

# Trägerübergreifende Fortbildungsveranstaltung

Bad Nauheim, 26. – 28. November 2008

---

## Das Teilhabekonzept der ICF in der kardiologischen Rehabilitation.



Klinik Wetterau



Klinik Taunus II



Klinik Taunus I - Ödemklinik



Deutsche  
Rentenversicherung  
Bund



Reha  
Zentrum  
Bad Nauheim

Johann  
Wolfgang  
Goethe-Univ.



# ICF - Gliederung

---

- Was ist die ICF, wofür brauchen wir sie ?
- Wo ist sie bereits implementiert ?
- Wie ist sie aufgebaut ?
- Eine kard. Kasuistik (Formular 61)
- Die ICF in der kard. Rehabilitation

# Die Klassifikationsfamilie der WHO

---

Krankheiten und  
verwandte  
Gesundheitsprobleme

ICD 10

Krankheitsfolgen

ICF (ICIDH)

ICPM

Prozeduren in  
der Medizin

# Wie entstand die ICF ?

---

**I** nternational  
**C** lassification of  
**I** mpairments,  
**D** isabilities and  
**H** andicaps

**I** nternational  
**C** lassification of  
**F** unctioning,  
**D** isabilities and  
**H** ealth

WHO: 1980

1997

2001

# Wie entstand die ICF ?

---

**I** nternational  
**C** lassification of  
**I** Schädigung,  
**D** Behinderung  
**H** Beeinträchtigt.

**I** nternational  
**C** lassification of  
**F** Funktionsfähigkeit,  
**B**ehinderung  
**G**esundheit

WHO: 1980

1997

2001

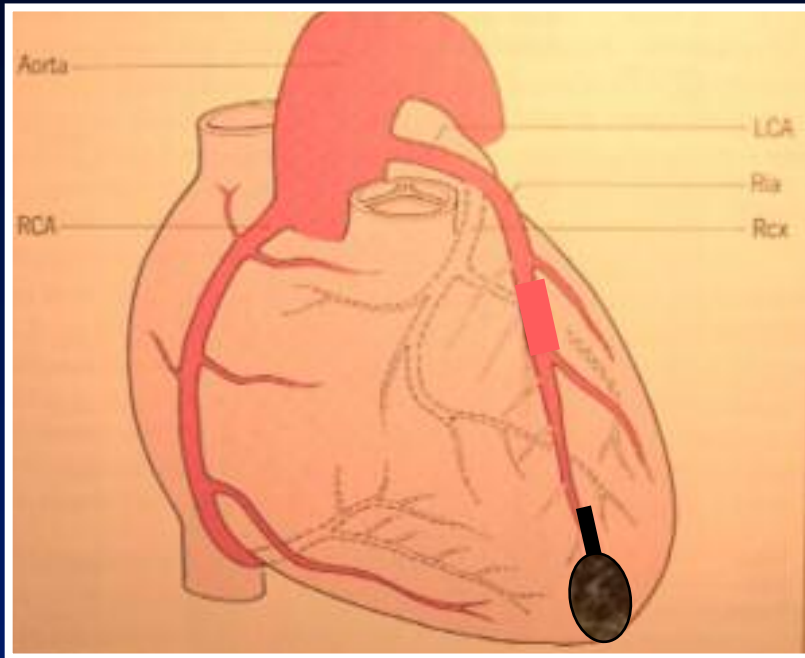
# ICF - das Krankheitsfolgenkonzept der WHO

## - eine Klassifikation für Behinderungen

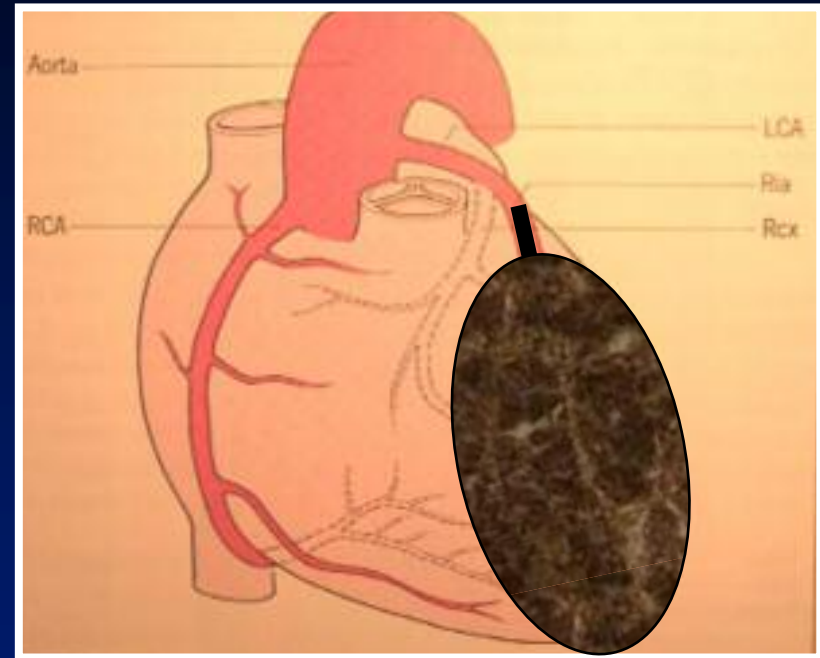


[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) → Klassifikationen → ICF  
→ ICF (final draft, 190 Seiten)

# Was bedeutet Krankheitsfolgenkonzept ?



Alter, kleiner STEMI



Alter, großer STEMI

ICD: I25.2 (Alter Myokardinfarkt)

# Was bedeutet Krankheitsfolgenkonzept ?

---

	ICD	ICF
Modell	kurativ bio-medizinisch	rehabilitativ bio-psycho-sozial

Im Geltungsbereich der ICF ist nicht die Krankheit (Ätiologie, Pathogenese: Infarkt) entscheidend, sondern die Krankheitsfolgen (NYHA II oder III).

# ICD $\leftrightarrow$ ICF

---

## Die Krankenbehandlung (kurative Behandlung):

- Ist primär kausal orientiert
- Ihre Grundbegriffe sind Ätiopathogenese und klinische Manifestation (Anamnese und Befunde).
- **Im Mittelpunkt steht die Diagnose (ICD).**
- Die Ziele sind Heilung bzw. Remission, Linderung oder Vermeidung einer Verschlimmerung.

# ICD $\leftrightarrow$ ICF

---

## Die Rehabilitation:

- Ist final orientiert, d.h. primär auf die Krankheitsauswirkungen ausgerichtet
- Ihre zentralen Kategorien sind **neben der klinischen Manifestation** die bio-psycho-sozialen **Krankheitsauswirkungen**, beschrieben mit den

### Begriffen der ICF:

- Schädigungen,
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten und
- Teilhabe.

