



Medizinischer Dienst
Nordrhein

Lichtblicke im Pflegedschungel

Jahresbericht 2025



Blick in den Pflegedschungel und in die KI-Zukunft

Die Pflege ist unser größtes Aufgabengebiet. Wir kennen die Situation pflegebedürftiger Menschen in Nordrhein und widmen diesem Thema Beiträge in unserem Kapitel „Pflegeversicherung“. Die Betroffenen berichten uns, dass sie sich oftmals nicht zurechtfinden. Aufgrund unserer Erfahrungen haben wir eine klare Position, was eine Pflegereform leisten muss. Wie eine Entbürokratisierung gelingt, damit mehr Zeit für die Versorgung und die Beratung pflegebedürftiger Menschen bleibt und es mehr Lichtblicke im Pflegedschungel gibt.

Zudem wagen wir einen Blick in die Zukunft: Künstliche Intelligenz (KI) ist weltweit ein Thema für Regierungen und Unternehmen – und natürlich auch für uns. Sie erfahren, wie wir den Einsatz im Medizinischen Dienst Nordrhein planen und dabei die menschliche Kontrolle über die Künstliche Intelligenz behalten werden.

Von der Zukunft noch einmal der Blick in die Gegenwart: Neben der Pflege und ihrer Reform beschäftigt uns derzeit auch die Krankenhausreform. Wie wir schon heute die Qualität in Krankenhäusern prüfen und zu welchen Ergebnissen wir etwa bei der Versorgung des Oberschenkelhalsbruchs kommen, lesen Sie in unserem Kapitel „Krankenversicherung“.

Doch nun zurück in die Zukunft: In unserem Jahresbericht setzen wir KI bereits ein. Auf den kommenden Seiten finden Sie Fotos, die von einer Künstlichen Intelligenz generiert wurden. Schauen Sie genau hin! Erkennen Sie die KI-Bilder? Die Auflösung finden Sie auf Seite 58.

Viel Spaß bei der Bildersuche und der Lektüre unseres Jahresberichts wünschen



Andreas Hustadt
Vorstandsvorsitzender



Dr. Petra Lohnstein
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende

Inhalt

MEDIZINISCHER DIENST NORDRHEIN

- 06** **Medizinischer Dienst Nordrhein**
Der Beratungs- und Gutachterdienst
- 08** **Für mehr Handlungsspielraum**
Verwaltungsratsvorsitzende im Interview
- 10** **Weniger Bürokratie – mehr Beratung**
Was eine Pflegereform leisten muss
- 11** **KI unter menschlicher Kontrolle**
Der Einsatz Künstlicher Intelligenz
- 12** **Augen und Ohren offen halten**
Ombudsperson und Qualitätsmanagement



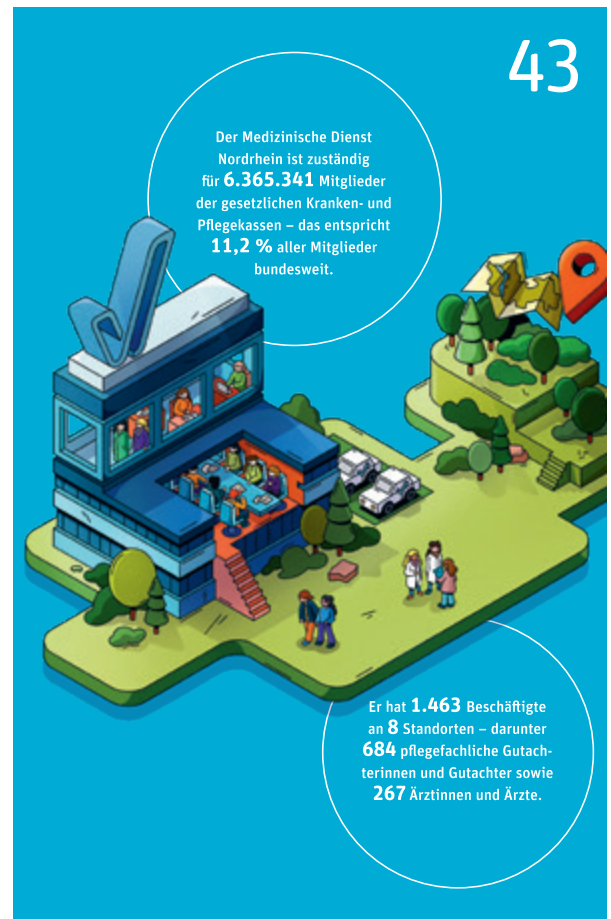
PFLEGEVERSICHERUNG

- 14** **Pflegeversicherung**
Gutachten im Auftrag der Pflegekassen
- 16** **Weiblich, allein, alt sucht Pflegeberatung**
Situation pflegebedürftiger Menschen
- 20** **Generation Zappel-Philipp?**
ADHS führt zu mehr pflegebedürftigen Kindern
- 22** **Neue Jobs – neue Aufstiegschancen**
Attraktiver Karriereweg in der Qualitätsprüfung

KRANKENVERSICHERUNG

- 26** **Krankenversicherung**
Gutachten im Auftrag der Krankenkassen
- 28** **Bruch des Lebens**
Ergebnisse der Qualitätskontrollen
- 32** **Zwischen Hilfsmitteln und Herzoginnen**
Das Leben auf zwei Bühnen
- 36** **Versorgung positiv beeinflussen**
Neue KCO-Leiterin zieht positive Bilanz
- 38** **Zurück in den Job**
AU-Gutachten verbessern Lebenssituation
- 42** **Brustkrebs und berufliche Teilhabe**
Studie zu Arbeitsunfähigkeit bei Betroffenen

Pertrochantäre Fraktur
Trochantär, nicht näher bezeichnet
Trochanter major / Trochanter minor
Intertrochantär
Subtrochantäre Fraktur
Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
Osteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
Osteoporose mit pathologischer Fraktur : nach chirurgischem Eingriff : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]



- 43** **Zahlen, Daten, Fakten 2024**
Der Medizinische Dienst in Zahlen
- 58** **Zurück in die Zukunft**
Auflösung unseres KI-Bilderrätsels
- 59** **Impressum**

Medizinischer Dienst Nordrhein

Wir sind der unabhängige Beratungs- und Gutachterdienst für Nordrhein und leisten einen wichtigen Beitrag für eine hochwertige und umfassende Versorgung der Versicherten. Zu unseren Kunden zählen die gesetzlichen Krankenkassen, die Pflegekassen und Krankenhäuser.



Prüfungen in
Krankenhäusern

Gutachten für Kranken-
und Pflegekassen

Zuständig für über
6,3 Millionen Versicherte

„Jeder Medizinische Dienst braucht seinen Handlungsspielraum“

Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates, Klaus-Peter Hennig und Michael Knittel, über die Autonomie der Medizinischen Dienste, über Entbürokratisierung und Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen.

Im Gesundheitswesen werden Entbürokratisierung und Effizienz gefordert. Sind denn da 15 eigenständige Medizinische Dienste noch zeitgemäß?

Klaus-Peter Hennig: Gesundheitsversorgung wird regional geplant und gesteuert. Die Planungshoheit liegt in den Ländern. Deshalb ist es auch sinnvoll, die Qualitätssicherung und die Begutachtung vor Ort zu organisieren.

Michael Knittel: Ja! Entbürokratisierung und Effizienz in den Medizinischen Diensten sind die Garanten für Erfolg. Jeder muss dabei im Blick haben, wie die Struktur in seinem Gebiet ist, und sein Handeln darauf abstimmen. Allein die Krankenhauslandschaften sind in Deutschland sehr unterschiedlich. Wir haben in Nordrhein fünf Unikliniken und eine hohe Krankenhausdichte. In Sachsen oder Schleswig-Holstein sieht die Situation aufgrund der Bevölkerungsdichte naturgemäß ganz anders aus.

Die Krankenhauslandschaft ist das eine, aber Pflegebedürftigkeit bleibt doch Pflegebedürftigkeit – egal in welchem Bundesland?

Hennig: Ganz so einfach ist es auch in diesem Punkt nicht. Gemessen an der Bevölkerungsgröße stellen in NRW zum Beispiel deutlich mehr Versicherte Pflegeanträge als etwa in Bayern oder Baden-Württemberg. Im Süden Deutschlands beantragen die Menschen häufiger eine statio-



näre Versorgung als in NRW. Bei uns sind vor allem ambulante Geldleistungen gefragt. Diese Unterschiede habe auch Konsequenzen bei der Pflegebegutachtung.

Knittel: Deshalb ist eine regional organisierte Pflegebegutachtung viel effizienter und innovativer. Die deutschlandweit einheitlichen Begutachtungsrichtlinien sorgen für ein homogenes Ergebnis, sprich: Pflegegrad 2 in NRW ist auch in Bayern Pflegegrad 2 und nicht 1 oder 3.

Inwiefern ist eine regionale Organisation effektiver und innovativer?

Knittel: Die Medizinischen Dienste leben und entwickeln seit Jahren Begutachtungsprozesse vor Ort. In Nordrhein gibt es zum Beispiel ein Terminbuchungsportal, bei dem sich Versicherte ihren Begutachtungstermin selbst buchen können. Aus Sicht der Effizienz in den Medizinischen Diensten bringt dies eine deutliche Verkürzung in der Bearbeitungszeit der Pflegeeinzelfallbegutachtungen. Eine Lösung, die in ländlich geprägten Regionen mit langen Fahrzeiten nur schwerlich funktioniert und anders gelöst werden muss. In einem bundeseinheitlichen Medizinischen Dienst wäre diese Innovation also wahrscheinlich nicht eingeführt worden und die Versicherten in Nordrhein wären um einen Service ärmer.

Hennig: Im Umkehrschluss profitieren aber alle Medizinischen Dienste von der regionalen Innovationskraft. Das Terminbuchungsportal etwa wurde allen Diensten zur Verfügung gestellt und es wird dort eingesetzt, wo es einen Mehrwert hat. Es gibt eben nicht nur den einen richtigen Prozess, nicht nur die eine Bearbeitungszeit für Gutachten oder nicht nur die eine perfekte Organisationslösung, die für alle passt. Jeder Medizinische Dienst braucht einen optimalen Handlungsspielraum. Gleichzeitig sollte zwischen den Medizinischen Diensten ein Benchmarking stattfinden, um Innovationen zu beschleunigen und Effizienz zu steigern.

Wieso gibt es dann diese Forderungen aus dem Kassensystem nach einheitlichen Prozessen?

Hennig: Fakt ist, dass wir ein GKV-System mit aktuell 94 Krankenkassen haben, das deutlich

differenzierter ist als das System der 15 Medizinischen Dienste. Es gibt große und kleine Krankenkassen, bundesweit organisierte und regionale. Den Medizinischen Diensten ist es bislang immer gelungen, die individuellen Ansprüche der einzelnen Krankenkassen zu harmonisieren und zu erfüllen.

Wie sollen dann Entbürokratisierung und Effizienz vorangetrieben werden? Welche Erwartungen haben Sie an den Gesetzgeber?

Knittel: Entbürokratisierung und Effizienz schafft man nicht durch kleinteilige Prozessvorgaben. Im Gegenteil. Haben die Medizinischen Dienste Handlungsspielraum, können sie ihren gesetzlichen Auftrag viel besser erfüllen. Beispielsweise wünschen wir uns, dass die Wahl des Begutachtungsformats, also im Hausbesuch oder per Aktenlage, von den Pflegeexperten in den Diensten flexibler genutzt werden kann, um den individuellen Situationen der Versicherten gerecht zu werden. Dann kann Begutachtung effizient organisiert werden – auf einer Hallig genauso wie in Düsseldorf.

„Entbürokratisierung und Effizienz schafft man nicht durch kleinteilige Prozessvorgaben.“

Welche konkreten Vorschläge haben Sie zur Entbürokratisierung?

Hennig: Die Medizinischen Dienste haben einige gute Vorschläge. So wäre es beispielsweise für Pflegeheime attraktiver, wenn sie nicht neben den Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste noch parallel von den Heimaufsichten geprüft würden. Hier bietet es sich an, die Prüfungen zusammenzulegen und die Aufgabe dem Medizinischen Dienst zu übertragen. Darüber hinaus ist die Zahl der bundesweiten Organisationsrichtlinien deutlich zu reduzieren.

Pflegereform: Weniger Bürokratie und mehr Beratung

Immer mehr alte Menschen, ein steigender Hilfebedarf und ein umfassender Pflegebedürftigkeitsbegriff stellen das Pflegesystem vor große Herausforderungen. Was eine Reform aus Sicht des Medizinischen Dienstes Nordrhein leisten muss.

Angesichts leerer Pflegekassen fordern viele eine umfassende Reform. Bei der konkreten Ausgestaltung gehen die Meinungen auseinander – aber ein Ziel ist Konsens: Der Abbau von Bürokratie, sodass mehr Zeit für die Versorgung der Menschen bleibt.

„Bei unseren Qualitätsprüfungen der Heime und ambulanten Dienste bietet sich die Chance, den Fokus stärker von Dokumentationsprüfungen auf die Begutachtung des Pflegezustands zu verlagern“, schlägt Andreas Hustadt, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Nordrhein, vor. Dies würde den Prüfaufwand sowohl für Pflegenden als auch für die Medizinischen Dienste verringern. „Unsere Erfahrung zeigt, dass Grundpflege und Standardprozesse weitgehend stimmen. Probleme gibt es, wenn besondere Kompetenzen gefordert sind, wie etwa in der

wenige Wochen zuvor ein Antrag abgelehnt wurde. Gründe für die erneute Begutachtung, etwa ein Unfall oder ein neues ärztliches Attest, müssen nicht angegeben werden. In vielen Fällen kommt es deshalb zu keinem neuen Ergebnis. „Hier ist es angeraten, eine stärkere Mitwirkungspflicht bei der Antragstellung gesetzlich zu verankern. Ein weiterer Schritt zur Entbürokratisierung wären weniger detaillierte Gesetzesvorgaben, die kleinteilig ein Begutachtungsformat vorschreiben.“ So würden aktuell sehr viele Begutachtungen für einen höheren Pflegegrad im Hausbesuch stattfinden, obwohl ausreichend Nachweise und Atteste vorlägen. Eine Telefonbegutachtung wäre da nicht nur effizienter, sondern auch weniger belastend für die Pflegebedürftigen. „Die Politik sollte den Gutachterinnen und Gutachtern mehr Vertrauen schenken, dass sie ihre Aufgabe sachgerecht, versichertenorientiert und sorgfältig erfüllen.“

„Pflegezustand sagt mehr aus als umfassende Dokumentenprüfungen.“

Beatmungs- und Behandlungspflege. Ein Blick auf den Pflegezustand sagt da mehr aus als umfassende Dokumentenprüfungen. Zudem könnten Heime entlastet werden, wenn Prüfungen der Heimaufsicht und der Medizinischen Dienstes zusammengelegt und von uns übernommen würden.“

Angesichts des steigenden Bedarfs an Pflegeleistungen sind hier Reformen herausfordernd. „Die Politik muss klären, bei welchen körperlichen und geistigen Einschränkungen wie viel Hilfebedarf gewährt werden soll.“ Denn erste Stimmen würden laut, die Leistungen erst ab dem Pflegegrad 3 gewähren zu wollen. Und vor allem die Pflegebedürftigen zu unterstützen, die auf professionelle Hilfe angewiesen sind. Damit würde ein großer Teil der Antragsteller keine Unterstützung mehr bekommen.

„Vor solchen Schritten wäre es besser, zunächst die Abläufe zu justieren.“ Denn allein in Nordrhein müssen sehr viele Versicherte begutachtet werden, bei denen erst

Aktuell organisieren und leisten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die Pflege. „Sollte dies so bleiben, benötigen diese Menschen eine qualifizierte Beratung. Wir erfahren von den Versicherten, dass das aktuelle Beratungsangebot zu zersplittert und nicht wirklich ausreichend ist“, berichtet Hustadt. Sein Vorschlag: „Wenn der Gesetzgeber diese Aufgabe den Medizinischen Diensten überträgt, dann kann er sicher sein, dass jedem Pflegebedürftigen mit der Antragstellung eine intensive Beratung zu Hause angeboten wird. Nicht nur zu Leistungen und Versorgungsmöglichkeiten, sondern auch zu konkreten Pflegetipps und -hilfen.“



Künstliche Intelligenz unter menschlicher Kontrolle

Der Medizinische Dienst Nordrhein arbeitet an KI-Technologien, die interne Prozesse unterstützen, die Servicequalität verbessern und Datensicherheit gewährleisten. Bei Entscheidungen bleibt jedoch stets der Mensch die oberste Instanz.

Virtuelle Arztpraxen, smarte Krankenhäuser oder pflegende Roboter – Künstliche Intelligenz, kurz KI, im Gesundheitswesen kann Unbehagen hervorrufen. Darüber hinaus wirft die Vorstellung, eine Diagnose oder einen Therapieversuch von einer KI zu erhalten, viele Fragen auf. Kann ich mich auf die Künstliche Intelligenz wirklich verlassen? Wer hat das System programmiert? Und was passiert mit meinen Gesundheitsdaten, die ich dem KI-System preisgebe? Fragen, die durchaus berechtigt sind und die der Medizinische Dienst Nordrhein bei seinen KI-Projekten immer berücksichtigt.

