

Interaktives Seminar Diabetes und Soziales

28. Jahrestagung

Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (GRVS)

Freudenstadt 30.06. - 02.07.2022

P. Hübner, Bonn

und

H. Pollmann, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Dokumentation von Interessenskonflikten (P.H.)

Dtsch Arztebl 2011; 108(6): A 256–60

Arbeitgeber (bis 06/2015)	Klinik Niederrhein der DRV Rheinland
Besitz von Unternehmensaktien mit med. Tätigkeit	nein
Gelder aus Patenten/Lizenzen/Tantiemen	nein
Persönliche Beziehungen zu Unternehmen	nein
Honorare für Beratertätigkeit, Autorenschaft, Gutachtertätigkeit	nein
Erstattung von Kongress-, Reise-, Übernachtungskosten	Arbeitgeber, DAAD, DDG, Akademien für Sozialmedizin B, D, MS, S, AekNo, DGRW
Honorare für Gutachtertätigkeit	Sozialgerichte NRW
Honorare für Vorträge	DRV Bund, DAAD, AekNo, Akademien für Sozialmedizin, DDG, Reha-Verein AW
Honorare für Studiendurchführung	nein
Förderung von eigenen Forschungsvorhaben	Deutsche Rentenversicherung
Mitgliedschaft in Berufsverbänden, Fachgesellschaften, Vereinen	DDG, GRVS, AG Psychologie und Ausschuss Soziales der DDG, DGRW

Dokumentation von Interessenskonflikten (H.P.)

Dtsch Arztebl 2011; 108(6): A 256–60

Arbeitgeber	keiner
Besitz von Unternehmensaktien	nein
Gelder aus Patenten/Lizenzen/Tantiemen	nein
Persönliche Beziehungen zu Unternehmen	nein
Honorare für Autorenschaft	Thieme-Verlag
Erstattung von Kongress- und Reisekosten	Deutsche Rentenversicherung
Honorare für Gutachtertätigkeit	Deutsche Rentenversicherung
Honorare für Vorträge	Deutsche Rentenversicherung
Honorare für Studiendurchführung	nein
Förderung von eigenen Forschungsvorhaben	Deutsche Rentenversicherung
Mitgliedschaft in Fachgesellschaften	DGRW, GRVS, DDG, DGVS, DKG

Fall 1:
Hypoglykämiewahrnehmungsstörung
bei Typ1 Diabetes
Tätigkeit als Pharmareferentin im Außendienst

Fall 1: Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Typ1 Diabetes

Tätigkeit als Pharmareferentin im Außendienst

- 44-jährige Patientin, seit 28 Jahren Diabetes Typ 1. BMI 22 kg/m².
- Seit vielen Jahren Insulinpumpentherapie, mehrere Schulungen, regelmäßige Betreuung in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis.
- HbA1c-Wert: 7,1%, Triglyceride: 212 mg/dl, γ -GT 48: mg/dl, Microalbuminurie, GFR normal, RR unter Therapie (2x5mg Ramipril/die) 134/79 mmHg.
- Bei der Patientin bestehen stark schwankende Blutzuckerwerte und ein wechselndes Stuhlverhalten mit Durchfallepisoden 2-3x/Woche.
- In den letzten 10 Monaten 3 schwere Hypoglykämien (mit Fremdhilfe), mehrmals pro Woche leichte Hypoglykämien.



Fall 1: Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Typ1 Diabetes

Tätigkeit als Pharmareferentin im Außendienst

- Milde nicht-proliferative Retinopathie, bisher keine Lasertherapie, Visus bds. 1,0
- Ausgeprägte schmerzhafte sensomotorische PNP beider Beine, erhöhte Stolperneigung. Die Patientin schläft sehr schlecht. Therapie mit 2x300 mg Gabapentin ohne Effekte.
- Patientin ist verheiratet und hat 2 Kinder (13 und 11 Jahre).
- Die Patientin ist Dipl.-Biologin und arbeitet seit 15 Jahren als Pharmareferentin im Außendienst eines weltweit tätigen Herstellers von Antidiabetika. GbB 50
- Seit 4 Monaten wegen Hypoglykämie-Neigung und PNP krankgeschrieben, Reha durch MDK veranlasst (§51 SGB V).

Fall 1: Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Typ1 Diabetes Tätigkeit als Pharmareferentin im Außendienst

Welche Baustellen (medizinisch und sozial) bestehen bei der Patientin?

1. Neuropathie, Hypoglykämien.
2. Neuropathie, Hypoglykämien, Fahreignung.
3. Neuropathie, Hypoglykämien, Fahreignung, Berufseignung.
4. Neuropathie, Hypoglykämien, Fahreignung, Berufseignung, Erwerbsfähigkeit.

Fall 1: Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Typ1 Diabetes Tätigkeit als Pharmareferentin im Außendienst

Welche Ideen zur Lösung der Probleme haben Sie?

