizinischen Studien und Registern. winDiab verwendet dieses System für das GestDiab Register für Diabetes und Schwangerschaft und zur Erfassung der Jahresberichtsdaten. Ein großer Vorteil ist, dass die Formularseiten von uns selbst erstellt und bearbeitet werden können.

Alle Daten wurden von den winDiab-Partnerpraxen bis zum 20.03.2026 in die internetbasierte Datenbank eingegeben. Erneut wurden auch Daten aus unserem ICDiab-Projekt automatisiert verwendet. Es werden dabei keinerlei patient:innenbezogene Daten dokumentiert, sondern ausschließlich kumulierte Angaben zu Patient:innen, Versorgungsbereichen, Schulungsarten, Schulungsprogrammen und Teilnehmern sowie Angaben zur Charakterisierung der jeweiligen Praxis.

Die Daten wurden zur Auswertung in eine Excel-Tabelle überführt und auf Plausibilität überprüft. Im Falle von fehlenden Angaben oder fraglicher Plausibilität erfolgte eine Nachfrage. In allen Fällen konnten fragliche Angaben abschließend geklärt werden.

40 winDiab-Partnerpraxen haben ihre Daten termingerecht eingestellt. Weil nicht bei allen Parametern von allen Praxen Angaben gemacht wurden, fehlen in den Abbildungen bei einigen Praxen die entsprechenden Balken.

Diagramme

Auch in diesem Jahresbericht wurden komplexe Säulendiagramme dargestellt mit der Praxis-ID auf der x-Achse. Wenn von einer Praxis zu einem Parameter keine Angabe gemacht wurde, wurde die entsprechende Säule weggelassen.

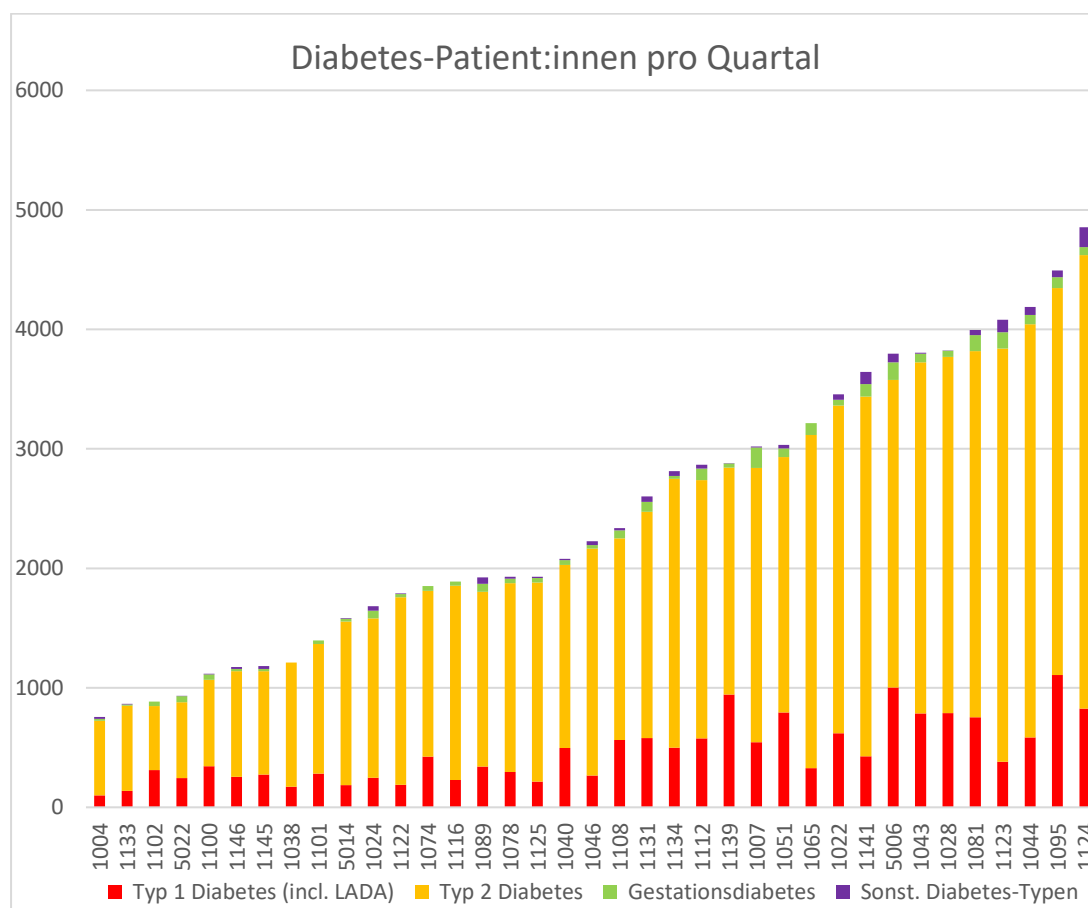
Versorgungsbereiche und Patient:innenkollektive

In allen 37 Praxen, die hierzu Daten eingegeben haben, wurden insgesamt 91.307 Diabetes-Patient:innen pro Quartal behandelt, im Median 2.127 pro Praxis mit einem Minimum von 665 und Maximum von 4.752.

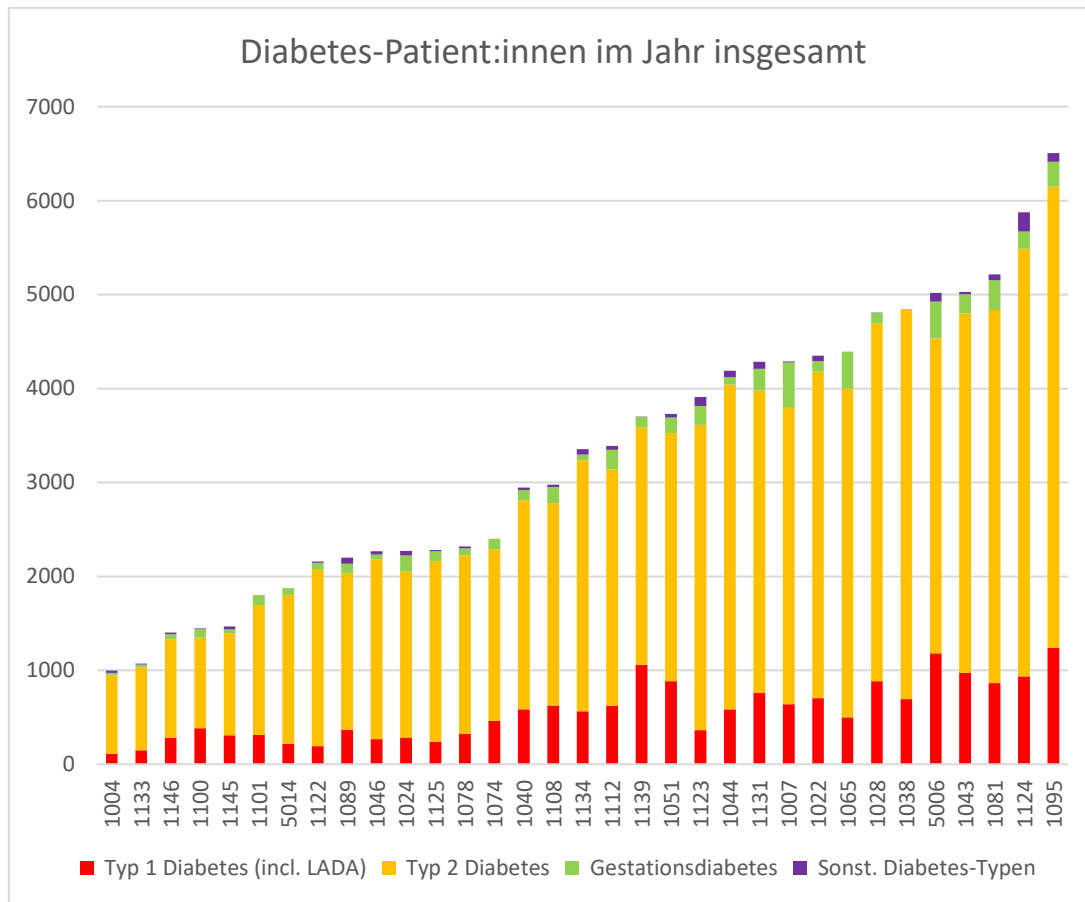
Die Aufteilung auf die Diabetes-Typen zeigt die folgende Tabelle:

Patient:innen pro Quartal	Typ 1	Typ 2	GDM	Sonst. Typ	alle Diabetes-Pat.
Summe aller Praxen	17.108	70.913	2.205	1.082	91.307
Median	380	1.688	50	26	2.127
Min	99	537	11	2	665
Max	1.107	3.796	171	166	4.752

Zahl der Diabetes-Patient:innen, die **pro Quartal** in den Praxen behandelt wurden, aufgeteilt nach Diabetes-Typ. Angegeben ist der Mittelwert aus vier Quartalen im Vorjahr.

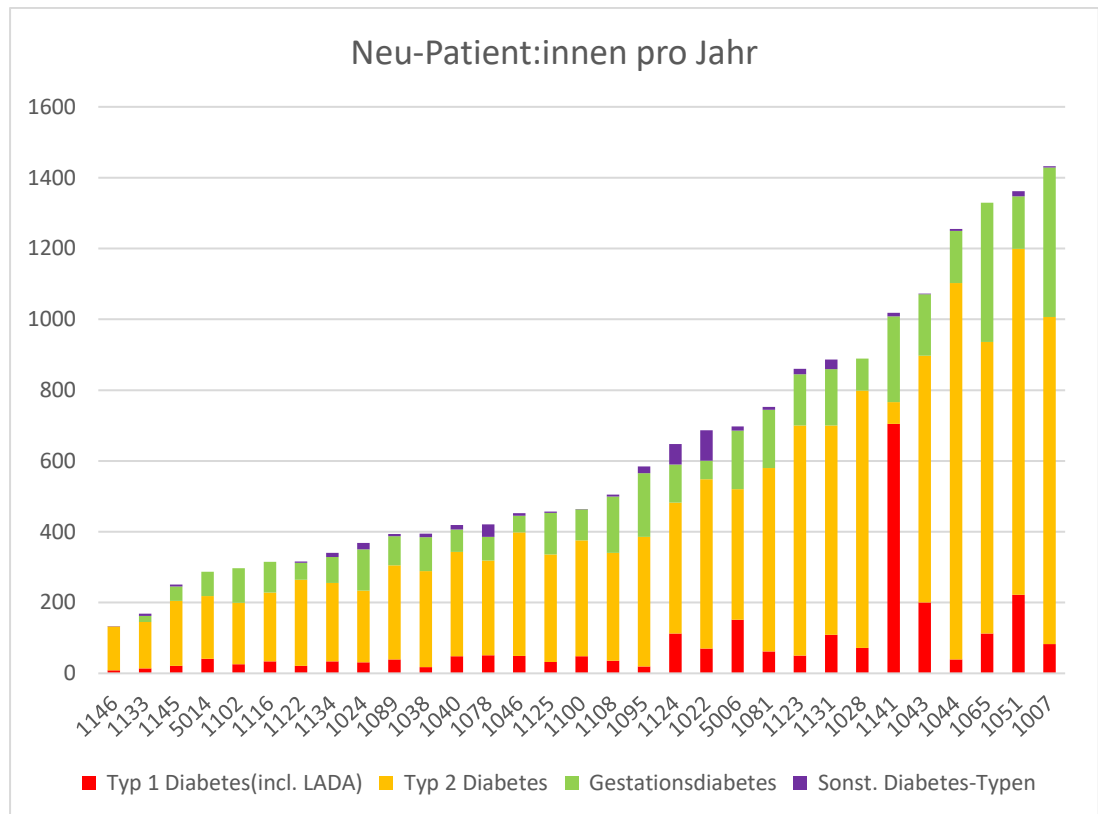


Zahl der Diabetes-Patient:innen, die **pro Jahr** in den Praxen behandelt wurden, aufgeteilt nach Diabetes-Typ



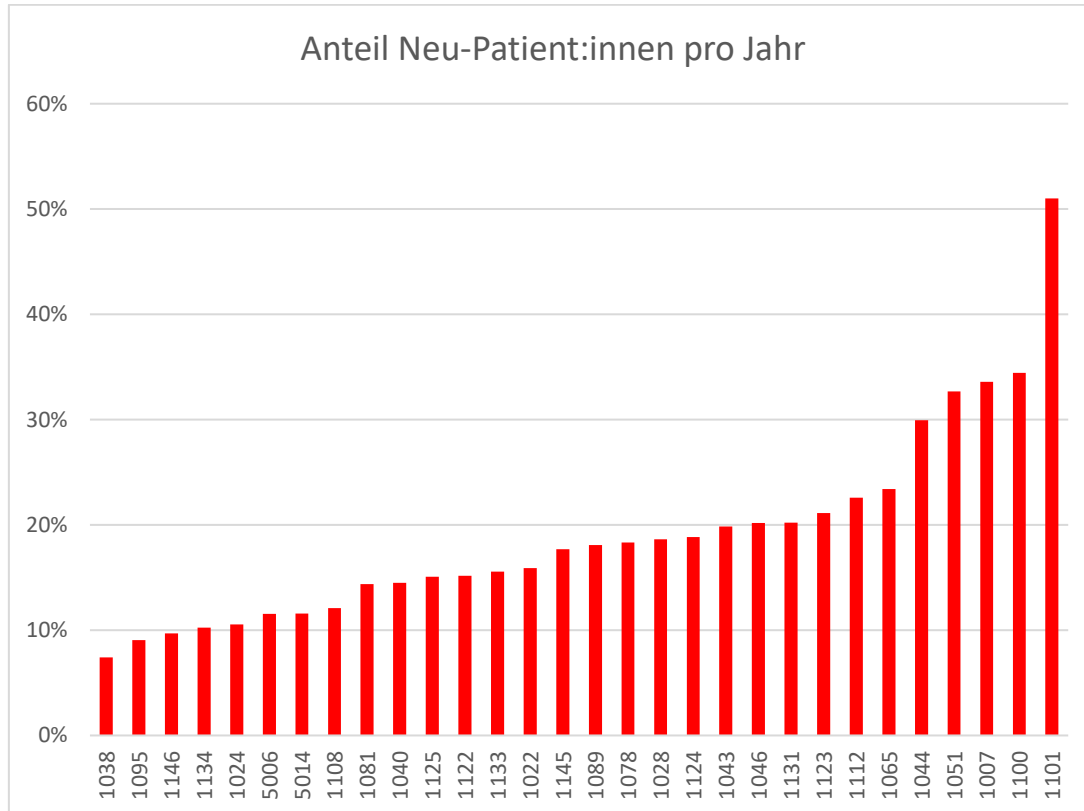
Anmerkung: Diese Zahlen sind aus der Praxis-EDV nicht so leicht zu ermitteln, daher fehlen sie bei einigen Praxen.

Zahl der Diabetes-Patient:innen, die pro Jahr **erstmal**s in den Praxen behandelt wurden, aufgeteilt nach Diabetes-Typ.



