

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Journal of Leadership and Human Resource Management in Healthcare

DIE GESUNDE REGION

Gesundheitsförderung

Kooperation

Handlungsstrategien

Multiplikatoren

Gesundheitsmanagement

Pflegeorganisation

Versorgungsangebote

Netzwerke

Regionalentwicklung

Gesundheitsmarkt

Mitarbeitergewinnung

Regionalpolitik

Gesundheitsleistungen

Lebenswelten

Führungskräfte

Eigenverantwortung

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

IMPRESSUM

Herausgeber

Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm, University of Applied Sciences
Prof. Dr. Uta M. Feser, Präsidentin

Mitherausgeber/ Redaktion

Prof. Dr. Mario Pfannstiel (federführend), Prof. Dr. Axel Focke (verantwortlich), V.i.S.d.P.

Layout & Grafik

Simone Raymund, Katharina Bill (Marketing und Kommunikation)

Redaktionsanschrift

Hochschule Neu-Ulm, Fakultät Gesundheitsmanagement, Wileystraße 1, 89231 Neu-Ulm

Telefon: 0731 9762 1621

E-Mail: zfpg@hs-neu-ulm.de

Abonnement

Möchten Sie sich mit einem eigenen Beitrag in die Zeitschrift einbringen oder die Zeitschrift kostenlos per E-Mail erhalten, dann schreiben Sie uns bitte eine Anfrage.

Rechtliche Hinweise

Die Zeitschrift einschließlich aller in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der Redaktion unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Nachdruck, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers wieder.

Zitierweise

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft, Hochschule Neu-Ulm, Jg. 5, Nr. 1, 2019, S. 1-70. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.05.01.2019-01

Erscheinungsort
Neu-Ulm, 08/ 2019

ISSN Online
2363-9342

ISSN Print
2364-2556

Auflage
1000

QR-Code



Webseiten

Zeitschrift
www.hs-neu-ulm.de/ZFPG

Hochschule
www.hs-neu-ulm.de

Druckerei

Datadruck GmbH
Leibier Weg 8
89278 Nersingen

Beitrag aus der Praxis I



Titel

Regionale Unterschiede in der Diabetesversorgung – Ein Vergleich zwischen den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg

Autoren

Carolin Kinzel (links)

Dr. Burkhard Manfras (rechts)

Einleitung

Gemäß des deutschen Gesundheitsberichts Diabetes 2019 leiden rund 7,5 Millionen Menschen in Deutschland an der chronischen Stoffwechselerkrankung Diabetes mellitus also jeder elfte Mensch in Deutschland (Jacobs/ Rathmann 2019, S. 9 und 11). Etwa 95 Prozent sind an einem Typ-2-Diabetes (T2D) und knapp 5 Prozent an einem Typ-1-Diabetes (T1D) erkrankt (Jacobs/ Rathmann 2019, S. 9). Besonders bedeutsam dabei ist, dass die Erkrankung weltweit weiterhin zunimmt (Zylka-Menhorn 2017, S. A-748). Die Stoffwechselerkrankung stellt somit ein aktuelles und zukunftsrelevantes gesundheitspolitisches Thema dar. Allein in Deutschland müssen Krankenkassen jährlich rund 35 Milliarden Euro für die Behandlung und Pflege von Folgeerkrankungen sowie eine eventuell daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung der Volkskrankheit Diabetes mellitus aufwenden (Gallwitz/ Kröger 2017, S. 5). Dies entspricht rund „20 Prozent der gesamten Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“ (Finck/ Holl/ Ebert 2018, S. 171). Rund zwei Drittel der 35 Milliarden Euro entfallen dabei auf

die Behandlung von diabetesbedingten Folgeerkrankungen, die größtenteils durch eine gute medizinische Versorgung vermeidbar wären (Linnenkamp/ Andrich/ Icks 2018, S. 218). Nach Angaben der Deutschen Diabetes-Hilfe erfolgen immer noch über 40.000 Amputationen bei Diabetikern pro Jahr. Jährlich erblinden 2.000 Diabetiker und 2.000 werden dialysepflichtig infolge von Organschäden bedingt durch einen schlecht kontrollierten Diabetes (diabetes-DE o. J., o. S.).

Durch die steigende Prävalenz und Inzidenz werden sowohl die direkten Krankheitskosten (Behandlung und Pflege) als auch die indirekten Folgekosten (Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung) des Diabetes mellitus in Zukunft weiter steigen (Finck/ Holl/ Ebert 2018, S. 161). Folglich darf besonders der ökonomische Aspekt aus Perspektive der Krankenkassen nicht vernachlässigt werden.