# ICD $\leftrightarrow$ ICF

---

**Der Blickwinkel  
verschiebt sich  
von Krankheit...**

**...auf Aktivität und Teilhabe, d.h.:  
auf die Krankheitsfolgen  
(= die resultierende Behinderung)**

**Was folgt daraus für die Rehabilitation ?**

# Behinderung - seit 1994 im Grundgesetz verankert

---

## Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG:

Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.

→ Die Integration und der Schutz behinderter Menschen gehören in Deutschland zu den Grundrechten!

# **Behinderung – seit 1975 im SGB I, seit 2001 im SGB IX verankert**

---

## **§ 10 SGB I Teilhabe behinderter Menschen:**

**Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht, haben unabhängig von der Ursache der Behinderung zur Förderung ihrer Selbsthilfe und gleichberechtigten Teilhabe ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um...**

# **Behinderung – seit 1975 im SGB I, seit 2001 im SGB IX verankert**

---

## **§ 10 SGB I Teilhabe behinderter Menschen:**

ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um...

- 1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,**
- 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit....**

# **Behinderung – seit 1975 im SGB I, seit 2001 im SGB IX verankert**

---

## **§ 5 SGB IX Leistungsgruppen (zur Teilhabe):**

- 1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**
- 2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**
- 3. Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen**
- 4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**

# Ausgleich einer Behinderung – gesetzlich verankert

---

**Die Integration und der Schutz behinderter Menschen gehören in Deutschland zu den Grundrechten!**

**Die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse  
(= Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft)  
ist im SGB verankert.**



**Rehabilitationsbedarf auf Dauer gegeben**

# ICF: Krankheitsfolgenkonzept und Klassifikation

---



**Rehabilitationsbedarf auf Dauer gegeben**

- ⇒ **Um diesen zu benennen und zu beschreiben, braucht man eine gemeinsame Sprache → die ICF,**
- ⇒ **um die Funktionsdefizite statistisch auszuwerten, braucht man eine Klassifikation → die ICF.**

# ICF: notwendig bei der Indikationsstellung zur Reha

---

Die ICF ist darüber hinaus ein „Hilfsmittel“  
zur Strukturierung und Beschreibung  
der vier Reha-Indikationskriterien:

Reha - bedürftigkeit

Reha - fähigkeit

Reha - ziele

Reha - prognose

# ICF - Gliederung

---

- ✓ Was ist die ICF, wofür brauchen wir sie ?
- Wo ist sie bereits implementiert ?
- Wie ist sie aufgebaut ?
- Eine kard. Kasuistik (Formular 61)
- Die ICF in der kard. Rehabilitation

# Wo ist die ICF bereits implementiert ?

---

- International (WHO)
- SGB IX
- Rehabilitations-Richtlinien (Formular 61)
- BAR Rahmenempfehlungen
- Gemeinsame Empfehlungen  
„Begutachtung“ der BAR
- Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“,  
„Rehawesen“, „Physikalische Medizin“
- Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und  
Rehabilitation (Okt. 2005)

# Wo ist die ICF bereits implementiert ?

---

- In wissenschaftlichen Publikationen
- In der Rechtsprechung
- Im Reha-Entlassungsbericht
- In der sozialmedizinischen Begutachtung, insbesondere den Pflegegutachten
- In den Lehrplänen nichtärztlicher Berufe
- 
- In den Köpfen der Therapeuten und Ärzte, die in der Rehabilitation arbeiten...

# Die vier wichtigen Begriffe in der ICF

---

**Reha - bedürftigkeit**

**Reha - fähigkeit**

**Reha - ziele**

**Reha - prognose**

# Rehabilitationsbedürftigkeit

---

- Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen **Schädigung**
- *voraussichtlich nicht nur vorübergehenden* **alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten** vorliegen, durch die in absehbarer Zeit **Beeinträchtigungen der Teilhabe** drohen...

# Rehabilitationsbedürftigkeit

---

...oder

- **manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen**
- **und *über die kurative Versorgung hinaus* der **mehrdimensionale und interdisziplinäre** Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.**

# Rehabilitationsbedürftigkeit

---

... ist z.B. nicht

- **Verbesserung der Mobilität**, sondern
- **selbstständiges Erreichen des Wohnhauses der Familie, welches 300 Meter entfernt ist.**

# Rehabilitationsfähigkeit (1)

---

**Rehabilitationsfähig ist ein Versicherter, wenn er aufgrund seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzt.**

## Rehabilitationsfähigkeit (2)

---

- Abgeklungene Akutphase
- Abgeschlossene Wundheilung
- Erfolgte Frühmobilisation
- Selbsthilfefähigkeit (d.h. der behinderte Mensch soll in der Lage sein, sich ohne fremde Hilfe zu waschen, anzuziehen, zu essen, die Toilette zu benutzen etc.)
- Zumindest begrenzte Gehfähigkeit (d.h. der behinderte Mensch soll zumindest innerhalb der Station gehen können, ggfls. auch mit Hilfsmitteln)
- Transportfähigkeit

*nach BAR: Rehabilitation und Teilhabe, Wegweiser für Ärzte,  
S. 101 ff, 3. Auflage (2005)*

# Rehabilitationsziele

---

**Realistische Ziele aus Sicht des Arztes und Patienten:**

- **Welche Funktionen / Aktivitäten können deutlich verbessert oder wieder gewonnen werden?**
- **Welche Kompensationsstrategien können erlernt werden?**
- **Kann der Umgang mit Hilfsmitteln die Selbstständigkeit erhöhen?**
- **Welche konkreten Verrichtungen können nach §14 SGB XI (Pflegebedürftigkeit) wieder selber übernommen werden?**

# Rehabilitationsprognose

---

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

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit...**
- über die Erreichbarkeit des festgelegten Reha-Ziels**
- in einem notwendigen Zeitraum**

