



SEG 1

Sozialmedizinische
Expertengruppe 1
„Leistungsbeurteilung / Teil-
habe“

Arbeitshilfe zur Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (WHO, 2001) in der sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung

- Teil I – Allgemeiner Teil
- Teil II – Spezieller Teil
- Teil III – Anlagen zur Arbeitshilfe

September 2006

Inhaltsverzeichnis

Teil I: Allgemeiner Teil	4
1 Vorwort	4
2 Einführung in die ICF	6
2.1 Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit in ihrer Wechselwirkung	7
2.2 Strukturschema der ICF	9
3 Nutzen für den sozialmedizinischen Gutachter	11
4 Beschreibung der Komponenten der ICF	12
4.1 Körperfunktionen und -strukturen	12
4.2 Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation)	13
4.2.1 ICF: Aktivität	14
4.2.2 ICF: Teilhabe	15
4.3 Kontextfaktoren	15
4.3.1 Umweltfaktoren	15
4.3.2 Personbezogene Faktoren	15
5 Systematik der ICF / Auszüge aus der Klassifikation	17
5.1 Teil 1	17
5.1.1 Komponente der Körperfunktionen und -strukturen	17
5.1.2 Komponente der Aktivitäten und der Teilhabe	22
5.2 Teil 2	25
5.2.1 Komponente der Umweltfaktoren	25
5.2.2 Personbezogene Kontextfaktoren	27
6 Ausblick	30
Teil II: Spezieller Teil	31
7 Anwendungsbereiche der ICF in der sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei Leistungen der Vorsorge und medizinischen Rehabilitation	31
7.1 Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	31
7.2 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	32

8	Anwendungsbereiche der ICF in der sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit	33
8.1	Leistungsbeurteilung im Rahmen der Beratung und Begutachtung bei AU	36
8.1.1	Zweifel an der AU bei arbeitslosen Versicherten	37
8.1.2	Zweifel an erneut attestierter AU bei arbeitsfähig entlassenen Rehabilitanden	38
8.2	Liste tätigkeitsbezogener Aktivitäten (nach ICF) für den maßgeblichen Arbeitsplatz / die maßgeblichen Bezugstätigkeiten	39
8.3	Arbeitsplatzbezogener Kontext	41
8.3.1	Liste umweltbezogener Kontextfaktoren für den maßgeblichen Arbeitsplatz	41
8.3.2	Zeitbezogene Arbeitsfaktoren:	42
8.3.3	Faktoren der Arbeitsbelastung	42
8.4	„Leistungsbild“ bei arbeitslosen Versicherten	43
8.4.1	Positives Leistungsbild	43
8.4.2	Negatives Leistungsbild	43
9	ICF- Anwendungsbeispiele	44
9.1	Medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter	45
9.2	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Orthopädie)	50
9.3	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Geriatric)	57
9.4	AU bei exacerbierter chronisch obstruktiver pulmonaler Erkrankung	61
9.5	AU bei vertebragenem Schmerzsyndrom	63
9.6	AU bei Tumorerkrankung (Mammakarzinom)	65
9.7	AU bei reaktiver Depression	67
9.8	AU bei Coxarthrose	69
Teil III: Anlagen zur Arbeitshilfe		72
10	Anlagen zur Arbeitshilfe	72
10.1	Synoptische Darstellung der Begrifflichkeiten der ICF/ICIDH und ihrer Entsprechungen im klinischen und sozialrechtlichen Sprachgebrauch (SGB V, IX, XI)	72
10.2	Kodierung und Beurteilungsmerkmale der ICF	74
10.2.1	Schweregradeinteilung: Erstes Beurteilungsmerkmal	75
10.2.2	Weitere Beurteilungsmerkmale (Qualifikatoren)	76

1 Vorwort

Die Einführung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in die sozialmedizinische Begutachtungspraxis des MDK ist unumgänglich. Zum einen deswegen, weil sich die Gesetzgebung und die sozialmedizinischen Dienste anderer Sozialleistungsträger an der ICF orientieren, zum anderen wegen des internationalen Trends der Nutzung der ICF und wegen des Nutzens für den sozialmedizinischen Gutachter.

Die vorliegende Arbeitshilfe soll die Implementierung der Philosophie und des Begriffssystems der ICF in die verschiedenen Begutachtungsfelder der MDK-Gemeinschaft erleichtern.

Aus Gründen der Praktikabilität muss die Einführung der ICF in die sozialmedizinische Begutachtungspraxis schrittweise, beginnend mit den Begutachtungsfeldern Vorsorge und Rehabilitation, erfolgen. Entsprechende Fallbeispiele wurden in die Arbeitshilfe aufgenommen.

Diese Arbeitshilfe wurde von der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Leistungsbeurteilung/Teilhabe“ (SEG1) der MDK-Gemeinschaft erarbeitet. Zielgruppen sind die ärztlichen Gutachter und Mitarbeiter der gesetzlichen Krankenkassen.

Die Arbeitshilfe ist auch ein Beitrag zur bundesweit einheitlichen, trägerübergreifenden Umsetzung der ICF in der sozialmedizinischen Begutachtung. Sie ist inhaltlich und in der Diktion mit den nachfolgend genannten Richtlinien bzw. Empfehlungen abgestimmt:

- Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V in der Fassung vom 16.03.2004, in Kraft seit 01.04.2004.
- Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ vom 01.07.2004).

- Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ der Spitzenverbände der Krankenkassen nach deren Revision (2005).

Der wesentliche Nutzen der ICF besteht in der zu Grunde liegenden bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise der Komponenten der „Funktionsfähigkeit“, deren möglichen Beeinträchtigungen und in der Einführung von „Kontextfaktoren“.

Weder für den Kliniker noch für den Sozialmediziner ist diese Betrachtungsweise etwas grundsätzlich Neues. Das Novum besteht darin, dass der bio-psycho-soziale Ansatz nunmehr auf das theoretische Fundament einer international konsentierten Klassifikation gestellt worden ist.

Sicherlich ist die ICF noch in mancher Hinsicht revisionsbedürftig. Trotzdem ist ihre umgehende, schrittweise Einführung zum Zweck einer fundierten sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung im MDK unverzichtbar. Daher werden in dieser Arbeitshilfe pragmatische Lösungen für die Anwendung der ICF in der GKV vorgegeben.

Nachfolgend genannte Grundsätze sind zu berücksichtigen:

1. Annahme der bio-psycho-sozialen Konzeption der ICF.
2. Verzicht auf die Kodierung.
3. Vorläufiger Verzicht auf die Schweregradklassifizierung entsprechend dem wissenschaftlich geprägten Normierungsanspruch der ICF (Beibehaltung klinischer Schweregrade).
4. Zuordnung der Schlüsselbegriffe der ICF zu analogen Termini im klinischen und sozialrechtlichen Sprachgebrauch.
5. Nutzerorientierte und flexible Anwendung der Begrifflichkeiten der ICF.

2 Einführung in die ICF

Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit hat sich als Konzeption in der Sozialmedizin bewährt. Mit dieser umfassenden Betrachtungsweise und der zugehörigen Klassifikationen (ICF, 2001) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Komponenten der Gesundheit und Kontextfaktoren können Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit vieler Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Sozialen Pflegeversicherung und anderer Sozialleistungsträger besser beschrieben, begründet und beurteilt werden.

Die Begrifflichkeiten der ICF haben bereits Eingang in das SGB V „Gesetzliche Krankenversicherung“ und das SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ gefunden.

Auch die „Rehabilitations-Richtlinien“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind bereits auf der Grundlage der ICF konzipiert worden. Aus diesem Grunde besteht die Notwendigkeit, in der Kommunikation zwischen Ärzteschaft und sozialmedizinischen Gutachtern die Terminologie der ICF zu verwenden. Die Zuordnung der Schlüsselbegriffe der ICF zum klinischen und sozialrechtlichen Sprachgebrauch ist den Tabellen Teil III, Punkt 10.1 zu entnehmen.

Die ICF ermöglicht eine umfassende Beschreibung aller Lebensumstände des Menschen und geht damit über die für die GKV leistungsrechtlich relevanten Sachverhalte weit hinaus.

Die Gesetzlichen Krankenversicherungen sind mit ihren Leistungsangeboten verantwortlich für die Erhaltung und Wiederherstellung der ‚Integrität körperlicher Funktionen und Strukturen‘, für die Erfüllung ‚elementarer Grundbedürfnisse‘, für die Unterstützung bei Beeinträchtigungen, gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrender Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens‘ und bei der Sicherung der Teilhabe in bedeutenden Lebensbereichen, wenn krankheitsbedingte Beeinträchtigungen eingetreten sind. Diese Lebensbereiche können mit den Begriffen der ICF verbindlich definiert und damit ggf. auch operationalisiert werden.

Mit der ICF liegt nunmehr die Weiterentwicklung der ICIDH¹ von einem defizit-orientierten, linear kausalen Krankheits-Folgen-Modell hin zu einem interaktiven Modell der Komponenten der Gesundheit vor. Die ICF ermöglicht eine ressourcen- und defizitorientierte Betrachtungsweise, bewahrt und integriert die wesentlichen konzeptionellen Elemente der ICIDH und erweitert sie um den Teil umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren. Sie enthält eine differenziertere Klassifikationsstruktur und benutzt vorzugsweise nicht stigmatisierende oder diskriminierende Begriffe.

ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health
= Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Aufgrund der besonderen Bedeutung soll an dieser Stelle auf den Anhang 6 der ICF „Ethische Leitlinien“ hingewiesen werden:

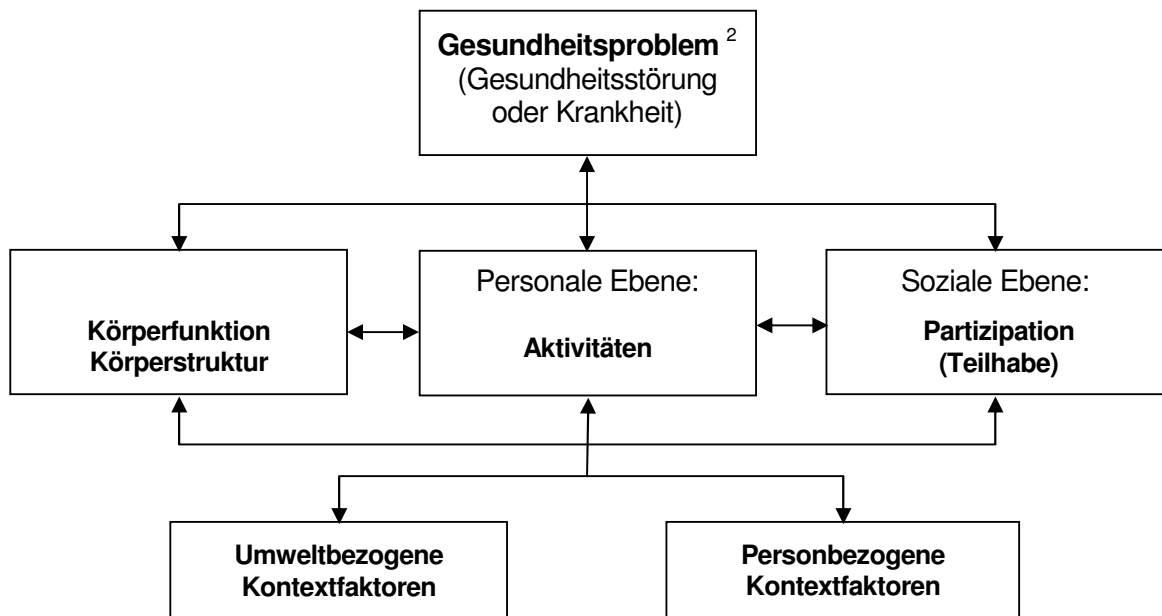
Jede Klassifikation und deren Komponenten können falsch gebraucht oder auch missbraucht werden. Deshalb soll die ICF so verwendet werden, dass das Individuum in seinen Werten geschätzt und seine Autonomie respektiert wird. Personbezogene Informationen sind verbindlichen Regeln der Vertraulichkeit zu unterstellen, welche für die jeweilige Verwendung (Fragestellung) der Daten adäquat ist. Die Daten sollen nicht einseitig benützt werden, um Menschen zu etikettieren oder sie nur mittels einer oder mehrerer Kategorien von Beeinträchtigungen zu identifizieren. Wo immer möglich, ist der betroffenen Person (oder ihrem Interessenvertreter) die Teilnahme am Prozess der Klassifizierung einzuräumen.

2.1 Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit in ihrer Wechselwirkung

Das bio-psycho-soziale **Modell** der Komponenten der Funktionsfähigkeit berücksichtigt auch die in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) aufgeführten Gesundheitsprobleme in ihrer Wechselwirkung mit den Komponenten der Gesundheit. Die Gesundheitsprobleme selbst sind nicht noch einmal in der ICF klassifiziert.

¹ ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps = Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen

Komponenten der Gesundheit (ICF)



Im bio-psycho-sozialen **Modell** der Komponenten der ICF werden die Aktivitäten auf der personbezogenen Handlungsebene von der Teilhabe an Lebensbereichen (soziale Ebene) unterschieden. Diese Differenzierung ist in der **Klassifikation** der ICF nicht vorgenommen worden. Hier werden Aktivitäten und Teilhabe zu einer Komponente zusammengefasst. In den Kommentaren zur ICF wird es den Nutzern und ihrer Perspektive überlassen, zwischen Aktivitäten und Teilhabe zu unterscheiden oder diese als eine einheitliche Komponente zu verwenden.

Die Arbeitshilfe bietet die für die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung relevanten Aspekte der Konzeption und Klassifikation der ICF an.

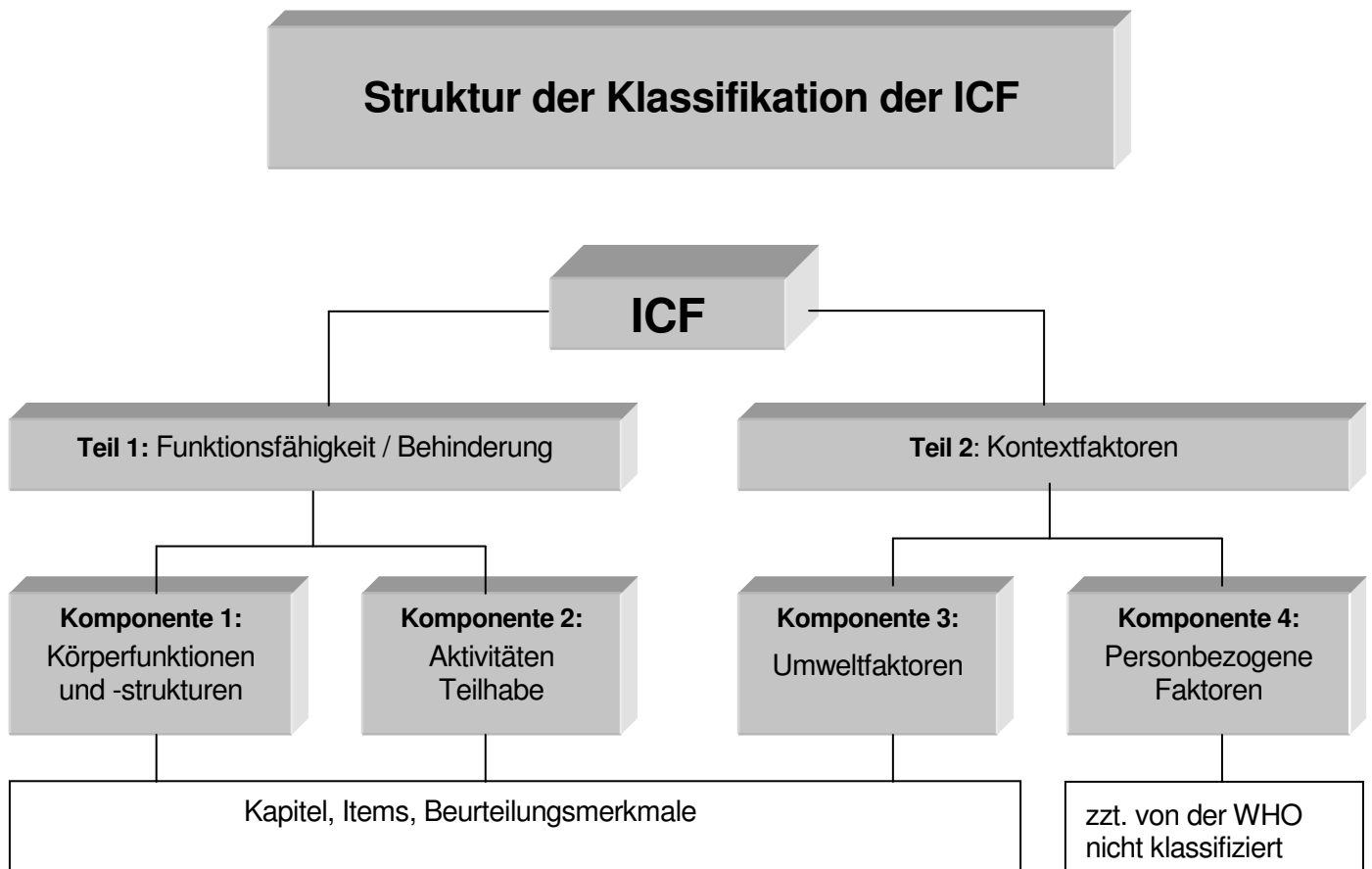
Unter **Konzeption** („Philosophie“) der ICF wird das interaktive bio-psycho-soziale Modell der Komponenten von Gesundheit und Krankheit verstanden. Die ICF-

Klassifikation beinhaltet die Ordnung der Begrifflichkeiten (Lexik) einschließlich ihrer alphanumerischen Kodierung.

² Gesundheitsproblem (health condition) ist ein Oberbegriff für (akute oder chronische) Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen, Traumata u.s.w. Gesundheitsprobleme werden nach der ICD-10 kodiert.

2.2 Strukturschema der ICF

Die Struktur der **Klassifikation** der ICF ist nachfolgend schematisch dargestellt:



Hinweise zur Anwendung:

Die folgenden Auflistungen sind nicht vollständig und nicht abschließend. Sie enthalten wesentliche Items, deren weitere Differenzierung in der Übersetzung der Originalklassifikation bei DIMDI (www.dimdi.de) verfolgt werden kann.

Die **ICF** gliedert sich in:

Teil 1 „Funktionsfähigkeit (functioning) und Behinderung (disability)“

1. Komponente „Körper“ (Body) : Körperfunktionen und Körperstrukturen
2. Komponente „Lebensbereiche“ (Life domains): Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation)

und in

Teil 2 „Kontextfaktoren“ (contextual factors) mit zwei Bereichen (Komponenten).

1. Komponente „Umwelt“ (Environment): Umweltfaktoren
2. Komponente „Person“ (Person): Personbezogene Faktoren

Die im **Teil 1** angebotenen Oberbegriffe und die in den einzelnen Kapiteln aufgeführten Items können bei negativer Ausprägung als „Schädigungen“, „Problem“ oder „Beeinträchtigungen“ charakterisiert werden.

Die Kontextfaktoren im **Teil 2** lassen sowohl eine negative, i. S. von Barrieren, als auch positive Konnotation³ i. S. von Förderfaktoren zu.

Positiv wirkende Kontextfaktoren sowie nicht beeinträchtigte Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabebereiche können unter dem rehabilitationsmedizinisch geläufigen Begriff der Ressourcen zusammengefasst werden.

 **Hinweise für Anwender:**

In der (sozial)medizinischen Begutachtung wird zunächst eine problem- bzw. defizitorientierte Betrachtung erforderlich sein, um Sachverhalte wie Behandlungsbedürftigkeit, Vorsorge- oder Rehabilitationsbedürftigkeit, Pflegebedürftigkeit u. a. mit Begriffen der ICF zu begründen. Sie muss ergänzt werden durch einen ressourcenorientierten Ansatz, damit die zweckmäßigen Interventionen abgeleitet werden können.

