



Swiss Insurance Medicine

Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz  
Communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances  
Comunità d'interessi svizzera medicina assicurativa

# ICF und somatische Begutachtung

Dr. med. Jörg Jeger, Chefarzt MEDAS Luzern

Dr. med. Bruno Soltermann, Chefarzt SVV

# BGE 141 V 281

«Arbeitsunfähigkeit leitet sich  
gleichsam aus dem Saldo aller  
wesentlichen Belastungen und  
Ressourcen ab»

# «Paradigmenwechsel» in der Leistungsbeurteilung

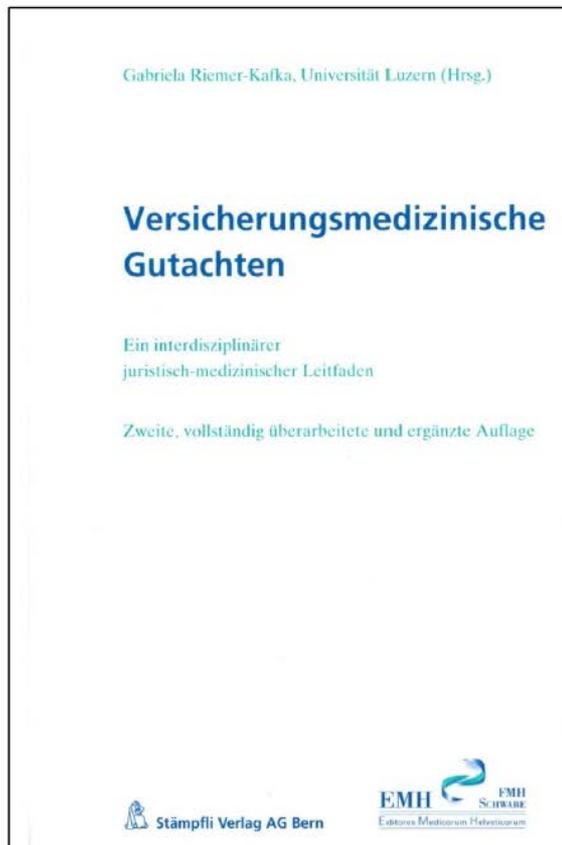
## Aktuell noch häufig

- Der Gutachter benützt für die Leistungseinschätzung (ausschliesslich) die gestellten Diagnosen.
- «Schnellschuss» von der Diagnose zur Arbeitsfähigkeit.

## Denkart nach ICF-Framework und Mini-ICF-APP

- Der Gutachter soll aufzeigen, welche Fähigkeiten aufgrund der gestellten Diagnosen gestört sind.
- Er soll aufzeigen, wie sich die Fähigkeitsstörungen auf Aktivität und Teilhabe auswirken.
- Dies ermöglicht einen Vergleich des Fähigkeitsprofils mit den Anforderungen des Arbeitsplatzes.
- Substanziierung der Behinderung

# ICF in der Begutachtung

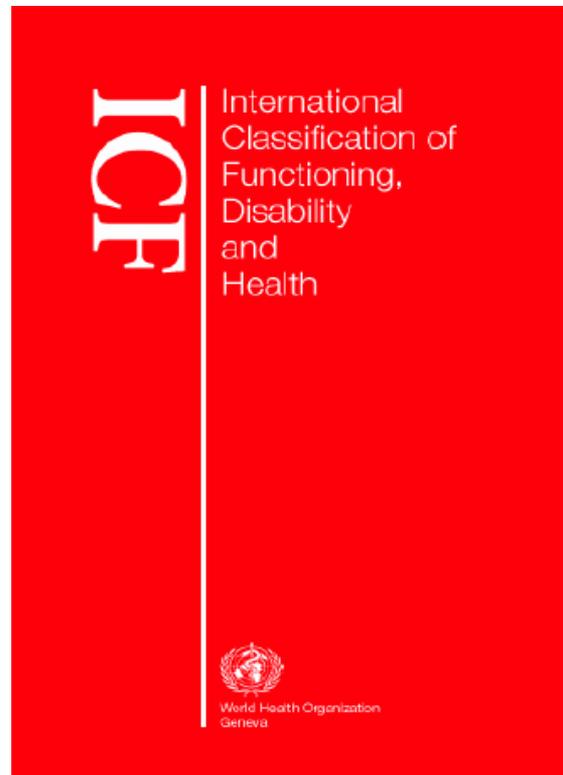


Riemer-Kafka G. (Hrsg.): Versicherungsmedizinische Gutachten. Stämpfli Verlag, 2. Aufl. (2012), S. 124-1

3. überarbeitete Auflage mit erweitertem Kapitel über ICF in der Begutachtung wird 2016 erscheinen

# Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Verabschiedet durch die World Health Assembly im Mai 2001



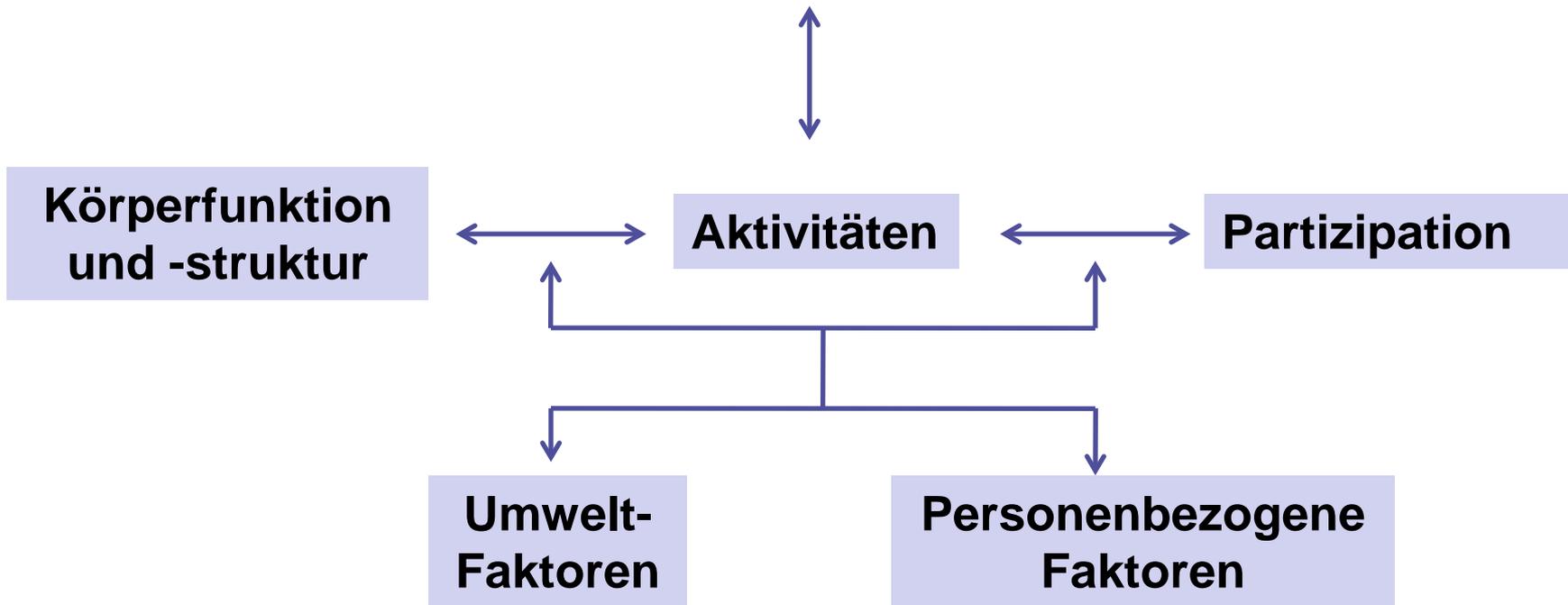
Durch das Modell der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit wird die Gesundheitserfahrung des Patienten in ihrer Gesamtheit beschrieben

# ICF

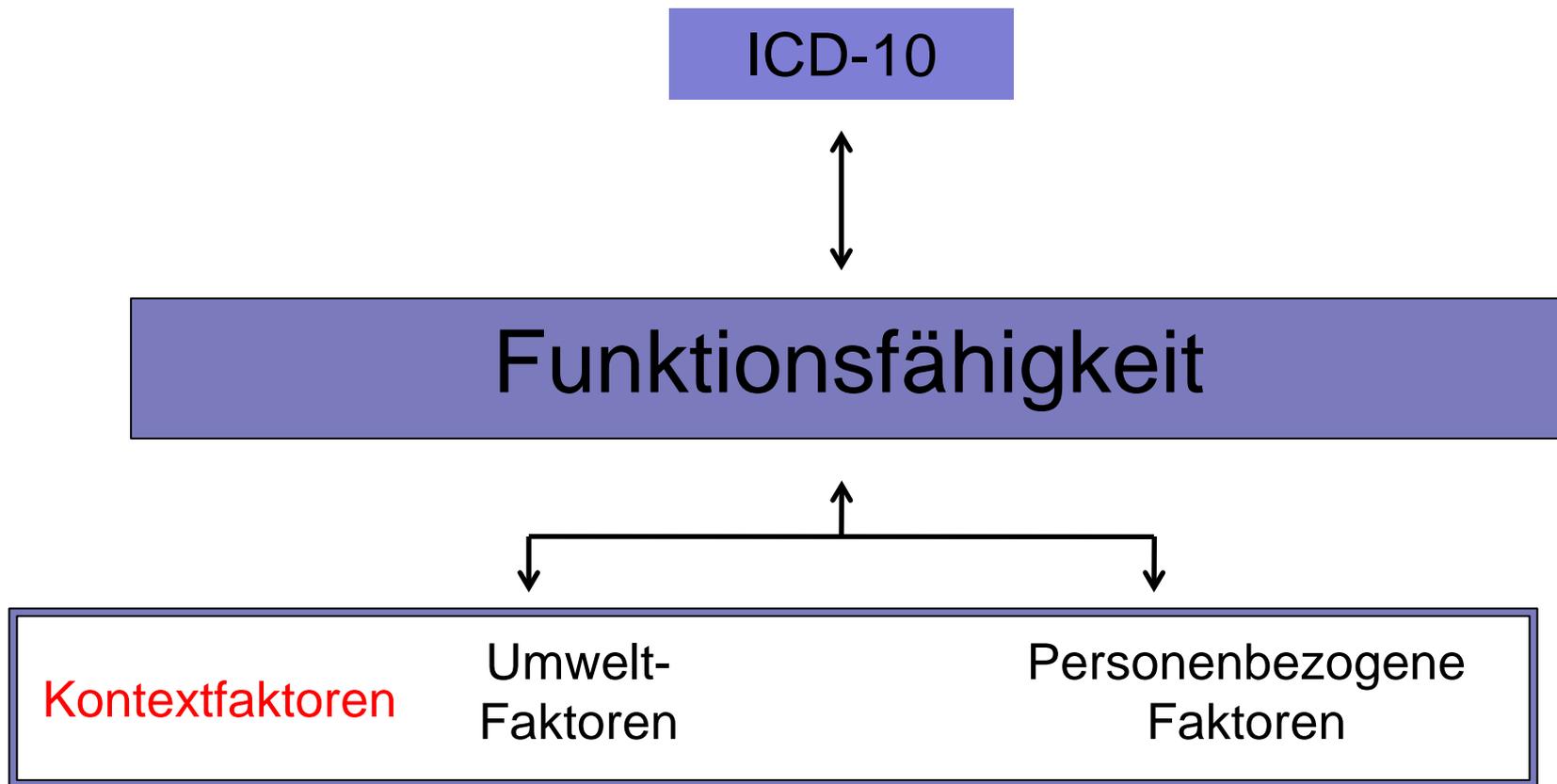
- Nachfolge der ICDH (international Classification of Impairment, Disability and Handicap); Defizit orientiert
- ICF ist Ressourcen orientiert
- Interdisziplinäre Kommunikation
- Praxis, Lehre und Forschung
- Gesundheitsberichterstattung

