

Sozialmedizinische Fragestellungen bei endokrinen Erkrankungen



Dr. med. Harald Fischer
Ärztlicher Direktor, Klinik Rosenberg

GRVS-Jahrestagung, 30.6.22, Freudenstadt

Sozialmedizinische Begutachtung in der Endokrinologie

- „**kleines bis sehr kleines Fach**“
- **selten Indikation zur AHB**
- **aber:** häufig Begleiterkrankung (SD), selten mit grav. Fktns-Einschränkungen
- **z.T. junge Patienten:** z.B. M. Addison
- **vielseitiges Patientengut mit vielfältigen Problemen**
- **Überschneidungen zur Onkologie bei neuroendokrinen Tumoren**

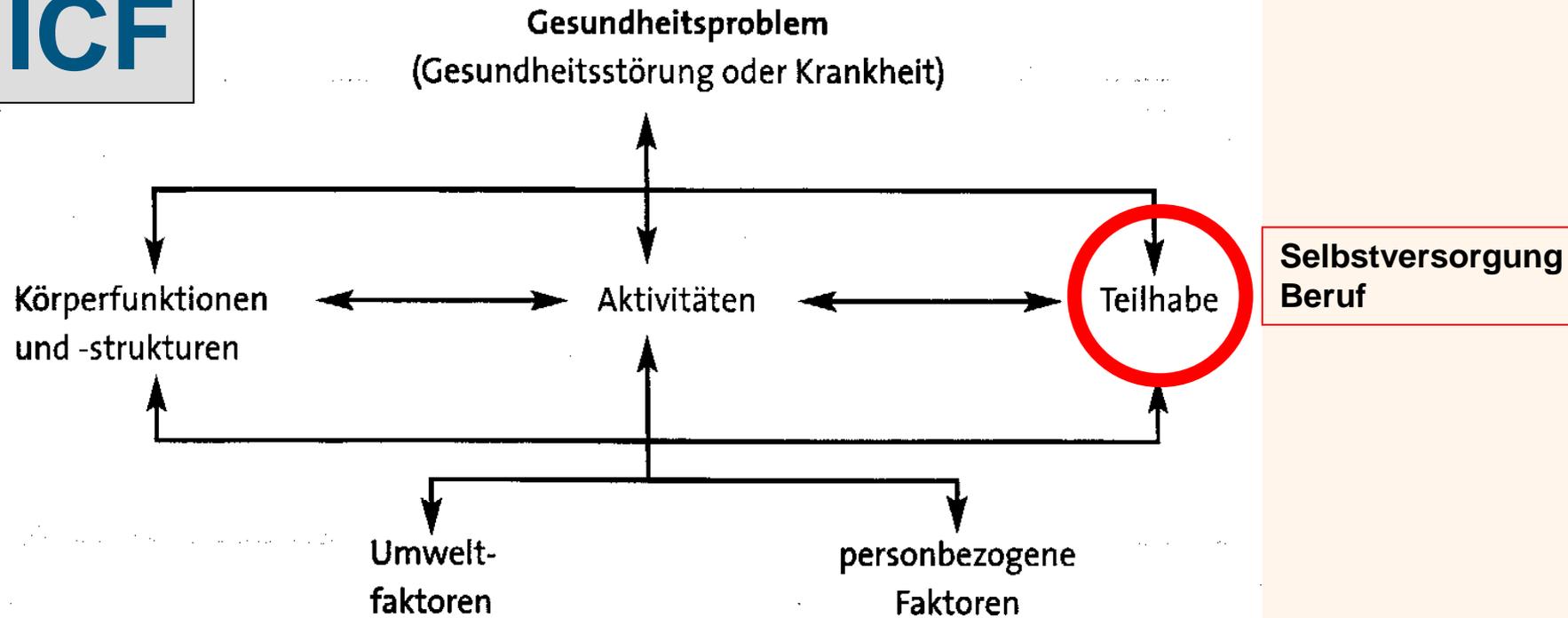
Sozialmedizinische Begutachtung in der Endokrinologie

Schnittstellen:

- **Diabetologie: PGS (Addison T1DM, Hashimoto)**
- **Diabetologie: Insulinome**
- **andere endokrine Tumore: MEN**
- **Onkologie: neuroendokrine Tumore**
- **Gastroenterologie: GI-NET, z.B. Pankreas, Ileum**
- **Adipositas: an sich sehr selten**

