Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung

→ Leistungsfähigkeit bei chronisch entzündlicher Darmkrankheit (CED)

→ Januar 2011

Deutsche Rentenversicherung

Hinweis:

Den Expertinnen und Experten aus Fachgesellschaften, Rehabilitationseinrichtungen und Verwaltungen der Deutschen Rentenversicherung, die an der Erstellung der vorliegenden Leitlinie beteiligt waren, sei an dieser Stelle für ihr Engagement und ihre konstruktiven fachlichen Beiträge vielmals gedankt.

Ansprechpartner

Die fachliche Betreuung der Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung erfolgt im Bereich 0440 „Sozialmedizin".

Als Ansprechpartner für die „Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei chronisch entzündlicher Darmkrankheit (CED)" (Stand: 24.01.2011) stehen zu Ihrer Verfügung:

Dr. med. Hanno Irle
Bereich 0440
Tel. 030 865 39320
E-Mail: dr.hanno.irle@drv-bund.de

Dr. med. Ingrid Pottins
Bereich 0440
Tel. 030 865 36466
E-Mail: dr.ingrid.pottins@drv-bund.de

Leitlinie im Internet

Die Leitlinie ist auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung zugänglich unter: www.deutsche-rentenversicherung.de (Pfad: Angebote für spezielle Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Sozialmedizin > Sozialmedizinische Begutachtung > Leitlinien zur Begutachtung)

Inhaltsverzeichnis

Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei chronisch endzündlicher Darmkrankheit (CED) – Langfassung		**5 – 52**
1.	**Sozialmedizinische Bedeutung**	**5**
2.	**Krankheitsbilder**	**6**
2.1	**Crohn-Krankheit**	**6**
2.2	**Colitis ulcerosa**	**6**
2.3	**Begleit- und Folgeerscheinungen bei CED**	**7**
3.	**Bio-psycho-soziales Modell und ICF**	**10**
4.	**Sachaufklärung**	**13**
4.1	**Anamnese und körperliche Untersuchung**	**13**
4.2	**Apparative Diagnostik**	**14**
4.3	**Ergänzende Verfahren**	**18**
5.	**Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit**	**20**
5.1	**Tätigkeitsbezogene Belastungsfaktoren**	**20**
5.2	**Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei CED**	**21**
5.2.1	**Allgemeine Aspekte**	**21**
5.2.2	**Tätigkeitsbezogene individuelle Belastbarkeit**	**21**
5.2.2.1	**Körperliche Belastbarkeit, berufliche Gefährdungs- und Belastungsfaktoren**	**22**
5.2.2.2	**Postoperative Belastbarkeit**	**25**
5.2.2.3	**Psychische Belastungsfaktoren**	**27**
5.2.2.4	**Beurteilung anderer Belastungsfaktoren**	**28**
5.2.2.5	**Beurteilung der Fahrtauglichkeit**	**28**
5.2.3	**Begleit- und Folgeerscheinungen**	**28**
5.3	**Quantitative Leistungsbeurteilung**	**29**
5.3.1	**Letzte berufliche Tätigkeit**	**29**
5.3.2	**Allgemeiner Arbeitsmarkt**	**31**
6.	**Anlagen**	**32**
6.1	**ICD-Klassifizierung der CED**	**32**
6.2	**Aktivitätsindizes und Klassifikationen**	**33**
6.2.1	**Crohn-Krankheit**	**33**
6.2.2	**Colitis ulcerosa**	**34**
6.3	**Graduierung der Stuhlinkontinenz**	**35**
6.4	**Glossar**	**37**
6.5	**CED im sozialen Entschädigungs- und Schwerbehindertenrecht**	**40**
6.6	**Kriterien für Rehabilitationsbedarf und Leistungsvermögen bei CED**	**40**
7.	**Erstellungsprozess der Leitlinie**	**42**
8.	**Literatur**	**46**
Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei chronisch entzündlicher Darmkrankheit (CED) – Kurzfassung		**53–55**

Tabellen:

Tab. 1: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei Versicherten mit chronisch entzündlichen Darmkrankheiten, nach Altersgruppen, 1. Diagnose, Deutsche Rentenversicherung, 2009 5
Tab. 2: Begleit- und Folgeerscheinungen bei CED 9
Tab. 3: Beispiel für das Übersetzen von Inhalten eines sozialmedizinischen Gutachtens in die ICF-Terminologie 12
Tab. 4: Mögliche Aktivitätseinschränkungen infolge Durchfall 23
Tab. 5: Mögliche Aktivitätseinschränkungen infolge Stuhlinkontinenz 24
Tab. 6: Mögliche Aktivitätseinschränkungen infolge Gewichtsabnahme/ Untergewicht/Schwäche 25
Tab. 7: Crohn-Aktivitätsindex CDAI nach Best 33
Tab. 8: Linking variables of Crohn's Disease Activity Index (CDAI) with International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) categories 34
Tab. 9: Klassifikation der Colitis ulcerosa in leichte, mittelschwere und schwere Verlaufsform 34
Tab. 10: Klinischer Aktivitätsindex (CAI) und Endoskopischer Index (EI) für die Colitis ulcerosa nach Rachmilewitz 35
Tab. 11: Graduierung der Stuhlinkontinenz 35
Tab. 12: CACP-Kontinenz-Score 36
Tab. 13: Cleveland-Clinic-Kontinenz-Score 36
Tab. 14: GdS/GdB-Grade bei CED 40
Tab. 15: Kriterien für Rehabilitationsbedarf und Leistungsvermögen bei CED 40

Abbildung:

Abb. 1: Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben bei chronisch entzündlicher Darmkrankheit (CED) 30

1. Sozialmedizinische Bedeutung

Die chronisch entzündlichen Darmkrankheiten (CED) umfassen die Krankheitsbilder Crohn-Krankheit (Morbus Crohn, Enteritis regionalis, Enteritis terminalis, Ileitis terminalis) und Colitis ulcerosa. Die Krankheiten ähneln sich bei bisher nicht vollständig geklärter Ätiologie in Symptomatik, Verlauf und Therapie. Sie differieren hinsichtlich Befallsmuster, histologischen Befunden, Komorbidität und Komplikationen. Bei 10 bis 15 % der CED-Patienten kann nicht eindeutig zwischen Crohn-Krankheit und Colitis ulcerosa differenziert werden.

Die Prävalenz für die Crohn-Krankheit wird auf 120 bis 200 pro 100.000 Einwohner geschätzt (Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten 2004), die Prävalenz für die Colitis ulcerosa auf 210 pro 100.000 Einwohner (Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten 2008). Sozialmedizinisch bedeutsam sind die Erkrankungen insbesondere wegen des frühen Manifestationsalters (Crohn-Krankheit gehäuft zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, Colitis ulcerosa meistens zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr) sowie der oft erheblichen Auswirkungen auf Ausbildung, Beruf, Partnerschaft und Familie. Die Zahl der Neuerkrankungen ist in den letzten Jahren angestiegen.

Die CED sind mit etwa 0,5 % an den gesamten Rehabilitations- und mit etwa 0,4 % an den Rentenleistungen wegen Erwerbsminderung beteiligt. Im Jahr 2009 wurden 3.894 stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt. Im gleichen Zeitraum wurden 621 Renten wegen Erwerbsminderung bewilligt (416 wegen Crohn-Krankheit und 205 wegen Colitis ulcerosa, siehe Tabelle 1). In 26 % erfolgte die Berentung vor dem 39. Lebensjahr. Während die Prävalenz der Colitis ulcerosa die der Crohn-Krankheit fast um das Doppelte übertrifft, sind Rentenzugänge wegen Colitis ulcerosa aufgrund der weniger gravierenden Folgeerscheinungen seltener als bei Patienten mit Crohn-Krankheit.

Tab. 1: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei Versicherten mit chronisch entzündlichen Darmkrankheiten, nach Altersgruppen, 1. Diagnose, Deutsche Rentenversicherung, 2009

	Altersgruppe:	bis 39	40 – 49	50 – 59	60 und höher	insgesamt	
1. Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit insgesamt	Frauen Männer					80.702 90.427	171.129
2. davon: Krankheiten des Verdauungssystems (ICD-10-Nr. K00-93)	Frauen Männer					1.216 2.066	3.282
3. davon: Crohn-Krankheit (ICD-10*-Nr. K50)	Frauen Männer	88 36	88 63	77 51	10 3	263 153	416
Colitis ulcerosa (ICD-10-Nr. K51)	Frauen Männer	21 17	41 35	32 46	5 8	99 106	205

Deutsche Rentenversicherung: Rentenzugang 2009
* zur ICD-10-Klassifizierung von Crohn-Krankheit und Colitis ulcerosa siehe Anlage 6.1

Nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“ schließt die Feststellung einer längerfristigen Leistungsminderung aus sozialmedizinischer Sicht ein, dass vorher die akutmedizinischen und rehabilitativen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden. Wesentliche Bestandteile der medizinischen Rehabilitation sind Gesundheitstraining, Ernährungsberatung, Stomatherapie, psychologische Betreuung und andere Hilfen zur Krankheits- und Lebensbewältigung. Durch Leistungen zur Rehabilitation können CED-Erkrankte häufig über lange Zeit beruflich integriert bleiben.

2. Krankheitsbilder

Crohn-Krankheit (Morbus Crohn) und Colitis ulcerosa sind chronische, meist in Schüben verlaufende entzündliche Krankheiten des Verdauungstraktes. Verlauf der Erkrankung und Ausdehnung der Entzündungsprozesse sind variabel.
Die Ursachen der CED sind nicht bekannt. Vermutet wird eine multifaktorielle Genese, unter anderem mit genetischen Faktoren, Störungen des Immunsystems und psychischer Komponente.

2.1 Crohn-Krankheit

Die Crohn-Krankheit geht mit einer granulomatösen Entzündung aller Schichten der Darmwand unter Beteiligung des Mesenteriums und der Lymphknoten einher. Es kann jeder Abschnitt des Verdauungstraktes vom Mund bis zum After befallen sein. Am häufigsten ist der Dünndarm mit dem terminalen Ileum betroffen. Der Befall ist diskontinuierlich.

Leitsymptome sind Bauchschmerzen, Diarrhö (Diarrhö wird definiert durch zwei von drei Kriterien: mehr als drei Stühle/Tag, Stuhlgewicht über 200 g/Tag, Konsistenz ungeformt breiig bis wässrig; für einige Autoren ist imperativer Stuhldrang ein weiteres Kriterium), Gewichtsabnahme und körperliche Schwäche. Begleitend können Allgemeinsymptome wie Müdigkeit und Abgeschlagenheit auftreten. Bei der Crohn-Krankheit stehen meist die krampfartigen abdominellen Schmerzen im Vordergrund. Bei etwa 70 % der Patienten tritt ein ungeformter, breiig bis flüssiger Stuhl auf, nur selten mit Blut- oder Schleimbeimengungen. Die Gewichtsabnahme ist insbesondere Folge von Eiweißverlust und Malabsorption. Die Aktivität der Erkrankung lässt sich an den Krankheitsschüben ablesen (siehe auch Aktivitätsindizes und Klassifikationen in Anlage 6.2).

Bei der Mehrzahl der Crohn-Patienten treten nach langjährigem Krankheitsverlauf Komplikationen am Darm auf, vor allem anale und perianale Fisteln (30–50 %), Abszesse (20 %), Narbenbildungen und entzündliche Schwellungen, die zu Stenosen (30–50 %) und zum Darmverschluss (Ileus) führen können. Fisteln oder Abszesse können auch Erstmanifestationen der Krankheit sein. Durch Verklebungen (Adhäsionen) von entzündlich veränderten Darmabschnitten kann sich ein Konglomerattumor entwickeln. Als weitere Komplikationen können eine Darmblutung oder eine Darmperforation auftreten.

Innerhalb einer Erkrankungsdauer von etwa zehn Jahren wird bei etwa 80 % der Crohn-Patienten eine operative Behandlung erforderlich. In Folge operativer Eingriffe können weitere Komplikationen auftreten wie zum Beispiel ein Kurzdarm-Syndrom.

2.2 Colitis ulcerosa

Die Colitis ulcerosa ist eine chronisch-rezidivierende Entzündung mit Hyperämie, Schwellung und Ulzeration von Mukosa und Submukosa des Dickdarmes (Kolon), die meist vom Rektum ausgeht. Bei 10 bis 20 % der Patienten dehnt sie sich über den gesamten Dickdarm aus. Ist das gesamte Kolon befallen, kann auch eine minimale Beteiligung des Ileums bestehen (Backwash-Ileitis). Zu einer Stenosierung des Darms kommt es bei Colitis ulcerosa sehr selten.

Die Krankheit verläuft in Schüben. Charakteristisch sind blutige Diarrhö und krampfartige Abdominalschmerzen, die in schweren Fällen mit Fieber und Gewichtsverlust einhergehen. Die Stuhlfrequenz kann während schwerer Schübe bei 30 Stühlen pro Tag liegen. Bauchschmerzen vor oder unmittelbar nach dem

Stuhlgang (Tenesmen) werden häufig angegeben. Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Fieber sowie Leukozytose und Anämie sind häufig.

Am Beginn der Erkrankung ist oft die Abgrenzung zu Durchfallerkrankungen anderer Genese (zum Beispiel infektiös, toxisch) nicht einfach oder wird durch oligosymptomatische Verläufe oder das Überwiegen extraintestinaler Symptome – wie zum Beispiel Arthralgien – erschwert.

Als lokale Komplikationen können unter anderem toxisches Megakolon, Abszesse oder eine Darmperforation auftreten. Nach langjährigem Verlauf besteht ein erhöhtes Risiko für die Bildung eines Kolonkarzinoms. Ist der gesamte Dickdarm durch die Colitis ulcerosa erfasst, steigt das Karzinomrisiko nach 25 Krankheitsjahren auf bis zu 40 % an.

Die Colitis ulcerosa kann sich – seltener als die Crohn-Krankheit – auch außerhalb des Darmes primär oder begleitend manifestieren.

2.3 Begleit- und Folgeerscheinungen bei CED

Bei beiden chronisch entzündlichen Darmkrankheiten können – neben den unter 2.1 und 2.2 beschriebenen Befunden – extraintestinale Manifestationen und **Komplikationen** auftreten, die entweder durch die Erkrankung selbst oder in Folge operativer Eingriffe entstanden sind. Zu den Komplikationen zählen die Stuhlinkontinenz, das Kurzdarmsyndrom sowie Komplikationen nach Anlage eines Enterostomas (Anus praeter naturalis, Kolo- oder Ileostoma).

Stuhlinkontinenz ist durch unwillkürlichen Abgang von Darminhalt gekennzeichnet. Sie wird meistens durch neuromuskuläre Erkrankungen oder anorektale Prozesse verursacht (sensorische, motorische oder reservoirbedingte Stuhlinkontinenz zum Beispiel durch Fisteln, anorektale Operation, ileoanale Anastomose, Schließmuskelläsion). Die Ausprägung wird in drei Stadien beschrieben: Stuhlschmieren bei Belastung und Diarrhö (1. Grad), Inkontinenz für Winde und dünnen Stuhl (2. Grad), völliger Kontrollverlust (3. Grad). Stuhlinkontinenz führt zu einem erhöhten Bedarf an Körperpflege.

Der Ausprägungsgrad einer Stuhlinkontinenz kann mit Hilfe eines Punktesystems festgestellt werden, siehe hierzu Tabellen 11–13 in Anlage 6.3. Eine manometrische Untersuchung kann zur Objektivierung beitragen, korreliert allerdings nicht immer mit dem klinischen Befund.

Das **Kurzdarmsyndrom** umfasst Symptome, die nach Resektion von mehr als 50 % des Dünndarms auftreten (einige Autoren setzen für ein Kurzdarmsyndrom eine Dünndarmlänge von weniger als einem Meter voraus) und durch Funktionsausfall oder dessen Folgeerscheinungen entstehen. Sofern Darmanteile entfernt wurden, die für spezielle Funktionen des Dünndarms verantwortlich sind, können Symptome auch nach weit weniger ausgedehnten Resektionen beobachtet werden. Von besonderer Bedeutung für eine ungestörte Funktion sind:

→ das Duodenum (Resorption von Monosacchariden, Fett, fettlöslichen Vitaminen, Kalzium, Magnesium, Eisen),

→ das (proximale) Jejunum (Resorption von Aminosäuren, Monosacchariden, Fett, fettlöslichen Vitaminen, Folsäure, Eisen),

→ das (terminale) Ileum (Resorption von Vitamin B12 und Gallensäuren, auch Resorption von Cholesterin, Kalzium, Magnesium) und

→ die Bauhin'sche Klappe (beschleunigte Darmtransitzeit, bakterielles Wachstum im Dünndarm).

Das klinische Bild wird maßgeblich durch die Adaptations- und Funktionsfähigkeit des verbleibenden Dünn- und Dickdarms sowie die Resorption von Galle beeinflusst. Mögliche klinische Symptome sind Diarrhö, Steatorrhö, Gewichtsabnahme, Laktoseintoleranz, Hypokalzämie, Blutgerinnungsstörungen, Anämie, Polyneuropathie, Osteopathie, Gallen- und Nierensteinleiden. Insbesondere nach rechtsseitiger Hemikolektomie mit Entfernung des terminalen Ileums kommt es nicht selten zu chologener Diarrhö.

Ein **Kolostoma** wird als doppelläufiger oder endständiger Dickdarmausgang zur passageren Entlastung distaler Kolonabschnitte im Rahmen entzündlicher Prozesse oder zur Definitivversorgung angelegt, wenn die kolorektale Kontinuität nach schweren Entzündungen nicht mehr wiederhergestellt werden kann (wegen Fisteln, Kolonteil- beziehungsweise Rektumresektionen). Die Kontinenz bleibt in der Regel erhalten, auch wenn das Kolostoma in einem proximalen Kolonabschnitt angelegt wurde. Durch regelmäßige Irrigation (Spülbehandlung, täglich zu gleicher Zeit durchzuführen) ist meist eine kontrollierte Stuhlentleerung möglich.

Bei **Ileostoma** kann Kontinenz durch die Anlage eines Ileumpouches erreicht werden (bei etwa 90 % der Ileostomaträger). Allerdings bleibt diese Operationsmethode Patienten vorbehalten, bei denen eine Crohn-Krankheit ausgeschlossen wurde. Der Umgang mit dem Stoma erfordert eine besondere Schulung. Im Rahmen eines individuellen Ernährungsprotokolls sollen Nahrungsmittel, die unbekömmlich sind oder zu einer Erhöhung der Stuhlfrequenz führen, identifiziert und gemieden werden (unter anderem Hülsenfrüchte, Kohl, Alkohol, Koffein).

Etwa 5–10 % der Ileumpouches müssen aufgrund gravierender Komplikationen (pelvine Sepsis, nicht beherrschbare Diarrhö, therapieresistente Pouchitis) reseziert und in ein konventionelles Ileostoma umgewandelt werden.

Ein Ileostoma lässt sich durch Ausstreifbeutel leicht pflegen. Dessen ungeachtet können Akzeptanzprobleme und Auswirkungen auf das soziale Leben bestehen. Häufigste Komplikation des endständigen Ileostomas sind peristomale Hautveränderungen, die von Rötung und Exkoriation über Erosionen bis hin zur Fistelung unterschiedlichste Ausprägungsgrade aufweisen können. Weiterhin sind die Folgen eines hohen Flüssigkeitsverlustes zu berücksichtigen.

Nicht selten sind die CED mit **extraintestinalen Manifestationen** assoziiert, die primär oder begleitend auftreten können (siehe Tabelle 2).