# Komponenten der ICF

**Gesundheitsproblem  
(Gesundheitsstörung oder Krankheit)**



# Bio-psycho-soziales Modell



# Körperfunktion und Körperstruktur

- Körperstrukturen betreffen anatomische Teile des Körpers
  - Organe z. B. Hirnkontusion, Nervenläsion
  - Gliedmassen z.B. Hüftgelenksarthrose, Kreuzbandruptur
- Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen
  - Halbseitenlähmung
  - Sprechstörung, Fallfuss
  - Hinken, Gelenkinstabilität

# Klassifikation der Körperfunktionen und Körperstrukturen

## body functions

1. Mentale Funktionen
2. Sinnesfunktionen und Schmerz
3. Stimm-und Sprechfunktionen
4. Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems
5. Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen Systems
6. Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems
7. Neuromuskuloskelettale und bewegungsbezogene Funktionen
8. Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde

## body structures

1. Strukturen des Nervensystems
2. Auge, Ohr und mit diesen in Zshg. steh. Strukturen
3. Strukturen, die an Stimme und Sprechen beteiligt sind
4. Strukturen des kardiovaskulären, Immun- und Atmungssystems
5. Strukturen in Zshg. mit Verdauung, Stoffwechsel und endokrinem System
6. Strukturen in Zshg. mit Urogenital- und Reproduktionssystem
7. Strukturen in Zshg. mit Bewegung
8. Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

# Aktivität und Partizipation

- Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch eine Person. Sie repräsentiert die individuelle Perspektive der Funktionsfähigkeit.
- Partizipation ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation. Sie repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit.

# Aktivität und Partizipation

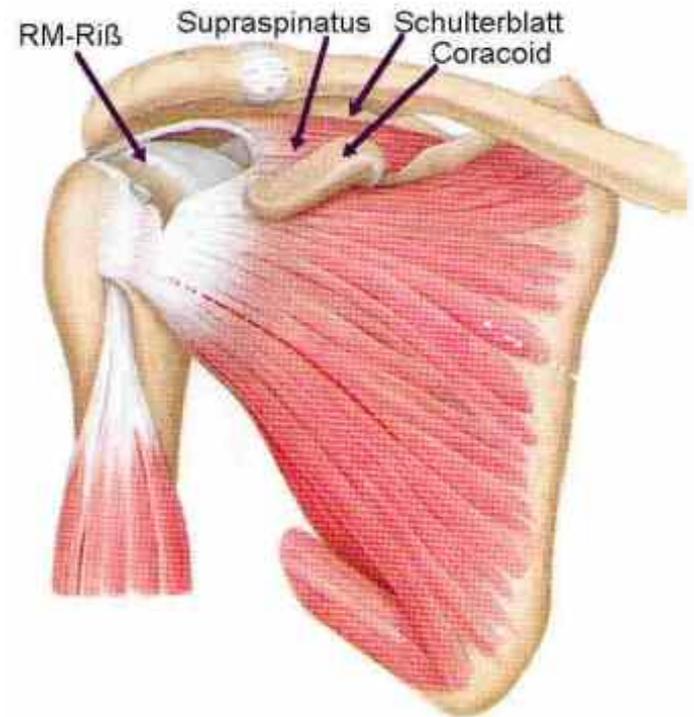
## Life domains

1. Lernen und Wissensanwendung
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
3. Kommunikation
4. Mobilität
5. Häusliches Leben
6. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
7. Bedeutende Lebensbereiche
8. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

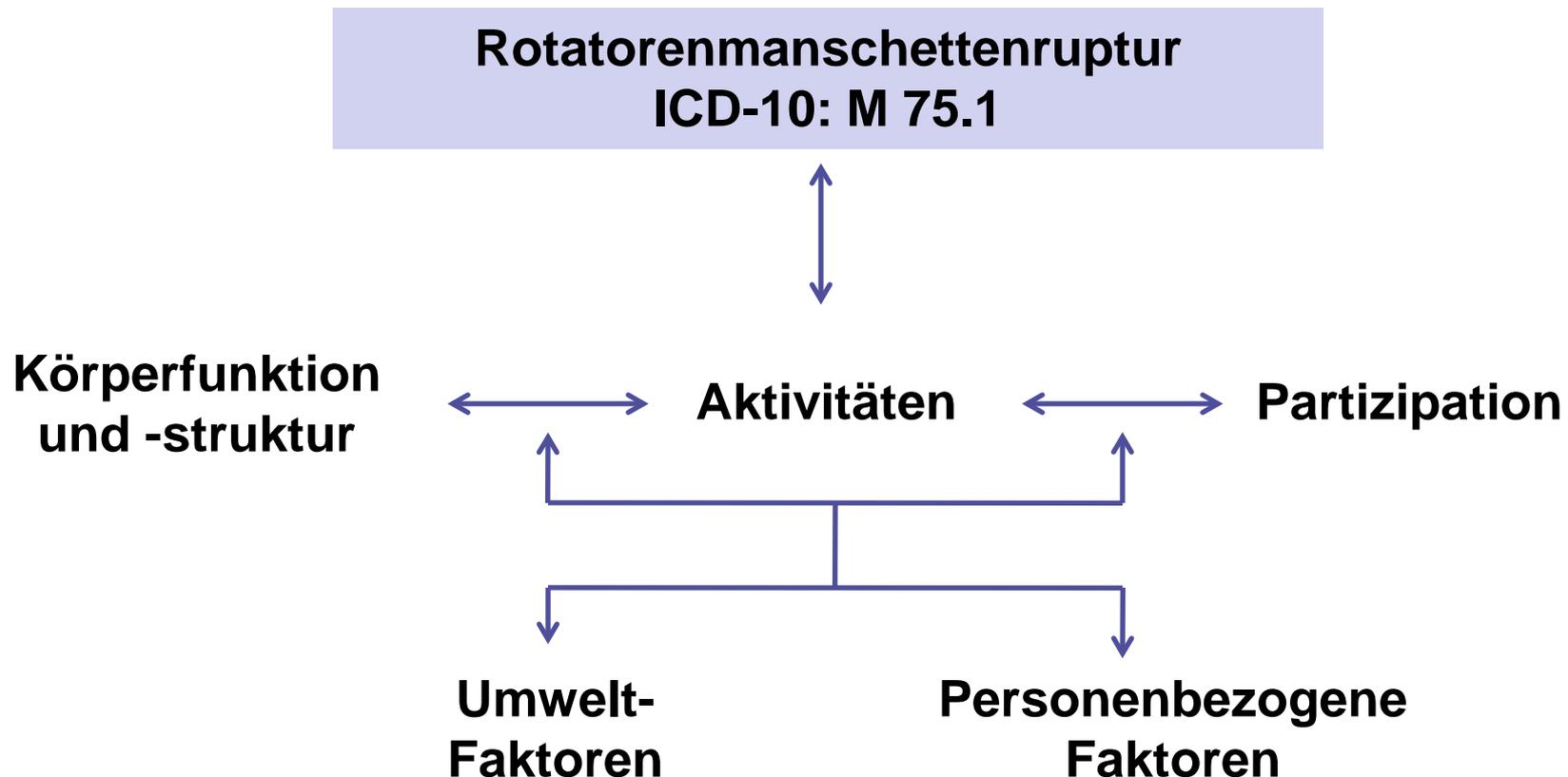
# ICD-10: M 75.1

## Ruptur der Rotatorenmanschette

- 45jährige sportliche Frau
- Teilzeitarbeit beim Mann als Buchhalterin
- Kinder im Studium, wohnen noch zu Hause
- Zwei Hunde
- Siebenzimmervilla
- Garten von 1400m<sup>2</sup>
- Putzfrau
- Auto mit automat. Getriebe

