



SEG 1

Sozialmedizinische
Expertengruppe 1
"Leistungsbeurteilung/
Teilhabe"

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

April 2010

Vorwort zum Aufbau der Arbeitshilfe

Mit dem Klassifizierungssystem der ICF werden Krankheitsauswirkungen auf den betroffenen Menschen beschrieben. Dies geschieht unter Einbeziehung des individuellen Lebenshintergrundes in einheitlicher und standardisierter Form. Diese Arbeitshilfe "ICF" wurde sowohl für die Neulinge im MDK-System, die bislang noch nie mit der ICF in Berührung gekommen sind, als auch für die "alten Hasen" erarbeitet, denen man das 2001 von der WHO publizierte, aber bisher in Deutschland nur wenig genutzte Klassifizierungssystem näher bringen möchte.

Die Autoren, sowohl der Vorgängerversion als auch dieser überarbeiteten Auflage, sind Mitglieder der Sozialmedizinischen Expertengruppe "Leistungsbeurteilung/Teilhabe" (SEG 1) der MDK-Gemeinschaft und beschäftigen sich seit vielen Jahren mit dieser Thematik. Deshalb sind ihnen diverse Unklarheiten ggf. sogar Inkompatibilitäten in der deutschen Originalausgabe von 2005¹ zur englischen Version von 2001 nicht verborgen geblieben. Weil diese Unstimmigkeiten an der einen oder anderen Stelle zur Verwirrung führen könnten, haben die Autoren versucht, dem Leser mit einer Interpretationshilfe zur Seite zu stehen und Unschärfen so gering wie möglich zu halten. An einigen Stellen werden deshalb bewusst die sehr sperrigen Definitionen der ICF nicht im Original übernommen. Die Arbeitshilfe kann aber nur als Einstieg in die Thematik verstanden werden, die Lektüre des „roten Buches“¹ kann sie nicht ersetzen.

Darüber hinaus soll sie ein Beitrag zur bundesweit einheitlichen, trägerübergreifenden Umsetzung der ICF in der sozialmedizinischen Begutachtung sein.

Die Arbeitshilfe „ICF“ ersetzt keine Begutachtungsanleitungen/-leitfäden spezieller Begutachtungsfelder, sondern ergänzt diese um Hinweise zur Anwendung der ICF.

Die Arbeitshilfe "ICF" ist inhaltlich mit den nachfolgend genannten Richtlinien bzw. Empfehlungen kompatibel:

- **Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V in der Fassung vom 16.03.2004, in Kraft seit 01.04.2004.**
- Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung "Begutachtung" vom 22.03.2004, in Kraft seit 01.07.2004).
- Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation des MDS vom Oktober 2005.

¹ Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Hrsg. ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Verlag MMI Medizinische Medien Information . GmbH, 63263 Neu-Isenburg ; 2006 - http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf?action=lch%20akzeptiere

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	6
2	ALLGEMEINE GRUNDLAGEN	9
2.1	Klassifikationen der WHO: ICD-10, ICF	9
2.2	Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	10
2.2.1	Strukturschema der ICF-Klassifikation	12
2.3	Begriffsdefinitionen im Zusammenhang mit der ICF	13
2.3.1	Körperfunktionen und -strukturen	13
2.3.2	Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation)	14
2.3.3	Kontextfaktoren	16
	Umweltfaktoren	16
	Personbezogene Faktoren	17
2.3.4	Beurteilungsmerkmale	18
	Leistung	19
	Leistungsfähigkeit	19
	Leistungsvermögen/Leistungsbild	20
2.3.5	Funktionsfähigkeit	22
	Funktionale Gesundheit	22
2.3.6	Behinderungsbegriff der ICF	22
2.4	Weitere Begriffsdefinitionen	23
2.4.1	Behinderungsbegriff des SGB IX	23
2.4.2	Der Teilhabebegriff im gesellschaftlichen Kontext	23
3	BEDEUTUNG DER ICF FÜR EINE BEGUTACHTUNG NACH BIO-PSYCHO-SOZIALEN GESICHTSPUNKTEN	25
3.1	Begutachtung von Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	27
3.1.1	Begutachtung von Vorsorgeleistungen gemäß § 23 SGB V	27
3.1.2	Begutachtung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 40 SGB V	27
	Rehabilitationsbedürftigkeit	28
	Rehabilitationsfähigkeit	29
	Rehabilitationsziele	29
	Rehabilitationsprognose	29
3.1.3	Begutachtung von Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß §§ 24/41 SGB V	30
3.2	Begutachtung von ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation	30
3.2.1	Patientenschulungsmaßnahmen gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V und Rehabilitationssport/Funktionstraining gemäß § 44 Abs. 1 SGB IX	30

3.2.2	Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder gemäß § 43 Abs. 2 SGB V	31
3.3	Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit (AU)	31
3.4	Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI	34
3.5	Begutachtung von Hilfsmitteln	35
3.6	Begutachtung von Heilmitteln	36
3.7	Begutachtung von Arzneimitteln	36
4	ANWENDUNGSBEISPIELE	37
4.1	Einführung	37
4.2	Medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter	39
4.3	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Geriatric)	44
4.4	AU bei neurologischer Erkrankung	49
4.5	Begutachtung von Pflegebedürftigkeit	52
4.6	Begutachtung von ergänzenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (sozialmedizinische Nachsorge)	55
5	ANLAGEN ZUR ARBEITSHILFE	65
5.1	MDK-spezifische Ausgestaltung der Komponente "Personbezogene Kontextfaktoren"	65
6	STICHWORTVERZEICHNIS	68

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Das lineare Krankheitsfolgenmodell (WHO 1980)	9
Abb. 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells der ICF (WHO 2001)	11
Abb. 3: Die Struktur der ICF	12
Abb. 4: AU Begutachtung nach ICF	21
Abb. 5: Krankheitsfolgen und deren Auswirkungen auf die Teilhabe (AU)	32

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifikation der Körperfunktionen und -strukturen der ersten Ebene	14
Tabelle 2: Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe der ersten Ebene	15
Tabelle 3: Klassifikation der Umweltfaktoren der ersten Ebene	17
Tabelle 4: MDK - Klassifikation der personbezogenen Kontextfaktoren der ersten Ebene	18
Tabelle 5: Beurteilungsmerkmale für die Komponenten der ICF	19
Tabelle 6: positives / negatives Leistungsbild	33

Hinweis zu männlichen/weiblichen Wortformen:

Soweit im Text Substantive verwendet werden, für die männliche und weibliche Wortformen existieren, sind je nach inhaltlichem Zusammenhang beide Formen gemeint, auch wenn aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit lediglich die männliche Form Anwendung findet.

1 Einleitung

Die WHO stellt seit 2001 die ICF² als Ergänzung zu den übrigen WHO-Klassifikationen (u. a. ICD-10) zur Verfügung. Seit 2009 steht auch die ICF-CY³ (Children and Youth) in der englischsprachigen Version bei DIMDI zur Verfügung; an der deutschen Übersetzung wird aktuell noch gearbeitet.

Mit der ICF können Krankheitsauswirkungen auf den betroffenen Menschen unter Einbeziehung des individuellen Lebenshintergrundes in einheitlicher und standardisierter Form beschrieben werden. Konzeptionell werden die Krankheitsauswirkungen unterteilt in:

- Auswirkungen auf Organe und Organsysteme,
- Auswirkungen auf die Aktivitäten eines Menschen (also auf das, was er als individuelle Person tun kann) und
- Auswirkungen auf sein Einbezogen sein bzw. seine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (z.B. Erwerbsleben, Erziehung/Bildung, Selbstversorgung).

Damit schafft die ICF eine wichtige Voraussetzung für eine systematische Klärung von Zusammenhängen zwischen Krankheit und deren gesellschaftlicher Dimension. Sie legt die Basis für die Evaluation dieser Zusammenhänge und ermöglicht das Erkennen von Förderfaktoren und Barrieren. Durch Nutzung der ICF gelingt es, Fragen zu sozialen, von der Solidargemeinschaft finanzierten Leistungen für Menschen, die von Krankheit betroffen sind, transparent und nachvollziehbar zu beantworten.

Abgesehen von Leistungen zur Primärprävention und Früherkennung ist das gesicherte Vorliegen einer Krankheit Voraussetzung für Gesundheitsleistungen der Sozialleistungsträger. Die Krankheit selbst begründet Behandlungsbedürftigkeit, insbesondere nach § 27 SGB V, allein kann sie jedoch keine darüber hinausgehenden Leistungsansprüche auslösen. In der Regel ergeben sich Leistungsansprüche erst durch die konkreten, mit der Krankheit in Zusammenhang stehenden Auswirkungen. Durch Leistungen der Sozialleistungsträger sollen u. a. Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit in denjenigen Bereichen ausgeglichen werden, für die der jeweilige Träger zuständig ist.

Den Sozialleistungsträgern dienen die sozialmedizinischen Gutachten als Grundlage für ihre Verwaltungsentscheidungen. Deshalb muss das Produkt die sozialmedizinische Beurteilung

² World Health Organisation (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health . WHO Geneva ; 2001

³ International Classification of Functioning, Disability and Health - Children and Youth Version. ICF-CY. World Health Organization; 2009. ISBN- 9789241547321

des Gutachters verständlich darstellen. Das Gutachten muss im Hinblick auf die Verknüpfung von Anamnese, Befund, Diagnose, Epikrise und sozialmedizinischer Beurteilung folgerichtig und schlüssig sein. Die Epikrise mit Darstellung der Krankheit und ihrer Krankheitsauswirkungen im realen Lebens- und Arbeitskontext ist für das Gutachten besonders relevant. Aber auch im Rahmen der Anamnese und Befunderhebung muss bereits auf die Krankheitsauswirkungen eingegangen werden.

Die ICF ermöglicht eine systematische Erfassung und Beschreibung der Komponenten von Gesundheit auf den Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen sowie Aktivitäten und Teilhabe. Dies geschieht unter Berücksichtigung der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren.

Anhand dieser Komponenten lässt sich u.a. auch die Indikation zu Sozialleistungen, die im Zusammenhang mit einer Krankheit bzw. mit Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit erforderlich sein können, nachvollziehbar und anschaulich begründen:

- die Begründung für die Krankenbehandlung liegt in der Regel im Bereich geschädigter Körperstrukturen oder -funktionen
- eine Arbeitsunfähigkeit (AU) und damit der Anspruch auf Lohnersatzleistungen resultiert in der Regel aus Beeinträchtigungen der für die jeweilige Tätigkeit erforderlichen Aktivitäten
- eine Rehabilitationsindikation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lässt sich aus den alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe ableiten
- der Anspruch auf Heilmittel im Rahmen der Krankenbehandlung setzt geschädigte Körperfunktionen oder -strukturen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe voraus
- Leistungen der Pflegeversicherung begründen sich durch einen definierten Hilfebedarf bei den im Gesetz genannten Verrichtungen (Aktivitäten) des täglichen Lebens
- Hilfsmittel können sowohl durch das alleinige Vorhandensein von Schädigungen, als auch durch Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe begründet sein.

Krankheitsauswirkungen werden damit zu einem der zentralen Begriffe der sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung.

Neun Jahre nach Publikation der englischsprachigen Originalausgabe (2001) und fünf Jahre (2005) nach Freigabe der deutschen Übersetzung kann festgestellt werden, dass die ICF zunehmend in gesetzliche und untergesetzliche Normen Eingang gefunden hat. Die sozialmedizinischen Dienste der Sozialleistungsträger, insbesondere der MDK, haben schon frühzeitig den Vorteil dieser Sichtweise auf Krankheitsauswirkungen erkannt und die Sichtweise der ICF in unterschiedlichem Maße in die Begutachtung integriert. Auch international ist dieser Trend zur Weiterverbreitung und Anwendung der ICF zu verzeichnen.



Für den Gutachter ist die ICF eine unverzichtbare Hilfe, da sie die wesentliche Voraussetzung schafft, seinen Entscheidungsprozess transparent zu machen und sozialmedizinische Empfehlungen nachvollziehbar zu begründen.

Auf diese Weise finden die sozialmedizinischen Empfehlungen eine höhere Akzeptanz und die Unabhängigkeit der Begutachtung kann verdeutlicht werden.

Die vorliegende Arbeitshilfe versucht auf möglichst einfache und "leicht" verständliche Weise die Implementierung der ICF-Philosophie und des Begriffssystems der ICF in die verschiedenen Begutachtungsfelder zu unterstützen.

2 Allgemeine Grundlagen

2.1 Klassifikationen der WHO: ICD-10, ICF

Die "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" (ICD-10) ist ein international eingeführtes Bezugssystem, mit dem in erster Linie Symptome und Krankheiten einheitlich bezeichnet werden. Sie stellt somit eine "gemeinsame Sprache" dar und fördert eine eindeutige Kommunikation über Gesundheitsprobleme innerhalb und zwischen Professionen und Institutionen.

Krankheitsauswirkungen auf das Leben eines Betroffenen, wie Beeinträchtigungen der Mobilität, Kommunikation, Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, der Interaktionen mit anderen Menschen oder des Erwerbslebens lassen sich mit Hilfe der ICD aber nicht beschreiben.

Steigende Prävalenz chronischer Krankheiten bei gleichzeitig zunehmender Lebenserwartung und der Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik zu mehr selbstbestimmter Teilhabe ergaben die Notwendigkeit, auch für Krankheitsauswirkungen eine allseits verständliche Fachsprache zur Verfügung zu stellen.

Die ICF knüpft an ein bereits 1980 von der WHO eingeführtes lineare Krankheitsfolgenmodell (ICIDH⁴) an, mit dem der bio-psycho-soziale Ansatz erstmals international etabliert wurde. Damit ging das Modell bereits über die rein bio-medizinische Betrachtungsweise hinaus. Nachteilig war jedoch, dass die drei Ebenen der Behinderung - Organebene, personale und soziale Ebene - lediglich kausal-linear in Relation gesetzt wurden. Wechselwirkungen zwischen diesen drei Ebenen sowie Umwelt und Lebenshintergrund der Betroffenen blieben unberücksichtigt.

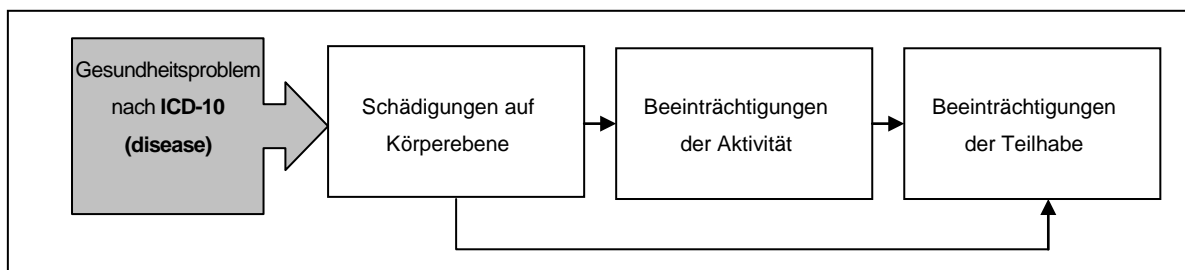


Abb. 1: Das lineare Krankheitsfolgenmodell (WHO 1980)⁵

⁴ International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

⁵ angepasst an die ICF Nomenklatur

Diese Aspekte wurden schließlich in der 2001 von der WHO verabschiedeten "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF) systematisch berücksichtigt.

2.2 Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

In der ICF werden im Zusammenhang mit Gesundheit folgende Definitionen zur Verfügung gestellt:

Körperfunktionen

sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen).

Körperstrukturen

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

Schädigungen

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

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

Partizipation [Teilhabe]

ist das Einbezogenensein in eine Lebenssituation.

Beeinträchtigungen der Aktivität

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

Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe]

sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogenensein in eine Lebenssituation erlebt.

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

Krankheitsauswirkungen werden in der ICF auf Ebene der verschiedenen Komponenten von Gesundheit unter gleichzeitiger Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren betrachtet.

Die Lebenswelt der betroffenen Person, im Sinne eines positiv oder negativ wirkenden Lebenshintergrundes, bekommt im *bio-psycho-sozialen Modell der ICF* (siehe Abb. 2) eine zentrale Bedeutung für die Auswirkungen und Interaktionen zwischen der Schädigungsebene und den erlebten Beeinträchtigungen auf der Aktivitäts- und Teilhabe-Ebene. Die Behinderung hat in diesem Modell der Wechselwirkungen einen dynamischen Charakter.

Daraus resultiert die Sichtweise:

Behinderung ist kein statischer Zustand sondern unterliegt kontinuierlich Veränderungen in Abhängigkeit von positiven wie negativen Wechselwirkungen.

