Deutscher Gesundheitsbericht
Diabetes 2027

Die Bestandsaufnahme

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2027

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

diabetesDE
DEUTSCHE DIABETES HILFE

Impressum

Herausgeber:	Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe
Präsidentin DDG:	Prof. Dr. Julia Szendrödi
Geschäftsführerin DDG:	Barbara Bitzer
Vorstandsvorsitzender diabetesDE:	Dr. Jens Kröger
Geschäftsführerin diabetesDE:	Nicole Mattig-Fabian
Geschäftsstellen:	Deutsche Diabetes Gesellschaft Albrechtstraße 9, 10117 Berlin, Tel.: 030 / 3 11 69 37-0 info@ddg.info, www.ddg.info diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe Albrechtstraße 9, 10117 Berlin, Tel.: 030 / 20 16 77-0 info@diabetesde.org, www.diabetesde.org
Redaktion:	Nicole Finkenauer-Ganz nicole.finkenauer@medtrix.group
Verlag:	MedTriX GmbH, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden, Tel.: 0611 / 97 46-0, de-shop@medtrix.group, www.mtx-shop.de

Mit Beiträgen von: Peter Achenbach, Heinke Adamczewski, Marie Auzanneau, Anke Bahrmann, Ulrike Becker, Faize Berger, Torben Biester, Andreas L. Birkenfeld, Barbara Bitzer, Matthias Blüher, Kathrin Boehm, Franziska Bischof, Manuela Brüne, Carolin Daniel, Angelika Deml, Oliver Ebert, Michael Eckhard, Rebekka Epsch, Gottlobe Fabisch, Franziska Fey, Thomas Forst, Guido Freckmann, Irena Friedrich, Andreas Fritsche, Baptist Gallwitz, Manfred Ganz, Corinna Geisler, Sabine Genth-Zotz, Astrid Glaser, Pia Greilich, Tanja Groten, Arthur Grünerbel, Rainer Guthoff, Ralf-Uwe Häußler, Horst Helbig, Lutz Heinemann, Stephan Herzig, Reinhard W. Holl, Tim Hollstein, Martin Hrabě de Angelis, Pascal Hunold, Andrea Icks, Stephan Jacob, Stefan Kabisch, Nadja Kairies-Schwarz, Clemens Kamrath, Beate Karges, Monika Kellerer, Henriette Kirchener, Dirk Klintworth, Maximiliane Knöfel, Stefan Kopf, Olga Kordonouri, Micha Kortemeier, Jens Kröger, Manfred Krüger, Sebastian Kruse, Thomas Kubiak, Bernhard Kulzer, Jonas Laaser, Karin Lange, Stefanie Lanzinger, Katharina Laubner, Matthias Laudes, Young Hee Lee-Barkey, Michael Lehrke, Klaus Dieter Lemmen, Ralf Lobmann, Barbara Ludwig, Nicole Mattig-Fabian, Othmar Moser, Dirk Müller-Wieland, Ethel Narbei, Andreas Neu, Sebastian Petry, Wolfgang Rathmann, Susanne Reger-Tan, Michael Roden, Nathalie Rohmann, Anna Izabela Schäfer, Martin Scherm, Hans Scherübl, Sandra Schlüter, Susa Schmidt-Kubeneck, Stephan Scherneck, Daniela Schmiedeke, Theresia Schoppe, Annette Schürmann, Toralf Schwarz, Esther Seidel-Jacobs, Simone von Sengbusch, Jochen Seufert, Michele Solimena, Rebecca Spies, Georg Spital, Ovidiu Alin Stirban, Julia Szendrödi, Florian Thienel, Sabrina Vité, Marlo Verket, Wolfgang Wagener, Tobias Wiesner, Nicolas Wilms, Cornelia Woitek, Focke Ziemssen

