



Medizinischer Dienst
Nordrhein



Prävention vor Pflege

Jahresbericht 2026



VORWORT

Pflege braucht dringend Veränderung

„Prävention vor Pflege“ haben wir unseren Jahresbericht getitelt. Wir haben es uns aber auch buchstäblich auf die Fahne geschrieben. Denn wir sind fest davon überzeugt, dass die Selbstständigkeit der Menschen so lange wie möglich erhalten bleiben kann und muss. Doch aktuell steigt der Pflegebedarf in Nordrhein. Die Pflegebedürftigen werden nicht nur von Jahr zu Jahr mehr, sie werden auch immer jünger. Das zeigen die Auswertungen unserer Pflegegutachten von 2019 bis 2025, die wir in diesem Jahresbericht zusammengefasst haben. Um dem steigenden Pflegebedarf entgegenzuwirken, müssen daher Gesundheitsförderung und Eigenverantwortung stärker in den Vordergrund rücken.

Veränderungen sind auch notwendig, wenn Pflegebedürftige professionell versorgt werden. Zu oft steht den Pflegenden und unseren Gutachterinnen und Gutachtern Bürokratismus im Weg. Daher lesen Sie in diesem Bericht, warum wir das Gesetz zur Entbürokratisierung in der Pflege als Chance sehen, Verbesserungen anzustoßen. Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen könnten verschlankt und die Prüfungen so ausgerichtet werden, dass sie dazu dienen, die Pflege besser zu machen.

Darüber hinaus erfahren Sie unter anderem, welche Veränderungen wir mit Künstlicher Intelligenz bei unserer Arbeit angestoßen haben. Welche Veränderungen bei neuen Gesetzen auf uns zukommen. Und welche Veränderungen bei den Prüfungen von Rehabilitationseinrichtungen zur Qualitätssicherung und zur Transparenz beitragen.

Viel Spaß bei der Lektüre unseres Jahresberichts wünschen



Andreas Hustadt
Vorstandsvorsitzender



Dr. Petra Lohnstein
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende

KRANKENVERSICHERUNG

- 28** **Krankenversicherung**
Gutachten im Auftrag der Krankenkassen
- 30** **Die Überzeugungstäterin**
Ärztliche Leiterin Dr. Sonja Placzek im Porträt
- 32** **Reha reloaded**
Erstmals bundesweit einheitliche Vorgaben
- 36** **Deutschland im Krankenstand**
Ursachen und Strategien im Umgang mit AU



39

Der Medizinische Dienst Nordrhein ist zuständig für **6.404.067** Mitglieder der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen – das entspricht **11,2 %** aller Mitglieder bundesweit.

Er hat **1.519** Beschäftigte an **8** Standorten – darunter **738** pflegfachliche Gutachterinnen und Gutachter sowie **275** Ärztinnen und Ärzte.

39 **Zahlen, Daten, Fakten 2025**
Der Medizinische Dienst in Zahlen

54 **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 6,4 Millionen Mitglieder
der Kranken- und Pflegekassen

Ein Schrittmacher in dynamischen Zeiten

Vor fünf Jahren trat der neue Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Nordrhein seine Arbeit an. Nun geht es für das Gremium ins letzte Jahr seiner Amtszeit. Zeit für die alternierenden Vorsitzenden, Klaus-Peter Hennig und Michael Knittel, einen Blick auf die bisherige Arbeit und auf die noch anstehenden Aufgaben zu werfen.

Herr Hennig, Herr Knittel, zu Beginn Ihrer Amtszeit sahen Sie für den MD Nordrhein zwei Herausforderungen: Digitalisierung und demografischer Wandel. Was sagen Sie im Rückblick?

Michael Knittel: Es waren und sind in jedem Fall zwei der großen Herausforderungen für den MD Nordrhein. Die Digitalisierung wurde während unserer Amtszeit stark vorangetrieben. Einen richtigen positiven Schub gab es in der jüngsten Vergangenheit mit der Möglichkeit für Versicherte, ihre Begutachtungstermine selbst zu buchen, denn dies verkürzt die Antragszeit. Auch der Einsatz von Künstlicher Intelligenz wird gerade verstärkt. Selbstverständlich bleibt Demografie ein Riesenthema.

Klaus-Peter Hennig: Der demografische Wandel trifft den MD Nordrhein sowohl nach innen als auch von außen. Bewährte Fachkräfte gehen in den Ruhestand und es müssen neue gefunden und eingearbeitet werden. Und gleichzeitig steigen die Auftragszahlen aufgrund einer älter werdenden Gesellschaft immer weiter.

Wie begegnet der MD Nordrhein dieser Lage?

Hennig: Ich sehe den MD Nordrhein sehr gut aufgestellt. Abläufe und Strukturen wurden angepasst und digitale Lösungen gefunden.

Allerdings müssen hier alle Seiten mitziehen, also auch Leistungserbringer wie Kranken- und Pflegekassen.

Wir leben in sehr dynamischen Zeiten. Veränderung ist die neue Konstante. Welche Veränderungen haben Sie in den vergangenen Jahren beschäftigt?

Knittel: Es gab eine Vielzahl von Gesetzen, die sich auch auf die Arbeit des Medizinischen Dienstes ausgewirkt haben. Ich denke da zum Beispiel an verkürzte Fristen in der Pflegebegutachtung. Hierzu mussten Strukturen und Abläufe angepasst werden, keine Kleinigkeit für einen Medizinischen Dienst, der täglich rund 2.000 Pflegebegutachtungen durchführt. Aber die Anpassungen sind gelungen und die Beschleunigung von Abläufen wirkt sich insbesondere für die Versicherten positiv aus.

Hennig: Aktuell ist die Pflegereform ein wichtiges Thema. Wir rechnen damit, dass wieder Änderungen auf den MD Nordrhein zukommen werden. Aber das bereitet mir keine Sorgen. Die Organisation ist dafür hervorragend aufgestellt. Der MD Nordrhein ist ein echter Schrittmacher. Auch für die gesamte MD-Gemeinschaft.

Apropos kommende Herausforderungen. Was erwarten Sie im letzten Jahr Ihrer Amtszeit?

Knittel: Aufgrund der aktuellen Gesetzgebungsverfahren und Reformen erwarten wir, dass der MD Nordrhein mit deutlich mehr Rechnungsprüfungen in Krankenhäusern beauftragt wird. Damit wird auch der Personalbedarf im MD Nordrhein steigen. Auch eine notwendige Reform der Pflegeversicherung wird dem MD Nordrhein zusätzliche Arbeit bescheren.

Hennig: Die aktuelle Gesundheitsreform – sie ist eher ein Notprogramm – wird meiner Meinung nach nicht die letzte sein. Wir haben in Deutschland eine der weltweit höchsten Gesundheitsausgaben. Dennoch sinkt im Vergleich zum Beispiel mit den anderen europäischen Ländern die Lebenserwartung bei uns. Da muss sich etwas tun. Was auch klar ist: Mit dem Geld der Krankenkassen und damit mit dem Geld der Versicherten und Arbeitgeber müssen wir alle pfleglich umgehen. Und dies gilt dann selbstverständlich auch für den Haushalt des Medizinischen Dienstes.

Der Verwaltungsrat war in seiner Zusammensetzung ein Novum. Wie sind Sie gestartet und wie hat sich die Zusammenarbeit entwickelt?

Knittel: Unser Start inmitten der Coronapandemie war zunächst etwas holperig. Der Verwaltungsrat kannte sich kaum und wir mussten unsere konstituierende Sitzung per Videoschleife abhalten. Aber nach den ersten persönlichen Begegnungen hat das Gremium sehr schnell zueinander gefunden. Neu hinzugekommen sind die Vertreterinnen und Vertreter der Patientenorganisationen und der Berufsgruppen. Diese haben unsere Arbeit bereichert. Im Verwaltungsrat herrscht ein harmonisches Miteinander. Unser aller Blick ist ja auf die Versicherten gerichtet, aber sie bringen die Sichtweise der Betroffenen noch stärker ein.

Inwiefern?

Knittel: Vertreterinnen und Vertreter von Patienten- und Berufsverbänden bringen Beispiele und Erfahrungen aus ihrem Alltag mit. Damit konnten wir zum Beispiel gut grundsätzlichere Systemfragen diskutieren.

Hennig: Die Zusammenarbeit mit der „dritten Bank“ hat nicht nur uns als

Vertreter der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite bereichert, sondern auch das Verständnis für die Arbeit des Medizinischen Dienstes bei den Vertreterinnen und Vertretern der Patienten- und Berufsorganisationen gefördert.

Im kommenden Jahr wird es einen neuen Verwaltungsrat geben. Was geben Sie neuen Mitgliedern für ihre Arbeit mit auf den Weg?

Knittel: Mir hat es sehr viel gebracht, hinter die Kulissen zu schauen, um die Arbeit der Gutachterinnen und Gutacher im MD zu verstehen. Zudem war es für mich sehr wertvoll, die Erfahrung der Verwaltungsratsmitglieder zu hören, die bereits im Vorgängergremium saßen. Also kurz gesagt: Fragen stellen, neugierig bleiben und sich aktiv engagieren.

Worauf kann sich das neue Gremium freuen?

Hennig: Auf einen Medizinischen Dienst, mit dem viele gesundheitspolitische Entwicklungen positiv gestaltet werden können.

Knittel: Auf fachlich kompetente Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die immer im Sinne der Versicherten arbeiten. Und auf eine Organisation im Gesundheitswesen, für die „Menschlich. Echt.Gut.“ nicht nur ein Slogan ist, sondern gelebte soziale Selbstverwaltung.



Mehr Prüfungen durch Spar-Reformen

Mehr Leistungen und höhere Preise prägten die Gesundheits- und Pflegegesetze der vergangenen zehn Jahre. Aufgrund der aktuellen wirtschaftlichen Lage, vollzieht die Politik eine Rolle rückwärts.

Mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz wird in der Krankenversicherung wieder der Grundsatz der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik verankert. Dabei soll auch der Vorschlag der Finanzkommission umgesetzt werden, die Prüfquoten bei Krankenhausabrechnungen anzuheben. Dies soll rund 1,6 Milliarden Euro einsparen.

Zum Hintergrund: Im Auftrag der Krankenkassen prüft der MD Abrechnungen von Klinikaufhalten. Je nach Güte der Rechnungslegung soll die Prüfquote im nächsten Quartal um 5, 15 oder 25 Prozent steigen. „Wir rechnen mit einer Verdoppelung der Prüfaufträge auf über 300.000 pro Jahr“, sagt Andreas Hustadt, Vorstandsvorsitzender des MD Nordrhein. 2025 prüfte der MD Nordrhein 145.000 Rechnungen und fast jede zweite wurde durchschnittlich um mehr als 2.000 Euro korrigiert. So flossen rund 150 Millionen Euro unrechtmäßig beanspruchter Gelder an die Krankenkassen zurück.

Nachdem die Einführung der Quoten zu weniger Prüfungen führte, reduzierte der MD sein Personal deutlich und muss dieses nun wieder aufbauen. Die Abrechnungsprüfungen sind aufwendig und binden Ressourcen, auch in Krankenhäusern. Da diese für die Patientenversorgung fehlen, hofft Hustadt, dass sich die Abrechnungen verbessern. „Wir können Prüfungen vor Ort anbieten, weil das bürokratiearm ist und Unklarheiten schneller in Gesprächen ausgeräumt werden können.“



„Wir rechnen mit einer Verdoppelung der Prüfaufträge.“

Andreas Hustadt,
Vorstandsvorsitzender

Auch in der Pflegeversicherung sollen die Ausgaben sinken. Im Raum stehen die Streichung des Entlastungsbetrags und die Anhebung der Schwellenwerte für die Pflegegrade 1 bis 3. Letzteres würde den Zugang zu Leistungen erschweren. Stattdessen sollen Prävention verstärkt und die Menschen durch eine „Pflegebegleitung“ der Krankenkassen besser unterstützt werden.

„Auch hier kommt mehr Arbeit auf uns zu“, so Hustadt. In den Gutachten soll künftig nicht nur die Pflegebedürftigkeit festgestellt werden, sondern auch, ob diese verhindert, gemindert oder überwunden werden kann. Und es sollen Empfehlungen formuliert werden, welche Maßnahmen dafür notwendig und zumutbar sind. Zudem sollen Beratungs- und Handlungsbedarfe für eine Pflegebegleitung abgeleitet werden. „Dies ist zwar richtig. Prävention muss Vorrang vor Pflege haben. Doch leider legt der Gesetzentwurf Beratung und Begleitung nicht in eine Hand. Dabei bietet sich die Chance, diese Aufgabe den Medizinischen Diensten zu übertragen. Wir verfügen über die pflegefachliche Expertise und sind die Ersten, die die Menschen in der Regel zu Hause besuchen und so Pflegeberatung und Begleitung unmittelbar sicherstellen können.“ Zudem ist nach den angekündigten Änderungen damit zu rechnen, dass vermehrt Pflegeanträge gestellt werden, um einen höheren Pflegegrad zu beantragen und so noch den Entlastungsbetrag zu sichern. „Wir erwarten daher eine massive Antragswelle. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, dies zu verhindern. Daher sollten, zumindest für eine bestimmte Zeit, die Strafzahlungen der Pflegekassen für Antragsbearbeitungen von länger als fünf Wochen ausgesetzt werden. Ansonsten würde die Pflegeversicherung Gelder ausgeben, die weder die Versorgung verbessern noch die fristgerechte Bearbeitung fördern.“

Spargesetze haben nie Freunde, daher ist die Zahl der Kritiker hoch. „Doch die pflegerische und medizinische Versorgung anzupassen und weiterzuentwickeln, ist nicht nur eine politische, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.“ Hier seien alle Seiten gefordert. „Wir in Nordrhein bereiten uns schon jetzt auf die neuen Aufgaben vor und werden diese erfüllen – vorausgesetzt die Regelungen überleben die Gesetzgebungsverfahren.“

Künstliche Intelligenz im Einsatz

Hallo!

Mit zwei KI-Lösungen unterstützt der Medizinische Dienst Nordrhein seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrer täglichen Arbeit und baut den Service für Versicherte weiter aus.

