

Stellungnahme der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und ihrer Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Soziales zur Feststellung des Grades der Einschnitte in der Lebensführung nach dem Schwerbehinderten Gesetz

Einleitung:

Nach der zweiten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 14. Juli 2010 (BGBl. 2010, 928)

erleiden

die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann und die somit in der Lebensführung kaum beeinträchtigt sind, auch durch den Therapieaufwand keine Teilhabebeeinträchtigung, die die Feststellung eines GdS rechtfertigt. Der GdS beträgt 0,

die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann und die **durch Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt** sind, durch den Therapieaufwand eine signifikante Teilhabebeeinträchtigung. Der GdS beträgt 20,

die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann, die mindestens einmal täglich eine dokumentierte Überprüfung des Blutzuckers selbst durchführen müssen und **durch weitere Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt** sind, je nach Ausmaß des Therapieaufwands und der Güte der Stoffwechseleinstellung eine stärkere Teilhabebeeinträchtigung. Der GdS beträgt 30 bis 40,

die an Diabetes erkrankten Menschen, die eine Insulintherapie mit täglich mindestens vier Insulininjektionen durchführen, wobei die Insulindosis in Abhängigkeit vom aktuellen Blutzucker, der folgenden Mahlzeit und der körperlichen Belastung selbständig variiert werden muss, und **durch erhebliche Einschnitte gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt** sind, auf Grund dieses Therapieaufwands eine ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigung. Die Blutzuckerselbstmessungen und Insulindosen (beziehungsweise Insulingaben über die Insulinpumpe) müssen dokumentiert sein. Der GdS beträgt 50.

Außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellagen können jeweils höhere GdS-Werte bedingen.

amtliche Begründung:

Das Bundessozialgericht hat wiederholt, zuletzt am 23.04.2009 (Az: B 9 SB 3/08 R), gerügt, dass im Abschnitt Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) in den bis Ende 2008 gültigen "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht" und der seit dem 01.01.2009 geltenden Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) die Auswirkungen des Therapieaufwands bei Diabetes mellitus auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bei der Feststellung des Grads der Behinderung nicht ausreichend berücksichtigt würden. Die neue Fassung von Teil B Nummer 15.1, Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Anlage zu § 2 der VersMedV) wurde unter Beachtung der Vorgaben des Bundessozialgerichts auf der Basis des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft unter Anwendung der Grundsätze

der evidenzbasierten Medizin von einer Arbeitsgruppe ausgewiesener Experten vorgeschlagen und vom Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin in seiner Sitzung am 4. November 2009 beschlossen.

*Der Beirat stellte ausdrücklich fest, dass eine gesunde Lebensführung - auch wenn sie zeitaufwändig realisiert wird - zu keiner Beeinträchtigung der Teilhabe in der Gesellschaft führt. Durch die Formulierung "außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellage" wird dem Umstand Rechnung getragen, dass Teilhabebeeinträchtigungen sowohl durch schwere hyperglykämische Stoffwechsellentgleisungen als auch durch Hypoglykämien, **die jeweils der dokumentierten invasiven Fremdhilfe bedürfen**, hervorgerufen werden können. Die neue Bewertung berücksichtigt, dass die Art der Stoffwechseldysregulation und die Hypoglykämieeigung den Therapieaufwand und somit die Teilhabebeeinträchtigung bedingt. Der Therapieaufwand, insbesondere die ständige notwendige Anpassung der Insulindosis, muss dokumentiert sein, um die Teilhabebeeinträchtigung und somit den GdS beurteilen zu können. Einschnitte in der Lebensführung zeigen sich z. B. bei der Planung des Tagesablaufs, der Gestaltung der Freizeit, der Zubereitung der Mahlzeiten, der Berufsausübung und der Mobilität.*

Klarstellend stellt das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil B 9 SB 2/12 R vom 25.10.2012 fest, dass *dabei insbesondere die Feststellung der nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen unter Heranziehung ärztlichen Fachwissens zu erfolgen hat.* Hierbei handelt es sich nach Auffassung der DDG um die fachärztliche diabetologische Qualifikation wie sie in der Anerkennung als Diabetologe DDG oder der Zusatzbezeichnung „Diabetologe“ zum Ausdruck kommt. Keinesfalls kann die Bewertung durch einen nicht in der Behandlung von Menschen mit Diabetes versierte/n ärztliche/n Sachverständige/n erfolgen, weil diese/r nicht das geforderte ärztliche Fachwissen vorhalten kann.