Tab. 2: Begleit- und Folgeerscheinungen bei CED

Haut	Erythema nodosum (10 –15 %, häufig assoziiert mit Arthritis) Psoriasis (5 –10 %) Pyoderma gangränosum (bei Colitis ulcerosa häufiger als bei Crohn-Krankheit) Zinkmangeldermatosen (Akrodermatitis enteropathica)
Stütz-, Bewegungsapparat	Arthritis (15 – 20 %, bei Crohn-Krankheit häufiger als bei Colitis ulcerosa) Enteropathische Spondarthritis (10%, bei Crohn-Krankheit häufiger als bei Colitis) Sakroiliitis (gleich häufig bei Crohn-Krankheit und Colitis ulcerosa) Osteoporose (Vitamin D-, Kalzium-Malabsorption, Steroidlangzeittherapie)
Leber-, Gallenwege	Gallensteine (häufiger bei Crohn-Krankheit) Primär sklerosierende Cholangitis (PSC, 1 – 5 %)
Malignome	Kolorektale Tumoren: erhöhtes Risiko
Augen	Konjunktivitis Uveitis/Iritis Episkleritis Katarakt (Steroidlangzeittherapie)
Niere	Nierensteine
nach: Friedman, Blumberg 2003	

3. Bio-psycho-soziales Modell und ICF

Entscheidend für die sozialmedizinische Beurteilung ist nicht die Diagnose, sondern sind Art und Umfang der Symptomatik sowie deren Auswirkung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Allgemeinen und die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben im Besonderen.

In diesem Zusammenhang sind die verschiedenen Dimensionen des bio-psycho-sozialen Modells zu berücksichtigen, wie sie in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) konzipiert wurden. Die Erkrankung und ihre Folgesymptomatik wird als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Einflussfaktoren verstanden. Zentraler Bestandteil der ICF sind die Kategorien Funktionsfähigkeit (funktionale Gesundheit) und Behinderung. In einer Behinderung spiegelt sich die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Funktionsfähigkeit wider. Für den Bereich der Rehabilitation ist wesentlich, inwieweit Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Funktionsfähigkeit auch in Bezug auf die Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen behindert sind.

Chronisch entzündliche Darmkrankheiten betreffen auf der Ebene von **Körperfunktionen und -strukturen** des menschlichen Organismus die Nahrungsaufnahme, Verdauungsfunktionen, Nahrungsmittelassimilation, Defäkationsfunktionen, Aufrechterhaltung des Körpergewichts und mit dem Verdauungssystem verbundene Empfindungen, insbesondere Häufigkeit und Intensität von Schmerzen. Nahrungsaufnahme und -verwertung sind unabdingbarer Bestandteil der Bereitstellung von Energie und hierüber mit anderen leistungserbringenden Körperfunktionen und Körperstrukturen verbunden. Auch Emotionen wie Angst und Verunsicherung oder Depressivität sind zu berücksichtigen, da die ICF-Ebene der Strukturen und Funktionen zugleich spezifische psychomentale Funktionen umfasst.

Auf der Ebene der **Aktivitäten und Teilhabe** einer Person wird unter anderem das Ausmaß der bestehenden Einschränkungen beschrieben. In Erweiterung des eher defizitorientierten Ansatzes der ursprünglichen ICIDH bemühten sich die Folgeversionen darum, das Profil der noch verbliebenen Fertigkeiten, Tätigkeiten und Ressourcen in Alltag und Beruf zu ermitteln.

Einschränkungen der **Aktivitäten** bei chronisch entzündlichen Darmkrankheiten können sich zum Beispiel im Bereich der körperlichen Belastbarkeit (Tragen, Bewegen und Handhaben von schweren Gegenständen, Bücken, Ausdauerfähigkeit), bei der Fortbewegung (Gehstrecke, Wegefähigkeit, Treppensteigen, schnelles Laufen) oder im Bereich der komplexen Aufgabenbewältigung am Arbeitsplatz (Umgang mit Stress und Zeitdruck, Schichtarbeit, Publikumsverkehr, Außendienst, Reisetätigkeit, Tragen aufwändiger Schutzkleidung) ergeben. Die Einschränkungen werden modifiziert durch die subjektiven Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit.

Die **Teilhabe** betrifft Fragen der Eingliederung, des Einbezogenseins oder der Beteiligung an Lebensbereichen, selbstbestimmt zu handeln oder Anerkennung zu finden. Zu den Lebensbereichen zählen unter anderem Ausbildung, Arbeits- oder Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Familie und Haushaltsführung sowie

Freizeit und Benutzung von Verkehrsmitteln. Eine Einschränkung der Teilhabe kann sich zum Beispiel aus beruflichem Abstieg, Arbeitsplatzverlust, sozialer Isolierung und Stigmatisierung oder Verlust sozialer Unterstützung ergeben.

In Ergänzung zu der Ebene der Teilhabe werden in der ICF **Kontextfaktoren** (umwelt- und personbezogene Faktoren) eingeführt. Sie dienen der Feststellung, welche Faktoren die Teilhabe beeinträchtigen beziehungsweise verhindern (Barrieren) und welche Faktoren die Teilhabe trotz des gesundheitlichen Problems ermöglichen oder erleichtern (Förderfaktoren). Zu den Kontextfaktoren zählen unter anderem die Verfügbarkeit von Medikamenten, Hilfsmitteln, die Beschaffenheit des Arbeitsplatzes (sanitäre Einrichtungen in der Nähe, Arbeitsorganisation), die Unterstützung durch Hilfspersonen oder der Zugang zu Dienstleistungen von Verbänden und Vereinen (zum Beispiel Selbsthilfegruppen). Individuelle und gesellschaftliche Wertvorstellungen hinsichtlich Gesundheit, Krankheit und Leistungsfähigkeit sind als Kontextfaktoren für die sozialmedizinische Bewertung gleichfalls von Bedeutung.

Die WHO hat 2001 empfohlen, die ICF im Bereich des Gesundheitswesens einzusetzen. Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit einer Person sollen durch die international standardisierte Sprachregelung der ICF besser beschrieben werden. Die umfangreiche Erfassung von Komponenten der Gesundheit einer Person soll unter anderem dazu beitragen, Rehabilitationsmöglichkeiten besser nutzen zu können und die sektorenübergreifende Versorgung von Menschen zu optimieren. Das erweiterte Konzept der ICF und das Begriffssystem haben bereits im Sozialgesetzbuch (SGB) IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ von 2001 ihren Niederschlag gefunden.

Die Implementierung der ICF in die sozialmedizinische Praxis erfordert jedoch eine weitere Differenzierung und Operationalisierung sowie eine Abstimmung im Expertenkreis. Die Anwendung und Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag ist aktuell noch unzureichend; die Diskussion in Wissenschaft und Praxis über die Anwendung, Umsetzung und Reichweite der ICF noch nicht abgeschlossen.

So können auch Inhalte sozialmedizinischer Gutachten, die für die Deutsche Rentenversicherung erstellt werden, aktuell wegen fehlender Kodierungsmöglichkeiten nicht differenziert in der Terminologie der ICF ausgedrückt werden. Beispielsweise sind der Beruf, das Leistungsvermögen in der bisherigen Tätigkeit oder auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt, das quantitative Leistungsvermögen oder die Fähigkeit, mehr als 500 Meter in weniger als 20 Minuten zurücklegen zu können, mit der ICF nicht zu verschlüsseln.

Der für die ICF unabdingbare Gebrauch von Beurteilungsmerkmalen ist noch nicht hinreichend geklärt, prognostische Faktoren können nicht berücksichtigt werden.

In Tabelle 3 werden am Beispiel einer Person mit einer Crohn-Krankheit das bio-psycho-soziale Modell und die Anwendungsmöglichkeiten der ICF exemplarisch dargestellt.

Tab. 3: Beispiel für das Übersetzen von Inhalten eines sozialmedizinischen Gutachtens in die ICF-Terminologie

Klinische Diagnose des Gesundheitsproblems: Crohn-Krankheit
ICD-10 Kodierung der Krankheit: K50

ICF-Kapitel: Körperfunktionen	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	**ICF-Item (ICF-Kode)**
Allgemeine Abgeschlagenheit	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (b130)
Durchfälle	Defäkationsfunktionen (b525)
Rezidivierende Bauchschmerzen	Bauchschmerz (b28012)
Gelenkbeschwerden	Gelenkschmerz (b28016)
Ermüdung	Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit (b455)
Fieber	Aufrechterhaltung der Körpertemperatur (b5501)

ICF-Kapitel: Körperstrukturen	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	**ICF-Item (ICF-Kode)**
Ileus	Struktur des Darms, nicht näher bezeichnet (s5409)
Fistelbildung	Struktur der Hautregionen, nicht näher bezeichnet (s8109)
Osteoporotischer Wirbelkörperbruch	Struktur der Wirbelsäule (s7600)

ICF-Kapitel: Aktivitäten	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	**ICF-Item (ICF-Kode)**
Tragen der 10 kg schweren Tasche beschwerlich	Gegenstände anheben und tragen (d430)
Wandern nach 4 km beschwerlich	Lange Entfernungen gehen (d4501)

ICF-Kapitel: Teilhabe	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	**ICF-Item (ICF-Kode)**
Weniger Einkommen durch Aufgabe der Ganztagsarbeit	Bezahlte Tätigkeiten (d850)
Für Sport und Theaterbesuche zu müde	Erholung und Freizeit (d920)

ICF Kapitel: Umweltfaktoren (Kontextfaktoren)	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	**ICF-Item (ICF-Kode)**
Staub-, Feuchtigkeit- und Temperaturbelastung am Arbeitsplatz	Klima (e225), Luftqualität (e260)
Praxisaufgabe des Hausarztes	Fachleute der Gesundheitsberufe (e355)

ICF Kapitel: Personbezogene Faktoren (Kontextfaktoren)	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	**ICF-Item (ICF-Kode)**
56 Jahre alt, Küchenhilfe; von Kündigung bedroht; geschieden; raucht 30 Zigaretten täglich; Kortison-Tabletteneinnahme abgelehnt.	Personbezogene Faktoren sind ohne ICF-Item und nicht zu kodieren.

4. Sachaufklärung

Die Sachaufklärung dient primär der Ermittlung des Leistungsvermögens. Dazu gehören unter anderem Anamnese, körperlicher Untersuchungsbefund und apparative Diagnostik sowie Beobachtungen im Rahmen des Untersuchungsablaufes. Bereits vorhandene medizinische Unterlagen (endoskopische Befunde, Histologiebefunde, Ergebnisse bildgebender Verfahren, Operationsprotokolle, Krankenhaus- oder Rehabilitations-Entlassungsberichte) sind zu berücksichtigen. Dies schließt die kritische Prüfung ein, ob die Diagnose einer CED hinreichend gesichert und die therapeutischen Möglichkeiten ausreichend ausgeschöpft wurden. Kann auf zeitlich nahe und inhaltlich aussagekräftige Unterlagen zurückgegriffen werden und wird nicht über eine zwischenzeitlich eingetretene Veränderung des Gesundheitszustandes berichtet, ist eine Beurteilung auf der Grundlage dieser Befunde möglich. Erneute gutachterliche Untersuchungen können dadurch entbehrlich werden.

4.1 Anamnese und körperliche Untersuchung

Die **Anamnese** umfasst folgende Aspekte:

→ bisheriger Krankheitsverlauf
- erstmaliges Auftreten der Symptomatik
- Dauer und Zahl der Krankheitsschübe
- Gewichtsschwankungen, Dokumentation des Körpergewichts vor Krankheitsbeginn
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Defäkation [Stuhlkonsistenz, -frequenz, -kontinenz; Blut- und Schleimbeimengung; Schmerz (Fisteln, Fissuren)], Ausmaß einer Inkontinenz
- Bauchschmerz (Schmerztyp, Lokalisation, Dauer, Ausbreitung, Beeinflussbarkeit)
- bisherige Diagnostik
- bisherige medikamentöse Therapie, Wirksamkeit, Verträglichkeit und Nebenwirkungen
- bisherige operative Maßnahmen, Erfolg und Komplikationen
- Bedarf an Inkontinenzartikeln
- extraintestinale Manifestationen
- Risikofaktoren (Nikotin- und Alkoholkonsum)
- auslösende Faktoren
- aktuelle Beeinträchtigungen in Berufsleben und Alltag
- Krankheitsverständnis und Krankheitsbewältigungsstrategien

→ Sozial- und Berufsanamnese
- Ausbildung, berufliche Qualifikation, gesundheitlich bedingter Berufswechsel
- bisherige Tätigkeiten
- soziales Umfeld

→ Beschreibung der beruflichen Belastbarkeit
- Arbeitsplatzbeschreibung
- tätigkeitsbezogene Belastungsfaktoren
- Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz
- Arbeitsunfähigkeitszeiten und deren Gründe

→ außerberufliche Aktivitäten
  – Reisen, Hobbys, Sport
  – nebenberufliche Tätigkeiten
  – Pflege von Angehörigen
  – Teilnahme an Selbsthilfegruppen und Vereinen
  – Wahrnehmung von Ehrenämtern

→ Angaben, wie der Gutachter erreicht wurde (Beförderungsmittel)

→ Informationen über die Anregung zur Rentenantragsstellung (Versicherter selbst, Hausarzt, Sozialversicherungsträger).

Die **körperliche Untersuchung** umfasst insbesondere Gewicht, Größe, Blutdruck, Puls, Mundinspektion, Hautkolorit, -turgor und -effloreszenzen, Inspektion, Auskultation und Palpation des Abdomens, anorektale Untersuchung, Funktion des Stütz- und Bewegungsapparates. Vervollständigt wird die Untersuchung durch die Erhebung des psychischen Befundes.

Beobachtungen im Zusammenhang mit dem Untersuchungsablauf sind zu dokumentieren und in das Ergebnis der Begutachtung einzubeziehen; sie können zur Plausibilitätsbeurteilung herangezogen werden.

4.2 Apparative Diagnostik

Die apparative Diagnostik dient der Abklärung von Aktivität und Ausdehnung der Erkrankung und eventuell vorliegender Begleitkrankheiten. Neben anamnestischen Daten und eingehender klinischer Untersuchung werden apparative Untersuchungen wie Endoskopie inklusive Histologie, bildgebende Verfahren und Laboruntersuchungen herangezogen. Ergänzende Untersuchungsverfahren werden in Abschnitt 4.3 beschrieben.

→ Endoskopie mit Biopsie und Histologie

Die Endoskopie ist die Methode der Wahl in der Diagnostik der chronisch entzündlichen Darmkrankheiten. Sie bietet eine räumliche und farbliche Bilddarstellung von Strukturen in körperlichen Hohlorganen, die auch im Schleimhautniveau liegende Läsionen erkennen lässt. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur Gewebeentnahme und zum Einsatz minimal-invasiver therapeutischer Verfahren (zum Beispiel Bougierung von Stenosen).

Für beide CED ist die **Rekto-/Sigmoido-/Kolo-/Ileoskopie** die primäre Untersuchung, bei Crohn-Krankheit zusätzlich die **Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD).** Die bei ausschließlicher Untersuchung des Enddarms eingesetzte **Prokto-Rektoskopie** mit einem starren Untersuchungsgerät hat durch die flexiblen Endoskope an Bedeutung verloren. Endoskopische Untersuchungen bedürfen als invasive Verfahren der Zustimmung des Probanden.

Indikation: Die endoskopischen Untersuchungsverfahren dienen
- der morphologischen Diagnostik sowie der Differentialdiagnostik,
- der Feststellung von Ausdehnung und Intensität entzündlicher oder tumoröser Veränderungen,
- dem Nachweis von Begleit- und Folgeerscheinungen (zum Beispiel Lokalisation von Fistelmündungen mit Hilfe von Farb- oder Kontrastmitteln, präventive Diagnostik hinsichtlich kolorektaler Tumoren)
- dem therapeutischen Einsatz bei Stenosen im Ileum oder Kolon mittels endoskopischer Ballondilatation sowie
- Verlaufsuntersuchungen nach therapeutischen Interventionen.

Beurteilung: Endoskopie und Histologie sind zusammen mit klinischer Symptomatik für die Diagnosesicherung und Verlaufskontrolle – besonders bei Änderung der Symptomatik und zur Karzinomprophylaxe – von vorrangiger Bedeutung. Sie werden bei Bedarf durch weitere bildgebende Verfahren ergänzt.

Grenzen der Methode: Endoskopien erfordern vorbereitende Maßnahmen: Nahrungskarenz bei ÖGD, Darmreinigung bei Rekto-/Sigmoido-/Koloskopie. Ein Endoskop kann nur Hohlräume untersuchen, die einen größeren Durchmesser als das Endoskop selber haben. Passagehindernisse begrenzen den Einsatz. An nicht einsehbaren Abschnitten können Läsionen übersehen werden. Kontraindikationen sind instabile Kreislaufverhältnisse, fulminante Verlaufsformen der Colitis ulcerosa, Verdacht oder erhöhte Gefahr einer Perforation des Magen-Darm-Kanals und Peritonitis.

In Kombination mit der **Endosonographie** kann auch eine transmurale Beurteilung erfolgen und können lokale Lymphknoten, Abszesse oder Fisteln dargestellt werden.

Mit der **Doppel-Ballon-Endoskopie** lässt sich der gesamte Dünndarm endoskopisch untersuchen.

Bei der **endoskopischen retrograden Cholangiopankreatikographie (ERCP)** werden Endoskopie und Röntgen kombiniert, um Gallenwege und das Pankreasgangsystem durch eine über die Papille applizierte Sonde mit Röntgenkontrastmittel darzustellen. Sie ist indiziert, wenn eine primär sklerosierende Cholangitis differentialdiagnostisch zu klären ist.

Die **Kapsel-Endoskopie** transferiert lokale Aufnahmen einer Mini-Digitalkamera auf einen Datenrekorder zur Auswertung. Die Kapsel-Endoskopie erlaubt eine direkte Beurteilung der gesamten Dünndarmmukosa. Bei Stenosen ist diese Untersuchung nicht durchführbar. Da bei fehlender Luftinsufflation eine Visualisierung des Kolons nicht möglich ist, erscheint dieses Verfahren bei einer Colitis ulcerosa zur Kolon-Diagnostik nicht geeignet.

→ Bildgebende Verfahren

Zur Ergänzung endoskopischer Untersuchungen können bildgebende Verfahren [wie zum Beispiel Sonographie, Röntgen, Computer-Tomographie (CT), Magnetresonanz-Tomographie (MRT) oder Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie (MRCP)] herangezogen werden. Ihre Anwendung ist besonderen Indikationen vorbehalten.

Sonographie, Röntgenuntersuchungen einschließlich CT ohne Kontrastmittel sowie MRT können – eine kritische Indikationsstellung vorausgesetzt – zugemutet werden. Untersuchungen mit Verabreichung von Kontrastmitteln gelten als invasive Untersuchungen, die nicht mitwirkungspflichtig sind. Darüber hinausgehend sind solche Untersuchungen nicht mitwirkungspflichtig, die mit unzumutbaren Schmerzen einhergehen können oder zum Beispiel klaustrophobische Beeinträchtigungen im Rahmen einer MRT hervorrufen.

→ Sonographie

Indikation: Die **abdominelle** Sonographie ist bei einer CED Bestandteil der Initial(Akut)-, Begleit- und Verlaufsdiagnostik. Bei besonderen Fragestellungen ist auch die **endorektale** Sonographie angezeigt. **Beurteilung:** Die abdominelle Sonographie ist ein leicht durchzuführendes, nicht-invasives, sensitives Verfahren zum Nachweis entzündlicher Darmwandveränderungen, von Abszessen,

Fisteln oder Stenosen. Zur Diagnostik und Klassifikation anorektaler Fisteln und Abszesse ist die endorektale Ultraschalluntersuchung gleichwertig sensitiv wie die MRT (und auch das CT) des kleinen Beckens. **Grenzen der Methode:** Die abdominelle Sonographie eignet sich nicht zur Darstellung von Läsionen im kleinen Becken. Adipositas und Darmgasüberlagerung erschweren die Beurteilung, darüber hinaus ist die Methode im besonderen Maße untersucherabhängig.

→ Röntgenuntersuchungen

Rechtfertigende **Indikationen** für Röntgenuntersuchungen bei CED sind Staging, präoperative Diagnostik und unklare abdominelle Schmerzzustände (zum Beispiel Notfallsituationen). Die teilweise nicht unerhebliche Strahlenbelastung erfordert, Nutzen und Risiko der Untersuchung abzuwägen.