Fall 1: Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Typ1 Diabetes

Tätigkeit als Pharmareferentin im Außendienst

Welche sozialmedizinische Beurteilung geben Sie über die Patientin ab?

1. Fortsetzung der letzten Tätigkeit weiterhin möglich, bis Besserung weiter AU.
2. Innerbetriebliche Umsetzung ohne Fahrtätigkeit, bis zur Umsetzung AU.
3. Innerbetriebliche Umsetzung ohne Fahrtätigkeit, bis zur Umsetzung AU, passageres Fahrverbot.
4. Es besteht Erwerbsunfähigkeit.

Fall 1: Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Typ1 Diabetes

Tätigkeit als Pharmareferentin im Außendienst

Weiterer Verlauf

Während der Reha:

- Einleitung einer Schmerztherapie mit Amitryptilin und Tilidin
- Ernährungsberatung zum Management einer diabetischen Gastroparese, Bedarfsmedikation mit Lopedium
- Empfehlung der Verordnung eines CGM-Geräts durch Diabetologen
- Sozialberatung
- Kontaktaufnahme mit Betriebsarzt und Personalabteilung des Arbeitgebers mit dem Ziel der Umsetzung in eine Tätigkeit ohne Fahrtätigkeit

Fall 1: Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Typ1 Diabetes

Tätigkeit als Pharmareferentin im Außendienst

Weiterer Verlauf

Sozialmedizinische Beurteilung:

- Entlassung arbeitsunfähig (wg. Neueinstellung auf Opioid-Therapie und rezidivierenden schweren Hypoglykämien)
- Vorübergehendes sog. ärztliches Fahrverbot
- Vollsichtlich einsetzbar auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Sicherstellung der Möglichkeit einer zeitnahen Hypoglykämie-Therapie am Arbeitsplatz
- Tätigkeiten mit regelmäßiger Fahrtätigkeit nicht zumutbar

Fall 1: Hypoglykämiewahrnehmungsstörung bei Typ1 Diabetes

Tätigkeit als Pharmareferentin im Außendienst

Weiterer Verlauf nach der Reha

- Verordnung eines CGM-Geräts mit closed-loop-Funktion durch Diabetologen, Vereinbarung höherer BZ-Zielwerte (HbA1c-Wert ~8,0%)
- Seit der Reha nur noch sehr selten leichte Hypoglykämien
- Deutliche Reduktion der neuropathischen Schmerzen durch kontinuierliche pharmakologische Schmerztherapie
- 8 Wochen nach der Reha wieder private Autofahrten
- Nach mehreren Gesprächen im Betrieb Versetzung in die Vertriebsabteilung im Stammwerk, großzügige Home-Office-Regelung

Infos zu Fall 1

Infos zu Fall 1

Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung:

Führerschein-Gruppe 1: „Bei wiederholt auftretenden schweren Hypoglykämien im Wachzustand soll eine Fahrerlaubnis in der Regel erst drei Monate nach der letzten Episode erteilt oder erneuert werden.“

Führerschein-Gruppe 2: „In den letzten 12 Monaten darf keine wiederholte schwere Hypoglykämie aufgetreten sein. Abhängig von der ärztlichen Begutachtung im jeweiligen Einzelfall kann jedoch unter günstigen Umständen auch eine kürzere Frist ausreichend sein; der Zeitraum bis zur Wiedererlangung der Fahreignung beträgt aber dann mindestens 3 Monate.“

„Die Fahrzeugnutzung ist zu berücksichtigen, da innerhalb der Gruppe 2, aber auch bei beruflichen Fahrzeugführern der Gruppe 1 (z.B. Kurierdienste), sowohl die Anforderungen an die Fahrzeugführer (z.B. Ladearbeiten, Termindruck, Arbeits- und Fahrzeiten) als auch das Gefährdungspotenzial durch die Fahrzeugnutzung ... sehr unterschiedlich sein können.“

Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung:

„Wer Betäubungsmittel im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) nimmt oder von ihnen abhängig ist, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Dies gilt nicht, wenn die Substanz aus der bestimmungsgemäßen Einnahme eines für einen konkreten Krankheitsfall verschriebenen Arzneimittels herrührt.“

Zur Nutzung von CGM-Geräten:

“Overall, the present data suggest that minimally and non-invasive monitoring systems are not sufficiently accurate for detecting hypoglycaemia in routine use.” ¹

Bei einer Gerätenutzung während der Teilnahme am Straßenverkehr gilt das sog. Handy-Verbot gem. § 23 StVO. ²

1. Lindner et al., Systematic Reviews, 10 (2021) 145 <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01644-2>

2. Stellungnahme des Ausschuss Soziales der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), 9. Februar 2022

Fall 2:

