

Österreichische Zeitschrift für das

ÄRZTLICHE GUTACHTEN

Chefredaktion: Christina Wehringer

(Neuro)psychologische Gutachten

Posttraumatische Belastungsstörung –
Diagnosekriterien und ihre Tücken

Jürgen Lesky

Klinisch-(neuro)psychologische
Leistungsbeurteilung im Gutachten

*Johann Lehrner, Wolfgang Neuwirth, Renate Fanninger,
Andreas Krafack und Werner Sattler*

Diagnose, Therapie, Rehabilitation
und Leistungsbeurteilung bei
rheumatischen Erkrankungen

Edmund Cauza

Mund-Nasen-Schutz (MNS) –
Schutzwirkung

Christina Wehringer

Edmund Cauza

Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Endokrinologie und Diabetologie sowie Zusatzfacharzt für Geriatrie

Diagnose, Therapie, Rehabilitation und Leistungsbeurteilung bei rheumatischen Erkrankungen

Entzündungsreaktion; Zytokine; konventionelle, biologische, synthetische, kardiovaskuläre und pulmologische Mitbeteiligung. In den letzten 30 Jahren haben sich Diagnostik und Therapie rheumatischer Erkrankungen wesentlich verbessert. Eine rasche Diagnose und ein zeitnahe Therapiebeginn mindern schwere Krankheitsverläufe und Funktionseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat. Der praxisorientierte Beitrag fasst die wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Schritte zusammen und geht auch auf die Kriterien zur Leistungsbeurteilung ein.

Einleitung

In den letzten 30 Jahren haben in der Diagnostik, aber vor allem im Bereich der Therapie rheumatischer Erkrankungen bahnbrechende Veränderungen und Entwicklungen stattgefunden.

Vor 30 Jahren gab es im **diagnostischen Bereich** neben der physikalischen Gelenkuntersuchung, der Bestimmung von Blutsenkungsgeschwindigkeit und Rheumafaktoren und der Durchführung von konventionellen Röntgenaufnahmen keine weitere Diagnoseunterstützung. Heute gehören Ultraschall, MRT-, CT-Untersuchungen der Gelenke zur täglichen Routine. Ebenso kann auf ein spezialisiertes Rheumalabor zurückgegriffen werden.

Therapeutisch gab es zur Jahrtausendwende lediglich konventionelle Basistherapeutika – Sulfasalazin, Resochin und vor allem Methotrexat. Während der letzten zwei Jahrzehnte hat sich mit der Entwicklung

biologischer DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drugs) das therapeutische Arsenal gewaltig verändert.

Da bis zum jetzigen Zeitpunkt mehr als 400 rheumatologische Erkrankungen klassifiziert worden sind, können in diesem Beitrag nur die wichtigsten entzündlich rheumatischen Erkrankungen angeführt werden.

Rheumatoide Arthritis

Die rheumatoide Arthritis ist eine chronisch progredient verlaufende systemische Autoimmunerkrankung, bei der es zu destrukturierenden Veränderungen der Gelenke kommen kann.

Die **Prävalenz** dieser Erkrankung liegt gemäß nationaler wie auch internationaler Studien zwischen 0,3 und 1,0%.

Die **Ursache** für die Entwicklung dieser Erkrankung ist bis jetzt nicht restlos geklärt. Es werden genetische Faktoren, die für den Schweregrad der Erkrankung ver-

antwortlich sein dürften, Umweltfaktoren und Infektionen diskutiert. In Studien wurde auch ein Zusammenhang zwischen entzündlichen Veränderungen der Mundschleimhaut (Peridontitis), aber auch der Schleimhaut des Gastrointestinaltrakts und der Entstehung bzw des Verlaufs von chronisch entzündlichen Reaktionen nachgewiesen.

Zusätzlich werden **externe Einflüsse** für die Entwicklung der Erkrankung – und vor allem der Einfluss des Rauchens bzw das Einatmen toxischer Substanzen – verantwortlich gemacht.