In Nordrhein laufen erste Überlegungen und Projekte zum Einsatz von Künstlicher Intelligenz. „KI bietet uns große Chancen und kann uns bei Prozessen unterstützen.

Doch für den Einsatz braucht es klare Regeln, und es muss sichergestellt sein, dass bei uns die Datenhoheit liegt“, erklärt Dr. Petra Lohnstein, stellvertretende Vorstandsvorsitzende. Schließlich arbeitet auch der Medizinische Dienst mit Gesundheitsdaten. Der Medizinische Dienst Nordrhein hat deshalb Leitlinien mit ethischen Grundsätzen zum Umgang mit KI entwickelt und auf seiner Homepage veröffentlicht.

Oberstes Ziel sei natürlich die Datensicherheit, sodass der Medizinische Dienst Nordrhein nicht mit jeder KI, die es bereits auf dem Markt gibt, arbeiten kann. „Vielmehr müssen sichere Systeme für uns erstellt oder angepasst werden“, erklärt Lohnstein. Aktuell arbeitet

der Medizinische Dienst Nordrhein an einer KI-Technologie, die, vereinfacht ausgedrückt, Unterlagen sortiert und zuordnet, um die Gutachterinnen und Gutachter bei Routineaufgaben zu entlasten. Lohnstein: „Auf dem Gebiet der sozialmedizinischen und pflegefachlichen Begutachtung werden wir KI nur zur Gutachtenvorbereitung einsetzen. Bei Entscheidungen bleiben immer unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die oberste Instanz. Dies haben wir auch so in unseren Leitlinien festgeschrieben.“

Ebenfalls festgeschrieben ist, dass KI einen signifikanten Mehrwert bieten muss. Sie soll entweder die Arbeit unterstützen oder die Servicequalität für Versicherte und Kunden verbessern.

„Wir benötigen KI-Systeme, die nicht diskriminieren, zuverlässige Antworten bieten und uns unterstützen, um zu nachvollziehbaren und vertrauenswürdigen Entscheidungen zu gelangen. Auch könnten sie in Zukunft eine weitere Qualitätssicherung darstellen.“ Eine KI, die Zeit spart und Prozesse beschleunigt. Dann ist es eine Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen, die positive Assoziationen hervorruft und Vertrauen schafft.

**„Es muss sichergestellt
sein, dass bei uns
die Datenhoheit liegt.“**

Bei der Entwicklung und dem Einsatz von KI-Technologien verpflichtet sich der Medizinische Dienst Nordrhein zu ethischen Grundsätzen und hat diese in einer KI-Leitlinie festgeschrieben.



Augen und Ohren offen halten

Ombudsperson Dirk Meyer und das Team Qualitätsmanagement sind die offenen Ohren des Medizinischen Dienstes Nordrhein. Sie sind da, wenn es Kritik am Gutachterdienst gibt, und arbeiten für und mit den Versicherten an Lösungen.

Hinter jedem Anruf steht eine Geschichte. Hinter jeder E-Mail verbirgt sich ein einzigartiger Fall: Die Tochter, die für ihren pflegebedürftigen Vater umfassende Unterlagen zu seinem Gesundheitszustand eingereicht hat – und das Gefühl hat, dass diese bei der Pflegebegutachtung nicht ausreichend gewürdigt wurden. Die 75-jährige Seniorin, die sich in ihrer Wohnung nur langsam und unter Schmerzen fortbewegen kann – und nicht versteht, warum sie keinen höheren Pflegegrad erhalten hat. Zwei typische Fälle, die bei Dirk Meyer auf dem Schreibtisch landen. Er ist die Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Nordrhein. Gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherte können sich an ihn wenden, wenn sie Probleme mit dem Medizinischen Dienst Nordrhein haben, sich benachteiligt oder schlecht behandelt fühlen.

Dabei können sie sicher sein, dass ihr Anliegen vertraulich behandelt und objektiv betrachtet wird. „Als Ombudsperson bin ich nicht beim Medizinischen Dienst angestellt“, erklärt er. „Ich bin allein rechtlichen Vorgaben und meinem Gewissen verpflichtet. Meine Unabhängigkeit ist gesetzlich klar geregelt.“ Meyer weiß: Die Menschen wollen in ihrer persönlichen Situation gesehen werden – und in der Ombudsstelle wird ihnen zugehört.

In zwölf Monaten sind 924 Fälle eingegangen. Eine Steigerung von rund 31 Prozent, verglichen mit dem Vorjahr. Seit mehr als drei Jahren ist Meyer als Ombudsperson im Einsatz. Was er gelernt hat: Den meisten Versicherten fällt es schwer, sich im System der Kranken- und Pflegeversicherung zurechtzufinden. Ihnen fehlt es vor allem an Orientierung. „Wir agieren dann meist als Lotsen, liefern Erklärungen und geben Empfehlungen für die nächsten Schritte.“ In der Ombudsstelle werden die Anliegen und Unterlagen der Versicherten und ihrer Angehörigen sorgfältig gesichtet und dokumentiert. „Wir schenken jedem Fall die Aufmerksamkeit, die er braucht und auch verdient.“

Ombudsverfahren selten

In nur acht Prozent aller Kontaktanfragen kam es zu einem Ombudsverfahren. Das sind 73 Fälle. In 69 davon konnte die Kritik an den Begutachtungsergebnissen nicht bestätigt werden.

Meyer beschreibt ein typisches Szenario für ein Ombudsverfahren: „Ein Versicherter bemängelt Höherstufungs- und Widerspruchsgutachten. Sein Wunsch ist die Höherstufung auf Pflegegrad 3. Er beschreibt eine nahezu hilflose Lebenssituation mit hohem Unterstützungsbedarf, Mobilitätseinschränkungen und psychischen Problemen. Diese Punkte sind seinem Empfinden nach unzureichend berücksichtigt worden. Im Ombudsverfahren wurden die Gutachten sorgfältig geprüft. Das Ergebnis: Die Aspekte, die laut Pflegebegutachtungslinie relevant sind, wurden korrekt erfasst und bewertet. Wir haben dem Versicherten die Hintergründe erklärt. Er hat jetzt noch die Möglichkeit, den Weg über den Widerspruchsausschuss der Pflegekasse zu gehen.“

Der Fall ist beispielhaft für viele andere: Es melden sich meist Personen, die als dringend erachtete medizinische Leistungen oder höhere Pflegegrade nicht erhalten haben. Sie empfinden die Entscheidung als ungerecht. „Die eigenen Erwartungen an das Gesundheitssystem stehen häufig im Konflikt mit sozialmedizinisch oder pflegerisch definierten Begutachtungsmodalitäten“, weiß Meyer. Das können die Mitarbeiterinnen aus dem Qualitätsmanagement des Medizinischen Dienstes Nordrhein bestätigen. Ein Team, das sich in der Düsseldorfer Zentrale kümmert, wenn Lob und Kritik direkt beim Medizinischen Dienst Nordrhein eingehen.

Im Jahr 2024 erhielten sie 629 kritische und 293 lobende Rückmeldungen. „Die meiste Kritik betrifft die Pflegeeinzelfallbegutachtung“, sagt Anika Kümpel, Teamleitung Qualitätsmanagement. „Zum Beispiel, wenn Personen den empfohlenen Pflegegrad nicht nachvollziehen können, den Eindruck haben, dass wichtige Unterlagen in der Begutachtung nicht berücksichtigt wurden oder das Auftreten der Gutachterin beziehungsweise des Gutachters beanstanden.“ Das Team nimmt jeden Kritikpunkt ernst. Erfreulich ist, dass auch viele lobende Worte beim Qualitätsmanagement eingehen: „Dabei stehen

vor allem das empathische, kompetente Auftreten und die gute fachliche Beratung unserer Gutachterinnen und Gutachter im Fokus“, erzählt Kümpel, die für 2024 insgesamt ein positives Fazit zieht: „Die Gutachtenqualität ist auf einem hohen Niveau.“

Aber es gibt auch Verbesserungspotenzial: „Vielen Menschen sind die Rollen der Kranken- und Pflegekassen und die des Medizinischen Dienstes Nordrhein nicht klar. Versicherte müssen hier besser abgeholt werden“, sagt Meyer. Anika Kümpel bringt es auf den Punkt: „Die Versicherten, mit denen wir im Kontakt sind, befinden sich häufig in belastenden Situationen. Da ist es umso wichtiger, die Begutachtung und deren Organisation so angenehm wie möglich zu gestalten. Zuzuhören spielt dabei eine wichtige Rolle.“

„Wir agieren meist als Lotsen, liefern Erklärungen und geben Empfehlungen.“

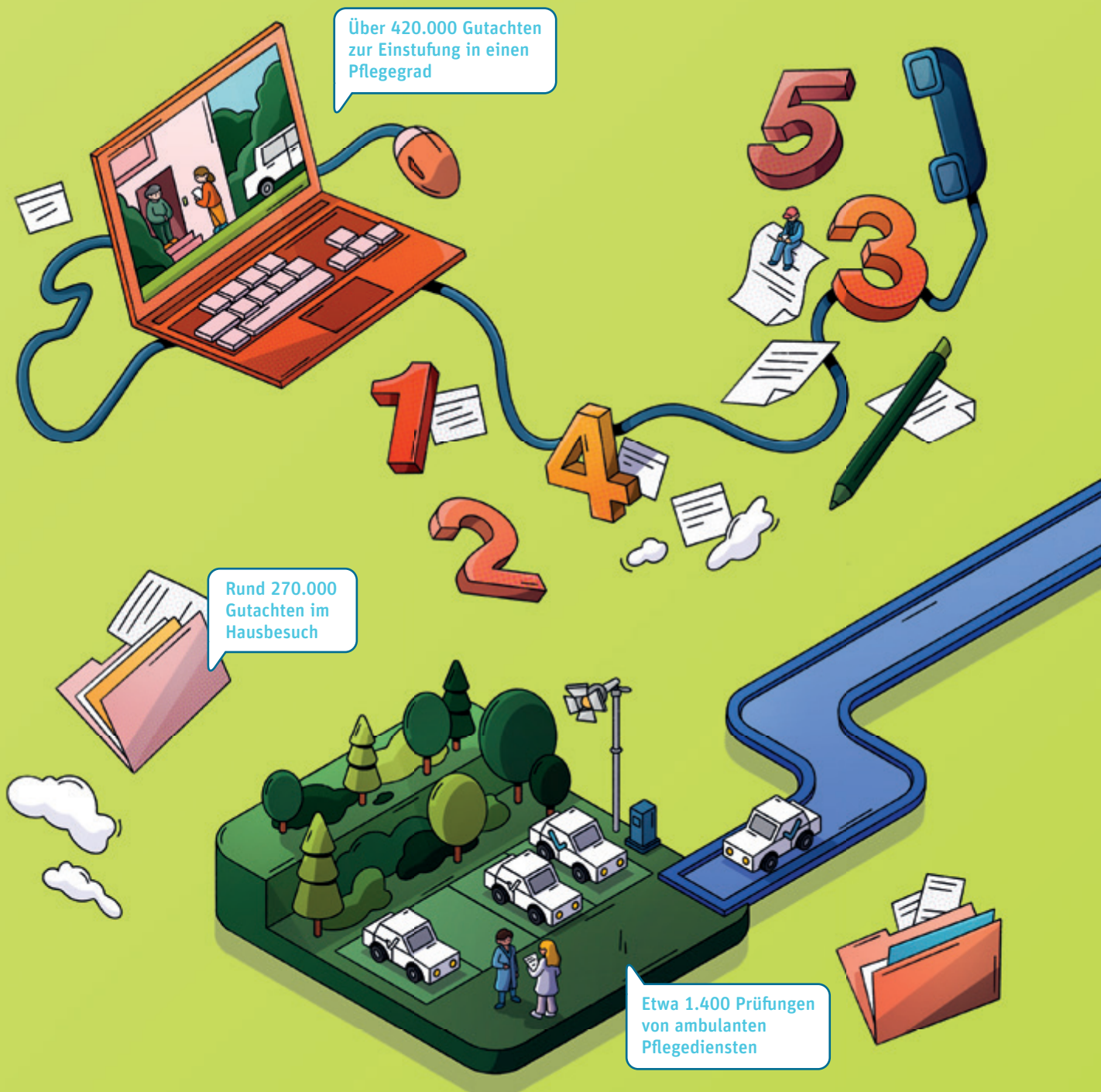
DIRK MEYER

Wie läuft ein Ombudsverfahren ab?

- 1** Die Ombudsperson fordert eine qualifizierte Stellungnahme beim Medizinischen Dienst Nordrhein an.
- 2** Relevante Gutachten werden auf fachliche und methodische Mängel überprüft.
- 3** Die Ombudsperson erhält die Stellungnahme schriftlich.
- 4** Basierend darauf führt die Ombudsperson weitere Gespräche mit der oder dem Versicherten oder sichtet die Versichertenakte.
- 5** Fallzusammenhänge werden auf Richtlinienkonformität und Plausibilität geprüft.
- 6** Alle Argumente werden abgewogen, die Ombudsperson kommt zu einer abschließenden Einschätzung und gibt Hinweise zu einem möglichen weiteren Verlauf der Rechtsmittelverfahren.
- 7** Die oder der Versicherte wird schriftlich zum Ergebnis und zu den Hintergründen informiert.

Pflegeversicherung

Unsere Pflegefachkräfte führen im Auftrag der Pflegekassen Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen oder bei ambulanten Pflegediensten durch. Außerdem überprüfen sie die Pflegebedürftigkeit. Hierzu besuchen sie Versicherte zu Hause, im Krankenhaus oder im Pflegeheim oder führen ein strukturiertes Telefoninterview.





Rund 500 Prüfungen von
Tagespflegeeinrichtungen

Mehr als 100 Prüfungen
von außerklinischer
Intensivpflege

Rund 3.000 Qualitätsprüfungen
in ambulanten und stationären
Einrichtungen insgesamt

Gut 80 Anlassprüfungen

Rund 1.000 Prüfungen
von stationären Pflegeheimen



Weiblich, allein, alt
sucht Pflegeberatung!

Der Report „Pflegebegutachtungen 2023“ beschreibt die Situation pflegebedürftiger Menschen in Nordrhein. Es zeigt sich, dass die meisten Pflegebedürftigen Frauen sind, der Pflegebedarf deutlich gestiegen ist und sich Betroffene bei der Organisation der Pflege häufig alleingelassen fühlen.

Hildegard ist eine von über einer Million. So viele Pflegebedürftige leben mittlerweile in Nordrhein-Westfalen. Hildegard ist 82 Jahre alt und wohnt allein. Ihre Tochter pflegt sie und erhält dafür Geld aus der Pflegeversicherung. Hildegard möchte so lange wie möglich in ihren eigenen vier Wänden bleiben.

Vor etwa einem Jahr hatten sie und ihre Tochter die Hoffnung daran schon fast aufgegeben. Aber nachdem eine Gutachterin vom Medizinischen Dienst Nordrhein bei ihr war, um eine erste Einstufung in einen Pflegegrad vorzunehmen, ist die Situation eine andere. Denn die Gutachterin empfahl ihr einige Hilfsmittel. Mit ihrem Duschhocker und der Toilettensitzerhöhung kann sich Hildegard nun wieder im Bad selbst helfen. Ihr Hausnotrufsystem gibt ihr ein Gefühl von Sicherheit, wenn ihre Tochter bei der Arbeit ist.

Pflegebedarf hat sich verändert

Hildegard ist frei erfunden. Sie ist die Beschreibung einer typischen pflegebedürftigen Person in Nordrhein und sozusagen das Ergebnis des Reports „Pflegebegutachtungen 2023“. Der Medizinische Dienst Nordrhein wertete die Gutachten zur Einstufung in einen Pflegegrad von 2019 bis 2023 aus, um herauszufinden, wie sich

der Pflegebedarf verändert. Der Report ging den Fragen nach, wer die Pflegebedürftigen in Nordrhein eigentlich sind, ob sie allein oder in einer Gemeinschaft leben, von wem sie gepflegt werden oder welche Erkrankungen dazu geführt haben, dass sie auf Hilfe angewiesen sind. Und ob sich dies alles im Laufe der Jahre verändert hat.

Demnach sind die meisten Pflegebedürftigen weiblich. Es gibt heute gut doppelt so viele betroffene Frauen wie 2019 und fast jede zweite lebt allein. Pflegebedürftige versuchen in der Regel, so lange wie möglich zu Hause zu leben. Doch gerade bei der ersten Einstufung in einen Pflegegrad zeigt sich, dass häufig einfachste Hilfsmittel fehlen, um die Pflege zu erleichtern und das Leben in den eigenen vier Wänden weiterhin möglich zu machen. Es sind oft einfache Hilfsmittel wie Rollatoren, Hausnotrufe, Duschhocker oder Toilettensitzerhöhungen, die durch die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes empfohlen werden.

Bei der Einstufung in einen Pflegegrad besuchen sie die Menschen zu Hause und erhalten so Einblick in die Versorgung und in die Lebenssituation. Dabei stellen sie auch fest, dass ein hoher Bedarf an Koordination und an Beratung besteht. Bei Fragen etwa zum Leistungsspektrum der Pflegeversicherung, zu Zusatzkosten und zu Entlastungs- oder Unterstützungsangeboten fühlen sich die Betroffenen häufig nicht ausreichend informiert.



