



E-Mail: mirjam.kunz@gmx.de

Ich möchte hier kurz über vier (für uns ganz interessante)

Vorträge beim Online-Intensivseminar Endokrinologie letztes Jahr im November berichten:



1. Vortrag: Begutachtung bei (neuro-)endokrinen Erkrankungen Referentin: Frau Dr. Ilonka Kreitschmann- Andermahr, Essen

„Wer ein Grad der Behinderung beantragen möchte, sollte wissen, dass

- die „Behinderung“ mindestens 6 Monate schon vorliegen sollte.
- bei Schwankungen des Gesundheitszustandes nach längerem Leidensverlauf ein Durchschnittswert errechnet wird.
- Störungen, die evtl. einmal auftreten können, aber noch nicht aufgetreten sind, nicht berücksichtigt werden können.
- Schmerzen und psychische Begleiterscheinungen berücksichtigt werden.
- bei der Ermittlung des Gesamt-GdS/GdB nicht alle einzelnen Werte der Funktionsbeeinträchtigungen addiert werden, sondern die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigung, unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander, maßgebend sind.

§3 Beirat

1. Beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ein unabhängiger „Ärztlicher Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin“ (Beirat) gebildet, der das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu allen versorgungsärztlichen Angelegenheiten berät und die Fortentwicklung der Anlage entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und versorgungsmedizinischer Erfordernisse vorbereitet.
2. Der Beirat hat 17 Mitglieder, und zwar
 - 8 versorgungsmedizinisch besonders qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte,
 - 1 Ärztin oder Arzt aus dem versorgungsärztlich, gutachterlichen Bereich der Bundeswehr
 - 8 wissenschaftlich besonders qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte versorgungsmedizinisch relevanter Fachgebiete.
3. Zu den Beratungen des Beirats können externe ärztliche Sachverständige sowie sachkundige ärztliche Vertreter von Behindertenverbänden hinzugezogen werden. Es können Arbeitsgruppen gebildet werden. Dr. Bojunga, Endokrinologe ist derzeit externer ärztlicher Begutachter.

GdB und Hypophyseninsuffizienz?

1. Unter 15.7 Chronische Nebennierenrindeninsuffizienz (Addison-Syndrom) liest man:

„Sie ist gut behandelbar, so dass in der Regel dauernde Beeinträchtigungen nicht zu erwarten sind. Selten auftretende Funktionsstörungen sind analogen funktionellen Beeinträchtigungen (z.B. orthostatische Fehlregulation) entsprechend zu beurteilen.“

Cushing-Syndrom

„Der GdS wird bestimmt von der Muskelschwäche und den Auswirkungen an den verschiedenen Organsystemen (Hypertonie, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus, Osteoporose, psychische Veränderungen).“

L15 SB 23/02 Bayrisches LSG-Urteil vom 11. Mai 2004

2. Zwischen den Beteiligten besteht Streit, mit welchem GdB die Folgen des beim Kläger am 09.04.1997 operativ entfernten Hypophysentumors zu bewerten sind.

- Die Folgen einer Hypophysenvorderlappeninsuffizienz, wie sie beim Kläger vorliegt, sind in den Anhaltspunkten nicht ausdrücklich geregelt.
- Unter Nr. 26.15 (s. 121) der Anhaltspunkte ist lediglich die „chronische Nebennierenrindeninsuffizienz (Addison-Syndrom)“ erwähnt, das gut behandelbar sei, sodass in der Regel dauernde Beeinträchtigungen nicht zu erwarten seien.
- Selten auftretende Funktionsstörungen seien analogen funktionellen Beeinträchtigungen (z. B. orthostatische Fehlregulation) entsprechend zu beurteilen.
- Diese Lücke in den Anhaltspunkten zwingt nach Auffassung des Senats dazu, die GdB-Bewertung für die Folgen der Tumoroperation des Klägers (ohne die psychische und die Sehbeeinträchtigung) in erster Linie in Analogie zu den Vorgaben in den Anhaltspunkten Nr. 26.15 (s. 119) für die Zuckerkrankheit vorzunehmen.
- Hier wie dort geht es um den Ausgleich eines Hormonmangels.

3. Da der Kläger sowohl mit Tabletten (täglich je 1 Tablette zur Substitution des Schilddrüsenhormons bzw. 2 Tabletten Hydrocortison – bei Belastungen auch mehr) als auch mit Spritzen (täglich 1 Spritze bezüglich des Wachstumshormons und alle drei Wochen oder auch kürzer 1 Spritze bezüglich des Geschlechtshormons) behandelt wird, ist dies vergleichbar mit der Behandlung eines Diabetikers durch Diät, orale Antidiabetika und ergänzende Insulin-Injektionen. Hierfür ist ein GdB von 30 auf s. 119 der Anhaltspunkte vorgesehen.

4. Den Vorschlägen der gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. B. und Dr. E. hat sich der Senat nicht anschließen können. Der letztgenannte Sachverständige hat sich bedauerlicherweise – trotz entsprechender Hinweise in der Beweisanordnung – nicht mit den Anhaltspunkten und der speziellen Problematik der erforderlichen Analogie-Schlüsse bezogen auf vergleichbare und in den Anhaltspunkten bewertete Gesundheitsstörungen auseinander gesetzt.

Auch Prof. Dr. B. hat keine überzeugende Begründung für seinen Bewertungsvorschlag mit GdB 50 für die Hypophysenvorderlappeninsuffizienz gefunden. Entgegen den Anhaltspunkten Nr. 18 Abs.7 hat er eine durchschnittliche eingeschränkte Lebenserwartung bei diesem Krankheitsbild berücksichtigt und sich vor allem an den GdB-Vorgaben von Marx/Klepzig und weniger an denen der Anhaltspunkte orientiert.