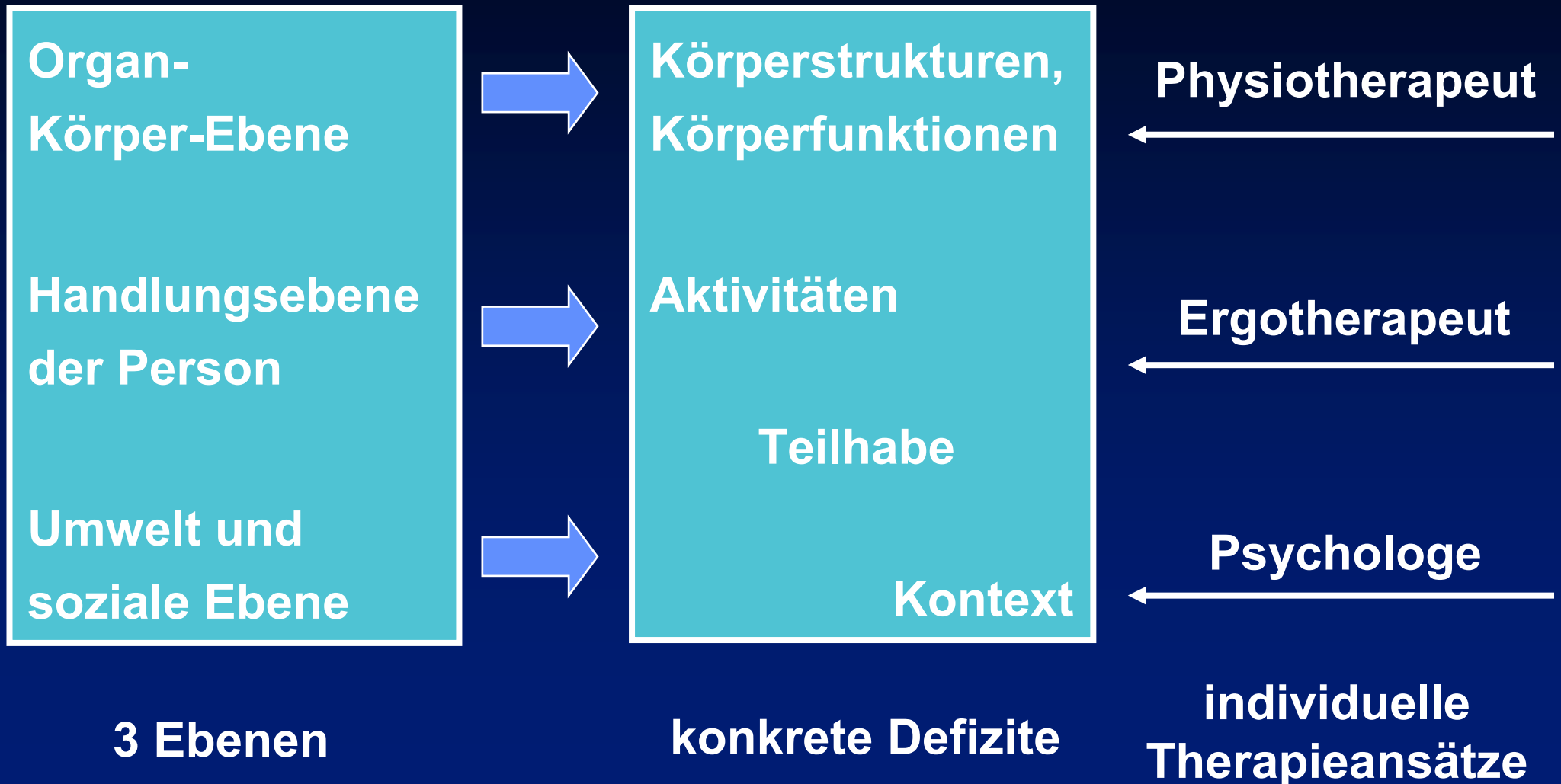
# ICF - Gliederung

---

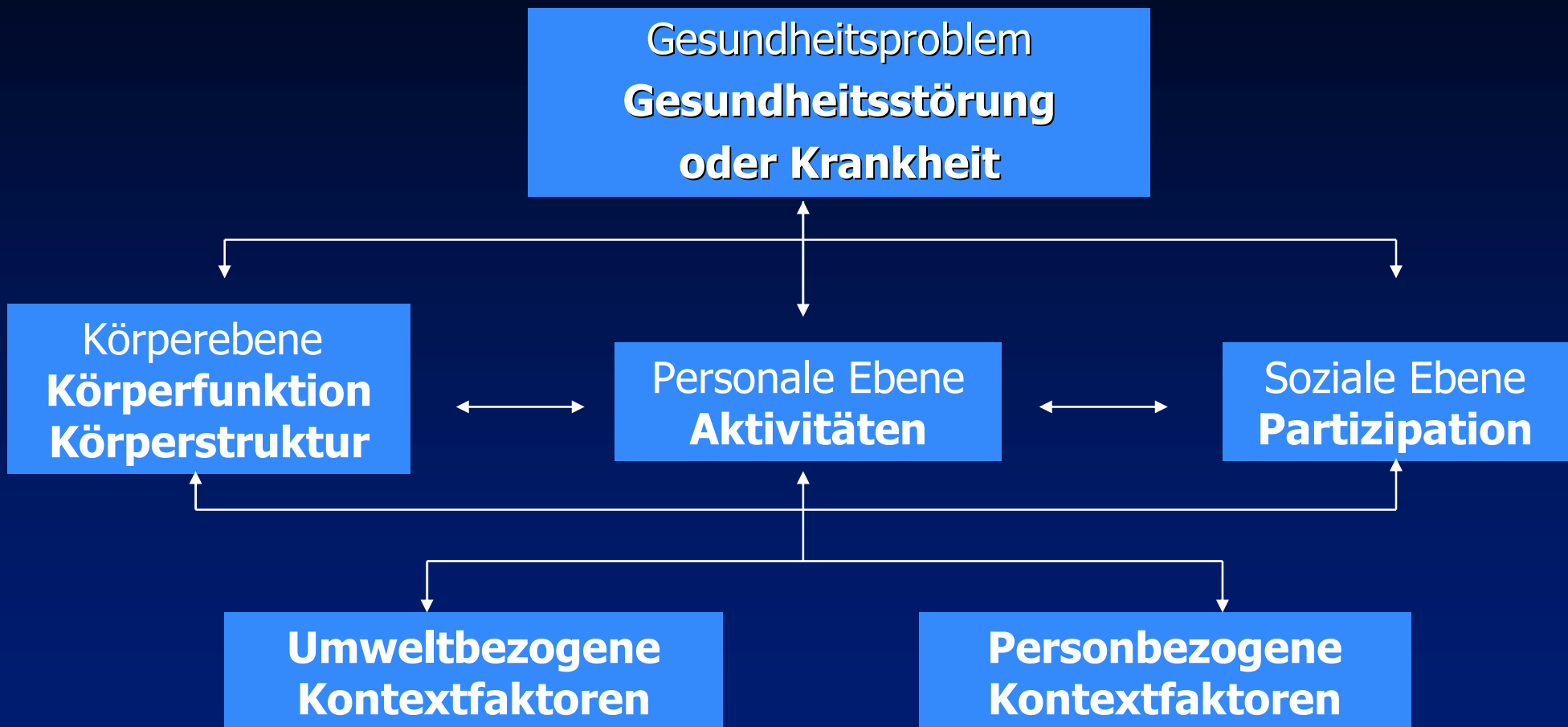
- ✓ Was ist die ICF, wofür brauchen wir sie ?
- ✓ Wo ist sie bereits implementiert ?
- Wie ist sie aufgebaut ?
  - Eine kard. Kasuistik (Formular 61)
  - Die ICF in der kard. Rehabilitation

