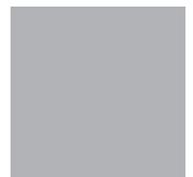
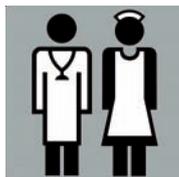


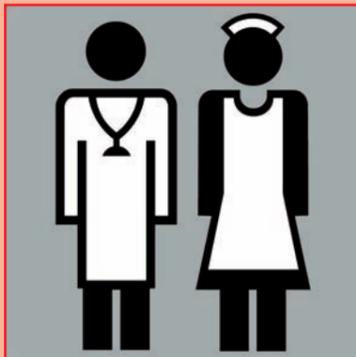
**3**



## **ICF-PRAXISLEITFADEN 3**

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

**für das Krankenhausteam**



## **ICF-PRAXISLEITFADEN 3**

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

**für das Krankenhausteam**

# INHALT

<b>VORWORT</b>	6
<b>EINLEITUNG</b> Leistungen zur Teilhabe und der Bezug zur ICF	7
Akutmedizinische Leistungen und der Bezug zur ICF	7
Aufbau des ICF-Praxisleitfadens 3	9
<b>KAPITEL 1</b> Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	10
■ 1.1 Begrifflichkeiten der ICF	11
Körperfunktionen und -strukturen	11
Aktivität und Teilhabe	12
Umweltfaktoren	13
Personbezogene Kontextfaktoren	13
Behinderung	14
Funktionsfähigkeit	14
Das bio-psycho-soziale Modell der ICF	15
■ 1.2 Das bio-psycho-soziale Modell und seine Bedeutung für Mitarbeiter in akutmedizinischen Einrichtungen	15
<b>KAPITEL 2</b> Praktische Nutzung der ICF im Akutkrankenhaus	17
■ 2.1 Teilhabe als Ziel der Krankenhausbehandlung	17
■ 2.2 Berufsgruppenunabhängige Kommunikation mit Hilfe der ICF	18
■ 2.3 Einbindung der ICF in den Arbeitsalltag im Krankenhaus	19
Beispiel für einen Algorithmus bei auffälligem Ergebnis im Sozialscreening	20
Der Krankenhausentlassungsbericht	23
<b>KAPITEL 3</b> Anwendungsbeispiele für eine ICF-orientierte Fallstrukturierung	24
Chirurgisches Anwendungsbeispiel: Oberschenkelhalsfraktur	24
Psychiatrisches Anwendungsbeispiel: Schizophrene Psychose	26
Psychiatrisches suchtmittelmedizinisches Anwendungsbeispiel: Alkoholabhängigkeit	28
Neurologisches Anwendungsbeispiel: Schlaganfall	29
Geriatrisches Anwendungsbeispiel: Alzheimer-Demenz	31
Gynäkologisch/geburtshilfliches Anwendungsbeispiel	32
<b>KAPITEL 4</b> Fazit, Entwicklung und Ausblick	35
<b>ANHANG</b> Glossar	37
Literatur	39
Einführende Literatur	39
Ausgewählte weiterführende Literatur	39
- Zur ICF-orientierten Dokumentation	39
- Zur Interdisziplinären Teamarbeit	39
- Zu allgemeinen praktischen Erfahrungen	40
Autoren und Berater der Projektgruppe	41

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)  
Solmsstraße 18  
60486 Frankfurt am Main  
Telefon 069.6050180  
Telefax 069.60501829  
info@bar-frankfurt.de  
www.bar-frankfurt.de

Frankfurt am Main - März 2010  
ISBN 978-3-9813712-0-8



Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) veröffentlichte 2006 ihren „ICF-Praxisleitfaden 1“, der wichtige Informationen und Grundlagen für die Vertragsärzte an der Schnittstelle zur Rehabilitation zur Verfügung stellt. Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wird der ICF-Praxisleitfaden 1 als Basisliteratur im Rahmen des von der Rehabilitations-Richtlinie vorgesehenen Curriculums angegeben.

2008 folgte der „ICF-Praxisleitfaden 2“, der sich in erster Linie an die in Rehabilitationseinrichtungen tätigen Ärzte und Therapeuten wendet.

Der nun vorliegende „Praxisleitfaden 3“ möchte Krankenhausmitarbeitern in akutmedizinischen Einrichtungen Möglichkeiten aufzeigen, wie sie möglichst ohne wesentlichen Mehraufwand ihrer seit dem 01.04.2007 bestehenden Verpflichtung aus dem § 11 Abs. 4 SGB V nachkommen können. Seither ist festgeschrieben, dass Patienten Anspruch darauf haben, von Krankenhäusern auch bei der Problemlösung im Zusammenhang mit ihrer Entlassung beim Übergang in andere Versorgungsbereiche unterstützt zu werden.

Im Fokus der BAR stehen in erster Linie die Aktivitäten, die für die Einleitung einer Rehabilitationsleistung notwendig sind. Insbesondere den an der Schnittstelle zur Rehabilitation (z. B. Rehabilitationszugang und -nachsorge) tätigen Mitarbeitern soll die Konzeption der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) näher gebracht werden. Der Praxisleitfaden 3 möchte die Grundlage für eine systematische und ganzheitliche Erfassung sowohl der zur Krankenhausaufnahme führenden Erkrankung, ihrer Auswirkungen als auch der für die weitere Versorgung relevanten Aspekte ermöglichen. Der Zielgruppe soll in kurzen und verständlichen Worten aufgezeigt werden, wie sie die übliche, krankheitsbezogene (bio-medizinische) Sichtweise um die psycho-soziale Komponente ergänzen kann.

Die Orientierung an der ICF-Konzeption erscheint auch für die akut-medizinische Behandlung im Krankenhaus in vielen Fällen sinnvoll und hilfreich. Für diejenigen, die sich intensiver mit der Thematik auseinandersetzen möchten, verweist der Praxisleitfaden auf die jeweils ausführlicheren Passagen in den anderen ICF-Praxisleitfäden. Der Praxisleitfaden 3 soll hingegen in seiner knappen Form einen Einblick in die Bedeutung und praxisnahen Nutzungsmöglichkeiten der ICF in der akut-medizinischen Krankenhausbehandlung vermitteln. Dabei berücksichtigt er die notwendigen ICF-bezogenen Anforderungen und zeigt zukünftige Herausforderungen der weiteren Organisationsentwicklung von Akutkrankenhäusern auf.

**Bernd Petri**  
Geschäftsführer der  
Bundesarbeitsgemeinschaft  
für Rehabilitation (BAR)

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

Der ICF-Praxisleitfaden 3 soll mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) vertraut machen und ihre praxisrelevante Bedeutung auch für die akutmedizinische Tätigkeit im Krankenhaus aufzeigen. Daher richtet sich die Ausarbeitung grundsätzlich an alle an der Behandlung eines Patienten beteiligten Krankenhausmitarbeiter.

Der Praxisleitfaden beinhaltet eine Vielzahl von Basisinformationen und Empfehlungen, deren Umsetzungen u. a. auch Anforderungen an zertifizierte Organzentren (z. B. Brust, Prostata, Darm) darstellen. Nur bei Erfüllung auch dieser Anforderungen wird das Zertifikat erteilt. Diese Anforderungen sind in sogenannten Erhebungsbögen schriftlich fixiert und werden in jährlichen Audits überprüft. Der ICF-Leitfaden eignet sich einerseits als standardisierte Unterstützung bei der regelmäßigen Umsetzung dieser Anforderungen, andererseits kann er dabei hilfreich sein, Entscheidungsprozesse und deren Umsetzung zu dokumentieren. Auch außerhalb von zertifizierten Zentren kann durch eine Strukturierung des Behandlungsfalls nach ICF-Kriterien ein Behandlungsvorteil für alle Patienten erwartet werden.

Die akutmedizinische Behandlung erfordert nicht selten die Einleitung von Leistungen zur Teilhabe und stellt somit auch die Schnittstelle zur Rehabilitation dar.

Unter Leistungen zur Teilhabe werden Rehabilitationsleistungen, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (z. B. Krankengeld, Transportkosten, Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten) oder Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (z. B. Hilfsmittel, heilpädagogische Leistungen für Kinder) verstanden. Die BAR hat u. a. die Aufgabe, die o. g. Schnittstellen zu optimieren. Hierfür ist es zweckmäßig, die ICF auch im akutmedizinischen Bereich im Sinne einer „gemeinsamen Sprache“ für alle Mitarbeiter zugänglich zu machen, gleichzeitig aber auch einer damit oft befürchteten übergroßen Bürokratisierung entgegenzuwirken.

Aus Sicht der Versorgungsforschung und der Gesundheitsökonomie (Kosten-Nutzen-Bewertung) ist ein Wandel in den Therapiezielen im Gang. So gewinnt die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Outcome-Parameter ebenso wie die Bewertung von Behandlungsstrategien anhand des psychosozialen Funktionsniveaus eine immer größere Bedeutung. Die Berücksichtigung des psychosozialen Hilfebedarfs ist bereits heute schon in zunehmendem Maße Bestandteil von Zertifizierungen.

#### ■ Leistungen zur Teilhabe und der Bezug zur ICF

Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsleistungen) können gemäß SGB IX für Personen nur dann erbracht werden, wenn deren Eingebundensein in Lebensbereiche, wie Schul-/Ausbildung, Erwerbsleben oder Selbstversorgung, krankheitsbedingt *bedroht oder bereits beeinträchtigt* ist.

Dieser Leistungsanspruch ist mit dem Teilhabeaspekt der ICF eng verbunden. Eine rein bio-medizinische Krankheitsbetrachtung (Diagnose und Befunde) kann Leistungen zur Teilhabe sozialrechtlich allein nicht ausreichend begründen. Zusätzlich sind die Krankheitsauswirkungen vor dem individuellen Hintergrund zu berücksichtigen (bio-psycho-soziale Wechselwirkungen). Die Teilhabe muss hierdurch längerfristig beeinträchtigt oder zumindest bedroht sein.

#### ■ Akutmedizinische Leistungen und der Bezug zur ICF

Krankenbehandlung kann gemäß SGB V stationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht werden. Im Anschluss an eine stationäre Krankenbehandlung sind nicht selten Rehabilitationsleistungen (z. B. eine Anschlussrehabilitation) erforderlich.

Im Krankenhaus werden Klassifikationen wie DRG<sup>1</sup>, ICD<sup>2</sup> oder OPS<sup>3</sup> insbesondere zu Abrechnungszwecken seit langem genutzt.

Die ICD ist ein international eingeführtes Bezugssystem, mit dem vor allem Symptome und Krankheiten einheitlich bezeichnet werden und die somit auch eine „gemeinsame Sprache“ und eine eindeutige Kommunikation über Gesundheitsprobleme innerhalb und zwischen den Professionen und Institutionen fördert.

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

Die Bedeutung der ICF wird auch aus wissenschaftlicher Sicht immer deutlicher: In kontrollierten klinischen Studien und in der Verlaufsforschung wird „social functioning“ als relevanter, wichtiger Outcome-Parameter angesehen, sogenannte patientenrelevante Endpunkte beinhalten Aspekte der Funktionsfähigkeit und der Teilhabe.

Aufgrund der steigenden Prävalenz chronischer Krankheiten bei gleichzeitig zunehmender Lebenserwartung ergibt sich zunehmend die Notwendigkeit, auch für Krankheitsauswirkungen eine allseits verständliche Terminologie zur Verfügung zu stellen und dies unter Berücksichtigung von positiv oder negativ wirkenden Kontextfaktoren.

Für viele Fragen im Gesundheitswesen stellt die ICF daher eine Ergänzung zur ICD-10 dar. Die Anwendung der ICF als Verschlüsselungssystem anlog der ICD-10 ist zum jetzigen Zeitpunkt und auch mittelfristig nicht geplant und wird deshalb nicht im Praxisleitfaden abgehandelt.

Die wegen der Krankheitsfolgen erforderlichen Interventionen und Verlaufskontrollen müssen nicht nur in Zeiten gedeckelter Budgets möglichst zeitgerecht und ressourcenschonend bzw. optimal „gemanagt“ werden. Dafür bedarf es auch eines einheitlichen Begriffssystems. Die Verwendung einer „einheitlichen Sprache“ ermöglicht die allgemein verständliche Beschreibung krankheits- oder altersbedingter Einschränkungen der Funktionsfähigkeit eines Patienten.