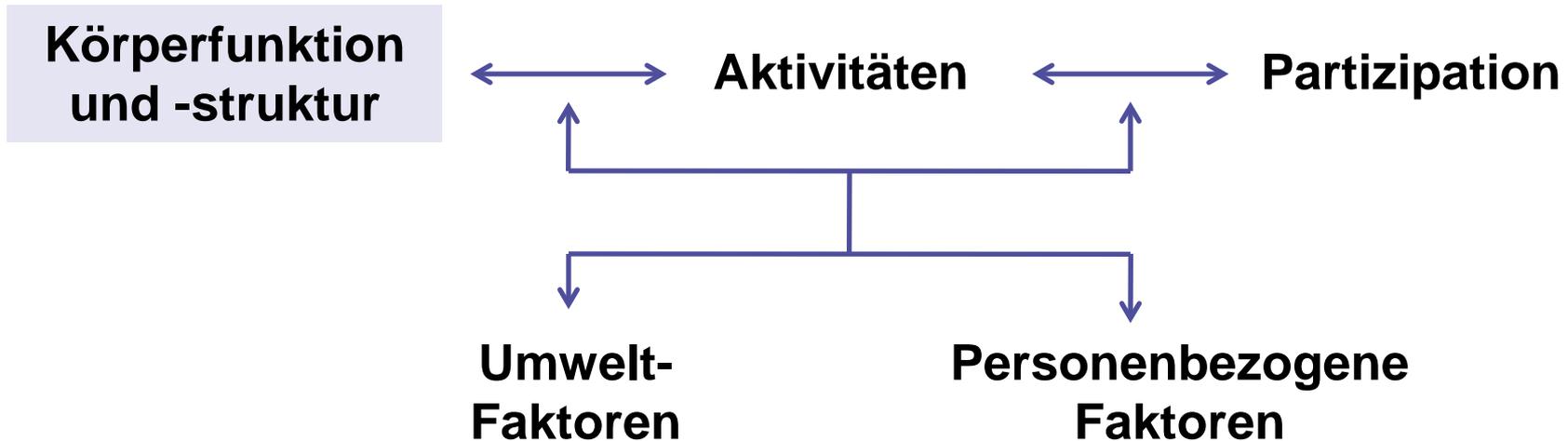


# Bio-psycho-soziales Modell der ICF



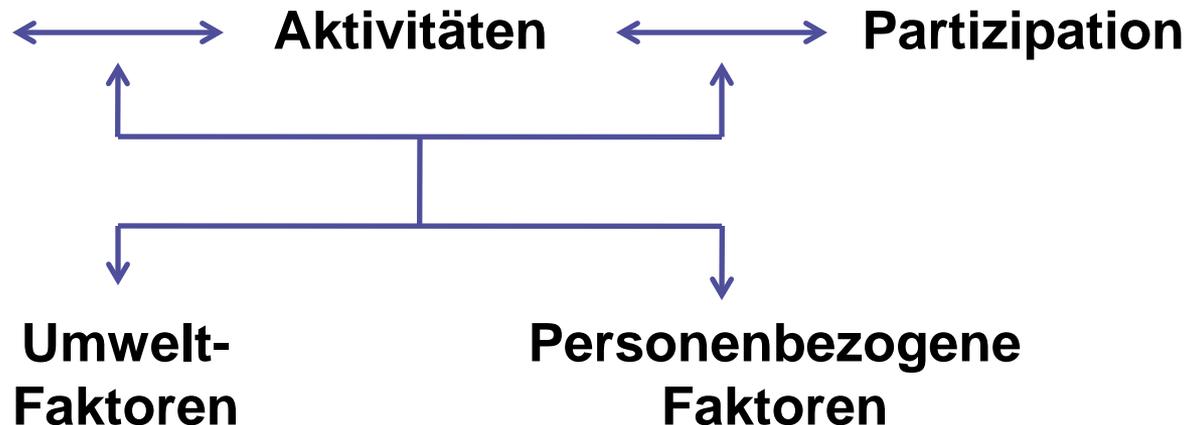
# Bio-psycho-soziales Modell der ICF

**Rotatorenmanschettenruptur  
ICD-10: M 75.1**



# Bio-psycho-soziales Modell der ICF

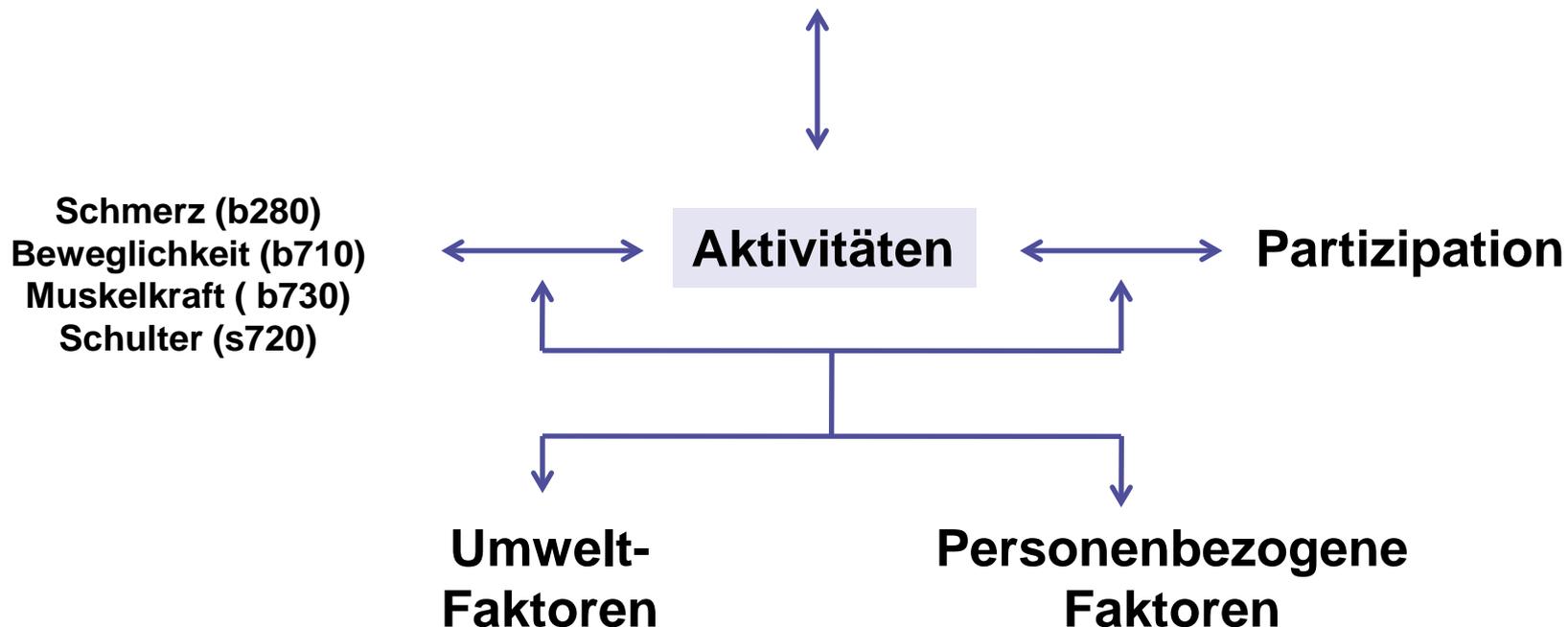
**Rotatorenmanschettenruptur  
ICD-10: M 75.1**



Schmerz (b280)  
Beweglichkeit (b710)  
Muskelkraft ( b730)  
Schulter (s720)