Beispiele zur Konnotation:

Komponente der Körperfunktionen und Strukturen:

Positiv/neutral: Integrität von Struktur und Funktion (Ressourcen)

negativ: Struktur- und Funktionsschädigung.

Komponente der Lebensbereiche

Positiv/neutral: Aktivitäten und Teilhabe (Ressourcen)

negativ: Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe

Komponente der umwelt- und personbezogenen Faktoren:

positiv: Förderfaktoren (Ressourcen)

negativ: Hemmnisse (Barrieren)

Damit ermöglicht die ICF eine differenzierte Darstellung der Komponenten der Gesundheit in ihrer positiven oder negativen Ausprägung.

³ die Grundbedeutung eines Wortes begleitende, zusätzliche (z. B. wertende) Bedeutung

3 Nutzen für den sozialmedizinischen Gutachter

Die traditionelle ärztliche Dokumentation stützt sich zur medizinischen Sachaufklärung auf die *Anamnese*, den *Befund* und die *Diagnose(n)*. Dieses Vorgehen hat sich in der klinischen Medizin zur Festlegung notwendiger diagnostischer und therapeutischer Interventionen bewährt.

Auch die Gliederung des sozialmedizinischen Gutachtens in (Auftrag), Anamnese, Befund, Diagnose, sozialmedizinische Beurteilung einschließlich Epikrise sowie die daraus abgeleiteten Empfehlungen bilden nach wie vor das Grundgerüst der gutachterlichen Dokumentation.

Neben der medizinischen Sachaufklärung eines Gesundheitsproblems können mit der ICF vor allem dessen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und die Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen (Hauswirtschaft, Familie, Ausbildung und Erwerbstätigkeit u. a.) beschrieben werden. Die in der ICF aufgeführten Teilhabebereiche fallen in die Zuständigkeit verschiedener Leistungsträger.

Die vom Patienten geschilderten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sind bei der klinischen Untersuchung auf Plausibilität zu überprüfen.

Die **Befunderhebung** schließt ein:

- Allgemein- und unauffällige Organbefunde,
- Krankheitsauswirkungen im Sinne von relevanten **Struktur- und Funktionsschädigungen**,
- vorübergehende oder voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante **Beeinträchtigungen von Aktivitäten**,
- drohende oder bereits manifeste **Beeinträchtigungen der Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen** und
- vorübergehend oder dauerhaft wirkende **Kontextfaktoren**.

Der Erfassung der Schädigungen, Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe sowie der Kontextfaktoren dienen:

- Anamneseerhebung (Exploration, Interview, Fragebögen)
- klinische Untersuchung
- Struktur- und Funktionsdiagnostik (technische Befunde)
- Assessments (z .B. geriatrisches Assessment).

Neben der anamnestischen Erhebung der Gesundheitsprobleme und Krankheitsauswirkungen sind mit der Berufs-, Sozial- und Familienanamnese relevante hemmende und fördernde umwelt- und personbezogene „Kontextfaktoren“ i. S. von Barrieren oder Förderfaktoren zu erfassen. Ihr Einfluss auf die Prognose und den Erfolg möglicher Interventionen ist in der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen.

Durch die Anwendung der ICF ändert sich der Ablauf der sozialmedizinischen Begutachtung im Prinzip nicht. Allerdings sollen durch die Berücksichtigung der Krankheitsauswirkungen als Bindeglieder zwischen Diagnose und sozialmedizinischer Beurteilung der ‚rote Faden‘ und die Logik des Gutachtens besser sichtbar bzw. begreiflich werden. Die Empfehlungen zur Indikation und Zuweisung von Leistungen werden so fundierter und nachvollziehbarer. Es kommt zu einer Vereinheitlichung und Qualitätsverbesserung der Begutachtung.

Die ICF selbst ist kein Assessmentinstrument. Sie kann jedoch sowohl Hinweise zum Einsatz von Assessmentverfahren⁴ geben (z.B. Quantifizierung der physischen Leistungsfähigkeit, Graduierung der Demenz u. a.) als auch die Grundlage für die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Assessmentinstrumenten darstellen.

4 Beschreibung der Komponenten der ICF

4.1 Körperfunktionen und -strukturen

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen einschließlich psychischer Funktionen.

Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. (ICF, DIMDI, 2002)

Schädigungen sind Normabweichungen oder der Verlust in der anatomischen Struktur und in der somatischen oder psychischen Funktion. Sie treten auf der Ebene der Organe, Organsysteme oder des gesamten Körpers auf und können sowohl subjektiv wahrgenommen als auch objektiv erfasst oder gemessen werden (funktionsdiagnostische, biochemische, bildgebende Befunde).

⁴ Unter Assessmentverfahren werden einzelne, quantitative und standardisierte Messinstrumente, Fragebögen, Tests oder Skalen verstanden, die eine Beurteilung auf eine möglichst objektive und transparente Basis stellen. (z.B. Quantifizierung der physischen Leistungsfähigkeit, Graduierung der Demenz u. a.).

 **Hinweise zur Anwendung:**

Die durch die ICF angebotene Klassifikation stellt eine umfangreiche Auflistung von anatomischen Elementen der Körperstruktur und der physiologischen Funktionen des Organismus in möglichst allgemein verständlicher Sprache dar.

Sie beschreibt die Lokalisation bzw. Zuordnung von Befunden zu einem anatomisch/physiologischen System. Für die (bio)medizinische Sachaufklärung bietet sie außer einer gewissen Systematisierung keine Vorteile gegenüber dem klinischen Sprachgebrauch. Die üblichen medizinischen Termini (klinischer Sprachgebrauch) sind nach wie vor für den Gutachter die Begriffe der Wahl, wenn es um die Beschreibung medizinischer Befunde auf der Ebene der Körperfunktionen und –strukturen geht.

International akzeptierte Schweregradeinteilungen sind bei der Quantifizierung von Befunden und Diagnosen zu verwenden (z. B. NYHA Grad I-IV).

(Zur Schweregradeinteilung in der ICF s. Präambel und Teil III, Punkt 10.2)

4.2 **Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation)**

Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch einen Menschen. (ICF, DIMDI, 2002)

Beeinträchtigungen der Aktivitäten sind Probleme oder Schwierigkeiten, die eine Person bei der Durchführung haben kann. Auch ein völliger Verlust von Aktivitäten kann eintreten.

Ursachen für Beeinträchtigungen sind meist Krankheiten oder Verletzungen mit ihren Struktur- und Funktionsschädigungen. Dieser Bezug auf die Ebene der Aktivitäten, der in der Begutachtung bisher nicht so deutlich herausgearbeitet worden ist, wird durch die Anwendung der ICF unterstützt.

Teilhabe ist das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich. (ICF, DIMDI, 2002)

Beeinträchtigung der Teilhabe ist ein Problem, das ein Mensch in Hinblick auf sein Einbezogensein in Lebenssituationen erfahren kann.

Ursachen für Beeinträchtigungen können krankheitsbedingte Aktivitätseinschränkungen sein, die eine Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen erschweren oder unmöglich machen. Für die verschiedenen Teilhabebereiche wie z.B. „Erwerbstätigkeit (Arbeit, Beruf)“ oder das „häusliche Leben einschließlich der Selbstversorgung“ tragen auch unterschiedliche Leistungsträger Verantwortung (RVT, UVT, GKV).

Andererseits können insbesondere umweltbezogene Kontextfaktoren (z.B. die fehlende Barrierefreiheit beim Zugang zu öffentlichen Gebäuden) die Teilhabe an Lebensbereichen beeinträchtigen. Hier sind dann ggf. sozialpolitische Interventionen erforderlich.

 **Hinweise zur Anwendung:**

Für die sozialmedizinische Begutachtung und aus rehabilitationsmedizinischer Sicht erscheint es zweckmäßig, die Aktivitäten, die eine Person durchführen kann, in einem ersten analytischen Schritt unabhängig von den jeweiligen konkreten Lebensbereichen (Teilhabebereichen) zu betrachten, in denen sich die Aktivitäten realisieren lassen.

Diese eng an die handelnde Person gebundenen Aktivitäten ergeben ein Aktivitätsprofil (Leistungsbild, Fähigkeitsprofil), dessen Auswirkungen in seiner positiven oder negativen Ausprägung in den verschiedenen Lebensbereichen (häusliches Leben, Erwerbsleben, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben) beurteilt werden können.

Die Komponente der Aktivitäten der ICF bezieht sich vor allem auf die Interventionsebene im Zusammenhang mit einer medizinischen Leistung (z.B. medizinische Rehabilitation). Beeinträchtigungen von Aktivitäten kann gezielt durch medizinische Interventionen entgegengewirkt werden (z.B.: Ergotherapie, Logopädie, medizinische Rehabilitation).

Die Komponente der Teilhabe steht darüber hinaus in einem engen inhaltlichen Zusammenhang mit sozialen und politischen Aspekten (Public health, Behindertenpolitik), wenn es gilt, umweltbezogene Barrieren zu überwinden.

Damit werden die ‚Beeinträchtigungen der Aktivitäten‘ auf der Handlungsebene der Person von der ‚Beeinträchtigung der Teilhabe‘ auf der sozialen Ebene unterschieden.

Im Prozess der gutachterlichen Sachaufklärung und Beurteilung sollten die Begriffe Aktivitäten und Teilhabe nicht gleichsinnig, sondern voneinander unterschieden verwendet werden. (Gehen, waschen, trinken sind den personbezogenen Aktivitäten des täglichen Lebens zuzuordnen. Sie wirken in der begrifflichen Verbindung mit Teilhabe, z.B.: Teilhabe am Waschen usw. nicht realitätsnäher.)

Mit dieser Betrachtungsweise kann die Indikation für zweckmäßige medizinische, rehabilitative oder pflegerische Leistungen zur Förderung von Aktivitäten gestellt werden, wenn zu erwarten ist, dass sie sich auf die für den jeweiligen Leistungsträger relevanten Teilhabebereiche auswirken werden, z.B. Teilhabe am ‚häuslichen Leben‘ (GKV) oder an Arbeit und Beschäftigung‘ (RVT).

4.2.1 ICF: Aktivität

Für die GKV sind das insbesondere krankheitsbedingte Beeinträchtigungen in den Aktivitätsbereichen:

- **Lernen und Wissensanwendung** (z.B. elementares Lernen wie Schreiben und Rechnen)

- **Allgemeine Aufgaben und Anforderungen** (z.B. tägliche Routine durchführen wie Tagesstrukturierung, Umgang mit Stress)
- **Kommunikation** (z.B. Sprechen, Hören, Körpersprache)
- **Mobilität** (z.B. Körperposition verändern, Gegenstände tragen, Gehen und Fortbewegen)
- **Selbstversorgung** (z.B. Körperpflege, Toilettenbenutzung, sich kleiden).

4.2.2 ICF: Teilhabe

Die Komponente der Teilhabe hat bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen Bedeutung für die Sozialleistungsträger hinsichtlich der Bereiche:

- **Häusliches Leben** (z.B. Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen)
- **Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen** (z.B. Eltern-Kind-Beziehungen, Sexualbeziehungen, informelle Beziehungen)
- **Bedeutende Lebensbereiche** (z.B. Erziehung, Bildung, Arbeit)
- **Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben** (z.B. Freizeit, Kultur, Politik).

4.3 Kontextfaktoren

4.3.1 Umweltfaktoren

„Umweltfaktoren beziehen sich auf alle Aspekte der externen oder extrinsischen Welt, die den Kontext einer Person bilden und als solchen einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit der Person haben.“

Umweltfaktoren umfassen die natürliche materielle Welt mit ihren Eigenschaften, die vom Menschen geschaffene materielle Welt, andere Menschen in verschiedenen Beziehungen und Rollen, Einstellungen und Werte, Sozialsysteme und Dienste sowie Handlungsgrundsätze, Regeln und Gesetze.“ (ICF, DIMDI, 2005)

4.3.2 Personbezogene Faktoren

„Personbezogene Faktoren sind Kontextfaktoren, die sich auf die betrachtete Person selbst beziehen, wie z.B. auf ihr Alter, Geschlecht, ihre Konstitution, sozialen Status, Lebenserfahrung u. a. sind gegenwärtig wegen der mit ihnen einhergehenden großen soziokulturellen Unterschiede und der damit verbundenen Problematik in der ICF nicht klassifiziert.“

Die personbezogenen Kontextfaktoren sind unabhängig von bestehenden individuellen Gesundheitsproblemen zu berücksichtigen. Konstitutionelle oder psychische habi-

tuelle Merkmale oder Verhaltensbesonderheiten können als Risikofaktoren oder Ressourcen in enger Wechselwirkung mit Gesundheitsproblemen stehen.“ (ICF, DIMDI, 2005)

☞ **Hinweise zur Anwendung:**

Da die Komponente „personbezogene Kontextfaktoren“ von der WHO noch nicht klassifiziert ist, soll es den Anwendern frei gestellt werden, diese entsprechend der Anforderungen auszufüllen.

Für die MDK-Gemeinschaft hat eine Expertengruppe der SEG 1 geordnete Anhaltspunkte für eine Klassifizierung personbezogener Kontextfaktoren zusammengestellt⁵, deren Verwendung anlassbezogen erfolgen soll.

Der Gutachter erfasst die begutachtungsrelevanten umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren im Rahmen der Sozialanamnese und bei der körperlichen Untersuchung:

... Familien-, Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen sowie den psychophysischen Allgemeinzustand (unabhängig von der speziellen Krankheitssymptomatik) hinsichtlich Alterung, Konstitution, anderer psychophysischer Besonderheiten, vegetativer Funktionen sowie Risikofaktoren, Bildungsstand, Einstellungen, Erfahrungen und Kenntnisse bezogen auf Gesundheitsprobleme und Krankheit, Motivation zur Krankheitsbewältigung und Umstellung von Lebensgewohnheiten.

Die dabei erkannten Förderfaktoren (Ressourcen) oder Hemmnisse (Barrieren) sollten sich entsprechend ihrer Relevanz in der sozialmedizinischen Beurteilung wieder finden.

Beispiel zur „Fallstrukturierung“ mit Hilfe der ICF:

Eine 68jährige Rentnerin (personbezogener Kontext: Alter, sozialer Status) ist auf Grund einer schlaganfallbedingten (Gesundheitsproblem: Z. n. Apoplex) beinbetonten Hemiparese links (schwere Funktionsschädigung eines Beines) nach Rehabilitation nur innerhalb der Wohnung mit Gehstützen gehfähig (erhebliche Beeinträchtigung der Aktivität/Mobilität, umweltbezogener Förderfaktor: Hilfsmittel). Sie wohnt Parterre mit Ausgang zum Hof (umweltbezogener Förderfaktor). Barrierefreie Kaufhalle, Apotheke und Arztpraxis befinden sich in einem Komplex ca. 500 m entfernt (umweltbezogener Förderfaktor und Barriere), den sie zur notwendigen Selbstversorgung (erhebliche Beeinträchtigung der Aktivität / Einkaufen) nicht mehr erreichen kann (sich um seine Gesundheit kümmern). Fremdhilfe ist nicht verfügbar (umweltbezogene Barriere). Es liegt die ärztliche Verordnung für einen Rollstuhl vor.

⁵ Die unkommentierte Kurzversion ist unter dem Gliederungspunkt 5.2.2 eingefügt.

5 Systematik der ICF / Auszüge aus der Klassifikation

5.1 Teil 1

5.1.1 Komponente der Körperfunktionen und -strukturen

(**b** = body function **s** = body structure)

(Die in Klammern ergänzten Sachverhalte sind beispielhaft neutral oder schädigungsorientiert aufgeführt und folgen klinischer Relevanz.)

Bereich: Körperfunktionen

(die geschädigt sein können)

Kodes und Items

Kapitel 1:

b110-b139

Globale mentale Funktionen

Bewusstsein

(z.B.: Koma, Delir, Trance)

Orientierung

(Zeit, Ort, Person)

Intelligenz

(Retardierung, Demenz)

Funktionen von Temperament und Persönlichkeit⁶

Antrieb

(psychische Energie, Motivation Appetit, Drang, Impulskontrolle)

Schlaf

(Dauer, Beginn, Qualität, Zyklus)

b140-b199

Spezifische mentale Funktionen

Aufmerksamkeit

Gedächtnis

Psychomotorische Funktionen

(Retardierung, Agitiertheit, Katatonie, Negativismus, Kontrollverlust)

Emotion

(Trauer, Angst, Freudlosigkeit, Affektverflachung)

Wahrnehmung

(visuelle, auditive, olfaktorische, gustatorische, taktile und räumlich-visuelle Wahrnehmung betreffend, wie bei Illusion, Halluzination)

Denken

(Flüchtigkeit, Hemmung, Inkohärenz, Wahn, Zwang)

Kognition

(Abstraktion, Ordnung, Urteilsbildung, Problemlösung, Flexibilität)

Sprachfunktionen

(Verständnis, Ausdruck)

⁶ Anlagebedingtes Naturell, individuelle psychische Charakteristika sind eher den personbezogenen Kontextfaktoren zuzurechnen (s. d.)

Selbstwahrnehmung und Zeitwahrnehmung
(Körperschema, z.B. Phantomwahrnehmung, Zeitwahrnehmung)
Rechnen
Spezielle, sonstige

Kapitel 2:
b210-b299 **Sinnesfunktionen und Schmerz**

Sehen
(Visus, Gesichtsfeld, Licht, Farbe, Kontrast)
Funktionen des Augenanhanges
(Augenmuskelfunktionen, Akkomodation, Pupillenreaktion, Tränen-
drüsen, Ptosis)
Hören
(Differenzierung, Ortung, Schwerhörigkeit, Taubheit, Tinnitus)
Gleichgewicht
(Schwindelgefühl, Sturzneigung, Übelkeit)
Schmecken
(Verlust und Verminderung des Geschmacksvermögens)
Riechen
(vermindertes Geruchsvermögen)
Propriozeption
(Wahrnehmung der Körperposition)
Tasten
(Kribbelparästhesien, Parästhesien, Hypo-, Hyperästhesie, Anästhe-
sie)
Temperatur
(Vibrations- Druckempfinden)
Schmerzen
(Analgesie, Hyperalgesie; generalisierter, lokaler Schmerz, Derma-
tom-, Segmentschmerz)
Spezielle, sonstige

Kapitel 3:
b310-b399 **Stimm- und Sprechfunktionen**

Stimmbildung
(Heiserkeit, Aphonie)
Artikulation
(Dysarthrie, Anarthrie)
Redefluss, -rhythmus
(Stottern, Stammeln, Poltern)
Spezielle, sonstige

Kapitel 4:
b410-b439 **Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen,
Immun- und Atmungssystems**

Herz
(Frequenz, Rhythmus, Auswurf, Durchblutung)
Blutgefäß
(Vasomotorik, Strömungshindernisse, Klappenfunktionen)
Blutdruck
(Hypo-, Hypertonie, orthostatische Dysregulationen)

Blutbildung

(Hämatopoese, Sauerstofftransport, Gerinnungsfunktion, Pufferfunktion, Metabolitentransport)

Immunsystem

(spezifische, unspezifische Immunität; Hypersensibilität, Allergie, Autoimmunität; Funktionen der Lymphgefäße u Lymphknoten)

b440-b499 **Funktionen des Atmungssystem**

Atmungsfunktionen

(Frequenz, Rhythmus, Atemtiefe)

Atemmuskelfunktionen

(Funktion der Atemhilfsmuskulatur und des Zwerchfells)

Kardiorespiratorische Belastbarkeit

(allgemeine Ausdauerleistung, aerobe Kapazität, Ermüdbarkeit)

mit dem kardiovaskulären und Atmungssystem verbundene Empfindungen

(Brustenge, Luftnot, Keuchen, Erstickungsgefühl)

Kapitel 5:

b510-b539

Funktionen der Nahrungsaufnahme und Verdauung

Nahrungsaufnahme

(Saugen, Beißen, Kauen, Einspeicheln, Schlucken)

Verdauung

(Peristaltik, enzymatische Verdauung, Säureproduktion, Galleproduktion, Absorption, Obstruktion, Atonie; Unverträglichkeit, Missempfindungen: Brechreiz, Sodbrennen, Krämpfe)

Assimilation

Stuhlausscheidung

(Konsistenz, Frequenz, Kontinenz, Flatulenz, Obstipation, Durchfall, Sphinkterinsuffizienz)

Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts⁷

(Marasmus, Magersucht, Adipositas: Grad I-III)

b540-b599

Stoffwechsel- und endokrine Funktionen

Grundumsatz

Kohlenhydratstoffwechsel

(Hypo-, Hyperglykämie, Ketose)

Eiweißstoffwechsel

(Hypoproteinämie, Dysproteinämie)

Fettstoffwechsel

(Hypercholesterinämie, Hyperlipidämie)

Wasser-, Mineral-, Elektrolythaushalt

(Dehydratation, Retention, Ödeme, Säure-Basen-Haushalt)

Wärmeregulation

(Hypo-, Hyperthermie)

Funktion der endokrinen Drüsen

(Über-, Unterfunktion)

⁷ Das Körpergewicht ist ein personbezogener Faktor des Körperbaus (s. d.). Schädigungen betreffen Abweichungen hinsichtlich alters- und geschlechtsadjustierter Normwerte.