**Typ2 Diabetes mit Charcot-Fuß
Tätigkeit als Stahlwerker**

Fall 2: Typ2 Diabetes mit Charcot-Fuß Tätigkeit als Stahlwerker

- 54jähriger Patient, seit 18 Jahren Diabetes mellitus Typ 2 b, Jahrelang medikamentöse Therapie mit oralen Antidiabetika, hausärztlich betreut.
- Initial schlechte Therapieadhärenz, zunächst Facharztkontakt und Insulintherapie abgelehnt – auch aus beruflichen Gründen.
- Nach 15 Jahren Gewichtszunahme 14 kg, BMI 39 kg/m², HbA1c-Wert 9,8%.
- Über 2 Jahre zunehmende Symptome i.S. eines Charcot-Fußes. Vor 10 Monaten klinisch und radiologisch Diagnose einer diabetisch-neuropathischen Osteoarthropathie (DNOAP) mit sensibler Polyneuropathie: lange AU-Zeit.
- Sehfähigkeit nicht alltagsrelevant eingeschränkt trotz milder Retinopathie.



Fall 2: Typ2 Diabetes mit Charcot-Fuß Tätigkeit als Stahlwerker

- Nach Anbindung an Diabetes-Schwerpunktpraxis: Versicherter nach adäquater Therapie (u.a. vorübergehende Cast-Therapie) lokal beschwerdefrei, knöcherne Strukturen stabil. Trägt verordnetes diabetesgerechtes Schuhwerk (DAF-Schuh).
- HbA1c-Wert zuletzt 8,3% unter Intensivierter Insulintherapie (ICT). BMI 34 kg/m².
- Ausbildung als Verfahrensmechaniker Hütten-/Halbzeugindustrie (Eisen/Stahl/Metall), zahlreiche innerbetriebliche Fortbildungen. Seitdem mittelschwere – schwere Arbeit im Stahlwerk in 3-fach-Schicht, v.a. mit Stehen und Gehen. Arbeitssicherheitsschuhe erforderlich, regelmäßige Hitze-/Kälte-Einwirkung.
- Patient kommt nach 15 Monaten AU und ohne Arbeitsplatzverlust in die Reha auf Anregung des Betriebsarztes. Fühlt sich beschwerdefrei, will wieder arbeiten, da Aussteuerung droht.

Fall 2: Typ2 Diabetes mit Charcot-Fuß Tätigkeit als Stahlwerker

Welche klinischen und sozialmedizinischen Überlegungen stellen Sie an?

1. Sicherheitsschuhe mit diabetesadaptierter Fußbettung und Rückkehr an den alten Arbeitsplatz.
2. Rückkehr an den alten Arbeitsplatz erst nach erfolgreicher Lebensstiländerung. Dann Sicherheitsschuhe mit diabetesadaptierter Fußbettung.
3. Innerbetriebliche Umsetzung.
4. Erwerbsunfähigkeit.

Fall 2: Typ2 Diabetes mit Charcot-Fuß Tätigkeit als Stahlwerker

Welche sozialmedizinische Beurteilung geben Sie über den Patienten ab?

1. AU bis zur Auslieferung der Sicherheitsschuhe, dann Fortsetzung der letzten Tätigkeit.
2. AU bis zur erfolgreichen Lebensstiländerung und Auslieferung der Sicherheitsschuhe, dann Fortsetzung der letzten Tätigkeit.
3. Innerbetriebliche Umsetzung notwendig, solange AU.
4. Umschulung in leichte körperliche Tätigkeit, ersatzweise Erwerbsunfähigkeit prüfen.

Fall 2: Typ2 Diabetes mit Charcot-Fuß

Tätigkeit als Stahlwerker

Verlauf

Während der Reha:

- Schulung mit dem Ziel guter Selbstmanagement-Fähigkeiten im Arbeitsleben und weiterer moderater Gewichtsabnahme
- Verbesserung der Stoffwechsellage, angestrebter HbA1c-Zielwert: ~ 7,5%
- Leidensangepasstes Bewegungstraining, Ziele:
 - Nachhaltige Stabilisierung der Stoffwechsellage
 - Stärkung von Muskulatur und Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems
- Intensive Beratungsgespräche mit Sozialdienst und Reha-Fach-Beratung
 - Kontaktaufnahme mit Betrieb

Fall 2: Typ2 Diabetes mit Charcot-Fuß Tätigkeit als Stahlwerker

Sozialmedizinische Beurteilung :

- Leichte körperliche Tätigkeiten >6 Std./Tag zumutbar, ausschließlich in Tagschicht
- Tätigkeiten zumutbar überwiegend im Sitzen, zeitweise stehend, wenig Gehen
- Kein Bewegen, Heben und Tragen von schweren Lasten
- Angepasstes orthopädisches Schuhwerk = Diabetesschutzschuh mit diabetes-adaptierter Fußbettung (DAF) zwingend erforderlich, Finanzierung als LTA
- Bisherige Tätigkeit als Arbeiter im Stahlwerk nicht mehr möglich

