

---

# 18 Begutachtung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen

## ■ Einleitung

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen machen auf Grund der bei den Betroffenen oft schnell einsetzenden Leistungsminderung [4, 5] relativ häufiger eine sozialmedizinische Beurteilung notwendig als es ihrer allgemeinen Krankheitsinzidenz entspricht. Der Gutachter muss über spezielle Kenntnisse und klinische Erfahrung auf dem Gebiet dieser Erkrankungen und der gültigen Bestimmungen der Sozialgesetzgebung verfügen. Er soll dazu in der Lage sein, eine Arbeitsplatzbeschreibung auf das Leistungsprofil des zu Begutachtenden zu übertragen. Der besondere Prozesscharakter entzündlich-rheumatischer Erkrankungen ist stets im Auge zu behalten. Subakut bis chronischer Verlauf, Fehlen sicherer Zeichen der Verlaufsprognose, spontane Verlaufsänderungen, tagesrhythmische Schwankungen der Schmerzintensität und der damit verbundenen Funktionsbehinderung kennzeichnen die klinischen Krankheitsbilder. Außerdem sind relevante unerwünschte Wirkungen medikamentöser Langzeitbehandlung (z. B. Osteoporose) zu bewerten. Beeinträchtigung des familiären und beruflichen Umfeldes sowohl durch wahrnehmbare Minderung der Leistungsfähigkeit als auch durch sichtbare Gelenk- und/oder Wirbelsäulendeformierungen müssen in die Beurteilung eingehen. Der Charakter entzündlich-rheumatischer Krankheitsbilder als systemische Bindegeweserkrankungen erfordert die Beachtung viszeraler Organbeteiligungen und der damit verbundenen Konsequenzen für die Globalfunktion.

## ■ Grundlagen der Begutachtung

### Anamnese und Befund

Die Anamnese ist wie in der Rheumatologie üblich (s. Kap. 1.1) zu erheben. Die Schmerzanalyse ist wichtige Grundlage sozialmedizinischer Beurteilung hat Folgendes zu berücksichtigen. Schmerzlokalisierung und Schmerzqualität (Art, Stärke und Dauer). Faktoren wie tageszeitliche und/oder medikamentös induzierte Schwankungen sind in ihrem Einfluss auf die Schmerzqualität zu erfragen. Auswirkungen auf den Schmerz durch bestimmte Bewegungsabläufe wie Heben und Tragen, Arbeiten über Kopf bzw. unter zeitlichem Druck und unter den Bedingungen des Schichtdienstes müssen analysiert werden. Die Sozialanamnese muss enthalten: Schulbildung erlernten und ausgeübten Beruf,

Bewältigung des Weges zur Arbeitsstelle, schon durchgeführte berufsfördernde Maßnahmen, Dauer und Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeit und ggf. der Arbeitslosigkeit, bereits festgesetzte Leistungsminderung z. B. nach dem Schwerbehindertengesetz (SGB IX). Darüber hinaus sind Kenntnisstand über die eigene Erkrankung, Integration in Selbsthilfeorganisationen sowie die psychische Auswirkung der Erkrankung und die damit verbundene Beeinflussung des häuslichen und beruflichen Umfeldes zu bewerten. Die eigene Einstellung des zu Begutachtenden zu der anstehenden sozialmedizinischen Beurteilung ist in Erfahrung zu bringen.

Die allgemeine Befunderhebung erfolgt nach den gültigen Kriterien (s. Kap. 1.2). Das Ausmaß der Funktionsbehinderung ist an Hand von Funktionstests für die einzelne Gelenkbeweglichkeit und die Komplexbewegungen (Neutral-0-Methode und z. B. ADL, FFbH, Keitel-Test) zu beurteilen [2]. Es soll eigene Erfahrung im Gebrauch solcher Verfahren für die graduelle Einstufung der Komplexfunktion vorhanden sein. Es ist zu berücksichtigen, dass die Bewertung eines solchen Tests auch die individuelle berufliche und häusliche Situation einbeziehen muss. Das Ergebnis ist nicht zuletzt auch von der Compliance des zu Begutachtenden abhängig. Der Hilfsmittelgebrauch muss auf seine technische Qualität, die individuelle Anpassung und den richtigen Gebrauch durch den Benutzer sowie auf ihre Vollständigkeit überprüft werden. Viszerale Komplikationen und ihre Auswirkung auf die Globalfunktion sind zu beurteilen und eventuelle diesbezügliche Zusatzgutachten sind dem Auftraggeber vorzuschlagen. Die psychische Auswirkung der Erkrankung und ihre Beeinflussung des häuslichen und beruflichen Umfeldes sind einzubeziehen.

