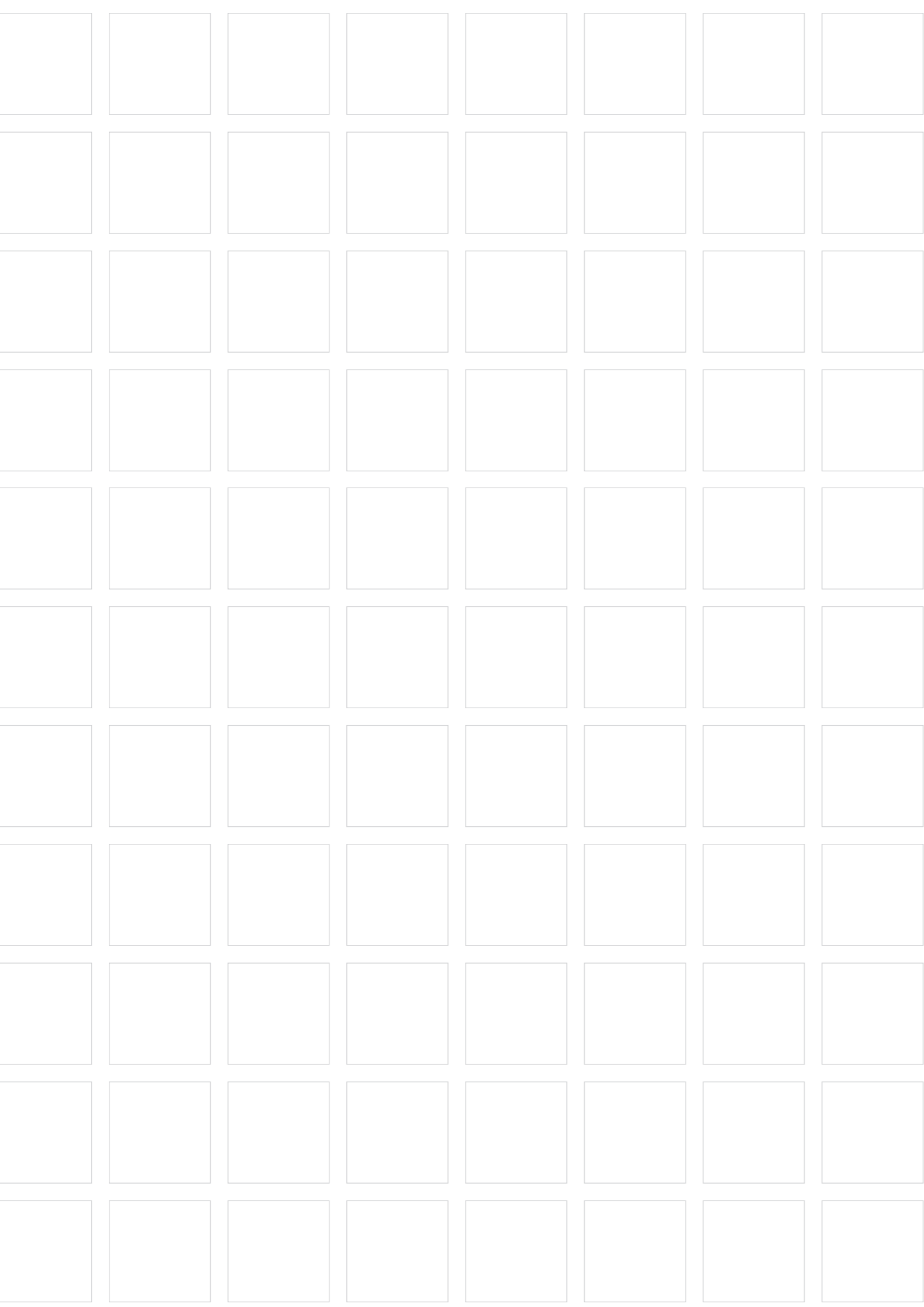




# ICF-PRAXISLEITFADEN 1

Zugang zur Rehabilitation



# **ICF-PRAXISLEITFADEN 1**

Trägerübergreifende Informationen  
und Anregungen für die praktische Nutzung  
der Internationalen Klassifikation der Funktions-  
fähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

beim Zugang zur Rehabilitation

2. überarbeitete Auflage

Herausgeber:  
 Bundesarbeitsgemeinschaft  
 für Rehabilitation (BAR) e.V.  
 Solmsstraße 18,  
 60486 Frankfurt/Main  
 Telefon: +49 69 605018-0  
 Telefax: +49 69 605018-29  
 info@bar-frankfurt.de  
 www.bar-frankfurt.de

Nachdruck nur auszugsweise  
 mit Quellenangabe gestattet.

Frankfurt/Main,  
 Juni 2015  
 ISBN 3-9807410-7-9

Ansprechpartner:  
 Dr. med. Wolfgang Cibis  
 wolfgang.cibis@bar-frankfurt.de  
 Ass. jur. Marcus Schian  
 marcus.schian@bar-frankfurt.de

Inhalt

Vorwort	6
Einleitung	8
<b>Kapitel 1</b>	
<i>Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)</i>	11
<b>1.1 Struktur der ICF</b>	12
<b>1.2 Die Komponenten der ICF</b>	12
<b>1.3 Weitere Untergliederung der einzelnen Komponenten</b>	18
<b>1.4 Möglichkeit der Nutzung von ICF-Items in der Praxis</b>	18
<b>1.5 Die Konzeption der ICF, das bio-psycho-soziale Modell</b>	18
<b>Kapitel 2</b>	
<i>ICF-Anwendungsbeispiele</i>	20
<b>Kapitel 3</b>	
<i>Leistungen zur Teilhabe</i>	30
<b>Kapitel 4</b>	
<i>Fazit und Ausblick</i>	33
<b>Anhang</b>	36
<b>Leistungen der verschiedenen Rehabilitationsträger</b>	36
<b>Glossar – Die wichtigsten Begriffe der ICF</b>	38
<b>Literatur</b>	41
<b>Autoren</b>	43

Der von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2006 vorgelegte ICF-Praxisleitfaden wurde von einer Arbeitsgruppe des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR erstellt. Ziel dieses Leitfadens ist es, Ärzte insbesondere beim Zugang zur Rehabilitation mit der Konzeption der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) vertraut zu machen und ihnen die ICF als Instrument für die systematische Erfassung der bio-psycho-sozialen Aspekte unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren näher zu bringen. Dies bedeutet eine Ergänzung des bio-medizinischen Modells (ICD) um das bio-psycho-soziale Modell (ICF).

Der trägerübergreifend konzipierte Leitfaden vermittelt einen Einblick in die Bedeutung und praktischen Anwendungsmöglichkeiten der ICF in der ärztlichen Tätigkeit und ist insbesondere auch auf die ICF-bezogenen Anforderungen für die Qualifikation zur Reha-Verordnung gemäß den Reha-Richtlinien abgestimmt. Durch die Praxisorientierung des Leitfadens sollen möglichst viele weitere am Reha-Prozess beteiligte Professionen (z. B. Reha-Fachkräfte, Sachbearbeiter, Servicestellenmitarbeiter) erreicht werden.

Die Vermittlung der ICF soll nicht zuletzt auch bei den betroffenen Menschen selbst ein bio-psycho-soziales Verständnis im Zusammenhang mit krankheits- oder behinderungsbedingten Auswirkungen auf ihre Teilhabe fördern.

Die nachfolgend aufgeführten Entwicklungen sind in Deutschland für die Implementierung der ICF in der Rehabilitation bedeutsam:

- Entwicklungen im Forschungsbereich (z. B. ICF-Core Sets),
- Entwicklungen im gesellschaftlichen/politischen Bereich (z. B. Inklusion, UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK))
- ein offenes Updateverfahren der WHO zur ICF,
- die Entwicklung einer ICF für Kinder und Jugendliche (ICF-CY),
- Ansätze von Fachgesellschaften zur fehlenden Ausgestaltung der Komponente der personbezogenen Faktoren und
- vielfältige Erfahrungen in der Nutzung der ICF in der Praxis der Rehabilitation.

Vor diesem Hintergrund war eine Überarbeitung des ICF-Praxisleitfadens 1 erforderlich.



Dr. Helga Seel  
Geschäftsführerin der BAR



Prof. Dr. Wolfgang Seger  
Vorsitzender des Sachverständigenrates  
der Ärzteschaft der BAR

### Anmerkung:

Sofern aus Gründen besserer Lesbarkeit an einzelnen Stellen bei Personenangaben lediglich die männliche Schreibweise erscheint, sind weibliche Personen hier selbstverständlich gleichermaßen mit erfasst.

## Einleitung

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

### Leistungen zur Teilhabe und der Bezug zur ICF

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

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

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

Für das ärztliche Handeln gewinnt die ganzheitliche bio-psycho-soziale Betrachtung zunehmend an Bedeutung, bei der die Krankheiten und Krankheitsfolgen vor dem Hintergrund der Lebenswelt des betroffenen Menschen und seiner Person gesehen werden. Gerade in der hausärztlichen Tätigkeit spielt die Kenntnis des gesamten Lebenshintergrundes, insbesondere der beruflichen Aspekte und der Alltagsbedingungen, der Patienten eine große Rolle.