Kapitel 6:
b610-b699 **Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems**

Harnbildung
Miktion
Sexualfunktion
Menstruation
Fertilität

Kapitel 7:
b710-b799 **Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen**

Gelenkbeweglichkeit u. –stabilität
(Hypo-,Hypermobilität, Versteifung, Luxation, Entzündung)
Knochenbeweglichkeit und -stabilität⁸
Muskulatur
Funktionen des Muskeltonus
(Dystonie, Hartspann, Myogelose)
Funktionen der Muskelausdauer
(Funktionsstörungen z.B. bei Myasthenie)
Muskelempfinden
(Steifigkeit, Verspannungen, Krämpfe)
Motorische Reflexe
(Hypo-, Hyperreflexie, Areflexie, Kloni, Spastik)
Unwillkürliche Bewegungen
(Haltung, Gleichgewicht, Tremor, Tics, Dyskinesien, Perseverationen)
Koordination von Willkürbewegungen
(Rechts-, Links-Koordination, Auge-Hand-Koordination, Dysdiadochokinese)
Bewegungsmuster beim Gehen
(Tribbelschritt, Hinken; spastisches, hemiplegisches Gangbild)
Spezielle, sonstige

Kapitel 8:
b810-b899 **Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde**

Schutz
(Lichtempfindlichkeit, Trockenheit, Rissbildung, Dekubitus, Atrophie)
Heilung
(Narben, Keloid)
Funktionen des Haars (Alopezie) und der Nägel
(Einwachsen, Brüchigkeit)
Spezielle, Sonstige

Bereich: Körperstrukturen

Kapitel 1:
s110-s199 **Strukturen des Nervensystems**

Struktur des Gehirns
Struktur des Rückenmarkes

⁸ In der ICF werden hier auch straffe Gelenke z.B. des Beckens, der Hand- und Fußwurzel einbezogen

Struktur des sympathischen NS
Struktur des parasympathischen NS

Kapitel 2:
s210-s299 **Auge, Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende
Strukturen**

Struktur der Orbita
Struktur des Augapfels
Struktur der Periorbita
Struktur des äußeren Ohres
Struktur des Mittelohres
Struktur des Innenohres

Kapitel 3:
s310-s399 **Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt
sind**

Struktur der Nase
Struktur des Mundes
Struktur des Pharynx
Struktur des Kehlkopfes

Kapitel 4:
s410-s499 **Strukturen des kardiovaskulären-, Atmungs- und Immun-
systems**

Herz
(Vorhöfe, Ventrikel)
Arterien
Venen
Kapillaren
Lymphgefäße
Lymphknoten
Thymus
Milz
Knochenmark
Trachea
Lunge
(Bronchien, Alveolen)
Brustkorb
Atemmuskulatur
(Zwerchfell)

Kapitel 5:
s510-s599 **Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel und endokrinen System
in Zusammenhang stehende Strukturen**

Struktur der Speicheldrüsen
Struktur der Speiseröhre, Magen, Darm,
Struktur der Pankreas, Leber, Gallenwege
Struktur der endokrinen Drüsen

Kapitel 6:
s610-s699

Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem im Zusammenhang stehende Strukturen

Niere
Harnleiter
Harnblase
Harnröhre
Struktur des Beckenbodens
Struktur der Geschlechtsorgane

Kapitel 7:
s710-s799

Mit der Bewegung im Zusammenhang stehende Strukturen

Strukturen der Hals- und Kopfregion
Strukturen der Schulterregion
Struktur des der oberen Extremität
Struktur der Beckenregion
Struktur der unteren Extremität
Struktur des Rumpfes

Kapitel 8:
s810-s899

Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

Struktur der Hautregionen
Struktur der Hautanhangsgebilde
Schweißdrüsen
Talgdrüsen
Struktur der Nägel
Struktur der Haare

5.1.2 Komponente der Aktivitäten und der Teilhabe

(**a** = **a**ctivity **p** = **p**articipation **d** = life **d**omains, Lebensbereiche)

Bereich: Aktivitäten

Kapitel 1:
a/d110-199

Lernen und Wissensanwendung

Bewusste sinnliche Wahrnehmung
(absichtsvolles Zuschauen, Zuhören)
Elementares Lernen
(Üben, Lesen-, Schreiben-, Rechnen lernen, Fertigkeiten aneignen)
Wissen anwenden
(konzeptionelles Denken, Überlegungen anstellen, Techniken zur Wissensanwendung einsetzen: Lesen, Schreiben Rechnen, Probleme lösen, Entscheidungen treffen)

Kapitel 2:
a/d210-299 **Allgemeine Aufgaben und Anforderungen**

Einzelaufgaben
(übernehmen, bewältigen)
Mehrfachaufgaben
Tägliche Routinen durchführen
Umgang mit Stress⁹

Kapitel 3:
a/d310-399 **Kommunikation**

Kommunizieren als Empfänger
(verbale, nonverbale Mitteilungen, Verständnis von Zeichen,
Symbolen, Graphiken, Bildern, Fotos)
Kommunizieren als Sender
(Sprechen, Nonverbale Mitteilungen produzieren, Schreiben)
Konversation und Gebrauch von Kommunikationstechnik
(Unterhaltung, Diskussion führen, Kommunikationstechnik
gebrauchen)

Kapitel 4:
a/d410-499 **Mobilität**

Körperposition ändern und aufrechterhalten
(Liegen, Knien, Hocken, Sitzen, Stehen, Beugen, Schwerpunkt
verlagern, in den Positionen verbleiben)
Gegenstände tragen, bewegen, handhaben
(Gegenstände anheben und tragen, Fußgebrauch zum Treten, Sto-
ßen, Feinmotorischer Finger-Handgebrauch, Grobmotorischer Hand-
Armgebrauch: Ziehen, Schieben, Erlangen, Werfen, Fangen)
Gehen und sich fortbewegen
(Kurze Entfernungen in/außer Haus, lange Entfernungen
> 1000m¹⁰, in unebenem Gelände, Überwinden von Hindernissen)
Klettern, Rennen, Springen, Schwimmen
Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen
(Wohnung, Gebäude, Straßen)
Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstungen fortbewegen
(Rollstuhl, Gehwagen, Gehstützen)
Sich mit Transportmitteln fortbewegen
(mit Menschenkraft betrieben, motorisiert, privat, öffentlich benutzen.
Selbst fahren)

Kapitel 5:
a/d510-599 **Selbstversorgung**

Sich waschen
(Körperteile, Ganzkörper, Abtrocknen)
Körperteile pflegen
(Haut, Zähne, Haar, Nägel)
Toilette benutzen

⁹ Aktivitäten zur Stresskontrolle erfordern Voraussetzungen, die mit (personbezogener) sozialer Kompetenz verbunden sind. (s. a. ‚Personbezogene Faktoren‘)

¹⁰ Die Streckendefinition ist für das deutsche Sozialrecht nicht relevant.

Sich kleiden
(Kleidung auswählen, An-, Ausziehen inkl. Schuhe)
Essen
Trinken
Auf die Gesundheit achten¹¹

Bereich: Teilhabe (Partizipation)

Kapitel 6:
p/d610-699

Häusliches Leben

Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten
(Wohnraum beschaffen, Einkaufen, Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen)
Haushaltsaufgaben, -führung
(Wohnraum beschaffen, Einkaufen, Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen)
Haushaltsgegenstände pflegen
(Kleidung, Möbel, Häusliche Geräte, Fahrzeuge, Hilfsmittel, Innen- u. Außenpflanzen, sich um Tiere kümmern)
Anderen helfen
(bei der Selbstversorgung, Fortbewegung, Kommunikation, Beziehungen befördern, Ernährung, Erhaltung der Gesundheit, Pflege von Haushaltsgegenständen)

Kapitel 7:
p/d710-799

Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

Allgemeine interpersonelle Interaktionen
(Respekt, Anerkennung, Toleranz- u. Kritikfähigkeit, körperlicher Kontakt)
Allgemeine interpersonelle Interaktionen
(Beziehungen eingehen u. beenden, sozialen Regeln gemäß interagieren, Abstand wahren)
Besondere interpersonelle Beziehungen
(zu Fremden, Autoritätspersonen, Untergebenen, Gleichrangigen, informelle Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Familienbeziehungen, Eltern-Kind/Kind-Eltern Interaktionen, erweiterter Familienkreis, intime Beziehungen, andere Beziehungen)

Kapitel 8:
p/d810-899

Bedeutende Lebensbereiche

Erziehung und Bildung¹²
(Vorschule, Schule, Beruf, höhere Bildung)
Arbeit und Beschäftigung
(Vorbereitung durch ‚Schulung‘, ‚Anlernen‘, Arbeit suchen, Arbeitsverhältnis eingehen, behalten, beenden, bezahlte Teil-, Vollzeittätigkeit)

¹¹ Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit erfordern personbezogenen Lebensstil- und Schutzfaktoren der Gesundheit. (s. d.)

¹² Nach erfolgter Teilhabe am betreffenden Bildungsweg wirkt dieser als personbezogener Faktor fort (soziodemographischer bzw. biografischer Faktor) (s. d.)

ausüben, selbständig tätig sein, unbezahlte Tätigkeit: Ehrenamt ausüben)

Wirtschaftliches Leben

(einfache u. komplexe wirtschaftl. Transaktionen: Kaufen, Verkaufen, Tauschen, Sparen, Kontenführung, Aktienhandel. Wirtschaftliche Eigenständigkeit durch Verfügbarkeit über private Mittel oder öffentliche wirtschaftliche Ansprüche)

Kapitel 9:
p/d910-999

Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Gemeinschaftsleben

(Informelle oder formelle Vereinigungen: Vereine, Clubs, Selbsthilfe, Berufsgruppen, Teilnahme an Feierlichkeiten)

Erholung und Freizeit

(Spiel, Sport, Kunst und Kultur, Hobbys, Geselligkeit)

Religion und Spiritualität

Menschenrechte

Politisches Leben und Staatsbürgerschaft

5.2 Teil 2

5.2.1 Komponente der Umweltfaktoren

(**e** = **e**nvironment)

Kapitel 1:
e110-199

Produkte und Technologien

für den persönlichen Verbrauch und Gebrauch im täglichen Leben

(Lebensmittel, Medikamente, persönliche Gebrauchsgegenstände, Hilfsmittel)

zur persönlichen Mobilität und zum Transport

(Fahrräder, Autos, Rollstühle, Boote, Schiffe, Busse, Flugzeuge)

zur Kommunikation

(Radio, Fernsehen, Telefon, Handy, Kommunikationshilfen, Hausnotruf)

für Bildung und Ausbildung

(Fachbücher, Lehrmaterial, PC-Hard, Software)

für die Erwerbstätigkeit

(Werkzeuge, Maschinen, Büroausstattung, Hilfsmittel zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit)

zur Kultur, Freizeit und Sport

zur Ausübung von Religion und Spiritualität

Bauprodukte und Technologien von öffentlichen Gebäuden

(Zu-, Ausgänge öffentlicher Gebäude, Wegeföndung)

Bauprodukte und Technologien von privaten Gebäuden

(Ein-, Ausgänge, Rampen, Türöffner, Innenausstattung, Wegeföndung)

Produkte und Technologien der Flächennutzung

(Wegeanlagen, Wegweiser, Rampen, Treppen, Beleuchtung, Gehege)

Vermögenswerte¹³, Produkte und Technologien des wirtschaftlichen Handels
(materielle u. immaterielle Güter, Geld, Waren, Immobilien, Wertsachen)

Kapitel 2:
e210-299

Natürliche Umwelt und vom Menschen veränderte Umwelt

Geographie
(geografische Lebensumstände: Land, Wasser, Höhenlage)
Bevölkerung
(Struktur, demografischer Wandel, Dichte, Ballungszentren)
Flora, Fauna
Klima
(Temperatur, Luftfeuchte, Luftdruck, Niederschlag, Wind)
Natürliche Ereignisse (Risiken)
(Erdbeben, Unwetter, Hochwasser)
Vom Menschen verursachte Ereignisse (Risiken)
(Umweltverschmutzung, Krieg, Vertreibung, soziale Infrastruktur)
Licht
Zeitbezogene Veränderungen
(Tag-/Nacht-Zyklen, Zeitonenverschiebung, Schichtwechsel, Mondphasen)
Geräusche
Schwingungen
Luftqualität
Andere spezifizierte

Kapitel 3:
e310-399

Unterstützung und Beziehung

Familie
Freunde
Peers
(Seinesgleichen)
Autoritätspersonen
Untergebene
Hilfs-, Pflegepersonen
Fremde
Domestizierte Tiere
Fachleute der Gesundheitsberufe
Andere Unterstützung oder Beziehungen

Kapitel 4:
e410-499

(Fremd-) Einstellungen

von Personen
(Familie, Freunde, Peers, Kollegen, Vorgesetzten, Untergebenen (Mobbing), Fachleute, Institutionen)
Gesellschaftliche Einstellungen
Normen, Konventionen, Weltanschauung (Religion, Spiritualität)

¹³ Als Umweltfaktor zu unterscheiden von der Teilhabe am wirtschaftlichen Leben sowie von personbezogenen Faktoren (soziodemografische bzw. biografische Faktoren)

Kapitel 5:
e510-599

Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

Dienste, Systeme der Konsumgüterproduktion
Dienste des Bauwesens
Stadt- und Landschaftsplanung
Wohnungswesen
öffentlichen Versorgungswesen
Kommunikationswesen
Transportwesen
Zivilschutz
Rechtspflege
Medienwesen
Wirtschaftswesen
soziale Sicherheit
Gesundheitswesen, Prävention, Kuration, Rehabilitation,
Bildungs- und Ausbildungswesen
Arbeits- und Beschäftigungswesen
Politik

5.2.2 Personbezogene Kontextfaktoren¹⁴

(i = individual contextual factor)

Kapitel 1:
i100 – i199

Soziodemografische und biografische Faktoren

Allgemeine Daten
(Name, Geburtsdatum, Alter, Nationalität,
Muttersprache, Konfession, Wohnort¹⁵)
Vorgeburtliche Einflussfaktoren
(Rauchen, Suchtmittelgebrauch, Medikamenteneinnahme,
Krankheiten, Traumata)
Frühkindliche/kindliche Entwicklungsfaktoren
(Mehrlingsgeburt, Geburtskomplikationen, Stillperiode, Vollwaise,
Halbwaise)
Erziehungsfaktoren
(Bezugspersonen, Vorbilder, Erziehungsstil, Erziehungsinhalte)
Bildungsweg
(Ohne Ausbildung, Sonderschulbesuch,
Hauptschulabschluss
Real-/Mittelschulabschluss, Abitur, Hochschulreife, Lehre,
Berufsschulabschluss/Fachhochschulabschluss,
Hochschul-/Universitätsabschluss, Akademischer
Graduierung
Mehrfachausbildung, Dauer des Bildungsweges)
Familienstand und Elternschaft
(ledig, verheiratet, geschieden, kinderlos, leibliche Kinder)
Wohnsituation, Haushalt

¹⁴ Die kommentierte Vollversion steht bei der SEG 1 z. V.

¹⁵ Die vom Menschen veränderte Umwelt, Bevölkerungsdichte und Bauprodukte werden den **umweltbezogenen Kontextfaktoren** zugeordnet. Bei einer engen personbezogenen Attributierung ist auch eine entsprechende personbezogene Verwendung möglich.

(zur Miete, Wohneigentum, Wohngemeinschaft, 1-2-Mehr-Personenhaushalt, pflegebedürftige Angehörige)

Beschäftigung

(Tätigkeiten: angelernt, gelernter Beruf, Angestellter, freiberuflich tätig, andere, arbeitslos. Umfang: geringfügig, Teilzeit, vollschichtig, Wechselschicht, Dreischichtsystem)

Sozioökonomischer Status/Schichtzugehörigkeit

(Unterschicht, Mittelschicht, Oberschicht, Herkunft)

Haupteinkommen

(eigenes Vermögen, Erwerbseinkommen, Rente, andere, ohne)

Kapitel 2:
i200-i299

Genetische Faktoren

Geschlecht

Verwandtschaftsbezogene genetische Besonderheiten

(erbliche oder erblich mitbedingte Erkrankungen der Verwandtschaft 1. u. 2. Grades, Alter, Tod, Todesursachen)

Genetische Marker

(ABO-System, Rhesusfaktor, Humane Leukozytenantigene, Genotypische Metabolisierungstypen, Molekulargenetische Marker, Zytogenetische Marker)

Kapitel 3:
i300-i399

Faktoren des Alters und der Alterung

Gestationsalter

(Frühgeburt, Normalgeburt, Spätgeburt/Übertragung)

Entwicklungsalter

(Neugeborenes, Säugling, Kleinkind, Vorschulkind, Pubeszens, Adoleszenz)

Soziales Alter/Leistungsalter

(Juniorenalter, Hochleistungsalter, Spätleistungsalter, Rückbildungsalter, Senium)

Biologisches Alter des Erwachsenen

(Körperstrukturalter, physiologisches Alter, psychomenteales Funktionsalter. Spätalterung, Normalalterung, Voralterung)

Kapitel 4
i400-i499

Physische Faktoren

Körperbaudimensionen

(Körpergröße, Körpergewicht, BMI)

Körperbauproportionen

(Rumpf : Extremitäten – Relation: Leptomorph, Mesomorph, Pyknomorph.

Bauch : Taillen – Proportion (Waist:Hip-Ratio):

Andromorph/Android „Apfelform“, Gynäkomorph/Gynäköid „Birnenform“)

Körperstruktur/Kompartimente

(Fettanteil, Magermasse)

Endokrinomorphe Akzentuierung

Kapitel 5:
i500-i599

Psychische Faktoren

Vegetative Faktoren

(sympathikotone, vagotone, chronobiologische Akzentuierung, vegetative Funktionsfähigkeit)

Einstellungs- und Verhaltensmerkmale

(Geschlechtsidentifikation, Emotionalität, Intro-, Extroversion, Selbstwertgefühl, Selbstdarstellung (Offenheit, Verschlossenheit, Simulation, Dissimulation)),

Persönlichkeitsakzentuierungen

(hypochondrisch, histrionisch, narzisstisch, anankastisch, ängstlich, asthenisch, paranoid, affektarm)

Intelligenzfaktoren

(kognitive Grundfunktionen: Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, allgemeine, praktische, analytische, emotionale Intelligenz)

Talente, Kreativität

Motive

(Selbstverwirklichung, soziale Anerkennung, Sicherheit, Gesundheit, Genuss, Wohlbefinden, Harmonie)

Interessen

Kapitel 6:
i600-i699

Lebensstil- und Schutzfaktoren der Gesundheit

Ernährung und ernährungsbezogene Konsumfaktoren

(Präferenzen: Deutsche-, Mediterrane-, Maritime Küche, Gemischte Kost, Diätetische Kostformen.