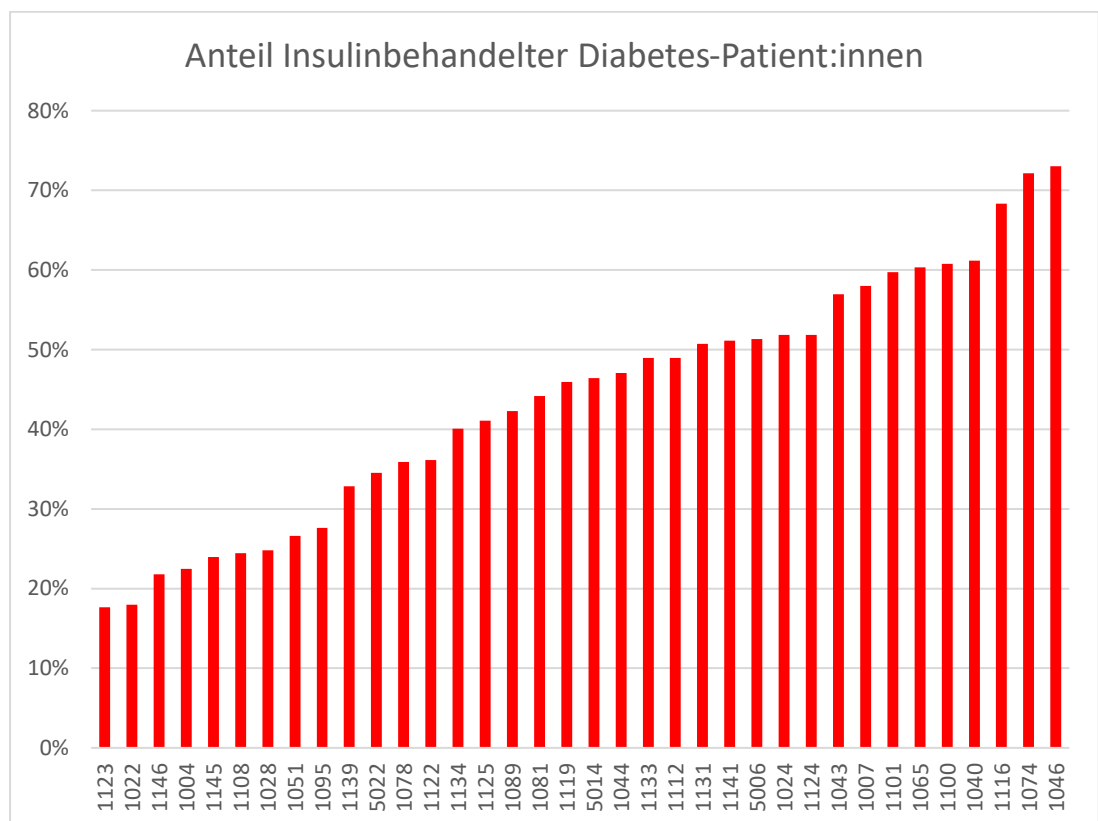
Ergebnisse

Im Mittel sind 18% der jährlich in Diabetes-Schwerpunktpraxen behandelten Patient:innen Neu-Patient:innen – mit einer großen Spannweite zwischen 7 % und 51 %.



Im Mittel werden 43 % der Schwerpunktpraxen-Patient:innen mit Insulin behandelt.

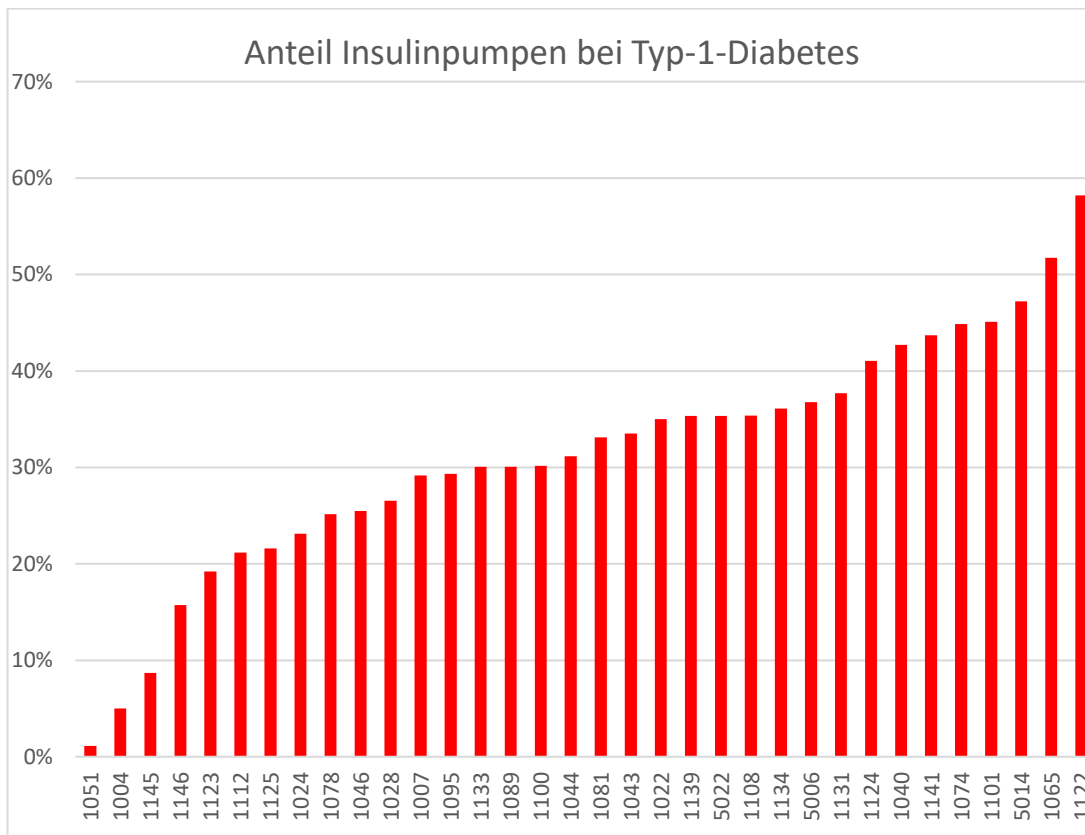
Bei den an ICDiab teilnehmenden Praxen wurde für Insulinbehandlung der ICD Z92.2G* zu Grunde gelegt (*eigentlich Dauertherapie mit anderen Arzneimitteln). Nicht plausible Angaben wurden nicht berücksichtigt.



Ergebnisse

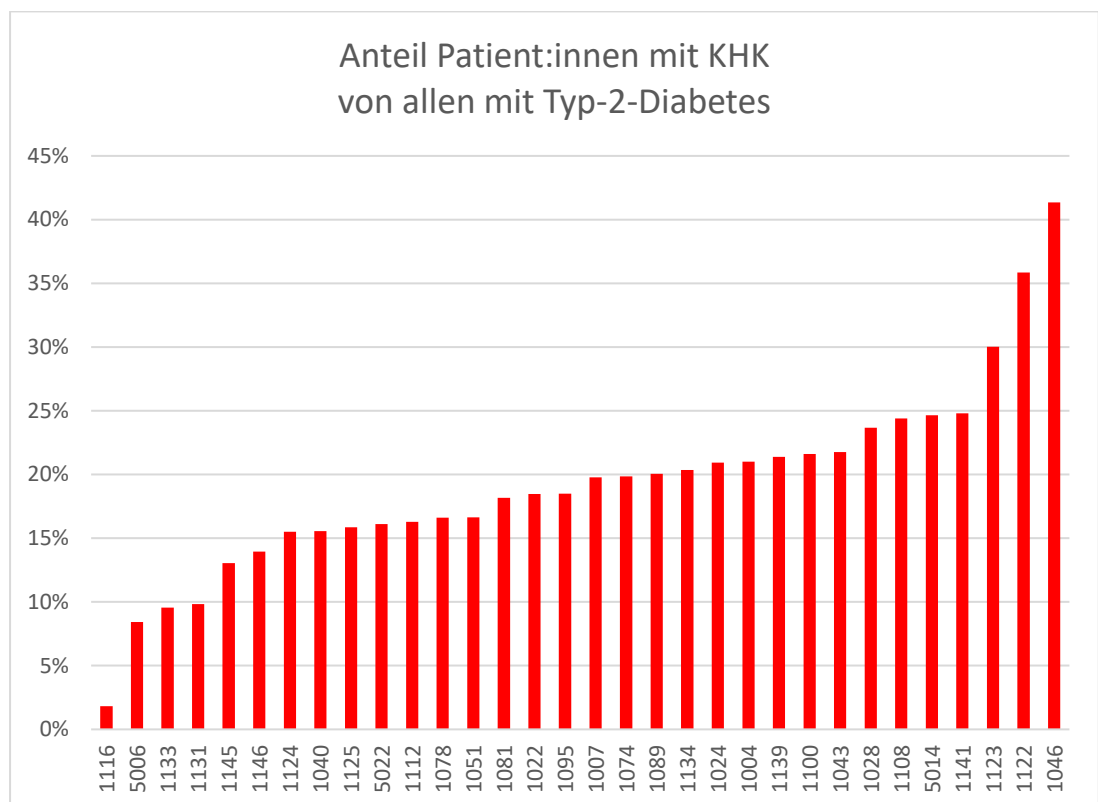
Im Mittel werden in Schwerpunktpraxen 30 % der Typ-1-Patient:innen mit Insulinpumpe behandelt.

Bei den an ICDiab teilnehmenden Praxen wurde für Insulinpumpenbehandlung der ICD Z96.4G oder Z45.1G zu Grunde gelegt. Nicht plausible Angaben wurden nicht berücksichtigt.

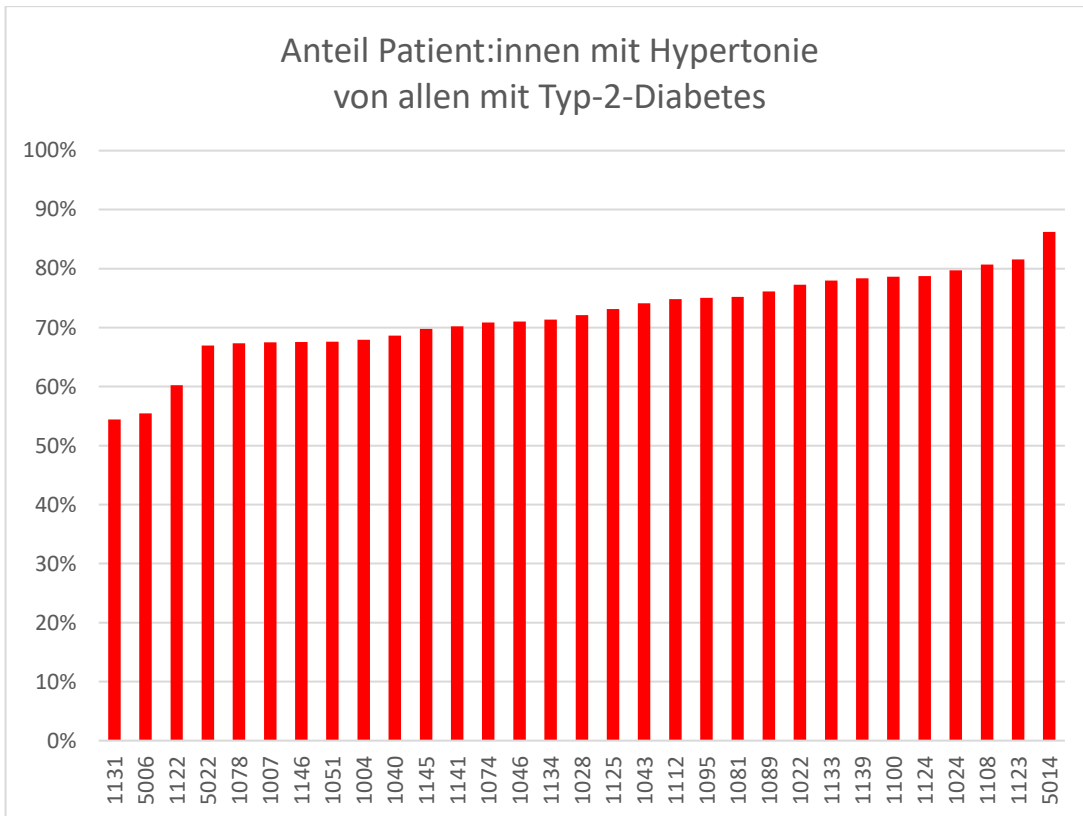


Im Mittel war bei 19 % der Menschen mit Typ 2 Diabetes eine Koronare Herzkrankheit dokumentiert.

Anmerkung: Auffällig niedrige oder hohe Anteile könnten auch auf ICD-Kodierfehlern beruhen, da bei vielen Praxen diese Zahlen aus dem ICDiab-Projekt und somit aus der ICD-Kodierung in der Praxis übernommen worden.

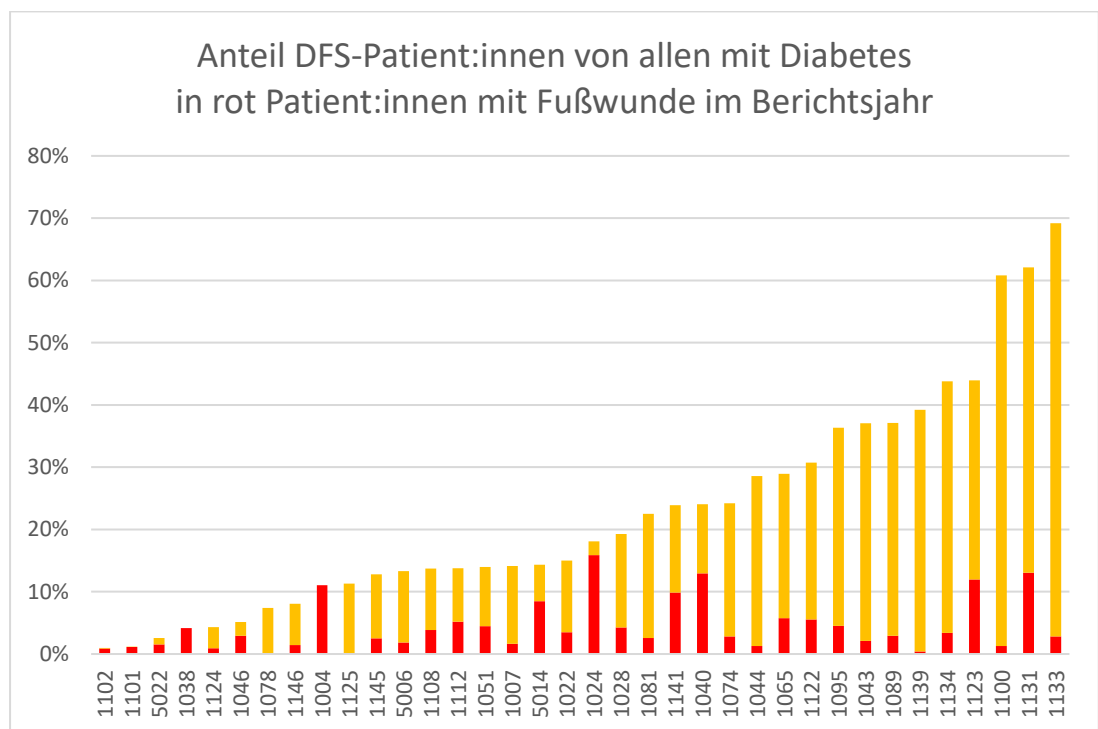


Im Mittel war bei 70 % der Menschen mit Typ 2 Diabetes eine Hypertonie dokumentiert.