Der Arzt übt eine Brückenfunktion zwischen den einzelnen Sektoren des Versorgungssystems (Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege) aus und muss mit den unterschiedlichen Zielen und Aufgaben sowie der Zugangssteuerung vertraut sein. Er übernimmt die Aufgabe eines Lotsen für eine optimale Verzahnung der einzelnen Versorgungsbereiche und sieht sich dabei auch einem geänderten Rollenverständnis ausgesetzt.

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

Die ICF stellt hierfür eine unter dem Dach der WHO vereinbarte Grundlage dar und ermöglicht eine systematische Beschreibung der Funktionsfähigkeit und Behinderung auf den Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen (z. B. Erwerbsleben, Erziehung/Bildung, Selbstversorgung) einer Person vor ihrem gesamten Lebenshintergrund. Die ICF ist durch ihren bio-psycho-sozialen Ansatz dazu geeignet, die Transparenz diagnostischer Ergebnisse und therapeutischer Strategien sowie die Kommunikation zu anderen Berufsgruppen und zum Patienten zu verbessern.

Die ICF bezieht damit auch die individuell erlebte gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung seiner Alltags- oder beruflichen Aktivitäten mit ein. Im Sinne einer verbesserten Kommunikation und Transparenz werden mit dem chronisch kranken und behinderten Menschen insbesondere die Reha-Ziele besser vereinbart, Reha-Ergebnisse und Entscheidungen der Reha-Träger nachvollziehbarer vermittelt und seine Eigenverantwortung und Mitarbeit aktiviert. Unterstützt wird dies durch die meist in verständlicher Sprache gefassten Begrifflichkeiten der ICF.

Durch diese personenzentrierte Vorgehensweise lässt sich die Kommunikation zwischen Arzt und Patient als Grundvoraussetzung für eine gute Compliance positiv beeinflussen, und die Eigenverantwortung für den gesundheitsfördernden Umgang mit der chronischen Krankheit oder Behinderung und deren Auswirkungen auf den Lebensalltag kann gestärkt werden.

Die Nutzung der ICF als Denkmodell und konzeptionelles Bezugssystem für die Rehabilitation leistet einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Effektivität rehabilitativer Maßnahmen. Damit dürfen mehr Bedarfsgerechtigkeit und eine verbesserte Evaluation der Ergebnisqualität erwartet werden.

Der niedergelassene Arzt kommt mit der ICF vor allem bei der Verordnung bzw. Empfehlung einer medizinischen Rehabilitation in Berührung, daneben auch bei Fragen der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit (AU) mit Bezug auf einen konkreten Arbeitsplatz. Auch die Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V (Reha-RL) betreffend die Verordnung von medizinischer Rehabilitation wurde auf Grundlage der ICF erstellt. Die meisten niedergelassenen Ärzte sind insofern mit den Grundlagen der ICF bereits vertraut.

Dieser Praxisleitfaden soll den niedergelassenen Ärzten helfen, die ICF in ihren Alltag zu integrieren.

### Aufbau des ICF-Praxisleitfadens

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

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

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

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

Im **Anhang** befinden sich eine Übersicht über die Leistungen der verschiedenen Rehabilitationsträger, das Glossar, die Literaturangaben und das Verzeichnis der Autoren.

### Kapitel 1

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

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, kurz ICF genannt, gehört zur Familie der Klassifikationen im Gesundheitswesen. Sie ergänzt die bestehenden Klassifikationen um die Möglichkeit, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf unterschiedlichen Ebenen zu beschreiben.

Die WHO hat 2001 die Verwendung der ICF empfohlen. Seit 2005 steht sie in deutscher Sprache in gedruckter Form und auf der Internetseite des DIMDI zur Verfügung [<http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icf/>]. Meilensteine auf dem Weg zur ICF-Implementierung in Deutschland war 2001 das Inkrafttreten des SGB IX und mit ihm eine Anlehnung an die ICF sowie die Fokussierung auf den Teilhabebegriff (Partizipation)

Die von der WHO beschlossene Systematik dient einer standardisierten Beschreibung von Gesundheitszuständen und mit Gesundheit zusammenhängenden Aspekten einschließlich der Aktivitäten und Teilhabe. Die ICF ist krankheitsunabhängig angelegt. Sie ist nur eine „Momentaufnahme“ und kann somit auch keine Krankheits- oder Behinderungsdynamik und -prognose abbilden. Sie schafft u.a. eine Sprache, die die Kommunikationen zwischen verschiedenen Benutzern, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, den Betroffenen selbst, aber auch Wissenschaftlern und Politikern erleichtern soll.

Die Nutzung der ICF setzt vor dem Hintergrund ihrer Systematik immer das Vorliegen eines Gesundheitsproblems voraus und deckt keine Umstände ab, die nicht mit der Gesundheit im Zusammenhang stehen, wie z. B. solche, die von sozioökonomischen Faktoren verursacht werden.

#### Gesundheitsproblem

Der englische Begriff „health condition“ ist mit dem etwas engeren Begriff „Gesundheitsproblem“ übersetzt. Als Gesundheitsproblem werden z. B. bezeichnet: Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Vergiftungen und andere Umstände wie Schwangerschaft oder Rekonvaleszenz. Das Gesundheitsproblem wird typischer Weise als Krankheitsdiagnose oder -symptomatik mit der ICD 10 erfasst bzw. klassifiziert. Ein Gesundheitsproblem führt damit zu einer Veränderung an Körperstrukturen und/oder Körperfunktionen und ist Voraussetzung zur Nutzung der ICF.

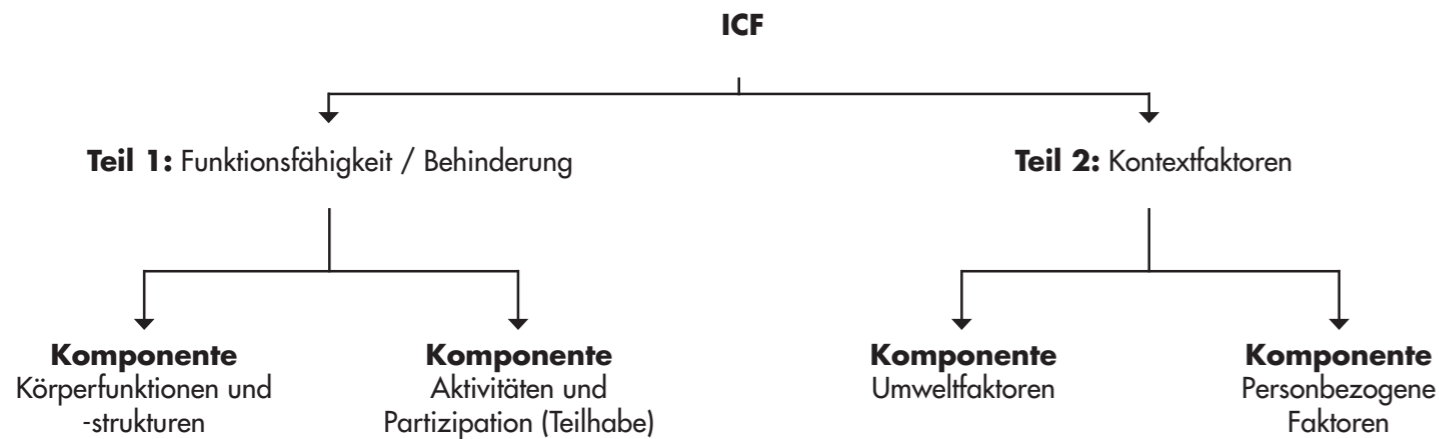
1.1 Struktur der ICF

Die ICF besteht aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten:

Teil 1 wird überschrieben mit dem Begriff „Funktionsfähigkeit und Behinderung“. Er enthält die Komponenten Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe).

Teil 2 ist überschrieben mit dem Begriff „Kontextfaktoren“ und untergliedert in die Komponenten Umwelt- und Personbezogene Faktoren.

Abbildung 1: Struktur der ICF:



1.2 Die Komponenten der ICF

Die Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung in Teil 1 der ICF können in zweifacher Weise betrachtet werden.

Die Perspektive der Behinderung fokussiert auf Probleme im Gefolge eines Gesundheitsproblems (z. B. Schädigungen von Funktionen/Strukturen oder Beeinträchtigung der Aktivität/Teilhabe) während die Perspektive der Funktionsfähigkeit eher die positiven, nicht-problematischen Aspekte des mit dem Gesundheitsproblem in Zusammenhang stehenden Zustandes in den Mittelpunkt rückt (z. B. trotz einer Unterschenkel-Amputation noch laufen können wie ein Gesunder).

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie sind mögliche Einflussfaktoren, die auf Krankheitsauswirkungen bzw. die Funktionsfähigkeit positiv wie negativ einwirken können, d. h. sie können für eine betroffene Person einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen.

Voraussetzung zur geeigneten Nutzung der ICF ist die Kenntnis ihrer Konzeption („Philosophie“) und ihrer Grundbegriffe. Die einzelnen Komponenten der ICF sind untergliedert in verschiedene Kapitel („Domänen“) mit jeweils mehreren Gliederungsebenen. Sie werden folgendermaßen beschrieben:

1.2.1 Körperfunktionen und Körperstrukturen

Als Körperfunktion werden die einzelnen, isoliert betrachteten physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen bezeichnet, beispielsweise die Insulinausschüttung in der Bauchspeicheldrüse oder die Beweglichkeit im Hüftgelenk. Aber auch die mentalen Funktionen, wie z. B. Konzentrationsfähigkeit, gehören hierzu.