Grundlagen („bio-psycho-soziales Krankheitsmodell“)

ICF



- KV = bedrohte Selbstversorgung, AdL Reha vor Pflege
- RV = erhebliche Gefährdung Erwerbsfähigkeit Reha vor Rente

Sozialmedizinische Begutachtung in der Endokrinologie: Schilddrüse

- **Rel. Hohe sozialmedizinische Relevanz:** meist junge Patienten mit relativ normaler Lebenserwartung
- selten dauerhafte Funktionseinschränkungen nach SD-Resektion (Rekurrensparese)
- SD-Ca: oft gute Prognose des weiteren Verlaufs
- M. Basedow: Augenprobleme im Vordergrund
- Komplikation: selten: postoperativer Hypoparathyreoidismus

Sozialmedizinische Begutachtung in der Gastroenterologie: CED: Fall

- **39 J., weiblich, Krankenschwester in der Reha-Klinik, Hypothreose nach Radiojodtherapie, Z.n. Borreliose 2012, Depression, MRT V.a. Hypophysenadenom ohne Ausfall der 4 Hormonachsen, kompetente endokrinol. Mitbetreuung**
- müde, antriebslos, Gewichtszunahme um 20 kg BMI 41 kg/m²
- arbeitsunfähig seit 12 Monaten, Ärger am Arbeitsplatz
- aktuell: L-Thyroxin 300 µg/die, schon mehrfache Dosiserhöhung
- raucht
- Ödeme
- Ihr Votum?

Sozialmedizinische Begutachtung in der Gastroenterologie: CED: Fall

- **39 J., weiblich, Krankenschwester in der Reha-Klinik, Hypothyreose nach Radiojodtherapie, Z.n. Borreliose 2012, Depression, MRT V.a. Hypophysenadenom ohne Ausfall der 4 Hormonachsen, kompetente endokrinol. Mitbetreuung**
- **TSH 80, FT4 1,1 erniedrigt**
- **Weitere Diagnostik/Therapie?**

Sozialmedizinische Begutachtung in der Gastroenterologie: CED: Fall

- **39 J., weiblich, Krankenschwester in der Reha-Klinik, Hypothreose nach Radiojodtherapie, Z.n. Borreliose 2012, Depression, MRT V.a. Hypophysenadenom ohne Ausfall der 4 Hormonachsen, kompetente endokrinol. Mitbetreuung**
- **Initial: Ziel stWE**
- **TSH 80, FT4 1,1 erniedrigt**
- **Weitere Diagnostik/Therapie?**
- **schrittweise Thyroxinsteigerung: TSH 40, peripher niedrig normal**
- **-2kg**
- **Symptome idem, körperlich etwas besser**
- **LTA-Maßnahme**
- **trotzdem unzufrieden**

Sozialmedizinische Begutachtung in der Endokrinologie: Hypophyse: Fall

- **41J., w., Hypophysitis, , müde, intermittierend
Verschwommensehen, körperliche Schwächeattacken**
- **Initial Kopfschmerzen, Addisonsymptome**
- **Hypophysenläsion, 20mm, OP**
- **Histo nicht wegweisend („Nekrosen, Leukozyten**
- **Postop. cortico-, thyreotrope und gonadotrope Insuffizienz**
- **ANA erhöht, ACE ok, HNO: kein M. Wegener, aber
(postoperative?) HNO-Symptome, rheumaol. Sonst oB**
- **Fortbestehene corticotrope Insuffizienz**
- **MRT postop: 6x4 mm Läsion, Bewertung unterschiedlich
(Radiologie/Endokrinologie**
- **ACTH Test nach 3 Monaten normal, Pausieren von
Hydrocortison**

Sozialmedizinische Begutachtung in der Endokrinologie: Fall

- **41J., w., „Hypophysitis“, , müde, intermittierend
Verschwommensehen, körperliche Schwächeattacken,
„Blackouts“, Ungeschicklichkeit, 2-3 Etagen Treppen ok, 1,5 km
ebenes Gehen**
- **SA: AfA: Sachbearbeiterin, Anlaufstelle, „geht drunter und
drüber“**
- **Kommt nach §51 (drohende Erwerbsminderung)**
- **2 Kinder**
- **Weg zur Arbeit 52 km**
- **Psyche: ängstlich, besorgt, pessimistisch**
- **Diagnostik?**
- **Therapie (u.a. Cortisol wieder geben?)**

Wichtige Einflußfaktoren für die sozial-medizinische Beurteilung

Anamnese: stimmt die Diagnose?

