

SOZIALMEDIZINISCHES BEGUTACHTUNGSWISSEN
ARBEITSHILFE | BEGUTACHTUNGSKRITERIEN

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

09.08.2021
SEG 1



IMPRESSUM

Sozialmedizinische Expertengruppe 1 der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste (SEG 1)

Autorinnen und Autoren (in alphabetischer Reihenfolge)

| | |
|------------------------------|--|
| Dr. Sabine Baum-Euler | Medizinischer Dienst Bayern |
| Dipl.-Med. Katrin Breuninger | Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) |
| Dr. Sabine Grotkamp | Leiterin der SEG 1 beim Medizinischen Dienst Niedersachsen |
| Britta Manegold | Medizinischer Dienst Niedersachsen |

Beschlussfassung:

Die Arbeitshilfe wurde am 9. August 2021 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

Herausgeber

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de

Vorwort

Auswirkungen von Krankheit und Behinderung stehen seit jeher im Fokus sozialmedizinischer Begutachtung. Dabei macht die Definition des Behinderungsbegriffs in § 2 SGB IX deutlich, dass Behinderung erst durch die Wechselwirkung zwischen Menschen mit Gesundheitsproblemen einerseits und einstellungs- sowie umweltbedingten Barrieren andererseits entsteht.

Um diese komplexen Wechselwirkungen systematisch zu erfassen, zu analysieren und zu bewerten, bedarf es einer strukturierten Herangehensweise. Ohne ein solch gedankliches Grundgerüst liefe die sozialmedizinische Begutachtung Gefahr, in die Beliebigkeit abzugleiten. Mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO steht ein international anerkanntes und wissenschaftlich etabliertes System zur Verfügung, anhand dessen die sozialmedizinische Begutachtung zu verschiedensten Leistungsbereichen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung strukturiert angegangen werden kann. Eine Codierung der Auswirkungen von Krankheit und Behinderung entsprechend der ursprünglichen Funktion der ICF wird nicht angestrebt. Vielmehr liegt die besondere Bedeutung der ICF in dem ihr zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modells, das einer nachvollziehbaren Analyse möglicher Leistungsvoraussetzungen und einer zielgerichteten Abgabe sozialmedizinischer Empfehlungen dient.

Folgerichtig war es erforderlich, der ICF eine weitere Klassifikation, nämlich die der personbezogenen Faktoren an die Seite zu stellen. Für den Einfluss von Kontextfaktoren bei der Bedarfsermittlung kann neben der Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) zu den personbezogenen Faktoren auch der „Interviewleitfaden für die sozialmedizinische Begutachtung zur Erhebung von Kontextfaktoren“ der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste aus 2020 herangezogen werden. Ergänzend wird auf die 2021 publizierte Arbeitshilfe „Kontextfaktoren bei der Ermittlung von Teilhabebedarfen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) als Hilfestellung für die Bedarfsermittlung hingewiesen.

In der vorliegenden, mittlerweile vierten Fassung der Arbeitshilfe werden einerseits die Grundzüge der ICF und das ihr zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell vorgestellt und andererseits kapitelweise die Anwendung der beiden Systematiken auf verschiedene wichtige Begutachtungssektoren aufgezeigt. Gegenüber den vorhergehenden Versionen wurde zwischenzeitlichen Entwicklungen der Gesetzgebung sowie der überarbeiteten DGSMP-Systematik zu den personbezogenen Faktoren Rechnung getragen und sich daraus ableitender Änderungsbedarf in die jeweiligen Begutachtungsfelder übernommen. Es ist zu wünschen, dass die vorliegende Neufassung der Arbeitshilfe damit weiter zur Einheitlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Begutachtung des Medizinischen Dienstes beiträgt.

PD Dr. med. Matthias Mohrmann

Dr. med. Kerstin Haid

Stv. Sprecher der Leitenden Ärztinnen und Ärzte
der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

Leitende Ärztin
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Vorwort | 3 |
| Inhaltsverzeichnis | 4 |
| 1 Einleitung | 6 |
| 2 Übergeordnete Grundlagen | 7 |
| 2.1 Der Teilhabebegriff | 7 |
| 2.2 Der Behinderungsbegriff des SGB IX..... | 7 |
| 2.3 Klassifikationen der WHO | 8 |
| 3 Allgemeine Darstellung der ICF | 9 |
| 3.1 Begriffsdefinitionen im Zusammenhang mit der ICF | 11 |
| 3.1.1 Gesundheitsproblem | 11 |
| 3.1.2 Körperfunktionen und -strukturen | 12 |
| 3.1.3 Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation)..... | 12 |
| 3.1.4 Kontextfaktoren..... | 14 |
| 3.2 Beurteilungsmerkmale..... | 16 |
| 3.2.1 Funktionsfähigkeit/Behinderung..... | 18 |
| 4 Anwendung der ICF | 19 |
| 4.1 Anwendung der ICF in der Begutachtung zu Vorsorge und Rehabilitation | 19 |
| 4.1.1 Begutachtung von Vorsorgeleistungen gemäß § 23 SGB V..... | 19 |
| 4.1.2 Begutachtung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 40 SGB V..... | 20 |
| 4.2 Anwendung der ICF in der Begutachtung zu geriatrischer Rehabilitation | 22 |
| 4.2.1 Beispiel: Mobile Geriatrische Rehabilitation | 22 |
| 4.3 Anwendung der ICF in der Begutachtung zu Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter | 31 |
| 4.3.1 Beispiel: Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter | 31 |
| 4.4 Anwendung der ICF in der Begutachtung zu ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation | 37 |
| 4.4.1 Rehabilitationssport/Funktionstraining | 37 |
| 4.4.2 Patientenschulungsmaßnahmen gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V..... | 37 |
| 4.4.3 Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder/Jugendlichen gemäß § 43 Abs. 2 SGB V mit Fallbeispiel .. | 38 |
| 4.5 Anwendung der ICF in der Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit (AU) | 43 |
| 4.5.1 Beispiel: AU bei Multipler Sklerose | 44 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.6 | Anwendung der ICF in der Begutachtung bei Pflegebedürftigkeit | 47 |
| 4.7 | Anwendung der ICF in der Begutachtung zu Hilfsmitteln..... | 48 |
| 4.8 | Anwendung der ICF in der Begutachtung zu Heilmitteln | 51 |
| 4.8.1 | Fallbeispiel | 51 |
| 5 | Personbezogene Faktoren im Sinne der ICF | 54 |
| 5.1 | Systematik zur Ausgestaltung der Komponente „Personbezogene Faktoren“ | 54 |

1 Einleitung

„ICF“ – was bedeuten diese drei Buchstaben?

Ausgeschrieben stehen sie in der deutschen Übersetzung für „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“¹. Inhaltlich stehen sie mit dem ihr zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell für ein umfassendes Verständnis von Krankheit und Krankheitsauswirkungen.

Die ICF wurde 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Ergänzung zu den übrigen WHO-Klassifikationen (u. a. Internationale Klassifikation der Krankheiten – ICD-10) zur Anwendung empfohlen. Schon im selben Jahr nahm der deutsche Gesetzgeber deren Grundgedanken in das neu eingeführte SGB IX auf.

2009 wurde die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (BRK) für Deutschland in Kraft gesetzt. Die daraus abzuleitende Aufgabe, die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen durch mehr Selbstbestimmung und mehr Teilhabe zu verbessern, war ein Anstoß, das SGB IX zu überarbeiten. Mit einer für alle Träger geltenden Verpflichtung, insbesondere zur frühzeitigen Bedarfserkennung und individuellen und funktionsbezogenen Bedarfsermittlung wurde das SGB IX (Teil 1) zum 01.01.2018 in Kraft gesetzt. Die Terminologie der ICF, vorrangig aber ihre Konzeption mit dem bio-psycho-sozialen Modell, fanden somit seit 2001 sukzessive Eingang in den trägerübergreifenden Bestimmungen des SGB IX zur umfassenden Ermittlung von Teilhabebedarfen.

Die Stärkung von Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als Leitkonzept sozialstaatlichen Handelns wurde damit weiterentwickelt. Der Gesetzgeber fordert eine individuelle, umfassende und funktionsbezogene Bedarfsfeststellung. Für die dabei einzusetzenden Instrumente ist das der ICF zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell handlungsleitend.

Die Bedeutung der ICF in der täglichen Arbeit liegt weniger in der Verwendung als Klassifikation, sondern in der Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells. Dadurch liegt der Fokus auf den krankheits- und behinderungsbedingten Auswirkungen auf das Leben eines betroffenen Menschen, die sich mit einer Diagnose allein nicht beschreiben lassen.

„Mit steigender Lebenserwartung nehmen chronische Erkrankungen zu und in der Folge auch die Zahl der Menschen, die dauerhaft funktionell beeinträchtigt sind und betreut werden müssen. Das Konzept „Krankheit“ reicht nicht aus, um den funktionellen Gesundheitszustand umfassend zu beschreiben. Während mit der ICD-10 Diagnosen/Krankheiten kodiert werden, können mit der ICF die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst werden.“²

Die strukturierte Sichtweise sowohl auf das Gesundheitsproblem als auch dessen Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit der einzelnen Person ermöglicht es, Sachverhalte innerhalb eines Leistungsfalles besser einzuordnen und eine nachvollziehbare Grundlage für eine Leistungsentscheidung durch die Kranken- oder Pflegekasse zu formulieren.

¹ World Health Organisation (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO Geneva; 2001

² Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

2 Übergeordnete Grundlagen

2.1 Der Teilhabebegriff

Der Begriff der Teilhabe ist in der ICF als das „Einbezogensein in eine Lebenssituation“ definiert, wie z. B. interpersonelle Beziehungen, Erwerbsleben, Leben in der Gemeinschaft, soziales und staatsbürgerliches Leben.

Mit der Einführung des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – im Jahr 2001 nahm Deutschland als erstes Land weltweit die Konzeption der ICF als „internationalen Standard bewusst in sein nationales Sozialrecht“³ auf. Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurde 2016 die Modernisierung des Rehabilitations- und Teilhaberechts eingeleitet. Das BTHG griff den Gedanken der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) auf, die 2009 in Deutschland ratifiziert wurde. Sie zielt ab auf ein „Empowerment“ der Menschen im Hinblick auf Selbstbestimmung, Diskriminierungsfreiheit und gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe. Die Konvention nimmt Abstand vom „Fürsorgeprinzip“ der Behindertenpolitik und des Ausgleichs gedachter Defizite („Defizitansatz“) hin zum Leitbild der Inklusion als gleichberechtigte Teilhabe in der Gesellschaft. Gemäß Artikel 26 der BRK – Habilitation und Rehabilitation – haben die Vertragsstaaten wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um diese Ziele zu erreichen, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste. Die Neugestaltung des SGB IX umfasst neue Inhalte und eine neue Strukturierung. Die geplanten Reformen treten stufenweise von 2017 bis 2023 in Kraft.

Nach § 5 SGB IX werden als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erbracht:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung und
- Leistungen zur sozialen Teilhabe

2.2 Der Behinderungsbegriff des SGB IX

§ 2 Begriffsbestimmungen

- (1) *1Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. 2Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. 3Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.*

Die Begriffsdefinitionen aus § 2 Abs. 1 SGB IX sind auch für die sozialmedizinische Begutachtung verbindlich.

³ Wagener W.: ICF und der Begriff „wesentliche Behinderung“ im Bundesteilhabegesetz (BTHG), Gesundheitswesen, Online Publikation, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York

2.3 Klassifikationen der WHO

Die Familie der WHO-Klassifikationen umfasst folgende Referenzklassifikationen:

- *ICD-10 (International Classification of Diseases and related Health Problems) und ICD-11 (for Mortality and Morbidity Statistics)*
- *ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)*
- *ICHI (International Classification of Health Interventions)*

Die ICD-10 ist ein international eingeführtes Bezugssystem, mit dem in erster Linie Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme einheitlich bezeichnet werden. Individuelle krankheits- oder behinderungsbedingte Auswirkungen auf die Selbstbestimmung und Teilhabe betroffener Menschen lassen sich mit Hilfe der ICD-10 aber nicht beschreiben. Steigende Prävalenzen chronischer Krankheiten bei einer gleichzeitig zunehmenden Lebenserwartung erfordern eine einheitliche Kommunikationsebene zwischen allen Beteiligten, um Krankheitsauswirkungen beschreiben zu können. Diesen Anforderungen kann mit der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) adäquat begegnet werden.

Die ICD dient weltweit zur Verschlüsselung von Diagnosen. Die derzeit gültige Revision ist die ICD-10. Im Juni 2018 hat die WHO nach 11-jähriger, intensiver internationaler Entwicklungsarbeit die ICD-11 vorgestellt, im Mai 2019 wurde sie auf der 72. Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA72) verabschiedet. Am 1. Januar 2022 soll die englische Version in Kraft treten. Über den Zeitpunkt einer möglichen Einführung in Deutschland können noch keine Aussagen getroffen werden.

Die ICHI ist das Verzeichnis der Gesundheitsinterventionen, welches zuvor unter der Bezeichnung ICPM (International Classification of Procedures in Medicine) herausgegeben wurde und auf der der deutsche OPS beruht.

3 Allgemeine Darstellung der ICF

Mit dem der ICF zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell können Krankheitsauswirkungen auf den verschiedenen Ebenen der Funktionsfähigkeit (Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe) unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren betrachtet werden.

Unter **Konzeption der ICF** wird dabei das interaktive bio-psycho-soziale Modell der Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF verstanden (siehe Abb. 1).

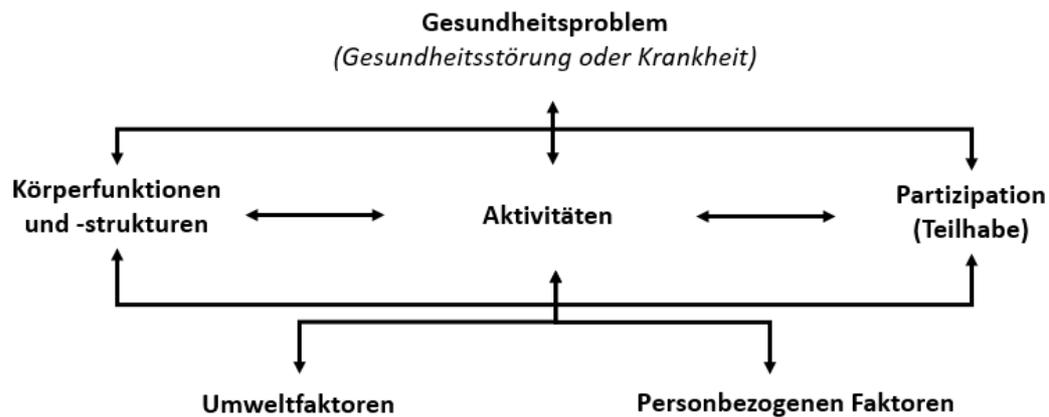


Abb. 1: Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem und den Komponenten der ICF

Positive wie negative Einflüsse aus dem Lebenshintergrund einer Person können in diesem Modell veranschaulicht werden. Ob ein Gesundheitsproblem im Einzelfall bezüglich einer bestimmten Fragestellung Funktionsfähigkeit oder Behinderung mit sich bringt, lässt sich nur in Kenntnis der Interaktionen mit den Umwelt- und personbezogenen Faktoren beantworten.

Anwendungsbeispiel:

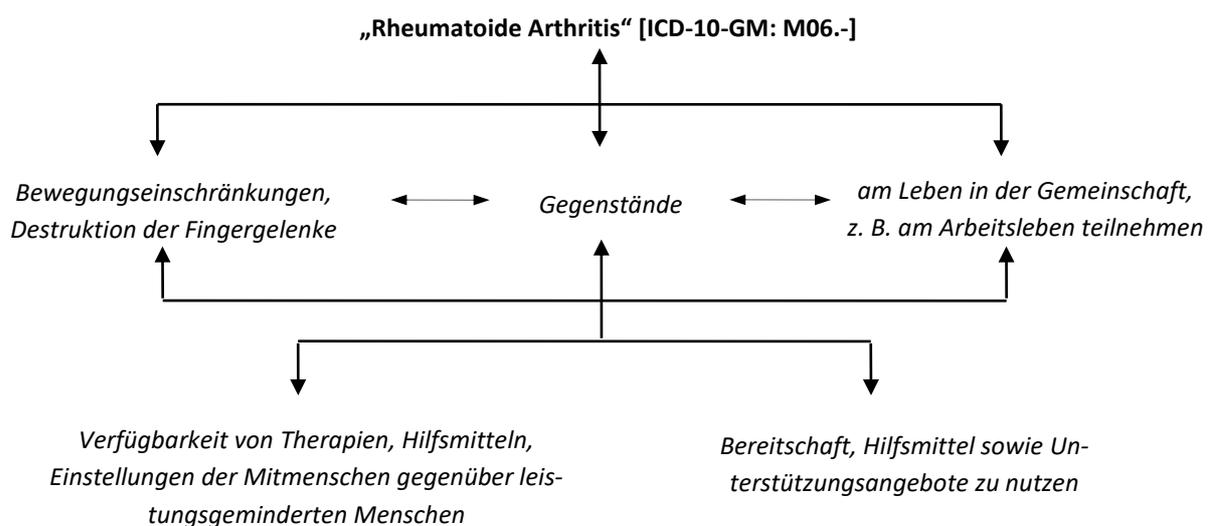


Abb. 2: Veranschaulichung des bio-psycho-sozialen Modells an einem Beispiel mit rheumatoider Arthritis

Die ICF beinhaltet neben der bereits vorgestellten Konzeption auch eine Klassifikation und umfasst die aus den Komponenten abgeleitete Ordnung der Begrifflichkeiten einschließlich ihrer Kodierung.

Die Struktur weist zwei Teile mit der Möglichkeit einer unterschiedlichen Eindringtiefe auf (siehe Abb. 3):

- **Teil 1** „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ und
- **Teil 2** „Kontextfaktoren“.

Je nach gewünschter Detaillierung stehen drei Ebenen zur Verfügung:

- Die 1. Ebene enthält die Liste der Kapitelüberschriften und gibt somit nur eine grobe Strukturierung vor.
- Die 2. Ebene, auch als „Kurzversion“ bezeichnet, enthält Kategorien im Sinne einer Verzweigungsebene der Kapitelüberschriften.
- Die 3. Ebene beinhaltet einzelne Merkmale (Items) mit Definitionen. Diese wird als „Vollversion“ bezeichnet.