# Wie ist die ICF aufgebaut ?

---



# Wie ist die ICF aufgebaut ?



# Kontextfaktoren

---

- ***Umweltfaktoren*** bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.
- ***Personbezogene Faktoren*** sind der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute) und umfassen Gegebenheiten des Individuums, der nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustandes sind.

# Umweltfaktoren

---

- **Produkte, Technologien**
- **Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt**
- **Unterstützung und Beziehung**
- **Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen und der Gesellschaft**
- **Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze**

# Personenbezogene Faktoren

---

- **Alter, Geschlecht**
- **Charakter, Lebensstil, Coping**
- **Erziehung**
- **Herkunft**
- **Konstitution**
- **Bildung/Ausbildung**
- **Erfahrung**
- **Einstellungen/Motivation**

# Kontextfaktoren

---

- Positive Kontextfaktoren = **Förderfaktoren**
- Negative Kontextfaktoren = **Barrieren**

**Kontextfaktoren (häusliche Versorgung?) und Umweltfaktoren (ländliches oder städtisches Umfeld ?) sind z.B. auch wichtig bei der Entscheidung, ob eine Reha ambulant oder stationär durchgeführt werden kann/soll.**

# Wie ist die ICF aufgebaut ?

---

**ICF = Liste aller Lebensbereiche der menschl. Aktivität**

**Alles, was denkbar ist, ist verbalisiert.**

**Die Codierung dient bislang nur zur Systematik,  
(noch) nicht zur Verschlüsselung.**

# Liste aller Lebensbereiche der menschl. Aktivität

---

## Klassifikation der Körperfunktionen:

**Kapitel 1: Mentale Funktionen (b110 bis b 199)**

**Kapitel 2: Sinne und Schmerz (b210 bis b 299)**

**Kapitel 3: Stimm- und Sprechfunktion (b 310 bis b 399)**

**Kapitel 4: Herz, Blut, Immun, Lunge (b 410 bis b 499)**

**Kapitel 5: Darm, Stoffw., Hormone (b 510 bis b 599)**

**Kapitel 6: Urogenital (b 610 bis b 699)**

**Kapitel 7: Neuromuskuloskeletal (b 710 bis b 799)**

**Kapitel 8: Haut (b 810 bis b 899)**

# Liste aller Lebensbereiche der menschl. Aktivität

---

## Klassifikation der Körperstrukturen:

**Kapitel 1: Nervensystem (s 110 bis s 199)**

**Kapitel 2: Auge, Ohr (s 210 bis s 299)**

**Kapitel 3: Stimm- und Sprechstrukturen (s 310 - s 399)**

**Kapitel 4: Herz, Immun, Lunge (s 410 bis s 499)**

**Kapitel 5: Darm, Stoffw., Hormone (s 510 bis s 599)**

**Kapitel 6: Urogenitalstrukturen (s 610 bis s 699)**

**Kapitel 7: Neuromuskuloskeletal (s 710 bis s 799)**

**Kapitel 8: Haut (s 810 bis s 899)**

# Liste aller Lebensbereiche der menschl. Aktivität

---

## Klassifikation der Umweltfaktoren:

**Kapitel 1: Produkte und Technologien (e 110 bis e 199)**

**Kapitel 2: Umwelt (e 210 bis e 299)**

**Kapitel 3: Beziehungen (e 310 - e 399)**

**Kapitel 4: Einstellungen (e 410 bis e 499)**

**Kapitel 5: Dienste (e 510 bis e 599)**

# Liste aller Lebensbereiche der menschl. Aktivität

---

## Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe:

Kap. 1: Lernen und Wissensanwendung (d 110 – d 129)

Kap. 2: Allg. Aufgaben / Anforderungen (d 210 – d 299)

Kap. 3: Kommunikation (d 310 bis d 399)

**Kap. 4: Mobilität (d 410 bis d 499)**

Kap. 5: Selbstversorgung (d 510 bis d 599)

Kap. 6: Haushalt (d 610 bis d 699)

Kap. 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

Kap. 8: Bedeutende Lebensbereiche (d 810 bis d 899)

Kap. 9: Gemeinschafts-, soziales- und staats-  
bürgerliches Leben (d 910 bis d 999)

# Untergliederung der Domäne Mobilität

---

## d4 Mobilität:

d410	eine elementare Körperposition wechseln
d415	in einer Körperposition verbleiben
d420	sich verlagern
d430	Gegenstände anheben und tragen
d435	Gegenstände mit der unteren Extremität bewegen
d440	feinmotorischer Handgebrauch
d445	Hand- und Armgebrauch

# Untergliederung des Unterpunktes d410

---

**d410 eine elementare Körperposition wechseln:**

<b>d4100</b>	<b>Sich hinlegen</b>
<b>d4101</b>	<b>Hocken</b>
<b>d4102</b>	<b>Knien</b>
<b>d4103</b>	<b>Sitzen</b>
<b>d4101</b>	<b>Stehen</b>
<b>d4105</b>	<b>sich beugen</b>
<b>d4106</b>	<b>Seinen Körperschwerpunkt verlagern</b>

# ICF-Aktivitäten von Zuhörern eines Vortrags

---

d 115	Zuhören
d 160	Aufmerksam sein
d 110	Zuschauen
d 163	Denken
d 170	Schreiben
d 175	Probleme lösen
d 177	Entscheidungen treffen
d 2401	Mit Stress umgehen
d 310	Kommunizieren
d 350	Unterhaltung führen
d 355	Diskutieren
d 830	An Fortbildung beteiligen
d 740	Formelle Beziehungen

# ICF-Aktivitäten des Dozenten beim Vortrag

---

d 330	Sprechen
d 355	Diskutieren
d 220	Mehrfachaufgabe übernehmen
d 2402	Mit Krisensituationen umgehen
d 350	Unterhaltung führen
d 750	Kontakt aufnehmen
d 360	Kommunikationsgeräte nutzen

# ICF-Kapitel: Zusammenfassung

---

- 484 Items Körperfunktionen
- 294 Items Körperstrukturen
- 382 Items Aktivitäten und Teilhabe
- 253 Items Umweltfaktoren

**1.413 Gesamt**

**Zusammen über 240.000 Kombinationen**

# ICF - Gliederung

---

- ✓ Was ist die ICF, wofür brauchen wir sie ?
- ✓ Wo ist sie bereits implementiert ?
- ✓ Wie ist sie aufgebaut ?
- Eine kard. Kasuistik (Formular 61)
- Die ICF in der kard. Rehabilitation

# Kasuistik 2: KHK plus Hüft-TEP

(U., Hans, \* 08.11.22)

Handelsvertreter, verheiratet, 1 Sohn (\* 50).  
Hobby: Kleingarten. Nichtraucher seit 1965.