Bei 23 % aller Diabetes-Patient:innen in Schwerpunktpraxen ist ein diabetisches Fußsyndrom (DFS) dokumentiert. Davon wurde bei 19 % die Behandlung einer Fußwunde angegeben bzw. als ICD kodiert.

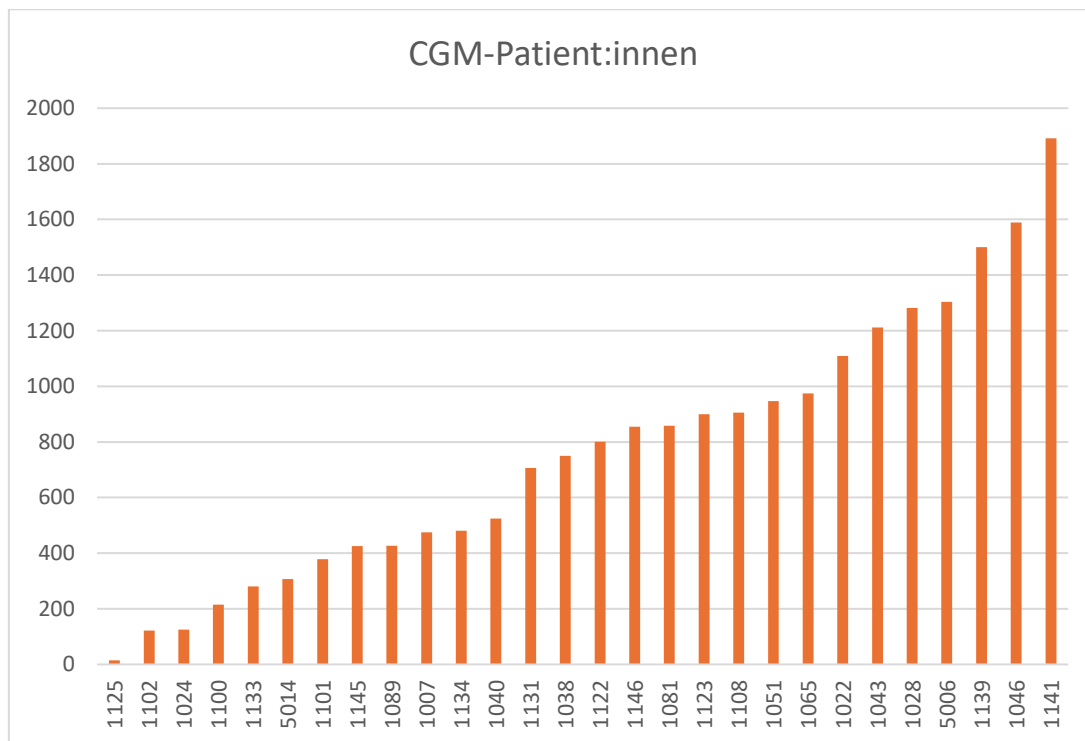
Bei den an ICDiab teilnehmenden Praxen wurde für DFS der ICD E1x.74G oder E1x.75G zu Grunde gelegt. Für Fußwunde wurde L89.x8G oder L89.x7G (x= 1 bis 3) ausgewertet.

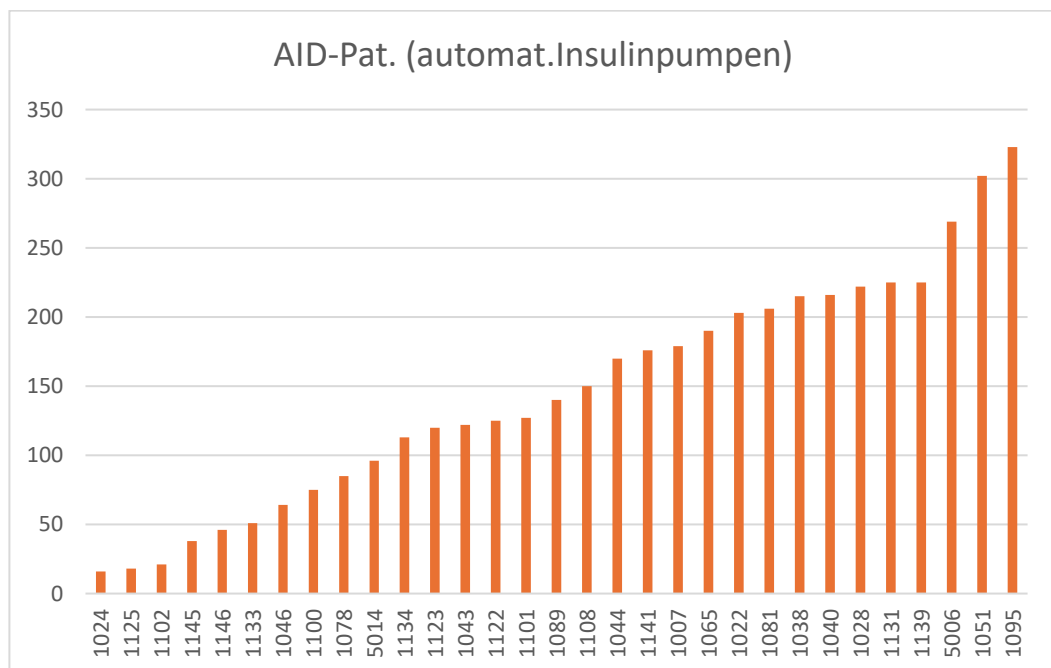
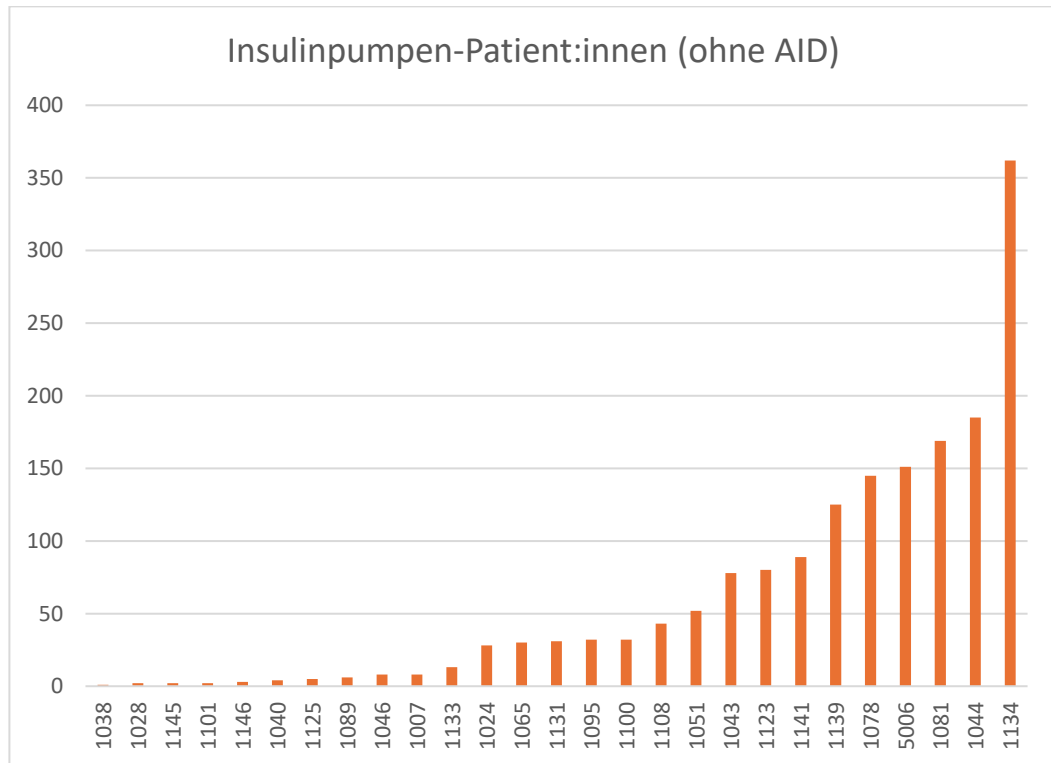


Zahl der Diabetes-Patient:innen mit Diabetestechnologie pro Jahr

Die Diabetes-Technologie spielt eine zunehmende Rolle in der Behandlung. Vorreiter ist die kontinuierliche Glukosemessung CGM.

Zahl der Diabetes-Patient:innen mit CGM pro Jahr





Limitationen

Einige DSPen konnten einen Teil der Daten nicht ermitteln, weil das mit der jeweiligen Praxis-EDV/der Erfassungsmethode nicht möglich war. Beispiele dafür sind:

- MODY und pankreopriver Diabetes kommen im DMP nicht vor, diese Patient:innen wurden daher in einzelnen Praxen dem Typ 1-DM oder Typ 2-DM zugeordnet.
- In einigen Praxen konnten Patient:innen mit Fußsyndrom mit/ohne Wunde nicht erfasst werden.
- Einige Praxen konnten die Zahl der im ganzen Jahr behandelten Diabetes-Patient:innen oder die Zahl der Neu-Patient:innen mit ihrer Praxis-EDV nicht ermitteln.
- Einige Praxen konnten die Zahl der mit Diabetestechnologie versorgten Patient:innen nicht ermitteln.
- Für viele Items gibt es in der Routineversorgung keine Kennungen, viele Praxen müssen solche individuell generieren, so für AID-Systeme, bestimmte Medikamente, Sensoren u.v.a.

Viele Praxen haben der Verwendung ihrer ICDiab-Daten für diesen Bericht zugestimmt. Kodierfehler wirken sich da natürlich auf die hier dokumentierten Zahlen aus.

Unberücksichtigt sind Patient:innen, die zur Abklärung eines Diabetes-Verdachts überwiesen wurden und bei denen ein Diabetes ausgeschlossen wurde oder nur eine Glukosetoleranzstörung vorlag. Außerdem wurden Patient:innen nicht erfasst, bei denen eine Untersuchung zur Insulinresistenzdiagnostik erfolgte.

Schulungen

Diabetes mellitus ist eine chronische Erkrankung, bei der eine Heilung im eigentlichen Sinn nicht möglich ist. Da die Patient:innen alltäglich viele Entscheidungen zu ihrer Therapie treffen müssen, lernen sie in Schulungskursen, wie sie ihren Blutzuckerspiegel kontrollieren und ihre Therapie selbstständig anpassen können. Dieses Selbstmanagement dient der Steigerung der Lebensqualität und verbessert die Behandlungsergebnisse.

Schulungen werden in jeder DSP angeboten: Neben den klassischen Schulungskursen für Typ 1- und Typ 2-Diabetes oder Pumpentherapie sind dies zunehmend Spezialkurse für bestimmte diabetesbedingte Folgekomplikationen, Therapieformen oder Coachingangebote.

Die Bandbreite an Schulungskursen sowie die Anzahl an durchgeführten Kursen und Teilnehmern sind auf den folgenden Seiten dargestellt.

Die rasante Verbreitung von kontinuierlich messenden Glukose-Monitoring-Systemen führt dazu, dass auch entsprechende Schulungen (Spectrum, Flash) in den Diabetes-Schwerpunktpraxen vorgehalten werden müssen.

Schulungsorganisation in den Praxen

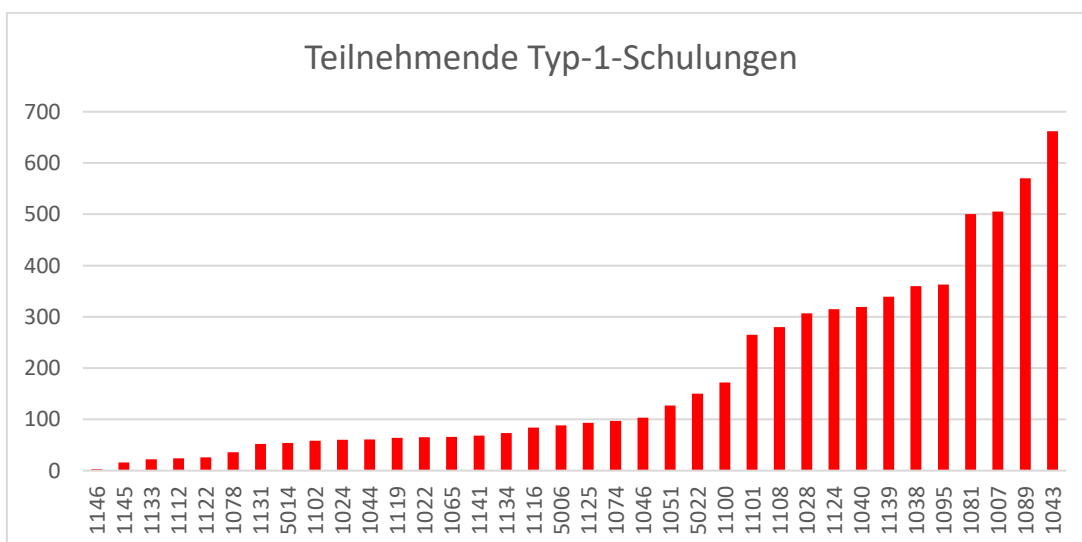
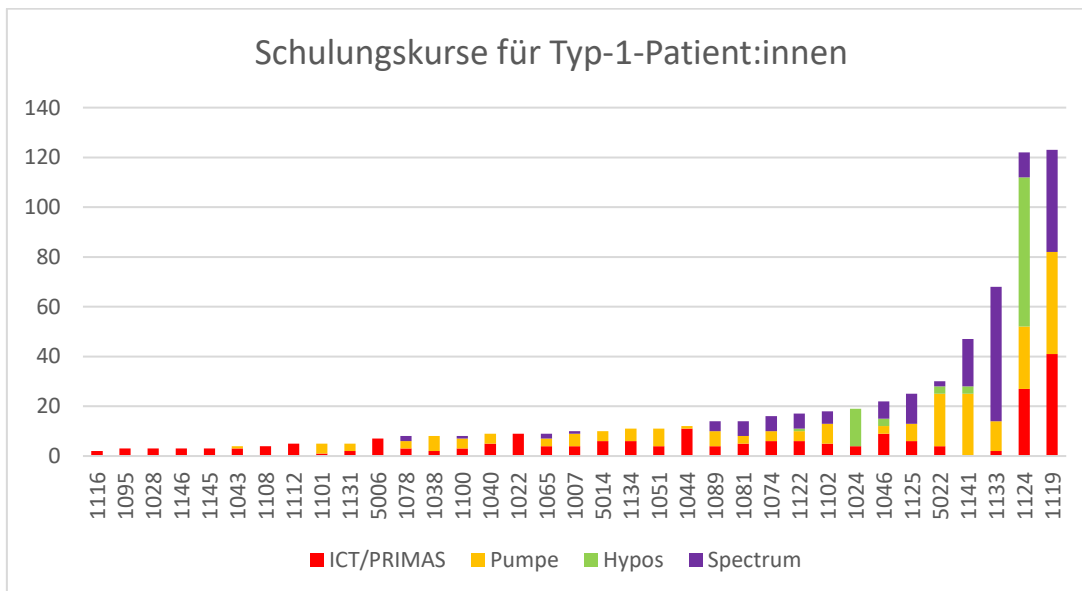
Manche Schulungsarten werden in den Praxen anders als in Gruppenschulungskursen organisiert: Einzelschulungen, Modulschulungen (Gruppenschulungen mit nur einer Kursstunde, ein:e Patient:in wird nach Bedarf in mehrere Module gebucht) und Paternosterschulungen (eine ständige regelmäßige Abfolge von Modulen, wobei die Patient:innen jederzeit einsteigen und aussteigen können). Das hängt häufig mit der geringen Anzahl an Patient:innen zusammen, aber auch mit der Notwendigkeit, sehr kurzfristig mit einer Schulung beginnen zu müssen, z. B. bei Schwangeren.