Sowohl die medizinische als auch die volkswirtschaftliche Bedeutung des Diabetes hat bereits vor Jahrzehnten zur Entwicklung spezieller Programme geführt, um die Behandlung der Diabetiker zu strukturieren und die Behandlungsqualität zu

überwachen. Im Folgenden werden regionale Unterschiede aufgezeigt, die durch unterschiedliche Umsetzungen der Arzneimittelverordnung und sogenannten Selektivverträgen einzelner Krankenkassen entstehen können.

Ursache (Diabetesformen) und Anforderungen

Die Ursache des Diabetes kann in selteneren Fällen genetisch bedingt (MODY: Maturity-Onset Diabetes of the Young; diabetesDE 2015, o. S.) oder in einer Autoimmunreaktion liegen, bei der das körpereigene Immunsystem die insulinproduzierenden Beta-Zellen in den Langerhans-Inseln der Bauchspeicheldrüse zerstört und somit ein absoluter Insulinmangel entsteht (T1D). Im Gegensatz zum sich meist in den ersten drei Lebensdekaden manifestierenden T1D liegt bei der weitaus häufigsten Form des Diabetes, dem T2D mit Manifestation meist in der zweiten Lebenshälfte, eine Insulinresistenz mit letztendlich unzureichender Insulinwirkung vor, die hauptsächlich durch Übergewicht und Bewegungsmangel gefördert wird. Während Typ-1-Diabetiker lebenslanglich auf das mehrmals tägliche Injizieren des lebensnotwendigen Hormons Insulin angewiesen sind, können Typ-2-Diabetiker bei einer erfolgreichen Ernährungsumstellung und Gewichtsreduktion mit blutzuckersenkenden Medikamenten behandelt werden.

Letztlich ist ein gut eingestellter Diabetes, sowohl beim T1D als auch beim T2D, Grundvoraussetzung für die Vermeidung von Folgeerkrankungen wie Amputation, Erblindung, Nervenschädigungen oder Nierenversagen (Finck/ Holl/ Ebert 2018, S. 161). Der HbA_{1c}-Wert, sogenannter Langzeitzucker, gibt Aufschluss darüber, wie gut der Blutzucker in den letzten acht bis zwölf Wochen eingestellt war (Uphoff 2010, o. S.). Die wichtigste Aufgabe des Diabetikers ist es deshalb, seinen HbA_{1c}-Wert weitestgehend in einem individuell definierten

Zielbereich zu halten (Hammes/ Lemmen 2019, S. 87).

Patient Journey

Das nachfolgende Fallbeispiel dient zur Veranschaulichung der regionalen Unterschiede in der Diabetesversorgung am Beispiel der Bundesländer Bayern und Baden-Württemberg (BW).

Abbildung 1 stellt eine sogenannte Patient Journey der Typ-1-Diabetikerin Frau Sandra M. dar. Unter dem Begriff Patient Journey versteht man die Reise des Patienten mit dessen Kontaktpunkten und beschreibt, wie ein Patient seine Krankheit erlebt. Das Erleben kann „vom Verspüren der ersten Symptome, über den Kontakt zu Mediziner*innen, der Diagnose, eventuellen Überweisungen und der Behandlung, bis zu Abwicklung, Kontrolle, Nachverfolgung und Folgebehandlungen“ reichen (Handelsblatt 2014, o. S.). Das Fallbeispiel wird speziell am Beispiel von Diabetes mellitus Typ 1 dargestellt, da diese Krankheitsform im Vergleich zum T2D auf Grund des absoluten Insulinmangels schwerwiegender ausgeprägt ist.

Bei Sandra M. (22 Jahre) aus Baden-Württemberg wurde vor einem Jahr ein Diabetes mellitus Typ 1 von ihrem Hausarzt diagnostiziert. Der Hausarzt überwies sie notfalls in ein Krankenhaus (internistische Station), wo eine Insulintherapie begonnen wurde. Um ihren Blutzucker dauerhaft unter Kontrolle zu halten, muss Sandra M. mehrmals täglich Insulin injizieren (intensivierte konventionelle Insulintherapie (ICT)) (Wan et al. 2018, S. 1228). Für das Erlernen der eigenständigen bedarfsgerechten Anpassung der Insulindosierungen sind Schulungen erforderlich. Bereits während ihres Krankenhausaufenthaltes wurde sie somit u. a. hinsichtlich der Berechnung von KE (Kohlenhydrateinheit)-Faktoren, des Spritz-Ess-Abstandes, des Spritzstellenwechsels und der allgemein richtigen Vorgehenswei-