1. **Abdomenübersichtsaufnahmen**
   werden ohne Kontrastmittel am stehenden und/oder liegenden Patienten und in Linksseitenlage durchgeführt (Röntgenleeraufnahme). Sie können wichtige Hinweise bei Verdacht auf Ileus oder Perforation liefern.

2. **Enteroklysma (fraktionierte Dünndarmpassage nach Sellink)**
   Das Enteroklysma ist die konventionelle Referenzmethode [vergleichbare Sensitivität und Spezifität wie das Magnet-Resonanz(MR)-Enteroklysma], bei der die Dünndarmschleimhaut im Doppelkontrast dargestellt wird. Dabei werden über eine Duodenalsonde eine Barium- sowie Methylzellulose-Suspension appliziert und Röntgenaufnahmen einzelner Darmabschnitte angefertigt. **Beurteilung:** Das Verfahren erlaubt die Beurteilung von Darmperistaltik, Veränderungen des Schleimhautreliefs (Ulzera, Falten), Fistelgängen, indirekt auch von Konglomerattumoren oder Abszessen. Angesichts moderner endoskopischer und radiologischer Diagnostik weisen konventionelle Röntgenaufnahmen eine abnehmende Bedeutung auf.

3. **Kolon-(Doppel)-Kontrast-Darstellung**
   Sie ist eine Untersuchung des Dickdarmes mittels retrograd appliziertem Kontrastmittel (Bariumsulfat und Luft). Nach Ablassen des Kontrastmittels und Luftinsufflation kann radiologisch eine Reliefdarstellung des Hohlorganes erfolgen. Füllungsdefekte geben Hinweise auf lichtungseinengende Prozesse wie Stenosen oder Tumoren. **Indikation:** Lokalisation von Passagehindernissen, Feststellung des Ausmaßes der Passagestörung, Nachweis von Fisteln. **Beurteilung:** Angesichts moderner endoskopischer und radiologischer Diagnostik weisen konventionelle Röntgenaufnahmen eine abnehmende Bedeutung auf.

4. **Computertomographie (CT)**
   Indikation: Die **abdominelle CT** ist ein Verfahren zur Diagnostik akuter oder chronischer parenchymatöser Erkrankungen des Bauchraumes. Bei den CED kommt ihr jedoch nur dann eine relevante Bedeutung zu, wenn gezielt nach extramuralen oder extraintestinalen Veränderungen wie zum Beispiel Abszessen gesucht wird, die sich sonographisch nicht ausreichend darstellen lassen. Das CT kann gleichzeitig zur interventionellen Therapie genutzt werden (zum Beispiel CT-gesteuerte Abszessdrainage).

   Beim **CT-Enteroklysma** kann durch Nutzung der hochauflösenden Spiral-Computertomographie und Verwendung eines geeigneten Kontrastmittels der gesamte Dünndarm einschließlich des Lumens untersucht werden. Bei Crohn-

Krankheit kann zum Beispiel die assoziierte Entzündung des Dünndarms durch Kontrastmittelanreicherung, Schichtung und Verdickung der Darmwand sowie perienterische entzündliche Veränderungen erkannt werden.

→ Magnetresonanztomographie (MRT)

1. Magnetresonanztomographie des Abdomens

Die Magnetresonanztomographie [MRT, Synonym: Kernspin(resonanz)tomographie] ist ein computergestütztes bildgebendes Diagnose-Verfahren, bei dem im Gegensatz zu radiologischen Untersuchungen keine Strahlenbelastung auftritt. Eine Differenzierung von Ödemen, Nekrosen, Narben, Blutungen oder Neoplasien gegenüber dem gesunden Gewebe ist besser möglich als bei der Computertomographie. Optimiert werden kann die Kontrastierung durch intravenöse Gabe von Gadolinium-Komplexverbindungen. **Indikation:** Der klinisch-praktische Stellenwert der Kernspintomographie ist auf spezielle Fragestellungen begrenzt wie Diagnostik von perianalen Fisteln oder periproktitischen Abszedierungen. **Grenzen der Methode:** Für Patienten mit einem Schrittmacher ist die Untersuchung kontraindiziert. Bei Patienten mit einer Klaustrophobie kann die Untersuchung wegen der engen röhrenförmigen Konstruktion des Tomographen problematisch werden. Darmbewegungen können Ungenauigkeiten der MRT-Bilder hervorrufen.

2. Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie (MRCP)

Indikation: Nicht-invasive Methode zur Darstellung von Gallen- und Pankreasgängen ohne Kontrastmittel. Der Einsatz kann zur Diagnostik bei der Crohn-Krankheit und der primär sklerosierenden Cholangitis angezeigt sein. **Beurteilung:** Wenig belastende Untersuchung. Neben der orientierenden Ultraschalluntersuchung ist die MRCP das wichtigste nicht-invasive Diagnoseverfahren bei Erkrankungen der Gallenwege und des Gangsystems der Bauchspeicheldrüse.

3. Magnetresonanz(MR)-Enteroklysma und Hydro-MRT

Dies sind Methoden zur Darstellung des Dünn- beziehungsweise Dickdarmes mit einem in das Darmlumen verabreichten Kontrastmittel. Das MR-Enteroklysma gilt gegenüber dem konventionellen Enteroklysma (nach „Sellink“) als überlegen.

→ Virtuelle Endoskopie

Bei der virtuellen Endoskopie wird auf das Einführen eines Endoskops in den Darm verzichtet. Stattdessen erfolgt die Bildgebung durch computergestützte Verarbeitung spezieller CT- oder MRT-Aufnahmen, gegebenenfalls mit Kontrastmittel. Vorteile gegenüber der konventionellen Endoskopie sind fehlende Invasivität und fehlende Beschränkung durch Passagehindernisse. Nachteile bestehen darin, dass Schleimhautveränderungen (zum Beispiel Dysplasien) nicht diagnostiziert werden können, keine Biopsien möglich sind und eine ausreichende Kontrastierung an Grenzflächen nicht immer gegeben ist. CT-Untersuchungen sind mit einer Strahlenbelastung verbunden. Bisher wird diese Methode nicht routinemäßig angewendet. Bei Einsatz von Kontrastmitteln ist auf Allergien Rücksicht zu nehmen.

→ Laboruntersuchungen

Laboruntersuchungen sind keine krankheitsspezifischen Marker; sie werden vorrangig zum Nachweis von Entzündungen oder Mangelerscheinungen heran-

gezogen. Sie helfen bei der Einschätzung von Krankheitsaktivität, Verlauf und Nachweis von Komplikationen wie zum Beispiel den Folgen einer gestörten Nahrungsaufnahme.

Basisuntersuchungen:
→ Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)
→ C-reaktives Protein (CRP)
→ Blutbild einschließlich Thrombozyten und Differential-Blutbild
→ Leber-, Nierenwerte
→ Elektrolyte, Gesamteiweiß und Eiweiß-Elektrophorese

Ergänzende Laboruntersuchungen:
→ Pankreasenzyme
→ Blutgerinnung
→ Ferritin
→ Vitamin B12, Folsäure
→ fettlösliche Vitamine wie Vitamin D
→ Spurenelemente.

Mikrobiologische Untersuchungen des Stuhls oder von Schleimhautbiopsien dienen der differentialdiagnostischen Klärung, insbesondere der Abgrenzung einer entzündlichen von einer nichtentzündlichen Diarrhö. Spezielle Untersuchungen wie Autoantikörper gegen Saccharomyces cerevisiae (ASCA), perinukleäre antineutrophile zytoplasmatische Antikörper (p-ANCA), Marker aus fäkalen neutrophilen Granulozyten (unter anderem Calprotectin und Lactoferrin) werden gelegentlich ergänzend herangezogen.

4.3 Ergänzende Verfahren

Zur Klärung einer Inkontinenz kann eine anorektale **Manometrie** erforderlich sein. Auf diese Weise können Einschränkungen des Sphinktertonus, Sphinkterlücken, die anorektale Sensibilität oder eine Verminderung der rektalen Reservoirkapazität objektiviert werden.

Atemtests werden zur Ermittlung einer bakteriellen Homöostasestörung, zur Ermittlung der orozökalen Transitzeit oder einer Laktoseintoleranz herangezogen.

Zur differentialdiagnostischen Abgrenzung sowie bei Komplikationen beziehungsweise extraintestinalen Manifestationen sind oft **psychodiagnostische Maßnahmen** und **Konsiliaruntersuchungen** erforderlich.

Selbstbeurteilungsbögen zur Erfassung **gesundheitsbezogener Lebensqualität** [Health Related Quality of Life, HRQOL; zum Beispiel Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBD-Q), Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ), Short-Form-36 Health Survey (SF-36-Fragebogen)] nehmen eine immer wichtigere Stellung im Rahmen von Diagnostik und Therapie ein und ergänzen objektive Ergebnisse der klinischen und apparativen Untersuchungen. Die Beurteilungsinstrumente weisen eine unterschiedliche psychometrische Qualität auf und können kein Ersatz für eine ausführliche, persönlich erhobene Anamnese sein. Die Anwendung der Verfahren ist im Rahmen der gutachterlichen Beurteilung aufgrund ihrer „Augenscheinvalidität“ und leichten Verfälschbarkeit limitiert. Der Einsatz erfordert ausreichende Kenntnisse für Indikationsstellung und Interpretation und eignet sich vorwiegend zur Verlaufskontrolle.

Aktivitätsindizes [unter anderem Crohn's Disease Activity Index (CDAI) nach Best bei der Crohn-Krankheit, der klinische Aktivitätsindex (CAI) nach Rachmilewitz bei der Colitis ulcerosa, siehe Anlage 6.2] können als akutmedizinische Entscheidungshilfe zum Beispiel für das therapeutische Vorgehen und zur Einschätzung des Therapieerfolgs herangezogen werden.

Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben kann im Einzelfall der Einsatz von **Assessment-Verfahren** mit standardisierten Leistungstests (zum Beispiel FCE-Systeme wie die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit oder EDV-gestützte Arbeitssimulationssysteme) erwogen werden. Es wird dabei ein Fähigkeitsprofil erstellt und dieses mit einem konkreten arbeitsplatzbezogenen Anforderungsprofil verglichen. Auch differenzierte Aussagen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zum Beispiel Qualifizierungsmaßnahmen, sind dadurch möglich. Die Sicherheit der qualitativen und quantitativen Leistungsbeurteilung kann erhöht, die fachkompetente Begutachtung durch den Arzt aber nicht ersetzt werden.

5. Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit

Für die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens sind folgende Aspekte wesentlich:

→ Ausprägung/Ausmaß des Darmbefalls
→ Häufigkeit und Dauer der Schübe
→ Schwere der Komplikationen und der eventuell extraintestinalen Manifestation
→ Nebenwirkungen der Therapie, zum Beispiel der Glukokortikoide
→ psychosoziale Folgen.

Folgende Verlaufsformen können beobachtet werden:

→ häufiger Wechsel zwischen aktiven und inaktiven Krankheitsphasen
→ selten auftretende Schübe mit jahrelang inaktiven Phasen
→ chronischer Verlauf mit ständig nachweisbarer entzündlicher Aktivität (zum Beispiel CRP-Erhöhung).

Um die mittel- und langfristigen Funktionseinbußen erfassen zu können, sollte bei schubartigem Verlauf die Beurteilung der erkrankungsbedingten Leistungseinbußen nicht während, sondern nach Abklingen des Schubes erfolgen.

Die individuellen Auswirkungen der CED auf die Belastbarkeit im beruflichen und sozialen Bereich müssen aus den medizinischen Unterlagen plausibel hervorgehen. Tätigkeitsbezogene Probleme liegen immer bei einer Diskrepanz zwischen dem individuellen Leistungsbild und den Anforderungen am Arbeitsplatz vor. Sie können sich sowohl auf der somatischen und psychischen als auch auf der sozialen Ebene manifestieren.

5.1 Tätigkeitsbezogene Belastungsfaktoren

Bezogen auf die CED sind folgende Kriterien in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung und gegebenenfalls vorliegender Folgeleiden zu prüfen:

→ Körperliche Belastbarkeit
  – Arbeitsschwere: Heben, Tragen, Bewegen von Lasten
  – Arbeitshaltung
  – Mobilität

→ Besondere Gefährdungs- oder Belastungsfaktoren
  – Publikumsverkehr
  – taktgebundene Arbeit, Akkordarbeit, überdurchschnittlicher Zeitdruck
  – Überwachung und/oder Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge
  – Nachtarbeit, Schichtdienst, häufig wechselnde Arbeitszeiten
  – Notwendigkeit des Tragens von Schutzkleidung
  – Arbeiten mit Hitzebelastung
  – Reisetätigkeit

→ Geistig-psychische Belastbarkeit
  – Reaktionsfähigkeit
  – Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Ausdauer
  – Stimmung und Affektivität
  – Krankheitsverarbeitung.

Die Beurteilung der körperlichen Arbeitsschwere erfolgt entsprechend der Definitionen im Sozialmedizinischen Glossar der gesetzlichen Rentenversicherung (siehe Anlage 6.4).

5.2 Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei CED

5.2.1 Allgemeine Aspekte

Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit birgt bei Personen mit CED besondere Schwierigkeiten:

→ Nicht ausreichend sind alleinige Befunde apparativer Untersuchungen, Angaben in Selbstbeurteilungsbögen oder Aktivitätsindizes zur Beurteilung des verbleibenden Leistungsvermögens. Es fehlt eine enge Korrelation zwischen messbarer entzündlicher Aktivität und den subjektiven Beeinträchtigungen, wie sie sich in Symptomchecklisten oder Aktivitätsindizes (wie zum Beispiel CDAI, CAI; siehe Anlage 6.2) darstellen. Selbst eine durch Endoskopie und Laborbefunde objektivierte mittlere Entzündungsaktivität kann – besonders bei der Crohn-Krankheit – mit nur geringen Beschwerden und Einschränkungen einhergehen.

→ Chronische Durchfälle sind kein ausschließliches Symptom der CED. Sie treten auch bei anderen Erkrankungen wie Sprue, Gallensäureverlustsyndrom, Laktoseintoleranz, Hyperthyreose oder unter psychischer Anspannung auf. Körperliche Schwäche und Gewichtsabnahme im akuten Schub können in der Regel durch die Behandlung der Grunderkrankung wieder gebessert werden und sind im Langzeitverlauf zu beurteilen.

→ Die in der Literatur vorgenommenen Schweregradeinteilungen der CED beziehungsweise die vorgenommene Beurteilung des Leistungsvermögens kann nicht ohne weiteres in die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung für die Rentenversicherung übernommen werden:

  – Im sozialen Entschädigungsrecht und dem Schwerbehindertenrecht wird eine organbezogene Graduierung der Erkrankungsschwere vorgenommen, aber kein Bezug zum Leistungsvermögen im Erwerbsleben hergestellt (siehe Tabelle 14, Anlage 6.5). Sie ist deshalb auf die zeitlich abgestufte sozialmedizinische Leistungsbeurteilung (Differenzierung der Leistungsfähigkeit von mindestens sechs Stunden, drei bis unter sechs Stunden und unter drei Stunden pro Tag) nicht übertragbar.

  – Die Tabelle 15 zur Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs und des Leistungsvermögens nach Seger (Seger 1995, Zillessen 2003, siehe Anlage 6.6) berücksichtigt die für eine Begutachtung im Rehabilitations-Antragsverfahren wesentlichen Aspekte. Für die zeitlich abgestufte Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Rentenverfahren reichen die dargestellten Parameter nicht aus.

5.2.2 Tätigkeitsbezogene individuelle Belastbarkeit

Maßgeblich für die Beurteilung der individuellen Belastbarkeit sind Beeinträchtigungen von Körperfunktionen durch:

→ Diarrhö (zur Definition siehe Kapitel 2.1)
→ Malabsorption (mit zum Beispiel Untergewicht, Anämie, Eiweiß-, Elektrolytverlust, Vitaminmangel)
→ imperativer Stuhldrang

→ Inkontinenz
→ Fisteln/Abszesse
→ Enterostoma
→ Nebenwirkungen medikamentöser Therapie
→ psychische Anpassungs- und Verarbeitungsstörungen
→ extraintestinale Begleiterkrankungen.

Darüber hinaus sind Krankheitsverlauf und Behandlung – unter Berücksichtigung der therapeutischen Möglichkeiten – im Längsschnitt einzubeziehen. Erst unter Berücksichtigung dieser Aspekte können individuelle Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen und damit das **qualitative oder positive und negative Leistungsbild** abgeleitet werden. Dies setzt die Prüfung der zumutbaren Arbeitshaltung, Arbeitsschwere, beruflicher Gefährdungs- und Belastungsfaktoren sowie der psychischen Belastbarkeit voraus.

5.2.2.1 Körperliche Belastbarkeit, berufliche Gefährdungs- und Belastungsfaktoren

Grundsätzlich sollte bei CED arbeitsplatznah eine Toilette erreichbar sein. Die „Arbeitsstätten-Richtlinien“ 37/1 des Bundesarbeitsministeriums sehen vor, dass Toilettenräume von den ständigen Arbeitsplätzen nicht mehr als 100 Meter und, sofern keine Fahrtreppen vorhanden sind, höchstens eine Geschosshöhe entfernt sind. Anderenfalls ist eine räumliche Umsetzung im Betrieb in Betracht zu ziehen. Unregelmäßige Arbeitszeit und häufiger Wechsel des Arbeitsrhythmus sind zu vermeiden. Qualitative Leistungseinschränkungen ergeben sich aus der Schwere der objektivierbaren beziehungsweise nachvollziehbaren klinischen Symptomatik.

Leitsymptom der CED ist die **Diarrhö,** objektivierbar durch Stuhlvisite sowie Bestimmung des Stuhlgewichts und Stuhlfetts. Beurteilungsrelevant sind Stuhldrang, Frequenz und Intensität der Durchfälle sowie die daraus resultierenden Veränderungen des Allgemein- und Ernährungszustands. Charakteristika eines akuten Schubes können durch Behandlung der Grundkrankheit gebessert werden und sind im Langzeitverlauf zu beurteilen. Drei- bis viermal täglich ungeformter Stuhlgang, der sich ausreichend früh ankündigt, erfordert keine besondere Toilettennähe. Bis zu fünf Stuhlgänge in etwa 15 Stunden Wachzeit schränken die Leistungsfähigkeit in der Regel nicht wesentlich ein.

Anamnestische Angaben zum Arbeitsplatz und dessen Erreichbarkeit, zu alltäglichen Verrichtungen, zum Freizeitverhalten, Angaben dazu, wie der Weg zu behandelnden Ärzten und zum Gutachter zurück gelegt wurde, sollten zur Plausibilitätsprüfung herangezogen werden.

Da es jederzeit möglich sein sollte, eine Toilette zu erreichen, sind Tätigkeiten mit ständiger Aufsichts- bzw. Präsenzpflicht, zum Beispiel taktgebundene Tätigkeiten am Band, Akkordarbeit, Tätigkeiten mit häufigem Publikumsverkehr oder Tätigkeiten in Schutzkleidung ohne Möglichkeit, diese schnell ablegen zu können, in vielen Fällen nicht zumutbar (siehe Tabelle 4).