Nahrungsmittel-, Energie- u. Kalorienaufnahme

Ernährungshygiene, Gebrauch von Genussmitteln)

Bewegungsfaktoren, Fitness (alters- und geschlechtsadjustiert)

(Berufsbezogene-, freizeitbezogene Aktivität, konditionelle

Eigenschaften:

Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit, Reaktionsfähigkeit, Flexibilität

Koordination/Gleichgewichtsfähigkeit)

Faktoren der Körper- und Psychohygiene

(Tagesstrukturierung, Kommunikation, Körperpflege, Spiritualität, Entspannung, Sexualität, künstlerische, spielerische Kreativität u. Rezeption)

Gesundheits- u. krankheitsbezogene Einstellungsfaktoren

(Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, Widerstandsfähigkeit, Dispositioneller Optimismus, ‚positives Denken‘,

Kohärenzsinn, Lebenszufriedenheit, Verdrängungstendenz)

Soziale Kompetenz

(Teamfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Konflikttoleranz)

Faktoren sozialen Wohlbefindens

(Gefühl der sozialen Sicherheit, Einbezug in soziale Netzwerke, Wahrnehmung externer Unterstützung)

Arbeitszufriedenheit

(Kompetenzbestätigung, Teambestätigung, Passungsgleichheit von Anforderung und Fähigkeiten, Handlungsspielraum, Messbare Arbeitsergebnisse, Motivation, Berufung)

Kapitel 7:
i700-i799

Andere Gesundheitsprobleme und Interventionen

Zurückliegende Krankheiten, Verletzungen, Vergiftungen sowie deren Folgen (ICD)

Zurückliegende Interventionen, Diagnostische Maßnahmen, bildgebende Verfahren, Operationen, nicht-operative therapeutische Maßnahmen (ICPM/OPS)

6 Ausblick

Zukünftig gilt es, die für den MDK relevanten Begutachtungsfelder und deren Entscheidungs- und Empfehlungsalgorithmen ICF-orientiert heraus zu arbeiten. Entsprechende aufgabenbezogene Listenauszüge aus der ICF (core-sets) sind anzufertigen.

Bemühungen zum routinierten Umgang mit der ICF werden noch einige Zeit in Anspruch nehmen. Die Expertengruppe der MDK-Gemeinschaft will die Entwicklung der ICF verfolgen und die Arbeitshilfe schrittweise an die Notwendigkeiten der Anwendung anpassen. Gleichzeitig sollte sie eine unverzichtbare Orientierungshilfe für alle zukünftig zu erarbeitenden sozialmedizinischen Richtlinien und Empfehlungen werden.

Mit Vorlage dieser Arbeitshilfe zur Einführung der ICF leistet die MDK-Gemeinschaft einen Beitrag zur nationalen Anwendung und Weiterentwicklung dieser Klassifikation. Sie ist zudem Grundlage für eine trägerübergreifende Implementierung der ICF in die sozialmedizinische Begutachtung.

7 Anwendungsbereiche der ICF in der sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei Leistungen der Vorsorge und medizinischen Rehabilitation

7.1 Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Das SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ nimmt auf die ICF ausdrücklich Bezug. Im § 1 werden „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ als die wesentlichen Rehabilitationsziele hervorgehoben.

Indikation und Zuweisung (Allokation) von Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation müssen unter Berücksichtigung der einzelnen Indikationskriterien vorgenommen werden.

Leistungen zur medizinischen Vorsorge sind indiziert, wenn erkennbare Risikofaktoren (z.B. umwelt- und personbezogene negativ wirkende Kontextfaktoren) und Befindlichkeitsstörungen (primärpräventiver Ansatz) bzw. chronische Krankheiten mit Schädigungen der Struktur und Funktion (sekundärpräventiver Ansatz) vorliegen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind indiziert bei voraussichtlich nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten oder bei drohenden bzw. manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen, wenn kurative Maßnahmen nicht mehr ausreichend sind und ein mehrdimensionaler interdisziplinärer Ansatz notwendig wird. Diese Voraussetzungen begründen Rehabilitationsbedürftigkeit.

Nach den Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V in der Fassung vom 16.03.2004 wird die Rehabilitationsfähigkeit wie folgt definiert:

- Rehabilitationsfähig ist ein Versicherter, wenn er auf Grund seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzt.

Bei Anwendung der ICF sind in diesem Zusammenhang zwei Aspekte zu berücksichtigen:

- Art und Schweregrad der Schädigungen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe einschließlich negativer Kontextfaktoren (Defizite, Barrieren)
- Ressourcen im Sinne nicht beeinträchtigter Aktivitäten und Teilhabebereiche sowie positive Kontextfaktoren (Förderfaktoren).

Die **Rehabilitationsziele** leiten sich aus den behandelbaren Schädigungen der Struktur und Funktion sowie den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe ab.

Die **Rehabilitationsprognose** kann bei Kenntnis des bisherigen Krankheitsverlaufs bei gleichzeitiger Berücksichtigung relevanter person- und umweltbezogener Kontextfaktoren (Motivation, Familie, häusliche Versorgung, Arbeitsplatz u. a.) gestellt werden.

Die ICF ist somit für die Ableitung einheitlicher Vorsorge- und Rehabilitationskriterien unverzichtbar.

7.2 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Dieses Angebot soll die Leistungen der GKV zur medizinischen Rehabilitation nachhaltig unterstützen.

Rehabilitationssport, Funktionstraining und Patientenschulungsmaßnahmen sollen helfen, Krankheitsverständnis, den richtige Umgang mit einer chronischen Krankheit oder einer Behinderung sowie Fremd- und Selbsthilfepotenziale zu fördern und zu entwickeln. Die Einbeziehung der Angehörigen oder anderer Bezugspersonen entspricht einer Verstärkung von Förderfaktoren oder Beseitigung von Barrieren im Sinne der ICF (soziale Unterstützung). Rehabilitationssport und Funktionstraining sollen außerdem sportliches Üben und Trainieren als wesentliche Hilfen zur Selbsthilfe erfahren lassen.

Die ICF hilft auch bei der Indikationsstellung für Verordnungen von Funktionstraining oder Rehabilitationssport in Abgrenzung von Heilmittelverordnungen.

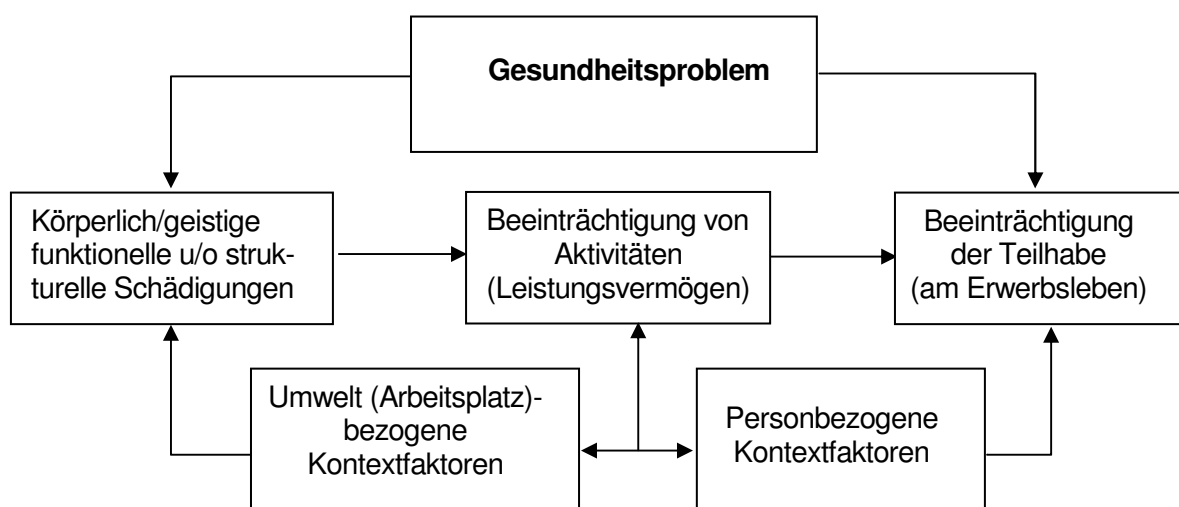
Rehabilitationssport oder Funktionstraining dienen der bereits o. g. Entwicklung und Stabilisierung nachhaltiger Förderfaktoren, während Heilmittelanwendungen direkt auf vorliegende Struktur- und Funktionsschädigungen und/oder einzelne Beeinträchtigungen der Aktivität (z.B. durch Ergotherapie) abzielen.

8 Anwendungsbereiche der ICF in der sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit

Krankheit ist zwar eine notwendige Voraussetzung für Arbeitsunfähigkeit, jedoch kein allein ausfüllendes Kriterium, um auch Arbeitsruhe zu begründen. Bei der AU-Attestierung ist zu berücksichtigen, dass erst auf Grund von Krankheit und deren Auswirkungen (Krankheitsfolgen) im Sinne der Beeinträchtigung von Aktivitäten, die eine Ausübung der konkreten versichertenbezogenen Tätigkeit nicht mehr erlauben (bzw. die Fortsetzung zur Verschlimmerung der Krankheit beiträgt), Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden kann.

Die Beurteilung tätigkeitsbezogener Aktivitäten sowie arbeitsplatzbezogener Kontextfaktoren wird damit zu einem Schwerpunkt der Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit. Die Frage des Auftraggebers kann unmittelbar die Beschreibung des so genannten Leistungsbildes (s. u.) bei arbeitslosen Versicherten oder andere geeignete Fallkonstellationen betreffen. Bei Erwerbstätigen ist darüber hinaus eine Aufstellung des Anforderungsprofils der zuletzt ausgeübten maßgeblichen Tätigkeit/Bezugstätigkeit erforderlich, damit die Übereinstimmung zwischen vorhandenem Leistungsvermögen und die sich aus dem Anforderungsprofil ergebende Beanspruchung gutachterlich abgewogen werden kann.

Die aufgeführten Aspekte von Krankheit, Beeinträchtigung von Aktivitäten und der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung (hier: Arbeitsunfähigkeit) können unter Berücksichtigung des „Bio-psycho-sozialen Modells“ der ICF übersichtlich strukturiert werden.



Begriffserläuterungen:

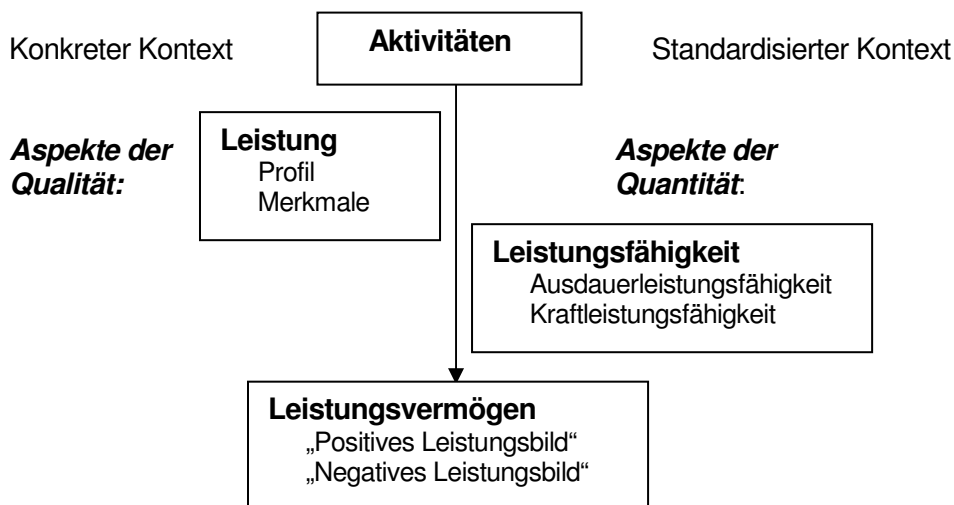
Aktivitäten werden in der **ICF** unter dem Aspekt einer **qualitativen Leistung** (performance) als Aktionen oder Handlungen in konkreten Lebens- und Umweltbereichen klassifiziert, z.B. Kommunizieren, Gegenstände heben und tragen, ein Fahrzeug fahren, Werkzeuge handhaben und vieles andere mehr. Aktivitäten haben in der ICF demnach unter qualitativem Gesichtspunkt im konkreten Kontext gleichzeitig den Charakter einer „Leistung“¹⁶.

Der **quantitative** Aspekt der Aktivitäten wird durch die ICF mit dem Begriff der **Leistungsfähigkeit** (capacity) besetzt¹⁷. Das Konstrukt der Leistungsfähigkeit zielt auf das höchstmögliche Niveau einer betrachteten Aktivität in einer standardisierten (Test-) Umwelt ab. Es kann z.B. im Rahmen leistungsmedizinischer Untersuchungen (Tests, Assessments) in seiner zeitlichen (Ausdauer) und intensitätsbezogenen (Kraft) Dimension erfasst werden.

Leistung und Leistungsfähigkeit unterscheiden sich damit auch in ihrem umweltbezogenen Kontext.

Aktivitäten mit ihren **qualitativen und quantitativen** Aspekten der Leistung und Leistungsfähigkeit können gutachterlich unter dem Begriff **Leistungsvermögen** zusammengefasst werden.

Es ergeben sich folgende ICF-orientierte begrifflichen Zusammenhänge



¹⁶ diese Wortbedeutung weicht von der physikalischen Definition der „Leistung“ (Arbeit/Zeit) ab.

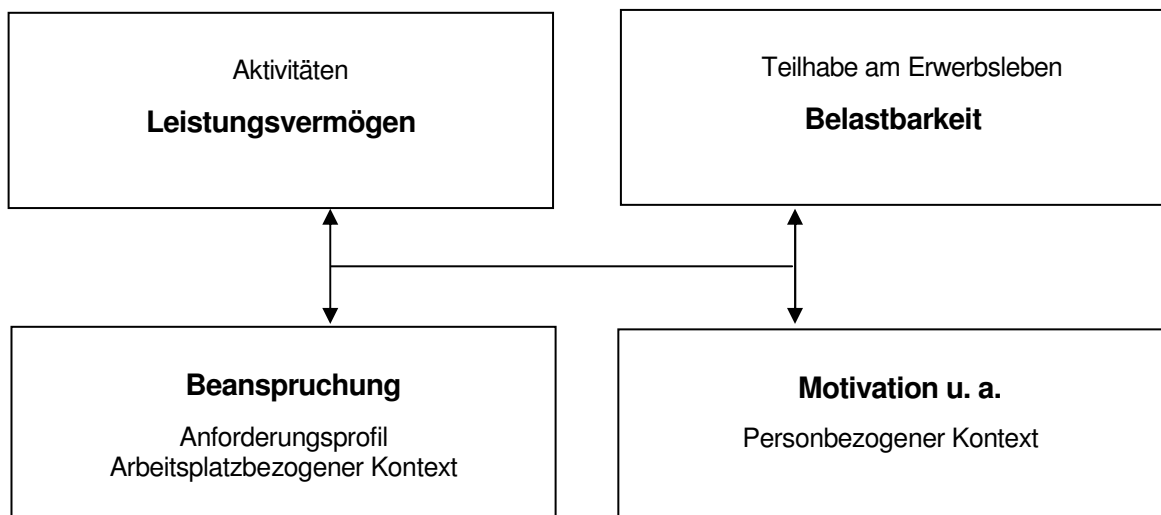
¹⁷ Aus gutachterlicher Sicht muss bei Anerkennung der ICF als Klassifikationsgrundlage zwischen „Leistungsfähigkeit“ (spezieller Begriff der ICF) und „Leistungsvermögen“ (Oberbegriff für „Leistung“ und „Leistungsfähigkeit“) unterschieden werden.

Eine Assessment gestützte Beurteilung des Leistungsvermögens wird bei der Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit sowie weiterführender Fragen der Krankenkassen zur Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit im MDK in der Regel nicht praktiziert. Art und zeitlicher Umfang der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens müssen anamnestisch (explorativ) und klinisch abgeschätzt werden.

Dem Leistungsvermögen gegenüber stehen die durch die Arbeitswelt von außen wirkenden Belastungsfaktoren. Auch diese sind den Aktivitäten vergleichbar in qualitative und quantitative Aspekte aufzugliedern. Aus qualitativer Sicht fordern Berufe und Tätigkeiten spezifische Aktivitätsformen, die ein **tätigkeitsbezogenes Anforderungsprofil** ergeben. Aus quantitativer Sicht müssen die erforderlichen Aktivitäten mit der gebotenen Dauer und Intensität erbracht werden. Hier ordnen sich die arbeitsmedizinischen Begriffe der Arbeitsdauer/zeit und der Arbeitsschwere ein¹⁸.

Daneben können Umweltfaktoren im Sinne von Erschwernissen oder auch als Förderfaktoren wirken, die das Leistungsvermögen beeinflussen. Tätigkeitsbezogenes Anforderungsprofil und tätigkeitsrelevante Umweltfaktoren werden im Folgenden als **arbeitsplatzbezogener Kontext** bezeichnet.

Bei gegebenem Leistungsvermögen und gegebener tätigkeitsbezogenen Beanspruchung hängt die psychophysische Belastbarkeit darüber hinaus auch von personbezogenen Kontextfaktoren ab.



¹⁸ Anleitung zur sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit (ABBA 2004), Anhang 2

Bei den personbezogenen Kontextfaktoren sind konstitutionelle physische und psychische Merkmale, Einstellungen, Motivation u. a. zu berücksichtigen. Bisher war dieser Teil der ICF noch nicht mit entsprechenden Kapiteln und Items besetzt. Eine strukturelle und inhaltliche Vorgabe dieser Komponente ist aus sozialmedizinischer Sicht jedoch unverzichtbar. Es entspricht täglicher sozialmedizinischer Erfahrung, dass gerade die personbezogenen Kontextfaktoren das Verhalten von Versicherten bei Arbeitsunfähigkeit entscheidend mitbestimmen. Mit aus diesen Gründen wurde das Kapitel ‚Personbezogene Kontextfaktoren‘ von einer Expertengruppe der SEG 1 erarbeitet und in diese Arbeitshilfe eingefügt.

8.1 Leistungsbeurteilung im Rahmen der Beratung und Begutachtung bei AU

Eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung i. S. der Abschätzung des Leistungsvermögens ist bei der überwiegenden Zahl von Stellungnahmen im Rahmen der SFB oder der Begutachtung notwendig. In der SFB wird der Gutachter die Einschätzung des Leistungsvermögens gedanklich, bei der Gutachtenfassung nach Aktenlage oder körperlicher Untersuchung schriftlich vornehmen müssen. Umfang und Tiefe der Darstellung hängt von der Fragestellung der Krankenkasse und der konkreten Fallkonstellation ab.

Die Leistungsbeurteilung beinhaltet auch die Feststellung von beeinträchtigten oder aufgehobenen bzw. noch verfügbaren Aktivitäten, ggf. die Zeichnung eines positiven und negativen Leistungsbildes und den Abgleich des Leistungsvermögens mit der tätigkeitsbezogenen Beanspruchung (Anforderungsprofil).