Arbeitsplatz: genaue Beschreibung: Dauer, körperl. Arbeitsschwere, Streß, Hitze, Schichtdienst, Akkord? Toilettennähe?

Klinik:

Schwäche: Belastungs - EKG, KAT, PACT

Psyche: Angst, Depression: Krankheitswert,

Neurologe: ?

Alltag: Beobachtung im Alltag

Labor: ACTH, Elyte, Cortisol i.U. und i.S., p und cANCA (Vaskulitis)

Körperliche Leistungsfähigkeit



- KAT - körperlicher Aktivitätstests (orthopädisch)
- PACT - subjektive Selbsteinschätzung
- PWC - Cardiopulmonale Belastbarkeit (1,5 - 2 W/kg)
- psychometrische Tests - Feinmotorik (Liniennachfahrttest)
- Konzentration - d2 - Brickenkamp, Zahlenverbindung
- Fatigue - Freizeit

Fähigkeitsprofile KAT

- **Treppensteigen**
- **Bücken**
- **Heben**
- **Hand/Fingergeschicklichkeit – Knien (Kombination)**
- **Vorgeneigtes Stehen**
- **Gang- und Standsicherheit**
- **Klettern – überKopf–Greiffunktion (Kombination)**
- **Handkraft – Hocken (Kombination)**
- **Kriechen**
- **Tragen – Halten**
- **Schulterbeweglichkeit / Rumpfrotation**
- **Statisches Arbeiten über Kopf**
- **Ziehen / Schieben**
- **Gehen / Stehen / Sitzen (werden abgefragt)**

Sozialmedizinische Begutachtung in der Endokrinologie: Fall

- **41J., w., „Hypophysitis“, , müde, intermittierend
Verschwommensehen, körperliche Schwächeattacken,
„Blackouts“, Ungeschicklichkeit, 2-3 Etagen Treppen ok, 1,5 km
ebenes Gehen**
- **Belastungstest nach Brickenkamp unterdurchschnittliche
Konzentration, Fehlerquotient durchschnittlich**
- **Bel.-EKG: 100 W 2 min, unterdurchschnittlich**
- **Psychologe: angemessene Copingstrategien: keine F-Diagnose**
- **ACTH ok, Cortisol i.U. ok, i.S. leicht erniedrigt**
- **Kein Hydrocortison**
- **viele Gespräche**

Sozialmedizinische Begutachtung in der Endokrinologie: Fall

- **41J., w., „Hypophysitis“, , müde, intermittierend
Verschwommensehen, körperliche Schwächeattacken,
„Blackouts“, Ungeschicklichkeit, 2-3 Etagen Treppen ok, 1,5 km
ebenes Gehen, gel. Migräneattacken**
- **Ergebnis: klinisch nahezu idem, keine Migräneattacken**
- **Sozialmedizin: ??????????????**

Sozialmedizinische Begutachtung in der Endokrinologie: Fall

- 41J., w., „Hypophysitis“, , müde, intermittierend
Verschwommensehen, körperliche Schwächeattacken,
„Blackouts“, Ungeschicklichkeit, 2-3 Etagen Treppen ok, 1,5 km
ebenes Gehen, gel. Migräneattacken
- **Ergebnis:** klinisch nahezu idem, keine Migräneattacken
- **Sozialmedizin:** stWE, als Arbeitsversuch
- parallel LTA-Maßnahme (Homeoffice, Rückzugsmöglichkeiten,
arbeitsfreier Tag)

Sozialmedizinische Begutachtung in der Endokrinologie: M. Addison

- Häufig!
- oft müde, Verweis auf JFK reicht nicht
- oft unsicher über Hydrocortison-Anpassung („Stress“)
- oft kein Addison-Ausweis
- Klagen fast immer, ob 40 oder 20 mg Hydrocortison
- Sekundäre NNI gar nicht so selten, Entzug klappt fast nie
- Verteilung des Hydrocortisons oft entscheidend: Erste Dosis 2/3 auf Bettkante, zweite (1/3) um 15 Uhr
- Einzelschulung
- oft psychische Probleme