Künstliche Intelligenz bietet eine riesige Chance, Menschen in ihrer Arbeit zu unterstützen. „Diese Chance wollten auch wir nutzen“, sagt Dr. Petra Lohnstein, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Nordrhein. „Wir benötigen unsere sehr gut ausgebildeten Fachkräfte und ihr Know-how, aber wenn es um standardisierte Prozesse geht, möchten wir unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entlasten oder unseren Versicherten einen Mehrwert bieten.“

Daher entwickelte der MD Nordrhein zwei KI-Systeme. Das eine ist Pia und steht für Pflege-Information-Assistentin. Sie ist auf der Internetseite des MD Nordrhein zu finden und antwortet Versicherten und Angehörigen auf Fragen zu Abläufen, zur Antragstellung oder zur Einstufung in einen Pflegegrad. „Mit Pia bauen wir unseren Service für Versicherte weiter aus. Auskünfte zur Pflegebegutachtung sind nun auch außerhalb unserer Geschäftszeiten möglich“, sagt Lohnstein. „Bei der Implementierung dieser auf Künstlicher Intelligenz basierten Assistentin war uns zudem wichtig, Hürden abzubauen.“ Pia kann deshalb sowohl auf gesprochene als auch auf schriftliche Anfragen entsprechend antworten. Der Austausch ist in acht Sprachen möglich, darunter Deutsch,

Englisch, Griechisch, Polnisch oder Türkisch. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, mit Pia in „Leichter Sprache“ zu kommunizieren. „Pia ersetzt damit nicht unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sie ist vielmehr eine Unterstützung.“

Eine weitere Unterstützung erfahren auch ärztliche Gutachterinnen und Gutachter, die Anträge zur stationären Rehabilitation bearbeiten. „Chat Reha“ ist die erste KI-Lösung, die bei der Gutachtenerstellung zum Einsatz kommt. Sie prüft zunächst, ob das Antragsformular für eine Rehabilitation vollständig ausgefüllt ist und die Angaben plausibel sind. Anschließend nimmt sich die KI die medizinischen Unterlagen vor, die beim MD Nordrhein mit dem Reha-Antrag eingegangen sind, bereitet diese übersichtlich auf und strukturiert die Informationen so, dass eine schnelle Orientierung möglich ist. „Da wir mit Gesundheitsdaten arbeiten, ist ‚Chat Reha‘ selbstverständlich rechts- und datenschutzkonform und folgt dem europäischen Gesetz zur Regulierung von KI, dem AI Act.“

Die KI basiert auf dem Wissen der Expertinnen und Experten des MD Nordrhein. „Die Qualität der entwickelten Funktionen haben wir auf Herz und Nieren geprüft, und unsere definierten Anforderungen wurden sogar noch deutlich übertroffen, sodass dies unsere Gutachterinnen und Gutachter spürbar entlastet“, sagt Lohnstein und ergänzt: „Natürlich beobachten wir das System ständig, um bei nur kleinsten Abweichungen sofort reagieren zu können.“ Arbeit, die die KI den Gutachterinnen und Gutachtern nicht abnimmt, ist die sozialmedizinische Einschätzung. „Bei Entscheidungen bleiben immer unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die oberste Instanz. Dies haben wir auch so in unseren Leitlinien festgeschrieben“, stellt Lohnstein klar.

Ebenfalls festgeschrieben ist, dass KI einen signifikanten Mehrwert bieten muss. Sie soll entweder die Arbeit unterstützen oder die Servicequalität für Versicherte und Kunden verbessern. Beide KI-Lösungen tun dies – verlässlich, sicher und qualitativ hochwertig.

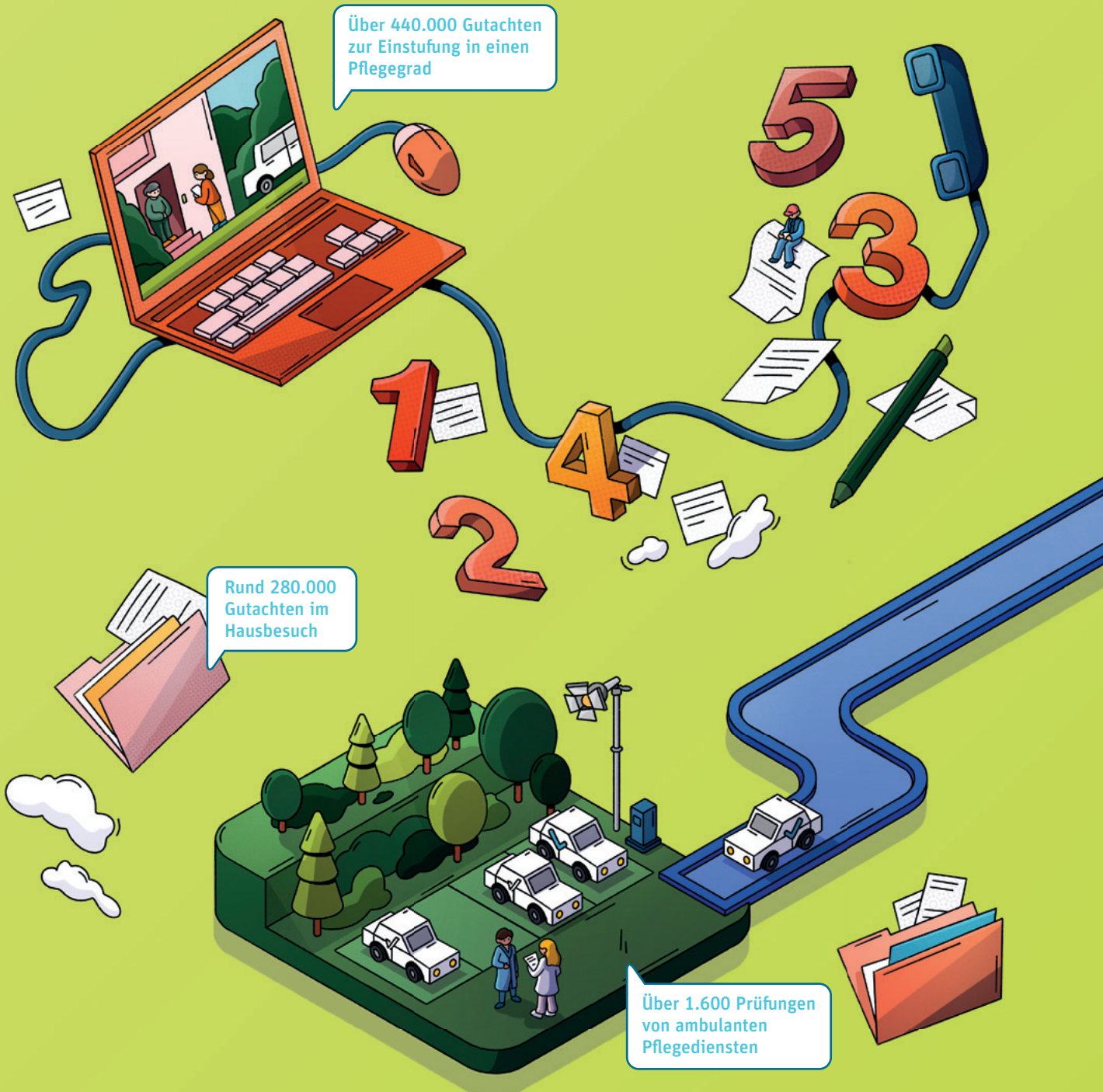


„Wir möchten unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entlasten.“

Dr. Petra Lohnstein,
stellvertretende Vorstandsvorsitzende

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, in Krankenhäusern und in Pflegeheimen oder führen strukturierte Interviews am Telefon oder per Video.



530 Prüfungen von
Tagespflegeeinrichtungen

20 Prüfungen
von außerklinischer
Intensivpflege

Rund 3.000 Qualitätsprüfungen
in ambulanten und stationären
Einrichtungen insgesamt

85 Anlassprüfungen

Über 1.500 Prüfungen
von stationären Pflegeheimen



Die Zahl der Gutachten legte von 2019 bis 2025 um mehr als 70 Prozent zu – auf über 456.000 im Jahr 2025.

Prävention vor Pflege

Menschen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen, werden von Jahr zu Jahr mehr. Sie sind jünger als bisher, und einmal pflegebedürftig, bleiben sie es auch. Dies zeigen die Auswertungen der Pflegebegutachtungen des Medizinischen Dienstes Nordrhein von 2019 bis 2025. In einem Report sind die Ergebnisse zusammengefasst und beschreiben damit die Situation pflegebedürftiger Menschen in Nordrhein.

Die Analyse der Gutachten lässt auch Rückschlüsse zu, wie dieser Trend gestoppt werden könnte. Denn der steigende Hilfebedarf und ein umfassender Pflegebedürftigkeitsbegriff stellen das Pflegesystem schon heute vor große Herausforderungen. Gesundheitsförderung und Eigenverantwortung müssen daher stärker in den Vordergrund rücken, um dem steigenden Pflegebedarf entgegenzuwirken.



Kinder: ADHS lässt Zahlen steigen

Pflege ist zwar hauptsächlich ein Thema des hohen Alters, doch auch die Zahl der pflegebedürftigen Kinder in Nordrhein ist deutlich gestiegen. Eine Analyse der Pflegegutachten von Versicherten bis zu 17 Jahren der vergangenen Jahre.

Der Medizinische Dienst Nordrhein erstellt jedes Jahr mehr Pflegegutachten für Null- bis 17-Jährige. Waren es 2019 noch 9.439, sind es mittlerweile 28.296 im Jahr 2025. Es sind Anträge zu Hilfsmitteln, zur Verbesserung des Wohnumfeldes und zu Heilmitteltherapien, aber in erster Linie Anträge zur Einstufung in einen Pflegegrad, die deutlich ansteigen.

Mittlerweile gibt es also rund 28.300 Kinder und Jugendliche in Nordrhein, für die in einem Jahr entweder erstmals ein Pflegegrad beantragt wurde oder die bereits pflegebedürftig waren und für die ein höherer Pflegegrad beantragt wurde.

Wie viele Kinder und Jugendliche aktuell tatsächlich pflegebedürftig sind, geben diese Zahlen nicht wieder, da sie sich nur auf ein Jahr beziehen. Die tatsächliche Zahl an pflegebedürftigen Kindern in Nordrhein dürfte also weitaus höher liegen.

Es geht um Kinder, die weniger selbstständig sind als andere in ihrem Alter. Denn um den Pflegegrad bei Kindern zu bestimmen, wenden die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes im Grundsatz dieselbe Systematik an wie bei Erwachsenen. Es geht hauptsächlich darum, wie selbstständig jemand ist und wie viel personelle Unterstützung er im Alltag benötigt. Bei Kindern wird dieser Grad der Selbstständigkeit jedoch mit der Entwicklung von gesunden Kindern im gleichen Alter verglichen.

Die Auswertungen des Medizinischen Dienstes Nordrhein zeigen, dass Kinder zumeist im Grundschulalter pflegebedürftig werden – und zwar durchschnittlich im Alter von acht Jahren.

Um herauszufinden, warum diesen Kinder ein Pflegegrad empfohlen wird, lohnt ein Blick auf die Hauptdiagnosen. Diese finden sich sowohl auf den Anträgen zu Leistungen aus der Pflegeversicherung, die von den Familien gestellt werden, als auch in den Gutachten des Medizinischen Dienstes.

Demnach gibt es mehr Pflegebedürftige, weil es mehr Kinder mit diagnostizierter ADHS und anderen Verhaltensstörungen gibt. ADHS ist für den bedeutenden Zuwachs an Pflegegutachten verantwortlich, und dies in erster Linie bei Grundschulkindern und Jugendlichen. ADHS ist die Abkürzung für Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung. Die ärztliche Diagnose lautet „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“. Die Kernsymptome sind Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität.

Erkrankungen werden häufiger diagnostiziert

ADHS zählt zu den hyperkinetischen Störungen. Die Zahl der Familien, die aufgrund von ADHS einen Antrag auf Pflegeleistungen für ihre Kinder stellen, steigt: Bei den Sieben- bis Zehnjährigen von rund 700 Anträgen im Jahr 2019 auf rund 3.900 Anträge im Jahr 2025. Bei Jugendlichen von elf bis 17 Jahren von rund 530 Anträgen auf über 3.200.

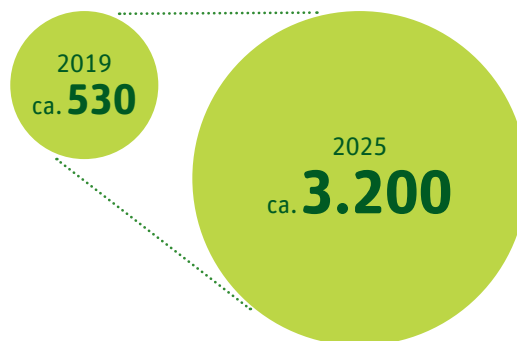
Nicht jedes Kind mit ADHS ist pflegebedürftig. Um mit einer ADHS-Diagnose eine Empfehlung für einen Pflegegrad zu erhalten, müssen die Symptome mindestens sechs Monate lang bestehen und so stark ausgeprägt sein, dass sie die altersentsprechende Selbstständigkeit deutlich beeinträchtigen. Dies heißt, bei diesen Kindern zeigen sich eine extreme motorische Unruhe, eine vermehrte Reizbarkeit, häufige und starke Wutausbrüche, ein übermäßiges Störverhalten, eine auffallend langsame Aufgabenlösung oder eine starke Frustrationstoleranz.

Diese Entwicklung deckt sich mit Zahlen der NRW-Landesregierung. In Nordrhein-Westfalen haben 8,2 Prozent der Schülerinnen und Schüler einen sonderpädagogischen Förderbedarf. Wie Information und Technik Nordrhein-Westfalen als Statistisches Landesamt mitteilt, ist der Anteil damit im Vergleich zum Schuljahr 2005/06 um 3,3 Prozentpunkte gestiegen; damals hatten 4,9 Prozent aller Schülerinnen und Schüler einen sonderpädagogischen Förderschwerpunkt.

Das bedeutet aber nicht, dass es tatsächlich mehr Kinder mit ADHS oder anderen Verhaltensstörungen gibt. Experten vermuten, dass die Erkrankungen häufiger erkannt werden. Das Bewusstsein in Familien oder Schulen dafür habe sich verändert. Verhaltensauffällige Kinder würden eher untersucht, die Diagnosekriterien hätten sich weiterentwickelt, es gäbe mehr Informationsstellen und Ambulanzen.

Für die Betroffenen und deren Familien ist das eine große Entlastung. In der Pflegeversicherung schlägt sich diese Entwicklung in steigenden Zahlen nieder. Ob den Betroffenen mit mehr Geld geholfen ist, ist nicht belegt. Es ist eher fraglich, ob Leistungen aus der Pflegeversicherung hier der richtige Ansatz sind. Vielmehr sind eine adäquate Versorgung und zielgerichtete Hilfen nötig. Das Ziel sollte sein, den betroffenen Kindern ein selbstständiges Alltagsleben zu ermöglichen und eine Chronifizierung der Störung zu verhindern.

ADHS bei Elf- bis 17-Jährigen



Es sind nicht allein mehr Therapieplätze, sondern vor allem integrierte Ansätze, die nötig sind. Familien und Kinder benötigen darüber hinaus weitere Angebote wie eine Unterstützung in der Schule, Elterntrainings und adäquate Freizeitmöglichkeiten mit Bewegungsangeboten. Eine Zusammenarbeit von Bildungseinrichtungen, Therapeuten, familienentlastenden Diensten und Sozialarbeit ist dringend notwendig.

Bei Grundschulkindern und Jugendlichen ist ADHS der häufigste Grund für eine Pflegebedürftigkeit.



Pflegebedürftige werden jünger

Die meisten Pflegebedürftigen sind Erwachsene. Sie werden jünger, ihre Zahl steigt von Jahr zu Jahr, und der Pflegebedarf verändert sich. Eine Analyse der Pflegegutachten von Versicherten ab 18 Jahren der vergangenen Jahre.

Die Einstufungen in einen Pflegegrad in Nordrhein erreichten einen erneuten Höchststand: 366.147 Erwachsene wurden in Nordrhein im Jahr 2025 entweder erstmals pflegebedürftig oder waren es bereits und erhielten einen anderen Pflegegrad. 366.147 – das entspricht in etwa der Einwohnerzahl von Bochum oder Wuppertal.

Während die Gutachtenzahlen seit Jahren steigen, sinkt ein anderer Wert: Die Menschen, denen erstmals ein Pflegegrad empfohlen wird, werden jünger. Waren Frauen 2019 noch 77 Jahre und Männer 75 Jahre, als sie pflegebedürftig wurden, sind sie heute im Durchschnitt 71 Jahre alt.