Fall 2: Typ2 Diabetes mit Charcot-Fuß Tätigkeit als Stahlwerker

Weiterer Verlauf

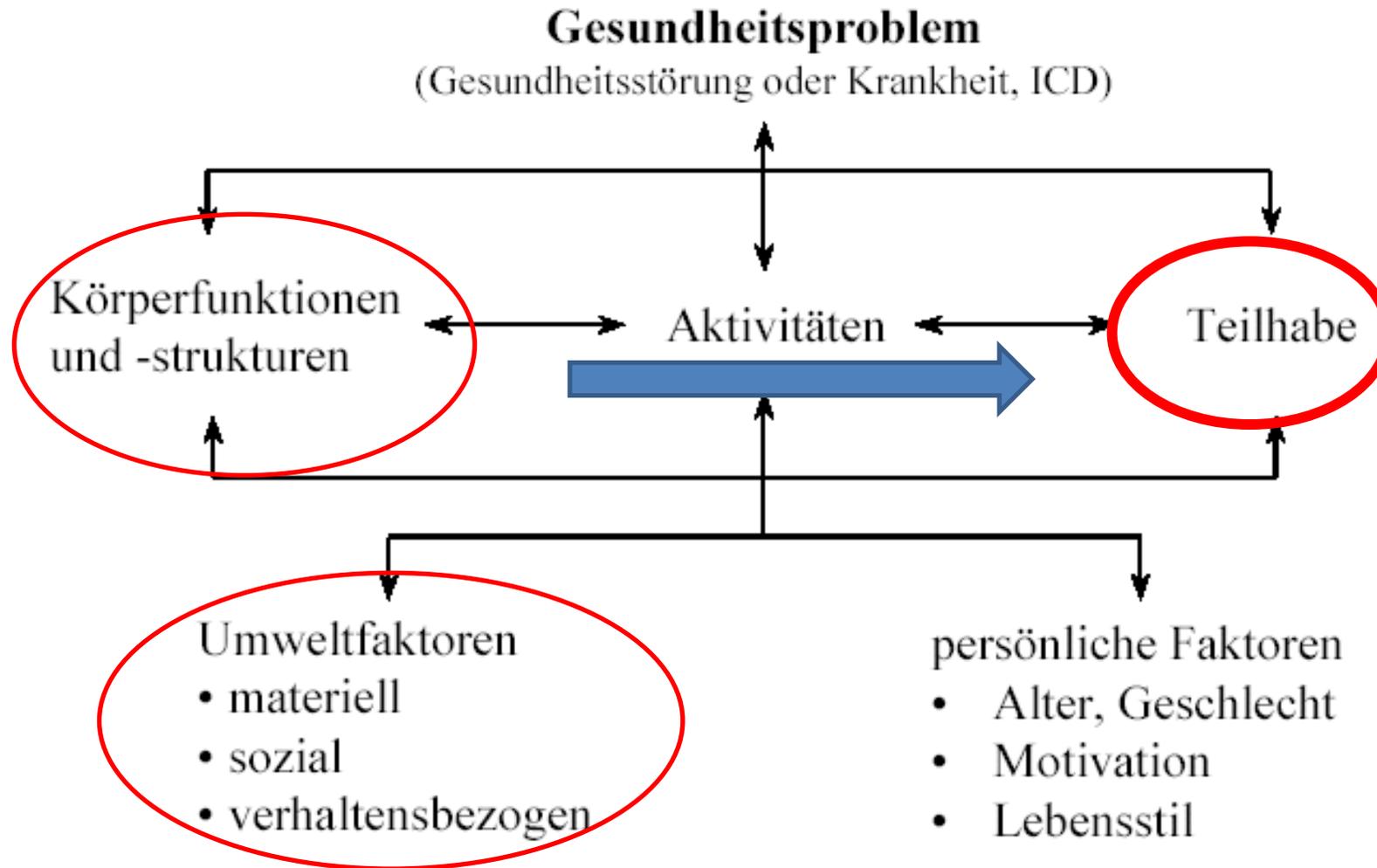
- Versicherter wollte weiter in seinem Werk, an seinem Platz arbeiten
- Unternehmen sehr interessiert, den erfahrenen Mann zu halten.

Umsetzung im Unternehmen:

- nur Arbeiten am Leitstand – keine Arbeitssicherheitsschuhe (!)
- vor Wiederbeginn Inspektion die Füße des Arbeiters durch Betriebsarzt
- tgl. 2 x selbständige Fußinspektion: vor Beginn und am Ende der Arbeitszeit
- bei optischen Auffälligkeiten (Rötung, Bluterguss, Schwellung, offene Stelle oder Verletzung) sofort zum Betriebsarzt (vom Betrieb fest angestellt)