Unter Körperstrukturen versteht man die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile, beispielsweise die Bauchspeicheldrüse, Gliedmaßen oder einzelne Körperbestandteile wie Stammzellen.

Tabelle 1 listet die von der WHO vorgesehene Kapiteleinteilung in der Untergliederung der 1. Ebene auf.

Tabelle 1: Klassifikation der Körperfunktionen und -strukturen (Kapitelzuordnungen)

Kapitel	Körperfunktionen	Kapitel	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 endokrinen 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

Itembeispiele: b1400 Daueraufmerksamkeit; s75023 Bänder und Faszien der Knöchelregion (b=Präfix für Körperfunktionen; s=Präfix für Körperstrukturen)

Negative Abweichungen werden bei den Körperfunktionen und -strukturen als Schädigungen bezeichnet.

**1.2.2 Aktivitäten und Teilhabe [Partizipation]**

Im Gegensatz zur isolierten Betrachtung einer Funktion stellt eine Aktivität die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch einen Menschen in einer bestimmten Situation dar.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei ihrer Durchführung haben kann, z. B. beim Lernen, Schreiben, Rechnen, Kommunizieren, Gehen, bei der Körperpflege.

Die Teilhabe (Partizipation) kennzeichnet das Einbezogen sein in eine Lebenssituation, beispielsweise Familienleben, Arbeitswelt, Fußballverein.

Beeinträchtigungen können Probleme beispielsweise beim Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen, in Beziehungen, bei der Erziehung von Kindern, bei der Arbeit oder in der Freizeit sein.

Innerhalb dieser Komponente sind verschiedene Lebensbereiche definiert, die der Betrachtung der Durchführung von Aktivitäten bzw. des Einbezogen seins zu Grunde gelegt werden. Eine eindeu-

**B**EEINTRÄCHTIGUNGEN DER AKTIVITÄT SIND SCHWIERIGKEITEN, DIE EIN MENSCH BEI IHRER DURCHFÜHRUNG HABEN KANN, Z. B. BEIM LERNEN, SCHREIBEN, RECHNEN, KOMMUNIZIEREN, GEHEN, BEI DER KÖRPERPFLEGE.“

tige Differenzierung zwischen „individueller“ und „gesellschaftlicher“ Perspektive der Domänen, also die Trennung zwischen Aktivitäten und Teilhabe [Partizipation], ist dabei oft nicht möglich. Aus diesem Grund sind sie in der ICF in gemeinsamen Kapiteln aufgeführt (**Tabelle 2**).

**Tabelle 2: Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe (Kapitelzuordnungen)**

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

Itembeispiel: d5101 Den ganzen Körper waschen (d=Präfix für Aktivitäten und Teilhabe)



**1.2.3 Umweltfaktoren**

Umweltfaktoren sind wie die personbezogenen Faktoren eine Komponente des Teils 2 der ICF (Kontextfaktoren).

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Diese Faktoren liegen außerhalb der Person. Fördernde Umweltfaktoren können beispielsweise barrierefreie Zugänge, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Medikamenten und Sozialleistungen sein. Schlechte Erreichbarkeit von Leistungserbringern, fehlende soziale und finanzielle Unterstützung können hingegen Barrieren darstellen (**Tabelle 3**).

**Tabelle 3: Klassifikation der Umweltfaktoren (Kapitelzuordnungen)**

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

Itembeispiel: e1101 Medikamente (e=Präfix für Umweltfaktoren)

**1.2.4 Personbezogene Faktoren**

Personbezogene Faktoren sind von der WHO wegen der mit ihnen einhergehenden großen soziokulturellen Unterschiedlichkeit in der ICF bislang nicht systematisch klassifiziert. Beispielfhaft werden aber einige wenige Items von der WHO aufgelistet.

Personbezogene Faktoren können Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen (vergangene oder gegenwärtige Ereignisse), allgemeine Verhaltensmuster und Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale umfassen (DIMDI 2006).

Legt man diese zugrunde, könnte man sich unter den personbezogenen Faktoren Eigenschaften einer Person vorstellen, die einen Bogen spannen von

- allgemeinen Merkmalen einer Person, wie Alter, Geschlecht und genetischen Faktoren, über
- physische Faktoren, wie Körperbau und andere physische Faktoren, die insbesondere das körperliche Leistungsvermögen beeinflussen können (z. B. Muskelkraft, Herz-Kreislauffaktoren),
- mentale Faktoren im Sinne von Faktoren der Persönlichkeit und kognitiven sowie
- amnestische Faktoren,
- Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten dieser Person bis hin zur
- Lebenslage und sozioökonomische/kulturelle Faktoren.

Andere Gesundheitsfaktoren, wie sie die WHO vorschlägt, könnten den personbezogenen Faktoren zugeordnet werden, wenn sie geeignet sind, die aktuelle Funktionsfähigkeit zu beeinflussen, aber nicht Teil des Gesundheitsproblems sind.

Auch die personbezogenen Faktoren können die Funktionsfähigkeit einschließlich der Teilhabe beeinflussen und sind je nach Fragestellung im Einzelfall ggf. zu berücksichtigen. So kann beispielsweise eine optimistische Grundhaltung den Umgang mit einer Behinderung erleichtern, andererseits aber eine negative Einstellung zur Benutzung eines Rollators zur sozialen Isolation führen. In beiden Fällen handelt es sich nicht um „krankheitsbedingte“ Aspekte, sondern um wirkungsvolle Ausprägungen individueller Merkmale oder Eigenschaften, denen eine spezifische aktuelle Bedeutung zukommt, die man im positiven Fall (Förderfaktor) nutzen und im negativen Fall (Barriere) ggf. günstig von außen beeinflussen kann.

**1.3 Weitere Untergliederung der einzelnen Komponenten**

Wie aufgezeigt, sind die beiden Komponenten des Teil 1 der ICF („Körperfunktionen und Strukturen“ sowie „Aktivitäten und Teilhabe“) und die Komponente „Umweltfaktoren“ des Teils 2 der ICF jeweils weiter untergliedert. Dabei werden sinnvolle und praktikable Teilbereiche der Komponenten zu sog. „Domänen“ (Kapitel, Blöcke) zusammengefasst. Diese enthalten jeweils einzelne Kategorien (Items) auf verschiedenen Gliederungsebenen (bis zu vier).

**1.4 Möglichkeit der Nutzung von ICF-Items in der Praxis**

Für verschiedene Zwecke, wie z. B. bei einer Falldarstellung, besteht die Möglichkeit, die einzelnen ICF-Items mit ihren Codes zur besseren Orientierung zu nutzen; dies ist allerdings nicht vorgeschrieben und spielt für den niedergelassenen Arzt grundsätzlich keine Rolle.

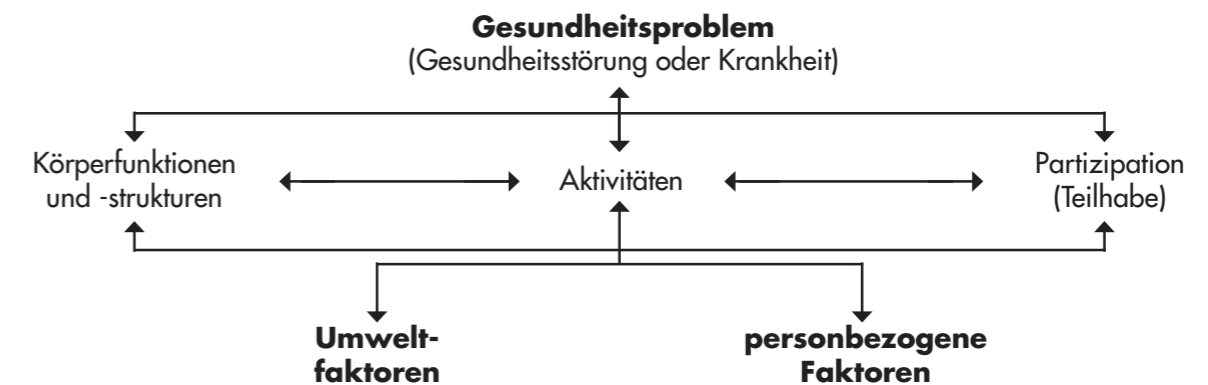
**1.5 Die Konzeption der ICF, das bio-psycho-soziale Modell**

Sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die Behinderung eines Menschen sind gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und seinen Umwelt- und personbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren).

Das bio-psycho-soziale Modell der möglichen multiplen Wechselwirkungen (**Abbildung 2**) verdeutlicht, dass Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess ist (Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung). Die Komplexität der Wechselwirkungen lässt vielfältige Interventionsansätze erkennen, beispielsweise

- bei der Behandlung der Funktionsschädigung selbst oder der Förderung verbliebener Fähigkeiten,
- der Verbesserung oder Kompensation beeinträchtigter Aktivitäten sowie
- der Verbesserung oder des Ausgleichs einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

**Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)**



Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung

- all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird und/oder
- sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird.

Resultiert aus dem Gesundheitsproblem einer Person eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, liegt nach dieser Konzeption eine Behinderung vor. Der Behinderungsbegriff im SGB IX (§ 2) ist hingegen enger gefasst. Danach sind Menschen nur dann behindert, wenn

- ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit 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.