Es gibt heute gut doppelt so viele pflegebedürftige Frauen wie 2019 und fast jede zweite lebt allein.

Menschen wie Hildegard werden früher pflegebedürftig als noch vor fünf Jahren. Und insbesondere bei Frauen hat Polyarthrose, eine chronische Gelenkerkrankung, deutlich zugenommen. Depressive Störungen machen zwar nur einen kleinen Teil der pflegebegründenden Diagnosen aus, doch auffallend ist ihr starker Zuwachs. Vor allem jüngere Menschen werden aufgrund von Depressionen pflegebedürftig.

All diese Erkenntnisse lassen wiederum Rückschlüsse auf die zukünftige Versorgung zu. Deshalb lud der Medizinische Dienst Nordrhein zu einer Dialogveranstaltung ein, in der über die Ergebnisse des Reports und über die Frage diskutiert wurde, was in Zukunft vermehrt gebraucht wird, um die Menschen adäquat versorgen zu können.

Für mehr Prävention plädierte bei der Veranstaltung Professorin Adelheid Kuhlmeier. Für die Direktorin des Instituts Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité Berlin ist ein vorrangiges Ziel, ein möglichst langes selbstbestimmtes Leben im Alter zu ermöglichen. Denn, auch das ist ein Ergebnis des Reports, wer pflegebedürftig ist, bleibt dies zumeist auch. „Dabei muss Pflegebedürftigkeit kein unveränderbarer Zustand sein, sondern kann durch verschiedene Maßnahmen und Leistungen positiv beeinflusst werden“, erklärt Ulrike Kissels, Pflegeleiterin des Medizinischen Dienstes Nordrhein. „Bleibt die Entwicklung, wie wir sie in den vergangenen fünf Jahren in Nordrhein beobachtet und ausgewertet haben, jedoch bestehen, wird der Bedarf an ambulanten Pflege-



Der Report

Der Medizinische Dienst Nordrhein ist als unabhängiger Gutachterdienst für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit zuständig. Gesetzlich Versicherte, die in Nordrhein einen Antrag auf einen Pflegegrad stellen, werden von den Pflegefachkräften des Medizinischen Dienstes Nordrhein begutachtet. In den Report „Pflegebegutachtungen 2023“ sind neben den in den Gutachten erhobenen Daten auch die täglichen Erfahrungen der Gutachterinnen und Gutachter eingeflossen. So konnte auch ermittelt werden, wie es um die Versorgung der Menschen steht, ob ihnen beispielsweise ausreichend Hilfsmittel zur Verfügung stehen.



diensten oder Tagespflegeeinrichtungen weiter steigen. Dementsprechend ist es eine wesentliche Herausforderung für die Politik, die ambulante Pflege weiter auszubauen“, sagt Kissels.

Angehörige leisten die Pflege

Da sich aktuell meist weibliche Angehörige, Ehefrau, Partnerin, Tochter oder Schwiegertochter, um die Versorgung kümmern, drohe ein weiteres Szenario: Nehmen sie Pflegezeit oder treten im Beruf zurück, um die Versorgung zu leisten, kommt es zu Einkommensverlusten und zu einem erhöhten Risiko von Altersarmut. Dabei sind es gerade die Frauen, die länger leben und häufiger pflegebedürftig werden.

Durch die Pflegebedürftigkeit reduzieren sich die Außenkontakte deutlich. „Besonders für diese Zielgruppe müssen adäquate Ange-

bote entwickelt werden, die wohnortnah zu erreichen sind und die der Einsamkeit entgegenwirken“, sagt Kissels. „Das ist eine Aufgabe, die nur gesamtgesellschaftlich gelöst werden kann, etwa durch mehr altersgerechte Wohnungen oder städtebauliche Maßnahmen.“

Lösungsansätze, die es schon gibt oder in naher Zukunft entstehen sollen, wurden ebenfalls auf der Dialogveranstaltung präsentiert. Das Landesprogramm „Gemeindeschwesterplus“ aus Rheinland-Pfalz zeigt einen Lösungsweg auf. Denn es sorgt für eine bessere und koordinierte Pflegeberatung aus einer Hand. Die Gemeindeschwester besucht die Menschen zu Hause, berät sie bei Gesundheitsfragen und hilft bei der Organisation von Hilfsangeboten, sodass Menschen wie Hildegard so lange wie möglich in ihren eigenen vier Wänden leben können. Ein Wunsch, den die meisten der über eine Million Pflegebedürftigen in NRW hegen. Und ihre Zahl wird sich in den kommenden Jahren noch vergrößern ...

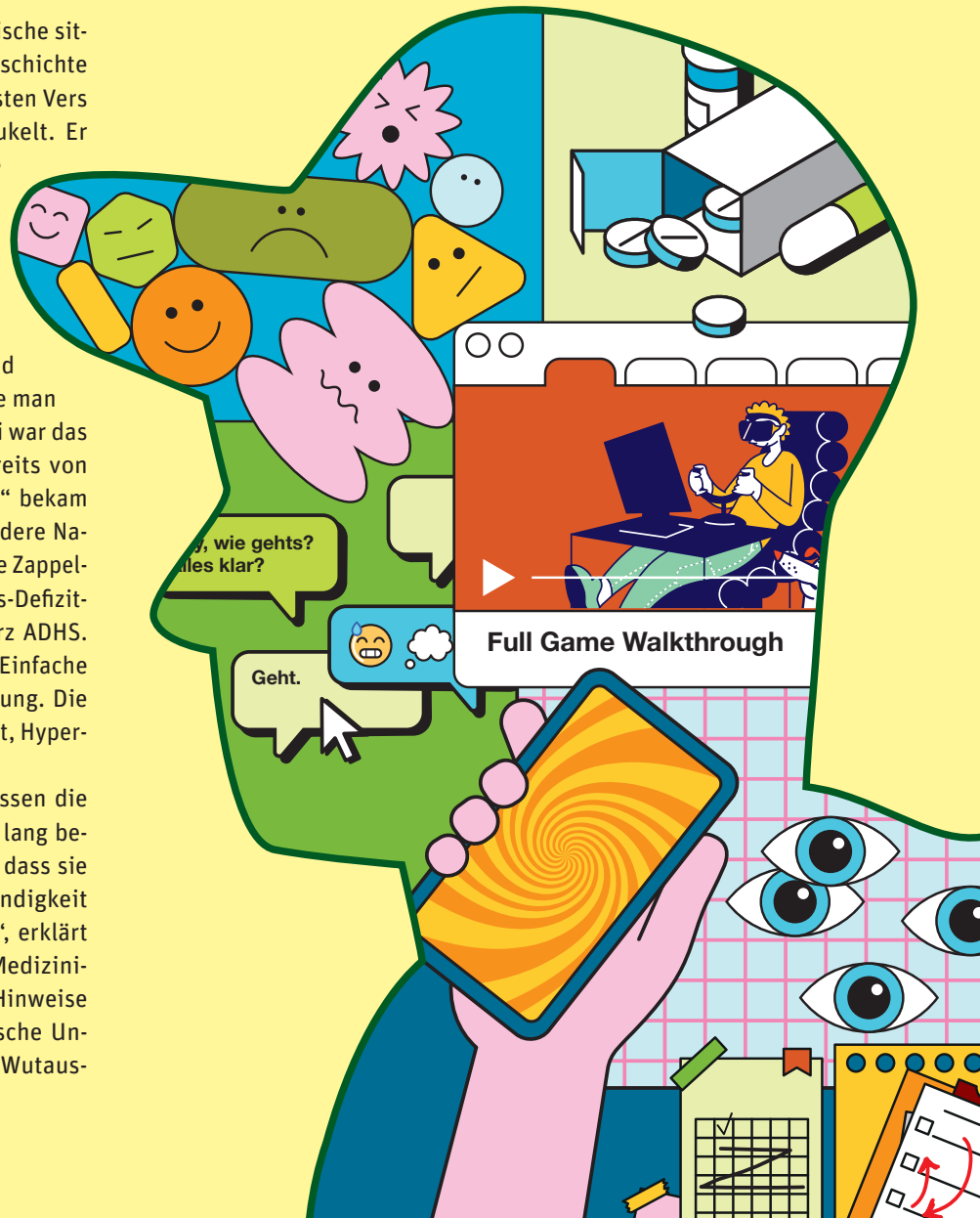
Generation Zappel-Philipp

Pflege ist zwar hauptsächlich ein Thema des hohen Alters, doch auch die Zahl der Pflegegutachten bei Kindern ist enorm gestiegen. Der überproportionale Anstieg von Entwicklungsstörungen und ADHS, früher umgangssprachlich als Zappel-Philipp-Syndrom bezeichnet, führte insgesamt zu mehr Gutachten zur Pflegebedürftigkeit.

„Ob der Philipp heute still wohl bei Tische sitzen will?“ Die Einstiegsfrage der Geschichte vom Zappel-Philipp wird gleich im ersten Vers beantwortet: „Er gaukelt und schaukelt. Er trappelt und zappelt auf dem Stuhle hin und her.“ Das Kind, das niemals ruhig auf seinem Stuhl sitzen kann, wurde im Jahr 1844 von dem Frankfurter Arzt und Psychiater Heinrich Hoffmann beschrieben.

Das Buch wurde ein Bestseller, und Kinder mit Hyperaktivität bezeichnete man fortan gerne als Zappel-Philipp. Dabei war das Phänomen nicht neu und wurde bereits von Ärzten zuvor beschrieben. „Das Kind“ bekam im Laufe der Jahrhunderte einfach andere Namen. Heute ist das umgangssprachliche Zappel-Philipp-Syndrom als Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung bekannt, kurz ADHS. Die ärztliche Diagnose lautet F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. Die Kernsymptome sind Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität.

„Für eine Pflegebedürftigkeit müssen die Symptome mindestens sechs Monate lang bestehen und so stark ausgeprägt sein, dass sie die altersentsprechende Selbstständigkeit des Kindes deutlich beeinträchtigen“, erklärt Ulrike Kissels, Pflegeleiterin beim Medizinischen Dienst Nordrhein. „Mögliche Hinweise auf ADHS sind eine extreme motorische Unruhe, eine vermehrte Reizbarkeit, Wutaus-





brüche, ein übermäßiges Störverhalten, eine auffallend langsame Aufgabenlösung und eine Frustrationsintoleranz.“

Heute führt ADHS zu immer mehr Pflegebedürftigkeit bei Kindern. Dies ist eines der Ergebnisse des Reports „Pflegebegutachtungen 2023“ des Medizinischen Dienstes Nordrhein. Die Analyse zeigt: Die Zahl der Gutachten zur Pflegebedürftigkeit hat sich bei Kindern von 2019 bis 2023 mehr als verdoppelt – von rund 9.400 Gutachten auf rund 21.800. Während die Fallzahlen bei einigen Hauptdiagnosen, wie etwa Diabetes mellitus Typ 1, annähernd gleichgeblieben oder nur leicht gestiegen sind, ist die Zahl von Entwicklungsstörungen und ADHS überproportional angewachsen, sodass dies zu insgesamt mehr Gutachten zur Pflegebedürftigkeit geführt hat. Auffallend ist ein sprunghafter Anstieg, der in den Jahren 2021 oder 2022 begonnen hat, also nach der Coronapandemie.

Fallzahlen stiegen nach Coronapandemie

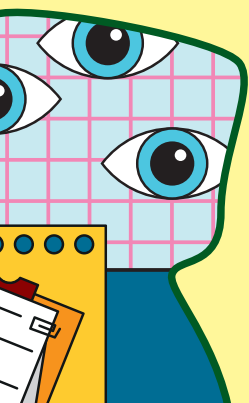
Bei Kleinkindern zwischen null und drei Jahren sind es hauptsächlich Entwicklungsstörungen, und es gibt auch zunehmend Diagnosen im Zusammenhang mit Frühgeburten, die als pflegebegründend gelten. Ab dem Vorschulalter ist hingegen ein extremer Anstieg von ADHS-Fällen bei Kindern zu sehen. Ab dem vierten Lebensjahr stieg die Zahl von 64 auf 165 binnen fünf Jahren. „Die Erkrankung fällt zumeist erst mit Schulbeginn auf. Dies erklärt, warum die Fallzahlen ab dem Grundschulalter noch stärker wachsen“, sagt Kissels. So hat sich die Anzahl der ADHS-Fälle als Hauptdiagnose für eine Pflegebedürftigkeit bei den Sieben- bis Zehnjährigen verdreifacht – von 409 im Jahr 2019 auf 1.328 im Jahr 2023. Bei den Elf- bis 17-Jährigen sogar vervierfacht. Im Jahr 2019 war ADHS 300-mal der Grund für eine Pflegebedürftigkeit, fast 1.300-mal im Jahr 2023.

Die steigenden Zahlen zu Entwicklungsstörungen führten ebenfalls zu mehr Pflegebedürftigkeit bei Kindern. Hierzu zählen Autismus und das Asperger-Syndrom. Diese Kinder sind in der sozialen Interaktion oder Kommunikation so stark beeinträchtigt, dass sie pflegebedürftig sind. Diese Störungen sind angeboren oder werden im frühen Kindesalter erworben. Seit Jahren zählen sie zu den häufigsten Gründen für eine Pflegebedürftigkeit. Alle Entwicklungsstörungen zusammen genommen stiegen nach der Coronapandemie jedoch noch einmal massiv an.

Die Auswertung deckt sich mit Zahlen anderer Institutionen. Beispielsweise hatten laut AOK-Gesundheitsreport 2023 knapp fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen ab sechs Jahren eine ADHS-Diagnose. Sollte ADHS als Hauptdiagnose für eine Pflegebedürftigkeit in dieser Form weiterhin zunehmen, wird auch die Zahl pflegebedürftiger Kinder insgesamt weiter steigen. Sollte hingegen die Coronapandemie Auslöser für den Anstieg gewesen sein, müssten die Zahlen in den kommenden Jahren wieder sinken.

Sicher ist jedoch, dass sich die gestiegene Zahl an Pflegebedürftigen der vergangenen zwei Jahre noch auf die Zukunft auswirkt. „Es ist davon auszugehen, dass diese Kinder auch in den kommenden Jahren weiterhin Unterstützung und eine adäquate Versorgung benötigen. Wichtig sind hier integrierte Ansätze, da es nicht nur neuer Therapieplätze bedarf. Denn Familien und deren Kinder, die von ADHS betroffen sind, benötigen darüber hinaus weitere Angebote wie eine Unterstützung in der Schule, Elterntrainings und adäquate Freizeitmöglichkeiten mit Bewegungsangeboten“, erklärt Kissels.

Weitere Informationen zur Pflegebedürftigkeit bei Kindern finden Sie im Report „Pflegeeinzel Fall 2023“.



A low-angle photograph of a person's legs and feet as they climb a dark, textured rock. The person is wearing light-colored shorts and sneakers. A bright sun flare is visible on the right side of the image, creating a lens flare effect. The background is a clear blue sky.

Neue Jobs. Neue Aufstiegs- chancen.

Seit 2022 können sich Pflegequalitätsprüferinnen und -prüfer beim Medizinischen Dienst Nordrhein zertifizieren lassen. Die Zertifizierung sorgt für mehr Anerkennung, einen gesicherten Fortbildungsstandard und ist Startpunkt eines attraktiven Karriereweges mit drei Berufsprofilen.



Carolyn Fischer-Eikermann ist eine Vorreiterin. Sie arbeitet im Fachbereich Qualitätsprüfung – und macht einen Job, den es vor wenigen Jahren noch nicht gab: Pflegeexpertin. Als 2022 die Zertifizierung für Pflegekräfte eingeführt wurde, wurden damit auch neue Berufsprofile geschaffen. Wer Mentorin oder Mentor ist, hat nach der Zertifizierung die Möglichkeit, sich zum Pflegeexperten, zum Pflegesachverständigen oder zur Teamleitung weiterzuentwickeln.

„Als ich hörte, dass mit dem neuen Karrierepfad zusätzliche Aufstiegschancen einhergehen, habe ich mich sehr gefreut“, so Fischer-Eikermann, die 2017 als Qualitätsprüferin beim Medizinischen Dienst Nordrhein gestartet ist. Vor ihrer Zeit beim MD war sie bereits als Pflegedienstleiterin im Einsatz. „Ich hatte Lust, auch beim Medizinischen Dienst wieder Führungsverantwortung zu übernehmen.“ Genau das ist dank der neuen Jobprofile möglich: Pflegekräfte werden Stück für Stück an verantwortungsvolle Aufgaben herangeführt. Als Pflegeexpertin ist Fischer-Eikermann die Stellvertreterin des Teamleiters und unterstützt ihn in arbeitsintensiven Phasen. Sie kümmert sich um fachliche Fragen, plant das Personal und die

Einsätze der Prüfteams oder übernimmt administrative Aufgaben. Dabei ist sie in der Hälfte ihrer Arbeitszeit weiterhin als Qualitätsprüferin unterwegs. „Die Kombination aus Büroarbeit und Prüftätigkeit mag ich sehr. Und es ist toll, dass ich als Pflegeexpertin jetzt auch meine organisatorische Kompetenz und Führungsexpertise einbringen kann.“

Neues Jobprofil sorgt für Effizienz

Fischer-Eikermann bestätigt: Das Jobprofil der Pflegeexpertin hat sich perfekt in bestehende organisatorische Strukturen eingefügt. „Wir sind jetzt als Team noch besser und effizienter aufgestellt.“ Eine Stufe innerhalb des Karrierepfads steht ihr noch offen. „Ich hätte schon Lust, irgendwann weiter aufzusteigen! Auch dank der Erfahrung als Pflegeexpertin fühle ich mich gut vorbereitet.“ Weitergehen könnte es für sie in einer Position als Teamleitung oder Pflegesachverständige. Letztere wurde 2022 ebenfalls neu geschaffen und wird seitdem von Marcus Winter ausgefüllt.

