

### Trägerübergreifende Zusammenarbeit - Koordinierung und Kooperation

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist die gemeinsame Repräsentanz der Verbände der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung, der Deutschen Rentenversicherung Bund, des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.



## ICF-PRAXISLEITFADEN 1

Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

**beim Zugang zur Rehabilitation**



$$B = f(G_p, K)$$

# **ICF-PRAXISLEITFADEN 1**

**Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische  
Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation  
der Funktionsfähigkeit, Behinderung und  
Gesundheit)**

**beim Zugang zur Rehabilitation**

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)  
Walter-Kolb-Straße 9-11  
60594 Frankfurt am Main  
Telefon 069.6050180  
Telefax 069.60501829  
info@bar-frankfurt.de  
www.bar-frankfurt.de

Frankfurt am Main - Mai 2006  
ISBN 3-9807410-7-9

# INHALT

---

<b>VORWORT</b>		6
<b>EINLEITUNG</b>		7
<b>KAPITEL 1</b>	Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	9
	■ 1. ICD und ICF	9
	■ 2. Begrifflichkeiten und Modell der ICF	10
	■ 3. Das bio-psycho-soziale Modell der ICF	10
	■ 4. Bedeutung und Grenzen der ICF	11
	■ 5. Die Konzepte der ICF	12
	■ 6. Beurteilungsmerkmale der ICF	15
<b>KAPITEL 2</b>	ICF-Anwendungsbeispiel	16
<b>KAPITEL 3</b>	Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	20
<b>KAPITEL 4</b>	Fazit und Ausblick	22
<b>ANHANG</b>	Literatur	24
	Glossar	25
	Leistungen der verschiedenen Rehabilitationsträger	27
	Fallstrukturierung anhand des Formulars Muster für die gesetzlichen Krankenkassen	28
	Autoren	33

## VORWORT

Der von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vorgelegte ICF-Praxisleitfaden wurde von einer Arbeitsgruppe des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR erstellt. Ziel dieses Leitfadens ist es, insbesondere die an der Schnittstelle zur Rehabilitation (z.B. Reha-Zugang, Reha-Nachsorge) tätigen Ärzte mit der Konzeption der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) vertraut zu machen und die ICF als Instrument für die systematische Erfassung der bio-psycho-sozialen Aspekte unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren näher zu bringen. Dies bedeutet eine Ergänzung des bio-medizinischen Modells (ICD) um das bio-psycho-soziale Modell (ICF).

Der trägerübergreifend konzipierte Leitfaden vermittelt einen Einblick in die Bedeutung und praktischen Anwendungsmöglichkeiten der ICF in der ärztlichen Tätigkeit und ist insbesondere auch auf die ICF-bezogenen Anforderungen für die Qualifikation zur Reha-Verordnung gemäß den Reha-Richtlinien abgestimmt.

Anhand eines komplexen Fallbeispiels wird vermittelt, wie anamnestische Daten und klinische Befunde mit den Begrifflichkeiten der ICF korrelieren. Das konkrete Anwendungsbeispiel macht auch den Ansatz der ICF für die interdisziplinäre Zusammenarbeit deutlich. Durch die Praxisorientierung des Leitfadens sollen daher auch möglichst viele weitere am Reha-Prozess beteiligte Professionen (z.B. Reha-Fachkräfte, Sachbearbeiter, Servicestellenmitarbeiter) erreicht werden. Die Vermittlung der ICF soll nicht zuletzt auch bei den betroffenen Menschen selbst ein bio-psycho-soziales Verständnis der Rehabilitation fördern.

Bernd Steinke  
Geschäftsführer der BAR



Der ICF-Praxisleitfaden soll einen Beitrag dazu leisten, mit der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) als Modell vertraut zu machen und ihre Bedeutung für die ärztliche Tätigkeit zu vermitteln. Daher richtet sich dieser Leitfaden in erster Linie an Ärzte vor allem aus dem niedergelassenen Bereich, grundsätzlich aber an alle Berufsgruppenvertreter, die an der Indikationsstellung und der Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen beteiligt sind.

### **Leistungen zur Teilhabe und der Bezug zur ICF**

Leistungen zur Teilhabe können gemäß dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX-Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) für Personen nur dann erbracht werden, wenn deren Teilhabe an Lebensbereichen (z.B. Erwerbsleben, Selbstversorgung) erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Dieser Leistungsanspruch ist mit dem Teilhabekonzept der ICF eng verbunden. Danach ist eine alleinige biomedizinische Krankheitsbetrachtung (Diagnose und Befunde) nicht ausreichend, sondern eine Berücksichtigung der krankheitsbedingten bio-psycho-sozialen Beeinträchtigungen erforderlich.

### **Das bio-psycho-soziale Modell und die Bedeutung für die ärztliche Tätigkeit**

Die demografische und epidemiologische Entwicklung ist gekennzeichnet durch Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung und des Morbiditätsspektrums mit Zunahme chronischer Krankheiten und Krankheitsfolgen. Deshalb richtet sich auch die ärztliche Tätigkeit neben der Behandlung von Krankheiten immer stärker auf die Auswirkungen von Krankheit und Behinderung mit den vielschichtigen Beeinträchtigungen, z.B. im Hinblick auf Mobilität, Kommunikation, Erwerbstätigkeit oder Selbstversorgung unter Berücksichtigung des gesamten Lebenshintergrundes. Dieser spielt eine große Rolle bei der Frage, ob ein gesundheitliches Problem oder eine Krankheit (ICD) eines Menschen zu einer Gefährdung oder Einschränkung seiner Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gesellschaft führt.

Das kurativmedizinische Handeln wird daher zunehmend erweitert um die ganzheitliche bio-psycho-soziale Betrachtung, bei der die Krankheiten und Krankheitsfolgen vor dem Hintergrund der Lebenswelt des betroffenen Menschen gesehen werden. Gerade in der hausärztlichen Tätigkeit spielt die Kenntnis der Lebensverhältnisse, der beruflichen Aspekte und der Alltagsbedingungen der Patienten eine große Rolle. Dem niedergelassenen Arzt ist die komplexe bio-psycho-soziale Betrachtung daher bestens bekannt.

Der Arzt übt zudem eine Brückenfunktion innerhalb der einzelnen Spektren des gesamten Versorgungssystems (Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege) aus und muss mit den unterschiedlichen Zielen, Aufgaben und der Zugangssteuerung vertraut sein. Er übernimmt somit zunehmend Aufgaben eines Lotsen für eine optimale Verzahnung der einzelnen Versorgungsbereiche und sieht sich dabei letztlich auch einem geänderten Rollenverständnis ausgesetzt.

Dieses weit über die Aspekte der Krankheit hinausgehende Aufgabenspektrum erfordert ein gut abgestimmtes Handeln zwischen den einzelnen Disziplinen, Institutionen und Versorgungsbereichen. Voraussetzung hierfür ist ein gemeinsames Rehabilitationsverständnis auf der Basis einheitlicher, träger- und berufsgruppenübergreifender Begrifflichkeiten („gemeinsame Sprache“).

Die ICF stellt hierfür eine unter dem Dach der WHO vereinbarte Grundlage dar und ermöglicht eine systematische Beschreibung der gesundheitlich bedingten Aus- und Wechselwirkungen auf den Ebenen der Funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen (z.B. Erwerbsleben, Erziehung/Bildung, Selbstversorgung) einer Person vor dem Hintergrund ihrer Lebenswelt. Die ICF ist durch ihren indikationsübergreifenden bio-psycho-sozialen Ansatz dazu geeignet, die

Transparenz funktionsbezogener diagnostischer Ergebnisse und therapeutischer Strategien und dadurch auch die interdisziplinäre Kommunikation zu verbessern.

Zudem umfasst die ICF auch die personale Ebene und bezieht damit die subjektive Sicht des betroffenen Menschen mit ein. Dies ist deshalb wichtig, da bei dem chronisch kranken oder behinderten Menschen nicht die Krankheitsdiagnose selbst im Vordergrund steht, sondern vor allem die individuell erlebte gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung seiner Alltags- oder beruflichen Aktivitäten. Im Sinne einer verbesserten Kommunikation und Transparenz können so dem chronisch kranken und behinderten Menschen insbesondere die Reha-Ziele, Reha-Ergebnisse und Entscheidungen der Reha-Träger nachvollziehbarer vermittelt und seine Eigenverantwortung und Mitarbeit aktiviert werden. Unterstützt wird dies durch die allgemeinverständlichen Begrifflichkeiten der ICF.

Durch eine solche personenzentrierte Vorgehensweise kann die Kommunikation zwischen Arzt und Patient als Grundvoraussetzung für eine gute Compliance nachhaltig verbessert und die Eigenverantwortung für den gesundheitsfördernden Umgang mit der chronischen Krankheit oder Behinderung und deren Auswirkungen auf den Lebensalltag gestärkt werden.

