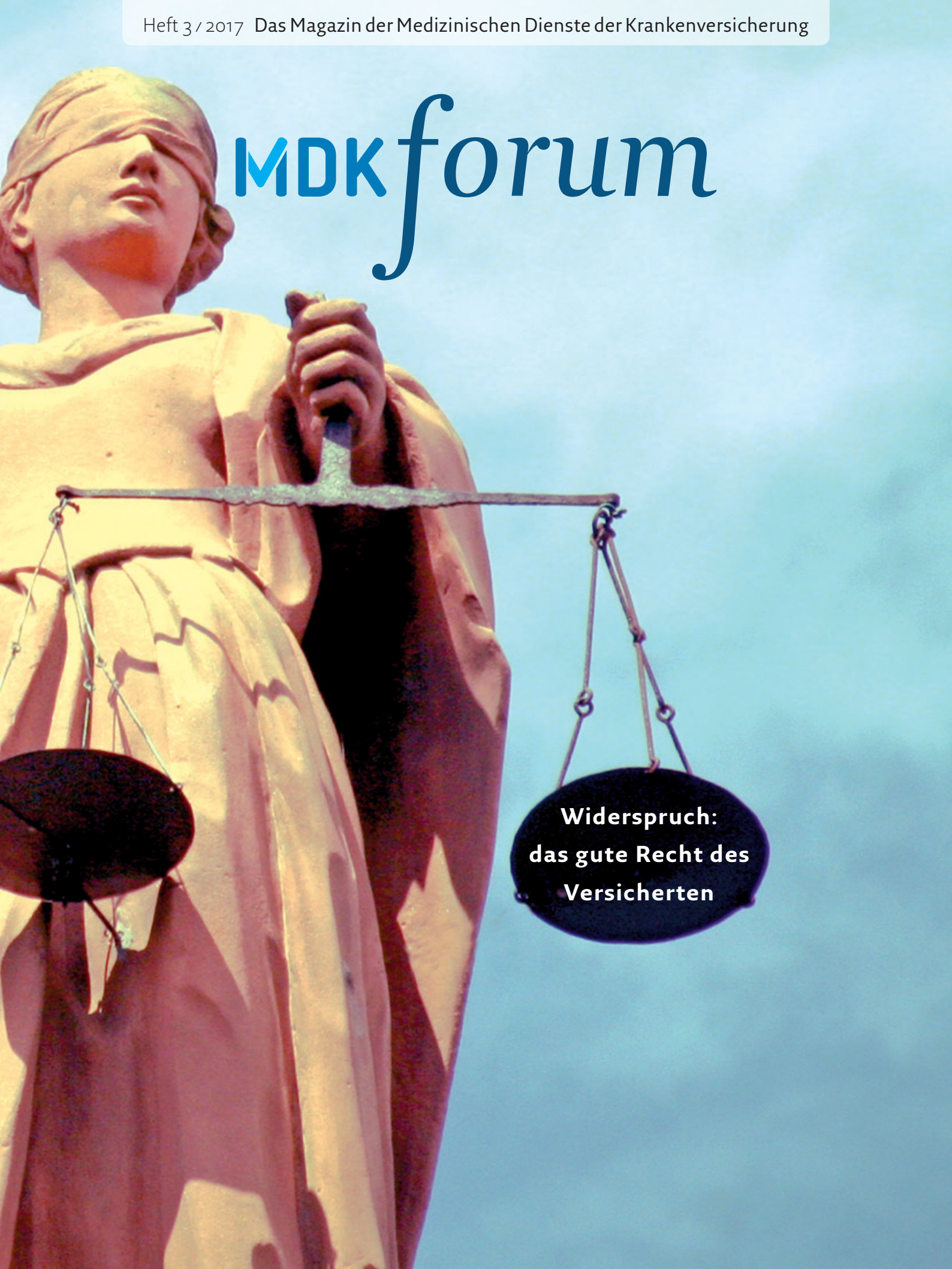


# MDKforum



**Widerspruch:  
das gute Recht des  
Versicherten**

Liebe Leserin, lieber Leser,

das System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung hat eine lange Tradition und hat sich seit Jahren bewährt, steht es doch für eine Vielzahl an qualitätsgesicherten Leistungen und eine hohe Versorgungsqualität. Und so verwundert es nicht weiter, dass die große Mehrheit der siebenzig Millionen gesetzlich Versicherten hierzulande mit ihrer Krankenkasse zufrieden ist. Sollten die Versicherten dennoch einmal nicht mit einer Entscheidung ihrer Kasse einverstanden sein – zum Beispiel, weil eine bestimmte Behandlung nicht bezahlt werden soll –, haben sie das gute Recht, Widerspruch einzulegen. Was genau bedeutet das? An wen muss sich der Versicherte wenden? Was tun die Krankenkassen? Welche Rolle spielen die Medizinischen Dienste? Beim aktuellen Schwerpunkt des MDK forums dreht sich alles um die Widersprüche. Mit dem Anspruch »Wer Qualität prüft, muss auch Qualität bieten« zeigen wir außerdem, auf welche Weise die Medizinischen Dienste Qualitätssicherung betreiben. Und wir stellen das Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie des GKV-Spitzenverbandes und der MDK-Gemeinschaft vor. Last but not least berichten wir über eine Nürnberger Kinderärztin, die seit Jahren mit *Ärzte ohne Grenzen* dort Hilfe leistet, wo die Not besonders groß ist.

Haben Sie viel Freude beim Lesen und kommen Sie gut durch den Herbst.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



## Aktuell

Die Gute Frage **Sind hundert Jahre die neuen achtzig? 1**

**Kurznachrichten 3**

Auch das noch: **Freispruch für den Struwwelpeter 32**

## Titelthema

**Widerspruch: das gute Recht des Versicherten 5**  
**Wenn der Versicherte anderer Auffassung ist ... 8**

**Mit viel Erfahrung und Know-how 10**

**Im Zweifel entscheidet der Widerspruchsausschuss 12**

Interview **(Sozial-)Recht haben und Recht bekommen 14**

Warum gute Gutachten wichtig sind **Im Namen des Volkes 16**

## Wissen & Standpunkte

Kompetenz-Centrum Psychiatrie/Psychotherapie

**Sachverstand für Seelenfragen 18**

**Qualität entscheidet 20**

**Auf dem (eigenen) Prüfstand 21**

Arzneimittelversorgung **MDK Nord entwickelt**

**Alternative zu Arzneimittel-Richtgrößen 22**

Reha vor und bei Pflege »Luft nach oben« bei der **Reha von Pflegebedürftigen 23**

## Gesundheit & Pflege

Elektronische Behandlungsinformation **Funktionierende Kommunikation über die Sektorengrenzen 24**

Schulgesundheitsfachkräfte **Vom Brotdosencheck bis zur Stressprävention 26**

## Weitblick

Echtzeit-MRT **Der Transrapid in der Bildgebung? 28**

Medizinische Nothilfe in Krisengebieten **Helfen, aber behutsam 30**

# Sind 100 Jahre die neuen 80?

MDK forum Heft 3/2017

In Zukunft werden viel mehr Menschen hundert Jahre und älter sein als heute. Hundertjährige leiden an weniger und anderen Krankheiten als jüngere Hochbetagte. Dr. Paul Gellert, Psychologe am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Charité Universitätsmedizin Berlin, erläutert, warum es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl von Krankheiten und dem Lebensalter gibt.

## Warum leiden Hundertjährige oft an weniger Krankheiten als jüngere Hochbetagte?

Generell ist es so, dass ein höheres Alter mit steigender Krankheitslast verbunden ist. Aber es gibt Hinweise, dass Hundertjährige an einer geringeren Anzahl von Erkrankungen leiden. Vor allem, wenn man sie mit Achtzig- oder Neunzigjährigen vergleicht. Das haben wir in einem aktuellen Forschungsprojekt festgestellt, bei dem wir Routineabrechnungsdaten der Kranken- und Pflegeversicherung Knappschaffung ausgewertet und uns die Krankheitsverläufe angesehen haben. Demnach leiden zwei von drei Hundertjährigen an Bluthochdruck und Demenz, rund jeder zweite an Herzinsuffizienz und an Erkrankungen des Bewegungsapparats. Die meisten Menschen in diesem Alter sind auf Pflegeleistungen, vor allem im Heim, angewiesen. Das ist auch nicht verwunderlich. Ein Grund für die Langzeitpflege ist oft die demenzielle Erkrankung. Häufig fehlt es aber auch an Angehörigen, die pflegen könnten: Hundertjährige sind oft verwitwet und die Kinder nähern sich häufig bereits selbst dem achtzigsten Lebensjahr.

## Was unterscheidet Hundertjährige von Neunzig- oder Achtzigjährigen?

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Anzahl der Erkrankungen bei Personen, die mit hundert Jahren und älter verstarben, niedriger war. Auch der Zuwachs an Krankheiten in den letzten Jahren vor dem Tod fiel weniger stark aus als bei denjenigen, die mit achtzig oder neunzig Jahren verstarben. Bezieht man die im hohen Alter häufigen demenziellen Erkrankungen sowie Muskelskeletterkrankungen in die Auswertung ein, weist knapp die Hälfte der hundertjährig Verstorbenen fünf oder mehr Erkrankungen auf, wobei bereits

mehr als 60% der neunzigjährig Verstorbenen und 66% der achtzigjährig Verstorbenen auf dieselbe Anzahl an Erkrankungen kommt.

## Leiden die verschiedenen Altersgruppen an unterschiedlichen Krankheiten?

Ja, Hundertjährige leiden oft an demenziellen Erkrankungen und Herzinsuffizienz. Bei den jüngeren Hochaltrigen sind Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Niereninsuffizienz und chronische Erkrankungen häufiger. Muskelskeletterkrankungen sind in allen Gruppen ähnlich häufig vertreten. Hohes Alter und die Anzahl der Erkrankungen sind durchaus miteinander verbunden. Das Ausmaß muss allerdings differenziert betrachtet werden.

## Kann man von der reinen Anzahl der Krankheiten auf den Gesundheitszustand schließen?

Das ist natürlich nur sehr bedingt möglich. Sicher ist die Anzahl der Erkrankungen ein Indikator für den allgemeinen Gesundheitszustand einer Gruppe von Personen. Dennoch ist das Zusammenspiel von Schweregrad und Therapieoptionen entscheidend und sollte in künftigen Studien, die über die reine Analyse von Routinedaten hinausgehen, berücksichtigt werden.

## Was bedeutet »Kompression der Erkrankungshäufigkeit«?

In der Auseinandersetzung mit alternden Gesellschaften spricht man von der These einer Kompression der Erkrankungshäufigkeit, das heißt, der Beginn altersassoziierter Erkrankungen und Behinderungen wird immer weiter ins

hohe Alter verschoben, also komprimiert. Ein Beispiel: Wenn ein Achtzigjähriger an einer chronischen Erkrankung verstirbt, die er mit siebzig Jahren erworben hat, dann hat er zehn Jahre damit gelebt. Stirbt ein Hundertjähriger an einer Erkrankung, an der er mit neunzig Jahren, also ebenso vor zehn Jahren, erkrankte, so kann man von einer relativen Kompression der Erkrankungshäufigkeit sprechen: Der Achtzigjährige hat sieben von acht, der Hundertjährige neun von zehn Dekaden gesund gelebt.

### Sind Hundertjährige ein Vorbild für gesundes Altern? Und wenn ja, inwiefern?

Alter wird immer noch zu häufig mit negativen Altersbildern assoziiert. Die Hundertjährigen dagegen stehen für viele Menschen für eine Gewinnthematik im Alter: Auch wenn sie mit Verlusten konfrontiert werden, so gelten sie als Vorbilder guten Alterns. Dennoch haben die Hundertjährigen jüngst etwas von ihrem Glanz verloren. Der Fokus der Forschung zu den Grenzen der menschlichen Lebensspanne hat längst die Hundertzjährigen erreicht. Die Hundertjährigen sind inzwischen ein bisschen Normalität geworden. Aber auch wenn die Hundertjährigen später erkranken als Achtzigjährige – die Mehrheit der Hundertjährigen altert nicht gesund.

### Ist es Zufall, ob jemand hundert Jahre und älter wird, oder gibt es Einflüsse, die ein langes Leben begünstigen?

Tatsächlich wurden familiäre und regionale Häufungen von Hundertjährigen gefunden, was zumindest teilweise auf

#### Dr. Paul Gellert



genetische Einflüsse zurückzuführen ist. Lebensstilfaktoren wie gesunde Ernährung und der Zugang zu guter medizinischer Versorgung erhöhen die Wahrscheinlichkeit für ein langes Leben. Das sieht man an Italien und Japan – beides sind Länder mit hoher Lebenserwartung und einem großen Anteil an Hundertjährigen. Letztlich steigt die Zahl der Hundertjährigen aber schlicht auch mit der Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung, so dass sich eben auch die Lebenserwartung Langlebiger in die hundert Jahre hineinverschiebt.

### Bleiben die Menschen grundsätzlich länger gesund als noch vor ein paar Jahren?

Das ist zumindest eine Annahme, die häufig vertreten wird und die auch der These der Kompression der Erkrankungshäufigkeit entspricht. Blutdruck und viele Herz-Kreislauf-Erkrankungen können auch viel besser behandelt werden, als das noch vor Jahren der Fall war. Viele Menschen können trotz Erkrankung relativ selbstständig und uneingeschränkt leben. Generell ist der funktionale Status von Personen in einem bestimmten Alter über die letzten Jahrzehnte gestiegen. Die steigende Zahl der an Diabetes mellitus Typ 2 Erkrankten ist ein Beispiel für einen gegenläufigen Trend.

### Welche Schlüsse ziehen Sie aus Ihrer Studie für die künftige Gesundheitsversorgung?

Es lässt sich ableiten, dass hohes Alter und Morbidität miteinander verbunden sind. Das Ausmaß muss aber differenziert betrachtet werden. Die Ergebnisse können im Licht einer Kompression der Morbidität gesehen werden und unterstreichen die Vorstellung von Hundertjährigen als selektive Gruppe. Das Erreichen eines Lebensalters von hundert Jahren scheint zumindest unwahrscheinlicher zu sein mit dem Vorhandensein von Mehrfacherkrankungen. Hundertjährig zu sein, ist häufig mit Langzeitpflege verbunden. Die Erforschung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung Hundertjähriger ist zwar wenig vorhanden. Sie hat aber großes Potenzial. Die Hundertjährigen können zunehmend als – auch zahlenmäßig – relevante Gruppe gesehen werden. Das gilt nicht erst in Zukunft, sondern schon jetzt. Mit Blick auf die Babyboomer-Generation, die das Rentenalter erreicht, kann diese Gruppe als Brennglas für nahende Entwicklungen und Herausforderungen für unser Gesundheitssystem und unsere Gesellschaft angesehen werden.

*Das Interview führte Michaela Gehms*

# Kurznachrichten

## Ultraschall zur Früherkennung bei Prostatakrebs

Zur Früherkennung von Prostatakrebs wird neben dem PSA-Test auch eine Ultraschall-Untersuchung als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten. Diese hat der IGeL-Monitor jetzt mit »tendenziell negativ« bewertet, da es zu dieser Untersuchung keine wissenschaftlichen Studien zu Nutzen und Schaden gibt, derartige Untersuchungen jedoch immer schaden können. Generell ging es nicht darum, den Wert des Ultraschalls zur Abklärung von Prostatabeschwerden oder von auffälligen Befunden, zur Diagnose von Prostatakrebs oder zur Kontrolle einer Prostatatherapie zu bewerten. Vielmehr wollten die Wissenschaftler des IGeL-Monitors herausfinden, welchen Nutzen und Schaden beschwerdefreie Männer erwarten können, wenn sie ihre Prostata zur Früherkennung von Krebs mit Ultraschall untersuchen lassen. Auch wenn eine Ultraschall-Untersuchung selbst nicht schädlich ist, sind aus anderen Studien indirekte Schäden bekannt, die höchstwahrscheinlich auch beim transrektalen Ultraschall zur Prostatakrebs-Früherkennung auftreten, resümiert das Team des IGeL-Monitors. Als indirekte Schäden nennt der IGeL-Monitor die Konsequenzen von Fehlalarmen, übersehenen Tumoren und Übertherapien, die sich aus einer Ultraschall-Untersuchung ergeben können. Mehr Infos unter [www.igel-monitor.de](http://www.igel-monitor.de)

## Seminarprogramm des MDS 2018

Über die Fort- und Weiterbildungsangebote des kommenden Jahres im Medizinischen Dienst informiert das neue Seminarprogramm des MDS 2018, das ab Oktober unter [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de) online abgerufen werden kann. Das Programm umfasst zahlreiche Grundlagen- und Spezialseminare für die Beschäftigten der MDK-Gemeinschaft, für ärztliche Gutachter und Pflegefachkräfte. Neben den bewährten *Klassikern* gibt es auch im nächsten Jahr wieder gänzlich neue Angebote und Themen. Die Fortbildungsveranstaltungen sollen nicht nur sozialmedizinische/pflegefachliche Kompetenz vermitteln, sondern ebenso Raum für den gegenseitigen Austausch und die Vernetzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bieten.

## Weniger Bürokratie in der Pflege

Das Projekt [www.Ein-Step.de](http://www.Ein-Step.de), mit dem in ambulanten Diensten und Pflegeheimen bundesweit eine vereinfachte Pflegedokumentation eingeführt wurde, ist ein voller Erfolg. Inzwischen nimmt daran jede zweite der bundesweit 11 550 Pflegeeinrichtungen teil. Die von vielen Pflegekräften häufig beklagte Belastung durch ausufernde Dokumentation konnte durch die konstruktive Zusammenarbeit von Akteuren aus Pflege, Heimaufsicht und Medizinischen Diensten überwunden werden.

Die Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung Ingrid Fischbach hat das Projekt zu Ende Oktober an die Trägerverbände der Pflege übergeben. »Das Projekt ist das erfolgreichste Entbürokratisierungsprojekt in der Pflege, das es jemals gegeben hat. Das unsinnige Häkchenmachen im Pflegebericht hat endlich ein Ende. Pflegende werden entlastet und gewinnen mehr Zeit für ihre eigentlichen Pflegeaufgaben. Jetzt kommt es darauf an, die Umstellung auf die vereinfachte Dokumentation in den Einrichtungen konsequent voranzutreiben«, sagte Fischbach.

Der ehemalige Pflegebevollmächtigte Karl-Josef Laumann hatte das Projekt initiiert und an das IGES-Institut als Projektbüro übergeben. Unter der Leitung von Elisabeth Beikirch, ehemalige Ombudsfrau Pflege, wurden einheitliche Schulungsunterlagen und Leitfäden erstellt. Mehr als 800 Multiplikatoren der Trägerverbände wurden geschult. Darüber hinaus wurden auch die Medizinischen Dienste und Heimaufsichten geschult. An den Schulungen wirkten die Medizinischen Dienste aktiv mit. Laumann stellte als wesentlichen Erfolgsfaktor das Engagement der Medizinischen Dienste heraus, die das Projekt bundesweit konstruktiv unterstützt und begleitet haben. Die MDK-Qualitätsprüfungen würden von den Einrichtungen als kooperatives Beratungsangebot wahrgenommen. Das Projekt habe vieles erleichtert und klargestellt. Denn früher sei in einigen Einrichtungen viel zu viel dokumentiert worden, was weder von den Trägern noch vom MDK gefordert worden sei.

