

Die Verwendung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in der somatischen Begutachtung (Teil 2)

Jörg Jeger
Luzern

Kommentar

In der Nummer 02/2017 des Medinfo wurden die Grundzüge der Verwendung der International Classification of Functioning, Disability and Health im Rahmen von somatischen Fachgutachten erläutert. Ergänzend dazu zeigt das folgende rheumatologische Fachgutachten, wie die ICF konkret in eine gutachterliche Beurteilung eingebaut werden kann. Das anonymisierte Gutachten wird hier gekürzt wiedergegeben. Der Aufbau richtet sich nach den einschlägigen Leitlinien und Lehrbüchern zur medizinischen Begutachtung. Die Abschnitte zum rechtlichen Rahmen, zur Aktenlage, zu den Angaben der Versicherten und zu den Befunden werden in diesem Aufsatz aus Platzgründen nicht abgedruckt, lediglich die versicherungsmedizinische Beurteilung.

In diesem Gutachten stehen eine häufige (rheumatoide Arthritis) und eine seltene (Secretan's Disease) Erkrankung zur Diskussion, die im Rahmen einer Kausalitätsbeurteilung differentialdiagnostisch gegeneinander abgewogen werden müssen. Dabei lässt sich aufzeigen, wie eine literaturgestützte (evidenzbasierte) Argumentation sinnvoll in medizinische Gutachten eingebaut werden kann.

Die Anlehnung an die ICF erfordert vom Gutachter, dass er schon bei der Anamnesenerhebung die Ebene von Aktivität und Partizipation erfasst und sich nicht auf das Abfragen von Symptomen beschränkt. Ebenso muss der Fokus bei der Auswertung der zur Verfügung stehenden Akten frühzeitig auch auf die Auswirkungen der Erkrankung auf die alltäglichen Aktivitäten gelegt werden. Letztlich geht es bei einer medizinischen Begutachtung um den Beweis der Behinderung, nicht allein um den Beweis der Erkrankung (indikatorenorientiertes Abklärungsverfahren gemäss BGE 141 V 281).

Rheumatologisches Gutachten zu Frau A., geb. 1963 Biografie

Frau A. verbrachte die ersten fünf Jahre bei ihren Grosseltern in Italien, die Eltern hätten in der Schweiz gelebt, dann sei sie nach Basel zu ihren Eltern gekommen, sei eingeschult worden und habe zuerst enorm Mühe gehabt mit der deutschen Sprache. Dies sei der Grund gewesen, warum man sie in der Sonderschule eingeteilt und dort belassen habe, bis am Ende der 9-jährigen Schulzeit, sie habe dann eine Lehre begonnen in der Charcuterie-Abteilung des Grossverteilers G., wegen verschiedener Allergien sei sie in eine andere Abteilung versetzt worden, die Lehre habe sie aber nicht abschliessen können. Sie sei dann an verschiedenen Stellen tätig gewesen, Heirat mit 24 Jahren, Umzug nach Zürich, sei dort beim Grossverteiler G. als Verkäuferin tätig gewesen, später in einem Bettwäschegeschäft, ab 2010 im Möbelhaus Y., zu Beginn in einem 80 %-Pensum, seit 2012 in einem 100 %-Pensum. 1989 erfolgte die Geburt der ersten Tochter, 1992 die Geburt der zweiten Tochter, Trennung der Ehegatten 2013, die Scheidung sei demnächst vorgesehen. Sie lebe nun in einer 2½-Zimmerwohnung, ohne Partner, ihre ältere Tochter lebe noch mehrheitlich bei ihr, die jüngere Tochter sei ausgezogen. Frau A. arbeitet derzeit zu 100 % als Kundenberaterin und Verkäuferin im Möbelhaus Y.

Vorgeschichte

Laut Bericht des damaligen Hausarztes Dr. von C. vom 02.12.2009 beklagte Frau A. im Herbst 2006 erstmals eine Raynaud-Symptomatik der Hände. Damals waren die antinukleären Antikörper mit 1:640 erhöht, es erfolgte eine symptomatische Behandlung. Im Mai 2007 beklagte Frau A. vermehrte Mundtrockenheit (Sicca-Symptomatik). Im Februar 2009 zeigte sie klinisch multiple Synovitiden an Händen und Füssen, verbunden mit einer Morgensteifigkeit. Die Anti-CCP Antikörper waren leicht erhöht, der Rheumafaktor mehrmals negativ. Es erfolgte zuerst eine symptomatische Behandlung mit einem Steroidstoss, nach Vorstellung beim Rheumatologen Dr. med. P. im März 2009 wurde eine Basistherapie mit Me-

thotrexat eingeleitet. Im Bericht der Rheumatologie des Universitätsspitals M. vom 02.09.2015 wurde erwähnt, dass die Basistherapie mit Methotrexat vorübergehend auch mit Salazopyrin kombiniert worden sei. Frau A. habe die Basistherapie wegen Nebenwirkungen im Laufe des Jahres 2013 abgesetzt und sich anschliessend mit einer quasi veganen Diät selber behandelt.