1982: HWI → 1. CABG → AHB → AHG, af

1987: AP → 2. CABG → AHB → AHG, Rente

1993: erstmals Vorhofflimmern, paroxysmal

1995: DM 2b

1996: AP → konservatives Vorgehen → AHG

1997: Bypass-PTCA

In den Folgejahren → ischämische DCM

1999: SM

2000: EF 20%, Leistungsfähigkeit nimmt ab

2001: erstmals Linksdekompensation

2002: persistierendes Vorhofflimmern

2003 und 2004: mehrfach Linksdekompensation

2004: Rollstuhl wegen Herzinsuffizienz

2005: Rez. Stauungsulcera beide Beine → ?



*in der AHG 1982, 59 Jahre*



*Im Garten 2004, 81 Jahre*

# Kasuistik 2: KHK plus Hüft-TEP

(U., Hans, \* 08.11.22)

**7/05: Sturz wegen muskulärer Schwäche**

- Schenkelhalsfraktur
- TEP rechts
- biliäre Sepsis bei –lithiasis
- Linksdekompensation
- prärenales ANV
- kardiale Rekompensation
- Elektro-Rollstuhl
- keine orthopädische AHB
- Entlassung nach Hause

**8/05: erneute Linksdekompensation**

- Rekompensation
- nach Hause geht nicht mehr  
(Hochpaterre 5 Stufen)
- kein Platz in geriatrischer AHB
- Aufnahme in Wohnanlage mit  
angeschlossenem amb. Dienst



?

Reha vor Pflege ?



# Kasuistik 2: KHK plus Hüft-TEP

(U., Hans, \* 08.11.22)

## Lebenssituation 1/06 (I):

Allein in 1-Zi.-Whg untergebracht,  
4. Stock, Aufzug.

Pflegestufe 2, GdB 100

Hat sich arrangiert, fühlt sich jedoch allein.

Läßt sich von Zeit zu Zeit von Sanis mit  
Ehefrau ins Restaurant fahren.

Geistig topfit, liest Zeitung, empfängt Besuch,  
nimmt sich selbst Medikamente,  
ißt ohne fremde Hilfe.

Ohne Greifer jedoch „hilflos“.

Muskulär schwach +++.

An- und ausziehen nicht möglich.

Transfer Bett/Rollstuhl nicht möglich,  
daher 24-Std. Windelversorgung.

→ amb. Dienst benötigt Stehlifter...





# Stehlifter

---

# Kasuistik 2: KHK plus Hüft-TEP

(U., Hans, \* 08.11.22)

---

1. Essen und Trinken	allein ohne Vorbereitung	3
2. Pers. Pflege oben	allein mit Waschlappen	3
3. An-/ausziehen	nicht möglich	0
4. Baden, Körper waschen	Unterstützung durch Hilfsperson	1
5. Umsteigen Bett/Rollstuhl	nicht möglich	0
6. Fortbewegung Ebene	fährt mit Rollstuhl	1
7. Treppensteigen	nicht möglich	0
8. Toilette	nicht möglich	0
9. Stuhlkontrolle	nach Möglichkeit bei Frühpflege	2
10. Harnkontrolle	kann Windel nicht selbst wechseln	0
11. Verstehen	normal	4
12. Verständlichkeit	normal	4
13. Soziale Interaktion	normal	4
14. Problemlösen	mit Hilfestellung	2
15. Gedächtnis, Orientierung	muss nur gelegentlich erinnert werden	3
16. Sehen / Neglect	Brille, keine Beeinträchtigung	4

Summe: 31

# Kasuistik 2: KHK plus Hüft-TEP

(U., Hans, \* 08.11.22)

## Lebenssituation 1/06 (II):

- Die Stauungssulcera beider Unterschenkel werden durch den amb. Dienst der Wohnanlage täglich verbunden.
- Dekubituspflege, Spezialmatratze mit Aussparung
- Liebevolle Betreuung durch Personal, jedoch keine gezielte Physiotherapie.
- Regelmäßige Hausbesuche der Hausärztin
- Zuverlässige Medikamentencompliance
- Hoch motiviert, Selbstständigkeit zu verbessern, von fremder Hilfe unabhängiger zu werden.

→ ?



# Kasuistik 2: KHK plus Hüft-TEP

(U., Hans, \* 08.11.22)

- Biventrikuläre Herzinsuffizienz
- Zust. n. Hüft-TEP rechts 7/05
- Diabetes mellitus Typ 2b
- Dekubitus, Stauungsödeme und -ulcera

- NYHA III bei Links- und Rechtsherzdilatation.
- Schweregefühl und Schmerzen in den Beinen bei Stauungsulcera.
- Eingeschränkte Hüftbeweglichkeit nach TEP.

Unfähigkeit Transfer  
Bett/Rollstuhl

- Körperpflege,
- Toilettenbenutzung,
- sich anziehen

- wirtsch. unabhängig +
- Fam. Unterstützung +
- Hausärztin vor Ort +
- Pflegedienst vor Ort +
- elektr. Rollstuhl, Lift +

- intern. Begleiterkrankungen -
- Motivation +



# 16-Std.-Kurs gem. Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V)

## Formular 60

## Formular 61 (GKV!)

## Antrag der RV



Deutsche  
Rentenversicherung  
Bund



Reha  
Zentrum  
Bad Nauheim

Johann  
Wolfgang  
Goethe-Univ.