Bei geeigneter Anwendung der ICF ist damit auch ein Beitrag zur Weiterentwicklung der Effektivität rehabilitativer Maßnahmen, insbesondere der Bedarfsgerechtigkeit und der Evaluation der Ergebnisqualität zu erwarten. Zugleich kann dies auch dem Abbau bürokratischer Hemmnisse dienen.

Der niedergelassene Arzt kommt mit der ICF derzeit vor allem bei der Frage nach einem möglichen Rehabilitationsbedarf seiner Patienten in Berührung. Einen konkreten Anknüpfungspunkt stellt dabei die Reha-Verordnung gemäß den Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 SGB V dar. Diese zum 1. April 2004 in Kraft getretenen Richtlinien zur Verordnung von Reha-Leistungen im Recht der Krankenversicherung wurden bereits auf der Grundlage der ICF erstellt. Die meisten niedergelassenen Ärzte sind insofern mit der ICF bereits direkt konfrontiert worden.

Die Kenntnis der ICF, ihre weitere Verbreitung und die Entwicklung geeigneter Anwendungsmöglichkeiten sind wesentliche Voraussetzungen dafür, die Chancen der ICF in Zukunft optimal zu nutzen und die vorgenannten Ziele ein gutes Stück weiter voranzubringen. Hierfür soll dieser Praxisleitfaden einen Beitrag leisten.

### **Aufbau des ICF-Praxisleitfadens**

*Kapitel 1* liefert einen theoretischen Überblick über Inhalt und Systematik der ICF, einschließlich eine Skizzierung der historischen Entwicklung.

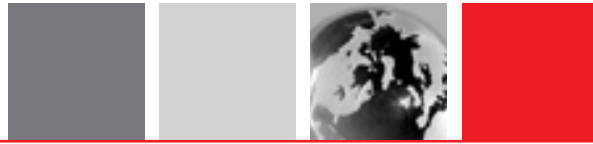
Im *Kapitel 2* wird anhand eines Fallbeispiels die Verbindung hergestellt zwischen den anamnestischen bzw. klinischen Daten und den entsprechenden Begrifflichkeiten der ICF.

Im *Kapitel 3* werden wegen der besonderen Nähe zwischen dem Konzept der ICF und dem umfassenden gesellschaftlichen Auftrag zur Sicherung von Teilhabe (gemäß SGB IX) die speziellen Zuständigkeiten und Aufgaben der verschiedenen Sozialleistungsträger beschrieben.

Im *Kapitel 4* werden nochmals die Kernaussagen zusammengefasst und mögliche Perspektiven für die Umsetzung der ICF aufgezeigt. Dies umfasst auch geeignete Forschungsprojekte für die Weiterentwicklung und Praktikabilität der ICF-Anwendung.

Im *Anhang* finden sich das Glossar, eine Übersicht über die Leistungen der verschiedenen Rehabilitationsträger, das Anwendungsbeispiel der ICF anhand des Formulars Muster 61 der Rehabilitations-Richtlinien und das Verzeichnis der Autoren.





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

Der Schwerpunkt der Nutzung der ICF liegt derzeit auf der Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells mit den Begrifflichkeiten der ICF. Der Einsatz der ICF als Kodierungsinstrument beschränkt sich zurzeit auf Forschungsprojekte. Ein genereller Einsatz der Kodierung ist auch mittelfristig wegen zahlreicher offener Fragen nicht zu erwarten. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die ICF gegeben.

### ■ 1. ICD und ICF

Die *Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD)* kann vor dem Hintergrund ihres bio-medizinischen Modells als eine international anerkannte und einheitliche Sprache aufgefasst werden, mit der Krankheitsphänomene in einer für alle professionellen Gruppen im Gesundheitswesen gleichen Weise benannt und verstanden werden. Erst hierdurch wird eine eindeutige Kommunikation über Krankheiten innerhalb und zwischen Professionen und Institutionen möglich.

Die Kommunikation mit Hilfe der ICD findet dort ihre Grenzen, wo nicht über Krankheiten selbst, sondern über die mit ihnen einhergehenden funktionalen Probleme, d. h. über die negativen Auswirkungen von Krankheiten auf das Leben eines Betroffenen gesprochen wird. Dazu gehören z.B. Beeinträchtigungen in den Bereichen der Mobilität, der Kommunikation, der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, der Interaktionen mit anderen Menschen oder des Erwerbslebens.

Die Notwendigkeit, auch für funktionale Probleme eine international anerkannte und einheitliche Sprache zu verwenden, die von allen professionellen Gruppen im sozialen Sicherungssystem in gleicher Weise verstanden wird, ergibt sich insbesondere aus deren zunehmender Bedeutung infolge steigender Prävalenz chronischer Krankheiten und steigender Lebenserwartung, dem Management dieser Probleme im sozialen Sicherungssystem sowie der Interventionsplanung, -durchführung und Verlaufskontrolle. Eine einheitliche Sprache dient in diesen Fällen der eindeutigen Beschreibung krankheits- oder altersbedingter funktionaler Probleme als Voraussetzung für eine gezielte Prävention und Intervention.

Darüber hinaus stellt die Verhütung, Beseitigung oder Verminderung funktionaler Probleme wie z. B. Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit das soziale Sicherungssystem vor immer stärker werdende Herausforderungen. Da in Deutschland das soziale Sicherungssystem gegliedert ist, ergeben sich Schnittstellenprobleme. Diese beziehen sich nicht nur auf den behandelnden Arzt und Reha-Träger, sondern auch auf die Reha-Träger untereinander. Eine einheitliche Sprache zu funktionalen Problemen dient hier als Brücke zwischen behandelndem Arzt und Reha-Träger sowie zwischen den verschiedenen Trägern und als Instrument für eine begründete Gewährung von Leistungen und für eine zielgerichtete und schnelle Zuweisung zu entsprechenden Einrichtungen.

Eine solche Sprache stellt die *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)* zur Verfügung. Sie wurde im Jahr 2001 von der Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet. Die ICF ergänzt die ICD. Der behandelnde Arzt erhält mit der ICF ein Instrument, das ihm seine „Gatekeeper“- und Steuerungsrolle als Vertragsarzt und Partner der verschiedensten Gesundheitsberufe erleichtern soll.

## ■ 2. Begrifflichkeiten und Modell der ICF

Die ICF stellt auf Aspekte der funktionalen Gesundheit und ihre Zusammenhänge ab (engl: functioning, „Funktionsfähigkeit“). Danach gilt eine Person als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren):

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Damit wird die rein bio-medizinische Betrachtungsweise verlassen. Zusätzlich zu den bio-medizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen), die die Ebene des Organismus betreffen, werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe) einbezogen. Die genannten Aspekte gleichsam umhüllend, werden die Kontextfaktoren der betreffenden Person in die Betrachtung einbezogen, d.h. alle externen Gegebenheiten der Welt, in der die betreffende Person lebt (Umweltfaktoren), sowie ihre persönlichen Eigenschaften und Attribute (personbezogene Faktoren). Kontextfaktoren können sich positiv oder negativ auf die funktionale Gesundheit auswirken.

Im Gegensatz zum bio-medizinischen Modell (ICD) wird im bio-psycho-sozialen Modell (ICF) der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen der Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren aufgefasst.

Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person ist das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem (ICD) einer Person und ihren Kontextfaktoren. Jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit wird in der ICF Behinderung genannt.

## ■ 3. Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

In Abbildung 1 ist das bio-psycho-soziale Modell der ICF skizziert.

Nach diesem komplexen Interdependenzmodell variiert der Zustand der funktionalen Gesundheit mit dem Gesundheitsproblem (ICD) und den Kontextfaktoren. Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kann neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen und jedes Element des Modells Ausgangspunkt für mögliche neue Probleme sein. So kann z.B. eine längere Bettlägerigkeit einer Person (Aktivitätseinschränkung) eine Muskelatrophie (Strukturschaden mit Funktionsstörung) bewirken. Eine langzeitarbeitslose Person (Beeinträchtigung der Teilhabe) kann eine reaktive Depression entwickeln oder alkoholabhängig werden (beides Krankheiten). Derartige Prozesse werden Sekundärprozesse genannt. Mit möglichen Sekundärprozessen sollte immer gerechnet werden. Neben Sekundärprozessen sind auch induzierte Prozesse bekannt. Induzierte Prozesse können sich bei Dritten, meist nächsten Angehörigen entwickeln. Bekannt sind induzierte Prozesse z.B. bei Eltern und/oder Geschwistern von krebserkrankten Kindern.

