

**Gewidmet: Klaus Holetschek, MdL, Staatsminister a.D., Fraktionsvorsitzender im Bayerischen Landtag**

**Die medizinische Systematik der ICF als Grundlage einer zeitnahen Reform der Medizinischen Prävention und Pflege im Deutschen Sozialrecht (SGB V und SGB XI)**  
H.-M. Beyer

**I. Einführung**

Im Krankenhaus-Sektor und in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, also den beiden großen kostenintensiven Bereichen der Kuration dominiert die Klassifikation der Diagnosen nach ICD das medizinische Geschehen um Leistungs-Steuerung, Leistungs-Gewährung und Leistungs-Vergütung.

**II. Analyse und Problemstellung**

Ohne codierte Diagnosen keine definierte Gesundheitsleistung im deutschen GKV-System, keine Vergütung von Krankenhäusern und Arztpraxen, keine ärztliche Vergütung, keine Heil- und Hilfsmittel, kein Regressschutz bei Verordnungen, keine Leistungen zur Prävention, keine Rehabilitation, keine Anerkennung eines Grades der Behinderung oder Pflegebedürftigkeit. Ohne Diagnosen also keine Vergütungen für medizinische Einrichtungen oder Leistungserbringer!

Auf den ersten Blick erscheint dies richtig und sinnvoll, denn in einem solidarischen Gesundheitssystem muss in der kostenintensiven Kuration (ca. 85% der GKV-Gesamt-Leistungsausgaben), die Krankheit durch die Diagnose definiert werden!

Dieses, in der heutigen Sozialgesetzgebung fixierte, formale *Primat der Diagnosen* nach der Klassifikation des ICD, unterstützt durch die Pflichten zur Codierung dieser Diagnosen, macht in der Kuration zweifelsfrei Sinn, folgt es doch dem Ziel eines transparenten Controllings des medizinischen Geschehens im Krankenhaus und in der vertragsärztlichen Versorgung und einer hierauf basierenden Leistungsgewährung durch die Kostenträger.

Auf den 2. Blick entpuppt sich das „Primat der Diagnosen-Medizin und deren Codierung“ in der dominierenden Kuration als Verursacher eines bedenklich veränderten medizinischen Denkens und Handelns. Ökonomie-Denken und Codierungspflicht, beides verändert das Bewusstsein der Gesundheitsprofessionals und fördert ein unangemessenes Anspruchsverhalten der PatientInnen. Wenn die Gesundheitsprobleme und deren Behandlungen auf die Diagnose reduziert werden, verliert die Medizin ihre ethische Grundlage.

Und dies wiederum hat ein gesamtgesellschaftliches Dilemma zur Folge, nämlich ein daraus abgeleitetes Verständnis bei den Gesundheitsberufen und in der Gesellschaft: „*Krankheit - definiert als ICD-Code - erhält Leistung*“!

Besonders fatal wird es, wenn sozialrechtlich, also im SGB V oder SGB XI das diagnose-bezogene Denken und Handeln auch zur Grundlage der Prävention und Pflege wird.

Denn, wie will man sozialrechtliche Regelungen gestalten, um Leistungen der Prävention zu stärken, beziehungsweise um die Gesundheit der Gesellschaft durch Prävention im Rahmen der staatlichen Gesundheitsfürsorge zu verbessern, wenn es dafür erst einer Krankheits-Diagnose bedarf, die mit der Maßnahme ja eigentlich verhindert werden soll? Eine Quadratur des Kreises!

Oder wie will man den Pflegebedürftigen und u.a. deren pflegenden Angehörigen im Rahmen des „Primates der Diagnosen-Medizin“ sozialrechtlich gerecht werden und eine Stärkung der Pflege umsetzen, ohne die Bewertung der Lebensbedingungen beider Seiten nach gleichen Maßstäben zu berücksichtigen?

Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ergibt sich zudem das Maß der notwendigen pflegenden Unterstützung nicht primär aus den Diagnosen, sondern vielmehr aus der Intensität der schädigungsrelevanten Beeinträchtigungen und den individuellen Lebensbedingungen des Pflegebedürftigen und den Pflegemöglichkeiten der Pflegekräfte oder der pflegenden Angehörigen der PatientInnen.

Insofern werden in der Pflege v.a. die „Kontextfaktoren“ zum entscheidenden Kriterium der Leistungsgewährung, den Diagnosen kommt hier erst eine sekundäre Relevanz zu.

In welcher absurden Richtung uns das veränderte Medizin-Bewusstsein gebracht hat, wird also besonders in der Pflege deutlich, wo mit Vergütungen von kleinsten Einzelleistungen die Pflege zu einem fast unbezahlbaren Verwaltungsakt entartet ist.