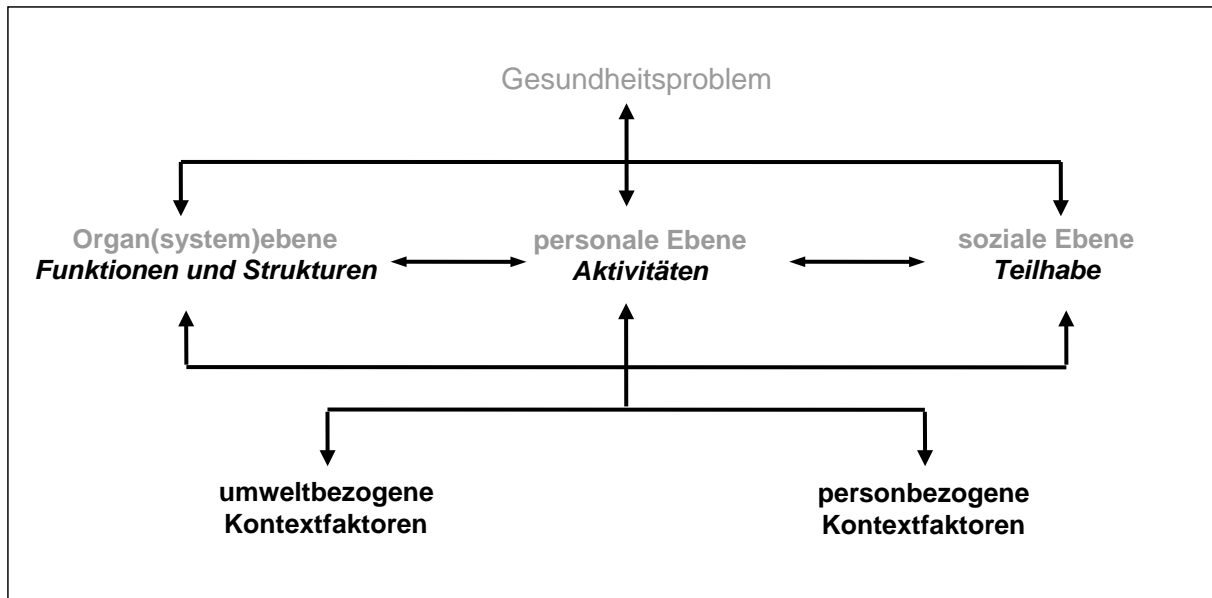


Abb. 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells der ICF (WHO 2001)

Für viele Fragen der Sozialleistungsträger stellt die Konzeption der ICF eine wesentliche Ergänzung zur ICD-10 dar. Die obligatorische Anwendung der ICF als Kodiersystem analog der ICD-10 ist aber zum jetzigen Zeitpunkt und auch mittelfristig im MDK-System nicht geplant.

Grundlage der ICF ist das oben bereits dargelegte *bio-psycho-soziale Modell*, das neben den biologischen auch psychologische und gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit berücksichtigt. Das Gesundheitsproblem selbst ist nicht Bestandteil der ICF, sondern wird in der ICD-10 abgebildet. Für die sozialmedizinische Begutachtung ist das Gesundheitsproblem aber die *Conditio sine qua non*, ohne die es gar nicht zu einer für den MDK-Gutachter relevanten Fragestellung kommen kann.

Die ICF klassifiziert Krankheitsauswirkungen auf der Ebene der Organe und Organsysteme, der Ebene der Person und auf der sozialen Ebene unter Berücksichtigung des individuellen Lebenshintergrundes.

Wie alle Klassifikationen beinhaltet die ICF sowohl eine Konzeption als auch eine Klassifikation.

Unter *Konzeption ("Philosophie") der ICF* wird das interaktive bio-psycho-soziale Modell der Komponenten von Gesundheit und Krankheit verstanden. Die Konzeption gibt also vor, nach welchen theoretischen Gesichtspunkten eingeteilt und klassifiziert wird.

Im konzeptionellen Teil unterscheidet die ICF Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie Kontextfaktoren (siehe Abb. 2). Eine scharfe Trennung zwischen Aktivitäten und Teilhabe existiert in der Klassifikation dagegen nicht (siehe Abb. 3).

Die ICF-Klassifikation beinhaltet die aus den Komponenten abgeleitete Ordnung der Begrifflichkeiten einschließlich ihrer Kodierung. Es bleibt den Nutzern und ihrer Perspektive freigestellt, ob sie zwischen Aktivitäten und Teilhabe unterscheiden oder ob sie diese als eine einheitliche Komponente verwenden.

2.2.1 Strukturschema der ICF-Klassifikation

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

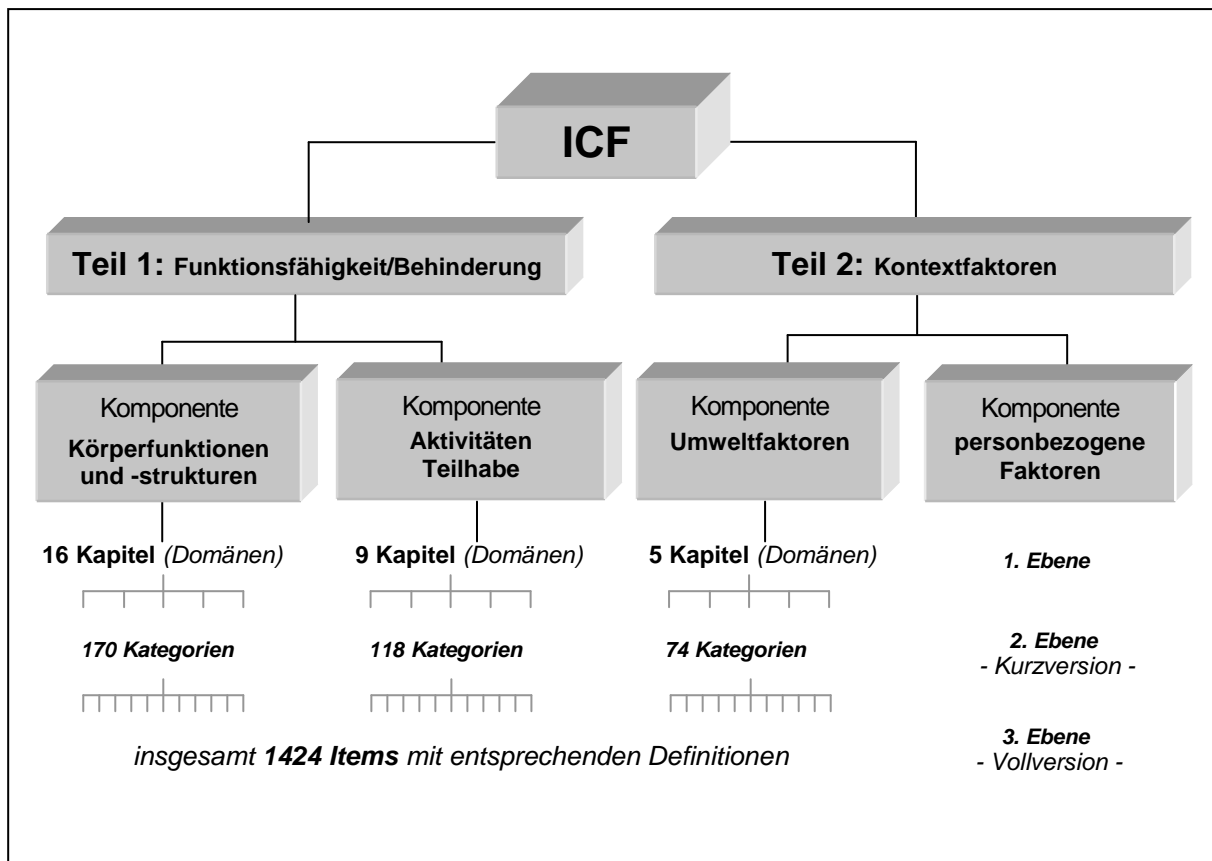


Abb. 3: Die Struktur der ICF

Die ICF gliedert sich in zwei Teile:

- **Teil 1** "Funktionsfähigkeit und Behinderung" und
- **Teil 2** "Kontextfaktoren".

Im Strukturschema sind drei Ebenen beschrieben:

- Die 1. Ebene (siehe Tabelle 1-4) 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.

Die einzelnen Komponenten werden unterschiedlich detailliert in der ICF dargestellt.

Die Komponente der personbezogenen Kontextfaktoren ist bislang von der WHO nicht klassifiziert.

2.3 Begriffsdefinitionen im Zusammenhang mit der ICF

Gesundheitsproblem ist ein Oberbegriff für (akute oder chronische) Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Traumata. Der Begriff „Gesundheitsproblem“ kann auch andere Phänomene umfassen, wie Schwangerschaft, Altern, Stress, kongenitale Anomalien oder genetische Prädispositionen. Das Gesundheitsproblem kann Informationen zur Pathogenese bzw. Ätiologie enthalten. Das Gesundheitsproblem selbst ist nicht integraler Bestandteil/Komponente der ICF sondern wird typischerweise mit der ICD-10 kodiert.

2.3.1 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. Beispiele für Messverfahren von Körperfunktionen sind die Neutral-Nullmethode oder die Blutdruckmessung.

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

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: 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 im 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 Auflistung von anatomischen Elementen der Körperstruktur behält auch in der Vollversion der ICF eine eher grobe Strukturierung, wo hingegen die physiologischen Körperfunktionen als auch die Komponenten Aktivitäten/Teilhabe und Umweltfaktoren wesentlich differenzierter und somit umfangreicher abgebildet werden. Die einzelnen Items der Komponenten sind in allgemein verständlicher Sprache abgefasst, die jedoch an der einen oder anderen Stelle etwas ungewohnt wirken. 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.



Die üblichen medizinischen Termini bleiben auch weiterhin für Ärzte und medizinisches Fachpersonal die Begriffe der Wahl, wenn es um die Beschreibung medizinischer Befunde auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen geht. Ebenso wird man auch zukünftig die international akzeptierte Schweregradeinteilungen (z.B. NYHA Grad I - IV) für die Quantifizierung von Befunden und Diagnosen verwenden.

2.3.2 Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation)

Eine Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch eine Person. Teilhabe bezeichnet das Einbezogen sein 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 (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: 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, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten)
6	häusliches Leben (z. B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen)
7	interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (z. B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen)
8	bedeutende Lebensbereiche (z. B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)
9	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (z. B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität)

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). Dieser Bezug zur Ebene der Aktivitäten wird durch die Anwendung der ICF unterstützt und kann in der Begutachtung bei der Beantwortung folgender Fragen von Relevanz sein:

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

Eine **Beeinträchtigung der Teilhabe** ist ein Problem, das ein Mensch im Hinblick auf sein Einbezogenheit in Lebenssituationen haben kann, wie z. B. beim Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen, in Beziehungen, bei der Erziehung, bei der Arbeit oder in der Freizeit.

Ganz überwiegend handelt es sich bei den Ursachen um krankheitsbedingte Aktivitätseinschränkungen, die die Teilhabe an z. B. der Erwerbstätigkeit (Arbeit, Beruf) oder am häuslichen Leben einschließlich der Selbstversorgung 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 (z.B. Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, GKV).



In der sozialmedizinischen Begutachtung wird man zunächst einmal anhand von Befunden und/oder der Exploration die für das aktuelle Gesundheitsproblem relevanten Schädigungen auf der Körperebene erheben, um die Aktivitäten, die diese Person mit ihrem Gesundheitsproblem noch durchführen kann, zu identifizieren.

Erst dann müssen diese Aktivitäten vor dem Hintergrund der positiven oder negativen Ausprägung in den verschiedenen Lebensbereichen (häusliches Leben, Erwerbsleben, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben) und unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren beurteilt werden.

Die zusammenfassende Bewertung ergibt ein Aktivitätsprofil, das in ein positives oder negatives Leistungsbild überführt werden kann.

Im Prozess der gutachterlichen Sachaufklärung und Beurteilung kann eine getrennte Betrachtungsweise auf die noch vorhandenen Aktivitäten und die daraus resultierende Teilhabe die Indikationsstellung für kurative, rehabilitative oder pflegerische Leistungen erleichtern. Dabei muss der Gutachter die für den jeweiligen Leistungsträger relevanten Teilhabebereiche in die sozialmedizinische Empfehlung entsprechend einbeziehen, z. B. Teilhabe am 'häuslichen Leben' (GKV) oder Teilhabe an 'Arbeit und Beschäftigung' (Rentenversicherungsträger).

2.3.3 Kontextfaktoren

In der Lebenswelt einer Person sind sowohl Umweltfaktoren als auch personbezogene Kontextfaktoren von zentraler Bedeutung. Sowohl die umwelt- als auch personbezogenen Kontextfaktoren können positiv oder negativ auf ein Gesundheitsproblem wirken. Positiv wirkende Kontextfaktoren werden als *Förderfaktoren* oder *Ressourcen*, negativ wirkende als *Barrieren* bezeichnet.

Umweltfaktoren

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 den Einzelnen einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen. Förder-

faktoren können z. B. barrierefreie Zugänge, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Medikamenten und Sozialleistungen sein. Barrieren sind in diesem Zusammenhang z. B. schlechte Erreichbarkeit von Leistungserbringern oder fehlende soziale und finanzielle Unterstützung.


Tabelle 3: 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, Rechtspflege, Politik)

Personbezogene Faktoren

Personbezogene Faktoren sind Kontextfaktoren, die sich auf die betrachtete Person selbst beziehen. Mit diesen Faktoren lässt sich der spezielle Hintergrund des persönlichen Lebens und der Lebensführung einer Person abbilden. Die Person ist gekennzeichnet durch Merkmale wie Geschlecht, Alter, Lebensstil, Gewohnheiten und Sozialisation. Insbesondere die personbezogenen Kontextfaktoren können Krankheitsauswirkungen entscheidend sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Personbezogene Kontextfaktoren sind in der ICF wegen der weltweit großen kulturellen Unterschiede bislang nicht klassifiziert worden. Ihre Berücksichtigung ist jedoch bei der Betrachtung des Einzelfalls zwingend notwendig.

Personbezogene Kontextfaktoren sind unabhängig von bestehenden individuellen Gesundheitsproblemen zu berücksichtigen. Konstitutionelle und psychische Merkmale oder Besonderheiten können als personbezogene Kontextfaktoren jedoch im Sinne von Risikofaktoren oder Ressourcen in enger Wechselwirkung mit Gesundheitsproblemen stehen.



Da die Komponente "Personbezogene Kontextfaktoren" von der WHO bislang nicht klassifiziert ist, bleibt es laut WHO den Anwendern freigestellt, diese entsprechend den Anforderungen auszufüllen. Für die GKV hat die MDK-Gemeinschaft 2006 eine Zusammenstellung von personbezogenen Kontextfaktoren vorgelegt, da im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung personbezogenen Kontextfaktoren im Sinne von Förderfaktoren (Ressourcen) oder Hemmnissen (Barrieren) von großer Relevanz sein können und deshalb in die Beurteilung der speziellen Fragestellung mit einfließen müssen.

Personbezogene Kontextfaktoren dürfen allerdings nur anlassbezogen in die sozialmedizinische Bewertung einfließen⁶⁷.

Tabelle 4: MDK - Klassifikation der personbezogenen Kontextfaktoren der ersten Ebene

Kap.	Personbezogene Kontextfaktoren (Ansatz der SEG 1)
1	soziodemografische und biografische Faktoren (z. B. Alter, Nationalität, Bildung, Familienstand, Wohnsituation, sozioökonomischer Status)
2	genetische Faktoren (z. B. Geschlecht, genetische Marker)
3	Faktoren des Alters und der Alterung (z. B. Entwicklungsalter, soziales Alter, Leistungsalter, biologisches Alter)
4	physische Faktoren (z. B. Körperbaudimensionen wie BMI, Körperbauproportionen wie Waist-Hip-Ratio, Fettanteil)
5	psychische Faktoren (z. B. Einstellungs- und Verhaltensmerkmale, Persönlichkeitsakzentuierungen, Intelligenz, Motive, Interessen)
6	Lebensstil- und Schutzfaktoren der Gesundheit (z. B. Ernährung, Bewegung, Einstellungsfaktoren, soziale Kompetenz, Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit)
7	andere Gesundheitsprobleme und Interventionen (z. B. zurückliegende Krankheiten, Verletzungen, deren Folgen, Interventionen, Operationen)

Die von der MDK-Gemeinschaft vorgeschlagene Systematik ermöglicht es dem Gutachter, neben den umweltbezogenen auch die begutachtungsrelevanten personbezogenen Kontextfaktoren im Rahmen der Sozialanamnese und bei der körperlichen Untersuchung zu erfassen (siehe Anlage 5.1).

2.3.4 Beurteilungsmerkmale

Die ICF bietet für alle Komponenten Beurteilungsmerkmale an. Diese sind jedoch sehr unterschiedlich angelegt, um die Auswirkungen des Gesundheitsproblems möglichst genau beschreiben zu können. Aus diesem Grund gibt es auch eine unterschiedliche Anzahl von Beurteilungsmerkmalen für die verschiedenen Komponenten.

⁶ Die unkommentierte Kurzversion ist in Anlage 5.1 eingefügt.

⁷ Die kommentierte Vollversion steht bei der SEG 1 zur Verfügung.

Tabelle 5: Beurteilungsmerkmale für die Komponenten der ICF

Komponente	Beurteilungsmerkmal
Körperfunktion	1. Ausmaß der Schädigung
Körperstruktur	1. Ausmaß der Schädigung 2. Art der Schädigung 3. Lokalisation der Schädigung
Aktivitäten/Teilhabe	1. Leistung 2. Leistungsfähigkeit 3. Leistungsfähigkeit mit Hilfsmitteln/Assistenz 4. Leistung ohne Hilfsmitteln/Assistenz 5. unter zusätzlicher Berücksichtigung von personbezogenen Kontextfaktoren (z.B. Zufriedenheit, Motivation)
Umweltfaktoren	1. Ausmaß, in welchem der Umweltfaktor als Förderfaktor oder als Barriere wirkt

Für die Komponente der Aktivitäten/Teilhabe stellt die ICF die Beurteilungsmerkmale Leistung und Leistungsfähigkeit zur Verfügung, die insbesondere in der sozialmedizinischen Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit für die Beurteilung des Leistungsvermögens von großer Bedeutung sind.