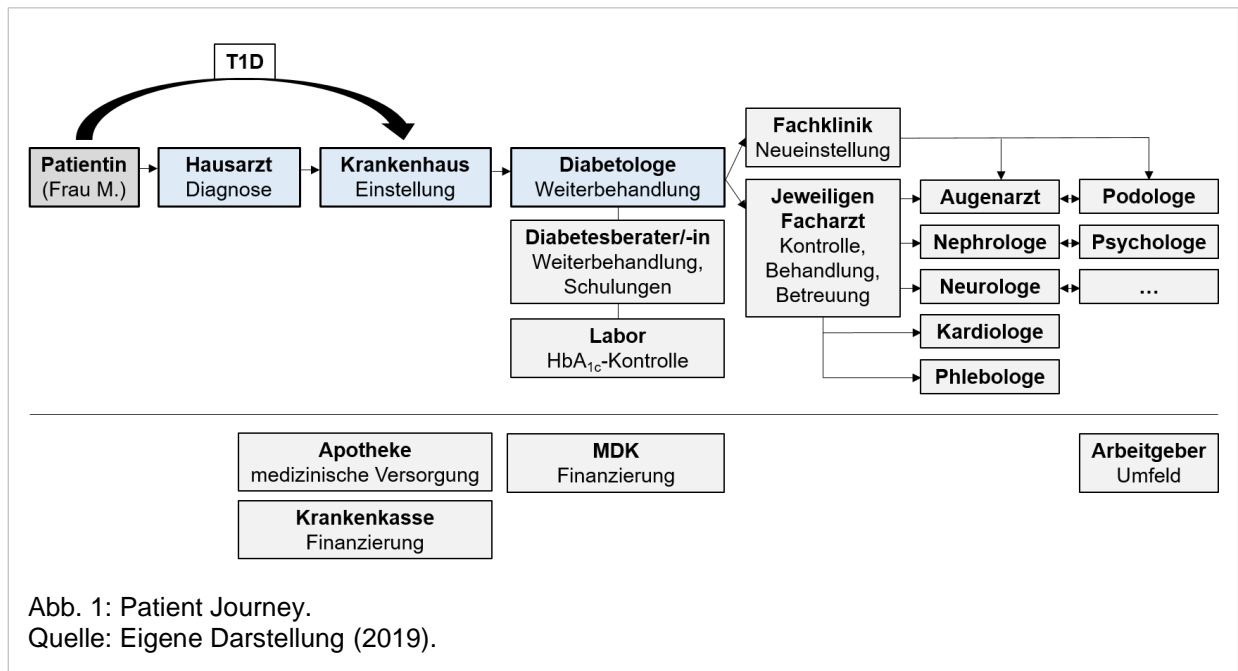


Abb. 1: Patient Journey.
Quelle: Eigene Darstellung (2019).

se einer Insulininjektion geschult. Sobald der Blutzucker stabil eingestellt war, wurde sie vom Krankenhaus an einen Diabetologen (Facharzt) überwiesen, der für ihre weitere Behandlung zuständig ist. Es stellte sich jedoch sehr schnell heraus, dass in BW relativ wenige Diabetes-Schwerpunktpraxen (DSP) existieren. In regelmäßigen Abständen (meistens quartalsweise) wird Sandra M. die Praxis mit einem Diabetologen und einer Diabetesberaterin aufsuchen, um dort neben der Begutachtung ihrer Blutzuckerwerte auch darauf abgestimmte Therapieempfehlungen zu erhalten. Ebenfalls findet jeweils eine Blutabnahme statt, um den aktuellen HbA_{1c}-Wert zu ermitteln. Je nach aktueller Blutzuckereinstellung muss diese Kontrolle halb- oder vierteljährlich erfolgen. Im Laufe ihrer Erkrankung muss sich Sandra M. neben der HbA_{1c}-Kontrolle weiteren Untersuchungen unterziehen, um auf langfristige Sicht Spät- bzw. Folgeerkrankungen zu vermeiden. Hierzu wird sie von ihrem Diabetologen an den jeweiligen Facharzt wie Augenarzt, Nephrologe, Neurologe, Kardiologe, Phlebologe, Podologe, etc. überwiesen (Siegel/ Siegel 2019, S. 241). Da der Diabetes die Lebensqualität des Patienten erheblich einschränken kann, kontaktieren Diabetiker im Laufe ihrer Erkrankung auch

oftmals einen Psychologen (Helmholtz 2015, o. S.). Bei unzureichender ambulanter Stoffwechseleinstellung stehen Diabetes-Fachkliniken zur Verfügung. Die Medikamente, insbesondere das Insulin, erhält Sandra M. in ihrer Apotheke vor Ort, die Hilfsmittel wie Blutzuckermessstreifen, Lanzetten usw. kann sie auch im Internet bei speziellen Diabetes Online-Apotheken bestellen (Siegel/ Siegel 2019, S. 241). Die Kosten übernimmt größtenteils die Krankenkasse. In einzelnen Fällen muss der medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) über eine Bewilligung spezieller Therapiemaßnahmen entscheiden. Jedoch gibt es „regionale Unterschiede in der Genehmigungspraxis“ (Danne/ Ziegler/ Kapellen 2019, S. 131).