Infos zu Fall 2

Biopsychosoziales Krankheitsmodell - praktische Anwendung



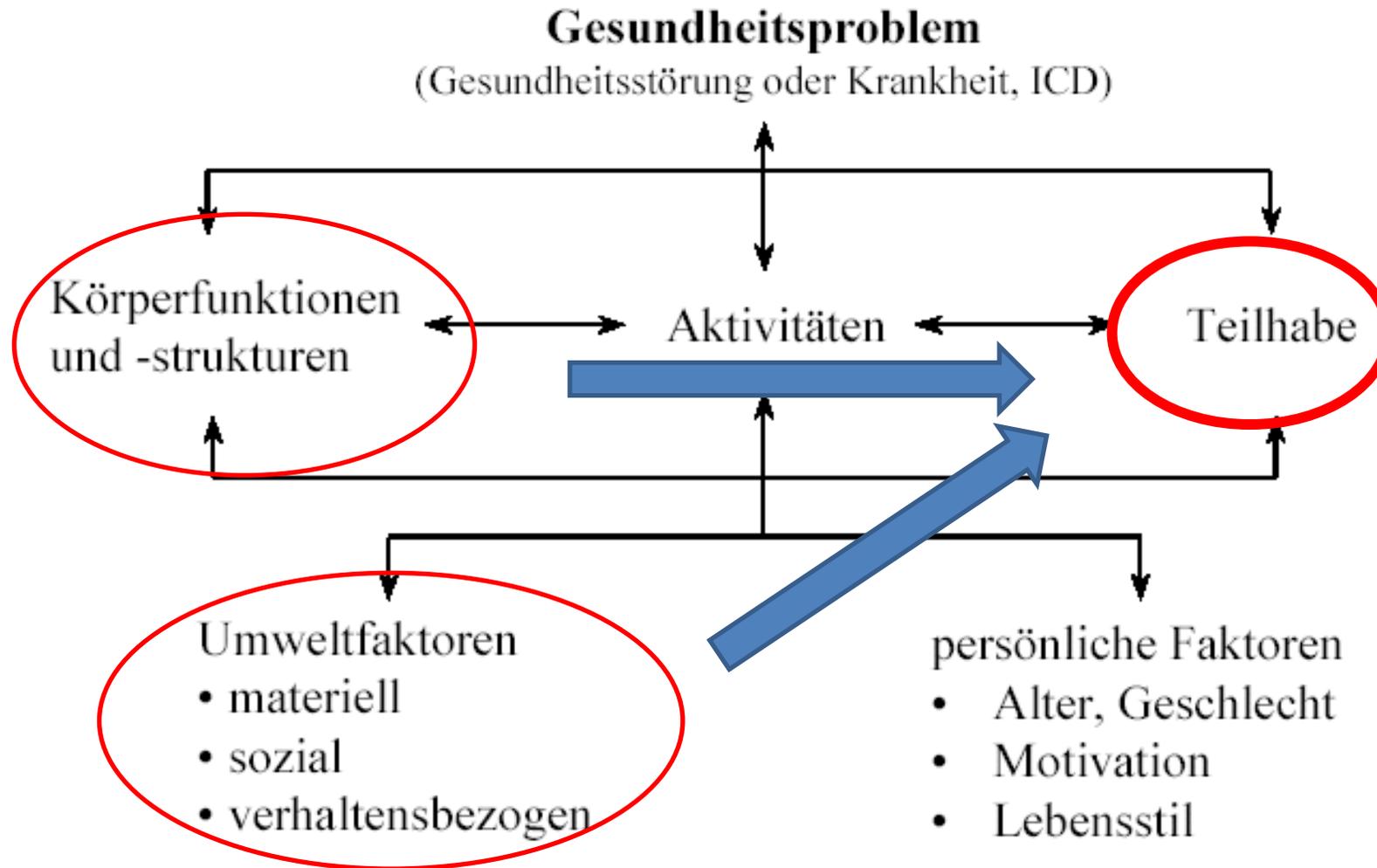
Interventionen auf der Ebene Körperfunktionen und –Strukturen

Schulung, Beratung, Therapie

Elemente im Detail:

- Gewichtsreduktion
- Entlastung des Fußes durch geeignetes Schuhwerk
- Verbesserung der Stoffwechsellage durch Optimierung der Diabetes-Therapie
- Verbesserung der körperlichen Fitness

Biopsychosoziales Krankheitsmodell - praktische Anwendung



Interventionen auf der Ebene Umwelt- (=Kontext)Faktoren

Aktivierung bzw. Nutzung von förderlichen Kontextfaktoren:

- Reha-Fachberatung
- Innerbetriebliches Gesundheitsmanagement
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) der Deutschen Rentenversicherung
- Kontinuierliche Betreuung durch werksärztlichen Dienst des Unternehmens

Fall 3

**Diabetes mellitus Typ 3c
Tätigkeit als Dachdecker**

Fall 3: Diabetes mellitus Typ 3c Tätigkeit als Dachdecker

- 53-jähriger Patient
- 2012 chronische äthyltoxische Pankreatitis mit Pseudozyste, 2017 stationäre Suchttherapie, seither abstinent.
- 2016 Stammganglieninsult ohne Residuen, danach Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 3c.
- Hypertonus, Hyperlipidämie, COPD, Z.n. Nikotinabusus, Refluxkrankheit.
- Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit (subjektiv 60%), ungewollte Gewichtsabnahme von ca. 10 kg innerhalb eines Jahres