Bei akut entzündlichen, fieberhaften, Unfall-/Operationsbedingten und vergleichbaren funktionellen und/oder strukturellen Schädigungen sind entsprechende Beeinträchtigungen der tätigkeitsbezogenen Aktivitäten evident und bedürfen keiner ausführlichen Darlegung. Leistungsvermögen und Belastbarkeit sind vorübergehend eingeschränkt oder aufgehoben. Diese wenigen Fälle werden in der Regel im Rahmen der SFB fallabschließend beurteilt.

Demgegenüber muss insbesondere bei bestehenden leichten Befindlichkeitsstörungen, unwesentlichen lokalisierten Schädigungen aber auch bei einzelnen chronischen Erkrankungen ohne Auswirkungen auf tätigkeitsrelevante Aktivitäten gegen ein vorliegendes AU-Attest auf der Grundlage des noch vorhandenen Leistungsvermögens argumentiert werden.

„Wenn sich Leistungsvermögen und Anforderungsprofil entsprechen, besteht keine Begründung für Arbeitsunfähigkeit“ (ABBA).

Bei chronischen oder malignen Erkrankungen, Verletzungs- oder Operationsfolgen mit manifesten funktionellen und strukturellen Schädigungen müssen ggf. leistungsrechtliche Entscheidungen über weitergehende interdisziplinäre Interventionen getroffen werden. In diesen Fällen sind seitens des Gutachters insbesondere die Krankheitsauswirkungen hinsichtlich der Beeinträchtigung relevanter Aktivitäten und deren Folgen auf die Teilhabe am Erwerbsleben darzulegen. Die nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung des Leistungsvermögens begründet eine

- „erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit“ (Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nach § 51 Abs. 1 SGB V).

Eine positive Erwerbsprognose führt in der Regel zur medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation. Anderenfalls werden Möglichkeiten der Berentung durch die zuständigen Leistungsträger geprüft.

Bei stabilisiertem Krankheitszustand und auf Dauer eingeschränktem Leistungsvermögen können ein so genanntes „**positives**“ und „**negatives Leistungsbild**“ gezeichnet werden. Das positive Leistungsbild umfasst das qualitativ verfügbare Aktivitätsprofil und die quantitative (zeitlich bemessene) Leistungsfähigkeit im Sinne eines „Restleistungsvermögens“. Dieses dient als Grundlage weiterführender Entscheidungen der Leistungsträger zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

Im Rahmen der AU-Begutachtung werden seitens der Krankenkassen überwiegend Fragen zum Leistungsbild bei folgenden Fallkonstellationen gestellt:

8.1.1 Zweifel an der AU bei arbeitslosen Versicherten

Die Fassung des positiven und negativen Leistungsbildes ist an einem fiktiven Arbeitsmarkt mit niedrighschwelligen Eingangskriterien auszurichten.

Allerdings ist nach neuer BSG-Rechtssprechung¹⁹ die quantitative (zeitliche) Belastbarkeit auf denjenigen Zustand zu beziehen, mit dem sich der Versicherte der Agentur für Arbeit der Vermittlung zur Verfügung gestellt hat (untervollschichtig: 3-6 Std. oder vollschichtig: 6 und mehr Stunden täglich).

¹⁹ siehe auch G 2 – Gutachten: Böschchen, Glaser, Sonntag, Heinzel: Bewertung der Arbeitsunfähigkeit bei Arbeitslosen, SEG 1, Hannover, 31.05.2005

Die Beschreibung des negativen Leistungsbildes sollte nur die wesentlichen qualitativen Aktivitätseinschränkungen berücksichtigen, um die Vermittelbarkeit nicht einzuschränken. Zweifel an der AU bei Versicherten, deren Beschäftigungsverhältnis während der AU geendet hat

Die Formulierung eines Leistungsbildes kommt nur in Betracht, wenn sich der attestierte Krankheitszustand stabilisiert hat und die Wiederaufnahme einer der gekündigten Tätigkeit vergleichbarer Bezugstätigkeit möglich erscheint. Dem Gutachter muss das Anforderungsprofil der letzten Tätigkeit entweder aus eigener berufsmedizinischer Erfahrung, durch Arbeitsplatzbeschreibung oder durch Selbstauskunft bekannt sein, um den Abgleich zwischen Leistungsvermögen und Bezugstätigkeit vornehmen zu können.

Für diesen Personenkreis sieht die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie auch vor, dass die Krankenkasse festzustellen hat, ob es sich um an- oder ungelernete Versicherte handelt. Sie muss ggf. vergleichbare Tätigkeiten benennen, deren Anforderungsprofil bei der Beurteilung zu Grunde gelegt werden soll. Wird die Tätigkeit von der Krankenkasse nicht vorgegeben, so ist ein Leistungsbild zu erstellen (ABBA, Kapitel 5.3)

Zu berücksichtigen sind:

- mentale Aktivitäten,
- Kommunikation, Verhalten,
- Mobilität und Beweglichkeit

sowie die Belastbarkeit hinsichtlich:

- Arbeitsschwere, Umweltbedingungen,
- zeitlichem Arbeitsumfang und -rhythmus.

8.1.2 Zweifel an erneut attestierter AU bei arbeitsfähig entlassenen Rehabilitanden

In nicht wenigen Fällen werden erwerbstätige oder arbeitslose, dem Arbeitsmarkt jedoch zur Verfügung stehende erwerbsfähige Versicherte nach Leistungen der medizinischen Rehabilitation arbeitsfähig entlassen und vom Hausarzt erneut als arbeitsunfähig befunden.

Sofern nicht neue medizinische Sachverhalte zur Begründung der AU vorgebracht werden (und der Rehabilitationsbericht mit den gutachterlich dokumentierten positiv/negativen Leistungsbildern noch nicht vorliegt), muss bei Zweifeln der Krankenkasse ein aktuelles Leistungsbild durch den MDK gezeichnet werden.

Die im Folgenden aufgeführten Merkmalslisten sind an der Gliederung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF), Kapitel: „Aktivitäten“ sowie „Umweltbezogener Kontext“, orientiert. Sie bieten eine Auswahl von Begriffen an, die für die Beschreibung von Aktivitätsprofilen, des Leistungsvermögens, des Anforderungsprofils und andere arbeitsplatzbezogener Kontextfaktoren (auch nicht in der ICF klassifizierte) unabhängig von den bestehenden Krankheiten verwendet werden können²⁰.

8.2 Liste tätigkeitsbezogener Aktivitäten (nach ICF) für den maßgeblichen Arbeitsplatz / die maßgeblichen Bezugstätigkeiten

Aktivitäten

Kapitel 1:

a/d110-199

Lernen und Wissensanwendung

Bewusste sinnliche Wahrnehmung

(absichtsvolles Zuschauen, Zuhören, Tasten, Schmecken, Riechen)

Wissen anwenden

(konzeptionelles Denken, Techniken zur Wissensanwendung einsetzen: Lesen, Schreiben Rechnen, Probleme lösen, Entscheidungen treffen)

Kapitel 2:

a/d210-299

Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Einzelaufgaben

(übernehmen, bewältigen)

Mehrfachaufgaben

Tägliche Routinen durchführen, Abläufe strukturieren

Umgang mit Stress²¹

Kapitel 3:

a/d310-399

Kommunikation

Kommunizieren als Empfänger, Informationen verarbeiten

(verbale, nonverbale Mitteilungen, Verständnis von Gesten, Gebärden, Zeichen, Symbolen, Graphiken, Bildern, Fotos)

Kommunizieren als Sender

(Sprechen, Nonverbale Mitteilungen produzieren, Schreiben)

Konversation und Gebrauch von Kommunikationstechnik

(Unterhaltung, Diskussion führen, Kommunikationstechnik gebrauchen)

²⁰ Die bisher üblichen „arbeitsmedizinischen Begriffe“ (ABBA, Anhang 2) sind berücksichtigt.

²¹ Aktivitäten zur Stresskontrolle erfordern Voraussetzungen, die mit (personbezogener) sozialer Kompetenz verbunden sind. (s. a. ‚Personbezogene Faktoren‘)

Kapitel 4:
a/d410-499

Mobilität

- Körperposition ändern und aufrechterhalten
(Knien, Hocken, Sitzen, Stehen, Beugen, Bücken, Liegen)
- Gegenstände tragen, bewegen, handhaben
(Gegenstände bewegen in vertikaler –anheben- und horizontaler Richtung –tragen-, Fußgebrauch zum Treten, Stoßen, Feinmotorischer Finger-Handgebrauch: Spitzgriff, Faustschluss, Daumenopposition, Grobmotorischer Hand-Armgebrauch: Ziehen, Schieben, Überkopf, Armvorhalt, Fangen)
- Gehen und sich fortbewegen
(Vorwärts-, Rückwärts-, Seitwärtsgehen, auf unterschiedlichen Oberflächen gehen)
- Klettern, Treppensteigen, Kriechen
- Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstungen fortbewegen
- Sich mit Transportmitteln fortbewegen
(mit Menschenkraft betrieben, motorisiert)
- Fahrzeuge selbst führen

Kapitel 5:
a/d510-599

Selbstversorgung

- Körperteile waschen und pflegen
- Toilette benutzen
- Sich kleiden
(Kleidung wechseln, inkl. Schuhe)
- Essen
- Trinken
- Auf die Gesundheit achten
(Gesundheitsgefahren erkennen und abwenden)

Kapitel 7:
p/d710-799

Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

- Allgemeine interpersonelle Interaktionen
(Respekt, Anerkennung, Toleranz- u. Kritikfähigkeit)
- Komplexe interpersonelle Interaktionen
(Beziehungen eingehen u. beenden, sozialen Regeln gemäß interagieren, Abstand wahren)
- Besondere interpersonelle Beziehungen
(zu Fremden, Autoritätspersonen: unterordnen, Untergebenen: überordnen, führen, anleiten, beaufsichtigen, Gleichrangigen: (Teamwork))

8.3 Arbeitsplatzbezogener Kontext

8.3.1 Liste umweltbezogener Kontextfaktoren für den maßgeblichen Arbeitsplatz

Kapitel 1:
e110-199

Produkte und Technologien

zur Kommunikation

(Telefon, Handy, Kommunikationshilfen)

für Aus- und Weiterbildung

(Fachbücher, Lehrmaterial, PC-Hard, Software)

für die Erwerbstätigkeit

(Werkzeuge, Maschinen, Büroausstattung, Hilfsmittel zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit)

Bauprodukte und Technologien von Gebäuden

(Ein-, Ausgänge, Rampen, Türöffner, Räumlichkeiten: im Freien, in Werkhallen (15-18°C), in Werkstatt/Lager, in temperierten Räume (18-22°C), Innenausstattung, Wegefindung)

Produkte und Technologien der Flächennutzung

(Wegeanlagen, Wegweiser, Rampen, Treppen, Beleuchtung: Intensität, Kontrast)

Kapitel 2:
e210-299

Natürliche Umwelt und vom Menschen veränderte Umwelt

Geographie

(geografische Lebensumstände: Land, Wasser, Höhenlage)

Klima

(Temperatur: Kälte-, Wärmegrade, Schwankungen

Luftfeuchte, Luftdruck, Niederschlag, Wind (Zugluft)

Vom Menschen verursachte Ereignisse, Umstände und Risiken

(Gase, Dämpfe, Stäube, Nässe, Umgang mit Flüssigkeiten, Feststoffen, Schmutz, Noxen, Toxinen. Gerüste, Gruben, Strom, rotierende Maschinenteile)

Licht

(Intensität, Kontrast)

Zeitbezogene Veränderungen

(Tag-/Nacht-Zyklen)

Laute und Geräusche

(Schall, Lärm)

Schwingungen

(Vibrationen, Explosionen)

Luftqualität

(in Innen- und Außenbereichen)

8.3.2 Zeitbezogene Arbeitsfaktoren:

- Dauer
 - Vollschichtig
6-8 Stunden
 - Teilzeit
täglich 3 bis unter 6 Stunden
täglich < 3 Stunden
 - aufgehobene Leistungsfähigkeit
< 15 Std. / Woche
- Qualität
 - Tagschicht
 - Wechselschicht (Früh-, Spät-)
 - Nachtschicht
mit Zeitverschiebung
- Quantität
 - Mehr-/Überstunden
Ständig (91-100%),
Überwiegend, häufig (51-90%),
Zeitweise, gelegentlich (5-10%),
Vorübergehend, auf Zeit,
(voraussichtlich) nicht nur vorübergehend,
auf Dauer (> 6 Monate).

8.3.3 Faktoren der Arbeitsbelastung

Arbeitsschwere	Handhaben	Heben/Tragen	Watt ²²
leicht	< 1 kg	< 10 kg	50 -75
mittelschwer	1 - 3 kg	10 - 15 kg	80 - 125
schwer	> 3 kg	20 - 40 kg	> 125
schwerst		> 50 kg	

Im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung kann auf Hilfsmittel (Produkte und Technologien sowie Umfeld- und Arbeitsplatzanpassungen) hingewiesen werden, mit denen die Arbeit erleichtert wird und eine Wiederaufnahme der Tätigkeit möglich erscheint (Förderfaktoren im Rahmen beruflicher Rehabilitation).

²² Leitfaden für die arbeitsärztliche Begutachtung, BA Nürnberg, 1998

8.4 „Leistungsbild“ bei arbeitslosen Versicherten

(Ein Leistungsbild bei arbeitsunfähigen arbeitslosen Pflichtversicherten ist mit Bezug auf die Krankheitsfolgen immer individuell darzustellen. Hier können nur exemplarisch die mindestens erforderlichen Leistungen²³ (qualitative Aspekte) und die Leistungsfähigkeit (quantitativ-zeitlicher Aspekt) dargestellt werden.

8.4.1 Positives Leistungsbild

- Bildungsfähig und Wissensanwendung für einfache Aufgaben (z.B.: Teilnahme an Schulungsmaßnahmen).
- Kommunikations- und interaktionsfähig (z.B. Verstehen und Umsetzen von Arbeitsanweisungen).
- Wegefähig (für ortsübliche Wegstrecken, z.B.: 4 x 500m oder 2 x tgl. Teilnahme am ÖNV).
- Leistungsvermögen für mehr als 15 Std. wöchentlich, untermittelschichtiges Leistungsvermögen 3-6 Std./Tag²⁴, vollschichtiges Leistungsvermögen mehr als 6 Std./Tag.
- Leistungsvermögen für leichte körperliche Tätigkeit.
- Realisierung der Selbstversorgung.

8.4.2 Negatives Leistungsbild

Ausschluss besonderer qualitativer Aktivitätsanforderungen (z.B.: Heben und Tragen von schwerer Lasten, Überkopparbeit, Öffentlichkeitsverkehr) sowie umweltbezogener Risikofaktoren, die das Leistungsvermögen beeinträchtigen oder zu einer Verschlimmerung der kompensierten Schädigungen führen können.)

Hinweise zur Anwendung:

Leistungsvermögen oder Leistungsbild bzw. das Anforderungsprofil am maßgeblichen Arbeitsplatz sind an den entsprechenden Stellen im Ismed-Gutachten mit wenigen relevanten Merkmalen zu beschreiben. Eine Auflistung aller möglichen Merkmale ist nicht sinnvoll und schränkt unter Umständen die Verweis- und Vermittelbarkeitsprüfung durch andere Sozialleistungsträger für Versicherte unverhältnismäßig ein.

²³ Die aktuelle Rechtsprechung ist zu berücksichtigen

²⁴ Bei untermittelschichtiger (3-6 Std.) Leistungsfähigkeit bedarf es gutachterlicherseits einer nachvollziehbaren medizinischen Begründung (s. a. Fußnote 4)

Einführung

Die ICF als Konzeption und Klassifikation ist aus sozialmedizinischer Nutzerperspektive ein Arbeitsmittel zur Strukturierung von Gesundheitsproblemen einer Person und deren Auswirkungen in konkreten Lebensumständen. Die erkannten Sachverhalte können gutachterlich in Beziehung zu den sozialrechtlich relevanten Entscheidungskriterien gesetzt werden. Die Operationalisierung der Indikationskriterien für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen gelingt systematischer, logisch nachvollziehbar und einheitlich.

Die nachfolgend aufgeführten Anwendungsbeispiele der ICF in der sozialmedizinischen Begutachtung enthalten:

- (1) eine fallbezogene **sozialmedizinische Fragestellung**, ggf. Anlassschlüssel, Begutachtungssituation, Unterlagen
- (2) die allgemeine Beschreibung einer Person mit ihren Gesundheitsproblemen und deren Auswirkungen in den realen Lebensumständen (**Krankengeschichte**)/ **Anforderungsprofil** am Arbeitsplatz
- (3) die **Fallstrukturierung** gemäß der Gliederung der Komponenten der ICF in:
 - ◆ Gesundheitsprobleme (Gesundheitsstörungen und Krankheiten),
 - ◆ Funktionsschädigungen,
 - ◆ Strukturschädigungen,
 - ◆ Aktivitäten und Beeinträchtigung von Aktivitäten,
 - ◆ Teilhabe und Beeinträchtigung der Teilhabe,
 - ◆ umweltbezogene / arbeitsplatzbezogenen Barrieren und Förderfaktoren
 - ◆ personbezogene Hemmnisse und Förderfaktoren und
 - ◆ die Zuordnung relevanter Items.

Methode zur Strukturierung unter Berücksichtigung der Komponenten der ICF

Komponenten der ICF und dafür verwendete Abkürzungen:

(h) Gesundheit	<i>(health)</i>	(h -) Gesundheitsproblem
(b) Körperfunktion	<i>(body function)</i>	(b -) Schädigung der Körperfunktion
(s) Körperstruktur	<i>(body structure)</i>	(s -) Schädigung der Körperstruktur
(a) Aktivität	<i>(activity)</i>	(a -) Beeinträchtigung der Aktivität
(p) Teilhabe	<i>(participation)</i>	(p -) Beeinträchtigung der Teilhabe
(e) Umweltfaktor	<i>(environmental contextual factor)</i>	(e +) Förderfaktor
		(e -) Barriere
(i) Personbezogener Faktor	<i>(individual contextual factor)</i>	(i +) Förderfaktor
		(i -) Barriere

- (4) Zusammenfassende Darstellung in Form einer bio-psycho-sozial fundierten **Epikrise** unter Berücksichtigung möglicher Wechselwirkungen der Komponenten, Barrieren und Förderfaktoren. **Sozialmedizinische Beurteilung** im Sinne der Definition der sozialrechtlich relevanten Entscheidungskriterien gemäß Fragestellung (Rehabilitationsbedürftigkeit / Arbeitsunfähigkeit) und Operationalisierung der Kriterien unter Verwendung der Begrifflichkeiten der ICF.
- (5) **Fazit:** Beschreibung des Nutzens der Anwendung der ICF im jeweiligen Anwendungsbereich an Hand eines konkreten Fallbeispiels/ Ergebnisschlüssel.

Die Fallbeispiele verfolgen unterschiedliche Lernziele:

- Der Gutachter soll anhand ausführlicher Fallstrukturierungen lernen, in der Konzeption und Systematik der ICF zu denken (s. Beispiel Vorsorge).
- Der Gutachter soll befähigt werden, die ICF in der täglichen Begutachtungspraxis umzusetzen (s. Beispiele: Rehabilitation / Arbeitsunfähigkeit).

Die nachfolgenden Beispiele dienen dem Erlernen der Systematik der ICF im Selbststudium. Sie sind nicht verbindlicher Maßstab für den Umfang und den Grad der Detailliertheit der gutachterlichen Stellungnahme.

9.1 Medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter

(1) Sozialmedizinische Fragestellung:

Ist eine medizinische Vorsorgeleistung als Mutter-Kind²⁵-Leistung medizinisch indiziert oder kommen alternative Angebote in Frage?

