



Dieser Leitfaden wurde Ihnen überreicht durch:

Kostenübernahme von kontinuierlichen Glukosemess-Systemen (rtCGM/FGM/iscCGM)

Leitfaden für Patienten und Praxispersonal



Herausgeber:

mediaspects GmbH, Redaktion diabetes-forum.de,
Postfach 10 07 31, 72307 Balingen, www.mediaspects.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Rechtsanwalt Oliver Ebert, REK Rechtsanwälte,
Nägelestr. 6a, 70597 Stuttgart, www.abgemahnt.de

Bibliographische Angaben:

Schriftenreihe diabetes-forum.de
ISSN: 2509-4866
Heft 4, Januar 2017
Erscheinungsort: Balingen

Zitiervorschlag:

Ebert, Oliver: Kostenübernahme von kontinuierlichen Glukosemess-
Systemen (rtCGM/FGM/iscCGM) - Leitfaden für Praxispersonal und
Patienten, in: Schriftenreihe diabetes-forum.de, Heft 4 (2017)

Diese Broschüre ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Bildnachweis: © pressmaster – fotolia.com (Titelmotiv), © Alexander Raths – fotolia.com (S. 7), © Sport Moments – fotolia.com (S. 8), © stokkete – fotolia.com (S. 9), © Aycatcher – fotolia.com (S. 11), © Icons designed by Freepik

Liebe Leserinnen und Leser,

Moderne CGM-Systeme, welche den Zucker kontinuierlich messen, sind seit 2016 offiziell Kassenleistung.

Allerdings ist es noch immer nicht ganz einfach, solche Systeme auf Kassenrezept zu bekommen. Nicht selten ist zu beobachten, dass entsprechende Hilfsmittelanträge pauschal abgelehnt werden. Oft wird statt einem beantragten Echtzeitmesssystem (rtCGM), welches bei Unterzuckerung alarmiert, lediglich ein kostengünstigeres System ohne Alarmierung angeboten. Unsicherheit gibt es auch bei sog. Flash-Systemen (FGM): manche Krankenkassen übernehmen diese als freiwillige Satzungsleistung, von anderen werden entsprechende Anträge grundsätzlich abgelehnt.

Ungerecht wäre es jedoch, pauschal den Krankenkassen die Schuld zu geben. Denn häufig sind Anträge nicht richtig begründet oder es fehlen Unterlagen, welche zur Entscheidung notwendig sind. Auch wird oft vergessen, dass die Krankenkasse solche teuren Systeme nur übernehmen darf, wenn diese im konkreten Fall wirklich medizinisch notwendig sind und günstigere Therapieoptionen zumutbar ausgeschöpft sind. Die Krankenkasse darf ansonsten keine positive Entscheidung treffen.

Mit diesem Leitfaden möchte ich Praxispersonal und Patienten eine kleine Hilfestellung geben, um erfolgreich ein rtCGM/FGM zu beantragen.

Rechtsanwalt Oliver Ebert, Redaktion diabetes-forum.de

Definition/Einführung

Was sind rtCGM/CGM?

Seit einigen Jahren gibt es Systeme, welche kontinuierlich den Zucker messen und die blutige Selbstmessung im Finger weitgehend ersetzen können („CGM“, englisch: continuous glucose monitoring, kontinuierliche Glukoseüberwachung). Hierzu wird ein Sensor unter die Haut geführt, welcher in regelmäßigen Abständen den Glukosegehalt in der Gewebsflüssigkeit misst. Die Messungen werden drahtlos an ein Empfangsgerät übermittelt und dort angezeigt. Trendpfeile zeigen, in welche Richtung sich der Glukosespiegel gerade entwickelt, so dass die Erkennung herannahender Unterzuckerungen bzw. drohender Überzuckerungen erleichtert wird. Pro Tag werden eine Vielzahl von Messwerten gewonnen; diese können vom Arzt elektronisch ausgewertet werden und eröffnen dank der Datenmenge deutlich verbesserte Therapiemöglichkeiten.