### **Labordiagnostik, bildgebende Verfahren**

Alle übermittelten Befunde müssen auf Aktualität, Vollständigkeit und Qualität überprüft werden. Die Aussage von Laborergebnissen kann z. B. unter Kortisonbehandlung hinsichtlich einer Beurteilung humoraler Entzündungszeichen und immunologischer Parameter eingeschränkt sein. Eine Diskrepanz zwischen fehlenden oder geringen humoralen Entzündungszeichen und klinischem Befund darf nicht fehlgedeutet werden. Die Latenzzeit zwischen Krankheitsbeginn und ersten Röntgenzeichen ist zu berücksichtigen. Im Übrigen wird auf die diesbezügliche Darstellung in den Kapiteln 1.3 und 1.4 verwiesen. Das Ergebnis bei der Begutachtung neu erhobener Befunde muss ggf. unmittelbar dem Hausarzt zur Kenntnis gegeben werden, um die Einleitung notwendiger Konsequenzen nicht zu verzögern (z. B. Folgen unerwünschter Wirkung der Therapie!).

### **■ Spezielle Gesichtspunkte**

Je nach Art der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind spezielle krankheitsbezogene gutachterliche Beurteilungskriterien notwendig (zusammenfassende Literatur bei [1]). In Abhängigkeit von dem jeweiligen Manifestationsalter und dem Prozesscharakter dieser Erkrankungen sind vom Gutachter

sehr unterschiedliche sozialmedizinische Aussagen gefordert. Bei Patienten mit juvenilen Arthritiden und den meisten Spondarthritiden ist in der dazugehörigen Lebens- und Berufsphase am häufigsten zu Fragen der Berufsförderung und zu den gesetzlich niedergelegten Abstufungen einer Erwerbsunfähigkeit Stellung zu nehmen. Bei älteren, außerhalb des Berufslebens stehenden Menschen sind oft Beurteilungen nach dem Schwerbeschädigten- und/oder Pflegegesetz notwendig. Die in den einzelnen gesetzlichen Vorschriften dazu festgelegten Beurteilungskriterien sind zu beachten. Die Schwankungen von Befinden und Befund bei den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen erfordern dabei oft eine auf das mittlere Ausmaß der Behinderung bezogene Bewertung. Die negative Beeinflussung des psychosozialen Umfeldes durch verminderte Leistungsfähigkeit und sichtbare Krankheitszeichen darf weder im privaten noch im beruflichen Bereich außer Acht gelassen werden. Die Indikation zu ambulanten, teilstationären bzw. stationären Rehabilitationsmaßnahmen bedarf reproduzierbarer Kriterien. Rehabilitationsprognose und -ziele sind zu formulieren [3].

Mit Eintritt von Arbeitsunfähigkeit bei Patienten mit rheumatoider Arthritis ist bereits innerhalb des ersten Jahres der Erkrankung in erheblichem Umfang zu rechnen. Als bedeutsame Faktoren für den Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit wurden ermittelt: Arbeitsbedingungen, Krankheitsaktivität, Schmerzintensität und Lebensalter [4, 5]. Bei den Arbeitsbedingungen ist die Bewältigung des Weges zum Arbeitsplatz mit zu berücksichtigen. Berechtigte Zweifel an der Effizienz des Therapieplanes sind bei der Begutachtung zur Arbeitsfähigkeit bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen kritisch zu diskutieren. Änderungen bzw. Ergänzungen sind ggf. zu empfehlen.

## ■ Literatur

1. Franke M, Petzold E v (2000) In: Marx HH (Hrsg) Medizinische Begutachtung – Grundlagen in Klinik und Praxis, 7. Aufl. Thieme Stuttgart
2. Gerdes N, Jäckel WH (1992) Indikationen des Rehasstatus. Ein Patientenbogen zur Befragung von Rehabilitationsbedürftigkeit und -erfolg. *Rehabilitation* 31:73–79
3. Raspe HH, Hagedorn U, Kohlmann T, Matussek S (1990) Funktionsfragebogen FFbH. Ein Instrument zur Funktionsdiagnostik bei polyartikulären Erkrankungen. In: Sigrist J (Hrsg) Wohnortnahe Betreuung Rheumakrankter. Schattauer, Stuttgart New York, S 164–182
4. Mau W, Bornmann M, Weber H (1996) Indikatoren der Arbeitsunfähigkeit im ersten Jahr zur chronischen Polyarthrititis. *Z Rheumatol* 55:233–240
5. Mau W, Bornmann M, Weber H (1997) Arbeitsunfähigkeit im ersten Jahr der chronischen Polyarthrititis. Ein Vergleich mit Pflichtmitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung. *Z Rheumatol* 56:1–7