Der Dialog und die Zusammenarbeit aller Beteiligten sind wichtig – das machte auch Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, deutlich: »Das Projekt hat gezeigt, dass gemeinsame sachorientierte Lösungen auf der Grundlage eines fach-

lichen Dialogs entwickelt werden können, wenn daraus ein Nutzen für alle Beteiligten entsteht. Die guten Erfahrungen aus dem Projekt sollten auch für andere Themen in der Pflege genutzt werden. Der fachliche Diskurs ist wertvoll und er muss weiterentwickelt werden.«

Auch die Medizinischen Dienste bewerten das Projekt zur Entbürokratisierung, das sie von Anfang an unterstützend begleitet haben, positiv: »Die Medizinischen Dienste als Prüfinstitution haben ein großes Interesse daran, ein allgemein akzeptiertes Niveau für eine qualitative und fachlich hochwertige Pflegedokumentation festzulegen. Die Pflegeeinrichtungen sollen nicht für den MDK oder andere Prüfer dokumentieren, sondern sie sollen auf der Basis der eigenen Fachlichkeit entscheiden, wie sie am besten dokumentieren, um bestmögliche Pflegequalität zu erreichen«, erläuterte Bernhard Fleer, Seniorberater Pflege beim MDK, der das Projekt von Anfang an begleitet hat.

## Begutachtungsanleitung Cannabis

Am 29. August 2017 hat der GKV-Spitzenverband die neue Begutachtungsanleitung *Sozialmedizinische Begutachtung von Cannabinoiden* als Richtlinie erlassen. Sie ist für die Medizinischen Dienste sowie die Krankenkassen und ihre Verbände verbindlich. Hintergrund ist das am 10. März 2017 in Kraft getretene *Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften*, das den Einsatz von Cannabisarzneimitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung als Therapiealternative im Einzelfall bei Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen regelt. Die Erstverordnung ist von den Krankenkassen zu genehmigen. Diese können – um sozialmedizinische Fragen zu klären – den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einschalten.

Die jetzt vorliegende Begutachtungsanleitung konkretisiert die Aufgaben und Zuständigkeiten auf Grundlage der gesetzlichen Vorgaben und ermöglicht so eine gemeinsame und einheitliche Vorgehensweise bei der Begutachtung entsprechender Anträge auf Kostenübernahme. Infos auch unter [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

### Pflegeinnovationszentrum gestartet

Mit dem Ziel, innovative Lösungen zur Unterstützung von Pflegebedürftigen und Pflegekräften im Alltag zu entwickeln, ist am Informatikinstitut OFFIS in Oldenburg ein bundesweit bisher einmaliges Pflegeinnovationszentrum (PIZ) an den Start gegangen. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert das Projekt in den nächsten fünf Jahren mit Forschungsgeldern in Höhe von 20 Millionen Euro. Das PIZ wird ab 2018 gemeinsam mit vier Pflegepraxiszentren in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin und Niedersachsen ein großes Pflegecluster bilden und einen engen Austausch zwischen Praxis und Forschung ermöglichen. Unter anderem sollen hilfreiche digitale Assistenzsysteme im Alltag erprobt und weiterentwickelt werden.

### Gutachten zur Radiofrequenzbehandlung bei chronischen Schmerzen

Chronische Schmerzen sind weit verbreitet. Tendenz steigend. Doch welche Behandlungsmethode verspricht Erfolg? Im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes hat die Sozialmedizinische Expertengruppe Methoden- und Produktbewertung der MDK-Gemeinschaft die Evidenzlage zur *Spinalen epiduralen gepulsten Radiofrequenzbehandlung mit Multifunktionselektrode* in einem Gutachten bewertet. Es handelt sich um ein sogenanntes minimalinvasives Verfahren zur Schmerztherapie, bei der durch einen endoskopischen Eingriff die Schmerzleitung durch das Rückenmark zum Gehirn dauerhaft vermindert werden soll. Die dabei eingesetzten Multifunktionselektroden zeichnen sich dadurch aus, dass sie sowohl die Behandlung der betroffenen Nervenstrukturen mit gepulsten Hochfrequenzströmen als auch die Injektion von Medikamenten ermöglichen. In die Bewertung konnten lediglich zwei Studien (Vigneri 2014, Omar-Pasha 2011) eingeschlossen werden. Da die Studien methodisch stark limitiert und ihre Ergebnisse deshalb nur sehr eingeschränkt interpretierbar seien, lassen sich nach Einschätzung der Gutachter keine belastbaren Aussagen zum Nutzen bzw. Schaden des Verfahrens ableiten.

### Herzwochen 2017

»Das schwache Herz« lautet das Motto der diesjährigen bundesweiten Herzwochen, die vom 1. bis 30. November 2017 stattfinden. An der Aufklärungsaktion der Deutschen Herzstiftung beteiligen sich mehrere tausend Aktionspartner, darunter Krankenhäuser, Herzzentren, niedergelassene Kardiologen, Gesundheitsämter, Krankenkassen, Volkshochschulen, Apotheken und Betriebe. In mehr als 1000 Veranstaltungen, Vorträgen, Seminaren, bei Telefonaktionen und Gesundheitstagen informieren Herzspezialisten über Ursachen, Hintergründe, Diagnosen und Therapien bei Herzinsuffizienz. Infos auch unter [www.herzstiftung.de](http://www.herzstiftung.de)

### Urteil des LSG Bayern zur zahnmedizinischen Begutachtung

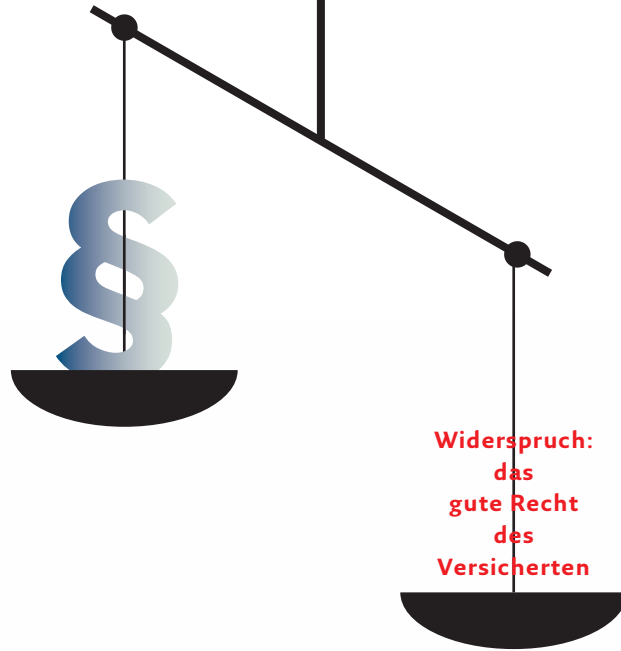
Für die Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen ist oftmals eine Begutachtung erforderlich. Hierfür schalten die Krankenkassen den MDK ein. Grundlage dafür ist das Sozialgesetzbuch. Im Bereich der Zahnmedizin existierte bereits vor Gründung der MDK im Jahr 1989 ein Begutachtungssystem. Es ist im Bundesmantelvertrag (BMV-Z, EKV-Z) zwischen den Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) geregelt. Die Krankenkassen beauftragen bei zahnmedizinischen Fragen entweder die *Vertragsgutachter* nach BMV-Z/EKV-Z oder den MDK mit der gutachtlichen Prüfung von Leistungsanträgen. Das Landessozialgericht (LSG) Bayern hat jetzt aufgrund von zwei Klagen entschieden, dass die Krankenkassen ausschließlich den MDK mit der Begutachtung von zahnmedizinischen oder kieferorthopädischen Leistungsfällen beauftragen dürfen. Die Beauftragung anderer Gutachter oder Gutachterdienste verstoße gegen die gesetzliche Aufgabenzuweisung an den MDK nach § 275 Abs. 1 SGB V (Urteile vom 27. 6. 2017 – LSKR 170/15 und LSKR 260/16). Das LSG Bayern hat eine Revision nicht zugelassen. Dagegen hat die beklagte Kasse Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt, über die das Bundessozialgericht entscheiden muss. Eine höchstrichterliche Rechtsprechung zum Gutachterverfahren, das die Krankenkassen mit der KZBV vereinbart haben, gibt es bislang nicht.

### Fehlzeiten-Report 2017

Der Krankenstand im Jahr 2016 ist im Vergleich zum Vorjahr mit 5,3% gleich geblieben. Das belegt der Fehlzeiten-Report, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (wido) im September vorgelegt hat. Jeder Beschäftigte hat im Durchschnitt 19,4 Tage aufgrund einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Betrieb gefehlt. Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen sind in den letzten 10 Jahren konstant gestiegen, sie nahmen um 79,3% zu. Ausfallzeiten wegen psychischer Erkrankungen dauerten mit 25,7 Tagen je Fall mehr als doppelt so lange wie der Durchschnitt mit 11,7 Tagen je Fall. Der Fehlzeiten-Report basiert auf Daten zur Arbeitsunfähigkeit von 12,5 Millionen AOK-versicherten Arbeitnehmern, die 2016 in mehr als 1,5 Millionen Betrieben beschäftigt waren. Schwerpunktthema des aktuellen Reports ist die Frage, ob und wie sich Lebenskrisen durch eine schwere Krankheit, den Tod eines nahen Angehörigen oder finanzielle Probleme auf die Berufstätigkeit der betroffenen Menschen auswirken.

### Aktuelle Daten zur Krankenhausbehandlung

Im Jahr 2016 wurden 19,5 Millionen Patienten stationär im Krankenhaus behandelt. Das waren 277 400 Behandlungsfälle oder 1,4% mehr als im Vorjahr. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) nach vorläufigen Ergebnissen mitteilt, dauerte der Krankenhausaufenthalt wie im Vorjahr durchschnittlich 7,3 Tage. In 1948 Krankenhäusern Deutschlands standen für die stationäre Behandlung der Patienten insgesamt 498 700 Betten zur Verfügung. Fast jedes zweite Krankenhausbett (47,8%) stand in einem Krankenhaus eines öffentlichen Trägers, jedes dritte Bett (33,5%) befand sich in einem freigemeinnützigen Haus. Der Anteil der Krankenhausbetten in Einrichtungen privater Träger betrug 18,7%. Knapp zwei Millionen Patienten nahmen 2016 eine stationäre Behandlung in einer der 1148 Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen in Anspruch. Das waren 13 000 Behandlungsfälle mehr als im Vorjahr (+ 0,7%).



## Das gute Recht des Versicherten

Gute Noten für die Krankenkassen: Das Deutsche Institut für Servicequalität befragte im Frühjahr GKV-Kunden und stellte fest, dass die große Mehrheit mit ihrer Kasse zufrieden ist. Nur 12% berichteten, sie hätten sich auch schon mal über ihre Kasse geärgert – weil ihre Behandlungskosten nicht oder nur zum Teil erstattet wurden. Welche Rechte hat der Versicherte, wenn er einen abschlägigen Bescheid erhält? Was sind die häufigsten Streitfälle? Wie entscheiden die Gerichte?

EIGENTLICH IST DIE Sache klar: 70 Millionen gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf eine Krankenhausbehandlung, wenn sie notwendig ist. So steht es im Gesetz. Aber muss die Krankenkasse zahlen, wenn der Arzt eine Verkleinerung des gesunden Magens empfiehlt, damit sein fettleibiger Patient endlich Gewicht verliert? Ein notwendiger Eingriff oder Geldverschwendung zulasten der Solidargemeinschaft? Die Frage beschäftigt nicht nur angehende Juristen in Sozialrechts-Seminaren. Immer wieder kommt es vor, dass Sozialgerichte bis zum Bundessozialgericht entscheiden müssen, wer im Einzelfall Recht hat – der Adipositas-Patient, der von seiner Versicherung die Erstattung der OP-Kosten fordert, oder die Kasse, die dies ablehnt, weil sie der Ansicht ist, dass die konservativen Therapien noch nicht ausgeschöpft sind.

Muss die Kasse das Hörgerät für 4900 Euro zahlen, obwohl doch nur ein Festzuschuss von rund 800 Euro garantiert wird? Wie sieht es aus mit der Kur nach der Operation oder mit der Einstellung einer Haushaltshilfe? Ist das neue Medikament notwendig oder nicht? Die Antwort variiert je nach Einzelfall. Anders als bei den meisten Leistungen, die der

Versicherte nach der ärztlichen Verordnung direkt erhält, muss die Krankenkasse in diesen Fällen abwägen und entscheiden: Ist die beantragte Leistung medizinisch notwendig, ausreichend

### Wann wird die Solidargemeinschaft überfordert?

und zweckmäßig? Erfüllt sie das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuchs?

### Großteil genehmigt

Dass die Krankenkasse die Kostenerstattung ablehnt, geschieht seltener, als so manche Zeitungsberichte über Pati-



entensicksale vermuten lassen. Nach Schätzung des IGES-Instituts gingen 2015 bei den Krankenkassen mehr als 26 Millionen Leistungsanträge ein; der Großteil wurde genehmigt. Mehr als 97% der Anträge auf häusliche Krankenpflege und 87% der 8,5 Millionen Anträge auf Hilfsmittel wie Hörgeräte oder Brillen wurden danach von den Kassen bewilligt. Deutlich niedriger fiel dagegen die Genehmigungsquote bei Vorsorge wie Kuren und Reha-Maßnahmen aus. 1,2 Millio-



nen Anträge wurden 2015 registriert. 19% der Antragsteller bekamen von ihrer Kasse einen negativen Bescheid – Versicherte der AOKen und der Ersatzkassen häufiger als beispielsweise Versicherte der Landwirtschaftlichen Krankenkasse.

Der Versicherte muss sich allerdings nicht damit abfinden. Er kann gegen die Entscheidung der Pflege- oder Krankenkasse binnen eines Monats bei seiner Kasse Widerspruch einlegen. Scheitert er wieder, kann er, ohne dass Gerichtskosten anfallen, klagen – erneut binnen einer Ein-Monats-Frist.

### Wenige unzufrieden

Die Widerspruchsquote bei den Pflegekassen ist seit Jahren stabil. Laut Pflegebericht des Bundesgesundheitsministeriums fanden 2015 in der stationären Pflege rund 312 000 Regelbegutachtungen (von Erwachsenen) statt; 4% der Versicherten waren mit dem Ergebnis nicht zufrieden, so dass Widerspruchsbegutachtungen angefordert wurden. In der häuslichen Pflege kam es bei rund 6% der rund 1,3 Millionen Gutachten der Medizinischen Dienste (bei Erwachsenen) zu einer erneuten Beurteilung der Pflegebedürftigkeit. In den Jahren zuvor lag die Quote noch bei rund 7%. 60% der Widersprüche von Pflegeheimbewohnern waren nach einer nochmaligen Begutachtung erfolgreich; in der häuslichen Pflege wurde in 45% der Fälle eine höhere Pflegestufe bewilligt, teilweise aufgrund eines zwischenzeitlichen Fortschreitens der Erkrankung.

Bei den Krankenversicherungen stieg die Zahl der Widersprüche binnen fünf Jahre zwar um deutliche 23%, aber eine Gesamtzahl von rund 252 000 im Jahr 2015 ist immer noch gering angesichts von 26 Millionen Anträgen. Außerdem umfasst die beim Bundesarbeitsministerium geführte Statistik nicht nur Widersprüche gegen Leistungsbescheide, sondern auch Beitragsstreitfälle oder Arztklagen. Die Erfolgsquote ist ähnlich wie in der Pflege: 52% der Widersprüche erledigten sich durch Rücknahme oder positiven Bescheid. Auch im Bereich von Vorsorge- und Reha-Maßnahmen. 48% landeten beim Widerspruchsausschuss, in dem Vertreter von Versicherten und Arbeitgebern sitzen – fast durchweg ging dort der Daumen nach unten. 2015 konnten gerade einmal 1% der vorgelegten Widersprüche das ehrenamtliche Schiedsgremium überzeugen. 17% der abgewiesenen Versicherten reichten daraufhin Klage beim Sozialgericht ein. Mit bemerkenswertem Ergebnis.

### Widerspruchsquote bei den Pflegekassen seit Jahren stabil

### Wenn das Sozialgericht entscheiden muss

Zwar müssen Kläger im Schnitt dreieinhalb Jahre auf ein Urteil warten, wie die IGES-Studie ermittelte. Aber von den rund 46 000 Verfahren, die im Bereich der Krankenversicherung im Jahr 2015 an den Sozialgerichten über alle Instanzen hinweg abgeschlossen wurden, lag die Erfolgsquote für die Versicherten bei knapp 25%. Geht es um Kostenerstattungen für beantragte Leistungen, müssen Richter auch schon mal die Frage klären, wer für die künstliche Befruchtung oder die Haushaltshilfe zahlt. In den meisten dieser Verfahren wird

jedoch um Hörgeräte, alternative Therapien für Krebskranke und Adipositaschirurgie gestritten. 2015 waren 11 von 14 Klagen von Adipositas-Patienten auf Kostenerstattung für eine Magenverkleinerung erfolgreich.

Ob Magenverkleinerung, Krebsimpfung mit dendritischen Zellen oder digitales Hörgerät – die Verfahren, die vor Sozialgerichten ausgetragen werden, sind häufig Ausdruck des rasanten Fortschritts der Medizin und der Medizintechnik. Immer wieder gilt es abzuwägen: Was ist noch bezahlbar, ohne die Solidargemeinschaft zu überfordern?

### Auf den Spuren von Bismarck

Als die Erfolgsgeschichte der Krankenversicherung vor fast 125 Jahren begann, dachte niemand daran, dass die Krankenkassen eines Tages 100 000 Euro teure Krebstherapien oder Hepatitis-Medikamente zum Preis von 45 000 Euro finanzieren würden. Bismarcks Gesetz sorgte dafür, dass Fabrikarbeiter erstmals im Krankheitsfall finanziell abgesichert waren. Ein beachtlicher Fortschritt, auch wenn die Versichertenzahl vorerst überschaubar und eine Sozialgerichtsbarkeit noch Zukunftsmusik war. Bestimmte Streitfälle regelte ein Schiedsgericht, in dem ein Landesbeamter und jeweils ein Vertreter der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer saßen. Von 1911 an erledigten Versicherungsämter diese Aufgabe. Erst 1954 nahmen Sozialgerichte ihre Arbeit auf.

In den siebziger Jahren explodierten die Ausgaben, die Beiträge stiegen. 1977 versuchte die Politik gegenzusteuern und Kosten zu »dämpfen«. Bei Arznei- und Heilmitteln wurden Zuzahlungen eingeführt, eine Mark für jedes Medikament. Für Zahnersatz, Kuren, Haushaltshilfen und Fahrten zum Arzt gab es weniger Geld. 1989 wurde das Festbetrags-System erfunden. 1996 stieg die Eigenbeteiligung bei Arzneimitteln, Kuren und Reha zum dritten Mal binnen zwanzig Jahren. Das Krankengeld wurde gekürzt, der Zuschuss zu Brillen und zum Zahnersatz für Jüngere (nach 1978 geboren) komplett gestrichen.

Die Konflikte zwischen Sozialversicherungen und Bürgern haben nach den jüngsten Reformen an Menge und Schärfe zugenommen, urteilten die Autoren des »Gesundheitsmonitors 2008« der Bertelsmann Stiftung mit Hinweis auf eine Umfrage unter Richtern an Sozialgerichten.

2013 brachte der Gesetzgeber eine weitere Reform auf den Weg – diesmal eine, die den Versicherten den Rücken stärkt. Mit dem Patientenrechtegesetz wurde den Kranken- und Pflegekassen eine Drei-Wochen-Frist zur Bearbeitung von Anträgen gesetzt. 2016 wollte der Patientenbeauftragte wissen, wie das neue Gesetz wirkt. Das Ergebnis: Nur 39% der Befragten waren über ihre Rechte informiert.