Insbesondere bei Frauen mit Gestationsdiabetes und Pumpen-Patient:innen wird in manchen Praxen eine rationelle Form von Gruppenschulungen eingesetzt, ohne dass diese in Kursen organisiert sind. Häufig muss jedoch hier und auch bei Kindern/Jugendlichen und Migranten (muttersprachlich oder mit Übersetzer) auf Einzelschulungen zurückgegriffen werden. Hier zeigt sich besonders, dass manche Patient:innen bei dringender Schulungsnotwendigkeit wegen geringer Patient:innen-Zahl, Sprachproblemen oder besonderer Dringlichkeit einzeln geschult werden müssen. Das trifft auch für Menschen zu, die wegen besonderer Persönlichkeitsmerkmale nicht gruppenschulungsfähig sind.

Außerdem werden in vielen Praxen sehr viele Einzelschulungen für Pumpeneinstellung, geriatrische Patient:innen, Hör- und Sehbehinderte, Spezialprobleme wie Insulinumstellung, Nahrungsmittelunverträglichkeiten usw. durchgeführt.

Schulungen für Patient:innen mit Typ-1-Diabetes

Als Basisschulung für alle Menschen mit Typ-1-Diabetes wird eine ICT-Schulung (ICT = Intensivierte Insulintherapie) durchgeführt, meist mit dem PRIMAS-Schulungsprogramm. Wenn die Einstellung auf eine Insulinpumpe nötig ist, wird eine Pumpenschulung erforderlich. Viele Menschen mit Typ 1 Diabetes bekommen im Laufe der Zeit ein Hypoglykämie-Problem mit häufigen oder schweren Hypoglykämien. Oft ist dabei die Hypoglykämie-Wahrnehmung reduziert oder aufgehoben. Bei Hypoglykämie-Problematik bewährt sich ein Hypoglykämie-Wahrnehmungstraining bzw. das Schulungsprogramm HyPOS. Bei immer mehr Patient:innen wird ein kontinuierliches Glukosemesssystem erfolgreich eingesetzt. Der richtige technische Umgang mit diesen neuen Geräten und die Folgerungen für die Diabetestherapie werden im Schulungsprogramm Spectrum erlernt.

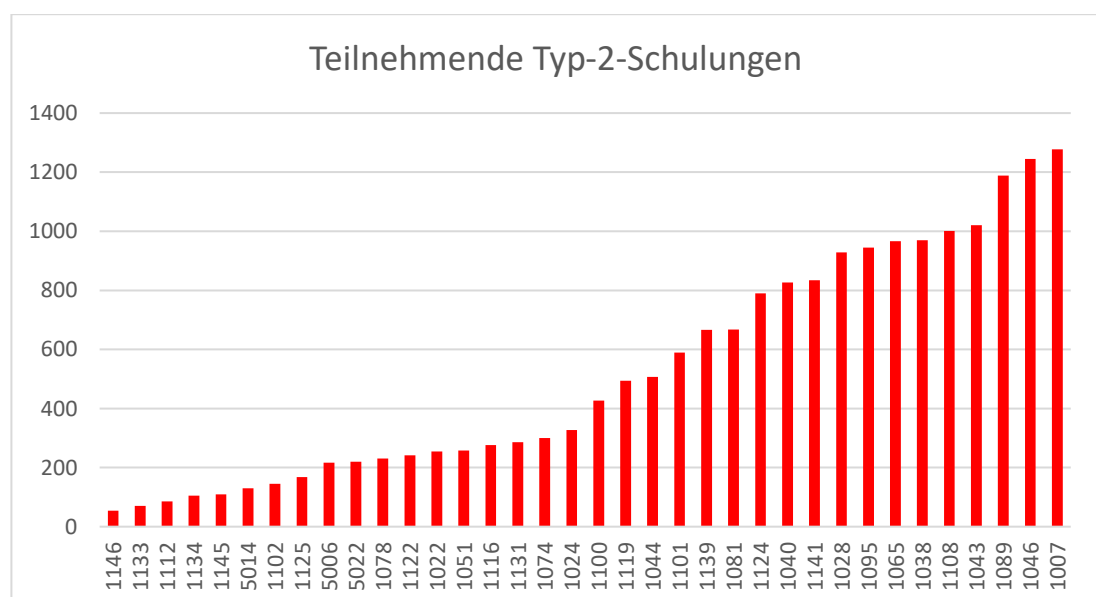
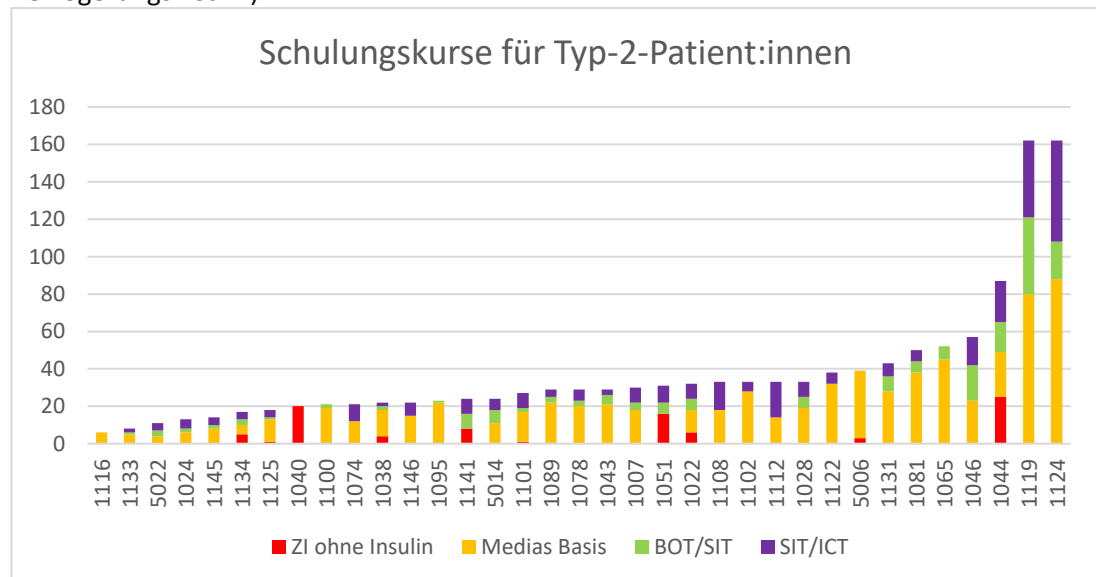


Schulungen für Patient:innen mit Typ-2-Diabetes

Im Vordergrund stehen die Schulungen zum Selbstmanagement aus der Medias Familie.

Medias2-Basis ist die meisten verbreitete Schulung bei Typ 2 Diabetes. Am besten wird sie zeitnah nach der Manifestation wahrgenommen.

Wird mit Insulintherapie begonnen, ist erneut eine Schulung erforderlich, je nach Art der Insulintherapie: BOT=basalunterstützte orale Therapie, CT=konventionelle Insulintherapie (2x tgl. Verzögerungsinsulin), SIT=supplementäre Insulintherapie (nur kurzwirksames Mahlzeiteninsulin) oder ICT=Basis-Bolus-Therapie (Kombination von Mahlzeiten- und Verzögerungsinsulin).



Sonstige Schulungen

Die meisten Diabetes-Patient:innen haben auch einen zu hohen Blutdruck. Für sie ist ein Hypertonie-Schulungsprogramm sinnvoll, bei dem die korrekte Selbstmessung gelernt und dazu motiviert wird, diese regelmäßig einzusetzen, die Werte zu notieren und Schlüsse für die Therapie zu ziehen.

Gestationsdiabetes ist die häufigste Schwangerschaftskomplikation, aus der sich weitere ernste Folgen ergeben können. Daher sollen alle betroffenen Frauen in der Ernährungs- und Bewegungstherapie geschult werden und die Glukoseselbstmessung erlernen. Bei etwa einem Drittel der Frauen mit Gestationsdiabetes muss Insulin eingesetzt werden mit entsprechender Schulung wie bei ICT.

Kinder und Jugendliche und deren Eltern bedürfen einer speziellen Diabetesschulung, die in Kinderkliniken, aber auch in manchen Diabetes-Schwerpunktpraxen durchgeführt wird.

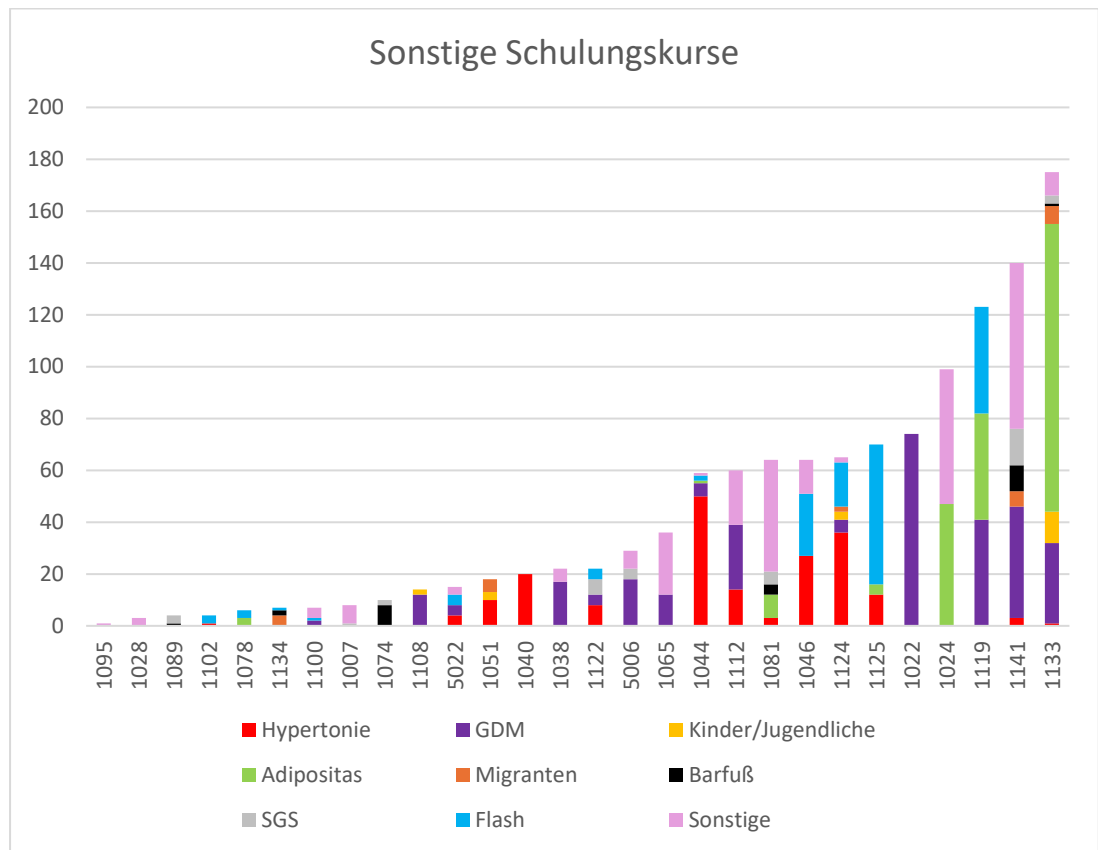
Da Übergewicht und Adipositas bei Typ-2-Diabetes sehr häufig sind, bietet es sich an, spezielle Schulungskurse mit dem Ziel Gewichtsabnahme anzubieten.

Migranten stellen uns wegen der Sprachbarriere und kulturellen Unterschieden vor besondere Herausforderungen. Daher werden in vielen Schwerpunktpraxen auch muttersprachliche Schulungskurse angeboten.

Patient:innen mit Diabetischem Fußsyndrom benötigen Informationen zum richtigen Umgang damit. Darauf zielt das Barfuß-Schulungsprogramm.

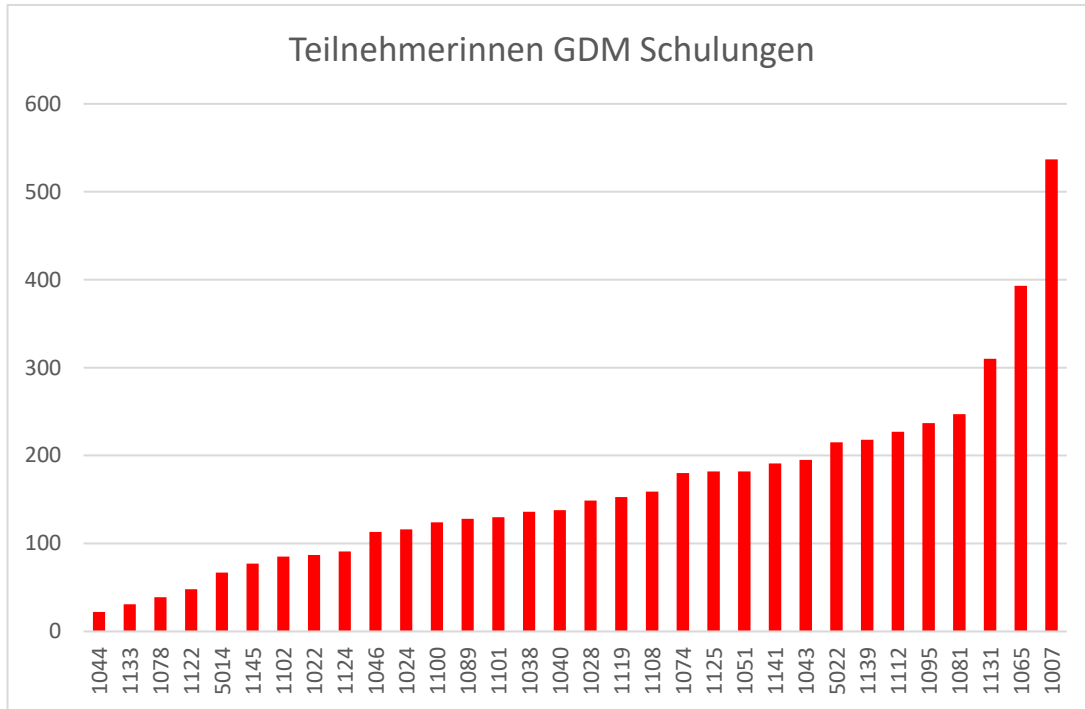
Die Strukturierte Geriatrische Schulung (SGS) hilft älteren Menschen mit Diabetes, selbstständig ihre Therapie zu meistern.

Freestyle Libre ist ein kontinuierliches Glukose-Messsystem, das bei Typ-1- und auch bei Typ-2-Diabetes eingesetzt wird. Um die vielen damit erhältlichen Daten sinnvoll nutzen zu können, hilft die Teilnahme am Flash-Schulungsprogramm. Spectrum ist ein Schulungs- und Behandlungsprogramm zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM). Ohne das Programm wird in der Regel nicht die gewünschte Verbesserung erreicht. Es gibt noch weitere Schulungsprogramme, die nur in einzelnen Praxen eingesetzt werden und die teilweise spezielle Themen und Probleme bei Diabetes ansprechen.