MedTriX Group erschienen zum Weltdiabetestag am 14.11.2026

ISSN (Print) 1614-824X

Diabetisches Fußsyndrom in Deutschland: Fortschritte, Bruchkanten, nächste Schritte

Michael Eckhard[1,2], Arthur Grünerbel[3], Ralf Lobmann[4], Florian Thienel[5]

[1] Universitätsklinikum Gießen und Marburg
[2] GZW Diabetes-Klinik Bad Nauheim
[3] Diabeteszentrum München Süd
[4] Klinikum Stuttgart – Katharinenhospital
[5] Christliches Krankenhaus Quakenbrück

Lagebild und Trends

Datenlage: Belastbare Routinedaten zu diabetesbedingten Amputationen liegen bis 2022 bzw. 2023 vor. Seit 2015 ist die Zahl der Major-Amputationen gesunken, zuletzt stagnierte der Rückgang jedoch, vor allem bei Männern. Minor-Amputationen nahmen bei Frauen ab, bei Männern zu. Es bestehen ausgeprägte regionale Unterschiede, zudem sind Amputationsraten in sozial benachteiligten Regionen deutlich höher.
Krankheitslast: Jährlich erkranken bis zu 850.000 Menschen an einem Diabetischen Fußsyndrom (DFS); rund 50.000 erleiden eine Amputation. Ein erheblicher Anteil wäre durch frühzeitige, strukturierte Behandlung vermeidbar, wie sie z. B. in den rund 300 durch die AG Diabetischer Fuß der DDG zertifizierten Fußbehandlungszentren vorgehalten wird [1].
Einordnung: Die Entwicklung belegt Erfolge interdisziplinärer Versorgung, legt aber fortbestehende Versorgungsdefizite offen.

Was spezialisierte Zentren leisten

Strukturprinzip: Das DFS erfordert eine hochkomplexe, interdisziplinäre und multiprofessionelle Behandlung. Zwingend beteiligt: Diabetologie, Gefäßmedizin, Fußchirurgie, Infektions- und Wundmanagement, Podologie, Orthopädieschuhtechnik/-schuhmacher, Physiotherapie und Psychotherapie.
Outcome: In spezialisierten Zentren sind Amputationen um 30–50 % seltener – überwiegend aufgrund besserer Struktur- und Prozessqualität, nicht primär wegen „neuerer" Methoden [2].
Innovationszugang: Es gibt aber auch beim DFS einen „Translational Lag", also eine Verzögerung des Transfers neuer Verfahren in die Versorgung. Neue Verfahren set-

zen sich in Zentren im Schnitt nach fünf bis zehn Jahren (im besten Fall: drei bis fünf Jahren) durch, in der Fläche oft erst nach 15 bis 20 Jahren. Das bekräftigt die Notwendigkeit ausgewiesener DFS-Strukturen und die strukturierte Investition in Rekrutierung und Ausbildung des fachkompetenten Nachwuchses.

! Strukturen retten Füße: Spezialisierte interdisziplinäre und multiprofessionelle DFS-Teams senken Amputationen um 30–50 %.

Risiken durch Reformvorhaben, Finanzierungsrahmen und Fehlentwicklungen

Warnsignal: Die DDG warnt vor einem Wiederanstieg vermeidbarer Amputationen. Jüngste Zahlen der Diabetes-Surveillance des Robert Koch-Instituts vom November 2025 deuten bereits auf wieder steigende Amputationszahlen hin. Als mögliche Risiken lassen sich folgende Reformen und Fehlentwicklungen identifizieren:

Krankenhausreform:

- Die Zuweisung von Leistungsgruppen orientiert sich primär an fachärztlichen Kopfzahlen statt an interdisziplinären Teams und definierten Prozesspfaden. Damit bleibt genau jene Strukturqualität unberücksichtigt, die nach internationalen und nationalen Daten nachweislich Amputationen reduziert.
- Die für die Krankenhausreform verkündete Qualitätsoffensive bleibt für die DFS-Versorgung damit eine Fehlanzeige.
- Fußbehandlungen und Amputationen bleiben danach in jedem beliebigen Krankenhaus gleich vergütet – mit oder ohne spezialisierte Behandlungsstruktur.