Krankheitsverlauf

Zu Beginn der Erkrankung ist klinisch häufig eine Synovitis (Entzündung der Innenhaut) der Hand- und Fingergrundgelenke vorhanden, spiegelbildlich manifestieren sich diese Veränderungen auch nicht selten im Bereich beider Füße.

Im weiteren Verlauf können auch große Gelenke betroffen sein.

Aufgrund dieser Gelenkentzündungen treten häufig schmerzhaft, aber auch geschwollene Gelenke auf. Erfolgt zu diesem Zeitpunkt keine adäquate Therapie, kann es in weiterer Folge zu fortschreitender Gelenkerstörung mit konsekutiver Funktionseinschränkung kommen.

Im Rahmen der Entzündungsreaktion im Bereich der Gelenkhinnenhaut werden diverse Zytokine (Tumornekrosefaktor TNF Alpha), Interleukine (Interleukin 1, 6, 17, 23), aber auch Wachstumsfaktoren freigesetzt. Diese spielen eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung des entzündlichen Prozesses.

Zusätzlich werden auch T- und B-Zellen, Makrophagen, Granulozyten, Osteoklasten und Fibroblasten aktiviert, die für die Gewebsschädigung verantwortlich sind.

Hinweis:

Sowohl die immunologischen Prozesse als auch die zellulären Veränderungen sind somit bei der rheumatoiden Arthritis eng miteinander verbunden.

Deshalb fokussieren die neueren rheumatischen Therapieformen gerade auf die Hemmung dieser Zytokine. Dadurch kann die Erkrankung in eine mildere Krankheitsaktivität übergeführt, die entzündlich destruierenden Prozesse reduziert oder sogar in Remission gebracht werden.

Die Entzündungsaktivität beeinflusst entscheidend den gesamten Krankheitsverlauf und die Prognose der Erkrankung und ist damit sowohl für Beeinträchtigung bzw. Erhalt körperlicher Funktionen als auch die Entwicklung von Komorbiditäten und Mortalität verantwortlich.

Hinweis:

In den ersten zehn Jahren der Erkrankung erleiden etwa die Hälfte aller Patienten schwere Einschränkungen ihrer Funktionsfähigkeit.

Rezente Studien haben bewiesen, dass die rasche Kontrolle der Krankheitsaktivität entscheidend für den weiteren Verlauf der Erkrankung und der damit verbundenen Prognose ist.

- Dieses sogenannte „window of opportunity“ dürfte bei der rheumatoiden Arthritis innerhalb der ersten drei bis

sechs Monate nach Beginn der ersten Krankheitssymptome liegen.

- In diesem Zeitraum ist es daher extrem wichtig, krankheitsmodifizierende (DMARD-)Therapien zu etablieren, um die Erkrankung möglichst frühzeitig in den Griff zu bekommen.

Prognostisch ungünstige Faktoren sind:

- ein höheres Alter zu Beginn der Erstmanifestation,
- weibliches Geschlecht,
- bereits eingetretene knöcherne Destruktionen,
- Rauchen,
- hohe Titer von Antikörper gegen das zyklische citrullinierte Peptid (ACPA) bzw Rheumafaktoren und
- ein verzögerter Therapiebeginn.

Neben den beschriebenen Gelenksveränderungen ist auch eine **Mitbeteiligung der inneren Organe** möglich.

Es kann zu einem erhöhten kardiovaskulären Risiko kommen, das die Arbeitsfähigkeit der Patienten deutlich beeinträchtigen kann.

Lag in den 1980er-Jahren das Risiko, eine Arbeitsunfähigkeit zu erleiden, fünf Jahre nach Diagnosestellung bereits bei 50%, ist dies heutzutage aufgrund der exzellenten Therapieoptionen nur mehr bei einer Minderheit der Patienten der Fall.

Das **Mortalitätsrisiko** der Patienten ist heutzutage weitgehend auf das Niveau der Allgemeinbevölkerung gesunken, und die Arbeitsfähigkeit der Patienten hat sich deutlich gebessert.

