

# Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der vertragsärztlichen Versorgung

E. Nüchtern

*Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg*

---

## Zusammenfassung

Seit 2004 liegt die verbindliche deutsche Übersetzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung (International Classification of Functioning, Disability, and Health, ICF) vor. Aus diesem Anlass wird dargestellt, inwieweit die ICF in der vertragsärztlichen Versorgung bereits präsent und für Vertragsärzte von Bedeutung ist.

Auf die ICF beziehen sich bereits die Sozialgesetzgebung (SGB IX), Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wie die Heilmittel- und die Rehabilitations-Richtlinien sowie Grundsatzdokumente der Spitzenverbände der Krankenkassen, insbesondere im Bereich Rehabilitation.

Für Haus- und Fachärzte bietet die ICF ein hilfreiches Bezugssystem zur Erfassung des Bedingungsgefüges von Krankheit und Behinderung. Sie ergänzt die Krankheitsdiagnostik um die systematische Erfassung der Krankheitsauswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Teilhabe an Lebensbereichen sowie der Umweltfaktoren und der personbezogenen Faktoren. Eine solchermaßen umfassende Perspektive unterstützt die Therapieentscheidungen von Arzt und Patient. Die ICF kann dazu beitragen, in der vertragsärztlichen Versorgung die Indikationsstellung für viele Leistungen zu verbessern. Dies gilt für Leistungen zur Rehabilitation, für Heil- und Hilfsmittel, für Lohnersatzleistungen und im Bereich der kurativen Behandlung.

**Schlüsselwörter:** Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), vertragsärztliche Versorgung, Rehabilitations-Richtlinien

## The Role of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) in the Statutory Health Insurance (SHI) System

E. Nüchtern

### Abstract

The article reports, in what respect the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) – since 2004 available in an official German translation – is implemented already into the Statutory Health Insurance (SHI) System in Germany and how far it is of relevance for SHI physicians.

The Social Code Book Nr. IX as well as Directives of the Federal Joint Committee and other SHI documents, especially in the area of rehabilitation, refer to ICF.

ICF can serve as a helpful reference system for primary care and other physicians, adding other health relevant components to the regard to diagnosis of a disease, as activities of daily living, participation, environmental and personal factors. Such an extensive perspective improves the quality of assessing the need for benefits of the SHI. This goes e. g. for rehabilitation measures, for physiotherapy, vocational therapy, speech therapy, sickness benefit, but also for curative treatment.

**Key Words:** International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF), Statutory Health Insurance (SHI), Medical Service of the SHI, SHI Physicians, Rehabilitation Directives

© Hippocampus Verlag 2005

## Einleitung

Die Einführung der ICD-10 [3] zur Klassifikation der Krankheiten in die vertragsärztliche Versorgung löste über viele Jahre Proteste aus. Vermutlich ginge ein Sturm der Empörung durch die Ärzteschaft, würde heute eine ergänzende Klassifikation mit der ICF der Weltgesundheitsorganisation von 2001 verlangt. Die ICF, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung (International Classification of Functioning, Disability, and Health [17]), liegt seit 2004 in einer deutschen Übersetzung vor [2]. Sie ist nicht nur eine Klassifikation, sondern auch ein konzeptionelles Modell. Dieses bietet dem Vertragsarzt ganz wesentliche Unterstützung. Deshalb ist die ICF bereits an einigen Stellen in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt [7].

Die ICF ist ein konzeptionelles Modell und Klassifikationssystem für das psychosoziale Krankheitsmodell, das sich seit langem bewährt hat. In der neurologischen Rehabilitation ist es fest verwurzelt. Ohne eine Perspektive über die biomedizinische Dimension hinaus ist die Arbeit jedoch auch in anderen Bereichen unseres Gesundheitswesens kaum vorstellbar, von der hausärztlichen Tätigkeit bis hin zur sozialmedizinischen Begutachtung [9, 14]. Die Notwendigkeit einer bestimmten Leistung ergibt sich oft erst aus der Diagnose und den Krankheitsauswirkungen sowie den konkreten individuellen Umständen – auch wenn der sozioökonomische Anhang in wissenschaftlichen Untersuchungen noch als »piggy back« bezeichnet wird.

Im folgenden soll dargestellt werden, inwieweit die ICF in der vertragsärztlichen Versorgung bereits präsent und für Vertragsärzte von Bedeutung ist.