### III. Lösung

Wenn sozialrechtlich in der Prävention und Pflege nicht Krankheits-Diagnosen nach ICD primär indikationsrelevant wären, dann bräuchte es ein neues Instrument zur ärztlichen Indikationsstellung wie es die medizinische Systematik der ICF\* (\*International Classification of Functioning, Disability and Health) bietet.

Die Indikationen für Leistungen im Rahmen der Prävention und Pflege ergeben sich danach aus der ärztlichen Beurteilung der „Funktionsfähigkeit, der Beeinträchtigung und der Gesundheit“, gemäß der medizinischen Systematik der ICF.

Dies würde bedeuten, dass die Berücksichtigung aller Komponenten der ICF-Systematik außer der Codierung, aber einschließlich der Strukturen, der Funktionen, der Beeinträchtigungen (auch der Teilhabe) und der personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren der Versicherten leistungsauslösend und leistungsgewährend wären.

Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass schon vor mehr als 20 Jahren, Aspekte der ICF auch schon in die Kuration über den §92 SGB V eingeführt wurden. (Heilmittel- und Rehabilitations-Richtlinie des g-BA, Inhalte ärztlicher Weiterbildungsordnungen).

Eine solche Reform erfordert es, im SGB V und SGB XI für die Prävention und die Pflege sozialrechtlich, die Anwendung der medizinischen ICF-Systematik der WHO (Anmerkung: explizit nicht die ICF-Codierung) zu verankern.

Mit einem solchen Schritt könnte die Problematik des Reformstau bei Prävention und Pflege neu gedacht und zeitgerechte Lösungsansätze gefunden werden.

So könnte eine solche zeitnahe sozialrechtliche Reform durch die systematische Einführung der medizinischen Systematik der ICF auch dazu beitragen, dass medizinische Denken und Handeln in der Gesellschaft zeitgerecht in Richtung auf ein „*Gesundheit und Funktionsfähigkeit erhält Leistung*“ weiterzuentwickeln.

Dieser Ansatz beinhaltet zudem die Chance, im Gegensatz zu den wiederholten kleinteiligen Spargesetzen der Vergangenheit, *die seit Jahren stetig steigende Ausgabenentwicklung im deutschen Gesundheitssystem nachhaltig zu verändern, wenn nicht sogar zu stoppen.*

Denn je früher mehr Raum z.B. für Leistungen zur Prävention u.a. in Deutschlands Präventions-Kompetenzzentren - den Heilbädern und Kurorten - genutzt würde, umso eher ließen sich die Kosten für die Krankenbehandlung in der Kuration regulieren.

Auch im Versorgungsbereich der Pflege wäre die medizinische Systematik der ICF hilfreich, denn sie ermöglicht, Pflege wieder als einen einheitlichen medizinischen Prozess zu verstehen, um das spezifische Patientenproblem ärztlich, pflegerisch und sozial, also multiprofessionell begleitend zu versorgen, gleichgültig ob durch Ärzte, Angehörige, Pflegefachkräfte oder soziale Berufsgruppen, ob in den eigenen vier Wänden (häusliche Pflege) oder in Pflegeeinrichtungen. Pflege bedarf der Einbindung unterschiedlicher Professionen und benötigt allein schon deshalb auch eine Finanzierung aus unterschiedlichen Quellen.

Hier kommt nun **maßgeblich die Politik** ins Spiel, denn erklärtes Ziel der Bundesregierung ist die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung und damit die komplexe Stärkung der Wertigkeit von Prävention und Pflege!

Daher wird eine **Zeitenwende**, im Sinne einer ganz konkreten „Klassifikationswende“ in Prävention und Pflege benötigt! Weg von der ICD-Codierung, hin zum Denken und Handeln auf der Grundlage der medizinischen und ethischen Systematik der ICF.

Hierfür erscheint es unabdingbar, die ICF der WHO medizinisch - *und nicht verwaltungs-technisch* - mit gleichrangiger und wechselwirkender Bedeutung von Strukturstörung, Funktionsstörung, Beeinträchtigung, Teilhabe und Gesundheit im Lebenskontext der PatientInnen sozialrechtlich für die Belange der Prävention und Pflege im SGB V und SGB XI zu fixieren. Die, neben der ICD gleichrangige Ergänzung der medizinischen Systematik der ICF im Deutschen Sozialrecht würde geschichtlich und folgerichtig Ihrer Anerkennung in Deutschland im Jahre 2005 folgen.

Füssen, 27.07.2026

Dr. med. Hans-Martin Beyer

Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Stadtleiche 1, 87629 Füssen

<http://www.dr-beyer-fuessen.de>

Email: [privat@hmbeyer.de](mailto:privat@hmbeyer.de)

Phone: 049 171 3383613