Therapieoptionen

Konventionelle krankheitsmodifizierende antirheumatische Medikamente (csDMARDS)

- Die initiale medikamentöse Behandlungsstrategie bei der rheumatoiden Arthritis setzt sich aus nicht steroidalen Antirheumatika und/oder Kortikosteroiden zusammen. Zeitgleich wird eine csDMARDS-Therapie etabliert.
- Als Goldstandard-Therapie fungiert Methotrexat, es bieten sich aber noch andere konventionelle DMARDS an: Sulfasalazin, Plaquenil, Leflunomid und selten Cyclosporin oder Azathioprin.

Biologische krankheitsmodifizierende antirheumatische Medikamente (bDMARDS)

- Zum jetzigen Zeitpunkt sind insgesamt fünf Tumornekrosefaktor-Inhibitoren

etabliert: Adalimumab, Etanercept, Infliximab, Certolizumab, Golimumab.

- Neben dem schwach wirksamen Interleukin-1-Rezeptorantagonisten (Anakinra) stehen zwei weitere Interleukin-Therapien (IL-6 Rezeptorblocker Tocilizumab und Sarilumab) zur Verfügung.
- Ebenso steht ein Co-Stimulationsblocker (Abatacept) und bei Therapieversagen Rituximab (Anti CD20, B-Zellen) zur Verfügung.

Zielgerichtete synthetische krankheitsmodifizierende antirheumatische Medikamente (tsDMARDS)

- Zu den neuesten therapeutischen Entwicklungen zählen die sogenannten Januskinase-Inhibitoren: Tofacitinib, Baricitinib, Upadacitinib und rezent auch Filgotinib.
- Diese neuen synthetischen oralen Medikamente entsprechen in der Wirksamkeit zumindest jener der Biologika.

Hinweis:

Die Behandlungsschritte sind sowohl in den nationalen als auch in den internationalen Therapie-Guidelines (EULAR/ACR¹) definiert.

Bei schweren Verlaufsformen ist auch bereits als initiale Therapie unter gewissen Voraussetzungen der Einsatz von biologischen DMARDS möglich.

Psoriasis Arthritis

Die Psoriasis Arthritis ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des Bewegungsapparats, die mit einer starken Assoziation zur Psoriasis vergesellschaftet ist.

Zusätzlich zu den Hautmanifestationen liegt häufig ein Nagelbefall vor.

In den meisten Fällen (80%) treten die **Hautmanifestationen** jahrelang vor den entzündlichen muskuloskelettalen Veränderungen auf.

Krankheitsverlauf

Der Krankheitsverlauf der Psoriasis Arthritis kann oft sehr heterogen sein. Der schubweise Verlauf der Erkrankung zeigt auch immer wieder Phasen relativer Beschwerdefreiheit.

Der **Großteil der Betroffenen** einer Psoriasis Arthritis leidet an einer asymmetrischen, schmerzhaften Schwellung von ein

¹ www.eular.org/recommendations_eular_acr.cfm (abgefragt am 22. 10. 2020).

bis vier Gelenken (Oligoarthritis). Bevorzugt erkranken einzelne Finger- oder Zehengelenke. Eine typische Manifestation dieser Verlaufsform ist die Daktylitis, d.h. eine Schwellung nicht nur einzelner Gelenke, sondern eines ganzen Fingers („Wurstfinger“) oder einer ganzen Zehe („Wurstzehe“). Hierbei sind neben dem Endgelenk auch Mittel- und Grundgelenk eines Strahls betroffen, gleichzeitig liegt eine Tenosynovialitis der Flexorensehnencheiden vor.

Seltener wird eine Form beobachtet, bei der die Gelenke symmetrisch betroffen sind (symmetrische psoriatische Polyarthrit). Das klinische Bild kann oft kaum von einer rheumatoiden Arthritis unterschieden werden.

In bis zu **einem Drittel aller Fälle** sind auch die Gelenke der Wirbelsäule oder die Kreuzbein-Darmbeingelenke betroffen (axialer Typ). Diese Form tritt bei Männern etwas häufiger auf als bei Frauen.

Hinweis:

Oft wird diese Form der psoriatischen Gelenkentzündung mit einer Spondylitis ankylosans verwechselt.