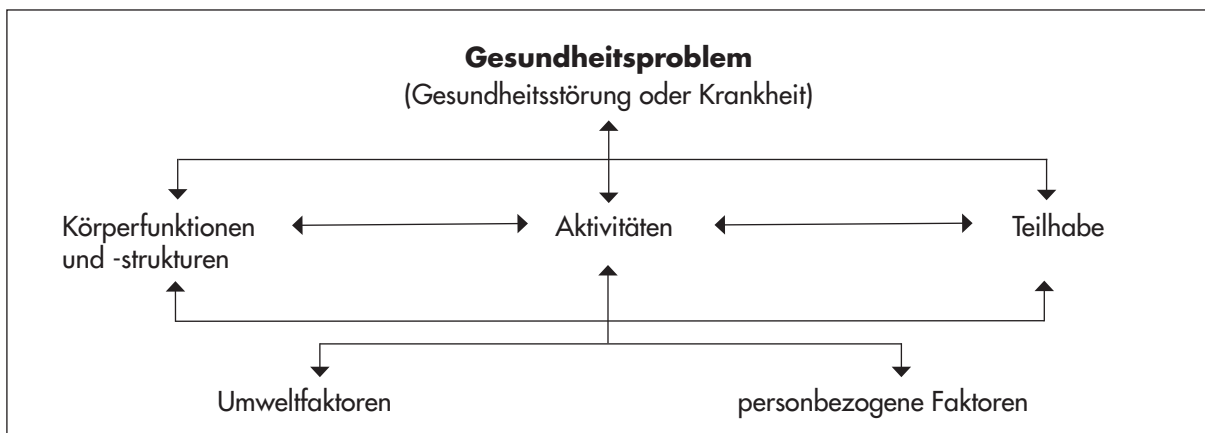


Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

Wird das Gesundheitsproblem als gegeben vorausgesetzt, dann kann der Einfluss der Kontextfaktoren auf eine funktionale Problematik zwischen „sehr stark“ und „sehr schwach“ sein, je nach Konstellation der Kontextfaktoren. Kann z.B. eine Person in Folge ihres Gesundheitsproblems noch halbtags arbeiten und möchte sie dies auch, besteht im aktuellen Wirtschaftssystem jedoch eine ausgesprochene Abneigung, Teilzeitarbeitsplätze zur Verfügung zu stellen, dann hat bei dieser Person dieser Umweltfaktor (Einstellungen in der Wirtschaft als Barriere) einen sehr hohen Einfluss auf die Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Erwerbsleben. In einer Wirtschaft hingegen, in der für gesundheitlich Beeinträchtigte genügend Teilzeitarbeitsplätze zur Verfügung stehen (Einstellungen in der Wirtschaft als Förderfaktor), käme es unter sonst gleichen Voraussetzungen praktisch kaum zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Erwerbsleben.

Mit dem bio-psycho-sozialen Modell wird ein bedeutender Paradigmenwechsel vollzogen. Funktionale Probleme sind nicht mehr Attribute einer Person, sondern sie sind das negative Ergebnis einer Wechselwirkung. Diese Betrachtung eröffnet ganz neue Perspektiven der Hilfe.

#### ■ 4. Bedeutung und Grenzen der ICF

Die ICF ist eine Klassifikation, mit welcher der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person beschrieben werden kann. Insbesondere ermöglicht sie es,

- das positive und negative Funktions-/Strukturbild,
- das positive und negative Aktivitätsbild im Sinne von Leistungsfähigkeit bzw. Leistung und
- das positive und negative Teilhabebild an Lebensbereichen

einer Person vor dem Hintergrund möglicher Barrieren, welche die Leistung oder Teilhabe erschweren oder unmöglich machen, oder Förderfaktoren, welche die Leistung oder Teilhabe trotz erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen wiederherstellen oder unterstützen, standardisiert zu dokumentieren.

Das wichtigste Ziel der ICF ist, eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit zur Verfügung zu stellen, um die Kommunikation zwischen Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen, insbesondere in der Rehabilitation, und den Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Funktionsfähigkeit zu verbessern. Darüber hinaus stellt sie ein systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme bereit und sie ermöglicht im Rahmen wissenschaftlicher Fragestellungen Datenvergleiche zwischen Ländern, Disziplinen im Gesundheitswesen, Gesundheitsdiensten sowie im Zeitverlauf.

Die *Bedeutung der ICF* für die Rehabilitation lässt sich wie folgt skizzieren: Die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit insbesondere auf der Ebene der Aktivitäten (Leistungsfähigkeit, Leistung) bei bedrohter oder eingeschränkter Teilhabe an Lebensbereichen einer Person ist eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation. Daher ist die ICF für die Rehabilitation bei der Feststellung des Reha-Bedarfs, bei der funktionalen Diagnostik, dem Reha-Management, der Interventionsplanung und der Evaluation rehabilitativer Leistungen nutzbar.

- Die ICF fördert die Einbeziehung der individuell relevanten Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren) in den Rehabilitationsprozess: Barrieren sind abzubauen und Förderfaktoren sind auszubauen oder zu stärken.

Die *Grenzen der ICF* werden insbesondere durch zwei Aspekte gekennzeichnet:

- Die ICF ist keine krankheitsspezifische Klassifikation, sondern mit ihr können auf die Funktionsfähigkeit bezogene Befunde und Symptome angegeben werden.
- Die ICF ist kein Assessmentinstrument (standardisierte Methoden und Instrumente zur Beschreibung und Beurteilung der Körperfunktionen/-strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe). Auf ihrer Grundlage können jedoch solche Instrumente entwickelt bzw. weiterentwickelt werden.

## ■ 5. Die Konzepte der ICF

### 5.1 Konzept der Körperfunktionen und Körperstrukturen

Das Konzept der Körperfunktionen und -strukturen bezieht sich auf den menschlichen Organismus einschließlich des mentalen Bereichs. Dabei sind Körperfunktionen die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen), Körperstrukturen anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Klassifikationen der Körperfunktionen und Körperstrukturen.

Tabelle 1: Klassifikationen der Körperfunktionen und Körperstrukturen

Klassifikation der Körperfunktionen (Kapitel der ICF)	Klassifikation der Körperstrukturen (Kapitel der ICF)
1. Mentale Funktionen	1. Strukturen des Nervensystems
2. Sinnesfunktionen und Schmerz	2. Das Auge, das Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen
3. Stimm- und Sprechfunktionen	3. Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
4. Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	4. Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems
5. Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems	5. Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel und endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen
6. Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	6. Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem im Zusammenhang stehende Strukturen
7. Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	7. Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen
8. Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde	8. Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

### 5.2 Konzept der Aktivitäten

Das Konzept der Aktivitäten bezieht sich auf den Menschen als handelndes Subjekt. Hierbei wird unter einer Aktivität die Durchführung einer Handlung oder Aufgabe verstanden. Beeinträchtigungen einer Aktivität sind Probleme, die eine Person bei der Durchführung einer Handlung oder Aufgabe hat.

Das Aktivitätskonzept umfasst zwei Sachverhalte: Leistungsfähigkeit und Leistung. Leistungsfähigkeit ist das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test-, Standard- oder hypothetischen Bedingungen, wobei die Bedeutung von „maximal“ abhängig von der Fragestellung ist (z. B. Dauerleistungsfähigkeit, Spitzenleistungsfähigkeit). Das Ausmaß einer Leistungsfähigkeit bezüglich einer Aktivität muss entweder aus dem positiven und negativen Funktions- und Strukturbild erschlossen oder, sofern dies wissenschaftlich begründet nicht möglich ist, getestet werden.

Leistung ist die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person unter den Gegebenheiten ihres Kontextes. Mit dem Begriff der Leistung wird berücksichtigt, dass die konkrete Durchführung einer Handlung oder Aufgabe stets in einem bestimmten Kontext erfolgt. Die Leistung variiert mit der Konstellation des Kontextes. So kann beispielsweise die Einschränkung beim Gehen durch die Bodenbeschaffenheit variieren. Dabei zeigt eine Person mit einer Fußheberschwäche auf einem unebenen und rauhen Untergrund, wie Kopfsteinpflaster, ein höheres Maß an Beeinträchtigung als auf einem ebenen und glatten Untergrund, wie z. B. PVC-Boden.

Die Beziehung zwischen den Konstrukten „Leistung“ und „Leistungsfähigkeit“ ist insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass von „Leistungsfähigkeit“ allein im Allgemeinen nicht auf „Leistung“ geschlossen werden kann. Es bedarf zusätzlicher Informationen über die Gegebenheiten der Umwelt, unter welchen die Leistungsfähigkeit in Leistung umgesetzt werden soll, und über die Leistungsbereitschaft der betrachteten Person. Dies gilt auch für den umgekehrten Fall.

Wichtige Aufgaben der Rehabilitation sind die Wiederherstellung oder die Verbesserung der Leistungsfähigkeit, die Verbesserung der Gegebenheiten des Kontextes durch Abbau von Barrieren und Schaffung von Förderfaktoren sowie ggf. das Einwirken auf die Leistungsbereitschaft.

### 5.3 Konzept der Teilhabe

Das Teilhabekonzept bezieht sich auf den Menschen als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt. Teilhabe ist das Einbezogenensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich. Beeinträchtigungen der Teilhabe sind Probleme, die eine Person beim Einbezogenensein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich hat. Das Konzept der Teilhabe ist mit Fragen nach dem Zugang zu Lebensbereichen sowie der Daseinsentfaltung und dem selbstbestimmten Leben und gleichberechtigten Teilhabe verknüpft sowie mit Fragen der Zufriedenheit, der erlebten gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der erlebten Anerkennung und Wertschätzung in den Lebensbereichen, die für die betrachtete Person von Bedeutung sind. Deshalb ist es wichtig, die Ziele der Rehabilitation gemeinsam mit dem Rehabilitanden zu erarbeiten.