Die Verhütung, Beseitigung oder Verminderung von z. B. Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit gelangt zunehmend mehr in den Fokus unseres sozialen Sicherungssystems. Dieses weist in Deutschland aufgrund seiner Gliederung zahlreiche Schnittstellen auf (vertragsärztliche Versorgung, akut-medizinische Krankenhausbehandlung, Rehabilitation, Pflege). Am Übergang zu anderen Versorgungsbereichen kommt es immer wieder zu Problemen. Eine allseits verständliche Terminologie könnte für sich allein gesehen schon dazu beitragen, diese Probleme zu vermindern. So ließe sich die Kommunikation sowohl zwischen behandelnden Ärzten, Pflegepersonal, Therapeuten, Verwaltung und Leistungsträger als auch unter den verschiedenen Leistungsträgern (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung etc.) sowie mit den Betroffenen verbessern. Es könnte die Transparenz, warum und welche Leistungen indiziert sind, gesteigert und damit die zielgerichtete und schnelle Zuweisung von Patienten zu erforderlichen Interventionen an die jeweils bestmögliche Stelle der Erbringung erleichtert werden. Eine solche „Sprache“ stellt die ICF zur Verfügung (2001), deren deutschsprachige Fassung im Jahr 2005 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet wurde.

Dem Krankenteam wird mit der ICF ein Instrument an die Hand gegeben, das ihnen ihre Rolle sowohl als Vertrauensperson des Patienten im Sinne eines persönlichen Beraters für die verschiedenen Teilhabebereiche als auch die des professionellen Partners der jeweils anderen Gesundheitsberufe incl. des Vertragspartners der Kostenträger erleichtern soll.

<sup>1</sup> *Diagnosis Related Groups* <sup>2</sup> *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* <sup>3</sup> *Operationen- und Prozedurenschlüssel*

### ■ **Aufbau des ICF-Praxisleitfadens 3**

**Kapitel 1** liefert einen Überblick über Inhalt und Systematik der ICF.

**Kapitel 2** erläutert praktische Nutzungsmöglichkeiten der ICF im Akutkrankenhaus.

In **Kapitel 3** werden spezielle Anwendungsbereiche der ICF in einer akutmedizinischen Einrichtung beschrieben. Ein Fallbeispiel stellt die Verbindung zwischen den anamnestischen bzw. klinischen Daten und den entsprechenden Begrifflichkeiten der ICF her.

In **Kapitel 4** werden die Kernaussagen zusammengefasst und mögliche künftige Perspektiven für die Nutzung der ICF aufgezeigt.



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

Die ICF-Klassifikation stellt in einheitlicher und standardisierter Form eine von der WHO beschlossene Systematik zur standardisierten Beschreibung von Gesundheit und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen in einer möglichst allgemein verständlichen Sprache zur Verfügung. Die ICF ermöglicht eine Beschreibung von Krankheitsauswirkungen. Dabei können nicht nur die Schädigungen des Körpers und die Beeinträchtigungen der Funktionen beschrieben werden, sondern auch daraus resultierende Auswirkungen auf persönliche Aktivitäten und das Eingebundensein in das gesellschaftliche Leben (z. B. Erwerbsleben, Erziehung/Bildung, Selbstversorgung) unter Berücksichtigung des jeweiligen Lebenshintergrundes einer Person. Sie erweitert den Blick auf vorhandene Ressourcen und ist hilfreich beim Erkennen von möglichen Förderfaktoren und Barrieren.

Der Vertragsarzt kommt bereits heute im Rahmen seiner Tätigkeit für die Krankenkassen vor allem bei der Verordnung von Rehabilitationsleistungen gemäß der Rehabilitations-Richtlinie nach § 92 SGB V mit der ICF in Berührung. Diese zum 1. April 2004 in Kraft getretene Richtlinie wurde bereits auf der Grundlage der ICF erstellt.

Die Umsetzung der ICF-Konzeption insbesondere in den akut-medizinisch geprägten Krankenhausalltag steht noch am Anfang. Die Nutzungsmöglichkeiten der ICF sind bei weitem noch nicht ausgeschöpft.

Diese Broschüre soll auch Krankenhausmitarbeitern die Möglichkeit eröffnen, frühzeitig positive Effekte, nicht zuletzt auch für sich selbst, aus der Nutzung der ICF Konzeption ziehen zu können. Sobald sich auch in diesem Sektor über das bio-medizinische Denken hinaus der bio-psycho-soziale Behandlungsansatz etabliert hat, ist mit deutlich weniger Problemen am Übergang verschiedener Sektoren zu rechnen, als es im Moment noch der Fall ist.

Bis auf Weiteres wird sich die Nutzung der ICF auf die Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells unter Verwendung der Begrifflichkeiten der ICF beschränken.

Nach ICF kodiert wird nach wie vor nur in Forschungsprojekten. Auch mittelfristig wird wegen der z. B. noch nicht praktikablen Schweregradeinteilung die Kodierung nicht sinnvoll realisierbar sein.

Voraussetzung zur Nutzung der ICF ist die Kenntnis ihrer „Philosophie“ und ihrer Grundbegriffe. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die ICF gegeben.

### ■ 1.1 Begrifflichkeiten der ICF

Das Gesundheitsproblem kann typischer Weise mit der ICD 10 beschrieben werden. Als Gesundheitsproblem werden bezeichnet: z. B. Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Vergiftungen und andere Umstände wie Schwangerschaft oder Rekonvaleszenz. Es kann auch Informationen zur Pathogenese bzw. Ätiologie enthalten.

#### Körperfunktionen und -strukturen

Die ICF definiert Körperfunktionen als physiologische Funktionen der Körpersysteme. Beispiele für Messinstrumente von Körperfunktionen sind z. B. die Neutral-Nullmethode, Blutdruckmessung oder die Bestimmung der Ejektionsfraktion des Herzens.

Körperstrukturen sind die anatomischen Bestandteile (siehe Tab. 1).

Negative Abweichungen werden als Schädigungen/Beeinträchtigungen bezeichnet.

Tabelle 1: Klassifikationen der Körperfunktionen und Körperstrukturen

Klassifikation der Körperfunktionen (Kapitel der ICF)	Klassifikation der Körperstrukturen (Kapitel der ICF)
1. Mentale Funktionen	1. Strukturen des Nervensystems
2. Sinnesfunktionen und Schmerz	2. Das Auge, das Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen
3. Stimm- und Sprechfunktionen	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-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems	5. Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen
6. Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	6. Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem in Zusammenhang stehende Strukturen
7. Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	7. Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen
8. Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde	8. Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

## Aktivität und Teilhabe

Eine Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch eine Person. Teilhabe kennzeichnet das Einbezogen sein in eine Lebenssituation.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch haben kann beim z. B. Lernen, Schreiben, Rechnen, Kommunizieren, Gehen, bei der Körperpflege oder beim Umgang mit Stress.

Eine Beeinträchtigung der Teilhabe ist ein Problem, das ein Mensch z. B. beim Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen, in Beziehungen, bei der Erziehung, bei der Arbeit oder in der Freizeit haben kann.

Eine eindeutige Trennung von Aktivitäten und Teilhabe ist dabei oft nicht möglich, weshalb die beiden Komponenten in der ICF auch in einem Kapitel zusammengefasst sind (siehe Tab. 2).

Tabelle 2: Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe (Kapitel der ICF)

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

## Umweltfaktoren

Umweltfaktoren stellen den gesamten Hintergrund des Lebens und der Lebenssituation eines Menschen dar. Sie können sowohl die Krankheit als auch die Krankheitsauswirkungen positiv oder negativ beeinflussen, d. h. sie können für den Einzelnen einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen. Förderfaktoren (Ressourcen) können z. B. sein: barrierefreie Zugänge, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Medikamenten und Sozialleistungen. Barrieren können in diesem Zusammenhang sein: schlechte Erreichbarkeit von Leistungserbringern, fehlende soziale und finanzielle Unterstützung.

Tabelle 3: Klassifikation der Umweltfaktoren - Kapitelzuordnung

Kap. Umweltfaktoren (Kapitel der ICF)

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

## Personbezogene Kontextfaktoren

Personbezogene Kontextfaktoren sind der spezielle Hintergrund des persönlichen Lebens und der Lebensführung dieser Person. Die Person ist gekennzeichnet durch Merkmale wie Geschlecht, Alter, Lebensstil, Gewohnheiten und Sozialisation. Insbesondere die personbezogenen Faktoren können Krankheitsauswirkungen *entscheidend* sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Personbezogene Kontextfaktoren sind in der ICF wegen der weltweit großen kulturellen Unterschiede bislang nicht ausgeführt. Ihre Berücksichtigung ist jedoch im Behandlungsprozess des Einzelfalls sehr oft zwingend notwendig.

Tabelle 4: Personbezogene Kontextfaktoren - bislang nicht klassifiziert

Personbezogene Kontextfaktoren (Beispiele aus der ICF)

- |                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| - Alter                | - Erziehung                 |
| - Geschlecht           | - Bildung/Ausbildung        |
| - Charakter            | - Beruf                     |
| - Lebensstil           | - Erfahrung                 |
| - Fitness              | - Copingstrategien          |
| - sozialer Hintergrund | - genetische Prädisposition |

## Behinderung

Das Gesundheitsproblem einer Person und ihr persönlicher Hintergrund können sich gegenseitig beeinflussen. Resultiert daraus eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, wird in der ICF von Behinderung gesprochen.

Der *Behinderungsbegriff der ICF* ist der Oberbegriff für jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen. Nach der ICF liegt eine Behinderung vor, wenn

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

Der Behinderungsbegriff der ICF ist damit umfassender als der *Behinderungsbegriff des Sozialgesetzbuches*. Nach § 2 SGB IX sind Menschen 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.

Der Behinderungsbegriff der ICF bezeichnet also die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren).

## Funktionsfähigkeit

Die ICF stellt auf die Funktionsfähigkeit einer Person ab. Funktionsfähigkeit ist dabei ein Oberbegriff, der alle Körperfunktionen und Aktivitäten sowie Teilhabe umfasst.

„Funktional gesund“<sup>4</sup> kann so verstanden werden, dass eine Person trotz eines Gesundheitsproblems (ihre Körperfunktionen oder -strukturen entsprechen nicht allgemein anerkannten Normen)

- 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.

Mit dieser Betrachtung wird die rein bio-medizinische Ebene verlassen. Zusätzlich zu den bio-medizinischen Aspekten auf der Organebene (Körperfunktionen und -strukturen) werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in der Gesellschaft (Teilhabe) einbezogen. Diese Komponenten werden in Wechselwirkung mit dem jeweils persönlichen Lebenshintergrund (*Kontextfaktoren*) gesehen.

Die Folgen einer Erkrankung spiegeln damit nicht nur ein individuelles Schicksal, sondern auch das Ergebnis möglicher Wechselwirkungen von krankheitsbedingten und kontextuellen Faktoren

<sup>4</sup> Cibis W.: Der Begriff „Funktionale Gesundheit“ in der deutschsprachigen Fassung der ICF. *Gesundheitswesen* 2009; 71: 429–432

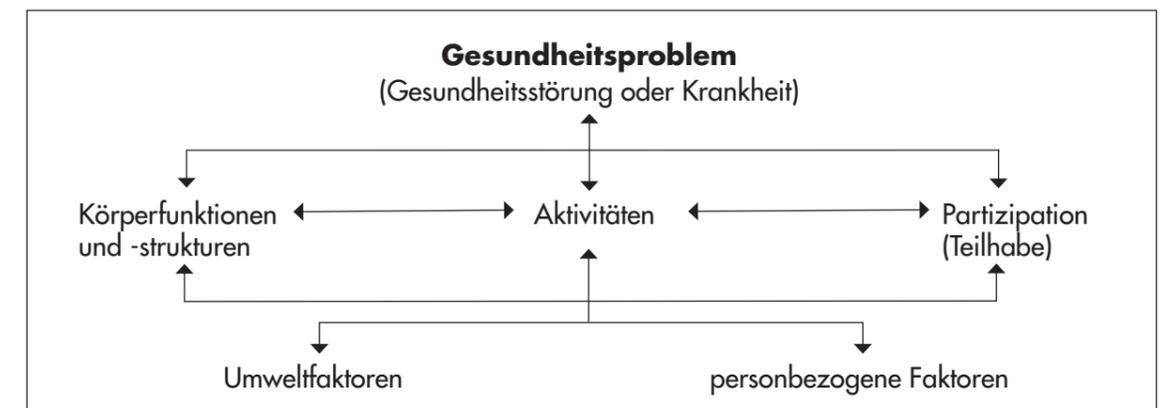
wider. Zum Kontext einer Person zählen alle äußeren Einflüsse (Umweltfaktoren) auf diese Person sowie deren persönliche Eigenschaften und Attribute (Personbezogene Faktoren). Kontextfaktoren können positiv oder negativ wirken.

## Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

Die Funktionsfähigkeit einer Person ist das Ergebnis der Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem, den Körperfunktionen/-strukturen der Person, ihren Aktivitäten/Teilhabe und ihrem individuellen Lebenshintergrund (Umwelt und personbezogener Kontext).

Eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kann neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen. Jedes Element des bio-psycho-sozialen Modells der ICF (Abb. 1) kann grundsätzlich als Ausgangspunkt für mögliche neue Probleme herangezogen werden.

Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF



## 1.2 Das bio-psycho-soziale Modell und seine Bedeutung für Mitarbeiter in akutmedizinischen Einrichtungen

Die demografische und epidemiologische Entwicklung in Deutschland ist gekennzeichnet durch Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung und im Morbiditätsspektrum. Die Menschen werden durchschnittlich und anteilmäßig älter, chronische Krankheiten und Krankheitsfolgen nehmen zu. Die Krankheitsauswirkungen variieren stark sowohl in Abhängigkeit von der Lebensgeschichte und Persönlichkeit eines Menschen als auch seiner Umwelt. Deshalb richten sich die notwendigen Interventionen nicht nur an die betroffenen Personen selbst, sondern berücksichtigen auch Faktoren, die diese Beeinträchtigungen verstärken oder vermindern.

Die Frage, ob das Gesundheitsproblem eines Menschen tatsächlich zu einer Gefährdung oder Einschränkung seiner Teilhabe am Arbeitsleben bzw. am Leben in der Gesellschaft führt, kann nur unter gleichzeitiger Berücksichtigung des individuellen Lebenshintergrundes beantwortet werden. Mit dieser ganzheitlichen Sichtweise wird das kurativ-medizinische Handeln systematisch erweitert. Krankheiten und Krankheitsfolgen werden in Beziehung zur Biographie und Lebenswelt des betroffenen Menschen gesetzt.

Die erforderliche Behandlung von Patienten geht meist weit über krankheitsspezifische Aspekte hinaus und erfordert ein abgestimmtes Handeln zwischen den beteiligten Disziplinen, Institutionen und Versorgungsbereichen. Dafür bedarf es eines gemeinsamen Verständnisses auf der Basis einheitlicher, träger- und berufsgruppenunabhängiger Begrifflichkeiten (sog. „gemeinsame Sprache“). Die ICF ist mit ihrer berufsgruppenunabhängigen Begrifflichkeit geeignet, den individuellen



Behandlungsfall von der Krankenhausaufnahme über die Einleitung der notwendigen Diagnostik und Therapie bis hin zur Planung von Interventionen nach der Krankenhausentlassung systematisch zu strukturieren. Für alle Beteiligten lässt sich so mehr Transparenz im Prozess herstellen. Passgenau können die notwendigen Interventionen rechtzeitig erkannt und ressourcenschonend eingeleitet werden.

Die ICF-Konzeption berücksichtigt dabei die personale Ebene (Lebensführung und Attribute einer Person) und bezieht die subjektive Sicht des betroffenen Menschen ein. Für chronisch kranke oder behinderte Menschen ist im Hinblick auf ihre Lebensqualität nicht allein die Krankheit selbst ausschlaggebend sondern vielmehr die tatsächlich erlebte Beeinträchtigung in Alltag und Beruf. Die Berücksichtigung dieses Umstandes erleichtert den Zugang zu der betroffenen Person und kann über das Thematisieren und Aufzeigen von Lösungsansätzen die Übernahme von Eigenverantwortung fördern.

- ▷ Bei sachgerechter Nutzung der ICF ist somit auch ein Beitrag zur Effektivitätssteigerung von akutmedizinischer Krankenhausbehandlung, insbesondere der Bedarfsgerechtigkeit von Mitteln zu erwarten.

Im Rahmen der Krankenhausbehandlung stellt sich nun natürlich die Frage,

- an welcher Stelle,
- in welchem Umfang,
- zu welchem Zeitpunkt und
- mit welchem Aufwand

die ICF in den Behandlungsprozess integriert werden kann, um den größtmöglichen Nutzen aus dieser systematischen Betrachtungsweise ziehen zu können.

## Praktische Nutzung der ICF im Akutkrankenhaus

### ■ 2.1 Teilhabe als Ziel der Krankenhausbehandlung

Grundsätzliches Ziel jeder Krankenbehandlung und damit auch der Krankenhausbehandlung ist es, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Um dieses Ziel zu erreichen gilt es u. a., den in § 11 Abs. 4 SGB V aufgeführten Anspruch des Patienten auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche sachgerecht und zielführend umzusetzen. Ein derart vorausschauendes Planen und Handeln kann durch die systematische Nutzung der ICF unterstützt werden.

Die Verwendung der ICF-Systematik stellt eine Verbesserung der bislang praktizierten Vorgehensweise im Behandlungsprozess dar. Wechselwirkungen zwischen den Krankheitsauswirkungen auf der Funktionsebene, der Ebene der Aktivitäten/Teilhabe unter Berücksichtigung der relevanten Lebensumstände des Patienten werden in den Mittelpunkt der Überlegungen von Ärzten, Psychologen, Pflegefachkräften, Therapeuten und Sozialarbeitern gerückt. Dies bedeutet, dass Behinderung nicht mehr allein als Problem eines Einzelnen, sondern im Zusammenhang mit den biographischen, sozialen, kulturellen und materiellen Lebensbedingungen des Patienten gesehen wird. Die Teilhabe ist dabei von zentraler Bedeutung.

Bislang orientieren sich Behandlungsziele vor allem an Symptomen oder Defiziten. Mit Hilfe der ICF kann diese Sichtweise um die soziale Dimension, „wie kann ich dem Patienten helfen, dass er wieder sein altes Leben auch unter den veränderten Bedingungen führen kann“, systematisch erweitert werden (§ 1 SGB IX - Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft).

#### Beispiel 1:

Ein Beispiel für eine an Funktionen orientierte Zielsetzung ist die Behandlung einer Person mit einem Prostataadenom. In der kurativen Versorgung ist es z. B. primäres Ziel, mittels einer transurethralen Resektion den Harnabfluss wieder zu normalisieren.

Aus der Perspektive des Betroffenen steht der ungehinderte Harnabfluss zwar ebenfalls im Vordergrund, der Umstand, dass er nach dem Eingriff kontinent ist, also z. B. keine Vorlagen benötigt und seinen sexuellen Aktivitäten ungehindert weiter nachgehen kann, mag jedoch für ihn von ebenso erheblicher Bedeutung sein. Ggf. sind diesbezüglich unterschiedliche OP-Verfahren zu bewerten und mit dem Patienten gemeinsam auszuwählen.

#### Beispiel 2:

Für einen bettlägerigen Patienten kann z. B. für die Krankengymnastik das Ziel formuliert werden, über das Training „Anheben des Gesäßes“ das Steckbecken benutzen zu können. Mit der konsequenten Anwendung des ICF- und Teilhabe-Gedankens würde im Hinblick auf die Fähigkeit, das Gesäß im Bett selbständig anzuheben, der Selbstständigkeitsgewinn in den Vordergrund gestellt werden. Das Therapieziel würde damit lauten: „Der Patient soll imstande sein, die Toilettenbenutzung im Bett selbständig durchzuführen“. Damit wird ihm ein Stück seiner Autonomie wiedergegeben.

Die häufige Vorstellung, dass Ziele auf der Ebene der Teilhabe (z. B. Beziehung zum Lebenspartner, aber auch gesellschaftlicher Umgang) erst dann formuliert werden können, wenn der Patient aus der frühen Phase der Krankenhausbehandlung in eine poststationäre oder ambulante Phase übertritt, ist nicht zutreffend.



Die praktische Nutzung der ICF in der Krankenhausbehandlung hat nicht nur Vorteile für die Arbeit der Fachkräfte, sondern auch für den Patienten. In der Anwendung der rein bio-medizinischen Sichtweise wird der Patient überwiegend zum passiven Empfänger von medizinischen Leistungen. Der Experte definiert, welche Therapien notwendig sind, und ist in der Regel auch derjenige, der Therapieziele für den Patienten formuliert und mit diesem abstimmt. Mit der Berücksichtigung der Teilhabe bereits zu Beginn der Krankenhausbehandlung und, wann immer möglich, auch bei der Planung von Interventionen wird der Patient jedoch ausdrücklich darüber hinaus als aktiver Partner gefragt. Dabei sollen alle relevanten Barrieren und Förderfaktoren des Lebenshintergrundes des Patienten berücksichtigt werden. Letzteres führt dazu, dass auch Angehörige oder Bezugspersonen, deren Sichtweise für den angestrebten Behandlungserfolg ebenfalls von Bedeutung sein kann, mehr in die Interventionsplanung einbezogen werden.

## ■ 2.2 Berufsgruppenunabhängige Kommunikation mit Hilfe der ICF

Vereinfachend lässt sich die Zusammenarbeit von Berufsgruppen im Gesundheitswesen in zwei Formen der Kooperation aufteilen: multidisziplinäre und interdisziplinäre Arbeit.

Die *multidisziplinäre* Arbeit ist dadurch gekennzeichnet, dass die beteiligten Berufsgruppen eine klare Definition ihres Arbeitsfeldes besitzen. Der Austausch mit anderen Berufsgruppen wird über mündliche und schriftliche Mitteilungen durchgeführt. Gelegentlich werden Therapien oder Ziele gemeinsam festgelegt. Der Austausch erfolgt jedoch überwiegend in der eigenen Berufsgruppe.

Kurz gesagt kann man eine Zusammenarbeit „multidisziplinär“ nennen, wenn bei ihr mehrere Disziplinen additiv zusammenwirken, jede der Disziplinen aber ihre eigene Denkweise einbringt (Wille, 2002).

Bei der interdisziplinären Arbeitsweise ist die Abgrenzung der einzelnen Berufsfelder nicht so scharf wie bei multidisziplinärer Arbeit, vielmehr gibt es Übergänge. Der fachliche Austausch findet gleichermaßen zwischen den Berufsgruppen und innerhalb der Berufsgruppe statt. Der Austausch ist problemorientiert, d. h. je nach Fragestellung arbeitet man mit einer anderen Berufsgruppe zusammen. Es werden Ziele gemeinsam formuliert und berufsgruppenübergreifend an ihnen gearbeitet.

Unter „interdisziplinärer Zusammenarbeit“ versteht man, dass mehrere Disziplinen integrativ zusammenwirken. Die Disziplinen bringen zwar ihre eigenen Denkweisen ein, verfolgen aber ein problembezogenes aggregiertes Management, das den allgemeinen Ansprüchen wissenschaftlicher Rationalität genügt (Wille, 2002).

Sowohl die interdisziplinäre als auch die multidisziplinäre Zusammenarbeit wird im Sinne einer berufsgruppenunabhängigen Kommunikation durch die Nutzung der ICF in der klinischen Praxis unterstützt.

Die Verwendung der ICF im Krankenhausalltag fördert bei allen Beteiligten einen Blick über die eigenen Berufsgrenzen hinaus.

Diesem Ziel steht jedoch heute noch eine Reihe von organisatorischen und vielleicht auch menschlichen Einstellungshindernissen entgegen.

Wenn die ICF als Modell im Krankenhaus erfolgreich genutzt werden soll, müssen alle Beteiligten zunächst mit den Grundbegriffen und der Philosophie der ICF vertraut gemacht werden.

## ■ 2.3 Einbindung der ICF in den Arbeitsalltag im Krankenhaus

Die ICF stellt grundsätzlich nur eine Art „Momentaufnahme“ dar. Es kann weder die Krankheitsdynamik noch eine Prognose mit ihrer Hilfe abgebildet werden. Zur Klärung von Fragen im Zusammenhang mit z. B. der Indikationsstellung zum endoprothetischen Hüftgelenkersatz oder der Einleitung einer Anschluss-Rehabilitation müssen zusätzlich krankheitsspezifische Parameter, wie Ausprägung (Befunde), Dauer, bisherige Therapie und Verlauf der zugrunde liegenden Erkrankung einbezogen werden. Dabei sind zudem krankheitsbedingte Gefährdungs- und Belastungsfaktoren zu berücksichtigen.

Welche Wechselwirkungen tatsächlich relevant sind, ist im Einzelfall zu prüfen. Mit Hilfe der ICF können aber die Ergebnisse der Befunderhebung strukturiert abgebildet werden, die Befunderhebung selbst ist mittels der ICF jedoch nicht möglich, da diese kein Assessmentinstrument ist! Ungeachtet dieser Ausführungen werden klinikspezifische Strukturen und Prozessabläufe letztlich ausschlaggebend sein, wie und mit welchem Umfang die ICF in den Behandlungsprozess eines Akutkrankenhauses eingebunden werden kann.

Ob patientenbezogene Daten besser in einem Erfassungsbogen integriert oder in einem separaten ICF-gestützten Erhebungsbogen dokumentiert werden, wird sich nach den jeweiligen Anforderungen der Fachabteilungen richten. Sicherlich ist es aber erforderlich, eine entsprechende Konsentierung in den Klinik-Gremien herbeizuführen.

Die aufgezeigten Änderungen in der Dokumentation sollen es den Beteiligten erleichtern, auf einen ggf. bestehenden und über die rein medizinischen Aspekte hinausgehenden *Handlungsbedarf* (z. B. insbesondere Pflegedienst, Sozialdienst) aufmerksam zu werden.