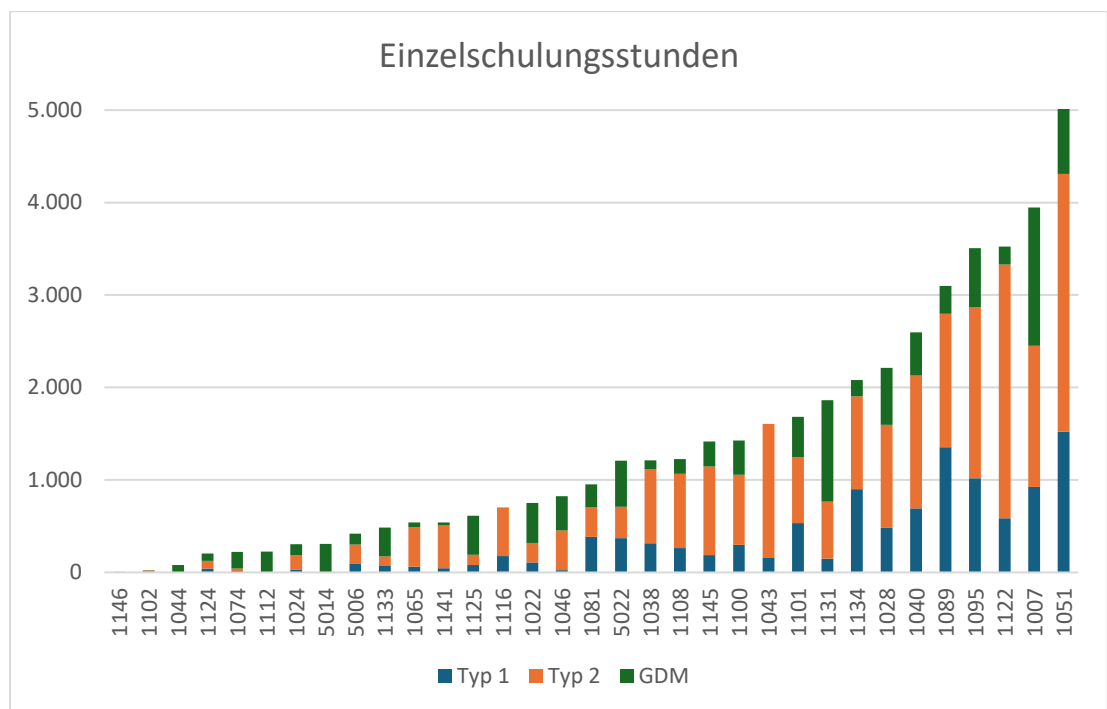
Besonders bei Gestationsdiabetes (GDM) und Migranten, aber auch bei Flash (FreeStyle Libre), werden in vielen Praxen Einzelschulungen statt Gruppenschulungen durchgeführt.

Im folgenden Diagramm sind alle geschulten Schwangeren mit Gestationsdiabetes aufgeführt, sowohl in Gruppenkursen als auch in Einzelschulungen:



Einzelschulungen

Patient:innen müssen einzeln geschult werden, wenn die Schulung dringend ist und sie nicht auf einen regulären Schulungskurs warten können, außerdem bei selteneren Schulungsanlässen und bei Migranten, bei denen ein Dolmetscher erforderlich ist. Die Corona-Pandemie mit ihren Kontaktbeschränkungen hat zu einer erheblichen Zunahme der Einzelschulungen geführt. Sie wurden daher im Rahmen dieses Jahresberichts zusätzlich erfasst. Viele Praxen hatten Schwierigkeiten, die Zahl der durchgeführten Einzelschulungen zu erfassen. Daher ist von einer erheblichen Untererfassung auszugehen, und es erklärt die sehr unterschiedlichen Zahlen der Praxen.



Videoschulungen

Durch die Kontaktbeschränkungen in der Pandemie haben sich Videoschulungen in vielen Schwerpunktpraxen etabliert. 15 von 40 Praxen (38 %) haben angegeben, Videoschulungen durchzuführen.

Fernzugriff auf Clouddaten

Kontinuierliche Glukose-Messsysteme (CGM-Systeme) werden zunehmend von insulinbehandelten Diabetespatient:innen verwendet. Vielfach besteht die Möglichkeit, die vielen Messdaten in der Cloud zu speichern und per Fernzugriff grafisch aufbereitet anzuzeigen. Werden die Zugangsdaten der Schwerpunktpraxis mitgeteilt, kann diese die Glukosedaten mit den Patient:innen erörtern, sei es in der Praxis oder per Telefon oder Videokonferenz. Diese Möglichkeit nutzen 32 von 40 Praxen (80 %).

Personelle Strukturen

Ärztliches Personal

Eine DSP wird von mindestens einem, häufig jedoch auch mehreren Diabetolog:innen geleitet. Es gibt dabei sowohl das Modell der reinen Schwerpunktpraxen, in der fast ausschließlich Diabetes-Patient:innen betreut werden, als auch Praxis-Gemeinschaften, in denen eine Diabetolog:in mit Kolleg:innen aus dem hausärztlichen Bereich oder anderen Fachbereichen zusammenarbeitet.

Diabetolog:innen (DDG)

Die nachfolgende Grafik zeigt den Anteil an Diabetolog:innen in den winDiab-Praxen: In den 39 Praxen, die hierzu Angaben gemacht haben, arbeiten insgesamt 101,25 Diabetolog:innen. Dabei wurden in Teilzeit tätige Ärzt:innen mit 0,25, 0,5 oder 0,75 gezählt. Das gleiche gilt auch für die Grafik der nichtärztlichen Mitarbeitenden.

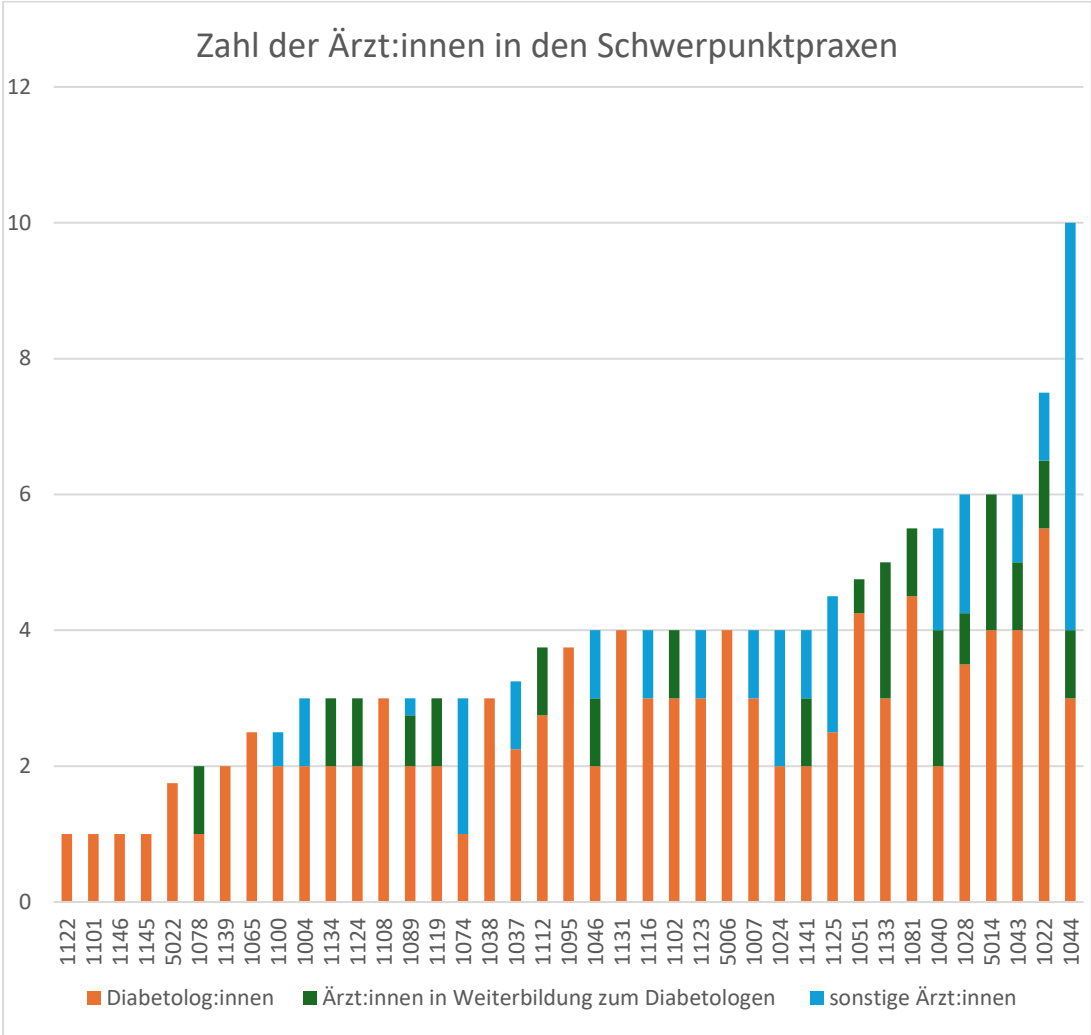
Ärzt:innen in diabetologischer Weiterbildung

Die spezialisierte diabetologische Versorgung hat sich in den letzten Jahrzehnten – wie bereits erwähnt – überwiegend in den ambulanten Bereich (DSPen) verlagert. Dies ist auch international zu beobachten. Damit findet auch die Weiterbildung zur Diabetolog:in zunehmend in den Schwerpunktpraxen statt.

18 Praxen haben angegeben, dass bei ihnen angehende Diabetolog:innen tätig sind: 33 Praxen haben die Frage „Führen Sie Weiterbildungen zum Diabetolog:innen durch?“ mit „ja“ beantwortet.

Sonstige Ärzt:innen

DSPen haben oft noch weitere Tätigkeitsfelder wie hausärztliche Tätigkeit, Dialyse usw. Die Praxen brauchen für diese Bereiche zusätzliche Ärzt:innen, die weder Diabetolog:innen noch in der Weiterbildung dazu sind. Diese sind hier erfasst. Es handelt sich um 25 Ärzt:innen in 17 Praxen.



Nichtärztliches Personal

Zum diabetologischen Betreuungsteam gehört unbedingt mindestens eine Diabetesberater:in DDG sowie zusätzlich meist ein oder mehrere Diabetesassistent:innen DDG (Deutsche Diabetes-Gesellschaft). Auch an das nichtärztliche Praxispersonal werden besondere Anforderungen gestellt: Neben Kompetenz und Fachwissen werden pädagogische Fähigkeiten im Umgang mit Menschen erwartet, denen komplexes Wissen zum Umgang mit Diabetes in deren Lebensalltag vermittelt werden soll.

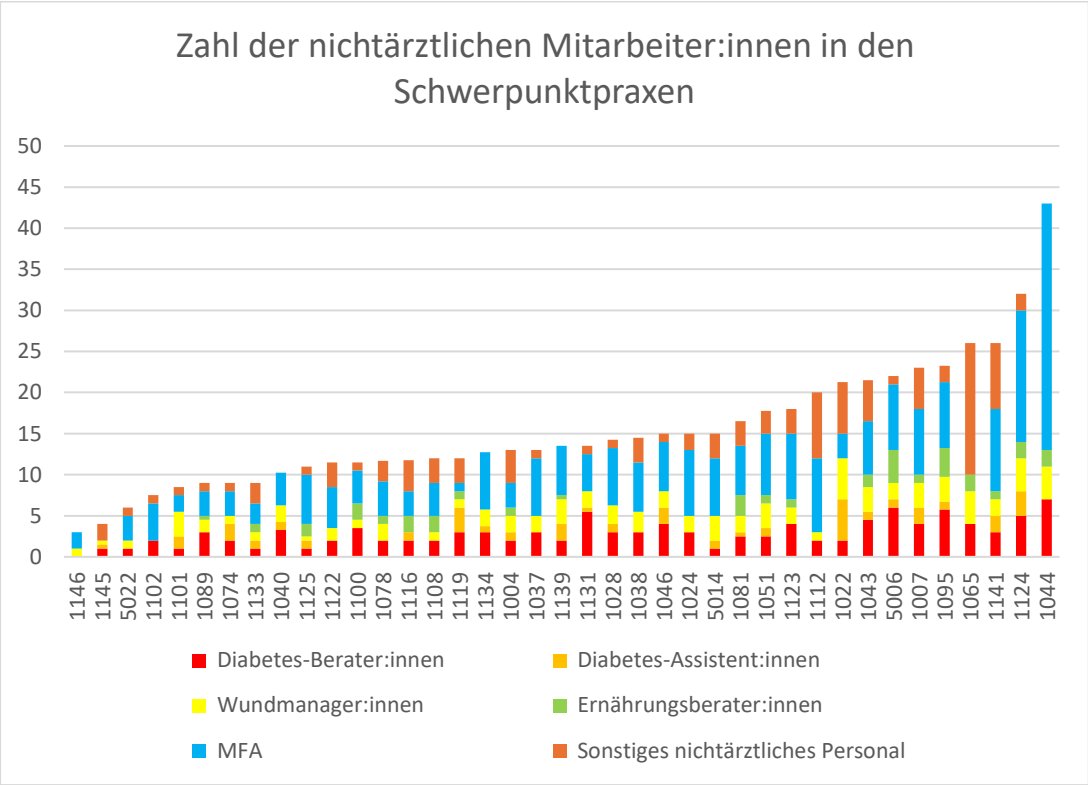
Vorgeschrieben ist für eine DSP mindestens eine Diabetesberater:in, die mit ihrer einjährigen Ausbildung die Berechtigung erworben hat, Beratung und Schulungskurse für Patient:innen mit Typ 1- und Typ 2-Diabetes mit unterschiedlichen Therapiekonzepten (Diät-, Tabletten- oder Insulinbehandlung, Insulinpumpentherapie) abzuhalten. Die Hauptaufgabe der Diabetesberater:innen und -assistent:innen ist – neben der Beratung – die Schulung von Patient:innen mit Typ 1- und Typ 2-Diabetes mit und ohne Insulin und die Betreuung von Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes sowie die Schulung von Patient:innen mit Hypertonie. Die einjährige Weiterbildung wird von einer zertifizierten Ausbildungsstätte durchgeführt.

Die Mitarbeit der Diabetesberater:innen in diabetologischen Qualitätszirkeln, in denen sich Hausärzt:innen und Diabetolog:innen zu regelmäßigen Fachfortbildungen und zum Erfahrungsaustausch treffen, ist eine weitere Möglichkeit, Verständnis für die Probleme der Patient:innen mit Diabetes zu induzieren und die Betreuung zu verbessern. Die Erarbeitung von Schulungs- und Behandlungsstrategien für einzelne Patient:innen mit besonderen Problemen erweist sich in diesem Rahmen als besonders günstig, da der direkte Kontakt zum überweisenden Arzt gegeben ist.

Qualifizierte Wundmanager:innen unterstützen den Diabetolog:innen bei der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms (DFS). In vielen Diabetes-Schwerpunktpraxen sind außerdem Ernährungsberater:innen, Diätassistent:innen und Ökotropholog:innen tätig.

Medizinische Fachangestellte werden erstmals separat aufgeführt. Sie waren bisher unter „Sonstiges nichtärztliches Personal“ mit aufgeführt.

Unter den Begriff „Sonstiges nichtärztliches Personal“ fallen Mitarbeitende, „Study Nurses“ und Berater:innen/Assistent:innen/Medizinische Fachangestellte in Ausbildung.