Fall 3: Diabetes mellitus Typ 3c

Tätigkeit als Dachdecker

- Medikamente: ASS 100, Bisoprolol 5 mg, Simvastatin 20 mg
- Seit 2017 Metformin und Sitagliptin, ab dem Abendessen Apidra® nach BZ-Wert und Lantus® zur Nacht. Bei großen BE-Mengen tagsüber Repaglinid 1 mg
- Bei körperlichen Anstrengungen starker BZ-Abfall, daher tagsüber keine Insulintherapie.
- BZ-Werte 250-300 mg/dl tagsüber, letzter HbA1c-Wert 11,5% (4/2022)
- Letzte Schulung 2019, Letzte augenärztliche Untersuchung 2021 o.B.
- Keine Hypoglykämien im letzten Jahr. Keine diabetischen Folgekrankheiten (insbesondere Retinopathie oder Neuropathie) nachweisbar.

Fall 3: Diabetes mellitus Typ 3c

Tätigkeit als Dachdecker

- Labor: HbA1c-Wert: 11,6 %, C-Peptid 0,6. Sonst Labor unauffällig.
- Größe 178 cm, Gewicht 71,5 kg.
- Erlerner Beruf: Tischler. Letzte Tätigkeit: Dachdecker, seit 25 Jahren in einem mittelständischen Betrieb tätig.
- Tätigkeitsmerkmale: schwere Tätigkeit mit Heben, Tragen, Bücken, Zwangshaltungen, Besteigen von Leitern und Gerüsten und Klettern.
- Hohe Arbeitszufriedenheit, möchte gerne wieder arbeiten.
- AU seit 6 Monaten wegen Pneumonie und körperlicher Schwäche (Ausschluss SARS-Covid-19-Infektion), GdB: 50 v.H.
- Aufnahme in die Reha-Klinik nach §51, SGB V

Fall 3: Diabetes mellitus Typ 3c Tätigkeit als Dachdecker

Welche Diabetestherapie ist angemessen?

1. Fortführung der oralen Medikation mit Insulingabe abends (BOT).
2. Intensivierung der medikamentösen Therapie (z.B. SGLT2-Hemmer).
3. Umstellung auf eine intensivierete Insulintherapie (ICT).
4. Verordnung einer Insulinpumpe.

Fall 3: Diabetes mellitus Typ 3c Tätigkeit als Dachdecker

Welche Baustellen (medizinisch und sozial) bestehen bei dem Patienten?

Welche Ideen zur Lösung der Probleme haben Sie?

Fall 3: Diabetes mellitus Typ 3c

Tätigkeit als Dachdecker

Im Verlauf der Reha:

- Therapie mit Metformin, Sitagliptin und Repaglinid beendet
- Umstellung auf ICT mit Insulin glulisin (Apidra®) und Insulin glargin (Lantus®)

Bei Entlassung:

- Gewichtszunahme von 6 kg
- Blutzuckerwerte deutlich gebessert, keine Hypoglykämien, aber verschwommenes Sehen

Fall 3: Diabetes mellitus Typ 3c Tätigkeit als Dachdecker

Wie geht es beruflich weiter?

1. Fortführung der Tätigkeit als Dachdecker möglich.
2. Keine Fortführung der Tätigkeit als Dachdecker möglich, Umschulung.
3. Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente.
4. Gewährung einer Erwerbsunfähigkeitsrente.

Fall 3: Diabetes mellitus Typ 3c

Tätigkeit als Dachdecker

Sozialmedizinische Beurteilung

(nach Beratung durch Arbeitsmediziner der BG Bau):

- Zunächst weiter arbeitsunfähig
- Durchführung einer Hypoglykämie-Wahrnehmungs-Schulung
- Einwöchiges ambulantes CGM zum Nachweis der BZ-Konstanz
- Danach Verordnung eines CGM-Geräts mit Hypoglykämie-Warnung
- Anschließend Fortsetzung der letzten Tätigkeit möglich, Voraussetzung: Normalisierung des Sehvermögens
- Regelmäßige Untersuchung und Untersuchung durch arbeitsmed. Dienst

Fall 3: Ein Dachdecker mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus



Infos zu Fall 3

Sehstörungen bei stark schwankenden Blutglucose-Werten

„Bei schneller Senkung längerfristig stark erhöhter Blutglukosewerte (z. B. durch Insulin) kann [es] bei Patienten durch Schwankungen der Linsenbrechkraft aufgrund von osmotischen Effekten der erhöhten Blutglukose zu verschwommenem Sehen kommen. Dies kann bei davon betroffenen Patienten die Fahrsicherheit bis zu einer Dauer von 3 Monaten beeinträchtigen.“

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG): Diabetes und Straßenverkehr, 1. Auflage, 2017.