#### *Gemeinsame Klassifikation für Aktivitäten und Teilhabe*

Die Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe enthält Lebensbereiche. Lebensbereiche sind Bereiche menschlichen Handelns (Aktivitäten) und/oder menschlicher Daseinsentfaltung (Teilhabe). Da sich diese Bereiche überschneiden und in der Praxis nur sehr schwer getrennt werden können, gibt es nur eine gemeinsame Klassifikation für Aktivitäten und Teilhabe. Beispielsweise kann im Hinblick auf die Mobilität einer Person für die Therapieplanung die Betrachtung der einzelnen Aktivitäten (Gehen, Bücken, Sitzen, Treppen steigen u. a.) im Vordergrund stehen, für die Frage nach der Daseinsentfaltung (z.B. Anfahrt zum Arzt, Besuche in der Nachbarschaft, Reisen) die Betrachtung der Teilhabe (Mobilität mit und ohne Transportmittel).

Mit den Items der Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe lassen sich beliebige neue Lebensbereiche bilden und damit an die individuelle Situation einer Person praxisnah anpassen. Z.B. können die verschiedenen zu verrichtenden Arbeiten (Handlungen und Aufgaben) an einem Arbeitsplatz als ein Lebensbereich aufgefasst und mit Items der Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe abgebildet werden. Darüber hinaus können im Rahmen der Erarbeitung der Ziele der Rehabilitation mit dem Rehabilitanden Items zu Lebensbereichen zusammengefasst werden, an welchen der Rehabilitand wieder vollständig teilhaben möchte.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Klassifikationen der Aktivitäten und Teilhabe.

Tabelle 2: Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe (Kapitel der ICF)

1. Lernen und Wissensanwendung (z.B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung)
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. Aufgaben übernehmen, die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
3. Kommunikation (z.B. Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken)
4. Mobilität (z.B. die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen)
5. Selbstversorgung (z.B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten)
6. Häusliches Leben (z.B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen)
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (z.B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen)
8. Bedeutende Lebensbereiche (z.B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (z.B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität)

#### 5.4 Konzept der Kontextfaktoren

Die Gegebenheiten des gesamten Lebenshintergrundes einer Person werden in der ICF Kontextfaktoren genannt. Kontextfaktoren setzen sich aus (1) Umweltfaktoren und (2) personbezogenen Faktoren zusammen. Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten. Umweltfaktoren sind in der ICF klassifiziert. Personbezogene Faktoren sind der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute) und umfassen Gegebenheiten des Individuums, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustands sind. Personbezogene Faktoren sind in der ICF noch nicht klassifiziert.

Die Einbeziehung von Kontextfaktoren ermöglicht es, die Frage zu beantworten, welche dieser Faktoren sich positiv und welche sich negativ auf die funktionale Gesundheit einer Person auswirken. Im ersten Fall wird von Förderfaktoren und im zweiten Fall von Barrieren gesprochen. Es macht z.B. bei der Beurteilung der funktionalen Gesundheit einer Person keinen Sinn, Kontextfaktoren zu nennen, ohne gleichzeitig anzugeben, ob sich diese als Förderfaktoren oder Barrieren auswirken.



Tabelle 3: Kontextfaktoren der ICF

Umweltfaktoren – Klassifikation der Umweltfaktoren (Kapitel der ICF)	Personbezogene Faktoren (nicht klassifiziert), z. B.
1. Produkte und Technologien (z.B. Hilfsmittel, Medikamente)	• Alter
2. Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z.B. Bauten, Straßen, Fußwege)	• Geschlecht
3. Unterstützung und Beziehungen (z.B. Familie, Freunde, Arbeitgeber, Fachleute des Gesundheits- und Sozialsystems)	• Charakter
4. Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen und der Gesellschaft (z.B. Einstellung der Wirtschaft zu Teilzeitarbeitsplätzen)	• Lebensstil
5. Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze (z.B. Gesundheits- und Sozialsystem mit seinen Leistungen und Diensten, Rechtsvorschriften)	• Fitness
	• sozialer Hintergrund
	• Erziehung
	• Bildung/Ausbildung
	• Beruf
	• Erfahrung
	• Coping
	• genetische Prädisposition

## ■ 6. Beurteilungsmerkmale der ICF

Die ICF enthält verschiedene Beurteilungsmerkmale, um den Zustand der funktionalen Gesundheit auf den Ebenen der einzelnen Klassifikationen näher zu charakterisieren.

Den einzelnen ICF-Komponenten sind unterschiedliche Beurteilungsmerkmale zugeordnet. Dazu gehört z.B. die Angabe des Schweregrades der Problematik auf den Ebenen der Körperfunktionen, Körperstrukturen, der Aktivitäten/Teilhabe und der Umweltfaktoren. Allerdings liefert die ICF zurzeit noch keine Operationalisierung für die Schweregradeinteilung. Auf der Ebene der Körperstrukturen kann weiterhin die Art und die Lokalisation der Schädigung gekennzeichnet werden.

Beurteilungsmerkmale für die Bereiche der Aktivitäten und Teilhabe betreffen die Differenzierung nach Leistungsfähigkeit oder Leistung unter Berücksichtigung des jeweiligen Kontextes (standardisierte oder reale Bedingungen, mit oder ohne Hilfsmittel/Assistenz). Mit Beurteilungsmerkmalen kann vor allem auch der positive oder negative Aspekt der jeweiligen ICF-Komponente ausgedrückt werden, der z.B. im Bereich der Umweltfaktoren einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen kann. Weitere Detailinformationen werden hier nicht ausgeführt, da sie speziell die Kodierungsregelung betreffen. Hierzu wird auf die ICF und die einschlägige Literatur verwiesen (vgl. Literaturverzeichnis).



### *ICF-Anwendungsbeispiel*

Der niedergelassene Arzt kommt mit der ICF derzeit vor allem bei der Frage nach einem möglichen Rehabilitationsbedarf seiner Patienten in Berührung. Einen konkreten Anknüpfungspunkt stellt dabei die hier dargestellte Verordnung gemäß den Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 SGB V dar. Die Zugangswege anderer Leistungsträger bleiben hiervon unberührt.

Für diese Verordnung werden neben der Dokumentation der Krankheitsdiagnosen (ICD) auch eine standardisierte Erfassung der Krankheitsauswirkungen und der für die Rehabilitation relevanten Kontextfaktoren (ICF) gefordert.

Anhand des nachfolgenden Beispiels soll verdeutlicht werden, wie und welche Informationen aus dem Krankenblatt des Vertragsarztes, nach Strukturierung dieser Informationen mit Hilfe der ICF, in die Verordnung von medizinischer Rehabilitation einfließen (Reha-Verordnung auf Formular Muster 61 für die gesetzlichen Krankenkassen im Anhang).



## Auszug aus dem Krankenblatt des Vertragsarztes

### Anamnese:

68-jährige Hausfrau, verwitwet, biologisch deutlich vorgealtert, lebt in Hochparterrewohnung (14 Treppenstufen) in einem Zweifamilienhaus (Eigentum) in ländlicher Umgebung. Ihre Tochter und deren Familie wohnen in der 1. Etage.

Nächst gelegene krankengymnastische Praxis im Nachbarort (15 km), nur mit dem Bus zu erreichen. Mitbehandelnder Orthopäde in der nächsten Kreisstadt (40 km), schlechte Verkehrsanbindung. Hausarzt und Einkaufsmöglichkeiten vor Ort.

Bislang wurden keine Leistungen der medizinischen Rehabilitation verordnet.

### Beschwerdesymptomatik:

Tief sitzende Rückenschmerzen, Ausstrahlung über die rechte Leiste entlang der vorderen Oberschenkelseite in das rechte Knie. Anlaufschmerz in der rechten Hüfte, Schmerzverstärkung beim Gehen und Treppensteigen. Trotz intensiver Physiotherapie unter Analgetika wegen anhaltender Schmerzsymptomatik im vergangenen Jahr 2 kurzstationäre KH-Aufenthalte in einer orthopädischen Klinik. Letztmalig vor 3 Monaten wurden dort periradikuläre Infiltrationen durchgeführt. Kein nachhaltiger Effekt.

Deutliche Einschränkung des persönlichen Bewegungsradius, ansteigendes Gewicht (BMI 29,8). Kompressionsstrümpfe können wegen der Beugeeinschränkung in der rechten Hüfte und den Knien nur mit Mühe an- und ausgezogen werden. Haushaltsführung eingeschränkt, gelegentliche Hilfe durch Tochter, Gartenarbeit ist wegen der schmerzhaften Rumpfbeugung nicht mehr möglich. Beim Gehen auf Handstock angewiesen, Gehstrecke max. 300 m.