Leistung

Leistung fokussiert auf Aktivitäten unter realen Bedingungen, d.h. unter Berücksichtigung sowohl des konkreten umwelt- als auch personbezogenen Kontexts. 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, der Blindenführhund oder eine Arbeitsassistentin.

Umweltbezogene aber auch personbezogene Kontextfaktoren (z.B. Motivation) bestimmen letztendlich das resultierende Aktivitätsniveau einer Person.


Die Beurteilung einer Aktivität unter Zugrundelegung des Beurteilungsmerkmals *Leistung* ist für den MDK-Gutachter insbesondere bei der AU-Begutachtung von besonderem Interesse, und zwar dann, wenn der Versicherte noch eine konkrete Bezugstätigkeit (Arbeitsplatz) aufweist.

Leistungsfähigkeit

Leistungsfähigkeit fokussiert auf Aktivitäten unter standardisierten Bedingungen, also ohne Berücksichtigung des aktuellen und konkreten Umfeldes. Ohne den Einfluss des individuellen Lebenshintergrundes wird unter standardisierten (Test-)Bedingungen das höchstmögliche Niveau einer Aktivität betrachtet. Die Leistungsfähigkeit kann z. B. im Rahmen leistungsmedizinischer Untersuchungen (Assessments) in ihrer zeitlichen (Ausdauer) und intensitätsbezogenen (Kraft) Dimension erfasst werden. Da aber in der sozialmedizinischen Begutachtung in der Regel keine leistungsmedizinischen Untersuchungsbefunde vorliegen,

wird der Gutachter durch Befragung und anhand von vorgelegten Befunden die Leistungsfähigkeit abschätzen und als Maßstab für seine Beurteilung die Leistungsfähigkeit einer vergleichbaren Person ohne dieses Gesundheitsproblem zugrunde legen. Normalerweise sollte die Leistungsfähigkeit ohne die Berücksichtigung von Hilfsmitteln oder personeller Assistenz in die Begutachtung einfließen. In bestimmten Begutachtungssituationen wird man diese jedoch nicht unberücksichtigt lassen können, da sie für die abschließende Beurteilung unverzichtbar sind, z.B. Gehen mit und ohne Unterschenkelprothese bei Z. n. Unterschenkelamputation.

Im Rahmen der Begutachtung von AU wird einzig nur dann auf die Leistungsfähigkeit fokussiert, wenn der konkrete Bezug zum Arbeitsplatz fehlt. Man wird die Leistungsfähigkeit allerdings selten in Form standardisierter Testbedingungen erheben können, sondern die hypothetische Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt heranziehen.



Der Unterschied zwischen Leistung und Leistungsfähigkeit besteht darin, dass im Fall der Beurteilung der Leistung negative wie positive Umweltfaktoren bei der Beurteilung einer von einer Person ausgeführten Handlung berücksichtigt werden.

Im Fall der Beurteilung der Leistungsfähigkeit werden negative wie positive Umweltfaktoren in der Regel ausgeblendet.

Die Differenz im Aktivitätsniveau zwischen Leistung und Leistungsfähigkeit gibt dem Gutachter Hinweise darauf, was an der Umwelt einer Person zur Verbesserung ihrer Leistung verändert werden kann.

Leistungsvermögen/Leistungsbild

Als Synonym für Leistungsvermögen wird in der GKV der Begriff des positiven/negativen Leistungsbilds verwandt. Das Leistungsvermögen beinhaltet Aspekte der maximalen Leistungsfähigkeit einer Person, die mit den Eigenschaften des Beurteilungsmerkmals Leistung wie

- den positiv wie negativ wirkenden Faktoren der derzeit realen Umwelt,
- einem evtl. krankheitsbedingten Risikoprofil/Gefährdungsfaktoren (z.B. die Gefahr, einen epileptischen Anfall zu erleiden),
- ggf. vorhandenen arbeitsplatzbezogenen Belastungen (z.B. Akkordarbeit, betriebsbedingte Kündigungen) und
- in der Person begründeten Faktoren wie Motivation oder subjektiver Zufriedenheit

in Abgleich gebracht werden muss.

In die abschließende sozialmedizinische Beurteilung fließen diese Kriterien jedoch mit einer unterschiedlichen Gewichtung ein. Der Gutachter entscheidet eigenverantwortlich, inwieweit er insbesondere personbezogene Faktoren bei der Festlegung des Restleistungsvermögens

berücksichtigt. Die fehlende Arbeitsmotivation eines Versicherten wird sich zwar auf sein Leistungsvermögen auswirken, darf den Gutachter aber nicht dazu veranlassen, die AU allein aus diesem Grund weiterhin als begründet anzusehen. Hingegen können förderlich wirkende personbezogene Kontextfaktoren ggf. zu einer Verkürzung der AU durch frühzeitigeres Eintreten der Rekonvaleszenz führen und sollten dann auch in die abschließende Beurteilung einfließen.

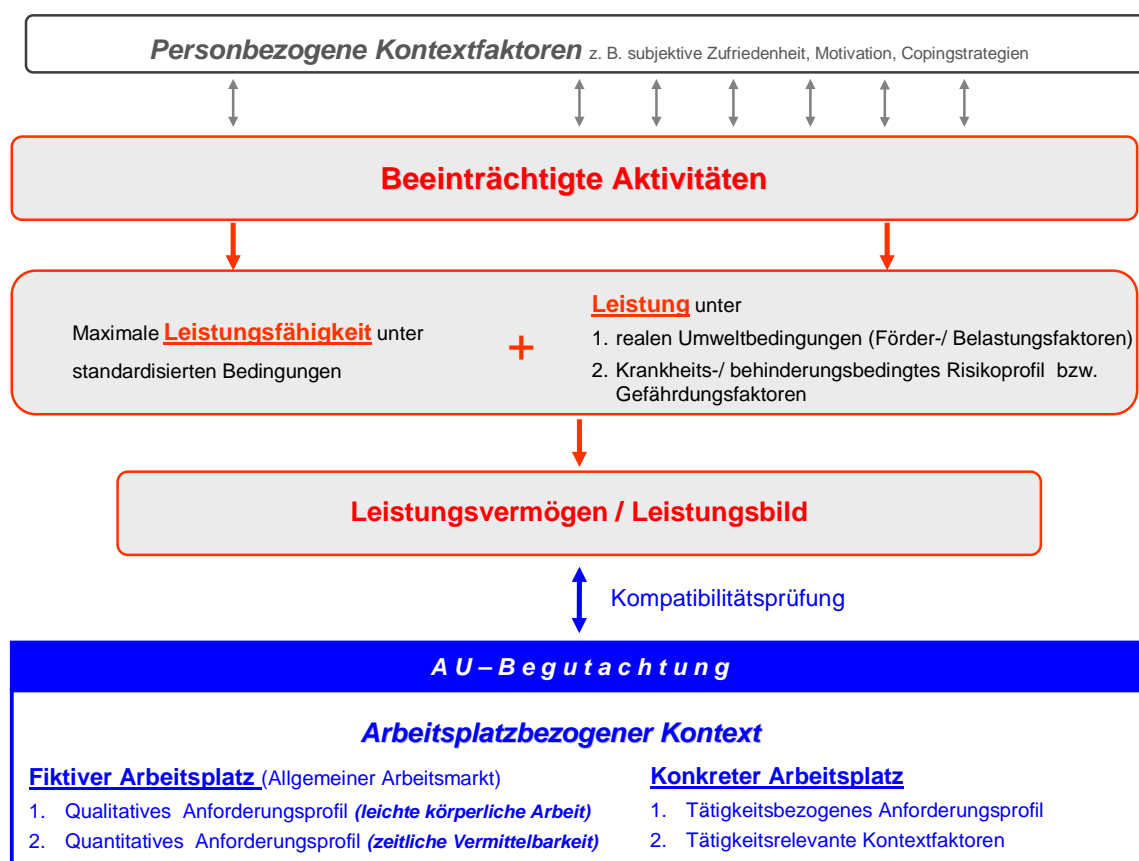


Abb. 4: AU Begutachtung nach ICF

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 krankheitsbedingt oder 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. Personbezogene Kontextfaktoren sind zu identifizieren und zu bewerten, z.B. begründet eine fehlende Motivation, die Arbeit wieder aufzunehmen, nicht die Arbeitsunfähigkeit.



Das Leistungsvermögen im Erwerbsleben wird von der Gesetzlichen Rentenversicherung gleichbedeutend mit dem Begriff der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben verwandt. Diese Definition der Leistungsfähigkeit ist nicht identisch mit der Definition in der ICF. Vom Rentenversicherungsträger wird Leistungsfähigkeit vor dem Hintergrund der beruflichen Belastungs- und Gefährdungsfaktoren gesehen und nicht unter Test-, Standard-, Ideal- oder Optimalbedingungen. Somit sind die Maßstäbe der gutachterlichen AU-Bewertung für die GKV inhaltlich andere als jene für die Beurteilung des beruflichen (Rest-)Leistungsvermögens in der Gesetzlichen Rentenversicherung.

2.3.5 Funktionsfähigkeit

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]."

Funktionale Gesundheit

Im Vorwort zur deutschsprachigen Fassung der ICF wird definiert: *"Der Begriff der Funktionsfähigkeit eines Menschen umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit."*

Der Begriff *Funktionale Gesundheit* hat jedoch keine direkte Entsprechung im englischen Urtext und ist deshalb umstritten.⁸

2.3.6 Behinderungsbegriff der ICF

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 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

⁸ Cibis W. Der Begriff „Funktionale Gesundheit“ in der deutschsprachigen Fassung der ICF. Gesundheitswesen 2009; 71: 429– 432

- 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.

2.4 Weitere Begriffsdefinitionen

2.4.1 Behinderungsbegriff des SGB IX

Nach § 2 SGB IX liegt eine Behinderung nur dann vor, wenn

- körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit eines Menschen von dem abweichen, was für das Lebensalter als typischer Zustand bezeichnet werden kann und
- dieser Zustand mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate anhält und
- daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Abgeleitet ist diese Definition der Behinderung vom linearen Krankheitsfolgenmodell der WHO. Aus einer Schädigung resultieren eine Funktionsbeeinträchtigung (Aktivitätsbeeinträchtigung) und daraus die soziale Beeinträchtigung (Teilhabebeeinträchtigung).

Die persönliche Beeinträchtigung als Ursache von sozialer Beeinträchtigung und damit von Mangel an Teilhabe steht im Vordergrund.

2001 definierte die WHO den Behinderungsbegriff neu. Dieser Behinderungsbegriff, der sich aus der Konzeption der ICF ableitet, ist umfassender als der Behinderungsbegriff des SGB IX. Für die sozialmedizinische Begutachtung ist jedoch der Behinderungsbegriff des SGB IX verbindlich.

2.4.2 Der Teilhabebegriff im gesellschaftlichen Kontext

Der Begriff der Teilhabe ist in der ICF klar definiert (s.o.). In einem über die ICF hinausgehenden gesellschaftlichen Kontext entwickelt sich das Prinzip der Teilhabe immer mehr zu einem Leitkonzept sozialstaatlichen Handelns.

Die Identifizierung sozialer Ungleichheiten erfolgt dabei nicht mehr anhand traditioneller Indikatoren wie Einkommen oder Bildungsgrad, sondern fokussiert auf die Verwirklichungs-

chancen der Mitglieder einer Gesellschaft.⁹ Als Verwirklichungschancen gelten die Möglichkeiten und Fähigkeiten von Menschen, ein Leben führen zu können, für das sie sich selbstbestimmt entscheiden können. Diese hängen zum einen von individuellen Potenzialen (Geschlecht, Alter, Einkommen, Güterausstattung, Bildungsstand, Gesundheit, Behinderung) und zum anderen von den gesellschaftlich bedingten Chancen (Zugang zum Bildungssystem, Arbeitsmarkt, Gesundheitssystem etc.) ab. Die zunehmende Orientierung der Gesundheits- und Sozialpolitik am Teilhabekonzept lässt sich besonders am SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – aus dem Jahr 2001 erkennen.

Durch dieses Gesetz hat der Begriff Teilhabe Eingang in das deutsche Sozialrecht gefunden und damit einen politisch rechtsverbindlichen Charakter für Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen bekommen. Teilhabe wird als sozialpolitisches Konzept für die Selbstbestimmung behinderter Menschen definiert und löst damit auf der sozialrechtlichen Ebene alte Konzepte der Fürsorge und Versorgung ab.

Nach § 5 SGB IX werden als Leistungen zur Teilhabe erbracht:

- *Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,*
- *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,*
- *unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen und*
- *Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.*

⁹ Das Teilhabekonzept geht auf den Ökonomen, Philosophen und Nobelpreisträger Amartya Sen zurück. Hier zitiert nach: Nölting, B. Das Teilhabekonzept als Herausforderung für die Ostdeutschlandforschung, September 2008 (URL: <http://www.ztg.tu-berlin.de/innovationsverbund-ostdeutschlandforschung/download/TeilhabeNoelting.pdf> Stand: 4.12.2009)

3 Bedeutung der ICF für eine Begutachtung nach bio-psycho-sozialen Gesichtspunkten

In der (sozial)medizinischen Begutachtung ist nach wie vor initial eine problem- bzw. defizitorientierte Betrachtung erforderlich, um leistungsbegründende Sachverhalte im Zusammenhang mit z. B. kurativer Behandlung, Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung oder Pflegebedürftigkeit identifizieren zu können. Um aber zu einer sozialmedizinischen Empfehlung mit Ableitung z. B. zweckmäßiger Interventionen zu gelangen, bedarf es zusätzlich der Berücksichtigung aller hinsichtlich des Anlasses relevanten Aspekte. Das bedeutet, dass natürlich auch der ressourcenorientierte Ansatz gleichermaßen bei der Betrachtung berücksichtigt werden muss. Die Konzeption der ICF ist für den Gutachter an dieser Stelle ein wertvolles Hilfsmittel, da die ihr innewohnende Systematik dazu beiträgt, die vorliegenden Sachverhalte leichter miteinander in Beziehung zu setzen.

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

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

Neben der medizinischen Sachaufklärung eines Gesundheitsproblems können im Rahmen der Fragestellungen der GKV mit der ICF vor allem die Auswirkungen dieses Gesundheitsproblems auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen (Hauswirtschaft, Familie u. a.) beschrieben werden. Je nach Trägerzuständigkeit wird sich die Zielsetzung der Leistungen zur Teilhabe unterschiedlich gestalten (z. B. Krankenversicherung: "Reha vor Pflege"– Rentenversicherung: "Reha vor Rente").

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

Die **Befunderhebung** schließt ein:

- allgemeine und unauffällige Organbefunde,
- relevante Struktur- und Funktionsschädigungen,
- Krankheitsauswirkungen sowohl im Sinne von vorübergehenden als auch voraussichtlich nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten,

- drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen und
- vorübergehend oder dauerhaft existente, relevante Kontextfaktoren.

Der **Erfassung der Funktionsfähigkeit** sowie **der Kontextfaktoren** dienen:

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

Die klassische Anamneseerhebung beschränkt sich häufig auf Angaben zu Gesundheitsproblemen (akute oder chronische Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Traumata) sowie Schädigungen von Körperfunktionen oder -strukturen. Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe werden oft gar nicht oder nur zufällig erhoben. Eine systematische Nachfrage nach diesen Komponenten der Gesundheit erfolgt bislang nicht regelhaft. Auch Kontextfaktoren werden nur unzureichend oder nicht systematisch erfasst.

Neben der anamnestischen Erhebung des Gesundheitsproblems und der Krankheitsauswirkungen sind mit der Berufs-, Sozial- und Familienanamnese relevante hemmende und fördernde umwelt- und personbezogene "Kontextfaktoren" i. S. von Barrieren oder Förderfaktoren/Ressourcen zu erfassen. Ihr Einfluss auf die Prognose und den Erfolg möglicher Interventionen darf bei der sozialmedizinischen Beurteilung nicht unterschätzt werden und ist deshalb stets zu berücksichtigen.

Fallbeispiel *Aufgrund einer Rheumatoid-Arthritis (Gesundheitsproblem) hat der Versicherte einen entzündlichen Erguss im Kniegelenk (Schädigung der Körperstruktur) und eine zunehmende Bewegungseinschränkung (Schädigung der Körperfunktion). Es resultiert eine deutliche Einschränkung der Gehfähigkeit (Beeinträchtigung der Aktivität), die trotz Verordnung von Unterarmgehstützen (positiver Umweltfaktor) zu einer vorübergehenden AU (Beeinträchtigung der Teilhabe) führt.*

Die sozialmedizinischen Empfehlungen zur Indikation von Leistungen als auch Zuweisungsempfehlungen werden fundierter und nachvollziehbarer und können so zu einer Vereinheitlichung und Qualitätsverbesserung der Begutachtung beitragen.



Durch die Anwendung der ICF ändert sich am Ablauf der sozialmedizinischen Begutachtung im Prinzip nichts. Allerdings kann unter Anwendung der ICF-Konzeption die Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Gutachtens erhöht werden.

3.1 Begutachtung von Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

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

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können gemäß SGB IX aber nur dann erbracht werden, wenn die Teilhabe eines Menschen an für ihn relevanten Lebensbereichen, wie Schule, Erwerbsleben oder Selbstversorgung, krankheitsbedingt bedroht oder bereits beeinträchtigt ist.