Bislang sind zwei unterschiedliche Produktvarianten zugelassen bzw. auf dem Markt erhältlich:

rtCGM (englisch: „real time“, in Echtzeit)

Bei rtCGM-Systemen werden die Messwerte automatisch an ein Empfangsgerät bzw. Smartphone gesendet und dort angezeigt. Zusätzlich können diese Systeme akustisch bzw. durch Vibration alarmieren, falls der Wert zu niedrig bzw. zu hoch ist. Die Grenzwerte können dabei individuell festgelegt bzw. eingestellt werden. Aufgrund der Alarmierungsmöglichkeit ist rtCGM insbesondere für Patienten geeignet, welche Unterzuckerungen (=Hypoglykämien) nicht mehr rechtzeitig wahrnehmen können bzw. unter nächtlichen Hypoglykämien leiden.

Sonstige Systeme („FGM“, „iscCGM“, „Flash Glucose“)

Daneben gibt es auch CGM-Systeme, welche keine direkte Funkverbindung zu einem Empfangsgerät haben; diese werden oft mit dem Marketingbegriff „FGM“ („Flash Glucose Monitoring“) oder als iscCGM („intermittend scan glucose monitoring“) bezeichnet. Der Patient muss hier die Messwerte selbst abrufen, indem er das Lesegerät bzw. ein geeignetes Smartphone kontaktlos über den Sensor hält („scannt“). Es werden dann alle Messwerte seit dem letzten „Scan“ übertragen und die jeweils aktuellste Messung angezeigt. Im Gegensatz zu rtCGM kann bei diesen Systemen also keine automatische Alarmierung erfolgen, dafür sind die Gesamtkosten im Vergleich erheblich günstiger.

Kostenübernahme

Blutzuckermessgeräte und Teststreifen dürfen bei insulinpflichtigen Patienten in medizinisch notwendigem Umfang und ohne Mengengrenze zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden. Auch private Krankenversicherungen übernehmen in der Regel problemlos die hiermit verbundenen Kosten.

Bei CGM ist es allerdings schwieriger: Denn diese unterscheiden sich „im Hinblick auf die diagnostische Wirkungsweise sowie mögliche Risiken und Aspekte der Wirtschaftlichkeit erheblich von der herkömmlichen Blutzuckermessung“ und stellen daher „eine „neue“, bisher nicht anerkannte Untersuchungsmethode“ dar (Bundessozialgericht, AZ: B 3 KR 5/14 R, Urteil vom 08.07.2015). Aufgrund gesetzlicher Vorgaben (§ 135 SGB V) dürfen diese nur dann als Kassenleistung übernommen werden, wenn der diagnostische und therapeutische Nutzen anerkannt ist, eine medizinische Notwendigkeit hierfür besteht und auch die Kriterien der Wirtschaftlichkeit erfüllt sind.

Der hierfür zuständige gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat CGM untersucht und 2016 beschlossen, dass diese unter bestimmten Voraussetzungen als Kassenleistung übernommen werden müssen.

Allerdings ist es noch immer nicht ganz einfach, solche Systeme auf Kassenrezept zu bekommen. Häufig sind Anträge auch nicht richtig begründet oder es fehlen Unterlagen, welche zur Entscheidung notwendig sind. So reicht ein bloßes Kassenrezept in der Regel nicht aus. Es muss nachvollziehbar begründet werden, dass der Einsatz eines solchen Systems notwendig ist und auch die Voraussetzungen für eine Verordnung vorliegen.

Probleme gibt es auch bei FGM, weil nach dem GBA-Beschluss an sich nur Echtzeitsysteme (rtCGM) verordnet werden dürfen.

Allerdings wurde bereits durch ein Gericht festgestellt, dass im konkreten Fall auch ein FGM-System eine Kassenleistung sein kann (SG Konstanz, 31.05.2016, S 8 KR 1870/15, „FreeStyle Libre“). Schließlich kann ein CGM gem. § 33 Abs. 1 SGB V auch in Frage kommen, um eine Behinderung auszugleichen.

Auf den nachfolgenden Seiten sind – auf Basis der aktuellen Gesetzeslage und Rechtsprechung - zahlreiche Tipps zusammengestellt, die Praxispersonal bzw. Patienten beim Antrag auf CGM/FGM beachten sollten.