Begutachtungssituation: Gutachten per Aktenlage

Unterlagen:

- Erstantrag der Versicherten auf eine medizinische Vorsorgeleistung für Mutter-Kind
- ablehnende Stellungnahme des MDK in der Sozialmedizinischen Fallberatung (SFB)
- Widerspruch der Versicherten
- Leistungsauszug der Krankenkasse
- Selbstauskunft der Versicherten (ggf. Vermerk der Krankenkasse über Versicherungsgespräch)

(2) Krankengeschichte und Fallstrukturierung:

Krankengeschichte:

23-jährige
allein stehende
untergewichtige (BMI 18)
Frau, Mutter von zwei Kindern im
Alter von 5 und 6 Jahren, nicht verheiratet

Lebt in einer Großstadt

In einem Stadtteil mit überwiegend ausländischen
Mitbürgern

Schulbildung: Hauptschulabschluss.
Eine Lehre als Friseurin habe sie wegen
Schwangerschaft abbrechen müssen

Mit dem Vater der Kinder lebe sie schon
lange nicht mehr zusammen, er sei arbeits-
los und komme nur, wenn er Geld brauche.
Er kümmere sich auch schon lange nicht
mehr um die Kinder und nehme sie ihr
auch nicht für kurze Zeit ab.

Sie selbst sei ebenfalls arbeitslos,
gelegentlich arbeite sie stundenweise
als Verkäuferin. Wegen der Kinder
mache das jedoch jedes Mal Probleme.
Ihre Eltern wohnen zwar in der Nähe, seien
aber nicht bereit, sich um die Kinder zu
kümmern. Auch sonst habe sie keine
zuverlässigen Freunde oder Bekannte, bei
denen sie die Kinder lassen könne.

Das Geld reiche vorne und hinten nicht und
sie fühle sich in ihrer Lebensführung als allein
erziehende Mutter stark eingeschränkt

Die Kinder seien zwei bis dreimal in der
Woche im Kindergarten. Oft gehen sie
aber an unterschiedlichen Tagen dorthin,
so dass sie manchmal die ganze Woche
nicht ohne ein Kind sei. Außerdem machten
die Kinder häufig Probleme, wenn sie in
den Kindergarten gehen sollen.
Gelegentlich sei sie auch schon von
anderen Eltern angesprochen worden,
sie solle ihre Kinder zuhause lassen,
weil diese so aggressiv seien.

Überhaupt sei sie für alles alleine verantwortlich,
sie fühle sich daher psychisch überfordert,
energie- und antriebsarm. Dieses wirke sich
auch auf ihre Eßgewohnheiten und ihren
Appetit aus.

Fallstrukturierung:

i- Alter, wenig Lebenserfahrung
e- Fehlende Unterstützung
i Risikofaktor, Konstitution

i-- frühe Mutterrolle ohne familiäre
Unterstützung
e+ Verfügbarkeit unterstützende
Dienste
e- Eingeschränkte Kommunikati-
on aufgrund sprachlicher und
kultureller Unterschiede

p-,i- ohne Berufsabschluss

e- fehlende Unterstützung

i- ohne/gelegentliche Arbeit
p- Teilhabe am Erwerbsleben
e- fehlende Unterstützung

p-,e- geringe finanzielle Mittel, Ar-
*,i-*beitslosengeld

e+ unterstützende Vorschuldiens-
te
p- Mutter-Kind-Interaktion
e- Fremdeinstellungen
i- Soziale Kompetenz
b- Funktion der psychischen E-
nergie und des Antriebs,
Durchhaltevermögen, Appetit

²⁵ Die Kind-Problematik bleibt im Folgenden unberücksichtigt

Die Kinder würden ihr kaum folgen.	p-	Mutter-Kind-Interaktion
Sie wohne in sehr beengten Verhältnissen	e-	Wohnverhältnisse
Sie leide darunter, dass sie kaum noch ihr eigenes Leben leben könne, so könne sie z. B. abends nicht weggehen und habe keine Möglichkeit, noch einmal einen Mann kennen zu lernen.	p- p-, i-	Freizeit Beziehung, Lebensentwurf
Sie leide häufig unter Kopf- und Rückenschmerzen, sie sei ständig müde, könne aber schlecht einschlafen, außerdem sei sie lustlos.	b- b-	Schmerzen Antrieb, psychische Energie
Sie komme sich unattraktiv vor.	i-	Selbstwertgefühl
Sie rauche seit ihrem 15. Lebensjahr, mittlerweile 2 Schachteln am Tag	b-	Drang nach Suchtmitteln
Zu den Kindern sei sie häufig sehr gereizt, gelegentlich rutsche ihr auch schon einmal die Hand aus. Sie berichtet, dass sie mit ihrem Haushalt gerade noch so zurechtkomme, sich aber nicht immer ausreichend um die Kinder kümmern könne.	j- b- p+ p-	Soziale Kompetenz (geringe Konflikttoleranz) Impulskontrolle häusliches Leben Mutter-Kind-Interaktion
Gelegentlich gehe sie auch einmal zu einem Kaffeekränzchen mit anderen Müttern aus der Umgebung, die sie auf dem Spielplatz treffe. Das komme aber sehr selten vor.	p+/-	interpersonelle Beziehung
Sie hat Beratungsangebote angenommen. In den Beratungsstellen hätte man ihr nicht ausreichend Hilfe anbieten können.	i+ e-	Einstellung / Motivation Wirksamkeit unterstützender Dienste
Sie sei mit den Kindern zur Abklärung einer Hyperaktivität auch schon beim Kinderarzt gewesen, es habe sich jedoch nichts ergeben. Auch ihre Kopf- und Rückenschmerzen seien abgeklärt worden, ohne objektivierbaren Befund.	e+ b-	Inanspruchnahme med. Dienste Schmerzen
Sie sei jedoch fest entschlossen, an ihrer Situation etwas zu ändern, sie wisse nur nicht recht, wie sie das anfangen könne.	i+ i-	Motivation soziale Kompetenz

(3) Zusammenfassende Bewertung der Fallstruktur:

- Gesundheitsprobleme
 - ◆ keine behandlungsbedürftigen Krankheiten,
 - ◆ aber erste Gesundheitsstörungen wie unspezifische Schmerzen und Schlafstörungen

- Funktionsschädigungen:
 - ◆ Kopf- und Rückenschmerzen, Drang nach Suchtmitteln, geringe psychische Energie, Antriebsarmut, fehlende Impulskontrolle
- Strukturschädigungen:
 - ◆ keine
- Beeinträchtigung von Aktivitäten:
 - ◆ keine
- Beeinträchtigung der Teilhabe:
 - ◆ Mutter-Kind-Interaktion : Schwierigkeiten
 - ◆ Teilhabe am Erwerbsleben durch nicht ausreichende Kinderbetreuung erschwert, durch geringe finanzielle Mittel (arbeitslos) ist ferner die Teilhabe am wirtschaftlichen Leben beeinträchtigt.
 - ◆ Freizeitangebote können nicht wahrgenommen, Kontakte und Beziehungen nicht geknüpft werden.
- Umweltbezogener Kontext:
 - ◆ Fehlende familiäre und sonstige Unterstützung, beengte Wohnverhältnisse, negative Einstellung anderer Eltern, fehlende soziale Kontakte im Wohnumfeld. Unterstützende Fachleute und Dienste stehen in der Großstadt zur Verfügung,
- Personbezogener Kontext:
 - ◆ Risiken, Probleme und Schwierigkeiten wie Untergewicht, mangelndes Selbstwertgefühl, wenig Lebenserfahrung, frühe Mutterrolle, abgebrochene Berufsausbildung, Arbeitslosigkeit, wirtschaftlich unselbständig, Hilflosigkeit (fehlende Selbstwirksamkeit, geringe soziale Kompetenz), positive Einstellung gegenüber institutionellen Hilfen.

(4) Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung:

Die 23-jährige, in aktueller Erziehungsverantwortung stehende Versicherte leidet unter einem Gefühl der Überforderung in ihrer Lebenssituation. Sie sei oftmals gereizt und habe Erziehungsprobleme mit ihren 5 und 6 Jahre alten Kindern.

Ärztliche Behandlungen nahm sie in Anspruch, behandlungsbedürftige Krankheiten ergaben sich dabei nicht.

Die allein stehende, arbeitslose Versicherte erfährt keinerlei Unterstützung. Als Förderfaktor ist der Wille der Versicherten einzuschätzen, etwas an ihrer Situation ändern zu wollen, allerdings verfügt sie über kein ausreichendes Konzept zur Selbsthilfe. Gesundheitsstörungen und das Gefühl der Überforderung als allein stehende Mutter einerseits sowie die schwierige Lebenssituation andererseits stellen ein Risiko zur Entwicklung behandlungsbedürftiger Krankheiten dar.

Eine Beeinträchtigung der Teilhabe am häuslichen Leben besteht nach eigenen Angaben noch nicht. Allerdings beklagt die Versicherte fehlende Unterstützung zur Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben.

Trotz Inanspruchnahme der örtlichen Beratungs- und Selbsthilfeangebote (Familienunterstützende Dienste, Mütterberatungen, Selbsthilfegruppen, Frauenzentren) droht die vorliegende Problematik zu eskalieren.

Die Versicherte benötigt darüber hinaus fachliche Unterstützung bei der Veränderung ihrer Eßgewohnheiten und ihres Suchtverhaltens.

Die Indikation für eine interdisziplinäre medizinische Vorsorgeleistung ist aufgrund der im Widerspruch der Versicherten angeführten Gesundheitsstörungen in Verbindung mit negativ wirkenden Kontextfaktoren nachvollziehbar. Die soziale Problematik sowie eine personbezogene Risikokonstellation begründen die dem Antrag zugrunde liegende Leistung.

Im Hinblick auf die gestörte Mutter-Kind-Interaktion sowie der fehlenden Versorgungsmöglichkeit der Kinder sollten diese in das therapeutische Angebot der Vorsorgeeinrichtung mit eingebunden werden.

(5) Fazit

Die ICF-Anwendung hat im Begutachtungsfeld Medizinische Vorsorgeleistung für Mütter und Väter zu einer differenzierten Fallstrukturierung geführt.

Die Gesundheitsprobleme und ihr möglicher Zusammenhang mit Komponenten der Aktivitäten und der Teilhabe sowie mit Kontextfaktoren können konkret herausgearbeitet und in der Epikrise prägnant zusammengefasst werden. Aus dieser Problemkonstellation resultiert das persönliche Bedürftigkeitsprofil. Daraus ergeben sich notwendigerweise die medizinischen Interventionen und persönlichen Beratungsangebote. Die Allokationsempfehlung ist unter Beachtung der Kontextfaktoren ableit- und nachvollziehbar.

9.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Orthopädie)

(1) Sozialmedizinische Fragestellung:

Ist eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation indiziert? Wenn ja, kann diese ambulant erbracht werden?

Begutachtungssituation:

Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) mit folgenden Unterlagen:

- Antrag des Versicherten
- Formular (Muster 61) „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“
(siehe Anlage 1, Seite 45 - 48)
- Unterlagen der Krankenkasse über
 - ◆ *Heilmittel*: Bewegungstherapie (12x), Traktionsbehandlung (6x), Elektrotherapie (6x), standardisierte Heilmittelkombination (6x)
 - ◆ *Hilfsmittel*: 1 Handstock, Kompressionsstrümpfe Kl. 2
 - ◆ *andere Maßnahmen*: Patientenschulung, Ernährungsberatung

(2) Krankengeschichte:

74-jährige Rentnerin, verwitwet, mit tief sitzenden Rückenschmerzen, Ausstrahlung in die rechte Leiste sowie entlang der vorderen Oberschenkelseite in das rechte Knie. Ruheschmerzen, Schmerzverstärkung beim Gehen und Treppensteigen. Wegen massiver Schmerzsymptomatik trotz intensiver Physiotherapie auch unter Analgetika im vergangenen Jahr 2 kurzstationäre KH-Aufenthalte in einer orthopädischen Klinik zwecks mehrmaliger periradikulärer Infiltrationen, letztmalig vor 3 Monaten, jedoch ohne nachhaltigen Effekt, deshalb deutlich im Bewegungsradius eingeschränkt, ansteigendes Gewicht (BMI 32,1). Kompressionsstrümpfe können wegen der Beugeeinschränkung in der rechten Hüfte und den Knien nur mit Mühe an- und ausgezogen werden. Gartenarbeit ist wegen der schmerzhaften Rumpfbeugung nicht mehr möglich. Beim Gehen auf Handstock angewiesen, Gehstrecke max. 300 m.

Versicherte lebt in einer 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 Anbindung. Hausarzt und Einkaufsmöglichkeiten vor Ort.

Vorliegende Befunde:

- Röntgen: Beckenübersicht und rechte Hüfte axial - aktuell: vermehrte Sklerosierung beider Pfannendächer re. > li. mit ausgeprägten Randanbauten re., verschmälertem Gelenkspalt, Ausdünnung des Pfannendaches, Entrundung des Femurkopfes, Beinverkürzung von gut 1 cm.
- MRT der LWS – 7 Monate alt: Kleiner Prolaps der Bandscheibe in Höhe L4/L5 rechts lateral mit Irritation der Wurzel, beginnende Spinalkanalstenose in Höhe L3-L5 und beginnende Foramenstenose L4 und L5 rechts.
- aktuelle Laborwerte: Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie.

Mitgeteilte Diagnosen:

- rezidivierendes LWS-Syndrom
- progrediente Coxarthrose rechts
- beginnende Gonarthrose bds.
- US-Varicosis 2. Grades bds.
- art. Hypertonie
- Adipositas Grad 1.

(3) Fallstrukturierung anhand des an der ICF orientierten Formulars „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ (Muster 61 Teil A-D)

Vorname, Name des Versicherten
Erna Musterfrau geb. 14.10.1831

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

61 Teil B

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

- Schmerzen bei Discus prolaps L4/5 rechts mit sensiblem Wurzelreizsyndrom und mehrsegmentalen mehrsegmentalen Osteochondrosen.**
- Schmerzen bei der Beugung des rechten Hüftgelenkes sowie belastungsabhängig beim Gehen und Treppensteigen mit Ausstrahlung von der Leiste rechts in den OS bei Coxarthrose.**
- Schmerzen bei der Beugung des rechten Kniegelenkes und retropatellares Reiben**
- Schmerzhafte Schwellung beider US vorzugsweise abends**

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

	keine Beeinträchtigungen	Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln)	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Kommunikation (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (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"/>
Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gehstrecke < 300 m mit Handstock				Gartenarbeit

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z. B. Barthel-Index) **95**

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)

Versicherte ist verwitwet, lebt allein in eigener Wohnung, Hochparterre über 14 Stufen zu erreichen, ländliches Umfeld. Selbstversorgung bislang noch gewährleistet. Die Tochter bewohnt die obere Wohnung im Zweifamilienhaus.

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

entfällt

Soziales Umfeld (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

Wirtschaftlich abgesichert, eigenes Haus. Med. Angebote wie KG (Nachbarort 15 km entfernt) und orthopädische Mitbehandlung (Kreisstadt 40 km entfernt) können nur mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden. Einkaufsmöglichkeiten vor Ort.

Risikofaktoren

Nikotin

Alkoholmissbrauch

Übergewicht

Bewegungsmangel

Drogenmissbrauch/Medikamentenmissbrauch

Sonstiges

Original für die Krankenkasse
Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation

A. Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung u. ä.) **Regelmäßig hausärztl. Betreuung, in größeren Abständen orthop. Mitbeh., im letzten Jahr zwei stat. orthop. KH-Aufenth. mit Interventionen.**

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

Analgetika u. Antiphlogistika regelmäßig, Cortison gelegentlich, Antihypertonikum regelmäßig, Schlafmittel regelmäßig

C. Heilmittel

	In den letzten 12 Monaten erfolgt		Anzahl	Aussichtreich			In den letzten 12 Monaten erfolgt		Anzahl	Aussichtreich	
	nein	ja		nein	ja		nein	ja		nein	ja
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wärme-/Kältetherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungstherapie (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"/>
Traktionsbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrotherapie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ergotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalation	<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

Verordnet
 nein ja

Aussichtreich
 nein ja

E. Andere Maßnahmen

	Durchgeführt		Aussichtreich			Durchgeführt		Aussichtreich	
	nein	ja	nein	ja		nein	ja	nein	ja
Psychotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rehabilitationssport/ 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"/>
Patientenschulung	<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

/

Durchgeführt
 nein ja

Aussichtreich
 nein ja

VI. Rehabilitationsfähigkeit

Der Patient verfügt über eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit

nein ja

Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation

nein ja

Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität

nein ja

Der Patient ist motivierbar

nein ja

VII. Rehabilitationsziele

A. Ziele aus der Sicht des Arztes im Hinblick auf

a) Schädigungen

Schmerzreduktion, Gewichtsreduktion

b) Beeinträchtigung der aktiven Teilhabe

c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

Bewegungsmangel

B. Ziele aus der Sicht des Patienten/Angehörigen

Schmerzfreies Gehen und Treppensteigen, Erhaltung der Selbständigkeit

Vorname, Name des Versicherten Erna Musterfrau geb. 14.10.31	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--	------------	------------------

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)

Nein

B. Reisefähigkeit

Öffentliche Verkehrsmittel ausreichend PKW erforderlich Krankentransport erforderlich

C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist 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, Förderung der Selbsthilfefähigkeit

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

Intensivierung der Physiotherapie, Anleitung zu eigenständiger Übungsbehandlung, Diätberatung, Ernährungstherapie, Training von ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens)

D. Vorliegende Befundberichte

sind beigelegt * sind nicht beigelegt weil * **Rö./MRT/Laborbefunde**

E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:

durch die Krankenkasse durch den MDK

F. Besondere Hinweise

Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes

Datum

Original für die Krankenkasse
Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

(4) Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung zur Frage der Indikation und Zuweisungsempfehlung

(siehe C – zusammenfassende Wertung Muster 61 Teil D)

(5) Fazit

Die Indikation für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation ergibt sich aus der zusammenfassenden Würdigung der nachfolgenden Kriterien:

- Rehabilitationsbedürftigkeit (IV. A-C, Muster 61 Teil B)
- Rehabilitationsfähigkeit (VI., Muster 61 Teil C)
- realistische, alltagsrelevante Rehabilitationsziele (VII., Muster 61 Teil C)
- positive Rehabilitationsprognose (VIII., Muster 61 Teil D)

Diese sind im vorliegenden Fall alle erfüllt.

Die Kriterien selbst werden begrifflich ausgefüllt mit Items der ICF. Schädigungen von Funktionen und Strukturen des Körpers, Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe sowie Kontextfaktoren lassen das individuelle Bedürftigkeits- und Fähigkeitsprofil erkennen.

Die Allokationsempfehlung für die stationäre Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation (X A., Muster 61 Teil D) leitet sich am Fallbeispiel aus den person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren (IV. C., Muster 61 Teil B) ab.

Wohnte die Versicherte in der Nähe eines ambulanten Rehabilitationszentrums, wäre die ambulante Durchführung zu empfehlen.

Die Beantwortung der kassenseitigen Fragen ergibt sich damit eindeutig aus dem Verordnungsformular und den an der ICF orientierten Fragen.

9.3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Geriatric)

(1) Sozialmedizinische Fragestellung:

Ist eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation medizinisch indiziert?

Wenn ja, in welcher Form?