„Die Rolle als Pflegesachverständiger hat mir die Möglichkeit gegeben, mich pflegefachlich zu spezialisieren. Diese Alternative zur klassischen Teamleitung fand ich super“, so Winter, der 2010 als Qualitätsprüfer beim Medizinischen Dienst einstieg. „Der Berufsalltag

in meiner Position ist ziemlich abwechslungsreich. Der Fokus liegt aber klar auf der internen Qualitätssicherung.“ Dazu gehört das Gegenlesen von Prüfberichten und die zentrale theoretische Einarbeitung neuer Qualitätsprüferinnen und -prüfer. Winter gibt Schulungen, erarbeitet Schulungsunterlagen und sorgt dafür, dass Prüferinnen und Prüfer in allen pflegefachlichen Fragen auf dem neuesten Stand sind – unter anderem, wenn sich gesetzliche Vorgaben in der Pflege ändern. Darüber hinaus steht er für pflegefachliche Stellungnahmen zur Verfügung

und gibt seine Einschätzung zu Pflegekonzepten, zum Beispiel wenn sich eine Einrichtung auf Demenzerkrankte spezialisieren will. Als Qualitätsprüfer fährt er nur noch in Pflegeeinrichtungen, wenn Hospitationen oder Witness Audits anstehen. „Ich bin wirklich zufrieden mit meiner Stelle. Es hat mir schon immer Spaß gemacht, mich tief in die Theorie eines Themas einzuarbeiten. Im Studium habe ich außerdem gelernt, wie ich wissenschaftlich korrekt arbeite. Das kommt mir als Pflegesachverständiger zugute.“

536 Qualitätsprüferinnen und -prüfer sowie Einzelfallbegutachterinnen und -gutachter haben die Zertifizierung bestanden.

1

Mentorin oder Mentor

Neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter systematisch einarbeiten, die Unternehmenskultur vermitteln und komplexe Widerspruchsgutachten bearbeiten – das sind nur einige der Aufgaben von Mentorinnen und Mentoren. Sie sind weiterhin für Qualitätsprüfungen und Gutachten im Einsatz, spielen darüber hinaus aber eine entscheidende Rolle im Zertifizierungs- und Ausbildungsprozess neuer Prüferinnen und Prüfer sowie Pflegegutachterinnen und -gutachter.

Voraussetzungen:

- Zertifizierung als Pflegequalitätsprüferin/Pflegequalitätsprüfer
- Auswahl-Assessment



2

Pflegeexpertin/Pflegeexperte

Pflegeexpertinnen und -experten arbeiten unterstützend mit ihrer Teamleitung zusammen, übernehmen fachliche Führungsaufgaben und können als Stellvertretung zum Einsatz kommen. Darüber hinaus kümmern sie sich um Aufgaben in der Sachbearbeitung und begleiten neue Kolleginnen und Kollegen in der Einarbeitung. Aufgrund ihrer fachlichen Expertise bearbeiten sie vor allem Gutachten im Sozialgerichtsverfahren oder Gutachten mit hohem Beschwerdeanteil. Die Hälfte ihrer Arbeitszeit sind sie weiterhin als Teil eines Prüfteams oder für Pflegebegutachtungen unterwegs.

Voraussetzungen:

- Zertifizierung
- Auswahl-Assessment
- Im Idealfall: zwei Jahre Berufserfahrung als Mentorin/Mentor

3

Pflegesachverständige

Auf der letzten Karrierestufe nehmen zertifizierte Pflegequalitätsprüferinnen und -prüfer sowie Pflegegutachterinnen und -gutachter die Rolle von Pflegesachverständigen im Fachbereich oder der Teamleitung in den Verbünden ein. Die Position der/des Pflegesachverständigen wurde geschaffen, um es Mitarbeitenden zu ermöglichen, sich fachlich zu spezialisieren. Sachverständige konzipieren in erster Linie Qualitätssicherungsmaßnahmen, setzen diese um und kümmern sich um die Fort- und Weiterbildung zu pflegefachlichen Themen – dazu gehört auch die Tätigkeit als Referentin oder Referent.

Voraussetzungen:

- Zertifizierung
- Auswahl-Assessment
- Im Idealfall: je zwei Jahre Berufserfahrung als Mentorin/Mentor und Pflegeexpertin/Pflegeexperte



Ulrike Kissels

Pflegeleitung beim Medizinischen Dienst Nordrhein

„Drei Jahre nach unserer ersten Zertifikatsprüfung und zwei Jahre nach Einführung des Karrierepfads ziehen wir ein sehr positives Fazit: 536 Qualitätsprüferinnen und -prüfer sowie Einzelfallbegutachterinnen und -gutachter haben die Zertifizierung bestanden – ein großartiger Erfolg! Darüber hinaus konnten wir feststellen, dass die neu geschaffenen Berufsprofile sehr gut ankommen und die Lust auf Karriere klar da ist. Mentorinnen und Mentoren, Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten sowie Pflegesachverständige helfen uns, die Qualität der Arbeit des Medizinischen Dienstes zu sichern. Ich freue mich darauf, die weiteren Karrierewege unserer Kolleginnen und Kollegen in den nächsten Jahren zu verfolgen und zu begleiten.“

Krankenversicherung

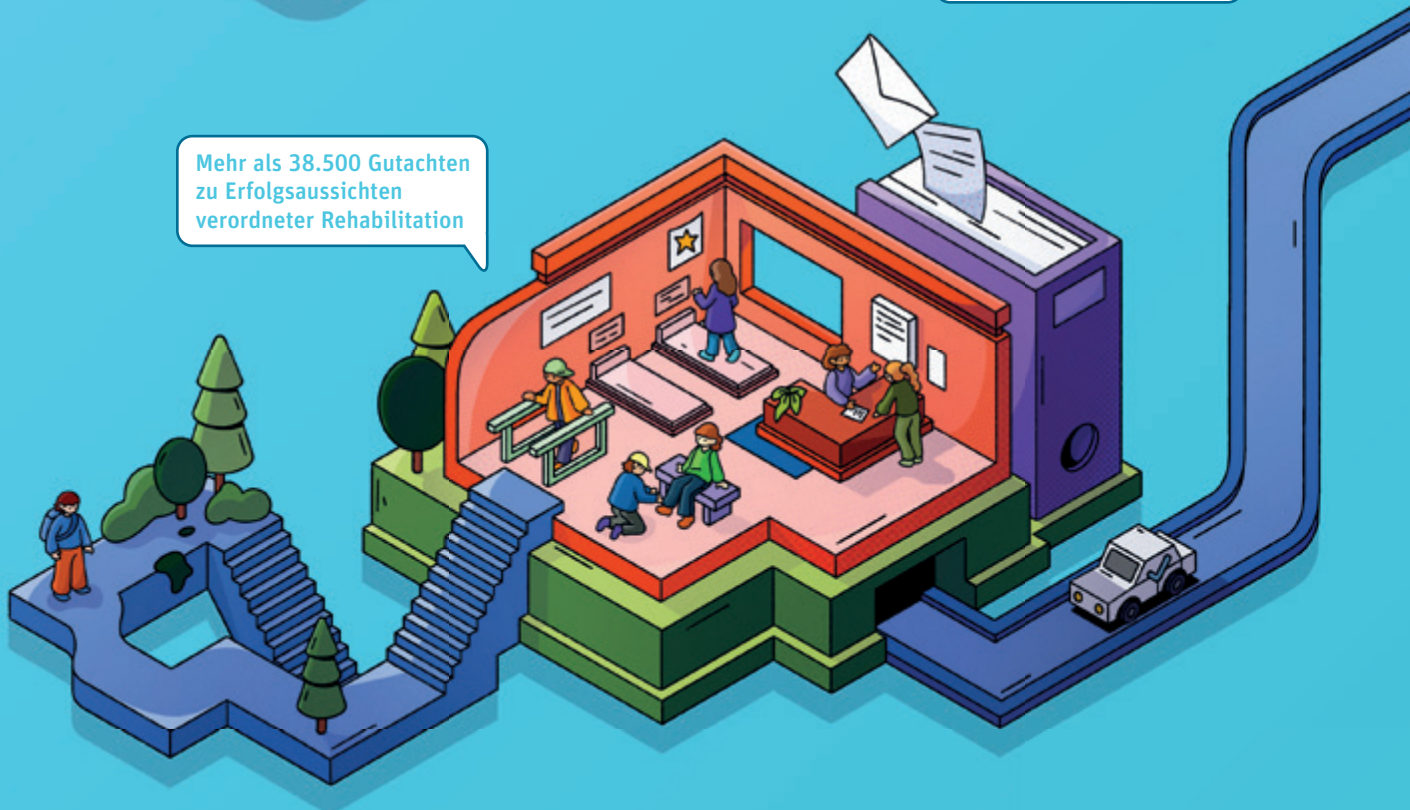
Unsere Fachärztinnen und Fachärzte beraten Krankenkassen in sozialmedizinischen Fragen zur ambulanten Versorgung und erstellen entsprechende Gutachten. Zudem ist ihre medizinische Fachkompetenz bei der Prüfung von Klinikabrechnungen oder von Qualität und Strukturen in Krankenhäusern gefragt.

Mehr als 260 Fachärztinnen und Fachärzte

Über 1.300 Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern

Über 35.000 Gutachten zur Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsfähigkeit

Mehr als 38.500 Gutachten zu Erfolgsaussichten verordneter Rehabilitation







- S72.0- Schenkelhalsfraktur
- S72.00 Teil nicht näher bezeichnet
- S72.01 Intrakapsulär
- S72.03 Subkapital
- S72.04 Mediozervikal Transzervikal o.n.A.
- S72.05 Basis Zervikotrochantärer Abschnitt
- S72.08 Sonstige Teile (Femurkopf o.n.A. / Fraktur o.n.A.)
- S72.1- Pertrochantäre Fraktur
- S72.10 Trochantär, nicht näher bezeichnet (Transtrochantär / Trochanter major / Trochanter minor)
- S72.11 Intertrochantär
- S72.2 Subtrochantäre Fraktur
- M80.05 Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M80.15 Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomia Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M80.25 Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M80.35 Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M80.55 Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M80.85 Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M80.95 Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur : Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]

Bruch des Lebens

Es ist ein Knochenbruch, der bei älteren Menschen über Leben und Tod entscheiden kann: der Oberschenkelhalsbruch. Werden bei der Behandlung Qualitäts- und Prozessstandards eingehalten, sinkt die Sterberate und auch das Risiko, pflegebedürftig zu werden. In Nordrhein konnten diese Standards in 60 Prozent der Krankenhäuser nachgewiesen werden.

Es ist weder ein komplizierter Bruch noch eine komplizierte Operation und dennoch sterben etliche nach dem Eingriff. Die Rede ist vom Oberschenkelhalsbruch. Im medizinischen Wortschatz: hüftgelenknahe Femurfraktur. Betroffen sind zumeist ältere Menschen, da sie ein höheres Sturzrisiko haben und ihre Knochen leichter brechen.

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie hat im Jahr 2019 folgende Zahlen veröffentlicht: „Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Oberschenkelhalsbruch liegt in Deutschland bei zehn Prozent. Weitere zehn bis 20 Prozent verlieren ihre Selbstständigkeit und müssen im Folgejahr in eine Pflegeeinrichtung einziehen. Nur 40 bis 60 Prozent der Patienten erreichen nach einer hüftgelenknahen Oberschenkelfraktur ihr vorheriges Ausgangsniveau.“ Die Gründe hierfür sind vielschichtig und auch bekannt. Gesichert ist ebenso, dass eine zeitnahe und qualitativ hochwertige Versorgung das Sterberisiko senkt. Ein Grund, warum die Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur zu den Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zählt.

Mit ihnen legt der G-BA für bestimmte Behandlungen Vorgaben zur Qualität fest und wie diese dokumentiert werden. Überprüft wird dies vom Medizinischen Dienst in Qualitätskontrollen. Die Qualitätssicherungsrichtlinien gel-

ten für komplexe Behandlungen, die einen sehr hohen Qualitätsstandard voraussetzen. Dies sind unter anderem Behandlungen von Früh- und Reifgeborenen, in der Kinderherzchirurgie oder in der Kinderonkologie. Oder auch Qualitätsanforderungen bei Herzklappeneingriffen, bei einem Bauchaortenaneurysma, einer gefährlichen Ausdehnung der Bauchaorta oder eben bei der Versorgung eines Oberschenkelbruchs nahe dem Hüftgelenk.

— Geriatrische Kompetenz gefragt

Warum ein unkomplizierter Bruch und eine recht einfache Operation in einer Qualitätssicherungsrichtlinie festgeschrieben sind, erklärt Dr. Claudia Kreuzer, Leiterin des Medizinischen Fachbereichs Stationäre Begutachtung: „Es ist extrem wichtig, dass nicht nur der Bruch an sich gut und schnell behandelt wird, sondern auch, dass ein geriatrisches Team in die Behandlung einbezogen wird.“ Schließlich gebe es einen Grund, warum die zumeist älteren Menschen gestürzt seien. Vielleicht liegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck oder Diabetes vor. „Es braucht Fachpersonal, das sich mit den Erkrankungen älterer Menschen auskennt, um sich ein umfassendes Bild von den Patientin-



nen und Patienten zu machen“, erklärt Kreuzer. Diese Fachärztinnen beziehungsweise Fachärzte für Geriatrie müssten laut Richtlinie in die Therapie einbezogen werden. Zum einen, um den Grund für den Sturz ausfindig zu machen, und zum anderen, um die Anschlusstherapie der betagten Patientinnen und Patienten mitzugestalten. Alles mit dem Ziel, die Mobilität so schnell wie möglich wiederherzustellen und die Selbstständigkeit zu erhalten.

Kreuzer erklärt dies an einem anschaulichen Beispiel: Eine ältere Dame stürzt aufgrund von Schwindel und bricht sich den Oberschenkelhals. Ein Facharzt für Geriatrie wird einbezogen. Es zeigt sich, dass die Frau unterschiedliche Grunderkrankungen hat und mehrere Medikamente einnehmen muss. Der Medikamentenmix verursachte den Schwindel. Sie wird medikamentös neu eingestellt und kann ohne Schwin-

del rasch nach der OP mobilisiert werden. „Sollte in so einem Fall lediglich ein Unfallchirurg den Bruch operieren, würde die Patientin anschließend vielleicht erneut stürzen oder nicht so schnell wieder auf die Beine kommen, ihre Grunderkrankungen würden sich wahrscheinlich verschlimmern und sie könnte im schlimmsten Fall zu den 40 Prozent zählen, die nach der OP sterben oder ein Pflegefall werden.“

Auffälligkeiten bei Prozessqualität

Jedes Krankenhaus in Nordrhein, das einen Oberschenkelhalsbruch behandeln möchte, musste nun bis Ende des Jahres 2024 nachweisen, dass es die Mindestanforderungen des G-BA an die Struktur- und Prozessqualität erfüllt. Von den insgesamt 92 Kontrollen fielen 36 negativ aus – also knapp 40 Prozent.

Die Prüfungen in Nordrhein haben gezeigt, dass die meisten Krankenhäuser die strukturellen Anforderungen erfüllen, also über genügend Intensivbetten verfügen oder die Ausstattung für die entsprechende Operation vorhanden war. Auch hatte die OP in der Regel innerhalb von 24 Stunden stattgefunden. Wenn in seltenen Fällen davon abgewichen wurde, lagen medizinisch nachvollziehbare Gründe vor. Und auch in Krankenhäusern, die über eine eigene geriatrische Fachabteilung verfügen, funktionierte die Zusammenarbeit zwischen Orthopädie und Geriatrie gut.

Auffälligkeiten zeigten sich häufig in Krankenhäusern, die sich die geriatrische Kompetenz durch Kooperationen einkaufen müssen. Die Kooperationsvereinbarungen wurden gar nicht oder nur unvollständig umgesetzt. „Es reicht nicht aus, wenn der Orthopäde mit einem Geriater telefoniert und ihm über eine Patientin oder einen Patienten berichtet“, erklärt Kreuzer. „Der Geriater muss den Patienten persönlich sehen und selbst beurteilen, ob eine geriatrische Mitbehandlung notwendig ist. Wenn er danach entscheidet, dass diese entbehrlich ist, ist das vollkommen in Ordnung. Von vornherein auf die geriatrische Mitbeurteilung und -behandlung zu verzichten jedoch nicht.“

Abweichungen von den G-BA-Vorgaben zeigten sich auch bei den sogenannten Stan-



Knapp 60 Prozent
der Krankenhäuser in Nordrhein erfüllen
die strukturellen Anforderungen, um einen
Oberschenkelhalsbruch zu behandeln.



dard Operating Procedures (SOP), also bei Verfahrens- und Arbeitsanweisungen. Um eine frühestmögliche Operation sicherzustellen, müssen Krankenhäuser SOP für die häufigsten Gründe für einen Operationsaufschub festlegen. Ein Beispiel ist eine SOP zum Vorgehen bei der Einnahme von Blutgerinnungsmitteln: Standardisierte Abläufe zur Erhebung der eingenommenen Blutgerinnungsmedikamente müssen festgelegt werden, ebenso wie weiterführende Untersuchungen und gegebenenfalls die Umstellung auf andere Medikamente und mögliche Anästhesieverfahren.