Personalszusammensetzung einer durchschnittlichen DSP

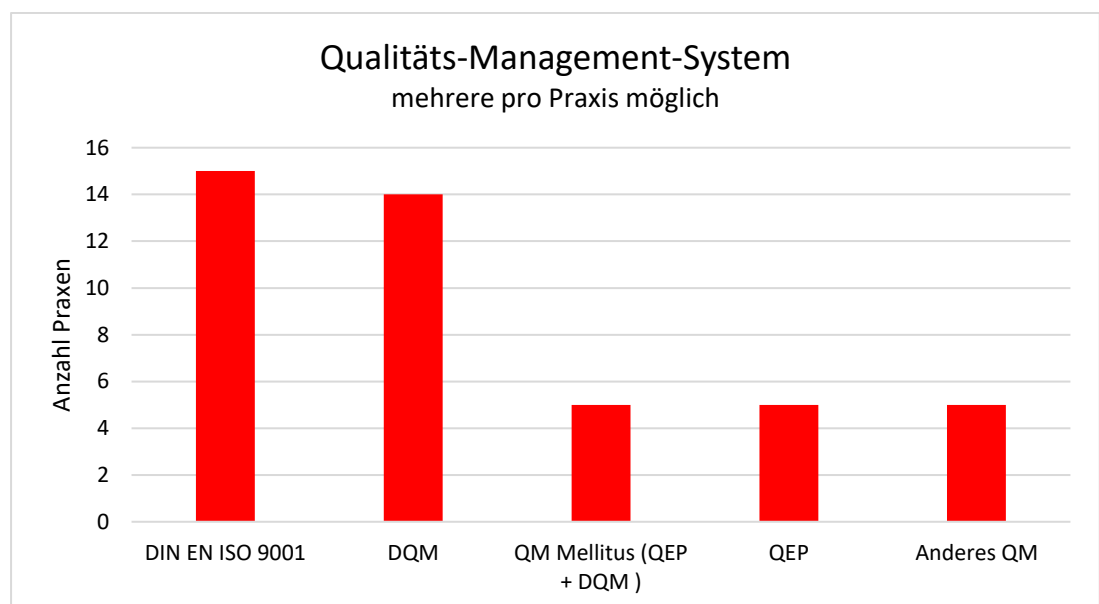
	Mittelwert
Diabetolog:innen	2,6
Weiterbildungs-Ärzt:innen	0,5
Sonstige Ärzt:innen	0,7
Diabetesberater:innen	2,9
Diabetesassistent:innen	1,0
Wundmanager:innen	2,0
Ernährungsberater:innen	0,9
MFA	6,0
Sonstige Mitarbeiter:innen	2,8
SUMME:	19,4

Qualität und Qualitätsentwicklung

Nach der Definition der „International Organisation for Standardization (ISO)“ ist Qualitätssicherung „jener Teil des Qualitätsmanagements [...], der auf Schaffung von Vertrauen gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt sind“. In diesem Kontext soll der vorliegende Jahresbericht einen Beitrag sowohl zur Schaffung von Transparenz in der diabetologischen Regelversorgung als auch zur Sicherung von Qualitätsstandards in der Diabetologie leisten. Qualität soll somit transparent gemacht werden für Patient:innen ebenso wie für Leistungsträger und Leistungserbringer. Darüber hinaus verdeutlicht dieser Bericht die zunehmende Bedeutung, die die Arbeit der niedergelassenen Diabetolog:innen und ihrer Mitarbeiter:innen für die diabetologische Regelversorgung in Deutschland aufweist.

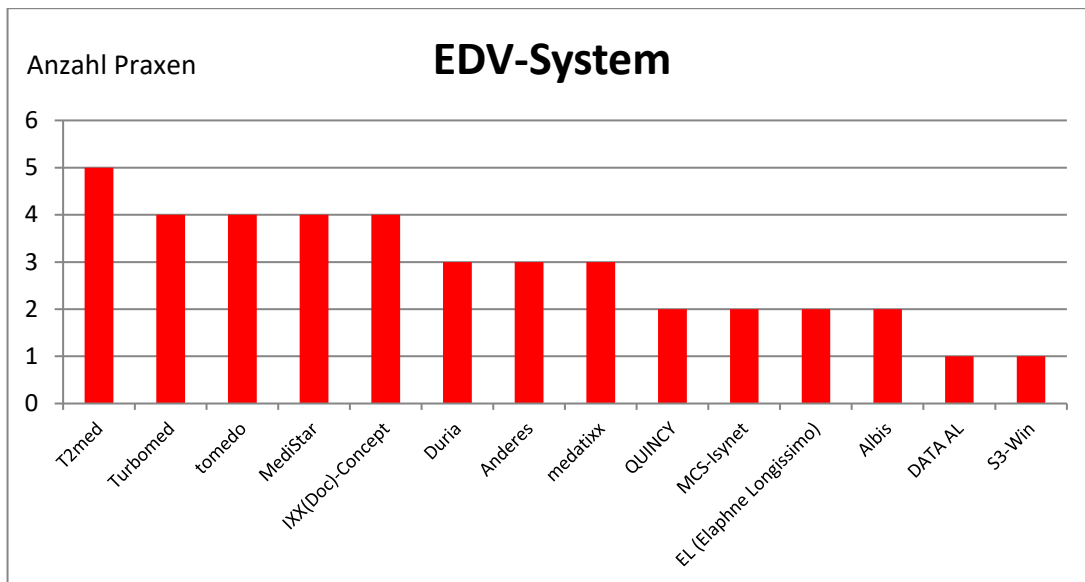
Qualitätsmanagement (QM)-Systeme

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung hatten 38 von 40 der an diesem Jahresbericht teilnehmenden Partnerpraxen ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem eingeführt, die verbleibende hat den QM-Prozess gestartet, indem die Prozesse definiert und beschrieben werden. Einige Praxen sind sogar nach zwei QM-Systemen zertifiziert.



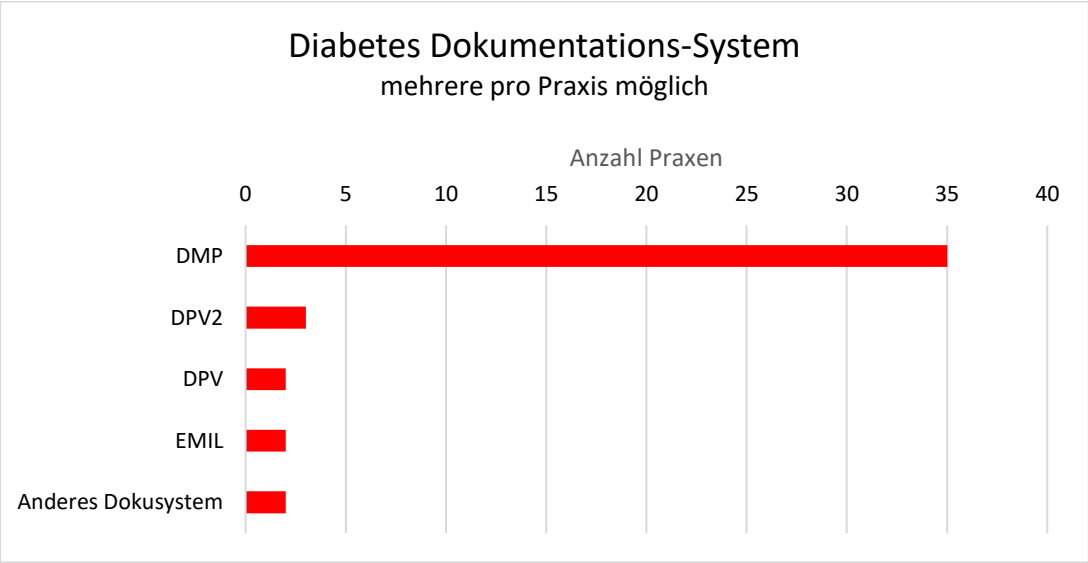
Praxis-EDV

Am Markt verfügbar sind mehr als 100 verschiedene Praxisverwaltungs-Software-Systeme, die der Führung von elektronischen Patient:innen-Akten und Erstellung der Abrechnungsdaten für die Kassenabrechnung bzw. von Rechnungen/Datensätzen für die Privatliquidation dienen. Die meisten Systeme sind jedoch nicht dazu ausgelegt, Verlaufskontrollen von bestimmten Indikationen auszuwerten. Dies macht eine „Knopfdruck-Auswertung“ schwierig. Um einen Überblick über die in den Partnerpraxen verwendeten Softwaresysteme zu bekommen, wurde dies mit abgefragt:



Diabetes-Dokumentationssoftware

Programme für eine Verlaufsdocumentation bei Patient:innen mit Diabetes ermöglichen eine externe und interne Qualitätssicherung. Alle Praxen nutzen deshalb zusätzlich zur Praxissoftware entsprechende Systeme, die eine strukturierte Erfassung und Auswertung von Patient:innen-Daten ermöglichen. Diese Systeme tragen dazu bei, die Struktur- und Prozessqualität der Praxen zu verbessern und zu sichern.



Anerkannte Behandlungszentren DDG

Die Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) hat Kriterien aufgestellt, nach denen die Anerkennung einer DSP als Behandlungszentrum möglich ist. Dabei erfolgt die Anerkennung über ein Stufenmodell mit zwei Qualitätsstufen, getrennt nach Behandlungszentren für Typ 1- und Typ 2-Diabetes:

- Diabeteszentrum DDG
- Diabetes Exzellenzzentrum DDG

Ab dem 1.12.2025 müssen alle Einrichtungen, die sich als Diabetes Exzellenzzentrum zertifizieren lassen wollen, zusätzlich mindestens eine Zusatzkompetenz anerkennen lassen. Wir haben erstmals alle Zusatzkompetenzen abgefragt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl der winDiab-Partnerpraxen, die die Anerkennung der DDG als Behandlungszentrum erreicht haben sowie die Anzahl an Zusatzkompetenzen.

	Typ 1-Diabetes	Typ 2-Diabetes
Diabeteszentrum DDG	12	11
Diabetes Exzellenzzentrum DDG	20	20
Diabetes & Schwangerschaft DDG	6	
Diabetes & Psyche DDG	0	
Diabetes & Fuß / Zertifizierte Fußbehandlungseinrichtung der AG Fuß der DDG	30	
Diabetes & Adipositas DDG	3	
Diabetes & Herz DDG	0	

Hospitation und Nachwuchs:

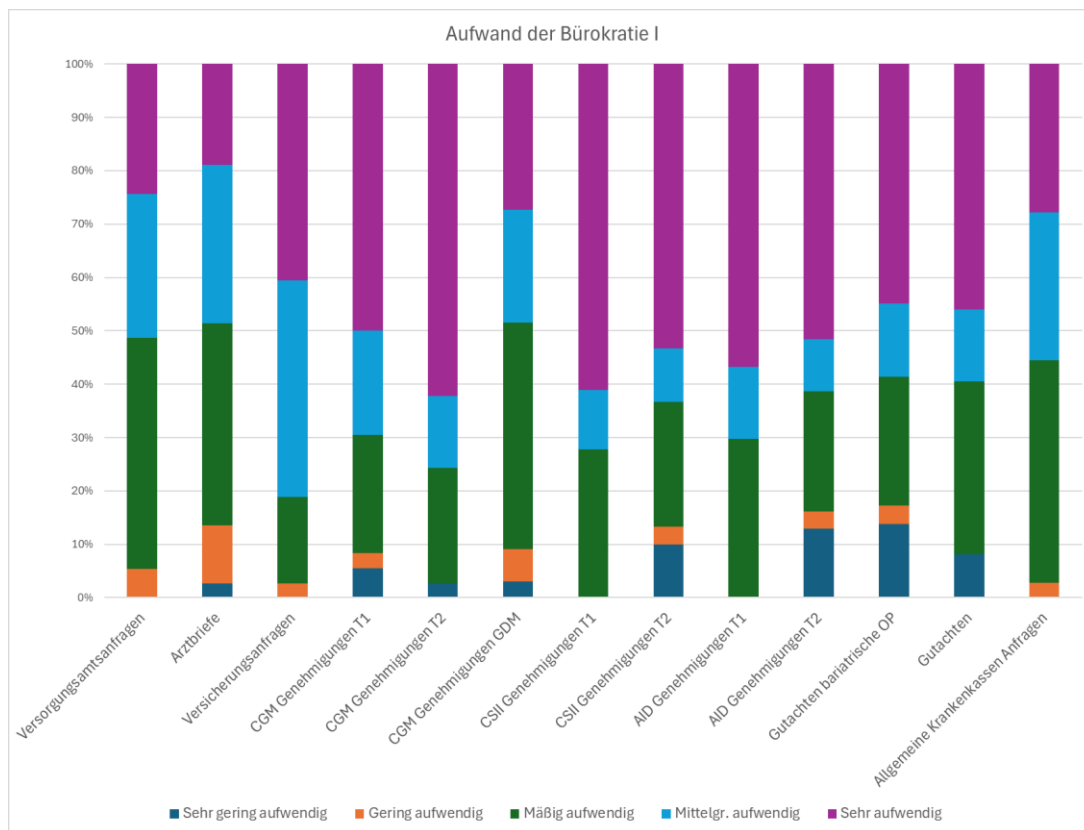
- Zahl der Praxen, die in die Liste der Hospitationspraxen aufgenommen werden wollen:
29
- Zahl der Praxen, deren Adresse an AG Nachwuchs der DDG weitergegeben werden darf:
28

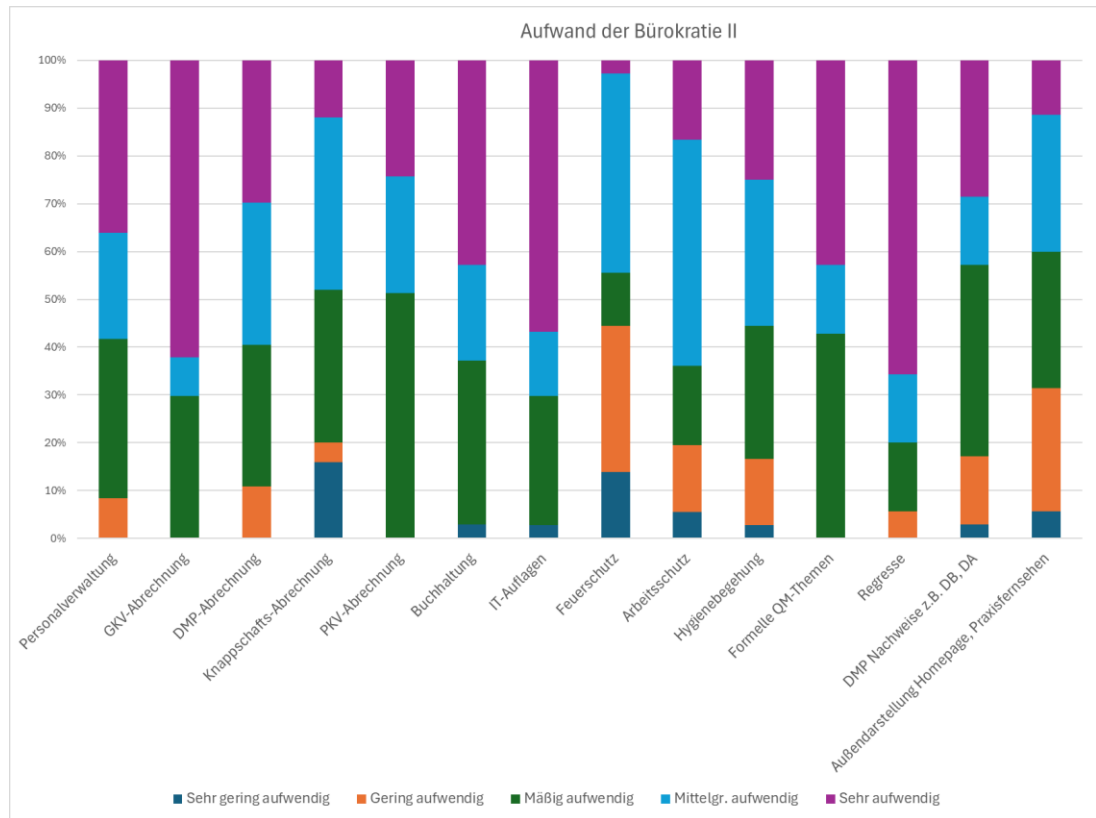
Befragung zur Bürokratie in DSPen

Wir haben im März 2026 im Rahmen der Datenerhebung zu diesem Jahresbericht eine **Befragung zum Thema Bürokratie** durchgeführt, 37 Praxen haben teilgenommen.