Da bei Sandra M. oftmals unbemerkte Unterzuckerungen auftreten, empfiehlt ihr Diabetologe ein sogenanntes FGM- (Flash Glucose Monitoring) System zu nutzen, welches sie als Patientin der AOK Baden-Württemberg ohne aufwändige Beantragung erhält (siehe Abschnitt Regionale Unterschiede durch Selektivverträge). Dieses System misst kontinuierlich den Gewebezucker, womit sich sowohl für Sandra M. als auch für ihren Diabetologen ein nahezu

vollständiges Bild der Glukoseverläufe aufzeigt (Abbott o. J., o. S.). Nachdem Sandra M. seit mehreren Wochen das FGM-System Freestyle Libre der Firma Abbott nutzte, unterhielt sie sich mit ihrer Cousine Laura K. (19 Jahre) aus Bayern, die ebenfalls an Diabetes mellitus Typ 1 seit fünf Jahren erkrankt ist. Laura K. hatte auf Grund ihres Wohnortes in Bayern keinerlei Probleme mit der Suche einer DSP. Im Gespräch der beiden Cousinen stellten sie fest, dass die Genehmigung des FGM-Systems Freestyle Libre in den Bundesländern BW und Bayern unterschiedlich ablief. Während Sandra M. (BW) das Hilfsmittel sofort genehmigt bekam, musste ihre Cousine Frau K. (Bayern) ein spezielles Antragsverfahren durchlaufen, d. h. eine akribische Dokumentation ihrer Blutzuckerwerte sowie der Nachweis ihres aktuellen HbA_{1c}-Wertes mussten bei der AOK Bayern vorgelegt werden.

Grundsätzlich ist Frau M. als berufstätige Diabetikerin gesetzlich nicht dazu verpflichtet ihre Erkrankung dem Arbeitgeber mitzuteilen (REK Rechtsanwälte o. J., o. S.) (siehe Abb. 1).

Im Gegensatz zum T1D, erfolgt bei der Manifestation des T2D meist keine stationäre Ersteinstellung, insbesondere dann wenn keine aufwändige Insulintherapie notwendig ist. Der Typ-2-Diabetiker wird nach der Diagnosestellung durch den Hausarzt meistens auch von ihm weiterbehandelt. Gemäß Siegel und Siegel (2019, S. 240) werden 80 bis 90 Prozent der Diabetiker von Hausärzten versorgt.

Regionale Unterschiede in der ambulanten Diabetesversorgung

Um das Ziel eines optimalen HbA_{1c}-Wertes zu erreichen, muss eine umfangreiche und individuelle Betreuung des Diabetikers gewährleistet sein. Das Fallbeispiel zeigt regionale Unterschiede in Abhängigkeit vom Bundesland auf (Siegel/ Siegel 2019, S.

242). Gemäß Laschet (2019, o. S.) bedürfen rund 10 bis 20 Prozent aller Diabetiker einer Versorgung in einer DSP. Hier wird das regionale Problem erstmals deutlich, denn in BW lassen sich die wenigsten DSP finden. Im Gegensatz zu Bayern mit ca. 200 DSP, hat BW lediglich ca. 60 DSP (Siegel/ Siegel 2019, S. 242-243). Eine offizielle Anerkennung zur DSP gibt es in BW nicht. Dennoch beschäftigen sich einige Praxen in BW schwerpunktmäßig mit dem Thema Diabetes, woraus die Angabe von 60 DSP resultiert. Damit eine DSP auch als solche anerkannt wird, müssen bestimmte Voraussetzungen bzw. Qualitätskriterien erfüllt sein, die von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) überwacht werden. Darunter zählen ein qualifiziertes Fachpersonal und eine diabetesspezifische Praxisausstattung. Für die Anerkennung als DSP liegen spezielle Vertragsvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und der KV vor, die je nach Bundesland variieren (Stündel 2000, o. S.). Um den regionalen Unterschieden in der Diabetesversorgung entgegenzuwirken, wurde 2016 ein Erstattungsbeschluss durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) getroffen. Dieser besagt, dass rtCGM- (real time Continuous Glucose Monitoring) Systeme, die kontinuierlich den Glukosegehalt in der interstitiellen Flüssigkeit des Unterhautfettgewebes des Patienten messen, zur Kassenleistung insulinpflichtiger Diabetiker werden (G-BA 2016, S. 1-2).