Doch warum werden so viele Menschen pflegebedürftig und warum sind sie jünger als

bisher? Die Gründe sind vielfältig. Einer ist zweifelsohne der demografische Wandel. Unsere Bevölkerung altert, und die meisten Pflegebedürftigen in Nordrhein sind altersschwach und multimorbid, leiden also an vielen Erkrankungen gleichzeitig.

Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt aber auch, weil der Zugang zu Leistungen aus der Pflegeversicherung einfacher geworden ist. Dies ist deutlich an einem sprunghaften Anstieg nach der Reform der Pflegeversicherung im Jahr 2017 zu sehen. Das damals reformierte Begutachtungsinstrument zur Einstufung in einen Pflegegrad ist in vielen Punkten sensibler geworden. Das lässt sich allein an zwei Beispielen verdeutlichen: Zum einen erhalten Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nach dem alten Verfahren keinen Pflegegrad erhielten, ihn heute zugesprochen.

Zum anderen fließt nach den neuen Richtlinien der Bereich „Bewältigung und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ in die Bewertung für einen Pflegegrad ein. Dazu gehören Tätigkeiten wie die Hilfe beim Anlegen

von Hörgeräten, das Erinnern an das Aufsetzen der Brille, die Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten sowie die Begleitung zu Therapien und Arztbesuchen. All dies sind Punkte, die früher nicht oder nicht in diesem Maße berücksichtigt wurden.

Depression betrifft jüngere Menschen

Darüber hinaus hat sich im Laufe der Jahre die Haltung in der Gesellschaft verändert. Wurden Pflegebedürftigkeit und psychische Erkrankungen früher eher als ein Makel angesehen und suchten Betroffene aus Scham keine Hilfe, hat sich dies glücklicherweise verändert. Diese Enttabuisierung führt naturgemäß zu mehr Diagnosen und aufgrund des sensitiveren Begutachtungsinstrumentes wiederum zu mehr Pflegegradempfehlungen.

So steigt die Zahl der Hauptdiagnose Depression für eine Pflegebedürftigkeit – und dies vor allem bei jüngeren Menschen. Depression als pflegebegründende Diagnose vervielfachte sich nahezu, von rund 2.500 Fällen im Jahr 2019 auf über 11.600 im Jahr 2025. Bei der Auswertung nach Alter zeigt sich, dass der höchste Zuwachs bei Depressionen vor allem bei jüngeren Pflegebedürftigen zu verzeichnen ist. Im Jahr 2025 waren die meisten zwischen 50 und 65 Jahre alt, als ihnen aufgrund von Depression ein

Ziel muss es sein, die Mobilität so lange wie möglich zu erhalten und der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Pflegegrad empfohlen wurde. In dieser Altersgruppe stiegen die Zahlen binnen sechs Jahren von 990 auf fast 5.300.

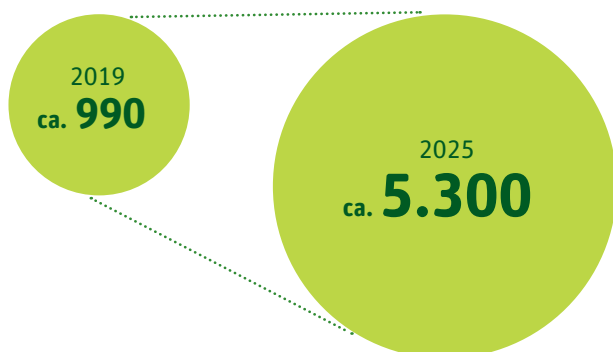
Die meisten Menschen, die einen Pflegegrad haben, beziehen dauerhaft Leistungen. In den meisten Fällen, weil es sich um Hochbetagte handelt, deren Fähigkeiten sich im Laufe der Jahre zunehmend verschlechtern. Es gibt jedoch auch Fälle, bei denen Pflegebedürftigkeit kein unveränderbarer Zustand sein muss. Etwa bei Unfällen, Operationen oder Erkrankungen, die mit Therapien gut behandelbar sind.

Doch Befristungen für Pflegegrade können von den Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes nicht ausgesprochen werden. Auch nicht, wenn sie in einigen Fällen vielleicht angebracht wären, um beispielsweise einer Chronifizierung bei psychischen Erkrankungen entgegenzuwirken. Um Verbesserungen bei der Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen erzielen und diesen Trend stoppen zu können, braucht es natürlich geeignete Behandlungskonzepte und ausreichend Therapieplätze für Schwerkranken.

Als Gründe für eine Pflegebedürftigkeit stehen neben der Einschränkung durch Altersschwäche auch einige Einzelerkrankungen im Vordergrund. Dazu gehören Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Lunge, des Herzkreislauf-Systems oder neurologische Erkrankungen wie der Schlaganfall. Auffällig ist, dass Polyarthrose, eine chronische Gelenkerkrankung, als Hauptdiagnose deutlich zunimmt, Demenz dagegen leicht rückläufig ist.

Aufgrund der steigenden Zahl an degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates ist es notwendig, geeignete präventive Maß-

Depression bei 50- bis 65-Jährigen



nahmen zu entwickeln und ältere Menschen zu mehr Bewegung zu motivieren. Ziel muss es sein, die Mobilität so lange wie möglich zu erhalten. Daher empfehlen die Gutachterinnen und Gutachter sehr häufig Heilmittel und andere präventive Maßnahmen, zum Beispiel Physiotherapie, Training zur Sturzprophylaxe oder Rückenschule – auch zur Vorbeugung, selbst wenn keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Ob die Versicherten diese Empfehlungen oder bereits vorliegende ärztliche Verordnungen auch umsetzen, kann der Medizinische Dienst statistisch nicht erfassen.

Gesundheitsförderung stärken

Gutachterinnen und Gutachter berichten jedoch, dass Versicherte diese Therapien häufig nicht wahrnehmen. Die Versicherten geben an, dass zu wenig geeignete Angebote in der näheren Umgebung verfügbar sind oder dass sie mitunter Vorbehalte haben, ob die Therapie überhaupt nützt. Effektive Versorgungsangebote, die für ältere Menschen in Wohnortnähe zu erreichen sind, müssten in genügendem Umfang zur Verfügung stehen, um Wirkung zu erzielen. Gruppenangebote könnten zudem der Vereinigung älterer Menschen entgegenwirken.

Ein viel versprechender Ansatz stellt etwa das Konzept des Community Health Nursing dar. Dabei handelt es sich um ein international etabliertes, in Deutschland jedoch noch im Aufbau befindliches Versorgungsmodell, bei dem Pflegefachkräfte wohnortnah Gesundheitsförderung, Prävention und Beratung übernehmen.

Der weitaus größte Teil der Antragstellerinnen und Antragsteller wünscht sich Geldleistungen. Waren es 2019 noch 53 Prozent der Versicherten, die Geldleistungen wünschten, so sind es 2025 bereits 65 Prozent. Vielleicht im Wissen darum, dass Pflegedienste oder Einrichtungen keine Plätze zur Verfügung haben. Vielleicht auch, um das Haushaltseinkommen aufzubessern und Geld für Dienstleistungen wie etwa Haushaltshilfen oder Taxifahrten zu haben, weil Putzen oder Fahrten mit dem Bus

nicht mehr allein zu bewältigen sind. Gutachterinnen und Gutachter berichten, dass der überwiegende Teil Geldleistungen beantragt, weil Angehörige, Freunde oder Nachbarn die Pflege übernehmen.

Der Wunsch, im eigenen Zuhause zu bleiben, spiegelt sich auch in den Anträgen zur Verbesserung des Wohnumfeldes und auf weitere technische Hilfsmittel wie den Hausnotruf wider. Die Zahl dieser beiden Antragsarten ist innerhalb von sechs Jahren von rund 1.500 auf über 11.000 gestiegen. Drei Viertel davon sind Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes. Und genau hier zeigen sich die überaus positiven Seiten des neuen Begutachtungsinstrumentes. Denn nicht nur mit Geldleistungen können sich die Versicherten diesen Wunsch erfüllen. Auch Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes oder für technische Hilfsmittel wie der Hausnotruf erfüllen ihren Zweck.



Der Report Pflegebegutachtung 2019–2025

Die Auswertung der Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes Nordrhein der vergangenen Jahre zeigt: Immer mehr Menschen beantragen Leistungen aus der Pflegeversicherung. Die Zahl der Gutachten legte von 2019 bis 2025 um mehr als 70 Prozent zu – von rund 266.000 auf über 456.000. Es sind vor allen Dingen Anträge zu Einstufungen in einen Pflegegrad, die deutlich anstiegen, aber auch zu Hilfsmitteln oder zur Verbesserung des Wohnumfeldes. Der überwiegende Teil der Gutachten betraf zwar Erwachsene, doch auch Gutachten zu Kindern und Jugendlichen legten in den vergangenen Jahren zu.

www.md-nordrhein.de/report-pflegebegutachtung





**Bürokratie
statt**

Bürokratismus

Das Gesetz zur Entbürokratisierung in der Pflege ist nicht nur eine Chance, Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen zu verschlanken. Es ist eine Chance, die Prüfungen so auszurichten, dass sie die Pflege besser machen.

Bürokratie ist nicht per se schlecht. Bürokratie regelt. Wir können uns auf sie verlassen. Bürokratie sorgt dafür, dass Entscheidungen und Abläufe nach gesetzlichen Vorschriften laufen, dass alle gleich behandelt werden. Bürokratismus ist schlecht. Bürokratismus ist, wenn die Bürokratie überbordert. Denn dann kann sie Abläufe hemmen und nicht zum Ziel führen.

In Qualitätsprüfungen, die der Medizinische Dienst in Pflegeeinrichtungen durchführt, herrscht Bürokratie und an einigen Stellen auch Bürokratismus. „Wollen wir Bürokratie abbauen, muss die Frage lauten: Welche Regelungen sind sinnvoll und dienen dem Wohl der Versicherten und was kann weg“, sagt Andreas Hustadt, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Nordrhein.

zu werden. Ganz konkret bedeutet dies, dass zwei Gutachterinnen oder Gutachter durch die Einrichtung laufen und die ausgewählten Personen suchen, ihnen erklären, worum es geht, die Einverständniserklärung vorlesen und diese unterschreiben lassen. Sind die Ausgewählten nicht in der Lage, dies kognitiv zu erfassen, oder sind sie in diesem Moment überfordert und wollen die Entscheidung ihren Angehörigen überlassen, müssen diese angerufen werden. Die Angehörigen sind zumeist berufstätig und nicht so leicht zu erreichen. „Dieses Prozedere bedeutet einen enormen Zeitaufwand pro Prüfung. Bei etwa 1.000 Prüfungen in Pflegeheimen im Jahr kommen schon ein paar Arbeitstage zusammen“, erklärt Hustadt und ergänzt: „Was unseren Gutachterteams

An detaillierte Regelungen gebunden

Als Prüfinstanz versucht der MD Nordrhein, die Abläufe so schlank wie möglich zu halten, ist aber häufig an detaillierte Regelungen gebunden. Ein Beispiel ist die Stichprobenziehung. Die Richtlinie sieht vor, dass Pflegebedürftige von den Gutachterinnen und Gutachtern befragt und in Augenschein genommen werden. Per Zufall werden neun Bewohnerinnen oder Bewohner des zu überprüfenden Pflegeheims ausgewählt. So weit, so gut. Klingt nicht nach viel Bürokratie, aber der Teufel steckt bekanntlich im Detail. Denn die digitale Stichprobenziehung ist bis ins Kleinste geregelt.

Sind neun Bewohnerinnen und Bewohner mit unterschiedlichen Pflegegraden ausgewählt, müssen diese aufgeklärt und gefragt werden, ob sie damit einverstanden sind, vom MD befragt und in Augenschein genommen

„Die Frage muss lauten: Welche Regelungen sind sinnvoll und dienen dem Wohl der Versicherten und was kann weg.“

Andreas Hustadt,
Vorstandsvorsitzender

noch viel mehr Sorgen bereitet ist aber, dass die Situation für die Pflegebedürftigen nicht leicht ist.“ Es stünden auf einmal Prüfer vor ihnen und wollten auch noch Unterschriften. Viele seien verunsichert oder gar überfordert. Auch die Angehörigen würden aufgeschreckt werden. „Man stelle sich vor, dass auf einmal die Nummer des Pflegeheims auf dem Telefondisplay angezeigt wird. Da geht man natürlich erst mal vom Schlimmsten aus.“

Viel Zeit, Aufregung und Verunsicherung für ein unbefriedigendes Ergebnis. Denn am Ende haben sich dann im Schnitt sieben Pflegebedürftige gefunden, die bereit sind, mit den Gutachterinnen und Gutachtern zu sprechen. Neun würden ein umfassenderes Bild abgeben, aber dies ist nicht immer zu erreichen.

Fehlentwicklungen aufdecken

Ein weiterer Kritikpunkt: Eine Zufallsstichprobe ist gut, doch sie erlaubt den Prüfteams nicht, Menschen anzusprechen, bei denen sie Auffälligkeiten beobachten. „Aber genau darum geht es ja eigentlich. Unsere Gutachterinnen und Gutachter sind erfahrene Pflegefachkräfte, die oft selbst viele Jahre in Einrichtungen gearbeitet haben und die Befugnis erhalten müssten, genauer hinschauen zu dürfen“, sagt Hustadt. Sein Vorschlag deshalb: Schon beim Einzug in eine Einrichtung Pflegebedürftige und Angehörige aufklären und ihr Einverständnis darüber einholen, dass sie bei Prüfungen des Medizinischen Dienstes befragt werden können.

„Eigentlich sollen unsere Prüfungen Fehlentwicklungen aufdecken“, sagt Hustadt. „Aber stattdessen sind unser Leute im Bürokratismus gefangen.“ Ein Beispiel: Der MD prüft sehr viele Strukturen in Einrichtungen, darunter das Konzept zum Einzug oder zur Tagesstrukturierung. „Diese Konzepte sind wichtig, aber unser Vorschlag ist, diese nur zu prüfen, wenn die Ergebnisqualität nicht stimmt.“ Will heißen: Kommen die Prüfteams in ihren Befragungen zu dem Ergebnis, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ihren Wünschen entsprechend beschäftigt

werden, muss keine aufwendige Prüfung der Freizeitangebote und deren Konzepte erfolgen.

Auch sei zu überlegen, eine Qualitätsprüfungsrichtlinie einzuführen, mit der alle Prüfungen gleichermaßen abgedeckt sein können. Früher gab es nur eine Richtlinie. Die allerdings war ausschließlich auf Prüfungen stationärer Einrichtungen abgestimmt und funktionierte nicht so recht für die Prüfungen von Tagespflege oder ambulanten Diensten. Was zur Folge hatte, dass nun für unterschiedliche Prüfungen unterschiedliche Richtlinien gelten.

„Wir sehen es als große Chance, die Entbürokratisierung in der Pflege zu nutzen, um nicht nur Vorgaben für unsere Prüfungen zu verschlanken, sondern auch die Einrichtungen zu entlasten und Doppelstrukturen zu vermeiden. So sind wir gerne bereit, unsere Prüfungen mit denen der Heimaufsicht abzustimmen. Wir können auch Prüfungsaufgaben der Aufsichten übernehmen und so eine Prüfung aus einer Hand bieten. Schließlich arbeiten wir alle für ein Ziel: gute Pflege.“

„Wir sehen es als Chance, die Entbürokratisierung in der Pflege zu nutzen, um Doppelstrukturen zu vermeiden.“

Andreas Hustadt,
Vorstandsvorsitzender



Entbürokratisierung mit Augenmaß



Zum Thema „Entbürokratisierung in der Pflege“ lud der Medizinische Dienst Nordrhein zu einer Dialogveranstaltung. Über 60 Vertreterinnen und Vertreter von Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen, Aufsichtsbehörden, Verbänden und aus der Politik diskutierten über die Frage, was wirklich weg kann und welche Regelungen sinnvoll sind und dem Wohl der Versicherten dienen.