Selten kommt es zu einem schweren Verlauf mit ausgeprägter Zerstörung der betroffenen Gelenke (Arthritis mutilans). Hier kann es zu einer Verkürzung und einem „Einschrumpfen“ der Finger kommen („Teleskop-Finger“). Schwere Verkrüppelung und Behinderung sind die Folge.

Die Erkrankung ist allerdings nicht nur auf Knochen, Gelenke und Wirbelsäule beschränkt, sondern kann auch die Weichteile befallen – häufig sind Veränderungen der Sehnen und Sehnenansätze (Enthesitis), Schleimbeutel oder Bänder vorhanden. Die Manifestation an Sehnenansätzen, Bandansätzen und Kapselansätzen ist **typisch für die Psoriasisarthritis** und wird als Enthesiopathie bezeichnet (griechisch Enthesis = Ansatzpunkt).

Neben den typischen Veränderungen am Bewegungsapparat können auch **extraartikuläre Manifestationen** bestehen.

Es werden verschiedene **Psoriasisformen** – Psoriasis vulgaris, Psoriasis inversa, Psoriasis palmaris pustulosa oder palmoplantaris – unterschieden, wobei zwecks Diagnosestellung besonders auf eine „versteckte Psoriasis“ mit nur geringem Hautbefall (Nabel, Rima ani, retroauriculär) zu achten ist.

Neben Nagelveränderungen („Ölnägel“, die im Sinne einer Verhornungsstörung

zu interpretieren sind, „Tüpfelnägel“ – grubchenförmige Einsenkung der Nägel – oder Ablösen eines Nagels – Onycholyse) können Augenveränderungen, aber auch viszerale Manifestationen (selten Amyloidosen oder Myositis) auftreten.

Komorbiditäten wie chronisch entzündliche Darmerkrankung (CED), Uveitis und das Vorhandensein eines kardiovaskulären Risikoprofils ist nicht selten.

Therapieempfehlungen erfolgen nach den sogenannten EULAR²- oder GRAPPA³-Kriterien.

Im Gegensatz zur rheumatoiden Arthritis wird der Therapieerfolg nicht nur am Bewegungsapparat gemessen, sondern es werden auch extra-skeletale Veränderungen – Verbesserungen des Haut-, Nagel- und Sehnenansatzbefalls – herangezogen.

Therapeutisches Armamentarium

Die medikamentösen Behandlungsstrategien der Psoriasis Arthritis orientieren sich grundsätzlich an jenen der rheumatoiden Arthritis bzw der Spondylitis ankylosans.

Neben nicht **steroidaler Antirheumatika** und/oder **Kortikosteroiden** ist eine **systemische Therapie** mit zuerst csDMARDS, dann bei Notwendigkeit auch bDMARD zur Standardtherapie geworden.

Systemisch verabreichte Glukokortikoide können zwar die Hautsymptomatik bessern, jedoch um den Preis einer heftigen Reexazerbation nach Dosisreduktion bzw Absetzen derselben, sodass eine kritische Indikationsstellung erfolgen sollte.

Bei **rasch progredienten Verläufen** stellen sie jedoch als ultima ratio und in der Überbrückung der Latenzphase bis zum Wirkungseintritt der neu initiierten DMARD-Behandlung eine wertvolle Säule der Therapie dar.

Neben den bei der SpA bereits eingesetzten **biologische krankheitsmodifizierenden** Therapien wie Interleukin 17 Inhibitoren-Secukinumab bzw Ixekizumab kommt auch Ustekinumab (Interleukin 12/23 Inhibitor) zur Anwendung.

Ebenso wird das Medikament Apremilast (PDE-4 Inhibitor) bei der Psoriasis Arthritis eingesetzt. Dieses wird vor allem bei **klinisch leichteren Verläufen** eingesetzt.

Spondyloarthritiden, Spondylitis ankylosans

Bei der Behandlung von Patienten mit einer Spondylarthropathie ist ein **multimodales**

Behandlungskonzept notwendig. Dieses setzt sich vorrangig aus medikamentös-therapeutischen Maßnahmen als auch aus physikalischen und, seltener, operativen Maßnahmen zusammen.