Verschiedene Qualitätssicherungsmaßnahmen

Um das Problem der steigenden Prävalenz und damit auch das Problem der Kostenexplosion für die Behandlung, Pflege, Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung auf Grund des Diabetes zu reduzieren, wurden verschiedene Strategien ins Leben gerufen. Die Prävention von Diabetes und die Vermeidung von Folgeerkrankungen stellen dabei eine Qualitätssicherungsmaßnahme

dar. Bereits in der Vergangenheit wurden nationale als auch internationale gesundheitspolitische Zielvereinbarungen getroffen. Zu den internationalen Zielvereinbarungen zählt die St.-Vincent-Deklaration aus dem Jahre 1989, deren Ziele 30 Jahre später immer noch nicht realisiert werden konnten. Inhalte der St.-Vincent-Deklaration waren z. B. die Bewusstseinssteigerung in der Bevölkerung bezüglich gegenwärtiger Möglichkeiten und zukünftiger Anforderungen zur Verhinderung von Folgeerkrankungen, Organisation von Schulungen, Stärkung und Neuaufbau von Spezialzentren oder die Verhinderung teurer Komplikationen durch die Reduktion von Folgeerkrankungen wie Erblindungen, Nierenversagen und Amputationen (IGES 2012, S. 7 und 13-14).

Auch auf nationaler Ebene ist der Nationale Aktionsplan Diabetes zunächst gescheitert. Aus diesem Grund wurden für die Zielerreichung sogenannte Disease-Management-Programme (DMP) für Typ-1- und Typ-2-Diabetiker eingeführt (IGES 2012, S. 7). Die Inhalte der DMP basieren „auf den Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) bzw. der (Anlagen zur) Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV)“ (IGES 2012, S. 28).

Um die jeweiligen Ziele des DMP-Programms zu erreichen, gibt es für jedes Ziel spezielle Maßnahmen, die nach bestimmten Zeitabständen wahrgenommen bzw. umgesetzt werden müssen (IGES 2012, S. 30-35). So wird beispielsweise für das Ziel beim T1D: „Vermeidung einer diabetischen Retinopathie“ folgende Maßnahme empfohlen: „Einmal jährlich eine ophthalmologische Netzhautuntersuchung/ in Mydriasis beginnend im fünften Jahr nach Manifestation des Diabetes“ (IGES 2012, S. 30). Ziele des DMP-Programms für Typ-2-Diabetiker sind z. B. eine Ernährungsberatung und körperliche Aktivitäten (IGES 2012, S. 33). Letztlich sollen alle Ziele dazu beitragen, dass die durch den

Diabetes bedingte beeinträchtigte Lebensqualität verbessert, Folgeschäden vermieden und die Lebenserwartung erhöht wird (IGES 2012, S. 28). Eine Teilnahme am DMP-Programm ist für Patient und Arzt freiwillig. Die Zielerreichung wird auf der Ebene des individuellen teilnehmenden Arztes gemessen und stellt somit eine gewisse Qualitätskontrolle dar. Auf eine Einschreibung der Diabetiker in das DMP wird von Seiten der Krankenkasse gedrängt, da nur dann ein Anspruch auf einen Morbiditätszuschlag besteht. Die Teilnahme des Arztes mit Einschreibung der Patienten und Dokumentation der Behandlungsdaten wird durch eine zusätzlich Fallpauschale honoriert.

Regionale Unterschiede durch Selektivverträge

Im Vergleich zum Bundesland Bayern stellt der Diabetesvertrag eine neue Entwicklung in der Diabetesversorgung dar, der zwischen AOK Baden-Württemberg, der Diabetologen Genossenschaft Baden-Württemberg und MEDI Baden-Württemberg (AOK BW 2017, o. S.) existiert. Im Zentrum des am 1. April 2017 in Kraft getretenen Vertrags steht eine kontinuierliche intensive Betreuung der ICT- und Pumpen-Patienten. Insbesondere das System zur intermittierenden Gewebeglukosemessung (iscCGM) oder das FGM-System Freestyle Libre ist im AOK-Vertrag anders als in der Regelversorgung eingeschlossen.