! Durch Reformen ohne DFS im Fokus droht Rückschritt: Falsche Anreize, Fehlfinanzierungen und ein bundesweiter Flickenteppich gefährden erzielte Fortschritte.

Gefahr der Fehlsteuerung:

Durch einen „Wundzentren-Drift“:

- Wird die Komplexität eines DFS verkannt, erhält die lokale Wundbehandlung eine inadäquat große Bedeutung. Wegen des Sensibilitätsverlusts bei Neuropathie reicht ein eindimensionaler Fokus aber nicht aus. Effektive Entlastung (biomechanische Expertise, individualisiertes Offloading, Orthopädieschuhtechnik, minimalinvasive chirurgische Entlastungstherapie) und – bei Ischämie – frühzeitige Revaskularisation sind zentral. Dabei soll und darf der Fokus auf die Lebensqualität nicht vernachlässigt werden. Die lokale Wundbehandlung ist EINE (!) Disziplin in dem gesamten vorzuhaltenden Potpourri (siehe bspw. IRBESA-PP und Entitäten-Konzept) [3, 4].

- Ziel darf nicht nur eine Wundheilung sein, die dann häufig nur passager und nicht nachhaltig ist, vielmehr muss die Vermeidung von Rezidiven und/oder Transferläsionen direkt mitbedacht und mitbehandelt werden [5].

Durch die beabsichtigte Stärkung des Primärarztsystems:

- Weil der Behandlungserfolg in entscheidendem Maße von einer frühzeitigen, adäquaten Behandlung abhängt, fordert die AG Diabetischer Fuß der DDG, dass bei der aus ordnungsstrategischen Gründen beabsichtigten Stärkung des Primärarztsystems für DFS-Patientinnen und -Patienten ein direkter Weg in spezialisierte Behandlungseinrichtungen gewährt bleiben bzw. ermöglicht werden muss.

Vergütung:

- **Vergütung stationär:** Team- und zeitintensive fußerhaltende Therapien sind häufig unterfinanziert. Gleichzeitig bestehen Fehlanreize zugunsten amputierender Eingriffe, weil diese wirtschaftlich häufig attraktiver sind als material-, zeit- und personalintensive fußerhaltende Therapien. Das ist kurzsichtig, da „Limb Salvage", also der Einsatz medizinischer Verfahren zum Erhalt von Gliedmaßen, langfristig Leid, Folgekosten und Mortalität senkt.
- **Vergütung ambulant:** Unverständlich ist auch die Entwicklung, dass eine (Wund-) Versorgung des DFS z. B. in Wundzentren häufig deutlich besser vergütet wird als die (ärztliche) Versorgung in spezialisierten Praxen und Ambulanzen.

Lösungsansätze für qualitätsfordernde und -fördernde Strukturen und deren Finanzierung

Stationäre DFS-Versorgung: Die AG Diabetischer Fuß der DDG hat mit beteiligten Fachgesellschaften eine OPS-Ziffer „Komplexbehandlung DFS" beantragt, um die erbrachte Struktur- und Prozessqualität in der stationären Versorgung abzubilden. Eine solche Komplexziffer für das DFS würde erstmals die vorzuhaltende Struktur- und Prozessqualität einfordern und auch fördern.

Ambulante DFS-Versorgung: In einigen wenigen Regionen und KV-Bereichen sind spezialisierte Versorgungsverträge geschlossen worden, welche nicht nur den Zugang zu einer spezialisierten Versorgung ordnen, sondern auch deren Vergütung auskömmlich regeln und diese an die geforderte spezialisierte Behandlungsstruktur koppeln und sinnvollerweise zudem auf den Regelungen in den Disease-Management-Programmen (DMP) für Menschen mit Diabetes basieren. Soll die DFS-Versorgung unabhängig von Bundesland, Wohnort und sozialem Status sein, braucht es solche Versorgungsverträge flächendeckend!