5. Fazit

- Es ist ein altes Urteil – basierend auf den Anhaltspunkten, nicht den versorgungsmedizinischen Grundsätzen, illustriert aber gut den Analogieschluss, der gezogen werden muss.
- Ein GdB von 30 wird in der Regel bei einer kompletten Hypophysenvorderlappeninsuffizienz gewährt.“

Empfehlungen, wenn ein Grad der Behinderung beantragt wird:

Es muss ersichtlich werden, dass die Erkrankung(en) enorme Einschränkungen im Alltag mit sich bringen. Die Einschränkungen sollten „messbar“ sein. Aus langjähriger, beruflicher Erfahrung kann ich nur bestätigen, dass Betroffene, die ein Gesundheitstagebuch führen, bessere Chancen auf einen GdB haben.

1. Folgendes sollte dokumentiert sein:
 - ✓ Wann traten Anzeichen eines Hydrocortisonmangels auf: welche Symptome hatte man? Wie hat man gehandelt, um den Mangel zu beheben?
 - ✓ Dosisanpassungen: Warum wurde Hydrocortison erhöht? Um wie viel mg wurde die Dosis erhöht?
 - ✓ Sportliche Aktivität: Um wieviel Hydrocortison wurde die Dosis erhöht?
 - ✓ Psychischer Stress?: Wurde die Dosis erhöht?
 - ✓ Dokumentation der Addison-Krise: Leichte? Schwere? Behandlung der Addison-Krise? Selbstinjektion? Vorstellung beim Arzt? Krankenhaus?
2. Es sollten wirklich alle Auffälligkeiten, Dosisanpassungen täglich beschrieben werden. Es genügt nicht, zu schreiben: „Ich fühle mich täglich schwindelig, schwach und muss manchmal mehr Tabletten Hydrocortison einnehmen“.
3. Wer den Blutdruck täglich kontrolliert, sollte auch diese Werte eintragen.

Von den Diabetikern verlangt das Amt für soziale Angelegenheiten die Dokumentation der Blutzuckerwerte der letzten 3 Monate inklusive Angaben zur Insulindosis, Kohlenhydratzufuhr, Anpassung bei Stress, Sport und Krankheit, Notfalldokumentation, Katheterwechsel bei Insulinpumpentherapie, Sensorwechsel und vieles mehr. **Kein Diabetiker bekommt ein GdB von 50 ohne Einreichen der Blutzuckertagebücher mit den o. g. Angaben!**

„Basteln“ Sie sich ihr persönliches Tagebuch im PC. Dann können Sie noch andere Eintragungen vornehmen: z. B. Dokumentation von Peak-Flow-Werten bei Asthma, Dokumentation von Blutdruckwerten bei Bluthochdruck, Dokumentation von Blutzuckerwerten etc. bei Diabetiker u. v. m.

2. Vortrag Neue Standards bei Diabetes insipidus **Referent: Dr. med. C. Fries**

Bisheriger Durstversuch ist sehr aufwendig, unangenehm für den Patienten und hat das Risiko zur Minirin-induzierten Wasserintoxikation (Wasservergiftung)

Neue Parameter:

- Copeptin (CT-ProAVP) für die Diagnose des Diabetes insipidus renalis ausreichend
- Copeptin nach Arginin-Stimulation (Arginin kennen einige Hypophysenpatienten von der Diagnostik des Wachstumshormonmangels): Es kann am besten zwischen dem Diabetes insipidus centralis (von der Hypophyse ausgehend) und der primären Polydipsie unterschieden werden. Der Test ist insgesamt gut verträglich.
- 3% NaCl Infusionstest (alt)

3. Vortrag Präanalytik bei endokrinen Funktionstesten **Referent: Dr. Martin Bidlingmaier**

Herr Bidlingmaier hat in seinem sehr interessanten Vortrag wieder darauf hingewiesen, wie wichtig die richtige Präanalytik (Vorbereitung für bestimmte Untersuchungen) ist, weil es sonst zu falsch positiven (es fällt ein Ergebnis „krankhaft“ aus, obwohl der Mensch gesund ist) oder zu falsch negativen (es fällt ein Ergebnis „gesund“ aus, obwohl der Mensch krank ist) führt.

Beispiele sind z. B. die Einnahme von Biotin vor Bestimmung von Schilddrüsen-Werten, die Einnahme von Blutdruckmedikamenten und Antidepressiva vor der Bestimmung von Renin und Aldosteron. Für manche Hormone ist es auch wichtig, ob die Hormone im Liegen oder Sitzen bestimmt wurden.

Daher ist es wichtig, Hormone auch in einer Facharztpraxis für Endokrinologie oder Fachabteilung im Krankenhaus für Endokrinologie bestimmt zu bekommen.

4. Vortrag Diabetes und Knochen **Referent: Prof. Christian Meier**

Für uns interessant sind die Empfehlungen für folgende endokrinologische Erkrankungen zur Basisdiagnostik Osteoporose nach der Leitlinie 2017:

1. Cushing-Syndrom und subklinischer Hyperkortisolismus
2. Primärer Hyperparathyreoidismus
3. Wachstumshormonmangel bei Hypophyseninsuffizienz
4. Männlicher Hypogonadismus
5. Subklinische und manifeste Hyperthyreose
6. Diabetes Mellitus Typ 1
7. Diabetes Mellitus Typ 2
8. Hyperthyreosis factitia

Falls Sie zu den Vorträgen noch Fragen haben, können Sie mir gerne eine E-Mail schreiben.

Viele Grüße aus der Pfalz

Mirjam Kunz