Da in der Begutachtung des Medizinischen Dienstes aufgrund der fehlenden Operationalisierung eine Kodierung von Krankheitsauswirkungen auch weiterhin nicht vorgesehen ist, wird auf die unterschiedlichen Ebenen und Eindringtiefen nicht näher eingegangen.

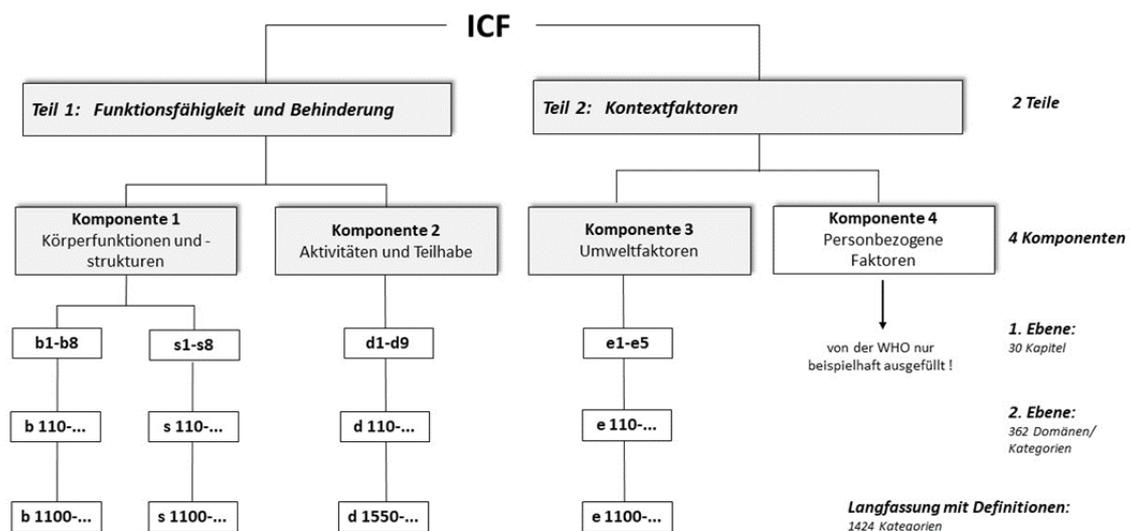


Abb. 3: Struktur der ICF

3.1 Begriffsdefinitionen im Zusammenhang mit der ICF

Folgenden Definitionen⁴ liegen der Arbeitshilfe zugrunde:

Eine **Aktivität** bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen.

Teilhabe [Partizipation] ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.

Beeinträchtigungen der Teilhabe [Partizipation] sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt.

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

Personbezogene Kontextfaktoren sind von der WHO bislang nicht klassifiziert. Aus diesem Grund wird an entsprechenden Stellen für nationale Belange auf die Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) verwiesen. Personbezogene Faktoren umfassen Eigenschaften einer Person, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustands sind, jedoch einen Einfluss auf ihre Funktionsfähigkeit haben können.⁵

Funktionsfähigkeit nach ICF ist so zu verstehen, dass eine Person trotz einer Erkrankung all das tut oder tun kann (Konzept der Aktivitäten), was von einem gesunden Menschen erwartet wird und/oder sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann (Konzept der Teilhabe), wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird. Zu einer bio-psycho-sozialen Perspektive auf Funktionsfähigkeit gehört die Berücksichtigung von positiven wie negativen Wechselwirkungen (Förderfaktoren und Barrieren) zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person, seinen Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit und den einwirkenden Kontextfaktoren.⁶

3.1.1 Gesundheitsproblem

Gesundheitsproblem ist ein Oberbegriff für (akute oder chronische) Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Traumata. Dieser Begriff kann auch andere Phänomene umfassen, wie Schwangerschaft, Altern, Stress, kongenitale Anomalien oder genetische Prädispositionen. Das Gesundheitsproblem kann Informationen zur Pathogenese bzw. Ätiologie enthalten, ist selbst aber nicht integraler Bestandteil/Komponente der ICF, sondern wird typischerweise mit der ICD-10 kodiert. Für den Leistungsfall ist das (drohende) Gesundheitsproblem aber die Grundvoraussetzung, ohne die es nicht zu einer für die Krankenkassenmitarbeiterin / den Krankenkassenmitarbeiter leistungsrelevanten Fragestellung kommen kann. Ohne Gesundheitsproblem gibt es keine Krankheitsauswirkungen und damit auch keinen Grund, die ICF anzuwenden.

⁴ WHO: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, DIMDI, Köln, 2005

⁵ Gesundheitswesen 2020; 72: 908-916 und 2012; 74: 449-458

⁶ Cibis W. Der Begriff „Funktionale Gesundheit“ in der deutschsprachigen Fassung der ICF; Gesundheitswesen 2009; 71: 429–432

3.1.2 Körperfunktionen und -strukturen

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen einschließlich psychologischer Funktionen. Da der Begriff „Körper“ sich auf den menschlichen Organismus als Ganzes bezieht, sind nicht nur die elementaren Funktionen der einzelnen Körpersysteme (Schmerz gehört zu den Funktionen), sondern auch die Funktionen des Gehirns, z. B. der Verstand, gemeint. Messverfahren von Körperfunktionen sind beispielsweise die Neutral-Nullmethode in Bezug auf die Gelenkbeweglichkeit oder die Pulsmessung in Bezug auf eine Herzfunktion.

Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.

Negative Normabweichungen oder der Verlust sowohl von somatischen oder psychischen Funktionen als auch von anatomischen Strukturen werden als **Schädigungen** bezeichnet. Diese treten auf der Ebene der Organe, Organsysteme oder des gesamten Körpers auf und können subjektiv wahrgenommen aber auch objektiv erfasst oder gemessen werden (in Form von funktionsdiagnostischen, biochemischen oder bildgebenden Befunden).

Tabelle 1: ICF-Klassifikation der Körperfunktionen und -strukturen der ersten Ebene

| Kap. | Körperfunktionen | Kap. | Körperstrukturen |
|------|---|------|---|
| 1 | mentale Funktionen | 1 | Strukturen des Nervensystems |
| 2 | Sinnesfunktion und Schmerz | 2 | Auge, Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen |
| 3 | Stimm- und Sprechfunktion | 3 | Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind |
| 4 | Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems | 4 | Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems |
| 5 | Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen Systems | 5 | mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokr. System im Zusammenhang stehende Strukturen |
| 6 | Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems | 6 | Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem im Zusammenhang stehende Strukturen |
| 7 | neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen | 7 | mit der Bewegung im Zusammenhang stehende Strukturen |
| 8 | Funktionen der Haut- und der Hautanhangsgebilde | 8 | Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde |

Die einzelnen Items der Komponenten sind in laienverständlicher Sprache abgefasst, die jedoch an der einen oder anderen Stelle aufgrund der 1:1 Übersetzung aus dem Englischen etwas „sperrig“ bzw. ungewohnt erscheint. Die Items der Komponente „Körper“ ermöglichen die Lokalisation bzw. Zuordnung von Befunden zu einem anatomisch/physiologischen System. Für die (bio-) medizinische Sachaufklärung bietet die ICF an dieser Stelle jedoch keine wesentlichen Vorteile gegenüber dem klinischen Sprachgebrauch.

3.1.3 Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation)

Eine Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch eine Person. Teilhabe bezeichnet das Einbezogenensein in eine Lebenssituation.

Eine eindeutige Trennung von Aktivitäten und Teilhabe ist in der Regel nur in Kenntnis der Fragestellung und individuellen Lebensumstände möglich, weshalb die beiden Komponenten in der ICF auch in einem Kapitel zusammengefasst sind (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: ICF-Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe der ersten Ebene

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

Beeinträchtigungen der Aktivitäten: Damit sind Schwierigkeiten gemeint, die ein Mensch bei der Durchführung von Aktionen wie z. B. beim Lernen, Schreiben, Rechnen, Kommunizieren, Gehen, Körperpflege oder beim Umgang mit Stress haben kann.

Ursachen für beeinträchtigte Aktivitäten sind zumeist Krankheiten oder Verletzungen (Struktur- und Funktionsschädigungen). Der Bezug zur Ebene der Aktivitäten wird durch die Anwendung der ICF unterstützt und kann in der Begutachtung bei der Beantwortung beispielsweise folgender Fragen von Relevanz sein:

- Welche Aktivitäten sind beeinträchtigt und wenn ja, wie lange?
- Welche Maßnahmen scheinen geeignet, diese Beeinträchtigung positiv beeinflussen zu können?

Eine **Beeinträchtigung der Teilhabe** ist ein Problem, das ein Mensch im Hinblick auf sein Einbezogen sein in Lebenssituationen haben kann, wie z. B. im häuslichen Leben, in Beziehungen, bei der Erziehung, bei der Arbeit oder in der Freizeit.

In der Regel handelt es sich bei den Ursachen um krankheitsbedingte Aktivitätseinschränkungen, die die Teilhabe beeinträchtigen. In seltenen Fällen sind aber auch Umweltfaktoren wie gesetzliche Vorgaben (z. B. das Beschäftigungsverbot für Salmonellenausscheider in Küchen), eine fehlende Barrierefreiheit beim Zugang zu öffentlichen Gebäuden oder auch individuelle Einstellungen zu Mitmenschen für eine beeinträchtigte Teilhabe verantwortlich.

Für die verschiedenen Teilhabebereiche tragen unterschiedliche Leistungsträger die Verantwortung, beispielsweise die Rentenversicherungsträger (RVT), Unfallversicherung (GUV) und gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

In der sozialmedizinischen Begutachtung wird man zunächst anhand von Befunden und/oder der Exploration die für das aktuelle Gesundheitsproblem relevanten Schädigungen auf der Körperebene eruieren. Im Folgenden werden die Aktivitäten, die diese Person mit ihrem Gesundheitsproblem noch

oder nicht mehr durchführen kann, identifiziert. Erst dann müssen diese Aktivitäten bzw. deren Beeinträchtigungen in den verschiedenen Lebensbereichen (häusliches Leben, Erwerbsleben, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben) unter Berücksichtigung positiver wie negativer Einflüsse aus dem Lebenshintergrund (Umwelt- und personbezogene Faktoren) beurteilt werden. Die zusammenfassende Bewertung ergibt ein Aktivitätsprofil, das in ein positives oder negatives Leistungsbild überführt werden kann. Dabei müssen die für den jeweiligen Leistungsträger relevanten Teilhabebereiche in die sozialmedizinische Empfehlung einbezogen werden, z. B. Teilhabe am „häuslichen Leben“ (GKV) oder Teilhabe an „Arbeit und Beschäftigung“ (RVT).

3.1.4 Kontextfaktoren

In der Lebenswelt einer Person sind sowohl Umweltfaktoren als auch personbezogene Faktoren von zentraler Bedeutung. Beide können die Auswirkungen eines Gesundheitsproblems vermindern oder verstärken. Positiv wirkende Kontextfaktoren werden als *Förderfaktoren oder Ressourcen*, negativ wirkende Kontextfaktoren als *Barrieren* bezeichnet.

Umweltfaktoren umfassen die natürliche materielle Welt mit ihren Eigenschaften und die vom Menschen geschaffene materielle Welt. Dazu zählen auch andere Menschen in verschiedenen Beziehungen und Rollen, Einstellungen und Werte, Sozialsysteme und Dienste sowie Handlungsgrundsätze, Regeln und Gesetze. Umweltfaktoren stellen somit den gesamten Hintergrund des Lebens und der Lebenssituation eines Menschen dar, der als solcher einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit dieser Person haben kann. Umweltfaktoren können sowohl die Krankheit als auch die Krankheitsauswirkungen positiv oder negativ beeinflussen, d. h. sie können für die Einzelne / den Einzelnen einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen. Förderfaktoren können z. B. barrierefreie Zugänge, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Medikamenten und Sozialleistungen sein. Barrieren sind in diesem Zusammenhang z. B. schlechte Erreichbarkeit von Leistungserbringern oder soziale Stigmatisierung und finanzielle Belastung durch Therapiekosten.

Tabelle 3: ICF-Klassifikation der Umweltfaktoren der ersten Ebene

| Kap. | Umweltfaktoren |
|------|---|
| 1 | Produkte und Technologien (z. B. Lebensmittel, Medikamente, Hilfsmittel, Vermögenswerte) |
| 2 | natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z. B. demografischer Wandel, Pflanzen, Tiere, Klima, Laute, Geräusche, Luftqualität) |
| 3 | Unterstützung und Beziehung (z. B. Familie, Freunde, Vorgesetzte, Hilfs- und Pflegepersonen, Fremde) |
| 4 | Einstellungen (z. B. individuelle Einstellungen der Familie, von Freunden, gesellschaftliche Einstellungen) |
| 5 | Dienste, Systeme, Handlungsgrundsätze (z. B. des Wohnungs-, Versorgungs-, Transport-, Gesundheitswesens, der Wirtschaft, Politik) |

Personbezogene Faktoren sind der spezielle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen und umfassen Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustands sind. Die fehlende Systematisierung dieser ICF Komponente erschwert die Verständigung im Sozial- und Gesundheitswesen. Da personbezogene Faktoren aber zentraler Bestandteil einer ganzheitlichen Betrachtung krankheits- und behinderungsbedingter Auswirkungen auf die Teilhabe sind und ihre systematische Beschreibung, sofern von Relevanz für die Fragestellung, die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der im Rahmen der Bedarfs- und Leistungsermittlung gefällten Entscheidungen unterstützt, wird vielerorts bereits auf die für den deutschen Sprachraum entwickelte DGSMP-

Systematik verwiesen (z. B. von der BAR, KBV). Personbezogene Faktoren dürfen ausschließlich anlassbezogen in die sozialmedizinische Bewertung einfließen.

Tabelle 4: DGSMP-Klassifikation der personbezogenen Faktoren

| Kap. | Personbezogene Faktoren |
|------|--|
| 1 | Allgemeine Merkmale einer Person <i>(Alter und Geschlecht)</i> |
| 2 | Physische Faktoren <i>(z. B. Körpermaße und -form, bewegungsbezogene Faktoren, Faktoren des Stoffwechsels)</i> |
| 3 | Mentale Faktoren <i>(Faktoren der Persönlichkeit, Kognitive und mnestische Faktoren)</i> |
| 4 | Einstellungen, Handlungskompetenz und Gewohnheiten <i>(z. B. Einstellung zu Krankheit, Lebenszufriedenheit, Empowerment, Verhaltensgewohnheiten)</i> |
| 5 | Lebenslage <i>(z. B. familiärer Status, Wohnsituation, Beschäftigungsstatus, wirtschaftlicher Status, Bildungsstatus)</i> |

Die vorgeschlagene Systematik ermöglicht in der sozialmedizinischen Begutachtung neben der Berücksichtigung von Umweltfaktoren auch die der begutachtungsrelevanten personbezogenen Faktoren, beispielsweise im Rahmen der Sozialanamnese oder bei der körperlichen Untersuchung (Kapitel 6).

3.2 Beurteilungsmerkmale

Die ICF bietet für alle Komponenten nachstehende Beurteilungsmerkmale an. Diese sind unterschiedlich angelegt, um die Auswirkungen des individuellen Gesundheitsproblems möglichst genau beschreiben zu können. Da sich die von der ICF vorgesehene Schweregradeinteilung in der Praxis bislang jedoch nicht zufriedenstellend operationalisieren lässt, ist eine Kodierung nach ICF im Begutachtungsalltag nicht zu erwarten.

Tabelle 5: Beurteilungsmerkmale für die Komponenten der ICF

| Komponente | Beurteilungsmerkmal |
|-----------------------------|--|
| Körperfunktion | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausmaß der Schädigung |
| Körperstruktur | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausmaß der Schädigung ▪ Art der Schädigung ▪ Lokalisation der Schädigung |
| Aktivitäten/Teilhabe | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistung ▪ Leistungsfähigkeit ▪ Leistungsfähigkeit mit Hilfsmitteln/Assistenz ▪ Leistung ohne Hilfsmitteln/Assistenz <p>unter zusätzlicher Berücksichtigung von personbezogenen Faktoren (z. B. Zufriedenheit, Einstellung)</p> |
| Umweltfaktoren | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausmaß, in welchem der Umweltfaktor als Förderfaktor oder als Barriere wirkt |

Für die Komponente der Aktivitäten/Teilhabe sind von der ICF die Beurteilungsmerkmale *Leistung* und *Leistungsfähigkeit* vorgesehen. Diese sind insbesondere in der sozialmedizinischen Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit für die Beurteilung des Leistungsvermögens von Bedeutung.

Leistung fokussiert auf Aktivitäten unter realen Bedingungen, d. h. unter Berücksichtigung sowohl der konkreten Umwelt- als auch personbezogenen Faktoren. Positiv wie negativ wirkende Umweltfaktoren, z. B. im Sinne von technischer oder personeller Unterstützung, fließen in die Bewertung ein, z. B. der höhenverstellbare Schreibtisch, die Unterschenkelprothese oder eine Arbeitsassistentz.

Umwelt- aber auch personbezogene Faktoren bestimmen letztendlich das resultierende Aktivitätsniveau einer Person.

Die Beurteilung einer Aktivität unter Zugrundelegung des Beurteilungsmerkmals *Leistung* ist bei der AU-Begutachtung dann von besonderem Interesse, wenn die/der Versicherte eine konkrete Bezugstätigkeit (Arbeitsplatz) aufweist.

Leistungsfähigkeit fokussiert auf Aktivitäten unter standardisierten Bedingungen, also ohne Berücksichtigung der Einflüsse aus dem aktuellen und konkreten Umfeld. Es wird unter standardisierten Testbedingungen das höchstmögliche Niveau einer Aktivität betrachtet. Leistungsfähigkeit für eine Aufgabe oder Handlung kann im Rahmen von leistungsmedizinischen Untersuchungen (Assessments), z. B. in ihrer zeitlichen (Ausdauer) und intensitätsbezogenen (Kraft) Dimension erfasst werden. In der sozialmedizinischen Begutachtung liegen in der Regel wenige oder keine leistungsmedizinischen Untersuchungsbefunde vor.