Antrag auf Kostenübernahme von CGM



Nach dem Beschluss des G-BA müssen CGM unter bestimmten Voraussetzungen als Kassenleistung gewährt werden. Mit dem Antrag auf Kostenübernahme sollten daher bereits sämtliche Angaben und Informationen mitgeliefert werden, damit die Krankenkasse das Vorliegen dieser Voraussetzungen einfach überprüfen kann. Ist der Antrag unzureichend, dann führt dies zu unnötigen Verzögerungen bzw. nicht selten auch zur Ablehnung.

1. Voraussetzung: Personenkreis

Anspruch auf Versorgung mit einem CGM haben grundsätzlich nur Patienten, die mit einer intensivierten Insulintherapie (ICT, FIT) oder einer Insulinpumpe behandelt werden und hierin auch entsprechend geschult sind.



Tipp:

Geben Sie im Antrag an, wann die letzte Schulung erfolgte

2. Voraussetzung: Es muss Indikationslage bestehen

Wie alle Kassenleistungen muss auch das beantragte CGM medizinisch notwendig sein. Hierzu ist nachzuweisen, dass andere, günstigere Therapieoptionen erfolglos ausgeschöpft worden sind oder diese offensichtlich nichts bringen. Letzteres wäre beispielsweise vielleicht anzunehmen, wenn es trotz häufiger Selbstkontrollen (>8/Tag) weiterhin zu erheblichen Unterzuckerungen kommt. Eine Indikationslage besteht nach den Vorgaben des G-BA insbesondere dann, wenn die „individuellen Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation“ nicht erreicht werden können.

Der Antrag muss daher nachvollziehbar machen, aus welchen zwingenden medizinischen Gründen das CGM benötigt wird.

Hierzu sollte der Arzt möglichst ausführlich beschreiben, welche konkrete Therapieziele mit herkömmlicher Selbstmessung nicht erreicht werden können oder aus welchen sonstigen medizinischen Gründen das CGM notwendig ist.

Beispiele hierfür können sein:

- Fehlende Unterzuckerungswahrnehmung, so dass es trotz häufiger Selbstmessungen zu erheblichen oder schweren Unterzuckerungen kommt
- trotz Ausschöpfung der zur Verfügung stehenden Therapieoptionen (beispielsweise Nutzung moderner Insuline, Variation der Insulindosis bzw. Basalgabe, Einsatz einer Insulinpumpe) kann keine zufriedenstellende Stoffwechsellage bzw. der angestrebte HbA1c-Wert erreicht werden
- Erhebliche bzw. überraschende Blutzuckerschwankungen
- Unfähigkeit bzw. erhebliche Erschwernis der regelmäßigen Selbstmessung, beispielsweise bei Lähmung, Tremor, Sehstörungen/Blindheit oder aufgrund psychischer Störungen
- vor/während Schwangerschaft mit unbefriedigender Stoffwechselkontrolle unter Einsatz konventioneller Therapieformen
- bei Kindern, die sich noch nicht selbst den Blutzucker messen können



Eine ausführliche Liste mit weiteren Indikationsbeispielen hat die Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie (AGDT) zusammengestellt:

Kurzlink: <https://goo.gl/6Q7EOc>



Tipp:

Vermeiden Sie missverständliche Formulierungen wie „der Einsatz eines CGM wird befürwortet“, „...wäre hilfreich“ oder „...wäre sinnvoll“. **Es muss eindeutig sein, dass das beantragte System aus ärztlicher Sicht notwendig ist, weil alle anderen zumutbaren Möglichkeiten schon ausgeschöpft sind.**



3. Dokumentation

Die Krankenkasse muss nachprüfen (können), ob die medizinischen Voraussetzungen tatsächlich vorliegen. Man hat als Patient insoweit auch eine Mitwirkungspflicht. Es sollte dem Antrag daher ein umfänglich geführtes Blutzuckertagebuch (Papierform oder elektronisch) mindestens der letzten 90 Tage beigelegt werden. Aus den Aufzeichnungen sollte hervorgehen, dass die Therapieziele mit Hilfe bloßer Selbstmessungen nicht erreicht werden konnten.



Tipp:

Entsprechend der Behandlungs- bzw. Praxisleitlinie der DDG sollte alle drei Monate eine Besprechung der Blutglukoseselbstmessungen und Insulinanpassungen anhand des Blutglukosetagebuchs erfolgen. Kann kein Diabetes-Tagebuch vorgelegt werden, dann liegt nahe, dass bislang keine leitliniengerechte Behandlung erfolgte. Es wird sich dann aber wohl nur schwer begründen lassen, warum die herkömmlichen Therapieoptionen (trotzdem) ausgeschöpft sein sollen.