Tab. 4: Mögliche Aktivitätseinschränkungen infolge Durchfall
(zur Definition von Durchfall siehe Kapitel 2.1)

- → durch die Notwendigkeit, jederzeit eine Toilette erreichen zu können
- → durch einen eingeschränkten Aktionsradius (zu Fuß, im Auto oder Bus) – gelegentlich gleichzusetzen mit einer Gehbehinderung
- → durch die Einschränkung einer kontinuierlichen Präsenz (am Fließband oder als Kontroll- oder Aufsichtsperson)
- → durch eine eventuell eingeschränkte Eignung für Publikumsverkehr
- → durch die Einschränkung der physischen Belastbarkeit
- → durch die Einschränkung der psychischen Belastbarkeit (unter anderem Konzentrationsfähigkeit)

nach: Zillessen 2002

Liegt eine chronische Diarrhö mit nur leicht reduziertem Ernährungszustand in Folge der Malabsorption vor, ist eine leichte körperliche Tätigkeit (zum Beispiel Bürotätigkeit) vollschichtig beziehungsweise mindestens sechs Stunden am Tag möglich. Bei hoher Stuhlfrequenz ist zu prüfen, ob der individuelle Arbeitsablauf die notwendigen Unterbrechungen zulässt (betriebsübliche Arbeitsunterbrechungen, siehe Glossar, Anlage 6.4) oder ob bei Fließbandarbeit die Unterbrechungen durch einen sogenannten Springer kompensiert werden können. Bei Therapieresistenz ist zu prüfen, ob der Arbeitsplatz noch unter zumutbaren Bedingungen erreicht werden kann (siehe Wegefähigkeit im Glossar, Anlage 6.4).

Ein **imperativer Stuhldrang** mit nur kurzen oder sogar fehlenden Vorwarnzeiten und gestörtem Diskriminationsvermögen erfordert einen unmittelbaren Toilettenzugang. Eine Tätigkeit mit Publikumsverkehr oder Präsenzpflicht ist nicht mehr möglich.

Manifestiert sich ein imperativer Stuhldrang oder eine **Stuhlinkontinenz** (zur Graduierung siehe Anlage 6.3) nur im akuten Schub und persistiert nicht darüber hinaus, bedingt dies eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, nicht gleichbedeutend mit einer rentenrelevanten Leistungsminderung. Zu prüfen ist, ob die therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Bei flüssigem Stuhlgang ist eine antidiarrhöische Therapie (Quellstoffe, Loperamid) angezeigt. Es gelingt meist, mit Medikamenten einen geformten Stuhl zu erzielen. Nach rektaler Irrigation kann eine ausreichende Stuhlgangsfreiheit erreicht werden. Liegt eine persistierende Stuhlinkontinenz vor, orientiert sich die Leistungsbeurteilung am Schweregrad der Inkontinenz (siehe Anlage 6.3). Bei kompletter Inkontinenz ist das Leistungsvermögen aufgehoben. Führt die Inkontinenz zu „Grobverschmutzungen“, können noch körperlich leichte Tätigkeiten verrichtet werden, wenn eine Arbeitsunterbrechung frei bestimmbar, der Toilettenzugang jederzeit möglich ist und Sanitärvorrichtungen zur Körperreinigung vorhanden sind. Bei geringer Inkontinenz mit „Feinverschmutzung“ resultieren nur qualitative Einschränkungen. Hierunter fallen das Tragen und Heben von Lasten und der Publikumsverkehr (siehe Tabelle 5). Kann der Arbeitsprozess jederzeit für einen Toilettengang unterbrochen werden, ist das Leistungsvermögen quantitativ nicht eingeschränkt.

Tab. 5: Mögliche Aktivitätseinschränkungen infolge Stuhlinkontinenz

- → bei Nichterreichbarkeit einer Toilette
- → durch einen eingeschränkten Aktionsradius (manchmal ähnlich einer Gehbehinderung)
- → für eine kontinuierliche Präsenz (zum Beispiel als Kontroll- oder Aufsichtsperson)
- → für Publikumsverkehr
- → für schweres Heben und Tragen
- → für längeres Gehen und Stehen
- → für häufiges Bücken
- → durch einen erhöhten Pflegebedarf (häusliche Pflege)

nach: Zillessen 2002

Sowohl **Analfisteln** als auch **Abszesse** können – parallel zu einer Intensivierung der Pharmakotherapie – operative Eingriffe erforderlich machen. Dann liegt primär eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit vor. Nicht selten sind wiederholte Operationen notwendig. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit ist abhängig vom weiteren Verlauf. Ist im Einzelfall eine vorübergehende Entlastung durch Anlage eines Enterostomas (in der Regel drei bis zwölf Monate) erforderlich, orientiert sich die Leistungsbeurteilung hieran (siehe Kapitel 5.2.2.2). Dies gilt auch für eine Sphinkterinkontinenz bei einer Fistel im Bereich des Sphinkterapparates. Bei oberflächlich verlaufenden Analfisteln (intersphinktär) bleibt in der Regel die Stuhlhaltefähigkeit erhalten. Rektovaginale Fisteln bedeuten eine erhebliche psychische Belastung und führen zu Beeinträchtigungen der Teilhabe im psychosozialen Bereich.

Strikturen oder **Stenosen** des Darmes treten besonders bei der Crohn-Krankheit auf. Sozialmedizinisch relevant sind insbesondere Motilitätsstörungen mit rezidivierenden Subileus- beziehungsweise Ileus-Zuständen. Gehäufte oder intensive abdominelle Beschwerden können vermehrt zu Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten) führen. Arbeitshaltungen mit einer Erhöhung des intraabdominellen Druckes sollten gemieden werden: häufiges oder längeres Bücken, Hocken, Knien, schweres Heben und Tragen, ständig vorgebeugte Haltung. Bei wiederholten Ileuszuständen ohne Anhalt für eine ausreichende Besserung ist von einem quantitativ reduzierten Leistungsvermögen schon für eine leichte körperliche Tätigkeit auszugehen.

Abdominelle **Schmerzen** sind im Kontext mit den klinischen Befunden zu werten. Sie können Ausdruck der lokalen Entzündung oder einer Folgeerkrankung oder von Komplikationen sein. Entscheidend sind Schmerzstärke und -frequenz. Abzugrenzen sind Schmerzstörungen zum Beispiel beim Reizdarm oder bei somatoformer Schmerzstörung (siehe Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 030/102, http://www.awmf.org). Schmerzen im Zusammenhang mit bestimmten körperlichen Belastungen führen zu entsprechenden qualitativen Leistungseinschränkungen. Erforderlich ist eine plausible Korrelation zwischen alltagsrelevantem Aktivitätsmuster, körperlichem Untersuchungsbefund sowie Beobachtungen während der Begutachtung.

Durch **chronische Malabsorption** bedingtes Untergewicht (BMI unter 20) kann mit einer allgemeinen Schwäche und raschen Ermüdbarkeit verbunden sein. Zur Beurteilung der körperlichen Belastbarkeit kann eine Ergometrie herangezogen werden. Mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten beziehungsweise Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten, häufiges Bücken, besondere Anforderungen an die Ausdauer, häufiges beziehungsweise langes Stehen und Gehen, Tätigkeiten in Hitze, Kälte oder mit Absturzgefahr sollten

nicht zugemutet werden (siehe Tabelle 6). Bei geringem Untergewicht ist eine leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit ohne zeitliche Einschränkungen möglich.

Nicht selten ist die CED mit einer anhaltenden **Anämie** assoziiert. Sie kann einerseits durch die chronische Entzündung, andererseits durch Blut- oder Eisenverlust beziehungsweise Vitamin-B12-Mangel bedingt sein. Die Anämie wird durch Therapie der Grunderkrankung beziehungsweise durch Substitution fehlender Substanzen behandelt. Eine chronische Anämie entwickelt sich über einen längeren Zeitraum und bietet dadurch die Möglichkeit zur Adaptation. Bei einem erniedrigten Hämoglobin-Wert (Hb) von bis zu 10 g/dl (6,2 mmol/l) ist die Lebensqualität bei allmählicher Adaptation nicht wesentlich beeinträchtigt, verbietet aber schwere körperliche Tätigkeiten. Eine anhaltende Anämie mit einem Hb unter 10 g/dl (6,2 mmol/l) trotz adäquater Behandlung gilt als Ausdruck einer schweren Verlaufsform. Dann kann eine allgemeine körperliche Schwäche und vermehrte Abgeschlagenheit mit Verminderung der Ausdauerleistung und Konzentrationsleistung resultieren, die auch eine mindestens sechsstündige leichte körperliche Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr zulässt.

Tab. 6: Mögliche Aktivitätseinschränkungen infolge Gewichtsabnahme/Untergewicht/Schwäche

→	in der Belastbarkeit für schweres/mittelschweres Heben und Tragen
→	für längeres Stehen oder Gehen
→	für häufiges Bücken
→	für eine geforderte Ausdauer, überdurchschnittlicher Zeitdruck
→	für Arbeiten in Hitze oder Kälte
→	für Arbeiten mit Absturzgefahr

nach: Zillessen 2002

5.2.2.2 Postoperative Belastbarkeit

Grundsätzlich sollten nach Laparatomien (abdominelle Operationen mit Durchtrennung der Bauchwand) – in Abhängigkeit von der Beschaffenheit der Bauchdecke – etwa zwei bis drei Monate lang Tätigkeiten unterbleiben, die mit stärkerer Anspannung der Bauchmuskulatur einhergehen. Hierzu zählen mittelschweres und schweres Heben oder Tragen von Lasten, häufiges Bücken, Hocken, Knien oder Überkopfarbeit. Nach ausgedehnten oder wiederholten Laparatomien besteht eine vorübergehende Minderbelastbarkeit der muskulären Bauchdecke für einen Zeitraum von etwa drei bis sechs Monaten. Bei ausgeprägter Narbenbildung oder Bauchwandhernien besteht ein auf Dauer aufgehobenes Leistungsvermögen für mittelschweres und schweres Heben oder Tragen, für Arbeiten mit häufigem Bücken, Hocken oder Knien.

Die Leistungsfähigkeit nach Anlage eines **Enterostomas** (Anus praeter naturalis) hängt zum einen von Lokalisation, Funktionalität und Handhabung des Stomas ab, zum anderen von der Akzeptanz und der psychischen Anpassung der Betroffenen an die neue Situation.

Die Versorgung eines Patienten mit einem Stoma führt in der Regel zu einer Besserung des somatischen Beschwerdebildes. Meist steht postoperativ nicht die körperliche Beeinträchtigung, sondern die psychosozial veränderte Lebenssituation mit Akzeptanzproblemen im Vordergrund. Für Büroberufe besteht nach reizlos eingeheiltem Stoma nach etwa vier Wochen wieder Arbeitsfähigkeit.

Das Stoma verändert sich in Form und Größe in den ersten sechs postoperativen Monaten und erfordert besondere Pflege und Anpassung in der Stomabeutelversorgung. Nach Anlage eines endständigen oder doppelläufigen **Kolostoma** sind prinzipiell berufliche Aktivitäten möglich. Grundsätzlich spricht nichts gegen sportliche Aktivitäten. Viele Patienten können durch Erlernen der Irrigationstechnik (Spülbehandlung, täglich zu gleicher Zeit durchzuführen) ihren Stuhl selbst regulieren und ausscheidungsfreie Intervalle von 24 bis 48 Stunden erreichen. Die Technik kann im Rahmen einer Rehabilitation erlernt werden. Auch Darmgase können mit dieser Methode reduziert werden. Tätigkeiten mit häufig wechselnden Arbeitszeiten können problematisch werden.

Beim **Ileostoma** ist der Stuhl dünnflüssiger und mit Verdauungssäften durchsetzt, die Ursache der Hautreizungen an der Öffnung sein können. Eine zusätzliche Hautreizung durch mehrfachen Beutelwechsel kann durch Verwendung von Ausstreichbeuteln vermieden werden. Die Möglichkeit einer Bürotätigkeit im Rahmen der üblichen Pausenregelung beziehungsweise Arbeitsunterbrechungen (siehe Glossar, Anlage 6.4) ist gegeben.

Ein gut haftender Stomabeutel und eine optimale Stomaposition lässt eine leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit ohne zeitliche Einschränkung zu. Auch Tätigkeiten mit Anforderungen an die Hygiene – beispielsweise in der Lebensmittelherstellung und Lebensmittelverteilung – können ausgeübt werden. Wegen unkontrollierbarer Geräusche und Gerüche kann aber eine Tätigkeit mit Publikumsverkehr beeinträchtigt sein.

Als Hauptkomplikation tritt bei der Hälfte der Stomaträger in den ersten fünf Jahren nach Stomaanlage eine Hernie infolge Überbeanspruchung der Bauchdecke auf. Zur Vorbeugung wird das Meiden großer körperlicher Belastungen, die Reduzierung von Übergewicht und ein angepasstes Bauchmuskeltraining empfohlen. Weitere Komplikationen stellen die Retraktion des Stomas oder der Prolaps des Darmes sowie die Stenosierung der Stomaöffnung durch entzündliche Hautveränderungen und Narbenbildung dar. Bei fehlender operativer Korrekturmöglichkeit von Komplikationen kann die körperliche Belastbarkeit weiter eingeschränkt sein. Dies ist im Einzelfall besonders zu berücksichtigen.

Einschränkungen bestehen für körperliche Belastungen wie Heben und Tragen von Lasten über 10 kg wegen der Gefahr eines Stomaprolapses. Arbeitsverrichtungen in ungünstiger Körperhaltung – zum Beispiel mit häufigem Bücken oder Hocken – sollten wegen der Gefahr eines Ablösens des Stomabeutels nicht durchgeführt werden. Dies gilt ebenso für Tätigkeiten in Hitze, die zu einer verminderten Klebehaftung des Stomabeutels führen können. Arbeiten im Freien ohne Toilette in der Nähe sowie eine taktgebundene Arbeit oder Arbeit im Akkord – ohne Möglichkeit zur Unterbrechung durch einen Toilettenbesuch – können nicht zugemutet werden. Eine Tätigkeit in Wechselschicht sollte nicht ausgeübt werden, wenn deshalb Irrigationsabstände verändert werden müssen. Die Fähigkeit, (Dienst-)Reisen durchzuführen, ist in der Regel nicht eingeschränkt.

Ein **Kurzdarmsyndrom** nach ausgedehnter Dünndarmresektion kann im Einzelfall eine postoperative Adaptation bis zu einem Jahr und länger erfordern. Gewichtsverlust, Anämie und Diarrhö sind typische Symptome. Vor Ablauf dieses Zeitraumes kann daher meistens keine zuverlässige Aussage über den weiteren Verlauf oder das berufliche Leistungsvermögen getroffen werden. Sozialmedizinisch relevant ist das Ausmaß des Malabsorptionssyndroms nach maximaler struktureller und funktioneller Adaptation des verbliebenen gesunden Dünndarms in der sogenannten chronischen Phase. Eine begrenzte Ileumresektion mit erhaltenem oder reseziertem Zökalpol führt in der Regel zu keiner ausge-

prägten Malabsorption. Anderenfalls ist zu klären, ob durch ausreichende Ernährung, Flüssigkeits-, Vitamin- und Elektrolyt-Substitution die Malabsorption kompensiert werden kann.

Nach **Kolektomie** ist von Bedeutung, in welchem Ausmaß eine Resektion durchgeführt und ob die Kontinenzfunktion des Rektums erhalten werden konnte oder nicht. Bei ileoanaler Pouch-Anastomose wird nach anfänglicher Inkontinenz meist wieder eine Kontinenz hergestellt. Bei ileoanaler Anastomose ohne Pouch resultieren oft Stuhlinkontinenz und perianale Hautprobleme (zur Graduierung der Stuhlinkontinenz siehe Anlage 6.3).

Langfristig ist bei Ileorektostomie und ileoanalem Pouch mit täglich vier bis sieben Stuhlentleerungen zu rechnen. Diese bedingen in der Regel eine qualitative, jedoch keine quantitative Leistungsminderung für eine Tätigkeit im Innendienst.

5.2.2.3 Psychische Belastungsfaktoren

Psychosoziale Faktoren beeinflussen die Lebensqualität bei CED erheblich. Für viele Erkrankte stellt die CED eine psychische Belastung aufgrund der Irreversibilität, unsicheren Verlaufsprognose, der Abhängigkeit von medizinischer Versorgung, der Notwendigkeit operativer Eingriffe, Angst vor Nebenwirkungen der Therapie und dem Auftreten eines Karzinoms dar. Die körperliche Integrität wird vielfach als bedroht erlebt, Tabu- und Schamzonen sind mitbetroffen. Beeinträchtigungen im Berufsleben, in Familie und Partnerschaft werden oft gravierender erlebt als die Krankheitssymptome selbst. Dabei korrelieren Angst und Depression häufig mit einer höheren Krankheitsaktivität.

Sozialer Rückzug bei Inkontinenz, Fisteln und Enterostomaversorgung können zu einem Verlust der persönlichen Bezüge und Mangel an Unterstützung führen, denen insbesondere bei der ambulanten ärztlichen Behandlung entgegengewirkt werden sollte. Hier ist auch abzuklären, ob eine psychiatrische beziehungsweise psychotherapeutische Fachbehandlung in Betracht kommt. Gegebenenfalls kann auch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe empfohlen werden. Bei entsprechender Indikation sollte auch rechtzeitig eine medizinische Rehabilitation eingeleitet werden, um den Umgang mit den Ängsten zu erleichtern, individuelle Ressourcen beziehungsweise Coping-Mechanismen zu fördern, die Leistungsfähigkeit zu erhalten und eine soziale Reintegration zu ermöglichen.

Die psychische Belastung ist sowohl von der Schwere der Erkrankung als auch von den subjektiv empfundenen psychosozialen Stressfaktoren und Bewältigungsmechanismen (Coping) abhängig. Dabei kann ein vorhandener Arbeitsplatz mit besonderen Anforderungen an Verantwortung oder Flexibilität ebenso stark psychisch belastend wirken wie eine drohende oder bereits eingetretene berufliche Herabstufung oder Arbeitslosigkeit.

Bei gestörter Krankheitsbewältigung kann eine nervenärztliche oder psychiatrische Begutachtung erforderlich werden. Im Rahmen der Erhebung des psychischen Befundes sollten insbesondere Konzentration, Aufmerksamkeit und Stressbelastbarkeit sowie Anpassungs-, Umstellungsfähigkeit und Flexibilität beurteilt werden. Zu prüfen ist, ob die wesentlichen therapeutischen Optionen ausgeschöpft sind. Anamnestische Angaben zur körperlichen und psychischen Belastbarkeit in Beruf und Alltag lassen auf ein Aktivitätsmuster und Belastungsprofil schließen, das mit den Belastungsanforderungen am Arbeitsplatz abgeglichen werden sollte. Inkonsistenzen sind dabei zu berücksichtigen.

5.2.2.4 Beurteilung anderer Belastungsfaktoren

Arbeitsplatzkonflikte begründen per se keine Leistungsminderung. Auch außerberufliche Belastungen durch Pflege von Angehörigen oder durch Versorgung von Kindern sind für die Leistungsbeurteilung nicht entscheidend. Entspricht das Leistungsvermögen nicht den beruflichen Anforderungen, ist zu klären, ob Versicherte zum Beispiel durch innerbetriebliche Umsetzung an einen geeigneten Arbeitsplatz im Erwerbsleben gehalten werden können oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht kommen.

5.2.2.5 Beurteilung der Fahrtauglichkeit

Hinsichtlich Einschränkungen der Fahrtauglichkeit sind die „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung", herausgegeben von der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) mit Stand 2. November 2009, zu Grunde zu legen. Dezidierte Ausführungen zur Fahrtauglichkeit bei CED liegen nicht vor. Im Einzelfall kann die Fahrtauglichkeit durch Therapienebenwirkungen oder Folgeleiden eingreifender Behandlungen eingeschränkt sein.

5.2.3 Begleit- und Folgeerscheinungen

Die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit schließt die Beurteilung von **intestinalen Krankheitsfolgen** einer CED, zum Beispiel Stenosen, Malabsorption bei Kurzdarmsyndrom, Kolostoma, Ileostoma (siehe 5.2.2.1 und 5.2.2.2) ein, ebenso wie die Bewertung der Begleiterkrankungen unter Berücksichtigung der therapeutischen Beeinflussbarkeit.

Eine **Polyneuropathie** mit motorischen Ausfällen (zum Beispiel durch Folsäure- und/oder Vitamin B12-Mangel, Diabetes mellitus oder medikamentös-toxisch bedingt) weist meist auf einen schweren Krankheitsverlauf hin und schränkt Tätigkeiten mit überwiegendem Gehen, insbesondere auf unebenem Gelände, Leitersteigen oder häufiges Treppensteigen ein.