Beispiel (in Anlehnung an Schuntermann⁷):

Eine Person kann am PC schreiben, d. h. sie verfügt über eine definierte Leistungsfähigkeit auf einer Tastatur zu schreiben. Sie wird diese Leistungsfähigkeit nur dann umsetzen können, beispielsweise zum Schreiben eines Gutachtens (konkrete Handlung), wenn

- weitere Umweltfaktoren diese Umsetzung ermöglichen (Förderfaktoren, z. B. geeignete Lichtverhältnisse, ergonomische Tastatur) und nicht verhindern (Barrieren, z. B. neue Software, nicht höhenverstellbarer Bürostuhl)

und

- sie ihre Leistungsfähigkeit auch umsetzen will.

Allgemein spielt der Wille (personbezogener Faktor) eine zentrale Rolle bei der Umsetzung einer Leistungsfähigkeit in eine konkrete Handlung. Bei der Umsetzung einer Leistungsfähigkeit in die entsprechende Handlung können Kontextfaktoren die Handlung erschweren bis unmöglich machen.

In der konkreten Begutachtungssituation ist das Leistungsvermögen durch Befragung und anhand vorliegender Befunde abzuschätzen.

Leistungsvermögen/Leistungsbild

Als Synonym für Leistung wird in der GKV der Begriff Leistungsvermögen verwandt und es wird ein positives/negatives Leistungsbild beschrieben. Das Leistungsvermögen beinhaltet Aspekte der maximalen Leistungsfähigkeit einer Person, die mit den Eigenschaften des Beurteilungsmerkmals Leistung wie

- den positiv wie negativ wirkenden Einflüssen aus der derzeit realen Umwelt,
- dem/den krankheits-/behinderungsbedingten Risikoprofil/Gefährdungsfaktoren (z. B. Einschränkung von Nacharbeit bei schwer einstellbarem Diabetes),
- ggf. vorhandenen arbeitsplatzbezogenen Belastungen (z. B. Arbeitsverdichtung, Flexibilisierung) und
- in der Person begründeten Faktoren (z. B. Einstellung zu Arbeit, Lebenszufriedenheit)

in Abgleich gebracht werden müssen. In die abschließende sozialmedizinische Beurteilung fließen diese Kriterien mit ein. Bei fehlender Arbeitsmotivation wird sich diese zwar auf das Leistungsvermögen auswirken, begründet allein aber keine weitere Arbeitsunfähigkeit, solange die Motivierbarkeit nicht infolge einer Krankheit reduziert ist. Fördernde personbezogene Faktoren wie beispielsweise positive Krankheitsbewältigungsstrategien können zu einer Verkürzung der AU führen.

Bei der Formulierung eines positiven Leistungsbildes stehen die Ressourcen im Hinblick auf die noch zumutbare körperliche Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation im definierten zeitlichen Umfang im Vordergrund. Ein negatives Leistungsbild enthält die Aktivitäten, die krankheits-/behinderungsbedingt in diesem Umfang nicht mehr ausgeübt bzw. wegen der Gefahr einer gesundheitlichen Verschlimmerung nicht mehr ausgeführt werden können.

Bei der gutachterlichen Bewertung des Leistungsvermögens fließen Leistungsfähigkeit und Leistung in die Erstellung des Leistungsbildes ein. Auch personbezogene Faktoren sind zu berücksichtigen, so kön-

⁷ Michael F. Schuntermann: Einführung in die ICF, ecomed Medizin, 2013

nen sich beispielsweise physische Faktoren im Sinne besonderer Fähigkeiten positiv auf die Leistungsfähigkeit auswirken, andererseits aber eine ablehnende Einstellung zur Unterstützung durch andere Personen einen negativen Einfluss auf die Leistung haben.

Das Leistungsvermögen im Erwerbsleben wird von der Rentenversicherung gleichbedeutend mit dem Begriff der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben verwandt. Die RV unterscheidet:

- das qualitative Leistungsvermögen: Zusammenfassung der festgestellten positiven und negativen Fähigkeiten, d. h. der festgestellten Ressourcen im Hinblick auf die noch zumutbare körperliche Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation (positives qualitatives Leistungsvermögen) und der Fähigkeiten, die krankheitsbedingt oder behinderungsbedingt nicht mehr bestehen bzw. wegen der Gefahr einer gesundheitlichen Verschlimmerung nicht mehr zu verwerten sind (negatives qualitatives Leistungsvermögen) und
- das quantitative Leistungsvermögen: Dieses gibt den zeitlichen Umfang an, in dem eine Erwerbstätigkeit unter den festgestellten/beurteilten Bedingungen des qualitativen Leistungsvermögens arbeitstäglich ausgeübt werden kann, d. h. zumutbar ist.

Somit sind die Maßstäbe der gutachterlichen AU-Bewertung für die GKV inhaltlich andere als jene des RV-Trägers zur Beurteilung der beruflichen (Rest)- Leistungsfähigkeit.

3.2.1 Funktionsfähigkeit/Behinderung

In der Originalversion der ICF wird Funktionsfähigkeit (functioning) in Abgrenzung zu Behinderung (disability) wie folgt definiert:

„Funktionsfähigkeit ist ein Oberbegriff, der alle Körperfunktionen und Aktivitäten sowie Partizipation [Teilhabe] umfasst; entsprechend dient Behinderung als Oberbegriff für Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe].“

Resultiert aus einem Gesundheitsproblem eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, wird in der ICF von Behinderung gesprochen.

Der Behinderungsbegriff der ICF ist der Oberbegriff zu jeder Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen. Nach ICF liegt, unabhängig von der Dauer, eine Behinderung vor, wenn

- Körperfunktionen/-strukturen von denen abweichen, die für einen gesunden Menschen typisch sind oder
- eine Person nicht mehr das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird oder
- eine Person ihr Dasein in allen ihr wichtigen Lebensbereichen nicht mehr in der Art und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwartet wird.

Die drei Bereiche der Funktionsfähigkeit (Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Teilhabe) stehen in Beziehung zueinander. Jeder dieser Bereiche wirkt auf den anderen ein und wird gleichzeitig von diesem sowie den Kontextfaktoren beeinflusst. Die Behinderung hat in diesem Modell der Wechselwirkungen einen dynamischen Charakter.

4 Anwendung der ICF

4.1 Anwendung der ICF in der Begutachtung zu Vorsorge und Rehabilitation

Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen gemäß SGB IX und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

Allein mit einer biomedizinischen Krankheitsbetrachtung (Diagnose und Befunde) lassen sich individuell erforderliche Teilhabeleistungen nicht begründen. Erst durch eine Bewertung der Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem, seinen Auswirkungen und den im jeweiligen Einzelfall relevanten Einflussfaktoren aus dem Lebenshintergrund kann beurteilt werden, ob die Teilhabe längerfristig beeinträchtigt oder zumindest bedroht sein wird.

Die ICF erleichtert mit dem ihr zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell das frühzeitige Erkennen von Teilhabebedarfen und damit auch die Nachvollziehbarkeit der Indikationskriterien von medizinischen Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Folgende Aspekte müssen betrachtet werden

- Welche Schädigungen bestehen auf Ebene der Körperfunktionen- und -strukturen?
- Wirken sich diese bereits auf die Aktivitäten aus und besteht oder droht eine Beeinträchtigung der Teilhabe?
- Welche Umweltfaktoren und welche personbezogenen Faktoren haben einen fördernden oder hemmenden Einfluss auf die krankheits-/behinderungsbedingten Auswirkungen des zugrundeliegenden Gesundheitsproblems?
- Ist die Vorsorge-/Rehabilitationsfähigkeit ausreichend für die beantragte Leistung?
- Sind die Vorsorge-/Rehabilitationsziele alltagsrelevant und realistisch und lässt sich eine positive Prognose unter Berücksichtigung der Schädigungen und Beeinträchtigungen sowie vor dem Hintergrund der Kontextfaktoren und den definierten Zielen ableiten?

4.1.1 Begutachtung von Vorsorgeleistungen gemäß § 23 SGB V

Medizinische Vorsorgeleistungen werden unterteilt in Leistungen mit primärpräventivem und sekundärpräventivem Ansatz.

Leistungen mit primärpräventivem Ansatz sind dann angezeigt, wenn Risikofaktoren (z. B. negativ wirkende Umwelt- oder personbezogene Faktoren) erkennbar sind oder Gesundheitsstörungen vorliegen. Zu diesem Zeitpunkt liegt noch keine Krankheit vor. Leistungen zur medizinischen Vorsorge mit sekundärpräventivem Ansatz sind indiziert, wenn krankheitsbedingte Schädigungen von Körperfunktion und -struktur zwar schon bestehen, diese aber noch nicht zu länger dauernden oder bleibenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und damit einer drohenden Teilhabebeeinträchtigung geführt haben. Das Eintreten von nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen soll mit dem sekundärpräventiven Ansatz vermieden werden.

4.1.2 Begutachtung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 40 SGB V

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nur dann erbracht, wenn die Teilhabe eines Menschen an für ihn relevanten Lebensbereichen, wie Schule, Erwerbsleben oder Selbstversorgung, krankheits-/behinderungsbedingt bedroht oder bereits beeinträchtigt ist.

In der GKV ist das übergeordnete Rehabilitationsziel, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Leistungen zur Rehabilitation sind final, d. h. auf das angestrebte Rehabilitationsziel ausgerichtet. Krankheitsauswirkungen (Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe) werden in den Mittelpunkt der beantragten Leistung gestellt. Relevante Umwelt- und personbezogene Faktoren fließen in die sozialmedizinische Empfehlung ein. Die Konzeption der ICF hilft in der Begutachtungssituation, die Indikation zu einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu erfassen, eine Allokationsempfehlung auszusprechen und diese Begutachtungsschritte nachvollziehbar darzustellen.

Die **Indikation** zur Rehabilitation wird anhand der nachfolgenden Kriterien gestellt:

Rehabilitationsbedürftigkeit

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind indiziert, wenn

- auf der Grundlage von körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigungen
 - der Körperstrukturen
(Heranziehen von z. B. Befunden bildgebender Verfahren) **und**
 - Körperfunktionen
(z. B. durch körperliche Untersuchung feststellbar)

und

- unter Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren
 - Umweltfaktoren
(z. B. Wohnverhältnisse, Treppe, Fahrstuhl, Angehörige, Leistungserbringer) **und**
 - personbezogenen Faktoren
(z. B. Einstellungen, Handlungskompetenzen, Verhaltensgewohnheiten)
- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen,
- durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder bereits Beeinträchtigungen der Teilhabe bestehen

und

- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Üblicherweise werden im deutschen Sozialrecht die Begriffe „längerfristig“, „nicht nur vorübergehend“ und „auf Dauer“ als „für über 6 Monate hinaus andauernd“ verstanden.⁸

⁸ § 2 SGB IX – Begriffsbestimmungen

Rehabilitationsfähigkeit

Zur Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit sind in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen:

- Art und Schweregrad der Schädigungen sowie Beeinträchtigungen einschließlich negativer Kontextfaktoren (Barrieren)
- Ressourcen im Sinne nicht beeinträchtigten Aktivitäten sowie positive Kontextfaktoren (Förderfaktoren),

Rehabilitationsfähigkeit kann bejaht werden, wenn die somatische und psychische Verfassung der Versicherten / des Versicherten für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ausreicht.

Rehabilitationsziele

In Ergänzung zum übergeordneten Rehabilitationsziel der GKV „Reha vor und bei Pflege“ sollen im Einzelfall konkrete und alltagsrelevante (Teil-) Ziele benannt werden, die sowohl auf Funktions- und Strukturschäden, Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen als auch beeinflussbare Kontextfaktoren fokussieren und in einem angemessenen Zeitraum zu erreichen sind.

Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Hierfür sind die Rehabilitationsziele vor dem Hintergrund relevanter Kontextfaktoren (Förderfaktoren und Barrieren) und unter Berücksichtigung

- des bisherigen Krankheitsverlaufs und
- der Rückbildungsfähigkeit

zu bewerten.

4.2 Anwendung der ICF in der Begutachtung zu geriatrischer Rehabilitation

Fragen im Zusammenhang mit geriatrischer Rehabilitation werden überwiegend im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung bzw. während der noch laufenden Krankenhausbehandlung gestellt und betreffen in aller Regel die Indikation zu einer Anschlussrehabilitation (AR). Mit der 2. Änderungsvereinbarung zum „Rahmenvertrag Entlassmanagement“ (nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V) vom 12.12.2018 wurden bundeseinheitliche AR-Antragsformulare vereinbart. In Anlage 3b findet sich der ärztliche Befundbericht, der sich in seinem Aufbau eng an der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aus dem vertragsärztlichen Bereich orientiert (Muster 61) und damit ebenfalls die ICF als Bezugssystem verwendet.

4.2.1 Beispiel: Mobile Geriatrische Rehabilitation

(1) Fragestellung der Krankenkasse:

Ist eine Leistung zur mobilen medizinischen Rehabilitation indiziert?

Begutachtungssituation: Sozialmedizinische Fallberatung

Unterlagen:

- Antrag der Versicherten auf eine Leistung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation
- AR-Antrag des Krankenhauses
- Leistungsauszug der Krankenkasse mit Angabe
 - zu KH-Aufenthalten: 4 im letzten Jahr (Augenheilkunde, Neurologie, Traumatologie wegen Stürzen)
 - zu Hilfsmitteln: Gehstock, Rollator für den Außenbereich
 - zu Heilmitteln Eintrag: KG 6 x, Ergotherapie 12x zu Hause im letzten Jahr
 - Pflegegrad 3 nach SGB XI

(2) Krankengeschichte:

Im AR-Antrag finden sich folgende Angaben zum personbezogenen Kontext (83-jährige Versicherte, lebt mit rüstigem Ehemann in eigener Erdgeschoss-Wohnung, Toilette eng und über Stufe zu erreichen, Eingangsbereich vier Treppenstufen, Unterstützung durch Tochter). Dem ärztlichen Befundbericht ist zu entnehmen:

Gesundheitsprobleme nach ICD-10:

- Schenkelhalsfraktur re. (S72.04) 12.04.2021 nach Sturz
- Ischämie A. cerebri posterior 10/2020 mit kortikaler Blindheit (I63.5)
- altersbedingte trockene Makuladegeneration bds. (H35.31) mit schwerer Sehbeeinträchtigung (H54.1)
- Polyneuropathie (G63.2) bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2 (E11.40)
- Leichte kognitive Störung (F06.7), DD beginnende Demenz (F01.9)
- Polyarthrose (M15.9)

| Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation | | |
|---|---|---|
| I. Allgemeine Angaben | | |
| I.1. Personalien der/des Versicherten: | | |
| Name Musterfrau | Geburtsdatum 20.01.1938 | Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input checked="" type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> |
| Vorname Irma | Versichertennummer | |
| I.2. Indikation* | | |
| <input type="checkbox"/> Muskuloskeletale Erkrankungen <input type="checkbox"/> Kardiologie <input type="checkbox"/> Neurologie <input checked="" type="checkbox"/> Geriatrie <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | |
| *Barthel-Index u. FR-Index (siehe Anlage; bei Neurologie und Geriatrie beizufügen) | | |
| I.3. Die Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung | | |
| Aufnahmedatum 12.04.2021 | | voraussichtliches Entlassdatum 22.04.2021 |
| I.4. Werden derzeit neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt? | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |
| I.5. Die Anschlussrehabilitation soll erfolgen | | |
| <input type="checkbox"/> als Direktverlegung <input checked="" type="checkbox"/> frühestens am 22.04.2021 weil <u>postoperatives Delir, kognitive Defizite, Posteriorinfarkt, AMD, Sturzangst ==> dadurch verzögerte Mobilisation</u> | | |
| II. Rehabilitationsbedürftigkeit | | |
| II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung (Codierung konkret und endständig) | | |
| | Funktionsdiagnosen | ICD-10-GM¹ Ur-sache² |
| 1. | Mediale Schenkelhalsfraktur rechts nach Sturz | S72.04 0 |
| 2. | Ischämie A. cerebri posterior 10/2020 mit kortikaler Blindheit | I63.5 0 |
| 3. | Altersbedingte trockene Makuladegeneration mit schwerer Sehbeeinträchtigung | H54.1 0 |
| 4. | Leichte kognitive Störung, DD beginnende Demenz | F06.7 0 |
| 5. | Polyneuropathie bei insulinpflichtigem Diabetes mell. Typ 2 | G63.2 0 |
| ¹ Die hierangegebenen Diagnoseschlüssel umfassen die Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung und können von den Entlassdiagnosen abweichen | | |
| ² Ursache der Erkrankung: 0 = 1-5 trifft nicht zu; 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall; 2 = Berufskrankheit; 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter z.B. Unfallfolgen; 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst; 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. BSeuchG) | | |
| II.2. Durchgeführte Behandlungen | | |
| <input type="checkbox"/> Operation am 12.04.2021 Welche? <u>Implantation einer Totalendoprothese am Hüftgelenk</u> OPS 5-820.01 Wunde geschlossen und reizlos? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> andere Behandlungen, und zwar _____ | | |