Begutachtungssituation:

Sozialmedizinische Fallberatung mit folgenden Unterlagen:

- Antrag der Versicherten
- Bericht des Hausarztes über durchgeführte Heilmittelverordnungen in den letzten 6 Monaten
- Antrag auf Pflegebedürftigkeit nach SGB XI läuft

(2) Krankengeschichte:

75-jährige, normalgewichtige, seit drei Jahren verwitwete, in eigener Wohnung im Haus des Sohnes lebende Patientin. Bis zum 65 Lebensjahr keine gravierenden Erkrankungen, danach Entwicklung einer zunehmenden Belastungsdyspnoe und absoluten Arrhythmie bei Vorhofflimmern, beides mit zunächst unklarer Ursache. Mit 68 Jahren im Rahmen einer fachkardiologischen Abklärung Diagnose einer hochgradigen Aortenklappenstenose mit bereits dilatiertem Ventrikel, deshalb Aortenklappenersatz. Danach aber weiterhin körperlich nur gering belastbar, NYHA II-III. Seit der Herzklappenoperation ist weiterhin eine chronische Niereninsuffizienz im Stadium der kompensierten Retention mit Serum - Kreatininwerten von zuletzt um 3,5 mg/dl bekannt.

Die mittlerweile 75-jährige Patientin versorgt ihren Haushalt noch weitgehend selbst. Lediglich schwere Hausarbeit und größere Einkäufe werden vom Sohn und der Schwiegertochter übernommen. Das Verlassen der im 1. Stock liegenden Wohnung über die Treppe war der Patientin bei langsamem Treppensteigen noch möglich.

Vor vier Wochen kam es zur Entwicklung einer purulenten Stauungsbronchitis, in deren Folge die Patientin bettlägerig wurde. Durch Intensivierung der diuretischen Therapie und unter antibiotischer Behandlung besserte sich die pulmonalvenöse Stauung und die Bronchitis ließ sich sanieren. Die krankheitsbedingte passagere Immobilisierung der Patientin führte jedoch dazu, dass es ihr nunmehr nicht mehr möglich ist, alleine das Bett zu verlassen. Nur mit Unterstützung von Sohn und Tochter kann die Patientin noch wenige Schritte in ihrer Wohnung laufen. Auch das Waschen, welches im Bett von der Schwiegertochter vorgenommen wird, ist der Patientin alleine nicht

mehr möglich. Die Nahrungsaufnahme gelingt ihr hingegen noch, wenn man ihr die Speisen und Getränke zubereitet und vorbereitet anreicht. Der Antrag auf Pflegebedürftigkeit nach SGB XI wurde gestellt.

Die Patientin zeigt sich motiviert für eine Rehabilitation, da sie wieder weitgehend unabhängig von Fremdhilfe werden möchte. Sie fürchtet, dass sie anderenfalls mittelfristig wegen Überlastung der Schwiegertochter in ein Altenheim übersiedeln muss.

Sohn und Schwiegertochter unterstützen nachhaltig den Rehabilitationswunsch der Patientin, da sie sich eine Entlastung von ihren Pflegeaufgaben versprechen.

(3) Zusammenfassende Fallstrukturierung gemäß ICF

- Gesundheitsprobleme nach ICD-10
 - ◆ chronische Myokardinsuffizienz bei
 - ◆ Zustand nach Aortenklappenersatz
 - ◆ chronische Niereninsuffizienz unbekannter Ätiologie im Stadium der kompensierten Retention

- Funktionsschädigungen:
 - ◆ Herzfunktion: Ventrikelfunktion eingeschränkt, EF < 40, NYHA II-III
 - ◆ Niereninsuffizienz im Stadium der kompensierten Retention
 - ◆ Einschränkung der Muskelkraft und –ausdauer

- Strukturschädigungen:
 - ◆ Ventrikeldilatation
 - ◆ Sarkopenie

- Beeinträchtigung von Aktivitäten nach ICF:
 - ◆ eine elementare Körperposition wechseln
 - ◆ in eine und aus einer Körperposition zu gelangen und sich von einem Ort zu einem anderen zu bewegen, wie von einem Stuhl aufstehen, um sich in ein Bett zu legen, in eine und aus einer knienden oder hockenden Position gelangen
 - ◆ in einer Körperposition verbleiben
 - ◆ in derselben erforderlichen Körperposition zu verbleiben, wie sitzen bleiben oder bei der Arbeit bzw. in der Schule stehen bleiben
 - ◆ Gegenstände anheben und tragen, Gegenstände mit der unteren Extremität bewegen

- ◆ gehen und sich fortbewegen, sich auf andere Weise fortbewegen, sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen
 - ◆ Transportmittel benutzen, ein Fahrzeug fahren
 - ◆ sich waschen, seine Körperteile pflegen, die Toilette benutzen, sich kleiden
- Beeinträchtigung der Teilhabe nach ICF (ohne Berücksichtigung der GKV-Relevanz):
- ◆ Waren und Dienstleistung des täglichen Bedarfs beschaffen
 - ◆ Mahlzeiten vorbereiten
 - ◆ Hausarbeiten erledigen
 - ◆ Haushaltsgegenstände pflegen
 - ◆ Familienbeziehungen
 - ◆ elementare wirtschaftliche Transaktionen
 - ◆ Gemeinschaftsleben
 - ◆ Erholung und Freizeit
 - ◆ Religion und Spiritualität
 - ◆ Menschenrechte
 - ◆ politisches Leben und Staatsbürgerschaft
- Umweltbezogener Kontext:
- Barrieren:
- ◆ Wohnung im 1. Stock
- Förderfaktoren:
- ◆ wohnt im Haus des Sohnes und der Schwiegertochter, welche die Patientin beide unterstützen
 - ◆ wirtschaftlich abgesichert (Rentnerin)
 - ◆ sozial eingebunden
- Personbezogener Kontext:
- Förderfaktoren:
- ◆ Motivation zur Rehabilitation mit dem Ziel der Wiedererlangung einer größtmöglichen Selbstständigkeit

(4) Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung

Es handelt sich um eine 75-jährige Patientin mit multiplen behandlungsbedürftigen Schädigungen der Funktion und Struktur. Betroffen ist insbesondere das kardiopulmonale System.

Entsprechend den Kriterien der Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge/Rehabilitation“ handelt es sich um eine geriatrische Patientin, da eine geriatritypische Multimorbidität jenseits des 70. Lebensjahres vorliegt.

Alle Indikationskriterien der geriatrischen Rehabilitation sind erfüllt. Die Zielsetzung ist die Vermeidung der Pflegebedürftigkeit und das Verbleiben in der häuslichen Umgebung, da Sohn und Schwiegertochter als unterstützende Angehörige zur Verfügung stehen.

Das Rehabilitationsziel ist voraussichtlich in vier Wochen zu erreichen.

(5) Fazit

Nicht nur bei der indikationsspezifischen, sondern auch bei geriatrischer Rehabilitation ist die Anwendung der ICF hilfreich. Die Indikation zu einer Leistung der medizinischen Rehabilitation für einen geriatrischen Patienten ergibt sich aus der zusammenfassenden Würdigung der nachfolgenden Kriterien:

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- realistische, alltagsrelevante Rehabilitationsziele
- positive Rehabilitationsprognose

Auch in diesem Fall sind die Kriterien alle erfüllt.

Die Indikationskriterien für die geriatrische Rehabilitation selbst werden begrifflich ausgefüllt mit Items der ICF. Schädigungen von Funktionen und Strukturen des Körpers, Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe sowie Kontextfaktoren lassen das individuelle Bedürftigkeits- und Fähigkeitsprofil erkennen.

Die Allokationsempfehlung für die stationäre Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation leitet sich am Fallbeispiel aus den person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren ab. Wohnte die Versicherte in der Nähe eines ambulanten Rehabilitationszentrums, wäre die ambulante Durchführung zu empfehlen.

Die sozialmedizinische Empfehlung zur Durchführung der beantragten Leistung ergibt sich schlüssig aus dem Fallbeispiel.

9.4 AU bei exacerbierter chronisch obstruktiver pulmonaler Erkrankung

(1) Sozialmedizinische Fragestellung:

„Sind Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben erforderlich?“ (AS: 130)

Begutachtungssituation: Gutachten per Aktenlage

Unterlagen aus der SFB:

- Mehrere MDK-Vorgutachten
- Rehabilitationsentlassungsbericht mit vollschichtiger Leistungsfähigkeit als Wäschereiangestellte, stufenweise Wiedereingliederung
- Selbstauskunft zum Arbeitsplatz
- Arztbericht mit
 - ◆ aktueller Bodyplethysmographie
 - ◆ Spiroergometrie
 - ◆ Thoraxübersicht
- Arztinformation über Medikation und deren Wirkung:
 - ◆ Antibiotika
 - ◆ Corticosteroide
 - ◆ β -Mimetika \Rightarrow klinische Besserung eingetreten

(2) Krankengeschichte und Fallstrukturierung:

55jährige Wäschereiangestellte ist 10 Monate nach zurück liegender medizinischer Rehabilitation wieder arbeitsunfähig.

Vorliegende Befunde:

- Röntgen: Tiefstehende Lungengrenzen, vermehrte Strahlentransparenz und Bronchialzeichnung.
- Lungenfunktion: FEV1 60% v. Soll, vermehrtes Residualvolumen
- Fahrradergometrie: Belastung (sitzend) bei 50 Watt symptomlimitierter Abbruch (Atemnot).

Diagnose:

- exacerbierte COPD

(3) Zusammenfassende Bewertung der Fallstruktur:

- Funktionelle und strukturelle Schädigungen

- ◆ Belastungsdyspnoe, Husten, Auswurf, diffuses Giemen und Brummen
- Beeinträchtigung von Aktivitäten
 - ◆ Beeinträchtigungen beim Heben, Tragen, Transportieren von mittelschweren und schweren Lasten, Treppensteigen, Gehstrecken über 500 m mit leichten Lasten
- Arbeitsplatzbezogener Kontext:
 - ◆ Arbeitsweg täglich über 1000 m, innerbetriebliche Wegstrecken in Großwäscherei über 1000 m mit Heben, Tragen, Transportieren von leichten bis mittelschweren Lasten (1-15 kg).
 - ◆ Erschwerte Arbeitsbedingungen durch Nässe, Zugluft, Dämpfe und Temperaturschwankungen.

(4) Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung:

Zurzeit Behandlungsbedürftigkeit wegen exacerbierter COPD. Auch nach Abklingen der Akutsymptomatik wird die Tätigkeit als Wäschereiarbeiterin nicht mehr auf Dauer ausgeübt werden können. Die arbeitsplatzbezogenen Kontextfaktoren wirken sich negativ auf die vorliegenden Schädigungen aus, sie sind kaum modifizierbar. Es besteht ein eingeschränktes Leistungsvermögen mit Minderung der Erwerbsfähigkeit. Ein positives Leistungsbild kann noch für vollschichtig leichte körperliche Tätigkeit, überwiegend sitzend, in temperierten Räumen ohne Exposition von schädlichen Umwelteinflüssen gefunden werden. Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben sind zu prüfen.

(5) Fazit

Ergebnisschlüssel 30: „aus medizinischer Sicht auf Dauer arbeitsunfähig“

Zwischen dem Anforderungsprofil der Tätigkeit und dem tätigkeitsbezogenen Kontext besteht auf Dauer keine Übereinstimmung mit dem Leistungsvermögen der Versicherten. Ein Vergleich wird mit Begriffen der ICF vorgenommen.

9.5 AU bei vertebragenem Schmerzsyndrom

(1) Sozialmedizinische Fragestellung:

„Besteht ein positives Leistungsbild der 38jährigen arbeitslosen Versicherten?“
(AS: 110)

Begutachtungssituation: Gutachten nach persönlicher Untersuchung im MDK zur Feststellung des Leistungsbildes.

Unterlagen aus der SFB:

- Auskunft der Krankenkasse: Versicherter stand der Agentur für Arbeit seit 1 Jahr als Maurer vollschichtig zur Verfügung.
- Hausärztlicher und orthopädischer Befundbericht mit
 - ◆ Röntgenbefund
 - ◆ Protokoll Versichertengespräch.
- Entlassungsbericht von der 3 Monate zurückliegenden ambulanten muskuloskeletalen Rehabilitation: keine signifikante Schmerzlinderung, weiterhin Beeinträchtigung von tätigkeitsbezogenen Aktivitäten.
- Arztinformation über Medikation und durchgeführte Therapien:
 - ◆ NSAR
 - ◆ 6 x klassische Massage
 - ◆ Funktionstraining.

(2) Krankengeschichte und Fallstrukturierung:

6. Woche Arbeitsunfähigkeit wegen „vertebragenem Schmerzsyndrom“. Mehrfache vergleichbare Vorerkrankungen.

Vorliegende Befunde:

- Röntgen: Osteochondrose der LWS mit Verschmälerung der Bandscheiben, beginnende Spangenbildung zwischen L3-5.

Diagnose:

- Vertebragenes Schmerzsyndrom

(3) Zusammenfassende Bewertung der Fallstruktur:

- Funktionelle und strukturelle Schädigungen gemäß orthopädischem Befundbericht
 - ◆ Diffuser Klopf- und Bewegungsschmerz bds. paralumbal, Segmentfixierung im thoracolumbalen Übergang, Schober 10/11, FBA 40 cm (Verkürzung der ischiocruralen Muskulatur), keine neurologischen Ausfälle.

- Beeinträchtigung von Aktivitäten
 - ◆ Beeinträchtigungen der Mobilität beim Bücken, häufigen Heben, Tragen mittelschwerer oder schwerer Lasten.

- Arbeitsplatzbezogener Kontext
 - ◆ Anforderungsprofil bei arbeitslosen Versicherten (hier: vollschichtig leichte körperliche Tätigkeit).

(4) Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung:

Die medizinische Versorgung ist angemessen und ausreichend.

Leistungsbeurteilung:

Wegefähig, belastbar für leichte körperliche Tätigkeiten täglich mehr als 6 Stunden, fähig zur Selbstversorgung.

(5) Fazit

Ergebnisschlüssel 10: „nicht weiter arbeitsunfähig“

Zwischen dem für arbeitslose Versicherte zu Grunde zu legendem Anforderungsprofil (s.8.4.1) und dem geforderten Leistungsvermögen besteht Übereinstimmung. Der Abgleich wird mit den Begrifflichkeiten der ICF transparent.

9.6 AU bei Tumorerkrankung (Mammakarzinom)

(1) Sozialmedizinische Fragestellung:

„Besteht Arbeitsunfähigkeit auf Dauer, Minderung der Erwerbsfähigkeit?“ (AS 130)

Begutachtungssituation: Gutachten nach persönliche Untersuchung im MDK zur Feststellung des Leistungsvermögens.

Unterlagen aus der SFB:

- Arztbericht mit
 - ◆ AU-Attest: Arbeitsunfähig auf unbestimmte Zeit wegen belastungsabhängigen Narbenbeschwerden und Lymphabflussstörungen
- Rehabilitationsentlassungsbericht von 10/04: Weiterhin „arbeitsunfähig“ wegen Lymphabflussstörung rechts (Rechtshänderin).
- Arztinformation über Medikation und durchgeführte Therapien:
 - ◆ Antihypertonikum
 - ◆ Lymphdrainage

(2) Krankengeschichte und Fallstrukturierung:

52-jährige Sachbearbeiterin mit 6/04 operiertem und anschließend bestrahltem Mammakarzinom (rechts) hat 8 Wochen nach erfolgter Rehabilitation eine stufenweise Wiedereingliederung durchgeführt (5 Stunden täglich) und abgebrochen.

Trotz durchgeführter Rehabilitation ist der rechte Arm noch nicht wieder voll belastbar, die grobe Kraft ist rechts eingeschränkt. Geringfügige Bewegungseinschränkung im rechten Schultergelenk, belastungsabhängige Schwellneigung des rechten Oberarms. Wetterabhängige Schmerzen im Bereich der Mammanarbe. Verrichtungen im Haushalt werden mit Pausen bewältigt. Die Hypertonie ist unter medikamentöser Therapie gut eingestellt.

Diagnose:

- Lymphabflussstörung
- Hypertonie.

(3) Zusammenfassende Bewertung der Fallstruktur:

- Funktionelle und strukturelle Schädigungen
 - ◆ Grobe Kraft rechts eingeschränkt. Geringe Einschränkung der Abduktion im Schultergelenk. Umfangsdifferenz in Mitte des rechten Oberarmes von 2 cm durch belastungsabhängige Schwellneigung. Wetterabhängige Schmerzen im Bereich der Mammanarbe.

- Beeinträchtigung von Aktivitäten
 - ◆ Beeinträchtigung beim Heben und Tragen sowie beim Transportieren von Lasten und bei Überkopfarbeiten. Länger andauernde Schreibtätigkeit ohne Bewegungsausgleich kann noch mit der Gefahr einer Überlastung des rechten Armes verbunden sein.

- Arbeitsplatzbezogener Kontext/Anforderungsprofil:
 - ◆ Arbeitsweg täglich über 5 km mit öffentlichem Nahverkehr. Innerbetrieblich überwiegend sitzende Tätigkeit mit Schreibarbeit am PC, allgemeine Sachbearbeitung im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen. Archivarbeiten an hohen Regalen mit mittelschweren Lasten.

(4) Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung:

Die medizinische Versorgung ist angemessen und ausreichend.

Leistungsbeurteilung:

Die Funktionseinschränkungen im Bereich des rechten Armes führen bei länger andauernder einseitiger Belastung und Überkopfarbeiten (Archiv) zu einer Beeinträchtigung am Arbeitsplatz.

Bei beruflich überwiegender Bildschirmtätigkeit sollte die Versorgung mit geeignetem Hilfsmittel zur Entlastung der oberen rechten Extremität geprüft werden, um den Arbeitsplatz zu erhalten. Die Voraussetzungen nach § 51 Abs. 1 SGB V im Sinne von Leistungen der beruflichen Teilhabe bzw. § 84 SGB IX liegen vor.

(5) Fazit

Ergebnisschlüssel 20: „aus medizinischer Sicht auf Zeit arbeitsunfähig“

Der Abgleich zwischen arbeitsplatzbezogenen Anforderungen und dem Leistungsbild nach erfolgter Rehabilitation ergibt noch keine Übereinstimmung. Die Funktions-

und Leistungsdefizite können durch Arbeitsplatzanpassung kompensiert werden. Die Begrifflichkeiten der ICF finden auch hier Verwendung.

9.7 AU bei reaktiver Depression

(1) Sozialmedizinische Fragestellung:

„Besteht bei der 54-jährigen Hilfsköchin ein tätigkeitsbezogen ausreichendes Leistungsvermögen?“ (AS: 110)

Begutachtungssituation: SFB mit Fallabschließende Empfehlung

Unterlagen in der SFB:

- Auskunft der Krankenkasse:
 - ◆ AU begründende Diagnose: Noch leichte reaktive Depression bei 12 Wochen zurückliegendem Verkehrsunfall mit Schädelbasisfraktur
- Hausarztbericht mit
 - ◆ Attest: noch „leichte reaktive Depression“.
 - ◆ und Information über psychiatrische Mitbehandlung ⇨ Insidonverordnung.
- Rehabilitationsentlassungsbericht: keine neurologischen oder kognitiven Ausfälle. Gelegentliche Befindlichkeitsstörungen wie Kopfschmerzen, Übelkeit, orthostatische Beschwerden. Weitere Arbeitsunfähigkeit bescheinigt.
- Selbstauskunft
 - ◆ mit Hinweisen auf Befindlichkeitsstörungen, Tagesstrukturierung unauffällig.

(2) Krankengeschichte und Fallstrukturierung:

Vor 12 Wochen Verkehrsunfall mit Schädelbasisfraktur, seither gelegentliche Kopfschmerzen, Übelkeit und orthostatische Beschwerden, leicht depressiv.

Bewusste sinnliche Wahrnehmungen und Durchführung einfacher Aufgaben ebenso wie Tagesstrukturierung mit Haushaltsführung nicht beeinträchtigt.