## Die ICF

Krankheitsfolgen klassifizierte bereits die Vorgängerin der ICF, die ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps [18]), die Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen [8]. Im Mittelpunkt der ICIDH stand die Kausalkette von Krankheitsfolgen:

- der krankheitsbedingten Schädigung auf Organ- oder Organsystem-Ebene,
- der resultierenden Fähigkeitsstörungen eines betroffenen Menschen, also der Krankheitsauswirkungen auf das Handeln, und
- der dadurch drohenden oder eingetretenen Beeinträchtigung in der jeweiligen sozialen Umwelt.

Ob und wie jemand bei Vorliegen einer Krankheit dennoch seinen Alltag bewältigen und an verschiedenen Lebensbereichen teilnehmen kann, hängt neben Art, Schwere und Verlauf der Erkrankung auch von äußeren Kontextfaktoren ab, den Umweltfaktoren, sowie von persönlichen Faktoren wie Alter, Geschlecht, Konstitution, biographischen Erfahrungen, Kompetenz, Compliance, Coping u. v. m. Die ICF erweitert folgerichtig die Perspektive vom Blick auf die

Krankheitsfolgen auf den Gesamtzusammenhang von Gesundheit und Krankheit [12]. Sie ergänzt die negativen Elemente der Krankheitsauswirkungen in der ICIDH um positive Dimensionen unter neutralen Oberbegriffen und bereichert das Konzept um die Komponenten der umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren. Das Konzept der ICF betont die Wechselwirkung zwischen allen Komponenten (Abb. 1). Es ist neutral formuliert und kann aus der jeweiligen Nutzerperspektive entweder defizit-orientiert (negativ) oder ressourcen-orientiert (positiv) angewandt werden.

## Nutzung der ICF

Der erste Schritt der Anwendung der ICF ist die Verbreitung des ICF-Konzepts und die Bezugnahme auf die ICF in Grundsatzdokumenten [7]. Darauf aufbauend können sich Vorgaben für die ärztliche Tätigkeit, wie z. B. Antragsformulare, an den Kategorien der ICF orientieren. Die Nutzung der ICF als Klassifikationssystem in der Medizin setzt angesichts der Komplexität der ICF die Einigung auf Core Sets voraus, die aus der umfangreichen Klassifikation die für eine jeweilige Fragestellung relevanten Items zusammensetzen. Dieser Prozess hat begonnen [6].

Auf die Begriffe und das Konzept der ICF beziehen sich bereits die Sozialgesetzgebung, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und grundsätzliche Festlegungen der Spitzenverbände der Krankenkassen.

## Die ICF in der Sozialgesetzgebung

Die Erarbeitung des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –, das seit dem 1.7.2001 in Kraft ist, erfolgte zu einer Zeit, zu der der Beschluss der ICF durch die WHO unmittelbar bevorstand. Ausdrücklich bezieht sich das SGB IX mit seinem zentralen Begriff der »Teilhabe« auf die ICF (»participation«) und ihre Komponenten. Der Begriff »Leistungen zur Teilhabe« wurde auch in das SGB V aufgenommen (z. B. in § 51 SGB V).

Schon die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1994 war durch das Denkmodell der damals gültigen ICIDH geprägt: Für die soziale Pflegeversicherung wurde als Maßstab für die Höhe der Pflegegeldleistungen nicht die Schwere einer bestehenden Behinderung oder einer Krankheit gewählt. Die Leistungen bestimmen sich vielmehr nach dem individuellen Ausmaß des Hilfebedarfs im Alltag, also nach den Krankheitsauswirkungen auf der Ebene der Beeinträchtigungen von Aktivitäten. In dem Maß, in dem Aktivitäten des täglichen Lebens auch unter Hilfsmiteinsatz nicht mehr selbständig verrichtet werden können, entsteht personeller Hilfebedarf. Am Umfang dieses Hilfebedarfs orientiert sich die Pflegeversicherung bei der Einstufung Pflegebedürftiger in die drei Stufen der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI. Die gesetzlich festgelegten, für die Einstufung relevanten Verrichtungen des täglichen Lebens können als ein sog. Core Set der ICF betrachtet werden, ein Ausschnitt aus den in der ICF gelisteten Aktivitäten (Tab. 2).