Weiter führt es aus, dass für die Anerkennung der Schwerbehinderung *das Erfordernis von "täglich mindestens vier Insulininjektionen" nicht so verstanden werden kann, dass ausnahmslos an allen Tagen eine Anzahl von vier Insulininjektionen durchgeführt werden muss. Eine Bewertung des GdB, die sich ausschließlich an der Zahl der Insulininjektionen pro Tag orientiert überzeugt nicht. Vielmehr ist der Therapieaufwand neben der Einstellungsqualität zu beurteilen. Es ist daher davon auszugehen, dass bei der Neufassung des Teil B Nr 15.1 AnlVersMedV zum 22.7.2010 die Zahl von vier Insulininjektionen am Tag nicht als absoluten Grenzwert angesehen werden kann. Des Weiteren verlangt das Erfordernis einer "selbstständigen" Variation der Insulindosis kein "ständiges" Anpassen der Dosis. Entscheidend ist die Abhängigkeit der jeweiligen Dosierung vom aktuellen Blutzucker, der folgenden Mahlzeit und der körperlichen Belastung. Sie kann demnach unter Umständen auch mehrfach gleich bleiben. In keinem Fall ist insoweit allein auf die Anzahl von zusätzlichen Korrekturinjektionen abzustellen.*

Allerdings reicht ein Erfüllen dieser beiden, auf den Therapieaufwand bezogenen Beurteilungskriterien „Therapieaufwand und Einstellungsqualität“ nicht aus. Vielmehr muss die betreffende Person durch Auswirkungen des Diabetes mellitus auch insgesamt gesehen erheblich in der Lebensführung beeinträchtigt sein. Das kommt in Teil B Nr 15.1 Abs 4 Anl VersMedV durch die Verwendung des Wortes "und" deutlich zum Ausdruck. Es ist auch nicht ersichtlich, dass der Ordnungsgeber davon ausgegangen ist, dass bei einem entsprechenden Therapieaufwand immer eine gravierende Beeinträchtigung der Lebensführung vorliegt. Je nach den persönlichen Fähigkeiten und Umständen der betreffenden Person kann sich die Anzahl der Insulininjektionen und die ständige Anpassung der Dosis nämlich unterschiedlich stark auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auswirken. Abgesehen davon ist für die Beurteilung des GdB bei Diabetes mellitus auch die

jeweilige Stoffwechsellage bedeutsam (vgl auch Teil B Nr 15.1 Abs 3 Anl VersMedV; allgemein dazu BSG Urteil vom 24.4.2008 - B 9/9a SB 10/06 R - SozR 4-3250 § 69 Nr 9 RdNr 40), die im Rahmen der Prüfung des dritten Merkmals (gravierende Beeinträchtigung der Lebensführung) berücksichtigt werden kann. Die durch erhebliche Einschnitte bewirkte gravierende Beeinträchtigung in der Lebensführung kann mithin auf Besonderheiten der Therapie beruhen, etwa wenn ein Erkrankter aufgrund persönlicher Defizite für eine Injektion erheblich mehr Zeit benötigt als ein anderer, im Umgang mit den Injektionsutensilien versierter Mensch. Einschnitte in der Lebensführung zeigen sich daneben auch bei einem unzulänglichen Therapieerfolg, also der Stoffwechsellage des erkrankten Menschen.

In diesem Zusammenhang erklärt das BSG, dass die Beurteilung des GdB im Schwerbehindertenrecht ausschließlich final, also orientiert an dem tatsächlich bestehenden Zustand des behinderten Menschen zu erfolgen hat, ohne dass es auf die Verursachung der dauerhaften Gesundheitsstörung ankommt (vgl Oppermann in Knickrehm, Gesamtes Soziales Entschädigungsrecht, § 69 SGB IX RdNr 23 mwN). Das gilt sowohl hinsichtlich unbeeinflussbarer Kausalzusammenhänge (s dazu BSG Urteil vom 30.9.2009 - B 9 SB 4/08 R - SozR 4-3250 § 69 Nr 10 RdNr 20 mwN) als auch für Vorgänge, auf die der Betroffene Einfluss nehmen kann oder die er sogar selbst zu verantworten hat. Insofern kommt es nicht darauf an, welche Folgen eine Vernachlässigung der Diabetes-Therapie bei dem Betroffenen haben würde.