Ereignis vom 15.01.2014

In der am 08.10.2014 (d.h. 9 Monate nach dem angeschuldigten Ereignis) verfassten Bagatellunfallmeldung UVG werden folgende Angaben erwähnt: *„Unfalldatum 15.01.2014, 15 Uhr, beim Gehen in der Handoberfläche an eine Tischkante gestossen, verletzter Körperteil Mittelhand links, Sudeck-Syndrom, behandelnder Arzt Dr. med. C.“* Am 15.10.2014 teilte die Versicherung X. dem Hausarzt mit, für die Folgen dieses Ereignis werde sie Versicherungsleistungen erbringen. Am 26.11.2014 teilte die Versicherung X. Frau A. mit, über die Versicherungsleistungen könne sie erst entscheiden, wenn weitere Abklärungen erfolgt seien.

Krankheitsentwicklung

Zum Frühverlauf fehlen echtzeitliche medizinische Unterlagen. Die Befunde aus den ersten Wochen und Monaten nach dem Ereignis vom 15.01.2014 sind nirgends sauber dokumentiert. In einem am 15.12.2014 verfassten Zeugnis erwähnte der Hausarzt Dr. C., er habe die Patientin erstmals am 07.10.2014 wegen der Handschwellung links gesehen. Er machte auf eine vorbestehende rheumatoide Arthritis aufmerksam. Zur Therapie erwähnte er: *„Ergotherapie Hand, Miacalcic Behandlung, Gabe von Calcium und Vitamin D. Die Patientin schlug aber einen anderen Weg ein, zuerst Behandlung mit Bioresonanz, inzwischen Ruhigstellung durch Dr. Q. am Orthopädie Zentrum Z.“*

In einem am 11.05.2015 verfassten Bericht erwähnte der Hausarzt Dr. med. C., Frau A. habe sich wegen einer schmerzhaften Schwellung der linken Hand am 15.05.2014

gemeldet. Er habe ihr einen Kortisonstoss verordnet, beginnend mit 30 mg Prednison, mit absteigender Dosierung über drei Wochen. Es bestehe eine rheumatoide Arthritis mit Übergang in ein Sjögren-Syndrom, die ab 2009 passager mit Methotrexat behandelt wurde, aktuell beanspruche Frau A. für die Behandlung der rheumatoiden Arthritis nur Diät und alternativ medizinische Methoden Am 09.10.2014 sei eine Magnetresonanztomografie durchgeführt worden, anschliessend habe er Frau A. nicht mehr gesehen, sie habe sich bei Dr. Q. gemeldet. Dr. C. beschrieb folgende Befunde: Überwärmung, Schwellung am linken Handgelenk, Rötung, vermehrte Behaarung, anhaltende Schmerzhaftigkeit.

Ein KG-Eintrag des Orthopäden und Handchirurgen Dr. Q. vom 17.11.2014 beschreibt folgenden Sachverhalt:

- Frau A. beklagt eine schmerzhaftige Schwellung an der linken Hand. Sie erwähnt als Auslöser ein Ereignis vom 15.01.2014.
- Eine Magnetresonanztomografie vom 19.10.2014 zeigte eine Weichteilraumforderung am Handrücken, keine Sehnenentzündung. Dem Orthopäden stand kein schriftlicher Radiologiebefund zur Verfügung, er beschrieb den MRT Befund aufgrund einer eigenen Beurteilung.
- Der KG-Eintrag erwähnt mehrere Vorbehandlungen, unter anderem mit Ruhigstellung, Bioresonanz, Kortison-tabletten und Vitamin C, wobei einer der Vorbehandler ein Complex Regional Pain Syndrom (CRPS, Morbus Sudeck) postulierte.
- Frau A. wurde aktuell durch die Ergotherapeutin Frau T. behandelt
- Als Textilverkäuferin war sie voll arbeitsfähig, arbeitete aber mehrheitlich mit der rechten Hand, wobei Frau A. Rechtshänderin ist.
- Der Eintrag erwähnt eine vorbestehende rheumatoide Arthritis, die angeblich spontan in Remission gekommen sei.
- Der Handchirurg postulierte einen Morbus Secretan (beim dem eine faktitiöse Verletzung vermutet werde) und konfrontierte Frau A. mit seinem Verdacht.

- Er bat den Hausarzt Dr. C. um zusätzliche Informationen zur Behandlung einer vorbestehenden rheumatoiden Arthritis.
- Der Handchirurg verordnete eine dreiwöchige Ruhigstellung in einem zirkulären Gips.