Gabi Stief hat viele Jahre als Hauptstadtkorrespondentin für die *Hannoversche Allgemeine Zeitung* geschrieben und arbeitet als freie Journalistin in Hannover. [gabi-stief@gmx.de](mailto:gabi-stief@gmx.de)

## Wenn der Versicherte anderer Auffassung ist ...

Was passiert, wenn Versicherte mit einer Entscheidung der gesetzlichen Kranken- oder Pflegekasse nicht einverstanden sind? Welche Möglichkeiten sieht das Sozialrecht vor? Sozialrechtler Markus Gerdes erläutert den Weg vom Antrag bis zu einem Urteil des Sozialgerichts.

AUFGRUND EINER FRAKTUR der Halswirbelsäule ist Frau Meier (Name geändert) gelähmt. Ihre Arme und Beine sind zum Teil gelähmt, und sie leidet an einer Spastik. Daher ist Frau Meier mit einem elektrischen Rollstuhl versorgt. Gemeinsam mit ihrem Therapeuten arbeitet sie daran, sich eine möglichst große Mobilität zu bewahren. Sie möchte ihre Ellenbogen beweglich und die Restfunktion der Hände erhalten. Frau Meier beantragt daher bei ihrer Krankenkasse einen unterstützenden »Greifreifenantrieb«, der an ihren Rollstuhl angebracht werden soll. Damit will sie den Erhalt ihrer Restkraft unterstützen. Der Greifreifen soll ihr zudem ermöglichen, sich selbstständig fortzubewegen.

### Externe Unterstützung nutzen

Die Krankenkasse hat die Kostenübernahme für das Hilfsmittel abgelehnt und stattdessen vorgeschlagen, die Versicherte mit einem Elektrorollstuhl für die Innen- und Außennutzung zu versorgen. Frau Meier ist mit der Ablehnung nicht einverstanden und nimmt Kontakt zu einem Sozialverband auf, um sich sozialrechtlich beraten und vertreten zu lassen. Frau Meier bevollmächtigt einen Sozialberater mit ihrer Vertretung. Innerhalb eines Monats legt dieser Widerspruch gegen den Bescheid der Krankenkasse ein und beantragt Akteneinsicht. Da die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Mittelpunkt steht, kommt der Akteneinsicht große Bedeutung zu. Von besonderem Interesse ist dabei, ob die Krankenkasse bereits im Antragsverfahren ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MDK) eingeholt hat. Im Fall von Frau Meier hat keine Begutachtung durch den MDK stattgefunden.

### Sozialverbände beraten und helfen

Der Sozialberater nimmt nun Rücksprache mit Frau Meier. Dabei wird vereinbart, dass Frau Meier mit ihrem behandelnden Arzt und ihrem Therapeuten spricht, um aus medizinischer Sicht zu attestieren, warum das Hilfsmittel notwendig ist. Nach rund drei Wochen erhält Frau Meier ein aussagekräftiges ärztliches Attest. Auf dieser Grundlage for-

muliert ihr Sozialberater eine Widerspruchsbegründung. In der Regel holt nun die Krankenkasse eine Stellungnahme oder ein Gutachten des Medizinischen Dienstes ein.

### Kasse schaltet Widerspruchsausschuss ein

Nach sechs bis acht Wochen erhält Frau Meier von der Krankenkasse Nachricht, ob ihrem Widerspruch abgeholfen werden kann. Im Fallbeispiel sah die Krankenkasse keine Möglichkeit, dem Widerspruch abzuweichen, und leitet das Verfahren an den Widerspruchsausschuss weiter. Der Widerspruchsausschuss der Krankenkasse braucht für seine Entscheidungsfindung in der Regel auch acht Wochen. Frau Meiers Widerspruch wird abgelehnt. Von der Einlegung des Widerspruchs bis zur Zustellung des Widerspruchsbescheids sind nun zwanzig Wochen vergangen.

Im nächsten Schritt steht dem Versicherten der Klageweg offen. Innerhalb einer Frist von einem Monat erhebt Frau Meier Klage vor dem zuständigen Sozialgericht und begründet diese. Das Sozialgericht fordert Frau Meier auf, in einem Fragebogen die behandelnden Ärzte zu benennen. Frau Meier entbindet die Krankenkasse und ihre Ärzte gegenüber dem Sozialgericht von der Schweigepflicht. Diese Erklärungen sind notwendig, damit das Sozialgericht seiner Verpflichtung, den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln, nachkommen kann. Das Sozialgericht informiert zudem die Krankenkasse über den Eingang der Klage und fordert diese auf, sich zu äußern und der zuständigen Kammer die Verwaltungsakte zu überlassen. Der Vorsitzende der Kammer entscheidet nun, wie die Sachverhaltsermittlung vonstatten gehen soll.

Das Sozialgericht schreibt in der Regel die behandelnden Ärzte und Therapeuten an und fordert einen ausführlichen Befundbericht an, der die Fragen des Sozialgerichts beantwortet. In der Zwischenzeit hat das Sozialgericht die Klageerwidern der Krankenkasse erhalten und diese an den Sozialberater von Frau Meier weitergeleitet.

### Der Weg durch die Instanzen



### Wer Stellung beziehen muss

Im Fallbeispiel liegen dem Sozialgericht die medizinischen Unterlagen nach zwei Monaten vollständig vor. Der Vorsitzende der Kammer sichtet die Unterlagen, sendet diese allen Beteiligten zu und fordert sie auf, Stellung zu nehmen. Die behandelnden Ärzte und der Therapeut von Frau Meier haben in ihren Befundberichten die Versorgung mit dem gewünschten Hilfsmittel aus medizinischer und therapeutischer Sicht befürwortet.

Die Krankenkasse als Beklagte gibt trotz der aktuellen medizinischen Unterlagen kein Anerkenntnis ab und macht auch keinen Vergleichsvorschlag. Frau Meier sieht sich durch die medizinischen Unterlagen in ihrem Klagebegehren gestützt. Ihr Sozialberater verweist in seiner Stellungnahme an das Sozialgericht auf die positiven Inhalte der medizinischen Unterlagen und betont den therapeutischen Nutzen des Hilfsmittels für die Klägerin.

In dieser Phase des Rechtsstreits beraumen manche Kammern des Sozialgerichts einen Erörterungstermin an, an dem mit allen Beteiligten gesprochen wird. In manchen Verfahren führt dieser Erörterungstermin zu einer Klärung des Rechtsstreits. Bei Frau Meier ist dies jedoch nicht der Fall.

Deshalb ordnet das Sozialgericht die Einholung eines unabhängigen Gutachtens durch einen medizinischen Sachverständigen an. Auch für dieses Gutachten formuliert das Sozialgericht konkrete Beweisfragen, die der Sachverständige beantworten muss. Der medizinische Sachverständige untersucht Frau Meier und bestätigt die medizinische Notwendigkeit für die Versorgung mit einem restkraft-unterstützenden Greifreifenantrieb.

**Es gibt Fälle, in denen das Klageverfahren 18 Monate dauert**

Der Sachverständige beantwortet die Beweisfragen, die der Sachverständige beantworten muss. Der medizinische Sachverständige untersucht Frau Meier und bestätigt die medizinische Notwendigkeit für die Versorgung mit einem restkraft-unterstützenden Greifreifenantrieb.

### Gutachten durch medizinischen Sachverständigen

Das Gutachten wird der Klägerin und der beklagten Krankenkasse zugesandt. Regelmäßig wird das Sozialgericht bei

der beklagten Krankenkasse schriftlich anregen, den Rechtsstreit wegen der positiven Aussage des Gutachtens im schriftlichen Verfahren durch ein Anerkenntnis oder ein Vergleichsangebot zu beenden. Im Fall von Frau Meier bleibt die Krankenkasse bei ihrer ablehnenden Haltung. Das Sozialgericht legt deshalb einen Termin zur mündlichen Verhandlung fest. In dieser verurteilt das Sozialgericht die Krankenkasse, Frau Meier mit dem restkraft-unterstützenden Greifreifenantrieb zu versorgen. Die Ausfertigung und Zustellung des Urteils nimmt weitere drei Wochen in Anspruch.

Die Krankenkasse legt gegen das Urteil keine Berufung ein. Frau Meier erhält einen positiven »Ausführungsbescheid«. Mit diesem Bescheid in der Tasche kann sich Frau Meier nun das erforderliche Hilfsmittel besorgen.

Im Fall von Frau Meier ist von der Klageerhebung bis zum Urteil ein Jahr vergangen. Es gibt Fälle, in denen das Klageverfahren 18 Monate dauert. Diese Verfahrensdauer tritt zu den zeitlichen Momenten des Antrags- und Widerspruchsverfahrens hinzu. Insgesamt hat Frau Meier von ihrem Antrag bis zur positiven Entscheidung des Sozialgerichts gut 18 Monate warten müssen.



**Markus Gerdes** ist Rechtsanwalt und Landesgeschäftsführer des SoVD NRW (Sozialverband Deutschland). Er ist zudem Sprecher der Patientenvertreter im Beirat des Verwaltungsrats des MDK Nordrhein. [m.gerdes@sovd-nrw.de](mailto:m.gerdes@sovd-nrw.de)

## Mit viel Erfahrung und Know-how

Widersprüche gehören zum Alltag vieler MDK-Gutachter. Denn wenn Versicherte mit dem Leistungsbescheid der Krankenkasse nicht einverstanden sind und Widerspruch einlegen, dann erhält der MDK meist den Auftrag, seine Empfehlung zu überprüfen. Nach welchen Regeln das erfolgt, zeigen Beispiele aus dem MDK Nord.

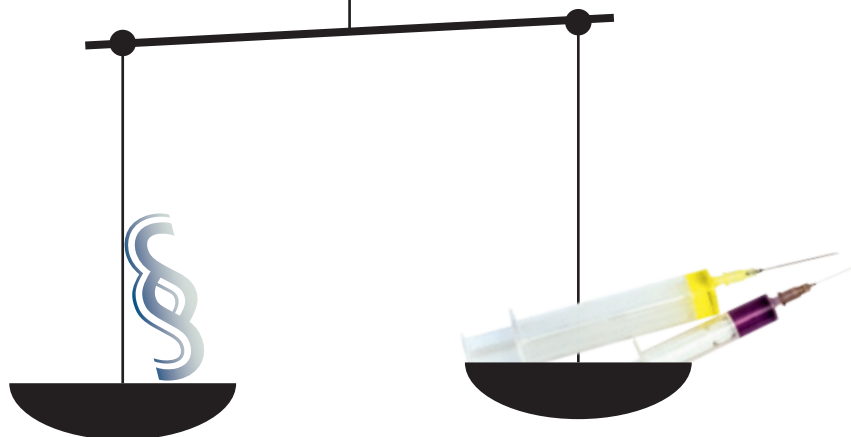
### Begriff Widerspruch wird häufig undifferenziert genutzt

»WELCHER GUTACHTER HAT denn das entschieden? Der kann ja keine Ahnung von diesem Fachgebiet haben!« Für Dr. Markus Splittgerber, Unfallchirurg und MDK-Gutachter seit 15 Jahren, sind solche Sätze in Widerspruchs-Schreiben leider üblich. »Das macht schon etwas mit einem, wenn man das häufiger liest«, sagt er, »obwohl ich weiß, dass da jemand nur seinen Frust ausdrücken will.« Aber viel wichtiger: Es zeige ihm, wie unwissend und damit ohnmächtig sich viele Menschen fühlen. Ähnlich emotional geht es manchmal in den Widersprüchen zu, mit denen Iris Gläfke-Brückner als Pflegefachgutachterin zu tun hat.

Gutachten zu Pflegegraden und zu ambulanten Leistungen: Das sind die beiden Bereiche, die Versicherte ganz direkt angehen. Gutachten zu Widersprüchen machen in diesen Bereichen des MDK Nord deshalb auch jeweils 6% aller

Aufträge aus. Allerdings ist beiden Gutachtern auch klar, dass sich ein Widerspruch formal gar nicht gegen sie selbst und ihre Arbeit richten kann. Mit diesem sogenannten *Rechtsmittel* können sich Versicherte nämlich gegen einen Verwaltungsakt wehren, also gegen den Leistungsbescheid ihrer Krankenkasse, nicht aber gegen das MDK-Gutachten. Die Krankenkasse kann daraufhin den MDK mit der Frage beauftragen, ob die Argumente der Versicherten die Gutachter zu einer anderen Empfehlung kommen lassen.

Was die Versicherten dafür einreichen, ist sehr unterschiedlich: »Es kann sehr detailliert sein, Punkt für Punkt sind darin Argumente aufgelistet, andere schreiben einfach nur, dass sie Widerspruch einlegen«, ist die Erfahrung von Pflegefachgutachterin Iris Gläfke-Brückner, die beim MDK Nord auch den Fachbereich der Pflegebegutachtung leitet. Ohne neue Argumente des Betroffenen könne der Erstgutachter nur sein eigenes Gutachten auf inhaltliche Fehler hin



prüfen. Dabei würde aber selten etwas auffallen, das für den Pflegegrad entscheidend sei.

### Wann kommt ein zweiter Gutachter?

Ganz anders sei es, wenn die Versicherten neue Argumente vorlegten, warum ein höherer Pflegegrad notwendig sei: »Dann entscheiden wir uns oft für einen erneuten Hausbesuch durch einen Zweitgutachter, der sich unbefangen ein eigenes, neues Bild vom Pflegebedarf des Versicherten macht.« Dabei müssen sich die Pflegefachgutachter immer an die bundesweit festgelegte Systematik der Pflegebegutachtung halten. Gerade mit der Umstellung auf die neuen Pflegegrade Anfang des Jahres hätten sich leider auch Missverständnisse eingeschlichen, die nun in den Widersprüchen sichtbar würden, weiß Iris Gläfke-Brückner. So stellen die MDK-Gutachter zwar Fragen zur »Haushaltsführung« und zu »außerhäuslichen Aktivitäten«, für den Pflegegrad sind diese aber nicht relevant. Argumente von Versicherten, dass in diesen Bereichen ein höherer Pflegebedarf notwendig sei, können deshalb nicht berücksichtigt werden. »Oft wissen Versicherte auch nicht, dass sich durch ihren Widerspruch zwar Veränderungen von wenigen Punkten ergeben können, sich der Pflegegrad dadurch aber insgesamt nicht ändert.« Hier wünscht sich Iris Gläfke-Brückner im Vorfeld noch mehr Beratung und Information der Versicherten durch ihre Pflegekassen.

Das System von Erst- und Zweitgutachtern, also ein »Vier-Augen-Prinzip«, hält auch Dr. Splittgerber bei Widersprüchen in der ambulanten Versorgung strikt ein. Widersprüche erreichen ihn auf unterschiedlichen Wegen: zwanzig neue Fälle und zehn Widersprüche, »alles bunt durcheinander an einem Vormittag«, so kann er seine Aufgaben bei einer sozialmedizinischen Fallberatung von Krankenkassen-Mitarbeitern vorgelegt bekommen. Die meisten neuen Fälle ließen sich dabei schnell im Gespräch mit der Krankenkasse klären. Die Widersprüche aber muss er immer mitnehmen ins MDK-Büro, weil sie grundsätzlich vertiefend zu bearbeiten sind. Auch hier prüft zuerst der Erstgutachter und sichtet etwaige Argumente oder neue Befunde, die mit dem Widerspruch eingereicht worden sind. Kommt er dabei zu keiner neuen Empfehlung, gibt er den Widerspruch an einen Kollegen weiter. »Der kann dann unbefangen und unabhängig vom bisherigen Ergebnis den Sachverhalt erneut beurteilen. Damit liefert er eine weitere medizinische Sicht- und Herangehensweise. Darauf achten wir«, sagt Dr. Splittgerber, der als Teamleiter in der ambulanten Abteilung auch diese Aufgabenverteilung plant.

### Oft schaut auch der Zweitgutachter

Krankenkassen-Mitarbeitern vorgelegt bekommen. Die meisten neuen Fälle ließen sich dabei schnell im Gespräch

mit der Krankenkasse klären. Die Widersprüche aber muss er immer mitnehmen ins MDK-Büro, weil sie grundsätzlich vertiefend zu bearbeiten sind. Auch hier prüft zuerst der Erstgutachter und sichtet etwaige Argumente oder neue Befunde, die mit dem Widerspruch eingereicht worden sind. Kommt er dabei zu keiner neuen Empfehlung, gibt er den Widerspruch an einen Kollegen weiter. »Der kann dann unbefangen und unabhängig vom bisherigen Ergebnis den Sachverhalt erneut beurteilen. Damit liefert er eine weitere medizinische Sicht- und Herangehensweise. Darauf achten wir«, sagt Dr. Splittgerber, der als Teamleiter in der ambulanten Abteilung auch diese Aufgabenverteilung plant.

### Häufig fehlen Befunde

Markus Splittgerber hat die Erfahrung gemacht, dass Versicherte und ihre Ärzte häufig nicht wissen, welche Unterlagen sie für einen Erstantrag auf Leistungen der Krankenkasse oder für einen späteren Widerspruch einreichen sollten. »Was man mir über die Krankenkasse nicht liefert, das kann ich auch nicht begutachten.« Es reiche also nicht, dass ein Arzt seinem Patienten eine Diagnose bescheinige, zum Beispiel einen Herzinfarkt. Wichtig sei, dass er eine mög-

liche Funktionseinschränkung durch Befunde belegt. »Nur so kann ich sehen, ob der Versicherte noch als Schlosser arbeiten kann oder ob nur noch leichte Arbeiten am Schreibtisch möglich sind.«

Auch bei Widersprüchen im Hilfsmittelbereich sei wichtig, dass Versicherte und Ärzte genau beschreiben und mitteilen, warum eine spezielle Versorgung notwendig ist. »Denn alles, was nicht der Standardversorgung entspricht, muss uns zur Begutachtung vorgelegt werden«, erklärt Dr. Splittgerber. »Einen Senk-Spreizfuß kann man in 95% der Fälle mit einer Einlage gut korrigieren. Eine aufwendigere Versorgung mit einem orthopädischen Maßschuh ist eher selten notwendig – zum Beispiel dann, wenn der Fuß »kontrakt« ist, das heißt, wenn die Muskeln und Sehnen sich nur noch wenig anpassen können.« Diese Unterschiede, die sich hinter einer gleichen Diagnose verbergen können, müsse der Versicherte oder der verordnende Arzt deshalb durch Befunde belegen, was aber häufig fehle.

### Professionell mit Polemik umgehen

### Immer sachlich bleiben

»Im Grunde kann man sagen, ein Widerspruch hat dann Erfolg, wenn der medizinische Sachverhalt beim Erstantrag unzureichend dargestellt worden ist«, so die Erfahrung von Markus Splittgerber. Pflegefachgutachterin Iris Gläfke-Brückner rät außerdem Versicherten, sich zuerst zu fragen, ob sie konkret einen Widerspruch gegen einen Bescheid meinen oder ob es eigentlich um einen Höherstufungsantrag geht. »In vielen Pflegefällen wollen Versicherte ausdrücken, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert hat und sie aktuell mehr Pflege benötigen. Dann ist ein Höherstufungsantrag der richtige Weg, um eine erneute Begutachtung zu erreichen, und nicht der Widerspruch.«

Manchmal erreichen den MDK auch hochemotionale oder gar beleidigende Anschreiben von Versicherten. Aber auch hier gilt für alle Gutachterinnen und Gutachter des MDK Nord eine klare Regel, sagt Dr. Splittgerber: Wir stellen den Sachverhalt dar und begründen, wie wir zu einer Empfehlung gekommen sind. »Die Sachebene zu verlassen und zurückzuschimpfen, weil man sich wehren möchte, gehört nicht in ein Gutachten.« Der professionelle Umgang auch mit solchen Beschwerden wird auch regelmäßig bei der internen kontinuierlichen Qualitätsprüfung der Gutachten, der KQP, kontrolliert. »Schließlich müssen wir uns alle bewusst sein, dass unsere Gutachten öffentlich sind und durch andere Verfahrensbeteiligte wie Sozialrichter gelesen werden können.«



Jan Gömer ist Pressesprecher des MDK Nord.  
jan.goemer@mdk-nord.de



## Im Zweifel entscheidet der Widerspruchsausschuss

Hinter jeder Entscheidung einer Krankenkasse steht ein Mensch mit einer ganz persönlichen, häufig belastenden Krankheitsgeschichte. Dem gegenüber steht das Sozialgesetzbuch, das auf hunderten Seiten die Möglichkeiten und Grenzen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung festlegt. Was tun die Kassen, wenn ein Versicherter gegen ihre Entscheidung Widerspruch einlegt?