Aktuelle Problematik

Sowohl für betroffene Menschen mit Diabetes als auch deren Behandler ist es offenbar sehr schwierig, die Art der Stoffwechselfysregulation, die Hypoglykämieeigung, die Stoffwechsellage und den hierdurch bedingten Therapieaufwand so zu dokumentieren und darzustellen, dass dieser für die hiermit beauftragte Verwaltung (Landesversorgungsamt) erkennbar wird. Auch wenn die gesetzliche Begrifflichkeit der graduierten Einschnitte in der Lebensführung nachvollziehbar ist, so fehlt es doch an klar definierten Kriterien für betroffene Menschen mit Diabetes und deren Behandler, den Grad der Behinderung so darzustellen, dass dieser nachvollziehbar wird und zur Anerkennung einer angemessen gewürdigten Teilhabebeeinträchtigung führt. Zudem wird es kaum im Sinne des Verordnungsgebers wohlverstandene Praxis werden dürfen, dass sich mit Insulin behandelte Menschen mit Diabetes vorsätzlich in Gefahr begeben, um durch das Fremdhilfeerfordernis eine dokumentierte Schwerbehinderteneigenschaft erwirken zu können.

Problemlösung

Es erscheint hilfreich, die durch einen qualifizierten Diabetologen (Facharzt für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung „Diabetologe“ der Landesärztekammer oder anerkannter Diabetologe DDG) zu attestierende Teilhabebeeinträchtigung, durch den Grad der Art der Stoffwechselfysregulation und die Hypoglykämieeigung, welche den Therapieaufwand und somit die Teilhabebeeinträchtigung bedingen, und den Grad der Einschnitte in der Lebensführung durch leicht nachvollziehbare Kriterien zu definieren.

Grad und Art der Stoffwechselfysregulation

Hypoglykämieeigung	HbA1c <6,5 oder >90% BZ 80-180 mg/dl	HbA1c 6,5- <7,5% oder 70- 90% BZ 80- 180 mg/dl	HbA1c 7,5-<8,0 oder <70-50% BZ 80-180 mg/dl	HbA1c >8,0 oder <50% BZ 80-180 mg/dl
Kein BZ <50 mg/dl	0	1	2	3
<1% BZ <50 mg/dl	1	2	3	4
1-5% BZ <50 mg/dl	2	3	4	4
>5% BZ <50 mg/dl	3	4	4	5
Fremdhilfe <1x/Jahr	4	4	5	5
Fremdhilfe >1x/Jahr	5	5	5	5

- 0 keine Einschnitte in der Lebensführung
- 1 durch Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt
- 2 durch weitere Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt
- 3 durch zusätzlich weitere Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt
- 4 durch erhebliche Einschnitte gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt
- 5 außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellagen

Der Punktwert in der Tabelle erhöht sich jeweils um 1 Pkt bei

- nicht ausgleichbaren Visusminderungen durch diabetische Makulopathie, Retinopathie oder Gesichtsfeldeinschränkungen
- Nierenfunktionsminderungen mit einer GFR <30 ml/min/1,73qm bei diabetischer Nephropathie
- Mobilitätseinschränkungen bei symptomatischer diabetischer Polyneuropathie mit Verlangsamung der Gehgeschwindigkeit, Erfordernis von Gehhilfen oder zeitweiser Immobilisation bei diabetischem Fußsyndrom oder Carcot'scher Neuroosteoarthropathie
- Handhabungsbehinderung oder -verzögerungen bei der BZ-Messungen oder Insulinapplikation durch Finger-/Handdysmorphien oder diabetischer Polyneuropathie der Hände

Begründung:

Keine Einschnitte in der Lebensführung sind anzunehmen, wenn allein durch Lebensstiländerung und die Einnahme von nicht zu Unterzuckerungen führender oraler Medikation (Metformin, Acarbose, Glitazone, DPP-IV-Hemmer, SGLT-2-Inhibitoren) keine regelmäßige Selbstverletzung (z.B. Blutzuckerselbstkontrolle) erforderlich ist und die vereinbarten Therapieziele gemäß der Leitlinie zur Behandlung des Diabetes erreicht werden.