Anlässlich der am 09.10.2014 durchgeführten Magnetresonanztomografie der linken Hand beschrieb der Radiologe (Name auf dem Befund nicht erkennbar): *„Ausgedehntes diffuses Ödem der Handwurzelknochen sowie des Metakarpale II-V in Höhe des Karpometakarpalgelenkes mit Usuren bzw. zystoiden Läsionen an der Basis des Metakarpale II-IV sowie ausgedehnter begleitender Schwellung der angrenzenden Weichteilstrukturen. Die genannten knöchernen wie auch Weichteilveränderungen zeigen deutliche Kontrastmittelanreicherung. Der Befund ist auch unter Berücksichtigung der uns mitgeteilten Anamnese mit Veränderungen im Rahmen des Morbus Sudeck vereinbar. Begleitende Synovialitis. Kein Nachweis einer Fraktur. Riss des skapholunären Ligamentes und partieller Riss der ulnaren Refixation des Discus triangularis. In dieser Höhe erkennt man auch ein 0.4 cm grosses Ganglion.“*

Der Radiologe hielt diese Befunde als mit einem Morbus Sudeck vereinbar. Unter den klinischen Angaben wird *„fraglicher Sudeck“* aufgeführt, ohne Hinweis auf eine vorbestehende rheumatoide Arthritis. Offenbar wurde dem Radiologen die Vorgeschichte (vorbestehende, derzeit unbehandelte rheumatoide Arthritis) nicht mitgeteilt. Was der Radiologe hier an Befunden aufführt, ist aber meines Erachtens weit besser mit einer destruierenden rheumatoiden Arthritis vereinbar als mit einem Complex Regional Pain Syndrom. Insbesondere die beschriebenen Usuren, die zystoiden Veränderungen und die Synovialitis sind geradezu typisch für eine rheumatoide Arthritis. Dazu passen die sonografischen Befunde an beiden Händen, die der Rheumatologe Dr. med. S. anlässlich seiner Untersuchung vom 08.07.2015 festhielt.

Am 23.12.2014 reichte der Arbeitgeber (Möbelhaus Y) AG eine Rückfallmeldung ein. Als Rückfalldatum wurde der 01.12.2014 aufgeführt, wohl aufgrund der attestierten Arbeitsunfähigkeit infolge Ruhigstellung im Gips.

Anlässlich der Gipsentfernung vom 22.12.2014 beschrieb der Handchirurg im KG-Eintrag eine weitgehende, aber nicht vollständige Regredienz der Schwellung. Aufgrund des Verdachts auf eine faktitiöse Verletzung empfahl er dem Hausarzt Dr. C. eine psychologische Evaluation. Für die Zeit der Ruhigstellung im Gips vom 01.12. bis 22.12.2014 attestierte er eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, anschliessend eine Arbeitsunfähigkeit von 25% für weitere drei Wochen. Ab dem 12.01.2015 wurde im Unfallschein wieder eine volle Arbeitsfähigkeit eingetragen.

Aus weiteren KG-Einträgen von Dr. Q. ist erkennbar, dass Frau A. 2009 beim Rheumatologen Dr. P. in Behandlung stand.

Am 19.01.2015 nahm die beratende Ärztin der Versicherung, Frau Dr. med. W., zur Kausalität Stellung und beurteilte diese als lediglich möglich, worauf die Versicherung X am 20.01.2015 Frau A. mitteilte, sie sei nicht leistungspflichtig. In einem Bericht vom 29.01.2015 erwähnte der Handchirurg Dr. Q., die Patientin habe aufgrund seines Verdachts auf einen Morbus Secretan (faktitiöse Verletzung) und seines Vorschlages einer psychiatrischen Evaluation das Vertrauen in seine Behandlung verloren. Erstaunlich ist für mich aus gutachterlicher Sicht, dass Dr. Q. das Aufflackern der seit 2009 bekannten und aktuell unbehandelten rheumatoiden Arthritis nicht in seine differenzialdiagnostischen Überlegungen miteinbezog, zumal er die rheumatoide Arthritis explizit in der Diagnoseliste aufführte. Er empfahl, eine Zweitmeinung an der Handchirurgie am Universitätsspital M. einzuholen. PD Dr. med. U. sah Frau A. am 19.05.2015. Er stellte eine persistierende Schwellung am linken Handgelenk mit eingeschränkter Beweglichkeit fest. Im Abschnitt Anamnese erwähnte er, Frau A. habe die linke Hand dreimal angeschlagen: im Januar 2014, im März 2014 und im Januar 2015. Die Ereignisse vom März 2014 und

Januar 2015 wurden in früheren Akten nicht erwähnt. Die Finger beschrieb er als normal beweglich. Er vermutete, es könnte ein Wiederaufflackern der bekannten, zurzeit nicht behandelten rheumatoiden Arthritis vorliegen und empfahl eine Beurteilung durch die Rheumatologen am Universitätsspital M.