Diagnose:

- 12 Wochen alte Schädelbasisfraktur
- reaktive Depression

(3) Zusammenfassende Bewertung der Fallstruktur:

- Funktionelle und strukturelle Schädigungen
 - ◆ 10 Wochen zurückliegende strukturelle Schädigung der Schädelbasis und der Meningen
 - ◆ Gelegentliche Kopfschmerzen, Antriebsmangel, Stimmungstief, Einschlafstörungen.
- Beeinträchtigung von Aktivitäten
 - ◆ Zögerliche Aufgaben- und Problemlösung, Furcht vor Arbeitsdruck (Stressbewältigung).
- Arbeitsplatzbezogener Kontext
 - ◆ Vollzeitige Früh-, Spätwechselfschicht, leichte bis mittelschwere Hilfsarbeiten in Hotelküche unter Anleitung im Team. Situativer Arbeitsdruck

(4) Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung:

Die medizinische Versorgung ist angemessen und ausreichend.

Leistungsbeurteilung:

Die geringen psychischen Aktivitätseinschränkungen stehen einer Wiederaufnahme der angelernten Tätigkeit als Hilfsköchin nicht entgegen. Zur Überwindung der gelegentlichen funktionellen Beschwerden und zur Stabilisierung der psychophysischen Belastbarkeit wird die stufenweise Wiedereingliederung in der Frühschicht für 2 Wochen täglich 4 Stunden empfohlen.

(5) Fazit

Ergebnisschlüssel 20: „aus medizinischer Sicht auf Zeit arbeitsunfähig“

Zwischen Anforderungsprofil der Tätigkeit und dem aktuellen Leistungsvermögen der Versicherten bestehen nur noch geringe Differenzen. Durch vorübergehende Absenkung der quantitativ-zeitlichen Beanspruchung kann das Leistungsvermögen der Versicherten stufenweise bis zur vollen Arbeitsfähigkeit wieder angehoben werden. Begrifflichkeiten der ICF sind hilfreich.

9.8 AU bei Coxarthrose

(1) Sozialmedizinische Fragestellung:

„Bestehen bei dem 52jährigen erwerbstätigen Kanalbauer mit Coxarthrose die Voraussetzungen für einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe im Sinne einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit nach § 51 Abs.1 SGB V?“ (AS 130)

Begutachtungssituation: SFB mit anschließendem Gutachten nach persönlicher Untersuchung, da Schädigungen sowie die Beeinträchtigungen erwerbsrelevanter Aktivitäten in der SFB nicht fallabschließend zu beurteilen.

Unterlagen in der SFB und zur Begutachtung:

- Auskunft der Krankenkasse:
 - ◆ In den letzten 3 Jahren mehrmalige AU-Fälle zwischen 3 und 6 Wochen wegen Hüft- und Wirbelsäulenbeschwerden.
- Befundmitteilung des behandelnden Orthopäden
- Arztinformation über Medikation und verordnete Heilmittel
 - ◆ Diclofenac 50 mg (1-0-1)
 - ◆ Beloc-Zok mite (1-0-0)
 - ◆ Standard. HM Kombi 10 x D1
- Selbstauskunft des Versicherten
 - ◆ Heimübungsprogramm
 - ◆ Eigenverantwortlich Freizeitsport, jetzt eingeschränkt

(2) Krankengeschichte und Fallstrukturierung:

Hüftgelenkbeschwerden erstmalig vor 6 Jahren nach Hüftprellung rechtsseitig beim Freizeitsport (Fußball). Damals keine ärztliche Behandlung. Wegen zunehmender belastungsabhängiger Hüftgelenks- und tiefen Rückenbeschwerden in Beruf und Alltag neben Hausarzt auch orthopädische Mitbehandlung. Gewichtszunahme.

Vorliegende Befunde:

- Röntgen:
 - ◆ LWS in 2 Ebenen: Osteochondrose, Spondylarthrose, Sklerosierung Iliosacralfuge rechts.
 - ◆ beide Hüftgelenke in 2 Ebenen: Rechtsseitig Coxarthrose Stadium II.

Diagnose:

- M16.5, Coxarthrose rechts
- Hypertonie

(3) Zusammenfassende Bewertung der Fallstruktur:

- Funktionelle und strukturelle Schädigungen
 - ◆ Muskelhartspann links sowie lokaler Druck- und Klopfschmerz paralumbal, DS über M. glut. medius rechts, Mitte Leistenbeuge rechts.
 - ◆ Alle Funktionsmaße des rechtsseitigen Hüftgelenkes nach O-D-Methode endgradig eingeschränkt (Daten liegen vor)

- Beeinträchtigung von Aktivitäten
 - ◆ *Gepüft*: Schwierigkeiten beim Hocken, Bücken, Positionswechsel vom Sitzen zum Stehen.
 - ◆ *Explorativ*: Gehstrecken über 200, Treppensteigen über mehrere Etagen, Besteigen von Kanälen, Gerüsten in wechselnder Körperhaltung, schweres Heben und Tragen, Zwangshaltungen beim Hocken oder Bücken. Längeres Sitzen bei der Pkw-Führung.

- Beeinträchtigungen der Teilhabe
 - ◆ Erwerbsleben (Kanalbauer). Häusliche Versorgung (Einkauf, Gartenarbeit). Gesellschaftliches Leben (Freizeitsport).

- Arbeitsplatzbezogener Kontext
 - ◆ Vollschiehtig beschäftigt als gelernter Kanalbauer mit Bereitschaftsdienst im Landesbereich. Wegezeiten bis 2 Stunden. Gehstrecken bis 500 m.
 - ◆ Tätig in Gebäuden und im Freien. Gefahren durch Gruben, Gerüste.
 - ◆ Gelegentlich schwere Arbeit (Heben, Tragen) auch in Zwangshaltung.

- Personbezogener Kontext
 - ◆ euthym, übergewichtig (BMI 29,5, androide Waist: Hip-Ratio²⁶)
 - ◆ compliant, motiviert zur weiteren Erwerbstätigkeit
 - ◆ sozial eingebettet.

²⁶ s. Personbezogener Kontext, Kapitel 4

(4) Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung:

Die medizinische Versorgung ist angemessen, trotzdem zunehmende Funktionsbeschwerden und Aktivitätseinschränkungen wegen fortschreitender Coxarthrose. In der Vergangenheit mehrfach, jetzt seit 4 Wochen arbeitsunfähig.

Auf Grund der wiederkehrenden funktionellen und manifesten strukturellen Schädigungen am rechten Hüftgelenk, begleitenden Beschwerden der LWS sowie Risikofaktoren hinsichtlich erhöhten Blutdruckes und Übergewicht, Schwierigkeiten bei der Durchführung erwerbsrelevanter Aktivitäten und darüber hinaus gehender Beeinträchtigungen der Teilhabe besteht Rehabilitationsbedürftigkeit.

Andererseits ist der Vers. noch ausreichend mobil, selbsthilfefähig und motiviert, im Sinne einer erforderlicher Rehabilitationsfähigkeit. Relevante Rehabilitationsziele umfassen die Mobilisierung des rechten Hüftgelenkes, Verbesserung der aktiven Gelenkbeweglichkeit, Konditionierung der hüftgelenknahen Muskulatur, Training erwerbsbezogener Aktivitäten, Gesundheitsbildung, Nachsorgekonzept zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Subjektive und trägerspezifische Ziele stimmen überein. Mittelfristig kann auf Grund des personbezogenen Kontextes eine positive Rehabilitationsprognose abgeleitet werden.

Die Indikation für eine zeitnahe Leistung der medizinischen Rehabilitation in einer orthopädischen Fachklinik kann gestellt werden (Voraussetzungen des § 51 Abs.1 SGB V ‚Erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit‘ sind erfüllt).

Die noch ausreichende Mobilität erlaubt bei sicher gestellter häuslicher Versorgung die ambulante Durchführung als wohnortnahe ambulante muskuloskeletale Rehabilitation.

(5) Fazit

Ergebnisschlüssel 20: „aus medizinischer Sicht auf Zeit arbeitsunfähig“

Die nach ICF aufgeführten Komponenten der Schädigungen und Beeinträchtigung von erwerbsrelevanten Aktivitäten begründen das Kriterium der Rehabilitationsbedürftigkeit bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit. Darüber hinaus dienen sie der Beschreibung auch von Rehabilitationsfähigkeit, den –zielen und der Rehabilitationsprognose. Hier sind die Begrifflichkeiten der ICF unverzichtbar.

10 Anlagen zur Arbeitshilfe

10.1 Synoptische Darstellung der Begrifflichkeiten der ICF/ICIDH und ihrer Entsprechungen im klinischen und sozialrechtlichen Sprachgebrauch (SGB V, IX, XI)

Oberbegriffe

ICF	ICIDH	Klinischer Sprachgebrauch	Sozialrechtlicher Sprachgebrauch
Funktionsfähigkeit (<i>functioning</i>)	k.E. ²⁷	k.E.	k.E.
Behinderung (<i>disability</i>)	Behinderung (<i>disablement</i>)	k.E.	k.E. ²⁸
Schädigungen (<i>impairments</i>) + Beeinträchtigungen von Aktivität und/oder Partizipation (<i>activity limitations and / or participation restrictions</i>)	Schädigungen (<i>impairments</i>) + Fähigkeitsstörungen (<i>disabilities</i>) + Beeinträchtigungen (<i>handicaps</i>)	k.E.	k.E.
Gesundheit (<i>health</i>)	k.E.	Gesundheitszustand	k.E.

²⁷ k.E.= Keine Entsprechung, d.h. dass im klinischen Sprachgebrauch der jeweilige Begriff (z.B. Funktionsfähigkeit, Behinderung) zwar verwendet wurde, sein Inhalt jedoch nicht mit demjenigen der ICF übereinstimmt.

²⁸ Der Behinderungsbegriff des § 2 SGB IX basiert auf der ICF Komponente „Teilhabe“ und einem von der ICF abweichenden Begriff der Schädigung

Komponenten bzw. Konstrukte (ICF) und Dimensionen (ICIDH)

ICF	ICIDH	Klinischer Sprachgebrauch	Sozialrechtlicher Sprachgebrauch
Körper (<i>body</i>)	k.E.	Struktur / Funktion des Organismus seiner Teile bzw. Organe	k.E.
Schädigungen (<i>impairments</i>) von Körperstruktur (<i>structure</i>) und Körperfunktion (<i>function</i>)	Schädigungen (<i>impairments</i>)	Morphologische Schädigungen	k.E. ²⁹
Aktivitäten (<i>activities</i>)	k.E.	ADL ³⁰	Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens ²
Beeinträchtigungen der Aktivität (<i>activity limitations</i>)	Fähigkeitsstörungen	Einschränkungen der ADL	Einschränkungen der o. g. Verrichtungen
Teilhabe (<i>participation</i>)	k.E.	k.E.	Teilhabe
Beeinträchtigungen der Partizipation (<i>participation restrictions</i>)	Beeinträchtigungen	AU / Erwerbsminderung / Pflegebedürftigkeit ³	AU / Erwerbsminderung / Pflegebedürftigkeit ³¹
Kontextfaktoren (<i>contextual factors</i>) ➤ Umweltbezogene Faktoren (<i>environmental factors</i>) ➤ Personbezogene Faktoren (<i>Individual contextual factors</i>)	k.E.	Persönliche und umwelt-bedingte Risikofaktoren	Persönliche und umwelt-bedingte Risikofaktoren ³²

²⁹ k.E. = Keine Entsprechung

³⁰ ADL und „gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“ (§ 14 SGB XI) entsprechen nur teilweise der ICF-Komponente „Aktivität“

³¹ AU, Erwerbsminderung und Pflegebedürftigkeit (nach SGB XI) entsprechen nur teilweise den ICF-Komponenten „Beeinträchtigung der Partizipation“ bzw. „Beeinträchtigung der Aktivität“

³² Die Risikofaktoren entsprechen sinngemäß den hemmenden Kontextfaktoren (*barriers / hindrances*) der ICF

10.2 Kodierung und Beurteilungsmerkmale der ICF

Hinweise für die Anwendung:

Die ICF kann von unterschiedlichen Nutzern in verschiedenen Stufen angewendet werden. Bereits eingeleitet ist die konzeptionelle Anwendung des ‚bio-psycho-sozialen Modells‘ und ihrer Komponenten von Krankheit und Gesundheit („Funktionsfähigkeit“, functioning).

In einem weiteren Schritt können krankheits- oder auf den Beratungs- oder Begutachtungsanlass bezogene Listen (core-sets) aus der Klassifikation ausgewählt und mit oder ohne Kodierung zur Fallbeschreibung herangezogen werden.

Zum Zweck einer qualifizierten Medizinalstatistik, der Gesundheitsberichtserstattung, einer möglichen Verknüpfung mit gesundheitsökonomischen Daten (funktionsbezogene Gruppierung: FRG analog der diagnosebezogenen Gruppierung: DRG) oder auch einer automatisierten Plausibilitätskontrolle von Gutachten müsste dann auf die umfassend kodierte Klassifikation zurück gegriffen werden. Dafür wäre dann jedoch eine EDV-gestützte Version der ICF notwendig.

Zur vorläufigen Information werden im Folgenden Erläuterungen zur alphanumerischen Kodierung von Items der ICF gegeben:

Mit einem vorangestellten Kleinbuchstaben wird die Klassifikationskomponente beschrieben:

- Problem im Bereich der Körperfunktionen: (von: body functions) = **bxxx.**
- Problem im Bereich der Körperstruktur: (von: body structures) = **sxxx.**
- Problem im Bereich der Aktivitäten und der Partizipation
in den üblichen Lebensbereichen: (von: life domains) = **dxxx.**
oder bei Differenzierung dieses Bereiches: (in: activities = axxx. = **axxx.**
(in: participatio = pxxx.) = **pxxx.**
- Probleme im Bereich umweltbezogene Kontextfaktoren,:
(von: environment) = **exxx.**
- (Probleme im Bereich ‚personbezogene Kontextfaktoren‘
Vorschlag: **i** von individual contextual factor) = **ixxx.)**

Die Identifizierung eines Merkmales/Items in den verschiedenen Bereichen erfolgt i. d. R. mit einer drei bis fünfstelligen Ziffer in Abhängigkeit von der gewünschten Spezifizierung bzw. Differenzierung der Items: **xxx(xx)**.

Ein an die Ziffern anschließender Punkt und darauf folgende numerische Qualifikation i. S. von ‚Schweregrad‘ sowie Anfügen weiterer Qualifikatoren sind klassifikationspezifisch (kapitelbezogen) vorzunehmen.

Hinweis zur Anwendung im MDK-System:

Für den MDK liegt bisher keine Konzeption zum Umgang mit der Kodierung vor.

10.2.1 Schweregradeinteilung: Erstes Beurteilungsmerkmal

Die WHO strebt mit der Einführung der ICF eine für alle Komponenten vergleichbare Beschreibung des Ausmaßes (Schweregrades) eines Problems an.

Dieses erste Qualifizierungsmerkmal wird nach dem Punkt numerisch kodiert.

Kein Problem (ohne, kein, unerheblich . . .)	= Ausmaß: xxx.0
Problem leicht ausgeprägt (schwach, gering . . .)	= Ausmaß: xxx.1
Problem mäßig ausgeprägt (mittel, ziemlich . . .)	= Ausmaß: xxx.2
Problem erheblich ausgeprägt (hoch, äußerst . . .)	= Ausmaß: xxx.3
Problem voll ausgeprägt (komplett, total . . .)	= Ausmaß: xxx.4

Darüber hinaus wird angestrebt, die Skalierung der fünf Schweregradstufen 0 - 4 mit Perzentilen eines Bevölkerungsstandards zu kalibrieren. Voraussetzung wäre die Verfügbarkeit und der Einsatz entsprechender Assessmentverfahren. Bis dahin allerdings wird mit einer verbalen Schätzung des Schweregrades Vorlieb genommen werden müssen.

Bisher gibt es keinen Grund, die in der Praxis bewährten verbalen Schweregradbezeichnungen bei der Begutachtung von Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation (s. a. Rehabilitations-Richtlinien, Ordnungsformular Muster 61) zu verlassen.

10.2.2 Weitere Beurteilungsmerkmale (Qualifikatoren)

Weitere Qualifikatoren können an zweiter Stelle nach dem Punkt (Schweregrad) kodiert werden.

Für den Bereich Körperstruktur (s) gilt:

- .y0 = keine Veränderung
- .y1 = nicht vorhanden
- .y2 = teilweise nicht vorhanden
- .y3 = zusätzlicher Teil
- .y4 = von der ursprünglichen Form abweichend (aberrant)
- .y5 = Diskontinuität
- .y6 = abweichende Lage
- .y7 = qualitative Strukturveränderung, einschließlich Flüssigkeitsansammlung
- .y8 = nicht spezifiziert
- .y9 = nicht anwendbar

z.B.: sxxx.33 (erheblich ausgeprägte Schädigung durch einen zusätzlichen Körperstrukturteil)

z.B.: ICF: s5401.33 (erheblich ausgeprägte Strukturschädigung durch einen zusätzlichen Teil des Dickdarmes, ICD: D37.4: Dickdarmtumor)³³

Für die Lebensbereiche ‚Aktivitäten und Teilhabe‘ wird die Anwendung der „Qualifikatoren“ Leistung (performance) und „Leistungsfähigkeit“ (capacity) empfohlen. Dabei werden die Aktivitäten in Abhängigkeit vom jeweiligen Umweltkontext unterschiedlich betrachtet:

- „Vermögen zur Durchführung von Aktivitäten (Leistungen) in der üblichen Umwelt“
oder
- „maximal mögliche Leistungsfähigkeit in einer standardisierten Umwelt“.

Solch eine standardisierte Umwelt kann eine für die Beurteilung im Rahmen von Tests üblicherweise verwendete einheitliche Versuchsanordnung (Testumwelt) darstellen. Unter diesen Testbedingungen ist das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit,

³³ Es wird offensichtlich, dass hier die Kodierung nur bei speziellen Dokumentationsanforderungen sinnvoll erscheint

das ein Mensch in einer bestimmten Domäne zu einem bestimmten Zeitpunkt erreichen kann, zu bestimmen.

Beispiele:

- „Gehstrecke auf dem Laborlaufband innerhalb von 6 Minuten“
- „Maximale Kraftausdauerfähigkeit unter fahrradergometrischer Belastung (vita maxima)“
- „Konzentrationsleistung“
- „Evaluation funktioneller Leistungen (EFL n. Isernhagen)“

Für die sozialmedizinische Begutachtung sind beide Betrachtungsweisen relevant. So werden die Aktivitäten (Leistungen) eines Rehabilitanden im konkreten Umweltkontext, dem persönlichen Lebensumfeld, zu beurteilen sein.

Andererseits sind für die Einschätzung von Eignung und Belastbarkeit und die dafür erforderlichen psychophysischen Aktivitäten Testuntersuchungen unter standardisierten Laborbedingungen erforderlich (medizinische und berufliche Rehabilitation, Verkehrsmedizin, Militärmedizin, Sportmedizin, Arbeitsmedizin, u. a.). Hier steht der Aspekt der absoluten „Leistungsfähigkeit“ im Vordergrund der Betrachtung. Ob diese „Leistungsfähigkeit“ im konkreten Umweltkontext umgesetzt werden kann, hängt von den dort vorhandenen Barrieren oder Förderfaktoren ab.

Im Kontextbereich ‚Umweltfaktoren‘ kann die Qualifizierung eines Hemmnisses mit **Punkt** (exxx₋2) oder die Fördersituation durch Ersetzen des Punktes durch ein **Pluszeichen** (exxx₊2) charakterisiert werden.

Beispiele:

- e1551.2 (Barriere beim Zugang zu privaten Räumen/Toilette)
- e1551+2 (Barrierefreier Zugang zu privaten Räumen/Toilette)