Der Vertrag nach § 140a SGB V richtet sich an Versicherte, die am AOK-Haus- und Facharztprogramm teilnehmen und sieht ärztliche Erst- und Folgeschulungen vor.

An die teilnehmenden Diabetologen werden hohe qualitative Ansprüche an Erfahrung und Praxisstruktur gestellt. 2019 soll der Diabetologievertrag um ein weiteres Modul zur besseren interdisziplinären Versorgung von Menschen mit diabetischem Fußsyndrom (DFS) ergänzt werden.

Regionale Unterschiede der Verordnungssteuerung

Die Rahmenvorgaben für die Arzneimittelverordnung (§ 84 Abs. 7 SGB) werden vom GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) festgelegt und jährlich aktualisiert. Die Art und Weise der Umsetzung obliegt aber den einzelnen KVen. Die bisher in vielen KVen üblichen Richtgrößenprüfungen wurden durch neue Konstrukte ersetzt. In BW wurden die Richtgrößen 2017 durch die Richtwertsystematik als neues Prüfsystem abgelöst (KVBW 2019, o. S.). In Bayern gilt hingegen eine sogenannte Wirkstoffvereinbarung (KVB o. J., o. S.).

Diese unterschiedlichen Umsetzungen der bundeseinheitlichen Arzneimittelverordnung führen zwangsläufig insbesondere in der Verordnung von Antidiabetika zu unterschiedlichen Ordnungsverhalten der Ärzte, die von Regressen bei Überschreiten des Ordnungsvolumens bedroht sind.

Insbesondere die Ordnungshäufigkeit innovativer Substanzen wird durch die unterschiedlichen Systematiken verschiedenartig begrenzt. Ist beispielsweise für einen Typ-2-Diabetiker ein Medikament einer neuen Wirkstoffgruppe indiziert, ist die Therapieentscheidung hierzu grundsätzlich nicht unbedingt von der ärztlichen Qualifikation des Behandlers in BW beeinflusst, sondern von dem ihm von der KV Baden-Württemberg zugewiesenen Wert für den Arzneimittel-Therapiebereich. Je nach Fachgruppe differieren aktuell die Richtwerte zwischen den Fachgruppen um fast 100 Prozent, so dass die Entscheidung zur Therapie mit einem Medikament einer neuen Wirkstoffgruppe für einen Arzt mit dem Schwerpunkt Endokrinologie deutlich häufiger getroffen werden kann als für einen Facharzt Innere Medizin oder Allgemeinmedizin ohne Schwerpunkt aber mit der Zusatzqualifikation Diabetologie.

Nicht ganz so ausgeprägt stellen sich die Fachgruppenunterschiede in Bayern dar, wo die Systematik der Verordnungssteuerung eine Zielquote der Verordnung von Generika vorgibt und dadurch die Verordnung nicht generischer Substanzen der neuen Wirkstoffgruppen einschränkt. Allerdings ist einem Diabetologen in einer DSP eine deutlich häufigere Verordnung nicht-generischer Antidiabetika gestattet, als einem Diabetologen ohne eine entsprechende Anerkennung als Schwerpunktpraxis.

Nachdem zunehmend wissenschaftliche Erkenntnisse über Zusatznutzen der neuen Wirkstoffklassen der Antidiabetika gegenüber generisch verfügbarer Antidiabetika vorliegen, lässt sich die Verordnungseinschränkung nicht mehr allein durch das Wirtschaftlichkeitsgebot rechtfertigen, dem die Ärzte unterliegen. Die Verordnung innovativer Medikamente wird deshalb teilweise durch Rabattverträge und die Anerkennung als Praxisbesonderheit ermöglicht.

Fazit

Die Behandlung des Diabetes in Deutschland ist ein Beispiel für eine komplexe gesundheitspolitische Steuerung durch Gesetzgebung auf der einen Seite und die wirtschaftliche Steuerung durch die GKV auf der anderen Seite. Die Steuerung erscheint notwendig auf Grund der kontinuierlich zunehmenden Gesundheitsausgaben für die Behandlung des Diabetes und insbesondere dessen Folgeerkrankungen. Aus medizinischer Sicht ist zu erwarten, dass der Einsatz der insbesondere in den letzten zehn Jahren auf den Markt gekommenen Medikamente und die innovative Diabetestechnologie die Raten an Folgeerkrankungen und die dadurch verursachten Kosten senken werden. Kurzfristig bedeutet der Einsatz innovativer Medikamente, die noch Patentschutz haben und nicht als Generika verfügbar sind, Mehrausgaben für

die GKV. Regional unterschiedliche Maßnahmen einer Verordnungsbeschränkung von Medikamenten und medizintechnischer Hilfsmittel führen zu regionalen Unterschieden in der Behandlung der Diabetiker. Dies wurde anhand des fiktiven Fallbeispiels von Sandra M. und ihrer Cousine Laura K. illustriert.