Am 22.06.2015 erfolgte eine konventionell radiologische Untersuchung der Hände und Füsse und am 08.07.2015 eine sonografische Untersuchung der Hände durch die Rheumatologen am Universitätsspital M. Sowohl die radiologischen wie auch die sonografischen Befunde sprechen für eine rheumatoide Arthritis. Im Bericht der Abteilung Rheumatologie vom 02.09.2015 wird eine Konstellation mit deutlich erhöhter Entzündungsaktivität beschrieben, zwar ohne klinisch sichtbare Synovitis: BSR 44 mm/h, CRP 4.4 mg/l, antinukleäre Antikörper 1:1280 positiv, Anti-CCP Antikörper 302. Die Rheumatologen empfahlen die Wiederaufnahme einer Basistherapie mit Methotrexat.

Kommentar zum von Dr. Q. postulierten Krankheitsbild Secretan's Disease

Henri-François Secretan wurde 1856 in Neuchâtel geboren. Nach seinen Studien der Literatur und der Medizin betrieb er in Lausanne eine Praxis und starb 1916. Er interessierte sich besonders für berufs- und unfallgeschädigte Patientinnen und Patienten und verfasste mehrere Bücher. Er beschrieb 1901 ein Krankheitsbild mit hartem Ödem und traumatischer Hyperplasie am Handrücken („*Oedème dur et hyperplasie traumatique du métacarpe dorsal*“), das später nach seinem Namen benannt wurde. Im Laufe der Jahre wurden verschiedene Hypothesen zur Ätiologie formuliert, unter anderem eine faktitiöse Genese (Selbstverletzung). K. und D. Al Aboud beschreiben in ihrer Übersichtsarbeit¹, es könne beispielsweise auftreten, wenn sich die Patienten selbst am Vorderarm abschnüren. Es handle sich dabei vorwiegend um ein Lymphödem,

verbunden mit Schmerzen und eingeschränkter Beweglichkeit, wobei der Daumen typischerweise ausgespart bleibe. Wegen des Verdachtes auf eine Selbstverletzung empfehle sich eine Ruhigstellung in einem Gips und eine psychiatrische Evaluation und Behandlung. Diskutiert werde aber auch eine traumatische Genese, wobei es zu einer peritendinösen Fibrose komme.

In seiner in der Revue Médicale Suisse Romande erschienenen Originalarbeit² beschrieb H.-F. Secretan 11 Fälle mit diesem Leiden, wobei 10 Patienten wieder zur Arbeit zurückkehrten, einer blieb arbeitsunfähig.

In einer Fallbeschreibung mit Literaturreview erwähnen D. Moretta und R. Cooley³, dass im Wesentlichen drei Ätiologien postuliert werden:

- Eine faktitiöse Genese (Selbstverletzung)
- Eine posttraumatische sympathische Dysregulation, ähnlich wie bei einem Morbus Sudeck (Complex Regional Pain Syndrome, CRPS)
- Eine durch ein Trauma ausgelöste peritendinöse Fibrose.

Die Autoren schreiben, dass die neuere Literatur dazu tendiere, mehrheitlich eine faktitiöse Genese (Selbstschädigung) anzunehmen.

Kommentar zur leitliniengerechten Behandlung einer rheumatoiden Arthritis

Zur Behandlung einer rheumatoiden Arthritis existieren mehrere Guidelines, unter anderem der europäischen Rheumaliga EULAR.⁴ Die Indikation für eine Basistherapie ist bei der vorliegenden Konstellation zweifellos gegeben, wobei Methotrexat nach wie vor ein first-line Medikament ist. Der Vorschlag der Rheumatologen des Universitätsspital M. ist begründet

¹ Al Aboud K. & D.: Henri-François Secretan (1856-1916) and his Syndrome. Acta med-hist Adriat 2011; 9: 237-242.

² Secretan Henri-François: Oedème dur et hyperplasie traumatique du métacarpe dorsal. Rev Med Suisse Romande 1916; 21: 409-416.

³ Moretta D.N., Cooley R. D.: Secretan's Disease: A Unique Case Report and Literature Review. The America Journal of Orthopedics 2002; 31: 524-527.

⁴ Smolen J.L. et al.: EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update.

und entspricht den Empfehlungen der Leitlinien. Eine ungenügend behandelte rheumatoide Arthritis hat bei klar nachgewiesener Entzündungsaktivität das Potenzial, zu weiteren Destruktionen zu führen, die nicht mehr rückgängig gemacht werden können und relevante funktionelle Defizite bewirken können.

Aktuell steht Frau A. erneut unter einer Basistherapie mit Methotrexat. Sie wurde im April 2016 wieder aufgenommen, vorerst mit einer Dosis von 15 mg/Woche, am 11.08.2016 erfolgte die Reduktion auf aktuell 7.5 mg/Woche in Form einer Selbstinjektion. Frau A. ist derzeit beschwerdearm. Sie beklagt eine minime Schwellung dorsal und radialseits am linken Handgelenk, eine eingeschränkte Beweglichkeit sowie eine verminderte Kraft. Zudem beklagt sie Müdigkeit und Energiemangel, die gemäss ihrer Überzeugung mit der Behandlung mit Methotrexat zusammenhängen. Im Weiteren beklagt Frau A. leichtgradige Schmerzen am Achillessehnenansatz am rechten Fuss mit Rötung und Schwellung, diese Fusschmerzen bestünden seit etwa 1½ Jahren.