4. Erforderliche Qualifikation des Arztes

Der betreuende/behandelnde Arzt muss diabetologisch erfahren sein. Die Krankenkasse darf ein CGM daher nur übernehmen, wenn die Behandlung durch einen Facharzt mit nachgewiesener und anerkannter diabetologischer Qualifikation sichergestellt ist.

5. Schulung

Es muss gewährleistet sein, dass eine umfassende Schulung zum CGM erfolgt, insbesondere auch in Hinblick auf die Unterschiede zwischen der Messung im Blut (bei Selbstmessung) und der Gewebsflüssigkeit (bei CGM).



Tipp:

Nehmen Sie schnellstmöglich an einer solchen Schulung (z.B. SPECTRUM) teil und fügen entsprechende Nachweise bei.

6. Zugelassenes Gerät

Die Krankenkasse darf nur Medizinprodukte übernehmen, welche den gesetzlichen Anforderungen entsprechen, d.h. rechtmäßig ein CE-Kennzeichen tragen. Das Gerät muss anhand einer Alarmfunktion mit individuell einstellbaren Grenzwerten vor zu hohen bzw. zu niedrigen Glukosewerten warnen können. CGM ohne Alarmfunktion sind zumindest nach den Vorgaben des G-BA also grundsätzlich keine Kassenleistung, werden mitunter jedoch als freiwillige Leistung erstattet.

Allerdings ist hier anzumerken, dass die dem G-BA zugrundeliegenden Untersuchungen einige Zeit zurücklagen und seither auf den Markt gekommene Systeme (z.B. FGM) daher noch gar nicht berücksichtigt wurden. Der medizinische Nutzen solcher Systeme wurde zwischenzeitlich aber auch durch Studien nachgewiesen. Ein Gericht (SG Konstanz, 31.05.2016, S 8 KR 1870/15) hat schon entschieden, dass auch FGM Kassenleistung sein können. Allerdings sind an die medizinische Begründung bei FGM nicht weniger hohe Anforderungen zu stellen. FGM erlauben dem Patienten ein häufig(er)es und bequemes, vor allem verletzungsfreies Messen des Glukosewerts. Mangels Alarmierung dürften solche Systeme häufig als Ersatz für die herkömmlichen Selbstmessungen eingesetzt werden. Obwohl der damit verbundene Komfortgewinn für den Patienten wohl unbestritten ist, reicht dies allein aber noch nicht für eine Verordnung auf Kassenkosten aus.

Es muss daher begründet werden, dass ein solches System im konkreten Fall wirklich notwendig ist und warum die Verordnung keine unzulässige Überversorgung darstellt.

Wichtig ist dabei, dass die ärztliche Begründung auch nachvollziehbar und plausibel ist:

Wenn beispielsweise bei Patienten mit Hypowahrnehmungsstörung auch häufige Selbstmessungen nicht helfen: ist dann die durch ein FGM lediglich eröffnete Möglichkeit zu noch mehr Messungen wirklich notwendig bzw. sinnvoll? Warum kann auf die Alarmfunktion eines rtCGM trotzdem verzichtet werden?



Umgekehrt kann ein rtCGM durchaus eine unzulässige Überversorgung darstellen, nämlich wenn der Patient gar keine Alarmierung benötigt. So könnte ein günstigeres FGM ausreichend sein, wenn der Patient noch eine gute Unterzuckerungswahrnehmung hat, er aber die notwendigen Blutzuckerselbstkontrollen nicht bzw. nur erschwert durchführen kann (beispielsweise bei Neuropathie, Lähmung, Tremor, Sehstörungen/Blindheit oder aufgrund psychischer Störungen).

7. Kein Zwang zur Datenpreisgabe an Dritte

CGM-Systeme dürfen entsprechend der Vorgaben des G-BA nur verordnet werden, wenn eine Nutzung der Daten „ohne Zugriff Dritter, insbesondere der Hersteller, möglich ist.“ Diese Daten dürfen „allein zum Zwecke der Behandlung“ der Patienten dienen.