FEHLER SIND MENSCHLICH und können auch Krankenkassen-Mitarbeitern passieren. Geht der Widerspruch eines Versicherten bei einer Krankenkasse ein, wird dieser – auf Basis der vorliegenden Unterlagen und der gesetzlichen Regelungen des Sozialgesetzbuchs – noch einmal fachlich überprüft und neu bewertet. Um sicherzustellen, dass diese Neubewertung unabhängig, objektiv und losgelöst von der ersten Beurteilung ausfällt, ist für die Bearbeitung eines Widerspruchs in der Regel nicht derselbe Kassenmitarbeiter zuständig, der die ursprüngliche Entscheidung getroffen hat.

Kommt es im Verlauf der neuen Bewertung zu einer abweichenden Beurteilung, wird die ursprüngliche Entscheidung zugunsten des Versicherten abgeändert. Hält die Krankenkasse hingegen an ihrer ersten Entscheidung fest, erteilt sie einen sogenannten Widerspruchsbescheid. Dieser erläutert ausführlich und detailliert, welche Gründe und welche rechtlichen Regelungen zu der Entscheidung geführt haben.

### Widerspruchsausschüsse

Die Widerspruchsbearbeitung der Krankenkassen bietet ein hohes Maß an Objektivität und Neutralität für Versicherte und Arbeitgeber. Zusätzlich beteiligen viele Krankenkassen Versicherten sowie Arbeitgeber-Vertreter an der Bearbeitung der Widersprüche. In sogenannten Widerspruchsausschüssen sind sie für die abschließende Prüfung und Entscheidung über Widersprüche verantwortlich.

#### Fehler passieren auch bei Krankenkassen

Wichtig zu wissen: Der Widerspruchsausschuss ist ein unabhängiges Gremium, das nicht an die Entscheidungen oder Weisungen der jeweiligen Krankenkasse gebunden ist, aber gleichermaßen den Regelungen des Sozialgesetzbuchs unterliegt. Er prüft die Einzelfälle der Versicherten und die

von der Krankenkasse hierzu getroffenen Entscheidungen unparteiisch, objektiv und neutral und entscheidet abschließend über die Widersprüche. Grundsätzlich entscheidet der Ausschuss auf Grundlage der Akten; er kann im Einzelfall aber auch den betroffenen Versicherten persönlich anhören. Ziel der Widerspruchsausschüsse ist es nicht zuletzt, häufig langwierige Sozialgerichtsverfahren zu verhindern.

Die Modalitäten – also wie ein Widerspruchsausschuss eingerichtet wird, wie viele Mitglieder er hat und wer als Mitglied in das Gremium berufen wird –, kann jede Krankenkasse selbst entscheiden und in ihrer Satzung festlegen. In der Regel wird der Widerspruchsausschuss mit Mitgliedern des Verwaltungsrats der Krankenkasse besetzt oder mit Personen, die vom Verwaltungsrat berufen werden.

### Blick in die Praxis

Deutschlands größte Krankenkasse, die Techniker Krankenkasse (TK), hat beispielsweise fünf Widerspruchsausschüsse mit jeweils vier Personen eingerichtet. Die Ausschüsse sind mit Mitgliedern der Selbstverwaltung besetzt. Bei der BARMER gibt es sogar zwölf Widerspruchsausschüsse mit jeweils vier Mitgliedern. Die Mitglieder dieser Ausschüsse werden von der Selbstverwaltung gewählt.

Auch bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) sind die Ausschüsse in der Regel mit vier Mitgliedern besetzt – davon je zwei Versicherten- und zwei Arbeitgebervertreter. Zudem werden die Ausschüsse vom Vorstand der Kasse oder einer von ihm beauftragten Person beraten. Je Regional- bzw. Bezirksdirektion gibt es ein bis drei Ausschüsse.

Mit welchen Themen sich die Ausschüsse im Einzelnen beschäftigen, ist unterschiedlich. Gerade große Krankenkassen haben spezialisierte Ausschüsse für Widersprüche im Bereich der Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung



sowie für das Versicherungs- und Beitragsrecht eingerichtet. Kleinere Krankenkassen hingegen bündeln – aufgrund der geringeren Zahl der Widersprüche – alle Themen in einem Ausschuss.

Widerspruchsausschüsse tagen regelmäßig – abhängig davon, wie viele Widersprüche zur Prüfung anstehen. Im Regelfall werden die Intervalle so gewählt, dass zwischen Widerspruch und abschließender Entscheidung nicht mehr als drei Monate vergehen. Wann der jeweilige Widerspruch dem Widerspruchsausschuss zur Prüfung und Bewertung vorgelegt wird, teilt die Krankenkasse dem betroffenen Versicherten im Vorfeld mit.

### Der Widerspruchsausschuss ist unabhängig

Widerspruch und abschließender Entscheidung nicht mehr als drei Monate vergehen. Wann der jeweilige Widerspruch dem Widerspruchsausschuss

### Gut vorbereitet

Den Mitgliedern des Widerspruchsausschusses werden die zu verhandelnden Fälle – mit entsprechendem zeitlichen Vorlauf – vor der jeweiligen Sitzung zur Verfügung gestellt. Auf Basis dieser Unterlagen machen sie sich mit dem Fall vertraut und bilden sich – unter Berücksichtigung der gesetzlichen Regelungen – eine Meinung zum Widerspruch.

In der eigentlichen Sitzung beraten und diskutieren dann alle Mitglieder des Widerspruchsausschusses über jeden einzelnen Sachverhalt. Anwesend sind zudem Mitarbeiter der Krankenkasse, die die vorgelegten Fälle kennen und Fragen hierzu beantworten können.

Erweist sich eine Entscheidung der Krankenkasse bei nochmaliger intensiver Überprüfung als unzureichend oder fehlerhaft, kann der Widerspruchsausschuss sie – bindend für die Krankenkasse – revidieren. Wird die Entscheidung der Krankenkasse hingegen bestätigt, erteilt der Ausschuss einen Widerspruchsbescheid. Dieser erläutert dem Versicherten nochmals ausführlich, welche Regelungen des Sozi-

algesetzbuchs zu der vom Widerspruchsausschuss getroffenen/mitgetragenen Entscheidung geführt haben. Mit dieser Entscheidung des Widerspruchsausschusses wird der angefochtene Bescheid der Krankenkasse endgültig. Anschließend steht dem Versicherten nur noch der Weg vor das Sozialgericht offen.

### Im Fokus der Forschung

Obwohl die Widerspruchsausschüsse eine unbestritten wichtige Aufgabe wahrnehmen, waren sie für Öffentlichkeit und Wissenschaft bislang eine eher unbekanntere Größe. Ein von der Hans-Böckler-Stiftung gefördertes und von Ende 2014 bis März 2017 dauerndes Forschungsprojekt »Recht und Praxis der Widerspruchsausschüsse in der Sozialversicherung – Bestandsaufnahme und Wirkungsanalyse« hat sich daher eingehend mit der Arbeit von Widerspruchsausschüssen beschäftigt. So wurden in einer breit angelegten Umfrage unter anderem Mitglieder der Widerspruchsausschüsse befragt, Satzungen analysiert und Gerichtsakten ausgewertet – mit folgenden (ausgewählten) Ergebnissen: Im Jahr 2014 kam es in Deutschland zu knapp 822 000 Widersprüchen in der Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung. 46% dieser Widersprüche wurde von etwa 1000 bis 1200 Widerspruchsausschüssen mit 3000 bis 3500 Mitgliedern bearbeitet.

### Weniger Klagen vor den Sozialgerichten

Beschäftigt waren bzw. sind die Mitglieder von Widerspruchsausschüssen zu 31% in der Industrie, zu 15% bei Arbeitgeber- oder Unternehmensverbänden, zu 10% bei Gewerkschaften sowie zu 13% im Öffentlichen Dienst. Über die Hälfte der Widerspruchsausschüsse (56%) trifft sich ein- bis zweimal im Monat. Die Sitzungen dauern bei 75% der Befragten im Allgemeinen bis zu drei Stunden; pro Sitzung werden in der Regel 21 bis 30 Fälle bewertet. Von den befragten Ausschussmitgliedern stimmten mehr als die Hälfte (55%) der Aussage zu, dass durch den Ausschuss Klagen verhindert werden können, rund ein Viertel (27%) stimmten teilweise zu, und 18% verneinten dies. Zusammenfassend kam die Untersuchung zum Ergebnis, dass dem Widerspruchsausschuss als »Schnittstelle« zwischen der Widerspruchsbearbeitung bzw. dem Widerspruchsbescheid durch die Verwaltung und dem Einreichen einer Klage bei Sozialgerichten eine wesentliche Rolle zukommt.



Jürgen Stüwe ist Krankenkassenbetriebswirt und arbeitet als Autor und Verlagsgeschäftsführer von inside partner in Ledgen. [j.stuewe@inside-partner.de](mailto:j.stuewe@inside-partner.de)

## (Sozial-)Recht haben und Recht bekommen

Was hilft das Gesetz und was leisten die Sozialgerichte für die Versicherten? Wir haben nachgefragt bei Prof. Dr. Ulrich Wenner, Rechtswissenschaftler und Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht.

**forum** Womit befassen sich die Sozialgerichte?

**Prof. Dr. Ulrich Wenner** Sozialgerichte sind zuständig für alle Sozialversicherungszweige: die Renten- und Arbeitslosenversicherung, die Unfallversicherung, die Kranken- und Pflegeversicherung. Der größte Block ist die Grundsicherung. Etwa ein Zehntel der Verfahren betrifft die Krankenversicherung; auf die Pflegeversicherung entfällt etwa ein Viertel der Verfahren gegen die Krankenkassen.

**forum** Wie kommen Versicherte schrittweise zu ihrem Recht?

**Wenner** Das Bundesrecht schreibt vor, dass der Versicherte von der Kranken- bzw. Pflegekasse einen Bescheid über die Bewilligung oder Ablehnung einer Leistung bekommen muss. Dagegen darf er nicht unmittelbar klagen, sondern muss zuvor einen Widerspruch einlegen, wenn er mit dem Bescheid nicht einverstanden ist.

Ein Widerspruch kann aber nur gegen den Bescheid eingelegt werden, nicht gegen das Gutachten des MDK. Legt der Versicherte Widerspruch ein, überprüft in der Regel ein anderer Gutachter des MDK den Sachverhalt. Ist

der Versicherte weiterhin nicht einverstanden, kann er am zuständigen Sozialgericht klagen. Jeder Versicherte kann die Gerichte anrufen. Am Sozialgericht besteht keine Pflicht, sich durch jemand Rechtskundigen vertreten zu lassen. Es fallen keine Kosten an. Man kann die Klage schriftlich und sogar mündlich beim Gericht erheben. Der Rechtsschutz ist hier also extrem niederschwellig ausgestaltet.

**forum** Welche Klagen initiieren Versicherte im Rahmen der Kranken- und Pflegeversicherung besonders häufig?

**Wenner** An der Spitze steht der Krankengeldanspruch. Das Krankengeld ist die höchstbewertete Sozialleistung und die Bereitschaft, sich schnell zu einigen, entsprechend gering. Leider müssen verhältnismäßig viele Krankengeldfälle durch Urteil entschieden werden, auch in zweiter und sogar dritter Instanz, am BSG, etwa bei grundsätzlichen Fragen wie: Wer muss die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen? Was ist, wenn die Ärzte der Rehaklinik und der Hausarzt zur Arbeitsunfähigkeit unterschiedlicher Auffassung sind?

Am zweitwichtigsten ist der Hilfsmittelbereich, der so stark expandiert wie keine andere Sparte der Krankenversicherung. Zudem ist er einer der wenigen Leistungsbereiche, für den es keinen gesetzmäßigen Wirtschaftlichkeitsvorbehalt gibt, d. h. der Versicherte hat Anspruch auf die technisch beste und aufwendigste Prothese, wenn diese seine Beschwerden besser ausgleicht. Der Leitfall ist die Mutter, die mit einer konventionellen Prothese nicht mit dem Kind am Boden spielen kann. Sie beansprucht ein neues, computergestütztes Modell im Bereich



Prof. Dr. Ulrich Wenner



von mehreren zehntausend Euro und bekommt dieses auch zugesprochen. Ein aktuelles Beispiel ist die Frage, ob die Festbeträge der Krankenkassen für Hörgeräte wirklich den technischen Fortschritt abbilden oder nicht mehr realistisch sind. Der Gesetzgeber hat entschieden, dass das Hilfsmittelverzeichnis kein abschließender Leistungskatalog ist. Der Leistungsanspruch des Versicherten hängt nur von der gesetzlichen Regelung ab, ob das neue Gerät eine tatsächliche Verbesserung darstellt, nicht davon, ob es im Verzeichnis enthalten ist.

**forum** Gibt es weitere *Klassiker*, mit denen sich die Sozialgerichte befassen?

**Wenner** Derzeit gibt es Abrechnungsstreitigkeiten zwischen allen Krankenkassen und fast allen Krankenhäusern in Deutschland. Hier begegnet uns der Versicherte allerdings nur noch als Objekt der Berechnung, weil er durch das Sachleistungsprinzip aus diesen Streitigkeiten herausgehalten wird.

Dennoch beobachten wir eine problematische Entwicklung: Versicherte erklären sich bereit, die Kosten einer Behandlung zu übernehmen, falls die Abrechnung im Sachleistungssystem nicht gelingen sollte. Damit werden die Risiken, die das Sachleistungsprinzip dem Versicherten eigentlich nehmen soll, wieder zurückgewälzt. Ob das generell zulässig ist, ist noch nicht abschließend entschieden.

Zu Magenverkleinerungen zum Beispiel wird inzwischen in der Mehrzahl der Fälle zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes entschieden, ob die Krankenkasse doch leistungspflichtig ist. Anders beim Lasern, das in der Regel keine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse ist. Da müssen die Versicherten gewarnt werden: Wenn sie sich in Kenntnis dessen, dass sie voraussichtlich keinen Anspruch gegenüber den Krankenkassen haben, zur Leistung verpflichten, müssen sie zahlen.

**forum** Welche Rolle spielt der Gesetzestext bei diesen Ansprüchen?

**Wenner** Die gesetzliche Vorschrift sagt etwa: Es besteht Anspruch auf die Behandlung, die notwendig ist, um den Gesundheitszustand zu bessern oder Beschwerden zu lindern. Das ist alles. Der GKV-Leistungskatalog besagt zwar, welche Behandlungen nicht zulasten der Krankenkassen angewandt werden dürfen, zum Beispiel Therapien mit Delfinen. Die Magenbandoperation ist darin aber nicht enthalten, richtet sich also nach der allgemeinen Formulierung und muss Fall für Fall entschieden werden. Der Gesetzgeber wird eine Regelung nie so

formulieren, dass auch in Extremfällen nicht abgewichen werden kann. Er muss immer zwischen zwei Übeln entscheiden: Einerseits soll möglichst viel klar geregelt sein. Dann muss gerichtlich über Ausnahmen entschieden werden, damit beispielsweise die Intention des Gesetzes nicht verfehlt wird.

Zieht sich der Gesetzgeber dagegen auf eine allgemeine Wendung zurück, kann darüber in jedem zweiten Fall gestritten werden. Den Weg des strikten Festlegens geht der Gesetzgeber im Bereich der zahnärztlichen Versorgung, in der das Leistungsspektrum fast komplett im Gesetz geregelt ist. Aber das ist so nicht auf den ärztlichen Bereich zu übertragen.

**forum** Können Urteile des BSG auf die Gesetzgebung einwirken?

**Wenner** Gerade in der höchstrichterlichen Rechtsprechung gibt es Fälle, durch die man etwas gestalten und sogar Rechtsgebiete fortentwickeln kann. Im Bereich der Sehhilfen zum Beispiel hatte der Gesetzgeber den Leistungsanspruch für erwachsene Versicherte stark eingeschränkt. Unser Senat hat daher den Hinweis gegeben, dass Sehhilfen bei starken Sehbehinderungen sehr teuer sein können, aber medizinisch unverzichtbar sind. Der Gesetzgeber hat dies aufgegriffen und 2016 den Anspruch auf Sehhilfen deutlich ausgeweitet, bevor das Verfassungsgericht angerufen werden musste.

**forum** Welche Themen werden in nächster Zeit die Sozialgerichte beschäftigen?

**Wenner** Der Gemeinsame Bundesausschuss arbeitet an einer Umsetzungsregelung zur Zweitmeinung bei planbaren Eingriffen, die nach Inkrafttreten für Zündstoff sorgen wird. Die Versicherten haben ja bei geplanten Eingriffen wie zum Beispiel Bandscheiben-OPs, dem Einsetzen von künstlichen Hüftgelenken, Operationen von Schulter und Kniegelenken, also bei der endoprothetischen Versorgung Anspruch darauf, vor dem Eingriff eine Zweitmeinung einzuholen. Diese können sie als Sachleistung bekommen. Allerdings macht die Umsetzung dieser Regelung bis dato einige Probleme, weshalb die zu erwartende Richtlinie des G-BA auch nicht alle Streitfragen lösen wird. Der nächste Punkt werden die langen Wartezeiten auf Behandlungen sein. Die Termin-Servicestellen werden offenbar nicht so stark nachgefragt und können das Grundproblem der langen Wartezeiten auf Behandlungen, insbesondere im Bereich Augenheilkunde und Psychotherapie, im Moment noch nicht lösen. Insofern rechnen wir tendenziell mit einer Zunahme der Verfahren, wenn sich

Versicherte die Leistungen dann selbst beschaffen und Kostenerstattungsansprüche gegen die Kassen geltend machen. Auch die neue Pflegebegutachtung wird vermutlich einen Anstieg der Verfahren bringen, weil ganz andere Maßstäbe gelten, z. B. Module statt Zeiteinheiten. Jede grundlegende Veränderung von Paradigmen ist immer auch ein Beschäftigungsprogramm für die Justiz. Sowohl Kostenträger als auch Versicherte werden beanspruchen, dass die alten Regeln nicht mehr gelten, etwa am Beispiel des kognitiven Moduls. Denn wie wird jetzt im Bereich des kognitiven Moduls bewertet? Wenn jemand z. B. noch gut selber essen kann, wenn es vorbereitet und hingestellt wird, sich auch hygienemäßig noch einigermaßen versorgen kann, aber letztlich doch beaufsichtigt werden muss, weil er nicht an der Stelle bleibt, wo er ist. Wie wird das eingestuft – auch unter der Prämisse, dass der Pflegeaufwand deutlich geringer ist als beispielsweise bei einem Beatmungspatienten?

**forum** Welche Rolle spielt der MDK für Fälle der Sozialgerichte?

**Wenner** Der MDK gilt aus der Sicht der Rechtsprechung als unabhängige fachkundige Einrichtung. In der Praxis bedeutet das, dass die Sozialgerichte zur Sachaufklärung kein weiteres Gutachten einholen müssen, wenn ein schlüssiges Gutachten des MDK vorliegt.