Krankenkasse
Name:
Vorname

Versichertennr. V1.0
Geb.Datum S. 1 / 6

| |
|---|
| <p>II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja <input type="checkbox"/> im direkten Zusammenhang mit der AR führenden Diagnose (z. B. postop. Luxation der Endoprothese)</p> <p><input type="checkbox"/> kardiovaskulär (z. B. Herzinfarkt, Embolie)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> sonstige (z. B. Pneumonie) postoperatives Delir</p> <p>Besiedelung mit multiresistenten Keimen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, welche Keime? _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt</p> |
| <p>II.4. Drohen oder bestehen längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen? (Beurteilung zum Zeitpunkt der Befundung)</p> <p>Lernen und Wissensanwendung (Beeinträchtigungen beim Zuhören/Zuschauen, Aneignen von Fertigkeiten sowie der Konzentration und beim Lösen von Problemen/Treffen von Entscheidungen z. B. infolge abnehmender kognitiver Fähigkeiten)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, und zwar Beeinträchtigungen beim Sehen _____</p> |
| <p>Allgemeine Aufgaben (z. B. in der täglichen Routine infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, und zwar beim Durchführen der Alltagsroutinen _____</p> |
| <p>Kommunikation (z. B. beim Sprechen wegen eines beeinträchtigten Sprachflusses aufgrund von Atemnot)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____</p> |
| <p>Mobilität (z. B. beim Laufen längerer Strecken und Treppensteigen oder beim Hand- und Armgebrauch infolge Schmerzen)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, und zwar beim Treppensteigen von wenigen Stufen (Gang zur Toilette), beim Laufen durch Schmerzen, Sehbeeinträchtigung und Sturzangst _____</p> |
| <p>Selbstversorgung (z. B. beim Waschen, An- und Auskleiden durch Bewegungseinschränkungen)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, und zwar Körperpflege, An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme _____</p> |
| <p>Häusliches Leben (z. B. beim Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen infolge eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, und zwar Kleine Hausarbeiten erledigen _____</p> |
| <p>Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (Beeinträchtigungen beim Aufbau und der Aufrechterhaltung von Familien-, informellen und formellen sozialen Beziehungen z. B. infolge von Kommunikationsbeeinträchtigungen, abnehmender körperlicher oder kognitiver Fähigkeiten)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, und zwar Aufrechterhalten der Kontakte zur Familie _____</p> |
| <p>Bedeutende Lebensbereiche (Beeinträchtigungen in den Lebensbereichen Arbeit und Beschäftigung/ Erziehung und Bildung und Einschränkungen in der wirtschaftlichen Eigenständigkeit)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____</p> |
| <p>Gemeinschaftsleben (z. B. bei der Teilnahme an sportlichen, kulturellen und religiösen Angeboten infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, und zwar Teilnahme an Gottesdiensten _____</p> |
| <p>III. Rehabilitationsfähigkeit</p> |

Krankenkasse
Name:
Vorname

Versichertenr.
Geb.Datum

V1.0
S. 2 / 6

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>III.1. Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um an der Therapie teilzunehmen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>III.2. Voraussichtliche Belastbarkeit im Hinblick auf die durchgeführte Intervention zum Zeitpunkt des Antritts der Anschlussrehabilitation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> teilbelastbar mit: _____ <input type="checkbox"/> übungstabil</p> <p>Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Besonderheiten:</p> <p>_____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>III.3. Ist ein besonderer Unterstützungsbedarf im Bereich der Selbstversorgung erforderlich?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, und zwar bei Körperpflege, An- und Auskleiden, Vorbereitung des Essens</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">(nur auszufüllen wenn keine aktuellen Assessments, z. B. Barthel-Index, FIM, SINGER beigefügt sind)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>IV. Rehabilitationsziele/-prognose</p> <p>Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen?</p> <p>Reduktion der Schmerzen, Verbesserung der Gehfähigkeit in der Wohnung (Stufe!), Erreichen von Treppensteigen zum Verlassen der Wohnung, Vermeidung weiterer Stürze durch Adaption des Wohnumfeldes, sodass ein Verbleib in dem gewohnten Wohnumfeld möglich ist.</p> <p>_____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>V. Zusammenfassende Bewertung</p> <p>Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?</p> <p><input type="checkbox"/> ambulant <input checked="" type="checkbox"/> ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz): Sehbeeinträchtigung durch Posteriorinfarkt und AMD, kognitive Beeinträchtigungen</p> <p><input type="checkbox"/> stationär, weil (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung):</p> <p>_____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>VI. Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation</p> <p>VI.1. Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, und zwar wegen:</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Dialyse, welches Verfahren _____</p> <table style="margin-left: 20px; width: 80%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chemotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Immunsuppressiva</td> <td><input type="checkbox"/> Katheter</td> <td><input type="checkbox"/> PEG</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Isolationspflicht</td> <td><input type="checkbox"/> Beatmung</td> <td><input type="checkbox"/> Tracheostoma</td> <td><input type="checkbox"/> Weaning</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> OS/US-Prothese</td> <td><input type="checkbox"/> Bettüberlänge</td> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte Adipositas</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung</td> <td><input type="checkbox"/> Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> sonstiges _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>_____</p> | <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Immunsuppressiva | <input type="checkbox"/> Katheter | <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> Isolationspflicht | <input type="checkbox"/> Beatmung | <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> Weaning | <input type="checkbox"/> OS/US-Prothese | <input type="checkbox"/> Bettüberlänge | <input type="checkbox"/> ausgeprägte Adipositas | | <input checked="" type="checkbox"/> gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung | <input type="checkbox"/> Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger | | | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Immunsuppressiva | <input type="checkbox"/> Katheter | <input type="checkbox"/> PEG | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Isolationspflicht | <input type="checkbox"/> Beatmung | <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> Weaning | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> OS/US-Prothese | <input type="checkbox"/> Bettüberlänge | <input type="checkbox"/> ausgeprägte Adipositas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung | <input type="checkbox"/> Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> sonstiges _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>VI.2. Welches Verkehrsmittel ist für die Anreise voraussichtlich notwendig?</p> <p><input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi/Pkw <input type="checkbox"/> Krankentransport liegend <input type="checkbox"/> Krankentransport sitzend</p> <p>Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Krankenkasse
Name:
Vorname

Versichertenr. V1.0
Geb.Datum S. 3 / 6

VI.3. Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes:

Name, Vorname _____

Telefon-Nr. für Rückfragen _____

Datum _____

Unterschrift der/des behandelnden Krankenhausärztin/-arztes

Stempel

Datenschutzhinweis (§ 82a Abs. 2 SGB X):

Die Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse nach § 284 SGB V und dabei im Einzelnen zur Prüfung der Leistungspflicht (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 40 SGB V), für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V) sowie Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX (§ 284 Abs. 1 Nr. 17 SGB V).

Krankenkasse
Name:
Vorname

Versichertenr.
Geb.Datum

V1.0
S. 4 / 6

| 1. Barthel-Index (Bitte Punktzahl ankreuzen; bei Neurologie und Geriatrie beizufügen) | |
|---|--|
| Essen | |
| • komplett selbständig <u>oder</u> selbständige PEG ¹ -Beschickung/-Versorgung | 10 <input type="checkbox"/> |
| • Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| • kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG ² -Ernährung | 0 <input type="checkbox"/> |
| Aufsetzen und Umsetzen | |
| • komplett selbständig aus <u>liegender</u> Position in (Roll-)Stuhl und zurück | 15 <input type="checkbox"/> |
| • Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) | 10 <input checked="" type="checkbox"/> |
| • erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) | 5 <input type="checkbox"/> |
| • wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert | 0 <input type="checkbox"/> |
| Sich waschen | |
| • vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren | 5 <input type="checkbox"/> |
| • erfüllt „5“ nicht | 0 <input checked="" type="checkbox"/> |
| Toilettenbenutzung | |
| • vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung | 10 <input type="checkbox"/> |
| • vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich | 5 <input type="checkbox"/> |
| • benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl | 0 <input checked="" type="checkbox"/> |
| Baden/Duschen | |
| • selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen | 5 <input type="checkbox"/> |
| • erfüllt „5“ nicht | 0 <input checked="" type="checkbox"/> |
| Aufstehen und Gehen | |
| • ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>ohne</u> Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen | 15 <input type="checkbox"/> |
| • ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Hilfe eines Gehwagens gehen | 10 <input type="checkbox"/> |
| • <u>mit</u> Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <u>alternativ</u> : im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| • erfüllt „5“ nicht | 0 <input type="checkbox"/> |
| Treppensteigen | |
| • ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- <u>und</u> hinuntersteigen | 10 <input type="checkbox"/> |
| • mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter | 5 <input type="checkbox"/> |
| • erfüllt „5“ nicht | 0 <input checked="" type="checkbox"/> |
| An- und Auskleiden | |
| • zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus | 10 <input type="checkbox"/> |
| • kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| • erfüllt „5“ nicht | 0 <input type="checkbox"/> |
| Stuhlkontinenz | |
| • ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder Anus praeter (AP)-Versorgung | 10 <input checked="" type="checkbox"/> |
| • ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent <u>oder</u> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/(AP)-Versorgung | 5 <input type="checkbox"/> |
| • ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent | 0 <input type="checkbox"/> |
| Harninkontinenz | |
| • ist harnkontinent <u>oder</u> kompensiert seine Harninkontinenz/versorgt seinen Dauerkatheter (DK) komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) | 10 <input checked="" type="checkbox"/> |
| • kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) <u>oder</u> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems | 5 <input type="checkbox"/> |
| • ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harnkontinent | 0 <input type="checkbox"/> |

¹ perkutane endoskopische Gastrostomie
² Ernährung durch Magensonde/perkutane endoskopische Gastrostomie

Summe 45

Krankenkasse
 Name:
 Vorname

Versichertenr. V1.0
 Geb.Datum S. 5 / 6

| 2. Frühreha-Index (FR-Index) (bei Neurologie und Geriatrie beizufügen) | nein | ja | Punkte |
|--|---------------------------------------|-------------------------------|---------------|
| Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand | 0 <input checked="" type="checkbox"/> | - 50 <input type="checkbox"/> | |
| Absaugpflichtiges Tracheostoma | 0 <input checked="" type="checkbox"/> | - 50 <input type="checkbox"/> | |
| Intermittierende Beatmung | 0 <input checked="" type="checkbox"/> | - 50 <input type="checkbox"/> | |
| Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit) | 0 <input checked="" type="checkbox"/> | - 50 <input type="checkbox"/> | |
| Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung) | 0 <input checked="" type="checkbox"/> | - 50 <input type="checkbox"/> | |
| Schwere Verständigungsstörung | 0 <input checked="" type="checkbox"/> | - 25 <input type="checkbox"/> | |
| Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung | 0 <input checked="" type="checkbox"/> | - 50 <input type="checkbox"/> | |
| Summe Frühreha-Barthel-Index | | | |

Krankenkasse
Name:
Vorname

Versichertenr.
Geb.Datum

V1.0
S. 6 / 6

Schädigungen der Körperfunktionen/-strukturen:

- Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit (Hüftgelenk)
- Belastungsabhängige Schmerzen in den großen Gelenken
- Störung des Sehens (Sehsinn)
- eingeschränkte Insulinsekretion
- Störung des Tastsinns
- Verminderung der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, des Denkens
- Orientierungsstörung
- Störung der emotionalen Funktionen: u. a. Sturzangst
- Schenkelhalsfraktur rechts
- Polyneuropathie
- Polyarthrose der unteren Extremität

Beeinträchtigung von Aktivitäten nach ICF:

- Beeinträchtigungen des Sehens, des Lesens: starke Visuseinschränkung, Sehschärfe stark gemindert, Lesefähigkeit und Kontrastwahrnehmung nahezu aufgehoben
- Beeinträchtigung der Mobilität: Gangstörung (Gehen mit Gehstock unter Kontakt zum Mobiliar „Möbelgehen“, Gehen am Rollator nur in Begleitung des Ehemanns), Einschränkung der Fortbewegung in fremder Umgebung, Treppensteigen nicht möglich
- Beeinträchtigung der Selbstversorgung z. B. sich waschen, die Toilette benutzen, sich kleiden, essen, trinken

Beeinträchtigung der Teilhabe nach ICF: (ohne Berücksichtigung der GKV-Relevanz):

- Häusliches Leben, z. B. kleine Hausarbeiten erledigen
- Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 3

Umweltbezogener Kontext:

Barrieren:

- Im Eingangsbereich 4 Treppenstufen
- Toilette eng und über Stufe zu erreichen

Förderfaktoren:

- wirtschaftlich abgesichert, in Eigentumswohnung lebend; Unterstützung und Pflege durch vertraute Personen (Ehemann und Tochter)
- Vorhandensein von Gehstock und Rollator

Personbezogener Kontext:

Förderfaktoren:

Motivation zur Rehabilitation mit dem Ziel der Wiedererlangung der bis zur aktuellen Operation bestehenden eingeschränkten Selbstständigkeit in der eigenen, vertrauten Wohnung

(4) Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung

Die 83-jährige Patientin erfüllt die Kriterien für eine Anschlussrehabilitation. Da sie ebenfalls die Kriterien einer geriatrischen Patientin (70 Jahre oder älter in Verbindung mit geriatritypischer Multimorbidität) erfüllt, ist eine geriatrische Rehabilitation angezeigt. Ziel dieser Maßnahme ist die Wiederherstellung der Mobilität im Sinne der Gehfähigkeit für kurze Strecken im den vertrauten Wohnumfeld

sowie Erreichen von Treppensteigen für wenige Stufen (Toilettenbenutzung, zum Verlassen des Hauses) wie vor dem Akutereignis und damit im weitesten Sinne die Vermeidung einer höhergradigen Pflegebedürftigkeit und der Verbleib in der Häuslichkeit.

Aufgrund der ausgeprägten Sehbehinderung, des eingeschränkten Kontrastsehens nach Posteriorinfarkt und bei AMD mit zunehmender Verschlechterung, der bestehenden kognitiven Beeinträchtigungen, ist die Vers. auf ihr gewohntes Wohnumfeld und die Unterstützung durch Ehemann und Tochter angewiesen. Um die genannten Rehabilitationsziele zu erreichen, kommt somit adaptiven Strategien ein hoher Stellenwert zu, im Sinne der mobilen geriatrischen Rehabilitation.

(5) Erläuterung des Nutzens der ICF

Die Indikation zu einer Leistung der mobilen geriatrischen Rehabilitation ergibt sich für diese Patienten aus der zusammenfassenden Würdigung der Kriterien für die Rehabilitationsindikation, die auf Basis der ICF formuliert sind. 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 mobile Durchführung der Leistung leitet sich im Fallbeispiel aus den Umwelt- und personbezogenen Faktoren ab.

4.3 Anwendung der ICF in der Begutachtung zu Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter

Leistungen für Mütter und Väter nach §§ 24 und 41 SGB V werden ausschließlich stationär erbracht und stellen eine zielgruppenspezifische Form der medizinischen Vorsorge- bzw. medizinischen Rehabilitation dar.

Die Indikationskriterien für Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation (Bedürftigkeit, Fähigkeit, Ziel und Prognose) nach §§ 23 bzw. 40 SGB V gelten auch für die Leistungen für Mütter/Väter.

Allgemeine wie auch mütter- bzw. väterspezifische Kontextfaktoren können im Zusammenhang mit einer aktuellen Erziehungsverantwortung zu einer besonderen mütter-/vaterspezifischen Problemkonstellation führen.

Sowohl die Vorsorge- als auch die Rehabilitationsleistungen verfolgen das Ziel, den spezifischen Gesundheitsrisiken von Müttern und Vätern unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken.

4.3.1 Beispiel: Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

(1) Sozialmedizinische Fragestellung:

Ist die beantragte medizinische Vorsorgeleistung indiziert und sollte diese als Mutter-Kind-Leistung nach § 24 SGB V durchgeführt werden?

Begutachtungssituation: Gutachten per Aktenlage

Unterlagen:

- Ärztliche Verordnung einer medizinischen Vorsorgeleistung für Mütter auf Muster 64 einschließlich der Allokationsempfehlung als Mutter-Kind Leistung
- Leistungsauszug der Krankenkasse
- Vermerk der Krankenkasse über Versicherungsgespräch

(2) Krankengeschichte:

Die alleinstehende 27-jährige Frau ist Mutter von 2 Kindern im Alter von 3 und 7 Jahren, untergewichtig (BMI 18) und lebt in einem Großstadtrandgebiet in einer 2-Zimmer Wohnung ohne Rückzugsmöglichkeiten.

Ausbildung: Realschulabschluss, abgeschlossene Lehre zur Bürokauffrau. Direkt nach der Lehre sei sie mit ihrem Mann in eine andere Stadt gezogen und schwanger geworden. Nach der Geburt des zweiten Kindes sei die Ehe gescheitert. Sie ist geschieden, bezieht Unterhalt, allerdings sehr unregelmäßig. Seit der Aufnahme ihres jüngsten Sohnes in die KITA arbeitet sie ca. 10 Stunden pro Woche als Bürokauffrau bei einem Arzt (Mini-Job). Finanziell sei sie in ihrer Lebensführung als alleinerziehende Mutter stark eingeschränkt. Es besteht selten Kontakt zum Kindsvater.

Die 50 km entfernt wohnenden Eltern arbeiten beide und können sich deshalb nicht um die Kinder kümmern. Es gibt keine zuverlässigen Freunde oder Bekannte, bei denen die Kinder im Notfall bleiben könnten. Der jüngste Sohn kann seit Beginn der Corona-Pandemie nahezu nicht mehr in die Kita gehen, weil sie als Bürokauffrau nicht systemrelevant ist und der ältere geht in die Grundschule, hat selten Präsenz-, wenn überhaupt nur Wechselunterricht.

Die junge Frau fühlt sich psychisch überfordert, energie- und antriebsarm, weil sie für alles alleine verantwortlich sei. Sie beklagt Appetitlosigkeit, esse unregelmäßig und leide unter Kopf- und Rückenschmerzen, Müdigkeit, Einschlafschwierigkeiten, Lustlosigkeit und einer zunehmenden Gereiztheit, so

dass ihr gelegentlich die Hand ausrutscht. Sie sei unzufrieden mit ihrer momentanen Situation, zöge sich immer mehr zurück, nicht zuletzt, weil sie auch Angst vor einer Ansteckung mit dem Virus habe. Für Hausarbeiten habe sie nur Zeit, wenn die Kinder endlich einmal im Bett liegen und sie die Buchführung für den Arzt erledigt habe. Sie sei aber meist zu müde, um sich noch aufzuraffen, Ordnung in das häusliche Chaos zu bringen. Ihre Söhne würden nichts wegräumen, sich ständig streiten und überhaupt nicht mehr hören, wenn sie etwas sage.

Sie würde so gern einmal wieder etwas für ihre Fitness tun, dann würden bestimmt auch ihre Schmerzen besser. Außerdem benötige sie Unterstützung dabei, den Alltag besser zu strukturieren, nicht zuletzt, um mehr Ruhe in ihres und das Leben ihres jüngsten Sohnes zu bringen, um gelassener mit dessen Impulsivität und Hyperaktivität umgehen zu können. Sie sei fest entschlossen, an ihrer Situation etwas zu ändern, sie wisse nur nicht recht, wie sie das anfangen könne.