Die kontinuierliche Messung von Glukosewerten gibt sehr detaillierten Einblick in die Stoffwechsellage und erlaubt möglicherweise Rückschlüsse auf weitere Parameter wie Bewegungs- und Ernährungsverhalten. Die Preisgabe solcher Gesundheitsdaten kann daher sehr riskant sein, insbesondere auch im Hinblick auf die sog. Score-Bildung. Der Patient darf für einen sinnvollen Einsatz des Systems daher nicht gezwungen sein, seine sensiblen Gesundheitsdaten an Dritte preiszugeben. Arzt bzw. Patient müssen also auf die im System gespeicherten Messwerte zugreifen können, ohne dass die Daten hierbei zwingend auch einem Dritten zugänglich gemacht werden.

Wenn das System über keinen PC-Anschluss verfügt bzw. die Werte aus dem Sensor/Gerät direkt in eine internetbasierte Akte übermittelt werden, dann muss dies so möglich sein, dass außer dem Arzt bzw. Patienten niemand sonst diese Daten einsehen oder nutzen kann. Aus technischer Sicht ist hierzu erforderlich, dass die Daten vor der Übermittlung hochsicher verschlüsselt werden und die Entschlüsselung bzw. Nutzung der Daten nur dem vom Patienten autorisierten Empfänger möglich ist (sog. End-To-End-Verschlüsselung).



Achtung:

Ärzte sollten sich darüber bewusst sein, dass die Nutzung internetbasierter Dienste mit hohem Aufklärungsaufwand verbunden und die Schwelle zu einer Straftat (§ 203 StGB) sehr schnell überschritten ist. Sofern der Anbieter/Hersteller die obigen Voraussetzungen nicht garantiert und durch Zertifikate unabhängiger Prüfstellen nachweisen kann, sollte die Verordnung bzw. der Einsatz entsprechender Systeme daher kritisch überdacht werden.

Die Vorgabe des G-BA dient aber nicht nur dem Datenschutz bzw. der Vermeidung einer Strafbarkeit des Arztes (Verletzung der Schweigepflicht, § 203 StGB), sondern hat auch weitere wichtige Gründe:

Ärzte sind gesetzlich verpflichtet, die mit dem CGM erhobenen Messungen in einer Patientenakte zu speichern (§ 630f BGB). Diese Daten müssen dem Patienten jederzeit zur Verfügung gestellt werden können, insbesondere auch bei einem Arztwechsel (§ 630g BGB). Die Aufzeichnungen müssen mindestens zehn Jahre aufbewahrt werden.

Sind die Daten jedoch nur in einer internetbasierten Akte gespeichert, so ist nicht sichergestellt, dass der Arzt hierauf jederzeit bzw. dauerhaft zugreifen kann. Störungen des Internetverkehrs, Datenverlust, die Einstellung des Online-Dienstes oder erhebliche Kostensteigerungen können unvorgesehen dazu führen, dass ein Zugriff auf die benötigten Daten nicht (mehr) möglich ist.



Achtung:

Es wird häufig unterschätzt, dass CGM auch zusätzliche Haftungsrisiken für den Arzt bringen können.

Beispiel: Ein Patient verursacht aufgrund einer Unterzuckerung einen Verkehrsunfall. Es wird dann womöglich die Frage gestellt, ob der Arzt eine mangelnde Fahreignung denn nicht anhand der CGM-Daten hätte erkennen müssen. Kann man dann keine (entlastenden) CGM-Verlaufsdaten vorlegen, beispielsweise weil diese in der Internetakte nicht mehr verfügbar sind oder der Patient die dem Arzt bislang gewährten Zugriffsrechte zurückgezogen hat, wird womöglich ein Behandlungsfehler unterstellt. (§ 630h Abs. 3 BGB !)



Häufige Fragen zur Antragstellung



? Die Krankenkasse hat meinen Antrag abgelehnt – was kann ich tun?

Prüfen Sie zunächst, ob auch wirklich ein entsprechender Bescheid vorliegt. Eine lediglich mündliche Mitteilung der Kasse ist noch keine Ablehnung. Der Ablehnungsbescheid muss auch eine Rechtsmittelbelehrung enthalten. Sie können dann innerhalb eines Monats Widerspruch gegen die Ablehnung einlegen. Wird auch diesem Widerspruch nicht abgeholfen, kann innerhalb eines Monats dann Klage vor dem Sozialgericht erhoben werden.