Den ersten Impuls auf der Dialogveranstaltung setzte der Medizinische Dienst Nordrhein mit dem Vortrag „Was darf weg? Neue Wege in der Prüfpraxis“. Die Vorschläge: eine Qualitätsprüfungsrichtlinie für alle Einrichtungen, verschlankte Prüfungen und mehr Befugnisse für die Prüfteams (s. nebenstehenden Beitrag „Bürokratie statt Bürokratismus“).

Ein Prüfverfahren, das die Perspektive der Pflegebedürftigen stärker in den Fokus nimmt, war ein Vorschlag aus Krefeld. Anke Müller, Leiterin des Fachbereiches Soziales und Senioren der Stadt Krefeld, und Jörg Schmidt, Geschäftsführer der Städtischen Seniorenheime der Stadt Krefeld, sind sich sicher, dass dafür ein System notwendig ist, das sich an den Versorgungsbedarfen orientiert und in Krefeld geplant wird.

Darüber, dass es bereits viele Möglichkeiten der Entbürokratisierung im bestehenden System gibt, diese aber zu wenig genutzt werden, machte Christine Völker aufmerksam. Die Referentin Pflege vdek NRW betonte, dass die Dokumentation mit der jüngsten Qualitätsprüfungsrichtlinie und der Einführung des Strukturmodells schon entbürokratisiert worden sei, auch die Digitalisierung sei auf den Weg gebracht worden. Doch nicht jede Einrichtung würde dies entsprechend umsetzen.

Gleiches sah auch Kathrin Mangold, Leiterin der Geschäftsstelle des Bundesverbandes Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen NRW. Digitalisierung könne in vielen Einrich-

tungen Prozesse verschlanken und den Dokumentationsaufwand reduzieren. Dennoch, so waren sich beide einig, sei in allen Bereichen noch Luft nach oben. Daher forderte auch Völker, eine Qualitätsprüfungsrichtlinie für alle Einrichtungen und Synergien zwischen den Prüfungen der Medizinischen Dienste und der WTG-Behörden zu schaffen, um Doppelstrukturen zu vermeiden.

Bereits bestehende Möglichkeiten zur Entbürokratisierung schon jetzt stärker zu nutzen, war auch der Standpunkt von Petra Köster, Leiterin der Gruppe Altenpolitik, Pflegerecht und des Referats Grundsatz Pflegeversicherung des Gesundheitsministeriums NRW. Wie auch Völker forderte sie eine Entbürokratisierung mit Augenmaß. Doppelstrukturen könnten vermieden werden, ohne dabei den Schutzauftrag aus dem Blick zu verlieren. Zudem werde die Neufassung des Wohnteilhabegesetzes (WTG) einige verschlankende Prozesse bringen, wie etwa die Übernahmen von Ergebnissen der MD-Prüfungen von anderen Prüfungsstellen.

„Entbürokratisierung gelingt nur mit Vertrauen und Eigenverantwortung“, sagte Köster. Die große Kunst sei hier, den Mittelweg zwischen Kontrolle und Eigenverantwortung zu finden. Schließlich biete Bürokratie auch verlässliche Regelungen, die dem Schutz der Pflegebedürftigen dienen. „Schlecht ist es nur, wenn die Regelungen überborden und vom Ziel ablenken.“

Im Einsatz für gute Pflege

Ulrike Kissels hat nach 28 Jahren den Medizinischen Dienst Nordrhein verlassen. Die Pflegeleiterin hatte einst als Einzelfallgutachterin begonnen. Mit jedem Karriereschritt wuchsen nicht nur ihre Aufgaben, sondern auch der Stellenwert ihrer Profession. Ein Rückblick auf knapp drei Jahrzehnte Pflege beim Medizinischen Dienst Nordrhein.

Als Ulrike Kissels 1998 beim Medizinischen Dienst Nordrhein begann, war sie eine von 15 Pflegefachkräften. „Damals war die Pflegebegutachtung fest in ärztlicher Hand“, sagt Kissels. Es gab keine geregelte Einarbeitung. Alle Gutachten mussten den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zur Freigabe vorgelegt werden. „Es stellte sich jedoch schnell heraus, dass sowohl die Einstufung in einen Pflegegrad als auch die Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen die Kernkompetenz der Pflegefachkräfte ist, sodass immer mehr eingestellt wurden.“

Mit der steigenden Anzahl an Pflegefachkräften wuchsen logischerweise auch die Strukturen beim Medizinischen Dienst Nordrhein. „Ich bin quasi mit dem Haus gewachsen“, erklärt Kissels, die zunächst für die Einarbeitung neuer Pflegefachkräfte zuständig war. Als Teamleitungen in der Pflege eingeführt wurden, war auch sie eine der ersten und wurde 2016 Leiterin des neu gegründeten Fachbereiches Pflegeeinzelfallbegutachtung. Damit war sie rein formal aber immer noch der Ärztlichen Leitung unterstellt, bis 2021 das MDK-Reformgesetz in Kraft trat. Das Gesetz stellte klar: Die Gesamtverantwortung muss bei medizinischen Fragestellungen bei Ärztinnen oder Ärzten und bei rein pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegen.



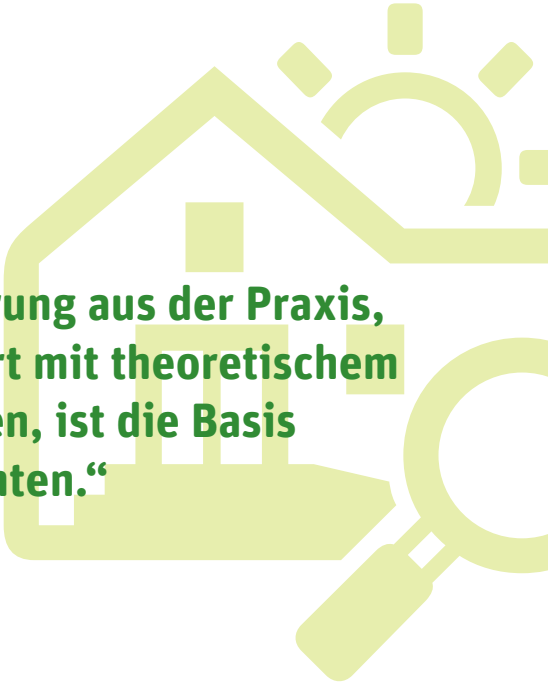
Diese Regelung trug im Grunde der gelebten Praxis Rechnung. „Die Pflege galt früher als reiner Hilfsberuf. Sie ist aber längst eine eigene Profession. Bei Ärztinnen und Ärzten stehen Diagnose und Behandlung im Vordergrund. Pflegefachkräfte hingegen schauen, wie sich die Krankheit auf die einzelnen Menschen auswirkt und welcher pflegerische Unterstützungsbedarf sich daraus ergibt“, erklärt Kissels, die mit dem MDK-Reformgesetz nicht nur zur ersten Pflegeleitung des Medizinischen Dienstes Nordrhein, sondern auch deutschlandweit die erste Pflegefachkraft auf dieser Position wurde.

Damit wurde sie die fachliche Vorgesetzte von aktuell mehr als 730 Pflegefachkräften. Unter ihrer Leitung wurden in der Pflegebegutachtung neue, berufliche Perspektiven entwickelt. So konnten sich im Jahr 2022 beim MD Nordrhein Pflegegutachterinnen und -gutachter erstmals als solche zertifizieren lassen. Damit wurden auch neue Berufsprofile geschaffen: Mentorin oder Mentor, Pflegeexperten oder Pflegesachverständige.

— Wissen vermitteln und aktuell halten

„Die Zertifikatsprüfung und die strukturelle Einarbeitung waren mir sehr wichtig, denn als Pflegeleitung musste ich den Rahmen dafür schaffen, dass alle eine gute Begutachtung oder Qualitätsprüfung durchführen konnten“, erklärt Kissels. Eine wichtige Aufgabe sei es dabei gewesen, Wissen zu vermitteln und es aktuell zu halten, damit alle sachgerecht arbeiten konnten.

Dabei konnte sie selbst auf einen großen Erfahrungsschatz mit schätzungsweise 10.000 Begutachtungen zurückgreifen. „Die Erfahrung aus der Praxis, kombiniert mit theoretischem Fachwissen, ist die Basis für Gutachten.“ Und



„Die Erfahrung aus der Praxis, kombiniert mit theoretischem Fachwissen, ist die Basis für Gutachten.“

für eben diese Basis hat sich Kissels stets eingesetzt. Und natürlich für die Umsetzung. Denn mit den Jahren stiegen die Anträge zur Einstufung in einen Pflegegrad außerordentlich und damit auch die Herausforderung für den MD, die Antragsflut bei gleicher Qualität zu bewältigen.

Daher wurden in den vergangenen Jahren die Prozesse immer weiter digitalisiert, neue Begutachtungsformen wie Telefon- oder Videointerviews eingeführt und die interne und externe Qualitätssicherung vorangetrieben. Als Pflegeleitung war Kissels auch für diese organisatorischen Prozesse verantwortlich. blieb aber immer nah an der Praxis, indem sie von Zeit zu Zeit wieder Hausbesuche oder Prüfungen in Pflegeheimen durchführte. „Mir persönlich lag es sehr am Herzen, dass die Kolleginnen und Kollegen Freude an der Arbeit hatten und einen Sinn darin sahen. Denn die Pflegebegutachtung ist wichtig für eine gute Versorgung der Versicherten. In meinen Augen zählte es auch zu meinen Aufgaben, dieses Bewusstsein zu fördern und wachzuhalten.“

Ulrike Kissels ging nun in den „Unruhestand“, wie sie selbst sagt. Sie unterstützt weiterhin den Medizinischen Dienst Bund, um ihre Erfahrung bei der Weiterentwicklung der Begutachtungsrichtlinie einzubringen. Um nun an neuer Wirkungsstätte für die Sache zu sorgen, die ihr stets am meisten am Herzen lag: gute Pflege.

Pflegequalität hat **VIELE** Facetten

Der Medizinische Dienst überprüft regelmäßig Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste auf ihre Qualität. Die Prüfung der ambulanten Betreuungsdienste wird sich zum 1. Juli 2026 ändern, und die Prüfergebnisse werden damit differenzierter.

Egal, ob stationäres Pflegeheim, Tagespflegeeinrichtung oder ambulante Pflegedienste oder Pflege- und Betreuungsdienste – wer pflegebedürftig und auf die Unterstützung anderer angewiesen ist, möchte gut versorgt sein. Gesetzlich festgelegt ist, dass der Medizinische Dienst daher regelmäßig die Einrichtungen prüft. Ab dem 1. Juli 2026 gilt für ambulante Pflegedienste eine neue Qualitätsprüfungs-Richtlinie. Zuvor wurden bereits die Richtlinien für stationäre und Tagespflegeeinrichtungen erneuert.

„Mit der neuen Richtlinie können wir künftig differenziertere Bewertungen vornehmen“, erklärt Sandra Leifer, Fachbereichsleiterin Pflege-Qualitätsprüfung beim Medizinischen Dienst Nordrhein. Bisher können Prüfungsfragen nur mit Ja oder Nein beantwortet werden. „Doch die Versorgungssituationen sind eben nicht nur schwarz oder nur weiß.“ Kommt der ambulante Pflegedienst einer beauftragten Leistung nur zum Teil nach, konnte dies bislang nur mit Nein beantwortet werden.

Künftig haben die Gutachterinnen und Gutachter vier abgestufte Antwortmöglichkeiten. Eine A-Bewertung ist das beste Ergebnis und bedeutet: Es gibt in dem überprüften Bereich keine Auffälligkeiten oder Defizite. B heißt: Die Prüfteams stellen zwar Auffälligkeiten fest, allerdings ohne negative Auswirkungen für die Pflegebedürftigen oder ein entsprechendes



Risiko hierfür. Werden Mängel festgestellt, die ein Risiko für negative Auswirkungen bergen, erfolgt eine C-Bewertung. Die schlechteste Bewertung D wird vergeben, wenn Defizite bereits zu tatsächlichen negativen Folgen für die pflegebedürftige Person geführt haben. „Damit folgen die Richtlinien der Prüfphilosophie, die bereits für die vollstationäre Pflege und die Tagespflege umgesetzt wird“, sagt Leifer.

Geprüft werden zukünftig umfassende Qualitätsaspekte statt differenzierter Einzelkriterien und dies anhand einer Stichprobe von neun Pflegebedürftigen, die vom ambulanten Pflegedienst unterstützt werden. Ein Qualitätsaspekt ist zum Beispiel, ob der ambulante Pflegedienst Risiken und Gefahren für die versorgte Person, etwa ein hohes Sturzrisiko, erkennt und darauf reagiert.

Weitere Qualitätsaspekte sind unter anderem die Körperpflege, die medizinische Versorgung und die Beratung der Betroffenen. Zu jedem Qualitätsaspekt erfasst das Prüfteam zunächst Informationen, wertet diese anhand von Leitfragen aus und gibt eine abschließende pflegfachliche Einschätzung ab.

— Qualität gemeinsam steigern

Die neuen Prüfungen folgen einem beratungsorientierten Ansatz. Das heißt, die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes unterstützen den ambulanten Pflegedienst bereits während der Prüfung mit konkreten Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung. „So nimmt der fachliche Austausch einen noch höheren Stellenwert ein und wir können die Qualität gemeinsam steigern“, sagt Leifer.

Um ambulante Pflegedienste für bestimmte Themen zu sensibilisieren, enthalten die aktualisierten Richtlinien auch Qualitätsaspekte, die nicht geprüft werden, sondern zu denen das Prüfteam den Pflegedienst berät. Hierzu zählen insbesondere die Kooperation mit Angehörigen sowie die Prävention von Gewalt, Vernachlässigung und Unterversorgung der pflegebedürftigen Personen.

§

Der Gesetzgeber hatte den Qualitätsausschuss Pflege beauftragt, durch wissenschaftliche Projekte neue Prüfverfahren zu entwickeln. Für die stationäre Pflege gibt es bereits ein neues Qualitätssystem. Ein vergleichbares für die ambulante Pflege wurde im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege von Wissenschaftlern der Hochschule Osnabrück sowie des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld entwickelt und anschließend intensiv evaluiert.

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 270 Fachärztinnen und Fachärzte

Über 1.200 Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern

Über 39.000 Gutachten zur Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsfähigkeit

Fast 36.000 Gutachten zu Erfolgsaussichten verordneter Rehabilitation





Über 90 Qualitätskontrollen in Krankenhäusern

Prüfung von mehr als 145.000 Krankenhausabrechnungen



Über 1.300 Strukturprüfungen in Krankenhäusern

Über 13.000 Gutachten zu Verordnungen ambulanter Leistungen

Über 27.000 Gutachten zu verordneten Hilfsmitteln



Die Überzeugungstätlerin

Dr. Sonja Placzek ist seit dem 1. Januar 2025 neue Ärztliche Leiterin. Die Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie kehrte in neuer Funktion zum Medizinischen Dienst Nordrhein zurück, weil sie zutiefst von der Rolle des Medizinischen Dienstes im Gesundheitswesen überzeugt ist.