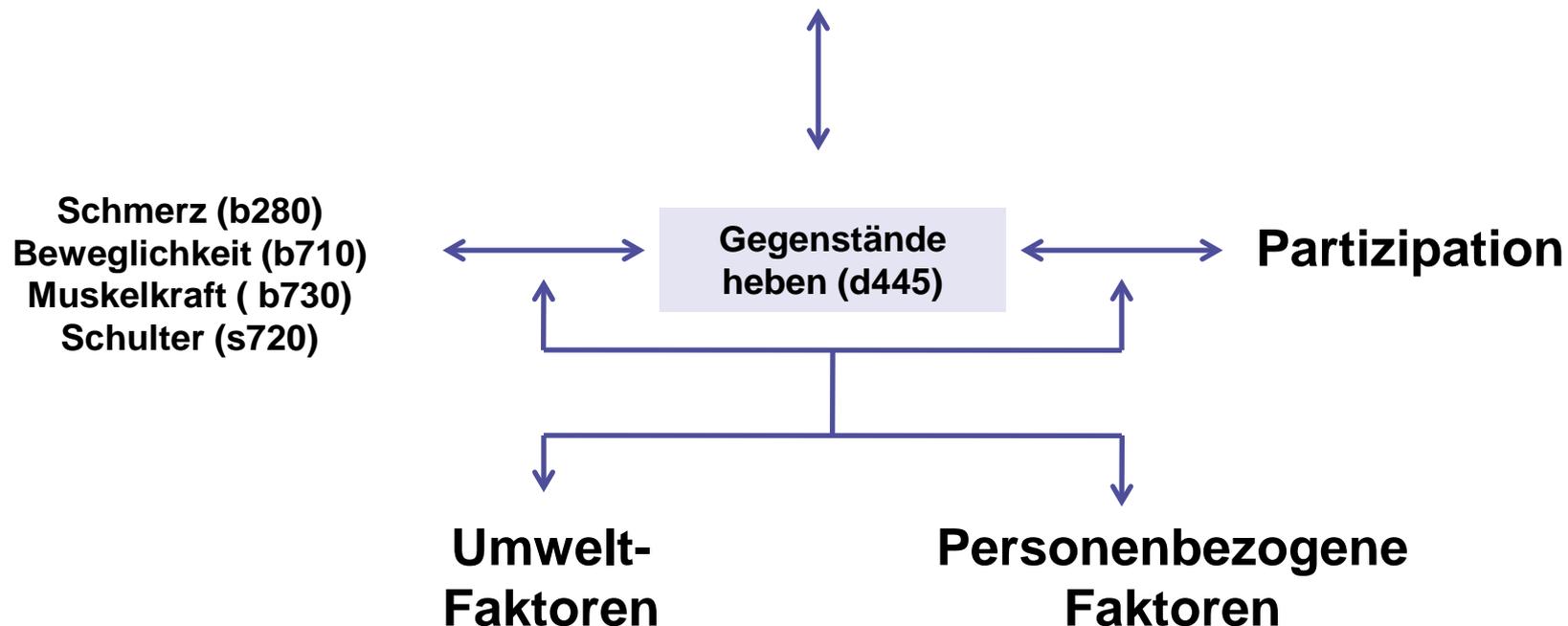
# Bio-psycho-soziales Modell der ICF

**Rotatorenmanchettenruptur  
ICD-10: M 75.1**



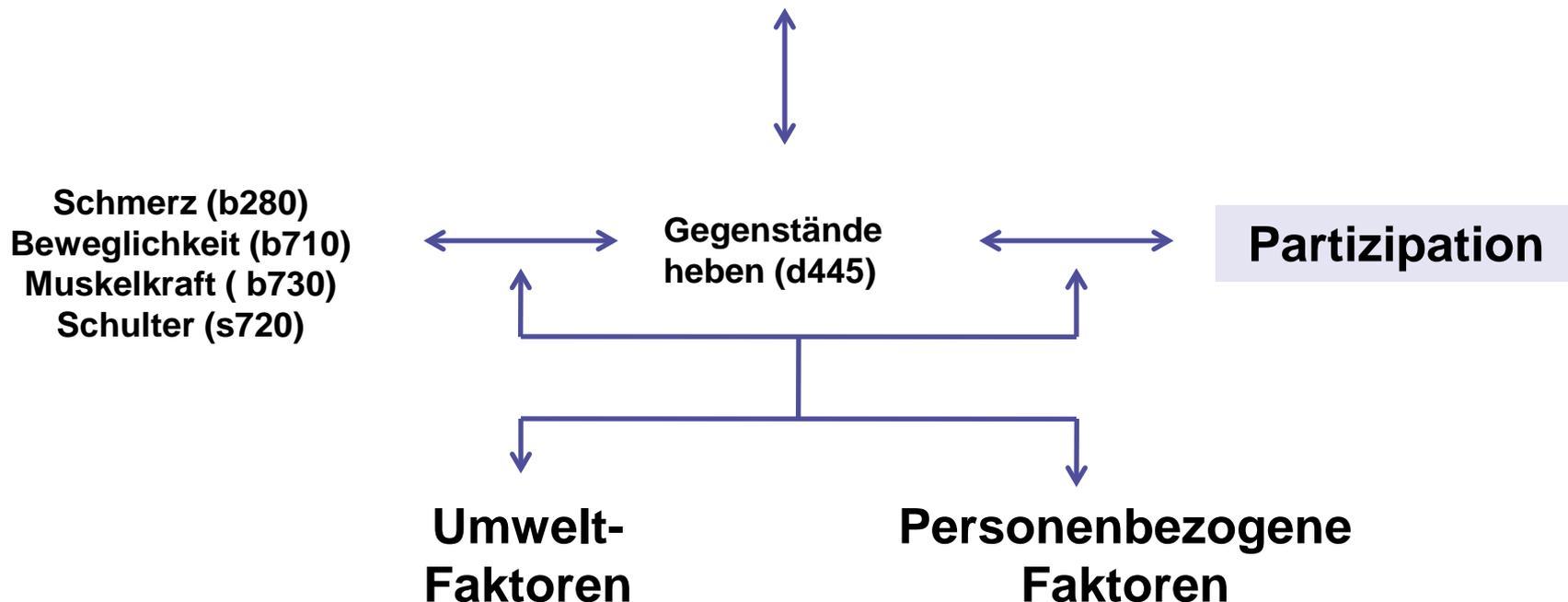
# Bio-psycho-soziales Modell der ICF

## Rotatorenmanschettenruptur ICD-10: M 75.1



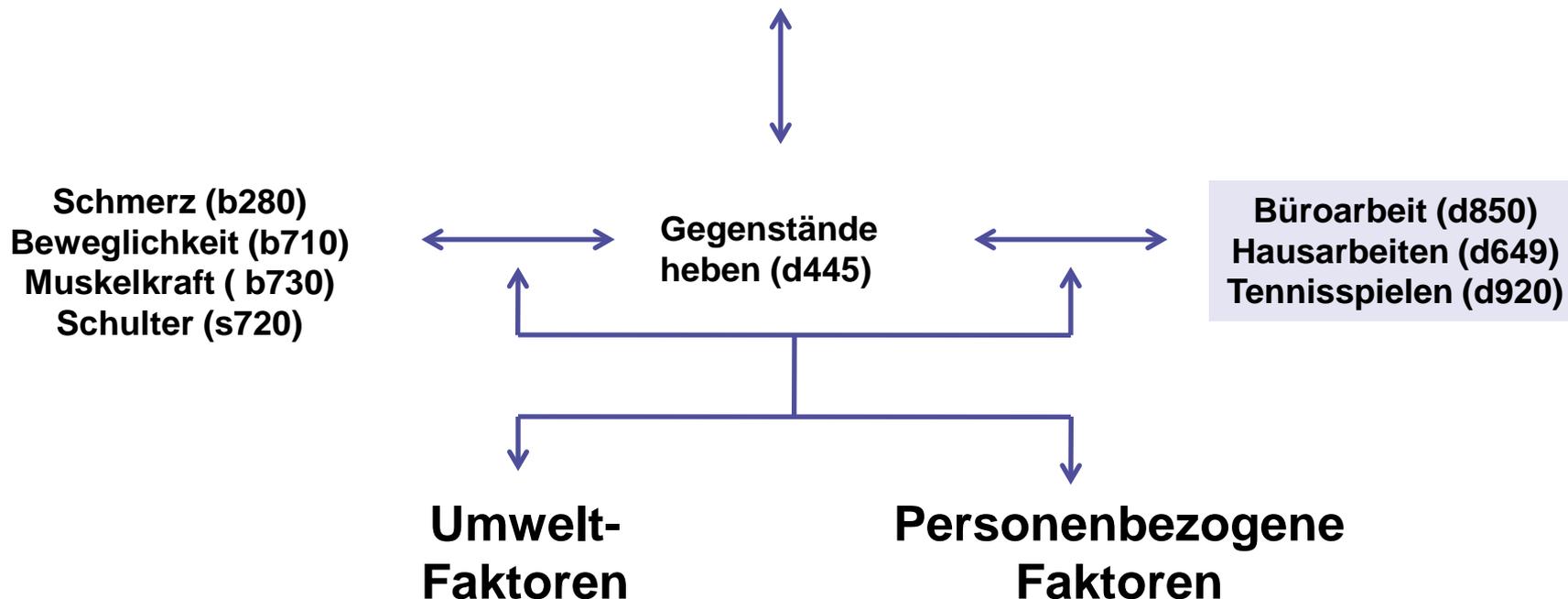
# Bio-psycho-soziales Modell der ICF

## Rotatorenmanschettenruptur ICD-10: M 75.1



# Bio-psycho-soziales Modell der ICF

## Rotatorenmanchettenruptur ICD-10: M 75.1



# Umweltfaktoren

- Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten
  - Umweltfaktoren können die Funktionsfähigkeit beeinflussen:
    - positiv (als Förderfaktor)
    - negativ (als Barriere)

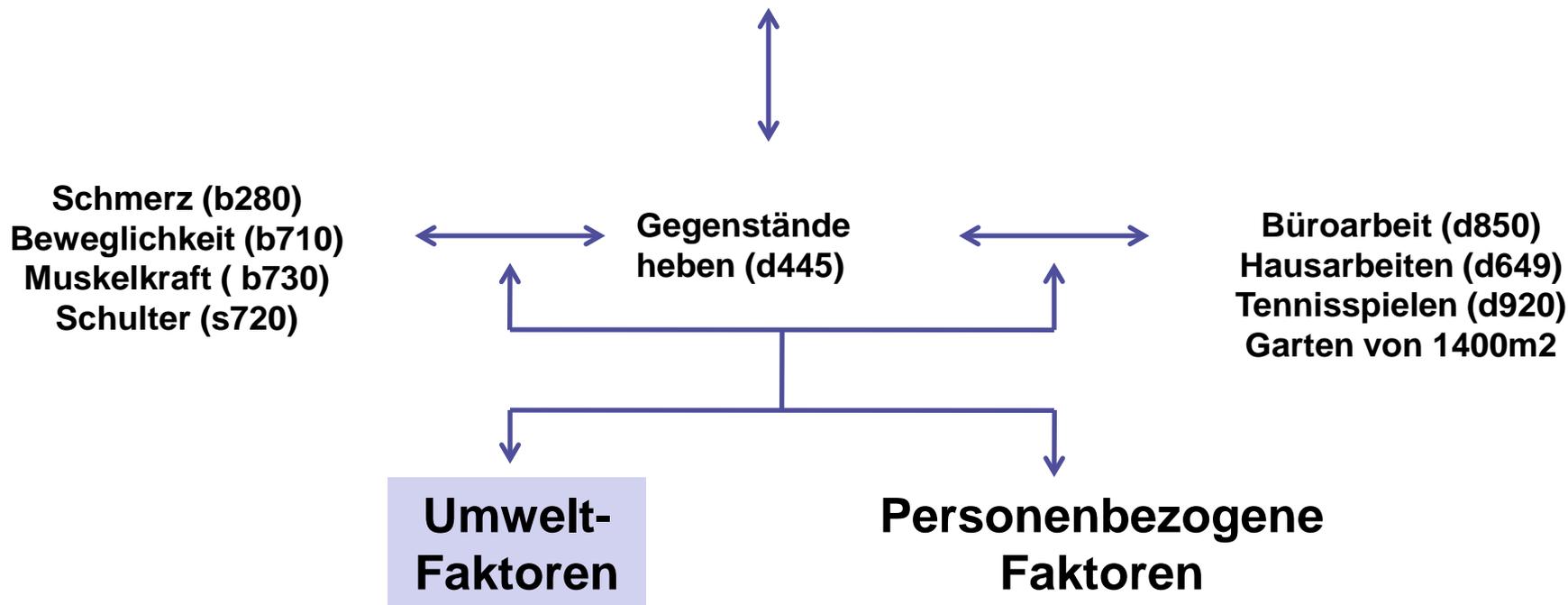
# Umweltfaktoren

## environmental factors

1. Produkte und Technologien
  - Hilfsmittel, Medikamente
2. Natürliche und veränderte Umwelt
  - Bauten, Strassen
3. Unterstützung und Beziehung
  - Familie, Freunde, Arbeitgeber,
4. Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen
  - Teilarbeitsplätze
5. Dienste und Systeme
  - Gesundheits- und Sozialsysteme