Transsektorale DFS-Versorgung: Letztlich bedarf es einer transsektoralen DFS-Versorgung, die sich an dem Drei-Stufen-Modell orientiert, wie es die International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) empfiehlt und fordert [6, 7]:

1. Basis-/Primärversorgung mit systematischem Screening und Risikostratifikation,
2. spezialisierte Fußambulanzen/Netzwerke für rasche Abklärung,
3. hochspezialisierte Zentren für komplexe Fälle (DFU, aktive CNO).

Die Literaturlisten und zusätzlichen Abbildungen zu den Artikeln finden Sie auf www.diabetologie-online.de/gesundheitsbericht oder hier:

Dr. med. Michael Eckhard
Universitätsklinikum Gießen und Marburg
Univ. Diabeteszentrum Mittelhessen, Med. Klinik u. Poliklinik III
E-Mail: michael.eckhard@innere-med.uni-giessen.de
GZW Diabetes-Klinik Bad Nauheim
E-Mail: michael.eckhard@gz-wetterau.de

Dr. med. Florian Thienel
Christliches Krankenhaus Quakenbrück
Diabetes-Zentrum
E-Mail: diabetes@ckq-gmbh.de

Dr. med. Arthur Grünerbel
Diabeteszentrum München Süd
E-Mail: gruenerbel@diabeteszentrum-muenchen-sued.de

Professor Dr. med. Ralf Lobmann
Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart
Standort Katharinenhospital
Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie
Zentrum für Innere Medizin
E-Mail: r.lobmann@klinikum-stuttgart.de

Wichtige Aussagen und Fakten

Wichtige Eckpunkte für zukünftige transsektorale DFS-Versorgungskonzepte sind:

- **Zuweisung:** Frühzeitige Identifikation von Hochrisikofüßen mit diabetischem Fußulkus (DFU) und/oder aktiver Charcot-Neuro-Osteoarthropathie (CNO) und zeitnahe, barrierefreie Überleitung in spezialisierte DFS-Teams der Stufe 2/3 – digital unterstützt, offen für Zuweiser aller Gesundheitsberufe und für Patientinnen und Patienten selbst.
- **Direktzugang sichern:** Auch bei Stärkung der Primärversorgung muss ein direkter Weg in spezialisierte Einrichtungen für DFS-Fälle bestehen bleiben.
- **Risikoscore:** Etablierung eines einfachen, kliniknahen Scores, der Dringlichkeit und Versorgungsstufe transparent lenkt.
- **Digitale Plattformen:** Für eine Umsetzung dieser Strukturen in die Versorgungswirklichkeit sind digitale Plattformen essenziell. Erste Modelle hierfür existieren zum Beispiel mit dem telemedizinischen DFS-Konsil des Fußnetzes Bayern: Hausärztinnen und Hausärzte in der HZV können bei BKK-Versicherten strukturierte Erstbefunde digital einreichen; eine/ein zugelassene/r Expertin/Experte beurteilt, gibt Therapieempfehlungen oder veranlasst eine Präsenzvorstellung. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär; die Ausweitung auf weitere Kostenträger wird angestrebt. Nähere Informationen unter [8, 9].
- **Ziel all dieser Maßnahmen:** Frühzeitige spezialisierte Einschätzung, schnellere Offloading-/Gefäßentscheidungen, Vermeidung von Amputationen, Entlastung der Praxisteams, Entlastung der Sozialgemeinschaft im Hinblick auf die sehr hohen Folgekosten bei fehlender oder verzögerter Identifikation von Hochrisikofüßen sowie fehlender oder verzögerter Überleitung in spezialisierte DFS-Behandlung.