Viele Krankenhäuser wichen jedoch ohne Angabe von Gründen von ihren eigenen Vorgaben ab. „Diese SOP werden verlangt, damit Fehler minimiert werden, die Effizienz gesteigert und eine einheitliche Qualität gewährleistet wird“, erklärt Kreuzer.

Mindeststandards können Leben retten

Denn schließlich geht es bei einem Oberschenkelhalsbruch nicht nur um einen unkomplizierten Bruch, der recht einfach operiert werden kann. Es geht auch darum, die Sterberate zu senken. Es geht darum, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und die Mobilität wiederherzustellen. Oder einfach gesagt: Es geht um den Erhalt der Lebensqualität von älteren Menschen. „Eine wichtige Richtlinie. Bei der wir davon überzeugt sind, dass die Einhaltung der geforderten Mindeststandards auch Leben retten kann“, sagt Kreuzer.

OPS

- 5-790.*e Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung Osteosynthese: Schenkelhals
- 5-790.*f Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung Osteosynthese: Femur proximal
- 5-793.*e Offene Reposition einer Fraktur im Gelenkbereich eines Röhrenknochens: Schenkelhals
- 5-793.*f Offene Reposition einer Fraktur im Gelenkbereich eines Röhrenknochens: Femur proximal
- 5-794.*e Offene Reposition einer Mehrfraktur im Gelenkbereich eines Röhrenknochens: Schenkelhals
- 5-794.*f Offene Reposition einer Mehrfraktur im Gelenkbereich eines Röhrenknochens: Femur proximal
- 5-820.* Implantation einer Endoprothese Hüftgelenk
- 5-790.*g Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung Osteosynthese: Femurschaft
- 5-791.*g Offene Reposition einer Fraktur im Schaftbereich eines Röhrenknochens: Femur
- 5-792.*g Offene Reposition einer Fraktur im Schaftbereich eines Röhrenknochens: Humerus



Zwischen Hilfsmitteln

Im Leben von Dr. Ruth Hassa gibt es zwei Bühnen:
die berufliche beim Medizinischen Dienst Nordrhein und
die private am Schauspielhaus Düsseldorf. Mitte 2025
verlässt die langjährige Leiterin des Medizinischen
Fachbereichs Orthopädie eine dieser Bühnen und geht
in den Ruhestand. Zeit, auf die Entwicklung des Fach-
bereichs unter ihrer Leitung zu schauen.

und

Herzoginnen



Richard III. ist außer sich. Der König von England schreit. Er schreit so laut, dass die Herzogin neben ihm ein Knalltrauma erleidet. Was für ein Drama! Im wahrsten Wortsinn. Die Szene spielt sich am Düsseldorfer Schauspielhaus ab – und damit im privaten Leben von Dr. Ruth Hassa. Die Leiterin des Medizinischen Fachbereichs Orthopädie ist ehrenamtliche Theaterärztin. Während der König auf der Bühne seine Rolle mit Inbrunst verkörpert, lässt sich die Herzogin hinter den Kulissen von Hassa behandeln. Sie hört auf einem Ohr „wie durch Watte“ und fragt, ob sie eine Kortison-Infusion benötigt. Hassa, in diesem Moment mehr Psychologin als Ärztin, kann die Schauspielerin beruhigen.

Sprunggelenk statt Shakespeare

Im Berufsleben von Hassa heißt es Sprunggelenke statt Shakespeare. Es geht hauptsächlich um die Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln und nicht um die Behandlung einer aufgebrachten Herzogin. Aber auch hier zeigt die Orthopädin und Unfallchirurgin große Empathie. Seit nunmehr 14 Jahren ist die gebürtige Neusserin als Gutachterin beim Medizinischen Dienst Nordrhein tätig, seit 2013 als Fachbereichsleiterin. „Vom ersten Moment meiner Tätigkeit an konnte ich mich für eine gute Versorgung einsetzen und für Patienten kämpfen.

Schließlich sind wir schon allein per Gesetz dazu verpflichtet, bei Hilfsmittelversorgungen die Patienten auch zu beraten“, sagt Hassa.

Eine Arbeitsweise, die sie zuvor nicht vom Medizinischen Dienst erwartet hatte. „Für meine Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus waren die vom Medizinischen Dienst immer die Lästigen, die die Rechnungen prüfen. Ich selbst hatte wenig Berührungspunkte und war



glücklich und zufrieden, die Handchirurgie einer Klinik in Hof aufbauen zu dürfen.“ Doch nach einem privaten Schicksalsschlag änderten sich ihre Pläne: Ihr Vater erkrankte schwer und Hassa suchte nach einer neuen beruflichen Herausforderung in der Nähe der Familie.

„Ich war von der qualitativ hochwertigen Begutachtung und der strukturierten Denk- und Arbeitsweise sofort begeistert.“ Statt Krankenhausabrechnungen zu prüfen, verfasste Hassa sozialmedizinische Hilfsmittelgutachten. Einer ihrer ersten Fälle blieb ihr bis heute in Erinnerung und beschreibt ihren Job sehr gut: Sie sollte im Auftrag einer Krankenkasse beurteilen, ob der verordnete Rollstuhl für die Versorgung einer jungen Frau angemessen sei. Ihrer Einschätzung nach war er dies nicht. Die junge Frau benötigte einen hochwertigeren Rollstuhl und noch weitere Hilfsmittel. Am Ende waren die im Gutachten empfohlenen Hilfsmittel doppelt so teuer wie die des Ausgangsrezeptes. „Ich kann mich an sehr viele solcher Fälle er-

innern, aber natürlich auch an jene, in denen sehr teure Hilfsmittel die vermeintlich besseren für die Versicherten sein sollten und dies einfach nicht waren.“

Eine wichtige Aufgabe als Fachbereichsleiterin ist deshalb das Wissensmanagement, um alle Gutachterinnen und Gutachter mit den nötigen Informationen über aktuelle Hilfsmittel und Neuerungen auf dem Markt zu informieren. In ihrer Zeit als Fachbereichsleiterin hat sie eingeführt, mehrmals im Jahr Hersteller zu den Gutachtersitzungen einzuladen, um neue Rollstühle, Orthesen oder Prothesen vorzustellen. „Hierbei ist mir besonders wichtig, dass unsere Gutachterinnen und Gutachter die Hilfsmittel testen können. So lernen sie am besten, welche physischen und psychischen Voraussetzungen es braucht, um mit einem bestimmten Hilfsmittel zurechtzukommen“, erklärt Hassa und hat auch gleich ein anschauliches Beispiel: ein Rollstuhl, der Treppen steigen kann. Nach dem Test im Treppenhaus des Medizinischen Dienstes Nordrhein war für alle Gutachterinnen und Gutachter anschaulich klar, dass dies zum einen nichts für schwache Nerven ist, an der obersten Treppenstufe den Rollstuhl abwärts weiterfahren zu lassen. Und dass zum anderen sehr viel Geschick und Konzentration benötigt wird, um nicht mitsamt des 160 Kilogramm schweren Hilfsmittels die Treppe herunterzustürzen.

Von Einlagen zu Elektrorollstühlen

Überhaupt werden die Hilfsmittel immer komplexer. „Anfangs haben wir viele Gutachten zu orthopädischen Schuhen und Einlagen verfasst, heute haben Anfragen zu Elektrorollstühlen stark zugenommen.“ Deshalb gibt Hassa ihr Wissen auch in Fortbildungen an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenkassen weiter, um sie in ihrer Arbeit zu unterstützen. Ein weiterer wichtiger Baustein ist ihre Tätigkeit in der SEG 5, der bundesweiten Expertengruppe der Medizinischen Dienste für Hilfsmittel und



„Mir ist wichtig, dass unsere Gutachterinnen und Gutachter die Hilfsmittel testen können. So lernen sie am besten, welche Voraussetzungen es braucht, um mit einem bestimmten Hilfsmittel zurechtzukommen.“ RUTH HASSA

Medizinprodukte, in der sie Begutachtungsleitfäden und Arbeitshilfen entwickelt, um eine bundesweit einheitliche Begutachtung zu gewährleisten.

Ein Drama mit Happy End

Dies alles wird sie noch bis Mitte 2025 weiterführen, dann geht Dr. Ruth Hassa in den Ruhestand. Was für ein Drama! Doch es wird ein Happy End geben. Denn eins hat sie am Theater gelernt. Wenn zur Premiere nicht alles perfekt vorbereitet ist, erleiden Dramaturgen schon mal Schwächeanfälle und Darsteller fallen in Ohnmacht. Dies wird beim Medizinischen Dienst Nordrhein nicht passieren. Wenn Hassa die Bühne verlässt, ist für die Premiere ihrer Nachfolge alles vorbereitet: qualitativ hochwertig und strukturiert – so wie sie es mag.



Dr. Ruth Hassa

Leiterin des Medizinischen Fachbereichs Orthopädie
beim Medizinischen Dienst Nordrhein



A portrait of Dr. Barbara Zimmer, a woman with short dark hair, looking slightly to the side with a thoughtful expression. She is wearing a light blue blazer over a white shirt. The background is a soft-focus indoor setting with light blue and white tones.

Wir wollen die Versorgung positiv beeinflussen

Dr. Barbara Zimmer ist die neue Leiterin des Kompetenz-Centrums Onkologie (KCO) der Medizinischen Dienste. Nach einem halben Jahr in dieser Funktion zieht sie eine positive Bilanz und erläutert, welche Aufgaben derzeit und in Zukunft auf ihr Team warten.

Frau Dr. Zimmer, von der Stellvertreterin zur Leiterin des KCO. Wie war Ihr erstes halbes Jahr in neuer Funktion?

Sehr spannend, arbeitsreich und im Bewusstsein, einen guten, erfolgreichen Weg fortzusetzen. Ich bin seit 2003 beim KCO. Seitdem sind viele Entwicklungen, nicht nur in der Medizin, sondern auch auf der institutionellen und regulatorischen Ebene sowie zu Anforderungen in der Patientenversorgung auf den Weg gebracht worden. Wir haben uns dazu, im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen, schon früh für Verbesserungen und eine Qualitätssicherung in der onkologischen Versorgung eingesetzt.

Das müssen Sie etwas näher erklären.

Es hat sich bestätigt, dass anspruchsvolle, komplexe onkologische Leistungen auf qualifizierte Zentren fokussiert sein sollten. Wir haben uns früh für den Aufbau solcher

Zentren ausgesprochen, da sie hoch spezialisierte Behandlungen und Beratungen ermöglichen. Das beeinflusst den Verlauf und mögliche Erfolge, sowohl bei aggressiven als auch bei chronischen Krebserkrankungen. Patientinnen und Patienten erhalten die Möglichkeit, von neuen Entwicklungen zu profitieren. Dafür setzen wir uns ein, auch in der Systemberatung. Zudem beraten wir im Austausch mit den Fachgesellschaften zu onkologischen Leitlinien. So können wir sozialmedizinisch-onkologisch relevante Aspekte für die Patientenversorgung einbringen.

Welche Rolle hat das KCO bei der Gutachtertätigkeit der Medizinischen Dienste?

Das KCO stellt eine fachlich hochwertige, bundesweit einheitliche Begutachtung in der Onkologie sicher, die immer auf dem neuesten Stand der Wissenschaft ist und sich

an den Versorgungsbedarfen und -bedingungen orientiert. Als Ansprechpartner für alle Medizinischen Dienste unterstützen wir diese und die gesetzlichen Krankenversicherungen durch Gutachten und in der fachlich-onkologischen, sozialmedizinischen Beratung.

Was bestärkt Sie auf diesem Weg?

Spannend und wertvoll ist, dass wir als KCO auf zwei Ebenen arbeiten. Das ist zum einen die Beratung im Einzelfall, wenn es um Fragen zur Kostenübernahme für die Diagnostik oder Therapie einzelner Patientinnen und Patienten geht. Zum anderen die Systemberatung, bei der wir fachlich-onkologisch die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung mitgestalten. Das KCO setzt sich hierzu in vielen Themenfeldern ein, etwa in Fragen zur Qualitätssicherung, zu Qualitätsanforderungen, zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder zum Arzneimitteleneinsatz. Spannend ist dies deshalb, weil es kontinuierliche, teilweise rasante Entwicklungen der klinischen Medizin gibt; so sehe ich es auch für die Zukunft.

Und welche Entwicklungen beschäftigen Sie aktuell?

Insbesondere zwei Themen. Zum einen die moderne Genpanelndiagnostik und, neu als Modellvorhaben, die Ganzgenomsequenzierung. Hierbei können in bestimmten Fällen umfangreiche Genomsequenzierungen durchgeführt werden, zum Beispiel, um einen Tumor vertiefender zu analysieren. Die Hoffnung ist, nach Ausschöpfen der Standardtherapie gegebenenfalls neue Therapieansätze zu identifizieren. Wenn ein Antrag an die Krankenkasse gestellt wird, geben wir in unseren Gutachten eine Empfehlung, auf deren Basis die Krankenkasse entscheiden kann, ob sie die Kosten übernimmt.

Zum anderen die Dynamik auf dem Arzneimittelmarkt. Neue Wirkprinzipien der Immun-Onkologie, neue Arzneimittel oder die neue Zelltherapie sind viel versprechende Entwicklungen, die bereits Einzug in die Versorgung erhalten haben oder noch erhalten werden. Diese komplexen und kostenintensiven Therapien stellen auch nach einer arzneimittelrechtlichen Zulassung Anforderungen an die Umsetzung. Wenn wir zu Anträgen für die Anwendung ebensolcher Therapien gefragt werden, schauen wir uns jeden Fall sehr sorgfältig an und geben unsere medizinische und sozialmedizinische Einschätzung.

Welchen Weg schlägt das KCO unter Ihrer Leitung ein?

Ich sehe es als große Verantwortung, aber auch als schöne Aufgabe, die Expertise des KCO weiterzuentwickeln und die wertvollen Erfahrungen für die evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Medizin einzusetzen. Unser Team aus

fachärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern mit onkologischen Schwerpunkten ist breit aufgestellt. Nur so kann die rasante Entwicklung in der Krebstherapie beobachtet und fachlich eingeschätzt werden. Teilnahme an Fachkongressen, kontinuierliche Schulungen oder Austausche mit Fachgesellschaften gehören dazu, um auch das Wissen an die Kolleginnen und Kollegen in der Begutachtung weiterzutragen. Wir möchten die onkologische Fachlichkeit in Verbindung mit der sozialmedizinischen Begutachtung stärken und die Versorgung positiv unterstützen.

Wie sehen Sie die Zukunft des KCO?

Wir möchten engagierte und erfahrene Ärztinnen und Ärzte für unsere vielfältige, anspruchsvolle und stets aktuelle Arbeit begeistern. Das heißt, ich möchte unsere Präsenz als Ansprechpartner in der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste und auch nach außen weiter ausbauen. Es ist mir ein Anliegen, sichtbar zu machen, dass wir mit unseren Gutachten die hochwertige klinische Versorgung mit qualitätsgesicherter, wirtschaftlicher Umsetzung sicherstellen, auch und gerade bei neuen Therapien. Auch dies ist eine ärztlich wichtige Aufgabe, die konkret den Patientinnen und Patienten zugutekommt.

„Wir wollen erfahrene Ärztinnen und Ärzte für unsere vielfältige und anspruchsvolle Arbeit begeistern.“

Dr. Barbara Zimmer

Die Fachärztin für Internistische Hämatologie und Onkologie hat die Master-Studiengänge Public Health mit Schwerpunkt Gesundheitsmanagement (MPH) und Medizinethik (MA) abgeschlossen. Nach ihrem Medizinstudium mit Auslandsaufenthalten an internationalen Universitätskliniken folgte die Facharztausbildung an den Universitätskliniken in Düsseldorf und Berlin mit dem Schwerpunkt in der Hämatoonkologie.

ZURÜCK IN DEN

Die Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit (AU) ist eine wesentliche Aufgabe der Medizinischen Dienste. Die Gutachten setzen wichtige Impulse, um die Lebenssituation vieler Menschen zu verbessern und Langzeitkranken die Rückkehr in den Beruf zu ermöglichen.

Meike Meister (Name geändert) ist verwundert. Mit einem solchen Anruf hatte die 43-jährige nicht gerechnet. Bis vor Kurzem hatte sie nicht einmal gewusst, dass es den Medizinischen Dienst gibt, und nun hat sie mit einer Ärztin telefoniert, die als Gutachterin mit ihrem Fall betraut ist.

Am Telefon konnte die Lagerhelferin von ihren Schmerzen berichten, von der Taubheit im Bein und davon, dass sie sich noch immer nicht richtig bewegen kann – seit nunmehr neun Monaten. Dabei hatte sie sich von ihrer Behandlung so viel erhofft. Denn nach ihrem

Bandscheibenvorfall ließ sie sich operieren. Drei Monate nach der OP schöpfte sie Hoffnung und begann wieder zu arbeiten. Doch beim Verpacken der Waren kamen die starken Schmerzen zurück, und sie konnte die körperlich anstrengende Arbeit nicht bewältigen.