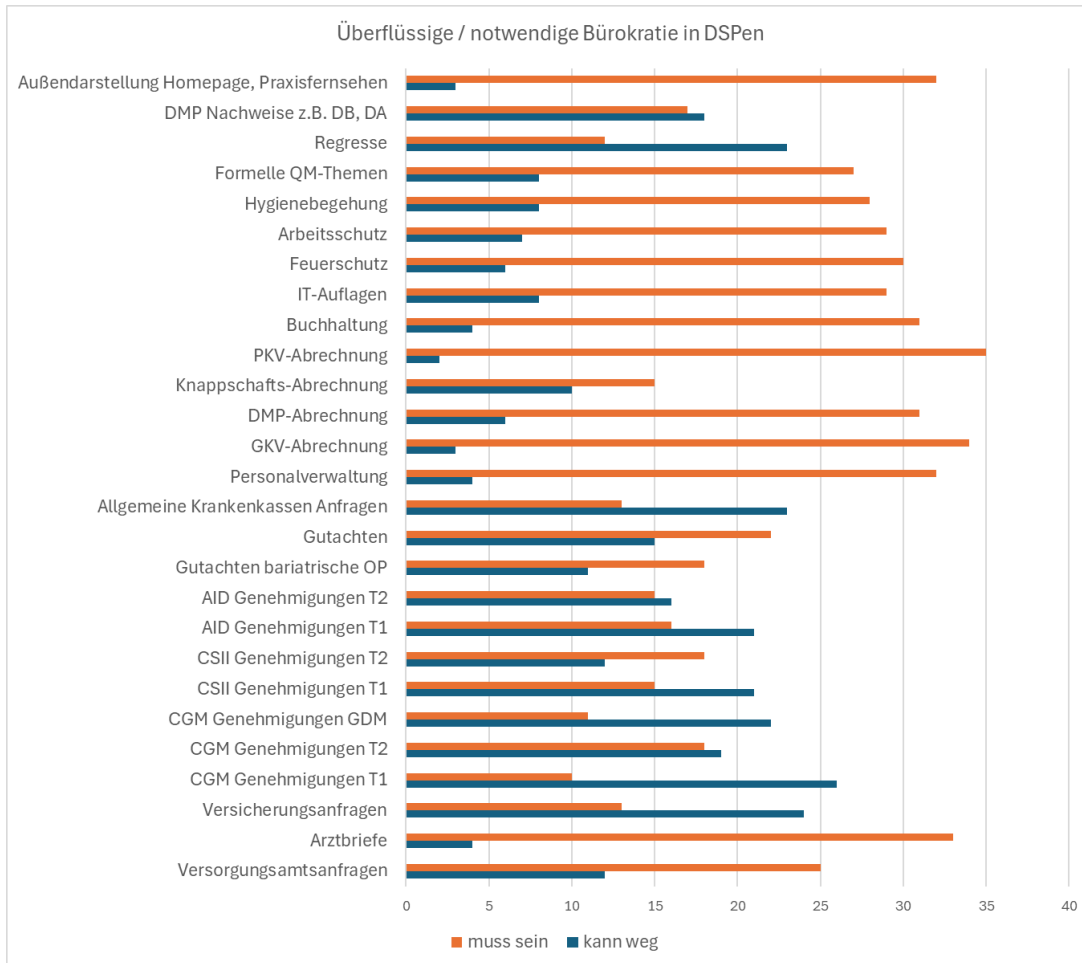
Wir haben in unserer Befragung nach dem Aufwand und der Sinnhaftigkeit bürokratischer Vorgänge gefragt, hier die Ergebnisse:

Wie aufwendig wird welcher Bereich erlebt:

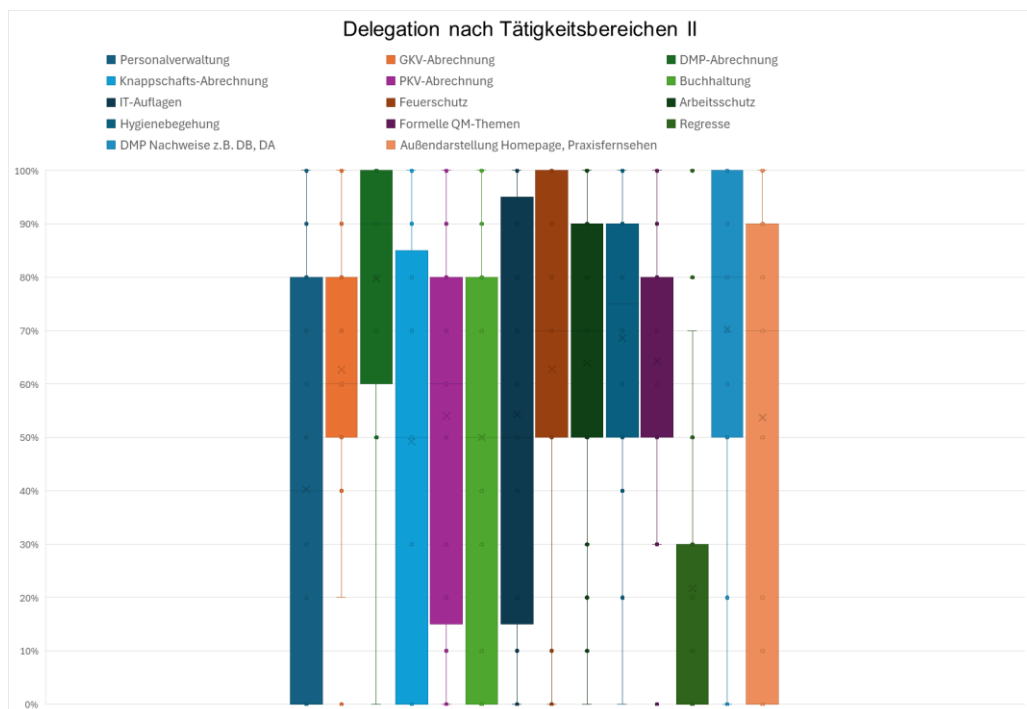
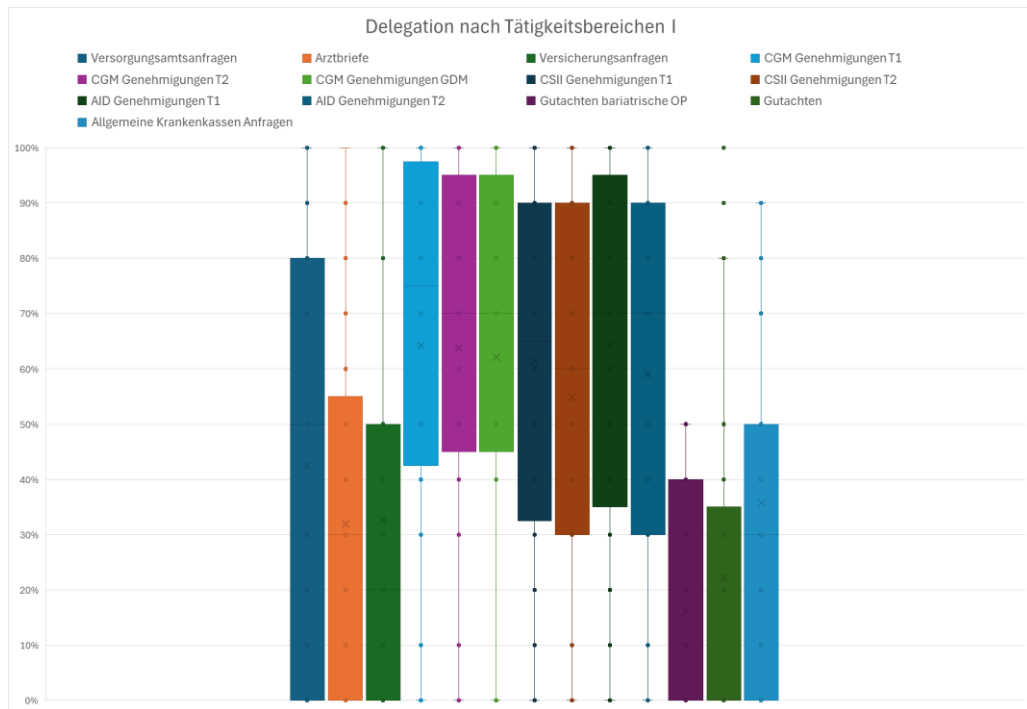




Welche Bürokratie wird als notwendig angesehen, bei welcher besteht Einsparpotential?



Bei welchen Themen wird delegiert? (Durchschnittszahlen)



Die Freitextkommentare zu den einzelnen Themen haben wir wie folgt zusammengefasst:

1. Überflüssige Genehmigungs- und Kontrollprozesse

Ein Großteil der Bürokratie entsteht durch wiederholte Genehmigungsanforderungen (z. B. CGM, Pumpen), obwohl die Indikation fachärztlich klargestellt ist. Die Kontrolle durch den MD wird häufig als fachlich unangemessen und redundant erlebt. Standardversorgungen sollten ohne zusätzliche Genehmigung möglich sein wie z.B. CGM bei Typ 1 DM.

2. Massive Redundanz und fehlende Standardisierung

Viele Anfragen von Kassen und Behörden wiederholen bereits vorhandene Informationen (Arztbriefe, Diagnosen). Es fehlt an einheitlichen, klaren Standards für Formulare, Abläufe und Verordnungen. Das führt zu unnötigem Mehraufwand und Frustration.

3. Digitalisierung hilft – ist aber unvollständig umgesetzt

Digitale Tools (KIM, ePA, PVS) und Automatisierung werden als große Chance gesehen und teilweise schon genutzt. Gleichzeitig verhindern mangelnde Integration, instabile Systeme und parallele analoge Prozesse den eigentlichen Effizienzgewinn.

4. Bürokratie ohne erkennbaren Mehrwert für die Versorgung

Viele Prozesse (Abrechnung, QM, Arbeitsschutz, Gutachten, MD-Anfragen) werden als überreguliert, kleinteilig und teilweise sinnlos wahrgenommen. Der Aufwand steht oft in keinem Verhältnis zum Nutzen für die Patient:innen-Versorgung.

5. Verlagerung der Bürokratie statt echter Entlastung

Zur Bewältigung der Belastung werden Aufgaben zunehmend an MFA, Praxismanagement oder externe Dienstleister ausgelagert. Das stabilisiert den Betrieb kurzfristig, löst aber das Grundproblem nicht und bindet zusätzliche Ressourcen.

Die Ergebnisse stellen eine Diskussionsgrundlage dar zur weiteren politischen Diskussion, aber auch individuellen Entwicklung.

Das winDiab Symposium 2026 bei der DDG-Jahrestagung in Berlin

14.05.2026 14:00 M8

- GestDiab multilingual - die Antwort auf die Vielsprachigkeit Schwangerer – Martina Gierse
- GestDiab Follow-up - Nachsorge nach GDM in Rheinland-Pfalz – Dorothea Reichert
- GestDiab Follow-up - Umsetzung in GestDiab – Heinke Adamczewski
- DSPDiab - Befragung zeigt umfassende Behandlung in DSPen – Matthias Kaltheuner

Nach dem Kongress werden die Präsentationen unter <https://www.windiab.de/publikationenundvortraege/vortraege> zu finden sein.

winDiab Seminare

Neben dem Symposium im zweiten Quartal bei der DDG-Jahrestagung werden wir künftig im ersten, dritten und vierten Quartal jeweils ein Online-Seminar anbieten mit Ergebnissen unserer Forschungsaktivitäten.

Am 18.03.25 fand um 16:00 das erste Seminar 2026 statt zu dem Thema

Schwangerschaft bei Typ 1 und Typ 2 Diabetes - Unsere Daten zeigen weiter hohen Handlungsbedarf !!!

Da wir die Daten publizieren wollen, haben wir keine Aufzeichnung veröffentlicht.

- Thema für das dritte Quartal: folgt
- Thema für das vierte Quartal: Die GestDiab Ergebnisse 2025

Arbeitsgruppen

GesDiab Studiengruppe

GestDiab – Studiengruppe

Dr. Heinke Adamczewski	Judith Klein
Dr. Manuela Behling	Dr. Barbara Sawitzky-Rose
Dr. Rainer Betzholz	Dr. Dietmar Weber
Martina Gierse	PD Dr. Friederike Weschenfelder
Univ.-Prof. Dr. Tanja Groten	
Dr. Matthias Kaltheuner	
Dr. Serpil Karanfil	

Die GestDiab Studiengruppe betreibt das GestDiab Register. Die Gruppe trifft sich jeden Dienstag um 19:15 Uhr per Microsoft Teams zum Informationsaustausch zu Diabetes und Schwangerschaft.

Wer Fragen hat und sich zur Videokonferenz dazu schalten will, ist herzlich eingeladen.

Kontakt und Anmeldung: Dr. med. Matthias Kaltheuner: m.kaltheuner@web.de

Fragen zu dem Projekt: Dr. med. Heinke Adamczewski: ha@windiab.de oder gestdiab@windiab.de

Arbeitsgruppe – Insulintherapie bei Gestationsdiabetes

PD Dr. Friederike Weschenfelder	Prof. Dr. Tanja Groten
Yvonne Heimann	Dr. Matthias Kaltheuner
Judith Klein	Dr. Dietmar Weber
Dr. Heinke Adamczewski	Barbara Dusek

Ziel: Umfassende Analyse der verfügbaren Daten zu dem Thema und ein Abgleich mit GestDiab Daten.

Publikation:

Weschenfelder F, Dusek B, Adamczewski H, Weber D, Kaltheuner M, Heimann Y, Groten T. Individual Prediction of Insulin Therapy in Gestational Diabetes: Development of a Risk Calculator Based on Real-World Data from the GestDiab Registry. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2025 Oct 9;85(12):1334-1341. doi: 10.1055/a-2689-4637. PMID: 41347058; PMCID: PMC12674896.

Eine Dissertation soll folgen.