Dieser Leistungsanspruch ist mit dem Teilhabe-Aspekt der ICF eng verbunden. Eine rein biomedizinische Krankheitsbetrachtung (Diagnose und Befunde) kann Leistungen zur Teilhabe sozialrechtlich gesehen nicht ausreichend begründen. Erst unter Berücksichtigung der Krankheitsauswirkungen vor dem jeweiligen persönlichen Hintergrund (bio-psycho-soziale Wechselwirkungen) kann beurteilt werden, ob die Teilhabe längerfristig beeinträchtigt oder zumindest bedroht sein wird.

In diesem Zusammenhang erleichtert die ICF mit ihrer Systematik das Erkennen und Nachvollziehen der Indikationskriterien von Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation sowie die Zuweisungsempfehlung (Allokation).

3.1.1 Begutachtung von Vorsorgeleistungen gemäß § 23 SGB V

Leistungen zur medizinischen Vorsorge mit primärpräventivem Ansatz sind indiziert, wenn Risikofaktoren (z. B. umwelt- oder personbezogene negativ wirkende Kontextfaktoren) erkennbar sind oder Gesundheitsstörungen vorliegen, die in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen können.

Leistungen zur medizinischen Vorsorge mit sekundärpräventivem Ansatz sind indiziert, wenn bereits (chronische) Krankheiten mit Schädigungen von Struktur und Funktion vorliegen, länger dauernde oder bleibende Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe aber noch nicht eingetreten sind und (weiterhin) vermieden werden sollen.

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

Insbesondere für die Begutachtung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird die ICF als ein unverzichtbares konzeptionelles und begriffliches Bezugssystem gesehen. Die umfassende Betrachtungsweise erlaubt es, die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen

der Alltags- und/ oder beruflichen Aktivitäten eines chronisch kranken oder behinderten Menschen adäquat zu erfassen.

Die Strukturierung der ICF hilft dem Gutachter, die Indikation zur medizinischen Rehabilitation zu erfassen, eine Allokationsempfehlung auszusprechen und diese Begutachtungsschritte nachvollziehbar darzustellen.

Zielsetzung der Rehabilitation ist die Wiederherstellung oder wenigstens Verbesserung/-Minderung der eingetretenen Einschränkungen der Funktionsfähigkeit. Sie ist final orientiert, d.h. unabhängig von der auslösenden Ursache auf das angestrebte Rehabilitationsziel orientiert. Krankheitsauswirkungen (Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe) werden in den Mittelpunkt der beantragten Leistung gestellt. Parallel dazu fließen aber auch immer die umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren des Einzelfalls in die sozialmedizinische Empfehlung ein. Es kann sich hierbei um negative (Barrieren) oder positive (Förderfaktoren) Kontextfaktoren handeln.

Die Begutachtung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der sozialmedizinischen Empfehlung unter den Vorgaben der ICF ermöglicht eine einheitliche und systematische Beschreibung der rehabilitationsrelevanten Schädigungen mit den bestehenden Wechselwirkungen zu den Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe und negativen wie positiven Kontextfaktoren.

Die **Indikation** zur Rehabilitation wird unter Berücksichtigung der ICF-Konzeption nach folgenden Kriterien gestellt:

Rehabilitationsbedürftigkeit

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind indiziert, wenn

- auf der Grundlage von **rehabilitationsrelevanten Schädigungen**
 - Veränderungen der Körperstruktur (Heranziehen von z. B. Befunden bildgebender Verfahren)
 - Veränderungen der Körperfunktionen (z. B. durch körperliche Untersuchung feststellbar)
- **und** unter Berücksichtigung der **Kontextfaktoren** (Förderfaktoren/Ressourcen, Barrieren/Defizite)
 - Umweltfaktoren (z. B. Wohnverhältnisse, Treppe, Fahrstuhl, Angehörige, Leistungserbringer)
 - Personbezogene Faktoren (Eigenschaften und Attribute der Person)
- voraussichtlich nicht nur vorübergehende **Beeinträchtigungen der Aktivitäten** vorliegen (> 6 Monate)

- **oder Beeinträchtigungen der Teilhabe** drohen oder bereits bestehen (ggf. Nutzung von Assessmentverfahren).



Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer Ansatz erforderlich, der über die Möglichkeiten der kurativen Versorgung hinausgeht.

Rehabilitationsfähigkeit

Bei Anwendung der ICF sind für die Rehabilitationsfähigkeit nach § 9 der Rehabilitations-Richtlinie in diesem Zusammenhang zwei weitere Aspekte zu berücksichtigen:

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

Ein Versicherter ist nämlich nur dann rehabilitationsfähig, wenn er aufgrund seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzt.



Für die geriatrische und neurologische Rehabilitation gelten angepasste Eingangskriterien.

Für die Sonderform der mobilen Rehabilitation existieren spezielle Kriterien.

Rehabilitationsziele

Übergeordnetes Ziel ist es, Behinderung einschließlich Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder deren Verschlimmerung zu vermeiden. Dabei können Einzelziele benannt werden, die auf Funktions- und Strukturschäden, Beeinträchtigungen von alltagsrelevanten Aktivitäten und der Teilhabe oder ungünstige Kontextfaktoren fokussieren.



Es muss sich um realistische und alltagsrelevante Ziele handeln, die in einem angemessenen Zeitraum zu erreichen sind.

Rehabilitationsprognose

Bei der Rehabilitationsprognose handelt es sich um eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf der Basis

- des bisherigen Krankheitsverlaufes

- der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung der positiven Kontextfaktoren
- der alltagsrelevanten realistischen Rehabilitationsziele

bei gleichzeitiger Berücksichtigung relevanter person- und umweltbezogener Kontextfaktoren (Motivation, Familie, häusliche Versorgung, Arbeitsplatz u. a.).

3.1.3 Begutachtung von Vorsorgeleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß §§ 24/41 SGB V

Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen nach den §§ 24 bzw. 41 SGB V stellen eine Sonderform der stationären medizinischen Vorsorge- bzw. medizinischen Rehabilitationsleistung dar. Die Kriterien der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsindikation sind identisch mit denen, die für Leistungen nach §§ 23 bzw. 40 SGB V gelten. Es wird daher darauf verzichtet, diese erneut darzustellen.

Mütter- bzw. väterspezifische Lebenszusammenhänge (Kontextfaktoren) sind bei der Beurteilung, ob eine Indikation für die beantragte Leistung vorliegt, von besonderer Bedeutung. Zur Erfassung dieser Kontextfaktoren stellt die ICF die geeigneten gedanklichen und sprachlichen Mittel zur Verfügung.

Neben den auch für Leistungen nach § 23 bzw. § 40 geltenden Zielen, verfolgen diese Leistungen ergänzend das Ziel, den spezifischen Gesundheitsrisiken von Müttern und Vätern entgegenzuwirken und dies unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen.

3.2 Begutachtung von ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation

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

3.2.1 Patientenschulungsmaßnahmen gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V und Rehabilitationssport/Funktionstraining gemäß § 44 Abs. 1 SGB IX

Patientenschulungsmaßnahmen, Rehabilitationssport und Funktionstraining sollen helfen, das Krankheitsverständnis, den gesundheitsfördernden Umgang mit einer chronischen Krankheit oder einer Behinderung sowie Fremd- und Selbsthilfepotenziale zu entwickeln und zu festigen.

Patientenschulungsmaßnahmen dienen der Verbesserung des Krankheitsverständnisses und verfolgen, bezogen auf die Systematik der ICF, im Kern das Ziel, die Kontextfaktoren positiv zu beeinflussen. Sie sind Maßnahmen, die vorwiegend von Vertragsärzten angeboten

werden und müssen inhaltlich festgelegten wissenschaftlichen und formalen Vorgaben gerecht werden.

Rehabilitationssport und Funktionstraining sollen dazu beitragen, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern und damit die Teilhabe zu ermöglichen/verbessern. Mit diesem Anspruch gehen die Ziele von Rehabilitationssport und Funktionstraining über die Ziele der Heilmittel hinaus, die vorwiegend auf Verbesserungen von Körperfunktionen und Aktivitäten ausgerichtet sind. Die Systematik der ICF kann die Abgrenzung von Funktionstraining oder Rehabilitationssport z.B. gegenüber Heilmittelverordnungen erleichtern.

Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen ein.

Funktionstraining wirkt mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke usw.).

Beide Leistungen werden mit der Absicht verordnet, Hilfe zur Selbsthilfe zu ermöglichen.

3.2.2 Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder gemäß § 43 Abs. 2 SGB V

Für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche erbringen die Krankenkassen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

Bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern/Jugendlichen kann sich die häusliche Versorgungssituation nach der Entlassung aus der Krankenhausbehandlung oder einer Rehabilitationseinrichtung oft als schwierig erweisen. Sofern Eltern und Betreuungspersonen mit der Versorgungssituation im häuslichen Bereich überfordert sind, kann sozialmedizinische Nachsorge initial als Hilfe zur Selbsthilfe unterstützend und entlastend wirken.

Da Diagnosen allein keine Rückschlüsse auf den komplexen Versorgungsbedarf für die Leistungen der sozialmedizinischen Nachsorge zulassen, erweist sich die ICF auch hier als wesentliche konzeptionelle und begriffliche Grundlage, um im Einzelfall die anspruchsberechtigten Kinder und Jugendlichen zu erkennen.

3.3 Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit (AU)

Krankheit ist zwar eine notwendige Voraussetzung für AU, jedoch kein allein ausfüllendes Kriterium, um auch Arbeitsruhe zu begründen. Arbeitsunfähigkeit ist erst dann zu attestieren,

wenn aufgrund von Krankheit und deren Auswirkungen (Krankheitsfolgen) Beeinträchtigungen von Aktivitäten vorliegen, die die Ausübung der konkreten versichertenbezogenen Tätigkeit nicht mehr möglich machen (bzw. die Fortsetzung dieser konkreten versichertenbezogenen Tätigkeit zur Verschlimmerung der Krankheit beitragen würde).

Die aufgeführten Aspekte von Krankheit, Beeinträchtigung von Aktivitäten und der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung (hier: AU) können in Anlehnung an das bio-psycho-soziale Modell der ICF (siehe Abb. 2) übersichtlich strukturiert werden.

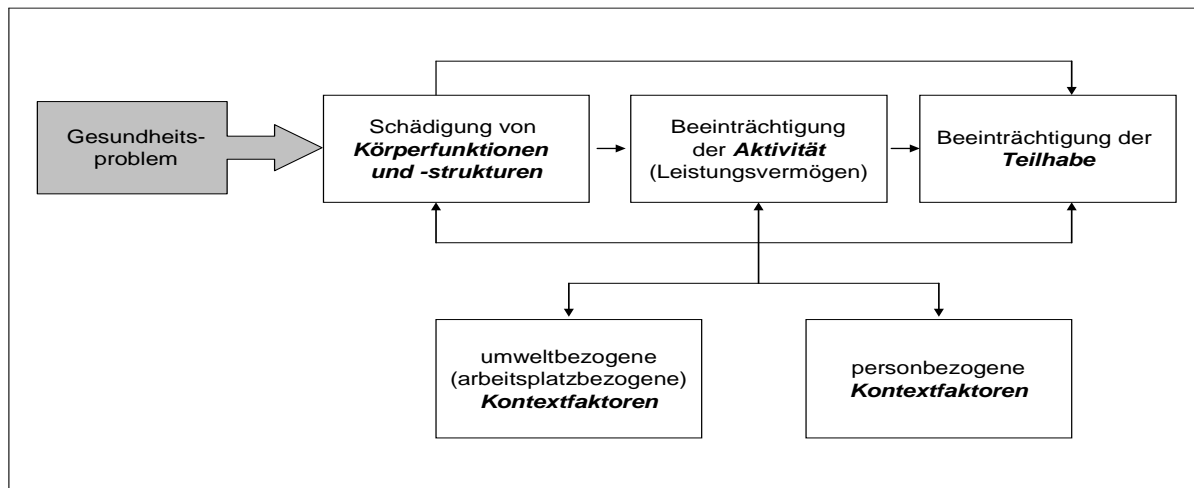


Abb. 5: Krankheitsfolgen und deren Auswirkungen auf die Teilhabe (AU)

Die Beurteilung tätigkeitsbezogener Aktivitäten sowie arbeitsplatzbezogener Kontextfaktoren stellt einen Schwerpunkt in der Begutachtung von AU dar.

Fragen des Auftraggebers beziehen sich überwiegend auf das Leistungsvermögen in Bezug auf den konkreten Arbeitsplatz. Bei Arbeitslosen wird nach dem Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt in Form eines positiven oder negativen Leistungsbildes gefragt. Die Beurteilung stellt den Gutachter nicht selten vor die Schwierigkeit, zu erkennen, inwieweit die erhobenen Befunde durch personbezogene Kontextfaktoren beeinflusst werden und dies der Beendigung der AU entgeht.

Im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung kann auf förderlich wirkende Umweltfaktoren (Hilfsmittel, Umfeld- und Arbeitsplatzanpassungen) hingewiesen werden, mit denen die Arbeit am bestehenden Arbeitsplatz weiterhin möglich ist und eine Wiederaufnahme der Tätigkeit wahrscheinlich wird (z.B. im Rahmen beruflicher Rehabilitation).

Beim Abgleich des Leistungsvermögens mit der Bezugsgröße "konkreter Arbeitsplatz" spielen Arbeitsplatzbeschreibungen und die Ausführungen des Versicherten eine zentrale Rolle. Erst in Kenntnis des für den Beruf und die spezielle Tätigkeit erforderlichen *tätigkeitsbezogenen Anforderungsprofils* lässt sich abschätzen, ob die erforderlichen Aktivitäten mit der gebotenen Dauer und Intensität erbracht werden können.

Das **tätigkeitsbezogene Anforderungsprofil** ist dabei die Gesamtheit aller qualitativen und quantitativen Merkmale des konkreten Arbeitsplatzes oder einer genau definierten beruflichen Tätigkeit. Es umfasst sowohl die körperlichen und mentalen als auch die psychischen Anforderungen und berücksichtigt dabei die Integration in eine Arbeitsorganisation. Tätigkeitsbezogenes Anforderungsprofil und tätigkeitsrelevante Umweltfaktoren werden im Folgenden als *arbeitsplatzbezogener Kontext* bezeichnet.

Der **arbeitsplatzbezogene Kontext** umfasst sowohl die

- spezifischen Merkmale der Tätigkeit als auch
- äußere Bedingungen (Umweltfaktoren) des Arbeitsplatzes, z.B. Lärm, Kälte, Hitze
- und weitere Qualitäten, wie Arbeitsklima, Stressfaktoren und interpersonelle Beziehungen.

Der Gutachter bedient sich bei der Beschreibung des Leistungsvermögens der Angabe des positiven und negativen Leistungsbildes. Hier können die arbeitsmedizinischen Begriffe der Arbeitsdauer/-zeit und der Arbeitsschwere eingesetzt werden.

Tabelle 6: positives / negatives Leistungsbild

Positives Leistungsbild	<ul style="list-style-type: none"> - bildungsfähig und Wissensanwendung für einfache Aufgaben (z. B. Teilnahme an Schulungsmaßnahmen). - kommunikations- und interaktionsfähig (z. B. Verstehen und Umsetzen von Arbeitsanweisungen). - wegefähig (für ortsübliche Wegstrecken, z. B. 4 x 500 m in weniger als 20 Minuten oder 2 x tgl. Teilnahme am öffentlichen Personennahverkehr). - untermittelschichtiges Leistungsvermögen 3 bis unter 6 Std./Tag vollschichtiges Leistungsvermögen 6 und mehr Std./Tag. - Leistungsvermögen für leichte körperliche Tätigkeit. - Realisierung der Selbstversorgung
Negatives Leistungsbild	<p>Ausschluss von</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitätsanforderungen wie Heben und Tragen schwerer Lasten, Überkopfarbeit, - Kundenkontakt/Publikumsverkehr sowie - umweltbezogener Risikofaktoren, die das Leistungsvermögen beeinträchtigen oder zu einer Verschlimmerung der kompensierten Schädigungen führen können (z.B. Zufriedenheit, Motivation)

Nicht selten wird der MDK-Gutachter mit dem Umstand konfrontiert, dass das von ihm im Rahmen der Begutachtung erhobene Aktivitätsniveau vom Betroffenen selbst so nicht gesehen wird. Eine Differenz zwischen dem vom Gutachter erhobenen ("objektiven") und vom Versicherten dargelegten ("subjektiven") Aktivitätsniveau kann in den personbezogenen Kontextfaktoren begründet sein. An dieser Stelle sind neben der fachlichen Erfahrung des Gutachters auch sozialmedizinische Kenntnisse gefragt. Es gilt sensibel zu eruieren, ob und welche personbezogenen Kontextfaktoren des Betroffenen in der Beurteilung zu berücksichtigen sind.

In der ICF sind die personbezogenen Kontextfaktoren bislang noch nicht mit entsprechenden Kapiteln und Items besetzt. Eine strukturelle und inhaltliche Vorgabe dieser Komponente ist aus sozialmedizinischer Sicht jedoch unverzichtbar. Es entspricht täglicher sozialmedizinischer Erfahrung, dass gerade die personbezogenen Kontextfaktoren das Verhalten von Versicherten bei AU entscheidend mitbestimmen. Aus diesem Grund hat die SEG 1 im Auftrag und für die MDK-Gemeinschaft einen Vorschlag unterbreitet, wie die Komponente der "Personbezogenen Kontextfaktoren" ausgefüllt werden kann. Seit September 2006 ist die Ausgestaltung dieser Komponente durch die MDK-Gemeinschaft konsentiert und fester Bestandteil der Arbeitshilfe „ICF“.