*Das Interview führte Diana Arnold.*

Warum gute Gutachten wichtig sind

## Im Namen des Volkes

Krankengeld, Unfallrente, Schuldfähigkeit – Juristen sehen sich oft medizinischen Tatsachenfragen gegenüber, die nicht selten (alleine) entscheidend für den Ausgang eines Rechtsstreits sind. Bereits bevor ein gynäkologischer Sachverständiger dem Autor sein Gutachten mit der Grußformel »mit kollegialen Grüßen« übersandte, war dem Autor klar, dass die Art und Weise des Zusammenwirkens des Arztes mit dem Juristen wesentlich für die Qualität des Verfahrensergebnisses ist.

### Die Rolle des Gutachters

Die Rollenverteilung zwischen Jurist und Gutachter ist schon lange bekannt: Kaiser Karls v. *Peinliche Halsgerichtsordnung* von 1532 bestimmte, dass, wenn die Todesursache zweifelhaft war, »sollen doch sonderlich die wundtärtzt der sach verstendig [...] zu zeugen gebraucht werden«. Der Sachverständige war also (schon vor 500 Jahren wie heute) ein dem Zeugen ähnlicher Berichterstatter über Tatsachen, die seiner besonderen Expertise unterfielen. Aufgabe des (medizinischen) Gutachters ist daher ausschließlich die Beantwortung medizinischer Tatsachenfragen. Die Beantwortung der sich im Prozess stellenden Rechtsfragen aufgrund dieser Tatsachen ist dagegen die (alleinige) Aufgabe des Juristen. Für Prozesse um Krankengeld beispielsweise gilt daher, dass der Mediziner feststellt, welche gesundheitlichen Einschränkungen beim Versicherten vorliegen und ob er aufgrund dieser Einschränkungen noch zu bestimmten Tätigkeiten in der Lage ist, während der Jurist hieraus subsumieren muss, inwieweit dies eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne des SGB v ergibt. Jeder Mediziner und

jeder Jurist prüfe selbst, wie oft er aus der Rolle fällt: Ein gutes Gutachten kann von vornherein nur dann entstehen, wenn der Auftraggeber Fragen stellt, die der Gutachter sachverständig – d. h. mit medizinischem Fachwissen – beantworten kann. Regelmäßig kein

### Lieber nicht die Dogmatik der Rechtsprechung abgleichen

gutes Gutachten ist zu erwarten, wenn der Arzt beginnt, die Dogmatik der Rechtsprechung von BGH und BSG abzugleichen – Gleiches gilt allerdings auch für Richter, die psychiatrische Diagnosen aufgrund der mündlichen Verhandlung stellen. Übrigens kommt leider beides gleich häufig vor.

### Fehlerfreiheit

Angekommen in seiner Rolle, muss der Gutachter fast nur noch ein fehlerfreies Gutachten erstellen. Nun steht der medizinische Gutachter allerdings vor dem Problem, dass die medizinische Beurteilung von Symptomen (oder geklagten Symptomen) nicht immer ohne Zweifel möglich ist. Natürlich könnte der Gutachter diese Zweifel in seinem Gutachten benennen. Dies entspricht bei vielen Ärzten, aus frühesten klinischer Prägung heraus, aber nicht ihrem Selbstverständnis: Ein guter Therapeut gibt gegenüber dem Patienten nicht kopfschüttelnd zu, auch nicht zu wissen, was für eine Erkrankung vorliegt und was man nun tun könnte, sondern er wird, perfekte Selbstsicherheit ausstrahlend, Perspektiven geben. Was für den Heiler eine notwendige Eigenschaft ist, ist ein Bärendienst für den Juristen. Ein guter Gutachter muss Zweifel darlegen und Nichtwissen ansprechen. Er lockt sonst den Juristen auf die falsche Fährte, denn dieser wird seiner Subsumtion unerwiesene Tatsachen zugrunde legen – das Ergebnis wird dann falsch, denn das Gesetz gibt Regeln vor, wie mit nichterweislichen Tatsachen umzugehen ist.

Natürlich darf das Gutachten auch im Übrigen nicht falsch sein. *Copy & Paste* sind zwar ein Segen für die Arbeitseffizienz, aber ein Übel, wenn die Kontrolle versagt: Die junge Frau mit angeblichem Vollbart oder der Chauffeur, der seine Tätigkeit vorgeblich auch in Telearbeit verrichten könne, sind nur im ersten Moment amüsant, führen aber mit Sicherheit zur Nichtberücksichtigung des Gutachtens. Denn wenn ein solch offensichtlicher Fehler durchrutscht, ist nicht auszuschließen, dass auch die medizinische Beurteilung nur falsch kopiert ist.



### Sachlichkeit

Ein fehlerfreies Gutachten hilft nichts, wenn es unsachlich ist. Unsachlich bedeutet nicht nur, dass es nicht emotional oder beleidigend sein darf. Selbst das kann aber schwer sein bei »erfahrenen Probanden«, die den Begutachtungstermin mit dem T-Shirt wahrnehmen »An jedem Tag erhöht sich zwangsläufig die Zahl der Personen, die mich am A... lecken können.« Hier muss der Profi drüberstehen.

### Fehlerfreie Gutachten nutzen nichts, wenn sie unsachlich sind

Sachlich ist ferner nur ein Gutachten, das Auskünfte eben auch nur zur Sache gibt. Es gibt schlicht keinen Grund, im Gutachten kundzutun, dass der Proband mit einem »schnittigen, zitronenfarbenen Beetle-Cabrio vorfährt«, wenn die Erkenntnis ausreichend wäre, dass er mit einem PKW angereist ist – selbst wenn der Gutachter etwas neidisch auf das Gefährt ist.

Unsachlich ist selbstverständlich Kollegenschelte. Zwar unterliegt der Gutachter nicht den strengen Regeln der berufsständischen Kollegialität. Dennoch haben seine Erwägungen sich an objektiven Kriterien und den Standards an den wissenschaftlichen Diskurs zu orientieren. Somit sind die doch wenig harschen Worte »unvertretbar« oder »abwegig« bereits der äußerste Grad der Meinungsäußerung.

Dass ein gutes Gutachten vollständig zu sein hat, liegt auf der Hand. Dies bedeutet, dass alle Beweisfragen beantwortet werden – und sei es mit Nichtwissen bei Unaufklärbarkeit –, aber auch, dass sämtliche Vorbefunde herangezogen werden. Der Hinweis »Die Gerichtsakten wurden aufgrund ihres Umfangs nicht gesichtet, da die dortigen Feststellungen sicherlich veraltet sind und durch eine eigene Befunderhebung ersetzt werden müssen« trägt daher nicht. Auch bei der unterstellten Perfektion der eigenen Befunderhebung entscheiden den Rechtsstreit oft Inkonsistenzen zwischen verschiedenen Untersuchungssituationen.

Vollständigkeit bedeutet aber nicht zwingend eine lange Diagnoseliste. Da viele Versicherte meinen, dass *viel krank* zu sein auch bedeutet, *schwer krank* zu sein, stehen für das konkrete Verfahren irrelevante Diagnosen dem Rechtsfrieden

schnell entgegen. Der Richter wird nur schwer glaubhaft machen können, dass keine Arbeitsunfähigkeit besteht, wenn 23 Diagnosen »Zustand nach« das Gutachten komplettieren. Eine Bänderdehnung aus den 80ern kann daher entfallen, wenn es nicht gerade um eine Arthrose als Folge derselben geht.

### Nachvollziehbarkeit

Das Höchste, was ein Gutachten erreichen kann, ist nicht nur, fehlerfrei und vollständig zu sein, sondern gar nachvollziehbar. Denn an einem nachvollziehbaren Gutachten kann und wird der Jurist seine Entscheidung ausrichten. Nicht nachvollziehbar ist das Gutachten dann, wenn seine Sprache dem Juristen nicht erlaubt, zu verstehen, worauf der Arzt hinauswollte. Das passiert durchaus häufiger, als es Juristen zugeben, denn beide Wissenschaften haben – und Martin Luther würde sich zum Reformationsjubiläum im Grabe herumdrehen – vor allem ihre nicht mehr laienverständliche Sprache zur Perfektion getrieben.

Nicht nachvollziehbar ist es ferner, wenn sich Funktionseinbußen, eher unerklärlich, nicht schlüssig begründet, aus Diagnosen ergeben: das gefürchtete *Gutachtenloch*.

### Fazit

Das Fazit liest sich daher einfach: Der Gutachter liefert dem Juristen die tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen, indem er – ausschließlich auf seinem Fachgebiet – ein fehlerfreies, sachliches, vollständiges und nachvollziehbares Gutachten erstellt. Wenn Arzt und Jurist kollegial zusammenarbeiten, sollte das nicht schwierig sein. Um effizient und im wohlverstandenen Sinne aller Versicherten, der Allgemeinheit und des Rechtsfriedens tätig zu sein, ist die Rückbesinnung auf diese einfachen Kriterien aber immer wieder nötig.



Dr. Henning Müller ist Richter am Hessischen Landessozialgericht.  
henning.mueller@lsg-darmstadt.justiz.hessen.de

## Sachverstand für Seelenfragen

Immer mehr Menschen leiden an psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Warum ist das so? Mit welchen Therapien und Methoden kann man ihnen helfen? Das Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie leistet auf vielfältige Weise Aufklärung, Beratung und Unterstützung für die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste.

IN DEUTSCHLAND SIND jedes Jahr rund 27,8% der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen. Neuesten Zahlen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zufolge entspricht das rund 17,8 Millionen Betroffenen. Zu den typischen Erkrankungen zählen Angststörungen, affektive Störungen (u. a. Depressionen) und Störungen durch Süchte.

Psychische Diagnosen führen immer öfter zu Krankenschreibungen – das belegen auch Zahlen der gesetzlichen Krankenkassen. So ist zum Beispiel nach Angaben der AOK die Anzahl der Krankenschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen zwischen 2006 und 2015 um knapp 50% gestiegen. Die DAK berichtet, dass sich das Arbeitsunfähigkeitsvolumen infolge psychischer Erkrankungen in den letzten zwanzig Jahren mehr als verdreifacht habe, und auch bei den Versicherten der BKK gehen bereits rund 15% der Krankentage auf psychische Erkrankungen zurück.

### Krankgeschrieben mit psychischer Diagnose

#### Auch Kinder betroffen

Mittlerweile gibt es auch bei Kindern und Jugendlichen Entwicklungen, die Anlass zur Sorge bereiten: Experten gehen davon aus, dass 8 bis 15% aller Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten zeigen. Dazu gehören emotionale Probleme, Störungen des Sozialverhaltens, ADHS, Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen sowie gestörtes Essverhalten. Dass Zahlenangaben und Schätzungen schwanken, ist auf unterschiedliche Erhebungsmethoden zurückzuführen.

Für Dr. Christoph Tolzin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ist die Zunahme psychischer Störungen und Erkrankungen kein Wunder, sondern vielmehr logisches Ergebnis einer schwierigen gesellschaftlichen Entwicklung: »Familienverbände zerbrechen. Freundschaften kann man

nicht mehr pflegen, weil alle nach Schule, Studium oder Ausbildung wegziehen. Und dann ist da noch das Smartphone, das den Freund ersetzt, mit dem man sich früher vielleicht getroffen hätte, um gemeinsam etwas zu unternehmen oder einfach zu reden. Wenn man ständig am Handy hängt und in den sozialen Medien den Alltag postet, wenn man dazu womöglich auch beruflich unter Druck steht und sich alles immer so fortsetzt, dann ist das, was früher den Menschen ausgemacht hat, verloren. Kommunikation und das Leben im Verbund mit Familie oder Freunden sind auf der Strecke geblieben.«

Der Leiter des Kompetenz-Centrums Psychiatrie und Psychotherapie (KCPP) differenziert: »Die organisch determinierten psychischen Erkrankungen wie die Schizophrenie oder die bipolare Störung nehmen nicht zu, sondern sind in allen Kulturkreisen nahezu gleich häufig. Was zunimmt, sind die Demenz – allein dadurch, dass die Menschen immer älter werden – und die sogenannten erworbenen Störungen – Persönlichkeitsstörungen als frühe Störungen und Neurosen als späte Störungen sowie Essstörungen und Süchte.

#### Verbesserung dank Psychotherapie-Richtlinie?

Wer in der Vergangenheit psychische Probleme hatte und professionelle Hilfe suchte, musste oft lange und manchmal erfolglos auf eine Therapie warten. Mit der überarbeiteten Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die seit 1. April 2017 in Kraft ist, soll sich die Situation nun verbessern. Dass die Richtlinie reformiert wurde, sei, so Tolzin, bereits 2013 mit dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung angestoßen worden. »Der Zugang zur ambulanten Psychotherapie muss erleichtert und das Antragsverfahren entbürokratisiert werden«, habe darin gestanden – ein Ziel, das Bundesgesundheitsminister Gröhe im SGB V umgesetzt habe. »Wir haben das dann letzten Endes versucht, in Papier zu gießen«, erklärt Tolzin. Dass die Richt-



linie im Frühjahr erfolgreich auf den Weg gebracht werden konnte, daran hat das KCPP einen erheblichen Anteil: »Es gab im Vorfeld diverse Arbeitsgemeinschaften zur Reform der Richtlinie, eine beim G-BA, eine weitere beim GKV-Spitzenverband und eine dritte beim AOK-Bundesverband. In allen dreien waren wir vertreten, haben beraten, diskutiert, gerungen und letztendlich gemeinsam ein Ergebnis erzielt, mit dem alle (gut) leben können.«

Tolzin ist sich sicher: »Die neu geschaffenen Möglichkeiten beispielsweise zur Akutbehandlung und die Sprechstunden beim Psychotherapeuten werden dazu führen, dass mehr Patienten ganz zeitnah eine orientierende Hilfe und psychotherapeutische Leistungen erhalten.« Außerdem hofft er, dass es zu einer Ausweitung der Gruppenpsychotherapie kommt, weil diese für manche Patienten effektiver sei als Einzeltherapien. Für die Therapeuten werden neue Anreize geschaffen. »Wenn sie mit zwei Stunden bei einer neunköpfigen Gruppe deutlich mehr verdienen als mit neun Stunden Einzeltherapie, dann ist es für den einen oder anderen Therapeuten endlich auch lukrativer, Gruppentherapien anzubieten.«

### Viele Themen und Aufgaben

Neben der Psychotherapie-Richtlinie beschäftigt sich das KCPP derzeit mit vielen anderen Themen. Dazu gehören beispielsweise der Bericht über den Nutzen von Verhaltenstherapie, die Prüfung der systemischen/Familientherapie, die ambulante Soziotherapie, die psychiatrische häusliche Krankenpflege, aber auch die geplanten Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen. »Dauerbrenner ist dennoch das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, kurz PEPP«, erklärt Tolzin: »Und im Unterausschuss Psychotherapie des G-BA geht es ganz aktuell unter anderem um Störungen durch Tabak und Koffein, eigentlich gar keine Indikationen für Psychotherapie, aber ein gutes Beispiel dafür, dass immer wieder neue Themen auf den Tisch kommen.« Ob Cannabis als Therapieoption für Schwerstkranke, Ess-Sucht im Zusammenhang mit Adipositas-Chirurgie, posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen oder Spielsucht und Internetabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen – die Experten des KCPP sind in

vielen Feldern gefragt und aktiv. Gemeinsam mit acht Mitarbeiterinnen, darunter eine Psychiaterin und eine Kinder- und Jugendpsychiaterin, jeweils mit Zusatzbezeichnung Sozialmedizin, und psychologische Psychotherapeutinnen, erarbeitet Tolzin Grundlagen und Empfehlungen für die MDK-Begutachtung und Beratung, für Richtlinien und Leitlinien und entwickelt diese weiter. Darüber hinaus erstellt das Team Stellungnahmen und Gutachten, zum Beispiel zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wie Online-Behandlungsprogrammen bei depressiven Störungen.

### Entwicklungen beeinflussen

Das KCPP ist eine organisatorisch eigenständige Einrichtung der Medizinischen Dienste und des GKV-Spitzenverbandes, die beim MDK Mecklenburg-Vorpommern und beim MDK Hessen angesiedelt ist. »So können wir problemlos verschiedene Regionen abdecken. Von Rostock aus sind wir schneller in Berlin und Hamburg, von Oberursel aus schneller in Nordrhein-Westfalen und im Süden«, so Tolzin, der seit Gründung des KCS im Jahr 2000 mit Begeisterung dabei ist. Das KC übernimmt vor allem systemberatende Aufgaben im Auftrag der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie des MDS und der MDK-Gemeinschaft. Es berät in den Gremien des G-BA, den themenspezifischen Arbeitsgruppen des GKV-Spitzenverbandes und auch in Arbeitskreisen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Spannend ist es für Tolzin, und da zitiert er einen langjährigen inzwischen verstorbenen Geschäftsführer des MDK Mecklenburg-Vorpommern, einen Teil der *Definitionsmacht* zu haben: »Eigentlich hat sie natürlich der G-BA, aber wir können zumindest mitwirken. Und auch dank guter Beziehungen zur Kassenseite haben wir die Chance, am Entwicklungsprozess teilzuhaben.«

Infos auch unter [www.kcpp-mv.de](http://www.kcpp-mv.de)

**Beraten, mitwirken,  
Einfluss nehmen**

**Soziale Medien  
können keine Freund-  
schaften ersetzen**



**Dorothee Buschhaus** ist  
Redakteurin der MDK-Gemeinschaft.  
[d.buschhaus@mds-ev.de](mailto:d.buschhaus@mds-ev.de)

## Qualität entscheidet

Jedes Jahr prüfen Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste und des Prüfdienstes der privaten Krankenversicherung die Pflege-Qualität von Pflegeeinrichtungen. Doch wie steht es um die Qualität der Prüfer selbst? Wenden sie die Prüfrichtlinien einheitlich an? Wie gehen sie mit den Pflegebedürftigen und den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen um?

DIESE UND WEITERE Fragen stehen im Fokus eines umfangreichen Qualitätssicherungsverfahrens, über dessen Ergebnisse der MDS jährlich berichtet. Der aktuelle Bericht über die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Pflege-Qualitätsprüfungen 2016 liegt jetzt vor.

### Prozesse unter der Lupe

Das Qualitätssicherungsprogramm umfasst vier Prüfinstrumente: MD-übergreifende Audits, schriftliche Befragungen der Pflegeeinrichtungen und der Landesverbände der Pflegekassen, Plausibilitätsprüfung der Prüfberichte und externe Prozessaudits. Die Auswertung zeigt, dass die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) bundesweit einheitlich angewendet werden.

Um festzustellen, bei welchen Vorgaben der Prüfrichtlinien möglicherweise Schwierigkeiten bestehen und vor allem warum, begleiten sich Gutachterinnen und Gutachter gegenseitig bei den Pflege-Qualitätsprüfungen – 2016 wurden 86 solcher MD-übergreifenden Audits durchgeführt. In 95,6% dieser MD-übergreifenden Audits kamen »Prüfer« und »Geprüfter« zum gleichen Ergebnis. In den Fällen, in denen es abweichende Beurteilungen gab, lag dies häufig daran, dass die Prüfvorgaben nicht konkret genug formuliert waren. Aus dem QS-Programm lassen sich daher wichtige Hinweise für Weiterentwicklung der Pflege-Qualitätsprüfungen und der Prüfrichtlinien ableiten.