Kassenärztliche  
Vereinigung  
Hessen  
Körperschaft öffentlichen Rechts



# Kasuistik 2: KHK plus Hüft-TEP

(U., Hans, \* 08.11.22)

## I. Sozialanamnese

### A. Lebenssituation

allein lebend

mit (Ehe-)Partner-/in

betreutes Wohnen

mit / bei Kindern

Pflegeeinrichtung

### B. Welche berufliche Tätigkeit übt der / die Versicherte derzeit aus?

(berufliche Tätigkeit, Schüler-/in, Student-/in, Hausfrau/Hausmann, Rentner-/in)

Rentner

dient der Klärung  
der Zuständigkeit

Stunden/Woche:

Schichtdienst

und zwar:

arbeitslos

seit

arbeitsunfähig

seit

### C. Ist der/die Versicherte krankheitsbedingt in der Ausübung seiner/ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?

Art der Einschränkung

### D. Wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit nach dem Pflege-Versicherungs-Gesetz gestellt?

Pflegestufe

2

Schwerbehinderung anerkannt

GdB

100

Merkmale

# Kasuistik 2: KHK plus Hüft-TEP

(U., Hans, \* 08.11.22)

## II. Klinische Anamnese

### Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

Seit 10 Jahren zunehmende Herzinsuffizienz, Belastungsdyspnoe. Rollstuhl seit 2004.  
Juli 05 Sturz wegen muskulärer Schwäche → TEP re. → Motorrollstuhl.

Nach wiederholter Krankenhausbehandlung → 8/05 Wohnheim.

Akt. Probleme: fehlende Kraft, Unbeweglichkeit, Ödeme, Ulcera, Decubitus. Progredient.

## III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

nach ICD 10

- |  |  |
|--|--|
| 1. Biventrikuläre Herzinsuffizienz NYHA III wegen KHK, Zust. n. CABG 1982 und 1987 | 6. DM 2b                                     |
| 2. Permanentes Vorhofflimmern, SM 1999   | 7. Chronische Niereninsuffizienz, komp.      |
| 3. Zust. nb. TEP re. 7/05  | 8. Zust. n. wiederholter Linksdekompens.     |
| 4. Schrittmacher 1999  | 9. Z. n. biliärer Sepsis wg. -lithiasis 7/05 |
| 5. Hypertonie  | 10. Diabetische Polyneuropathie              |

Diagnose(n) Nummer(n)

ist / sind zurückzuführen auf

Arbeitsunfall, Schulunfall

sonstiger Unfall

Berufskrankheit

Gesundheitsschaden nach dem BVG

*dient der Klärung der Zuständigkeit*

# Kasuistik 2: KHK plus Hüft-TEP

(U., Hans, \* 08.11.22)

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	<b>61 Teil B</b>	
<b>Verordnung von medizinischer Rehabilitation</b>				
<b>IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)</b>				
<b>A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)</b>				
1. Strukturschädigung:	Links- und Rechtsherzdilatation Stauungsulcera, Decubitus TEP re.			
2. Funktionsbeeinträchtigung:	NYHA III, musk. Schwäche, eingeschr. Hüftbeweglichkeit.			
<b>B. <u>Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante</u> Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe</b>				
	keine Beeinträchtigungen	Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln)	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Kommunikation (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (z. B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sonstige	Siehe Selbstauskunftsbogen oder eigene Anlage...			<input type="checkbox"/>
<b>Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z. B. Barthel-Index)</b>				
Timed up and go nicht möglich, Barthel Index 31 (von 64)				

**med. Befund  
nach ICF-Modell**



# Selbstauskunftsbögen

**Selbstauskunftsbogen** Deutsche Rentenversicherung **G110**

Anlage zum Antrag auf Erhaltung der rentenrechtlichen Stellung

Sie geben Angaben an, wie gut Sie sich fühlen.

Bitte geben Sie an, wie Sie sich fühlen, wenn Sie diese Arbeit machen. Bitte geben Sie an, wie Sie sich fühlen, wenn Sie diese Arbeit machen. Bitte geben Sie an, wie Sie sich fühlen, wenn Sie diese Arbeit machen.

1. **Arbeitsleistung und geistige Probleme**

Wie gut können Sie Ihre Arbeit machen?

sehr gut  gut  mäßig  schlecht  sehr schlecht

2. **Außerhalb der Arbeit**

Wie gut können Sie Ihre Freizeitaktivitäten machen?

sehr gut  gut  mäßig  schlecht  sehr schlecht

3. **Die allgemeine Lage**

Wie gut können Sie Ihre allgemeine Lage machen?

sehr gut  gut  mäßig  schlecht  sehr schlecht

1. **Arbeitsleistung und geistige Probleme**

Wie gut können Sie Ihre Arbeit machen?

sehr gut  gut  mäßig  schlecht  sehr schlecht

2. **Außerhalb der Arbeit**

Wie gut können Sie Ihre Freizeitaktivitäten machen?

sehr gut  gut  mäßig  schlecht  sehr schlecht

3. **Die allgemeine Lage**

Wie gut können Sie Ihre allgemeine Lage machen?

sehr gut  gut  mäßig  schlecht  sehr schlecht

4. **Arbeitsleistung und geistige Probleme**

Wie gut können Sie Ihre Arbeit machen?

sehr gut  gut  mäßig  schlecht  sehr schlecht

5. **Außerhalb der Arbeit**

Wie gut können Sie Ihre Freizeitaktivitäten machen?

sehr gut  gut  mäßig  schlecht  sehr schlecht

6. **Die allgemeine Lage**

Wie gut können Sie Ihre allgemeine Lage machen?

sehr gut  gut  mäßig  schlecht  sehr schlecht

>>> [www.driv-bund.de](http://www.driv-bund.de)



# Selbstauskunftsbögen

Seite 1 von 4

**Beispiel für einen Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf stationäre Vorsorge- / Rehabilitationsleistung (nach §§ 24, 41 SGB V) für Mütter / Väter und Kind / Kinder**

Die Beantwortung der Fragen erfolgt auf Grund § 204 Abs. 1 Nr. 4 SGB V. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Ihre Angaben werden ausschließlich für die Bearbeitung Ihres Antrages benötigt.