Verordnungsbeschränkungen können bedeuten, dass der behandelnde Arzt nicht für jeden Diabetiker die auf Grundlage der aktuellen Evidenzlage geeignetste Therapie wählen kann. Welche regionalen Unterschiede sich hinsichtlich der Genehmigungsverfahren medizintechnischer Hilfsmittel und Verordnungen u. a. durch Selektivverträge ergeben, kann das Fallbeispiel von Sandra M. und ihrer Cousine Laura K. aufzeigen.

Literatur

Abbott GmbH & Co. KG (o. J.) Erste Informationen. Online im Internet. URL: <https://www.freestylelibre.de/libre/discover/erste-schritte.html>, Abrufdatum: 17.05.2019.

AOK Baden-Württemberg Pressestelle (2017) Diabetesvertrag von AOK, MEDI und Diabetologen Genossenschaft. AOK Baden-Württemberg Pressestelle. Online im Internet. URL: <https://aok-bw-presse.de/landesweite-presseinfos/lesen/diabetesvertrag-von-aok-medi-und-diabetologen-genossenschaft.html>, Abrufdatum: 27.05.2019.

Danne T., Ziegler R., Kapellen T. (2019) Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. In: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg.). Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2019: Die Bestandsaufnahme. Kirchheim + Co GmbH. Mainz. S. 124-135.

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe e.V. (o. J.) Diabetes in Zahlen. Deutsche Diabetes-Hilfe e.V. (Hrsg.). Online im Internet, URL: https://www.diabetesde.org/ueber_diabetes/was_ist_diabetes_/diabetes_in_zahlen, Abrufdatum: 04.05.2019.

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe e.V. (2015) Alles über MODY. Deutsche Diabetes-Hilfe e.V. (Hrsg.). Online im Internet. URL: https://www.diabetesde.org/ueber_diabetes/was_ist_diabetes_/was_ist_mody, Abrufdatum: 28.05.2019.

Finck H., Holl R. W., Ebert O. (2018) Die soziale Dimension des Diabetes mellitus, in: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg.), Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2018: Die Bestandsaufnahme. Kirchheim + Co GmbH. Mainz. S. 161-175.

G-BA (2016) Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung: Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zur Therapiesteuerung bei Patientinnen und Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA, Hrsg.). Online im Internet. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2623/2016-06-16_MVV-RL_rtCGM_BAnz.pdf, Abrufdatum: 14.05.2019.

Gallwitz B., Kröger J. (2017) Gesundheitsbericht Diabetes 2017 – Erreichtes und Unerreichtes, in: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg.), Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2017: Die Bestandsaufnahme. Kirchheim + Co GmbH. Mainz. S. 5-9.

Hammes H.-P., Lemmen K. D. (2019) Diabetes und Augenerkrankungen, in: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg.), Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2019: Die Bestandsaufnahme. Kirchheim + Co GmbH Mainz. S. 81-91.

ZFPG • 2019 • 16

Handelsblatt Media Group GmbH & Co. KG (Hrsg.) (2014) Studien-Download – Wie die "Patient Journey" den Erfolg des Gesundheitsmarketings beeinflussen kann, Handelsblatt Media Group GmbH & Co. KG (Hrsg.). Online im Internet. URL: <https://veranstaltungen.handelsblatt.com/health/patient-journey-gesundheitsmarketing-imcs-studie/>, Abrufdatum: 11.03.2019.

Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (2015) Diabetes: Psyche und Motivation. Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.). Online im Internet. URL: <https://www.diabetesinformationsdienst-muenchen.de/leben-mit-diabetes/psyche-und-motivation/index.html>, Abrufdatum: 14.05.2019.

IGES Institut GmbH (2012) Diabetes-Versorgung in Deutschland: Anspruch und Wirklichkeit im 21. Jahrhundert – Evidence-based Health Policy Review. IGES Institut GmbH (Hrsg.). Online im Internet. URL: https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e5207/e5236/e7130/e7537/attr_objs12658/IGES_Institut_Studienbericht_Diabetes_Versorgung_ger.pdf, Abrufdatum: 08.04.2019.

Jacobs E., Rathmann W. (2019) Epidemiologie des Diabetes in Deutschland, in: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg.). Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2019: Die Bestandsaufnahme, Kirchheim + Co GmbH, Mainz, S. 9-20.