### Lob auch von außen

Im Anschluss an die Pflegequalitätsprüfung können die Pflegeeinrichtungen mit einem Online-Fragebogen die Qualität der Prüftätigkeit aus ihrer Sicht bewerten. Ihre Einschätzung – wie auch die der Pflegekassen auf Landesebene – wird außerdem berücksichtigt, wenn es darum geht, die Qualität der Prüfberichte zu beurteilen und weiter zu verbessern.

Auch aus Sicht der Pflegeeinrichtungen leisten die Gutachter der Medizinischen Dienste und des PKV-Prüfdienstes eine überzeugende Arbeit: Die Einrichtungen loben vor allem die Fach- und Beratungskompetenz, die Transparenz der Prüftätigkeit sowie den respektvollen und wertschätzenden Umgang mit den pflegebedürftigen Menschen und den Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen.

### Vorbild für andere Bereiche

Die Erkenntnisse aus den Audits und den Befragungen dienen dem Erfahrungsaustausch unter den Prüfdiensten und werden auch für Fortbildungsveranstaltungen genutzt. Damit das QS-Programm wirken kann, ist es wichtig, dass die Ergebnisse der einzelnen Maßnahmen tatsächlich auch in die Arbeitsprozesse der Organisationen einfließen und diese verändern. Deshalb prüft ein externer Sachverständiger einmal im Jahr, ob die Anforderungen, denen sich die Prüfdienste im Rahmen des QS-Programms stellen, erfüllt werden. Er hat bestätigt, dass es den Medizinischen Diensten und dem PKV-Prüfdienst gelungen ist, die Qualitätssicherung ihrer Prüftätigkeit auf eine einheitliche und vergleichbare Grundlage zu stellen und die geforderten Maßnahmen erfolgreich in ihre Arbeitsstrukturen und -prozesse zu integrieren. Das QS-Programm hat daher sicherlich auch Vorbildcharakter für andere Bereiche der gutachterlichen Tätigkeit der Medizinischen Dienste.

*Infos zum aktuellen Bericht auch unter [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)*



**Dr. Andrea Kimmel** ist Seniorberaterin beim MDS.  
a.kimmel@mds-ev.de

## Auf dem (eigenen) Prüfstand

Flankierend zu den bundesweit vorgegebenen externen Qualitätssicherungsverfahren im Bereich der Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen haben die Medizinischen Dienste zusätzlich interne Maßnahmen entwickelt. MDK *forum* berichtet beispielhaft über die interne Qualitätssicherung des MDK Bayern.

UNTER DEM MOTTO »Wer Qualität prüft, muss Qualität bieten« hat der MDK Bayern von Maßnahmen der Praxisbegleitung bis hin zu Fallbesprechungen eine umfassende interne Qualitätssicherung aufgebaut. Ziel ist eine einheitliche Qualität der Prüfungen sowie der Prüfberichte.

### Maßnahmen vor Ort

Die *Praxisbegleitung* findet je Mitarbeiter alle zwei Jahre obligatorisch in zwei Varianten statt: durch die Führungskraft und durch einen Kollegen. An einem festgelegten Tag begleiten die Führungskräfte bzw. die Kollegen die Prüfung und geben Tipps für mögliche Verbesserungen. Der Beobachter greift dabei nicht in das Prüfgeschehen ein, sondern hält die Beobachtungen schriftlich in einem standardisierten Bogen fest. Dieser Prüfbogen umfasst verschiedene

### Teamegeist und Kommunikation stärken

Qualitätskriterien, wie Zeitmanagement oder die Einhaltung der Prüfungsrichtlinien, und dient als Grundlage für eine objektive Einschätzung. Am Ende jeder Begleitung steht das Reflexionsgespräch, in dem eine Rückmeldung stattfindet. Gelungene Vorgehensweisen werden dabei hervorgehoben und möglicher Verbesserungsbedarf aufgezeigt. Als Ergebnis der Begleitung durch die Führungskraft können beispielsweise individuelle Verbesserungsmaßnahmen wie Fortbildungen festgelegt werden. Die kollegiale Praxisbegleitung ergänzt dieses Angebot und ermöglicht, Rückmeldung zu erhalten und diese auf Augenhöhe mit Kollegen zu diskutieren. Die Erkenntnisse aus den einzelnen Begleitungen werden zudem anonymisiert gesammelt und evaluiert, um übergreifende Maßnahmen entwickeln zu können.

Das Angebot der *kollegialen Fallberatung* steht unter dem Motto »Kollegen beraten Kollegen«: Die Prüfer treffen sich dreimal jährlich in acht kleinen Teams, um über kritische Situationen, Konflikte oder belastende Vorkommnisse zu sprechen. Dabei können sie ihr Vorgehen diskutieren, analysieren und bei der Lösungsfindung von den Erfahrungen der Kollegen profitieren. In den Besprechungen überwiegt ein ausgeprägter Praxisbezug, und es zeigt sich, dass die Hemmschwelle zur Diskussion im kleinen Kreis wesentlich geringer ist. Eine Evaluation hat ergeben, dass diese Maßnahme bei den Mitarbeitern besonders beliebt ist, weil die gemeinsame Lösungsorientierung im Vordergrund steht und der Teamgeist sowie die Kommunikation untereinander gestärkt werden. Sollten keine Lösungen gefunden werden oder ein Problem weitreichendere Maßnahmen erfordern, entscheidet das Team, ob die Führungskräfte informiert werden, um bei einer Lösungsfindung zu unterstützen.

### Ziel: eine einheitliche Prüfung

Die genannten Instrumente greifen ineinander: So kann aus der Rückmeldung aus einer Praxisbegleitung ein Gesprächsthema einer kollegialen Fallberatung werden und Ergebnisse der Diskussionen können zu neuem Fortbildungsbedarf führen. Der standardisierte Rückmeldebogen der Praxisbegleitungen findet sich beim Einarbeitungskonzept neuer Mitarbeiter wieder. Somit unterstellt sich der MDK also den gleichen Ansprüchen einer internen Qualitätssicherung, wie sie auch von den Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Qualitätsprüfungen gefordert werden. Gemeinsames Ziel aller Maßnahmen ist die Förderung einer einheitlichen Qualitätsprüfung.



**Heike Franzen-Krapoth** ist Leiterin Externe Qualitätssicherung MDK Bayern.  
heike.franzen-krapoth@mdk-bayern.de



**Dominique Labouvie** ist Fachberater Grundsatzfragen Pflege MDK Bayern.  
dominique.labouvie@mdk-bayern.de

## MDK Nord entwickelt Alternative zu Arzneimittel-Richtgrößen

In Schleswig-Holstein ist vorbei, was Patienten kurz vor Quartalsende immer wieder in Arztpraxen erlebt haben: Ein Hausarzt stellt kein Rezept mehr aus, sagt, er habe sein Budget ausgeschöpft. Das System der MRG, der *Morbidity Related Groups* (krankheitsabhängige Fallgruppen), hat dieses Problem nun im nördlichsten Bundesland beseitigt.

DAS MRG-MODELL WURDE beim MDK Nord im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) entwickelt und Anfang 2017 für die rund 3500 niedergelassenen vertragsärztlichen Haus- und Fachärzte in Schleswig-Holstein eingeführt. Auslöser war das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Dieses sieht vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die »Arzneimittel-Richtgrößen« reformieren oder abschaffen.

Seit 1988 müssen sich niedergelassene Ärzte bei der Arzneimittelverordnung an Richtgrößen orientieren. Konkret ist das ein Geldbetrag pro Quartal, der sich nach der Anzahl der Patienten in den »Statusgruppen« Mitglieder, Familienangehörige und Rentner (2015 abgewandelt in vier Altersgruppen) und nicht nach den Krankheiten bemisst. Ergänzend gab es Wirkstoffvereinbarungen, damit möglichst preisgünstige Präparate verschrieben werden. Häufig hatten Ärzte ihr Richtgrößenbudget deutlich vor Quartalsende aufgebraucht und mussten Sanktionen durch die gemeinsame Prüfungsstelle der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen fürchten, wenn sie weiter verschreiben würden.

### Ein Modell, das sich rechnet?

### Bundesländer entscheiden eigenständig

dann im folgenden Quartal berücksichtigen. Entwickelt hat das Modell Mathematik-Professor Prof. Dr. Reinhard Schuster vom MDK Nord mit Unterstützung eines Pharmakologen und einer Apothekerin des MDK in Zusammenarbeit mit der KVSH. Als Leiter der Stabsstelle Gesundheitsökonomie nimmt er auch die Auswertungen vor.

Das Modell zielt darauf ab, niedergelassenen Ärzten mit kostenintensiven Behandlungsschwerpunkten ein höheres Budget zuzumessen als anderen mit geringerem Arzneimittel-Verschreibungsbedarf. Insgesamt jedoch sollen die Arzneimittelkosten im Bereich der KVSH nicht über dem vertraglich vereinbarten Arzneimittelvolumen liegen.

Auf welche Weise die Kassenärztlichen Vereinigungen den gesetzlichen Vorgaben gerecht werden, entscheiden sie in jedem Bundesland eigenständig. In Hamburg wird MRG parallel zu einem anderen System eingeführt. Im Bereich des MDK Nordrhein sind zunächst Testberechnungen geplant. In vielen Bundesländern arbeite man vorerst weiterhin mehr oder weniger mit den Richtgrößen oder hat sie durch andere Modelle ersetzt, wie den sogenannten Durchschnittswerten, Wirkstoffvereinbarungen oder einem Ampelsystem für Wirkstoffe, so Schuster. Grundsätzlich werde dabei mit Auffälligkeiten »sehr tolerant« umgegangen. »Das Ziel, die Arzneimittelkosten bei gleich hoher Verordnungsqualität im Sinne der Solidargemeinschaft aller GKV-Versicherten zu steuern, kann man damit aber nicht erreichen«, sagt Reinhard Schuster. »Das erfordert patientenorientierte, innovative Modelle und keine überholten Methoden.«

### Mit Blick auf die Kosten

In Schleswig-Holstein hat Anfang des Jahres zunächst jeder niedergelassene Arzt sein finanzielles Volumen als sogenannten »Garantiewert« zugeteilt bekommen. Dieser basiert auf seinen Verschreibungen des Vorjahres und dem Vergleich zu Praxen seiner Fachgruppe im Bundesland, jeweils bezogen auf gleiche Morbiditätsgruppen in Bezug auf Alter, Multimorbidität und Verordnungintensität. Im Herbst soll eine erste Auswertung der Verschreibungen des ersten Halbjahres 2017 erfolgen. Diese soll dem Arzt zeigen, bei welcher Diagnose-Gruppe er durch Verordnung gleichwertiger, aber günstigerer Präparate Kosten sparen kann. Das sollte er

Jan Gömer



## »Luft nach oben« bei der Reha von Pflegebedürftigen

Die Bedeutung von Rehabilitationsmaßnahmen vor und bei Pflege nimmt zu. Dennoch fehlt es an evidenzbasierter Forschung und Konzepten für die Praxis. Das muss sich ändern, sagt Prof. Dr. Stefan Görres vom Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen.

DIE REHABILITATION PFLEGEBEDÜRFTIGER älterer Menschen ist nach wie vor keine Selbstverständlichkeit. Dies, obwohl in den letzten Jahren die Notwendigkeit eines pflegeorientierten Ansatzes der Rehabilitation im ambulanten und im heimstationären Bereich der Versorgung, also außerhalb der medizinischen Rehabilitation, auch im Kontext der sozialen Pflegeversicherung erheblich an Relevanz gewonnen hat. Es geht um eine Form der Rehabilitation, die an Alltagsanforderungen ansetzt, kontinuierlich erfolgen muss und nicht direkt und unmittelbar an Krankheitsbilder oder ärztliche Diagnosen gebunden ist oder durch sie begründet wird. Allerdings ist die Rehabilitation pflegebedürftiger Menschen ein bislang pflegfachlich nicht besetztes und pflegwissenschaftlich nicht ausgestaltetes Tätigkeitsgebiet. Letzteres gilt vor allem für die stationäre Langzeitpflege. Dort sind Rehabilitationsmaßnahmen und Therapieleistungen mit höherem Alter sogar rückläufig und eine höhere Pflegestufe bedingt geringere Therapieleistungen und seltenere Rehabilitationsmaßnahmen. Auch in den MDK-Pflegebegutachtungen beläuft sich die Empfehlungsrate für eine Rehabilitation auf ca. 2% aller Antragstellungen.

### Komplexes Handlungsfeld

Die Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit ist also nach wie vor eine offene Frage. In der Tat handelt es sich aus pflegerischer Sicht um ein komplexes Handlungsfeld, das ein umfassendes Wissen und hochqualifiziertes Handeln voraussetzt. Wesentlich ist jedoch, dass die Interventionen der Pflege in der Rehabilitation präzisiert werden müssen. In Deutschland verfügen Pflegende kaum über eigene professionelle Instrumentarien und therapeutische Handlungskonzepte mit deutlich rehabilitativem Charakter. Dies führt häufig dazu, pflegerisches Handeln und auch die sogenannte aktivierende Pflege als »unspezifisch« zu interpretieren bzw. immer nur im Kontext der anderen beteiligten Berufe zu

definieren. Im Fazit ist der rehabilitative Beitrag der Pflege derzeit weder pflegewissenschaftlich abschließend konzeptionalisiert noch ausreichend untersucht. Letzteres betrifft insbesondere die »Isolierung« von einzelnen Aufgaben der Pflegenden sowie die Messung ihrer Wirksamkeit am Gesamtergebnis. Die Ursache liegt in der Komplexität des gesamten Interventionsprozesses und einer Fülle von Einzelkomponenten begründet. Eine Möglichkeit zur Bewertung komplexer Interventionen und der Erfassung entsprechender Kontextfaktoren bieten randomisiert kontrollierte klinische Studien (RCTs) und Systematic Reviews (SR), vor allem aber das Health Technology Assessment (HTA).

### Grundsatz »Reha vor Pflege«

Die Frage der Notwendigkeit pflegerisch-rehabilitativer Interventionen bei Pflegebedürftigen wird auf absehbare Zeit aber nicht allein vom Nachweis ihrer Wirkung durch vorhandene externe Evidenz zu lösen sein. Dies betrifft auch die bisher in Deutschland kaum etablierte Option der mobilen Rehabilitation im Sinne von »ambulant vor stationär«. Gerade hiermit dürften sich die Zielsetzungen der Pflegeversicherung zur Verselbstständigung und Stabilisierung im häuslichen Umfeld realisieren lassen. Die generelle Evidenz – belegt durch internationale Studien – begründet deshalb weiterhin die politische und pflegerische Verantwortung, entsprechende rehabilitative Angebote strukturell vorzuhalten und den Grundsatz von »Rehabilitation vor Pflege« als geboten anzusehen. Allerdings ist sowohl die Praxis als auch die Forschung betreffend noch »Luft nach oben«. Vor allem dürfte eine stärkere Evidenzbasierung rehabilitativer Angebote für Pflegebedürftige in Deutschland unverzichtbar bleiben.



Professor Dr. Stefan Görres forscht und lehrt am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen. [sgoerres@uni-bremen.de](mailto:sgoerres@uni-bremen.de)

## Funktionierende Kommunikation über die Sektorengrenzen

Wer aus dem Krankenhaus entlassen wird, benötigt in den meisten Fällen eine Weiterbehandlung durch ambulant tätige Ärzte ebenso wie Medikamente. Hier und da hapert es beim Entlassmanagement jedoch an der Kommunikation. Abhilfe schaffen soll das 2013 von der Knappschaft initiierte Projekt *Elektronische Behandlungsinformation* (eBI).

VERSICHERTE DER KNAPPSCHAFT, die in ein Krankenhaus eingewiesen werden, können freiwillig das Angebot der eBI nutzen, sofern das gewählte Krankenhaus zu den dreißig Partnerhäusern gehört. Derzeit nehmen etwa eine Viertelmillion Versicherte daran teil. Erklärt der Versicherte beim Aufnahmegespräch sein Einverständnis, stellt die Krankenkasse Informationen wie verordnete Arzneimittel, zurückliegende Erkrankungen und Behandlungen, Namen und Kontaktdaten der Ärzte und Angaben zu früheren Krankenhausaufenthalten in Echtzeit digital zur Verfügung.

### Wichtige Gesundheitsmerkmale werden kommuniziert

Aus den Abrechnungsdaten der Kasse werden Gesundheitsmerkmale, die bei der ärztlichen Behandlung berücksichtigt werden müssen, besonders hervorgehoben. Das gilt zum Beispiel für Dialysepflicht, Niereninsuffizienz, Organtransplantationen oder Pflegegrade. Ebenso vermerkt sind die Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) und der MRSA-Status. Die von der Kasse bereitgestellten Daten beinhalten darüber hinaus Informationen über die bisherige und aktuelle Medikation sowie Diagnosen des Patienten. Abgebildet werden Wirkstoffe, Stärken und Verordnungszeiträume sowie die Diagnosen der vergangenen zwölf beziehungsweise 36 Monate. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erhält der behandelnde Hausarzt über einen erweiterten Entlass-Brief die nötigen Informationen für eine sektorübergreifend abgestimmte Medikationstherapie.

### Risikocheck inklusive

eBI generiert im Arzneimitteltherapie-Risikoreport per Knopfdruck einen Arzneimitteltherapiesicherheits-(AMTS-)

Check. Dieser zeigt die möglichen Gefahren der individuellen Medikation des Versicherten zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme. Dabei werden beispielsweise potenzielle Wechselwirkungen angezeigt. Darüber hinaus berücksichtigt die Analyse auch die Dosierungen und die individuellen Besonderheiten des Patienten (etwa Laborwerte, Geschlecht, Alter, Größe, Gewicht, Erkrankung). Besteht ein Risiko, werden geeignete Behandlungsalternativen empfohlen. Die Risikohinweise und Behandlungsalternativen sind wissenschaftlich belegt, werden laufend aktualisiert und beinhalten folgende Risiko-Dimensionen:

- Interaktionen
- Rote-Hand-Briefe
- PRISCUS-Liste (altersinadäquate Wirkstoffe)
- Nierenfunktionsabhängige Arzneimittel
- Arzneimittel, die nicht plötzlich pausiert oder abgesetzt werden dürfen
- Dosierungen unter Berücksichtigung der Indikationen und Laborwerte (GFR)
- OTC-Präparate (rezeptfreie Medikamente)

### Wissen digital austauschen

Da eine sektorenübergreifende digitale Kommunikation bisher nicht genutzt wird, gehen bei der Krankenhausaufnahme als auch bei der Entlassung wichtige Informationen verloren. Die Folgen können fehlerhafte Anamnesen sein, falsche Diagnosen und Therapieentscheidungen oder Medikationsfehler. »Um dies zu vermeiden, wurde das Projekt gestartet«, sagt Markus Weiß, Referent im Fachbereich Versorgungsmanagement und Competence Center elektronische Behandlungsinformation. »Aus Sicht der KNAPPSCHAFT ist das Krankenhaus der ideale Ort für eine initiale sektorenübergreifende Abstimmung der Behandlung. Die Kliniken erhalten mit eBI Informationen über die Vorerkrankungen.«

Informationsaustausch fördert Patientensicherheit



kungen der Patienten, die aktuelle und frühere Arzneimitteltherapie, die stationär und ambulant erhobenen Diagnosen sowie zu den betreuenden Ärzten und Institutionen. Alle Beteiligten können so koordiniert zusammenarbeiten und ihr Wissen austauschen. Ziel ist es, die Arzneimitteltherapiesicherheit und die Patientensicherheit zu steigern und die Versorgungsqualität zu optimieren, indem strukturelle Kommunikationsdefizite aufgehoben werden«, erklärt Weiß.