Das Gutachten zu Meisters Arbeitsunfähigkeit (AU) ist eines von 46.888, die der Medizinische Dienst Nordrhein im Jahr 2022 im Auftrag der Krankenkassen erstellt und im „Report Arbeitsunfähigkeit 2022“ ausgewertet hat. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben sind es vor allem Gutachten zu Langzeitkranken.



JOB

Entweder werden die Medizinischen Dienste beauftragt zu prüfen, ob die Voraussetzung für eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Oder – wie im Fall der Lagerhelferin –, ob Maßnahmen und Behandlungen eingeleitet und durchgeführt werden müssen, damit Gesundheit und Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden können.

In Meisters Fall geht aus den Unterlagen ihres behandelnden Facharztes hervor, dass sie eine Infiltrationstherapie begonnen hat. Die ihr dabei nahe der Wirbelsäule gespritzten Medikamente zeigen bereits erste Wirkung. Ihre Beschwerden haben sich etwas gebessert, sodass

die Therapie zwar fortgesetzt wird, aber sowohl behandelnder Arzt als auch ärztliche Gutachterin können noch nicht absehen, wann die Lagerhelferin ihre Arbeit wieder aufnehmen kann. Die Mitarbeiterin des Medizinischen Dienstes Nordrhein empfiehlt in ihrem Gutachten eine orthopädische Rehabilitationsmaßnahme, so dass alles getan wird, damit die 43-Jährige wieder am Erwerbsleben teilhaben kann.

Schließlich ist dies das vorrangige Ziel: Menschen, die Krankengeld beziehen, die Rückkehr in den Beruf zu ermöglichen. Die Art des Gutachtens und die Empfehlungen des Medizi-



nischen Dienstes richten sich nach den Fragen der Krankenkasse. Dies sind folgende: Vor allem soll eingeschätzt werden, wie sich die Erwerbsfähigkeit perspektivisch entwickeln wird. Ob sie erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Und welche Maßnahmen zur Teilhabe ergriffen werden können, um die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen – etwa eine medizinische Rehabilitation. Befinden sich Langzeitkranke in einer Behandlung, stellt sich die Frage nach der Sicherung des Behandlungserfolges. Also, welche Maßnahmen geeignet sind, um die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen.

Vielleicht wird für die Lagerhelferin bald ein weiteres Gutachten angefordert. Denn wenn die Therapien abgeschlossen sind, könnte die Krankenkasse die Frage nach einer stufenweisen Wiedereingliederung stellen. Diese soll Beschäftigte unter ärztlicher Aufsicht wieder an die volle Arbeitsbelastung heranführen und

sie so bei der Rückkehr an ihren Arbeitsplatz unterstützen. Nicht auszuschließen ist, dass Meister aufgrund ihrer Rückenprobleme künftig Einschränkungen attestiert werden und sie nur noch bestimmte Tätigkeiten ausführen kann.

Zudem gibt es die Frage der Krankenkasse nach einem Leistungsbild. Hierbei soll im Gutachten festgestellt werden, welchen Tätigkeiten Versicherte ausführen können und welche nicht.

— Empfehlungen zu Therapien

Der Fall der Lagerhelferin und die Auswertungen des Reports zeigen, dass der Medizinische Dienst wichtige Impulse setzt, um die Lebenssituation vieler Menschen zu verbessern: Wird er beauftragt zu prüfen, ob bestimmte Maßnahmen die Gesundheit der Betroffenen verbessern und ihnen die Rückkehr ins Erwerbsleben ermöglichen können, empfehlen die Gutachterinnen und Gutachter in jedem zweiten Fall konkrete Behandlungen und Therapien. Der Report zeigt auch, dass Meister mit 43 Jahren und ihrer Arbeit als Lagerhelferin eine Ausnahme ist. Die meisten AU-Gutachten im Jahr 2022 betrafen über 50-Jährige. Viele von ihnen waren in Sozial-, Erziehungs- oder Gesundheitsberufen beschäftigt und litten an psychischen Erkrankungen oder Verhaltensstörungen.



Im Krankheitsfall haben abhängig Beschäftigte in Deutschland Anspruch auf jährlich bis zu sechs Wochen Lohnfortzahlung. Anspruch auf Krankengeld besteht gesetzlich für 78 Wochen. Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung ist in diesen Zeitraum inbegriffen. In bestimmten gesetzlich festgeschriebenen Fällen beauftragen die Krankenkassen den Medizinischen Dienst, Gutachten zu erstellen.

Am häufigsten beauftragten die gesetzlichen Krankenkassen ein Gutachten mit der Frage zur Dauer der AU (40,8 Prozent). Bei diesen Aufträgen standen Frauen (55 Prozent) und Beschäftigte zwischen dem 55. und dem 65. Lebensjahr (43,3 Prozent) im Fokus. Der überwiegenden Mehrheit bestätigten die Gutachterinnen und Gutachter die Arbeitsunfähigkeit. Nur sehr selten führte das Gutachten zur Beendigung der AU (5,4 Prozent).

AU zumeist bestätigt

Zumindest bei der Bestätigung der AU ist Meist wieder ein typischer Fall. Und sie ist ein gutes Beispiel dafür, dass bei längeren oder auch wiederholten Krankschreibungen geprüft werden sollte, welche Maßnahmen ergriffen werden können, damit die Betroffenen wieder am Erwerbsleben teilnehmen können. Um dieses Ziel sicherzustellen, ist es notwendig, dass alle am Prozess Beteiligten eng zusammenarbeiten. Hier ist eine intensive Kommunikation zwischen den Patientinnen und Patienten, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, dem Arbeitgeber und der Krankenkasse notwendig.

Es sollte geprüft werden, welche Maßnahmen ergriffen werden können, damit die Betroffenen wieder am Erwerbsleben teilnehmen können.



Der AU-Report

Der „Report Arbeitsunfähigkeit 2022“ analysiert die Begutachtungsaufträge des Medizinischen Dienstes Nordrhein. Hier gelangen Sie zum Report:



Brustkrebs und berufliche Teilhabe

Brustkrebs trifft in Deutschland jährlich überdurchschnittlich viele Frauen im erwerbsfähigen Alter. Eine Studie des Medizinischen Dienstes Nordrhein zeigt, wie stark die Erkrankung ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und welche Risikofaktoren es für eine verminderte Erwerbstätigkeit gibt.

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Im Vergleich zu anderen Krebsdiagnosen tritt Brustkrebs häufig bei jüngeren Frauen auf: Jede zweite Brustkrebserkrankung hierzulande wird bei Frauen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren diagnostiziert. Laut Robert Koch-Institut sind jedes Jahr über 36.000 Frauen im erwerbsfähigen Alter betroffen.

Erwerbstätigkeit sichert nicht nur das Einkommen, sondern bietet den betroffenen Frauen während oder nach einer Erkrankung auch Struktur im Alltag und positive Selbstbestätigung. Der Verlust des Arbeitsplatzes durch eine Krebsdiagnose schadet daher sowohl der Gesellschaft als auch der Lebensqualität der Betroffenen.

Vor diesem Hintergrund untersuchte der Medizinische Dienst Nordrhein in einer Studie, wie häufig bei Frauen mit Brustkrebs eine geminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt und welche soziodemografischen und klinischen Faktoren das Risiko beeinflussen. Dazu analysierte er Arbeitsunfähigkeitsgutachten aus den Jahren 2022 und 2023 von Frauen mit der Diagnose Brustkrebs, die langzeiterkrankt waren. Die Studie wer-

tete die Gutachten zur Erwerbsprognose von insgesamt 468 Frauen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren aus. Sie waren aufgrund ihrer Brustkrebserkrankung im Durchschnitt etwa 11 Monate arbeitsunfähig. Ihr Durchschnittsalter lag bei 53 Jahren. Rund 90 Prozent hatten ein bestehendes Arbeitsverhältnis.

Die Auswertung der Daten zeigte, dass die Erwerbsfähigkeit der Frauen vielfach beeinträchtigt war. In 18 Prozent der Fälle bestätigten die Gutachter eine Minderung der Erwerbsfähigkeit. Verschiedene Faktoren erhöhten das Risiko dafür deutlich. So korrelierte das Risiko mit der Schwere der Erkrankung: Es stieg beispielsweise mit der Größe des initial entdeckten Tumors. Hatte der Krebs bereits Metastasen gebildet, waren über 45 Prozent der Frauen von einer verminderten Erwerbsfähigkeit betroffen. Die Aggressivität des Tumors spielte hingegen keine signifikante Rolle.

Anforderungen nicht mehr gewachsen

Eine verminderte Erwerbsfähigkeit trat auch häufiger auf, wenn die Betroffenen aufgrund der Krebserkrankung pflegebedürftig wurden (44 Prozent), an Folgeerkrankungen wie Fatigue litten (25 Prozent) oder unerwünschte Arzneimittelwirkungen wie Polyneuropathie auftraten (23 Prozent).

Neben den klinischen Faktoren führten aber auch negative berufliche Kontextfaktoren wie bestehende Arbeitsplatzkonflikte zu deutlich mehr Erwerbsminderungen. Bei über 45 Prozent der Frauen mit einer anschließenden Erwerbsminderung bestand ein Zusammenhang mit ihrer Krankheit und Faktoren, die ihr Berufsleben negativ beeinflussten. Viele dieser Frauen fühlten sich den körperlichen und psychischen Anforderungen nicht mehr gewachsen.

Vor diesem Hintergrund sollte die Erwerbstätigkeit bei Frauen mit einer schweren Brustkrebserkrankung stärker in den Blick genommen werden. Eine individuelle Unterstützung der Betroffenen ist eine wesentliche Aufgabe sowohl für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte als auch für die Arbeitgeber.



Zahlen, Daten, Fakten 2024



Der Medizinische Dienst
Nordrhein ist zuständig
für **6.365.341** Mitglieder
der gesetzlichen Kranken- und
Pflegekassen – das entspricht
11,2 % aller Mitglieder
bundesweit.

Er hat **1.463** Beschäftigte
an **8** Standorten – darunter
684 pflegfachliche Gutach-
terinnen und Gutachter sowie
267 Ärztinnen und Ärzte.

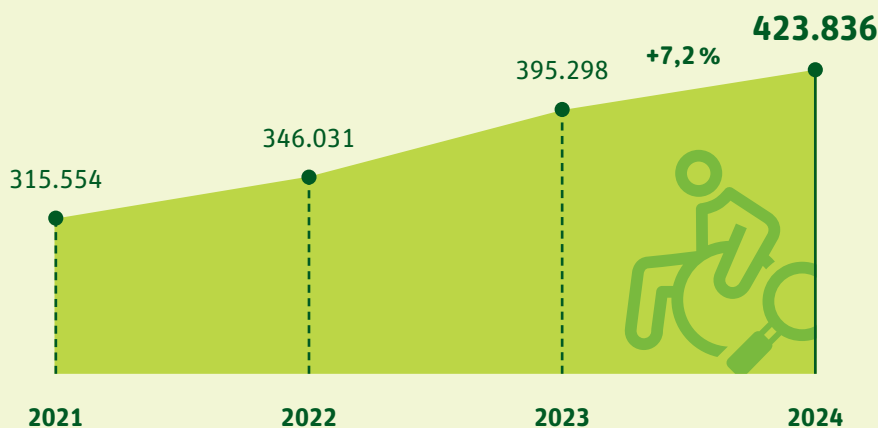
Pflegeeinzelfallbegutachtung

Der Medizinische Dienst Nordrhein erstellte insgesamt **423.836 Pflegegutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit** – eine Steigerung von rund **7,2 Prozent** zum Vorjahr.



423.836

Pflegegutachten
insgesamt



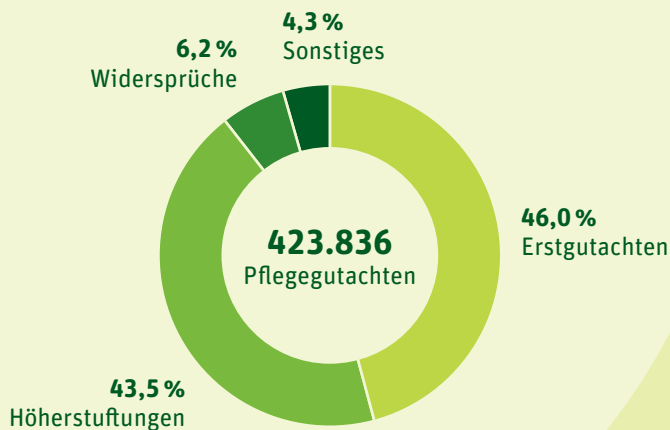
Um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit vorliegen, beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst. Der Maßstab für die Begutachtung ist der Grad der Selbstständigkeit des Menschen. **Im Mittelpunkt steht die Frage, wie selbstständig der Mensch seinen Alltag bewältigen kann.**

Art der Gutachten

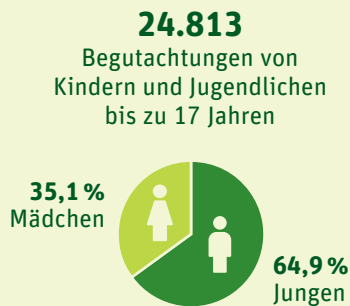


46,0%

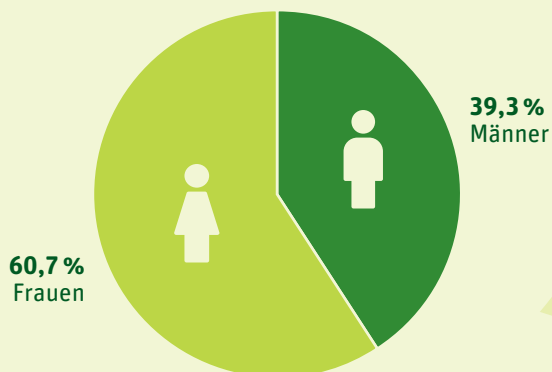
Erstbegutachtungen



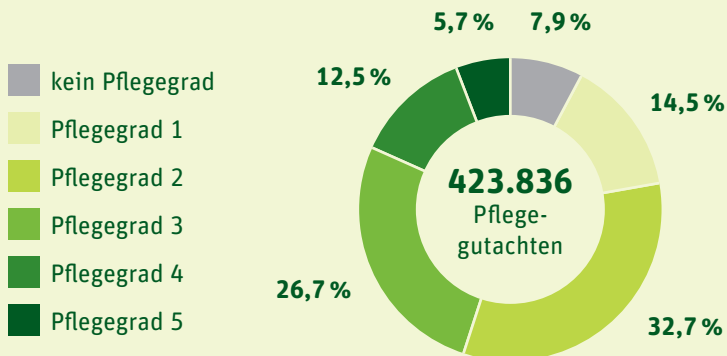
Begutachtungen nach Geschlecht



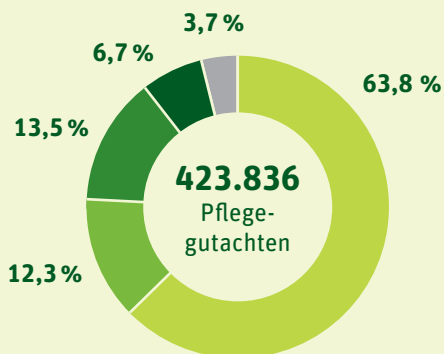
389.764
Begutachtungen von
Erwachsenen ab 18 Jahren



Ergebnis der Gutachten



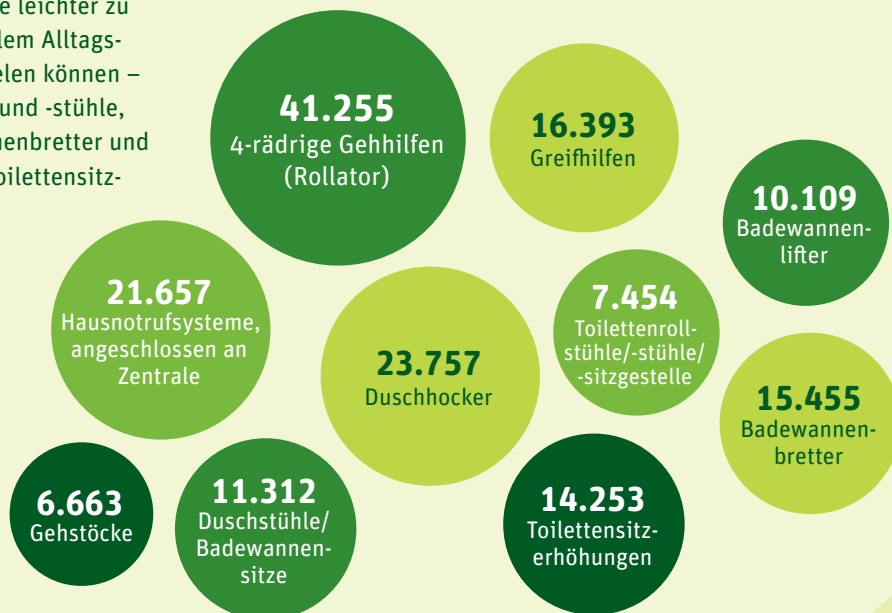
Beantragte Leistungen



- Geldleistungen
- Sachleistungen (ambulante Pflege)
- kombinierte Leistungen (Geldleistung u. ambulante Pflege)
- vollstationäre Leistungen
- Sonstige

Häufigste Hilfsmittel-Empfehlungen

Pflegehilfsmittel dienen dazu, den Alltag von Pflegebedürftigen zu Hause leichter zu gestalten. Dabei sind es vor allem Alltags-helfer, die große Wirkung erzielen können – etwa Rollatoren, Duschhocker und -stühle, Hausnotrufsysteme, Badewannenbretter und -lifter, Greifhilfen, aber auch Toilettensitz-erhöhungen.