Extraintestinale Manifestationen der CED (siehe Tabelle 2) können am Stütz- und Bewegungsapparat (Arthritis, enteropathische Spondarthritis, Sakroiliitis), an der Haut (Erythema nodosum, Pyoderma gangränosum, Psoriasis), an den Gallengängen (primär sklerosierende Cholangitis) sowie am Auge (Konjunktivitis, Uveitis, Episkleritis) auftreten und müssen bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden. Die Beurteilung des Ausmaßes der Funktionsstörungen kann im Einzelfall eine fachspezifische Begutachtung erfordern. Dies gilt auch für eine im Rahmen der Malabsorption auftretende Osteomalazie oder Osteoporose.

Die Krankheitsverarbeitung wird wesentlich durch die verfügbaren Copingstrategien des Betroffenen bestimmt. Begleitende **depressive Störungen** und **Angststörungen** können die Krankheitsbelastung wesentlich verstärken und zu Leistungseinbußen bereits bei mittlerer Krankheitsaktivität führen. Durch eine nervenärztliche beziehungsweise psychiatrische Begutachtung sollten Schwere der psychischen Störung, Auswirkungen auf die psychomentale Leistungsfähigkeit und Besserungsmöglichkeiten zum Beispiel durch eine psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation fachspezifisch beurteilt werden. Eine medizinische Rehabilitation kann die Krankheitsverarbeitung und den Umgang – zum Beispiel mit einem Enterostoma – sowie die Akzeptanz der Erkrankung verbessern.

Um **Therapienebenwirkungen** gezielt einschätzen zu können, ist eine differenzierte Medikamentenanamnese unabdingbar. Die systemische Langzeitbehandlung mit Glukokortikoiden kann zu Folgeerkrankungen wie Diabetes mellitus,

arterielle Hypertonie, Katarakt und Osteoporose führen. Entscheidend für die Leistungsbeurteilung ist das Ausmaß der objektivierten Funktionseinschränkungen. Darüber hinaus kann eine Behandlung mit immunsuppressiven Medikamenten eine qualitative Einschränkung für Arbeiten mit erhöhtem Infektionsrisiko nach sich ziehen. Auch bei der zunehmend eingesetzten Therapie mit Biologicals sind auftretende Nebenwirkungen zu berücksichtigen. Entscheidend für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit ist das Ausmaß der objektivierten Funktionseinschränkungen.

5.3 Quantitative Leistungsbeurteilung

5.3.1 Letzte berufliche Tätigkeit

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Aspekte wird ein individuelles Leistungsbild erstellt, das die Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen beschreibt. Das so erstellte qualitative oder positive und negative Leistungsbild ist zunächst mit den speziellen Anforderungen des zuletzt ausgeübten Berufs abzugleichen.

Sind die beruflichen Belastungsfaktoren mit den verbliebenen Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen nicht zu vereinbaren (qualitatives Leistungsbild), resultiert auch ein zeitlich reduziertes und damit quantitativ eingeschränktes Leistungsvermögen (zeitliche Abstufung nach dem Rentenrecht ab 1.1.2001: mindestens sechs Stunden, drei bis unter sechs Stunden oder unter drei Stunden/Tag) für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit.

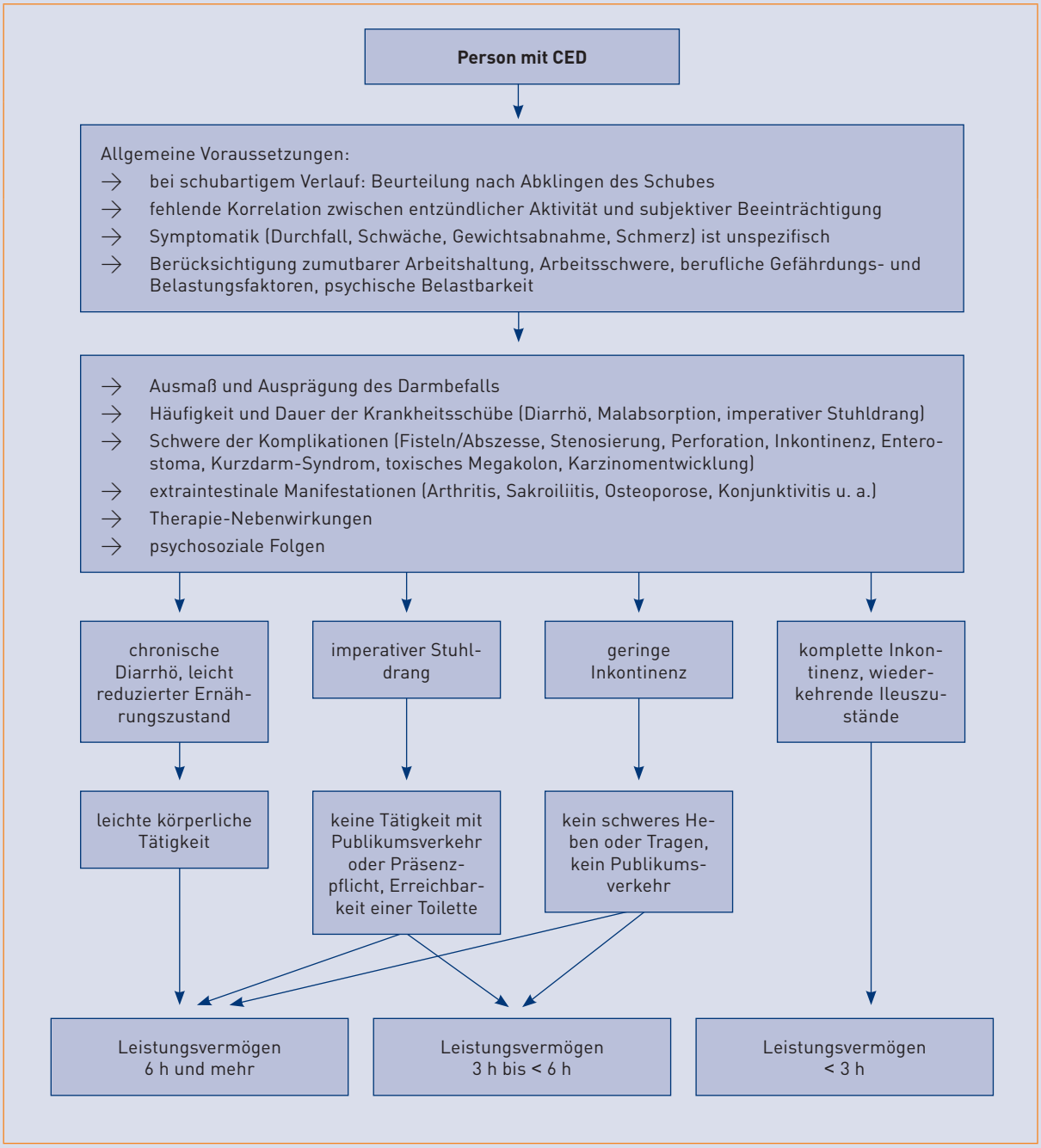
Kann die letzte berufliche Tätigkeit aufgrund der Belastungsfaktoren – zum Beispiel schwere körperliche Arbeit mit häufigem Bücken – nicht mehr zugemutet werden, resultiert ein aufgehobenes oder unter dreistündiges tägliches Leistungsvermögen für diese Tätigkeit.

Zu klären ist, ob eine ausreichende Belastbarkeit für eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht – zum Beispiel für eine Umschulung in einen anderen Berufsbereich. Muss das verneint werden, resultiert ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit, wenn die weiteren verwaltungsseitigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Dies gilt allerdings nur für die Versicherten, die vor dem 2.1.1961 geboren sind – unter der Voraussetzung, dass eine entsprechende berufliche Qualifikation besteht und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind (§ 240 SGB VI). Die ab dem 2.1.1961 geborenen Versicherten werden immer auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen. Für sie resultiert kein Rentenanspruch, wenn eine quantitative Leistungsminderung (unter sechs Stunden täglich) nur für die letzte berufliche Tätigkeit vorliegt. Die Möglichkeit einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung wegen Berufsunfähigkeit besteht für diese Altersgruppe nicht mehr (Ausnahme: Bestandsschutzrenten).

In Abbildung 1 wird ein Flussdiagramm mit möglichen Beurteilungen der Leistungsfähigkeit bei einer Person mit chronisch entzündlicher Darmkrankheit (CED) dargestellt. Zu beachten sind die im oberen Teil der Abbildung genannten Ausgangsbedingungen, die auf die Komplexität sozialmedizinischer Beurteilungen hinweisen und die je nach Ausprägung zu verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten führen.

Abb. 1: Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben bei chronisch entzündlicher Darmkrankheit (CED)
(Keine Einzelfallbeschreibung)



5.3.2 Allgemeiner Arbeitsmarkt

Abschließend erfolgt die Abgleichung des qualitativen Leistungsvermögens mit den üblichen Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes. Ist noch eine zumindest leichte körperliche Tätigkeit – zum Beispiel Bürotätigkeit – über mindestens sechs Stunden möglich, so ist das Leistungsvermögen für eine Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht eingeschränkt.

Bei schwerwiegenden Kontinenzstörungen, anhaltenden Problemen bei der Stomaversorgung und therapieresistenter Diarrhö muss geprüft werden, ob ein Arbeitsplatz unter zumutbaren Bedingungen zu erreichen ist.

Dies gilt besonders für die Fähigkeit, unter üblichen Arbeitsbedingungen tätig zu sein (zu üblichen Pausen siehe Glossar, Anlage 6.4). Besteht über nicht absehbare Zeit (länger als sechs Monate) eine nicht kompensierbare Wegeunfähigkeit oder die Notwendigkeit zusätzlicher Arbeitspausen, in denen der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber nicht zur Verfügung steht, hat der Rentenversicherungsträger die Aufgabe, eine konkrete Verweisungstätigkeit zu benennen. Ist dies nicht möglich, resultiert ein Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung – unter der Voraussetzung, dass die weiteren verwaltungsseitigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Wird auch für eine Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes ein quantitativ reduziertes Leistungsvermögen festgestellt, ist verwaltungsseitig der Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung zu klären.

Die Häufigkeit und Schwere der Krankheitsschübe, die zur Arbeitsunfähigkeit führen, ist sozialmedizinisch relevant. Bei schwerem Krankheitsverlauf mit häufigen Krankheitsschüben und ausgeprägten Krankheitsfolgen, die trotz adäquater Therapie einschließlich rehabilitativer Leistungen zu gehäuften Fehlzeiten führen, ist zu prüfen, ob der Betroffene noch eine Tätigkeit unter „gewisser Regelmäßigkeit“ ausüben kann. Eine quantitative Leistungsminderung kann unter der Voraussetzung festgestellt werden, dass eine Konsistenz von krankheitsbedingten Fehlzeiten und Funktionsbefunden hergestellt und eine ausreichende Besserung durch Therapieänderung in absehbarer Zeit (sechs Monate) nicht mehr erwartet werden kann.

Bei der Ermittlung des individuellen Leistungsbildes ist gutachterlich festzulegen, ob die Leistungsminderung auf Dauer oder nur auf Zeit vorliegen wird. Hierbei müssen unter anderem der Erkrankungsverlauf, die entzündungsfreien Intervalle, die bisherigen chirurgischen Maßnahmen, die Belastungsfaktoren des Berufes und des allgemeinen Arbeitsmarktes sowie die Rehabilitationsfähigkeit berücksichtigt werden.

Nach dem ab 1.1.2001 geltenden Rentenrecht ist der zeitlich befristeten Rente der Vorrang zu geben. Eine zeitliche Befristung aus medizinischen Gründen kann maximal neun Jahre umfassen. Nur bei Unwahrscheinlichkeit der Besserung des Leistungsvermögens kann zu einem früheren Zeitpunkt eine unbefristete Rente wegen Erwerbsminderung bewilligt werden.

6. Anlagen

6.1 ICD-Klassifizierung der CED

In der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ in ihrer aktuellen 10. Revision [ICD-10-GM (German Modification) Version 2010] wird die Crohn-Krankheit folgendermaßen kodiert:

K50.-	**Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]** Inkl.: Granulomatöse Enteritis Exkl.: Colitis indeterminata (K52.3-) Colitis ulcerosa (K51.-)
K50.0	**Crohn-Krankheit des Dünndarms** Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: → Duodenum → Ileum → Jejunum Ileitis: → regionalis → terminalis Exkl.: Crohn-Krankheit des Dünn- und Dickdarmes (K50.82)
K50.1	**Crohn-Krankheit des Dickdarmes** Colitis: → granulomatosa → regionalis Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: → Dickdarm → Kolon → Rektum Exkl.: Crohn-Krankheit des Dünn- und Dickdarmes (K50.82)
K50.8- K50.80 K50.81 K50.82 K50.88	**Sonstige Crohn-Krankheit** Crohn-Krankheit des Magens Crohn-Krankheit der Speiseröhre Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes, mehrere Teilbereiche betreffend Crohn-Krankheit sowohl des Dünndarms als auch des Dickdarmes Sonstige Crohn-Krankheit
K50.9	**Crohn-Krankheit, nicht näher bezeichnet** Crohn-Krankheit ohne nähere Angaben Enteritis regionalis ohne nähere Angaben

Die Kodierungen der Colitis ulcerosa lauten:	
K51.-	**Colitis ulcerosa**
K51.0	**Ulzeröse (chronische) Pankolitis** Backwash-Ileitis Subtotale ulzeröse (chronische) Kolitis Exkl.: Colitis indeterminata (K52.3-)
K51.2	**Ulzeröse (chronische) Ileokolitis**
K51.3	**Ulzeröse (chronische) Rektosigmoiditis**
K51.4	**Inflammatorische Polypen des Kolons**
K51.5	**Linksseitige Kolitis** Hemikolitis, links
K51.8	**Sonstige Colitis ulcerosa**
K51.9	**Colitis ulcerosa, nicht näher bezeichnet**

6.2 Aktivitätsindizes und Klassifikationen

Die Bedeutung von Aktivitätsindizes wird unterschiedlich bewertet. Aus sozialmedizinischer Sicht weisen derartige Indizes nur eine beschränkte Aussagefähigkeit auf. Indizes geben keinen Hinweis auf die Dynamik der Krankheiten, zum Beispiel die Häufigkeit von Schüben oder deren Dauer. Sie erlauben, den aktuellen Zustand zu erfassen und den Verlauf unter Therapie zu dokumentieren.

6.2.1 Crohn-Krankheit

Der Crohn´s Disease Activity Index (CDAI) nach Best besteht aus acht Variablen, die nach Multiplikation mit Gewichtungsfaktoren addiert werden (siehe Tabelle 7).

Tab. 7: Crohn-Aktivitätsindex CDAI nach Best

	Faktor zur Multiplikation	**Werte**
Anzahl flüssiger/weicher Stühle, Summe letzte Woche	x 2 =	
Bauchschmerzen, Grad 0–3 (keine = 0, leicht = 1, mäßig = 2, stark = 3) für jeden Tag, Summe letzte Woche	x 5 =	
Allgemeinbefinden, Grad 0–4 (gut = 0, mäßig = 1, schlecht = 2, sehr schlecht = 3, unerträglich = 4) für jeden Tag, Summe letzte Woche	x 7 =	
Assoziierte Symptome Gelenkschmerzen/Arthritis = 1 Erythema nodosum = 1 Stomatitis aphthosa = 1 Analfistel, -fissur, Abszess = 1 Andere Fistel = 1 Iritis, Uveitis = 1 Temperatur über 37,5° C in der letzten Woche = 1 Summe der zutreffenden Punkte	x 20 =	
Symptomatische Durchfallbehandlung nein = 0, ja = 1	x 30 =	
Resistenz im Abdomen nein = 0, fraglich = 1, sicher = 5	x 10 =	
Hämatokrit (Ht, %) Frauen 42 – Ht, Männer 47 – Ht, Vorzeichen beachten!	x 6 =	
$1 - \left[\frac{\text{Gewicht in kg}}{\text{Standardgewicht}}\right]$	x 100 =	
	Summe = **CDAI**	
Bewertung: < 150 Punkte: inaktive Erkrankung (Remission) 150–200 Punkte: leichte Erkrankung 200–350 Punkte: mittelschwere Erkrankung 350–450 Punkte: schwere Erkrankung > 450 Punkte: sehr schwere Erkrankung		
nach Goebell 1992, Goebell 2000		

Die Variablen des Crohn´s Disease Activity Index (CDAI) können laut folgender Tabelle 8 mit der ICF verknüpft werden (Reichel et al. 2010).

Tab. 8: Linking variables of Crohn's Disease Activity Index (CDAI) with International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) categories

Variable	CDAI variable definitions*	ICF categories
1	Number of liquid or very soft stools per day	Faecal consistency (b5251), Frequency of defecation (b5252)
1–A	Adjustment of using diarrhoea-control medication	Drugs (e1101)
2	Abdominal pain rating (0–3)	Pain in stomach or abdomen (b28012)
3	Generell well-being rating (0–4)	Not definable-general health (nd-gh)
4	Number of 6 types, other occasional CD findings**	CD associated health conditions (hc)**, Body temperature (b5500), Maintenance of body temperature (b5501)
5	Abdominal mass (CDAI = 0, 2, 5)	Structure of intestine (s5400), Structure of large intestine (s5401), Additional information not contained in these categories is documented
6	Haematocrit, % decrease from expected	Production of blood (b4300), Oxygen-carrying functions of blood (b4301)
7	Body weight, % decrease from expected	Assimilation functions (b520), General metabolic functions (b540), Weight maintenance functions (b530)

* Linking variables for Harvey Bradshaw Index (HBI) with ICF are same or similar.
** List of occasional CD findings with ICF categories in brackets: arthritis (hc), skin lesions (hc), fever (body temperature, b5500), maintenance of body temperature (b5501), anal fissures (hc), anal fistulas (hc), anal abscess (hc), other fistulas (hc), iritis or uveitis (hc).
CD: Crohn's Disease, hc: health condition.

nach: Reichel et al. 2010

6.2.2 Colitis ulcerosa

Bei der Colitis ulcerosa werden verschiedene Schweregrade (siehe Tabelle 9) sowie klinischer Aktivitätsindex (CAI) und Endoskopischer Index (EI) (siehe Tabelle 10) unterschieden.

Tab. 9: Klassifikation der Colitis ulcerosa in leichte, mittelschwere und schwere Verlaufsform

Krankheitsaktivität	leicht	mittel	schwer
Stuhlfrequenz/Tag	< 4	> 6	> 10
Blut im Stuhl	intermittierend	häufig	kontinuierlich
Temperatur/Grad Celsius	normal	> 37,5	> 37,5
Hämoglobin	normal	< 75 % der Norm	transfusionsbedürftig
BSG/1 h	≤ 30 mm	> 30 mm	> 30 mm
abdomineller Befund	–	schmerzhaft	gebläht, schmerzhaft

Hanauer 1996, Goebell 2000. Nach: Truelove, S.; Witts, L.: Cortisone in ulcerative colitis. File report on therapeutic trial. Brit. Med. J. 2, 1041–1048, 1955

Tab. 10: Klinischer Aktivitätsindex (CAI) und Endoskopischer Index (EI) für die Colitis ulcerosa nach Rachmilewitz

	Werte
Anzahl der Stühle pro Woche < 18 = 0, 18–35 = 1, 36–60 = 2, > 60 = 3	
Blut im oder auf dem Stuhl kein = 0, wenig = 2, viel = 4	
Allgemeinbefinden gut = 0, mäßig = 1, schlecht = 2, sehr schlecht = 3	
Bauchschmerzen keine = 0, leicht = 1, mäßig = 2, stark = 3	
Fieber infolge der Kolitis 37 = 0, > 38 = 3	
Extraintestinale Manifestationen Iritis = 3, Erythema nodosum = 3, Arthritis = 3	
Laborbefunde BSG > 50 mm (1 h) = 1, > 100 mm = 2, Hb < 10,0 g % = 4	
Klinischer Aktivitätsindex (CAI), Summe =	
Lichtstreuung durch Granulation nein = 0, ja = 2	
Gefäßzeichnung normal = 0, verwaschen = 1, aufgehoben = 2	
Verletzbarkeit der Mukosa nein = 0, leicht = 2, stark = 4	
Beläge auf der Mukosa keine = 0, leicht = 2, deutlich = 4	
Endoskopischer Index (EI), Summe =	
Bewertung: Indexwerte > 4 sind vereinbar mit einem akuten Schub	
Goebell 2000	

6.3 Graduierung der Stuhlinkontinenz

Zur Graduierung einer Inkontinenz werden die in den Tabellen 11–13 genannten Symptome beziehungsweise Angaben herangezogen.