Zur frühzeitigen Sensibilisierung hinsichtlich des weiteren Handlungsbedarfes könnte eine zusätzliche Rubrik in der Tageskurve als Blickfang („eye-catcher“) sinnvoll sein, z. B.

Sozialanamnese auffällig	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
oder		
Pflegeeinstufung besteht/beantragt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Für einen solchen Blickfang auf der Tageskurve spricht auch die ständig wechselnde Arzt-/Patientenbeziehung im Wochenablauf einer Klinik.

Wichtige Informationen zur Sozialanamnese sollten möglichst bereits beim Erstkontakt erhoben werden. Wird die Sozialanamnese als auffällig bezeichnet oder scheint eine Pflegeereinstufung geboten, müssen von Seiten der Ärzte oder Pflege Informationen über den Patienten dokumentiert und verpflichtend als Konsil an den Sozialdienst weitergeleitet werden. Dabei steht die Dokumentation von Indikatoren und Kontextfaktoren im Sinne einer Risikoerfassung hinsichtlich eines dauerhaften Hilfebedarfes im Vordergrund.

### **Beispiel für einen Algorithmus bei auffälligem Ergebnis im Sozialscreening**

Das Sozialscreening erfolgt überwiegend während der Aufnahmephase seitens der Anamneseerhebung durch den Arzt. Es kann und sollte aber jederzeit auch durch andere Berufsgruppen vervollständigt werden.

Im Rahmen der Anamneseerhebung ist neben der Erhebung der mit der Akutsymptomatik in Zusammenhang stehenden Befunde auch zu eruieren,

1. ob und welche vorbestehenden wie akuten Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe vorliegen?

Schlüsselfragen:

*Was kann der Patient derzeit und/oder ggf. längerfristig vermutlich nicht mehr machen, was er bisher machen konnte und was ihm wichtig ist?*

- allgemeine Anforderungen (tägliche Routine, Umgang mit Stress)
  - Kommunikation (verbale und non verbale, telefonieren)
  - Mobilität (Sitzen, Stehen, Gehen, Fahrradfahren, Hand- und Armgebrauch)
  - Selbstversorgung (An-/Ausziehen, Waschen, Essen, Trinken)
  - Spezielle Aufgaben/Aktivitäten (auch beruflich)
  - Haushaltsführung (Einkaufen, Kochen, Putzen)
  - zwischenmenschliche Beziehungen (Angehörige, Partner, Freunde, Vorgesetzte, Arbeitskollegen)
  - Bedeutende Lebensbereiche (privat / beruflich - Ausbildung, arbeitsplatzbezogen: wie Weiterbildung / Fortbildung usw.).
2. ob aktuell bzw. nach der Krankenhausentlassung ein Hilfebedarf besteht und dieser evtl. bereits eingeleitet wurde?

Schlüsselfragen:

- zur häuslichen Versorgungsverantwortung für z. B. Kinder, pflegebedürftige oder unterstützungsbedürftige Familienmitglieder, Tiere (Nachbarschaftshilfe?)
- zur Entlassung, wohin und wann? (nach Hause, zu Angehörigen, in Kurzzeitpflege, Pflegeeinrichtung)

3. welche Vorstellungen der Patient von seiner momentanen Situation hat?

Schlüsselfragen:

- zum Krankheitsverständnis (akut, chronisch, lebenslimitierend)
- zur eigenen Prognose, Lebenszielen, Bewältigungsstrategien
- zum Antreten einer Rehabilitationsleistung?
- zur Rentenantragstellung?

4. auf welche Kontextfaktoren (umwelt- wie personbezogen) seitens der Krankenhausbehandlung Einfluss genommen werden kann?

Schlüsselfragen:

- welche Umwelteinflüsse wirken positiv, welche negativ auf das vorliegende Gesundheitsproblem?
- welche in der Person des Patienten begründeten Faktoren wirken positiv, welche negativ auf das vorliegende Gesundheitsproblem?

- kann der Patient selbst den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen und zur Verbesserung der Prognose (Situation) beitragen?
- von welcher Person im Umfeld des Patienten ist (die meiste) Unterstützung zu erwarten?

Die Informationen sollen dem Stationsarzt die Planung des Interventionsbedarfs erleichtern und über einen klinikintern konsentierten Algorithmus deren zeitgerechte Einleitung sicherstellen (siehe Abb. 2). Als Zeitschienen für die Vervollständigung der Informationsbasis sind je nach Verweildauer im Krankenhaus in der Regel drei Zeitintervalle denkbar:

- Aufnahme (innerhalb der ersten 24 Stunden)
- Postakute Phase (2. - 5.Tag)
- 5 Tage vor Entlassung

Abbildung 2: Beispiel einer Dokumentation bzw. Interventionsplanung aus einer Krankenakte

### Bio-psycho-soziale Aufgreifkriterien aus dem Sozialscreening für das weitere Procedere

- nicht vorhanden
- für den derzeitigen Krankenhausaufenthalt nicht relevant
- vorhanden,
  - weil *Beeinträchtigungen* vorliegen bei:
    - der *Mobilität*
    - der *Selbstversorgung*
    - der *Organisation des häuslichen Lebens*  
(weil z. B. allein lebend, fehlende Bezugsperson, kognitive Einschränkungen, Wohnungslosigkeit)
    - der *zielgerichteten Durchführung von Aufgaben*  
(durch z. B. Abhängigkeitserkrankungen, Demenz)
  - weil *Pflegebedürftigkeit* droht oder besteht:
    - bislang keine Pflegeeinstufung
    - Pflegestufe (sofern bekannt:  1  2  3)

### Sozialkonsil:

- nicht erforderlich
- bereits angefordert
- ja, bis spätestens (1 Woche vor Entlassung) ..... wegen  
Datum
  - Einleitung einer AHB/AR
  - Einleitung Pflegeeinstufung (Kurzzeitpflege/Pflegehöherstufung?)
  - Einleitung eines Betreuungsverfahrens
  - Einleitung Palliativversorgung (z. B. SAPV, Hospiz)
  - Einbindung komplementärer Dienste (z. B. Sozialpsychiatrischer/-pädiatrischer Dienst)
  - Organisation der zu verordnenden häuslichen Krankenpflege  
(nach § 37 Abs. 2 SGB V - Behandlungspflege)
  - Kontaktaufnahme mit Sanitätshaus zur Bereitstellung der verordneten Hilfsmittel
  - Einleitung Sozialmedizinischer Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V
  - anderweitige Unterstützung des Patienten (z. B. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Patientenschulungen, Selbsthilfegruppen, Vermittlung betreutes Wohnen/Wohngemeinschaft)
  - anderweitige Koordination .....

Das Sozialscreening erfolgt überwiegend während der Aufnahmephase seitens der Anamneseerhebung durch den Arzt. Es kann und sollte aber jederzeit auch durch andere Berufsgruppen vervollständigt werden, sodass in Verbindung mit dem „Eye-catcher“ auf der Tageskurve der obige Algorithmus in Gang gesetzt wird. Relevante Informationen für den Sozialdienst können so gebündelt weitergegeben werden und bilden die Grundlage für die seitens des Sozialdienstes zu koordinierenden Interventionen.

Alternativ könnte der Algorithmus auch Bestandteil des Anforderungsformulars für den Sozialdienst (Sozialkonsil) sein. Hierzu wären die entsprechenden Auswahlmöglichkeiten den Abteilungs-/Klinikbesonderheiten anzupassen.

### Der Krankenhausentlassungsbericht

Am Ende jeder Krankenhausbehandlung wird ein Krankenhausentlassungsbericht (E-Brief) für den weiterbehandelnden Arzt erstellt. Je nach Organisation wird der endgültige Brief dem Patienten direkt bei Entlassung mitgegeben oder zeitnah dem weiterbehandelnden Arzt übermittelt. Auch wenn nicht immer zu realisieren, so ist offensichtlich, dass die frühzeitige Weitergabe von Informationen zum Krankenhausaufenthalt entscheidend zur rechtzeitigen Einleitung von weiterführenden Interventionen beiträgt.

Der E-Brief sollte neben den für die weiterbehandelnden Ärzte und Therapeuten wesentlichen medizinischen Informationen zu Diagnostik, Therapie, Verlauf und Weiterbehandlungsstrategien auch Beurteilungen (z. B. Patient ist weiterhin arbeitsunfähig bezogen auf seinen konkreten Arbeitsplatz) und Empfehlungen (z. B. die Einleitung einer Pflegeeinstufung nach SGB XI erscheint angeraten) enthalten. Letztere sind nicht selten für weitere leistungsrechtliche Weichenstellungen der Leistungsträger von Bedeutung. Ein derart teilhabeorientiert abgefasster Entlassungsbericht kann gleichzeitig als Grundlage für ein ggf. erforderliches sozialmedizinisches Gutachten herangezogen werden.



### Anwendungsbeispiele für eine ICF-orientierte Fallstrukturierung

Die ICF stellt grundsätzlich nur eine Art „Momentaufnahme“ dar. Es kann weder die Krankheitsdynamik noch eine Prognose mit ihrer Hilfe abgebildet werden. Zur Klärung von Fragen im Zusammenhang mit z. B. der Indikationsstellung zum endoprothetischen Hüftgelenksersatz oder der Einleitung einer Anschluss-Rehabilitation müssen zusätzlich krankheitsspezifische Parameter wie Ausprägung (Befunde), Dauer, bisherige Therapie und Verlauf der zugrunde liegenden Erkrankung(en) einbezogen werden. Dabei sind zudem krankheitsbedingte Gefährdungs- und Belastungsfaktoren zu berücksichtigen. Welche Wechselwirkungen im Einzelfall dann aber tatsächlich relevant sind, ist zu prüfen. Mit Hilfe der ICF können die Ergebnisse der Befunderhebung strukturiert abgebildet werden, die Befunderhebung selbst ist mittels der ICF jedoch nicht möglich, da die ICF kein Assessmentinstrument ist!

Während der Krankenhausbehandlung sollte nicht nur auf Krankheitsdiagnosen (ICD), sondern auch auf deren psychosoziale Auswirkungen einschließlich der Einflussfaktoren (relevante Kontextfaktoren) abgestellt werden.

Anhand der nachfolgenden Beispiele wird verdeutlicht, dass sich Informationen aus der Anamnese, die routinemäßig bei Krankenhausaufnahme oder während des stationären Verlaufs erhoben werden, ohne großen Aufwand nach dem Modell der ICF strukturieren lassen. Mit der Zuordnung zu den Komponenten des ICF-Modells lassen sich mögliche Beziehungen zwischen Kontextfaktoren und den Krankheitsfolgen leicht darstellen.

Zur Verdeutlichung des praktischen Nutzens folgen dem ersten Beispiel auch Vorschläge für eine mögliche weitere Vorgehensweise bei der Steuerung des Falls.

#### Chirurgisches Anwendungsbeispiel: Oberschenkelhalsfraktur

##### Auszug aus der Anamnese:

71-jähriger Pensionär, verwitwet und kinderlos, lebt im Hochparterre (6 hohe Treppenstufen) in einem alten zweigeschossigen Fachwerkhaus (Eigentum) in ländlicher Umgebung. Die 62-jährige Schwester und ihr Ehemann wohnen im Obergeschoß. Die Schwester stellt die Versorgung des alten Herren wegen dessen zunehmender Demenz vor bislang ungelöste Probleme (Pat. vergisst Herd abzustellen, lässt Kühlschränktür offen). Direkte Nachbarn gibt es keine, der nächste Gutshof liegt 1,5 km entfernt, der nächste Supermarkt 3 km. Sein Hausarzt wohnt 8 km entfernt im Nachbarort, sein Orthopäde und Internist 32 km entfernt in der nächsten Kreisstadt.

Der Patient ist beim Kirschenpflücken von der Leiter gefallen und hat sich einen Oberschenkelhalsbruch rechts zugezogen. Bis zur Krankenhausaufnahme erhielt er bei der Selbstversorgung und Haushaltsführung Unterstützung durch die Schwester, jedoch zeitlich beschränkt, da sie noch halbtags berufstätig ist. Er hat vor dem Unfall noch gerne im Garten gearbeitet, ist allseits beliebt wegen seiner Frohnatur und fuhr bis vor zwei Monaten jeden Freitag noch sehr gerne mit dem Fahrrad zum Dorfstammtisch.

Die hausärztliche Versorgung kann wie bislang im Nachbardorf (8 km entfernt) oder im Rahmen eines Hausbesuchs erfolgen. Der dort ansässige Physio- und Ergotherapeut macht allerdings keine Hausbesuche. Es besteht eine schlechte Verkehrsanbindung an den Nachbarort und die Kreisstadt: Der Bus fährt zweimal pro Tag.