Available from www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/leitlinien/evidenzbasierte-leitlinien.html ; [cited: 06.06.2022]

Diese Feststellung kann im Analogieschluss auch auf das Arbeitsleben übertragen werden.

Fall 4:

**Typ1 Diabetes mit rezidivierenden schweren
Hypoglykämien**

Krankenpflegekraft im Alleindienst/Nachtdienst

Fall 4: Typ1 Diabetes mit rezidivierenden schweren Hypoglykämien

Krankenpflegekraft im Alleindienst/Nachtdienst



- 26jährige Krankenpflegerin, seit 5 Jahren Typ1 Diabetes, mehrere Schulungen, nach initialer ICT auf Insulinpumpe umgestellt.
- Aktueller HbA1c-Wert 5,8%. Betreuung in diabetologischer Schwerpunktpraxis.
- Wiederholt schwere Hypoglykämien, Ø: 2 – 4 x/Jahr, z. T. mit KH-Aufenthalten.
- Kein GdB beantragt, fühle sich nicht „(schwer-)behindert“ – Nachteilsausgleiche „egal“.
- Durchschnittlich 4-6 Blutglukose-Messungen/Tag, bemerkt Hypoglykämien meistens: Unterschiedliche, wechselnde Hypo-Symptome, zusätzliche Messungen zur Absicherung, „komme gut zurecht“.

Fall 4: Typ1 Diabetes mit rezidivierenden schweren Hypoglykämien Krankenpflegekraft im Alleindienst/Nachtdienst

- Treibt viel Sport, sehr „diabetes-beflissen“, aktiv in Selbsthilfegruppe, ausgeprägte Angst vor Spätkomplikationen, v.a. vor Erblindung und Dialyse
- Patientin versieht aus privaten Gründen ausschließlich Nachtdienste. Während des Dienstes bisher 3x verlangsam und desorientiert gewesen, nach Hinweisen von Patienten selbständig orale Zufuhr glukosehaltiger Lebensmittel.
- Kolleginnen und Vorgesetzte haben Kenntnis von diesen Vorfällen und bedrängen die Versicherte, keine (Allein-)Nachtdienste mehr zu machen. Sie will nicht anders arbeiten, reguliert sich für die Nachtdienste auf höhere BZ-Werte (> 180 mg/dl).
- Betriebsarzt der Klinik hat Reha eingeleitet wegen gefährdeter Erwerbsfähigkeit

Fall 4: Typ1 Diabetes mit rezidivierenden schweren Hypoglykämien Krankenpflegekraft im Alleindienst/Nachtdienst

Welche Baustellen (medizinisch und sozial) bestehen bei der Patientin?

Welche Ideen zur Lösung der Probleme haben Sie?

Fall 4: Typ1 Diabetes mit rezidivierenden schweren Hypoglykämien Krankenpflegekraft im Alleindienst/Nachtdienst

Was würden Sie als Betriebsärztin/-arzt tun, der von den Vorgesetzten der Beschäftigten eingeschaltet wurde?

1. Tätigkeitsverbot bis zur Besserung der Hypoglykämieeignung.
2. Rehabilitation veranlassen.
3. Umsetzung in den Tagdienst ohne Allein-Tätigkeit.
4. Dienstfähigkeits-Gutachten durch Diabetologen veranlassen.

Fall 4: Typ1 Diabetes mit rezidivierenden schweren Hypoglykämien

Krankenpflegekraft im Alleindienst/Nachtdienst

Verlauf in der Reha:

- Ärztliche Beratung: Vorschlag, CGM + Insulinpumpe probeweise zu nutzen. Zunächst Ablehnung wegen „hohen Aufwands“ + „viel Zeugs am Körper“
- Psychologische Beratung: Reflexion der somatischen und sozialen Therapieziele und deren Erreichbarkeit
- Kontaktaufnahme mit Betriebsarzt, Vorgesetzten und Personalrat

Verlauf nach der Reha:

- eingehende CGM-Info durch behandelnden Diabetologen, anschließend probeweise 4 Wochen Nutzung von CGM + Insulinpumpe
- Versicherte danach begeistert, wollte CGM nicht mehr abgeben
- Antrag auf CGM bei Krankenversicherung wegen wiederholter schwerer Hypoglykämien und beruflicher Situation; Bewilligung von CGM und Insulinpumpe in Verbindung mit CGM-Schulung

Fall 4: Typ1 Diabetes mit rezidivierenden schweren Hypoglykämien - Krankenpflegekraft im Alleindienst/Nachtdienst

Weiterer Verlauf

- Seit 12 Monaten ohne (schwere) Hypoglykämie oder AU-Tage, Patientin arbeitet mit höheren Blutzucker-Zielwerten (letzter HbA1c-Wert: 7,1%)
- Weiterhin als Krankenschwester im (Allein-)Nachtdienst tätig – „glücklich“ - eigene CGM-Ablehnung „nicht mehr nachvollziehbar“
- Komme „hervorragend zurecht“ – keine „Gewissensbisse“ mehr - hohe Akzeptanz bei den KollegInnen u. Patienten, soziale Anerkennung - überlegt 2-jährige Weiterbildung zur Fachkrankenschwester für Intensivpflege zu machen
- Gleichzeitig Heiratspläne und Gedanken an Schwangerschaft