Grundsätzlich, wie bereits bei der rheumatoiden Arthritis beschrieben, ist die **Bewegungstherapie** (Training) als wichtiger Grundstein der therapeutischen Maßnahmen in den aktuellen Guidelines verankert.

Spondyloarthritiden (SpA) werden in eine **axiale** (axSpA) und eine **periphere** SpA aufgeteilt, eine Überlappung zwischen beiden Formen ist möglich.

Krankheitsverlauf

Bei der axSpa kommt es, je nach Ausprägung, zu strukturellen **Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule**. Entzündliche Veränderungen können entweder im Bereich der Wirbelsäule oder im Bereich der Sakroiliakgelenke auftreten. Die Hauptform dieser Erkrankung wird Spondylitis ankylosans bzw. Morbus Bechterew genannt.

Klinische Symptome erstrecken sich über Schmerzen und letztendlich Steifigkeit der Wirbelsäule, die in einer irreversiblen Funktionseinschränkung der gesamten Wirbelsäule enden kann.

Der Beginn der Erkrankung liegt bei einem **Alter von weniger als 45 Jahren**; Männer dürften etwas häufiger betroffen sein als Frauen. Im frühen Stadium der Erkrankung ist das Geschlechterverhältnis jedoch gleich.

Zusätzlich zur Wirbelsäulenbeteiligung kann es auch zum Auftreten von **peripheren Arthritiden oder Enthesitiden** kommen – häufige Lokalisation ist die Achillessehne.

Eine **genetische Prädisposition** (HLA-B27) und eine mögliche Interaktion mit einer **bakteriellen Exposition** spielt eine wichtige Rolle bei dieser Erkrankung.

Für die **Diagnosestellung** werden anamnestiche Angaben (vor allem Symptomatik), genetische Tests (HLA-B27) und bildgebende Verfahren herangezogen.

Als **Leitsymptom dieser Erkrankung** gilt der chronische tiefsitzende Rückenschmerz. Häufig stellt sich nach dem Aufstehen eine Besserung des Beschwerdebilds ein.

Häufige **Komorbiditäten** bei der Spondylitis ankylosans sind die Psoriasis vulga-

²Siehe FN 1. ³GRAPPA: Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis.

ris, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (speziell Morbus Crohn) und eine Uveitis.

Therapeutische Konzepte

Als Initialtherapie sind **NSAR** (nicht steroidale Antirheumatika) als Mittel erster Wahl in den Guidelines angeführt.

Sollte nach Einsatz von zwei unterschiedlichen NSAR noch kein Krankheitsstillstand bzw Beschwerdefreiheit erzielt worden sein, ist der Einsatz von **bdMARD** (besonders TNF-Inhibitoren) indiziert.

In diversen Studien bzw Registern konnte nachgewiesen werden, dass der Einsatz von **Tumornekrosefaktor-Inhibitoren** die Progression der Erkrankung im Bereich der Wirbelsäule zum Stillstand bringen bzw das Fortschreiten der Erkrankung verzögern können.

Sollte unter diesem therapeutischen Konzept kein optimaler Behandlungserfolg möglich sein, ist die **Blockade von Interleukin 17** eine ausgezeichnete Therapieoption (Secukinumab, Ixekizumab).

Es ist zu erwarten, dass aufgrund der positiven Ergebnisse in laufenden Studien die **Januskinase-Inhibitoren** in Zukunft in das therapeutische Konzept bei der Spondylitis ankylosans aufgenommen werden.

Komorbiditäten in der Rheumatologie

Trotz optimaler Therapieoptionen entwickeln Rheumapatienten im weiteren Leben eine oder mehrere Komorbiditäten.

An vorderster Front sind hier die kardiovaskulären und pulmonalen Erkrankungen zu nennen, zum anderen kommen möglichen Infektionen, die im Zusammenhang mit der medikamentösen Therapie der rheumatoiden Arthritis auftreten können, besondere Bedeutung zu.

Kardiovaskuläre Mitbeteiligung

Bei Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis, aber auch bei Patienten mit einer Spondylarthritis oder Psoriasis Arthritis ist das **kardiovaskuläre Risiko** im Vergleich zu Gesunden um etwa das 1,5-Fache erhöht.