3.4 Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

Im Sinne des Gesetzes gelten Personen als pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer (voraussichtlich für mindestens 6 Monate) in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Pflegebedürftigkeit resultiert aus krankheitsbedingten *Schädigungen* und *Beeinträchtigungen*. Sie ist kein statischer Zustand sondern unterliegt den *dynamischen Wechselwirkungen* zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und ihren *Kontextfaktoren*. Es kommt daher in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit vor allem darauf an, die Schädigungen von Funktionen und Strukturen, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe sowie die relevanten Kontextfaktoren so differenziert zu beschreiben, wie es für eine fundierte Beurteilung der Pflegebedürftigkeit notwendig ist. Das bio-psycho-soziale Modell der ICF bietet dafür den geeigneten konzeptionellen und sprachlichen Rahmen.

In den Begutachtungs-Richtlinien zur Pflegebedürftigkeit nach SGB XI wird auf die Systematik der ICF fortlaufend Bezug genommen. Danach ist es Aufgabe des Gutachters, den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem individuellen Hilfebedarf und der Krankheit/Behinderung zu prüfen. Er soll aus den Beeinträchtigungen der Aktivitäten den individuellen Hilfebedarf auf der Grundlage der in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen des täglichen Lebens ermitteln. Aus der Gesamtschau der Pflegesituation ist ein individueller Pflegeplan zu entwerfen, der auch Aussagen darüber enthält, ob bei den festgestellten Beeinträchtigungen und unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren, Heil- oder Hilfsmittel oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich sind, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Dabei gilt die Gleichbehandlung von körperlich, geistig und psychisch bedingten Beeinträchtigungen.

Die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags im Rahmen der Pflegebegutachtung zu einer möglichen Rehabilitationsindikation Stellung zu nehmen, wird durch die Orientierung der

Pflegebegutachtung an der ICF-Konzeption erleichtert. Sowohl in der Pflegebegutachtung als auch bei der Indikationsstellung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden alltagsrelevante, nicht nur vorübergehende Aktivitätsbeeinträchtigungen erfasst.



Es ist bei der Begutachtung zu berücksichtigen, dass nicht die Schwere der Erkrankung oder Behinderung, sondern allein der aus der konkreten Schädigung und Beeinträchtigung der Aktivitäten resultierende Hilfebedarf in Bezug auf die gesetzlich definierten Verrichtungen als Grundlage für die Bestimmung der Pflegebedürftigkeit dient.

3.5 Begutachtung von 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). Ausgeschlossen sind Hilfsmittel, die als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind oder solche, die ausdrücklich in § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat diese sozialgesetzlich definierten Voraussetzungen in den Richtlinien über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Hilfsmittel-Richtlinie“) als Versorgungsanspruch aufgenommen. Zu den allgemeinen Verordnungsgrundsätzen heißt es:

"Die Notwendigkeit für die Verordnung von Hilfsmitteln (konkrete Indikation) ergibt sich nicht allein aus der Diagnose. Unter Gesamtbetrachtung (ICF) der funktionellen / strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), der noch verbliebenen Aktivitäten und einer störungsbildabhängigen Diagnostik sind der Bedarf, die Fähigkeit zur Nutzung, die Prognose und das Ziel einer Hilfsmittelversorgung auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Anforderungen zu ermitteln. Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für das angestrebte Behandlungsziel zu berücksichtigen."

Die Hilfsmittel-Richtlinie fordert somit vom verordnenden Arzt ausdrücklich die Beachtung der ICF im Rahmen der Hilfsmittelverordnung.

Gleiches gilt auch für die ärztliche Begutachtung einer Hilfsmittelversorgung. In der sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung ist primär die Frage zu klären, ob unter Berücksichtigung der Schädigungen, Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe und der relevanten Kontextfaktoren, mit dem verordneten Hilfsmittel das angestrebte Versorgungsziel erreicht werden kann.

3.6 Begutachtung von Heilmitteln

Die Auswahl und Anwendung eines Heilmittels hängt laut Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) von 2004 von der Ausprägung und dem Schweregrad einer Erkrankung sowie von dem mit der Verordnung angestrebten Therapieziel ab. Für die Verordnung ist somit die **Leitsymptomatik** entscheidend und damit nicht allein die Diagnose, sondern die Krankheitsauswirkung(en) auf die Funktionsfähigkeit einer Person.

Maßnahmen der Physikalischen Therapie einschließlich Podologie sowie der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie setzen bei den Krankheitsauswirkungen auf der Körperebene an, also bei den Schädigungen der Körperfunktion und -struktur.

Maßnahmen der Ergotherapie hingegen erweitern die Therapieoptionen um die Ebene der Aktivitäten, indem sie unter Berücksichtigung positiver wie negativer Kontextfaktoren speziell die Beeinträchtigungen dieser Ebene im Fokus haben.

Heilmittel als Einzelleistung können durchaus aber auch eine rehabilitative Zielsetzung verfolgen, nämlich die Vermeidung oder Verminderung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe. Erst wenn Heilmittel als Einzelleistung nicht ausreichen, andauernde Krankheitsauswirkungen auf die Funktionsfähigkeit positiv zu beeinflussen, müssen komplexe, interdisziplinäre Leistungen im Rahmen einer Leistung der medizinischen Rehabilitation in Betracht gezogen werden.

3.7 Begutachtung von Arzneimitteln

Mit wenigen gesetzlichen Ausnahmen sind alle zugelassenen, verschreibungspflichtigen Arzneimittel grundsätzlich verordnungsfähig und damit Leistung der GKV. In der sozialmedizinischen Einzelfallbegutachtung spielen sie daher eine eher untergeordnete Rolle.

Arzneimittel mit nicht ausreichend gesichertem therapeutischem Nutzen dürfen nach § 9 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Arzneimittel-Richtlinie“) nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden. Im Rahmen dieser Prüfung nach § 9 der Arzneimittel-Richtlinie steht neben Mortalität und Morbidität der funktionelle patientenrelevante Nutzen im Fokus. Hierbei ist die ICF hilfreich.

Für nicht zur Regelversorgung zählende Arzneimittel wie zum Beispiel Off-Label-Use oder einzelimportierte Arzneimittel ist die Leistungserbringung der Krankenkassen an komplexe medizinische, arzneimittelrechtliche und sozialrechtliche Bedingungen geknüpft. Der MDK-Gutachter wird hierbei, je nach Fragestellung, auch zu den Auswirkungen dieser Erkrankung unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren Stellung nehmen.

4 Anwendungsbeispiele

4.1 Einführung

Aus der Perspektive des sozialmedizinischen Gutachters ist die ICF ein Werkzeug zur Strukturierung von Gesundheitsproblemen einer Person und deren Auswirkungen in konkreten Lebensumständen. Die festgestellten Sachverhalte können vom Gutachter in Beziehung zu den sozialrechtlich relevanten Entscheidungskriterien gesetzt werden. Die ICF ermöglicht in der sozialmedizinischen Begutachtung eine einheitliche Systematik und verbessert die Nachvollziehbarkeit. Die nachfolgend aufgeführten Anwendungsbeispiele enthalten:

- (1) eine fallbezogene sozialmedizinische Fragestellung, ggf. Anlassschlüssel, Begutachtungssituation, Unterlagen
- (2) die Darstellung der Krankengeschichte einer Person einschließlich der Auswirkungen auf die aktuellen Lebensumstände, ggf. mit Anforderungsprofil am konkreten Arbeitsplatz
- (3) die Fallstrukturierung gemäß der Gliederung der Komponenten der ICF in:
 - ◆ Gesundheitsprobleme (Gesundheitsstörungen und Krankheiten),
 - ◆ Funktionsschädigungen,
 - ◆ Strukturschädigungen,
 - ◆ Aktivitäten und Beeinträchtigung von Aktivitäten,
 - ◆ Teilhabe und Beeinträchtigung der Teilhabe,
 - ◆ umweltbezogene/arbeitsplatzbezogene Barrieren und Förderfaktoren,
 - ◆ personbezogene Barrieren und Förderfaktoren
 und die Zuordnung relevanter Items.

Methode zur Strukturierung unter Berücksichtigung der Komponenten der ICF

Komponenten der ICF und dafür verwendete Abkürzungen:

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

- (4) Zusammenfassende Darstellung in Form einer bio-psycho-sozial fundierten Epikrise und daraus abgeleitet die Sozialmedizinische Beurteilung unter Verwendung der Begrifflichkeiten der ICF.
- (5) Erläuterung des Nutzens der ICF im jeweiligen Fallbeispiel.

Anhand der nachfolgenden Fallbeispiele kann im Selbststudium ein an der Systematik der ICF orientierter Begutachtungsablauf geübt werden. Dabei soll jedoch keinesfalls ein verbindlicher Maßstab für den Umfang und die Detailliertheit der gutachterlichen Stellungnahme vorgegeben werden.

Die Fallbeispiele verfolgen im Wesentlichen zwei Lernziele:

1. Der Gutachter soll sich anhand ausführlicher Fallstrukturierungen mit der Konzeption und Systematik der ICF vertraut machen (Beispiel: Vorsorge).
2. Der Gutachter soll befähigt werden, die ICF in der täglichen Begutachtungspraxis sinnvoll zu nutzen (Beispiele: Rehabilitation/AU).

4.2 Medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter

(1) Sozialmedizinische Fragestellung:

Ist eine medizinische Vorsorgeleistung als Mutter-Kind¹⁰-Leistung medizinisch indiziert oder kommen alternative Angebote in Frage?

Begutachtungssituation:

Gutachten per Aktenlage

Unterlagen:

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

(2) Krankengeschichte und Fallstrukturierung:

Krankengeschichte:

23-jährige,
allein stehende,
untergewichtige (BMI 18) Frau,
Mutter von 2 Kindern im Alter von 5 und 6 Jahren.
Lebt in einer Großstadt
In einem Stadtteil mit überwiegend fremdsprachigen Mitbürgern.
Schulbildung: Hauptschulabschluss. Eine Lehre als Friseurin habe sie wegen Schwangerschaft abbrechen müssen.
Mit dem Vater der Kinder lebe sie schon lange nicht mehr zusammen, er sei arbeitslos und komme nur, wenn er Geld brauche. Er kümmere sich auch schon lange nicht mehr um die Kinder und nehme sie ihr auch nicht für kurze Zeit ab.

Fallstrukturierung:

Alter, wenig Lebenserfahrung
fehlende Unterstützung
Risikofaktor, Konstitution
frühe Mutterrolle ohne familiäre Unterstützung
Verfügbarkeit unterstützende Dienste
eingeschränkte Kommunikation aufgrund sprachlicher und kultureller Unterschiede
ohne Berufsabschluss
fehlende Unterstützung

¹⁰ Die Kind-Problematik bleibt im Folgenden unberücksichtigt.

Krankengeschichte:

Sie selbst sei ebenfalls arbeitslos,

gelegentlich arbeite sie stundenweise als Verkäuferin. Wegen der Kinder mache das jedoch jedes Mal Probleme.

Ihre Eltern wohnen zwar in der Nähe, seien aber nicht bereit, sich um die Kinder zu kümmern. Auch sonst habe sie keine zuverlässigen Freunde oder Bekannte, bei denen sie die Kinder lassen könne.

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

Die Kinder seien zwei bis dreimal in der Woche im Kindergarten. Oft gehen sie aber an unterschiedlichen Tagen dorthin, so dass sie manchmal die ganze Woche nicht ohne ein Kind sei.

Außerdem machten die Kinder häufig Probleme, wenn sie in den Kindergarten gehen sollen.

Gelegentlich sei sie auch schon von anderen Eltern angesprochen worden, sie solle ihre Kinder zuhause lassen, weil diese so aggressiv seien.

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

Die Kinder würden kaum auf sie hören.

Sie wohne in sehr beengten Verhältnissen und hat demzufolge keine Rückzugsmöglichkeiten.

Sie leide darunter, dass sie kaum noch ihr eigenes Leben gestalten könne, so könne sie z. B. abends nicht weggehen und

habe keine Möglichkeit, noch einmal einen Mann kennen zu lernen.

Sie leide häufig unter Kopf- und Rückenschmerzen, sie sei ständig müde, könne aber schlecht einschlafen, außerdem sei sie lustlos.

Sie komme sich unattraktiv vor.

Sie rauche seit ihrem 15. Lebensjahr, mittlerweile 2 Schachteln am Tag

Fallstrukturierung:

ohne/gelegentliche Arbeit, Arbeitslosengeld

Teilhabe am Erwerbsleben

fehlende Unterstützung

geringe finanzielle Mittel

unterstützende Vorschuldienste

Mutter-Kind-Interaktion

Fremdeinstellungen

soziale Kompetenz

Funktion der psychischen Energie und des Antriebs, Durchhaltevermögen, Appetit

Mutter-Kind-Interaktion

Wohnverhältnisse

Freizeit

Beziehung, Lebensentwurf

Schmerzen

Antrieb, psychische Energie

Selbstwertgefühl

Drang nach Suchtmitteln

Krankengeschichte:

Gegenüber den Kindern sei sie häufig sehr gereizt, gelegentlich rutsche ihr auch schon einmal die Hand aus.

Sie berichtet, dass sie mit ihrem Haushalt gerade noch so zurechtkomme, sich aber nicht immer ausreichend um die Kinder kümmern könne.

Gelegentlich gehe sie auch einmal zu einem Kaffeekränzchen mit anderen Müttern aus der Umgebung, die sie auf dem Spielplatz treffe. Das gehe nur, wenn die Kinder im Kindergarten wären, andernfalls müsse sie die Kinder mitnehmen.

Sie habe Beratungsangebote angenommen.

In den Beratungsstellen hätte man ihr nicht ausreichend Hilfe anbieten können.

Sie sei mit den Kindern zur Abklärung einer Hyperaktivität auch schon beim Kinderarzt gewesen, es habe sich jedoch nichts ergeben.

Auch ihre Kopf- und Rückenschmerzen seien abgeklärt worden, ohne objektivierbaren Befund.

Sie sei jedoch fest entschlossen, an ihrer Situation etwas zu ändern, sie wisse nur nicht recht, wie sie das anfangen könne.

Fallstrukturierung:

soziale Kompetenz (geringe Konflikttoleranz), Impulskontrolle

häusliches Leben

Mutter-Kind-Interaktion

interpersonelle Beziehung

Einstellung/Motivation

Wirksamkeit unterstützender Dienste

Inanspruchnahme medizinischer Dienste

Schmerzen

Motivation

soziale Kompetenz

(3) Zusammenfassende Bewertung der Fallstruktur:

Gesundheitsprobleme:

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

Funktionsschädigungen:

- ◆ Kopf- und Rückenschmerzen, Drang nach Suchtmitteln, geringe psychische Energie, Antriebsarmut, fehlende Impulskontrolle

Strukturschädigungen:

- ◆ keine

Beeinträchtigung von Aktivitäten:

- ◆ keine

Beeinträchtigung der Teilhabe:

- ◆ Mutter-Kind-Interaktion: Schwierigkeiten
- ◆ Teilhabe am Erwerbsleben durch nicht ausreichende Kinderbetreuung erschwert, durch geringe finanzielle Mittel (arbeitslos) ist ferner die Teilhabe am wirtschaftlichen Leben beeinträchtigt.
- ◆ Freizeitangebote können nicht wahrgenommen, Kontakte und Beziehungen nicht geknüpft werden.

Umweltbezogener Kontext:

- ◆ fehlende familiäre und sonstige Unterstützung, beengte Wohnverhältnisse, negative Einstellung anderer Eltern, fehlende soziale Kontakte im Wohnumfeld. Unterstützende Fachleute und Dienste stehen in der Großstadt zur Verfügung.

Personbezogener Kontext:

- ◆ Risiken, Probleme und Schwierigkeiten wie Untergewicht, mangelndes Selbstwertgefühl, wenig Lebenserfahrung, frühe Mutterrolle, abgebrochene Berufsausbildung, Arbeitslosigkeit, wirtschaftlich unselbständig, Hilflosigkeit (fehlende Selbstwirksamkeit, geringe soziale Kompetenz), positive Einstellung gegenüber institutionellen Hilfen.

(4) Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung:

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

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

Die allein stehende, arbeitslose Versicherte erfährt keinerlei Unterstützung. Als Förderfaktor ist der Wille der Versicherten einzuschätzen, etwas an ihrer Situation ändern zu wollen, allerdings verfügt sie über kein ausreichendes Konzept zur Selbsthilfe.

Gesundheitsstörungen und das Gefühl der Überforderung als allein stehende Mutter einerseits sowie die schwierige Lebenssituation andererseits stellen ein Risiko zur Entwicklung behandlungsbedürftiger Krankheiten dar.

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

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

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

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

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

(5) Erläuterung des Nutzens der ICF

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

Die Gesundheitsprobleme und ihr möglicher Zusammenhang mit den Komponenten Aktivitäten und Teilhabe sowie den Kontextfaktoren können konkret herausgearbeitet und in der Epikrise prägnant zusammengefasst werden. Aus dieser Problemkonstellation resultiert das persönliche Bedürftigkeitsprofil, aus dem die notwendigen medizinischen Interventionen und persönlichen Beratungsangebote abzuleiten sind. Die Zuweisungsempfehlung für eine Medizinische Vorsorgeleistung für Mütter wird so unter Beachtung der Kontextfaktoren nachvollziehbar.