So komme es vor allem beim Wechsel der Sektoren aufgrund fehlender Informationen zu Fehlern. Lediglich die Hälfte der vom Krankenhaus vorgeschlagenen Medikationen würde von den niedergelassenen Ärzten fortgeführt. Da diese die Gründe für die Therapieumstellung nicht kennen oder die ambulante Medikamentenversorgung als unwirtschaftlich betrachten würden, werde eine stationäre Therapie wieder zurückgestellt oder die Medikamentengabe um zusätzliche Präparate ergänzt.

Die elektronische Behandlungsinformation kann diese Informationslücke schließen, da zum Beispiel sämtliche Medikationsumstellungen medizinisch/pharmakologisch begründet sowie dokumentiert werden müssen. »Mit diesem

Schritt wird erstmals der medizinische Entscheidungsprozess des Krankenhausarztes für den Weiterbehandler transparent und nachvollziehbar. Ohne diese Information bleibt ein Fortführen

### Keine Konkurrenz für die elektronische Gesundheitskarte

der stationär vorgeschlagenen Medikation oft ein mit Spekulation behafteter Prozess, der letztlich zu einer unzureichenden Nachhaltigkeit und Stringenz in der Medikationsverordnung führt«, sagt Weiß.

### Steigerung der Patientensicherheit

Im Gegensatz zur elektronischen Gesundheitskarte stellt eBI neben den Arzneimittel- und Diagnosedaten einen Risikocheck und ein Entlassmanagement bereit. Referent Weiß sieht die elektronische Behandlungsinformation aber nicht als Konkurrenz zur Gesundheitskarte. »Beides ist unabhängig voneinander.« Bei eBI handelt es sich um eine Anwendung, nicht um eine Kommunikationsinfrastruktur. Zukünftig sollen bei der KNAPPSCHAFT und perspektivisch auch über den Zugang der Telematikinfrastruktur weitere Dienste implementiert werden und zusätzliche Partner folgen wie niedergelassene Ärzte, Pflegedienste, Pflegeheime, Apotheken, Rehabilitationseinrichtungen sowie der Patient selbst.

Die bisherigen Ergebnisse einer Evaluation sprechen laut Weiß für eine Ausweitung von eBI: Es zeigte sich, dass 66% von über 3000 evaluierten Versicherten mehr als acht Wirkstoffe gleichzeitig erhielten. eBI ermittelte die Medikationsrisiken sämtlicher Risikodimensionen bei den aufgenommenen Patienten: Insgesamt kam es zu 1335 Wechselwirkungen, davon etwa 300 schwerwiegende. Über 100 Versicherte wiesen mehr als fünf Wechselwirkungen in ihrer akuten Medikationstherapie auf. Im Bereich der Doppelverordnungen nahmen 2196 Versicherte verschiedene Präparate gleichzeitig ein, deren Wirkstoffe mindestens in zwei Präparaten parallel vorhanden waren. Als weitere Dimension wurden altersinadäquate Wirkstoffe nach PRISCUS-Liste untersucht. Insgesamt 677 Versicherte über 65 Jahre nahmen mindestens einen PRISCUS-Wirkstoff zu sich. Auch im Bereich der Über- und Unterdosierung wiesen 2036 Versicherte eine potenzielle Über- bzw. Unterdosierung auf. Des Weiteren konnten 871 Versicherte identifiziert werden, die mindestens ein Präparat eingenommen hatten, zu dem ein Roter-Hand-Brief und damit ein relevanter Risikohinweis vorlag.

### Pragmatische Lösungen

Die elektronische Behandlungsinformation beweist, dass Entlassmanagement, Medikationsplan und Patientensicherheit durch Informationsaustausch im Zusammenspiel von Krankenhaus, niedergelassenem Arzt, Krankenkasse und Patient möglich sind. Für Markus Weiß zeigt sich daran auch, dass die Krankenkasse eine neue Rolle bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens übernehmen kann – »real und nutzbringend für alle«. Während Akteure hier gewillt sind, pragmatische Lösungen zu finden, scheitert es oft im Großen. Vielleicht geht die elektronische Gesundheitskarte entgegen allen Prognosen ja doch noch vor dem Berliner Flughafen an den Start.

Mehr Informationen bei Markus Weiß:  
*Knappschaft Fachbereich Versorgungsmanagement  
 Competence Center elektronische Behandlungsinformation  
[markus.weiss@kbs.de](mailto:markus.weiss@kbs.de)*



**Martin Dutschek** ist Leiter Personalentwicklung beim MDK Niedersachsen.  
[martin.dutschek@mdkn.de](mailto:martin.dutschek@mdkn.de)

## Vom Brotdosencheck bis zur Stressprävention

Seit Anfang des Jahres gibt es an Schulen in Brandenburg und Hessen Schulgesundheitsfachkräfte, die im Rahmen eines Modellprojekts positiv auf den Zusammenhang von gesundem Aufwachsen und Bildungserfolg einwirken sollen.

NICHT NUR ELTERN, Lehrerinnen und Lehrern leuchtet es intuitiv ein: Gesunde Kinder lernen besser. Doch die Chancen auf eine gesunde Kindheit und damit auf ein gesundes Lernen sind ungleich verteilt. Jedes sechste Kind in Brandenburg lebt in einer Familie, die Grundversicherungsleistungen erhält. Diese Kinder und Jugendlichen leiden deutlich häufiger an Übergewicht, Diabetes, Verhaltensauffälligkeiten und psychosomatischen Erkrankungen. Gesundheitliche Beeinträchtigungen können sich wiederum auf die schulischen Leistungen niederschlagen und die Aussicht auf Bildungserfolge verringern.

An dieser Stelle setzt das Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte (SGFK) an, das von der AWO Potsdam und dem Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg auf den Weg gebracht wurde. Nach intensiver Vorbereitung sind seit Februar dieses Jahres zehn Schulgesundheitsfachkräfte an zwanzig Brandenburger Schulen im Einsatz. In Hessen sind es seit Juni zehn Fachkräfte an zehn Schulen. Das Projekt wird für beide Bundesländer gemeinsam durch das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité Berlin ausgewertet.

### Von der Schulkrankenschwester zur Schulgesundheitsfachkraft

Sybille Rudnik ist nun schon seit über einem halben Jahr Ansprechpartnerin für insgesamt 727 Schüler und Schülerinnen an zwei Grundschulen in Cottbus: »Die Lehrerinnen und Lehrer begegneten mir zunächst mit großer Neugierde und auch etwas Skepsis, ob eine Schulgesundheitsfachkraft tatsächlich zu einer Entlastung der Lehrerschaft beitragen kann. Das hat sich in Wohlwollen gewandelt. Die Kinder waren sofort begeistert.« Und auch Sybille Rudnik merkt man die Begeisterung an. Täglich kommen fünf bis fünfzehn Kinder mit großen und kleinen Problemen zu ihr: von der Papierschnittwunde bis zur Scheidung der Eltern.

Rudnik ist ausgebildete Krankenschwester mit einer Zusatzausbildung zur »Fachschwester für Anästhesie und Intensivmedizin«. Als sie von der Machbarkeitsstudie der AWO erfuhr, bewarb sie sich zur Teilnahme am Modellprojekt. Die Machbarkeitsstudie bildete schon ab 2012 die erste Projektphase und profitierte vom Austausch mit Finnland, Polen und Dänemark, wo es bereits seit mehreren Jahrzehnten vergleichbare Modelle gibt. So konnten unter anderem ein Tätigkeitsprofil und Empfehlungen für strukturschwache Regionen erarbeitet werden.

### Gesundheitsförderung - international und interdisziplinär

Bis 2016 wurde ein umfassendes Curriculum mit sechs Aufgabenbereichen entwickelt, das das Fundament der Weiterbildung von erfahrenen Pflegefachkräften zu Schulgesundheitsfachkräften bildete: Dabei werden die Teilnehmenden drei Monate in Vollzeit und acht Monate tätigkeitsbegleitend auf ihre Arbeit an den Schulen vorbereitet. Neben der Akutversorgung gehören Gesundheitsförderung und Prävention, Früherkennung sowie die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen zum Aufgabenspektrum. Mit diesen fünf Bereichen verwoben ist als sechster die außerschulische interdisziplinäre Kooperation. So berät sich Sybille Rudnik zum Beispiel mit Sozialarbeitern, Sonder- und Heilpädagogen und steht im engen Kontakt mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Cottbus (KJGD), den sie wiederum beim Gesundheitscheck der sechsten Klassen unterstützt.

Das Curriculum, fachliches Herzstück des Projekts, ist das Ergebnis der intensiven Zusammenarbeit von Expertinnen und Experten des Schul- und Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendmedizin sowie der AWO und dem Projekt BEST WSG (Berufsintegrierte Studiengänge zur Weiterqualifizierung im Sozial- und Gesundheitswesen). Auch die 2014 von der WHO formulierten Kernkompetenzen für Schulgesundheitsfachkräfte flossen in das Curriculum ein.



## Genug Zeit für kleine und größere Sorgen?

Wenn Kinder akut versorgt werden müssen, darf das obligatorische Pflaster genauso wenig fehlen wie ein paar aufmunternde Worte und Aufmerksamkeit. Rudnik hat inzwischen Präventionsangebote wie den »Brot Dosencheck« und richtiges Händewaschen umgesetzt. Und auch ein paar kleine Diabetesexperten hat sie mittlerweile in Cottbus »ausgebildet«. Das gemeinsam mit den Klassenlehrerinnen altersgerecht vermittelte Wissen enträtselt zum einen die chronische Erkrankung, zum anderen wird dabei deutlich, wie Körper, Ernährung und Gesundheit zusammenhängen. In Einzelarbeit stellten Rudnik und eine syrische Schülerin, die an Diabetes Typ 1 erkrankt ist, beispielhaft eine Beispielbrotdose zusammen und berechneten dazu Brot- und Insulindosen mit Hilfe von Bildern.

»Gut, dass du da bist!« hört Sybille Rudnik oft von den Kindern, aber auch: »Wo warst du gestern? Wir hätten dich gebraucht!« Die Gesundheitsfachkraft füllt offensichtlich viele Lücken. Nicht nur die Kinder besuchen sie oft in ihrem kleinen Zimmer im Erdgeschoss. Auch Lehrkräfte und Eltern fragen um Rat und sind dankbar, die Kinder gut betreut zu wissen. Dennoch kann der Bedarf an den teilnehmenden Schulen kaum als gedeckt gelten. Die AWO empfiehlt ein Betreuungsverhältnis von maximal 700 Schülerinnen und Schülern, optimal wäre sogar nur die Hälfte pro vollbeschäftigte Fachkraft. Auch Rudnik bestätigt, dass es schwierig sei, an zwei oder drei Schulen gleichzeitig zu arbeiten: »Über diesen Punkt muss aus meiner Sicht unbedingt nachgedacht werden. An einer großen Schule wie der Europa-Schule mit drei Häusern ist es schwierig, für alle da zu sein.«

## Zukunft und Chancen

Rudniks umfassende Weiterbildung beinhaltet nicht nur Unterrichtseinheiten zur gesundheitlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, sondern auch Grundsätze der Gesprächsführung und Stressbewältigung. »Dieses Umfeld erfordert berufliche Erfahrung sowie eine besondere Empathie für die Bedürfnisse der Kinder, Eltern und auch Lehrer.« Dennoch spielt die Abgrenzung der Tätigkeitsfelder zur sozialpädagogischen, psychologischen und ärztlichen Arbeit eine besondere Rolle in dem für Deutschland jungen Berufsfeld. Damit wird die Schulgesundheitsfachkraft zu einer wichtigen Schnittstelle, die vieles im Blick hat, konkret

entlasten und vorsorgen kann, aber auch einordnen muss, wann spezielle Unterstützung notwendig wird. Einmal die Woche tauschen sich die Brandenburger Kolleginnen auch untereinander aus.

1,1 Millionen Euro stellen das Brandenburger Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, das Bildungsministerium, die AOK Nordost und die Unfallkasse Brandenburg für das Modellprojekt bis Oktober 2018 zur Verfügung. Die Zukunft des Projekts, vor allem hinsichtlich der Finanzierung der Gesundheitsfachkräfte, wird erst mit der Evaluation 2018 geklärt werden. Vielleicht zeichnet sich bis dahin bereits ein längerfristiger Effekt ab, der dem Gießkannenprinzip manch anderer Programme einiges voraus hätte.

Die Lehrerinnen und Lehrer fragen Sybille Rudnik immer öfter um Rat und für die Kinder ist sie schon jetzt feste Ansprechperson. Sie haben Vertrauen zu ihr entwickelt und wissen die kontinuierliche Fürsorge zu schätzen. Prävention und Früherkennung werden damit ins Schulsystem implementiert und können nachhaltiger wirken. Auf akute Probleme kann schnell professionell reagiert werden. Die Schulgesundheitsfachkraft prägt auf diese Weise die Schule als Ort gesundheitlicher Chancengleichheit, denn die Schwelle des Angebots liegt für alle Schülerinnen und Schüler gleichermaßen niedrig.

**Gleiche Chancen für alle Kinder**



Diana Arnold ist Online-Redakteurin der MDK-Gemeinschaft.  
diana.arnold@mdk-sachsen.de

## Der Transrapid in der Bildgebung?

Mit einem weltweit einzigartigen Verfahren in der Magnetresonanztomografie (MRT) lassen sich nicht nur Zungenverkrampfungen von Blechbläsern in Echtzeit erkennen, sondern auch großer Nutzen für eine patientenschonende Bildgebung z. B. bei Herzerkrankungen, Schluckstörungen oder Gelenkproblemen erzielen. MDK *forum* besuchte Professor Jens Frahm am Max-Planck-Institut für biophysikalische Chemie in Göttingen.

FÜR FURORE SORGTE das Forschungszentrum jüngst mit einem Besuch von Douglas Yeo. Der berühmte Posaunist der Bostoner Symphoniker nimmt an einer Studie zur Erforschung von Erkrankungen von Blechbläsern teil. Yeo legte sich mit einer umgebauten Posaune in das Echtzeit-MRT im Göttinger Max-Planck-Institut und spielte vorgegebene Tonreihen ab. Das MRT nahm dabei alle Bewegungen im Nasenrachenraum in Echtzeit-Filmen auf. Ziel war es, herauszufinden, wie sich die Zunge bei einem Elitemusiker bewegt, um vergleichen zu können, welche Bewegungen bei Blechbläsern mit Zungenverkrampfungen (Dystonie) verändert sind. Sofern die neuromuskuläre Steuerung beim Patienten noch funktioniert, kann dann die Zungensteuerung entsprechend trainiert werden.

### Mit großem Nutzen für Patienten

Der Leiter der MRT-Forschung, Prof. Jens Frahm, freut sich einerseits über diese Aufmerksamkeit seiner Forschungsarbeit, aber den Göttinger Erfindern der Echtzeit-MRT geht es um mehr: um die Anwendung im medizinischen Alltag. »Wir sind weltweit die Einzigen, die sich auf Echtzeit-MRT konzentrieren und nicht nur auf die Beschleunigung bisheriger Verfahren setzen.« Bereits vor Jahren fanden Frahm und sein Forscherteam die richtige mathematische Formel für die dahinterstehende Bildrekonstruktion heraus, die aus viel weniger – und damit schneller gemessenen – Daten noch genaue Bilder errechnet.

»Die von uns in den letzten Jahren entwickelte Technik ermöglicht den Übergang vom Bild zum Film, so dass beliebige physiologische Vorgänge erstmals in Echtzeit untersucht werden können. Die völlig neuartigen Anwendungen werden das wissenschaftliche und medizinische Potenzial der MRT

in den kommenden Jahren erheblich erweitern«, ist Prof. Frahm überzeugt. So kann das schlagende Herz mit einer zeitlichen Auflösung von dreißig Millisekunden aufgenommen werden, also als Bildserie oder MRT-Film mit dreißig Bildern pro Sekunde. Auch der Blutfluss im menschlichen Kreislauf kann in Echtzeit und mit hoher Auflösung gemessen werden. Vor allem für Patienten, die wegen ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, mehrere Sekunden den Atem anzuhalten, sei das Verfahren sehr gut geeignet. Das treffe auch auf Kinder mit angeborenen Herzfehlern zu, bei denen so die Narkose ganz entfallen oder verkürzt werden könne. Möglich ist dies mit einem herkömmlichen MRT-System, das zusätzlich mit einem schnellen Grafikkartenrechner und der Software für die neuen Mess- und Rekonstruktionsverfahren ausgestattet wird. Für die Hardware müssen etwa 20 000 Euro und für die Lizenzkosten zurzeit 50 000 Euro angesetzt werden. Im Vergleich zur Anschaffungssumme für ein MRT von ein bis zwei Millionen Euro seien nach Ansicht von Jens Frahm die Zusatzkosten für die technische Zusatzausstattung relativ überschaubar.

**Ananassaft statt Kontrastmittel**

### Mediziner als Visionäre

»Mithilfe der Max-Planck-Gesellschaft haben wir zudem eine Vorvermarktung der Technologie eingeleitet, die – über die ersten Implementierungen an unserem Kooperationspartner Universitätsmedizin Göttingen hinaus – für eine breitere klinische Erprobung der Echtzeit-MRT zu unterschiedlichen Fragestellungen und Krankheitsbildern sorgen soll. Bis auf wenige Ausnahmen ist die Bereitschaft der Kliniker, Echtzeit-MRT einzusetzen, relativ gering«, beklagt Frahm. Seine Schilderung erinnert an den Transrapid. Eine hochinnovative Technologie fand nicht zum gewünschten

**Zeit, neue Wege in der Mobilität zu gehen**



Durchbruch. Beim Transrapid mögen unter anderem die Kosten eine Rolle gespielt haben, aber es fehlte auch an der Vorstellungskraft, neue Wege in der Mobilität zu gehen. »Wir brauchen Kardiologen, Radiologen und Ärzte anderer Fachrichtungen als Visionäre, die nach den technischen Neuerungen nun auch einen Paradigmenwechsel in der bildgebenden Diagnostik einleiten«, fordert Frahm. Er sieht vor allem die Universitätskliniken in der Pflicht und nimmt sie gleichzeitig in Schutz. »Die Aufgabe der Unikliniken sind Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Mittlerweile liegt der Schwerpunkt auf der Versorgung der Patienten, so dass die personellen Ressourcen für die kontinuierliche Erprobung und Einführung neuer Technologien fehlen.« Manchmal scheitert es außerhalb der Universitätsmedizin aber auch daran, dass man neuen Verfahren gegenüber wenig aufgeschlossen sei.

### Vielfältige Einsatzmöglichkeiten

Der Göttinger Forscher zählt weitere Anwendungsmöglichkeiten auf und nennt die funktionelle Analyse von Bewegungen. In klinischer Hinsicht trifft dies vor allem auf dynamische Untersuchungen des Kniegelenkes, Handgelenkes und Kiefergelenkes zu. Eine aktuelle Fragestellung betrifft Schmerzen am Handgelenk, die trotz Verheilung eines Knochenbruchs bei Bewegungen der Hand auftreten. Eine völlig neue Anwendung sind funktionelle Darstellungen des Schluckaktes vom Nasenrachenraum über die Speiseröhre bis zum Magen. Das Schlucken von fünf bis zehn Milliliter Ananassaft ersetzt patientenschonend die Verabreichung von Kontrastmitteln. »Dieses Verfahren könnte in einigen Jahren eine Alternative zur Endoskopie oder Röntgen-Videofluoroskopie sein«, prognostiziert Frahm.