Klinisch fällt in erster Linie die deutlich eingeschränkte Beweglichkeit des linken Handgelenkes auf, diese wirkt ossär/artikulär eingeschränkt, nicht schmerzbedingt. Das Handgelenk ist dorsal im Bereich der Sehne des M. extensor indicis und radialseits über dem Processus styloideus radii diskret geschwollen. Radiologisch zeigt sich das Bild einer deutlichen Sekundärarthrose, typisch für Schäden im Rahmen einer rheumatoiden Arthritis. Die Blutsenkungsreaktion war unter Methotrexat anlässlich der letzten Kontrolle bei Dr. P. am 11.08.2016 mit 27 mm/h immer noch leicht erhöht, das CRP lag im Normbereich. Die neu angefertigten Röntgenbilder zeigen fortgeschrittene postentzündliche sekundärarthrotische Veränderungen in der linken Handwurzel und im Handgelenk mit partieller Ankylosierung, die einzelnen Handwurzelknochen sind nicht mehr sauber gegeneinander abgrenzbar:



Abb. 1: aktuelle Röntgenbefunde anlässlich der Begutachtung

Überwiegend wahrscheinlich ist, dass die Grundkrankheit (rheumatoide Arthritis) zeitgleich mit dem angeschuldigten Ereignis vom 15.01.2014 wieder eine erhöhte Aktivität entwickelte. Was Dr. med. C. in seinem Bericht vom 11.05.2015 zur Konsultation vom 15.05.2014 (vier Monate nach dem Anschlagen der Hand) schrieb, passt gut zu einer erneut aufgeflackerten rheumatoiden Arthritis. In der funktionellen Ultraschalluntersuchung vom 08.07.2015 beschrieb Dr. S. eine Synovitis an beiden Handgelenken, also auch an der nicht traumatisierten Hand. Die Magnetresonanztomografie vom 09.10.2014 wurde vom Radiologen meines Erachtens fehlinterpretiert, wohl in Unkenntnis der vorliegenden Grunderkrankung. In den Angaben zur Indikation für die MRT erwähnte der Radiologe keine vorbestehende rheumatoide Arthritis, sondern einen Verdacht auf Morbus Sudeck. Radiologisch liegen typische Destruktionen und sekundärarthrotische Veränderungen vor, wie sie im Rahmen einer rheumatoiden Arthritis auftreten können.

Frau A. wurde 2009 bis 2013 mit Methotrexat behandelt, nachdem die Diagnose einer seropositiven rheumatoiden Arthritis gesichert war. Der Behandlungsabbruch erfolgte auf Wunsch der Patientin, die sich nicht mehr mit „Gift“ behandeln lassen wollte. Dass es nach Abbruch der Basistherapie mit zeitlicher Verzögerung wieder zu einem Aufflackern der Entzündungsaktivität kommt, entspricht dem Erfahrungsschatz eines Rheumatologen. Ob das Anschlagen kausal direkt für die Auslösung eines entzündlichen Schubes der rheumatoiden Arthritis verantwortlich ist, kann evidenzbasiert nicht zuverlässig beantwortet werden. Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis

haben auch gehäuft Weichteilprobleme in Form von Tenosynovitiden und Tendinitiden. So halte ich dafür, dass die Tendinitis achillae rechts auch mit der rheumatoiden Arthritis zusammenhängt. Die vom Handchirurgen Dr. med. Q. geäußerte Verdachtsdiagnose eines Morbus Secretan halte ich für nicht zutreffend, ebenso die Diagnose eines Morbus Sudeck (CRPS).

Konsistenzprüfung

Die Konsistenzprüfung (Diskrepanzanalyse) erfolgt in Anlehnung an publizierte Vorlagen:⁵

- *Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden:*
Frau A. liefert präzise Angaben zu ihren Beschwerden und den daraus folgenden Behinderungen im Alltag. Diesbezüglich sind keine Diskrepanzen feststellbar.
- *Diskrepanzen zwischen massiven subjektiven Beschwerden (einschliesslich Selbsteinschätzung in Fragebogen) und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation:*
Die Angaben von Frau A. wirken adäquat, es ergibt sich auch keine Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben und dem Erscheinungsbild anlässlich der Befragung und Untersuchung.
- *Diskrepanzen zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und einem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung:*
Frau A. betrachtet sich selber als wenig behindert, die von ihr angegebenen Einschränkungen passen zu den objektivierbaren Befunden.
- *Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe:*
Wenn Frau A. die Basistherapie früher eigenmächtig gestoppt hat, so hat dies meines Erachtens nicht mit feh-

lendem Leidensdruck zu tun, sondern mit ihrer Abneigung gegenüber schulmedizinischen (insbesondere „chemischen“) Behandlungen und der Präferenz von alternativ-medizinischen Heilmethoden. Sie ist jetzt aber gewillt, nach eingehender Aufklärung durch den behandelnden Rheumatologen, die wieder aufgenommene Basistherapie weiter zu führen.