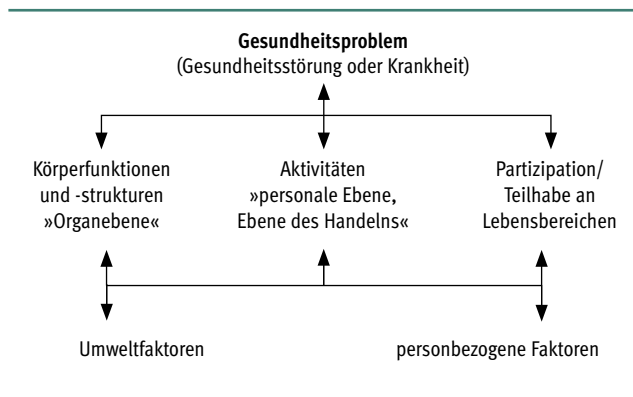


Abb. 1: Das biopsychosoziale Modell der ICF. Interaktion der Komponenten

### Die ICF in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses stellen für die GKV sog. untergesetzliche Normen dar. Daher ist es nicht unerheblich, wenn sie sich auf die ICF beziehen.

#### Heilmittel-Richtlinien

Die Heilmittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, in Kraft seit dem 1. Juli 2001 [1], bezogen sich auf die Systematik der ICIDH. In der Neufassung der Heilmittel-Richtlinien, in Kraft seit dem 1. Juli 2004 [5], heißt es im Richtlinienentwurf unter Nr. 16: »Die Auswahl und die Anwendung des Heilmittels hängt von Ausprägung und Schweregrad der Erkrankung (Schädigung/Funktionsstörung/Fähigkeitsstörung) sowie von dem mit dieser Verordnung angestrebten Ziel (Therapieziel) ab.« Ausdrücklich wurde der Begriff »Schädigung« für die Leitsymptomatik gebraucht, an der sich die Heilmittelauswahl im Heilmittelkatalog ausrichtet. Heilmittel der physikalischen Therapie und der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie zielen auf Schädigungen in Form von Funktionsstörungen, Heilmittel der Ergotherapie auf Schädigungen und Fähigkeitsstörungen. Nach der Neufassung der Heilmittel-Richtlinien sind die Leitsymptome im Indikationsschlüssel mit einem Kleinbuchstaben zu benennen – gewissermaßen ein Core Set in nuce (z. B. ZN1b: Das »b« steht für »Funktionsstörungen durch Muskeltonusstörungen«).

#### Rehabilitations-Richtlinien

Ein stärkerer Einfluss auf die Verbreitung der ICF in der vertragsärztlichen Versorgung ist von den Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 [4] zu erwarten. Sie sind seit dem 1. April 2004 in Kraft [11, 16]. Die Rehabilitations-Richtlinien beruhen inhaltlich auf der Konzeption und dem Begriffssystem der ICF [13]. Sie führten ein neues, zweistufiges Verfahren zur Rehabilitationseinleitung ein:

Mit dem Mitteilungsblatt (Muster 60) weist der Vertragsarzt die Krankenkasse auf eine möglicherweise bestehende Rehabilitationsindikation hin. Die Krankenkasse prüft ihre Zuständigkeit und die leistungsrechtlichen Ansprüche des Patienten und beauftragt in einem zweiten Schritt den Vertragsarzt mit der Rehabilitationsverordnung. Für diese wurde mit den Rehabilitations-Richtlinien ein neuer, an den Ebenen der ICF orientierter Verordnungsvordruck eingeführt (Muster 61).

Der Aufbau bildet den Entscheidungsalgorithmus für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ab:

- I. Sozialanamnese
- II. Klinische Anamnese
- III. Rehabilitationsrelevante Diagnosen
- IV. Rehabilitationsbedürftigkeit: Hier werden Schädigungen, nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten (mit Schweregradangabe) und der Teilhabe sowie Kontextfaktoren einschließlich der klassischen Risikofaktoren aufgeführt.
- V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in den letzten 12 Monaten: Aus der Auflistung der bereits durchgeführten Maßnahmen wird ggf. ersichtlich, dass kurative Maßnahmen nicht ausreichen.
- VI. Rehabilitationsfähigkeit
- VII. Rehabilitationsziele aus Sicht des Arztes und des Patienten/Angehörigen
- VIII. Rehabilitationsprognose
- IX. Sonstige Angaben

Auf einer solchen Grundlage kann die Krankenkasse, beraten vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), fundiert und nachvollziehbar die Leistungsentscheidung treffen [14].