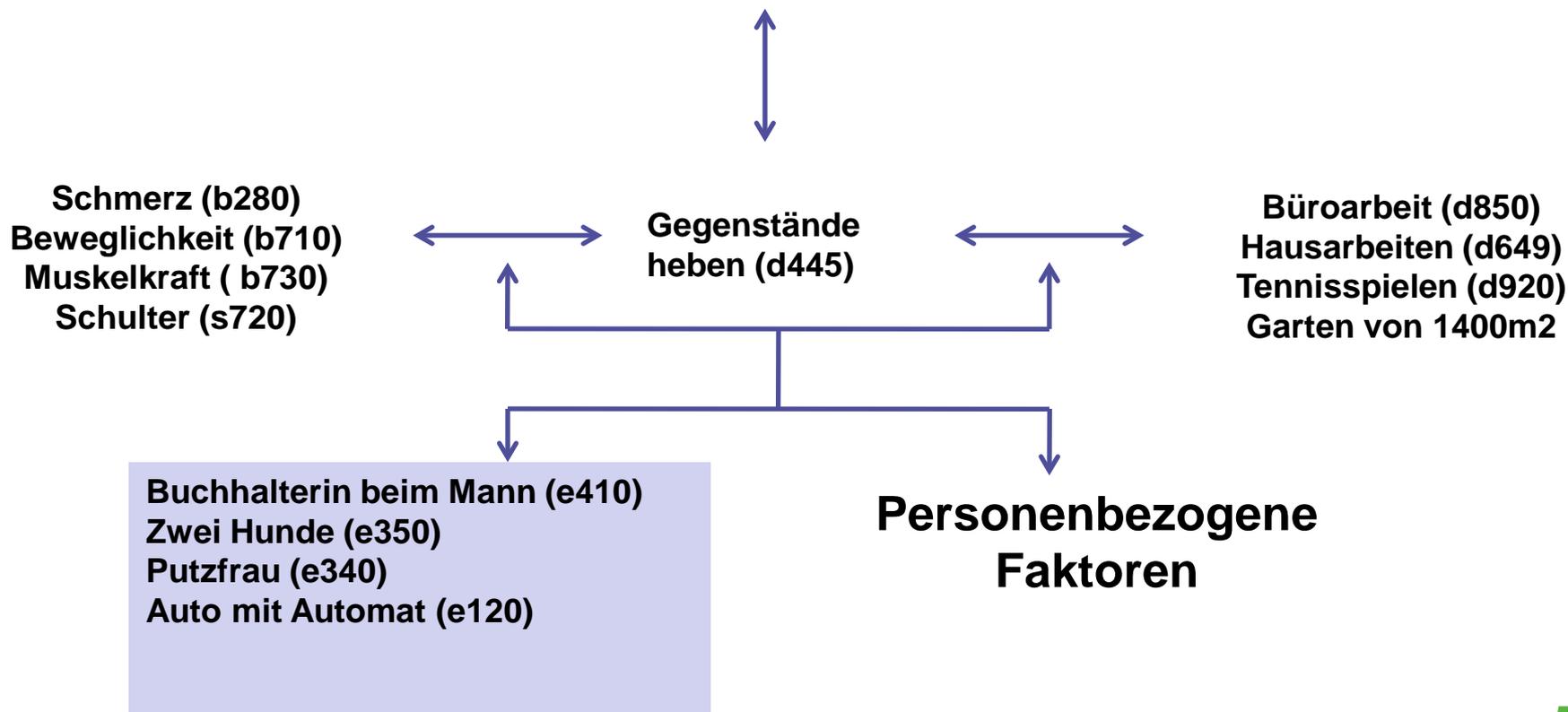
# Bio-psycho-soziales Modell der ICF

## Rotatorenmanchettenruptur ICD-10: M 75.1



# Bio-psycho-soziales Modell der ICF

## Rotatorenmanchettenruptur ICD-10: M 75.1



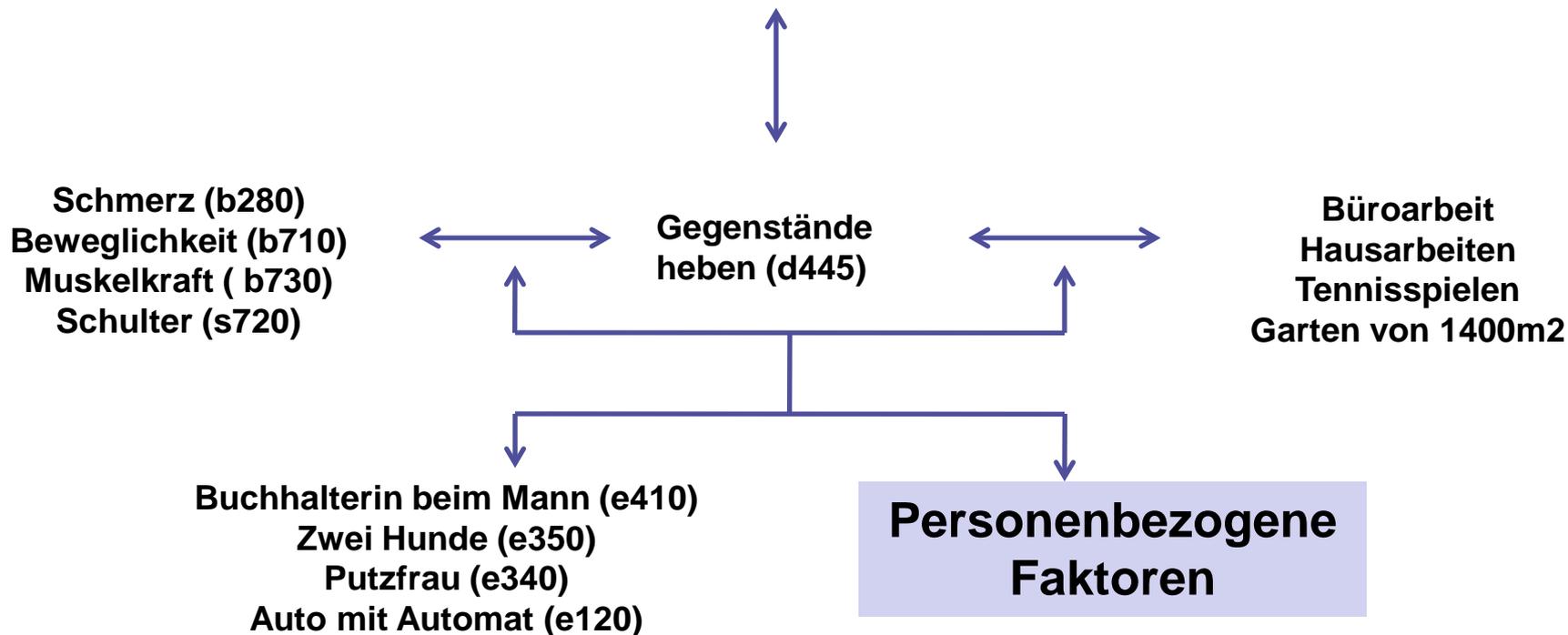
# Personenbezogene Faktoren

Personenbezogene Faktoren umfassen spezielle Gegebenheiten des Menschen

z.B. Geschlecht, Alter, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstil, ....