4.3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Geriatric)

Fragen von Krankenkassenmitarbeitern im Zusammenhang mit geriatrischer Rehabilitation werden überwiegend im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung bzw. während der noch laufenden Krankenhausbehandlung gestellt. Dabei handelt es sich in aller Regel um die Indikation zu einer Anschlussrehabilitation (AR). Die Anträge auf Anschlussrehabilitation sind bislang nicht durchgängig ICF-orientiert und variieren nach Kassenart/Bundesland.

(1) Fragestellung der Krankenkasse:

Ist eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation indiziert? Wenn ja, in welcher Form?

Begutachtungssituation:

Sozialmedizinische Fallberatung

Unterlagen:

- ◆ Antrag der Versicherten auf eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation
- ◆ AR-Antrag des Krankenhauses
- ◆ Leistungsauszug der Krankenkasse mit Angabe
 - zu Krankenhausaufenthalten: vier in den letzten 12 Monaten (Neurologie, Kardiologie, 2 x Unfallchirurgie wegen Stürzen)
 - zu Hilfsmitteln: Rollator, verordnet im letzten ½ Jahr
 - zu Heilmitteln Eintrag: KG 12 x zu Hause im letzten ½ Jahr

(2) Krankengeschichte:

Dem AR Antrag sind neben den Angaben zum personbezogenen Kontext (75-jährige verwitwete Versicherte, Wohngebiet am Rande einer Großstadt) die folgenden Diagnosen zu entnehmen:

- ◆ Hauptdiagnose: pertrochantäre Schenkelhalsfraktur rechts, ICD-10 S 72.1
- ◆ Neben-Diagnosen: KHK, Z.n. Herzinfarkt; insulinpflichtiger Diabetes mellitus mit Polyneuropathie

Der nachfolgend wiedergegebene, in der SFB vorgelegte AR-Antrag enthält auch Angaben zu folgenden Punkten:

bereits durchgeführte Therapien:	
<input checked="" type="checkbox"/> Operation	am <u>12.10.08</u> Welche? <u>TEP</u>
<input checked="" type="checkbox"/> stationäre Behandlung vom	<u>12.10.08</u> bis <u>E geplant in Kürze</u>
<input type="checkbox"/> andere Therapien (z. B. Heilmittel der letzten 12 Monate) ?	Welche/Anzahl? _____

Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf: Ängstlichkeit, verzögerte Mobilisierung

Barthel-Index	15 P.	10 P.	5 P.	0 P.	Erweiterte Aktivitäten des täglichen Lebens <i>momentan</i>	ja	nein
Essen/Trinken	/	Selbst. X	mit Unterstützung	Hilfsbedürftig	Selbst. Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel		X
Bett/Rollstuhl-Transfer	Selbst.	Geringe Unterst.	Erhebl. Unterst. X	Hilfsbedürftig	Selbst. Erledigen von Geschäftsangelegenheiten (Bank, Post, Behörden etc.)	?	
Waschen	/	/	Selbst.	Hilfsbedürftig X	Selbständiges Telefonieren	X	
Toilettenbenutzung	/	Selbst.	mit Unterstützung	Hilfsbedürftig X	Sich regelmäßig eine warme Mahlzeit zubereiten können		X
Baden	/	/	Selbst.	Hilfsbedürftig X	500m auf ebener Fläche ohne Pause gehen (eventuell mit Hilfsmitteln)		X
Gehen bzw. Rollstuhlfahren	Selbst. 50m	mit Hilfe 50m	Selbst. m. Rollstuhl X	Hilfsbedürftig			
Treppensteigen	/	Selbst.	mit Unterstützung	Hilfsbedürftig X	Besondere Versorgungsungen		
An/Auskleiden	/	Selbst.	mit Unterstützung	Hilfsbedürftig X	Tracheostoma		X
Darmkontrolle	/	Kontinent X	Gelegentl. inkont.	permanent inkontinent	PEG		X
Blasenkontrolle	/	Kontinent	Gelegentl. inkont. X	permanent inkontinent	Blasenkatheter		X
Summe in den Spalten					Künstlicher Darmausgang		X

Gesamtpunktzahl Barthel-Index: **35**

5. Weitere für die Durchführung der Rehabilitation relevante und erhebliche Störungen, soweit nicht schon unter Punkte 4 erfasst:

- kognitive Störungen _____
- psychische Störungen **Angst vor Stürzen**
- Schmerzen _____
- sonstige erhebliche Störungen _____
(z. B. Prothesen/Dialyse/Blindheit/Aphasie)

Rehabilitationsziele laut AR-Antrag:

- Reduktion der Schmerzen,
- Verbesserung der Muskelkraft, der muskulären Ausdauer,
- Vermeidung weiterer Stürze,
- Verbesserung der Mobilität in der Wohnung,
- Verbesserung der Selbstversorgungsfähigkeit soweit, dass Verbleib in der Häuslichkeit möglich ist

Rehabilitationsprognose laut Antrag: *günstig*

Allokationsempfehlung laut Antrag: *stationär, weil allein lebend und häusliche Versorgung nicht sichergestellt*

Angaben der Versicherten aus dem Antragsformular:

6. Beziehen Sie Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> wurden beantragt	
		<input checked="" type="checkbox"/> sollen beantragt werden	
7. Angaben zur sozialen Situation			
Leben Sie	<input checked="" type="checkbox"/> zuhause	<input checked="" type="checkbox"/> allein	<input type="checkbox"/> in einer Pflegeeinrichtung
		<input type="checkbox"/> mit Angehörigen	<input type="checkbox"/> in einem Altenheim/Altenwohnheim
		<input type="checkbox"/> mit sonstigen Personen	
Ist Ihre häusliche Versorgung sichergestellt?	?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> besondere Belastungen	
		Art: _____	
Ist für Sie ein Betreuer bestellt?		<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

(3) Zusammenfassende Fallstrukturierung gemäß ICF

Gesundheitsprobleme nach ICD-10

- ◆ Schenkelhalsfraktur rechts
- ◆ KHK, Z n. Herzinfarkt
- ◆ insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Polyneuropathie

Funktionsschädigungen:

- ◆ Einschränkung Muskelkraft und muskuläre Ausdauer
- ◆ Schmerzen
- ◆ Herzfunktion: Ventrikelfunktion eingeschränkt, EF < 40, NYHA II-III
- ◆ eingeschränkte Insulinsekretion

Strukturschädigungen:

- ◆ Sarkopenie
- ◆ Ventrikeldilatation

Beeinträchtigung von Aktivitäten nach ICF:

- ◆ eine Körperposition ändern
- ◆ in derselben Körperposition verbleiben, wie sitzen bleiben
- ◆ gehen und sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen
- ◆ Selbstversorgung z.B. sich waschen, die Toilette benutzen, sich kleiden

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

- ◆ Häusliches Leben, z.B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen
- ◆ Interpersonelle Beziehungen zu z.B. Familie, Bekannten
- ◆ Gemeinschaftsleben

Umweltbezogener Kontext:

Barrieren:

- ◆ allein lebend
- ◆ Stadtrand
- ◆ Wohnung im 1. Stock

Förderfaktoren:

- ◆ wirtschaftlich abgesichert (Rentnerin)

Personbezogener Kontext:

Förderfaktoren:

- ◆ Motivation zur Rehabilitation mit dem Ziel der Wiedererlangung einer größtmöglichen Selbstständigkeit

(4) Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung

Es handelt sich um eine 75-jährige Patientin mit multiplen behandlungsbedürftigen Schädigungen der Funktion und Struktur. Aktuell antragsbegründend sind Schädigungen neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen. Es müssen jedoch bei der Behandlung/Rehabilitation auch Schädigungen kardiovaskulärer und stoffwechselbezogener Funktionen sowie eine Sturzneigung berücksichtigt werden.

Entsprechend der Kriterien der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation handelt es sich um eine geriatrische Patientin. Alle Indikationskriterien der geriatrischen Rehabilitation sind erfüllt.

Mit der Rehabilitation wird eine altersgemäße Mobilität und Selbstversorgung angestrebt. Die weitere Zielsetzung ist die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und der Verbleib in der Häuslichkeit.

Die genannten Rehabilitationsziele sind voraussichtlich mit einer geriatrischen Rehabilitation in vier Wochen zu erreichen.

5) Erläuterung des Nutzens der ICF

Die Indikation zu einer Leistung der medizinischen Rehabilitation für diese Patienten ergibt sich 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 stationäre Durchführung der Leistung leitet sich am Fallbeispiel aus den person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren ab.

4.4 AU bei neurologischer Erkrankung

(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
- ◆ Arbeitsplatz-Beschreibung des Arbeitgebers
- ◆ Leistungsauszug der Krankenkasse
- ◆ Bericht des behandelnden Hausarztes für den MDK

(2) Krankengeschichte

Der 27-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 geführt, die im Frühjahr einen ersten Krankheitsschub verursacht hätte. 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 Visusminderung rechts. Im Oktober kam es zu einem 2. Krankheitsschub mit erneuter spastischer Gangstörung, zusätzlich cerebelläre Ataxie mit Gleichgewichtsstörung und Feinmotorikstörungen der Hände beidseits sowie auch einer Visusminderung links. Diesmal kam es nur zu einer inkompletten Rückbildung der Symptome mit bleibender leichter spastischer Gangstörung sowie Feinmotorikstörungen und fortbestehender Visusminderung bds.

Dem Entlassungsbericht der neurologischen Rehabilitationsklinik vom Oktober ist zu entnehmen, dass die Gangstörung weitgehend rückläufig sei, derzeit jedoch weiterhin eine Visusminderung beidseits bestehe. Dem Bericht des behandelnden Hausarztes ist eine fortbestehende Gangunsicherheit zu entnehmen.

Der behandelnde Augenarzt teilt folgende Visuswerte mit:

rechts: 0.2	links: 0.1	binokular : 0,2
-------------	------------	-----------------

Keine Besserung durch Brillenkorrektur. Die Doppelbilder sind nicht mehr vorhanden.

Berufliche Anamnese:

Der Versicherte ist vollschichtig als Sachbearbeiter 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, Ehefrau berufstätig in Teilzeit, 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 Gehen und Treppensteigen
- ◆ Beeinträchtigung beim Schreiben und gezieltem Arbeiten mit den Händen

Arbeitsplatzbezogener Kontext:

Förderfaktoren:

- ◆ bestehendes Arbeitsverhältnis
- ◆ Anpassung des Arbeitsplatzes ist grundsätzlich möglich
- ◆ keine körperlich anstrengende Arbeit
- ◆ hohe Motivation des Versicherten an seinen Arbeitsplatz zurückzukehren

Barrieren:

- ◆ PC-Schreibarbeit
- ◆ 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 weiterhin AU.

Aus sozialmedizinischer Sicht erscheint die Möglichkeit der Reintegration auf den vorhandenen Arbeitsplatz durch eine leidensgerechte Arbeitsplatzanpassung möglich und sollte bei dem jungen Versicherten angestrebt werden. Eine medizinische Rehabilitation ist bereits

erfolgt, jetzt ist die zeitnahe Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe 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 erwägen. Die Arbeitsunfähigkeit ist aktuell begründet. Nach Arbeitsplatzanpassung ist die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit ggf. über eine stufenweise Wiedereingliederung angezeigt.

5) Erläuterung des Nutzens der ICF

In der AU-Begutachtung leiten sich die konkreten Maßnahmen und, wie in diesem Fall, die Empfehlungen zur Arbeitsplatz-Anpassung aus den individuellen Beeinträchtigungen der Aktivitäten in Bezug auf die berufliche Tätigkeit mit der ICF ab. Die ICF ermöglicht den systematischen Abgleich, ob alle individuellen Barrieren und Förderfaktoren berücksichtigt wurden.

4.5 Begutachtung von Pflegebedürftigkeit

(1) Sozialmedizinische Fragestellung:

Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI und/oder eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vor?

(2) Krankengeschichte:

Herr N., 68 Jahre alt, Rentner, lebt mit seiner Ehefrau in einem Haushalt. Die Wohnung liegt im ersten Stock eines Mietshauses ohne Aufzug. Ärzte, Apotheken und Lebensmittelgeschäfte befinden sich im Umkreis von etwa einem Kilometer von der Wohnung entfernt.

Es ist eine Alzheimer Demenz diagnostiziert worden, die dazu führt, dass er zu Zeit und Ort häufig desorientiert ist. Er findet sich innerhalb der Wohnung zurecht, kann sich aber außerhalb der Wohnung nicht mehr orientieren und verläuft sich. Aufgrund seiner Erkrankung hat er einen sehr starken Bewegungsdrang, den er bei erhaltener Mobilität auch umsetzen kann. Aufgrund der kognitiven Einschränkungen, verbunden mit nächtlicher Unruhe und Weglauftendenz, benötigt er nahezu rund um die Uhr Begleitung und Unterstützung, er ist auf Hilfe und Anleitung beim Waschen und Anziehen angewiesen.

In Begleitung seiner Ehefrau oder der im Nachbarhaus wohnenden Tochter unternimmt er sehr gerne Spaziergänge in der Umgebung. Er isst selbständig, gern und viel.

Die pflegerische Versorgung wird von der Ehefrau und Tochter unter Einbeziehung eines ambulanten Pflegedienstes sichergestellt. Die Ehefrau leidet sehr unter der Erkrankung ihres Mannes und deren Folgen, insbesondere deshalb, weil er sie schon häufiger nicht mehr erkennt.

(3) Zusammenfassende Bewertung der Fallstruktur:

Gesundheitsproblem nach ICD 10:

Alzheimer Demenz

Schädigungen der Körperfunktionen

- ◆ Störung der mentalen Funktionen
 - Orientierung
 - psychische Energie/Antrieb (Unruhe und Weglauftendenz)
 - Schlafen
 - Organisieren und Planen (eine Voraussetzung für die Selbstversorgung)

Schädigungen der Körperstrukturen:

- ◆ Veränderung der neuronalen Struktur des ZNS

Beeinträchtigung von Aktivitäten nach ICF:

- ◆ Selbstversorgung
 - sich waschen
 - sich kleiden
 - auf seine Gesundheit achten

Beeinträchtigung der Teilhabe nach ICF:

- ◆ Interpersonelle Beziehungen zur Familie

Umweltbezogener Kontext:

Förderfaktoren:

- ◆ wirtschaftlich abgesichert (Rentner)
- ◆ lebt mit Ehefrau zusammen, Tochter in unmittelbarer Nähe
- ◆ pflegerische Versorgung durch Familie und ambulanten Pflegedienst sichergestellt

Barrieren:

- ◆ starke psychische und physische Belastung der pflegenden Angehörigen mit der latenten Gefahr der Dekompensation des Versorgungsarrangements

Personbezogener Kontext:

Förderfaktoren:

- ◆ Motivation, Hilfe anzunehmen

(4) Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung

Im Rahmen der Pflegebegutachtung wird der Hilfebedarf ermittelt, der sich aus den dauerhaft (länger als 6 Monate) beeinträchtigten „gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen“ des SGB XI ergibt. Bei Herrn N. besteht aufgrund der Demenzerkrankung ein Hilfebedarf in Form von Anleitung und Unterstützung auf Dauer, der durch einen hohen Zeitaufwand geprägt ist und somit einer „erheblichen Pflegebedürftigkeit“ gemäß Pflegestufe I entspricht.

Dieser Hilfebedarf begründet sich allein aus den beeinträchtigten Aktivitäten, die aus den mentalen Schädigungen resultieren. Die oben genannte Teilhabebeeinträchtigung geht nicht in die Berechnung des Hilfebedarfs nach SGB XI ein.

Trotz positiv wirkender Kontextfaktoren ist bei der zugrundeliegenden Erkrankung und ihren Auswirkungen keine Verringerung des Hilfebedarfs und damit der Pflegestufe möglich.

Die pflegenden Angehörigen müssen „täglich und rund um die Uhr“ mit einer ständigen, nicht planbaren „Interventionsbereitschaft“ für Herrn N. da sein. Es wird eine „in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz“ festgestellt.

Die Pflege- und Betreuungssituation ist geprägt durch eine starke Belastung der pflegenden Angehörigen. Deshalb ist es wichtig, dass diese auch über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI informiert werden.

5) Erläuterung des Nutzens der ICF

Die für die Erhebung des Hilfebedarfs relevanten Befunde lassen sich mit der Systematik und Sprache der ICF transparent beschreiben und strukturieren. Damit wird die gutachterliche Empfehlung der Pflegestufe nachvollziehbar.

4.6 Begutachtung von ergänzenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (sozialmedizinische Nachsorge)

Für chronisch kranke oder schwerstkranke Kindern regelt der § 43 Abs. 2 SGB V sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen als Hilfe zur Selbsthilfe. Durch die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen soll erreicht werden, stationäre Aufenthalte zu verkürzen oder durch die Sicherung der ambulanten Behandlung eine Rückkehr in die stationäre Behandlung zu vermeiden. Wie schon in der Rehabilitation bildet die ICF auch hier die konzeptionelle und begriffliche Grundlage dieser Leistung. Die der ICF zugrunde liegende Systematik hilft, die Indikationskriterien transparent und nachvollziehbar abzubilden.

Sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V kann verordnet werden, sofern die nachfolgenden Kriterien erfüllt sind:

- schwere Schädigungen der Körperfunktionen mit dadurch bedingtem komplexen Interventionsbedarf,
- ausgeprägte Beeinträchtigung altersrelevanter Aktivitäten/Teilhabe mit daraus resultierendem komplexen Interventionsbedarf,
- erschwerte/fehlende Verfügbarkeit des erforderlichen Unterstützungs-/Hilfebedarfs / familiäre Überforderung (negative Kontextfaktoren) und
- Motivation bzw. Motivierbarkeit der Angehörigen, externe Hilfestellung in Anspruch zu nehmen und über diese Hilfestellung, Selbsthilfestrategien zu entwickeln (positive Kontextfaktoren).

(1) Sozialmedizinische Fragestellung:

Sind Maßnahmen der sozialmedizinischen Nachsorge bei dem Kind Sarah indiziert? Begutachtung bitte nach Aktenlage.

In der Anlage finden Sie den Antrag der Klinik. Dem Antrag wurden ergänzende Informationen beigelegt.

(2) Krankengeschichte und Verordnung:

Sarah ist das erste Kind einer 44-jährigen I-Gravida. ET 23.07.09. Die Schwangerschaftsbetreuung erfolgte bis eine Woche praepartal in Luxemburg, dem damaligen Wohnort der Versicherten. Bekannte fetale Retardierung (seit einigen Wochen). Uterus myomatosis der Mutter.

Die Sectio erfolgte in der 30 + 5 SSW bei pathologischem CTG. Die Entwicklung erfolgte aus klarem Fruchtwasser. Initial war Sarah hypoton und zyanotisch. Unter einmaligem Blähmännöver und Stimulation zunehmend rosiges Hautkolorit. Kurzzeitige Maskenventilation mit Sauerstoff. Im Verlauf adäquate Spontanatmung und kräftiges Schreien, HF jederzeit >120/Min. Rachen-CPAP-Anlage, FiO₂ gut reduzierbar. Aufsättigung mit Theophyllin und komplikationslose Übernahme auf die neonatale Intensivstation. Apgar 7-8-9.

Am dritten Lebenstag zeigte sich eine zunehmende gastrointestinale Transportstörung mit hämatinhaltigen Magenresten und nur minimalem rektalen Stuhlabgang. Das Abdomen war zunehmend meteoristisch, ohne regelrechte Peristaltik. Bei klinischem und sonographischem Bild eines Mekoniumileus erfolgte die Laparotomie durch die Kinderchirurgie. Es zeigte sich ein langstreckiger Mekoniumileus mit Pneumatosus intestinalis ab mittlerem Jejunum bis zur Mitte des Ileums. Es erfolgte eine Anus praeter-Anlage doppelläufig, etwa 7 - 10 cm proximal der Bauhinschen Klappe mit Fixierung an der linken Abdominalwand. Im Anschluss an die Operation SIMV-Beatmung, Gabe von Erykonzentraten und antibiotische Therapie für insgesamt 14 Tage. Danach wegen Verdacht auf larvierte bakterielle Infektion im Verlauf erneut über 12 Tage antibiotische Behandlung.

Der Nahrungsaufbau zunächst mit 5%iger Glukoselösung und später mit Muttermilch gelang komplikationslos. Der Anus praeter förderte im Verlauf regelrecht. Ab 22.06. konnte die parenterale Flüssigkeitszufuhr beendet werden. Sarah zeigte unter Anreicherung der Nahrung ein zu den Perzentilen paralleles Gedeihen.

Ferner wurde bei Sarah ein offener Ductus arteriosus festgestellt. Die Gabe von Ibuprofen war erfolglos. Bei zunehmender hämodynamischer Signifikanz wurde der PDA am 10.06.09 komplikationslos operativ verschlossen.

Eine vor Entlassung durchgeführte Echokardiographie zeigte einen milden Perikarderguss ohne hämodynamische Relevanz. Diesbezüglich wird eine Kontrolle in 2 - 3 Monaten empfohlen.

Sarah bot eine Hypoglykämieeigung, muskuläre Hypotonie und Adynamie sowie ein gräuliches Hautkolorit. Eine Nebenniereninsuffizienz konnte ausgeschlossen werden. Im Verlauf zeigte sich ein stabiles Blutzuckermonitoring sowie ein zunehmend agiles Kind.

Eine in diesem Rahmen fortbestehende ausgeprägte Trinkschwäche machte eine Nahrungs sondierung bis zur Entlassung notwendig. Die Mutter wurde in der Behandlung des Kindes angeleitet. Unter therapeutischer Intervention machte Sarah langsam Fortschritte und trank zuletzt 20 - 30 g.

Die neurologischen Untersuchungen zeigten eine deutliche zentrale Koordinationsstörung, welche unter krankengymnastischer Therapie nach Vojta zur Entlassung eine leichte

Besserung zeigte. Aufgrund der erheblichen Hypotrophie und der ausgeprägten muskulären Hypotonie wurde eine weiterführende Diagnostik durchgeführt. Diese ergab zunächst den Verdacht auf das Vorliegen eines CDG-Syndroms. Eine Kontrolluntersuchung von Urin und Serum konnte diesen Verdacht nicht bestätigen, es ist eine abschließende Kontrolluntersuchung in etwa 2 Monaten zu empfehlen. Ein stationär durchgeführtes EEG erbrachte keinen Hinweis auf das Vorliegen etwaiger Krampfäquivalente. Dennoch wurde eine ambulante Wiedervorstellung zur Neurovisite und EEG-Kontrolle in der Neuropädiatrie vereinbart.

Eine Frühgeborenenanämie machte die zusätzliche Gabe von 5 Erythrozytenkonzentraten erforderlich. Eine Hyperbilirubinämie bedurfte einer zweimaligen Phototherapie. Die Vorstellung bei den Augenärzten ergab keinen Anhalt für eine Retinopathia prämatuorum. Eine Vorstellung in der Sehschule ist mit 6 Monaten vorgesehen.

Während des stationären Aufenthaltes fiel bei Sarah eine sehr leise Stimme auf. Bei anhaltender Symptomatik wurde eine endoskopische Untersuchung des Kehlkopfes durchgeführt, die den Hinweis auf das Vorliegen einer Stimmbandparese links erbrachte. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten. Es sollte in etwa 6 Monaten eine Kontrolluntersuchung erfolgen.

Aufgrund einer zwischenzeitlich aufgetretenen Pneumonie mit Sauerstoffpflichtigkeit und des komplexen klinischen Verlaufes wurde die Rückverlagerung des Anus praeter zunächst bis zu einer Stabilisierung und Erholung des Kindes auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.

Vor Entlassung wurde eine bestehende Bradykardie differentialdiagnostisch abgeklärt und ein häusliches Monitoring eingeleitet.

Am 23.10.2009 konnte Sarah zunächst in die kinderfachärztliche Weiterbetreuung entlassen werden.

Anlage 3 : Verordnungsformular

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Verordnung für sozialmedizinische Nachsorge- maßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V
Name, Vorname des Kindes Sarah M.			
Geb. am 20.05.2009			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum 21.10.2009	

Ärztliche Verordnung für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

KH-Behandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V seit: **20.05.09** (voraussichtlich) bis: **23.10.09**

Stat. Rehabilitation seit: **entfällt** (voraussichtlich) bis: **entfällt**

Leistungsbegründende Diagnose (ICD-10-Schlüssel):

1. **P07.01 Geburtsgewicht 500 bis unter 750 Gramm**
2. **P07.3 Frühgeburtnlichkeit (Gestationsalter: 28 - 37 vollendete Wochen)**
3. **P05.0 Für das Gestationsalter zu leichte Neugeborene (Körpergewicht unterhalb der 10. Perzentile und die Körperlänge oberhalb der 10. Perzentile)**

Mekoniumileus (P 76.0), persistierender Ductus arteriosus (Q 25.0)

Nebendiagnosen:

Trinkunlust beim Neugeborenen (P92.2), Sonstige und nicht näher bezeichnete Koordinationsstörungen (R27.8)

Operationen (Datum und Art):

- **26.05.09 Laparatomie – Anus praeter Anlage bei Mekoniumileus**
- **10.06.09 operative Ductus Ligatur**

Anzahl der verordneten Nachsorgeeinheiten (mind. 6): **20**

Im Zeitraum: von **21.10.2009** bis ?

Art der verordneten Nachsorgemaßnahmen:

Analyse des Versorgungsbedarfs/Vorbereitung	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Koordinierung der verordneten Leistungen	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Liegt eine Krankheit im Finalstadium vor? ja nein

Hinweis: Bei Vorliegen einer Krankheit im Finalstadium (voraussichtlich nur noch begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten) wird ein erhöhter Bedarf an Koordination komplexer Interventionen sowie von Motivierung und Unterstützung der Angehörigen eines sterbenden Kindes/Jugendlichen vorausgesetzt. Aus diesem Grund entfallen die nachfolgenden Angaben.

Ausprägung von Schädigungen der Körperfunktionen und zugehörige Interventionen

(zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt bzw. der Antragstellung durch den Vertragsarzt)

	ausgeprägt	mäßig	geringfügig	Physiotherapie	fazio-orale Therapie	Beatmung	Monitoring	parenterale Medikation	parenterale Ernährung	implantierte Pumpen	Sonden	Sauerstofftherapie	externe Pumpen	Katheter	Lagerungshilfen	Mobilitätshilfen	psychologische Therapie	HKP	Ergotherapie	Logopädie	Leistungen nach SGB XI	
Mentale Funktion																						
Bewusstsein*		X		X							X											
Antrieb/Motivation																						
Schlafen																						
Aufmerksamkeit																						
Psychomotorische/ emotionale Funktion																						
Wahrnehmung																						
Sinnesfunktion/Schmerz																						
Sehvermögen																						
Hörvermögen																						
Schmerzempfindung																						
Stimm-/Sprechfunktion		X																			X	
Funktionen des Herz-, Kreislauf-, Immun- und At- mungssystem																						
Herz-/Kreislauffunktion*		X					X															
Immunsystem**																						
Atmungssystem**																						
Funktionen des Verdauungssystems																						
Nahrungsaufnahme*		X			X						X											
Defäkationsfunktion	X																	X				
Funktion des Urogenitalsystems																						
Miktionsfunktion																						
Sexuelle Funktionen																						
Bewegungsbezogene Funk- tion																						
Funktionen der Bewegung																						
Muskelkraft/Muskeltonus	X			X											X							

Anmerkungen: **Nahrungsteilsondierung und Andickung mit Nestargel 0,25%**

* Kombination von mindestens 2 der grau hinterlegten Interventionen.

** Die grau hinterlegte Intervention ist obligat.

Schweregrad der beeinträchtigten Aktivitäten/Teilhabe und zugehörige Interventionen

(zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt bzw. der Antragstellung durch den Vertragsarzt)

	eingeschränkt	personelle Hilfe nötig	vollständige Hilfebedürftigkeit	Physiotherapie	Katheter	Lagerungshilfen	Mobilitätshilfen	psychologische Therapie	HKP	Ergotherapie	Logopädie	Leistungen nach SGB XI
Kommunikation												
Mobilität												
Körperposition ändern												
krabbeln												
gehen/laufen												
Selbstversorgung												
sich waschen/kämmen												
Toilette benutzen												
sich an-/ausziehen												
essen/trinken												
Häusliches Leben												
Mahlzeiten zubereiten												
Haushaltsaufgaben übernehmen												
Interpersonelle Interaktionen/Beziehungen												
Beziehung aufnehmen/aufrechterhalten												
Familienbeziehungen												
intime Beziehungen												
Soziale Kontakte zu Gleichaltrigen												
Bedeutende Lebensbereiche												
Krippen-/Kindergartenbesuch												
Schulbesuch												
Arbeit/Beschäftigung												
Sonstiges												
⇒ Aktivitäten altersentsprechend eingeschränkt												
⇒												

Sind die notwendigen Interventionen am Wohnort nur unter erschwerten Bedingungen zugänglich?

ja nein

Ist eine familiäre Überforderung mit der Versorgungsaufgabe zu erwarten?

ja nein

Ist die Koordination der Leistungen sehr zeitintensiv?

ja nein

Ist eine Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der Leistungen erforderlich?

ja nein

Ist eine Verkürzung des stationären Krankenhausaufenthaltes oder der stationären Rehabilitation durch die Inanspruchnahme der Leistung möglich?

ja nein

Welche Probleme ergeben sich voraussichtlich bei der Sicherstellung der häuslichen Versorgung?

1. **Vermittlung von Kompetenz und Sicherheit im Umgang mit Belastungen durch die Erkrankung.**
2. **Sicherheit in der behandlungsbedingten Pflege, einschließlich med. Versorgung (Hilfe zur Selbsthilfe).**
3. **Sicherheit im Umgang mit Heil- und Hilfsmitteln.**

21.10.2009

Datum

Stempel und Unterschrift des verordnenden Arztes

Antrag

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen werden beantragt und sollen bei dem folgenden Leistungserbringer erbracht werden

Name und Anschrift der Einrichtung

Datum

Unterschrift des(r) Erziehungsberechtigten

Erklärung der Krankenkasse zur Kostenübernahme bzw. -beteiligung

Die Krankenkasse trägt die Kosten der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen in Höhe von _____ € pro Nachsorgeeinheit innerhalb von _____ Wochen für insgesamt _____ sozialmedizinische Nachsorgeeinheiten

für die Leistungen:

Analyse des Versorgungsbedarfs/Vorbereitung

ja nein

Koordinierung der verordneten Leistungen

ja nein

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen

ja nein

bei folgendem Leistungserbringer:

Name und Anschrift der Einrichtung

Mit den übernommenen Kosten sind alle Ansprüche gegenüber der Krankenkasse abgegolten.

Datum

Stempel der Krankenkasse/Unterschrift

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht.

(3) Zusammenfassende Bewertung der Fallstruktur:

Gesundheitsprobleme nach ICD-10

- ◆ Frühgeburtlichkeit (P07.01, P07.3)
- ◆ Small for gestation LH (P05.0)
- ◆ Mekoniumileus (P76.0), Anus praeter-Anlage am 26.05.09
- ◆ Persistierender Ductus arteriosus (Q25.0)
- ◆ Operative Ductus-Ligatur am 10.06.09
- ◆ Respiratorische Insuffizienz (SIMV) (P22.8)
- ◆ Bronchopulmonale Dysplasie (P27.1)
- ◆ Perinatale Infektion (P39.9)
- ◆ Frühgeborenenanämie (P61.2)
- ◆ Hyperbilirubinämie (P59.0)
- ◆ Rotavirenenteritis (A08.4)
- ◆ Zentrale Koordinationsstörung (R27.8)
- ◆ muskuläre Hypotonie (P94.2)
- ◆ Stimmbandparese links (J38.00)
- ◆ Trinkschwäche (P92.2) mit Sondierungspflicht
- ◆ milder Perikarderguss (I31.3)

Gesundheitsprobleme nach ICD-10 zum Entlassungszeitpunkt

- ◆ Anus praeter-Anlage bei Mekoniumileus (P76.0)
- ◆ Trinkschwäche (P92.2) mit Sondierungspflicht
- ◆ rez. Bradykardie (R00.1)
- ◆ Bronchopulmonale Dysplasie (P27.1)
- ◆ Zentrale Koordinationsstörung (R27.8)
- ◆ muskuläre Hypotonie (P94.2)
- ◆ Stimmbandparese links (J38.00)

Funktionsschädigungen:

- ◆ muskuläre Hypotonie
- ◆ geschädigte Stimmfunktion
- ◆ geschädigte Nahrungsaufnahme

Strukturschädigungen:

- ◆ offener Ductus arteriosus Botalli
- ◆ Anus praeter (Verdauungstrakt)

Beeinträchtigung von Aktivitäten nach ICF:

- ◆ auf das Alter bezogen keine für die sozialmedizinische Nachsorge relevanten Beeinträchtigungen

Beeinträchtigung der Teilhabe nach ICF:

- ◆ auf das Alter bezogen keine für die sozialmedizinische Nachsorge relevanten Beeinträchtigungen

Umweltbezogener Kontext:

Barrieren:

- ◆ Ängstliche, unsichere und überprotektive Mutter
- ◆ berufsbedingt nur am Wochenende anwesender Vater
- ◆ Ländliche Infrastruktur, Versorgungsangebote eingeschränkt vorhanden
- ◆ keine Motorisierung der Eltern
- ◆ parallel Pflege eines Angehörigen

Förderfaktoren:

- ◆ Sozialkontakte der Eltern vorhanden

Personbezogener Kontext:

- ◆ Da es sich bei Sarah um einen Säugling handelt, treten die personbezogenen Kontextfaktoren bei der sozialmedizinischen Beurteilung in den Hintergrund.

(4) Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung:

Sarah ist eine Frühgeburt, die Sectio erfolgte in der 30 + 5 Schwangerschaftswoche. In der Folgezeit war ein langwieriger Krankenhausaufenthalt erforderlich, in dem u. a. wegen eines Mekoniumileus ein Anus praeter angelegt und ein offener Ductus arteriosus Botalli wegen hämodynamischer Wirksamkeit verschlossen wurde. Gegen Ende der stationären Behandlung ist Sarah deutlich muskulär hypoton und bedarf einer intensiven Krankengymnastik nach Vojta. Auch die Nahrungsaufnahme muss noch durch Flüssigkeitsgabe über eine Sonde unterstützt werden. Ferner liegt eine Lähmung des linken Stimmbandes vor, wodurch die Stimme des Kindes auffallend leise ist. Das Kind ist nicht so agil, wie es seinem Alter entsprechen würde. Auch hier sind unterstützende Maßnahmen erforderlich. Dazu kommen prospektiv noch medizinische Kontrolltermine zur abschließenden Klärung von Gesundheitsproblemen, die in den nächsten Wochen und Monaten eingehalten werden müssen. Die Rückverlegung des Anus praeter steht zeitnah im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes an.

