

Das BG-Urteil 8C_104/2024 zur Adipositas

Überlegungen zur Anwendung bei Gesundheitsstörungen des Bewegungsapparates

Andreas Klipstein*

I. Einleitung

Mit dem obengenannten BG-Urteil wurde festgestellt, dass die Behandelbarkeit der Adipositas einer Rentenzusprache nicht grundsätzlich entgegensteht. Das Bundesgericht legte dar, dass Adipositas als eine chronische, komplexe und multifaktorielle Erkrankung anzusehen ist. Ihre Genese wird durch psychosoziale Faktoren und genetische Dispositionen sowie in einigen Fällen durch Medikamente, Immobilisierung oder genetische Syndrome begünstigt. Infolgedessen ist es für die Invaliditätsprüfung wichtig festzustellen, inwiefern die Krankheitsfolgen die funktionelle Leistungsfähigkeit tatsächlich einschränken. Dies gilt ohne Einschränkung der zugrunde liegenden Diagnosen resp. Co-Morbiditäten. Andererseits gilt auch, dass die Schadenminderungspflicht auch bei der Adipositas gelte, so dass von der versicherten Person etwa die aktive Teilnahme an zumutbaren diätischen und medikamentösen Therapien resp. Verhaltenstherapien und Bewegungsprogrammen verlangt werden kann (Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG).¹ Betroffene sind verpflichtet, zumutbare Behandlungen wie diätetische Massnahmen, medikamentöse Therapien, Verhaltenstherapie und Bewegungsprogramme aktiv wahrzunehmen. Diese Voraussetzungen führen dazu, dass auch bei den die Funktionalität vordergründig einschränkenden Gesundheitsstörungen des Bewegungsapparates die Rolle der Adipositas jeweils diskutiert werden muss.

Wie die Adipositas selbst sind auch Gesundheits- und Funktionsstörungen des Bewegungsapparates multifaktoriell. So sind Rückenschmerzen ungeachtet der diagnostizierten strukturellen Ursachen durch Lifestyle wie Bewegungsverhalten und Nikotinkonsum, psychosoziale Faktoren und Arbeitsplatzverhältnisse, insbesondere schwere körperliche Arbeit, beeinflusst.² Gesundheitsstörungen des Bewegungsapparates sind ausserdem assoziiert mit kardiovaskulären Risikofaktoren, was teilweise mit Lifestyle-Faktoren, teilweise

auch mit pathophysiologischen Mechanismen wie Vaskularisationsstörungen und lokalen Entzündungen im Zusammenhang stehen dürfte.³ Mit Blick auf den Bewegungsapparat gilt es im Folgenden einerseits die Rolle der Adipositas bei der Entstehung oder des Unterhaltens spezifischer Gesundheits- und Funktionsstörung, andererseits auch die Beeinflussbarkeit dieser Störungen durch Massnahmen zur Reduktion der Adipositas zu darzulegen.

II. Generelle Bedeutung der Adipositas bei Gesundheitsstörungen des Bewegungsapparates

Die Zusammenhänge zwischen der Adipositas und Gesundheitsstörungen des Bewegungsapparates sind generell schwach, ausgenommen ist der Zusammenhang zwischen Kniebeschwerden/Kniearthrose und Adipositas, wo das Risiko gemessen an der Odds Ratio knapp 3 beträgt, was im Bereich des Einflusses eines chronischen Nikotinkonsums oder schwerer körperlicher Arbeit liegt, aber deutlich höher als z.B. der Einfluss psychosozialer Faktoren wie Bildung.^{4,5} Daneben bestehen einzelne statistisch zwar signifikante, insgesamt aber bezüglich Effektstärke deutlich geringere Zusammenhänge, wie z.B. bei Rückenschmerzen mit Ausstrahlungen (zumindest teilweise radikulärer Genese) weniger als bei lokalisierten lumbalen Rückenschmerzen (common low back pain). Nicht alle Gelenke der unteren Extremitäten werden durch die Adipositas beeinflusst, obwohl dies suggeriert werden könnte. So hat die Adipositas bei Hüftarthrosen evidenzbasiert einen geringen Einfluss, hier sind statische Voraussetzungen (verschiedene Entwicklungsstörungen der Hüftgelenke/begünstigende Vorschädigungen) und genetische Faktoren von grösserer Relevanz.⁶ Obwohl die Beschwerden bei Adipösen im Rahmen von Arthrosen der Fussgelenke nach Erfahrung verstärkt werden, gibt es keine eindeutige Literatur dazu. Die Adipositas dürfte generell das Bewegungsverhalten beeinflussen und umgekehrt, dies dürfte zu indirekten Beeinflussungen führen (siehe auch IV).

* PD Dr.med. Andreas Klipstein, Facharzt für Rheumatologie und Physikalische Medizin/Rehabilitation, Leiter Medizin und berufliche Eingliederung, AEH Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG.

¹ IVG, Art. 5–4a.

² SHIRI R, KOBRA F-H, VIKARI-JUNTURA E et al. Risk factors for Low Back Pain: A population-based longitudinal study. 2019. *Arthritis care res*; 71(2):290–299.

³ REYES C, LEYLAND KM et al. Association between overweight and obesity and risk of clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis. A population based cohort-study. 2016. *Arthritis rheumatol*; 68(8):1869–1875.

⁴ REYES C, LEYLAND KM et al. (FN 3).

⁵ LEE R, KEAN WF, 2012. Obesity and knee osteoarthritis. *Inflammapharmacology*; 20(2):53–58.

⁶ REYES C, LEYLAND KM et al. (FN 3).