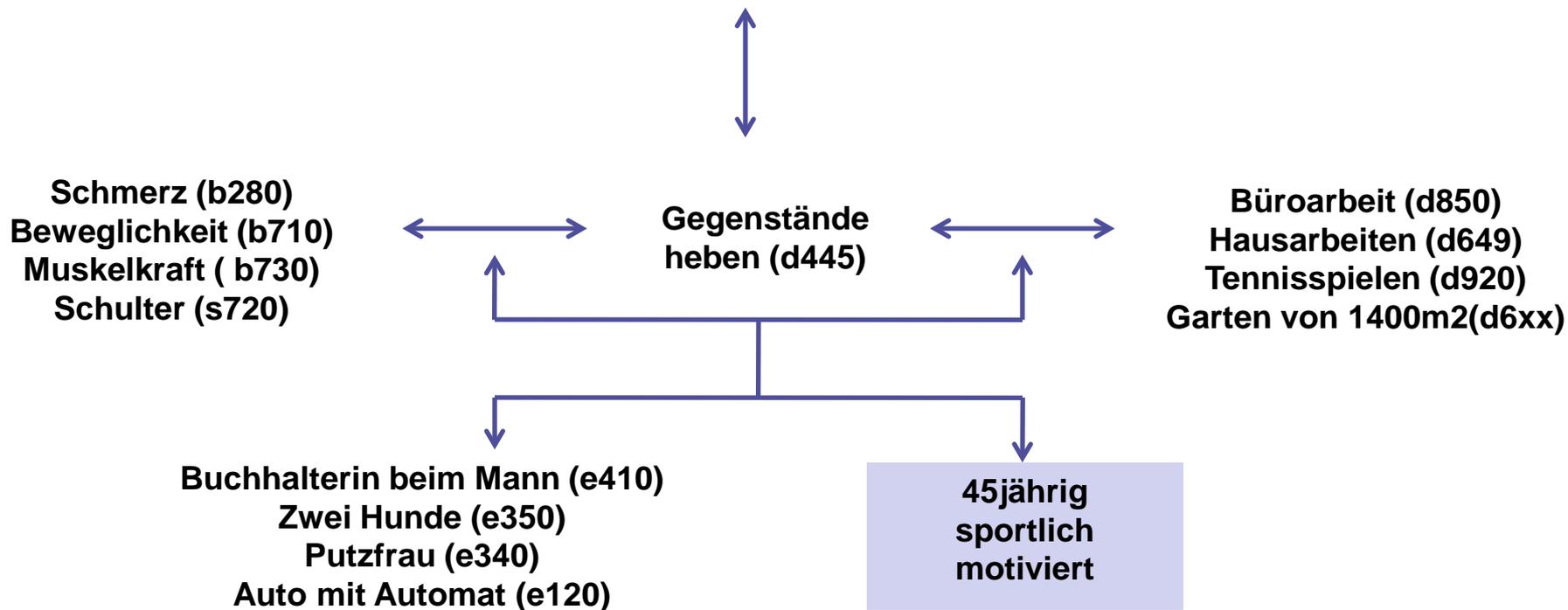
# Bio-psycho-soziales Modell der ICF

## Rotatorenmanchettenruptur ICD-10: M 75.1



# Bio-psycho-soziales Modell der ICF

## Rotatorenmanschettenruptur ICD-10: M 75.1



# ICF Kategorien

**Gesundheitsproblem  
(Gesundheitsstörung oder Krankheit)**

ICD-10

**493 Körperfunktion  
und – 310 strukturen**

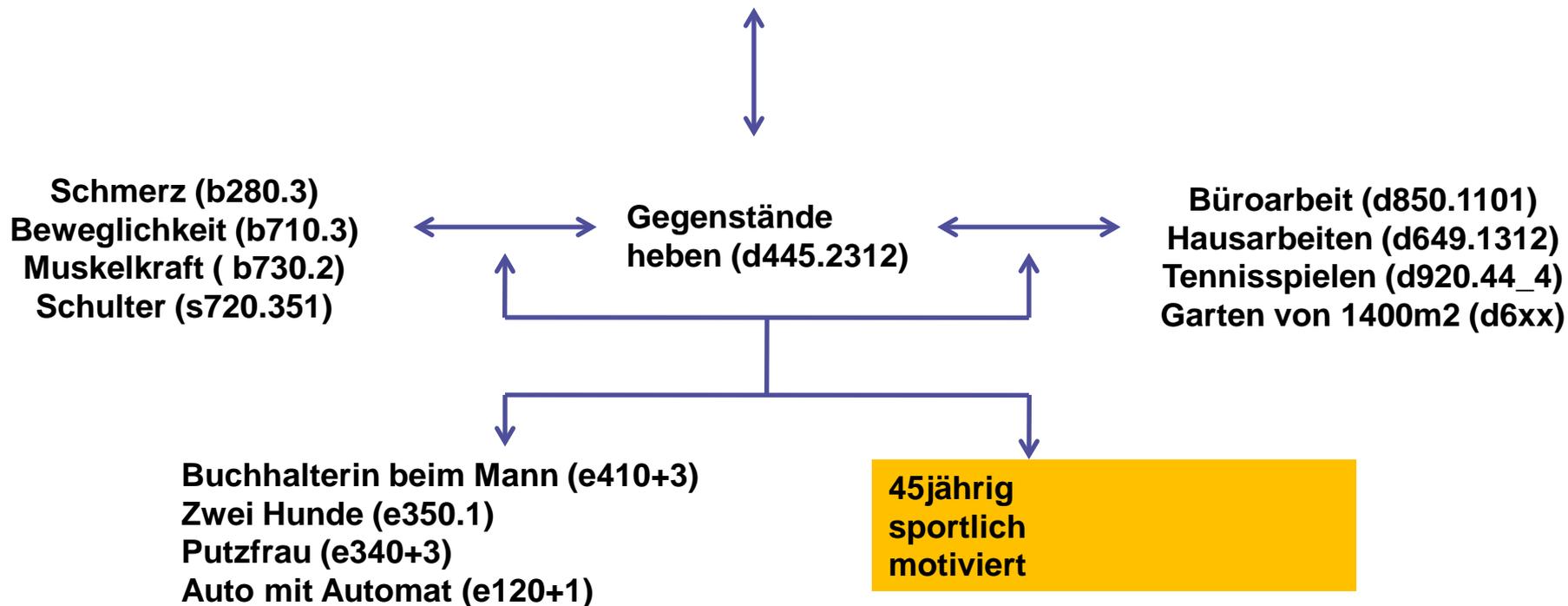
**393 Aktivitäten & Partizipation**

**258 Umwelt-  
Faktoren**

~~**Personenbezogene  
Faktoren**~~

# Bio-psycho-soziales Modell der ICF

## Rotatorenmanchettenruptur rechts ICD-10: M 75.1



# Konsequenz: Verwendung des Frameworks der ICF für die Begutachtung

**Gesundheitsproblem  
(Gesundheitsstörung oder Krankheit)**



**Körperfunktion  
und -struktur**



**Aktivitäten**



**Partizipation**

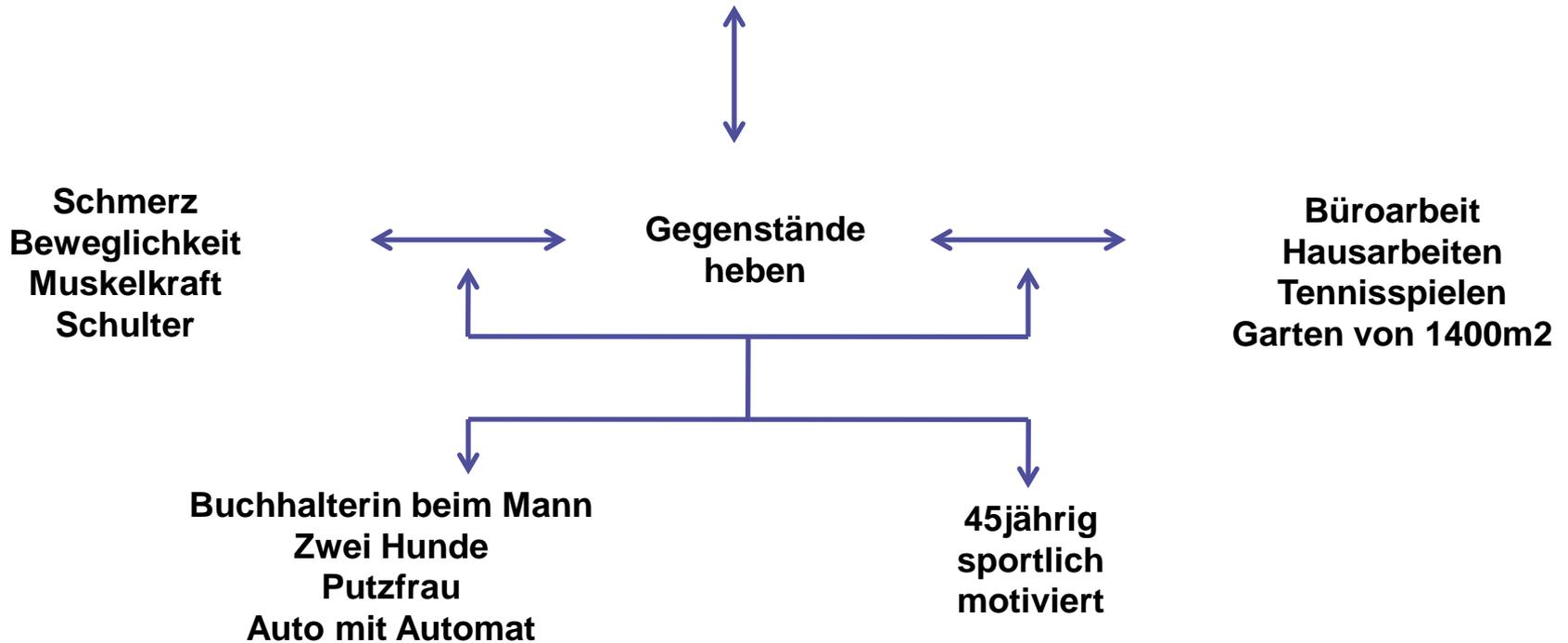


**Umwelt-  
Faktoren**

**Personenbezogene  
Faktoren**

# Framework der ICF

## Rotatorenmanchettenruptur ICD-10: M 75.1





# ICF und somatische Begutachtung

Jörg Jeger, Luzern

SIM Fortbildung vom 27.10.2016  
Hotel Arte, Olten

# Eckpunkte aus BGE 141 V 281

Thema	Referenz im Urteil
Diagnosen: vom Facharzt gestellt, gestützt auf internationale Klassifikationssysteme. Diagnosen müssen für den Rechtsanwender nachvollziehbar sein. Die Diagnose ist « <i>Referenz für allfällige Funktionseinschränkungen</i> ».	E. 2.1 E. 2.1.2
1. Indikatoren zur Kategorie «funktioneller Schweregrad»	E. 4.1.3
a) Komplex «Gesundheitsschädigung»	E. 4.3.1
– Ausprägung diagnoserelevanter Befunde	E. 4.3.1.1
– Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz	E. 4.3.1.2
– Komorbiditäten (psychiatrisch und somatisch)	E. 4.3.1.3
b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)	E. 4.3.2
c) Komplex «sozialer Kontext»	E. 4.3.3
2. Indikatoren zur Kategorie «Konsistenz»	E. 4.4
– gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen	E. 4.4.1
– behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck	E. 4.4.2
Stellungnahme zu den «Ausschlussgründen» nach BGE 131 V 49: Aggravation, sekundärer Krankheitsgewinn, vage Schilderung der Beschwerden, erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen (bzw. Beschwerden) und dem gezeigten Verhalten, Diskrepanz zwischen geschilderten Beschwerden und Inanspruchnahme von Therapien, demonstrativ vorgetragene Klagen, Behauptung von schweren Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem psychosozialem Umfeld.	E. 2.2.1

# Moderne Vorstellung von Behinderung

- Behinderung resultiert aus dem Verhältnis von Defiziten, Ressourcen und den Anforderungen des Lebens (vgl. Meikirch-Modell von J. BIRCHER)
- ICF-Denken (International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO)
- Abwägen von Defiziten und Ressourcen: *«Arbeitsunfähigkeit leitet sich gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen ab»* (E. 3.4.2.1)
- Menschenbild: Alle Versicherten gleich seriös abklären, keine Vorannahmen
- Keine beleidigenden Verfügungstexte
- Wieder mehr Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte: zuverlässiger, transparenter Beweis der Behinderung
- Die letzte Verantwortung für die Zusprache von Leistungen bleibt beim Rechtsanwender

BGE 141 V 281 vom 03.06.2015

ICF und somatische Begutachtung



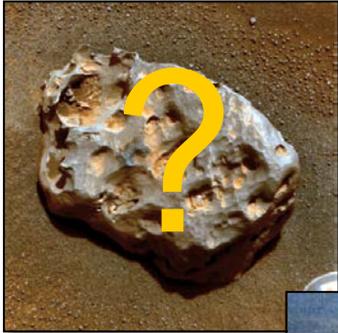
# Konsistenzprüfung

- Analoge Auswirkungen eines Leidens in vergleichbaren (sic!) Lebensbereichen
- Wohl kein Mensch verhält sich zu allen Zeiten in allen Lebensbereichen konsistent: Cave übertriebene Anforderungen an die Konsistenz
- Ein gewisses Mass an Verdeutlichung ist im Kontext der Begutachtung normal (Sprache der Sprachlosen).
- Inkonsistenzen können Teil einer Erkrankung sein: Dies muss vom Gutachter gewürdigt und kommentiert werden.
- Eine Konsistenzprüfung erfolgt meistens durch eine komplexe Mustererkennung.
- Die Bedeutung von Beschwerdevalidierungsverfahren wird in der Fachliteratur kontrovers beurteilt.
- Gutachter sind keine Kriminalisten. Das Gutachten ist eines von mehreren Beweismitteln.