Bereits wenn entweder wegen oraler Medikation mit Unterzuckerungsgefahr (z.B. Sulfonylharnstoffe, Glinide) oder Nichterreichen der vereinbarten Therapieziele gemäß der Leitlinie zur Behandlung des Diabetes regelmäßige Selbstverletzung durch Blutzuckerselbstkontrolle oder Insulingaben mindestens einmal erforderlich werden, liegen hierdurch bedingte **Einschnitte in der Lebensführung** vor, die sich auf die *Planung des Tagesablaufs, der Gestaltung der Freizeit, der Zubereitung der Mahlzeiten, der Berufsausübung und der Mobilität* auswirken, was im Einzelfall individuell dokumentiert werden muss. Z.B. erfordert die abendliche Gabe eines Langzeitinsulins zur Einstellung der richtigen Dosis Blutzuckerselbstmessungen zu bestimmten Zeiten, worauf sowohl bei der Planung des Tagesablaufes, als auch der Freizeitgestaltung, bzw. der Berufsausübung

Rücksicht genommen werden muss. Ebenso wird von der Benutzung eines Fahrzeugs zur Teilnahme am Straßenverkehr abgeraten, wenn der Blutzucker therapiebedingt <90 mg/dl liegt, wodurch die Mobilität eingeschränkt sein kann.

Weitere Einschnitte in der Lebensführung liegen vor, wenn es trotz häufiger als einmal täglich erforderlicher Selbstverletzung (Blutzuckerselbstkontrolle) oder Insulingaben zu mehr als 1% Hypoglykämien kommt oder vereinbarte Therapieziele gemäß der Leitlinie zur Behandlung des Diabetes nicht erreicht werden. Hierdurch ist eine intensivere Auseinandersetzung des Menschen mit Diabetes mit seiner Stoffwechselerkrankung erforderlich, um Unterzuckerungen zu vermeiden und dennoch die vereinbarten Therapieziele zu erreichen. Individuelle Anstrengungen mit mehr als einmal täglicher Selbstverletzung (Blutzuckerselbstkontrolle und/oder Insulingabe) mit Auswirkung auf die *Planung des Tagesablaufs, der Gestaltung der Freizeit, der Zubereitung der Mahlzeiten, der Berufsausübung und der Mobilität* sowie die Häufigkeit der Blutzuckermessungen und der erfolgten Gegenmaßnahmen sind zu dokumentieren und hierdurch nachzuweisen.

Z.B. kann die zweimal tägliche Gabe eines Mischinsulins eine erhebliche Beeinträchtigung der Tagesplanung bedeuten, ohne dass die Zielwerte der Diabetesbehandlung erreicht werden können. Dies kann durch Dokumentation des erhöhten HbA1c-Wertes und mehrfache Blutzuckermessungen belegt werden.

Zusätzliche weitere Einschnitte in der Lebensführung sind anzunehmen, wenn mehr als 5% Hypoglykämien auftreten oder vereinbarte Therapieziele gemäß der Leitlinie zur Behandlung des Diabetes nicht annähernd erreicht werden. Die Schwere der Stoffwechselerkrankung bedingt mehrfach tägliche (bis zu vier) Selbstverletzungen und/oder Insulingaben, welche die Intensität der Bemühungen des Menschen mit Diabetes belegen, Hypoglykämien zu vermeiden und vereinbarte Stoffwechselziele zu erreichen. Fremdhilfe ist hierbei noch nicht erforderlich und es werden noch mehr als die Hälfte der gemessenen Blutzuckerwerte im energetisch günstigen Zielbereich zwischen 80 bis 180 mg/dl gefunden.

Durch erhebliche Einschnitte gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt sind Menschen mit Diabetes, die trotz maximaler Bemühungen mit mindestens vier Insulingaben täglich Fremdhilfe benötigen oder mehr als 5% Hypoglykämien erleiden, ohne den vereinbarten Zielwert zu erreichen, oder weniger als 50% der Blutzuckerwerte im energetisch günstigen Zielbereich von 80-180 mg/dl haben. Die Teilhabebeeinträchtigung mit erheblichen Einschnitten gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt ist hierbei entweder durch den dokumentierten Nachweis von Fremdhilfe, die Häufigkeit der Hypoglykämien oder die überwiegende Zeit in einer energetisch ungünstigen Stoffwechsellage belegt. Konkret muss sich also der schlecht einstellbare Mensch mit Diabetes nicht erst in Gefahr bringen, um gegenüber dem Landesversorgungsamt darzulegen, dass er durch erhebliche Einschnitte gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt ist.

Außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellagen können jeweils höhere GdS-Werte bedingen. Empfohlen wird eine Erhöhung des festgestellten GdS um 10, wenn Fremdhilfeersfordernis mehr als einmal jährlich dokumentiert wurde oder bei erhöhter Hypoglykämieeigung mit mehr als 5% Hypoglykämien eine schlechte Stoffwechsellage (HbA1c $> 8\%$ oder weniger als die Hälfte der Blutzuckermesswerte im Bereich zwischen 80-180 mg/dl) toleriert werden muss.