##### Diagnosen:

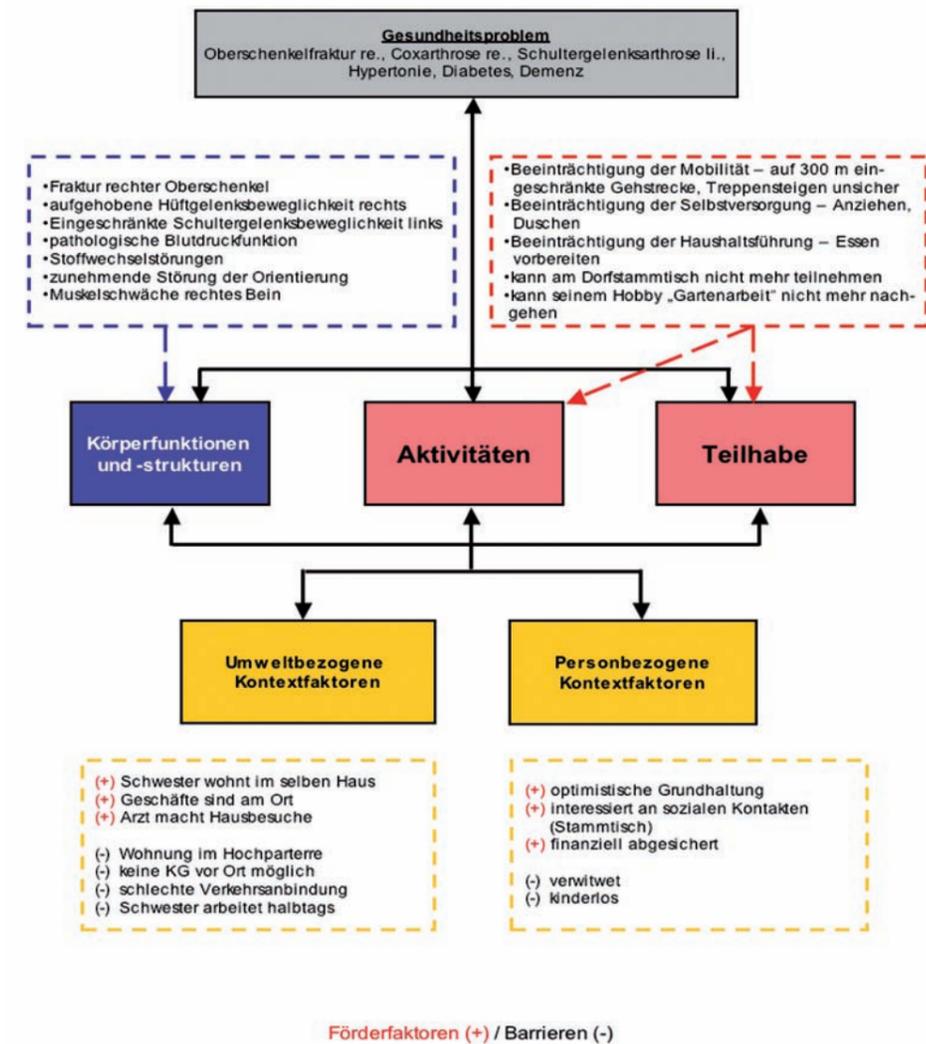
- aktuell:
- mediale Oberschenkelhalsfraktur rechts (ICD-10: S72.01)
  - ▷ TEP Implantation rechts
- Nebendiagnosen:
- Coxarthrose rechts (ICD-10: M16.9)
  - Omarthrose links (ICD-10: M19.91)
  - arterielle Hypertonie (ICD-10: I11.90)
  - insulinpflichtiger Diabetes mellitus (ICD-10: E12.90)

- zunehmende, bislang nicht näher abgeklärte dementielle Erkrankung (ICD-10: F03)
- Z.n. Mediateilinfarkt links vor 7 Monaten mit noch leichter Schwäche der rechtsseitigen Beinmuskulatur.

##### Beschwerden:

Vor dem Unfall war das Gehen aufgrund der Schwäche nur mit einem Handstock rechts möglich, maximale Gehstrecke 300 m. Der Patient benötigt beim Ankleiden die Hilfe der Schwester, Auskleiden und Toilettengang kann er noch selbstständig durchführen. Beim Duschen ist ihm ebenfalls die Schwester behilflich. Zunehmende Orientierungsstörungen (zeitlich und örtlich), die auch dazu geführt haben, dass der Patient auf eine Leiter gestiegen ist, um Kirschen zu pflücken. Treppensteigen und Bücken ist nur noch unter Schmerzen und langsam möglich.

Abbildung 3: ICF-orientierte Fallstrukturierung



### Fazit aus dem o. g. Beispiel:

Das „Gesundheitsproblem“ als Liste von Krankheitsdiagnosen ist bislang schon so üblich wie die Übertragung der Erkrankungen in einen Befundstatus, aufgeteilt nach Beeinträchtigungen bzw. Veränderungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen.

Um aber leichter zu erkennen, welche individuelle Bedeutung im Einzelfall daraus resultiert und welche ggf. vorrangig zu beachten ist, bedarf es der übersichtlichen Darstellung der Wechselwirkungen.

Wie in dem vorangegangenen Beispiel würde unter Beachtung der Wechselwirkungen für die poststationäre Phase und den rehabilitativen Ansatz nicht die orthopädische Problematik im Vordergrund stehen, sondern die zunehmende Demenz mit den daraus resultierenden Schwierigkeiten der Selbstversorgung und Selbstbestimmung. Der Patient sollte deshalb nicht automatisch nach Implantation des künstlichen Hüftgelenkes in eine orthopädische Rehabilitationseinrichtung vermittelt werden. Vielmehr bedarf es einer Rehabilitationseinrichtung, die neben der orthopädischen Problematik auch die Begleitkrankheiten und insbesondere die Demenz berücksichtigt, also einer indikationsübergreifenden, geriatrischen Ausrichtung. Das frühzeitige Erkennen der bedrohten bzw. bereits vorhandenen Beeinträchtigung der Selbstversorgung und Selbstbestimmung des Patienten stellt somit die entscheidende Weichenstellung dar.

In Kenntnis des Umstandes, dass die Schwester die entscheidende Bezugsperson für den Patienten ist, sollte mit ihr unbedingt frühzeitig das weitere Vorgehen z. B. auch im Hinblick auf die Beantragung einer Pflegestufe, eine entsprechende Hilfsmittelversorgung und bauliche Veränderungen in der Häuslichkeit abgesprochen werden. Hier könnte der Sozialdienst unterstützend tätig werden.

Die Weitergabe der während des Krankenhausaufenthaltes erhobenen Informationen zum umweltbezogenen aber vor allem auch personbezogenen Kontext und zu den bereits eingeleiteten Maßnahmen ermöglicht es der Rehabilitationseinrichtung, wichtige therapeutische Ansatzpunkte frühzeitig zu identifizieren.

### Psychiatrisches Anwendungsbeispiel: Schizophrene Psychose

#### Auszug aus der Anamnese:

Der 32-jährige ehemalige Fremdsprachenstudent mit Migrationshintergrund lebt in einer Wohngemeinschaft, in der er sich zunehmend isoliert. Er kam mit 19 Jahren zusammen mit seiner Familie nach Deutschland. Während des Studiums mit 22 Jahren erstmals Auftreten psychotischer Symptome mit Verfolgungswahn und Stimmenhören. Zunächst kein Krankheitsgefühl und keine Krankheitseinsicht, Familienangehörige und damalige Mitbewohner konnten schließlich die Vorstellung bei einem Allgemeinarzt erreichen. Eine vorgeschlagene medikamentöse Behandlung wurde abgelehnt. In der Folgezeit Abbruch des Studiums, sozialer Rückzug, wegen zunehmender Verhaltensauffälligkeiten mit Realitätsverkenntnis Einweisung in eine psychiatrische Klinik. Dort gegen ärztlichen Rat entlassen. Zu Hause Auftreten von aggressiven Ausbrüchen, die eine Einweisung nach Unterbringungsgesetz erforderlich machten. Unter neuroleptischer Medikation Besserung des Zustandsbildes, Rückkehr in den Familienverbund. In der Folgezeit Zunahme kognitiver Defizite, Abbruch des Studiums, Non-Compliance mit der Neuroleptika-Medikation.

#### Diagnosen:

aktuell: -Schizophrenes Residuum (ICD-10: F20.5)

Nebendiagnosen: -Tabakabhängigkeit (ICD-10: F17.25)

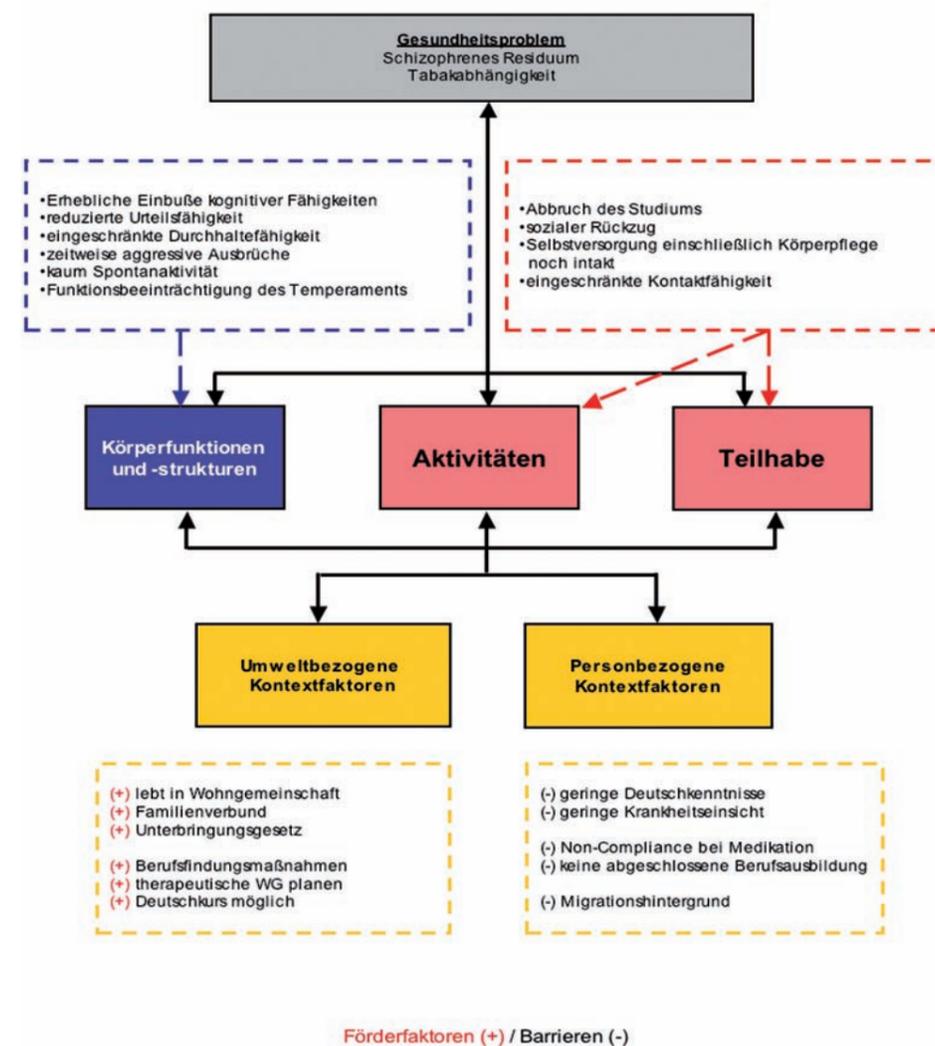
#### Psychosozialer Befund:

Erhebliche Einbuße kognitiver Fähigkeiten (Abbruch Studium), reduzierte Urteilsfähigkeit, eingeschränkte Durchhaltefähigkeit, eingeschränkte Kontaktfähigkeit („Sonderling“), kaum Spontanaktivitäten, Selbstversorgung einschließlich Körperpflege noch intakt.

#### Procedere:

Einschaltung Sozialpsychiatrischer Dienst, Berufsfindungsmaßnahmen, Vermittlung Deutschkurs, therapeutische Wohngemeinschaft planen, antipsychotische Medikation.

Abbildung 4: ICF-orientierte Fallstrukturierung



## Psychiatrisches suchtmedizinisches Anwendungsbeispiel: Alkoholabhängigkeit

### Auszug aus der Anamnese:

Der 40jährige geschiedene, kinderlose Mann lebt alleine in ländlicher Umgebung. Die Kontakte zur Familie sind abgebrochen, die Suchtanamnese beginnt mit dem 14. Lebensjahr, mit 18 protrahierte Rauschzustände am Wochenende. Mehrfache Arbeitsplatzverluste, zuletzt als Fliesenleger bei Zeitarbeitsfirma tätig.