Die ICF eröffnet ihren Nutzern durch den dynamischen Prozess zwischen den einzelnen Komponenten vielfältige Ansatzpunkte für sowohl therapeutische als auch wissenschaftliche Überlegungen.

## Kapitel 2

## ICF-Anwendungsbeispiele

Der niedergelassene Arzt kommt mit der ICF derzeit vor allem bei der Frage nach einem möglichen Rehabilitationsbedarf seiner Patienten in Berührung. Einen konkreten Anknüpfungspunkt stellt dabei die Verordnung einer Rehabilitationsleistung zulasten der GKV dar. Die Zugangswege anderer Leistungsträger bleiben hiervon unberührt.

Für diese Verordnung werden neben der Dokumentation der Krankheitsdiagnosen (ICD) auch eine standardisierte Erfassung der Krankheitsauswirkungen und der für die Rehabilitation relevanten Kontextfaktoren (ICF) gefordert, vgl. §§ 4,7 der Reha-RL.

Anhand des nachfolgenden Beispiels soll verdeutlicht werden, wie und welche dem Arzt vorliegenden Informationen aus den medizinischen Daten des Patienten nach Strukturierung mit Hilfe der ICF in die Verordnung von medizinischer Rehabilitation einfließen können.

### Orthopädisches Fallbeispiel Auszug aus dem Krankenblatt des Vertragsarztes

#### Anamnese:

68-jährige Hausfrau, verwitwet, biologisch deutlich vorgealtert, lebt in einer Hochparterrewohnung (14 Treppenstufen) in einem Zweifamilienhaus (Eigentum) in ländlicher Umgebung. Ihre Tochter und deren Familie wohnen in der 1. Etage. Treppensteigen schmerzhaft. Nächst gelegene krankengymnastische Praxis im Nachbarort (15 km), nur mit dem Bus zu erreichen. Ein- und Aussteigen beim Bus sehr schmerzhaft und mühsam. Mitbehandelnder Orthopäde in der nächsten Kreisstadt (40 km), schlechte Verkehrsanbindung. Hausarzt und Einkaufsmöglichkeiten vor Ort. Selbst Einkaufen mobilitätsbedingt aber stark beeinträchtigt. Bisher wurden keine Leistungen der medizinischen Rehabilitation verordnet.

#### Beschwerdesymptomatik:

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

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

Tochter und den beiden Enkelkindern nicht mehr möglich (z. B. Zoobesuch). Gegenseitige Freundschaftsbesuche in den letzten Jahren mobilitätsbedingt fast völlig eingestellt.

#### Bereits durchgeführte Diagnostik:

- Röntgen:
  - Beckenübersicht und rechte Hüfte axial - aktuell: vermehrte Sklerosierung beider Pfannendächer re>li mit Randanbauten rechts, leicht verschmälertem Gelenkspalt, geringfügige Beinverkürzung, beginnende Entrundung des Femurkopfes
  - re. Kniegelenk in 2 Ebenen: medial betonte Randanbauten insbesondere tibial mit subchondraler Sklerosierung beider Gelenkflächen, Gelenkspaltverschmälerung medial > lateral, Geröllzysten medialer Femurcondylus
- MRT der LWS – 7 Monate alt: Bandscheibenprolaps in Höhe L4/L5 rechts lateral mit leichter Irritation der Wurzel, beginnende Spinalkanalstenose in Höhe L3-L5 und beginnende Foramenstenose L4 und L5 rechts.
- aktuelle Laborwerte: Grenzwertige Erhöhung der Leberwerte und Nüchternblutzucker, Hypertriglyceridämie.

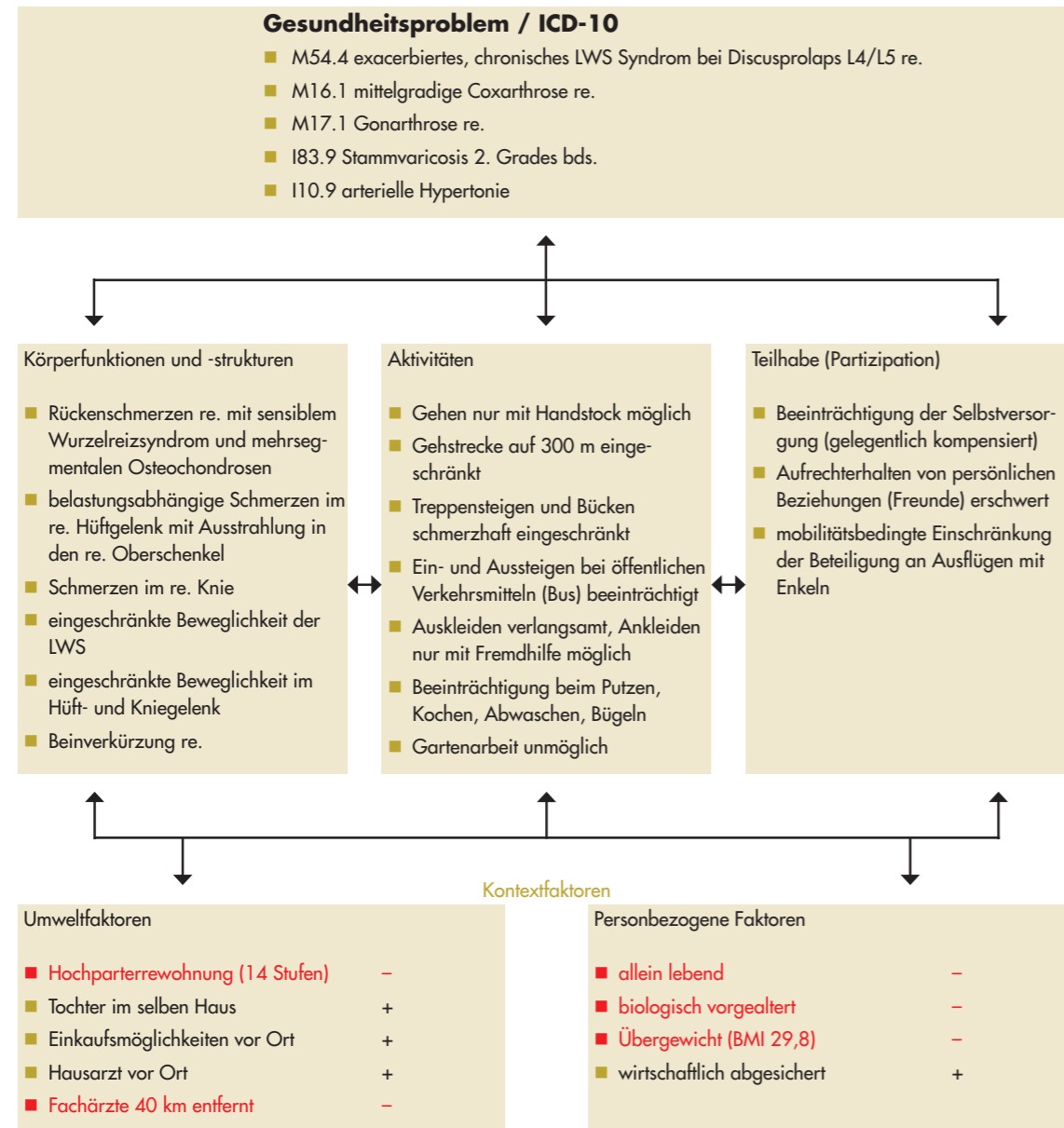
#### Therapien/Verordnungen:

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

Die Kontextfaktoren, die in diesem Fall in Abhängigkeit von den jeweils bedeutsamen Aspekten als Förderfaktoren identifiziert wurden, werden ICF-gemäß mit einem „+“ gekennzeichnet, diejenigen, die als Barrieren erkannt wurden, jeweils mit einem „-“.

DER NIEDERGELASSENE ARZT KOMMT MIT DER ICF DERZEIT VOR ALLEM BEI DER FRAGE NACH EINEM MÖGLICHEN REHABILITATIONSBEDARF SEINER PATIENTEN IN BERÜHRUNG.“

Abbildung 3: Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten



Förderfaktoren: +,  
 Barrieren: -

Die vorgenannte Fallstrukturierung (**Abbildung 3**) lässt zunächst einmal die komplexen Aus- und Wechselwirkungen der Krankheiten unter Berücksichtigung der für die Patientin wichtigen Umweltbedingungen und ihres persönlichen Lebenshintergrundes erkennen. Diese bio-psycho-sozialen Aspekte sind auch von zentraler Bedeutung bei der Frage nach der angezeigten Art der Behandlung (z. B. spezifisch kurativ oder rehabilitativ).

Die ICF ist aber nur eine „Momentaufnahme“ und kann somit Krankheits- oder Behinderungsdynamik und -prognosen nicht unmittelbar abbilden. Deshalb müssen bei sozialmedizinischen Fragestellungen, wie z. B. bei der Indikationsstellung für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation, die ICF-Komponenten immer auch vor dem Hintergrund der krankheitsspezifischen Parameter, wie Ausprägungsgrad, Dauer, bisherige Therapie und Verlauf der zugrunde liegenden Erkrankung(en) beurteilt werden.