Tab. 11: Graduierung der Stuhlinkontinenz

Symptom	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte
Stuhlfrequenz	> 3 pro Tag	2–3 pro Tag	0–1 pro Tag
Stuhlkonsistenz	überwiegend flüssig	überwiegend breiig	überwiegend fest
Stuhldrang-Registrierung	regelhaft nicht oder zu spät	unsicher	immer rechtzeitig und sicher
Warnungsperiode	gar nicht	Sekunden	Minuten
Diskrimination (Luft, fest, flüssig)	gar nicht	unsicher	sicher
Pflegebedarf (Salben, Vorlagen)	ständig	gelegentlich	nein

Symptom	0 Punkte	3 Punkte	6 Punkte
Stuhlschmieren	ständig	gelegentlich	nein
Inkontinenz für Winde	ständig	gelegentlich	nein
Inkontinenz für dünnen Stuhl	ständig	gelegentlich	nein
Inkontinenz für festen Stuhl	ständig	gelegentlich	nein

36–31 Punkte:	30–24 Punkte:	23–12 Punkte:	11– 0 Punkte:
Grad 0 „Komplette Kontinenz“	Grad I „Feinverschmutzung“	Grad II „Grobverschmutzung“	Grad III „Komplette Inkontinenz“
nach Keller und Jostarndt, zitiert bei Zillessen 2003			

Tab. 12: CACP-Kontinenz-Score

Wie oft hatten Sie in den letzten 2 Wochen Stuhlgang?	1-2 / Tag **2**	3-5 / Tag **1**	mehr als 5 **0**
Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl überwiegend?	geformt **2**	breiig **1**	flüssig **0**
Verspüren Sie Stuhldrang?	gut **2**	schlecht **1**	nicht **0**
Können Sie Winde, flüssigen und festen Stuhl unterscheiden?	gut **2**	schlecht **1**	nicht **0**
Wie rasch müssen Sie nach Stuhldrang zur Toilette?	Minuten **2**	Sekunden **1**	sofort **0**
Wie oft finden Sie Stuhl in der Unterwäsche?	nie **4**	1-2 / Monat **3**	1-2 / Woche **2**
	> 3 / Woche **1**	jeden Tag **0**	
Wie oft finden Sie Unterwäsche verschmiert? (sogenannte Bremsspuren)	nie **2**	gelegentlich **1**	regelmäßig **0**
Nehmen sie Medikamente / Diät, um den Stuhl zu beeinflussen, zum Beispiel einzudicken?	ja **-1**	nein **0**	
Gesamt-Score: 0–6: inkontinent, 7–12: teilkontinent, 13–16: kontinent			
CACP: Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie, Herold 2006			

Tab. 13: Cleveland-Clinic-Kontinenz-Score

Wie oft verlieren Sie unkontrolliert festen Stuhl?	nie **0**	seltener als 1 Mal im Monat **1**	häufiger als 1 Mal im Monat **2**	häufiger als 1 Mal in der Woche **3**	meist täglich **4**
Wie oft verlieren Sie unkontrolliert flüssigen Stuhl?	nie **0**	seltener als 1 Mal im Monat **1**	häufiger als 1 Mal im Monat **2**	häufiger als 1 Mal in der Woche **3**	meist täglich **4**
Wie oft gehen unfreiwillig Winde ab?	nie **0**	seltener als 1 Mal im Monat **1**	häufiger als 1 Mal im Monat **2**	häufiger als 1 Mal in der Woche **3**	meist täglich **4**
Wie oft tragen Sie eine Vorlage?	nie **0**	seltener als 1 Mal im Monat **1**	häufiger als 1 Mal im Monat **2**	häufiger als 1 Mal in der Woche **3**	meist täglich **4**
Wie oft müssen Sie wegen „Stuhlproblemen“ Ihre Lebensgewohnheiten ändern?	nie **0**	seltener als 1 Mal im Monat **1**	häufiger als 1 Mal im Monat **2**	häufiger als 1 Mal in der Woche **3**	meist täglich **4**
Gesamt-Score: 0: kontinent, 20: inkontinent					
Inkontinenz-Score der Cleveland-Klinik, Herold 2006					

6.4 Glossar

Die folgenden Begriffe wurde aus dem Sozialmedizinischen Glossar (siehe Deutsche Rentenversicherung: Sozialmedizinisches Glossar, DRV-Schriften Band 81 oder www.deutsche-rentenversicherung.de – Pfad: Angebote für spezielle Zielgruppen / Sozialmedizin und Forschung / Sozialmedizin / Glossar) übernommen.

Zeitumfang von Tätigkeiten beziehungsweise Körperhaltungen:

Die folgenden Begriffe finden im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens Anwendung in Verbindung mit bestimmten Tätigkeiten wie Heben und Tragen, Bücken oder Bildschirmtätigkeit beziehungsweise bei der Einschätzung des zumutbaren zeitlichen Umfanges einer Körperhaltung (Gehen, Stehen, Sitzen).

→ **Gelegentlich:** Zeitumfang von bis zu 5 % der Arbeitszeit.

→ **Zeitweise:** Zeitumfang von bis zu 10 % der Arbeitszeit.

→ **Häufig:** Zeitumfang von 51 % bis 90 % der Arbeitszeit, deckt sich mit dem Zeitumfang des anderweitig benutzten Begriffs „überwiegend".

→ **Überwiegend:** Zeitumfang von 51 % bis 90 % der Arbeitszeit, deckt sich mit dem Zeitumfang des anderweitig benutzten Begriffs „häufig".

→ **Ständig:** Zeitumfang von mehr als 90 % der Arbeitszeit.

Arbeitsschwere, körperliche:

Die körperliche Arbeitsschwere bezeichnet bei der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben ausschließlich die körperliche Belastung bei der Ausübung einer Tätigkeit. Die Arbeitsschwere wird unter anderem definiert durch Kraftaufwand, Dauer und Häufigkeit der geforderten Verrichtungen. Unterschieden werden nach der REFA-Klassifizierung zum Beispiel leichte, leichte bis mittelschwere, mittelschwere und schwere Arbeit.

→ **leichte Arbeit:** Als leichte Arbeit werden Tätigkeiten bezeichnet wie Handhaben leichter Werkstücke und Handwerkszeuge, Tragen von weniger als 10 Kilogramm, Bedienen leichtgehender Steuerhebel und Kontroller oder ähnlicher mechanisch wirkender Einrichtungen und lang dauerndes Stehen oder ständiges Umhergehen (bei Dauerbelastung).

Es können auch bis zu 5 % der Arbeitszeit (oder zweimal pro Stunde) mittelschwere Arbeitsanteile enthalten sein. Belastende Körperhaltungen (Zwangshaltungen, Haltearbeit) erhöhen die Arbeitsschwere um eine Stufe.

→ **leichte – mittelschwere Arbeit:** Der Begriff „leichte bis mittelschwere Arbeit" findet im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben Anwendung bei der Einteilung der körperlichen Arbeitsschwere.

Bei leichter bis mittelschwerer Arbeit ist der Anteil mittelschwerer Arbeit auf höchstens 50 % begrenzt.

→ **mittelschwere Arbeit:** Als mittelschwere Arbeit werden Tätigkeiten bezeichnet wie Handhaben etwa 1 bis 3 Kilogramm schwergehender Steu-

ereinrichtungen, unbelastetes Begehen von Treppen und Leitern (bei Dauerbelastung), Heben und Tragen mittelschwerer Lasten in der Ebene von 10 bis 15 Kilogramm oder Hantierungen, die den gleichen Kraftaufwand erfordern.

Auch leichte Arbeiten mit zusätzlicher Ermüdung durch Haltearbeit mäßigen Grades sowie Arbeiten am Schleifstein, mit Bohrwinden und Handbohrmaschinen werden als mittelschwere Arbeit eingestuft. Es können auch bis zu 5 % der Arbeitszeit (oder zweimal pro Stunde) schwere Arbeitsanteile enthalten sein. Belastende Körperhaltungen (Haltearbeit, Zwangshaltungen) erhöhen die Arbeitsschwere um eine Stufe.

→ **schwere Arbeit:** Als schwere Arbeit werden Tätigkeiten bezeichnet wie Tragen von bis zu 40 Kilogramm schweren Lasten in der Ebene oder Steigen unter mittleren Lasten und Handhaben von Werkzeugen (über 3 Kilogramm Gewicht), auch von Kraftwerkzeugen mit starker Rückstoßwirkung, Schaufeln, Graben und Hacken.

Auch mittelschwere Arbeiten in angespannter Körperhaltung, zum Beispiel in gebückter, kniender oder liegender Stellung können als schwere Arbeit eingestuft werden. Belastende Körperhaltungen (Zwangshaltungen, Haltearbeit) erhöhen die Arbeitsschwere um eine Stufe.

Pausen:

Pausen werden im Arbeitszeitgesetz (ArbZG) als Ruhepausen definiert. Sie sind Unterbrechungen der Arbeitszeit von bestimmter Dauer, in denen der Arbeitnehmer von jeder Dienstverpflichtung freigestellt ist, sich erholen und grundsätzlich frei über diese Zeit verfügen kann. Ruhepausen sind keine Arbeitszeit und werden daher nicht bezahlt. Nur im Bergbau unter Tage zählen sie zur Arbeitszeit. Nach § 4 ArbZG umfassen Ruhepausen bei einer Arbeitszeit von mehr als 6 Stunden mindestens 30 Minuten und bei einer Arbeitszeit von mehr als 9 Stunden 45 Minuten täglich. Eine Aufteilung in Zeitabschnitte von jeweils mindestens 15 Minuten ist zulässig. Bei einer Tätigkeit bis zu 6 Stunden am Tag steht dem Arbeitnehmer keine Ruhepause zu. Durch Tarifvertrag oder Betriebsvereinbarung können Regelungen, die über das ArbZG hinausgehen, getroffen werden, zum Beispiel zusätzliche oder längere (bezahlte) Arbeitsunterbrechungen oder Ruhepausen aus arbeitsvertraglicher Fürsorgepflicht.

Betriebspausen sind Arbeitsunterbrechungen, die aus technischen, organisatorischen oder sonstigen betriebsbedingten Gründen eintreten. Die Betriebspause entspricht nicht einer Ruhepause, sondern ist der Arbeitszeit zuzurechnen, während derer der Arbeitnehmer weiterhin zur arbeitsvertraglich geschuldeten Arbeitsleistung verpflichtet ist und vom Arbeitgeber eine andere Arbeit zugewiesen bekommen kann.

Verteilzeiten (Begriff der REFA-Methodenlehre) unterscheiden sich ebenfalls von Ruhepausen. Unterschieden wird zwischen sachlichen (zum Beispiel Rüstzeiten für das tägliche Einrichten und Aufräumen des Arbeitsplatzes, Materialbeschaffung, Datensicherung) und persönlichen Verteilzeiten (zum Beispiel Besprechungen/Rücksprachen in persönlichen Angelegenheiten wie Urlaub, Krankheit, Zeit zur Verrichtung persönlicher Verrichtungen wie Gang zum Waschraum, zur Teeküche). Ermittlung und Umfang von Verteilzeiten können in Tarifverträgen und Betriebsvereinbarungen festgelegt werden. Auf die Inanspruchnahme von persönlichen Verteilzeiten besteht kein Rechtsanspruch. Die Akzeptanz dieser (bezahlten) Kurzpausen, die über die Zeit zur Verrichtung der

persönlichen Bedürfnisse deutlich hinausgeht, ist unter anderem vom Wirtschaftsbereich und betrieblichen Faktoren abhängig.

Inwieweit die Ruhepausen oder persönliche Verteilzeit ausreichen, um krankheitsbedingt notwendige Verrichtungen, wie zum Beispiel häufigere Toilettengänge oder Zwischenmahlzeiten, vornehmen zu können, muss dem Einzelfall entsprechend beurteilt werden.

Sollte der sozialmedizinische Gutachter Arbeitsunterbrechungen für erforderlich halten, so muss dies begründet werden, gleichzeitig mit nachvollziehbaren Angaben zu Zweck, Häufigkeit und Dauer der für erforderlich gehaltenen Pausen.

Pausen, betriebsunübliche

«Betriebsunübliche Pausen» ist ein Begriff aus der Rechtssprechung zur Bezeichnung von Unterbrechungen der Arbeitszeit, die das in einem Betrieb übliche Maß überschreiten.

Die Feststellung, ob im Hinblick auf § 43 SGB VI – Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit – aufgrund der medizinisch für erforderlich gehaltenen Arbeitsunterbrechungen noch eine Erwerbstätigkeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausgeübt werden kann, ist eine Rechtsfrage, die der Leistungsbereich der Rentenversicherungsträger unter Berücksichtigung der Rechtssprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) beantwortet.

Der Sozialmediziner gibt an, zu welchem Zweck, wie häufig, wie lange und aufgrund welcher gesundheitlichen Störungen Arbeitsunterbrechungen erforderlich sind und stellt dieses nachvollziehbar dar.

Wegefähigkeit

Der Begriff Wegefähigkeit betrifft das Vermögen eines Versicherten, eine Arbeitsstelle aufzusuchen.

Wenn einem gehbehinderten Versicherten kein Kraftfahrzeug zur Verfügung steht, ist maßgebend, ob er einen Arbeitsplatz – zum Beispiel auch unter Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel – erreichen kann. Nach der gefestigten Rechtsprechung des BSG (Bundessozialgerichts) ist dabei maßgebend, ob – gegebenenfalls auch unter Verwendung von Hilfsmitteln (zum Beispiel Gehhilfen) – eine Wegstrecke von viermal mehr als 500 Meter pro Tag in einer zumutbaren Zeit (jeweils weniger als 20 Minuten) zurückgelegt werden kann. Ist ein gehbehinderter Versicherter hierzu nicht mehr in der Lage, so liegt – obwohl sein Leistungsvermögen quantitativ noch eine Erwerbstätigkeit von mindestens 6 Stunden zulassen würde – volle Erwerbsminderung vor.

Verfügt der Versicherte über ein eigenes Kfz, über eine gültige Fahrerlaubnis und die Fähigkeit zum Führen eines Kfz, so ist davon auszugehen, dass er einen möglichen Arbeitsplatz erreichen kann, selbst wenn ihm die geforderte Wegstrecke von viermal mehr als 500 Meter nicht zumutbar ist.

Der sozialmedizinische Gutachter muss im Einzelfall konkrete Aussagen zur krankheitsbedingten Einschränkung der Gehfähigkeit, gegebenenfalls zur Möglichkeit der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel und zur Möglichkeit der Benutzung eines Kfz machen. Von Bedeutung ist außerdem, ob der Versicherte im Besitz einer Fahrerlaubnis ist und ob er über ein Kraftfahrzeug verfügt.

6.5 CED im sozialen Entschädigungs- und Schwerbehindertenrecht

Tab. 14: GdS*/GdB-Grade bei CED**

	GdS/GdB-Grad
„Colitis ulcerosa, Crohn-Krankheit (Enteritis regionalis) mit geringer Auswirkung (geringe Beschwerden, keine oder geringe Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, selten Durchfälle)	10–20
mit mittelschwerer Auswirkung (häufig rezidivierende oder länger anhaltende Beschwerden, geringe bis mittelschwere Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufiger Durchfälle)	30–40
mit schwerer Auswirkung (anhaltende oder häufig rezidivierende erhebliche Beschwerden, erhebliche Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, häufige, tägliche, auch nächtliche Durchfälle)	50–60
mit schwerster Auswirkung (häufig rezidivierende oder anhaltende schwere Beschwerden, schwere Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustandes, ausgeprägte Anämie)	70–80
Fisteln, Stenosen, postoperative Folgezustände (z. B. Kurzdarmsyndrom, Stomakomplikationen), extraintestinale Manifestationen (z. B. Arthritiden), bei Kindern auch Wachstums- und Entwicklungsstörungen, sind zusätzlich zu bewerten.“	
* GdS: Grad der Schädigungsfolgen ** GdB: Grad der Behinderung	
Aus: Versorgungsmedizin-Verordnung -VersMedV-, Versorgungsmedizinische Grundsätze, Herausgeber: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Januar 2009	

6.6 Kriterien für Rehabilitationsbedarf und Leistungsvermögen bei CED

Zur Erfassung von Rehabilitationsbedarf und Leistungsvermögen bei CED enthält die Tabelle 15 Angaben mit fließenden Übergängen in Bezug auf medizinische, psychische, berufliche und soziale Beeinträchtigungen. Je höher das Leistungsvermögen beurteilt wird, desto geringer wird der Rehabilitationsbedarf eingeschätzt und umgekehrt.

Tab. 15: Kriterien für Rehabilitationsbedarf und Leistungsvermögen bei CED

Reha-Bedarf **Leistungsvermögen**	**niedrig** **hoch**	**mittel** **mittel**	**hoch** **niedrig**
AU-Zeiten	selten, kurz	öfter und länger	häufig, lang andauernd
Arztbesuche	gelegentlich Hausarzt	Hausarzt, Facharzt, ggf. Krankenhaus	häufig, in kurzen Abständen
Stuhlgang	geformt, Frequenz normal	breiig bis flüssig, oft blutig, 3–10mal/d	flüssig, schleimig, eitrig, blutig, >10mal/d
Körpergewicht	konstant	abnehmend	deutlich abnehmend
Kontinenz	erhalten	gestört	erheblich gestört bis aufgehoben
Abdominalschmerz	selten oder fehlend, im allgemeinen erträglich	mehrmals im Jahr kurzzeitig, deutliche Intensitätszunahme bis zur Grenze des Erträglichen	täglich bis wöchentlich mehrfach, lang anhaltend, tageszeitunabhängig, erhebliche Beeinträchtigung der Aktivität
Psychische Beeinträchtigungen	keine oder diskrete psychische Mitbeteiligung	deutliche Hinweise auf psychische Begleiterkrankungen	nachgewiesene, manifeste psychogene bzw. psychiatrische Erkrankungen

Berufliche Beeinträchtigungen	keine bzw. geringe	nachlassende Leistungsfähigkeit, Rücksicht durch Kollegen erforderlich, erste Gespräche mit Vorgesetzten wegen nachlassender Arbeitsleistung, Arbeitsplatzumsetzung	Arbeitsplatzverlust
Soziale Beeinträchtigungen	keine bzw. gering	Beziehungs- und Akzeptanzprobleme im Wechselspiel zur Umwelt	wiederholte oder ständige Beziehungsprobleme im Familien-, Kollegen- und Freundeskreis
Krankheitsbewältigung	problemlos	Probleme in der Krankheits- und Krankheitsfolgenverarbeitung und -bewältigung	fehlende Krankheitskenntnis, -einsicht und -bewältigungsstrategien mit Problemverfestigung
Diagnostik	keine oder gelegentlich	öfters Kontrollen durch Hausarzt, zunehmend fachärztliche Diagnostik	häufige, wiederholte Untersuchungen, zunehmend invasive Diagnostik
Befunde	gering, leicht, angedeutet, in Remission	zunehmend anormal	ausgeprägt, hochgradig, schwer, ausgedehnt
Entzündungsaktivität und -ausbreitung	gering, lokal	mäßig, multilokulär, großflächig, aber noch umschrieben	deutlich, ausgedehnt, diffus, anatomische Grenzen überschreitend
Systemische Begleiterscheinungen	keine bzw. geringe	durch Therapie begrenztes Auftreten von Begleitsymptomen an Augen, Haut, Gelenken, Leber, Gallenwegen, Nieren, Blut, durch Grundleiden oder als Therapiefolgen	heftige, schwer therapierbare Gelenkschmerzen, eingeschränkte Beweglichkeit, hartnäckige Fisteln, Stuhlinkontinenz, wechselnd häufige Adhäsionsbeschwerden
Verlauf	stabil, in Remission	wechselnd	instabil
Operationsfolgen	keine	Narben, Fisteln	Verwachsungsbeschwerden, Inkontinenz, Fisteln, schwere Resorptionsstörungen, Z. n. mehrfachen Resektionen
Stoma	kontinente Irrigation, regelmäßige, planbare Beutelwechsel, Stuhl- bzw. Flüssigkeitsabsonderungen werden komplett aufgefangen	Fehler bzw. Teilkorrektur der Irrigation, der technischen Versorgung u. Stomapflege; Beutelwechsel meist vorhersehbar	fehlende Kenntnisse der Irrigation, der technischen Versorgungsmöglichkeiten, der Stomapflege; Beutelwechsel nicht planbar, häufige Beutelwechsel wegen großer Flüssigkeitsmengen
aus: Zillessen 2003, hier modifiziert nach: Seger 1995			

7. Erstellungsprozess der Leitlinie

Geltungsbereich und Zweck der Leitlinie:
Zielsetzung der Erstellung von Leitlinien für den sozialmedizinischen Beurteilungsprozess ist die Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Bei der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit werden aus Schädigungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren im Rahmen eines sozialmedizinischen Bewertungsprozesses sozialrechtlich relevante Kategorien gewonnen. Transparenz und Nachvollziehbarkeit im Verwaltungsverfahren sollen erhöht und die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden.