Patient ist jetzt zu Hause gestürzt, wegen Schürfwunden und beklagten Magenschmerzen in internistischer Poliklinik. Am Folgetag unter dem Bild einer akuten Alkoholintoxikation (AAK 3,1 Promille) stationäre Aufnahme in psychiatrischer Klinik, dort schweres vegetatives Entzugssyndrom.

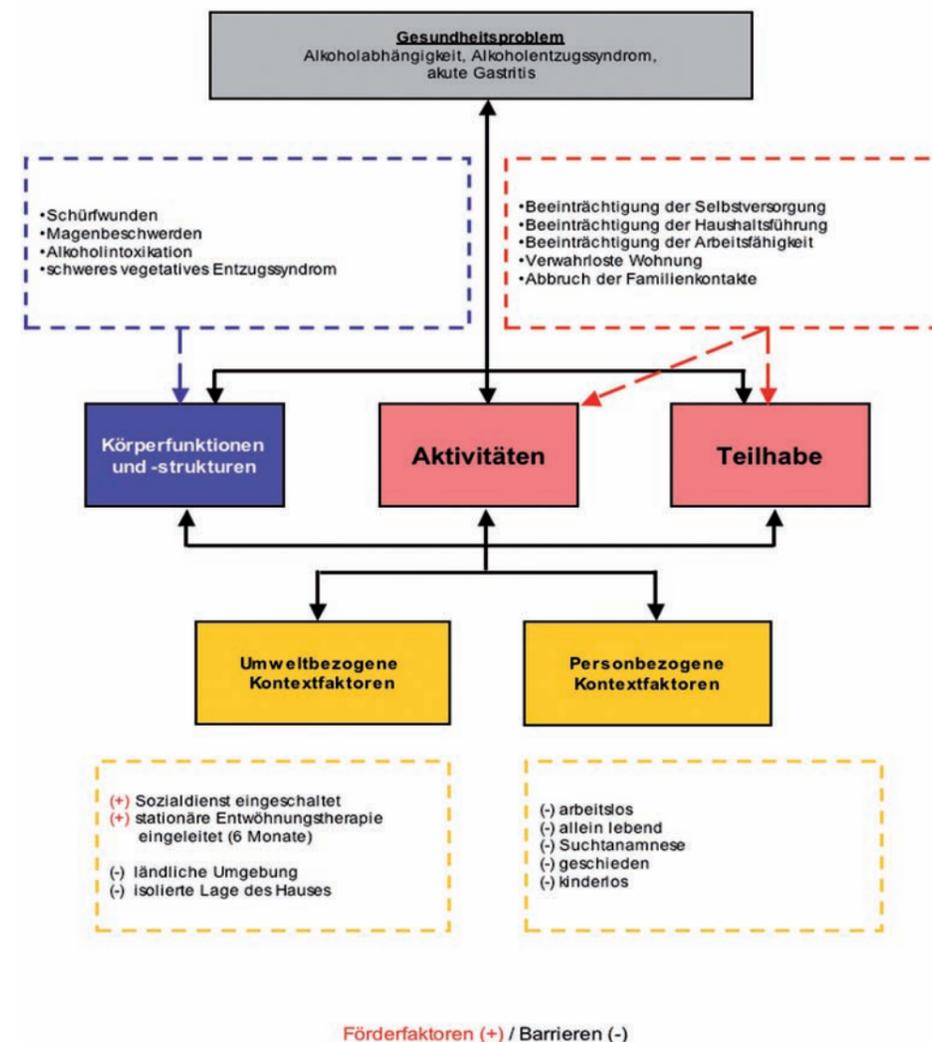
### Diagnosen:

aktuell: -Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2)  
-Alkoholentzugssyndrom ICD-10: F10.3)  
-akute Gastritis (ICD-10: K29.1)

### Psychosozialer Befund:

Arbeitslos, lebt alleine, Sozialdienst findet eine verwahrloste Wohnung vor. Selbstversorgung auch aufgrund der isolierten Lage des alten Hauses nicht gewährleistet. Einleitung einer 6-monatigen stationären Entwöhnungstherapie.

Abbildung 5: ICF-orientierte Fallstrukturierung



## Neurologisches Anwendungsbeispiel: Schlaganfall

### Auszug aus der Anamnese:

61-jähriger Bäckermeister, verheiratet, vier Kinder, lebt im Eigenheim im Vorort. Enge nachbarschaftliche Verbindungen, aktiv im Trachtenverein.

Einweisung durch den Notarzt nach Auftreten einer plötzlichen Schwäche im rechten Arm und einer Sprechstörung. Bei Krankenhausaufnahme begleitet von Ehefrau und einem Sohn. Patient war bis zuletzt aktiv im Beruf, beliebt bei Nachbarn und Freunden. Gute hausärztliche Versorgung, Verkehrsanbindung ausreichend.

### Diagnosen:

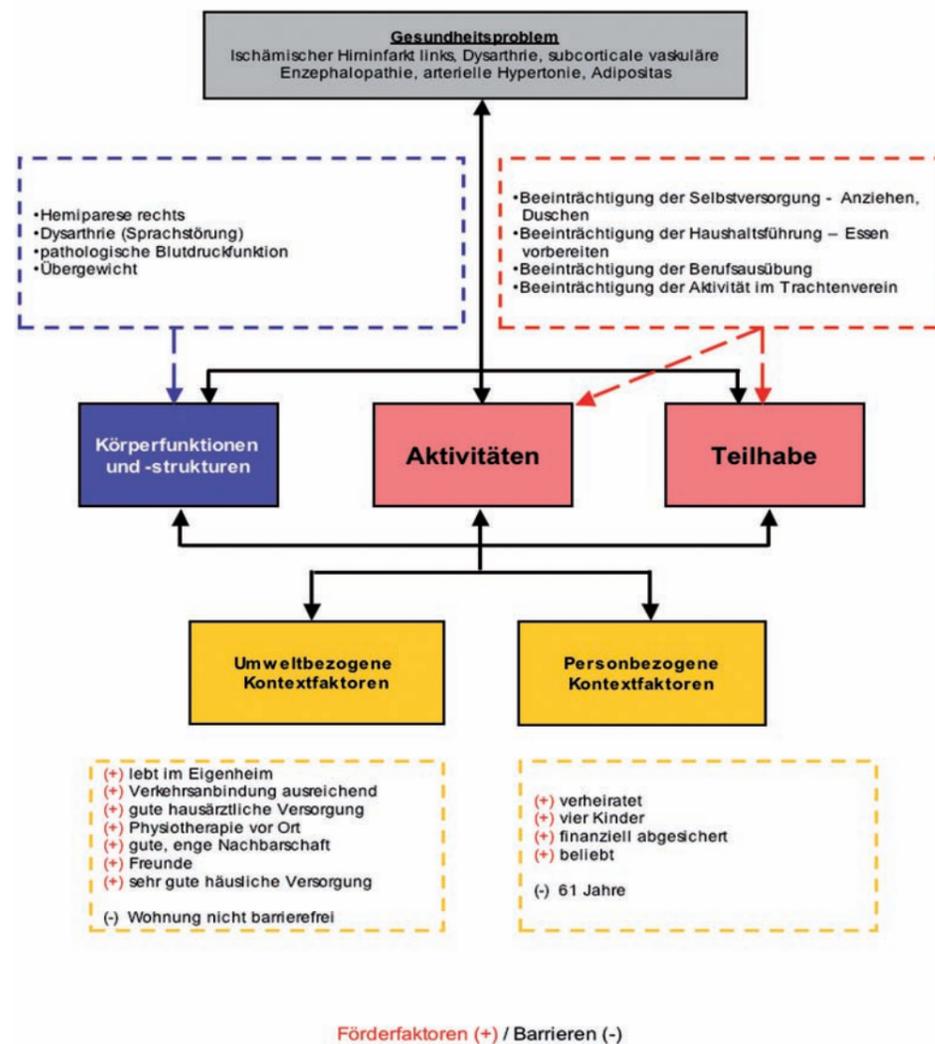
aktuell: -Ischämischer Hirninfarkt links (ICD-10: I63.3) mit  
-Hemiparese rechts (ICD-10: G81.0)  
-Dysarthrie (ICD-10: R47.1) bei subkortikaler vaskulärer Enzephalopathie

Nebendiagnosen: -arterielle Hypertonie  
-Adipositas

**Verlauf:**

Nach Durchführung einer Lyse-Therapie mit deutlicher Verbesserung der Symptome (Heben und Strecken des rechten Beines wieder möglich, deutliche Besserung der Sprachstörung) tägliche krankengymnastische und physikalische Frühbehandlung, logopädische Behandlung. Die Elevation des Armes war bis knapp unter die Horizontale möglich, der Patient mit Gehwagen im Zimmer mobil. Verlegung in Neurologische Rehabilitation. Bei sehr guter häuslicher Versorgungssituation Empfehlung baulicher Verbesserungen (barrierefreier Eingangsbereich, Schlafzimmer im Erdgeschoß), Kontaktaufnahme mit niedergelassenen Physio- und Ergotherapeuten.

Abbildung 6: ICF-orientierte Fallstrukturierung



**Geriatrisches Anwendungsbeispiel: Alzheimer-Demenz**

**Auszug aus der Anamnese:**

66-jähriger Patient, geschieden, lebte bislang alleine in eigener Paterwohnung in unmittelbarer Nachbarschaft zur Familie des Sohnes, in ländlicher Umgebung. Der Patient versorgte sich alleine, kaufte ein, machte sich sein Essen. Es gibt einen Aldi und einen Bäcker in der Nähe. Es gibt eine Arztpraxis mit drei Ärztinnen/Ärzten, die den ländlichen Bereich versorgen. Für größere Erledigungen muss er in den nächst größeren Ort, z. B. mit dem Auto oder mit den öffentlichen Verkehrsmitteln, fahren.

Der Patient ist in der Sprechstunde/Klinik schon seit 2004 bekannt. Er kam ursprünglich mit einem Mini-Mental-Status (MMSE) von 30 Punkten, jedoch schon Hinweisen auf eine sehr initiale Demenz. In Frühjahr 2009, nach nunmehr 4 ½ Jahren, ist der MMSE auf 21 Punkte gefallen. Im MRT von 2004 bestand bereits eine auffallende, eindeutig die Altersnorm überschreitende cortical betonte Hirnatrophie. Im HMPAO-SPECT fand sich eine diffus herabgesetzte Aktivitätsbelegung bds., insbesondere links, vereinbar mit einer neurodegenerativen Grunderkrankung, am ehesten im Sinne einer Alzheimer-Demenz.

Der Patient ist sehr sportlich, machte zum Beispiel Krafttraining, fand aber aufgrund der Demenz in der letzten Zeit nicht immer das richtige Maß. So kam es kürzlich zu einem Sturz vom Fahrrad mit einer fraglichen kurzen Bewusstlosigkeit. Er wurde daraufhin stationär untersucht, wobei keine fassbare Ursache gefunden wurde.

Der Sohn verunglückte vor vier Wochen mit dem Motorrad schwer und steht als unmittelbarer Ansprechpartner nicht mehr zur Verfügung. Die Schwiegertochter ist berufstätig, muss die Kinder versorgen und nun auch den verunglückten Ehemann. Der Patient konnte die Verletzung des Sohnes nicht einschätzen und geriet in Panik. Er ging zum Hausarzt mit einem akuten Angstzustand und dem Bild einer Progression der Demenz, wurde daraufhin eingewiesen, wobei die Aufnahme nach einem längeren Gespräch aber nicht als sinnvoll erschien. Der Patient klagt augenblicklich über Schlaflosigkeit und Ängste.

Der Patient wird nun wöchentlich in die Selbsthilfe- und Trainingsgruppe eingeladen. Dort kann er auch über seine Probleme sprechen und ggf. Problemlösungen erfahren. Die Fahrt dahin fällt ihm zunehmend schwerer.