Bereits zum Zeitpunkt der Diagnose liegt eine **subklinische Atherosklerose** vor. Als unabhängiger Risikofaktor liegt hier eine **Entzündung per se** vor, die für die atherosklerotischen Veränderungen selbst verantwortlich ist.

Das Risiko, einen **tödlichen Myokardinfarkt** zu erleiden, ist um das 1,5- bis 2,5-Fache erhöht, das Risiko einer **Herzinsuffizienz** auf das Zweifache erhöht.

Klassische kardiovaskuläre Erkrankungen treten bei Patienten mit rheumatoider Arthritis signifikant häufiger auf als in der Normalbevölkerung: Dazu zählen erhöhter Blutdruck, Arteriosklerose, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall und thromboembolische Ereignisse.

Pulmologische Mitbeteiligung

Die Mitbeteiligung der Lunge in Form einer **interstitiellen Lungenerkrankung** (RA-ILD) gehört zu den **häufigsten Organmanifestationen** bei rheumatoider Arthritis und zählt zu den **drei Haupttodesursachen** von Patienten mit rheumatoider Arthritis.

Die RA-ILD (rheumatic interstitial lung disease) muss gegen die seltene Nebenwirkung von DMARD (z.B. MTX) Pneumonitis abgegrenzt werden.

Präventive Maßnahmen rheumatischer Erkrankungen

Als präventive Maßnahme gilt körperliches Training, hier besonders kombiniertes **Kraftausdauertraining**, bei dem **Regelmäßigkeit** von besonderer Wichtigkeit ist.

Das bedeutet:

- Es wird dreimal pro Woche mindestens **30 Minuten Ausdauertraining** empfohlen.
- Hinzu kommt **regelmäßiges Krafttraining** der großen und kleinen Muskelgruppen.

Bei Patienten, die unter Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans) leiden, kommen **zusätzlich Bewegungs- und Haltungübungen** hinzu.

Es konnte in mehreren Studien bewiesen werden, dass für Patienten mit einer milden bis mittleren Krankheitsaktivität körperliche Bewegung (Training) vorteilhaft ist.

Leistungsbeurteilung⁴ Hebe- und Trageleistung

Häufig, vor allem dann, wenn bereits Schädigungen am Bewegungsapparat bzw Achsenskelett aufgetreten sind, ist es notwendig, verminderte Hebe- und Trageleistungen zu empfehlen:

- Diese müssen **individuell und speziell** unter Berücksichtigung der Vorschädigungen und der damit verbundenen

Einschränkungen der Beweglichkeit eingeschätzt werden.

- Häufig ist auch aufgrund der aufgetretenen Komorbiditäten im **kardiovaskulären/pulmonalen Bereich** eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit gegeben.

Krankheitsbedingte Ruhepausen

Erforderliche (zusätzliche) Ruhepausen sind aufgrund von Schmerzen und eingeschränkter Belastbarkeit einzelner Gelenke manchmal erforderlich und müssen im **Einzelfall genau beschrieben** werden.

Klimatische Bedingungen am Arbeitsplatz

Vor allem bei kalten Temperaturen und bei Nässe – z.B. im Kühlhaus – kann bei Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein.

Dies einerseits aufgrund der erhöhten Infektionsgefahr aufgrund der **Erkrankung per se** und andererseits durch immunmodulatorische bzw immunsuppressive Wirkung der Medikation, die eine erhöhte **Infektbereitschaft als Nebenwirkung** aufweist.

Anmarschweg

Bei bestehenden Destruktionen im Bereich des Fußgewölbes, der Fußgelenke oder bei chronischen Enthesitiden kann das Zurücklegen des Weges/der Wegstrecke vom Wohnort zum öffentlichen Verkehrsmittel oder zur Arbeitsstätte eine Belastung darstellen.

Eine **genaue Beschreibung** ist im jeweiligen Einzelfall unerlässlich.

Exponierte Arbeitsstellen

Gerade bei Mitbeteiligung des Achsenskeletts – Patienten mit SpA – oder bei Manifestationen im Bereich der Hand- und Fußgelenke kann es zu einer Eigengefährdung bei Arbeiten an exponierten Bereichen kommen.