### bereits durchgeführte Diagnostik:

#### ■ Röntgen:

- Beckenübersicht und rechte Hüfte axial - aktuell: vermehrte Sklerosierung beider Pfannendächer re>li mit Randanbauten rechts, leicht verschmälertem Gelenkspalt, geringfügige Beinverkürzung, beginnende Entrundung des Femurkopfes
- re. Kniegelenk in 2 Ebenen: medial betonte Randanbauten insbesondere tibial mit subchondraler Sklerosierung beider Gelenkflächen, Gelenkspaltverschmälerung medial > lateral, Geröllzysten medialer Femurcondylus

■ MRT der LWS – 7 Monate alt: Bandscheibenprolaps in Höhe L4/L5 rechts lateral mit leichter Irritation der Wurzel, beginnende Spinalkanalstenose in Höhe L3-L5 und beginnende Foramenstenose L4 und L5 rechts.

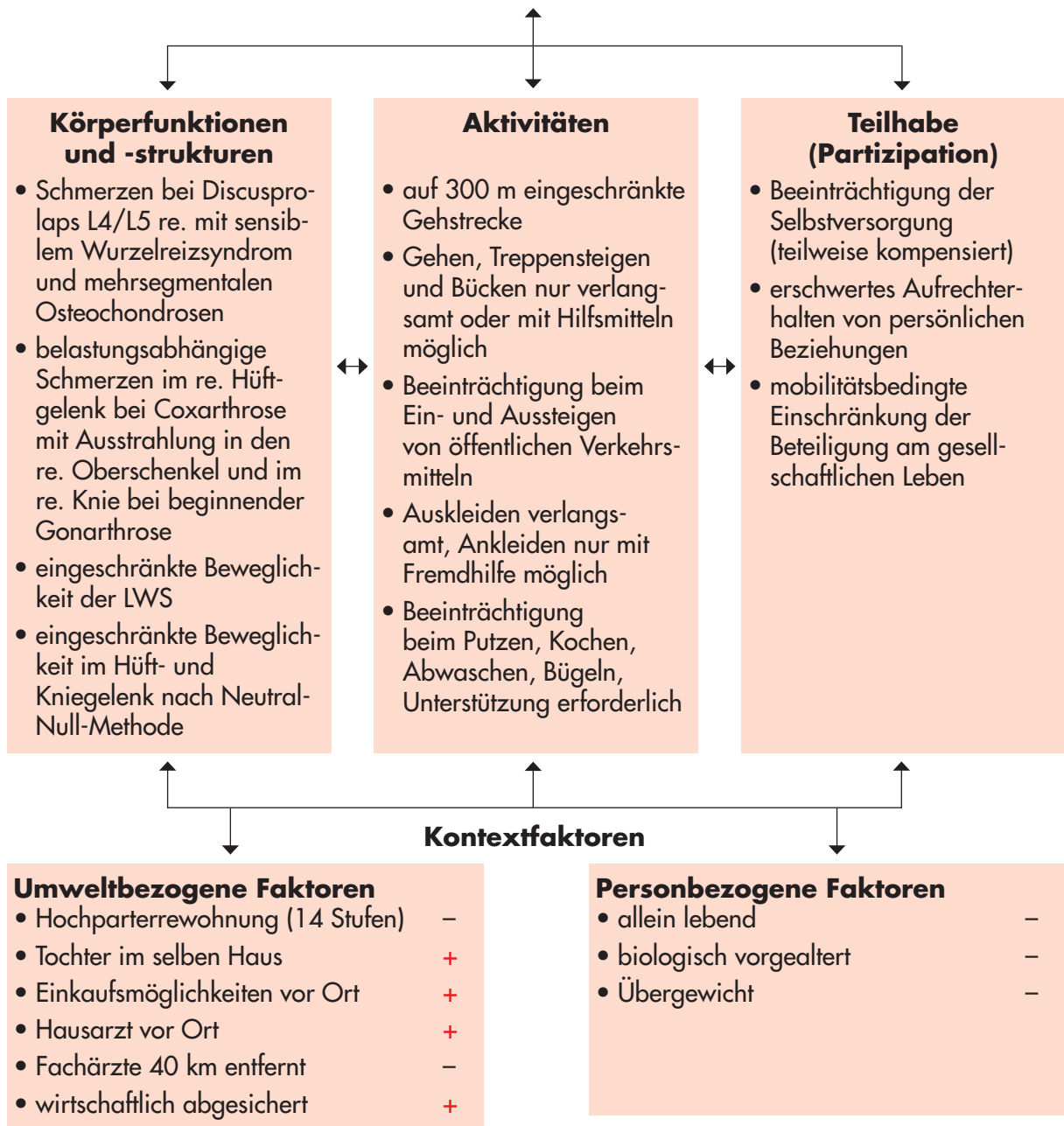
■ aktuelle Laborwerte: Grenzwertige Erhöhung der Leberwerte und Nüchternblutzucker, Hypertriglyceridämie.

### Therapien/Verordnungen:

- Heilmittel: Bewegungstherapie (12x), Traktionsbehandlung (6x), Elektrotherapie (6x), standardisierte Heilmittelkombination (6x)
- Hilfsmittel: 1 Handstock, Kompressionsstrümpfe Kl. 2
- andere Maßnahmen: Patientenschulung, Ernährungsberatung

## Gesundheitsproblem / ICD-10

- M54.4 exacerbiertes, chronisches LWS Syndrom bei Discusprolaps L4/L5 re.
- M16.1 mittelgradige Coxarthrose re.
- M17.1 Gonarthrose
- I 83.9 Stammvaricosis 2. Grades bds.
- I 10.9 arterielle Hypertonie



Förderfaktoren +  
 Barrieren -

Abbildung 2: Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten

Die vorgenannte Fallstrukturierung (Abb. 2) lässt die komplexen Aus- und Wechselwirkungen der Krankheiten unter Berücksichtigung der für die Patientin wichtigen Umweltbedingungen und ihres persönlichen Lebenshintergrundes erkennen. Diese bio-psycho-sozialen Aspekte sind auch von zentraler Bedeutung bei der Frage nach der angezeigten Art der Behandlung (z.B. kurativ, rehabilitativ). Da die ICF zum einen krankheitsübergreifend angelegt ist und sie zum anderen nur eine „Momentaufnahme“ und somit auch keine Krankheitsdynamik und -prognose abbilden kann, müssen bei sozialmedizinischen Fragestellungen, wie z.B. bei der Indikationsstellung für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation, die ICF-Komponenten immer vor dem Hintergrund der krankheitsspezifischen Parameter, wie Schwere, Dauer, bisherige Therapie und Verlauf der zugrunde liegenden Erkrankung(en), beurteilt werden.

Im Fallbeispiel stehen bei der Patientin ein chronisches, degenerativ bedingtes LWS-Syndrom und eine Coxarthrose rechts im Vordergrund der Problematik. Die Mobilität der Patientin hat sich im Zusammenhang mit einem Discusprolaps L4/L5 und der progredienten Arthrose im Hüft- und Kniegelenk seit mehreren Monaten aufgrund der schmerzhaften Bewegungseinschränkung deutlich verschlechtert. Hieraus resultiert eine zunehmende Beeinträchtigung der häuslichen Lebensführung und der Selbstversorgung (Teilhabebeeinträchtigung). Mit der bisherigen Behandlung (haus- und fachärztliche Mitbetreuung einschließlich Analgetika, Antiphlogistika, Hilfsmittel – Gehstock –, intermittierend Heilmittel und stationäre Schmerztherapie) konnte noch keine durchgreifende Besserung der Beschwerdesymptomatik erzielt werden. Eine operative Intervention ist derzeit noch nicht indiziert, eine medizinische Rehabilitation wurde bisher nicht durchgeführt.

Aufgrund der Gesamteinschätzung ist bei Fortsetzung der bisherigen Therapie keine ausreichende Besserung der beschriebenen Problematik zu erwarten. Es besteht die Indikation für eine komplexe medizinische Intervention im interdisziplinären Setting (medizinische Rehabilitation), insbesondere um die Selbstständigkeit im Lebensalltag (Mobilität, Selbstversorgung, häusliches und gesellschaftliches Leben) wieder zu erreichen.

Zur Stabilisierung des Rehabilitationserfolges muss weiterhin auf die gezielte Förderung von unterstützenden Kontextfaktoren und auf den Abbau von ungünstigen Kontextfaktoren fokussiert werden. Dies ist auch zu berücksichtigen im Hinblick auf eine drohende Pflegebedürftigkeit (Reha vor Pflege).



### Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Rehabilitative Leistungen zielen darauf ab, für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Das Sozialgesetzbuch (SGB) IX ist die trägerübergreifende rechtliche Grundlage für die verschiedenen Leistungen. Es wird in Abhängigkeit von den jeweiligen Zielen der Träger durch trägerspezifische Regelungen in den Sozialgesetzbüchern (z. B. für die Bundesagentur für Arbeit in SGB III, die gesetzliche Krankenversicherung in SGB V, die gesetzliche Rentenversicherung in SGB VI, die gesetzliche Unfallversicherung in SGB VII) ergänzt.