Dr. Sonja Placzek brauchte gerade einmal vier Wochen, um zur „Überzeugungstätlerin“ zu werden, wie sie selbst sagt. „Ich bin nach Hause gekommen und habe gemerkt, mit welcher Begeisterung ich von meinem neuen Job erzählt habe. Wie sinnvoll unsere Tätigkeit ist.“ Dies war vor genau zehn Jahren, als Placzek zum ersten Mal für den Medizinischen Dienst Nordrhein arbeitete. Damals als ärztliche Gutachterin. Ein solches Aha-Erlebnis hatte sie bis dato noch nicht erlebt – nicht in dieser Form. Aber der Reihe nach.

Nach dem Studium der Humanmedizin arbeitete sie als Ärztin in mehreren Krankenhäusern in Köln, Düsseldorf und Neuss. Zuletzt in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie im Johanna-Etienne-Krankenhaus in Neuss. Dort war sie unter anderem für die kinderorthopädische Sprechstunde verantwortlich.

Als ihre Kinder zur Welt kamen, suchte sie einen Bürojob mit der Möglichkeit, im Homeoffice zu arbeiten, und fand diesen im Gesundheitsmanagement bei der ehemaligen Central Krankenversicherung AG. Dort erarbeitete sie unter anderem ein Konzept für die Intensivbetreuung von Kindern mit Entwicklungsstörungen und wirkte an einem Diabetes-Projekt mit, das ihren Blick zum ersten Mal von der reinen Behandlung auf soziale Kontextfaktoren und Prävention richtete. „Als Ärztin in der Klinik hatte ich operiert und die Menschen behandelt. Erst mit dem Schritt in das Gesundheitsmanagement habe ich die volkswirtschaftliche Seite kennengelernt“, berichtet die 53-Jährige. Es war eine

einfache Versicherungsrechnung: Die Kosten für eine Diabetes-Behandlung liegen um ein Vielfaches höher, als die Kosten für ein Disease-Management-Programm, das die Erkrankung am Fortschreiten hindert und gleichzeitig den Erkrankten nützt. „Den Betroffenen wurden Coaches zur Seite gestellt, die ihnen halfen, ihr Leben umzustellen.“ Das Projekt hatte großen Erfolg. Es trudelten nicht nur Auszeichnungen ins Haus, sondern auch neue Jobangebote.

Und so kam es, dass die Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie als Beraterin und Gutachterin arbeitete und medizinische Stellungnahmen schrieb. „Ich habe zwar nicht den Klinikalltag vermisst, aber die Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, sodass ich mich 2016 beim Medizinischen Dienst Nordrhein beworben habe.“

— Andere Möglichkeiten zu helfen

Eine Entscheidung, die sich wenig später für beide Seiten als goldrichtig herausstellte. Placzek, die schnell zur Überzeugungstätlerin reifte, war begeistert von ihrer Arbeit. „Ich habe durch die Sozialmedizin zum ersten Mal die Zusammenhänge richtig verstanden. Mir war vorher nicht klar, warum einige Patienten ein Hilfsmittel bewilligt bekamen und andere nicht. Und ich weiß, dass es vielen Kolleginnen und Kollegen in Kliniken und Praxen auch so geht.“

Sie erkannte schnell, dass sie beim Medizinischen Dienst ganz andere Möglichkeiten hatte, den Menschen zu helfen. „Die Alltagsumstände in Krankenhaus und Praxis erlauben es nicht, sich lange mit den Versicherten zu beschäftigen.“ Als Gutachterin habe sie manchmal ein beantragtes Hilfsmittel nicht empfehlen können, aber stattdessen auf ein Teureres verwiesen, wenn dies zur Wohnsituation, zu den körperlichen Fähigkeiten und damit zur Lebenssituation der Versicherten besser passte.

Dennoch kehrte sie dem Medizinischen Dienst noch einmal für kurze Zeit den Rücken und ergriff die Chance, das Ärztliche Untersuchungszentrum der Deutschen Rentenversiche-

rung Rheinland in Köln zu leiten, bevor der MD Nordrhein eine neue Ärztliche Leitung suchte. Und so kam es, dass Placzek in neuer Funktion am 1. Januar 2025 zurückkehrte.

Die neue Funktion gibt ihr andere Gestaltungsmöglichkeiten, die sie sofort nutzte und zum Beispiel das Angebot für AU-Begutachtungen erweiterte. „Sehr häufig werden Langzeiterkrankte wiederholt arbeitsunfähig geschrieben, ohne das eigentliche Problem anzugehen. Arbeitsplatzkonflikte schwelen weiter oder notwendige Therapien werden nicht verordnet. Wir gehen gemeinsam mit den Betroffenen den Ursachen auf den Grund, oft zum ersten Mal“, erklärt Placzek und ergänzt: „Die Möglichkeit, mit den Versicherten ins Gespräch zu kommen, nutzen wir nun noch stärker. Seit Kurzem bieten wir mehr Termine für Untersuchungen oder für Telefongespräche, die die Krankenkassen für ihre Versicherten bei uns vereinbaren können.“ Die Versicherten haben so die Möglichkeit, ihre Anliegen mit den ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern direkt zu besprechen.

**„Wir gehen gemeinsam
mit den Betroffenen den
Ursachen auf den Grund,
oft zum ersten Mal.“**

„Sehr wichtig war mir zudem, die Verständlichkeit unserer Gutachten noch weiter zu verbessern. Die Versicherten, aber auch deren behandelnde Ärztinnen und Ärzte müssen unsere Empfehlungen verstehen können. Mir ist klar, dass unsere Entscheidungen nicht immer gefallen, aber sie müssen nachvollziehbar sein.“

Schließlich sei der Medizinische Dienst so etwas wie die Qualitätssicherung für Versicherte. „Es ist gut, wenn jemand da ist und draufschaut, ob eine Verordnung oder ein Hilfsmittel den Versicherten wirklich nützt oder ob nicht etwas anderes besser geeignet ist. Und wir sind die einzige Institution, die das macht, und das ist unfassbar wichtig“, sagt Placzek – aus voller Überzeugung.



Reha reloaded

Mit den Rahmenempfehlungen zur Vorsorge und Rehabilitation, kurz RE-Reha, gibt es erstmals bundesweit einheitliche Vorgaben für Rehabilitationseinrichtungen. Ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung und zur Transparenz – von dem alle Seiten profitieren.

Man stelle sich vor, das E-Auto muss durch den TÜV. Die TÜV-Prüfer haben jedoch nur verbindliche Vorgaben zu Sicherheit und Ausstattung aus den 1990er-Jahren. Also aus Zeiten, als es noch keine elektrobetriebenen Autos gab. Wie gut, dass die TÜV-Prüfer erfahrene Kfz-Mechaniker sind, die sich stets weitergebildet haben und sich daher mit Elektromobilität auskennen.

Was in der Automobilbranche nur ein fiktives Beispiel ist, war in Teilen der Gesundheitsbranche bislang Realität – und zwar bei der Prüfung von Rehabilitationseinrichtungen durch die Medizinischen Dienste.

Sobald stationäre oder ambulante Rehabilitationseinrichtungen neu an den Start gehen, ihr Spektrum erweitern, die Anzahl ihrer Betten oder Therapieplätze erhöhen, müssen sie entsprechende Versorgungsverträge mit den Krankenkassenverbänden auf Landesebene schließen. Vorab beauftragen die Landesverbände den Medizinischen Dienst mit einer Begutachtung. Es werden Gutachten darüber erstellt, ob die Einrichtungen genügend und geeignetes Personal vorhalten und ob die Qualität stimmt.

„Bislang gab es für die Krankenversicherung keine einheitlichen und spezifischen Vorgaben zur Prüfung von Konzepten, Behandlungselementen und Strukturen. Bei unseren Begutachtungen haben wir uns an kostenträgerübergreifend formulierte Referenzen ge-

halten, die aus den 1990er- und Anfang der 2000er-Jahre stammten“, erklärt Dr. Alexander Loevenich. Der Leiter des Medizinischen Fachbereiches Neurologie beim MD Nordrhein ist als solcher unter anderem für die Überprüfung neurologischer Rehaeinrichtungen zuständig.

Neben diesen Referenzen konnten die Gutachterinnen und Gutachter auf ihre Erfahrung setzen. Viele von ihnen arbeiteten vor ihrer Zeit beim MD Nordrhein als Ärztinnen und Ärzte in Rehaeinrichtungen oder leiteten diese sogar. Zudem koordinierten sich die Medizinischen Dienste bundesweit untereinander, um einheitliche Prüfungen zu gewährleisten, und bildeten ihre Gutachterinnen und Gutachter stets fort.

— Großer Vorteil für Leistungserbringer

„Mit den Rahmenempfehlungen zur Vorsorge und Rehabilitation gibt es seit dem 1. Juli 2025 erstmals bundesweit einheitliche Vorgaben zu Inhalt, Leistungsumfang und Qualität der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen“, sagt Loevenich. Dies sei ein großer Vorteil für die Leistungserbringer, die erstmals wüssten, woran sie seien, und ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung für die Versicherten.



Schließlich definieren die neuen Rahmenempfehlungen zur Vorsorge und Rehabilitation (RE-Reha) für alle Indikationen, welche Ziele von bestimmten Therapien erwartet werden, welche Berufsabschlüsse und zusätzlichen Qualifikationen das Personal in den verschiedenen Berufsgruppen haben muss und wie viel Personal überhaupt benötigt wird, welche Räume und welche medizinisch-technischen Ausstattungen vorhanden sein müssen. „Dies bedeutet mehr verlässliche Transparenz für die Versicherten. Sie können Einrichtungen besser vergleichen, und es stärkt zugleich die Fortentwicklung der langjährigen GKV-spezifischen Qualitätssicherung.“

Vorgaben von allen Seiten erarbeitet

Der MD Nordrhein begrüßt die Rahmenempfehlungen. Hat er doch nun auch verbindliche Vorgaben für seine Prüfungen, die von allen Seiten gemeinsam erarbeitet wurden. Insgesamt 13 Leistungserbringerverbände und der GKV-Spitzenverband, die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, haben hierzu verhandelt. Ehe die RE-Reha am 1. Juli 2025 in Kraft treten konnten,

„Mehr verlässliche Transparenz für die Versicherten.“

Dr. Alexander Loevenich,
Leiter des Medizinischen Fachbereiches Neurologie

musste noch eine Schiedsstelle eingeschaltet werden. Denn die Verhandler konnten zunächst keine vollständige Einigung erzielen. Das unabhängige Gremium setzte schließlich im März 2025 die Rahmenempfehlungen fest.

Bald schon werden alle wieder an die Verhandlungstische zurückkehren. Zwar laufen die bisherigen Verträge zwischen Einrichtungen und Krankenkassen übergangsweise weiter. Doch bis zum 30. Juni 2028 müssen alle Einrichtungen, die stationäre Vorsorgeleistungen, die Vorsorge und Reha für Mütter und Väter oder für ambulante und mobile sowie für stationäre Rehabilitation erbringen möchten, neue Verträge mit den Krankenkassen schließen. In Nordrhein betrifft dies etwa 150 Einrichtungen, die im Auftrag der Krankenkassen vom MD überprüft werden müssen.



Die Landesverbände der Krankenkassen haben bereits Checklisten veröffentlicht, aus denen hervorgeht, welche Anforderungen im Detail erfüllt werden müssen. Und der MD Nordrhein hat die Einrichtungen bereits in Dialogveranstaltungen über die RE-Reha und darüber, was dies für die konkrete Umsetzung heißt, informiert.

Schließlich sollen alle wissen, welche Anforderungen sie künftig erfüllen müssen und wie dies überprüft wird. Im Grunde ist es das, was auch jeder Autofahrer weiß, wenn er zum TÜV fährt.



Rahmenempfehlungen zur Vorsorge und Rehabilitation

Die Rahmenempfehlungen gelten für vier Arten von Leistungen – für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen, für medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter, für ambulante medizinische Rehabilitation einschließlich der mobilen Rehabilitation sowie für stationäre medizinische Rehabilitation.

Im Wesentlichen enthalten die Rahmenempfehlungen Anforderungen an das Vorsorge- und Rehabilitationskonzept, Leistungsbeschreibungen für therapeutische Maßnahmen und Personalvorgaben. Sie geben vor, wie Personal, Belegung und erbrachte medizinische und therapeutische Leistungen nachgewiesen werden sollen. Sie machen Vorgaben zur Dauer, Aufnahme, Durchführung und Beendigung einer Reha-Maßnahme sowie zu deren Qualität. Zudem enthalten sie Grundsätze der Vergütung und Übergangsregelungen für Einrichtungen mit bestehenden Versorgungsverträgen.



Im Jahr 2024 waren Arbeitnehmerinnen
und Arbeitnehmer in Deutschland durchschnittlich 14,8 Arbeitstage krankgemeldet –
3,6 Tage mehr als 2021.

Deutschland im Krankenstand

Beim Krankenstand liegt Deutschland im internationalen Vergleich mit an der Spitze. Die Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit ist eine wesentliche Aufgabe des Medizinischen Dienstes Nordrhein. Daher lud dieser zu einer Dialogveranstaltung ein, um die Ursachen und Strategien im Umgang mit Arbeitsunfähigkeit zu diskutieren.

In den Medien wird regelmäßig über Fehlzeiten diskutiert. Vor allem immer dann, wenn neue Zahlen veröffentlicht werden – etwa Fehlzeiten-reports von Krankenkassen oder vom Statistischen Bundesamt.

Letzteres rechnet vor: Im Jahr 2024 waren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland durchschnittlich 14,8 Arbeitstage krankgemeldet. Dies bedeutet gegenüber 2021 einen Anstieg von 3,6 Krankheitstagen. Das Bundesamt führt dies unter anderem auf die Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Jahr 2022 zurück.

Experten widersprechen jedoch. Die elektronische Krankschreibung sei nicht der Auslöser für gestiegene Fehlzeiten, sondern liefere nur eine bessere Datenbasis. Die hohen Fehlzeiten in Deutschland würden jetzt nur besser erfasst werden. Sind die Deutschen also schon immer kränker als andere Nationen? Vermutlich nicht. Denn aufgrund von unterschiedlichen Datenerfassungen lassen sich Ländervergleiche schlecht ziehen. Daher ist es sinnvoll, das System in Deutschland zu beleuchten. Um über die Ursachen von Fehlzeiten hierzulande

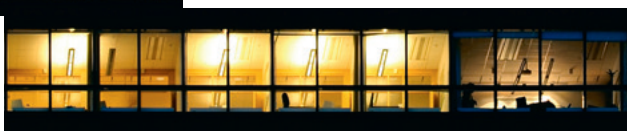
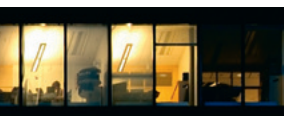
und über Strategien im Umgang mit Arbeitsunfähigkeit, kurz AU, zu diskutieren, lud der Medizinische Dienst Nordrhein zu einer Dialogveranstaltung ein.

Helmut Schröder, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDÖ), lieferte auf der Veranstaltung eine Erklärung für den hohen Krankenstand: Rund 40 Prozent der Fehltage in Deutschland seien durch Versicherte mit einer Langzeit-Arbeitsunfähigkeit verursacht. Bei den AU-Fällen insgesamt mache diese Gruppe jedoch nur 3,3 Prozent aus.

— Analysen zu Langzeitkranken

Aber woran leiden Langzeitkranke? Und warum kehren sie nicht zurück an den Arbeitsplatz? Antworten auf diese Fragen können die Medizinischen Dienste liefern. Denn die AU-Begutachtung ist eine ihrer wesentlichen Aufgaben. Da sie von den Krankenkassen beauftragt werden, handelt es sich zumeist um

Bei lang andauernden Fehlzeiten sind Patientensteuerung, systematische Überprüfung und Unterstützung der Betroffenen notwendig.



