

Stellungnahme zur Auslegung der Voraussetzungen über die Verordnung eines rtCGM-Systems

Autoren – im Namen des Vorstands Diabetologen Hessen eG

- **Dr. med. Thomas Günther**, FA Innere Medizin, Gastroenterologie, Diabetologe DDG & LÄK, Vorstandsmitglied Diabetologen Hessen eG, Fulda
- **Dr. med. Dietrich Tews**, FA Innere Medizin, Diabetologe, Lipidologe, Adiposiologe, Vorstandsmitglied Diabetologen Hessen eG, MVZ Diabeteszentrum Dr. Tews, Gelnhausen

www.diabetologen-hessen.de

Status: 20.08.2026

In Diabetologen Hessen eG haben sich über 100 niedergelassene Diabetologen in der Rechtsform einer Genossenschaft organisiert.

Wir vertreten die Auffassung, dass die Voraussetzungen einer intensivierten Insulintherapie, im Sinne des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM) vom 16.06.2016, nicht ausschließlich durch eine Berechnung der Mahlzeiteninsulindosis anhand von Kohlenhydrateinheiten (KE) oder Broteinheiten (BE) erfüllt werden können [1].

Entscheidend für die Einordnung einer Therapie als intensivierte Insulintherapie ist nach Auffassung der Diabetologen Hessen eG nicht die konkrete Berechnungsmethode der Mahlzeiteninsulindosis, sondern die eigenständige und situationsangepasste Steuerung der Insulintherapie. Ein strukturiertes Basal-Bolus-Konzept beziehungsweise Spritzschema mit individueller Dosisanpassung erfüllt diese Anforderungen in fachlich gleichwertiger Weise.

Der G-BA beschreibt die intensivierte Insulintherapie als ein Behandlungskonzept, bei dem Patientinnen und Patienten die Dosierung des Insulins eigenverantwortlich und situationsangepasst, anhand der Nahrungsaufnahme sowie der aktuellen Glukosewerte, steuern [1].

Ziel dieser Definition ist die flexible und selbstständige Anpassung der Insulindosis an den individuellen Alltag und nicht die Festlegung auf eine bestimmte Berechnungsmethode.

Nach unserer Auffassung ist daher eine klassisch funktionelle Insulintherapie mit Berechnung eines Insulin-Kohlenhydrat-Faktors (IE pro KE bzw. BE) fachlich gleichwertig zu einer Therapieform, bei der die Patientin oder der Patient die Insulindosis anhand eines strukturierten Basal-Bolus-Konzeptes mit vorgegebenem Mahlzeiteninsulin, selbstständiger Dosisanpassung und Anwendung eines individuellen Korrekturfaktors beziehungsweise Korrekturschemas steuert. Dabei ist zu Grunde gelegt, dass die Varianz der aufgenommenen Kohlenhydratmenge bzw. der Nahrungsmittel mit zunehmendem Lebensalter geringer wird, sodass die zusätzliche Berechnung der Insulindosis für die jeweilige Mahlzeit eine konstante Größe ergibt. [2,3,5,6]

Entscheidend ist hierbei nicht die konkrete Rechenmethode, sondern die Fähigkeit und Verpflichtung des Patienten, Insulindosen eigenständig auf Grundlage der aktuellen Stoffwechselsituation anzupassen. Dies entspricht den Grundprinzipien der intensivierten Insulintherapie, wie sie in nationalen und internationalen Leitlinien beschrieben werden. [2,3]

Die aktuellen Empfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) definieren die intensivierte beziehungsweise funktionelle Insulintherapie über das Basal-Bolus-Prinzip und die eigenverantwortliche Dosisanpassung. Eine ausschließliche Bindung an die Berechnung nach KE oder BE wird dort nicht gefordert. [2]

Ebenso beschreiben die gemeinsamen Empfehlungen der European Association for the Study of Diabetes (EASD) [3] und der American Diabetes Association (ADA) [4] die intensive Insulintherapie als Behandlung mit Basalinsulin und Mahlzeiteninsulin. Die individuelle Anpassung der Insulindosis kann hierbei sowohl über Kohlenhydratfaktoren (Insulin-to-Carbohydrate Ratio, ICR) als auch über Korrektur- beziehungsweise Insulinsensitivitätsfaktoren (Insulin Sensitivity Factor, ISF) erfolgen.

Vor diesem Hintergrund ist aus Sicht unserer Genossenschaft die Anwendung eines strukturierten Spritzschemas mit selbstständiger Dosisanpassung und Nutzung eines individuellen Korrekturfaktors als fachlich gleichwertige Form der intensivierten Insulintherapie anzusehen [2,3,4].

Die Voraussetzungen für die Verordnung und Kostenübernahme eines rtCGM-Systems sind daher auch bei diesen Patientinnen und Patienten erfüllt, sofern die weiteren Anforderungen des G-BA-Beschlusses vorliegen [1].

Literatur

- [1] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschluss über eine Änderung der Methodenvertragsärztliche Versorgung: Kontinuierliche Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM), Beschluss vom 16.06.2016 einschließlich Tragender Gründe.
- [2] Haak T, Hien P, Kellerer M et al. Therapie des Typ-1-Diabetes. Praxisempfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Diabetologie und Stoffwechsel. 2021.
- [3] Holt RIG, DeVries JH, Hess-Fischl A et al. The management of type 1 diabetes in adults. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia. 2021;64:2609–2652.
- [4] American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1). Insbesondere Kapitel 7 „Diabetes Technology“ und Kapitel 9 „Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment“.
- [5] The diversity and consistency of what and when people eat, Nat Metab 8, 981– 997 (2026)
- [6] Age-Related 12-Year Changes in Dietary Diversity and Food Intakes among Community-Dwelling Japanese Aged 40 to 79 Years, J Nutr Health Aging 2018;22(5):594-600