Die *medizinische Rehabilitation* (§§ 26 ff. SGB IX) soll Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen oder eine Verschlimmerung verhüten. Sie umfasst die Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, die Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Psychotherapie, Hilfsmittel sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie. Auch Leistungen im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung oder Nachsorge zählen zur medizinischen Rehabilitation.

Inhaltlich lassen sich die Leistungen einem somatischen Bereich (u. a. medizinische Betreuung, Sekundärprävention, körperliches Training), einem edukativen Bereich (u. a. Aufklärung, Beratung und Schulung, Verhaltensmodifikation, Compliance, Förderung der Eigenverantwortlichkeit, Risikofaktoren-Erkennung und -Behandlung), einem psychologischen Bereich (u. a. psychologische Betreuung, psychoedukative Maßnahmen, Krankheitsverarbeitung, Psychotherapie) und einem sozialmedizinischen Bereich (u. a. Maßnahmen zur verbesserten beruflichen und sozialen Wiedereingliederung, Kooperation mit behandelnden Ärzten und Betriebs-/Personalarzt, sozialmedizinische Leistungsbeurteilung) zuordnen.

Sofern nach durchgeführter Leistung zur medizinischen Rehabilitation eine weitere Verbesserung eingeschränkter Fähigkeiten, die Verstetigung und Verstärkung von Selbstwirksamkeitseffekten, der nachhaltige Transfer des Gelernten in den Alltag oder die Förderung von persönlicher und sozialer Kompetenz angestrebt werden, kommen Leistungen der Rehabilitations-Nachsorge als Bestandteil der Leistungen zur medizinischen *Rehabilitation in Frage*.

Bei dem besonderen Verfahren der Anschlussrehabilitation (Anschlussheilbehandlung, AHB) werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei einem festgelegten Kanon von Krankheiten unmittelbar oder im engen zeitlichen Zusammenhang an eine stationäre Krankenhausbehandlung angeschlossen. Das Verfahren beruht auf einer Vereinbarung zwischen Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und einigen Krankenkassen. Die Anschlussrehabilitation wird in speziell ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt.

Leistungen zur Frührehabilitation stellen demgegenüber einen Bestandteil der akutstationären Behandlung dar (§ 39 Abs. 1 SGB V). Sie sind insbesondere bei neurologischen Krankheiten mit komplexen Schädigungsmustern erforderlich.

Durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33ff SGB IX, berufliche Rehabilitation) soll die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessert, hergestellt oder wieder hergestellt und die Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer gesichert werden. Hierzu gehören auch Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen.

Als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55ff SGB IX, soziale Rehabilitation) werden die Leistungen erbracht, die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen und die nicht als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeits-

---

leben sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen erbracht werden. Zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gehören u. a. heilpädagogische Leistungen für Kinder und Hilfen zum Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben werden ergänzt durch unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§§ 44ff SGB IX, u. a. Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Ausbildungsgeld, Beiträge zur Sozialversicherung).

Trägerspezifische rechtliche Regelungen sind im Anhang (B) aufgeführt.

## Fazit und Ausblick

Die ICF stellt eine gemeinsame Denk- und Handlungsgrundlage für alle dar, die an der Behandlung, Therapie und Versorgung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen beteiligt sind. Die ICF ist zweierlei: Sie ist zum einen ein Konzept oder eine „Philosophie“ zum besseren Verständnis von Behinderung und Gesundheit auf der Grundlage der bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen. Man verwendet in diesem Zusammenhang auch den Begriff der „funktionalen Gesundheit“. Zum anderen ist die ICF eine Klassifikation zur Kodierung der Komponenten der funktionalen Gesundheit. Die Kodierung wird auf absehbare Zeit nur in sehr speziellen Zusammenhängen verwendet werden können.

Anders verhält es sich mit der „Philosophie“. Die „Philosophie“ der ICF markiert einen Paradigmenwechsel, weg von einer diagnose- und defizitorientierten Sicht hin zu einer umfassenden Betrachtung des ganzen Menschen. Sie stellt dafür eine Systematik und eine gemeinsame Sprache zur Verfügung.

Ausgangspunkt für die Anwendung der ICF ist stets ein Gesundheitsproblem. Ein gleiches Gesundheitsproblem kann jedoch im Leben verschiedener Menschen ganz unterschiedliche Auswirkungen haben. Das hat viele Gründe. Die Aspekte der individuellen Kompensationsfähigkeit, persönlicher Einstellungen und Ressourcen müssen ebenso betrachtet werden wie evt. bestehende Barrieren. So kommt es z.B. auf vorhandene oder fehlende Unterstützung des betroffenen Menschen am Arbeitsplatz und im Privatleben an. Es besteht stets die Gefahr, dass diese vielfältigen Wechselwirkungen in der täglichen therapeutischen Arbeit untergehen. Die ICF ist hier ein wichtiger Bezugspunkt, mit dem diese Aspekte immer wieder in Erinnerung gerufen werden können.

Die *gemeinsame Sprache* spiegelt diese Philosophie wider. Sie ist allgemeinverständlich und keine spezifische Fachsprache. Betroffene und ggf. Angehörige können somit besser in die Therapie eingebunden werden. Ihre Beteiligung schon bei der Hilfeplanung verbessert die Qualität des Ergebnisses und die Bereitschaft und Möglichkeiten der Betroffenen zur Mitwirkung und Gestaltung ihrer Therapien und sonstigen Maßnahmen.

*Philosophie und Sprache der ICF* bewähren sich bereits in der praktischen Anwendung. In Rehabilitationseinrichtungen erleichtert die Verwendung der ICF aus Sicht der Anwender die Zusammenarbeit im interdisziplinären Rehabilitationsteam. Berichtet wird von einem besseren Verständnis für die Aufgaben und Möglichkeiten der jeweils anderen Berufsgruppen, einer besseren Kooperation und Erleichterung der inhaltlichen und formalen Planung des Rehabilitationsprozesses. Auch aus dem Ausland gibt es entsprechende positive Erfahrungen. Mithilfe der ICF könnte es zudem gelingen, durch eine bessere Kommunikation zwischen den Behandlern der verschiedenen Sektoren die ambulante und stationäre Behandlung stärker zu verzahnen.

Auch die Bedarfsermittlung und Hilfeplanung durch Ärzte und sozialpädagogische Fachdienste für Leistungen z.B. für psychisch kranke Menschen im Rahmen der Eingliederungshilfe kann mit diesem Instrument erfolgen. In einigen Regionen wird die ICF deshalb bereits im Gesamtplanverfahren und in der Hilfeplanung genutzt. Damit bewegen sich medizinische und soziale Arbeit im gleichen Bezugsrahmen.

Das Konzept der ICF ist schon heute aktueller Maßstab im Bereich von Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien. Kaum ein entsprechendes Dokument kommt ohne Bezug auf die ICF aus. Dies gibt berechtigte Hoffnung auf eine bessere Abstimmung der Akteure im Feld von Richtlinien und Verordnungen, die nun auf ein gemeinsames und anerkanntes Konzept zurückgreifen können. So hat das Konzept der ICF Eingang in das *Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“* aus dem Jahr 2001 gefunden. Im Bereich der untergesetzlichen Normen findet sich häufig ein ausdrücklicher Bezug auf die ICF, so etwa in den *„Rehabilitations-Richt-*

linien nach § 92 SGB V“ des Gemeinsamen Bundesausschusses, worin auch die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch Vertragsärzte geregelt worden ist. Auch die „Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) wurden an die ICF angepasst. Ebenso basiert die 2004 in Kraft getretene, zum Regelungsbereich des SGB IX gehörende „Gemeinsame Empfehlung für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen“ der BAR auf der ICF als Grundlage für ein bio-psychosoziales Verständnis bei der Begutachtung. In der sozialmedizinischen Begutachtung wird das Konzept der ICF erfolgreich eingesetzt. Die Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO) empfiehlt in ihrem Abschlussbericht von 2004 die Anwendung der ICF, rechnet jedoch mit einem längeren Zeithorizont für die Einführung. Allerdings beziehen sich schon heute die Empfehlungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur sozialmedizinischen Begutachtung auf die ICF.

Daneben bietet die ICF grundsätzlich auch die Möglichkeit zu einer systematischen Kodierung, z. B. für Gesundheitsinformationssysteme und ermöglicht so nationale und internationale Datenabgleiche zwischen verschiedenen Disziplinen im System der sozialen Sicherung. Für eine Kodierung wären allerdings noch umfassende Vorarbeiten zu leisten. Wegen der zeitlichen und fachlichen Anforderungen an solche Kodierungen können diese sicherlich nicht quasi „nebenbei“ erledigt werden, in der Gesundheits- und Sozialstatistik werden sie jedoch ihren Platz finden. Notwendige Weiterentwicklungen einer solchen formalisierten Darstellung umfassen die Definition von Schweregradeinstufungen der jeweiligen Beeinträchtigungen sowie die Entwicklung praktikabler Dokumentationsinstrumente für die Anwendung der ICF. Dies sind Aufgaben weiterer nationaler und internationaler Forschungsvorhaben.