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2019) Richtwerte für Arzneimittel/Verbandstoffe. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW, Hrsg.). Online im Internet. URL: <https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/arzneimittel/richtwerte/>, Abrufdatum: 27.05.2019.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (o. J.) Arzneisteuerung und Wirkstoffvereinba-

ung, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB, Hrsg.). Online im Internet. URL: <https://www.kvb.de/verordnungen/arzneimittel/wirkstoffvereinbarung/>, Abrufdatum: 27.05.2019.

Laschet H. (2019) Schwerpunktpraxen: Diabetes-Versorgung regional sehr unterschiedlich. Online im Internet. URL: <https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/diabetes/article/983212/schwerpunktpraxendiabetes-versorgung-regional-sehr-unterschiedlich.html>, Abrufdatum: 04.05.2019.

Linnenkamp U., Andrich S., Icks A. (2018) Gesundheitsökonomische Aspekte des Diabetes mellitus, in: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg.). Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2018: Die Bestandsaufnahme. Kirchheim + Co GmbH, Mainz. S. 210-219.

REK Rechtsanwälte GbR (o. J.) Diabetes & Recht: Arbeitsrecht. Online im Internet. URL: <https://www.diabetes-und-recht.de/arbeitsrecht/>, Abrufdatum: 09.04.2019.

Siegel E. G., Siegel E. G. (2019) Versorgungsstrukturen, Berufsbilder und professionelle Diabetesorganisationen in Deutschland. In: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg.). Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2019: Die Bestandsaufnahme. Kirchheim + Co GmbH, Mainz. S. 236-248.

Stündel M. (2000) Was sind diabetologische Schwerpunktpraxen?. Online im Internet. URL: <https://www.diabsite.de/wegweiser/adressen/diabetologen/schwerpunktpraxen.html>, Abrufdatum: 09.04.2019.

Uphoff H. (2010) Ab 1. April 2010 gilt neue Messeinheit Millimol pro Mol für den Blutzuckerlangzeitwert. Online im Internet. URL: <https://www.diabsite.de/aktuelles/nac>

hrichten/2010/100322b.html, Abrufdatum: 23.08.2018.

Wan W., Skandari M. R., Minc A., Nathan A. G., Winn A., Zarei P., O'Grady M., Huang E. S. (2018) Cost-effectiveness of Continuous Glucose Monitoring for Adults With Type 1 Diabetes Compared With Self-Monitoring of Blood Glucose: the DIAMOND Randomized Trial, in: Diabetes Care. Vol. 41. No. 6. 1227-1234.

Zylka-Menhorn V. (2017) Diabetes mellitus: Inzidenz und Prävalenz steigen in Deutschland, in: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 114. Nr. 15. S. A-748.

Autorenbiographien

Carolin Kinzel absolvierte von 2011 bis 2015 eine dual akademische Ausbildung zum Bachelor of Arts in der Fachrichtung Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt „Internationales und Interkulturelles Management“ an der privaten Hochschule für angewandtes Management in Erding. Anschließend absolvierte sie von 2015 bis 2018 an der Universität Augsburg den Master of Science in iBWL mit dem Hauptschwerpunkt „Strategy & Information“ (Marketing) und „Corporate Governance“ als Nebenschwerpunkt. Seit 2018 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät Gesundheitsmanagement der Hochschule Neu-Ulm für das Themengebiet: Innovative Dienstleistungen im Gesundheitswesen. Ihre Forschungsinteressen liegen insbesondere im Bereich Diabetologie, Medizintechnik, e-Health und Marketing im Gesundheitswesen.

Dr. Burkhard Manfras ist Arzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie sowie den Zusatzqualifikationen Infektiologie und Andrologie. Mit der Habilitation 2004 erhielt er einen Lehrauftrag der Medizinischen Fakultät der Universitätsklinik Ulm. 2007 schloss

er den Masterstudiengang „Betriebswirtschaft für Ärzte“ zum MBA an der Hochschule Neu-Ulm ab. Er ist Ärztlicher Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums für Hormon- und Stoffwechselerkrankung und Infektiologie Medicover Ulm MVZ und Medicover Neu-Ulm MVZ und sowohl in Baden-Württemberg als auch in Bayern klinisch tätig.

Autorenanschriften

Carolin Kinzel, M.Sc.
Hochschule Neu-Ulm
Fakultät Gesundheitsmanagement
Wileystraße 1
89231 Neu-Ulm

E-Mail: carolin.kinzel@hs-neu-ulm.de

Priv.-Doz. Dr. Burkhard Manfras, MBA
Medicover Ulm MVZ
Münsterplatz 6
89073 Ulm

E-Mail: burkhard.manfras@medicover.de