Begutachtungen von Menschen, die nicht mehr in der Lohnfortzahlung sind, also bereits längere Zeit arbeitsunfähig. Der MD Nordrhein hat seine AU-Begutachtungen analysiert. Dr. Sonja Placzek, Ärztliche Leiterin des MD Nordrhein, präsentierte auf der Veranstaltung zentrale Ergebnisse dieser Analyse: Es zeigt sich, dass vor allem psychische Erkrankungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen im Vordergrund stehen. „Auch haben wir festgestellt, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung in vielen Fällen noch keine Maßnahmen wie Rehabilitation oder stufenweise Wiedereingliederung eingeleitet worden waren“, sagt Placzek und fragt: „Warum ist das noch nicht geschehen?“

— Aktives Fallmanagement von Versicherungen

Für Andreas Hustadt, Vorstandsvorsitzender des MD Nordrhein, war genau diese Frage der Dreh- und Angelpunkt in der Debatte um Fehlzeiten in Deutschland. „Bei lang andauernden Fehlzeiten sind eine kluge Patientensteuerung, eine systematische Überprüfung und eine Unterstützung der Betroffenen notwendig“, sagte Hustadt und forderte mehr Handlungsspielraum für die Krankenkassen, um Versicherte im Rah-

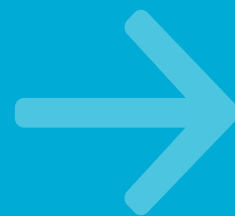
men eines aktiven Fallmanagements besser begleiten zu können. Dr. Christopher Prinz, Senior Labour Market Analyst der OECD, berichtete, dass es in vielen europäischen Ländern üblich sei, dass Sozialversicherungen und Arbeitgeber bei Fragen zur AU kooperierten.

Dieter Klein von der Techniker Krankenkasse kritisierte ebenfalls die begrenzten Handlungsoptionen der Krankenkassen und plädierte für ein aktives Betriebliches Gesundheitsmanagement. Darin sah auch WIDO-Geschäftsführer Schröder einen Schlüssel zum Erfolg. Daneben sei ein wertschätzendes Arbeitsklima wichtig und man müsse über die Einführung einer Teilkrankschreibung nachdenken. Gemeint ist damit, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte beurteilen, ob die berufliche Tätigkeit zumindest für ein paar Stunden am Tag möglich ist. OECD-Vertreter Prinz berichtete, dass dieses Modell in Ländern wie Schweden erfolgreich praktiziert werde.

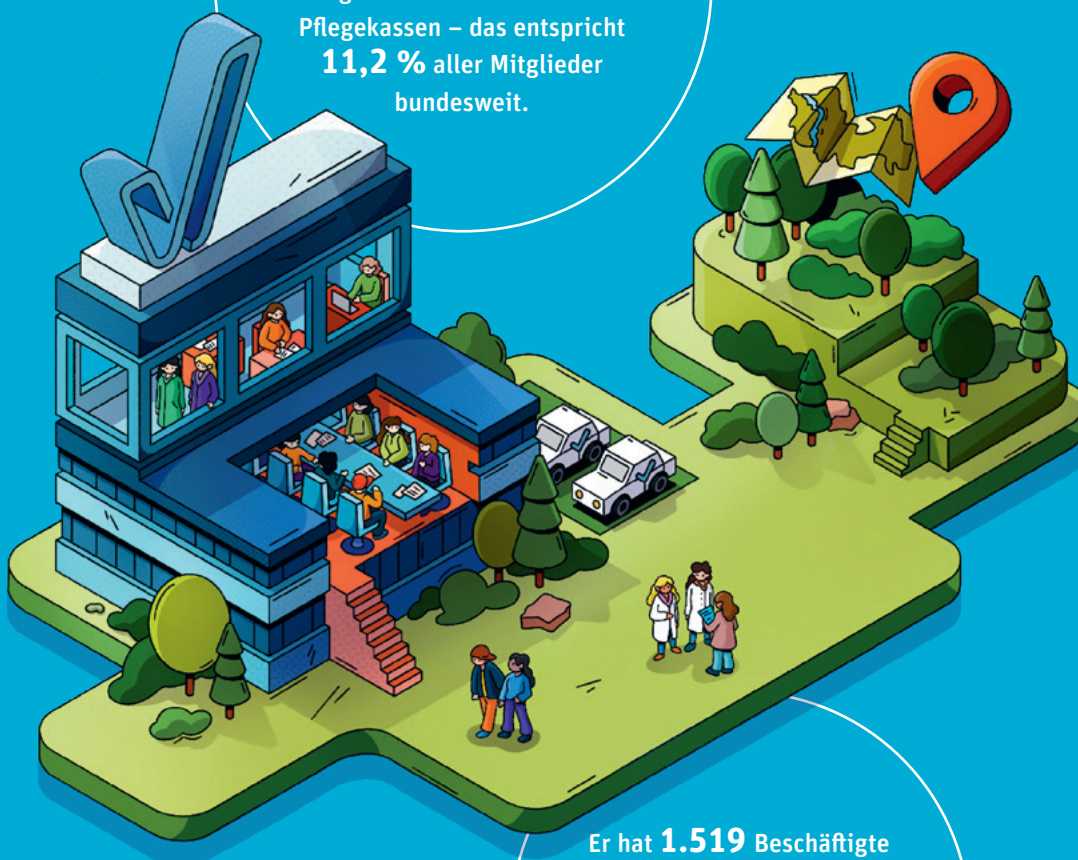
Prinz ging auch auf die oft öffentlich geführte Diskussion um die Karenztage ein. Gemeint ist damit ein Lohnausfall für den ersten Tag einer Arbeitsunfähigkeit. Er erteilte dieser Forderung eine Absage. Studien aus anderen europäischen Ländern hätten gezeigt: Wer sich einmal krankmelde, bleibe dann oft länger zu Hause. Und Fakt ist nun mal, dass der Wiedereinstieg nach längerer Krankschreibung für die Betroffenen oft steinig ist, da sie dabei auf sich allein gestellt sind.

Wie dies jedoch besser gelingen kann, zeigte Johannes Soff von der Deutschen Krebsgesellschaft auf, indem er zentrale Ergebnisse der CARES-Studie präsentierte: Gezielte Unterstützung durch Berufslosens in Krebsberatungsstellen kann den Betroffenen die Rückkehr in den Beruf erleichtern.

Zahlen, Daten, Fakten 2025



Der Medizinische Dienst Nordrhein ist zuständig für **6.404.067** Versicherte der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen – das entspricht **11,2 %** aller Mitglieder bundesweit.



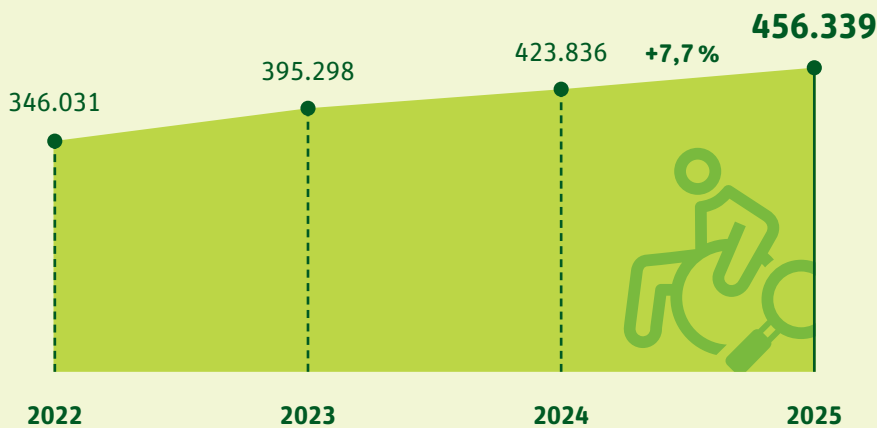
Er hat **1.519** Beschäftigte an **8** Standorten – darunter **738** pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter sowie **275** Ärztinnen und Ärzte.

Pflegeeinzelfallbegutachtung

Der Medizinische Dienst Nordrhein erstellte insgesamt **456.339 Pflegegutachten** – eine Steigerung von rund **7,7 Prozent** zum Vorjahr.



456.339
Pflegegutachten
insgesamt

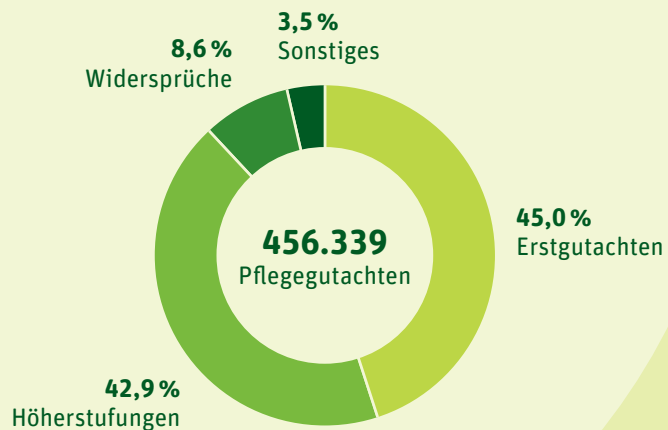


Um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit vorliegen, beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst. Der Maßstab für die Begutachtung ist der Grad der Selbstständigkeit des Menschen. **Im Mittelpunkt steht die Frage, wie selbstständig der Mensch seinen Alltag bewältigen kann.**

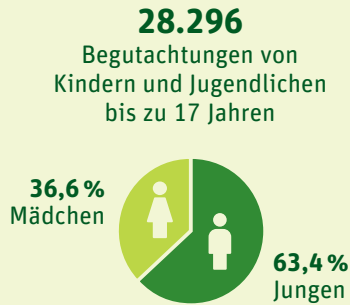
Art der Gutachten



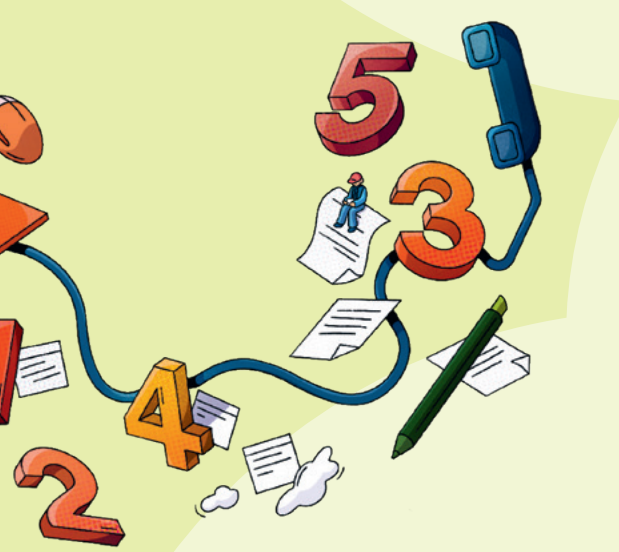
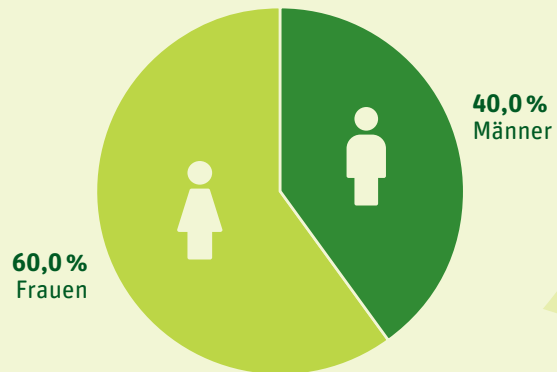
45,0%
Erstbegutachtungen



Begutachtungen nach Geschlecht



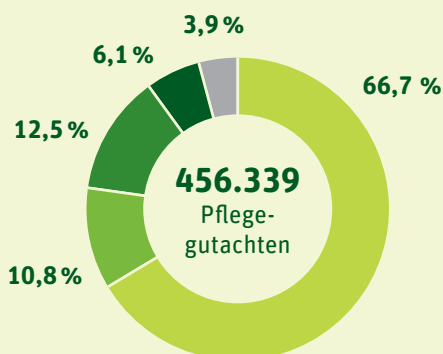
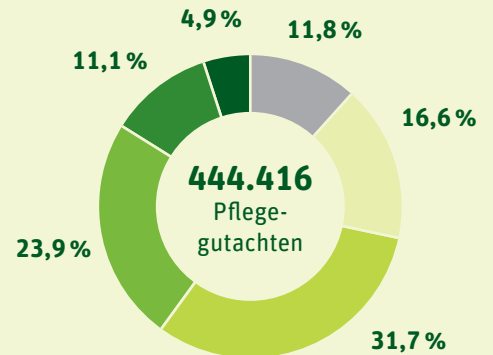
416.120
Begutachtungen von
Erwachsenen ab 18 Jahren



Ergebnis der Gutachten

(nur Gutachten zur Pflegebedürftigkeit)

- kein Pflegegrad
- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5

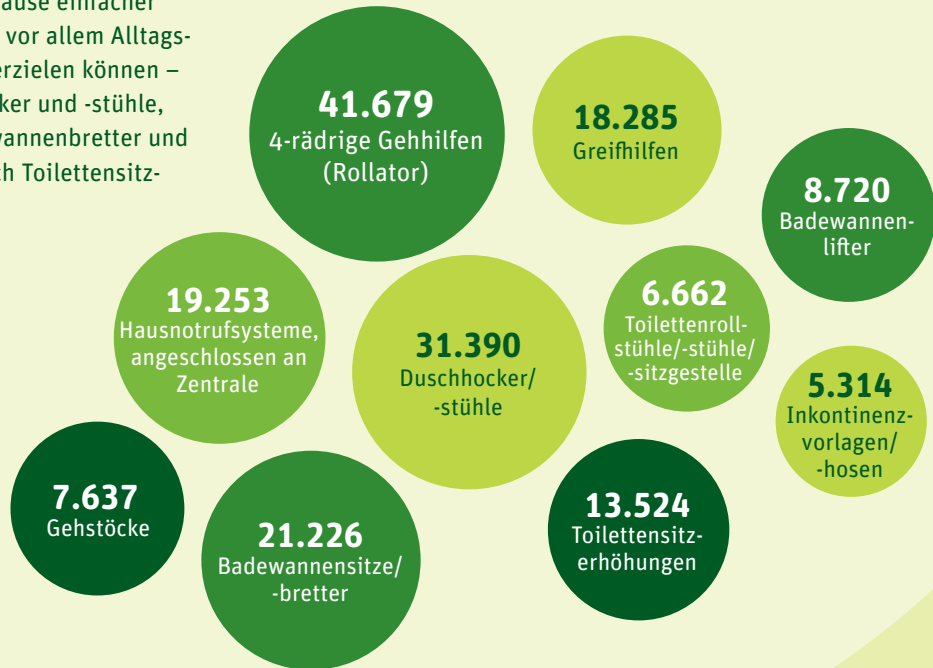


Beantragte Leistungen

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

Häufigste Hilfsmittel-Empfehlungen

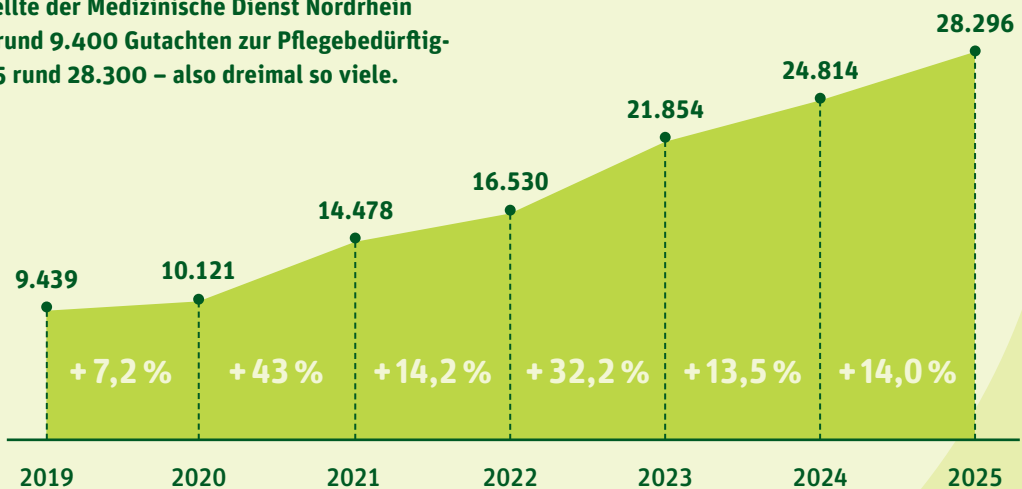
Pflegehilfsmittel dienen dazu, den Alltag von Pflegebedürftigen zu Hause einfacher zu gestalten. Dabei sind es vor allem Alltags-helfer, die große Wirkung erzielen können – etwa Rollatoren, Duschhocker und -stühle, Hausnotrufsysteme, Badewannenbretter und -lifter, Greifhilfen, aber auch Toilettensitz-erhöhungen.



Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen

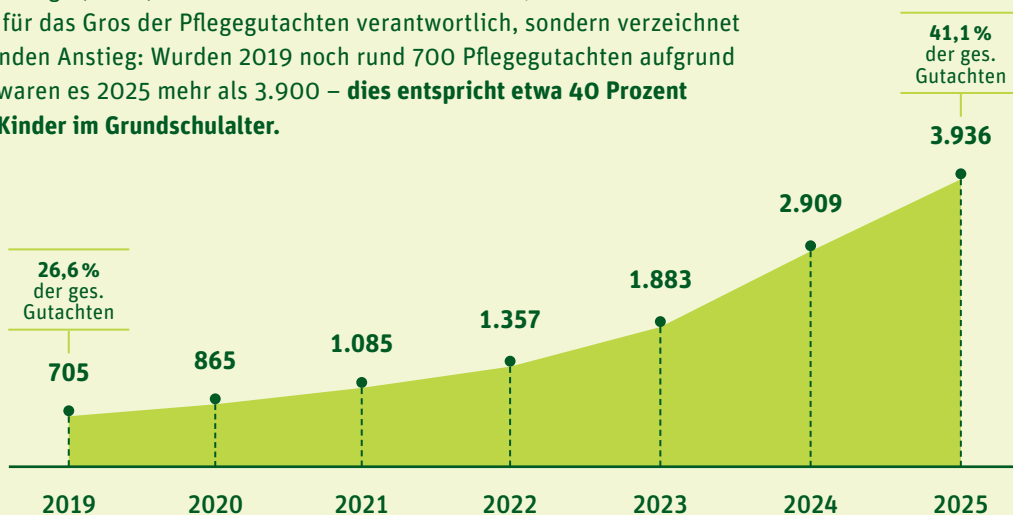
Gutachten bei Kindern und Jugendlichen bis zu 17 Jahren

Die Zahl der erstellten Pflegegutachten hat bei Kindern und Jugendlichen innerhalb der vergangenen Jahre erheblich zugenommen. **Erstellte der Medizinische Dienst Nordrhein im Jahr 2019 noch rund 9.400 Gutachten zur Pflegebedürftigkeit, waren es 2025 rund 28.300 – also dreimal so viele.**



Hyperkinetische Störungen bei Kindern zwischen 7 und 10 Jahren

Hinter hyperkinetischen Störungen verbirgt sich fast immer die „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (ADHS). Bei Kindern im Alter von 7 bis 10 Jahren ist diese Diagnose nicht nur für das Gros der Pflegegutachten verantwortlich, sondern verzeichnet auch einen auffallenden Anstieg: Wurden 2019 noch rund 700 Pflegegutachten aufgrund von ADHS erstellt, waren es 2025 mehr als 3.900 – dies entspricht etwa 40 Prozent der begutachteten Kinder im Grundschulalter.



Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen

3.208

Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen

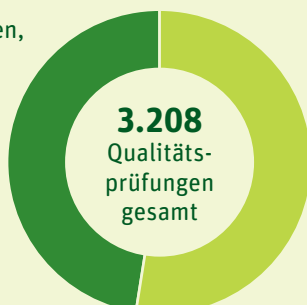
Bei der Qualitätsprüfung in einer Pflegeeinrichtung geht es dem Medizinischen Dienst vor allem um eine gute Pflege und medizinische Betreuung. **Wie gut werden die pflegebedürftigen Menschen tatsächlich gepflegt?**

1.519

stationäre Prüfungen,

davon

530 in Tagespflegeeinrichtungen



1.689

ambulante Prüfungen,

davon

20 Prüfungen

Außerklinische Intensivpflege (AKI)



85 Anlassprüfungen

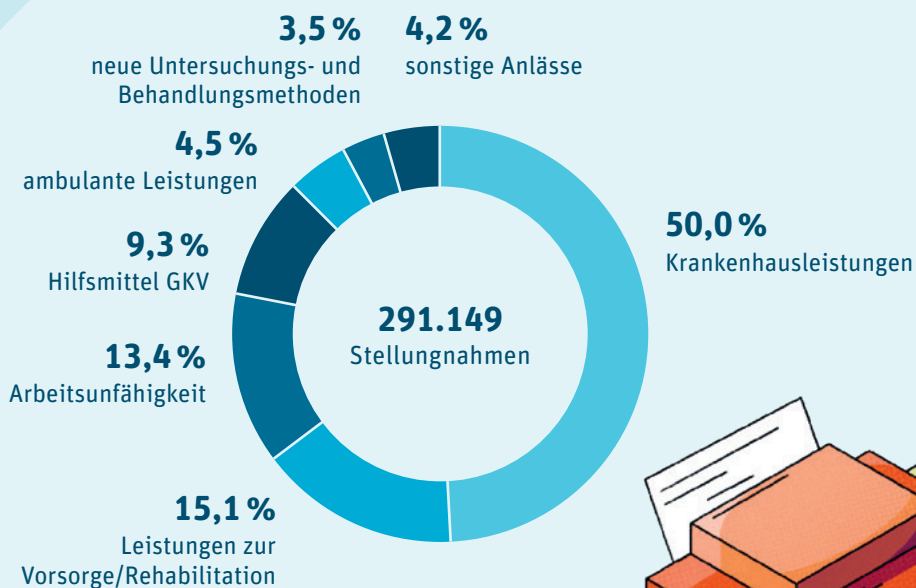
wurden 2025 aufgrund von Beschwerden oder Hinweisen auf Missstände in Pflegeheimen durchgeführt.

Krankenversicherung



291.149

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



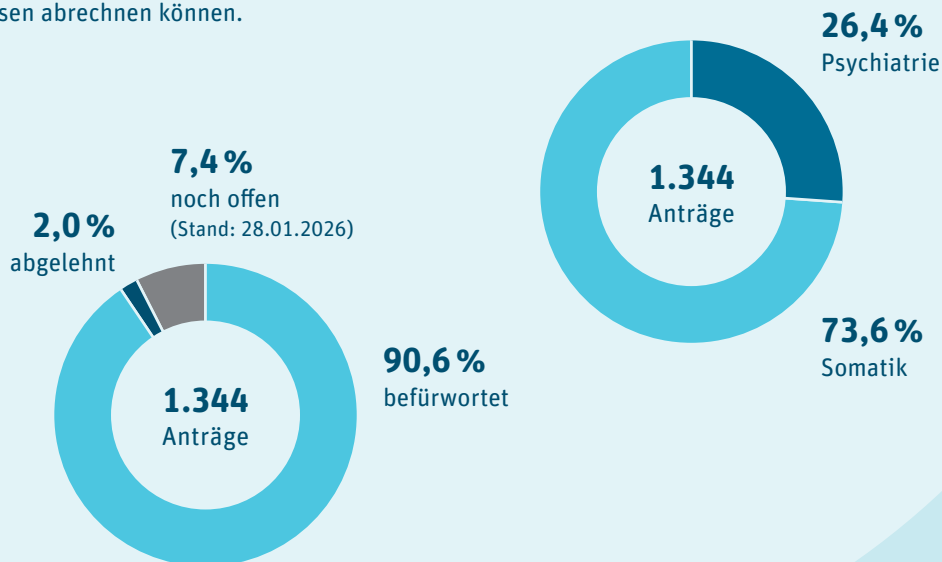
Krankenhaus-Strukturprüfungen



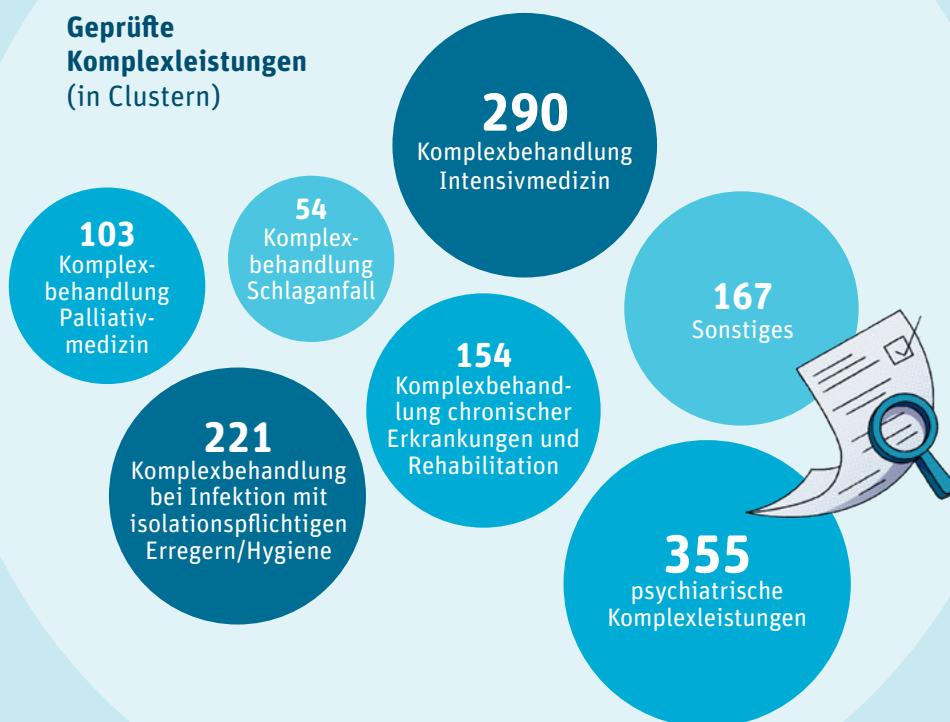
1.344

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.



Gepürfte Komplexeleistungen (in Clustern)



Qualitätskontrollen im Krankenhaus

94

Qualitätskontrollen hat der Medizinische Dienst Nordrhein im Jahr 2025 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.

34 Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern



19 Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie



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



12 QSFFx-RL (hüftgelenknahe Femurfraktur)



3 Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion bei schwerem Lungenemphysem



2 Exagamglogen Autotemcel bei Beta-Thalassämie und Sichelzellerkrankung



2 Gentherapeutika zur Behandlung der Hämophilie



2 Liposuktion bei Lipödem im Stadium III



2 Onasemnogen-Abeparvovec bei spinaler Muskelatrophie



2 Tabelecleucel bei EBV-positiven Posttransplantationslymphomen



1 KiHe-RL (Kinderherzchirurgie)



1 QFR-RL (Früh- und Reifgeborene)



Krankenhausabrechnungen

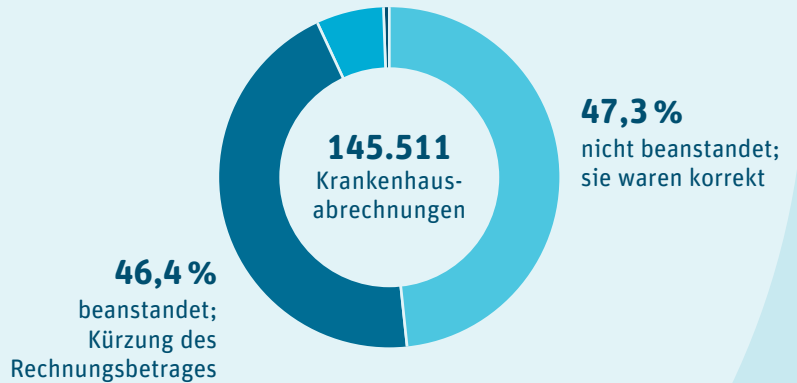
145.511

Krankenhausabrechnungen hat der Medizinische Dienst Nordrhein geprüft, **52,7 Prozent** hiervon wurden beanstandet. Die Prüfquote lag im Durchschnitt bei **8,7 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 ...

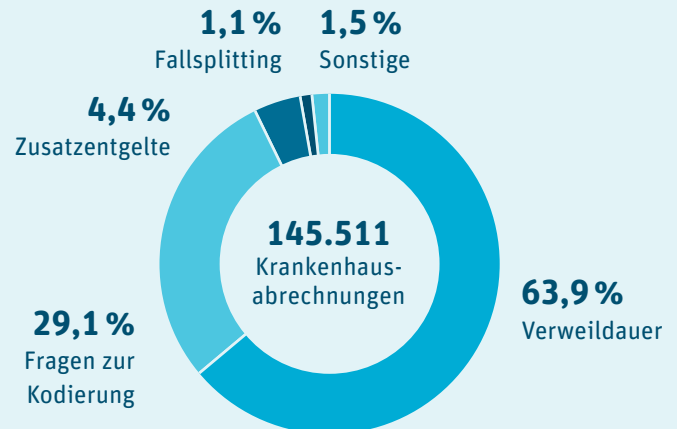
5,9 % beanstandet; keine Änderung des Betrages
0,4 % beanstandet; Erhöhung des Rechnungsbetrages



Die Rechnungskürzungen beliefen sich auf **150,7 Mio. Euro**



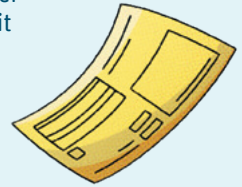
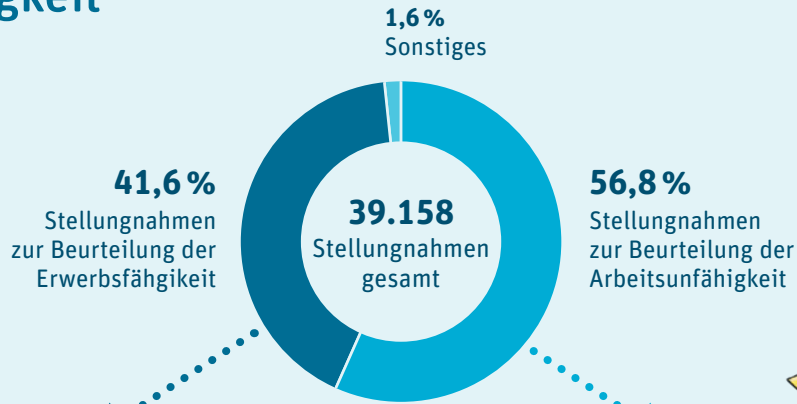
Inhalte der Abrechnungsprüfung