Die ICF erleichtert es, Schnittstellen innerhalb der Behandlungsstufen zu überwinden und zu einem gemeinsamen Verständnis der bio-psycho-sozialen Situation von Menschen mit Behinderungen zu kommen.

Die verschiedenen Leistungserbringer können so besser zusammenarbeiten und Reibungsverluste zu den Leistungsträgern und zwischen den Leistungsträgern verringern.

Auch zwischen den Sektoren kann so ein gemeinsames Verständnis erreicht werden.

Reibungsverluste durch Missverständnisse zwischen Leistungsträgern und Ungenauigkeiten im Ausdruck werden verringert.

Die Akteure sparen damit letztlich Zeit, welche die von einem Gesundheitsproblem Betroffenen in der Form einer intensiveren Zuwendung gewinnen können.

Den Betroffenen kann so besser Hilfe wie aus einer Hand zuteil werden, an der sie auch aktiv mitgestalten können.



## *Literatur*

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Rehabilitation und Teilhabe-Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation, Deutscher Ärzte-Verlag 2005

DIMDI: Die vorläufige Endfassung der ICF in Deutscher Übersetzung, Stand Okt. 2004, <http://www.dimdi.de> (2.11.05)

Leistner, K. und Beyer, H.-M. (Hrsg.): Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Ecomed Medizin, Landsberg/Lech, 2005

Rentsch, P. und Bucher, P.O.: ICF in der Rehabilitation, Schulz-Kirchner Verlag, 2005  
Schuntermann, M.-F.: Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – offene Fragen. Ecomed Medizin, Landsberg/Lech, 2005

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung – SOMEKO –, DRV-Schriften Band 53, 2004





## Die wichtigsten Begriffe der ICF

**Aktivitäten** bezeichnen die Durchführung von Aufgaben oder Handlungen durch eine Person. Siehe auch Leistungsfähigkeit, Leistung.

**Barrieren** sind Kontextfaktoren (insbesondere Umweltfaktoren), die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Teilhabe) auswirken.

**Beeinträchtigungen der Aktivität** sind Schwierigkeiten, die eine Person bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.

**Beeinträchtigungen der Teilhabe** sind Probleme, die eine Person beim Einbezogen sein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich erlebt.

**Behinderung** ist jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person. Der Behinderungsbegriff der ICF ist wesentlich weiter gefasst als der des SGB IX.

**Beurteilungsmerkmale** dienen der näheren Qualifizierung der dokumentierten Items der verschiedenen Teilklassifikationen. Das allgemeine Beurteilungsmerkmal, das für alle Klassifikationen gleich ist, gibt den Schweregrad des Problems an. Bei den Umweltfaktoren besteht das Problem in Barrieren. Es können jedoch auch die Funktionsfähigkeit förderliche Faktoren (Förderfaktoren) kodiert werden. Die weiteren Beurteilungsmerkmale sind klassifikationsabhängig.

**Domäne:** Sinnvolle und praktikable Menge von Items aus einer beliebigen Teilklassifikation der ICF.

**Förderfaktoren** sind Kontextfaktoren (insbesondere Umweltfaktoren), die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Teilhabe) auswirken.

**Funktionale Gesundheit** umfasst die Aspekte der Körperfunktionen und -strukturen des Organismus einer Person sowie die Aspekte der Aktivitäten und Teilhabe der Person an Lebensbereichen vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren. Funktionale Gesundheit ist kein expliziter Begriff der ICF.

**Funktionsfähigkeit** umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit.

**Kategorien** bilden die Einheiten vier Teilklassifikationen der ICF auf Item-Ebene.

**Komponente** ist der zu klassifizierende Gegenstand, also (1) Körperfunktionen und -strukturen, (2) Aktivitäten und Teilhabe, (3) Umweltfaktoren und (4) personbezogene Faktoren (in der ICF nicht klassifiziert).

**Kontextfaktoren** sind alle Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person. Sie sind in Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren gegliedert.

**Körperfunktionen** sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen). Siehe auch Schädigungen.

**Körperstrukturen** sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. Siehe auch Schädigungen.

---

**Lebensbereiche** sind Domänen der Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe.

**Leistung** ist die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person in ihrem gegenwärtigen Kontext.

**Leistungsfähigkeit** ist das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test-, Standard-, oder hypothetischen Bedingungen.

**Partizipation** siehe Teilhabe.

**Personbezogene** Faktoren sind der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute), z.B. Alter, Geschlecht, allein lebend.

**Schädigungen** sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.

**Teilhabe** ist das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich.

**Umweltfaktoren** bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten. Umweltfaktoren sind in der ICF klassifiziert.

## LEISTUNGEN DER VERSCHIEDENEN REHABILITATIONSTRÄGER

Träger der Leistungen zur Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen nach § 6 SGB IX sind:

- die gesetzlichen Krankenkassen
- die Bundesagentur für Arbeit
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe
- die Träger der Sozialhilfe.

In Abhängigkeit von den Zielen der Träger werden unterschiedliche Leistungen erbracht. Die rechtlichen Grundlagen dafür können der Tabelle 4 entnommen werden.

Träger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	unterhalts-sichernde und ergänzende Leistungen
Gesetzliche Krankenversicherung	§§ 40 - 42 SGB V	–	–	§ 43, §§ 44 - 51 SGB V
Bundesagentur für Arbeit	–	§§ 97ff SGB III §§ 14 - 18a SGB II	–	§§ 160 - 168 SGB III
Gesetzliche Unfallversicherung	§§ 27, 33, 34 SGB VII	§ 35 SGB VII	§§ 39 - 43 SGB VII	§§ 39 - 43 45 - 52 SGB VII
Gesetzliche Rentenversicherung	§ 15 SGB VI	§ 16 SGB VI	–	§§ 20 - 30 SGB VI
Versorgungsverwaltung (Soziales Entschädigungsrecht)	§§ 11f, 27 d BVG			§§ 16 - 16f, 26a, 27ff BVG
Jugendhilfe	§§ 11 - 41 SGB VIII			–
Sozialhilfe	§§ 53 ff, § 60 SGB XII, §§ 14 - 18a SGB II			–

Über die in der Tabelle angegebenen Leistungen und ihren rechtlichen Grundlagen hinaus gehend werden weitere Leistungen einzelner Träger erbracht, z. B. sonstige Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 31 SGB VI), Förderung der Berufsausbildung (§§ 59 - 76 SGB III) und der beruflichen Weiterbildung (§§ 77 - 87 SGB III). Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind in der Heilbehandlung enthalten bei der gesetzlichen Unfallversicherung (§§ 27 - 34 SGB VII) sowie im sozialen Entschädigungsrecht nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 11 BVG).

## FALLSTRUKTURIERUNG ANHAND DES FORMULARS MUSTER 61 FÜR DIE

Das in Kapitel 2 beschriebene Fallbeispiel wird nachfolgend anhand des Formulars Muster 61 zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation strukturiert. Ist ein anderer Rehabilitationsträger zuständig, entfällt dieses Formular.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Vorname, Name des Versicherten <b>Andersen, Hedwig</b> geb. am <b>68 Jahre</b>		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

61 Teil A

### Verordnung von medizinischer Rehabilitation\*

Ist ein anderer Rehabilitationsträger (z. B. Unfall-, Rentenversicherung) zuständig, ist dieses Formular nicht auszufüllen.