Hinweis:

Meistens ist das Besteigen einer Treppenleiter möglich.

Arbeitshaltungen

Sitzen, Stehen und Gehen müssen individuell nach Krankheitsmanifestationen beurteilt werden.

⁴Wehringer C: Glossar zum Leistungskalkül in ärztlichen Gutachten. Manz Verlag, Wien, 2016.

Häufig kommt es bei SpA-Patienten zu Einschränkungen bezogen auf die Belastungsfähigkeit der Wirbelsäule – speziell bei gebückter, kniender, hockender Haltung bzw bei Arm-über-Kopf-Tätigkeiten.

Belastungen der Hände

Gerade bei Patienten mit rheumatoider Arthritis und Gelenksdeformitäten im Bereich der kleinen Fingergelenke kann es zu Einschränkungen in diesem Bereich kommen. Hier muss differenziert werden, inwiefern grobe bzw feinmotorische Tätigkeiten möglich sind.

Feinstmotorische Tätigkeiten sind bei Vorschädigungen der Hand- und Fingergelenke meistens nicht mehr durchführbar.

Empfehlungen zum Verlauf des künftigen Leistungskalküls – Prognose

Inwieweit mit einer Verschlechterung des gesamten Leistungskatalogs des jeweiligen Patienten in der Zukunft zu rechnen ist, ist individuell abzuwägen und hängt auch von der etablierten Therapie und der Betreuungsqualität ab.

Außerdem ist die Beurteilung des derzeitigen Krankheitszustands – liegt eine erhöhte Krankheitsaktivität oder Krankheitsstillstand vor? – essenziell.

Aufgrund der rasanten Entwicklungen – derzeit befinden sich zahlreiche Therapien

in der Erprobung – in Diagnostik und Therapie ist auch nach Ausschöpfung der maximalen therapeutischen Möglichkeiten zum Zeitpunkt der Beurteilung mit einer Verbesserung des Leistungsvermögens durch neue Therapien möglich und sollte bei der Beurteilung mitbedacht werden.

Zusammenfassung

In den letzten 30 Jahren haben sich sowohl die diagnostischen Methoden als auch die therapeutischen Möglichkeiten entscheidend verbessert. Die Quote an Erwerbs- bzw Arbeitsunfähigkeit in den 1980iger-Jahren lag noch bei 50% und trifft heute nur noch eine Minderheit der Erkrankten.

Bei rheumatischen Erkrankungen sind immunologische Prozesse und Zellveränderungen eng verwoben, weswegen neue Therapieformen auf die Hemmung der Zytokine fokussieren, um die Krankheitsaktivi-

tät zu mildern und entzündlich-destruktive Prozesse zu reduzieren.

Entscheidend für den Krankheitsverlauf und damit auch die möglichen fortschreitenden Einschränkungen im muskuloskelettalen Bereich sind eine rasche Diagnose und entsprechende Therapie.

Im Vordergrund der Sekundärkomplikationen stehen kardiovaskuläre Erkrankungen und interstitielle Lungenerkrankungen; beide sind bei rheumatischen Patienten gegenüber der Normbevölkerung signifikant erhöht.

Bei der Leistungsbeurteilung sind immer therapeutische Möglichkeiten mitzudenken und in jedem Fall ist bei der Feststellung der Arbeits- bzw Berufsfähigkeit auf die individuell vorliegenden Einschränkungen einzugehen, wobei diese detailgenau zu beschreiben und zu begründen sind.

DAG 2021/4

Zum Thema

Über den Autor

Prim. Doz. Dr. Edmund Cauza, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Endokrinologie und Diabetologie sowie Zusatzfacharzt für Geriatrie. Vorstand der Abteilung Innere Medizin, Akutgeriatrie und Remobilisation und Stv. Ärztlicher Direktor im Herz-Jesu-Krankenhaus Wien, Vorstand der Abteilung Akutgeriatrie und Remobilisation im Orthopädischen Spital Speising, Allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger.
E-Mail: edmund.cauza@kh-herzjesu.at