Risikofaktoren: Nikotinabusus (1 Schachtel/d) seit dem 15. Lebensjahr. Sie hat ohne nachhaltigen Erfolg Beratungsangebote wahrgenommen. Den Kopf- und Rückenschmerzen lag kein objektivierbarer Befund zugrunde. Wegen des Verdachts auf ADS des jüngsten Sohnes wurde vom Kinderarzt ebenfalls schon eine Abklärung durch einen Spezialisten eingeleitet, eine weitergehende Behandlungsbedürftigkeit habe sich daraus jedoch nicht ergeben.

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| Musterfrau, Lea | | geb. am 27 Jahre |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V

64 Teil A

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren (Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Gereiztheit, Schlafstörungen, Rückenschmerzen, Untergewicht (BMI 18)

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

Neurasthenie

F48.0

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

Die alleinerziehende Pat. erledigt im Rahmen eines Minijobs (10 Std/W) die Buchführung einer Arztpraxis und dieses seit Beginn der Coronapandemie in ihrer 2-Zi-W. Gleichzeitig versorgt sie aber ihre Kinder (3 und 7 J.) .
Sie ist vollkommen ausgelaugt, hat keine Unterstützung, zunehmende Beschwerden und ist appetitlos.

B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen (beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)

Aufgrund der ständigen Anwesenheit ihrer Kinder in der sehr kleinen Wohnung und täglichen Aufgaben im Homeoffice hat sie weder Zeit für den Haushalt noch sich um ihre zunehmenden Beschwerden zu kümmern.
Sie leidet unter der zunehmenden Vereinsamung, hat gleichzeitig aber Angst, sich mit Corona zu infizieren.

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/väterspezifische Problemkonstellation relevant sind

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie | <input type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle | <input type="checkbox"/> Tod des Partners/naher Angehöriger | <input checked="" type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung |
| <input checked="" type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung | <input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner | <input type="checkbox"/> Teenager-schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule |
| <input checked="" type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen | <input checked="" type="checkbox"/> soziale Isolation | <input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten |
| <input checked="" type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme) | <input type="checkbox"/> finanzielle Sorgen | <input type="checkbox"/> besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten | |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters | <input checked="" type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck | <input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit | |
| <input type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten | <input checked="" type="checkbox"/> allein erziehend | <input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie | |

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

geringes Selbstvertrauen, fehlender Optimismus, belastende Einstellung zur Arbeit und Kindererziehung

(Perfektionismus), geringe Selbstkompetenz, Risikofaktoren: Nikotinkonsum und Untergewicht

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 64 Aa (10.2018)

| | | |
|--|---------------------|------------------|
| Name, Vorname des Versicherten Musterfrau, Lea | Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. |
|--|---------------------|------------------|

64 Teil B

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

regelmäßige Besuche beim Hausarzt wegen ihrer Kopf-/Rückenschmerzen, KG und Rückenschule
(wegen Zeitmangel nicht wahrgenommen),
ebenso nur unregelmäßige Besuche mit dem an ADS leidenden Sohn beim Heilpädagogen

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

Beratungs- und Selbsthilfeangebote wurden aus Zeitmangel nur 2x wahrgenommen, sportliche Aktivitäten
eingestellt (sie weiß nicht, wie sie sich den Freiraum dafür schaffen soll)

IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

Vermittlung von Copingstrategien zur Steigerung der Handlungskompetenz, Schmerzlinderung, Aufzeigen von
Strategien zur Bewältigung des Alltags, Einüben von Verhaltensweisen, Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung

V. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24-SGB V als

Mütter-Leistung Väter-Leistung Mutter-Kind-Leistung Vater-Kind-Leistung

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

| Name des Kindes | Geburtsdatum | s. Attest Kind insbes. bei Behandlungsnotwendigkeit* | Belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung | Psychosoziale Gründe/Betreuung notwendig |
|---------------------|--------------|--|--|--|
| 1. Bastian, 3 Jahre | TTMMJJ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Florian, 7 Jahre | TTMMJJ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | TTMMJJ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* Das „Ärztliche Attest Kind“ (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

ja, folgende

B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

ja, Erläuterung

C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

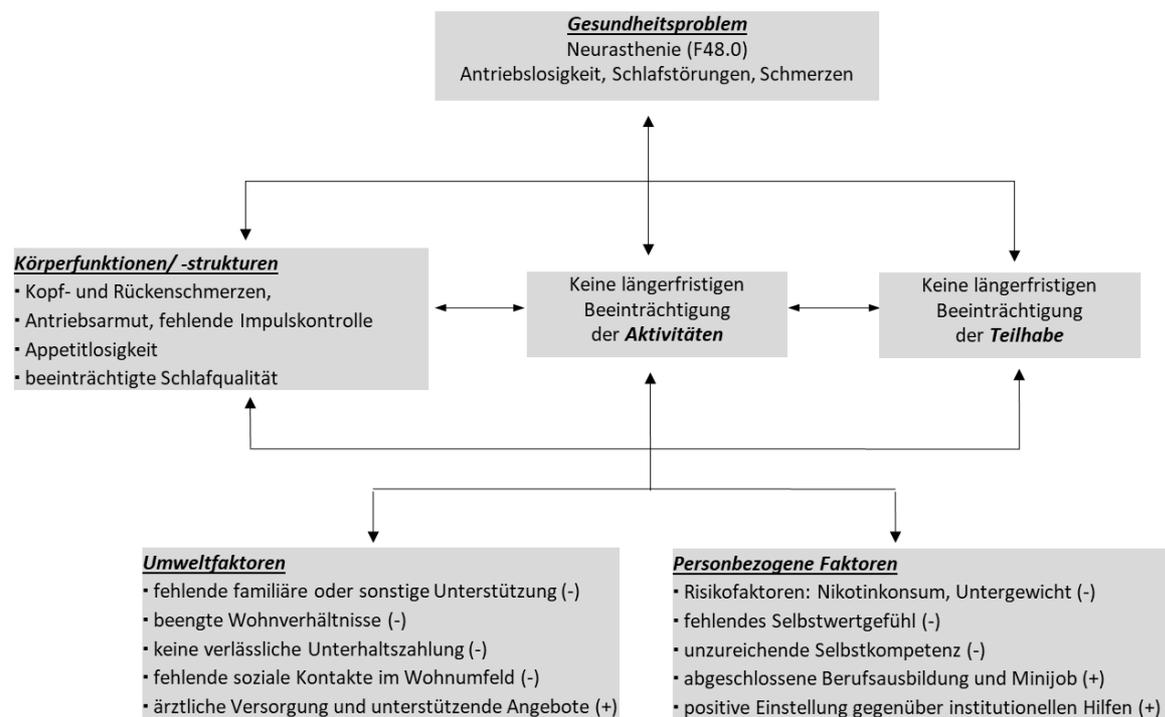
Ausstellungsdatum

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 64 Ba (10.2018)

(3) Fallstrukturierung:



(+) Erfolgsfaktoren, Ressourcen

(-) Hemmende Faktoren, Barrieren

(4) Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung:

Die 27-jährige, in aktueller Erziehungsverantwortung stehende Mutter von 2 Kindern im Alter von 3 und 7 Jahren leidet unter einem Gefühl der Überforderung in ihrer Lebenssituation. Ärztliche Behandlungen wurden in Anspruch genommen, behandlungsbedürftige Krankheiten konnten nicht diagnostiziert werden.

Die alleinstehende junge Frau erfährt wenig Unterstützung. Als Förderfaktor ist der Veränderungswunsch der Versicherten zu bewerten, allerdings fehlt ihr die dazu notwendige Handlungskompetenz.

Die beklagten Gesundheitsstörungen in Verbindung mit dem Gefühl der Überforderung stellen vor dem Hintergrund der momentanen Lebenssituation ein Risiko für die Entwicklung manifester Erkrankungen dar.

Es liegen keine offenkundigen Beeinträchtigungen der Aktivitäten vor. Allerdings beklagt die Versicherte aufgrund fehlender Unterstützung die Möglichkeit zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben, Freizeit- oder Erholungsaktivitäten. Trotz Inanspruchnahme der örtlichen Beratungs- und Selbsthilfeangebote droht die vorliegende Problematik zu eskalieren.

Die Versicherte benötigt darüber hinaus fachliche Unterstützung bei der Veränderung ihrer Essgewohnheiten und ihres Genussmittelkonsums.

Die Indikation für eine interdisziplinäre und mehrdimensionale medizinische Vorsorgeleistung für Mütter ist aufgrund der angeführten Gesundheitsstörungen in Verbindung mit negativ wirkenden allgemeinen sowie mütterspezifischen Kontextfaktoren gegeben.

Im Hinblick auf die gestörte Mutter-Kind-Interaktion sollten die Kinder in das Therapiekonzept der Mutter eingebunden werden und bei zugleich fehlenden Versorgungsmöglichkeiten am Wohnort, das therapeutische Angebot der Vorsorgeeinrichtung nutzen können. Die Zuweisungsempfehlung in eine Einrichtung des Müttergenesungswerks oder eine gleichartige Einrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V ist vor dem Hintergrund der negativ wirkenden Umwelt- und personbezogenen Faktoren nachvollziehbar.

(5) Erläuterung des Nutzens der ICF

Die strukturierte Zuordnung der vorliegenden Informationen zum Wechselwirkungsmodell der ICF hat im Begutachtungsfeld „Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter“ zu einer differenzierten Fallstrukturierung geführt.

Die sich seit Beginn der Corona-Pandemie zunehmend negativ entwickelnden Wechselwirkungen zwischen den Gesundheitsproblemen der jungen Mutter und den Einflussfaktoren aus ihrer derzeitigen Lebenssituation können konkret herausgearbeitet und in der Epikrise schlüssig zusammengefasst werden. Aus dieser Problemkonstellation resultiert der individuelle Bedarf für die notwendigen medizinischen Interventionen einschließlich spezieller Beratungsangebote. Die Zuweisungsempfehlung für eine Medizinische Vorsorge für Mütter ist speziell vor dem Hintergrund der mütterspezifischen Kontextfaktoren nachvollziehbar.

4.4 Anwendung der ICF in der Begutachtung zu ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation

Die GKV erbringt nach § 43 SGB V als ergänzende Leistung zur Rehabilitation insbesondere:

4.4.1 Rehabilitationssport/Funktionstraining

Rehabilitationssport und Funktionstraining nach § 64 SGB IX in Verbindung mit § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V kann als ergänzende Leistung erbracht werden, um behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern.

Die Ziele von Rehabilitationssport und Funktionstraining gehen über die Ziele einer Heilmittel-Verordnung hinaus, die vorwiegend auf die Verbesserung oder Beseitigung von Schädigungen der Körperfunktionen ausgerichtet sind. Wichtigstes Ziel von Rehabilitationssport und Funktionstraining ist aber die Förderung der „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports, sportlich ausgerichteter Spiele und bewegungstherapeutischer Inhalte ganzheitlich auf die Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen, ein.

Funktionstraining hingegen wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke usw.) der Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen.

Neben der verordnungsrelevanten Diagnose sind im Sinne einer Funktionsdiagnose auf der Verordnung (Muster 56) auch die den Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe zugrundeliegenden Schädigungen zu dokumentieren.

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

4.4.2 Patientenschulungsmaßnahmen gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Patientenschulungen als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen zum Selbstmanagement befähigen und Beeinträchtigungen, aber auch Folgeerkrankungen vermeiden helfen.

„Patientenschulung“ im Sinne des § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V sind interdisziplinäre, informations-, verhaltens- und handlungsorientierte Maßnahmen für chronisch Kranke und ggf. ihre Angehörigen bzw. ständige Betreuungspersonen. Sie werden indikationsbezogen in Gruppen durchgeführt und fokussieren auf eine Verbesserung des Krankheitsverständnisses, um insbesondere Einstellungen und Verhaltensweisen positiv beeinflussen zu können. Diese Maßnahmen müssen formal und inhaltlich festgelegten Vorgaben (Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom 2. Dezember 2013 in der jeweils aktuellen Fassung) folgen.

4.4.3 Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder/Jugendlichen gemäß § 43 Abs. 2 SGB V mit Fallbeispiel

Die Krankenkassen erbringen aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, sofern Nachsorge wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

Nicht selten erweist sich die häusliche Versorgungssituation der Betroffenen nach der Entlassung aus einer Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationseinrichtung als schwierig, sodass Eltern und Betreuungspersonen mit der Versorgungssituation überfordert sind. Sozialmedizinische Nachsorge kann hier initial als Hilfe zur Selbsthilfe unterstützend und entlastend im häuslichen Bereich wirken. Die Indikation ergibt sich aus den angegebenen Funktionsdiagnosen, demzufolge also aus den krankheitsbedingt abgeleiteten manifesten Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit (Schädigungen von Körperfunktionen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe) und dem daraus resultierenden komplexen Interventionsbedarf bei dem Kind/Jugendlichen. Ungünstige Einflüsse aus dem Lebenshintergrund (negativ wirkende Umwelt- und personbezogene Faktoren) können eine familiäre Überforderung bei der Organisation und Umsetzung der Intervention auslösen, aber auch unterhalten.

Für die Verordnung von sozialmedizinischer Nachsorge ist daher zum Entlassungszeitpunkt die Angabe von Funktionsdiagnosen und Kontextfaktoren, die eine familiäre Überforderung belegen oder annehmen lassen, unabdingbar. Funktionsdiagnosen im Sinne der ICF vergrößern die Aussagekraft der Verordnung, indem sie das mit der ICD-10 zu kodierende Gesundheitsproblem um die Perspektive der Krankheitsauswirkungen erweitern.

Die sozialmedizinische Begutachtung dieser Verordnungen erfolgt in den Medizinischen Diensten durch pädiatrisch erfahrene und geschulte Gutachterinnen und Gutachter.

Fallbeispiel

Krankengeschichte:

David wurde im Januar nach 25 + 2 Schwangerschaftswochen bei vorzeitigem Blasensprung und unaufhaltsamer Wehentätigkeit mit einem Gewicht von 650 g geboren. Bei einem Atemnotsyndrom entwickelte sich trotz früher Surfactantgabe eine schwere bronchopulmonale Dysplasie (BPD) mit bis zuletzt bestehender Sauerstoffbedürftigkeit. Ein persistierender Ductus arteriosus Botalli wurde medikamentös verschlossen. Initial bestand ein verzögerter enteraler Kostaufbau mit der Notwendigkeit einer Teilsondierung bis wenige Tage vor Entlassung.

Aktuell besteht noch eine Trinkschwäche mit Refluxsymptomatik, so dass sich die Nahrungsaufnahme schwierig und zeitaufwendig gestaltet. Aufgrund einer muskulären Hypotonie wurde bereits im Krankenhaus mit Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage begonnen.

Die Eltern haben Schwierigkeiten mit der Situation zu Recht zu kommen, insbesondere bestehen bei der schlecht deutschsprechenden Mutter Akzeptanzprobleme bezüglich der regelmäßigen Sauerstoffversorgung und Pulsoxymeter-Überwachung. Die Mutter wirkt oft ungeduldig beim Füttern, der Vater (Schichtarbeiter) wenig einsichtig in die Notwendigkeit der Vermeidung häuslicher Nikotinexposition. Die zwei Geschwisterkinder lassen den Eltern oft wenig Zeit.

Zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Behandlung werden 20 Einheiten sozialmedizinische Nachsorge verordnet. Die Eltern sollen motiviert werden, die notwendigen therapeutischen Maßnahmen (u. a. Physiotherapie, Logopädie, Inhalationen, Sauerstofftherapie) zu akzeptieren und die Kontrolltermine (insbesondere zunächst regelmäßige Gewichtskontrollen beim Kinderarzt) wahrzunehmen. In diesem Zusammenhang sind auch eine Koordinierung der Heilmitteltherapie und Begleitung zur Erstkonsultation beim Kinderarzt verordnet worden. Die Eltern sollen bestärkt werden, auf die besonderen Bedürfnisse des Kindes auch im Bereich der Ernährung zu achten.