Fragen und Kontakt: Judith Klein: j.klein@windiab.de

Arbeitsgruppe – früher Gestationsdiabetes (early GDM)

Dr. Isabel Sontag
Prof. Dr. Henning Adamek
Dr. Heinke Adamczewski
Dr. Matthias Kaltheuner
Dr. Dietmar Weber

Das Projekt hat erfolgreich zur Dissertation von Isabel Sontag geführt, die Dissertation ist zu finden unter <https://www.windiab.de/publikationen-und-vortraege/wissenschaftliche-publikationen/>

Eine weitere Analyse ist geplant zum Thema eGDM und neonatales und maternales Outcome.

Fragen und Kontakt: Dr. Matthias Kaltheuner, m.kaltheuner@web.de

Arbeitsgruppe – ICDiab und Jahresbericht

Datenanalyse & Auswertung

Dr. med. Dietmar Weber
Judith Klein
Sabine Lammers
Dr. Matthias Kaltheuner

Fragen und Kontakt: Dr. med. Dietmar Weber: dietmar.weber.koeln@gmail.com

Arbeitsgruppe – H2O –ProDiab

Martina Gierse
Dr. Matthias Kaltheuner
Dr. Alizé Rogge
Prof. Dr. Matthias Rose
Dr. med. Dietmar Weber

Fragen und Kontakt: Dr. Matthias Kaltheuner, m.kaltheuner@web.de

Publikationsliste

Unsere Publikationen, Vorträge, Poster und Berichte über unsere Aktivitäten finden Sie unter <https://www.windiab.de/publikationen-und-vortraege/>

Jahresterminplan

Datum:	Beschreibung:
01 / 2026	GestDiab Dateneingabe für 4.Q. 2025
01 / 2026	ICDiab Datenexport 4.Q. 2025
02 / 2026	Start der Dateneingabe für den Jahresbericht 2026 - Rundmail kommt vorher
18.3.26 16:00-17:30	winDiab Seminar: Schwangerschaft bei Typ 1 und Typ 2 Diabetes, Daten vom GestDiab Register und dem IQTIG
03 / 2026	Ende der Dateneingabe für den Jahresbericht 2026 – Eingabefrist folgt per Mail
04 / 2026	ICDiab Datenexport 1.Q. 2026
04 / 2026	GestDiab Dateneingabe für 1.Q. 2026
14.5.2026 14:00-15:30	winDiab-Symposium bei der DDG-Jahrestagung Raum M8
07 / 2026	ICDiab Datenexport 2.Q. 2026
07 / 2026	GestDiab Dateneingabe für 2.Q. 2026
3. Quartal	winDiab Seminar: Thema und Termin folgen
09 / 2026	Spot: Thema noch offen
09 / 2026	winDiab Patient:innen-Befragung
4. Quartal	winDiab Seminar: GestDiab Ergebnisse 2025 - Termin folgt
10 / 2026	ICDiab Datenexport 3.Q. 2026
10 / 2026	GestDiab Dateneingabe für 3.Q. 2026
13.-14.11.2026	DDG-Herbsttagung

Danke

Wie in jedem Jahr möchten wir auch diesmal all unseren Partnern ein herzliches „Danke“ sagen für das Vertrauen und die Unterstützung, die Sie uns in den vergangenen 19 Jahren gewährt haben. Ohne das Engagement der Praxen, die sich winDiab als Partner angeschlossen haben, wäre die Arbeit von winDiab nicht möglich. Durch die Jahresbeiträge ist auch zukünftig die Unabhängigkeit von winDiab gewährleistet.

Leverkusen im Mai 2026

Die winDiab-Gesellschafter:

Dr. Eva Hess und Dr. Gregor Hess aus Worms

Dr. Matthias Kaltheuner aus Leverkusen

Claus Kiwitt-Kortemeier aus Iserlohn

Dr. Hans-Martin Reuter aus Jena

Dr. Nikolaus Scheper aus Marl

Prof. Dr. Morten Schütt aus Lübeck

Dr. Dietmar Weber aus Köln

Dr. Antje Weichard aus Magdeburg



Dr. Eva Hess



Dr. Gregor Hess



Dr. Matthias Kaltheuner



Dr. Claus Kiwitt-Kortemeier



Dr. Hans-Martin Reuter



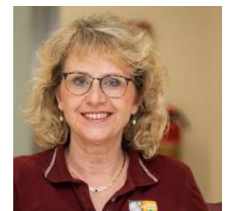
Dr. Nikolaus Scheper



Dr. Morten Schütt



Dr. Dietmar Weber



Antje Weichard

Kooperationspartner von winDiab

- BVND - Berufsverband Niedergelassener Diabetologen e.V. – Bundesberufsverband der ambulant tätigen Diabetologen
- IVG – Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie der Heinrich-Heine-Universität und des Deutschen Diabetes Zentrum, Direktorin Frau Prof. Dr. Dr. Icks, Düsseldorf
- Klinik für Geburtsmedizin der Universitätsklinik Jena, Stellvertretende Direktorin PD Dr. Friederike Weschenfelder
- Klinik und Poliklinik für Geburtsmedizin der Universitätsklinik Köln, Direktorin Univ.-Prof. Dr. Tanja Groten
- Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik der Charité Berlin, Klinikdirektor Prof. Dr. Matthias Rose
- Deutsche Diabetes Stiftung, Vorsitzender Prof. Dr. med. Hans Hauner
- RKI – Robert Koch Institut, Diabetes Surveillance, Berlin, Dr. Christin Heidemann (Projektleitung), Dr. Lukas Reitzle (Projektkoordination)



winDiab Partnerpraxen

Stand 04/2026

Auf den folgenden Seiten sind die winDiab-Partnerpraxen aufsteigend nach ihrer Mitglieds-ID sortiert aufgelistet:

*mit Angaben
in diesem Bericht: **

1002	Diabeteszentrum Neuss Dres. Holtappels, Lansen, Pfingsten 41462 Neuss	1022*	Diabetologische Gemeinschaftspraxis Dr. C. Schramm 07743 Jena
1004*	Diabetespraxis Dr. B. Massoudy 53179 Bonn	1024*	Diabetologische Schwerpunktpraxis Dres. N. Feldmann, N. Scheper 45770 Marl
1005	Diabetespraxis Dr. M. Weber & D. Blankertz 41239 Mönchengladbach	1026	Diabetologische Schwerpunktpraxis Dres. E. Hess & G. Hess 67549 Worms
1007*	Diabetes Praxis Köln Ost Dr. Nele Schumacher, E. Klein, G. Ludwig 51105 Köln	1028*	Diabetes Zentrum Leverkusen Dres. S. Marenbach, A. Hannig & C. Lawrenz 51377 Leverkusen
1008	Praxis Kurnoth/Wagener/Baumanns Dr. M. Kurnoth 41238 Mönchengladbach	1030	Internistisches Facharztzentrum Paderau Dr. M. Molinski 33102 Paderborn
1009	Diabetespraxis Dr. A. Bonzel 45131 Essen	1035	MKK Kamen Praxis M.M. Nickertz 59174 Kamen
1012	Diabetologie Essen-Kettwig Dr. A. Trocha, Dr. M. Gittinger, Doctor- Medic(RO) Ingrid Feier, Dr. med. Vera Feldmeier, Dr. med. Ina Maria Range 45138 Essen	1036	MVZ MedicalCare N. Ander 60326 Frankfurt am Main
1015	Diabetespraxis am Rathausplatz Dr. B. Schmidt 41844 Wegberg	1037*	Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. P. Ferber & A. Roth 53879 Euskirchen
1017	Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. J. Hiepler 53773 Hennef	1038*	Diabetes Bensberg Internistische Gemeinschaftspraxis Dr. H. Halbfas, Dr. P. Theine & M. Spangenberg 51429 Bergisch Gladbach
1019	Amb. Zentrum für Diabetologie Köln Dres. D. Hochlenert, E. Zavaleta, M. Birgel & Partner 50733 Köln	1040*	Diabeteszentrum im OPZ Dr. A. Kortemeier & C. Kiwitt-Kortemeier 58642 Iserlohn
1020*	JO 20 - Gemeinschaftspraxis Steffens E. Steffens, H. Steffens, P. Köskeroglu 51143 Köln	1043*	MVZ Diabetes- & Stoffwechselpraxis Wetter Dr. S. Schleyer 58300 Wetter a.d. Ruhr

- | | | | |
|--------------|--|--------------|---|
| 1044* | Fachinternisten Aschaffenburg
Dres. I. Kummer & Schirmacher-Memmel
63739 Aschaffenburg | 1076 | Diabeteszentrum Dortmund
Dr. K. Busch
44137 Dortmund |
| 1046* | Diabetes Zentrum Hemer
M. Pollok & Chmielewski
58675 Hemer | 1078* | Diabeteszentrum Hamburg Nord-West
Dr. K. Hellner
22459 Hamburg |
| 1049 | Diabetespraxis
Dr. G. Szekely
45661 Recklinghausen | 1081* | Diabetes Kröpcke
Dres. C. Malcharzik, M. Plaumann &
U. Dente-Latossek
30159 Hannover |
| 1050 | Zentrum für Diabetes & Hormonerkrankungen
Dres. C. Guth & J. Gröner
67433 Neustadt | 1083 | Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dr. R. Falk
60326 Frankfurt am Main |
| 1051* | Die Praxis am Ludwigsplatz
Dres. H.-P. Kempe & L. Stemler
67059 Ludwigshafen | 1085 | Diabetes am Ring
Dr. S. Hermes
50674 Köln |
| 1056 | Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dr. M. Bohle
59065 Hamm | 1086 | Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dr. J. Nagel
51063 Köln |
| 1058 | Ambulantes Diabeteszentrum Traunstein
Dr. A. Voll & A. Belleville
83278 Traunstein | 1089* | Gemeinschaftspraxis
Dres. I. Rein & I. Wüller
48231 Warendorf |
| 1060* | Diabetologische Schwerpunktpraxis
S. Fröhlich
48308 Senden | 1091 | MVZ Diabetologie Kettwig
Dr. M. Esser
45219 Essen |
| 1061 | Diabetologikum Duisburg
Dr. H. Mühlen & Kollegen
47119 Duisburg | 1094 | Internistische Praxis Greven
M.-T. Schäfermeyer
48268 Greven |
| 1063 | BAG
Dr. Anita Yanna-Schulze und Daniel Jager
66953 Pirmasens | 1095* | Diabeteszentrum Minden
Dres. C. Volkery, M. Behrens,
G. Bramsemann & C. Nolte
32427 Minden |
| 1065* | Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dres. M. Gumprich & H. L. Nguyen
42275 Wuppertal | 1098 | Diabetes mit Herz - Schwerpunktpraxis
Dr. F. Scholz
13509 Berlin |
| 1071 | Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dres. C. Rolf & Quinttus
67105 Schifferstadt | 1099 | Diabetespraxis
M. Lang, S. Sobbe & A. Kuhn
44149 Dortmund |
| 1074* | Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dr. R. Kolassa
50127 Bergheim | 1100* | DSP Bochum
Dr. B. Lorra
44869 Bochum |

- 1101*** Diabeteszentrum
Dr. A. Sellmann
45468 Mülheim
- 1102*** Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dres. M. Hiemer & C. Feldmann
50858 Köln
- 1104** Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dres. F. Meißner & D. Wolter
52066 Aachen
- 1108*** Diabetes-Schwerpunktpraxis Landau
Dres. D. Reichert, K. Towae & G. Tonnius
76829 Landau
- 1112*** Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dr. T. Segiet
67346 Speyer
- 1113** Diabeteszentrum Ludwigsburg
Dres. J. Gloyer & D. Weinhöpl
71634 Ludwigsburg
- 1114** MVZ Ärzte am Niederrhein
Dr. M. Wefelnberg
46569 Hünxe
- 1116*** Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dr. S. Kern
53115 Bonn
- 1119*** Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dr. G. Sachs
41836 Hückelhoven
- 1121** MVZ Stolberg
Dr. J. Vachta
52222 Stolberg
- 1122*** Diabeteszentrum Lindlar
Dr. M. Naudorf
51789 Lindlar
- 1123*** Ambulantes Diabeteszentrum Essen Nord
Dr. T. Ohde
45329 Essen
- 1124*** Diabeteszentrum
Dr. G. Dreesen
34471 Volkmarsen
- 1125*** Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dr. M. Kann
56412 Ruppach-Goldhausen
- 1127** Gemeinschaftspraxis
H.-J. Herrmann & M. Herrmann
55270 Schwabenheim
- 1130** Medicalcenter am Clemenshospital
Dr. W. Keuthage
48153 Münster
- 1131*** Diabetespraxis Rheine
Dres. G. Schomacher & M. Spraul
48431 Rheine
- 1132** Diabetes Zentrum Essen
Dr. H. Zeller-Stefan & J. Schumacher
45136 Essen
- 1133*** Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dr. C. Woitek & Kollegen
04808 Wurzen
- 1134*** Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dr. I. Donati-Hirsch
44137 Dortmund
- 1135** MVZ St. Wendeler Land GmbH
Dr. H. Kandels
66606 St. Wendel
- 1137** Diabetologie Vechta
Dr. S. Otto-Hagemann
49377 Vechta
- 1139*** Praxis Diabetes plus
Prof. Dr. M. Schütt
23552 Lübeck
- 1140** Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dr. I. Dötsch
10711 Berlin
- 1141*** Diabeteszentrum Neckar-Odenwald
Dr. C. G. Iannello
74821 Mosbach
- 1143** MVZ Diabeteszentrum
Dr. D. Tews
63571 Gelnhausen

- 1145*** Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dr. M. Verlohren
04179 Leipzig
- 1146*** Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dr. M. Rothemund
04177 Leipzig
- 1147** Praxis Bonn-Zentrum
Dr. Serpil Karanfil
53111 Bonn
- 1148** Diabetes-Team Hamm
Dres. C. Baier-Walburg & P. Mühlenhöver
59065 Hamm
- 5006*** Diabetespraxis Buxtehude /
Diabeteszentrum Hamburg-City
Dres. S. Schubert & O. Schubert-Olesen
21614 Buxtehude / 20095 Hamburg
- 5009** Internisten Freudenstadt
Dres. I. Mahle, R. Mach, J. Baikow
72250 Freudenstadt
- 5014*** Diabeteszentrum Magdeburg /
Haldensleben
Antje Weichard
39124 Magdeburg, 39340 Haldensleben
- 5018** Gemeinschaftspraxis Schaden
U. Schaden, K. Schaden & K. Eschweiler
40212 Düsseldorf
- 5022*** Diabetespraxis-Mitte
Dr. B. Sawitzky-Rose
10115 Berlin
- 5026** Diabetespraxis Viersen
Dr. C. H. J. Heyer
41747 Viersen

Impressum

Dieser Jahresbericht einschließlich aller Teile ist Eigentum der winDiab gGmbH. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der winDiab gGmbH unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und die Weiterverarbeitung in elektronischen Systemen.

Stand:	April 2026
Herausgeber:	winDiab gemeinnützige GmbH, Leverkusen
Redaktion:	Martina Gierse, Leverkusen Judith Klein, Köln Dr. Matthias Kaltheuner, Leverkusen Dr. Dietmar Weber, Köln
Druck und Gestaltung:	Daniela Schukalla daniela-gestaltet.de
Erstellung:	Wissenschaftliches Institut der niedergelassene Diabetologen winDiab gGmbH HRB 58330 Amtsgericht Düsseldorf Geschäftsführer: Dr. Matthias Kaltheuner Im Oberfeld 28 51381 Leverkusen Tel. 02131 7517027 Fax 02131 7517029 E-Mail: info@windiab.de Homepage: www.windiab.de oder www.windiab.com