# Ausschlussgründe

- Nicht neu, schon in BGE 131 V 49 festgehalten: Aggravation, sekundärer Krankheitsgewinn, vage Schilderung der Beschwerden, erhebliche Diskrepanzen...
- Für den Gutachter gehört diese Prüfung an den Schluss der Beurteilung, nicht an den Anfang der Untersuchung (Cave falsch-negative Entscheide)!
- Auch Menschen mit Metastasen in der Wirbelsäule oder mit Demenz können sich inkonsistent und widersprüchlich verhalten.

# Problem: Beweis der Behinderung



# Lösung: die indirekte Beweisführung



Wir können den Krater (den Effekt) nachweisen, auch dann, wenn wir weder die Bombe noch den Meteoriten gesehen haben



# Neuaufgabe der Begutachtungsleitlinien SGR 2016

- Aktualisierung; etwa 2/3 des Textes wurde aus der Auflage 2007 übernommen
- Grundgedanke: die Leitlinien sollen vor allem den Lernenden eine Hilfestellung bieten (präzise, konzise, übersichtlich)
- Stärkung des ICF-Denkens: Körperfunktionen- und Strukturen – Aktivität – Partizipation
- Umsetzung der neuen Rechtsprechung (BGE 141 V 281): kriteriengestützte Herleitung der Diagnosen, Schweregrad der Erkrankung, Beweis der Behinderung, Konsistenzprüfung, Ausschlussgründe
- Ausbau des Glossars

# Fallvignette entzündlich rheumatische Affektion (1)

- Frau A., 52-jährig, stammt aus Bosnien, 2 Kinder geb. 1996 und 1999, Frühabort 1998
- In der Heimat 1985-1990 universitäres Studium der Ökonomie, lebt seit 1991 in der Schweiz
- In der Schweiz Ausbildung zur MPA
- Führte seit 2005 einen eigenen Second Hand Laden für Kinderkleider, ca. 50% Pensum
- IV-Anmeldung 8/2010: Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen, Müdigkeit, Erschöpfung, Pleuraschmerzen, Lichtempfindlichkeit, Hautausschläge, starker Juckreiz. Die Beeinträchtigung bestünde seit Juli 2007, seither AUF in wechselndem Ausmass.

# Fallvignette entzündlich rheumatische Affektion (2)

- Seit 1991 rezidivierende Hautekzeme, mit Kortisonsalben behandelt, Abklärungen 1995: diverse Allergien (u.a. Nickel und Konservierungsmittel)
- 2007 zuerst Hautausschlag im Gesicht, an Händen, am Thorax und an den Oberschenkeln, in den Sommerferien in der Heimat Schub mit Gelenkschwellungen an den Füßen, am linken Handgelenk, Schwäche, Schmerzen am ganzen Körper, habe sich kaum noch an den Strand begeben können
- Ärzte in Kroatien diagnostizierten eine Lungenentzündung
- Vorzeitige Rückreise in die Schweiz mit Flugzeug, Hospitalisation: Arthritis, Pleuritis links, Verdacht auf eine Kollagenose, Steroidstoss (60 mg)
- Diagnose Lupus erythematodes 2008 gestellt: ANA positiv (gesprenkeltes Muster), SS-A Antikörper positiv, wechselhaft erhöhte Entzündungsparameter, Leukopenie. Rx: keine entzündlichen Destruktionen
- Einleitung einer Basistherapie mit Plaquenil und MTX, MTX wieder abgebrochen wegen NW, danach Imurek 3 x 50 mg
- Lästige anhaltende Müdigkeit, Morgensteifigkeit, Schmerzen, Hautprobleme

# Fallvignette entzündlich rheumatische Affektion (3)

- Befunde: angedeutetes Schmetterlings-Erythem im Gesicht, ekzematöse Veränderungen an beiden Händen, keine Rhagaden, kardio-pulmonal oB., keine Synovitiden, Greifkraft 0.1 bar bds, Gänslen positiv, aktuell keine erhöhten Entzündungsparameter unter 2 x 200 mg Plaquenil und 3 x 50 mg Imurek (selten zusätzlich Prednison).
- Im Vordergrund steht die Klage einer sehr lästigen, leistungslimitierenden Müdigkeit, dazu Schmerzen
- Arbeitet derzeit noch stundenweise im eigenen Laden.

# Körperfunktionen und -strukturen

Frau A. leidet an einem systemischen Lupus erythematoses (entzündlich-rheumatische Erkrankung), dessen Symptomatik vor 8 Jahren mit einem Fieberschub, multiplen Gelenkbeschwerden, Atemproblemen und generalisierter Schwäche begann. Anfänglich stand eine Pleuritis mit Erguss im Vordergrund, weswegen Frau A. hospitalisiert wurde. Früh wurde eine Kollagenose vermutet, einige Monate später konnte definitiv die Diagnose eines Lupus erythematoses gestellt werden. Im Verlauf kam es gehäuft zu Schüben mit deutlich erhöhten Entzündungsparametern. Frau A. steht nun seit längerer Zeit unter einer kombinierten Basistherapie mit Plaquenil 2 x 200 mg täglich und Imurek 3 x 50 mg täglich. Anfänglich wurden über mehrere Jahre auch Kortisonpräparate eingesetzt, in den letzten zwölf Monaten nur noch sehr spärlich. Unter dieser Behandlung zeigen sich einigermaßen stabile Verhältnisse. Im Vordergrund der Klagen steht eine nach wie vor subjektiv ausgeprägte Müdigkeit und Leistungsintoleranz, zudem polytope Gelenkbeschwerden, die hauptsächlich die Handgelenke, Kniegelenke und Füße betreffen, verbunden mit einer ausgeprägten Morgensteifigkeit von etwa ein bis zwei Stunden Dauer.

# Körperfunktionen und -strukturen

Auf der Ebene objektiver Befunde zeigt sich aktuell folgende Konstellation: Im Gesicht leichtgradiges Erythem, klinisch Druckdolenzen mit Kompressionsschmerz (Gänslen-Zeichen) an den Grundgelenken der Finger und Zehen, derzeit ohne objektive Gelenkschwellungen (Synovitiden), radiologisch keine Gelenkdestruktionen. Die Laborkonstellation spricht für einen Lupus erythematodes, die Entzündungsparameter liegen unter der Basistherapie im Normbereich.

Die psychiatrische Exploration anlässlich der Begutachtung ergab zusätzlich die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F 32.1).

# Aktivität und Partizipation

Frau A. betont immer wieder, dass sie hauptsächlich an ihrer enormen Müdigkeit und dem Energiemangel leide, der sie zu nichts bringe, oft könne sie angefangene Tätigkeiten nicht zu Ende führen, sie könne sich nicht lange auf eine Sache konzentrieren, ihr Sozialleben leide enorm, sie gehe nicht mehr in den Ausgang, nicht mehr ins Kino, die meisten Kontakte habe sie noch durch die Kundinnen im eigenen Geschäft, sonst führe sie das Leben wie eine 80- oder 100-Jährige, auch ihr Haushalt leide, ihr Anspruch auf einen sauberen Haushalt habe massiv heruntergeschraubt werden müssen, das sei nun die Realität. Wegen der Fusschmerzen habe sie Probleme, modische Schuhe zu tragen, sie könne praktisch nur noch konfektionierte Turnschuhe tragen (Frau A. erschien auch zur Begutachtung mit konfektionierten Turnschuhen). Zum Tagesablauf berichtet Frau A.: Sie stehe nicht immer zur gleichen Zeit auf, meist etwa um 6 Uhr, manchmal schon um 4 Uhr, wenn sie nicht schlafen könne, sie bereite dann das Morgenessen zu für die beiden Töchter, nach dem Morgenessen gehe sie nochmals ins Bett bis etwa 8 Uhr, dann mache sie Yogaübungen, Selbstmassagen, gehe dann mit dem Auto ins eigene Geschäft, Weg etwa 2 km, das Geschäft führe sie alleine, ohne Angestellte, sie sei jeweils am Dienstag, Mittwoch, Donnerstag und Freitag morgens von 9 bis 11.30 Uhr und nachmittags von 14 bis 17 Uhr im Geschäft, am Montag und am Samstag sei das Geschäft geschlossen, das sei schon immer so gewesen, schon bei der Vorgängerin. Am Morgen könne sie nicht immer ins Geschäft gehen, am Nachmittag aber eigentlich immer. In den letzten Monaten habe sie aber nur einmal am Morgen nicht ins Geschäft gehen können. Am Mittag fahre sie wieder nach Hause, mache ein Mittagessen für die Familie, dann eine Mittagspause liegend, nachmittags gehe sie wieder ins Geschäft von 14 bis 17 Uhr, anschliessend bereite sie ein kaltes Nachtessen vor, wobei der Mann meistens mithilfe, abends mit der Familie zusammen, wobei sie selber schon etwa um 21 Uhr ins Bett gehe. Der Schlaf sei sehr unterschiedlich, gehäuft nicht gut.

# Umweltfaktoren

Bezüglich Haushaltarbeiten befragt, erwähnt Frau A. sie könne selber noch kochen, aber nur schnelle Menüs, nichts Aufwändiges, sie könne die Waschmaschine selber einfüllen, Blumen giessen und etwas Staubsaugen, sonst helfe ihr die Familie viel, sowohl der Ehemann wie die Töchter, beim Wäscheaufhängen, beim Bügeln, der Ehemann müsse seine Hemden selber bügeln, sie selber könne gar nicht mehr bügeln und trage bügelfreie Kleider. Bei den Putzarbeiten ertrage sie nur wenig Belastung, mache nur das nötigste, hier helfe der Mann tatkräftig mit, Einkäufe machen sie auch zusammen. Die Familie wohnt in einer 4 ½ Zimmer Mietwohnung.