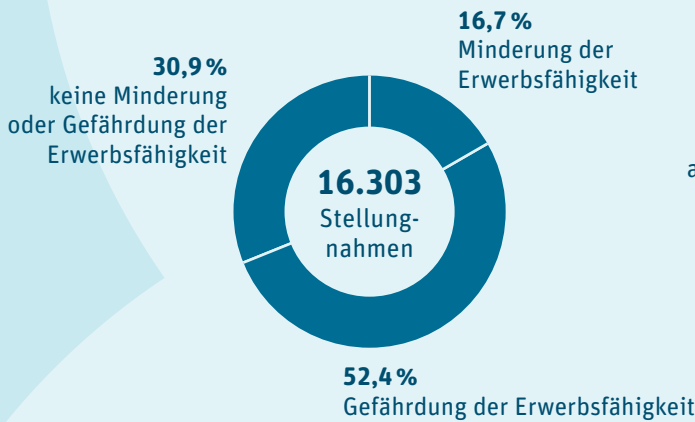
Arbeitsunfähigkeit

39.158

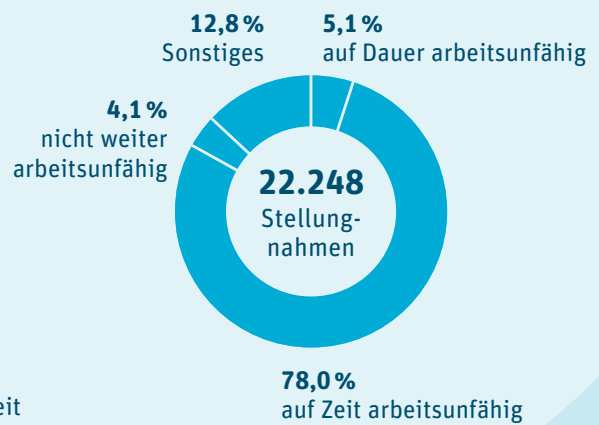
Stellungnahmen zur aktuellen Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsfähigkeit von Versicherten



Beurteilung der Erwerbsfähigkeit



Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit



Vorsorgeleistungen

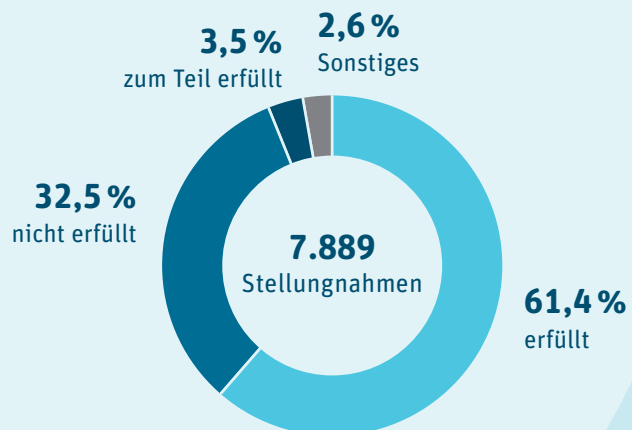
7.889

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

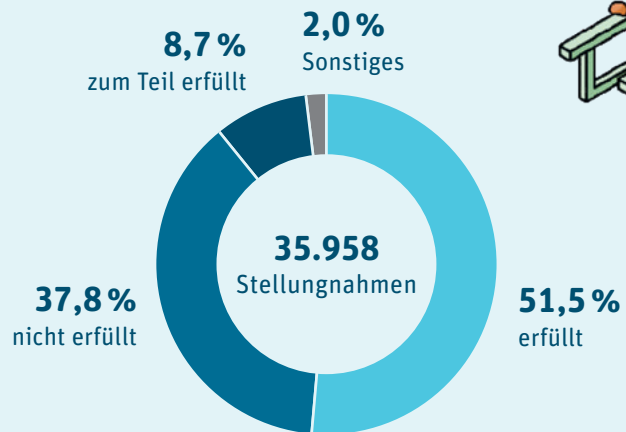
35.958

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

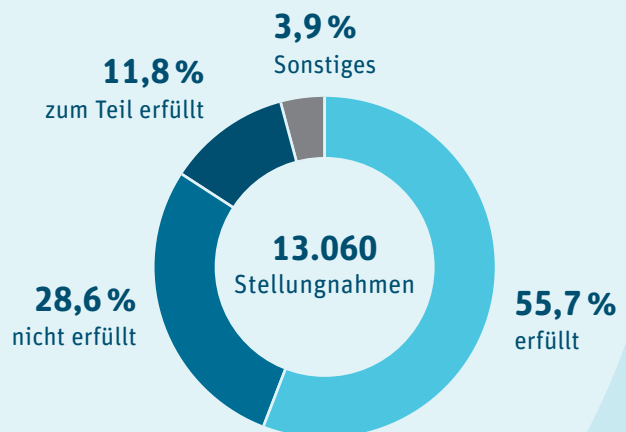
13.060

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

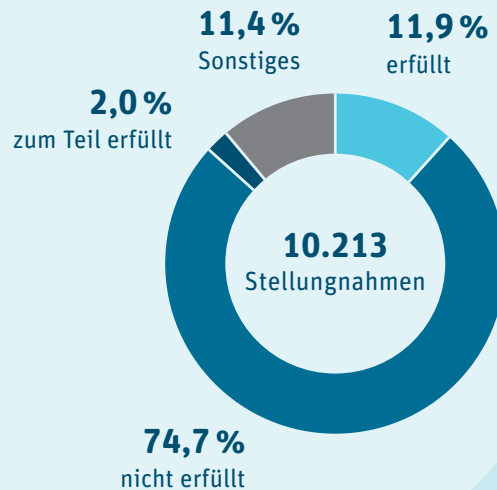
10.213

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

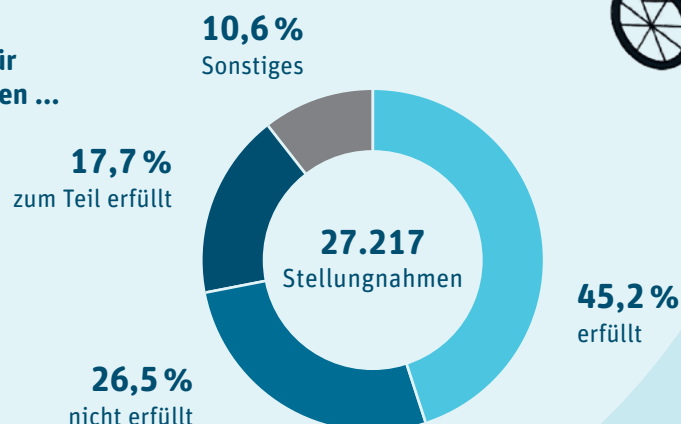
27.217

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

1.238

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 ...

71,7%
nicht bestätigt



406

Vorwürfe betrafen ambulante Behandlungen

63,3% wurden nicht bestätigt
36,7% wurden bestätigt

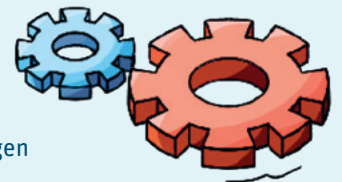


3 Vorwürfe betrafen Rettungsdienst/
Krankentransport

829

Vorwürfe betrafen stationäre Behandlungen

75,8% wurden nicht bestätigt
24,2% wurden bestätigt



Die **fünf medizinischen Fachgebiete** mit den meisten Vorwürfen

376

Orthopädie und Unfallchirurgie

270 nicht bestätigt

106 bestätigt



121 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

103 nicht bestätigt

18 bestätigt

102 Zahnmedizin

53 nicht bestätigt

49 bestätigt

61 Allgemeinchirurgie

42 nicht bestätigt

19 bestätigt

58 Anästhesiologie

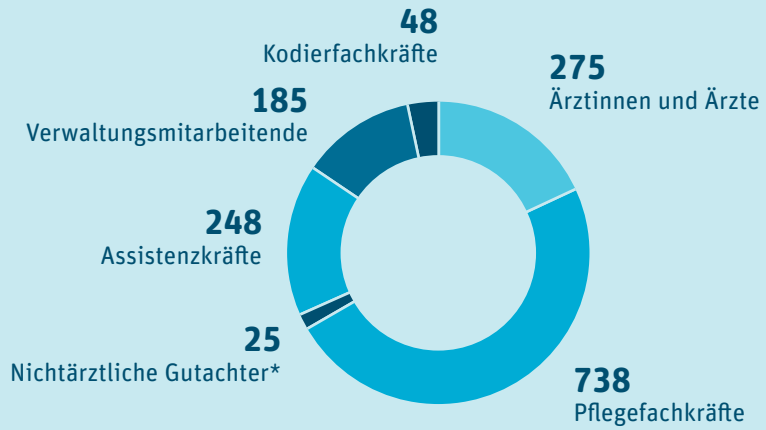
37 nicht bestätigt

21 bestätigt

Personal

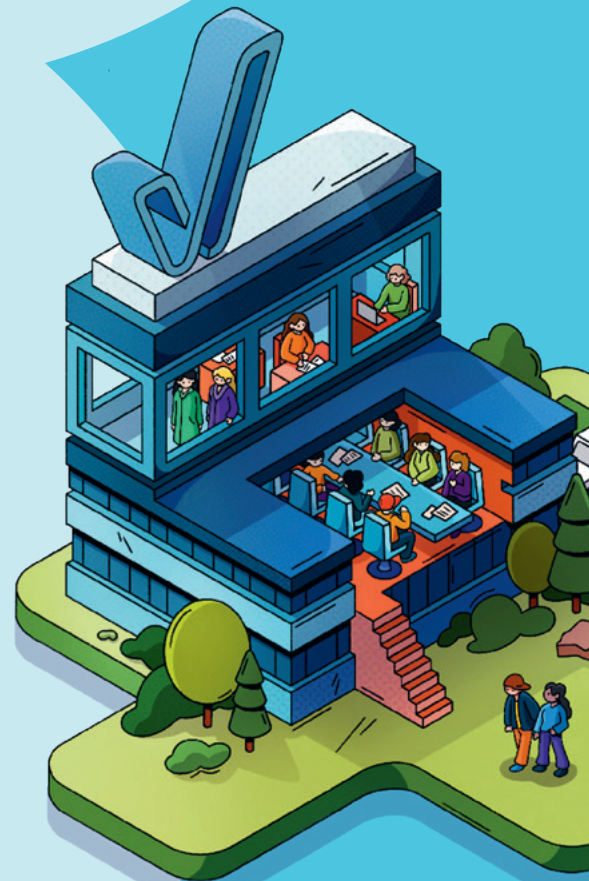
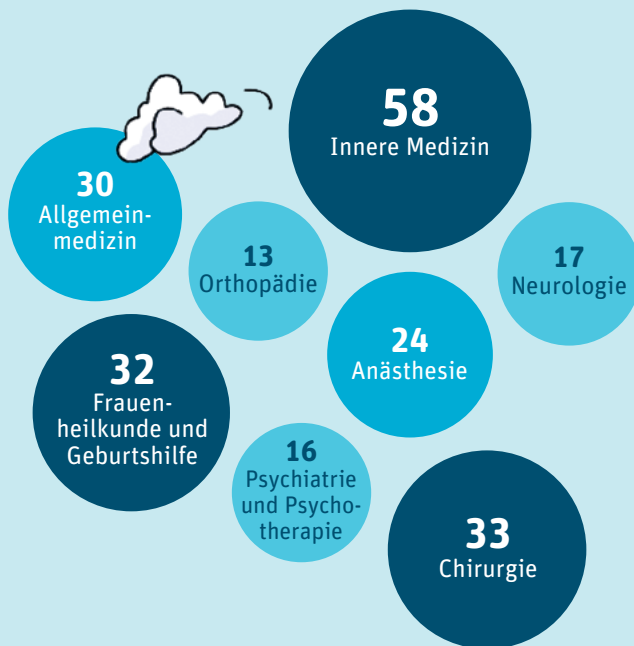
1.519

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind insgesamt beim Medizinischen Dienst Nordrhein beschäftigt. (Stand 31.12.2025)



* darunter 3 Apotheker/-innen, 1 Methodenwissenschaftler, 3 Orthopädiemechanikermeister/-innen, 5 Orthopädiemechaniker, 1 Orthopädieschuhmachermeisterin, 12 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

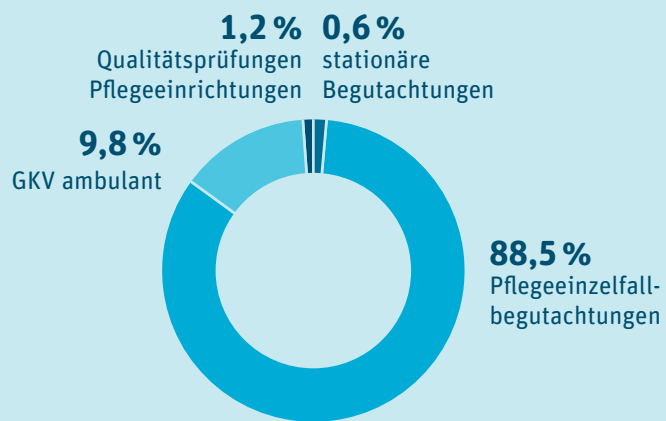
Im Medizinischen Dienst Nordrhein arbeiten täglich viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Hand in Hand, **um Anliegen möglichst schnell und kompetent bearbeiten zu können.**

353
Lob



729
Kritik

729 Kritiken haben den Medizinischen Dienst Nordrhein zu den verschiedenen Arbeitsbereichen erreicht.



Bearbeitungsdauer
10 Arbeitstage per Brief/E-Mail
4 Arbeitstage per Telefon



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)
Birgit Corsmeier
Ursula von Velsen
Carsten Frowein
Julia Schmidt

Gestaltung

fountain studio, www.fountainstudio.de

Fotografie

Oliver Tjaden, www.olivertjaden.de
KaPe Schmidt, www.kapeschmidt.com

Illustration

Sonja Hamann, www.sonjahamann.com

Druck

Druckstudio GmbH, www.druckstudiogruppe.com

Sonstige Bildquellen

| | |
|--|---|
| amazing studio – stock.adobe.com | kasto – stock.adobe.com |
| arlee – stock.adobe.com | Liami – stock.adobe.com |
| CasarsaGuru – istockphoto.com | Lightfield Studios – stock.adobe.com |
| CHW – stock.adobe.com | Louis-Paul Photo – stock.adobe.com |
| Dan Race – stock.adobe.com | M.Dörr & M.Frommherz – stock.adobe.com |
| FredFroese – istockphoto.com | olaser – istockphoto.com |
| Graphic Studio – stock.adobe.com | olly – stock.adobe.com |
| Halfpoint – stock.adobe.com | Photographee.eu – stock.adobe.com |
| irissca – stock.adobe.com | rangizzz – stock.adobe.com |
| JackF – stock.adobe.com | Robert Kneschke – stock.adobe.com |
| Jn – stock.adobe.com | rtvistlive – stock.adobe.com |
| Johan Larson – stock.adobe.com | wedmoments.stock – stock.adobe.com |
| Julia Kuznetsova – istockphoto.com | WesJVR/peopleimages.com – stock.adobe.com |
| karandaev – istockphoto.com | Your Stocks – stock.adobe.com |



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



Medizinischer Dienst Nordrhein

6.404.067 Versicherte
der Kranken- und Pflegekassen

Über **1.500**
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