Im Fallbeispiel stehen bei der Patientin ein chronisches, degenerativ bedingtes LWS-Syndrom und eine Coxarthrose rechts im Vordergrund der Problematik. Die Mobilität der Patientin hat sich im Zusammenhang mit einem Discusprolaps L4/L5 und aufgrund einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung bei progredienter Arthrose im Hüft- und Kniegelenk rechts seit mehreren Monaten deutlich verschlechtert. Hieraus resultiert eine zunehmende Beeinträchtigung der häuslichen Lebensführung und der Selbstversorgung (Teilhabestörung) und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Besuche bei Freunden sind fast nicht mehr möglich, ebenso wenig auch Ausflüge mit Tochter und Enkelkindern. Mit der bisherigen Behandlung (haus- und fachärztliche Mitbetreuung, einschließlich Analgetika, Antiphlogistika, Hilfsmittel – Gehstock –, intermittierend Heilmittel und stationäre Schmerztherapie) konnte noch keine durchgreifende Besserung der Beschwerdesymptomatik erzielt werden. Eine operative Intervention ist noch nicht indiziert, eine medizinische Rehabilitation wurde bis jetzt nicht durchgeführt.

Aufgrund der Gesamteinschätzung ist auch bei Fortsetzung der eingeleiteten Therapie keine wesentliche Besserung der beschriebenen Problematik zu erwarten. Daher besteht die Indikation für eine komplexe medizinische Intervention im interdisziplinären Setting (medizinische Rehabilitation), insbesondere um mehr Selbständigkeit im Lebensalltag (Mobilität, Selbstversorgung, häusliches und gesellschaftliches Leben) zurückzugewinnen.

Zur Stabilisierung des Rehabilitationserfolges muss weiterhin auf die gezielte Unterstützung von Förderfaktoren und auf den Abbau von ungünstigen Barrieren (jeweilige Umwelt- und personbezogene Faktoren) fokussiert werden. Die wichtigsten Teilhabeziele für die Patientin und die Möglichkeiten zu deren Zielerreichung sind zu erörtern. Mit der Tochter könnten die wichtigsten Unterstützungsmöglichkeiten für die Haushaltsführung diskutiert werden. Wichtig wäre Ernährungsberatung, um eine Gewichtsreduktion zu erreichen, oder um wenigsten eine weitere Gewichtszunahme zu verhindern, sowie die Erörterung weiterer Möglichkeiten zur besseren Kontaktpflege mit dem Freundeskreis. Ggf. ist auch die Verordnung von Behandlungspflege durch professionelle Dienste erforderlich, z. B. für das An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe. Dies alles ist auch zu berücksichtigen im Hinblick auf eine drohende Pflegebedürftigkeit (Reha vor Pflege).

**Neurologisches Fallbeispiel****Anamnese:**

24 jährige Studentin, ledig, wohnt mit Freundin zusammen. Jobbt als Servicekraft in der Gastronomie. Im 13. Lebensjahr schweres Schädel-Hirntrauma mit linksseitigem epiduralen Hämatom mit Entlastung und Kraniotomie über 3 Monate. Schnelle, nahezu komplette Rückbildung der initialen Hemiparese rechts während der AHB. Als Residuum sind eine diskrete Feinmotorikstörung der rechten Hand und erschwertes Abrollen beim Gehen geblieben. Deswegen im Anschluss an die AHB keine ambulante Therapie. In den letzten Jahren zunehmende Beschwerden beim Laufen, deswegen Beginn ambulanter Physiotherapie 11/2012.

Keine kognitiven Einschränkungen, keine symptomatische Epilepsie. Eine orale Therapie mit Baclofen besserte zwar die Verkrampfung der Zehen, hatte aber Benommenheit als Nebenwirkung, so dass die Medikation wieder abgesetzt wurde. Wohnt im Haus mit Aufzug. Physiotherapiepraxis in der Nähe der Universität.

**Beschwerdesymptomatik:**

Seit ca. 2 Jahren zunehmende belastungsabhängige Schmerzen rechter Vorderfuß und Verkrampfung der Zehen (Laufen, Stehen). Durch die Zehenverkrampfung ist das Tragen von Schuhen erschwert. Einschließende Spastik Oberschenkel rechts bei Berührung.

Dorsalextension Fuß rechts geringgradig paretisch, ansonsten keine Paresen. Erschöpflicher Fußklonus rechts. Spontane Plantarflexion rechter Fuß und Zehen II-IV, im Stehen Ferse-Boden-Kontakt rechts ohne Probleme möglich. In der Schwungbeinphase beim Gehen Aufsetzen mit dem Vorderfuß rechts ohne Abrollen, spontanes Rennen nur auf den Vorfüßen. Hornhautschwielen Zehen II-IV dorsal und plantar, Hyperalgesie gesamtes rechtes Bein, nach distal zunehmend. Proximal Spastik durch Schmerzreize auslösbar.

Depressive Stimmung wegen der motorischen Einschränkungen und anhaltenden Schmerzen.

**Therapie/Verordnungen:**

Nach Ganganalyse erfolgte Physiotherapie mit dem Ziel, ein neues Gangmuster einzuüben. Prüfung erforderlich, ob Schiene oder lokale Injektionen mit Botulinum Toxin sinnvoll sind.

**Bereits durchgeführte Diagnostik:**

cMRT 01/2014: Demarkierung des alten Defektes, spinales MRT 01/2014: keine Myelonkompression oder -läsion.

**Gesundheitsproblem /ICD 10**

G81.1 spastische Hemiparese rechts, fußbetont (nach Schädel-Hirn-Trauma mit 13 Jahren)  
F32.0 leichte Depression

**Körperfunktion und -strukturen:**

Fehlerhaftes Abrollen rechts in der Schwungbeinphase, verlangsamtes Gehen, Verkrampfung der Zehen spontan, Zunahme unter Belastung, Schmerzen im Vorderfuß. Verstärkung der Schmerzen durch Belastung, störende Myoklonien rechter Oberschenkel, Beeinträchtigung von Stimmung und kognitiver Leistungsfähigkeit durch die ständig vorhandenen Schmerzen, entsprechend erhöhtes Ruhebedürfnis. Zunehmende physische Erschöpfung, entsprechend erhöhtes Ruhebedürfnis.

**Aktivitäten:**

Gehen auf ebener Strecke im normalen Tempo ab ca. 100m zunehmend erschwert und schmerzhaft, Schuheanziehen und -tragen erschwert, Gehen auf unebenem Untergrund unsicher, Autofahren nicht möglich

**Teilhabe:**

Beeinträchtigung des Studiums, Beeinträchtigung in der Ausübung ihres Jobs als Servicekraft in der Gastronomie, kann nicht an allen Freizeitaktivitäten (z. B. Disco-Besuch) ihrer Freunde teilnehmen

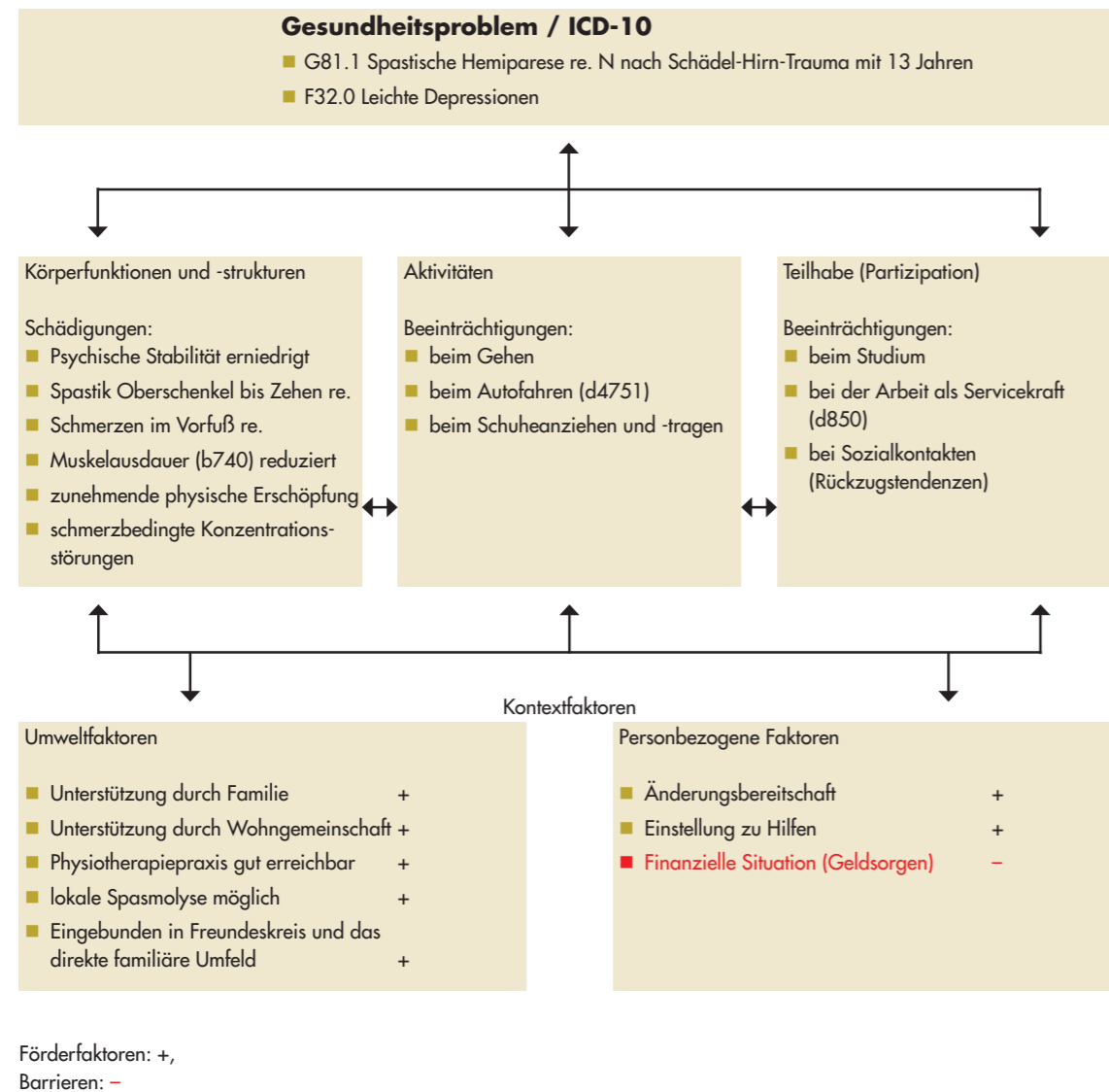
**Umweltfaktoren:**

Unterstützung durch die Familie [+], muss sich Geld dazu verdienen [-], Physiotherapiepraxis gut erreichbar [+], wohnt in Wohngemeinschaft [+], systemische und lokale Spasmolyse durch Medikamente möglich[+], gute Einbindung im Freundeskreis und Familie [+]