- *Diskrepanzen zwischen am Untersuchungstag (und am Tag zuvor) als eingenommen angegebenen Medikamenten und dem Nachweis der Medikamente im Blutserum:*
Frau A. erhält Methotrexat in Form von Injektionen. Sie nimmt keine Analgetika oder Psychopharmaka dauerhaft ein. Es bestand im Rahmen der Begutachtung kein Anlass für die Bestimmung von Medikamentenspiegeln.

Beurteilung in Anlehnung an die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Gesundheitsproblem: Als Grunderkrankung besteht eine seropositive rheumatoide Arthritis mit hauptsächlicher Manifestation an der linken Hand (ICD-10 M05.84). Aus somatischer Sicht ergeben sich keine Verdachtsmomente, dass zusätzlich eine relevante psychiatrische Komorbidität vorliegt.

Körperfunktionen und Strukturen: An der linken Handwurzel und im Handgelenk haben sich eine erhebliche Sekundärarthrosen entwickelt, die einzelnen Handwurzelknochen sind kaum noch gegeneinander abgrenzbar und zu einem Konglomerat verschmolzen. Klinisch besteht derzeit eine minime längliche Schwellung etwa im Bereich der Sehne des Musculus extensor indicis über der proximalen Handwurzel dorsal, zudem eine minime Schwellung im Bereich des Processus styloideus radii. Die Beweglichkeit des linken Handgelenkes wirkt ossär/artikulär deutlich eingeschränkt mit einer Volarflexion von 50°, Dorsalflexion von 40°, Radialduktion von 10° und Ulnarduktion von 25°. An den MCP-Gelenken, den proximalen und den Interphalangealgelenken bestehen keine Synoviti-

⁵ AWMF Leitlinie «Ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen» (2012). www.awmf.org/leitlinien

den, die Faustschlusskraft beträgt links 0.1 bar bei als gut imponierender Kooperation seitens der Versicherten. Im Bereich des Achillessehnenansatzes rechts besteht eine leichte Rötung und Schwellung. Die beklagte Müdigkeit könnte durchaus im Rahmen der noch bestehenden erhöhten Entzündungsaktivität als Allgemeinsymptom der rheumatoiden Arthritis interpretiert werden, sie ist derzeit aber nicht mehr stark ausgeprägt. Die anamnestisch bestehende (leichte) Raynaud- und Sjögren-Symptomatik ist vermutlich ebenfalls bedingt durch die entzündlich-rheumatische Grunderkrankung.

Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation: Im Vordergrund stehen Einschränkungen an der linken Hand, bedingt durch die eingeschränkte Beweglichkeit, die verminderte Belastbarkeit und die verminderte Kraft. Frau A. ist Rechtshänderin. Sie kann mit der linken Hand keine schweren Gewichte heben und tragen und keine Arbeiten ausführen, die eine volle Flexion und/oder Extension im Handgelenk erfordern. Auch prolongierte feinmotorische Arbeiten mit der linken Hand sind nur sehr eingeschränkt möglich. Was die Tätigkeit als Möbelverkäuferin anbelangt, so wirken sich diese Einschränkungen nicht in einem Ausmass aus, die eine relevante Reduktion der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätte. Frau A. muss an ihrem angestammten Arbeitsplatz nur sehr selten selber Möbel verschieben und kann – wenn sie dies tun muss – auf die Mithilfe von Kollegen und Kolleginnen zurückgreifen. Es ist aber durchaus möglich, dass neue Schübe oder neue Manifestationen auftreten, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken. Insofern ist eine exakte Prognose unmöglich. Die Prognose wird wesentlich davon abhängen, wie gut es gelingen wird, mit einer suffizienten Basistherapie die Entzündungsaktivität langanhaltend zu unterdrücken. In Bezug auf die Führung des eigenen Haushaltes kann Frau A. die Behinderungen weitgehend kompensieren, für strengere Arbeiten kann sie auch auf die Mithilfe der älteren Tochter zurückgreifen, die noch mit ihr zusammen lebt. Was die Freizeitaktivitäten anbelangt, so ist derzeit vor allem das Jogging betroffen.