Infos zu Fall 4

Blutzuckerzielwerte bei Typ-1-Diabetes

„Bei Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes sollte ein HbA1c-Wert $\leq 7,5\%$ angestrebt werden, solange keine problematischen Hypoglykämien auftreten.“

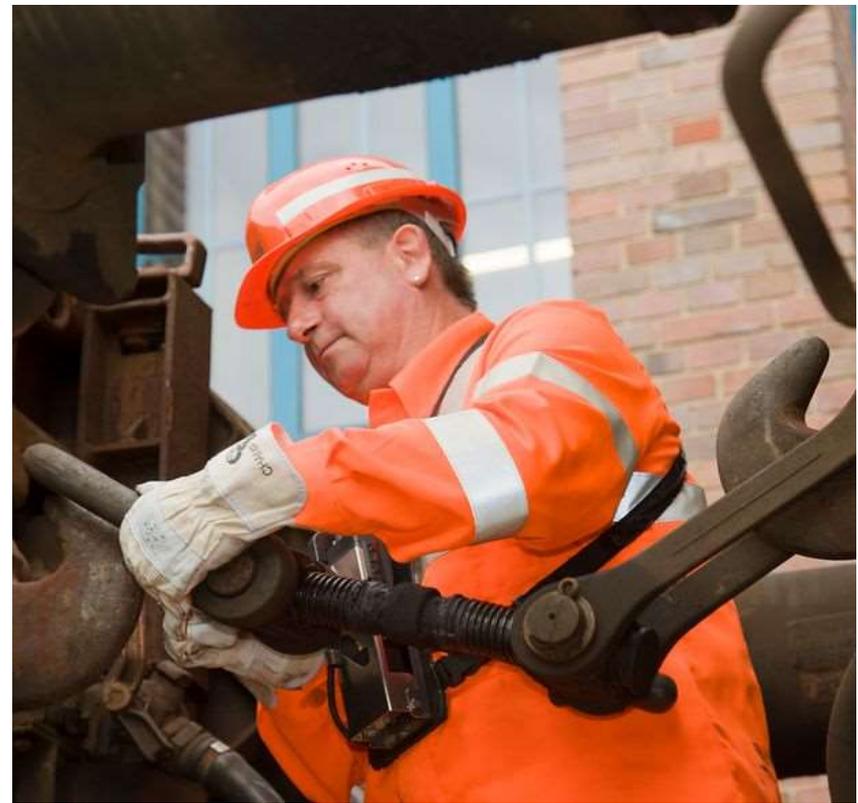
„Bei Menschen mit Typ1-Diabetes sollen in Bezug auf die glykämische Kontrolle individualisierte Therapieziele mit dem Patienten vereinbart werden. Die Wahl des HbA1c-Zielwerts sollte stets als ein Kompromiss zwischen dem Risiko für Hypoglykämien und deren Folgen, dem erwartbaren Nutzen der Risikoreduktion hinsichtlich diabetesbedingter Folgekomplikationen, der Patientenpräferenz und den Möglichkeiten des Patienten zur Therapieadhärenz behandelt werden, wobei etwaige Komorbiditäten zu berücksichtigen sind.“

**Zu guter Letzt:
Ein sozialmedizinisches Bilderquiz**



Welche der beiden Tätigkeiten dürfen Menschen mit Diabetes ausüben?

1. Beide.
2. Nur die im linken Bild.
3. Nur die im rechten Bild.
4. Keine von Beiden.



Welche der beiden Tätigkeiten dürfen Menschen mit Diabetes ausüben?

1. Beide.
2. Nur die im linken Bild.
3. Nur die im rechten Bild.
4. Keine von Beiden.

Guideline ADA

Diabetes and employment (2009)

“People with diabetes should be individually considered for employment based on the requirements of the specific job and the individual's medical condition, treatment regimen, and medical history. (E)

Most people with diabetes can manage their condition in such a manner that there is no or minimal risk of incapacitation from hypoglycemia at work. A single episode of severe hypoglycemia should not per se disqualify an individual from employment, but an individual with recurrent episodes of severe hypoglycemia may be unable to safely perform certain jobs, especially when those episodes cannot be explained. (E)

Proper safety assessments should include review of blood glucose test results, history of severe hypoglycemia, presence of hypoglycemia unawareness, and presence of diabetes-related complications and should not include urine glucose or A1C/eAG tests or be based on a general assessment of level of control. (E)”

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Mitarbeit!

Dr. P. Hübner

Auf dem Mühlenberg 35, 53225 Bonn

p.k.huebner@t-online.de

Dr. H. Pollmann

Alte Ziegelei 42, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

pollmann@reha-aw.de