Der Patient wird durch die Frage nach seinem eigenen Rehabilitationsziel (VII.) aktiv in die Rehabilitationseinleitung eingebunden. Durch die Berücksichtigung der Kontextfaktoren (IV.) können seine individuellen gesundheitlichen Probleme strukturiert beschrieben und angegangen werden.

Notwendige Maßnahmen zur langfristigen Sicherung des Rehabilitationserfolgs werden durch die Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationseinrichtung, Vertragsarzt und Krankenkasse am Ende der Rehabilitation erleichtert.

Die Richtlinien nehmen bei der Definition der Rehabilitationsbedürftigkeit Bezug auf das biopsychosoziale Krankheitsmodell und seine Klassifikation, die ICF: Nur wenn bei krankheitsbedingten, nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten des täglichen Lebens oder Beeinträchtigungen der Teilhabe an Lebensbereichen kurative Maßnahmen nicht ausreichen, kann eine Rehabilitation indiziert sein.

Die Bezugnahme auf die ICF in den Rehabilitations-Richtlinien, die für die Rehabilitationsverordnung durch alle Vertragsärzte verbindlich sind, bahnt ein über die Kuration hinausgehendes Krankheitsverständnis bei Vertragsärzten und Krankenkassen und sensibilisiert für den Ansatz der

Rehabilitation. Eine Anlage zu den Rehabilitations-Richtlinien erläutert die ICF. Ausdrücklich heißt es in § 11: »Die Beratung über und die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfordern unter anderem spezielle Kenntnisse in der Anwendung der ICF.« Zur Sicherung der Qualität der vertragsärztlichen Rehabilitationsverordnung knüpfen die Richtlinien die Verordnungsberechtigung an den Nachweis spezieller rehabilitationsmedizinischer Kenntnisse, die u. a. im Rahmen einer 16-stündigen Fortbildung erworben werden können. Insofern sind mit den Rehabilitations-Richtlinien die Voraussetzungen zur Verbreitung des Konzepts der ICF in der Vertragsärzteschaft geschaffen.

### ICF und grundsätzliche Festlegungen der Spitzenverbände der Krankenkassen

Seit dem Jahr 1999 ist in der GKV ein kontinuierlicher Entwicklungsprozess der Nutzung der ICIDH und seit 2003 der ICF insbesondere im Bereich Rehabilitation zu beobachten (Tab. 1). Seither wurden zahlreiche Vereinbarungen der GKV mit anderen Institutionen, seien es andere Leistungsträger oder Leistungserbringer, mit Bezugnahme auf die ICIDH oder die ICF getroffen. Grundsätzliche Festlegungen sind die Voraussetzung für die konkrete Anwendung der Klassifikationen – beispielweise durch die Einführung von Antragsformularen, die vom Antragsteller Aussagen zu Krankheitsfolgen (ICIDH) oder dem Bedingungsgefüge von Krankheit (ICF) erfragen. Sie geben dem Vertragsarzt, der die jeweiligen Leistungen initiiert, wichtige Informationen zum Verständnis. Einige Beispiele:

- Die »Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111 a [a. F.] SGB V vom 12. Mai 1999« zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und 26 Spitzenorganisationen der Leistungserbringer präziserte den Unterschied zwischen medizinischen Vorsorgeleistungen und Rehabilitation mit Hilfe der ICIDH und definierte die Rehabilitationskriterien
  - Rehabilitationsbedürftigkeit,
  - Rehabilitationsfähigkeit und
  - positive Rehabilitationsprognose
 unter Bezugnahme auf die ICIDH.
- In den »Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur ambulanten medizinischen Rehabilitation vom 20. Oktober 2000« wurden trägerspezifische Rehabilitationsziele der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung unterschieden. Für alle Rehabilitationsträger wurden die genannten drei Rehabilitationskriterien und ihre Definition unter Bezugnahme auf die Begriffe der ICIDH bekräftigt.
- Die »Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und Rehabilitation des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) vom 12. März 2001« regeln die Begutachtung von Vorsorgeleistungen und Rehabi-