\*Für Kinder/Jugendliche, Mütter/Mutter-Kind, Sucht, neurologische Rehabilitation Phase C, D, psychosomatische und geriatrische Rehabilitation sind ggf. weitergehende spezifische Fragestellungen zu beantworten

Bitte Nein-/Ja-Antworten ankreuzen    Nein =     Ja =

## I. Sozialanamnese

### A. Lebenssituation

allein lebend                       mit (Ehepartner/-in)                       betreutes Wohnen   
 mit/bei Kindern                       Pflegeeinrichtung

### B. Welche berufliche Tätigkeit übt der/die Versicherte derzeit aus? (berufliche Tätigkeit, Schüler/-in, Student/-in, Hausfrau/Hausmann, Rentner/-in)

Hauptfrau  
 Std./Woche \_\_\_\_\_ Schichtdienst   und zwar \_\_\_\_\_  
 arbeitslos  seit \_\_\_\_\_ arbeitsunfähig  seit \_\_\_\_\_

### C. Ist der/die Versicherte krankheitsbedingt in der Ausübung seiner/ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?

nein ja                      Art der Einschränkung  
                       J. \_\_\_\_\_

### D. Wurde ein Auftrag auf Pflegebedürftigkeit nach dem Pflege-Versicherungs-Gesetz gestellt?

Pflegestufe \_\_\_\_\_ Schwerbehinderung anerkannt                        GdB \_\_\_\_\_ Merkzeichen \_\_\_\_\_

## II. Klinische Anamnese

### Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

Seit 1 J. progred. Lumboschmerzen m. Schmerzausstrahl. über den re. ventralen OS bis ins re. Knie.  
 Anlaufschmerz, Schmerzzunahme bei Belastung, Zweimaliger kurzzeit. Aufenthalt zwecks periradikulärer  
 Infiltrationen, letztmalig vor 3 Monaten ohne nachhaltigen Erfolg, Zunehmende schmerzhafte Bewegungseinschränkung  
 beim Bücken, Gehen, Treppensteigen, Anziehen der Kompressionstrümpfe, Ein- und Aussteigen aus dem Bus

## III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

nach ICD 10

- |                                                                     |       |
|---------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. Exazerbiertes, chron. LWS-Syndrom bei Discusprolaps L4/L5 rechts | M54.4 |
| 2. Mittelschwere Coxarthrose rechts                                 | M16.1 |
| 3. Beginnende Gonarthrose re.                                       | M17.1 |
| 4. Varikosis bds, 2. Grades                                         | I83.9 |
| 5. Arterielle Hypertonie                                            | I10.9 |

Diagnose(n) Nummer(n)                      Ist/sind zurückzuführen auf  
 J. \_\_\_\_\_                      J. \_\_\_\_\_

Arbeitsunfall, Schulunfall                       sonstiger Unfall                       Berufskrankheit                       Gesundheitsschaden nach dem BVG

Original für die Krankenkasse  
 Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

Vorname, Name des Versicherten <u>Andersen Hedelo</u>	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
----------------------------------------------------------	------------	------------------

61 Teil B

### Verordnung von medizinischer Rehabilitation

#### IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

##### A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

- Schmerzen b. Discusprolaps L4/5 re. n. sensiblen Wurzelreizsyndrom u. mehrsegg. Osteochondrosen
- Schmerzen b. d. Beugung d. re. Hüftgelenks sowie belastungsbhängig b. Gehen u. Treppsteigen mit Ausstrahl. von der Leiste rechts in den OS b. Coxarthrose
- Schmerzen b. Beugung d. re. Kniegelenkes und retropatellarem Reiben

##### B. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Schwierigkeiten (Vergleichen mit Referenz)	personelle Hilfe nötig	nicht ausführbar
<b>Kommunikation</b> (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b> (z. B. Wechsel Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b> (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges <u>Gehstrecke &lt; 300 m mit Handstock</u>				

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z. B. Barthel-Index) Barthel-Index: 90 wegen Beeinträchtigung beim Treppensteigen, An- und Auskleiden

##### C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt

**Persönliches und familiäres Umfeld** (z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahe stehenden Angehörigen)  
 Vers. ist verwitwet, lebt allein in eigener Wohnung, Hochparterre über 14 Stufen zu erreichen, ländliches Umfeld, Selbstversorgung bislang nicht gewährleistet. Die Tochter bewohnt die obere Wohnung im Zweifamilienhaus.

**Berufliches/schulisches Umfeld** (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)

**Soziales Umfeld** (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)  
 Wirtschaftl. abgesichert, eigenes Haus. Med. Angebote wie KG (Nachbarort 15 km entfernt) und orthopädische Mitbehandlung (Kreisstadt 40 km entfernt) können nur mit öffentl. Verkehrsmitteln erreicht werden. Einkaufsmöglichkeiten vor Ort.

**Risikofaktoren**

Nikotin	<input type="checkbox"/>	Alkoholmissbrauch	<input type="checkbox"/>	Übergewicht	<input checked="" type="checkbox"/>	Bewegungsmangel	<input checked="" type="checkbox"/>
Drogenmissbrauch/Medikamentenmissbrauch	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>				

Original für die Krankenkasse  
 Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

Vorname, Name des Versicherten Andersen, Hedevig	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
-----------------------------------------------------	------------	------------------

61 Teil C

### Verordnung von medizinischer Rehabilitation

#### V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation

##### A. Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung u. ä.)

Regelmäßige Hausarzt- Betreuung, in größeren Abständen ortho. Mitbehandlung, letztes Jahr 2 stat. KH-Aufenthalte mit Interventionen

##### B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

regelmäßig Analgetika und Antiphlogistika, gelegentlich Cortison, Antihypertonikum und Schlafmittel regelmäßig

##### C. Heilmittel

	In den letzten 12 Monaten erfolgt		Anzahl	Auswertung		In den letzten 12 Monaten erfolgt		Anzahl	Auswertung		
	nein	ja		nein	ja	nein	ja		nein	ja	
Massage/therapie (einschl. Lymphdrainage)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wärme-/Kälte/therapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bewegung/therapie (z. B. KG und manuelle Therapie)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Standardisierte Heilmittelkombinationen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Traktions/behandlung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Stimm-, Sprech- und Sprach/therapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektro/therapie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ergo/therapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis zu der angegebenen Einschätzung

##### D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann? Handstock, Kompressionsstrümpfe Klasse 2

Vorhanden	Auswertung
nein ja	nein ja
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

##### E. Andere Maßnahmen

	Durchgeführt		Auswertung		Durchgeführt		Auswertung		
	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	
Psycho/therapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ernährungs/beratung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rehabilitations/sport/ Funktionstraining	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Patienten/schulung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Medizinische Vorsorgeleistungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### F. Sonstiges

J.

Durchgeführt	Auswertung
nein ja	nein ja
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

##### VI. Rehabilitationsfähigkeit

Der Patient verfügt über eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Der Patient ist motivierbar	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

##### VII. Rehabilitationsziele

###### A. Ziele aus der Sicht des Arztes im Hinblick auf

a) Schädigungen  
Schmerzreduktion

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und/oder Teilhabe

Verbesserung der Mobilität, Sicherung der Selbstversorgung, Vermeidung von Pflegebedürftigkeit

c) negative Kontextfaktoren / Risikofaktoren

Übergewicht, Bewegungsmangel

###### B. Ziele aus der Sicht des Patienten/Angehörigen

Schmerzfrees Gehen und Treppensteigen, Erhaltung der Selbständigkeit

Original für die Krankenkasse  
Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

Vorname, Name des Versicherten <b>Andersen, Hedwig</b>	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
-----------------------------------------------------------	------------	------------------

61 Teil D

**Verordnung von medizinischer Rehabilitation**

**VIII. Rehabilitationsprognose**

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

	nein	ja		nein	ja
Schädigungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kontextfaktoren	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aktivitäten und Teilhabe	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**IX. Sonstige Angaben**

**A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung**

(z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachlich Betreuungsangebote)

Ja

**B. Reisefähigkeit**

Öffentliche Verkehrsmittel ausreichend  PKW erforderlich  Krankentransport erforderlich

**C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?**

nein ja Begründung

**D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig?**

nein ja

**E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert?**

nein ja

**X. Zusammenfassende Wertung**

**A. Empfohlene Rehabilitation** ambulante Rehabilitation  stationäre Rehabilitation

**B. Inhaltliche Schwerpunkte**

Orthopädische Behandlung, Schmerztherapie

**C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen**

Krankengymnastik (einschl. Schlingentisch und Bewegungsbod), Rückenschule, Reduktionskost, Ernährungsberatung

**D. Vorliegende Befundberichte**

sind beigelegt  sind nicht beigelegt  weil \*RS/MRT/Laborbefunde

**E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:**

durch die Krankenkasse  durch den MDK

**F. Besondere Hinweise**

Zeitraum nach Möglichkeit im Flachland (ortsgebundene Heilmittel - Moor)

Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes

Datum

Original für die Krankenkasse  
Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt



## AUTOREN

---

Der ICF-Praxisleitfaden wurde erstellt von Mitgliedern der BAR-Arbeitsgruppe „Umsetzung der ICF“ und beratenden Mitarbeitern:

Dr. Hans-Martin Beyer, Kassenärztliche Bundesvereinigung;

Dr. Wolfgang Cibis, Deutsche Rentenversicherung Bund;

Dr. Stefan Gronemeyer, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen;

Dr. Sabine Grotkamp, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen;

Dr. Georg Harai, Landesarbeitsagentur Niedersachsen;

Dr. Walther Heipertz, Bundesagentur für Arbeit;

Dr. Elisabeth Hüller, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation;

Dr. Christiane Korsukéwitz, Deutsche Rentenversicherung Bund;

PD Dr. Klaus Leistner, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen;

Dr. Andreas Niedeggen, Unfallkrankenhaus Berlin-Marzahn;

Dr. Manfred Rohwetter, Deutsche Rentenversicherung Bund;

Dr. Hans-Martin Schian, Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln;

Dr. Michael F. Schuntermann; ehem. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR);

Prof. Dr. Wolfgang Seger, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (Leiter der AG);

Bernd Steinke, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation;

Max Ueberle, Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln

# NOTIZEN

---

$$B = f(G_p, K)$$