**Personbezogene Faktoren:**

Hochgradig motiviert, Änderung herbeizuführen [+], nimmt Hilfsangebote an [+]

Abbildung 4 Neurologisches Fallbeispiel



Psychosomatisches Fallbeispiel für einen Reha-Antrag

Mittelgradig depressive Episode eines Krankenpflegers, 42 Jahre, seit dem 18. Lebensjahr im Beruf; zuletzt im orthopädischen Krankenhaus im Schichtdienst eingesetzt, verheiratet, 2 Kinder, 16 und 14 Jahre alt. Ehefrau halbe Stelle in ambulantem Pflegedienst. Patient 24 Berufsjahre, zuletzt beworben auf Leitungsposition ohne Schichtdienst in Ambulanz, abgelehnt worden. Muss zunächst weiter im 3-Schicht-Dienstarbeiten, erwägt Kündigung; Ehefrau frustriert wegen familieneindlicher Nacht- und Wochenenddienste, pubertierende Kinder, Ehekrise, Ehefrau ausgezogen, erwägt Scheidung. Patient stellt sich mit multiplen, vorwiegend psychosomatischen Störungsbildern in Allgemeinarztpraxis vor: Rückenschmerzen bei mäßigen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und massiven Verspannungen; chronischen Schlafstörungen; neu aufgetretenen Magenschmerzen, Kopfschmerzen und Diarrhoen seit Auszug der Ehefrau, Probleme bei der Gartenarbeit. Geldsorgen, kann große Wohnung ohne Familie nicht halten. Massive Kränkung durch fehlende berufliche Perspektive und privates Verlassenwerden. Nach umfangreicher Diagnostik bei Hausarzt/Orthopäde/Kardiologe/ Gastroenterologie folgende Diagnosen:

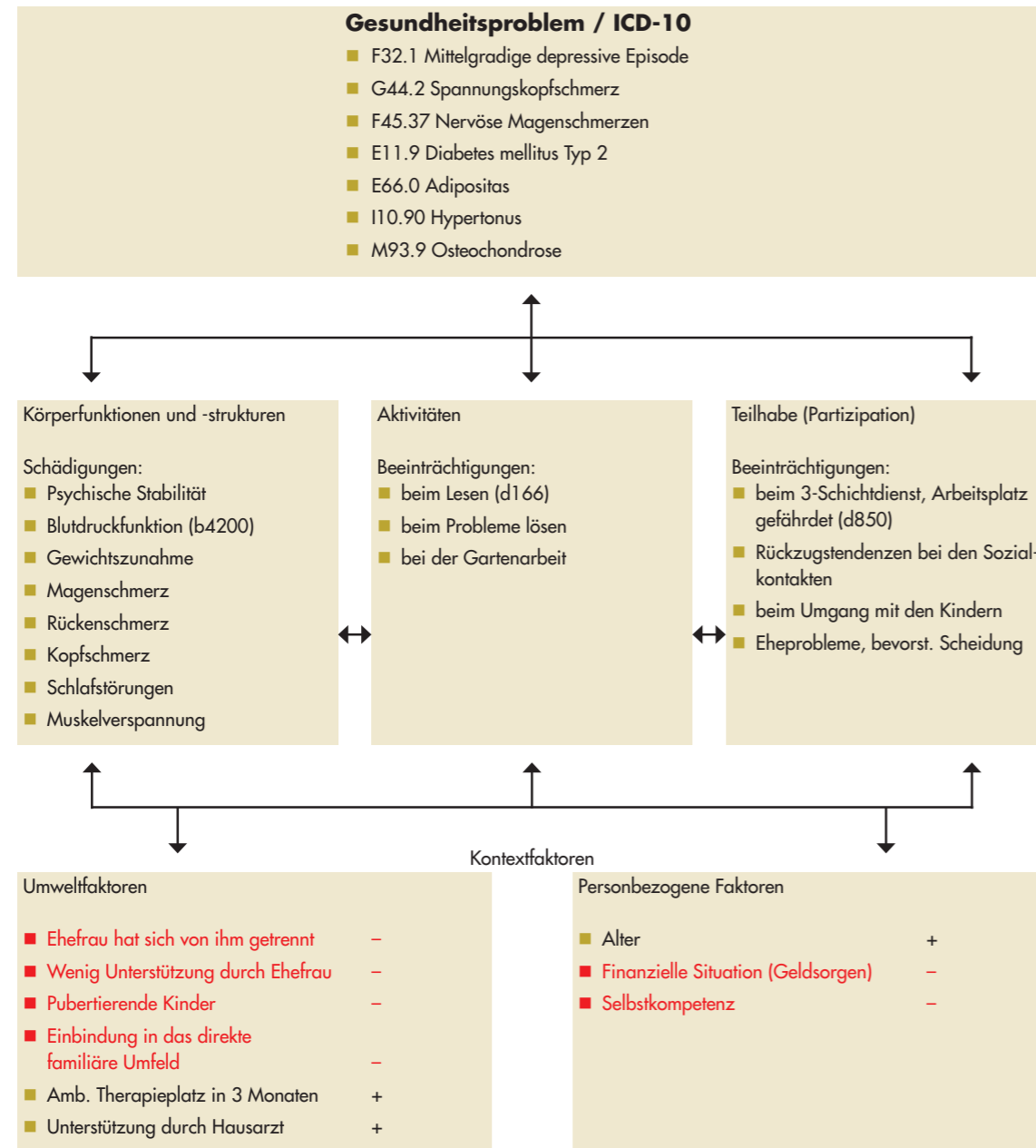
1. Mittelgradige depressive Episode (F32.1) mit Burnout-Syndrom (Z73) und multipler Somatisierung
2. Spannungskopfschmerz (G44.2) bei Myogelosen und Haltungsschaden von HWS und BWS
3. Nervöse Magenschmerzen (F45.37) ohne Helicobakter-Befall
4. Adipositas (E66.09) mit latentem Diabetes mellitus (E11.9) und labilem Hypertonus (I10.90)
5. Beginnende Osteochondrose (M93.9) der gesamten Wirbelsäule

Therapeutische Maßnahmen und Behandlungsplan:

1. AU für zunächst nicht absehbare Zeit
2. Antidepressive medikamentöse Therapie
3. Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz, evtl. Paartherapie
4. Gespräche Betriebsärztlicher Dienst, Betriebsrat, Arbeitgeber zwecks Umsetzung auf Normal-schicht; ggf. Kündigung und Arbeitsplatzwechsel
5. Physikalische Therapie und Sportprogramm
6. Ernährungsumstellung
7. Medikation bzgl. Reizmagen und Rückenschmerzen.

Nach 4-wöchiger AU hat sich die Symptomatik trotz Antidepressiva verschlechtert. Aufgrund des feststellbaren Selbstwertverlustes erscheint der Patient nicht in der Lage zu sein, Ehe und Beruf zu retten. Erste probatorische ambulante psychotherapeutische Sitzungen wurden erfolgreich durchgeführt, ein Therapieplatz in drei Monaten in Aussicht gestellt. Die alleinige kurative vertragsärztliche Behandlung ist aufgrund der komplexen Problematik im Hinblick auf die erst in 3 Monaten einsetzende psychotherapeutische Behandlung nicht ausreichend, weshalb eine psychotherapeutisch-psychosomatische Reha-Maßnahme zeitnah indiziert ist.

Abbildung 5: Psychosomatisches Fallbeispiel für einen Reha-Antrag



Förderfaktoren: +,  
 Barrieren: -

Die Kontextfaktoren, die in **diesem** Fall in Abhängigkeit von den jeweils bedeutsamen Aspekten als Förderfaktoren identifiziert wurden, werden ICF-gemäß mit einem „+“ gekennzeichnet, diejenigen, die als Barrieren erkannt wurden, jeweils mit einem „-“. Nur beispielhaft wurde jeweils ein Item-Kode (z. B. b4200 Blutdruckfunktion) angegeben.

**Zur Klarstellung:** Diese Abbildung dient allein der Visualisierung von gedanklichen Abläufen des Vertragsarztes, die „Kästchen“ müssen vom niedergelassenen Arzt nicht ausgefüllt werden, eine Zuordnung wird nicht vorgeschrieben.