Kontextfaktoren: A) Umweltfaktoren: Frau A. ist bei ihrem langjährigen Arbeitgeber optimal eingegliedert. Sie erhielt jeweils gute Arbeitszeugnisse und wird als motivierte Mitarbeiterin sehr geschätzt. Dies lässt darauf hoffen, dass es im Falle eines erneuten krankheitsbedingten Ausfalles – beispielsweise bei einem erneuten Schub der rheumatoiden Arthritis – nicht gleich zum Arbeitsplatzverlust käme. Aktuell steht Frau A. kurz vor der Scheidung. Bei der Befragung gewann ich den Eindruck, die Scheidung werde nach mehreren Jahren der Trennung vom Ehemann eher zu einer Erleichterung denn zu einer Belastung führen. Frau A. hat gute Beziehungen zu ihren beiden Töchtern, von denen die ältere noch mit ihr zusammen wohnt. Frau A. verfügt über ein Netz von Kolleginnen und Kollegen, mit denen sie regelmässig Umgang pflegt und die ihr als Ressourcen dienen. **B) Personbezogene Faktoren:** Frau A. verfügt über viele Jahre Berufserfahrung als angelegerte Verkäuferin, zuletzt in der Möbelbranche. Eine vor vielen Jahren begonnene Lehre als Charcuterie-Verkäuferin hat sie nicht abgeschlossen. Dass sie kürzlich eine Zusatzausbildung als „Ernährungscoach“ abgeschlossen hat, weist auf Ressourcen (Interesse und Eigeninitiative) hin. Günstig ist auch die Tatsache, dass Frau A. nach einem Unterbruch von mehreren Jahren wieder gelernt hat, selbständig Auto zu fahren, was ihre Mobilität erhöht. Eher ungünstig für die Langzeitbehandlung der rheumatoiden Arthritis ist die Tatsache, dass Frau A. schulmedizinischen Behandlungen gegenüber sehr skeptisch eingestellt ist und die Basistherapie mit Methotrexat schon einmal in eigener Regie abgebrochen hat, was vermutlich die Progredienz der Erkrankung mit Entwicklung schwerer Schäden an der linken Handwurzel insofern gefördert hat, als die Entzündungsaktivität über längere Zeit ungenügend unterdrückt war. Diesbezüglich ist nun eine gute Information und Führung der Versicherten wichtig, damit die Entzündungsaktivität suffizient unterdrückt werden kann. Der Vorwurf einer Selbstschädigung durch den Handchirurgen Dr. Q hat Frau A. schwer getroffen. Das Gutachten mag nun insofern zu einer Erleichterung führen, als der Vorwurf einer Selbstverletzung definitiv als unzutreffend verworfen werden kann.

Diagnosen

Seropositive rheumatoide Arthritis (ED 2009)

- Antinukleäre Antikörper positiv, Anti-CCP Antikörper positiv
- fortgeschrittene sekundäre Handwurzel- und Handgelenksarthrose links vom ankylosierenden Typ
- Anamnestisch Raynaud-Symptomatik, Sjögren-Symptomatik
- Basistherapie mit Methotrexat 2009 bis 2013 und erneut seit 04/2016

Anamnestisch Kontusion der linken Mittelhand am 15.01.2014 ohne Hinweise auf anhaltende strukturelle Schädigung

Beantwortung der gutachterlichen Fragen

1. Welche der von Ihnen festgestellten Gesundheitsschäden wurden mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Ereignis vom 15.01.2014 verursacht?

Die Beantwortung der Frage wird erschwert durch die Tatsache, dass es keine objektiven Zustandsbeschreibungen aus der Frühphase nach dem 15.01.2014 gibt. Dr. med. C. schrieb, er habe Frau A. erstmals am 15.05.2014 gesehen, rund vier Monate nach dem von ihr erwähnten Anschlagen der linken Hand. Die aktuell feststellbaren Gesundheitsschäden stehen überwiegend wahrscheinlich nicht in Zusammenhang mit dem Ereignis vom 15.01.2014. Es handelt sich um typische Befunde einer rheumatoiden Arthritis, die mehrere Monate nach Absetzen der Basistherapie erneut aufgeflackert ist. Radiologisch zeigt sich das Bild von erheblichen Destruktionen in der linken Handwurzel und am linken Handgelenk, wo mehrere Handwurzelknochen nicht mehr genau gegeneinander abgrenzbar und zu einem Konglomerat verwachsen sind. In diesem Bereich bestehen erhebliche Sekundärarthrosen.

2. War die Gesundheit der versicherten Person schon vor dem Unfall vom 15.01.2014 in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt?

Ja: Frau A. litt vermutlich seit 2006, sicher aber seit 2009 an einer seropositiven rheumatoiden Arthritis. Sie wurde 2009 bis

2013 mit einer Basistherapie mit Methotrexat behandelt. Zudem nahm Frau A. mehrere alternativtherapeutische Verfahren in Anspruch. Der Abbruch der Behandlung mit Methotrexat 2013 erfolgte auf Wunsch der Versicherten. Der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Unfalles vom 15.01.2014 ist nicht dokumentiert. Frau A. sagt, sie sei beschwerdefrei gewesen. Dass die nach dem Ereignis vom 15.01.2014 dokumentierten sekundärarthrotischen Schäden alle erst nach dem 15.01.2014 entstanden sind, halte ich für sehr unwahrscheinlich. Die vorbestehende rheumatoide Arthritis war im Januar 2014 vermutlich symptomarm bis klinisch stumm. Allerdings ist die Beweglichkeit des linken Handgelenkes unmittelbar vor dem 15.01.2014 nirgends festgehalten.