A Funktionsdiagnosen zum Entlassungszeitpunkt

| Nr. | Funktionsdiagnosen zum Entlassungszeitpunkt Es wird um Angabe der Funktionsdiagnose und Beschreibung der aktuellen Schädigungen/Beeinträchtigungen zum Entlassungszeitpunkt gebeten. Die mit der ICD zu verschlüsselnden klinischen Diagnosen sind zur besseren Übersicht durch <u>Unterstreich</u> ung im Text hervorzuheben. <i>(Nicht die Diagnose, sondern die Krankheitsauswirkungen sind für die sozialmedizinische Beurteilung der Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF maßgeblich. Durch die Zuordnung relevanter Funktionsschädigungen sowie Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen zu einer Diagnose entsteht eine Funktionsdiagnose.)</i> | ICD-10 | | | | |
|-----|---|--------|---|---|---|---|
| | | P | 0 | 7 | 0 | 1 |
| 1. | <u>Sehr kleines Frühgeborenes</u> , 25 + 2 SSW mit (Geburtsgewicht: <u>650 g</u> , aktuelles Gewicht: 2200 g) | P | 0 | 7 | 0 | 1 |
| 2. | <u>Trinkschwäche</u> mit unzureichender Gewichtsentwicklung, unterhalb der 10. Perzentile und gastroösophagealen Reflux, dadurch deutlich erschwerte Ernährung mit dadurch erforderlich individueller Nahrungsergänzung, häufige Mahlzeiten 8x pro Tag, lange Fütterungszeiten und notwendige Lagerungsmaßnahmen | P | 9 | 2 | | |
| 3. | <u>Bronchopulmonale Dysplasie (BDP)</u> mit inhalativer Dauertherapie eines Glucocorticoids und kontinuierlichem Sauerstoffbedarf von 0,5 l/min | P | 2 | 7 | 1 | |
| 4. | <u>Muskuläre Hypotonie</u> mit bereits eingetretener motorischer Entwicklungsverzögerung | P | 9 | 4 | 8 | |

B Interventionen nach Entlassung aus dem Krankenhaus/Reha-Einrichtung

B.1 Bereits eingeleitete/terminierte Interventionen (bezogen auf die bei Pkt. A genannten Funktionsdiagnosen)

| Funktionsdiagnose Nr. | Bereits eingeleitete/terminierte Interventionen (z. B. Beatmung/Monitoring, HKP, Ernährungstherapie, Pflegeleistungen nach SGB XI, Heil-/Hilfsmittel) | Art der SMN | | Keine externe Unterstützung erforderlich |
|--------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| | | Koordination | Anleitung/Motivation | |
| 1. | <u>Terminvereinbarung in der Frühgeborenenprechstunde</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. | <u>Versorgung mit Sauerstoff und Pulsoxymeter</u> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1. und 3. | <u>Medikamentenplan</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. | <u>Ernährungsplan</u> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B.2 Noch einzuleitende/terminierende Interventionen (bezogen auf die bei Pkt. A genannten Funktionsdiagnosen)

| Funktionsdiagnose Nr. | Noch einzuleitende/terminierende Intervention (z. B. Heil-/Hilfsmittel, Ernährungstherapie, HKP, Beatmung/Monitoring, Pflegeleistungen nach SGB XI) | Art der SMN | | Keine externe Unterstützung erforderlich |
|--------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| | | Koordination | Anleitung/Motivation | |
| 4. und 2. | <i>Physiotherapie und Logopädie (Castillo-Morales)</i> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <i>Umsetzung Ernährungsplan</i> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. | <i>Begleitung zur Erstkonsultation beim Kinderarzt</i> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <i>Motivierung zur Steigerung der Akzeptanz von Sauerstoffgabe und Monitoring mit Pulsoxymeter sowie Vermeidung der Exposition mit Zigarettenrauch</i> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. | <i>Respiratory Syncytial Virus (RSV) Prophylaxe in den Wintermonaten</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

C Kontextfaktoren

Welche **Kontextfaktoren** lassen eine familiäre Überforderung annehmen?

| |
|---|
| <p>Relevante Kontextfaktoren (bitte erläutern) (z. B. erschwerte Erreichbarkeit, fehlende Unterstützung durch Bezugspersonen, soziokulturelle Barrieren)</p> |
| <i>Zweijährige Zwillingsgeschwisterkinder</i> |
| <i>Mutter spricht kaum Deutsch und kann demzufolge Deutsch weder lesen noch schreiben</i> |
| <i>Vater arbeitet im Schichtdienst</i> |
| <i>Innerfamiliärer Konflikt (Vater ist starker Raucher)</i> |

Zusammenfassende Fallstrukturierung gemäß ICF

Gesundheitsprobleme nach ICD-10

- Frühgeborenes mit extrem niedrigem Geburtsgewicht (P07.01)
- Trinkschwäche mit unzureichender Gewichtszunahme (P92)
- Bronchopulmonale Dysplasie (P27.1)
- Muskuläre Hypotonie (P94.8)

Schädigungen der Körperfunktionen/-strukturen:

- Schädigungen der Funktionen der Nahrungsaufnahme
 - Saugen, Schlucken, Regurgitation
- Schädigung der Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts
- Schädigungen der Atmungsfunktion
- Schädigungen der Funktionen des Muskeltonus

Beeinträchtigung von Aktivitäten nach ICF:

- Beginnende Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität

Umwelt und personbezogene Faktoren (Mutter/Vater):

Barrieren:

- Mutter spricht kein Deutsch, kann demzufolge Deutsch weder lesen noch schreiben
- Vater arbeitet im Schichtdienst, häufig abwesend, Raucher
- Zweijährige Zwillingsgeschwister

Förderfaktoren:

- Vorhandene Technologien und Hilfsmittel (Pulsoxymeter, Sauerstoffgerät)
- Vorhandene Hilfs- und Pflegepersonen sowie Fachleute der Gesundheitsberufe (z. B. Physiotherapie, Logopädie)
- Unterstützende Dienste im Gesundheitswesen

Sozialmedizinische Beurteilung:

Bei den angegebenen Funktionsdiagnosen mit dem nachvollziehbar komplexen Interventionsbedarf zum Entlassungszeitpunkt sowie der drohenden familiären Überforderungssituation vor dem Hintergrund der angeführten Umwelt- und personbezogenen Faktoren sind die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme einer Leistung gemäß § 43 Abs. 2 SGB V für das Kind erfüllt. Es bedarf sowohl der Anleitung/Motivation der Eltern als auch der Koordination der noch erforderlichen Interventionen.

4.5 Anwendung der ICF in der Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit (AU)

Krankheit ist zwar eine notwendige Voraussetzung für AU, jedoch kein allein ausfüllendes Kriterium zur Begründung von Arbeitsruhe. Arbeitsunfähigkeit ist für Beschäftigte erst dann zu attestieren, wenn aufgrund von krankheitsbedingten Auswirkungen auf Ebene der Aktivitäten die Ausübung der konkreten versichertenbezogenen Tätigkeit (Teilhabe am Arbeitsleben) nicht mehr möglich machen bzw. die Fortsetzung dieser konkreten versichertenbezogenen Tätigkeit zur Verschlimmerung der Krankheit beitragen würde (Abb. 4).

Neben tätigkeitsbezogenen Aktivitäten müssen auch arbeitsplatzbezogene Kontextfaktoren (Umweltfaktoren) in der Begutachtung von AU berücksichtigt werden.

Zum Abgleich des Leistungsvermögens mit den Anforderungen am konkreten Arbeitsplatz ist eine Arbeitsplatzbeschreibung zwingend erforderlich.

Für die Begutachtungssituation wird bei der Beschreibung des Leistungsvermögens das positive und negative Leistungsbild unter Verwendung der arbeitsmedizinischen Begriffe zur Arbeitsdauer/-zeit und Arbeitsschwere angegeben.

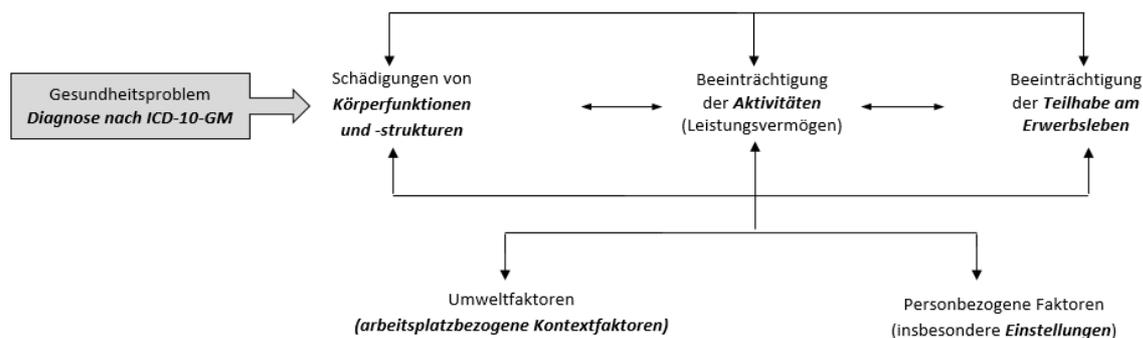


Abb. 4: Krankheitsbedingte Auswirkungen auf die Teilhabe am Arbeitsleben (AU)

Die Übertragung der ICD-Diagnose (Gesundheitsproblem) in eine Funktionsdiagnose beinhaltet im sozialmedizinischen Befund die allgemein verständliche Beschreibung der Schädigungen sowie deren Auswirkungen auf die Aktivitäten unter Berücksichtigung der arbeitsplatzbezogenen Gegebenheiten und die Teilhabe am Arbeitsleben (AU).

Beispiel:

Aufgrund einer

- rheumatoiden Arthritis, M06.46 (*Gesundheitsproblem*)
- hat der als Fliesenleger (Bezugstätigkeit) tätige 48-jährige Versicherte mit positiver Einstellung zur Arbeit (*personbezogene Faktoren*)
- einen entzündlichen Erguss im Kniegelenk (*Schädigung der Körperstruktur*) und
- eine Bewegungseinschränkung in Streckung und Beugung (*Schädigung der Körperfunktion*).
- Es resultiert eine deutliche Einschränkung beim Gehen, Hocken, Knien und Treppensteigen (*Beeinträchtigung der Aktivität*),

- die trotz Verordnung von Unterarmgehstützen (*positiver Umweltfaktor*) zu einer
- vorrübergehenden AU am konkreten Arbeitsplatz als Fliesenleger (*Beeinträchtigung der Teilhabe*) führt.

Die Beurteilung der AU erfordert auch die Bewertung, inwieweit die erhobenen Befunde durch personbezogene Faktoren positiv wie negativ beeinflusst werden. Eine Differenz zwischen gutachterlich („objektiven“) erhobenen und aus Betroffenenensicht („subjektiven“) dargelegten Aktivitätsniveau kann in den personbezogenen Faktoren (physische, mentale Faktoren, Einstellung etc.) begründet sein. Die Beantwortung der Frage, ob und wie ausgeprägt dies der Fall ist, bedarf der sozialmedizinischen Expertise. Dabei gilt es sensibel zu eruieren, welche personbezogenen Faktoren für die Beurteilung von Relevanz sind.

Im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung sind auch Förderfaktoren für die Wiederaufnahme der Tätigkeit zu benennen, beispielsweise Hilfsmittel, Umfeld- und Arbeitsplatzanpassungen.

4.5.1 Beispiel: AU bei Multipler Sklerose

(1) Sozialmedizinische Fragestellung:

Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V / Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation

Begutachtungssituation: Gutachten nach Aktenlage

Unterlagen:

- aktueller Augenarztbericht
- Entlassungsbericht der neurologischen Rehabilitationsklinik
- Arbeitsplatzbeschreibung des Arbeitgebers
- Leistungsauszug der Krankenkasse
- Bericht des behandelnden Hausarztes für den Medizinischen Dienst

(2) Krankengeschichte

Die 33-jährige Versicherte ist arbeitsunfähig seit 10 Wochen. Davor bestand AU wegen derselben Erkrankung für 12 Wochen im Frühjahr. Zur AU hatte die Erstdiagnose einer Encephalomyelitis disseminata (Multiple Sklerose) geführt, die im Frühjahr einen ersten Krankheitsschub verursacht hatte. Den Unterlagen ist zu entnehmen, dass der Schub im Frühjahr zu einer Schädigung des Sehvermögens mit Doppelsehen und Visusminderung rechts, Blasenfunktionsstörungen und einer leichten Paraspastik führte. Die Beschwerden seien im Verlauf weniger Wochen fast vollständig zurückgegangen bis auf eine verbliebene Sehschwäche rechts.

Im Oktober kam es zu einem 2. Krankheitsschub mit erneuter spastischer Gangstörung, zusätzlich mit cerebellärer Ataxie mit Gleichgewichtsstörung und Störung der Feinmotorik beider Hände sowie auch erneuter Sehstörung. Diesmal kam es nur zu einer inkompletten Rückbildung der Symptome mit bleibender leichter spastischer Gangstörung sowie Störung der Feinmotorik und jetzt Visusminderung bds. Dem Entlassungsbericht der neurologischen Rehabilitationsklinik vom Oktober ist eine weitgehend rückläufige Gangstörung, Besserung der Feinmotorik beider Hände bei unveränderter Visusminderung zu entnehmen.

Der behandelnde Augenarzt teilt folgende Visuswerte mit: RA: 0,4 / LA: 0,5 / Binokular: 0,5. Keine Besserung durch Brillenkorrektur. Die Doppelbilder sind nicht mehr vorhanden.

Berufliche Anamnese:

Die Versicherte ist teilschichtig als Sachbearbeiterin bei der Stadt in der Verwaltung angestellt. Es handelt sich um eine reine Bürotätigkeit mit PC-Arbeit am Bildschirm. Das Büro liegt im 3. Stock eines Bürogebäudes ohne Aufzug. Das Beschäftigungsverhältnis besteht fort.

Sozialanamnese:

Verheiratet, 2 Kinder.

(3) Zusammenfassende Bewertung der Fallstruktur:

Gesundheitsproblem nach ICD-10:

- Encephalomyelitis disseminata mit schubweisem Verlauf, progredient ICD-10 (G 35)

Schädigungen der Körperfunktionen:

- Gangstörung mit Ataxie
- Störung der Feinmotorik mit Tremor der Hände
- Sehschwäche

Schädigungen der Körperstrukturen:

- Demyelinisierung der Nervenfasern im Bereich des Rückenmarks und des Kleinhirns

Beeinträchtigung von Aktivitäten und der Teilhabe nach ICF:

- Beeinträchtigung beim Sehen
- Beeinträchtigung beim Gehen und Treppensteigen
- Beeinträchtigung beim Schreiben und feinmotorischem Handgebrauch

Arbeitsplatzbezogener Kontext:

Förderfaktoren:

- bestehendes Arbeitsverhältnis
- Anpassung des Arbeitsplatzes ist grundsätzlich möglich
- keine körperlich anstrengende Arbeit
- positive Einstellung der Versicherten an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren

Barrieren:

- noch nicht angepasster Bildschirmarbeitsplatz
- Büro in der 3. Etage, kein Aufzug vorhanden

(4) Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung

Es handelt sich um den 2. Schub einer Multiplen Sklerose mit nicht vollständiger Rückbildung der Symptomatik. Entlassung aus der Rehabilitation als arbeitsunfähig.

Aus sozialmedizinischer Sicht erscheint die Möglichkeit der Reintegration auf den vorhandenen Arbeitsplatz durch eine leidensgerechte Arbeitsplatzanpassung möglich und sollte angestrebt werden. Eine medizinische Rehabilitation ist bereits erfolgt, jetzt ist die zeitnahe Antragstellung auf Leistungen

zur Teilhabe am Arbeitsleben beim RV-Träger erforderlich, um die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit zu gewährleisten. Als Maßnahmen wären u. a. ein Wechsel des Büros in die untere Etage und ein großer PC-Bildschirm mit Vergrößerungssoftware zu empfehlen. Die Arbeitsunfähigkeit ist aktuell begründet, nach Arbeitsplatz-Anpassung kann die Rückkehr, z. B. über eine stufenweise Wiedereingliederung, erfolgen.

(5) Erläuterung des Nutzens der ICF

In der AU-Begutachtung können die konkreten Maßnahmen und Empfehlungen, beispielsweise die Arbeitsplatz-Anpassung, unter Nutzung des Wechselwirkungsmodells der ICF aus den individuellen Beeinträchtigungen der Aktivitäten in Bezug auf die berufliche Tätigkeit transparent und nachvollziehbar abgeleitet werden. Dieses ermöglicht den systematischen Abgleich zwischen den individuellen Ressourcen (positive Einstellung zu Krankheit und Arbeit) und den arbeitsplatzbedingten Barrieren (Büro 3. Etage).

4.6 Anwendung der ICF in der Begutachtung bei Pflegebedürftigkeit

Das 2017 eingeführte Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit folgt einer eigenen differenzierten Systematik der Beurteilung der Auswirkungen von Krankheit und Behinderung. Diese Systematik orientiert sich in der Anwendung auch am bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der ICF, weicht aber in manchen Begrifflichkeiten davon ab.

Gemäß § 14 SGB XI (1) sind Personen pflegebedürftig, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

§ 15 SGB XI: *Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Dieser wird mit Hilfe eines pflegfachlichen begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.*

Fünf Pflegegrade geben das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit an.

Zentraler Maßstab des Begutachtungsinstruments ist der Grad der Selbständigkeit und nicht mehr, wie in der Vergangenheit, der Hilfebedarf in Minuten für bestimmte definierte Verrichtungen.

Bei der Begutachtung werden die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in sechs Lebensbereichen (Modulen) erhoben und mit Punkten bewertet:

- Mobilität
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Darüber hinaus werden bei der Begutachtung auch die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei außerhäuslichen Aktivitäten und Haushaltsführung festgestellt.

Es handelt sich um einen ressourcenorientierten Ansatz, der zudem eine systematischere Erfassung von Präventions- und Rehabilitationsbedarf ermöglicht.

Das Begutachtungsinstrument ist dabei Teil des Begutachtungsverfahrens.

Nach Anamnese, Befunderhebung und Einschätzung der Selbständigkeit der Antragstellerin / des Antragstellers in den einzelnen Modulen ist es Ziel der Begutachtung, sich einen fundierten und umfassenden Gesamtüberblick über Beeinträchtigungen und Ressourcen zu verschaffen. Nur so können realistische Möglichkeiten zur Verbesserung oder zum Erhalt, der in den Modulen und Bereichen festgestellten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und bewerteten Fähigkeiten identifiziert werden. Hieraus lassen sich entsprechende Empfehlungen zu präventiven Leistungen und pflegerischen Maßnahmen, zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln, wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, aber insbesondere auch Empfehlungen zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation ableiten.

4.7 Anwendung der ICF in der Begutachtung zu Hilfsmitteln

Versicherte der GKV haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen (§ 33 SGB V).

Die Hilfsmittel-Richtlinie fordert für die Verordnung von Hilfsmitteln durch die Vertragsärztin / den Vertragsarzt ausdrücklich die Beachtung der ICF (siehe § 6 Abs. 3 HilfsM-RL). Gleiches gilt auch für die Begutachtung von Fragestellungen im Zusammenhang mit einer Hilfsmittelversorgung. Auch hier ist primär die Frage zu klären, ob mit dem verordneten Hilfsmittel vor dem Hintergrund der schädigungsbedingten Auswirkungen auf die Aktivitäten und Teilhabe sowie der diesbezüglich relevanten Kontextfaktoren das angestrebte Versorgungsziel erreicht werden kann.

(1) Fragestellung der Krankenkasse:

Ist die Verordnung eines Adaptivrollstuhls medizinisch indiziert?

Begutachtungssituation: Gutachten per Aktenlage

Unterlagen:

- Hilfsmittelverordnung
- Leistungsbescheid der Krankenkasse
- Widerspruchsschreiben des Versicherten

(2) Krankengeschichte

70-jähriger Versicherter, verheiratet, lebt mit der Ehefrau gemeinsam in einer Wohnung in einem Mehrfamilienhaus im Erdgeschoss. Im Eingangsbereich sind 3 Stufen zu überwinden. Bisher mit einem Rollator in der Wohnung eingeschränkt mobil. Pflegerad 2 ist anerkannt.