Der Vertragsarzt bezieht den Lebenshintergrund seines Patienten von jeher in die Indikationsstellung ein. Für die Entscheidung durch den zuständigen Reha-Träger sind die Kontextfaktoren zielführende Informationen für die Allokationsentscheidung, die z. B. Art, Ort, Umfang, Dauer usw. beeinflussen können.

Die Abgrenzung der einzelnen aufgeführten Komponenten ist zeitweise nicht ganz eindeutig, so könnte man den „3-Schicht-Dienst“ aus der Perspektive der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der ICF- Komponente Teilhabe [Partizipation] zuordnen, andererseits wäre aber auch die Zuordnung zu den Umweltfaktoren möglich, wenn man diese Arbeitsplatzgestaltung (physisch) als außerhalb der Person befindliche materielle Umwelt betrachtet. Entscheidend ist letztendlich, auf welche Perspektive der Betrachter fokussiert. Insofern kann der gleiche Sachverhalt entsprechend der unterschiedlichen Fragestellungen mehrfach und auch unterschiedlich gekennzeichnet aufgeführt werden.

## Kapitel 3

### Leistungen zur Teilhabe

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

### Leistungen der medizinischen Rehabilitation

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

**E**INE ANSCHLUSSREHABILITATION KANN SOWOHL ALS AMBULANTE ALS AUCH STATIONÄRE MEDIZINISCHE REHABILITATION DURCHGEFÜHRT WERDEN.“

Inhaltlich lassen sich die Leistungen vereinfachend

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

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

### Anschlussrehabilitation/Anschlussheilbehandlung (AR/AHB)

Das AR/AHB - Verfahren der Kranken- und Rentenversicherung ist ein besonderes Verfahren zur Einleitung/ Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Die nahtlose und zügige Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfolgt i.d.R. bei ausgewählten Indikationen. Durch die Deutsche Rentenversicherung wurde hierfür ein Indikationskatalog erstellt. Dieser wendet sich an Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus, um diesen einen schnellen Überblick über Krankheitsgruppen bzw. Krankheiten mit häufigem Rehabilitationsbedarf zu geben.

Die Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Form der AHB erfolgt in unmittelbarem oder in engem zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären Behandlung, in der Regel bis zu 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus, in medizinisch begründeten Fällen auch bis zu 6 Wochen nach Entlassung. Eine Anschlussrehabilitation kann sowohl als ambulante als auch als stationäre medizinische Rehabilitation durchgeführt werden



### Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33ff SGB IX, berufliche Rehabilitation) soll die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessert, hergestellt oder wieder hergestellt und die Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer gesichert werden. Als Leistungen kommen beispielsweise in Betracht: berufliche Anpassung und Weiterbildung (Umschulung), Eingliederungszuschüsse, Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb, Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen. Auch Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen können dazugehören.

### Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55ff SGB IX, soziale Rehabilitation) werden die Leistungen erbracht, die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen und die nicht als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen erbracht werden. Zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gehören u. a. heilpädagogische Leistungen für Kinder und Hilfen zum Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten.

### Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben werden ergänzt durch unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen. Unterhaltssichernde Leistungen (§§ 44ff SGB IX) sind u. a. Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Ausbildungsgeld, Beiträge zur Sozialversicherung. Andere ergänzende Leistungen sind z. B. Rehabilitationssport / Funktionstraining, Haushaltshilfen o.ä.

Trägerspezifische rechtliche Regelungen und eine Übersicht der für die verschiedenen Leistungsarten zuständigen Rehabilitationsträger sind im Anhang aufgeführt.

Bei der Rehabilitation von Personen im erwerbsfähigen Alter steht häufig die (Re-)Integration auf dem Arbeitsplatz bzw. ins Arbeitsleben im Fokus der Bemühungen. Gerade hier hängt der Erfolg oft ab vom frühzeitigen Erkennen entsprechender Handlungsbedarfe und zeitgerechter Reaktion darauf. Seit 2004 sind dabei Arbeitgeber besonders in der Pflicht. Sie müssen länger oder wiederholt (≥ 6 Wochen/12 Monate) erkrankten Beschäftigten ein sog. „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ (§ 84 Abs. 2 SGB IX) anbieten. Hier werden oft auch die Unterstützungsmöglichkeiten durch Rehabilitationsleistungen erörtert. Im betrieblichen Kontext spielt z. B. das Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung eine besondere Rolle.

## Kapitel 4

### Fazit und Ausblick

Die ICF stellt eine gemeinsame Denk- und Handlungsgrundlage für alle dar, die an der Behandlung, Therapie und Versorgung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen beteiligt sind. Die ICF ist zweierlei:

Sie ist zum einen ein Konzept oder eine „Philosophie“ zum besseren Verständnis der Zusammenhänge zwischen einem Gesundheitsproblem und der daraus resultierenden Funktionsfähigkeit oder Behinderung auf der Grundlage der bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen.

Zum anderen ist die ICF eine Klassifikation zur Kodierung der Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung. Die Kodierung wird auf absehbare Zeit nur in sehr speziellen Zusammenhängen verwendet werden können.

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

Ausgangspunkt für die Anwendung der ICF ist stets ein Gesundheitsproblem. Ein in der ICD 10 gleiches Gesundheitsproblem kann sowohl unterschiedliche Stadien als auch im Leben verschiedener Menschen ganz unterschiedliche Auswirkungen haben. Letzteres hat viele Gründe. Die Aspekte der individuellen Kompensationsfähigkeit, persönlicher Einstellungen und Ressourcen müssen ebenso betrachtet werden wie evtl. bestehende Barrieren.

So kommt es z. B. auf eine vorhandene oder die fehlende Unterstützung des betroffenen Menschen am Arbeitsplatz und im Privatleben an. Es besteht stets die Gefahr, dass diese vielfältigen Wechselwirkungen in der täglichen therapeutischen Arbeit untergehen. Die ICF ist hier ein wichtiger Bezugspunkt, mit dem diese Aspekte immer wieder in Erinnerung gerufen werden können.

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

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

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

Das Konzept der ICF ist schon heute aktueller Maßstab in der Sozialgesetzgebung, bei untergesetzlichen Verordnungen und Richtlinien. Kaum ein entsprechendes Dokument kommt ohne Bezug auf die ICF aus. Dies gibt berechtigte Hoffnung auf eine bessere Abstimmung der Akteure im Feld von Richtlinien und Verordnungen, die nun auf ein gemeinsames und anerkanntes Konzept zurückgreifen können. So hat das Konzept der ICF Eingang in das SGB IX gefunden. Dies ergibt sich nicht nur aus der Gesetzesbegründung sondern auch aus der Formulierung des § 10 SGB IX demzufolge bei den genannten Voraussetzungen Leistungsbedarfe „funktionsbezogen“ festzustellen sind. Im Bereich der untergesetzlichen Normen findet sich häufig ein ausdrücklicher Bezug auf die ICF, so etwa in der Rehabilitations-Richtlinie nach § 92 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses, worin auch die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch Vertragsärzte geregelt worden ist.

Die bei der BAR erarbeiteten Gemeinsamen Empfehlungen (§ 13 SGB IX) und sonstigen trägerübergreifenden Vereinbarungen und (Rahmen-)Empfehlungen basieren auf der ICF als Grundlage für ein bio-psycho-soziales Verständnis in der Rehabilitation. In der sozialmedizinischen Begutachtung für die GKV wird das Konzept der ICF bereits umfangreich eingesetzt. Auch die Empfehlungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur sozialmedizinischen Begutachtung und entsprechende Vorgaben des Ärztlichen Dienstes der BA sowie auch aus anderen Leistungsträgerebenen beziehen sich auf die ICF. So ist es nachvollziehbar, das Denkmodell der ICF ist auch in der seit 2009 in Deutschland in Kraft getretene UN-Behinderten-Rechts-Konvention (UN-BRK) verankert.

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

Mit Hilfe der ICF können Schnittstellen innerhalb der Behandlungsstufen leichter überwunden und ein gemeinsames Verständnis der bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen im Zusammenhang mit Gesundheitsproblemen gefördert werden.

Daraus resultiert nicht zuletzt eine bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer. Informationsverluste zu den Leistungsträgern und zwischen den Leistungsträgern können verringert und zwischen den Sektoren ein gemeinsames Verständnis erzeugt werden.

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

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

**D**AS KONZEPT DER ICF IST SCHON HEUTE AKTUELLER MASSSTAB IN DER SOZIALGESETZGEBUNG, BEI UNTERGESETZLICHEN VERORDNUNGEN UND RICHTLINIEN.“

Anhang

Leistungen der verschiedenen Rehabilitationsträger

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

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

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

Tabelle 4: Trägerspezifische rechtliche Grundlagen für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Träger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	unterhalts-sichernde und ergänzende Leistungen
GKV	§§ 11, 40 - 42 SGB V	–	–	§ 43, §§ 44 - 51 SGB V
BA	–	§§ 112ff. SGB III §§ 14 - 18a SGB II	–	§§ 119ff. ggf. §§ 136ff. SGB III
GUV	§§ 27, 33, 34 SGB VII	§ 35 SGB VII	§§ 39 - 43 SGB VII	§§ 39 - 43 45 - 52 SGB VII
DRV	§ 15 SGB VI	§ 16 SGB VI	–	§§ 20 - 30 SGB VI
Versorgungs- verwaltung (Soziales Entschädigungs- recht)	§§ 11f. 27d BVG			§§ 16 - 16f. 26a, 27ff. BVG
Jugendhilfe	§§ 11 - 41 SGB VIII			–
Sozialhilfe	§§ 53ff. SGB XII			–

Über die in der Tabelle angegebenen Leistungen und ihren rechtlichen Grundlagen hinausgehend werden weitere Leistungen einzelner Träger erbracht, z. B. sonstige Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 31 SGB VI), Förderung der Berufsausbildung (§§ 56ff. und 73ff. SGB III) und der beruflichen Weiterbildung (§§ 81ff. III). Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind in der Heilbehandlung enthalten bei der gesetzlichen Unfallversicherung (§§ 27 – 34 SGB VII) sowie im sozialen Entschädigungsrecht nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 11 BVG).