Die vorgeschlagene Graduierung der **Hypoglykämieeigung** in $<1\%$, $1-5\%$, $>5\%$ und Fremdhilfeersfordernis weniger und häufiger als einmal jährlich und die Abschätzung der **Stoffwechsellage** in Zielwerterreichen mit HbA1c $<6,5\%$ oder BZ-Messwerte $>90\%$ im

normoglykämischen Bereich von 80-180 mg/dl, HbA1c 6,5-7,5% oder BZ-Messwerte >70-90% im Bereich 80-180 mg/dl, HbA1c >7,5-8% oder BZ-Messwerte >50-70% im Bereich 80-180 mg/dl und HbA1c >8% oder BZ-Messwerte <50% im Bereich 80-180 mg/dl entspringt dem auf langjähriger sozialmedizinisch diabetologischer Erfahrung beruhendem operationalisierten Expertenkonsens. Die Einteilung der Hypoglykämiehäufigkeit orientiert sich dabei an den aus der medizinischen Statistik gewohnten Signifikanzniveaus. Die Einteilung der HbA1c-Werte als Ausdruck der Güte der Stoffwechsellage wurde der aktuellen Leitlinie zur Behandlung von Menschen mit Diabetes entnommen.

Der Vorteil dieser Einteilung liegt auf der Hand: Sie berücksichtigt einfach und übersichtlich die leicht zu ermittelnde Häufigkeit von Unterzuckerungen, wie sie heutzutage mit gängigen Analysemethoden innerhalb weniger Minuten verfügbar gemacht werden kann (Auslesesoftware) und gleichzeitig orientiert sie sich nicht nur an dem HbA1c als Gütekriterium für die Stoffwechsellage, sondern auch an der Häufigkeit des Zielwerterreichens der selbstgemessenen Blutzuckerwerte. Dabei wird angenommen, dass unterhalb eines Blutzuckers von 80 mg/dl zu wenig Energie in Form von Blutglucose im Blut verfügbar ist und oberhalb von 180 mg/dl zu wenig Insulin, um die verfügbare Energie im Gewebe einem gesunden Menschen vergleichbar nutzbar machen zu können.

Diese Grenzen erscheinen vordergründig willkürlich, allerdings berücksichtigen sie pathophysiologische Überlegungen und vorliegende medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse wie sie der derzeitigen Leitlinien der Fachgesellschaft entnommen werden können. Dieser Vorschlag des Ausschusses Diabetes und Soziales der DDG eignet sich für die einfache Abschätzung des GdB mit Hilfe leicht zu entwickelnder Software auf Internetseiten oder als APP für Smartphones durch jeden Anwender, natürlich ohne Anspruch auf Verbindlichkeit gegenüber dem Landesversorgungsamt.

Diese aus der Praxis gewonnene Einteilungshilfe zur Abschätzung des Therapieaufwandes der Einstellbarkeit, der Stoffwechsellage und des Zielwerterreichens, verbunden mit den Einschnitten in der Lebensführung unter Berücksichtigung aktueller diabetologischer Leitlinienempfehlungen zur Behandlung des Diabetes ist nicht abschließend und veränderungsfähig. Sollten neuere Forschungsergebnisse eine abweichende Abschätzung als sinnvoller erweisen, muss diese angepasst werden.

Quellen:

Bundessozialgericht (B 9 SB 2/12 R, Urteil vom 25.10.2012)

Zweite Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 14. Juli 2010 (BGBl. 2010, 928)

Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2412)

NVL Therapie des Typ 2 Diabetes, S3, 08/2013

Psychoziales und Diabetes, S2, 06/2013

Leitlinie Therapie des Typ 1 Diabetes, S3, 09/2011

O. Ebert Rechtslage Schwerbehinderten-Ausweis bei Diabetes, <http://www.diabetologie-online.de/a/1571233>

Diese Stellungnahme der DDG wird dem Ausschuss Diabetes und Soziales zur Diskussion und abschließenden Freigabe vorgelegt von

Dr. Hans-Eckart Sarnighausen und C. Willner
Diabetesschwerpunktpraxis in Oedeme
Auf der Höhe 69
21339 Lüneburg
arzt@praxis-oedeme.de
Tel 04131-2235381
Fax 04131-2216031

Unterzeichnete Stellungnahme nach Freigabe

Dr. Hans-Eckart Sarnighausen
Autor und Mitglied des
Ausschusses
Diabetes und Soziales

RA O. Ebert
Vorsitzender des Ausschusses
Diabetes und Soziales

PD Dr. med. Erhard Siegel
Präsident der DDG