Diagnosen: Diabetische Neuropathie mit sensomotorischen Ausfällen und zunehmender Taubheit im Bereich der Füße und Fußsohlen.
Lumbale Spinalkanalstenose mit Schwäche der unteren Extremitäten.

Nebendiagnosen: Diabetische Retinopathie mit binokularer Sehbeeinträchtigung
Visusminderung entsprechend der WHO Stufe 1.

Beantragt wird ein faltbarer Adaptivrollstuhl.

Primär wird durch die Krankenkasse ein Standardrollstuhl bewilligt. Begründung: Der Versicherte nutze den Rollstuhl nur gelegentlich in der näheren Umgebung der Wohnung, eine Begleitperson sei ständig erforderlich.

Dagegen legt der Versicherte Widerspruch ein. Begründung: Der Versicherte sei körperlich nicht mehr in der Lage auch nur kurze Wegstrecken am Rollator außerhalb der Wohnung zurückzulegen, allerdings habe er noch ausreichende Kraft in den oberen Extremitäten, selbständig kurze Distanzen mit dem Rollstuhl zu überwinden. Das sei in einem leichteren Rollstuhl besser möglich. Außerdem wohne der Sohn des Versicherten in demselben Mietshaus und mit einem faltbaren Rollstuhl könne der Versicherte mit dem Auto problemlos durch die Angehörigen auf Veranstaltungen oder zu Treffen mit dem Freundeskreis gebracht werden.

(3) Zusammenfassende Fallstrukturierung gemäß ICF

Gesundheitsprobleme nach ICD-10:

- Diabetes mellitus, Typ 2 (E11.72)
- Diabetische Polyneuropathie mit sensomotorischen Ausfällen und zunehmender Taubheit im Bereich der Füße und Fußsohlen (G63.2)
- Diabetische Retinopathie mit binokularer Sehbeeinträchtigung (E14.60)
- Mittelschwere Sehbeeinträchtigung (H54.2)
- Lumbale Spinalkanalstenose mit Schwäche der unteren Extremitäten (M48.06)

Schädigungen der Körperfunktionen:

- Funktionen im Zusammenhang mit dem Stoffwechsel- und dem endokrinen System
- Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen
 - z. B. Mobilitätsbeeinträchtigung mit erheblich begrenzter Gehstrecke mit Hilfsmittel, Gangunsicherheit bei Taubheit im Bereich der Füße und Fußsohlen
- Sinnesfunktion und Schmerz
 - Sehschwäche

Schädigungen der Körperstrukturen:

- Schädigung der endokrinen Drüsen der Bauchspeicheldrüse
 - krankhafte Störung des Zuckerstoffwechsels mit Schädigung von Gefäßen und Nerven

Beeinträchtigung von Aktivitäten und der Teilhabe nach ICF:

- Beeinträchtigung beim Gehen und Treppensteigen
- Beeinträchtigung beim Sehen

Kontextfaktoren

Förderfaktoren:

- Begleitperson vorhanden
- familiär eingebunden
- Hilfsmittel vorhanden
- Fortbewegung mit Hilfsmitteln auch selbständig möglich

Barrieren:

- 3 Stufen im Eingangsbereich

(4) Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung

Grundsätzlich muss ein Rollstuhl auf die Körpermaße, das Körpergewicht und das Leistungsvermögen der ihn nutzenden Person (und der Begleitperson) sowie auf den Einsatzzweck abgestimmt sein.

Folgende Voraussetzungen werden als Indikation für die Versorgung mit einem Krankenfahrzeug im Rahmen des § 33 SGB V gesehen: „Ein Krankenfahrzeug ist erforderlich, wenn sein Einsatz zur Lebensbewältigung im Rahmen der allgemeinen Grundbedürfnisse benötigt wird. Dazu gehören die körperlichen Grundfunktionen (z. B. Gehen, Stehen, Treppensteigen, Sitzen), die allgemeinen Verrichtungen des täglichen Lebens (z. B. die elementare Körperpflege, das selbstständige Wohnen und die Möglichkeit, die Wohnung zu verlassen und die Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte – wie das Einkaufen

für den täglichen Bedarf – zu erledigen sind) und die Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums (z. B. die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben).“

Im vorliegenden Fall kann sich der Versicherte in der Wohnung noch selbständig mit einem Rollator fortbewegen. Schädigungen und daraus resultierende Aktivitätsbeeinträchtigungen betreffen überwiegend die unteren Extremitäten. Die eigenständige Fortbewegung in einem Rollstuhl ist grundsätzlich noch über kürzere Strecken möglich, ein Auto für den Transport des faltbaren Rollstuhls ist vorhanden. Mit einem faltbaren Rollstuhl könnte der Versicherte auch wieder am Gemeinschaftsleben teilhaben (private Aktivitäten gemeinsam mit der Familie und im Freundeskreis) und einer selbständigeren Lebensführung nachgehen. Die damit verbundene Steigerung der körperlichen Aktivität würde sich zudem positiv auf die Muskelkraft und den Stoffwechsel (Regulierung der BZ-Werte) auswirken.

(5) Erläuterung des Nutzens der ICF

Die Indikation für die Verordnung des Adaptivrollstuhls ergibt sich aus der Zusammenschau von krankheitsbedingten Auswirkungen auf Ebene der Aktivitäten und Teilhabe sowie vor dem Hintergrund relevanter Umwelt- und personbezogener Faktoren und begründet im vorliegenden Fall die beantragte Hilfsmittelversorgung.

4.8 Anwendung der ICF in der Begutachtung zu Heilmitteln

Bei der Indikationsstellung zur Verordnung eines Heilmittels und bei der sozialmedizinischen Begutachtung ist ebenfalls die Wechselwirkung zwischen Krankheit, krankheitsbedingten Auswirkungen auf Ebene der Aktivitäten und Teilhabe und den einwirkenden Kontextfaktoren entsprechend der ICF zu berücksichtigen. Heilmittel können sowohl mit kurativer als auch rehabilitativer Zielsetzung verordnet werden.

Nach § 3 Abs. 5 HeilM-RL begründet sich die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln nicht aus der Diagnose allein, sondern unter Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigungen der Aktivitäten vor dem Hintergrund der individuell relevanten Kontextfaktoren.

Dabei sind Therapiebedarf, -fähigkeit, -prognose und das Therapieziel zu berücksichtigen.

Maßnahmen der Physiotherapie sowie Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und Ernährungstherapie setzen schwerpunktmäßig bei den Krankheitsauswirkungen auf der Körperebene an.

Maßnahmen der Ergotherapie erweitern die Therapieoptionen um die Ebene der Aktivitäten. So dient die Ergotherapie beispielsweise dem Erhalt oder der Wiederherstellung der Mobilität, Selbstversorgung (z. B. An- und Auskleiden, Waschen) und der Haushaltsführung.

Eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst kann insbesondere zur sozialmedizinischen Bewertung von Anträgen von Versicherten auf langfristigen Heilmittelbedarf erfolgen.

4.8.1 Fallbeispiel

(1) Fragestellung der Krankenkasse:

Liegen die medizinischen Voraussetzungen für eine Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs vor? Wenn ja, für welchen Zeitraum?

Begutachtungssituation: Gutachten per Aktenlage

Unterlagen:

- Leistungsauszug der KK: 2014, 2016, 2018 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- ärztlichen Befund- und Verlaufsbericht
- Heilmittel-Verordnung für Herrn W.
geb. 1948 für Physiotherapie, Indikationsschlüssel: PN, Heilmittel: KG, Therapiefrequenz 1–3x/Woche; ausgestellt von FÄ für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Naturheilverfahren, Zentrum für ambulante Versorgung

Diagnosen: Charco-Marie-Tooth G 60.0 mit Koordinationsstörungen, Störungen der Grob- und Feinmotorik und eingeschränkter Gehfähigkeit

Neben-Diagnosen: Primäres Parkinson Syndrom

Leitsymptomatik gem. VO: a) Schädigung/Störung der Bewegungsfunktion

Therapieziele: Erhalt/Verbesserung der Gehfähigkeit, Vermeidung von Pflegebedürftigkeit

(2) Krankengeschichte

Dem ärztlichen Befund- und Verlaufsbericht zum Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs sind folgende Informationen zu entnehmen:

Diagnose mit Leitsymptomatik: schlaffe distal betonte Paraparese der Beine bei Charcot-Marie-Tooth, Hereditäre sensomotorische Neuropathie, Primäres Parkinson Syndrom und pAVK.

Es findet sich eine Fußheber- und Fußsenkerschwäche KG3/5, die Reflexe sind erloschen, die Erkrankung schreitet langsam fort, aktuell Handfunktionsstörung mit Kraftminderung und Sensibilitätsstörungen, unsicherem Gangbild. Das Gehen ist nur mit Gehstock und angelegten Orthesen möglich. Medikamentös nimmt der Pat. Pregabalin, Levodopa und Keltican. Mit fortlaufender Physiotherapie soll die Gehfähigkeit und Handfunktion solange wie möglich erhalten werden.

Aus der Mitteilung des Therapeuten an den verordnenden Arzt geht hervor, dass der Patient unter lfd. Therapie eine tagesformabhängige Verbesserung bemerkt habe. Er sei sehr motiviert, arbeite engagiert mit. Um den Zustand des Pat. zu erhalten und eine Verschlechterung zu vermeiden sei eine Fortsetzung der KG mit dem Ziel, einer Verbesserung der Kraft, Koordination, Beweglichkeit und des Gangbilds sinnvoll.

(3) Zusammenfassende Fallstrukturierung gemäß ICF

Gesundheitsprobleme nach ICD-10:

- Charcot-Marie-Tooth-Syndrom (hereditär motorisch-sensible Neuropathie Typ I) G60.0
- Primäres Parkinson Syndrom (G20.-)
- pAVK (I70.2-)

Schädigungen der Körperfunktionen:

- Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen
 - z. B. Handfunktionsstörung mit Kraftminderung und Sensibilitätsstörungen, Muskelschwäche distal betont, fehlende Muskeleigenreflexe, Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen
- Sinnesfunktion und Schmerz
 - Störungen des Schmerz- und Temperaturempfindens
 - Störung der Koordination
 - Störung der Kontrolle von Willkürbewegungen

Schädigungen der Körperstrukturen:

- Schädigung von mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen
- Schädigung Strukturen des kardiovaskulären Systems

Beeinträchtigung von Aktivitäten und der Teilhabe nach ICF:

- Beeinträchtigung der Mobilität
 - Gehen und Stehen
 - Handgebrauch
- Beeinträchtigung beim Häuslichen Leben
 - Einkaufen und Hausarbeiten erledigen

Kontextfaktoren

Fördernde Umweltfaktoren:

- Hilfsmittel (Gehstock, Orthese) und therapeutischen Angebote vorhanden

Fördernde personbezogene Faktoren:

- Positive Einstellung zu Interventionen und Hilfen

(4) Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung

Herr W. hat einen Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf gestellt bei einer nicht auf Anlage 2 der HeilM-RL vorliegenden Diagnose. Der Antrag wird sowohl ärztlicherseits als auch durch einen therapeutischen Verlaufsbericht unterstützt.

Bei dem Versicherten besteht ein langsam fortschreitendes Charcot-Marie-Tooth-Syndrom (hereditär motorisch-sensible Neuropathie Typ I) mit schweren funktionellen und strukturellen Schädigungen, insbesondere im Bereich neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen (zunehmende Muskelschwäche; Muskelatrophie, Handfunktionsstörungen mit Minderung der Kraft) und im Bereich Sinnesfunktion und Schmerz. Die funktionellen und strukturellen Schädigungen haben zu langfristigen und progredienten Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe geführt (z. B. Stehen, Gehen, Handgebrauch; Haushaltsführung).

Die Schwere und Dauerhaftigkeit der hier bestehenden Schädigungen ist mit einer entsprechenden Diagnose (und entsprechenden Schädigungen) aus Anlage 2 der HeilM-RL des G-BA vergleichbar.

Ein Therapiebedarf, Therapiefähigkeit und eine positive Therapieprognose können unter Berücksichtigung der dargestellten Therapieziele bestätigt werden.

Die medizinischen Voraussetzungen für eine Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs liegen vor. Bei chronisch-progredientem Erkrankungsbild ist eine Befristung nicht sinnvoll.

(5) Erläuterung des Nutzens der ICF

Aufgabe der Gutachterin und des Gutachters des Medizinischen Dienstes ist es, die Schwere und Langfristigkeit der bei der Antragstellerin oder dem Antragsteller bestehenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen im Vergleich zu Schädigungen, die bei in der Anlage 2 zur HeilM-RL des G-BA genannten Diagnosen zu erwarten sind, medizinisch zu bewerten. Im Weiteren müssen Therapiefähigkeit (gerade bei langfristigen Heilmittelbedarf) und Therapieprognose unter Berücksichtigung der formulierten Therapieziele gewürdigt werden.

Dabei sind neben den funktionellen und strukturellen Schädigungen die Beeinträchtigungen auf Aktivitäts- und Teilhabeebene sowie relevante Umwelt- und personbezogene Faktoren in die Gesamtbeurteilung mit einzubeziehen.

Nur durch Nutzung der ICF ist eine adäquate sozialmedizinische Begutachtung dieser Anträge möglich.

5 Personbezogene Faktoren im Sinne der ICF

5.1 Systematik zur Ausgestaltung der Komponente „Personbezogene Faktoren“

Aufgrund zunehmender Fokussierung auf das der ICF zugrundeliegende bio-psycho-soziale Krankheitsmodell als Basis für eine umfassende Ermittlung von Teilhabebedarfen, nicht zuletzt durch eine verstärkte Verankerung im SGB IX, sind die personbezogenen Faktoren nun obligater Bestandteil der Bedarfsermittlung. Basierend auf der 2006 von der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste publizierten Liste von personbezogenen Faktoren hat die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) diesen Ansatz für den deutschen Sprachraum weiterentwickelt und zuletzt in 2020 publiziert.⁹ Die nachstehende Systematik von personbezogenen Faktoren hat mittlerweile bundesweit in die Ermittlung von Teilhabebedarfen¹⁰ und damit in viele Begutachtungsfelder im Gesundheitswesen Eingang gefunden. Es kann allerdings nicht oft genug darauf verwiesen werden, dass mit der Zielsetzung, persönliche Daten so gut zu schützen wie irgend möglich, die Nutzung der Items ausschließlich anlassbezogen erfolgen darf.

Kapitel 1 – Allgemeine Merkmale einer Person

Dieses Kapitel befasst sich mit den vorgegebenen allgemeinen Merkmalen einer Person wie Alter und Geschlecht, die sich als Barriere oder Förderfaktor auf die Funktionsfähigkeit auswirken können. Das Kapitel umfasst nicht Merkmale, die einer Gesundheitsstörung oder Krankheit entsprechen.

Alter (i 110-119)

Entwicklungsstand einer Person unter kalendarischen, psychosozialen und biologischen Aspekten.

- i 110 Kalendarisches Alter**
- i 112 Psychosoziales Alter**
- i 114 Biologisches Alter**
- i 118 Alter, anders bezeichnet**
- i 119 Alter, nicht näher bezeichnet**

Geschlecht (i 120-129)

Die Zugehörigkeit zu einem Geschlecht (z. B. männlich, weiblich, divers) in Bezug auf das biologische Geschlecht sowie die geschlechtliche Identität (erlebtes und gelebtes geschlechtliches Selbst).

- i 120 Biologisches Geschlecht**
Chromosomales, hormonelles oder phänotypisches Geschlecht
- i 122 Soziales Geschlecht (Gender)**
Geschlechtliche Identität und deren Ausdruck
- i 128 Geschlecht, anders bezeichnet**

⁹ „Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO“; Gesundheitswesen 2020; 72: 908-916 und 2012; 74: 449-458

¹⁰ BAR Arbeitshilfe „Kontextfaktoren bei der Ermittlung von Teilhabebedarfen“, <https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/reha-grundlagen.html>

- i 129** **Geschlecht, nicht näher bezeichnet**
- i 198** **Allgemeine Merkmale einer Person, anders bezeichnet**
- i 199** **Allgemeine Merkmale, nicht näher bezeichnet**

Kapitel 2 – Physische Faktoren

Das Kapitel befasst sich mit der angeborenen oder erworbenen körperlichen Konstitution wie Faktoren des Körperbaus und anderen physischen Faktoren, welche die Funktionsfähigkeit und ihr Veränderungspotential beeinflussen können. Körperliche Potentiale/Talente sind eingeschlossen. Es betrifft nicht Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen.

- i 210** **Körpermaße, Körperform und Körperzusammensetzung**
z. B. Körpergröße, Körpergewicht, Body-Mass-Index, Waist-to-Hip Ratio
- i 220** **Bewegungsbezogene Faktoren**
z. B. Muskelkraft, Ausdauer, Geschicklichkeit, Händigkeit
- i 221** **Faktoren des Herz-, Kreislauf- und Atmungssystems**
- i 222** **Faktoren des Stoffwechsels**
- i 223** **Faktoren der Sinnesorgane**
- i 298** **Physische Faktoren, anders bezeichnet**
- i 299** **Physische Faktoren, nicht näher bezeichnet**

Kapitel 3 – Mentale Faktoren

Das Kapitel befasst sich mit den grundlegenden Faktoren der Persönlichkeit sowie kognitiven und mnestischen Faktoren, die als Förderfaktoren und Barrieren die Funktionsfähigkeit beeinflussen können. Enthalten sind Intelligenz und angeborene mentale Talente. Es betrifft nicht Schädigungen mentaler Funktionen. Haben die Merkmale Krankheitswert, werden sie nicht als personbezogener Faktor klassifiziert, sondern bei den mentalen Funktionen.

Faktoren der Persönlichkeit (i 310-349)

Hierbei handelt es sich um mentale Faktoren, die das Naturell einer Person betreffen, individuell auf Situationen zu reagieren, einschließlich der psychischen Charakteristika, die eine Person von anderen unterscheiden.