? Wie lange dauert es, bis über meinen Antrag seitens der Krankenkasse entschieden wird?

Die Krankenkasse hat über einen Antrag zügig zu entscheiden, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang. Wenn dort eine gutachtliche Stellungnahme eingeholt wird, verlängert sich die Frist auf fünf Wochen. Sofern die Kasse diese Fristen nicht einhalten kann, muss sie dies schriftlich begründen, eine telefonische Auskunft reicht nicht aus. Macht sie das nicht bzw. gibt es keinen hinreichenden Grund, dann gilt der Antrag nach Ablauf der Frist gem. § 13 Abs. 3a SGB V als genehmigt.

? Was mache ich, wenn mir nur ein FGM genehmigt wird, obwohl ich ein rtCGM benötige?

Es ist desöfteren zu beobachten, dass Krankenkassen anstelle des beantragten rtCGM nur ein deutlich kostengünstigeres FGM bewilligen. Dies muss man selbstverständlich nicht akzeptieren, denn es hat ja einen medizinischen Grund, warum der Arzt ein rtCGM-System für notwendig hält. Insbesondere wenn es aufgrund von Unterzuckerungsproblemen auf die Alarmierung ankommt, kann ein FGM für diese Indikation nicht ausreichend sein.

? Reicht ein Rezept oder muss der Antrag begründet werden?

Gem. § 7 Abs. 3 S. 4 der HilfsmittelRL muss der Arzt begründen, warum ein bestimmtes System erstattet werden soll. Aber auch wenn kein konkretes CGM beantragt wird, sondern die Auswahl des Systems der Krankenkasse überlassen bleibt, dürfte ein bloßes Rezept nicht ausreichend sein. Denn die Krankenkasse muss nachprüfen, ob die Voraussetzungen für den Einsatz eines CGM auch wirklich vorliegen.

? Welchen Rezeptvordruck sollen wir verwenden?

Bei CGM handelt es sich um Hilfsmittel, so daß hierfür grundsätzlich das normale Rezeptformular für Hilfsmittel (Muster 16) verwendet werden sollte. Sofern das CGM nicht als gesetzliche Kassenleistung verordnet wird, sondern nur als freiwillige Satzungsleistung in Betracht kommt, sollte das Vorgehen mit der jeweiligen Krankenkasse geklärt werden.

? Muss meine private Krankenversicherung die Kosten für ein CGM erstatten?

Die private Krankenversicherung (PKV) unterscheidet sich wesentlich vom System der gesetzlichen Krankenkassen. Die PKV muss nur die Leistungen erbringen, die im Versicherungsvertrag vereinbart sind. In älteren bzw. günstigen Tarifen ist die Erstattung von Hilfsmitteln oft eingeschränkt bzw. es werden nur bestimmte Hilfsmittel gewährt. Anders sieht es aus, wenn im Versicherungsvertrag ein offenes Hilfsmittelverzeichnis vereinbart wurde bzw. CGM explizit aufgenommen sind: (nur) in diesem Fall muss auch die PKV solche Systeme bei medizinischer Notwendigkeit erstatten.

? Muss ich zum Antrag ein Diabetes-Tagebuch vorlegen?

Auch wenn dies nicht ausdrücklich gefordert ist, dürfte die Vorlage eines Diabetes-Tagebuchs unumgänglich sein. Denn es ist nachzuweisen, daß ein CGM wirklich notwendig ist, d.h. daß andere, günstigere Therapieoptionen trotz leitliniengerechter Diabetes-Behandlung nicht ausreichend sind. Diese Behandlungsleitlinien setzen quartalsweise Besprechungen des Diabetes-Tagebuchs voraus. Führt der Patient jedoch gar kein solches Blutzuckertagebuch, dann liegt die Vermutung nahe, daß die Behandlungsmöglichkeiten bislang nicht wirklich ausgeschöpft sind.

? Wie kann ich sonst ein CGM bekommen?