Inhalt der Leitlinie:
Die Darstellung der Problembereiche in der vorliegenden Leitlinie umfasst im Wesentlichen die sozialmedizinischen Aspekte. Auf die Niederlegung von gesetzlichen Grundlagen wird ebenso verzichtet wie auf die Angabe des Verfahrensweges. Die Gliederung der Leitlinie orientiert sich an der sozialmedizinischen Bedeutung, der Definition, Einteilung und Symptomatik der Krankheitsbilder, der erforderlichen Sachaufklärung sowie an den Aussagen zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit (synonym: Leistungsvermögen) aus sozialmedizinischer Sicht.

Im Mittelpunkt der Beurteilung des Leistungsvermögens steht die Bewertung von geschädigten Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie beeinträchtigten Aktivitäten und Teilhabe (Funktionsbefunde und Fähigkeitsstörungen) unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren sowie der Abgleich von individueller Leistungsfähigkeit und Anforderungen im Erwerbsleben.

Zielgruppen:
Zielgruppen für die Erstellung der vorliegenden Leitlinie sind sowohl die sozialmedizinischen Dienste bei den Trägern der Deutschen Rentenversicherung als auch externe Gutachter und Rehabilitationskliniker, die in die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit eingebunden sind. Darüber hinaus ist die Leitlinie für andere Sozialleistungsträger oder mit Fragen der Rehabilitation befasste Institutionen von Interesse, um mit den Beurteilungskriterien der gesetzlichen Rentenversicherung vertraut zu werden. Den Versicherten und ihren Vertretern, zum Beispiel Selbsthilfegruppen, bietet die Leitlinie Informationen und erhöht Transparenz und Nachvollziehbarkeit sozialmedizinischer Beurteilungen.

Beteiligung von Interessengruppen:
Im Erstellungsprozess der Leitlinie sind die Anwender (Ärztinnen und Ärzte in sozialmedizinischen Diensten) und die verantwortlichen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung repräsentativ vertreten. Als betroffene Fachgruppen wurden darüber hinaus Leitende Ärzte aus Reha-Einrichtungen einbezogen (siehe weiter unten unter Autoren). Versicherte sind durch die Mitglieder der Autorengruppe und durch Beteiligte am Konsentierungsverfahren vertreten. Zu den Versicherten zählen sowohl diejenigen, die Leistungen auf Grund von Krankheit oder Behinderung in Anspruch nehmen als auch jene, die diese Leistungen im Rahmen einer Solidarversicherung mit finanzieren.

Im Rahmen der umfassenden Implementierung der Leitlinie sind Rückmeldungen über Brauchbarkeit, Praktikabilität und Akzeptanz aus der Anwenderzielgruppe an die Autorengruppe vorgesehen.

Methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung:
Grundlage der Leitlinienentwicklung ist die Zusammenführung von Erfahrungen und Kriterien auf der Basis des Ist-Zustandes der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit zur Sicherung der Entscheidungsqualität. Die Fakten aus dem täglichen Handeln der Ärztinnen und Ärzte von sozialmedizinischen Diensten der Rentenversicherungsträger werden unter Einbeziehung sozialmedizinischer Standardliteratur sowie aktueller medizinischer Fachliteratur diskutiert und das Ergebnis zusammengefasst.

Die Antragsbearbeitung durch den sozialmedizinischen Dienst des Rentenversicherungsträgers erfolgt in der Regel auf der Grundlage von Gutachten mit persönlicher Befragung und Untersuchung, hauptamtlich oder nichthauptamtlich erstellt, oder nach Aktenlage. Für diese besondere Situation liegen keine wissenschaftlichen Untersuchungen oder Hinweise zur Operationalisierung vor.

Im Vordergrund der sozialmedizinischen Entscheidung stehen die aus den Antragsunterlagen zugänglichen objektivierbaren medizinischen Parameter. Sie werden durch die subjektive Einschätzung des Betroffenen zu seiner Leistungsfähigkeit ergänzt. Assessment-Verfahren zur Beschreibung von Leistungseinschränkungen und noch vorhandenen Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf die Lebens- und Erwerbssituation können ergänzend herangezogen werden.

Evidenzgrad:
Die Leitlinie wurde in einer internen Expertengruppe der Deutschen Rentenversicherung Bund zusammengestellt. Der Gruppe gehörten Ärztinnen und Ärzte aus dem Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund, Bereich Sozialmedizin, und der Leistungs-(Renten) abteilung der Deutschen Rentenversicherung Bund mit unterschiedlicher fachärztlicher Qualifikation an.

Ein erweiterter Konsens wird durch ein formales Konsentierungsverfahren angestrebt. Dabei werden ärztliche Experten aus der Deutschen Rentenversicherung (Ärztepanel: Leitende Ärztinnen und Ärzte, sozialmedizinische Experten) sowie weitere medizinische und nichtmedizinische Experten beteiligt. Die abschließende Konsentierung erfolgt im Ärztegremium der Deutschen Rentenversicherung.

Bei der Bewertung des Evidenzgrades ist zu berücksichtigen, dass auf Renten wegen Erwerbsminderung und Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe bei Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ein Rechtsanspruch besteht.

Klarheit und Gestaltung:
Die aus der Leitlinie resultierenden Empfehlungen beziehen sich immer auf individuelle Versicherte. Die doppelte Transformation von (1.) geschädigten Körperfunktionen und beeinträchtigter Teilhabe in qualitative Leistungseinschränkungen und hiervon (2.) unter Berücksichtigung des Abgleichs von Leistungsvermögen und Anforderungen an die Tätigkeit in quantitative Leistungs-

einschränkungen ist ein komplexer Beurteilungsprozess. Die Leitlinie trägt dazu bei, Ermessen bei dieser Beurteilung zu minimieren.

Generelle Anwendbarkeit:
Leitlinien sind im Rahmen der üblichen Organisation der Rentenversicherungsträger – sowohl bei der Sachaufklärung als auch der sozialmedizinischen Beurteilung – grundsätzlich ohne Nachteile einsetzbar. Gegebenenfalls zusätzlich erforderlichen Ressourcen bei Anwendung der Leitlinie steht eine rationellere Ressourcenverwendung gegenüber, die Folgekosten sparen hilft.

Eine Evaluation der Leitliniennutzung fördert deren Anwendung. Durch die Konformität der Versorgung mit Leitlinienempfehlungen, den individuellen Therapieerfolg und die populationsbezogenen Ergebnisse der Leitlinienanwendung können Verbesserungspotenziale aufgezeigt werden.

Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem:
Die Leitlinie ist an die Versorgungsbereiche von Rehabilitation und Erwerbsminderung adressiert. Kriterien, die für die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit unzweckmäßig oder überflüssig sind, werden in der Leitlinie genannt.

Eine Verbreitung der Leitlinie ist durch Veröffentlichung in Publikationsorganen sowie kostenloser Verfügbarkeit im Internet auf breiter Basis sicher gestellt. Darüber hinaus dienen Informations- und Fortbildungsveranstaltungen sowie die Vorstellung als Bestandteil der Einarbeitungsunterlagen sozialmedizinisch tätiger Mitarbeiter der weiteren Verbreitung und Anwendung der Leitlinie. Leitlinien sind ein wesentliches Element der Qualitätssicherung der gesetzlichen Rentenversicherungsträger in Deutschland.

Autorinnen und Autoren der ersten Fassung (März 2005):
Dr. Elisabeth Becker, Sabine Horn, Barbara Hussla, Dr. Hanno Irle, Dr. Ilona Knorr, Dr. Christiane Korsukéwitz, Dr. Ingrid Pottins, Dr. Manfred Rohwetter, Dr. Petra Schuhknecht, Dr. Klaus Timner. Alle Autoren sind Mitarbeiter der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) gewesen.

Für eine kritische Diskussion und Anregungen dankten die Autoren Dr. Rüdiger Doßmann, seinerzeit Rehabilitationsklinik Taubertal der BfA, Bad Mergentheim; Prof. Dr. Gerd Oehler, seinerzeit Rehabilitationszentrum Mölln der BfA, Mölln; Priv.-Doz. Dr. Christoph Reichel, seinerzeit Hartwald-Rehabilitationsklinik der BfA, Bad Brückenau; Dr. Dierk Rosemeyer, seinerzeit Klinik Rosenberg der Landesversicherungsanstalt (LVA) Westfalen, Bad Driburg; Prof. Dr. Wolfgang Tittor, seinerzeit Rehabilitationsklinik Ob der Tauber der LVA Baden-Württemberg, Bad Mergentheim; Dr. Eberhard Zillessen, seinerzeit Klinik Niederrhein der LVA Rheinprovinz, Bad Neuenahr-Ahrweiler.

Autorinnen und Autoren der vorliegenden Fassung:
Sabine Horn, Dr. Ingrid Pottins, Dr. Manfred Rohwetter, Dr. Petra Schuhknecht und Dr. Klaus Timner als Mitarbeiter aus dem Bereich Sozialmedizin (0440) im Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (0400) der Deutschen Rentenversicherung Bund; Dr. Thomas Hillmann als Abteilungsarzt der Abteilung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Eine kritische Durchsicht und Anregungen sind erfolgt von Dr. Christiane Korsukéwitz, Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation (0400) der Deutschen Rentenversicherung Bund; Dr. Hanno Irle, Leiter des Bereichs Sozialmedizin (0440) der Deutschen Rentenversicherung Bund; Dr. Kirske Otto, ehemalige Ärztliche Referentin im Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (0400) der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Konsentierung:
Im Rahmen der Konsentierung danken die Autoren für die kritische Durchsicht durch: Heike Ebert, Sozialmedizinischer Dienst der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg; Dr. Dimitrios Mainos, Abteilungsleiter der Inneren Abteilung des Reha-Zentrums Bad Mergentheim, Klinik Taubertal der Deutschen Rentenversicherung Bund; Dr. Anne Messerschmidt, Leiterin des Sozialmedizinischen Dienstes des Regionalzentrums Reutlingen der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg; Prof. Dr. Gerd Oehler, Chefarzt der Vitalisklinik Bad Hersfeld; Dr. Hartmut Pollmann, Ärztlicher Direktor der Klinik Niederrhein der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Bad Neuenahr-Ahrweiler; Priv.-Doz. Dr. Christoph Reichel, Leitender Arzt des Reha-Zentrums Bad Brückenau der Deutschen Rentenversicherung Bund; Prof. Dr. Bettina Zietz, Leitende Ärztin des Reha-Zentrums Mölln der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Eine schriftliche Stellungnahme ist eingeholt worden von der „Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V.“ (GRVS).

Die Leitlinie wurde den Leitenden Ärztinnen und Ärzten der gesetzlichen Rentenversicherungsträger vorgestellt und auf der Tagung der Leitenden Ärztinnen und Ärzte am 10./11.11.2010 in Baden-Baden abgestimmt.

Die Leitlinie wurde abschließend im Ärztegremium der Deutschen Rentenversicherung (Sitzung 4/2010 am 10./11.11.2010 in Baden-Baden) beraten und konsentiert.

Redaktionelle Unabhängigkeit:
Die Mitglieder der Autorengruppe sind Beschäftigte von Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Verfassung der Leitlinie durch die Autoren erfolgte allein auf der Grundlage fachlicher Erwägungen. Die Mitglieder der Autorengruppe weisen keine die Leitlinie betreffenden Nebentätigkeiten auf.

Aktualisierung:
Aktualisierungen sind in fünfjährigen Abständen vorgesehen.

8. Literatur

Adamek H. E., Dietrich C. F.: Schnittbildverfahren in der Dünndarmdiagnostik. Der Internist 51, 2010: 722–729

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (äzq): Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006. www.delbi.de

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Methodische Empfehlungen zur Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie („Leitlinien für Leitlinien“), www.awmf.org, Stand Dezember 2004

Böning J.: Risikoverhalten im Umgang mit Suchtmitteln – Daten und Einblicke in die Behandlung. Gesundheitswesen, 66, 2004: 71–79

Bullinger M.: Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36 Health Survey. In: Rehabilitation, 35, 1996: XVII–XXX

Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt, Herausgeber): Begutachtungs- Leitlinien zur Kraftfahrereignung, Stand 2. November 2009, Erscheinungsjahr 2010

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Herausgeber): Versorgungsmedizin-Verordnung -VersMedV-, Versorgungsmedizinische Grundsätze, CPI books, Leck 2009

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Der Internist, Band 43, Heft 11, November 2002

Cuntz U., Welt J., Ruppert E., Zillessen E.: Determinanten der subjektiven Belastung durch chronisch-entzündliche Darmerkrankungen und ihre psychosozialen Folgen. Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie, 49, 1999: 494–500

Der entzündete Darm. 51. Ärztliches Seminar in Föhrenkamp, Reha-Zentrum der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Mölln am 9.11.2002, Leitung: G. Oehler, Eigendruck 2003

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten zusammen mit dem Kompetenznetz Chronisch entzündliche Darmerkrankungen: Diagnostik und Therapie der Colitis ulcerosa: Ergebnisse einer evidenzbasierten Konsensuskonferenz. Autoren: Hoffmann J. C., Zeitz M., Bischoff S. C., Brambs H. J., Bruch H. P., Buhr H. J., Dignaß A., Fischer I., Fleig W., Fölsch U. R., Herrlinger K., Höhne W., Jantschek G., Kaltz B., Keller K. M., Knebel U., Kroesen A. J., Kruis W., Matthes H., Moser G., Mundt S., Pox C., Reinshagen M., Reißmann A., Riemann J., Rogler G., Schmiegel W., Schölmerich J., Schreiber S., Schwandner O., Selbmann H. K., Stange E. F., Utzig M., Wittekind C. Zeitschrift für Gastroenterologie, 42, 2004: 979–983. Langfassung unter AWMF-Leitlinien-Register Nr. 021/009, www.awmf.org

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten zusammen mit dem Kompetenznetz Chronisch entzündliche Darmerkrankungen: S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn“. Ergebnisse einer Evidenz-basierten Konsensuskonferenz. Autoren: Hoffmann J. C., Preiß J. C., Autschbach F., Buhr H. J., Häuser W., Herrlinger K., Höhne W., Koletzko S., Krieglstein C. F., Kruis W., Matthes H., Moser G., Reinshagen M., Rogler G., Schreiber S., Schreyer A. G., Sido B., Siegmund B., Stallmach A., Bokemeyer B., Stange E. F., Zeitz M. Zeitschrift für Gastroenterologie, 46, 2008: 1094–1146

Deutsche Rentenvesicherung: Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung. Hinweise zur Begutachtung. Herausgeber: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, DRV-Schriften Band 21, Juni 2000

Deutsche Rentenversicherung: Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2009. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin. Siehe auch www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung: DRV-Schrift mit Schwerpunkt Erwerbsminderungsrente, Heft 2-3/2002. Herausgeber: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/Main

Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei Bandscheiben- und bandscheibenassoziierten Erkrankungen. Bearbeitet von Becker E., Horn S., Hussla B., Irle H., Knorr I., Korsukéwitz C., Pottins I., Rohwetter M., Schuhknecht P., Timner K. Das Gesundheitswesen, 65, 2003: 19–39. Aktualisierte Fassung: www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei chronisch entzündlichen Darmkrankheiten. Bearbeitet von Becker E., Horn S., Hussla B., Irle H., Knorr I., Korsukéwitz C., Pottins I., Rohwetter M., Schuhknecht P., Timner K. Das Gesundheitswesen, 67, 2005: 396–415. Aktualisierte Fassung: www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei chronisch obstruktiven Lungenkrankheiten (COPD) und Asthma bronchiale. Teil I: Sozialmedizinische Bedeutung, Klassifikation, Sachaufklärung. Bearbeitet von Becker E., Horn S., Hussla B., Irle H., Knorr I., Korsukéwitz C., Pottins I., Rohwetter M., Schuhknecht P., Timner K. Das Gesundheitswesen, 66, 2004: 251–264. Aktualisierte Fassung: www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei chronisch obstruktiven Lungenkrankheiten (COPD) und Asthma bronchiale. Teil II: Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung. Bearbeitet von Becker E., Horn S., Hussla B., Irle H., Knorr I., Korsukéwitz C., Pottins I., Rohwetter M., Schuhknecht P., Timner K. Das Gesundheitswesen, 66, 2004: 439–456. Aktualisierte Fassung: www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei koronarer Herzkrankheit (KHK). Bearbeitet von Becker E., Brunken-Lockemann G., Buschmann H.-J., Horn S., Irle H., Knorr I., Korsukéwitz C., Pottins I., Rohwetter M., Schuhknecht P., Timner K. Das Gesundheitswesen, 64, 2002: 451–465. Aktualisierte Fassung: www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung: Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Stoffwechsel- und gastroenterologischen Krankheiten sowie Adipositas. Bearbeitet im Bereich Sozialmedizin im Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund. www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung: Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei chronischen nicht-malignen Leber- und Gallenwegskrankheiten. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund 2008. Bearbeitet von Becker E., Horn S., Irle H., Knorr I., Korsukéwitz C., Pottins I., Rohwetter M., Schuhknecht P., Timner K. www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung: Rehabilitation 2009 – Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Band 179. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin, Oktober 2010

Deutsche Rentenversicherung: Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche. Bearbeitet im Bereich Sozialmedizin im Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund 2002/2005. www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung: Rentenzugang 2009 – Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Band 178. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin, Juli 2010

Deutsche Rentenversicherung: Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, DRV-Schriften Band 81, 2. Auflage, Dezember 2009. Siehe auch: www.deutsche-rentenversicherung.de

Doßmann R. (Projektleiter), Büche R., Kachel F., Krebs H.: Psychosoziale Faktoren bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Abschlussbericht des Forschungsprojekts aus der Rehabilitationsklinik Taubertal der BfA, Bad Mergentheim, Eigendruck, März 2003

Elliehausen H.-J., Fritzsche A., Konerding J., Pavlovsky B., Schott S., Seidel D., Ellert U.: Die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Beschäftigten der Bauwirtschaft mit dem SF-36-Fragebogen. Gesundheitswesen, 66, 2004: 545–552

Fölsch U. R., Grebe J., Schreiber S.: Kompetenznetz Chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Der Internist 45, 2004: 402–408