- i 310** **Extraversion**
Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Extraversion (Kontaktfreudigkeit, Geselligkeit und Ausdrucksfähigkeit) auszeichnen, auf dem anderen durch Introversion (Zurückhaltung, Unabhängigkeit und Alleinsein).
- i 315** **Faktoren der Emotionalität**
Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Ausgeglichenheit, Zufriedenheit, Ruhe und Gefasstheit auszeichnen, auf dem anderen durch Anspannung, Besorgnis und Verlegenheit.
Inkl.: emotionale Stabilität
- i 320** **Gewissenhaftigkeit**
Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Verlässlichkeit, Sorgfalt, Prinzipientreue und Fleiß auszeichnen, auf dem anderen durch Unachtsamkeit, Unzuverlässigkeit, Ungenauigkeit und Verantwortungslosigkeit.
- i 325** **Offenheit**
Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Neugier, Vorstellungsvermögen, Suche nach Erfahrungen und Experimentierfreudigkeit auszeichnen, auf dem anderen durch Vertrauen auf Bewährtes, konservatives Denken und konventionelles Verhalten.
Inkl.: Begeisterungsfähigkeit, Interessiertheit, Änderungsbereitschaft
- i 330** **Umgänglichkeit**
Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Selbstlosigkeit, Kooperationsbereitschaft, Freundlichkeit und Zuvorkommenheit auszeichnen, auf dem anderen durch Ichbezogenheit, Misstrauen und Streitbarkeit.

- i 335 Selbstvertrauen**
Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Selbstsicherheit, Mut und Durchsetzungsvermögen auszeichnen, auf dem anderen durch Zaghaftigkeit, Unsicherheit und Zurückhaltung.
- i 340 Optimismus**
Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Heiterkeit, Lebhaftigkeit und Zuversichtlichkeit auszeichnen, auf dem anderen durch Niedergeschlagenheit, Schwarzseherei und Verzweiflung.
- i 348 Faktoren der Persönlichkeit, anders bezeichnet**
- i 349 Faktoren der Persönlichkeit, nicht näher bezeichnet**

Kognitive und mnestiche Faktoren (i 350-369)

Hierbei handelt es sich um mentale Faktoren, welche die Intelligenz, Kognition und Informationsverarbeitung betreffen und für die Funktionsfähigkeit von Relevanz sein können.

- i 350 Faktoren der Intelligenz**
Multimodaler Faktor, der sich zusammensetzt aus Elementen des Verstehens, des Abstrahierens, des Schlussfolgerns, der Problemlösung und der Situationsbewältigung. Häufig wird fluide (angeborene) und kristalline (erworbene) Intelligenz unterschieden.
- i 355 Kognitive Faktoren**
Mentale Faktoren, welche die bewusste Informationsverarbeitung betreffen. Dies beinhaltet Auffassung, Sprachverständnis und -ausdruck, Aufmerksamkeit und Konzentration.
Exkl.: Sprachkompetenz (i 431)
- i 360 Mnestiche Faktoren**
Mentale Faktoren, welche die Speicherung (Merkfähigkeit), Sortierung und Verarbeitung von Informationen im Gedächtnis sowie deren Verfügbarkeit und Abrufbarkeit betreffen.
- i 368 Kognitive und mnestiche Faktoren, anders bezeichnet**
- i 369 Kognitive und mnestiche Faktoren, nicht näher bezeichnet**
- i 398 Mentale Faktoren , anders bezeichnet**
- i 399 Mentale Faktoren , nicht näher bezeichnet**

Kapitel 4 – Einstellungen, Handlungskompetenz und Gewohnheiten

Das Kapitel befasst sich mit persönlichen Einstellungen, Kompetenzen und Gewohnheiten, die als Förderfaktoren und Barrieren die Funktionsfähigkeit beeinflussen und von zentraler Bedeutung für die Motivation sein können. Es befasst sich nicht mit Aktivitäten, die infolge eines Gesundheitsproblems beeinträchtigt sind.

Einstellungen (i 410-429)

Einstellungen haben in unterschiedlichem Umfang emotionale, kognitive und motivationale Anteile, die das eigene Handeln und Leben in bestimmten Bereichen betreffen und sich auf meist überdauernde Überzeugungen, Sichtweisen und Wertvorstellungen beziehen. Emotionale Anteile betreffen Gefühle und emotionale Bewertungen. Kognitive Anteile reflektieren Anschauungen, Erwartungen, Erklärungs- und Attributionsansätze sowie rationale Bewertungen. Motivationale Anteile beziehen sich auf Interessen, Präferenzen und persönliche Ziele. Einstellungen können die Sicht auf die Welt und deren Deutung betreffen, die generelle Zuschreibung von Ursachen zu Ereignissen, die Rolle des Einzelnen in der Gesellschaft oder seine Sicht auf die Gesellschaft.

- i 410 Weltanschauung**
Religiöse, philosophische, moralische und politische Werte, Überzeugungen und Sichtweisen.
- i 411 Einstellung zur eigenen Person**
Wertvorstellungen, Überzeugungen und Sichtweisen in Bezug auf die eigene Person als Ausdruck der eigenen Identität.
Inkl. Selbstwirksamkeitsüberzeugung
Exkl.: Selbstvertrauen (i 335)

- i 413 Lebenszufriedenheit**
Einschätzung der eigenen Lebenssituation insgesamt. Dazu gehören subjektive Empfindungen, rationale Bilanzierung und Bewertung der vielfältigen Lebensdimensionen im Sinne der erlebten Lebensqualität, aber auch die Bewertung der eigenen Lebensleistungen.
- i 416 Einstellung zu Gesundheit, Krankheit und Behinderung**
Wertvorstellungen, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit Gesundheit, Krankheit und Behinderung. Hierzu gehören das generelle Verständnis von Gesundheitsproblemen, Überzeugungen bezüglich der Sinnhaftigkeit gesundheitsförderlichen Verhaltens sowie die Einstellung zu gesundheitlichen Risiken.
Exkl.: Einstellung zu Interventionen und technischen Hilfen (i 419)
- i 418 Einstellung zur Unterstützung durch andere Personen**
Wertvorstellungen, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit dem Annehmen von Unterstützung durch andere (z. B. Privatpersonen, Dienstleister).
Exkl.: Einstellung zu Interventionen und technischen Hilfen (i 419)
Einstellung zum sozialen Leben und zur Gesellschaft (i 425)
- i 419 Einstellung zu Interventionen und technischen Hilfen**
Wertvorstellungen, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit Interventionen (z. B. chirurgische Eingriffe, Medikation, Psychotherapie, Rehabilitation, Hilfsmittel) und deren Nutzen.
Exkl.: Einstellung zur Unterstützung durch andere Personen (i 418)
- i 420 Einstellung zu finanziellen Versicherungs- und Versorgungsleistungen**
Wertvorstellungen, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit dem Annehmen von Geldleistungen aus dem Solidarsystem oder aus privaten Versicherungen.
- i 421 Einstellung zur Bildung**
Wertvorstellungen, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit der eigenen Bildung und Bildung generell (z. B. informelle Bildung, Schulbildung, Aus-, Fort- und Weiterbildung).
Exkl.: Einstellung zur Arbeit (i 422)
- i 422 Einstellung zur Arbeit**
Wertvorstellungen, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit der eigenen Arbeit und Arbeit generell. Arbeit kann als Verpflichtung, Bereicherung oder als Last betrachtet werden. Hier werden auch ehrenamtliche und unentgeltliche Tätigkeiten, Kindererziehung oder Hausarbeit betrachtet.
Inkl.: Arbeitszufriedenheit, berufliche Interessen, Einstellung zu Arbeitslosigkeit
Exkl.: Einstellung zur Bildung (i 421)
- i 425 Einstellung zum sozialen Leben und zur Gesellschaft**

Wertvorstellungen, Überzeugungen und Sichtweisen im Hinblick auf Interaktionen mit dem sozialen Umfeld und der Gesellschaft. Eine Person kann z. B. soziale Kontakte als wichtig ansehen, davon überzeugt sein, einen Beitrag für die Gesellschaft leisten zu müssen, oder es als Pflicht der Gesellschaft ansehen, sie zu unterstützen.
Exkl.: Einstellung zur Unterstützung durch andere Personen (i 418)
- i 428 Einstellungen, anders bezeichnet**
- i 429 Einstellungen, nicht näher bezeichnet**

Handlungskompetenz (i 430-449)

Zur Handlungskompetenz gehören Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Entwicklung von Handlungsstrategien, die Planung von Handlungen und deren zielgerichtete Ausführung sowie die dazugehörige Handlungsbereitschaft und die Reflexion über das eigene Tun. Diese Kompetenzen können für die Bewältigung der Auswirkungen von Krankheit und Behinderung relevant sein.

In diesem Teilkapitel (i 430-449) werden Faktoren subsumiert, die eine Grundlage für eine entsprechende Handlung bilden, nicht jedoch das Handeln selbst.

- i 430 Sozialkompetenz**
Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für soziale Interaktionen notwendig und nützlich sind, insbesondere die Kompetenz, Einstellungen und Werte anderer wahrzunehmen, eigene Handlungsziele mit denjenigen anderer zu verknüpfen und auf das Verhalten anderer Einfluss zu nehmen. Zur Sozialkompetenz gehören z. B. Kooperations-, Team- und Konfliktkompetenz.
Exkl.: Sprachkompetenz (i 431)
- i 431 Sprachkompetenz**
Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Verwendung von Sprache als Ausdrucks- und Kommunikationsmittel in mündlicher und schriftlicher Form im beruflichen, behördlichen und privaten Kontext. Dies kann sich auf die Muttersprache, auf Fremdsprachen, auf die Verwendung von Dialekt sowie auf Fach- und Gebärdensprache beziehen. Gleichzeitig sind hier auch Mehrsprachigkeit sowie die Fähigkeit, Sprache kontextspezifisch zu verwenden, abzubilden.
- i 433 Methodenkompetenz**
Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, um Arbeitstechniken, Verfahrensweisen und Lernstrategien sachgerecht, situationsbezogen und zielgerichtet einzusetzen.
Inkl.: Analysefähigkeit, logisches Denken und Handeln, Problemlösekompetenz, Kreativität, Lernkompetenz, Bewältigungsstrategien
Exkl.: Fachkompetenz (i 438), Faktoren der Intelligenz (i350)
- i 436 Selbstkompetenz (Empowerment)**
Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit der eigenen Person. Dazu gehören insbesondere das Wahrnehmen der eigenen Stärken und Schwächen, das selbstverantwortliche und selbstbestimmte Vertreten persönlicher Ziele auf Grundlage der eigenen Bedürfnisse, Ansprüche, Stärken und Grenzen, die Entwicklung von Strategien zur Zielerreichung sowie das kritische Reflektieren der eigenen Fähigkeiten und Handlungen (Selbstreflexion). Zudem beinhaltet Selbstkompetenz auch Selbstsicherheit und Selbstmanagement.
Inkl.: Engagement, Selbstmotivierung, Flexibilität, Selbstständigkeit, Anpassungsfähigkeit, psychische Belastbarkeit
- i 438 Fachkompetenz**
Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einem bestimmten Fachgebiet (z. B. Mathematik, Buchhaltung, Musik, Handwerk).
Exkl.: Methodenkompetenz (i 433)
- i 442 Medienkompetenz**
Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Medien und deren Inhalte den eigenen Bedürfnissen und Zielen entsprechend zu nutzen sowie die eigene Kritikfähigkeit hinsichtlich der Bewusstseinsbildung im Rahmen von Medienangeboten herauszubilden und zu schärfen. Dazu gehören Medienkunde, Mediennutzung, Mediengestaltung und Medienkritik.
- i 448 Handlungskompetenz, anders bezeichnet**
- i 449 Handlungskompetenz, nicht näher bezeichnet**

Gewohnheiten (i 450-479)

Durch Wiederholung selbstverständlich gewordene Verhaltensmuster.

- i 450 Ernährungsgewohnheiten**
Ernährungsbezogene Gewohnheiten wie die Auswahl, die Zusammenstellung, das Einkaufen und die Lagerung von Nahrung, die Art und Weise der Nahrungszubereitung und -aufnahme, die Einnahme von Diätetika sowie die Menge zugeführter Kalorien. Zu den Ernährungsgewohnheiten gehören auch bestimmte Ernährungspräferenzen.
Exkl.: Gewohnheiten beim Konsum von Genussmitteln (i 453)
- i 453 Gewohnheiten beim Konsum von Genussmitteln**
Die Gewohnheit, Produkte vorrangig wegen ihrer genussbringenden, stimulierenden oder berauschenden Wirkung zu konsumieren.
Exkl.: Ernährungsgewohnheiten (i 450, krankhafter Gebrauch)
- i 456 Bewegungsgewohnheiten**
Die Art und Weise, wie körperliche Aktivität im Alltag (z. B. Beruf, Familie und Freizeit) üblicherweise integriert ist, z. B. in Form bewegungssuchender oder bewegungsvermeidender Verhaltensgewohnheiten.
Exkl.: Gewohnheiten in alltäglichen Routinen (i 459), Freizeitgewohnheiten (i 460)

- i 459 Gewohnheiten in alltäglichen Routinen**
Gewohnheiten im Zusammenhang mit der Alltagsroutine, dem Planen von Abläufen und deren Durchführung. Dies beinhaltet auch den Wechsel zwischen Belastung und Entspannung, Pausen- und Schlafgewohnheiten einer Person sowie deren Integration in die Tagesstruktur.
Exkl.: Bewegungsgewohnheiten (i 456)
- i 460 Freizeitgewohnheiten**
Ausübung von Hobbys (z. B. Sport, Spiele oder Lesen) oder der Besuch kultureller Veranstaltungen.
Exkl.: Bewegungsgewohnheiten (i 456)
- i 462 Sexualgewohnheiten**
Verhaltensgewohnheiten in Bezug auf sexuelle Beziehungen und Praktiken.
- i 465 Kommunikationsgewohnheiten**
Art und Umfang der üblichen Kommunikation einer Person als Sender und Empfänger mittels Sprache, Schrift, Zeichen und Symbolen einschließlich des Gebrauchs von Kommunikationsgeräten und -techniken mit und ohne menschliches Gegenüber, z. B. Telefonieren oder Kommunikation per Internet.
- i 468 Hygienegewohnheiten**
Art und Umfang von Maßnahmen der individuellen Hygiene. Zu den Hygienegewohnheiten gehören z. B. Körperhygiene, Hygiene des Lebensraumes sowie Hygiene beim Umgang mit Nahrungsmitteln.
- i 471 Gewohnheiten im Umgang mit Geld und materiellen Gütern**
Art und Weise, mit Geld und materiellen Gütern umzugehen, z. B. ausgabefreudig oder sparsam.
- i 478 Verhaltensgewohnheiten, anders bezeichnet**
- i 479 Verhaltensgewohnheiten, nicht näher bezeichnet**
- i 498 Einstellungen, Handlungskompetenz und Gewohnheiten, anders bezeichnet**
- i 499 Einstellungen, Handlungskompetenz und Gewohnheiten, nicht näher bezeichnet**

Kapitel 5 – Lebenslage

Das Kapitel befasst sich mit dem Status einer Person in ihrem unmittelbaren und weiteren Umfeld. Dieser kann die Funktionsfähigkeit und ihr Veränderungspotential beeinflussen.

- i 510 Familiärer Status**
Beinhaltet den Familienstand (z. B. ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet) und die formale Position in der Familie (z. B. Mutter, Vater, Kind).
Exkl.: Status im unmittelbaren und weiteren sozialen Kontext (i 513)
- i 513 Status im unmittelbaren und weiteren sozialen Kontext**
Beschreibt die Rolle einer Person in einem sozialen Netzwerk wie der Kernfamilie, der weiteren Verwandtschaft, dem Freundeskreis oder am Arbeitsplatz. Hier abzubilden wäre z. B. die Stellung/Rolle eines Kindes als Versorger für ein erkranktes Elternteil.
Exkl.: Familiärer Status (i 510), Beschäftigungsstatus (i 520), Gesellschaftlicher Status (i 530)
- i 515 Wohnsituation**
Bezieht sich auf die Art, wie, wo und mit wem eine Person wohnt.
Inkl.: Wohnungs-/Hauseigentümer sein, Mieter sein, wohnungslos sein, in der Stadt oder auf dem Land lebend, alleinlebend, in Wohngemeinschaft lebend
- i 520 Beschäftigungsstatus**
Bezieht sich auf die formale Position in Ausbildung, bezahlter/unbezahlter sowie ehrenamtlicher Tätigkeit. Dazu gehören z. B. die Position als Schüler, Hausfrau, Angestellter, Arbeitsloser, Ruheständler oder pflegender Angehöriger.
Exkl.: Status im unmittelbaren und weiteren sozialen Kontext (i 513)
- i 525 Wirtschaftlicher Status**
Bezieht sich auf die formale Position einer Person als Besitzer materieller und finanzieller Mittel sowie als Leistungsbezieher.
Inkl.: Vermögend, mittellos oder verschuldet sein; Geld, Immobilien und andere Wertsachen besitzen; Erwerbseinkommen erhalten; Staats- und Sozialversicherungsleistungen beziehen (z. B. Arbeitslosengeld, Rente)

- i 527 Rechtlicher Status**
Bezieht sich auf die formale Position einer Person innerhalb eines Rechtssystems, inklusive ihren Rechten und Pflichten.
Inkl.: *Aufenthaltsstatus, Versicherungsstatus, gesetzlicher Betreuungs- und Vormundschaftsstatus, Wahlrecht*
- i 530 Gesellschaftlicher Status**
Beschreibt die formale Position einer Person innerhalb der Gesellschaft, die mit Ansehen, Autorität und Einfluss einhergeht.
Inkl.: *Schichtzugehörigkeit*
Exkl.: *Status im unmittelbaren und weiteren sozialen Kontext (i 513)*
- i 535 Kultureller Status**
Beinhaltet die Zugehörigkeit einer Person zu religiösen, weltanschaulichen und politischen Gruppen, zu Vereinen oder zu Onlinenetzwerken.
- i 540 Zugehörigkeit zu ethnischen Gruppen**
Beinhaltet die subjektiv wahrgenommene und die objektive Zugehörigkeit zu Menschengruppen, die aufgrund einer gemeinsamen Herkunft, Kultur, Sprache, Religion und/oder Geschichte als einander zugehörig wahrgenommen werden.
- i 550 Bildungsstatus**
Bezeichnet die spezifischen Merkmale einer Person als Ergebnis eines Bildungsprozesses, der zu einer formalen Qualifikation geführt hat.
- i 598 Lebenslage, anders bezeichnet**
- i 599 Lebenslage, nicht näher bezeichnet**