Begutachtungen im Krankenhaus

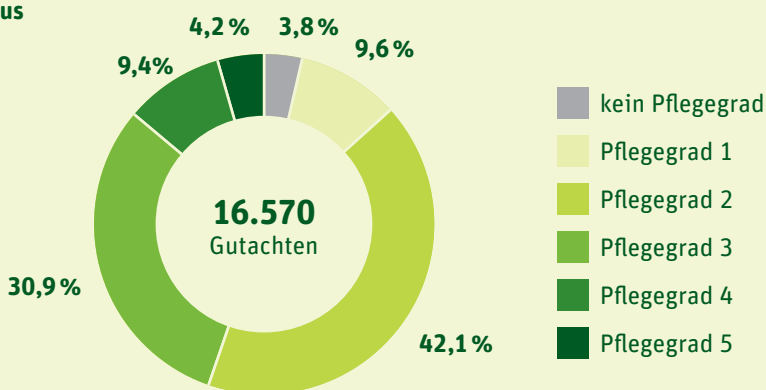
Pflegegradverteilung bei Begutachtungen im Krankenhaus

Eine Pflegebegutachtung im Krankenhaus findet meist nach einem Akutereignis statt, wenn ein professioneller Pflegedienst oder eine Kurzzeitpflege notwendig wird.

Bei einer Begutachtung im Krankenhaus erhielten über 30 % der Versicherten den Pflegegrad 3.

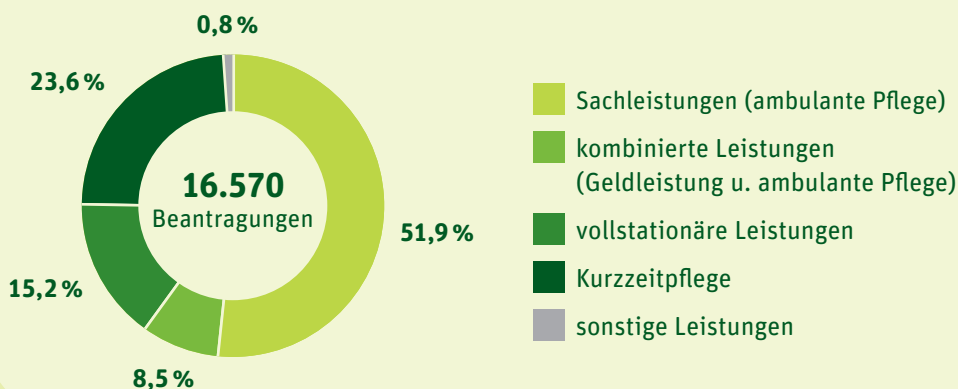


Rund **4 %**
der Begutachtungen finden
im Krankenhaus statt.



Beantragte Leistungen bei Krankenhausbegutachtungen

Während insgesamt am häufigsten Geldleistungen beantragt wurden, war es bei Begutachtungen im Krankenhaus anders: **Über die Hälfte der Versicherten haben Sachleistungen beantragt, rund ein Viertel stellte einen Antrag auf Kurzzeitpflege im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt.**



Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen

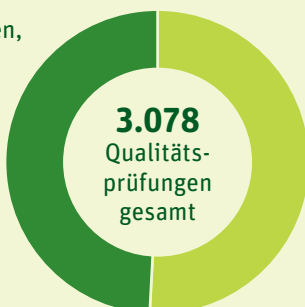
3.078

Qualitätsprüfungen in einem Pflegeheim

Bei der Qualitätsprüfung in einem Pflegeheim geht es dem Medizinischen Dienst vor allem um eine gute Pflege und medizinische Betreuung. **Wie gut werden die pflegebedürftigen Menschen tatsächlich gepflegt?**

1.519

stationäre Prüfungen,
davon
508 in Tagespflege-
einrichtungen



1.559

ambulante Prüfungen,
davon
134 AKI Prüfungen



78

 Anlassprüfungen

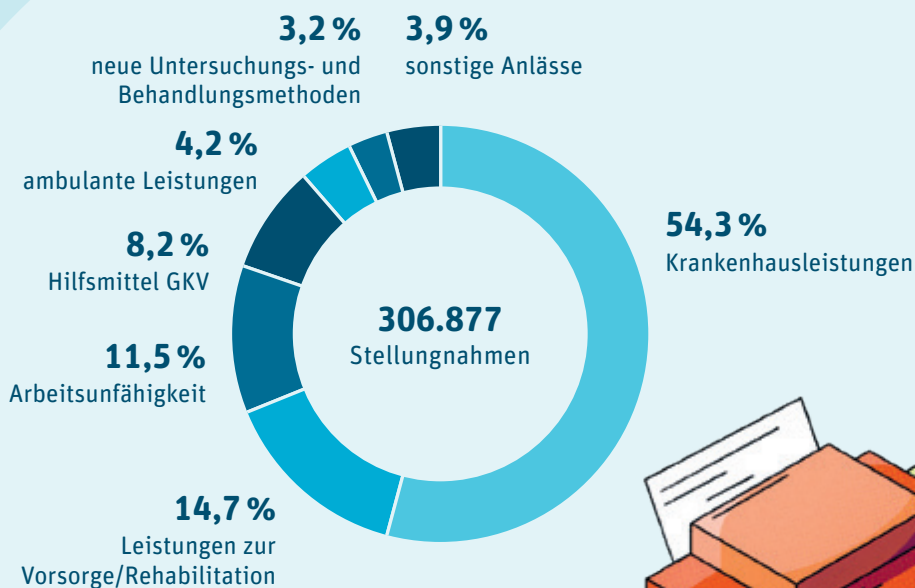
wurden 2024 aufgrund von Beschwerden oder Hinweisen auf Missstände in Pflegeheimen durchgeführt.

Krankenversicherung



306.877

gutachterliche Stellungnahmen zu den folgenden Bereichen haben die Krankenkassen bei den Ärztinnen und Ärzten des Medizinischen Dienstes Nordrhein eingeholt.



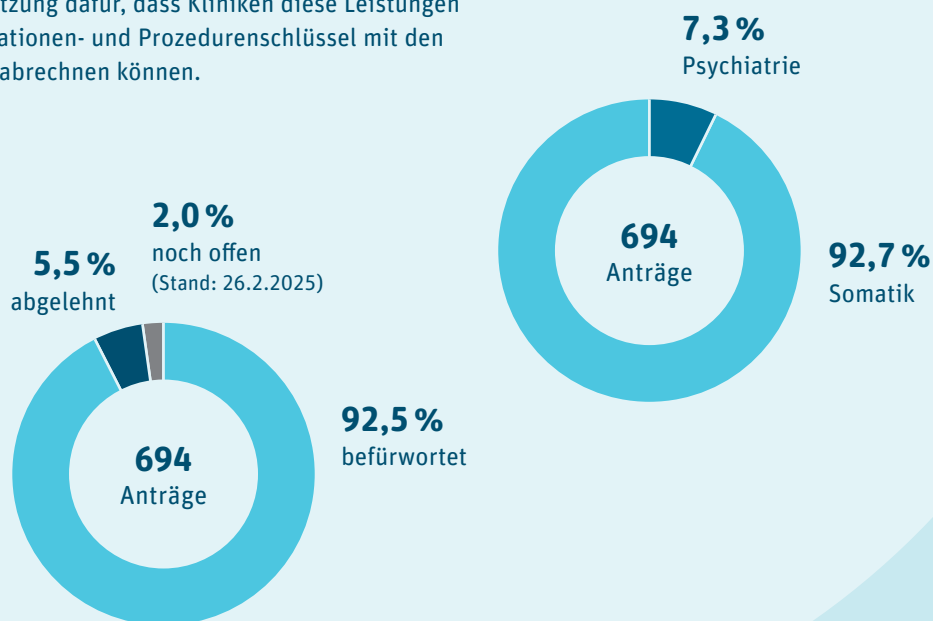
Krankenhaus-Strukturprüfungen



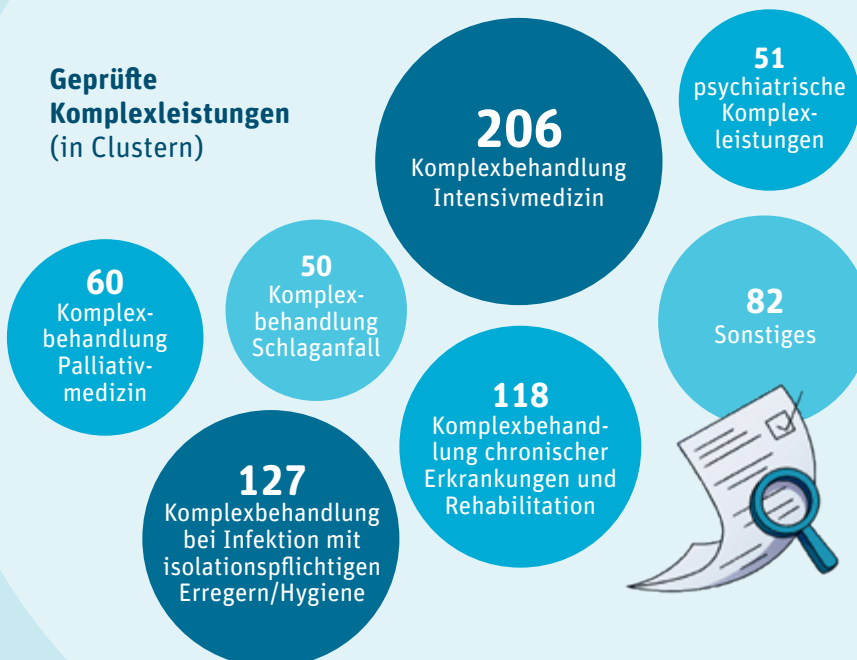
694

Anträge für eine Strukturprüfung hat der Medizinische Dienst Nordrhein erhalten.

Für bestimmte Behandlungen müssen Krankenhäuser über strukturelle Voraussetzungen verfügen, die vom Medizinischen Dienst geprüft werden. Die Prüfungen sind Voraussetzung dafür, dass Kliniken diese Leistungen nach dem sogenannten Operationen- und Prozedurenschlüssel mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können.



Geprüfte Komplexeleistungen (in Clustern)



Qualitätskontrollen im Krankenhaus

207

Qualitätskontrollen hat der Medizinische Dienst Nordrhein im Jahr 2024 durchgeführt.

Um die Behandlungsqualität in Krankenhäusern zu sichern, hat der Gesetzgeber mit dem Krankenhausstrukturgesetz die Möglichkeit von Qualitätskontrollen geschaffen. Dabei werden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses an Qualität und Dokumentation vor Ort kontrolliert.

103 Hüftgelenknahe Femurfraktur



29 Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie



26 Notfallstrukturen in Krankenhäusern



15 Versorgung Früh- und Reifgeborene



8 Bauchaortenaneurysma



8 minimalinvasive Herzklappeninterventionen



4 CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien



4 Kinderherzchirurgie



3 Tabelecleucel bei EBV-positiven Posttransplantationslymphomen



3 Lungenvolumenreduktion bei Lungenemphysem



2 Gentherapeutika zur Hämophiliebehandlung



2 Liposuktion bei Lipödem



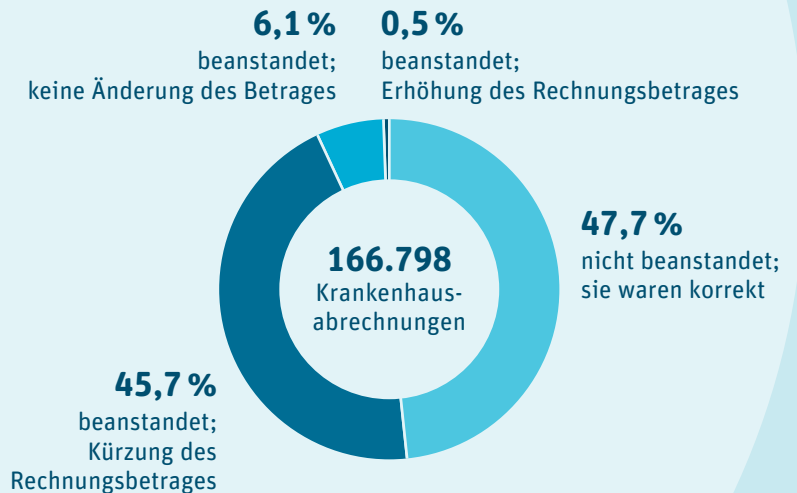
Krankenhausabrechnungen

166.798

Krankenhausabrechnungen hat der Medizinische Dienst Nordrhein geprüft, **52,3 Prozent** hiervon wurden beanstandet. Die Prüfquote lag im Durchschnitt bei **8,4 Prozent**.

Die Leistungen für stationäre Behandlungen rechnen die Kliniken über sogenannte diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) mit den Krankenkassen ab. Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, bei Rechnungsauffälligkeiten den Medizinischen Dienst einzuschalten und mit der Prüfung der Krankenhausabrechnungen zu beauftragen.

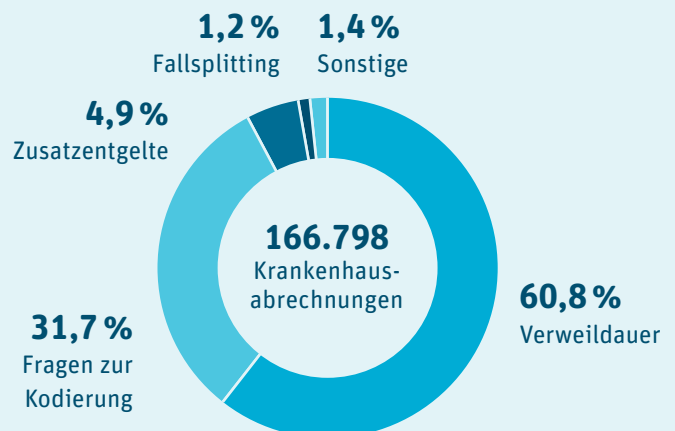
Von den geprüften Rechnungen wurden ...



Die Rechnungskürzungen beliefen sich auf **159,5 Mio. Euro**



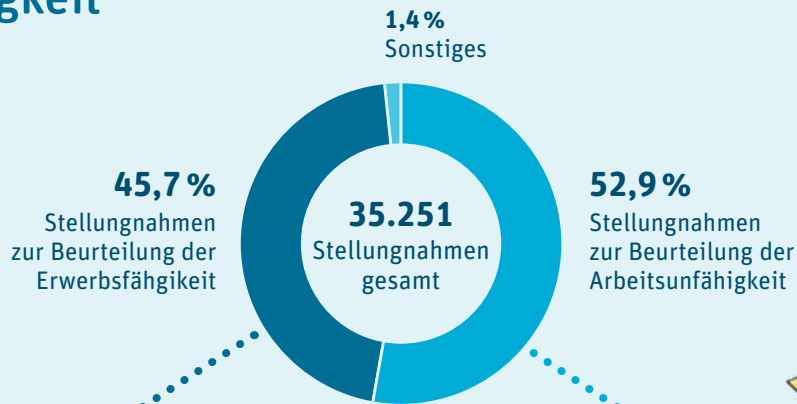
Inhalte der Abrechnungsprüfung



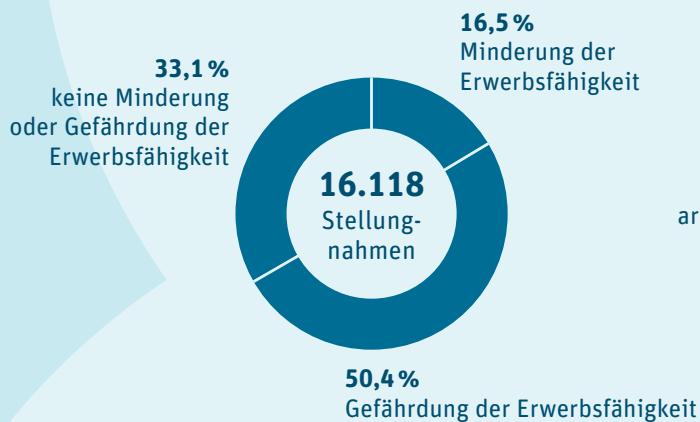
Arbeitsunfähigkeit

35.251

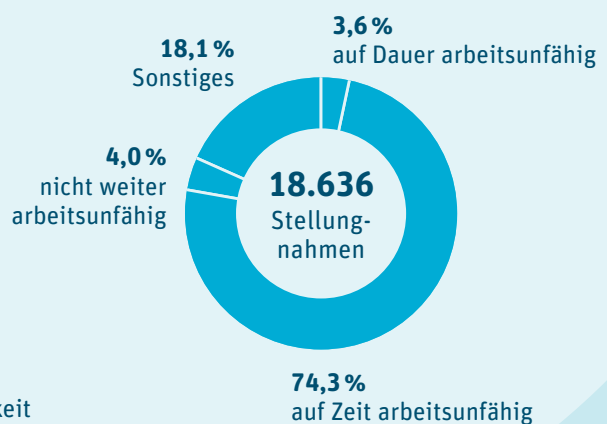
Stellungnahmen
zur aktuellen
Arbeitsunfähigkeit
und Erwerbsfähigkeit
von Versicherten



Beurteilung der Erwerbsfähigkeit



Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit



Vorsorgeleistungen

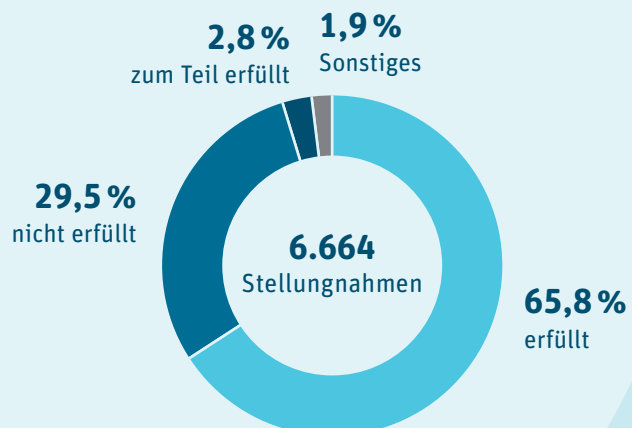
6.664

Stellungnahmen zu
Vorsorgeleistungen
für Versicherte

Vorsorgeleistungen sollen verhindern, dass eine Erkrankung eintritt oder sich verschlimmert. Dazu gehört zum Beispiel die Mutter- oder Vater-Kind-Vorsorgeleistung.