Sozialmedizinische Begutachtung in der Endokrinologie

- **M. Addison als Flugbegleitung bei der Lufthansa?**
- **Weiblich, jung, fit, gut aufgeklärt**
- **gut substituiert**
- **Nach Beginn COVID-Pandemie**
- **Darf nur Langstreckenflüge (alle 3 Tage Ost-West).**
- **stWE gescheitert, Umsetzung nicht möglich**
- **Ihr Votum?**

Sozialmedizinische Begutachtung in der Endokrinologie

- **Landwirt, 45 J., mit metastasiertem VIPOM**
- **Gesichertes VIPom**
- **Primarius unklar trotz exzessiver Diagnostik**
- **CTX: Remission**
- **Nach 5 Jahren Rezidiv mit diffuser Lebermetastasierung: iv-Kaliumsubstitution 200 mval/die**
- **Was tun ?**

Sozialmedizinische Begutachtung in der Endokrinologie

- **Landwirt, 45 J., mit metastasiertem VIPom**
- **Gesichertes VIPom**
- **Primarius unklar trotz exzessiver Diagnostik**
- **CTX: Remission**
- **Nach 5 Jahren Rezidiv mit diffuser Lebermetastasierung: iv-Kaliumsubstitution 200 mval/die**
- **Was tun ?**
- **LTX (MHH) nach Einzelfallentscheidung der Ethikkommission**
- **Konnte wieder Treckerfahren**
- **Nach 5 J. Rezidiv mit Exitus**

Sozialmedizinische Begutachtung in der Endokrinologie: NET

- **Besonderes biol. Verhalten.**
- **Oft guter primärer Therapieerfolg.**
- **Häufig Rezidive nach 5-15 J.**
- **Oft unter Sekundär-Therapie (Sandostatin, Interferon) klinisch lange stabil.**
- **Auch trotz diffuser Lebermetastasen oft klinisch gut.**
- **sehr individuelle Sozialmedizin (körperl. Zustand, Therapie-Nw, Motivation)**

Sozialmedizinische Begutachtung in der Endokrinologie: weitere Fälle

- **Insulinome, Nesidioblastose**
- **Cushing (Adipositas, Osteoporose, cave: kardiale Schäden).**
- **Hypopara: Was tun, wenn Pat. „nicht substituierbar“ ist?**
- **Gleiches gilt für die Hypothyreose.**
- **Nicht ganz so selten sind Fehldiagnosen: endokrinol. Tumor bei halbgarer Symptomatik und grenzwertigen Hormonbefunden mit unnötigen Operationen nur aufgrund Bildgebung (auch Mibi und PET incl. Octreotid-Scan).**

Sozialmedizinische Begutachtung in der Endokrinologie: weitere Fälle

- **FM-TS mit hereditärer Koproporphyrinurie**
- **Diagnose: niederl. Prof. XX, Essen**
- **Abd. Symptome**
- **Sozialmedizin: Callcenter, Rentenantrag**
- **Ihr Votum?**

Sozialmedizinische Begutachtung in der Endokrinologie: weitere Fälle

- **FM-TS mit hereditärer Koproporphyrinurie**
- **Diagnose: niedergel. Prof. XX, Essen**
- **Abd. Symptome**
- **Sozialmedizin: Callcenter. Rentenantrag.**
- **Ihr Votum?**
- **Ergebnis: Porphyrie-Diagnostik im Referenzlabor
komplett unauffällig**
- **Psychiater: histrionische Persönlichkeitsstörung**
- **Entlassung mit Leistungsbild**

Zusammenfassung

- **Eigentlich sollte eine erfolgreiche Therapie (Substitution oder Suppression) mit wenig Funktionseinschränkungen einhergehen**
- **Dann ist die Sozialmedizin einfach.**
- **Problem sind unklare/ungelöste Fälle.**
- **Oft besteht eine konsekutive oder parallel bestehende psychische Problematik.**
- **Oft bestehen Überschneidungen zu Diabetologie/Gastroenterologie/Onkologie.**
- **Versorgung in Zentren der Maximalversorgung sollte immer angestrebt werden.**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. med. Harald Fischer

Ltd. Arzt

Gastroenterologe, Endokrinologe, Diabetologe DDG

Klinik Rosenberg der DRV Westfalen

E-mail: harald.fischer@drv-westfalen.de

Tel.: 05253/970524