3. Wenn ja: Hat dieser Unfall mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlimmerung geführt?

Wie bereits dargelegt kann die Frage, ob das Anschlagen der Hand mitbeteiligt war am Auslösen eines Schubes der rheumatoiden Arthritis, evidenzbasiert nicht klar beantwortet werden. Ich halte dies für lediglich möglich, aber nicht für überwiegend wahrscheinlich. Naheliegender ist, dass die rheumatoide Arthritis spontan wieder an Entzündungsaktivität zugenommen hat, nachdem die Basistherapie von der Versicherten 2013 abgebrochen wurde, obwohl medizinisch eine Indikation für ein Weiterführen der Behandlung bestand. Die destruktive Potenz der Erkrankung zeigt sich am aktuell vorliegenden radiologischen Bild.

4. Handelt es sich mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine bloss vorübergehende oder um eine richtunggebende Verschlimmerung?

Ich halte dafür, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weder eine vorübergehende noch eine richtunggebende Verschlimmerung der Grunderkrankung vorliegt. Die rheumatoide Arthritis wäre mit grosser Wahrscheinlichkeit nach Absetzen der Basistherapie auch ohne Anschlagen der Hand wieder ak-

tiver geworden. Wieviel das Anschlag der Hand dazu beigetragen hat, lässt sich evidenzbasiert nicht zuverlässig beantworten.

5. Im Falle einer wahrscheinlich bloss vorübergehenden Verschlimmerung:

a) Wann war, ist oder wird der Status quo ante – also der Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat – erreicht?

Mit dem Anschlag der Hand kann man lediglich eine Schmerzsymptomatik von einigen Wochen bis maximal etwa drei Monate erklären. Die restlichen Symptome und Befunde sind der erneut aktiv gewordenen rheumatoiden Arthritis zuzuordnen.

b) Oder wann war, ist oder wird der Status quo sine – also der Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf des krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte – erreicht?

Die direkten Folgen des Anschlages der linken Hand waren vermutlich schon wenige Wochen bis maximal drei Monate nach dem Ereignis abgeheilt. Die teils bis heute anhaltende Symptomatik ist der vorbestehenden rheumatoiden Arthritis zuzuschreiben.

6. Im Falle einer wahrscheinlich richtunggebenden Verschlimmerung:

a) Welche Tätigkeiten und Verrichtungen kann die versicherte Person in Anbetracht der Unfallfolgen noch ausüben?

Unfallbedingt bestehen keine Einschränkungen. Die beschriebenen Einschränkungen der Beweglichkeit und der Belastbarkeit der linken Hand sind krankheitsbedingt.

b) In welchem zeitlichen und leistungsmässigen Umfang?

Entfällt.

7. Inwieweit kann von weiteren Behandlungsmassnahmen mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

eine Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden? Wenn ja, von welchen?

Unfallbedingt bedarf Frau A. keiner Behandlung. Krankheitsbedingt muss die Behandlung der rheumatoiden Arthritis, die bereits zu Sekundärschäden geführt hat, unbedingt weitergeführt werden. Ein Hindernis wird vermutlich der imperative Wunsch von Frau A. sein, die Methotrexatbehandlung wieder abzusetzen, sobald es ihr wieder gut gehe. Falls dies geschieht, ist mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen, dass es einige Wochen bis Monate nach Absetzen der Behandlung erneut zu einem Aufflackern der Entzündungsaktivität kommt. Bereits entstandene Schäden können aber mit keiner Basistherapie rückgängig gemacht werden. Dies ist der Hauptgrund, warum die Basistherapie nicht abgesetzt werden sollte. Wenn sich die Entzündungsaktivität mit Methotrexat allein nicht genügend supprimieren lässt, stellt sich die Frage nach dem Einsatz eines Biologikums, z.B. aus der Stoffklasse der TNF-alpha Blocker. Die destruktive Potenz der Erkrankung zeigt sich am aktuell vorliegenden radiologischen Bild. Bei Frau A. besteht eine Handgelenksarthritiden vom ankylosierenden Typ. Mit grosser Wahrscheinlichkeit wird es zu einer Ankylose des Handgelenkes kommen. Sollten vermehrte Beschwerden auftreten und keine Spontanankylose stattfinden, wäre operativ einzig eine Handgelenkarthrodese anzubieten.

8. Bemerkungen

Unabhängigkeitserklärung: Ich bestätige hiermit, dass dieses Gutachten unabhängig von den Intentionen des Auftraggebers und der Versicherten, objektiv und neutral, nach bestem Wissen und Gewissen verfasst wurde.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Jörg Jeger
Rheumatologie FMH, EMBA
MAS Versicherungsmedizin
Chefarzt MEDAS Zentralschweiz
Hirschengraben 33, 6003 Luzern
Mail: joerg.jeger@medaslu.ch