Der Weg über die Krankenkasse ist nicht die einzige Möglichkeit, um ein CGM zu erhalten: Wird das CGM nur benötigt, um eine berufliche Tätigkeit (weiterhin) ausüben zu können, dann kann bei der Rentenversicherung (bzw. Arbeitsagentur) ein Antrag auf Kostenübernahme bzw. Kostenschuss gestellt werden. Schließlich könnte ein CGM auch als Eingliederungshilfe in Betracht kommen; hierfür zuständig ist in der Regel das Integrationsamt bzw. Sozialamt.

❓ Darf ich auch CGM verordnen, die mit Apps funktionieren bzw. die Werte auf dem Smartphone anzeigen?

Selbstverständlich, allerdings sind hier mehrere Punkte zu beachten: Zunächst muss eine Nutzung der Daten auch „ohne Zugriff Dritter, insbesondere der Hersteller“, möglich sein; dies sollte man durch entsprechende Garantien des Anbieters nachweisen. Bei der Verordnung ist das Wirtschaftlichkeitsgebot (§12 SGB V) einzuhalten, d.h. solche Systeme dürfen in der Regel nicht teurer sein als einfacher ausgestattete CGM, die stattdessen womöglich auch ausreichend wären. Schließlich sollte der Patient auch über die Risiken aufgeklärt werden, die mit der Nutzung der zugehörigen App einhergehen können (Sicherungsaufklärung!).

❓ Darf ich zusätzlich zu CGM noch weiterhin Teststreifen verordnen?

Sie werden das wohl sogar müssen - denn Selbstkontrollen sind auch beim Einsatz eines CGM notwendig. Alle derzeit verfügbaren Systeme setzen nämlich voraus, dass in bestimmten Situationen zusätzliche Selbstmessungen erforderlich sind. Auch müssen Kalibrations- und Überprüfungsmessungen gemacht werden.

❓ Ich habe mir schon selbst ein CGM gekauft – kann ich nachträglich die Kosten hierfür erstattet bekommen?

Leider nein. Die Erstattung von Kosten für selbstbeschaffte Hilfsmittel setzt regelmäßig voraus, dass vor der Anschaffung ein entsprechender Antrag bei der Krankenkasse gestellt wurde.

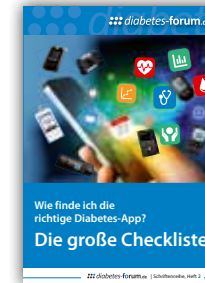
❓ Wo bekomme ich weitere Informationen?

Die Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie (AGDT) der Deutschen Diabetes-Gesellschaft bietet auf ihrer Internetseite weiterführende Materialien zum Download an. Link: www.diabetes-technologie.de

Links zu weiteren Informationen sowie die in diesem Leitfaden erwähnten Gesetzesmaterialien und Urteile können über die Internetplattform diabetes.forum.de abgerufen werden.

Link: www.diabetes-forum.de/find/p1401

In dieser Reihe sind bereits erschienen:



Ein gedrucktes Exemplar erhalten Sie kostenlos gegen Zusendung eines mit 1,45 EUR frankierten und adressierten Rückumschlags (DIN B5) an: diabetes-forum.de, mediaspects GmbH, Postfach 10 07 31, 72307 Balingen

Für Firmen bieten wir Sonderdrucke an; Anfragen bitte an info@diabetes-forum.de

Über diabetes-forum.de

Seit Mai 1996 ist diabetes-forum.de eine der wichtigsten und reichweitenstärksten Informationsseiten zum Thema Diabetes. Neben herstellerunabhängigen News und Produktinformationen bieten sich zahlreiche Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch. Im Gegensatz zu manch anderen Portalen oder Blogs hat diabetes-forum.de keinerlei Abhängigkeiten oder gesellschaftsrechtliche Verflechtungen mit der Pharmaindustrie.

Über den Autor

Oliver Ebert ist Rechtsanwalt und Fachanwalt für IT-Recht, Hochschullehrbeauftragter für Internetrecht und e-Commerce, Softwareentwickler, Digital Health Consultant und Medizinjournalist. Er ist Vorsitzender des Ausschuss Soziales der Deutschen-Diabetes-Gesellschaft (DDG) und Mitglied im Beirat der AG Diabetes & Technologie (AGDT). Seit vielen Jahren befasst er sich mit dem Thema Diabetes & Recht und hat schon weit über 400 Publikationen veröffentlicht.

www.diabetes-und-recht.de