Friedman S., Blumberg R. S.: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (für die deutsche Ausgabe: Siegmund B., Zeitz M). In: Harrisons Innere Medizin – Band 2. Deutsche Ausgabe der 17. Auflage in Zusammenarbeit mit der Charité. Herausgeber der deutschen Ausgabe: Dietel M., Suttorp N., Zeitz M., ABW-Wissenschaftsverlag Berlin, 2009: 2327–2343

Friedrich K.: Erkrankungen der Leber. In: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Herausgeber: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 6. Auflage, Springer–Verlag, Berlin – Heidelberg – New York, 2003: 383–390

Gastroenterologische Endoskopie – Lehrbuch und Atlas. Herausgeber: Ottenjann R., Classen M., Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1991

Gericke C. A., Schiffhorst G., Busse R., Häussler B.: Ein valides Instrument zur Messung der Patientenzufriedenheit in ambulanter haus- und fachärztlicher Behandlung: das Qualiskope-A. Gesundheitswesen, 66, 2004: 723–731

Gesundheitstraining in der Medizinischen Rehabilitation – Indikationsbezogene Curricula. Herausgeber: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 2 Loseblattordner, Eigendruck 2003

Goebell H.: Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen. In: Innere Medizin. Herausgeber: H. Goebell und J. Wagner, Walter de Gruyter, Berlin – New York 1992

Goebell H.: Stellenwert von Aktivitätsindizes bei der Begutachtung von chronisch-entzündlichen Darmkrankheiten. Der Medizinische Sachverständige, 96, No. 6, 2000: 176–178

Goischke H.-K.: Tabakkonsum und Morbus Crohn. Die Medizinische Welt, 54, 2003: 185–189

Gostomzyk J. G.: Angewandte Sozialmedizin. Handbuch für Weiterbildung und Praxis. ecomed-Verlag, Landsberg/Lech 2000, Loseblattsammlung mit Ergänzungslieferungen

Häuser W., Grandt D.: Lebensqualitätsmessung in der Gastroenterologie – Konzepte, Instrumente und Probleme. Zeitschrift für Gastroenterologie, 39, 2001: 475–481

Hanauer St. B.: Inflammatory Bowel Disease. The New England Journal of Medicine, Vol. 334, No. 13, März 1996: 841–848

Hartmann D., Jakobs R., Riemann J. F.: Dünndarmendoskopie. Der Internist, 6, 2010: 711–721

Herold A.: Koloproktologische Klassifikation und Einteilung der Beckenbodenfunktionsstörungen. Viszeralchirurgie 41, 2006: 163–168

Herrlinger K., Stange E. F.: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Der Internist, 44, 2003: 1151–1173

Hoffmann J. C.: Behandlung des Morbus Crohn und der Colitis ulcerosa – Therapieoptionen und ihre Anwendung. Die Medizinische Welt, 3/2004: 59/24–66/32

ICD-10-GM. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2010. Herausgeber: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). www.dimdi.de

Janke K.-H., Raible A., Bauer M., Clemens P., Meisner C., Häuser W., Steder-Neukamm U., Henrich G., Herschbach P., Gregor M., Klump B.: Questions on life satisfaction (FLZM) in inflammatory bowel disease. International Journal of Colorectal Disease, Volume 19, No. 4, Juli 2004. Abstract: http://springerlink.com

Janke K.-H., Steder-Neukamm U., Bauer M., Raible A., Meisner C., Hoffmann J. C., Gregor M., Klump B., Häuser W.: Lebensqualität bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED): die deutsche Version des Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ-D) zur krankheitsspezifischen Lebensqualitätsmessung – erste Anwendung und Vergleich mit anderen internationalen Fassungen. Das Gesundheitswesen, 67, 2005: 656–664

Jantschek G.: Stellung der Psychotherapie bei der Behandlung chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen. Zeitschrift für Gastroenterologie, 40, Supplement 1, 2002: 95–99

Kertzendorff K–W: Sozialmedizinische Begutachtung chronisch-entzündlicher Darmkrankheiten – in der gesetzlichen Rentenversicherung. Der Medizinische Sachverständige, 96, Nr. 6, 2000

Klosterhuis H., Nischan P.: Medizinische Rehabilitation bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen – Inanspruchnahme und sozialmedizinische Prognose. Zeitschrift für Gastroenterologie, Supplement 3, 1997: 93–103

Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM), des Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS). Autoren: Benz C., Derra C., Dertwinkel R., Egle U. T., Foerster K., Kindt H., Köllner V., Petruschka W., Rompe G., Schiltenwolf M., Schröter F., Tegenthoff M., Vogel P., Widder B., Zenz M. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 030/102. Erstellt 10/2005, letzte Überarbeitung 03/2007. www.awmf.org

Leitlinien für die Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Herausgeber: Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V., 1999. www.grvs.de

Moglia A., Pietrabissa A., Cuschieri A.: Capsule endoscopy. British Medical Journal, Volume 339, 2009: 796–799

Oehler G., Friedrich K.: Gastroenterologie. Ein systematisches Kompendium für die Rehabilitationsmedizin. Lauenburgische Buchdruckerei Karlheinz Bude GmbH, Ratzeburg 2002

Podolsky D. K.: Inflammatory Bowel Disease. The New England Journal of Medicine, Volume 347, No. 6, August 2002: 417–429

Preiß J. C., Bokemeyer B., Siegmund B., Stange E. F., Zeitz M., Hoffmann J. C.: Leitlinie "Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn" – Kurzfassung für Internisten und Hausärzte. Medizinische Klinik, 104, 2009: 237–243

Reichel C., Streit J., Ott K., Wunsch S.: Appropriateness of Crohn's Disease Therapy in Gastroenterological Rehabilitation. Digestion 82, 2010: 239–245

Reichel C., Streit J., Wunsch S.: Linking Crohn's disease health status measurements with International Classification of Functioning, Disability and Health and vocational rehabilitation outcomes. Journal of Rehabilitation Medicine 42, 2010: 74–80

Reichel C., Streit J., Wunsch S.: Signifikante Änderungen der Pharmakotherapie in der gastroenterologischen Rehabilitation von Patienten mit Morbus Crohn. Die Rehabilitation, 48, 2009: 354–360

Schliehe F., Greitemann B., Kopp I., Jäckel W. H.: Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) – Stand 2010. Die Rehabilitation, 49, 2010: 120–124

Schönrich S., Brockow T., Franke T., Dembski R., Resch K. L., Cieza A.: Analyzing the Content of Outcome Measures in Clinical Trials on Irritable Bowel Syndrome Using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a Reference. Die Rehabilitation, 45, 2006: 172–180

Schumann M., Herrlinger K., Zeitz M., Stange E. F.: Neue therapeutische Ansätze bei speziellen Erkrankungen des Dünndarms. Der Internist, Vol. 51, 2010: 730–736

Schuntermann M. F.: Einführung in die ICF – Grundkurs – Übungen – offene Fragen. 2. überarbeitete Auflage, ecomed Medizin, Landsberg am Lech 2007

Seger W.: Chronische Krankheiten des Dickdarms, Morbus Crohn und sozialmedizinische Beurteilung spezieller Symptomkomplexe. In: Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung. Herausgeber: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 5. Auflage, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart – Jena – New York 1995: 286–300

Seger W., Cibis W., Hagen T., Harai G., Heipertz W., Hüller E., Korsukéwitz C., Krasney O. E., Leistner K., Leupold M., Niedeggen A., Rohwetter M., Schian H.-M., Schuntermann M. F., Steinke B., Stolz M.: Trägerübergreifende Aspekte der Begutachtung nach dem SGB IX. Teil I: Grundlagen. Das Gesundheitswesen, 65, 2003: 603–611

Seger W., Cibis W., Hagen T., Harai G., Heipertz W., Hüller E., Korsukéwitz C., Krasney O. E., Leistner K., Leupold M., Niedeggen A., Rohwetter M., Schian H.-M., Schuntermann M. F., Steinke B., Stolz M.: Trägerübergreifende Aspekte der Begutachtung nach dem SGB IX. Teil II: Fallbeispiel. Das Gesundheitswesen, 66, 2004: 43–50

Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Herausgeber: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 6. Auflage, Springer-Verlag, Berlin – Heidelberg – New York, 2003

Taschenbuch der medizinisch-klinischen Diagnostik. Herausgabe: Scriba P. C., Pforte H., 73. Auflage des "Müller-Seifert", Springer-Verlag, Berlin – Heidelberg – New York, 2000

Tittor W.: Die Leistungsbeurteilung bei chronisch-entzündlichen Darmkrankheiten. Der Medizinische Sachverständige, 96, No. 6, 2000: 179–183

Tittor W., Lux A., Nellessen G., Grosch E., Irle H., Kleffmann A., Lampe L., Legner R., Mösch W., Sinn-Behrendt A., Sturtz A., Toumi I.: Die Relevanz eines Leistungsfähigkeitsmodells für eine einheitliche und standardisierte Leistungsdiagnostik. Die Rehabilitation 43, 2004: 209–218

Tittor W., Lux A.: Überlegungen zur Standardisierung des leistungsdiagnostischen Vorgehens in der Rehabilitationsmedizin. Die Rehabilitation, 39, 2000: 77–83

Warm K.: Sozialmedizinische Wertung von Durchfall, Inkontinenz und Stoma. Zeitschrift für Gastroenterologie, 40, Supplement 1, 2002: S103–S105

Zillessen E.: Auswirkungen von Krankheiten der Verdauungsorgane auf das Leistungsvermögen. In: Mitteilungen der LVA Rheinprovinz, 11–12/2002

Zillessen E.: Begutachtung gastroenterologischer und hepatologischer Krankheiten. Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York 1997

Zillessen E.: Die Rehabilitation bei chronisch-entzündlichen Darmkrankheiten. Der Medizinische Sachverständige, 96, No. 6, 2000: 192–196

Zillessen E.: Krankheiten des Verdauungssystems (ohne Erkrankungen der Leber). In: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Herausgeber: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 6. Auflage, Springer-Verlag, Berlin – Heidelberg – New York, 2003: 369–383 und 390–396

Zilly W.: Rehabilitation bei gastroenterologischen Erkrankungen. In: Rehabilitationsmedizin. Ambulant – Teilstationär – Stationär. Herausgeber: H. Delbrück und E. Haupt, Urban & Schwarzenberg, München – Wien – Baltimore, 1998: 441–466

Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei chronisch entzündlicher Darmkrankheit (CED) – Kurzfassung

1. Sozialmedizinische Bedeutung (siehe Langfassung Seite 5)

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei Krankheiten des Verdauungssystems (ICD-10-Nr. K00 – K93), Jahr 2009 (entspricht rund 2,0 % aller Rentenneuzugänge wegen Erwerbsminderung)	3.282
davon Rentenzugänge wegen Crohn-Krankheit (ICD-10-Nr. K50) oder Colitis ulcerosa (ICD-10-Nr. K51)	621

2. Krankheitsbilder (siehe Langfassung Seiten 6–9)

Krankheitsbilder	ICD-10-GM	Komplikationen	Extraintestinale Manifestationen
Crohn-Krankheit	K 50.-	• Stuhlinkontinenz • Kurzdarmsyndrom • Enterostoma	• Haut: Erythema nodosum, Pyoderma gangraenosum • Stütz-/Bewegungsapparat: Arthritis, Spondylitis ankylosans, Sakroiliitis, Osteoporose • Leber-/Gallenwege: Gallensteine, Primär sklerosierende Cholangitis (PSC) • Malignome: Kolorektale Tumoren • Augen: Konjunktivitis, Uveitis/Iritis, Episkleritis, Katarakt • Niere: Nierensteine
Colitis ulcerosa	K51.-		

3. Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell der ICF (siehe Langfassung Seiten 10 –12)

4. Sachaufklärung (siehe Langfassung Seiten 13–19)

Anamnese

- bisheriger Krankheitsverlauf
- Sozial- und Berufsanamnese
- Beschreibung der beruflichen Belastbarkeit
- außerberufliche Aktivitäten
- Angaben, wie der Gutachter erreicht wurde
- Informationen über die Anregung zur Rentenantragsstellung

Körperliche Untersuchung

- Gewicht – Größe (BMI) – Blutdruck – Puls
- Mundinspektion
- Hautkolorit, -turgor, -effloreszenzen
- Inspektion, Auskultation und Palpation des Abdomens
- anorektale Untersuchung
- Funktion des Stütz- und Bewegungsapparates
- psychischer Befund

Ergänzende Verfahren

- anorektale Manometrie
- Atemtests
- psychodiagnostische Maßnahmen
- Selbstbeurteilungsbögen zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität (HRQOL, zum Beispiel IBD-Q, FLZ-Fragebogen, SF-36-Fragebogen)
- Aktivitätsindizes (unter anderem CDAI nach Best bei Crohn-Krankheit, CAI nach Rachmilewitz bei Colitis ulcerosa)
- Assessment-Verfahren (zum Beispiel EFL)

Apparative Diagnostik

- Endoskopie mit Biopsie und Histologie (Rekto-Sigmoido-Kolo-Ileoskopie, Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, Prokto-Rektoskopie)
- Endosonographie
- Doppel-Ballon-Endoskopie
- endoskopische retrograde Cholangio-Pankreatikographie (ERCP)
- Video-Endoskopie
- Kapsel-Endoskopie
- Sonographie
- konventionelle Röntgen-Untersuchungen
- Computertomographie (CT)
- CT-Enteroklysma
- Magnetresonanztomographie (MRT)
- MRT-Cholangio-Pankreatikographie (MRCP)
- Magnetresonanz-Enteroklysma
- Virtuelle Endoskopie
- Laboruntersuchungen

5. Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit (Langfassung Seiten 20–31)

Tätigkeitsbezogene individuelle Belastbarkeit:

Erforderlich ist der Abgleich der qualitativen Einschränkungen mit beruflichen Belastungsfaktoren:

≥ 6 stündiges Leistungsvermögen	keine Einschränkungen oder qualitative Einschränkungen sind mit beruflichen Belastungsfaktoren vereinbar
3 bis < 6-stündiges Leistungsvermögen	qualitative Einschränkungen sind mit beruflichen Belastungsfaktoren vereinbar, aber die Belastbarkeitsdauer ist gemindert
< 3 stündiges Leistungsvermögen	qualitative Einschränkungen sind nicht mit beruflichen Belastungsfaktoren vereinbar

Qualitative und quantitative Eckpunkte der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit:	
bis zu fünf Stuhlgänge in etwa 15 Stunden Wachzeit	in der Regel keine wesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit
chronische Diarrhö	häufig keine Tätigkeit mit ständiger Aufsichts- oder Präsenspflicht zumutbar (zum Beispiel keine taktgebundenen Tätigkeiten am Band, Akkordarbeit, Tätigkeiten mit häufigem Publikumsverkehr oder Tätigkeiten in Schutzkleidung ohne Möglichkeit, diese schnell abzulegen)
chronische Diarrhö mit leicht reduziertem Ernährungszustand in Folge einer Malabsorption	leichte körperliche Tätigkeit (zum Beispiel Bürotätigkeit) über mindestens sechs Stunden/Tag möglich
imperativer Stuhldrang mit nur kurzen oder fehlenden Vorwarnzeiten und gestörtem Diskriminationsvermögen	unmittelbarer Toilettenzugang erforderlich, keine Tätigkeit mit Publikumsverkehr oder Präsenzpflicht
Inkontinenz mit „Feinverschmutzung"	nur qualitative Einschränkungen (zum Beispiel hinsichtlich Tragen und Heben von Lasten, Publikumsverkehr), keine quantitative Einschränkung des Leistungsvermögens
Inkontinenz mit „Grobverschmutzung"	körperlich leichte Tätigkeiten möglich (wenn eine Arbeitsunterbrechung frei bestimmbar, der Toilettenzugang jederzeit möglich ist und Sanitärvorrichtungen zur Körperreinigung vorhanden sind)
komplette Inkontinenz	Leistungsvermögen aufgehoben
Strikturen oder Stenosen des Darmes mit Motilitätsstörungen und Subileus/Ileus	Vermeiden von Arbeitshaltungen, die mit intraabdomineller Druckerhöhung einhergehen (wie häufigem Bücken, Hocken, Knien, schwerem Heben und Tragen)
wiederholter Ileus ohne Aussicht auf Besserung	quantitativ reduziertes Leistungsvermögen schon für leichte körperliche Tätigkeit
Schmerzen	qualitative Einschränkungen bei Auftreten im Zusammenhang mit bestimmten Belastungen. Plausibilität erforderlich zwischen alltagsrelevantem Aktivitätsmuster, körperlichem Untersuchungsbefund und Untersuchungsverlauf.
geringes Untergewicht	leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit ohne zeitliche Einschränkung möglich
chronische Malabsorption (BMI < 20) mit allgemeiner Schwäche und rascher Ermüdbarkeit	mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeit beziehungsweise Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten, häufiges Bücken, besondere Anforderungen an Ausdauer, häufiges beziehungsweise langes Stehen und Gehen, Tätigkeiten in Hitze, Kälte oder mit Absturzgefahr sollten nicht zugemutet werden
Anämie mit Hb > 10 g/dl (= 6,2 mmol/l)	bei allmählicher Adaptation keine wesentliche Beeinträchtigung der Lebensqualität, Vermeidung schwerer körperlicher Tätigkeiten
Anämie mit Hb < 10 g/dl (= 6,2 mmol/l) trotz adäquater Behandlung	eine allgemeine körperliche Schwäche und vermehrte Abgeschlagenheit mit Verminderung der Ausdauer- und Konzentrationsleistung ist anzunehmen, die keine sechsstündige leichte körperlicher Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr zulässt

postoperative Belastbarkeit nach Laparotomie (abdominelle Operation mit Durchtrennung der Bauchwand)	Unterlassen von Tätigkeiten mit stärkerer Anspannung der Bauchmuskulatur über einen Zeitraum von etwa zwei bis drei Monaten
postoperative Belastbarkeit nach ausgedehnter Laparotomie oder wiederholten Laparatomien	vorübergehende Minderbelastbarkeit der muskulären Bauchdecke für einen Zeitraum von etwa drei bis sechs Monaten
ausgeprägte Narbenbildung oder Bauchwandhernien	dauerhaft aufgehobenes Leistungsvermögen für mittelschweres und schweres Heben oder Tragen, für Arbeiten mit häufigem Bücken, Hocken oder Knien
Kolostoma	möglichst Verzicht auf Tätigkeiten mit häufig wechselnden Arbeitszeiten, um Irrigationsabstände beibehalten zu können
Ileostoma	Bürotätigkeit sowie leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten mit üblicher Pausenregelung sind möglich, auch Tätigkeiten mit Anforderungen an die Hygiene (zum Beispiel in der Lebensmittelherstellung und -verteilung). Tätigkeit mit Publikumsverkehr kann beeinträchtigt sein.
Komplikationen nach Enterostoma im längerfristigen Verlauf	Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit in Abhängigkeit von Hernienbildung, Stoma-Retraktion, -Prolaps oder -Stenosierung
Kurzdarmsyndrom nach ausgedehnter Dünndarmresektion	Leistungsvermögen – dessen Beurteilung oft erst nach einem Jahr postoperativ möglich ist – ist abhängig vom Ausmaß des Malabsorptionssyndroms
Ileorektostomie und ileoanaler Pouch mit täglich vier bis sieben Stuhlentleerungen	qualitative ohne quantitative Leistungsminderung
Auftreten psychischer Belastungsfaktoren	ambulante ärztliche Behandlung, gegebenenfalls psychiatrische oder psychotherapeutische Fachbehandlung, gegebenenfalls Teilnahme an Selbsthilfegruppen, gegebenenfalls medizinische Rehabilitation

Impressum

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation
Bereich Sozialmedizin
Ruhrstraße 2, 10709 Berlin

Satz und
Gestaltung: Baxter & Baxter Werbeagentur GmbH
Alt-Bornheim 26, 60385 Frankfurt am Main

1. Auflage (01/2011)

Deutsche
Rentenversicherung