Titel	Beteiligte Institutionen: Spitzenverbände der Krankenkassen und...
Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111 a SGB V a.F. vom 12. Mai 1999	26 Spitzenorganisationen der Leistungserbringer, Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) e. V., fachliche Mitwirkung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)
Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur ambulanten medizinischen Rehabilitation vom 20. Oktober 2000, Neufassung 22. Januar 2004	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Bundesverband der Unfallkassen, Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und Kassenärztliche Bundesvereinigung
Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und Rehabilitation des MDS vom 12. März 2001	Beschlussgremium nach § 282 SGB V
Heilmittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, in Kraft seit 1. Juli 2001, Neufassung seit 1. Juli 2004	Kassenärztliche Bundesvereinigung (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen – jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss)
Anforderungsprofil für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 a SGB V, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V erbringen, in Kraft gesetzt zum 1. August 2003	Deutsches Müttergenesungswerk (MGW) Elly-Heuss-Knapp-Stiftung und Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e. V. (BDPK), Beteiligung des MDS
Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 1. Januar 2004	Beteiligung des MDS, schriftliche Anhörung der auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer, der Verbände und der Interessenvertretungen behinderter Menschen
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Nr. 8 SGB V, in Kraft seit 1. April 2004	Kassenärztliche Bundesvereinigung (Gemeinsamer Bundesausschuss)
Gemeinsame Empfehlungen gemäß § 13 SGB IX	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Tab. 1: ICIDH- oder ICF-basierte Grundsatzdokumente der GKV (Auswahl)

litation durch den MDK. Zur Verbreitung der ICIDH trug bei, dass mit den Begutachtungs-Richtlinien ein ICIDH-basiertes Formular für Verlängerungsanträge der Rehabilitationseinrichtungen eingeführt wurde. Dieses Formular fordert von Rehabilitationseinrichtungen bei Verlängerungsanträgen eine Bezugnahme auf die vorliegenden Fähigkeitsstörungen im Sinne der ICIDH.

- In den »Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 1. Januar 2004« sind die geriatritypische Multimorbidität und die Indikationskriterien für eine ambulante geriatrische Rehabilitation mittels der ICF unter ausdrücklicher Bezugnahme auf die Kontextfaktoren definiert.

## Die Situation des Vertragsarztes

Inwiefern bedeutet die Implementierung des Konzepts der ICF für die Fragen des Praxisalltags eine strukturierende Hilfe? Die Situation des Vertragsarztes ist in der Beziehung zum Patienten durch das Grundmuster von »Not und Hilfe« geprägt. Dabei ist die Not zunehmend eine durch chronische Erkrankungen bedingte und die Hilfe in vielen Fällen die Verordnung von Leistungen der GKV. Als »gate keeper« für von der Versichertengemeinschaft finanzierte Leistungen ist der Vertragsarzt auch dieser gegenüber zum Nachweis der Notwendigkeit und Erfolgsaussicht der veranlassten Leistungen verpflichtet. Das Spektrum möglicher Leistungen der GKV ist weit. Grundvoraussetzung für alle Leistungen der GKV ist das Vorliegen oder Drohen von Krankheit. Zur Entscheidung von Arzt, Patient und Krankenkasse über die jeweilige Leistung sind aber weitere Kriterien nötig. Diese werden, orientiert sich der Arzt (noch) nicht an der ICF, intuitiv zugrundegelegt und machen die vielzitierte ärztliche Erfahrung aus. Die ICF kann mit ihrer Systematik bewusst machen, welche Dimensionen den Entscheidungsprozess beeinflussen. Dadurch werden Leistungsentscheidungen und ihre Voraussetzungen transparent – auch für diejenigen, die sie finanzieren, und diejenigen, die sie dabei beraten. Die Bezugnahme auf die ICF als Referenzsystem erleichtert in vielen Leistungsbereichen die Indikationsstellung, indem sie strukturiert wird. Sie ersetzt nicht die Beurteilung der Krankheitsschwere und des Krankheitsverlaufs, führt aber mit den Komponenten der Aktivitäten, der Teilhabe und der Umwelt- sowie der personbezogenen Faktoren zusätzliche Determinanten für die Entscheidungsfindung ein. Einige Beispiele:

### Nutzung der Systematik der ICF

#### Leistungen der Pflegeversicherung

Eine 45-jährige Patientin mit Encephalomyelitis disseminata erwägt, Leistungen der Pflegeversicherung zu beantragen. Wovon hängt ihr Anspruch ab?