**Diagnosen:**

aktuell: -Alzheimer-Demenz (seit 2004 diagnostiziert, damals in einem sehr frühen Stadium, derzeit an der Grenze zu einem mittleren Schweregrad)

Nebendiagnosen: -Gonarthrose  
-Diabetes mellitus Typ II, ED 2009, orale Antidiabetika  
-Z.n. Colon-Ca  
-Z.n. Hüft-TEP  
-Z.n. Asbestexposition

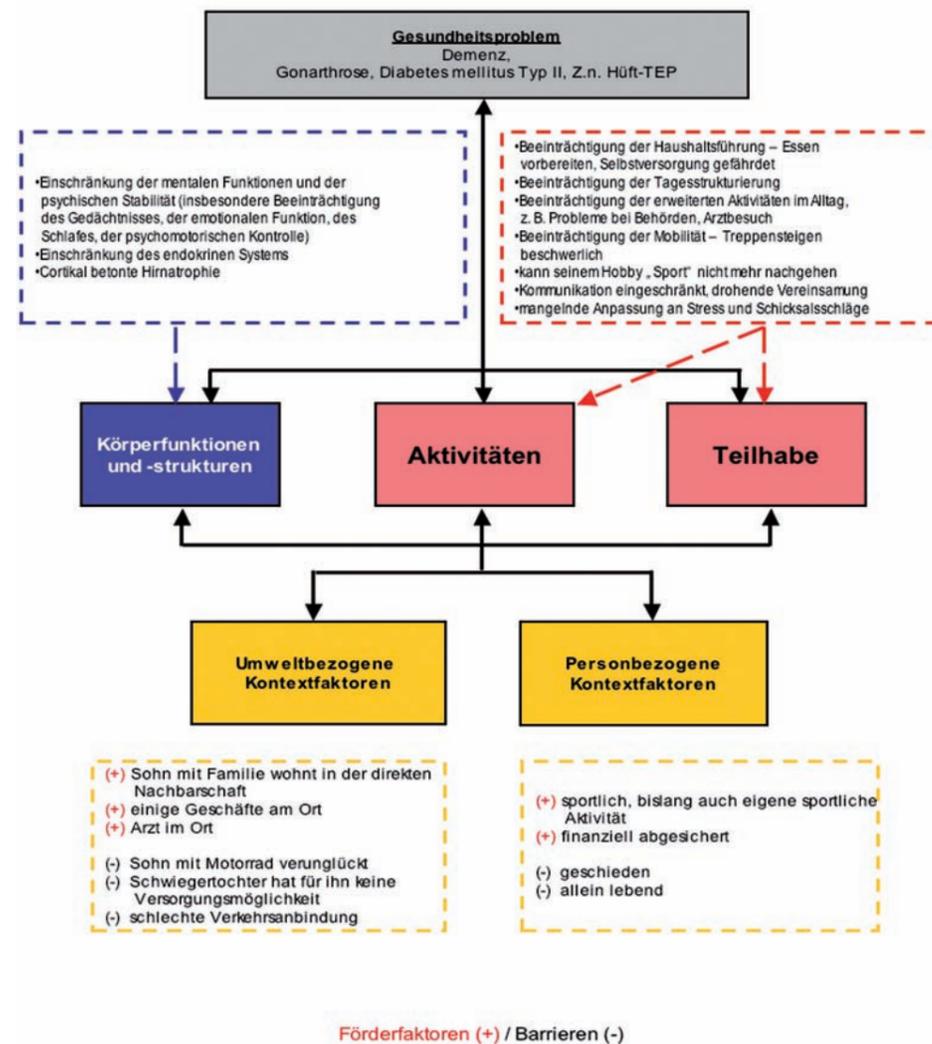
**Beschwerden:**

Der Patient kann augenblicklich die Mahlzeiten nicht mehr ausreichend zubereiten; Anziehen, Ausziehen, Waschen kann er noch selbst. Er kann sich im Dorf noch bewegen, größere Wege, z. B. in die nächst größere Stadt, sind nun kaum mehr möglich. Der Patient kommt immer häufiger mit Zetteln in die Klinik. Die Bewältigung von Post, Arztterminen usw. ist schwierig geworden, zumal die Anbindung an den Sohn nun nicht mehr so möglich ist. Er ist im Begriff seine Selbstständigkeit zu verlieren. Er zieht sich verstärkt zurück, geht nicht mehr häufig zum Einkaufen, ist depressiv und verzweifelt geworden, weint häufig, auch weil er seine Demenz bemerkt und nun den Unfall seines Sohnes betrauert.

Ganz akut klagt er über Kniebeschwerden bei Gonarthrose. In der Vergangenheit wurde schon einmal eine Arthroskopie veranlasst. Der Patient kann nun kaum mehr Treppen steigen und plant in der nächsten Zeit einen chirurgischen Eingriff.



Abbildung 7: ICF-orientierte Fallstrukturierung



**Befund Kind:**

Männlicher Säugling, Gewicht 2580g, Länge 46cm, KU 32,0cm, APGAR 9/10/10, Naph: 7,25.  
Base Excess -4,7 mmol/l

**Verlauf:**

Vorsorge: -Tests auf PKU, Hypothyreose und Galaktosämie wurden abgenommen.  
-Vitamin-K Prophylaxe (oral) und U2 wurden durchgeführt.

bei Entlassung: -Säugling voll gestillt, Entlassungsgewicht: 2700 g.

**Psychosozialer Befund:**

Die Patientin ist aufgrund fehlender Sprachkenntnisse nicht in der Lage, sich zu verständigen. Sie besitzt keine finanziellen Mittel und ist vermutlich ohne Ausbildung. Genauere Angaben waren nicht zu eruieren. Der Kindsvater lebt vor Ort, spricht nur wenig Deutsch und gibt an, dass sich beide in Holland kennen gelernt hätten.

Die Patientin macht einen ausgeglichenen Eindruck. Mit ihrem Kind geht sie (auch nach Rücksprache mit den Hebammen) liebevoll um.

Die Patientin wohnte bis zur stationären Aufnahme bei Freunden des Kindsvaters. Um die weitere Versorgung für Patientin und Kind zu sichern und eine Kindswohlfährdung auszuschließen, wurde der Sozialdienst eingeschaltet. Als Ansprechpartner für alle beteiligten Berufsgruppen stand ein guter Freund des Kindsvaters zur Verfügung, der über ausreichende Sprachkenntnisse verfügte. Durch ihn wurde der Anwalt eingeschaltet.

**Weiteres Procedere durch den Sozialdienst:**

- Kontaktaufnahme mit Kindsvater und dessen Freund;
- Kontaktaufnahme mit Rechtsanwalt;
- Kontaktaufnahme mit Ausländerbehörde und Wohnungsamt;
- Antragstellungen beim Fachbereich Soziales für Übernahme von Krankenhauskosten und Erstausrüstung für das Kind;
- Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse bzgl. Versicherung des Kindes.

Der Kindsvater bescheinigte dem Krankenhaus seinerseits die Kostenübernahme für die Entbindung. Auch wollte er seinen Sohn über seine Krankenkasse versichern lassen und für das Wohl des Kindes sorgen. Der Freund des Vaters hatte bereits den Anwalt und damit auch die Ausländerbehörde eingeschaltet. Er wollte sich auch um die Unterbringung von Mutter und Kind bei seiner Bekannten kümmern.

Ein Termin beim Wohnungsamt wurde von Seiten des Sozialdienstes vereinbart.

**Gynäkologisch/geburtshilfliches Anwendungsbeispiel**

Auszug aus der Anamnese:

Eine 31-jährige schwangere Frau wird Notfallmäßig zur Entbindung stationär aufgenommen. Sie ist ghanaische Staatsangehörige und zu unbekanntem Zeitpunkt in Deutschland eingereist. Über einen festen Wohnsitz und eine Krankenversicherung verfügt sie nicht. Ausweispapiere liegen nicht vor. Sie führt ein anwaltliches Schreiben mit sich, aus dem hervorgeht, dass eine Duldung bis 6 Wochen nach der Geburt des Kindes bei der Ausländerbehörde beantragt wurde.

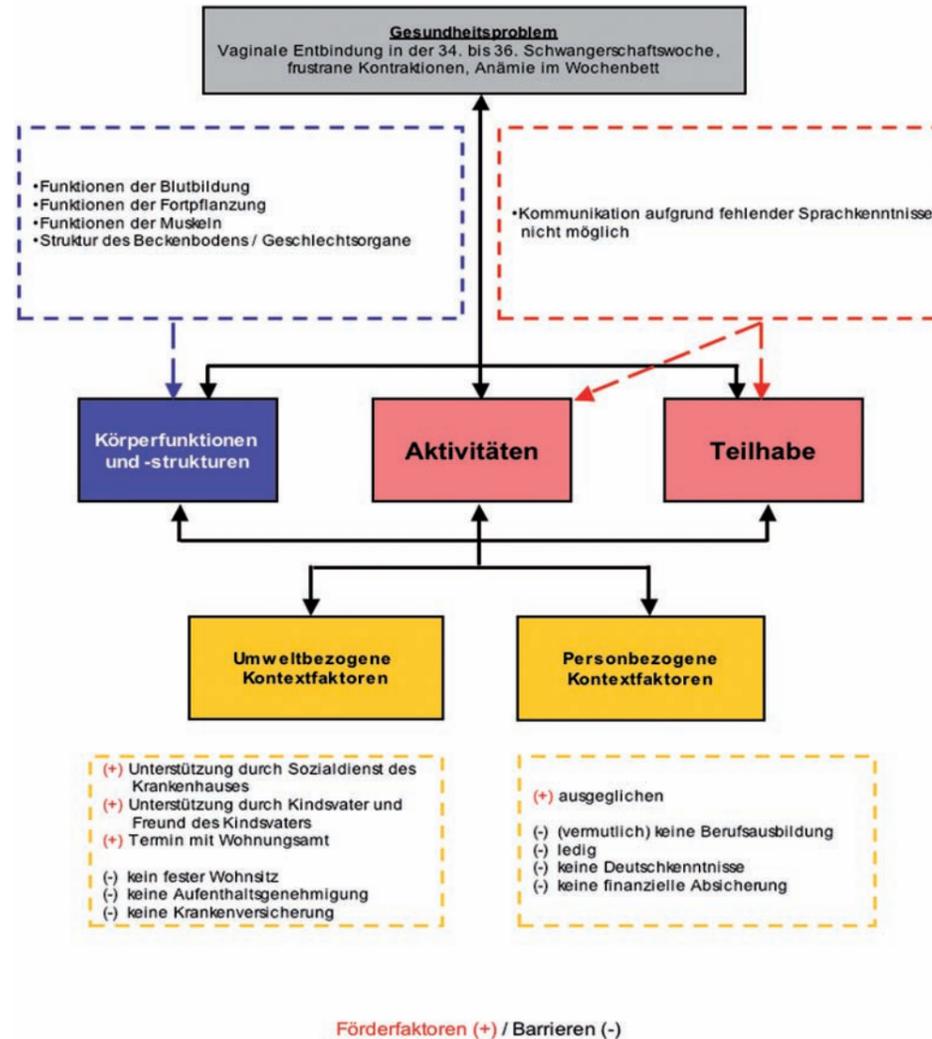
**Diagnosen:**

- aktuell:
- Frustrane Kontraktionen (ICD-10: O47.1) bei
  - 34. Woche bis 36. Schwangerschaftswoche (ICD-10: O09.5) mit
  - Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose (ICD-10: O60D) am Aufnahmetag

Nebendiagnose: -Anämie im Wochenbett (ICD-10: O99.0)



Abbildung 8: ICF-orientierte Fallstrukturierung



**Fazit, Entwicklung und Ausblick**

Die ICF als Theoriemodell bietet eine gemeinsame Basis hinsichtlich Kommunikation und Ablaufplanung für alle, die an der Behandlung, Therapie und Versorgung kranker und in der Teilhabe bedrohter oder bereits beeinträchtigter Menschen beteiligt sind.

Die ICF eröffnet grundsätzlich zwei Optionen:

Sie ist zum einen eine *Konzeption* („Philosophie“) zum besseren Verständnis von Krankheitsfolgen im Bedingungsgefüge von Wechselwirkungen zwischen den Ebenen: Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten/Teilhabe und Kontextfaktoren, auch als bio-psycho-soziale Wechselwirkungen bezeichnet.

Zum anderen ist die ICF eine *Klassifikation*, die eine Kodierung der einzelnen Komponenten der Funktionsfähigkeit für Gesundheitsinformationssysteme ermöglicht und damit nationalen und internationalen Datenabgleichen zwischen verschiedenen Disziplinen im System der sozialen Sicherung dienen könnte. Dieses ist jedoch auf absehbare Zeit schon allein wegen der fehlenden Umsetzbarkeit der Schweregradeinteilung in der Praxis wenig realistisch und wird zudem von den Sozialmedizinischen Diensten der Leistungsträger mittelfristig abgelehnt. Ohne eine flächendeckende berufsgruppenunabhängige Implementierung der ICF-Philosophie wäre eine Kodierung auch nicht sinnvoll.

Anders verhält es sich mit der ICF-Konzeption. Die bio-psycho-soziale Sichtweise der ICF auf eine Person mit einem Gesundheitsproblem und seinen bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen markiert einen Paradigmenwechsel, weg von einer nur diagnose- und defizitorientierten Sicht hin zu einer umfassenden Betrachtung des kranken Menschen in seinen biographischen und sozialen Bezügen. Die ICF stellt dafür eine Systematik und definierte Begriffe zur Verfügung.

Ausgangspunkt für die Nutzung der ICF ist stets ein Gesundheitsproblem. Dasselbe Gesundheitsproblem kann jedoch im Leben verschiedener Menschen ganz unterschiedliche Auswirkungen haben. Das hat viele Gründe. Die Aspekte der individuellen Kompensationsfähigkeit, persönlicher Einstellungen und Ressourcen müssen ebenso betrachtet werden wie z. B. Barrieren, Förderfaktoren oder hemmende Einstellungen der Umwelt. Eine vorhandene oder fehlende Unterstützung des betroffenen Menschen am Arbeitsplatz oder im Privatleben entscheidet somit auch über das Ausmaß vorhandener Beeinträchtigungen.