## Glossar

### Die wichtigsten Begriffe der ICF

**Aktivität** ist die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch eine Person. Siehe auch Leistungsfähigkeit, Leistung.

**Barrieren** sind Kontextfaktoren, die sich negativ auf die Funktionsfähigkeit auswirken.

**Beeinträchtigungen der Aktivität** sind Schwierigkeiten, die eine Person bei der Durchführung einer Aktivität haben kann. Sie ist eine quantitative oder qualitative Abweichung in der Durchführung der Aktivität bezüglich Art oder Umfang der Durchführung, die von Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird.

**Beeinträchtigungen der Partizipation** [Teilhabe] sind Probleme beim Einbezogensein in Lebenssituationen oder Lebensbereiche, die eine Person erlebt. Das Vorhandensein einer Einschränkung der Partizipation [Teilhabe] einer Person wird durch den Vergleich mit der erwarteten Partizipation [Teilhabe] einer Person der entsprechenden Kultur oder Gesellschaft ohne Behinderung bestimmt.

**Behinderung** ist ein Oberbegriff für Schädigungen (Funktionsstörungen, Körperstrukturschäden), Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigungen der Partizipation (Teilhabe). Sie bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren). Der Behinderungsbegriff der ICF ist wesentlich weiter gefasst als der des SGB IX.

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

**Domäne** ist eine sinnvolle und praktikable Menge von Items aus einer beliebigen Teilklassifikation der ICF. Die Domänen bilden die verschiedenen Kapitel und Blöcke innerhalb jeder Komponente, z. B. Mentale Funktionen (Kapitel 1 der Körperfunktionen).

**Förderfaktoren** sind Kontextfaktoren, die sich positiv auf die Funktionsfähigkeit auswirken.

**Funktionsfähigkeit** ist ein Oberbegriff für Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]. Sie bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren). Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird und/oder sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird.

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

**Komponenten** sind die Bestandteile der beiden Teile der ICF, also die vier Teilklassifikationen

1. Körperfunktionen und -strukturen,
2. Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe),
3. Umweltfaktoren und
4. personbezogene Faktoren.

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

**Körper** bezieht sich als Begriff auf den menschlichen Organismus als Ganzes. Daher umfasst er auch das Gehirn und seine Funktionen, z. B. den Verstand.

**Körperfunktionen** sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich der psychischen Funktionen).

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

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

**Leistung** ist ein Konstrukt, das als Beurteilungsmerkmal angibt, was Personen in ihrer gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt tun, und deshalb den Gesichtspunkt des Einbezogenseins einer Person in Lebensbereiche berücksichtigt. Die Leistung ist die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person in ihrem gegenwärtigen Kontext.

**Leistungsfähigkeit** ist ein Konstrukt, das als Beurteilungsmerkmal das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit einer Person in einer Domäne der Aktivitäten- und Partizipationsliste zu einem gegebenen Zeitpunkt angibt. Sie ist das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test-, Standard- oder hypothetischen Bedingungen.

**Partizipation** [Teilhabe] ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation. Sie repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit. (siehe Teilhabe)

**Personbezogene Faktoren** sind Kontextfaktoren, die sich auf die betrachtete Person beziehen, wie der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute), z. B. Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Ernährungsgewohnheiten, Weltanschauung, Einstellung zur Arbeit.

**Schädigungen** sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur, wie z. B. eine wesentliche Abweichung von geltenden statistischen Normen oder ein Verlust.

**Teilhabe** ist das Einbezogenensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich. Sie repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit.

**Umweltfaktoren** sind eine Komponente der ICF und beziehen sich auf alle Aspekte der externen oder extrinsischen Welt, die den Kontext des Lebens einer Person bilden und als solche einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit der Person haben. Sie bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

### Literatur

Beck B.M., Wandel U.: Die ICF in der privaten Versicherungswirtschaft aus Sicht der medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes. MED SACH 104 2/2008, 41-44

Berg A.: Kontextfaktoren – Bedeutung für die Begutachtung – Zugang zu Therapie und REHA. MED SACH 104 3/2013, 113-117

Beyer H.M.: Die Bedeutung der ICF für die vertragsärztliche kurative Versorgung. MED SACH 104 2/2008, 45-47

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

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): ICF-Praxisleitfaden 2, Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, Frankfurt am Main, 2., überarbeitete Auflage 2015 (kostenlose Download-Möglichkeit bei [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de))

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): ICF-Praxisleitfaden 3, Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) für das Krankenhausteam, Frankfurt am Main, März 2010 (kostenlose Download-Möglichkeit bei [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de))

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): ICF-Praxisleitfaden 4, Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) für die berufliche Rehabilitation, Frankfurt am Main, 2015 (kostenlose Download-Möglichkeit bei [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de))

Cibis W.: Die ICF als trägerübergreifendes Bezugssystem aus Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. MED SACH 104 1/2008, 10-14

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Aktualisierte Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, WHO, Genf 2005 (kostenlose Download-Möglichkeit bei [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de))

Grotkamp S.: Kontextfaktoren – Bedeutung für die Begutachtung – Ein Vorschlag zur Ausgestaltung der Komponente „Personbezogene Faktoren“ der ICF für den deutschen Sprachraum. MED SACH 109 3/2013

Grotkamp S.: Forum C – Nr. 10/2014. [http://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/c/2014/C10-2014\\_Die\\_Bedeutung\\_von\\_Kontextfaktoren\\_in\\_der\\_sozialmedizinischen\\_Begutachtung.pdf](http://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/c/2014/C10-2014_Die_Bedeutung_von_Kontextfaktoren_in_der_sozialmedizinischen_Begutachtung.pdf)

Grotkamp S., Cibis W., Nüchtern E., Baldus A., Behrens J., Bucher P. O., Dommen Nyffeler I., Gmünder H. P., Gutenbrunner C., Hagen T., Keller K., Pöthig D., Queri S., Rentsch H. P., Rink M., Schian H., Schian M., Schwarze M., von Mittelstaedt G., Seger W.:  
Personbezogene Faktoren der ICF, Beispiele zum Entwurf der AG „ICF“ des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), Gesundheitswesen 2012; 74: 449–458

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

Rentsch, P. und Bucher, P.O.: ICF in der Rehabilitation, Schulz-Kirchner Verlag, 2005

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung – SOMEKO –, DRV-Schriften Band 53, 2004  
(kostenlose Download-Möglichkeit bei: [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208362/publicationFile/2269/abschlussbericht\\_someko\\_pdf.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208362/publicationFile/2269/abschlussbericht_someko_pdf.pdf))

Schliehe F., Ewert TH.: Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Rehabilitation 2013; 53:40-50

Schuntermann M.F.: Grundzüge der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). MED SACH 104 1/2008, 6-9

Schuntermann M.F.: Einführung in die ICF: Grundkurs – Übungen – offene Fragen. Landsberg: 4. überarbeitete Auflage Landsberg: Ecomed MEDIZIN, 2013

Timmer K.: Die Bedeutung der ICF für die sozialmedizinische Beurteilung in der gesetzlichen Rentenversicherung. MED SACH 104 1/2008, 15-17

Wallrabenstein H., Berg A.F., Heipertz W.: Die Bedeutung der ICF für den Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit. MED SACH 104 1/2008, 18-20

## Autoren

Der ICF-Praxisleitfaden 1 in der zweiten Auflage wurde erstellt von Mitgliedern der BAR-Arbeitsgruppe „Überarbeitung des ICF-Praxisleitfadens 1“ und beratenden Mitarbeitern:

<b>Berling, Dr. Jörg</b>	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Berlin
<b>Breuninger, Katrin</b>	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
<b>Cibis, Dr. Wolfgang</b>	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt am Main
<b>Goesmann, Dr. Cornelia</b>	praktizierende Fachärztin für Allgemeinmedizin, Hannover, Ärztekammer Niedersachsen
<b>Grotkamp, Dr. Sabine</b>	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen, Hannover
<b>Nebe, Dr. Angelika</b>	DRV Bund, Berlin
<b>Niedeggen, Dr. Andreas</b>	Unfallkrankenhaus Berlin-Marzahn
<b>Schian, Dr. Hans-Martin</b>	Gesundheits- und Reha-Beratung GbR, Wilnsdorf
<b>Schian, Marcus</b>	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt am Main
<b>Seger, Prof. Dr. Wolfgang</b>	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Niedersachsen (Leiter der Arbeitsgruppe)
<b>Wallrabenstein, Dr. Helmut †</b>	Bundesagentur für Arbeit, Hannover

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.