Für den sie beratenden Arzt ist es wichtig zu wissen, dass nicht die akute Symptomatik für ihren Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung maßgeblich ist, sondern ihr personeller Hilfebedarf aufgrund der voraussichtlich über sechs Monate anhaltenden Beeinträchtigungen in den im SGB XI genannten Aktivitäten des täglichen Lebens (Tab. 2).

#### Feststellung von Arbeitsunfähigkeit

Ein 55-jähriger Diabetiker möchte wegen einer diabetischen Polyneuropathie krankgeschrieben werden. Ist er arbeitsunfähig?

Seine Arbeitsunfähigkeit hängt nicht allein davon ab, wie ausgeprägt seine Schädigungen in Form von sensiblen oder motorischen Störungen sind. Entscheidend ist die Feststellung, ob ihm Aktivitäten krankheitsbedingt nicht mehr

Verrichtung gemäß § 14 Abs. 4 SGB XI	ICF-Kategorien
Waschen	d5100
Duschen, Baden	d5101
Zahnpflege	d5201
Kämmen, Rasieren	d5202
Darmentleerung	d5301
Blasentleerung	d5300
Nahrungszubereitung	d550 und d560
Nahrungsaufnahme	d550 und d560
Aufstehen und Zu-Bett-Gehen	d410
An- und Auskleiden	d5400 und d5401
Gehen	d450
Stehen	d4154
Treppensteigen	d4551
Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	d4602
Einkaufen	d6200
Kochen	d630
Reinigen der Wohnung	d6402
Spülen	d6401
Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung	d6400
Heizen	d6408

Tab. 2: Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens gemäß § 14 SGB XI – ein Core Set der ICF?

möglich sind, die am Arbeitsplatz von ihm gefordert werden. Liegt Arbeitsunfähigkeit vor, stellt sich die Frage, ob Leistungen zur Rehabilitation notwendig und erfolgversprechend sind. Auch für die Beantwortung dieser Frage ist das Koordinatensystem der ICF hilfreich (Abb. 2).

#### Indikationsstellung für Leistungen zur Rehabilitation

Ein 80-jähriger Patient sucht zusammen mit seiner Ehefrau den Neurologen auf. Vor einem halben Jahr erlitt er einen linksseitigen ischämischen Hirninsult mit Hemiparese rechts, Sprach- und Schluckstörungen, die sich seither langsam zurückbilden. Damals wollte er keine Anschlussrehabilitation durchführen, sondern möglichst schnell wieder nach Hause. Jetzt fragt die Ehefrau: »Ist nicht doch noch etwas möglich, um den Zustand zu bessern?«

Rehabilitationsbedürftigkeit setzt krankheitsbedingte, nicht nur vorübergehende, alltagsrelevante Beeinträchtigungen von Aktivitäten und eine drohende oder bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe voraus, bei denen kurative Maßnahmen nicht ausreichen, um den Krankheitsauswirkungen entgegenzuwirken, sondern komplexe Maßnahmen mit Einsatz eines interdisziplinären Teams erforderlich sind.

Ob bei diesem Patienten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich sind oder die Fortsetzung der Heilmitteltherapie mit Physiotherapie und Logopädie ausreicht, hängt neben dem bisherigen Verlauf und der Schwere seiner Aktivitätsbeeinträchtigungen auch von deren Alltagsrelevanz und den positiven und negativen Kontextfaktoren ab: Ist seine Unfähigkeit, Treppen zu steigen, für seinen