Gerade im Bereich der akut-klinischen Versorgung im Krankenhaus besteht jedoch die Gefahr, dass diese vielfältigen Wechselwirkungen konzeptionell in der Akutsituation oder täglichen therapeutischen Arbeit untergehen. Die ICF kann dabei helfen, trotz der Behandlung von im Vordergrund stehenden Schädigungen, die für einen reibungslosen Prozessablauf relevanten Aspekte frühzeitig zu erkennen, um zeitnah und effektiv Interventionen und ein optimales Versorgungsmanagement am Übergang vom Krankenhaus in andere Versorgungsbereiche zu gewährleisten.

Die „gemeinsame Sprache“ spiegelt diese „Philosophie“ wider. Patienten und ggf. deren Angehörige können somit besser in die Therapie eingebunden werden. Ihre Beteiligung nicht nur bei der Hilfeplanung erhöht die Motivation der Patienten zur aktiven Mitwirkung am Genesungsprozess und kann damit die Qualität des Behandlungsergebnisses deutlich positiv beeinflussen.

*Philosophie und Sprache der ICF* bewähren sich vielerorts bereits jetzt schon im klinischen Alltag. In Rehabilitationseinrichtungen z. B. erleichtert die Nutzung der ICF 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 Therapeuten der verschiedenen Sektoren die ambulante und stationäre Behandlung stärker zu verzahnen. Positive Effekte wie die Verbesserung der Schnittstellen zwischen Krankenhaus und Rehabilitation, Krankenhaus und (Kurzzeit-) Pflege, Krankenhaus und ambulanter Weiterversorgung wie auch eine Abnahme des Drehtüreffektes bei chronischen Krankheiten sind nicht nur denkbar sondern auch realistisch.

Auch die Bedarfsermittlung und Hilfeplanung durch Ärzte, Therapeuten und sozialpädagogische/-pädiatrische Fachdienste für Leistungen z. B. für psychisch kranke Menschen oder Kinder im Rahmen der Eingliederungshilfe kann durch die ICF unterstützt werden. 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.

Viele Gesetze, Verordnungen und Richtlinien basieren bereits heute auf dem Konzept der ICF. 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. Voraussetzung ist allerdings, dass alle Akteure um die Grundlagen und Begrifflichkeiten der ICF wissen und gewillt sind, sich auf die „Philosophie“ der ICF einzulassen.

Bereits 2001 hat das Konzept der ICF Eingang in das Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ gefunden.

Auch 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 zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung geregelt worden ist.

Die ICF erleichtert sowohl die berufsgruppenunabhängige Kommunikation als auch das Management im Behandlungsprozess wie am Übergang zu anderen Versorgungsbereichen, wie die aufgeführten Beispiele illustrieren. Daraus resultiert zwangsläufig nicht nur ein besseres sondern auch ein gemeinsames Verständnis der bio-psycho-sozialen Situation von Menschen mit Behinderungen allgemein bzw. des individuellen Patienten im Krankenhaus.

Im Nebeneffekt erleichtert dies die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Leistungserbringern und verringert Reibungsverluste durch Missverständnisse und Ungenauigkeiten in der Kommunikation mit den Leistungsträgern und zwischen den Leistungsträgern.

Alle Akteure sparen damit letztendlich Zeit und nutzen die vorhandenen Ressourcen wesentlich besser. Für die Patienten scheint die Hilfe wie aus einer Hand zu kommen. Sie fühlen sich dadurch besser aufgehoben und verstanden. Dieses Vertrauen wird nicht selten auch zu einer besseren Bindung an die Institution Krankenhaus führen. Ein Aspekt, der im Zeitalter des verstärkten Wettbewerbs zumindest bei den Geschäftsführungen keine unwesentliche Rolle spielen dürfte.

Bei den von diesem Praxisleitfaden 3 angeschobenen Aktivitäten muss realistischer Weise wohl von einer längerfristigen Umsetzungsoffensive ausgegangen werden. Trotzdem hoffen die Autoren, die insbesondere als Praktiker an der Basis das Für und Wider intensiv diskutiert haben, ungeachtet einer Arbeitsverdichtung auch im Krankenhaus einem anderen, vielleicht sogar besseren Versorgungsverständnis den Weg geebnet zu haben.

### Glossar

**Aktivitäten** bezeichnet die Durchführung von Aufgaben oder Handlungen durch eine Person.

**Barrieren** sind Kontextfaktoren (insbesondere Umweltfaktoren), die sich negativ auf die Funktionsfähigkeit (insbesondere auf die Teilhabe) auswirken.

**Beeinträchtigungen der Aktivität** sind Schwierigkeiten, die eine Person bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.

**Beeinträchtigungen der Teilhabe** sind Probleme, die eine Person beim Einbezogensein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich erlebt.

**Behinderung** dient als Oberbegriff für Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigungen der Partizipation (Teilhabe). 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 Klassifikationen gleich ist, gibt den Schweregrad des Problems an. Die weiteren Beurteilungsmerkmale sind klassifikationsabhängig. Bei den Umweltfaktoren besteht das Problem in Barrieren. Es können jedoch auch für die Funktionsfähigkeit förderliche Faktoren (Förderfaktoren) kodiert werden.

**Förderfaktoren** sind Kontextfaktoren (insbesondere Umweltfaktoren), die sich positiv auf die Funktionsfähigkeit (insbesondere auf die Teilhabe) auswirken.

**Funktionsfähigkeit** ist ein Oberbegriff, der alle Körperfunktionen und Aktivitäten sowie Partizipation (Teilhabe) umfasst.

**Komponente** ist der zu klassifizierende Gegenstand, also (1) Körperfunktionen und -strukturen, (2) Aktivitäten und Teilhabe, (3) Umweltfaktoren und (4) personbezogene Faktoren.

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

**Körperfunktionen** sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen). Siehe auch Schädigungen.

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

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

**Partizipation:** siehe Teilhabe.

**Personbezogene Faktoren** sind der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute), z. B. Alter, Geschlecht, sozialer Status.

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

**Teilhabe** ist das Einbezogen sein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich.

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

## Literatur

### **Einführende Literatur**

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Teamentwicklung in der Rehabilitation, 60486 Frankfurt am Main, 2000

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation, 3., völlig neu bearbeitete Auflage, 60486 Frankfurt am Main, 2005

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Verlag MMI Medizinische Medien Information GmbH, 63263 Neu-Isenburg, 2006

Fries, W., Lössl, H. und Wagenhäuser, S.: Teilhaben – Neue Konzepte der NeuroRehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf, Georg Thieme Verlag, 70469 Stuttgart, 2007

Leistner, K. und Beyer, H.-M.: Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Antragsverfahren unter besonderer Berücksichtigung der ICF, Ecomed Medizin, Landsberg/Lech, 2005

Rentsch, H.-P. und Bucher, P.O.: ICF in der Rehabilitation – Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag, Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein, 2005

Schuntermann, M. F.: Einführung in die ICF – Grundkurs – Übungen – offene Fragen, 3. überarbeitete Auflage, Ecomed Medizin, Landsberg/Lech, 2009

### **Ausgewählte weiterführende Literatur**

#### **Zur ICF-orientierten Dokumentation:**

Dreinhöfer, K., Stucki, G., Ewert, T., Huber, E., Ebenbichler, G., Gutenbrunner, C., Konstanjek, N., Cieza, A.: ICF Core Set for Osteoarthritis, J. Rehabil. Med., 2004; 36 Suppl. 44: 75-80

Kirschneck, M. und Ewert, F.: Die Entwicklung von ICF Core Sets. In: Rentsch, H.P., Bucher, P. O. (Hrsg.): ICF in der Rehabilitation. Schulz-Kirchner Verlag, 2005

#### **Zur Interdisziplinären Teamarbeit:**

Drechsler, R.: Interdisziplinäre Teamarbeit in der Neurorehabilitation. In: Frommelt, P., Grötzbach, H. (Hrsg.): NeuroRehabilitation. Blackwell, Berlin, 1999

Wille, R.: 2002, Transdisziplinarität und Allgemeine Wissenschaft. In: Krebs, H.; Gehrlein, U.; Pfeifer, J.; Schmidt, J.C. (Hrsg.): Perspektiven Interdisziplinärer Technikforschung: Konzepte, Analysen, Erfahrungen. Münster: Agenda-Verlag, S. 73-84

### **Zu allgemeinen praktischen Erfahrungen:**

Fries, W. et al.: Projektarbeit: Therapeutische Strategien zur Umsetzung von ICF und SGB IX in der ambulanten wohnortnahen neurologischen Rehabilitation zur Verbesserung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. *Neurologie & Rehabilitation*, 11, 218 – 226, 2005

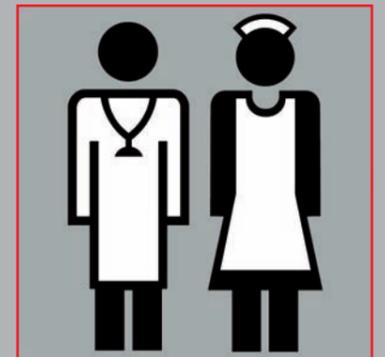
Rentsch, H.P.: Umsetzung der ICF in den praktischen Alltag auf der Neurorehabilitationsabteilung des Kantonsspitals Luzern. In: Rentsch, H.P., Bucher, P. O. (Hrsg.): *ICF in der Rehabilitation*. Schulz-Kirchner Verlag, 2005

Steiner, WA., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A., Stucki, G.: Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Phys Ther* 2002; 82 (11): 1098-1107

### **Autoren und Berater der Projektgruppe**

<b>Aubke</b> , Dr. med. Wolfgang	Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
<b>Cibis</b> , Dr. med. Wolfgang	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt
<b>Christen</b> , Prof. Dr. med. Hans-Jürgen	Chefarzt der Abteilung Neuropädiatrie des Kinderkrankenhauses auf der Bult, Hannover
<b>Gronemeyer</b> , Dr. med. Stefan	Bereichsleiter Sozialmedizin - Teilhabe/Pflege, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), Essen
<b>Grotkamp</b> , Dr. med. Sabine	Leiterin der Sozialmedizinischen Expertengruppe der MDK-Gemeinschaft, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN), Hannover
<b>Hager</b> , Prof. Dr. med. Klaus	Ärztlicher Geschäftsführer des Diakoniekrankenhauses Henriettenstiftung gGmbH und Leiter der Klinik für Medizinische Rehabilitation und Geriatrie, Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung, Hannover
<b>Krumwiede</b> , M.A. phil. Dipl.-Sozialarb./Dipl.-Sozialpäd. Ute	Sozialdienst Vinzenzkrankenhaus, Hannover
<b>Kurmeier</b> , Birgitt	Sozialdienst Vinzenzkrankenhaus, Hannover
<b>Küper</b> , Dr. med. Frank	Oberarzt der Kardiologischen Abteilung, Vinzenzkrankenhaus, Hannover
<b>Laux</b> , Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gerd	Chefarzt der Kliniken des Bezirks Oberbayern, Fachkrankenhäuser für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, München
<b>Lill</b> , Prof. Dr. med. Helmut	Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Diakoniekrankenhauses Friederikenstift gGmbH, Hannover
<b>Pape</b> , Dr. med. Joachim	Chefarzt der gynäkologisch/geburtshilflichen Abteilung, Vinzenzkrankenhaus, Hannover
<b>Petri</b> , Bernd	Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt

<b>Reinfeld</b> , Elke	Oberin und Pflegerische Geschäftsführerin des Diakoniekrankenhauses Friederikenstift gGmbH, Hannover
<b>Rohwetter</b> , Dr. med. Dipl.-Pol. Manfred	Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
<b>Schian</b> , Marcus	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt
<b>Schnittger</b> , Dr. med. Cornelia	Chefärztin des Geriatrie Zentrums, Langenhagen
<b>Winkelhake</b> , Mathias	Kaufmännischer Geschäftsführer des Diakoniekrankenhauses Friederikenstift gGmbH, Hannover
<b>Zellerhoff</b> , Dr. med., Christian	Chefarzt der Kardiologischen Abteilung, Vinzenzkrankenhaus, Hannover
<b>Zielmann</b> , Dr. Monika	Leiterin des Medizincontrolling des Diakoniekrankenhauses Friederikenstift gGmbH, Hannover
<b>Leiter der Projektgruppe:</b>	
<b>Seger</b> , Prof. Dr. med. Wolfgang	Ärztlicher Leiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN), Hannover



## **Trägerübergreifende Zusammenarbeit - Koordinierung und Kooperation**

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, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, 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.