# Personbezogene Faktoren

Die 46-jährige Frau ist verheiratet und Mutter von zwei Töchtern (aktuell 16- und 19-jährig). Seit 10 Jahren führt sie ein eigenes Second Hand Kleidergeschäft und arbeitete vor Beginn der Erkrankung in einem Umfang von etwa 50 bis 60%. Mit dem Älterwerden der Kinder hätte sie dieses Pensum auf 80% aufstocken wollen.

# Erkenntnisse aus der Fachliteratur

- Fatigue ist eine bekannte Symptomatik bei chronisch entzündlichen Erkrankungen, insbesondere bei einem Lupus erythematoses
- Keine klare Korrelation mit der Entzündungsaktivität
- Kaum objektiv messbar (indirekte Beweisführung!)
- Vermutlich ebenso komplexes biopsychosoziales Phänomen wie eine Cancer Related Fatigue
- Erhöhte psychiatrische Komorbidität (auch in der rheumatologischen Fachliteratur erwähnt)
- Bei Frau C.: aktuell mittelgradige depressive Episode

Schmeding A., Schneider M.: Fatigue, health-related quality of life and other patient-reported outcomes in systemic lupus erythematosus

Del Pino-Sedeñol T. et al.: Effectiveness of non-pharmacological interventions for decreasing fatigue in adults with systemic lupus erythematosus: a systematic review. Arthritis Care & Research 2015, DOI 10.1002/acr.22675 [Epub]

Wolfe F. et al.: Chronic Conditions and Health Problems in Rheumatic Diseases: Comparisons with Rheumatoid Arthritis, Noninflammatory Rheumatic Disorders, Systemic Lupus Erythematosus, and Fibromyalgia. The Journal of Rheumatology 2010; 37:2; doi:10.3899/jrheum.090781 [Epub]

# Erkenntnisse aus der Fachliteratur

Schmeding und Schneider schreiben: «*The literature searches identified a number of common symptoms that contribute towards the burden of SLE in individual patients. These symptoms include fatigue, pain, sleep disturbance and neurological/psychiatric findings, particularly anxiety and depression. Co-morbidities can further add to the burden of disease.*» Zur Häufigkeit schreiben dieselben Autoren, basierend auf einer Vielzahl publizierter Arbeiten: «*Fatigue was found to be a very common symptom in SLE, affecting 50–92% of patients.*»

Schmeding A., Schneider M.: Fatigue, health-related quality of life and other patient-reported outcomes in systemic lupus erythematosus

Del Pino-Sedeñol T. et al.: Effectiveness of non-pharmacological interventions for decreasing fatigue in adults with systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Arthritis Care & Research* 2015, DOI 10.1002/acr.22675 [Epub]

Wolfe F. et al.: Chronic Conditions and Health Problems in Rheumatic Diseases: Comparisons with Rheumatoid Arthritis, Noninflammatory Rheumatic Disorders, Systemic Lupus Erythematosus, and Fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology* 2010; 37:2; doi:10.3899/jrheum.090781 [Epub]

# Somatische Leistungseinschätzung

Die Leistungseinschätzung aus rheumatologischer Sicht ist aus mehreren Gründen schwierig, einerseits wird sie schwergewichtig durch die Fatigue mitbestimmt, andererseits durch Schmerzen, beide Symptome sind typisch für einen Lupus, können aber nicht objektiviert werden. Diese Schwierigkeit wird auch in der einschlägigen Fachliteratur zur Begutachtung erwähnt. So ist dem Buch „Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung“ des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (Springerverlag, 7. Auflage 2011) zu entnehmen: «Sozialmedizinisch schwer fassbare Symptome wie Abgeschlagenheit, gesteigerte Ermüdbarkeit und Leistungsinsuffizienz bestehen in der Regel nicht nur im Arbeitsleben, sie ziehen sich auch durch Urlaube oder Freizeitaktivitäten. Sie trotzen häufig ärztlichen Behandlungsmassnahmen und persistieren über lange Erkrankungsverläufe. Trotz hoher Motivation ist die Symptomatik nicht durch Willensanstrengung zu überwinden.»

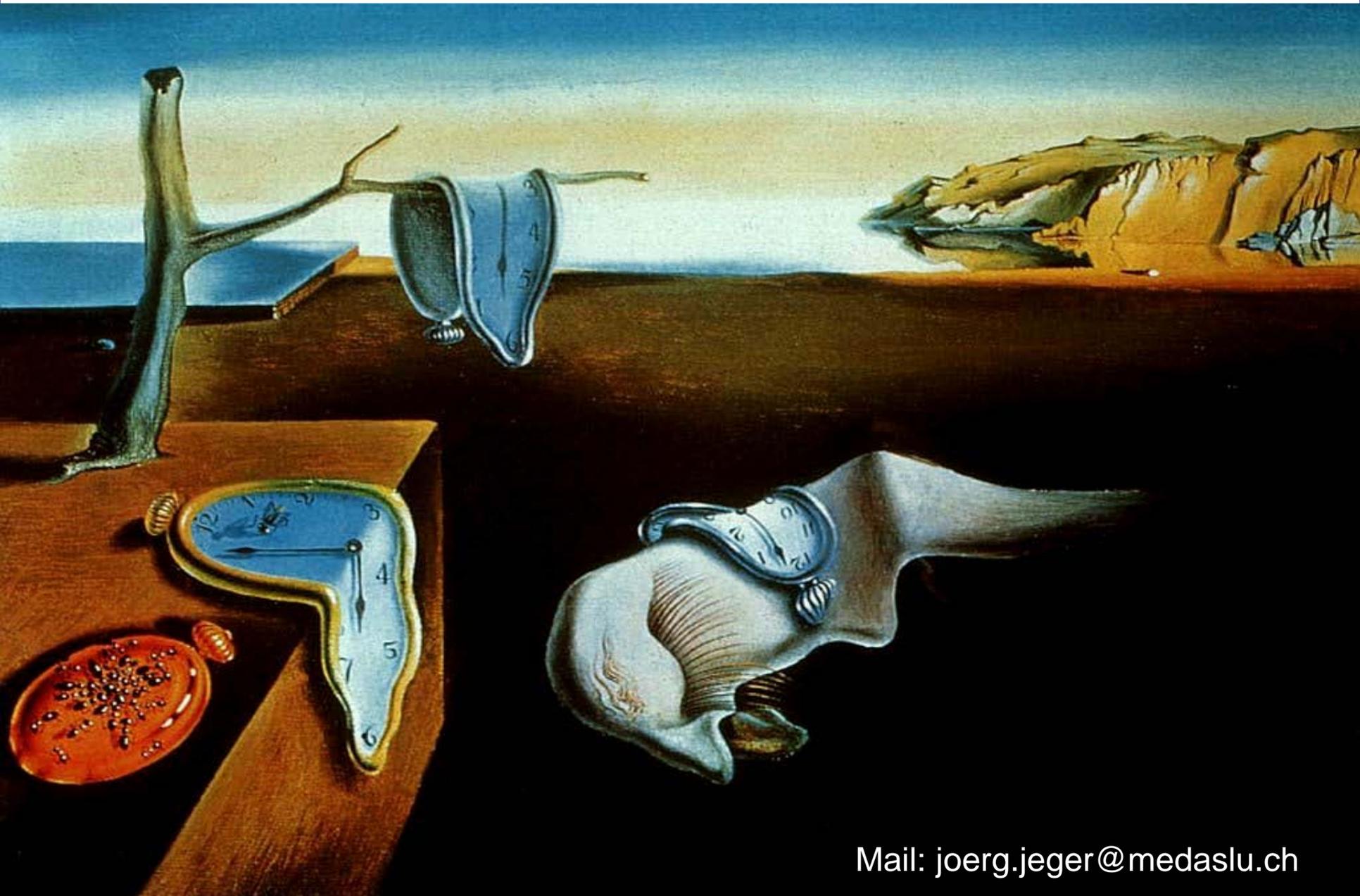
Dies trifft auch für Frau A. zu, die geklagte Müdigkeit und Leistungseinschränkung betrifft auch die ausserberuflichen Tätigkeiten in vergleichbarem Ausmass. Es ergeben sich diesbezüglich keine Inkonsistenzen. Im vorliegenden Fall kommt hinzu, dass es ausserordentlich schwierig ist, eine Auftrennung zwischen den rein somatischen und den psychischen Faktoren vorzunehmen. Es besteht auch keine exakte objektive Arbeitsplatzbeschreibung. Aufgrund der Schilderungen der Versicherten gehe ich davon aus, dass es sich grossmehrheitlich um körperlich leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeiten handelt. Kommt hinzu, dass auch andere Faktoren im Spiel sind, welche zu einem Umsatzrückgang geführt haben, insbesondere die zunehmende Konkurrenz durch Aldi, Lidl und Ottos Warenposten. Sehr grob geschätzt gehe ich davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit zur Führung eines eigenen Secondhand-Ladens (1-Frauenbetrieb) in einem Bereich von etwa 50 % liegen dürfte.

Nicht zumutbar sind körperlich belastende Tätigkeiten, insbesondere stereotyp repetitiv belastende Tätigkeiten für die Hände (dies betrifft auch prolongierte Schreibarbeiten) und Tragen von Gewichten über schätzungsweise 7.5 bis 10 kg.

# Stellungnahme zu den Indikatoren BGE 141 V 281

**Kategorie funktioneller Schweregrad:** Das Leiden hat einen Schweregrad, das Auswirkungen hat auf die funktionelle Leistungsfähigkeit. Frau A. ist im eigenen Kleiderladen, wo sie die Öffnungszeiten selber bestimmen kann, optimal eingegliedert. Mit ihrem Bildungshintergrund und ihrem guten familiären Netz verfügt sie über einige Ressourcen. Ihre Ressourcen reichen aber nicht aus, um ein Vollzeitpensum zu bestehen. Sie ist sehr pflichtbewusst und zeigte bei allen Behandlungen eine gute Kooperation. Die Behandlung erfolgt lege artis.

**Kategorie Konsistenz:** Es ergaben sich keine Hinweise auf wesentliche Inkonsistenzen. Das Leiden zeigt vergleichbare Auswirkungen in allen Lebensbereichen. Aus gutachterlicher Sicht sind wir vom Vorliegen einer arbeitsrelevanten Erkrankung überzeugt.



Mail: [joerg.jeger@medaslu.ch](mailto:joerg.jeger@medaslu.ch)