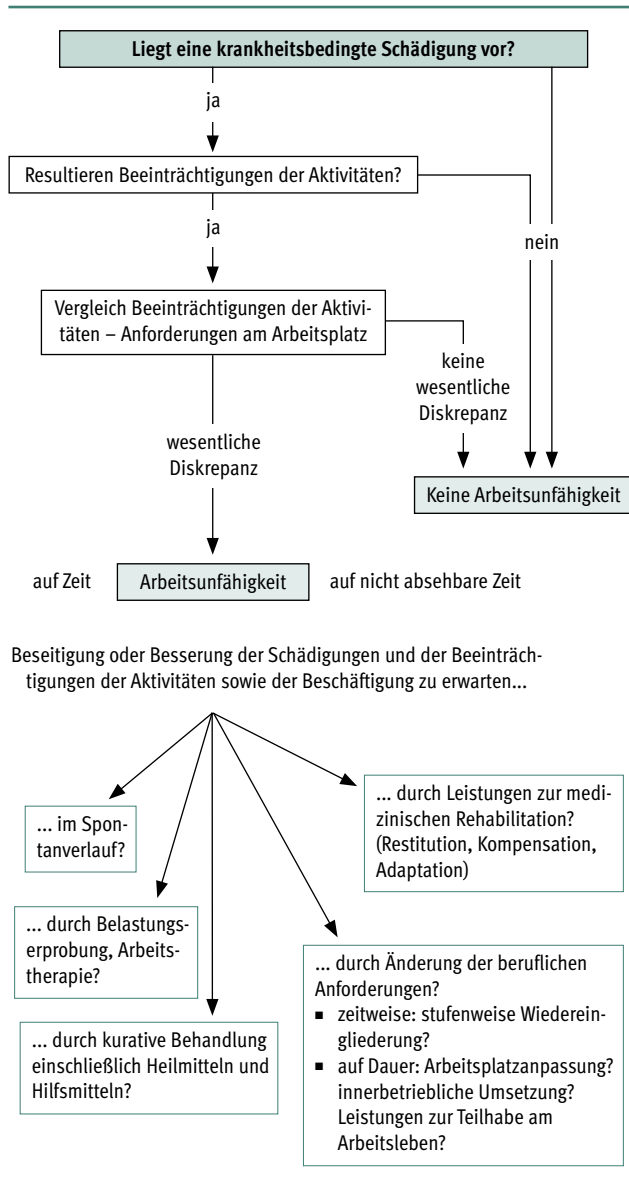


Abb. 2: Begutachtungs-Algorithmus Arbeitsunfähigkeit

Alltag von großer Bedeutung, weil er sein Schlafzimmer nur über eine Treppe erreicht und eine Rehabilitation mit dem Ziel, die Treppe wieder steigen zu können, notwendig? Oder lebt er auf einer Ebene und verließ die Wohnung auch vor seinem Schlaganfall schon nicht mehr? Behindert die fürsorglich helfende Ehefrau die Wiedererlangung der Fähigkeit zum An- und Entkleiden? Oder ist durch ihren fördernden und fordernden Zuspruch der Patient jetzt erst motiviert zur Rehabilitation? Alle Komponenten der ICF gehen in die Bewertung der Rehabilitationsbedürftigkeit, der Rehabilitationsfähigkeit und der Rehabilitationsprognose ein.

Indikationsstellung für Heilmittel

Heilmittel wirken dagegen gezielt und im Regelfall zeitlich begrenzt [15] auf Schädigungen (Ergotherapie auch auf

Aktivitäten) ein. Bei der Heilmittelverordnung ist daher das Therapieziel auf der Schädigungsebene zu benennen. Kann durch Heilmittelleinsatz voraussichtlich verhindert werden, dass anhaltende Beeinträchtigungen von alltagsrelevanten Aktivitäten entstehen, sind Leistungen zur Rehabilitation nicht erforderlich.

Indikationsstellung für Hilfsmittel

Ein 75-jähriger Parkinson-Patient bittet wegen seiner Gehstörungen um Verordnung eines Rollstuhls. Ob ein Rollstuhl zum Ausgleich seiner Beeinträchtigung des Gehens notwendig ist, hängt vom Ausmaß der Beeinträchtigung ab. Bei der Verordnung sind aber auch die Kontextfaktoren zu berücksichtigen: Sind Haus und Wohnung rollstuhlgerecht (Umweltfaktoren)? Kann das Hilfsmittel bedient werden (personbezogene Faktoren)?