**Die medizinischen Voraussetzungen
für die Leistungen waren ...**



Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

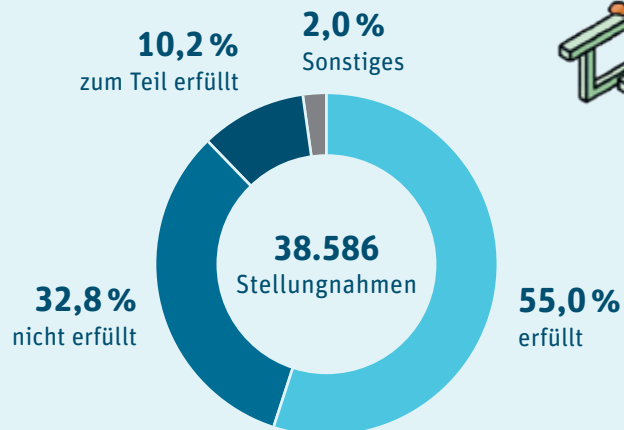
38.586

Stellungnahmen
zur medizinischen
Rehabilitation

Der Medizinische Dienst nimmt sozialmedizinisch Stellung zu den Erfolgsaussichten verordneter rehabilitativer Maßnahmen. Wesentliches Ziel einer ambulanten oder stationären Rehabilitation ist es, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden oder zu mindern.



**Die medizinischen Voraussetzungen
für die Leistungen waren ...**



Ambulante Leistungen

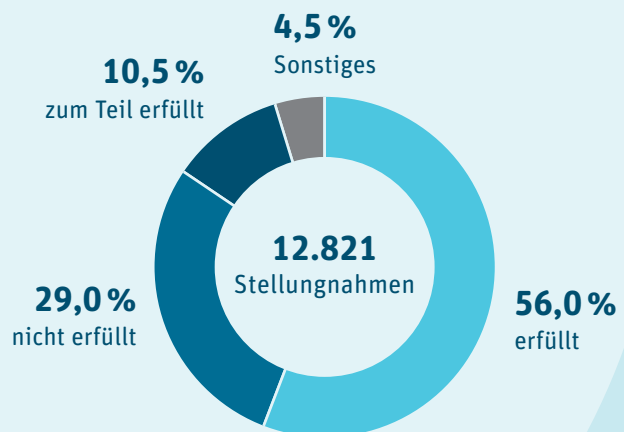
12.821

Stellungnahmen zu ambulanten
Leistungen

Der Medizinische Dienst Nordrhein nimmt Stellung zu Verordnungen in der ambulanten Versorgung. Dazu gehören zum Beispiel die häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfen oder die ambulante Palliativversorgung.



**Die medizinischen Voraussetzungen
für die Leistungen waren ...**



NUB/Arzneimittel

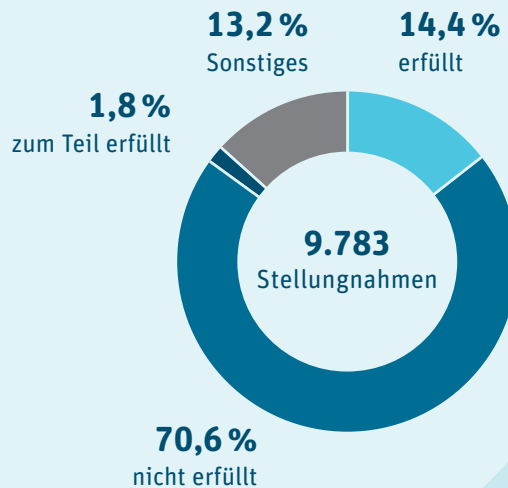
9.783

Stellungnahmen zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimitteln

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) sind diagnostische und therapeutische Verfahren, deren Nutzen medizinisch noch nicht eindeutig geklärt ist. Der Medizinische Dienst prüft im Auftrag der Krankenkasse, ob in Ausnahmefällen die Anwendung dennoch medizinisch empfohlen werden kann.



Die medizinischen Voraussetzungen für die Leistungen waren ...



Hilfsmittel

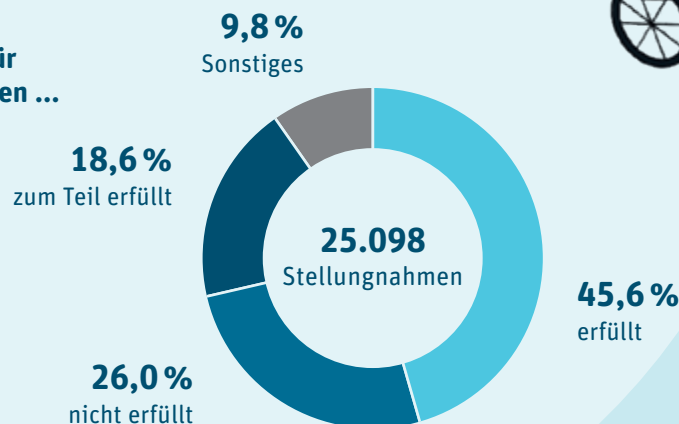
25.098

Stellungnahmen zu Hilfsmitteln

Hilfsmittel sollen den Erfolg einer Behandlung sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine vorübergehende oder dauerhafte Funktionseinschränkung ausgleichen.



Die medizinischen Voraussetzungen für die Leistungen waren ...



Behandlungsfehler

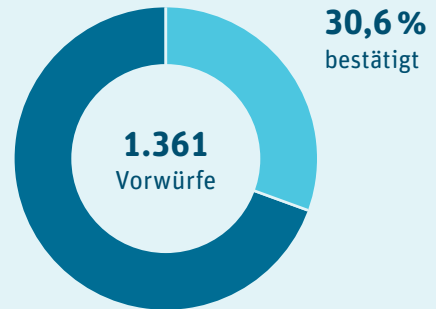
1.361

Vorwürfe zu Behandlungsfehlern

Besteht der Verdacht auf einen Behandlungsfehler, kann die Krankenkasse den Medizinischen Dienst damit beauftragen, ein medizinisches Gutachten erstellen zu lassen.

Von den Vorwürfen wurden ...

69,4 %
nicht bestätigt



462

Vorwürfe betrafen ambulante Behandlungen

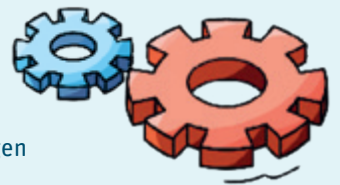
66,0 % wurden nicht bestätigt
34,0 % wurden bestätigt



893

Vorwürfe betrafen stationäre Behandlungen

71,3 % wurden nicht bestätigt
28,7 % wurden bestätigt



Die fünf medizinischen Fachgebiete mit den meisten Vorwürfen

420

Orthopädie und Unfallchirurgie

301
nicht bestätigt

119 bestätigt



107
Zahnmedizin

52
nicht bestätigt

55 bestätigt

102
Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

77
nicht bestätigt

25 bestätigt

87
Viszeralchirurgie

61
nicht bestätigt

26 bestätigt

56
Innere Medizin

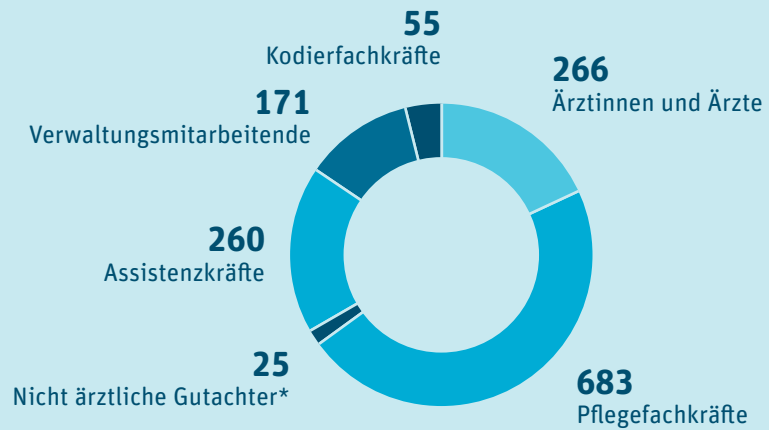
34 nicht bestätigt

22 bestätigt

Personal

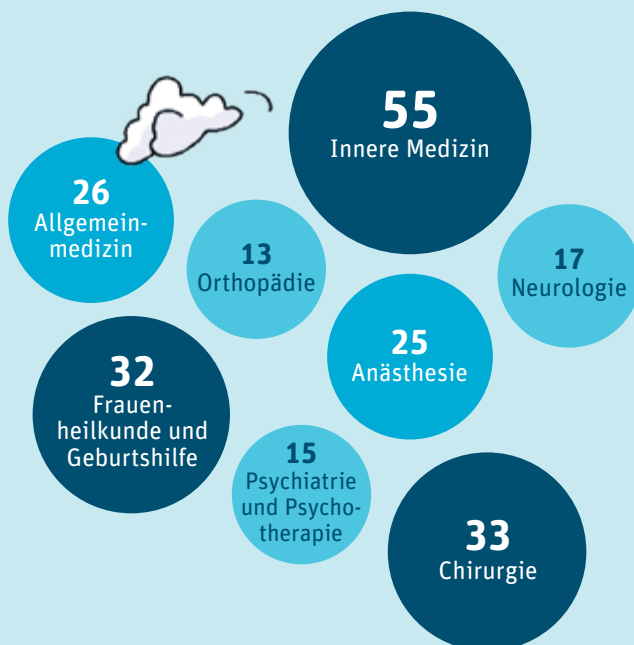
1.460

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind insgesamt beim Medizinischen Dienst Nordrhein beschäftigt.
(Stand 31.12.2023)



* darunter 3 Apotheker/-innen, 1 Methodenwissenschaftler, 6 Orthopädiemechanikermeister/-innen, 4 Orthopädiemechaniker, 1 Orthopädieschuhmachermeisterin, 10 psych. Psychotherapeut/-innen

Im Medizinischen Dienst Nordrhein arbeiten Ärztinnen und Ärzte mit rund **30 verschiedenen Facharztqualifikationen** zusammen. Darunter sind zum Beispiel folgende medizinische Fachgebiete:



Lob und Kritik

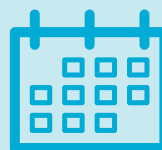
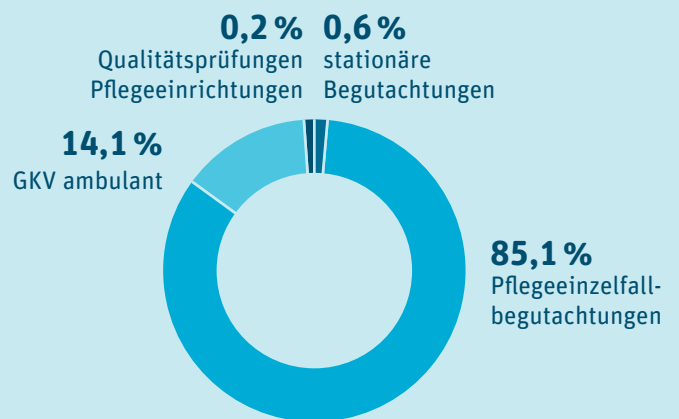
Im Medizinischen Dienst Nordrhein arbeiten täglich viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Hand in Hand, **um Anliegen möglichst schnell und kompetent bearbeiten zu können.**

293
Lob



629
Kritik

629 kritische Rückmeldungen haben den Medizinischen Dienst Nordrhein zu den verschiedenen Arbeitsbereichen erreicht.



Bearbeitungsdauer

7,1 Arbeitstage per Brief/E-Mail

2,0 Arbeitstage per Telefon

Zurück in die Zukunft

Im Vorwort haben wir es angekündigt: In diesem Jahresbericht setzen wir KI ein. Wir nutzen Fotos, die von einer Künstlichen Intelligenz generiert wurden und ein Thema abstrakt bebildern. Hier die Auflösung unseres KI-Bilderrätsels.



Abstrakt sind diese Seiten allemal, aber sie sind nicht von einer Künstlichen Intelligenz erzeugt. Unsere menschliche Intelligenz dahinter heißt Sonja Hamann. In unserem Auftrag skizzierte die Illustratorin unsere Arbeit. Die Idee dahinter: Auf drei Seiten den Medizinischen Dienst sowie unsere Aufgaben in der Pflegeversicherung und in der Krankenversicherung darstellen. Nach mehreren Vorgesprächen, Briefings und Skizzen entstanden diese wunderbaren Einstiegsseiten für unsere drei Kapitel im Jahresbericht und eine tolle Bebilderung für unsere Seiten „Zahlen, Daten, Fakten“.

Ebenfalls abstrakt und illustrativ ist der „Zappel-Philipp“. Ihm spukt so vieles im Kopf herum. Er ist unaufmerksam, hyperaktiv und impulsiv. Wie also ein solches Phänomen bebildern? Die Antwort: nicht mit KI, sondern mit der klassischen Arbeit eines Grafikdesigners. Unserer heißt Rolf Gerhards. Er und sein Team sind nicht nur für diese Bebilderung, sondern für alle Layouts unseres Jahresberichts verantwortlich.



Da ist sie! Des Rätsels Lösung. König Richard III. auf einem Elektrorollstuhl. Dieses Bild kann man fotografieren lassen, aber es wäre aufwendig. Models, Kostüme und Hilfsmittel ebenso wie Fotograf, Maskenbilder und Studio. Dies alles für einen Beitrag im Magazin? Zu teuer und zu zeitintensiv. Denn die Fotos werden wohl nicht noch einmal genutzt. Schließlich bilden sie nicht die Realität ab. Gemäß unseren Leitlinien mit ethischen Grundsätzen zum Umgang mit KI wollen wir mit ihnen auch nicht die Realität verzerren. Sie sind die perfekte, abstrakte Bebilderung eines Themas. Und ein echter Hingucker!

Impressum

Herausgeber

Medizinischer Dienst Nordrhein
Berliner Allee 52
40212 Düsseldorf
Tel.: 0211 1382-0
www.md-nordrhein.de
E-Mail: info@md-nordrhein.de

Redaktion

Dr. Barbara Marnach (verantwortlich)
Rebecca Acar
Birgit Corsmeier
Carola Grzanna
Carsten Frowein
Julia Schmidt

Gestaltung

fountain studio
www.fountainstudio.de

Fotografie

Oliver Tjaden
www.olivertjaden.de

Illustration

Sonja Hamann
www.sonjahamann.com

Druck

Druckstudio GmbH
www.druckstudiogruppe.com

Sonstige Bildquellen

Valera Kolomiets - stock.adobe.com
Prostock-studio - stock.adobe.com
New Africa - stock.adobe.com
Tobias Arhelger - stock.adobe.com
Nicolas Larento - stock.adobe.com
Robert Kneschke - stock.adobe.com
Ingo Bartussek - stock.adobe.com
Choo - stock.adobe.com
industrieblick - stock.adobe.com
chonest - istockphoto.com
cruphoto - istockphoto.com
swissmediavision - istockphoto.com
AscentXmedia - istockphoto.com
kzenon - istockphoto.com



Der Jahresbericht steht auch zum Download bereit
www.md-nordrhein.de



Medizinischer Dienst Nordrhein

6.365.341 Mitglieder
der Kranken- und Pflegekassen

Über **1.400**
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

8 Standorte



- Verbund Nord
- Verbund Ost
- Verbund West
- Verbund Süd

BBZ: Beratungs- und Begutachtungszentrum



Weitere Zahlen und Fakten finden Sie unter:
www.md-nordrhein.de