Das Kind bedarf nicht mehr zwingend einer stationären Behandlung im Krankenhaus, allerdings sind die notwendigen und komplexen, mehrere Schädigungen betreffende Interventionen am Wohnort nur unter erschwerten Bedingungen zugänglich. Eine Überforderung der Familie ist bei dem benannten Versorgungsaufwand (siehe Kontextfaktoren) einschließlich der einzuhaltenden prospektiven Termine und Therapie zu erwarten. Sarah benötigt zum Entlassungszeitpunkt Krankengymnastik nach Vojta (Koordinationsstörung, Hypotonie), häusliche Krankenpflege (Anus praeter-Versorgung, Sondenanlage), ein Herz-Kreislaufmonitoring (rez. Bradykardie) und eine fazio-orale Therapie bei Schluckstörung. Die ausgewiesene Bewusstseinsstörung lässt sich nicht nachvollziehen. Ebenso erscheint die Notwendigkeit der therapeutischen Intervention der Stimmbandparese zum aktuellen Zeitpunkt aufgrund des Alters noch nicht gegeben. Die Koordination der aktuell notwendigen

einzelnen Leistungen jedoch ist zunächst für die Familie sehr zeitaufwändig. Aufgrund der Gesamtsituation unter Berücksichtigung der bestehenden Kontextfaktoren sollte die Familie zur Inanspruchnahme einer Leistung nach § 43 motiviert werden.

Nur wenn die Lösung dieser Probleme gelingt, ist eine Verkürzung des stationären Aufenthaltes möglich. Damit besteht eine Indikation für die sozialmedizinische Nachsorge.

(5) Erläuterung des Nutzens der ICF

Mit Hilfe der ICF kann der Unterstützungsbedarf auf der Ebene der Schädigungen verdeutlicht werden. Es kann herausgearbeitet werden, dass bei den Aktivitäten und der Teilhabe aufgrund des Alters kein Unterstützungsbedarf besteht. Nach den Vorgaben der Systematik der ICF kann der Unterstützungsbedarf detailliert beschrieben und verdeutlicht werden. Die Rolle der Kontextfaktoren wird erkennbar und lässt die Frage der Kasse nachvollziehbar beantworten.

5 Anlagen zur Arbeitshilfe

5.1 MDK-spezifische Ausgestaltung der Komponente "Personbezogene Kontextfaktoren"

Die Ausgestaltung dieser Komponente ist eine von der SEG 1 für die MDK-Gemeinschaft bestimmte Zusammenstellung von personbezogenen Kontextfaktoren¹¹. Die Verwendung soll rein anlassbezogen erfolgen.

Kurzversion



Kapitel 1: Soziodemografische und biografische Faktoren

Allgemeine Ordnungskriterien

- ▶ Name
- ▶ Geburtsdaten
- ▶ Alter
- ▶ Nationalität
 - ▶ Muttersprache
- ▶ Konfession
- ▶ Wohnort

Vorgeburtliche Einflussfaktoren

- ▶ Verhaltensfaktoren der Mutter
 - ▶ Rauchen
 - ▶ Suchtmittelgebrauch
 - ▶ Medikamenteneinnahme
- ▶ Krankheiten der Mutter
- ▶ Traumata der Mutter

Frühkindliche/kindliche Entwicklungsfaktoren

- ▶ Geburt
 - ▶ Frühgeburt
 - ▶ Normalgeburt
 - ▶ Spätgeburt
- ▶ Mehrlingsgeburt
- ▶ Entbindung
- ▶ Stillperiode
- ▶ Vollwaise*
- ▶ Halbwaise*

Erziehungsfaktoren

- ▶ Bezugspersonen
- ▶ Erziehungsstil
- ▶ Erziehungsinhalte
- ▶ Vorbilder

Bildungsweg

- ▶ Analphabet
- ▶ ohne Ausbildung
- ▶ Sonderschulbesuch
- ▶ Hauptschulabschluss
- ▶ Real-/Mittelschulabschluss
- ▶ Abitur, Hochschulreife
- ▶ Lehre
- ▶ Berufsschulabschluss/Fachhochschulabschluss
- ▶ Hochschul-/Universitätsabschluss

- ▶ akademische Graduierung
- ▶ Mehrfachausbildung
- ▶ Dauer des Bildungsweges

Familienstatus, Elternschaft*

- ▶ ledig
- ▶ verheiratet
- ▶ geschieden
- ▶ verwitwet
- ▶ kinderlos
- ▶ leibliche Kinder
- ▶ allein lebend
- ▶ getrennt lebend

Lebensmittelpunkt, Wohnsituation/Haushalt*

- ▶ Ballungszentrum/Großstadt
- ▶ Kleinstadt
- ▶ Dorf/Gemeinde
- ▶ Haushalt
 - ▶ 1-Personen-Haushalt
 - ▶ Mehrpersonenhaushalt
 - ▶ pflegebedürftige Angehörige
- ▶ Mietwohnung
- ▶ Wohneigentum
- ▶ Wohngemeinschaft
- ▶ (Alters)heim
- ▶ Betreutes Wohnen
- ▶ Pflegeeinrichtung
- ▶ ohne ständigen Wohnsitz

Beschäftigung

- ▶ Umfang
 - ▶ geringfügig
 - ▶ Teilzeit
 - ▶ Vollschicht
- ▶ Tätigkeiten
 - ▶ in Ausbildung
 - ▶ freiberuflich
 - ▶ angelernt
 - ▶ gelernter Beruf
 - ▶ angestellt/beamtet
 - ▶ selbständig [sic!]
 - ▶ arbeitslos
 - ▶ andere (z. B. Facharbeiter, Soldat, Hausfrau/Hausmann)

¹¹ Personbezogene Kontextfaktoren (Kurzversion), Teil II (Viol M et al.): Das Gesundheitswesen 200; 69: 26 - 33

Schichtzugehörigkeit (sozioökonomischer Status)

- ▶ Unterschicht
- ▶ Mittelschicht
- ▶ Oberschicht
- ▶ Herkunft

Haupteinkommen

- ▶ eigenes Vermögen
- ▶ Erwerbseinkommen
- ▶ Arbeitslosengeld
- ▶ Rente
- ▶ andere Einkünfte
- ▶ ohne*

Sonstige biografische Ereignisse

- ▶ nicht weiter spezifiziert (z. B. Krisensituation, traumatische Ereignisse, Erfolgserlebnisse)

Kapitel 2: Genetische Faktoren

Geschlecht

Verwandtschaftsbezogene genetische Besonderheiten (Verwandtschaft 1. u. 2. Grades)

- ▶ gesund
- ▶ chronisch krank
- ▶ Todesursache und -alter

Genetische Marker

- ▶ ABO-System
- ▶ Rhesusfaktor
- ▶ humane Leukozytenantigene
- ▶ genotypische Metabolisierungstypen
- ▶ weitere Marker

Kapitel 3: Faktoren des Alters und der Alterung

Gestationsalter

- ▶ Frühgeburt:
- ▶ Normalgeburt:
- ▶ Spätgeburt/Übertragung

Entwicklungsalter

- ▶ Neugeborenes
- ▶ Säugling
- ▶ Kleinkind
- ▶ Vorschulkind
- ▶ Schulkind
- ▶ Pubeszenz
- ▶ Adoleszenz

Soziales Alter/Leistungsalter

- ▶ Juniorenalter
- ▶ Hochleistungsalter
- ▶ Spätleistungsalter
- ▶ Rückbildungsalter
- ▶ Senium

Biologisches Alter des Erwachsenen

- ▶ Körperstrukturalter
 - ▶ Spätalterung
 - ▶ Normalalterung
 - ▶ Voralterung
- ▶ Körperfunktionsalter (physiologisches Alter, psychomentales Alter)
 - ▶ Spätalterung
 - ▶ Normalalterung
 - ▶ Voralterung

Kapitel 4: Physische Faktoren

Körperbaudimensionen

- ▶ Körpergröße
- ▶ Körpergewicht
- ▶ BMI
- ▶ Plasie
 - ▶ Taillenumfang

Anthropologischer Körperbautypus

- ▶ Rumpf: Extremitäten-Relation
 - ▶ leptomorph
 - ▶ mesomorph*
 - ▶ pyknomorph
- ▶ Bauch: Taillen-Proportion (Waist: Hip-Ratio)
 - ▶ andromorph/android ("Apfelform")
 - ▶ gynäkomorph/gynäkoid ("Birnenform")
- ▶ Endokrinomorphe Akzentuierung

Körperstruktur/Kompartimente

- ▶ Fettmasse
- ▶ Magermasse

Kapitel 5: Psychische Faktoren

Vegetative Faktoren

- ▶ sympathikotone Akzentuierung
- ▶ vagotone Akzentuierung
- ▶ chronobiologische Akzentuierung
- ▶ vegetative Funktionsfähigkeit

Persönlichkeitsfaktoren

- ▶ Geschlechtsidentifikation
- ▶ Emotionalität
- ▶ Intro-/Extroversion
- ▶ Selbstwertgefühl
- ▶ Selbstdarstellung
 - ▶ Selbstoffenbarung
 - ▶ Verdeutlichungstendenz
 - ▶ Persönlichkeitsakzentuierungen
 - ▶ sozial
 - ▶ hypochondrisch
 - ▶ histrionisch
 - ▶ narzistisch
 - ▶ anankastisch
 - ▶ ängstlich
 - ▶ asthenisch
 - ▶ paranoid
 - ▶ affektarm*

Intelligenzfaktoren

- ▶ Kognitive Grundfunktionen
 - ▶ Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit
 - ▶ Gedächtnis
- ▶ allgemeine Intelligenz
- ▶ praktische Intelligenz
- ▶ analytische Intelligenz
- ▶ emotionale Intelligenz

Talente, Kreativität*, Motive

- ▶ Selbstverwirklichungsstreben
- ▶ Streben nach Selbständigkeit [sic!] (Autarkie)
- ▶ Streben nach sozialer Anerkennung
- ▶ Sicherheitstreben
- ▶ Fürsorgetendenz
- ▶ Genussstreben
- ▶ Wohlbefinden, Gesundheit*, Harmonie

Interessen

Kapitel 6: Lebensstil- und Schutzfaktoren der Gesundheit

Ernährungs- und ernährungsbezogene Konsumfaktoren

- ▶ Präferenzen
 - ▶ deutsche Küche
 - ▶ mediterrane Küche
 - ▶ maritime Küche
 - ▶ gemischte Kost
 - ▶ diätetische Kostformen
- ▶ Energie-/Kalorienaufnahme
- ▶ Nahrungsmittelaufnahme
- ▶ Ernährungshygiene
- ▶ Gebrauch von Genussmitteln

Bewegungsfaktoren, Fitness

- ▶ berufsbezogen
- ▶ freizeitbezogen
- ▶ Fitnessfaktoren (Konditionelle Eigenschaften)
 - ▶ Kraft
 - ▶ Ausdauer
 - ▶ Schnelligkeit
 - ▶ Reaktionsfähigkeit
 - ▶ Flexibilität
 - ▶ Koordination/Gleichgewichtsfähigkeit

Faktoren der Körper- und Psychohygiene

- ▶ Tagesstrukturierung
- ▶ Nutzung von Kommunikationsmöglichkeit
- ▶ Medienkonsum
- ▶ Spiritualität
- ▶ Körperpflege
- ▶ Sexualität
- ▶ künstlerische/spielerische Kreativität und Rezeption

Einstellungsfaktoren gegenüber Gesundheit und Krankheit

- ▶ Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung
- ▶ Widerstandsfähigkeit
 - ▶ dispositioneller Optimismus
 - ▶ "positives Denken"
- ▶ Kohärenzsinn, Lebenszufriedenheit
- ▶ Verdrängungstendenz

Soziale Kompetenz

- ▶ Teamfähigkeit
- ▶ Kommunikationsfähigkeit
- ▶ Konflikttoleranz

Faktoren sozialen Wohlbefindens

- ▶ Gefühl der sozialen Sicherheit
- ▶ Einbezogenheit in soziale Netzwerke
- ▶ Wahrnehmung externer Unterstützung
- ▶ Arbeitszufriedenheit
 - ▶ Kompetenzbestätigung
 - ▶ Teambestätigung
 - ▶ Passungsgleichheit von Anforderung und Fähigkeiten
 - ▶ Handlungsspielraum
 - ▶ messbare Arbeitsergebnisse
 - ▶ Motivation, Berufung

Kapitel 7: Andere Gesundheitsprobleme und Interventionen

- ▶ Zurückliegende Krankheiten, Verletzungen, Vergiftungen sowie deren Folgen.
- ▶ Zurückliegende Interventionen, diagnostische Maßnahmen, bildgebende Verfahren, Operationen, nicht-operative therapeutische Maßnahmen.

Hinweise für die Anwendung der Kurzfassung:

Es wird empfohlen, die Kurzfassung nicht ohne vorherige Kenntnisnahme der Vollversion zu verwenden.

Die im Prozess der Erarbeitung einer Kurzfassung angeregten Änderungen wurden in der Auflistung mit einem Stern (*) gekennzeichnet.

6 Stichwortverzeichnis

A

Aktivität	14, 15, 19
Allgemeiner Arbeitsmarkt	20, 32
Anamnese	7, 18, 25, 26
Anforderungsprofil	32, 33
Anschlussrehabilitation	44
Arbeitsplatz	
<i>siehe</i> Konkreter Arbeitsplatz	
Arbeitsplatzbezogener Kontext	33
Arbeitsunfähigkeit	19, 21
AU-Begutachtung	19, 20, 21
Ausprägung	16, 36

B

Barrieren	16, 19, 26, 29
Beeinträchtigungen	15, 25, 26, 27, 28, 29
Behindertenpolitik	9
Behinderung	10, 12, 22, 23, 29
Beurteilungsmerkmale	18, 19
Bezugssystem	
(begrifflich/konzeptionell)	9, 27
Bio-psycho-soziales Modell der ICF	
	10, 11, 32, 34

E

Einzelleistung	36
Epikrise	38
Erwerbstätigkeit	15

F

Fallstrukturierung	37
Förderfaktoren	16, 19, 26
Funktionale Gesundheit	22
Funktionsfähigkeit	12, 16, 22, 23, 26, 36
Funktionstraining	30, 31

G

Gefährdungsfaktoren	20
Gesundheits- und Sozialpolitik	24
Gesundheitsproblem	13, 18, 25, 26
Gesundheitsrisiken	30
Gesundheitsstörung	27
Gutachterliche Sachaufklärung	16

H

Heilmittel	36
Hilfe zur Selbsthilfe	31
Hilfebedarf	34
Hilfsmittel	35

I

ICF	
CY	6
Klassifikation	12
Konzeption	11, 25
Struktur	12
Indikation	7, 28, 35
Indikationskriterien	27
Indikationsstellung	16
Intervention	25
Item	13, 14

K

Kategorie	13
Komponenten	
	7, 10, 11, 13, 14, 18, 19, 37
Konkrete Bezugstätigkeit	19, 20, 32
Konkreter Arbeitsplatz	32
Kontextfaktoren	12, 16, 26, 28, 30, 32, 36
Körperfunktion	13, 14
Körperstruktur	13, 14
Krankengeschichte	37

Krankheit	6, 15, 16, 31
Krankheitsauswirkungen	6, 7, 9, 10, 11, 16, 17, 25, 26, 27, 32, 36
Krankheitsfolgen	32
Krankheitsfolgenmodell	9, 23
Krankheitsverständnis	30

L

Lebensführung	17
Lebenshintergrund	2, 6, 9, 10, 11, 19
Leistung	19, 21
Leistungen zur Teilhabe	24, 25
Leistungsbild	20, 21, 32, 33
Leistungsfähigkeit	19, 20, 21
Leistungsvermögen	19, 20, 21, 32, 33
Leitsymptomatik	36

M

Motivation	19, 20, 21, 29, 30
------------	--------------------

O

Off-Label-Use	36
---------------	----

P

Patientenrelevanter Nutzen	36
Patientenschulungsmaßnahmen	30
Personbezogene Kontextfaktoren	13, 17, 18, 19, 21, 32, 33, 34
Pflegebedürftigkeit	34
Plausibilität	25
Prognose	26

R

Rehabilitation	27
Bedürftigkeit	28
Fähigkeit	29
Prognose	29

Ziele	29
Rehabilitationsindikation	34
Ressourcen	16, 17, 21, 26, 29
Restleistungsvermögen	20
Risikofaktoren	17, 27
Risikoprofil	20

S

Schädigung	19, 25, 26, 28
Schweregrad	29, 36
Selbstversorgung	15
SGB IX	23, 24, 27
Sozialmedizinische	
Begutachtung	11, 17, 19, 25, 37
Beurteilung	20, 26, 32, 38
Empfehlung	25, 26, 28
Fragestellung	37
Nachsorgemaßnahmen	31
Sozialmedizinisches Gutachten	6, 25
Standardisierte Bedingungen	19

T

Teilhabe (Partizipation)	14, 15, 23, 27
Therapeutischer Nutzen	36
Therapieziel	36

U

Umweltfaktoren	15, 16, 17, 19
----------------	----------------

V

Verrichtungen	34
Versorgungsziel	35
Vorsorgeleistungen	27

W

Wechselwirkungen	9, 11, 28
dynamische	34