Weitere Leistungen

Die Nutzung der ICF ging von den Bereichen Rehabilitation und Pflege aus. Vor dem Hintergrund der ICF lassen sich aber auch für andere Leistungen die Indikationen differenzierter stellen. Beispielsweise können mit der ICF die Ziele von Präventionsleistungen unterschieden werden [10]: Soll durch Krankheitsbehandlung auf der Schädigungsebene angesetzt werden (z.B. Vermeidung eines Hirninfalts durch Optimierung der Blutdruckeinstellung)? Soll auf die Aktivitäten und die Teilhabe oder auf Umwelt- und personbezogene Faktoren (Stichwort: Verhältnis- oder Verhaltensprävention) Einfluss genommen werden? Auch für die kurative Behandlung sind die Komponenten der ICF von Bedeutung: Im wörtlichen Sinne einschneidende Therapiemaßnahmen wie zum Beispiel die Implantation einer Hüftendoprothese bei Hüftarthrose werden bei Berücksichtigung der ICF nicht alleine aufgrund des klinischen Schweregrads getroffen. Entscheidungsrelevant sind vielmehr auch die individuellen Krankheitsauswirkungen im Alltag.

Die Beispiele illustrieren, dass in der vertragsärztlichen Versorgung angesichts des Überwiegens von chronisch Kranken anstelle des noch mancherorts vorherrschenden akutmedizinischen Bias die multidimensionale Betrachtungsweise der ICF erforderlich und hilfreich ist.

Literatur

1. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen: Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung vom 16. Oktober 2000/6. Februar 2001 (»Heilmittel-Richtlinien«). Bundesanzeiger Nr. 118a vom 29. Juni 2001
2. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF. Köln 2004, www.dimdi.de
3. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg): ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1994

4. Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinien über die Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation. Bundesanzeiger Nr. 63 vom 31. März 2004, 6769
5. Gemeinsamer Bundesausschuss: Neufassung der Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (»Heilmittel-Richtlinien«): Bundesanzeiger Nr. 106 vom 9. Juni 2004, 12183
6. Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, Kostanjsek N, Ring H, Stucki G: ICF Core Sets for Stroke. J Rehabil Med 2004; Suppl 44: 135-141
7. Leistner K, Beyer HM (Hrsg): Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Antragsverfahren unter besonderer Berücksichtigung der ICF. Ecomed, Landsberg/Lech 2005
8. Matthesius RG, Jochheim KA, Barolin GS, Heinz C (Hrsg): ICIDH, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Die ICIDH, Bedeutung und Perspektiven. Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Huber, Bern 1995
9. Nüchtern E: Die Anwendung der ICIDH in der sozialmedizinischen Begutachtung. Gesundheitswesen 2001; 63: 542-547
10. Nüchtern E, Schwerer P: Präventive Hausbesuche im Alter. Notwendiger Leistungsumfang aus medizinischer Sicht. Sozialmedizinische Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. [http://www.forumpraevention.de/nn\\_1614/sid\\_EDCA194C17DD14AD224EF1444A1510BA/nsc\\_true/Content/de/Internet/\\_GemeinsameDokumente/Dateien/Präventive\\_Hausbesuche.html](http://www.forumpraevention.de/nn_1614/sid_EDCA194C17DD14AD224EF1444A1510BA/nsc_true/Content/de/Internet/_GemeinsameDokumente/Dateien/Präventive_Hausbesuche.html)
11. Nüchtern E, Bublitz T: Rehabilitations-Richtlinien zum 1. April 2004 in Kraft. Die Ersatzkasse 2004; 84: 62-64
12. Nüchtern E, Nitzschke R: Krankheit im Kontext: Von der ICIDH zur ICF. Ärzteblatt Baden-Württemberg 2004; 59: 108-115
13. Nüchtern E, Heidenreich-Franke E-M, Leistner K: Die neuen Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 SGB V. Z Orthop 2004; 142: 265-267
14. Nüchtern E, Mohrmann M: Begutachtung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in der GKV. Gesundheitswesen 2005; 67: 59-64
15. Nüchtern E, Mohrmann M, Nitzschke R: Heilmittel-Richtlinien. Längerfristige Verordnung ist möglich. Erste Erfahrungen aus Baden-Württemberg. Deutsches Ärzteblatt 2005; 102: A493-494
16. Ries V, Nüchtern E, Bublitz T, Gibis B, Heidenreich-Franke EM, Leistner K: Rehabilitation – Klare Aufgabenregelung – Die neuen Richtlinien treten am 1. April in Kraft. Deutsches Ärzteblatt 2004; 101: A900-901
17. World Health Organisation. International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). Geneva 2001
18. World Health Organisation. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH). A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease. Geneva 1980

**Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Elisabeth Nüchtern  
MDK Baden-Württemberg  
Ref. Rehabilitation/Heilmittel  
Ahornweg 2  
77933 Lahr