Mutter: \_\_\_\_\_ Krankenkassen-Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Vatersname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum Kind / Kinder: \_\_\_\_\_  
 geb. am: (1).... (2)....  
 (3).... (4)....  
 Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 Verwendungszweck stationäre Vorsorge- / Rehabilitationsmaßnahmen:

wirksam  notwendig  gefährdet  
 in besserer Partnerschaft  allein erziehend

Berufstätig:  Nein:  arbeitunfähig  erhebeschwer  Erziehungshilfsleistung  
 wovon:  Vollzeit  Teilzeit (.....Stunden/Woche)  Ausruhe

erkannter Demenz: \_\_\_\_\_  
 zusätzliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Geundheitliche Beschwerden aus meiner Sicht in den letzten 12 Monaten (je Zeilenweise):

Welche Probleme ergeben sich daraus für meinen Alltag (Haushalt, Familie, Beruf, Freunde, Freizeitgestaltung, etc.):

Seite 2 von 4

Chronische Beschwerden / Probleme meines Kindes / meiner Kinder:

Heimklinik / Heilanstalt: \_\_\_\_\_  
 Kinderklinik / Kinderklinik: \_\_\_\_\_  
 Ich habe folgende Psychotherapie / Psychotherapie aufgetrennt (je ein Mal oder 2 Mal): \_\_\_\_\_

Ich habe folgende Psychotherapie / Psychotherapie in den letzten 12 Monaten:

Gesundheitliche Beschwerden / Probleme meines Kindes / meiner Kinder

Ich bin unter	mit Wochen	Monaten	Jahren
<input type="checkbox"/> Niedrigschmerzhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lendenschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mäßiger Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schwindel / Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Geräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schläfrigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Übelkeit und / oder Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			

Ich habe folgende belastende Stress- und Risikofaktoren:

Partner- / Ehe-Probleme  
 pflichtverpflichtete oder schwere Krankheit von Angehörigen  
 bei einem nahen Angehörigen  
 Suchtprobleme von Familienangehörigen (  Alkohol  Drogen )  
 entwicklungsverzögertes / behindertes Kind  
 finanzielle Sorgen / Schulden  
 Schwierigkeiten bei Problemlösung



# Kasuistik 2: KHK plus Hüft-TEP

(U., Hans, \* 08.11.22)

---

## Anlage zur Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ganz im Vordergrund steht die Beeinträchtigung:

- Eine elementare Körperposition wechseln (d410)

Daraus ergeben sich die fundamentalen Teilhabestörungen:

- Den ganzen Körper waschen (d5101)
- Seine Körperteile pflegen (d520)
- Die Toilette benutzen (d530)
- Sich kleiden (d540)

# Kasuistik 2: KHK plus Hüft-TEP

(U., Hans, \* 08.11.22)

## C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt

**Persönliches und familiäres Umfeld** (z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen)

Betreutes Wohnen, seit 8/05 räumliche Trennung von Ehefrau (gutes Verhältnis, erhebliche Unterstützung), Sohn kann nur selten kommen, gelegentliche Besuche durch Bekannte, Aufzug zum 4. Stock

**Berufliches/schulisches Umfeld** (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)

entfällt

**Soziales Umfeld** (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

Neuankömmling in Wohnanlage. Lässt sich von Zeit zu Zeit von Sanis mit Ehefrau ins Restaurant fahren.

**im Sinne der ICF sind RF nichts anderes als negative, personenbezogenen Kontextfaktoren**

### Risikofaktoren

Nikotin

Alkoholmissbrauch

Übergewicht

Bewegungsmangel

Drogengebrauch/Medikamentenmissbrauch

Sonstiges

# Kasuistik 2: KHK plus Hüft-TEP

(U., Hans, \* 08.11.22)

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherer-Nr.	61 Teil C
<b>Verordnung von medizinischer Rehabilitation</b>			
<b>V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation</b>			
A. Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)			

Die qualitative und quantitative Darstellung bisher durchgeführter Therapiestrategien im Rahmen der Krankenbehandlung (haus- und fachärztlich, Akutkrankenhaus, Heil- und Hilfsmittel, AHG etc.) in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation ist entscheidend, da eine wesentliche Voraussetzung zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation die Feststellung ist, dass mit den bisher eingesetzten Mitteln der Krankenbehandlung die Behandlungsziele nicht erreichbar waren.

Darüber hinaus dienen die Angaben der Identifizierung einer „maßgeschneiderten“ Rehabilitation.



# Kasuistik 2: KHK plus Hüft-TEP

(U., Hans, \* 08.11.22)

Name, Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_ Kassen-Nr: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr: \_\_\_\_\_ **61 Teil C**

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

### V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation

**A. Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)**  
 Akut-KH 7 bis 8/05, regelmäßige HA-Besuche, letzte AHB 1987, tgl. Verbandswechsel

**B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)** Kein Insulin, kein Heparin, kein Marcumar.  
 Aktuell: ASS, Diurese, ACE-Hemmer,  $\beta$ -Blocker, orale Antidiabetika

**C. Heilmittel**

	In den letzten 12 Monaten erfolgt		Anzahl		Aussichtreich			In den letzten 12 Monaten erfolgt		Anzahl		Aussichtreich	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wärme-/Kältetherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Standardisierte Heilmittelkombinationen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traktionsbehandlung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Inhalation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

**Hinweis zu der angegebenen Einschätzung**  
 Bewegungsther. Wg. Herzinsuffizienz, bisher nicht erfolgt (!)  
 Ergotherapie zur Verbesserung der Selbstständigkeit Lymphdrainage wegen Ödemen, bisher nicht erfolgt (!)(cave)  
 Traktion und KG wegen Zust. n. TEP, bisher unbehandelt (!)

**D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel**

Welche? Seit wann? Rollstuhl, Bettlift, 24-h-Windeln, Greifer (s. 5 Mon.)

**E. Andere Maßnahmen**

	Durchgeführt		Aussichtreich			Durchgeführt		Aussichtreich	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ernährungsberatung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rehabilitationssport/Funktionstraining	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Patientenschulung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medizinische Vorsorgeleistungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

*Ist die kurative Versorgung ausgeschöpft?*

*Heil- und Hilfsmittel in der Kardiologie – im Gegensatz zur Orthopädie – von untergeordneter Bedeutung.*



# Kasuistik 2: KHK plus Hüft-TEP

(U., Hans, \* 08.11.22)

## VI. Rehabilitationsfähigkeit

Der Patient verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit



Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation



Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität

Der Patient ist motivierbar

## VII. Rehabilitationsziele

### A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf

#### a) Schädigungen

Muskuläre Kräftigung, Besserung der Stauungsulcera und des Dekubitus, bessere Hüftbeweglichkeit

#### b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe

Transfer Bett/Rollstuhl, Selbstständigkeit

#### c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

Ausgleich des Herzinsuffizienz- und TEP-bedingten Bewegungsmangels

### B. Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

Mehr Unabhängigkeit von fremder Hilfe,  
Transfer Bett/Rollstuhl, allgemeine Kräftigung  
Schlankere Beine

**Reha-  
fähigkeit und  
-ziele sind  
entschei-  
dende  
Kriterien zur  
Bewilligung !**

**verdeutlicht  
Reha-  
prognose,  
zeigt Reha-  
motivation**



# Kasuistik 2: KHK plus Hüft-TEP

(U., Hans, \* 08.11.22)

Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_ Kassen-Nr. \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_ **61 Teil D**

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

### VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

Schädigungen	<input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> J	Kontextfaktoren	<input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> J
Aktivitäten und Teilhabe	<input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> J	Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen	<input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> J

### IX. Sonstige Angaben

**A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung** (z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachliche Betreuungsangebote)

geriatrische Rehabilitation mit Schwerpunkt Kardiologie und Orthopädie und besonderer Erfahrung bezügl. Bewegungstherapie bei Herzinsuffizienz, Barrierefreiheit

**B. Reisefähigkeit**

öffentliche Verkehrsmittel ausreichend  PKW erforderlich  Krankentransport erforderlich

**C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?**

N  J

Begründung: **a) Verschlimmerung des bekannten Leidens**  
**b) Neue reha-begründende Indikation**

**D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig?**  N  J

**E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert?**  N  J

*Reha-  
prognose  
weiteres,  
entscheidendes  
Kriterium zur  
Bewilligung !*



# Kasuistik 2: KHK plus Hüft-TEP

(U., Hans, \* 08.11.22)

## X. Zusammenfassende Wertung

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulante Rehabilitation

stationäre Rehabilitation

B. Inhaltliche Schwerpunkte

- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1. ärztlich überwachte Bewegungstherapie → Herz, Muskulatur | 4. Ergotherapie →   |
| 2. Lymphdrainage →  | zur Verbesserung    |
| 3. Traktion, Einzel-KG →                                    | der Selbständigkeit |
|   |                     |
|   |                     |

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

Geriatrische Rehabilitation, da die erforderliche physiotherapeutische Vierfachtherapie (s.o.) nicht in der nötigen Therapiedichte in der Wohnanlage erfolgen kann und zudem die ärztliche Überwachung dort nicht gewährleistet ist.

D. Vorliegende Befundberichte

weil

sind beigefügt

sind nicht beigefügt

E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:

durch die Krankenkasse

durch den MDK

F. Besondere Hinweise

Drohende vollständige Abhängigkeit von Pflege

Sohn ist Anwalt

Datum

TTT/TTT/TTT

Stempel und Unterschrift des Vertragspartners

Original für die Krankenkasse

Muster BT Teil D.6 (7.2004)

für 2008:  
855 Punkte  
außerhalb des  
Budgets  
(ca. EUR 36.-,  
fachgruppen-  
abhängig)

# ICF - Gliederung

---

- ✓ Was ist die ICF, wofür brauchen wir sie ?
- ✓ Wo ist sie bereits implementiert ?
- ✓ Wie ist sie aufgebaut ?
- ✓ Eine kard. Kasuistik (Formular 61)
- Die ICF in der kard. Rehabilitation

# Die ICF in der kardiologischen Rehabilitation...

---

**1) ...ist der Schlüssel zur Durchführung der in § 5 SGB IX definierten vier Leistungsarten, da sie das grundgesetzlich verankerte Benachteiligungsverbot von Behinderten (Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG) durch eine Teilhabestörung beschreibt:**

- 1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**
- 2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**
- 3. Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen**
- 4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**

# Die ICF in der kardiologischen Rehabilitation...

---

2) ...erleichtert und strukturiert die Beschreibung der vier Grundbegriffe in der Rehabilitation, nach denen auch in der „Vor-ICF-Ära“ gehandelt wurde:

1. Reha-Bedürftigkeit
2. Reha-Fähigkeit
3. Reha-Ziele
4. Reha-Prognose

# Die ICF in der kardiologischen Rehabilitation...

---

3) ...erlaubt eine detaillierte Momentaufnahme der funktionalen Gesundheit einer Person vor dem Hintergrund ihrer positiven und negativen Kontextfaktoren:

1. Umweltbezogen
2. Personenbezogen\*

\* Im Bereich der beeinflussbaren kardiovaskulären Risikofaktoren noch unvollendet !

# Die ICF in der kardiologischen Rehabilitation...

---

## 4) ...ist unbemerkt in viele Bereiche eingezogen:

1. Antragsstellung (Formular 61)
2. BAR-Rahmenempfehlungen zur Rehabilitation
3. Reha-Entlassungsberichte
4. BAR-Rahmenempfehlungen zur Begutachtung
5. Begutachtungsrichtlinie des MDS (MDK)
6. Zusatzbezeichnungen Sozialmedizin, Rehawesen, Physikalische Therapie
7. Lehrpläne nichtärztlicher Berufe (z.B. Ergotherapie)
8. Wissenschaftliche Publikationen

# Die ICF in der kardiologischen Rehabilitation...

---

5) ...ist die gemeinsame „Geheimsprache“ aller in der Rehabilitation Tätigen:

1. Antragsteller
2. Leistungserbringer des interdisziplinären Teams
3. Kostenträger
4. MDK
5. Wissenschaftler
6. Gesundheitspolitiker
7. Gesundheitsökonomien

# Die ICF in der kardiologischen Rehabilitation...

---

## 6) ...stößt dennoch auf Widerstände:

1. Zu dick, zu detailliert, zu formalistisch
2. cv-Risikofaktoren noch nicht ausreichend implementiert
3. Codierungsbefürchtung
4. Vergleichende Bewertung von rehabilitativen Leistungen
5. Null Akzeptanz bei den AHB-Zuweisern
6. Stöhnen bei den Vertragsärzten (Reha-Richtlinie § 135 Abs. 2 SGB V)

# Die ICF in der kardiologischen Rehabilitation...

## 7) ...muß weiterentwickelt werden:

1. cv-Risikofaktoren
2. Kardiologische core-sets

Symptome	Funktion	Sekundärprävention
Angina pectoris	Angina-pectoris-Schwelle	Fettstoffwechsel-Störung
Schmerz	Ischämieschwelle	Diabetes mellitus
Luftnot	Luftnot bei Belastung	Adipositas
Ödem	Leistungsfähigkeit	Raucherstatus
Herzrhythmusstörung	Belastbarkeit	Bewegungsmangel
Schwindel	Lungenfunktion	Bluthochdruck
Kollaps		Medizinische Sekundärprävention
Depressivität		
Wundheilungsstörung		
Perikard-/Pleuraerguss		
Beingeschwür/Dekubitus		

Tab. 5: Individuelle Therapieziele (Stabilisierung/Normalisierung/Verbesserung von ...) der kardiologischen Rehabilitation.

**Knoglinger, E.**  
**herzmedizin 25:**  
**36-42 (2008)**



Vielen Dank für Ihre d160 (Aufmerksamkeit)