»Nach mehrjähriger Arbeit an der praktischen Umsetzung und erfolgreichen Erprobungen an gesunden Versuchspersonen und ersten ausgewählten Patientengruppen stehen nun Techniken zur Verfügung, um in größerem Umfang patientenorientierte Studien zu verschiedenen diagnostischen Fragestellungen zu beginnen und entsprechende klinische Erfahrungen zu gewinnen«, resümiert er. Der »Transrapid unter den MRT-Verfahren« wartet also darauf, von der Versuchsstrecke in den »Echtzeit«-Einsatz zu kommen.

*Martin Dutschek*

### Echtzeit-MRT - Problem Messzeit

Die MRT beruht auf der Technik der nuklearmagnetischen Resonanz (NMR). Dabei werden Radiofrequenzsignale – also Rundfunkwellen – beobachtet, die von den Wasserstoffatomkernen (= Protonen) des Wassers im Gewebe ausgesendet werden, wenn sie in einem starken Magnetfeld mit einem kurzen Impuls aus Ultrakurzwellen angeregt werden. Um mit der MRT ein Bild von der Verteilung des Wassers im Gewebe zu gewinnen, werden die Signale durch magnetische Zusatzfelder räumlich unterscheidbar gemacht. Aus einer Vielzahl von Einzelmessungen mit veränderten Ortskodierungen lassen sich anschließend zwei- oder dreidimensionale Bilder aus dem Körper errechnen. Das Problem von MRT-Aufnahmen ist die Messzeit. Sie wird durch zwei Faktoren bestimmt: die Vielzahl von Teilmessungen mit unterschiedlicher Ortskodierung, die für ein räumlich gut aufgelöstes Bild benötigt werden. Dies

führte zu Beginn der klinischen MRT in den 1980er Jahren zu Messzeiten von mehreren Minuten pro Bild. Bereits 1985 konnte Frahm die Wartezeiten vollständig eliminieren. Genau 25 Jahre später konnte auch das zweite Problem – die Notwendigkeit vieler Einzelmessungen – durch eine völlig veränderte Bildrekonstruktion gelöst werden. Damit ergeben sich nun Bildmesszeiten von nur noch 10 bis 40 Millisekunden, die einen einzigartigen Zugang zu bewegten Organen und schnellen Körperfunktionen bieten – entsprechend MRT-Filmen mit 25 bis 100 Bildern pro Sekunde. Nachdem auch die zeitaufwendige Berechnung der Bilder durch die Entwicklung eines hoch parallelisierten Algorithmus und seine Implementierung auf einem Grafikkartenrechner ausreichend schnell realisiert werden konnte, steht einer klinischen Erprobung der Echtzeit-MRT nichts mehr im Wege.

## Helfen, aber behutsam

Rund 100 Mediziner aus Deutschland leisten jährlich für *Ärzte ohne Grenzen* Nothilfe in Krisengebieten weltweit. Eine von ihnen ist die Nürnberger Kinderärztin Carla Schwanfelder. Zu Hause arbeitet sie auf einer Intensivstation für Neugeborene. Was motiviert hochqualifizierte Ärzte, die Strapazen eines humanitären Einsatzes auf sich zu nehmen?

### Gefragt sind Empathie und Sensibilität

OFT WAREN ES nur wenige Augenblicke, die über Leben oder Tod entschieden. Wenn Dr. Carla Schwanfelder im Niger ein schwer mangelernährtes Kind untersuchte, musste sie schnelle Entscheidungen treffen. »Ohne geeignete diagnostische Mittel, etwa zur Messung der Elektrolyte, ist der Zustand solcher Kinder schwer einzuschätzen«, berichtet sie. Manche seien aufgedunsen mit Ödemen am ganzen Körper, andere zum Skelett abgemagert; einige seien septisch, zeigten aber keine Symptome. »Bei der Erstaufnahme können die kleinen Patienten noch recht stabil wirken, doch Stunden später sind sie bereits tot.«

Was die meisten nur in den Fernsehnachrichten sehen, war für die Nürnberger Kinderärztin beruflicher Alltag: Flucht, Hunger, Epidemien, Katastrophen und bewaffnete Konflikte. Insgesamt vier Mal war die 35-Jährige als freiwillige Helferin mit *Ärzte ohne Grenzen* in verschiedenen afrikanischen Ländern. Die Einsätze dauerten zwischen zwei Monaten und einem Jahr. Nothilfe für Geflüchtete ist ein Schwerpunkt der 1971 gegründeten Organisation, die heute in rund 70 Ländern aktiv ist. Die deutsche Sektion unterstützt Projekte in 40 Ländern. Sie stellt medizinische Grundversorgung bereit, führt Impfkampagnen durch, betreibt Ernährungszentren, sorgt für sauberes Trinkwasser in Gebieten, in denen das nackte Überleben der Menschen auf dem Spiel steht. Die Hilfsorganisation wurde 1999 mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichnet.

### Hilfreich ist kulturelle Sensibilität

Auch zu Hause in Deutschland geht es für Carla Schwanfelder um Leben oder Tod, doch der Kontrast könnte nicht größer sein. Die Nürnbergerin arbeitet auf einer neonatologischen Intensivstation. »Von der hochentwickelten Gerätemedizin zur Basisversorgung mit einfachsten Mittel – das war für mich der absolute Gegenpol.« Ihr erster Einsatz führ-

te die damals 29-Jährige noch während der Facharztausbildung für ein Jahr nach Nigeria. Pläne für einen längeren Auslandseinsatz hatte sie schon während des Studiums gefasst. »Ich war immer neugierig auf andere Länder«, erzählt sie. Abenteuerlust gehöre ebenso zu ihrer Persönlichkeit wie der Wunsch, den Schwächsten zu helfen. Einfühlungsvermögen sollte man haben, wenn man in einem fremden kulturellen Umfeld Hilfe leisten möchte. Schwanfelder erinnert sich: »Noch bevor ich einen Patienten sah, erlebte ich die erste Überraschung: Auf dem Gelände vor einem staatlichen Krankenhaus hatten viele Leute provisorische Lager aufgeschlagen und kochten dort Essen.« Was hatte dies zu bedeuten? Die deutsche Kinderärztin lernte zuallererst, dass afrikanische Patienten weitgehend von ihren Angehörigen versorgt werden – und nicht, wie bei uns üblich, von Pflegekräften. Verwandte übernehmen auch das Waschen des Kranken und schaffen alles Notwendige herbei. Dazu zählt eben auch die Verpflegung. »Wenn man an die strengen deutschen Vorschriften gewöhnt ist, dann kann das zunächst bizarr wirken.« In Projekten, die *Ärzte ohne Grenzen* betreibt, erhalten Patienten ihre Mahlzeiten von der Klinik.

### Medizinische Standards behutsam anheben

Wenn westlich geprägte Ärzte auf die lokalen Gepflogenheiten im Gesundheitswesen stoßen, sind Empathie und Sensibilität gefragt. »Wir können nicht einfach unsere Standards dorthin verpflanzen«, sagt Schwanfelder. »Man muss sich in das Denken der Menschen vor Ort einfühlen und versuchen, das Niveau behutsam anzuheben.« Beispiel Hygiene: Nicht nur, dass die Verpflegung vor der Klinik zubereitet wird, verblüfft ausländische Helfer. Händewaschen und Desinfektion werden von Ärzten und Pflegekräften längst nicht so gewissenhaft betrieben wie in Deutschland. Da lautet die Devise: Immer wieder freundlich erinnern, ohne allzu belehrend zu wirken. »Man braucht einen langen Atem.«





Auch die Teams in den Kliniken funktionieren anders als hierzulande, berichtet die Kinderärztin. Die Beziehungen zwischen Ärzten und anderen medizinischen Berufen seien stärker hierarchisch geprägt, als man es aus Deutschland kenne. Es herrsche großer Respekt vor dem »Doktor«, dem berüchtigten Halbgott, der in westlichen Ländern allerdings längst von seinem Podest gestiegen sei. »Da habe ich dann versucht, ein wenig in Richtung Kooperation und Augenhöhe zu wirken.«

### Eine Spritze wirkt besser als eine Tablette

»Für mich persönlich war es eine große Befriedigung, Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen schnell helfen zu können.« Zelebale Malaria etwa, die gefährlichste Variante der Infektionskrankheit, kann mit Medikamenten in kurzer Zeit vollständig geheilt werden. Fachlich war jeder ihrer vier Einsätze in Afrika eine Bereicherung für die deutsche Ärztin. »Zunächst deswegen, weil man mit Krankheiten zu tun hat, die europäische Mediziner in der Praxis nicht zu sehen bekommen.« Symptome und Begleitscheinungen von Mangel- und Unterernährung seien komplex, zumal wenn für die Diagnose nur einfache Hilfsmittel verfügbar seien: »Generell muss man lernen, sich viel stärker als zu Hause auf seine Intuition zu verlassen.« Eine spannende Herausforderung für Ärzte, die normalerweise damit beschäftigt sind, sich in die neuesten der Methoden der computerunterstützten Hightech-Medizin einzuarbeiten.

Vieles ist anders in Afrika, manches aber doch nicht grundverschieden. Viele europäische Patienten glauben zum Beispiel unerschütterlich an umstrittene Heilmittel wie Homöopathie. Die ist in Tansania oder im Tschad zwar unbekannt, doch dort sind Kranke oft überzeugt, dass eine Spritze besser wirke als eine Tablette. Beides erscheint naturwissen-

schaftlich ausgebildeten Medizinern wenig plausibel. »Aber man versucht, sich nach Möglichkeit darauf einzustellen.«

### Humanitäre Einsätze sind kein Karriere-Booster

Deutsche Ärzte, die in Krisengebieten helfen wollen, sind keine Seltenheit. Auch die Organisation *German Doctors* entsendet zahlreiche Fachkräfte. Der Verein betreibt »Rolling Clinics« (Ambulanzen auf Rädern) in Elendsvierteln, leistet Aufklärung und Prävention. Andere Helfer reisen im Rahmen der offiziellen Entwicklungszusammenarbeit mit der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) aus. Einen Auslandseinsatz mit dem beruflichen Werdegang in Deutschland in Einklang zu bringen, ist allerdings nicht einfach. »Man braucht Eigeninitiative, die Mitwirkung des Arbeitgebers und auch die Bereitschaft, finanzielle Abstriche zu machen«, erzählt Schwanfelder.

Die Aufwandsentschädigung deckt gerade einmal die entstehenden Kosten. »Meine Wohnung habe ich untervermietet, und bei jedem Einsatz war ein Teil unbezahlter Urlaub dabei«, erinnert sich die Kinderärztin. Dass der Arbeitgeber in einer ohnehin spärlich besetzten Klinik eine längere Auszeit erlaube, sei auch nicht selbstverständlich. »Ein Karriere-Booster sind humanitäre Einsätze nicht gerade.« Trotzdem hat Schwanfelder schon heute Pläne für 2018. Sie möchte wieder mit *Ärzte ohne Grenzen* nach Afrika. »Diese Arbeit ist eine persönliche Bereicherung, auf die ich nicht verzichten möchte.«

Infos auch unter  
[www.aerzte-ohne-grenzen.de](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de)  
[www.german-doctors.de](http://www.german-doctors.de)



Dr. Andrea Exler ist freie Journalistin mit Schwerpunkt Gesundheit in Frankfurt / Main.  
[Andrea.Exler@web.de](mailto:Andrea.Exler@web.de)



## Freispruch für den Struwelpeter

»Sieh einmal, hier steht er. Pfui! Der Struwelpeter!« textete einst der Frankfurter Arzt und Psychiater Heinrich Hoffmann. Doch es scheint, als habe Hoffmann dem armen Peter Unrecht getan. Zumindest was seine strubbelige Haarpracht betrifft, ist er vom Vorwurf der mangelnden Körperpflege freizusprechen. Denn Erkenntnisse von Wissenschaftlern der Universitäten Bonn und Toulouse legen nahe: Die fiese Friese war möglicherweise genetisch bedingt.

KINDER MIT DEM Struwelpeter-Syndrom sind ein echter Hingucker. Die lustigen Wuschelköpfe haben meist trockenes und schillernd-hellblondes Haar, das in alle Richtungen vom Kopf absteht. Und die auffällige Mähne widersetzt sich standhaft jedem Versuch, sie mit Kamm oder Bürste zu bändigen.

### Wissenschaftlich dokumentiert

Das Struwelpeter-Syndrom – oder etwas nüchterner: Syndrom der unkämmbaren Haare – wurde 1973 erstmals wissenschaftlich beschrieben. Dokumentiert sind rund hundert Fälle, wobei es wohl weit häufiger auftritt. »Wir gehen davon aus, dass es alleine in Deutschland mehrere Tausend Betroffene gibt«, sagt Professor Regina Betz vom Institut für Humangenetik am Universitätsklinikum Bonn.

Betz, die hauptsächlich an genetischen Ursachen für Haarausfall forscht, wurde von einem britischen Dermatologen auf das Struwelpeter-Syndrom gestoßen. Er hatte unter seinen Patienten zwei Geschwister mit unkämmbarem Haar, deren andere Geschwister sowie Eltern völlig unauffällige Schöpfe tragen. »Das sprach für einen genetischen Zusammenhang, genauer gesagt für einen autosomal rezessiven Erbgang, bei dem ein Merkmal erst in Erscheinung tritt, wenn in einer Person zwei veränderte Genkopien zusammentreffen«, sagt Betz.

### Fahndung nach Struwelpeter-Genen

Das Interesse der Dermatogenetikerin war geweckt, und sie machte sich daran, Blutproben der beiden Geschwister zu analysieren. »Tatsächlich fanden wir bei beiden Kindern ein verändertes Gen, das zudem vor allem im Haarfollikel aktiv ist«, so Betz. In diesem Gen mit der Bezeichnung *PADI3*

steckt die Bauanleitung für ein Eiweißmolekül, das in eine Abfolge biochemischer Reaktionsschritte involviert ist, die dem Haar letztlich seine stabile Struktur verleiht.

Nach diesem Fund kontaktierte Betz eine Reihe von Kinder-Dermatologen auf der Suche nach weiteren Fällen. So konnte sie mit ihren Mitarbeitern das Genmaterial von 14 Kindern untersuchen. Lediglich bei drei Kindern entdeckten die Wissenschaftler bislang keine genetische Erklärung für die wilde Haarpracht. Bei insgesamt neun Kindern war besagtes *PADI3*-Gen betroffen, bei zwei Kindern jeweils ein weiteres Gen aus besagter Reaktionskaskade. Tatsächlich ist die Haarstruktur der Kinder ganz offensichtlich verändert: Statt dem üblichen runden Querschnitt sind die wild abstehenden Haare eher eckig wie ein Bleistift oder herzförmig angelegt.

Die gute Nachricht: Neben den strubbeligen Schöpfen haben betroffene Kinder keine Auffälligkeiten. Und auch die Haare werden ab der Pubertät meist zahmer. Warum das so ist, ist eines der bislang ungelösten Rätsel, dem die Wissenschaftler nachgehen wollen. Material dafür haben sie, denn seit der Veröffentlichung ihrer Studie erhielt das Forscherteam Blutproben von vierzig weiteren Betroffenen aus der ganzen Welt. »Uns interessiert aber auch, woher die Veränderungen ursprünglich stammen und wie alt sie sind«, verrät die Bonner Wissenschaftlerin.

Der Struwelpeter jedenfalls ist in Sachen Frisur fein raus. Wobei: Schneiden geht natürlich auch bei unkämmbarem Haar – ebenso wie bei langen Fingernägeln.



**Dr. Stefanie Reinberger** ist promovierte Biologin und arbeitet als freie Journalistin in Köln.  
mail@stefanie-reinberger.de

## MDK Baden-Württemberg

Ahornweg 2, 77933 Lahr  
Geschäftsführer *Erik Scherb*  
Telefon 07821.938-0  
E-Mail [info@mdkbw.de](mailto:info@mdkbw.de)

## MDK Bayern

Haidenauplatz 1, 81667 München  
Geschäftsführer *Reiner Kasperbauer*  
Telefon 089.67008-0  
E-Mail [Hauptverwaltung@mdk-bayern.de](mailto:Hauptverwaltung@mdk-bayern.de)

## MDK Berlin-Brandenburg e.V.

Schlaatzweg 1, 14437 Potsdam  
Geschäftsführer *Dr. Axel Meeßen*  
Telefon 0331.50567-0  
E-Mail [info@mdk-bb.de](mailto:info@mdk-bb.de)

## MDK im Lande Bremen

Falkenstraße 9, 28195 Bremen  
Geschäftsführer *Wolfgang Hauschild*  
Telefon 0421.1628-0  
E-Mail [postmaster@mdk-bremen.de](mailto:postmaster@mdk-bremen.de)

## MDK Hessen

Zimmersmühlenweg 23, 61440 Oberursel  
Geschäftsführer *Dr. Dr. Wolfgang Gnatzy*  
Telefon 06171.634-00  
E-Mail [info@mdk-hessen.de](mailto:info@mdk-hessen.de)

## MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Lessingstr. 33, 19059 Schwerin  
Geschäftsführerin *Dr. Ina Bossow*  
Telefon 0385.7440-100  
E-Mail [info@mdk-mv.de](mailto:info@mdk-mv.de)

## MDK Niedersachsen

Hildesheimer Straße 202, 30519 Hannover  
Geschäftsführer *Carsten Cohrs*  
Telefon 0511.8785-0  
E-Mail [kontakt@mdkn.de](mailto:kontakt@mdkn.de)

## MDK Nord

Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg  
Geschäftsführer *Peter Zimmermann*  
Telefon 040.25169-0  
E-Mail [info@mdk-nord.de](mailto:info@mdk-nord.de)

## MDK Nordrhein

Berliner Allee 52, 40212 Düsseldorf  
Geschäftsführer *Andreas Hustadt*  
Telefon 0211.1382-0  
E-Mail [post@mdk-nordrhein.de](mailto:post@mdk-nordrhein.de)

## MDK Rheinland-Pfalz

Albiger Straße 19d, 55232 Alzey  
Stellv. Geschäftsführer  
*Wolfram Rohleder*  
Telefon 06731.486-0  
E-Mail [post@mdk-rlp.de](mailto:post@mdk-rlp.de)

## MDK im Saarland

Dudweiler Landstraße 151,  
66123 Saarbrücken  
Geschäftsführer *Jochen Messer*  
Telefon 0681.93667-0  
E-Mail [info@mdk-saarland.de](mailto:info@mdk-saarland.de)

## MDK im Freistaat Sachsen e.V.

Bürohaus Mitte – Am Schießhaus 1  
01067 Dresden  
Geschäftsführer *Dr. Ulf Sengebusch*  
Telefon 0351.4985-30  
E-Mail [info@mdk-sachsen.de](mailto:info@mdk-sachsen.de)

## MDK Sachsen-Anhalt e.V.

Allée-Center, Breiter Weg 19 c  
39104 Magdeburg  
Geschäftsführer *Volker Reiboldt*  
Telefon 0391.5661-0  
E-Mail [info.gf@mdk-san.de](mailto:info.gf@mdk-san.de)

## MDK Thüringen e.V.

Richard-Wagner-Straße 2a, 99423 Weimar  
Geschäftsführer *Kai-Uwe Herber*  
Telefon 03643.553-0  
E-Mail [kontakt@mdk-th.de](mailto:kontakt@mdk-th.de)

## MDK Westfalen-Lippe

Roddestraße 12, 48153 Münster  
Geschäftsführer *Dr. Ulrich Heine*  
Telefon 0251.5354-0  
E-Mail [info@mdk-wl.de](mailto:info@mdk-wl.de)

## MDS e.V.

Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen  
Geschäftsführer *Dr. Peter Pick*  
Telefon 0201.8327-0  
E-Mail [office@mds-ev.de](mailto:office@mds-ev.de)

MDK *forum*. Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Hrsg. vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

## Verantwortlicher Redakteur

Dr. Ulf Sengebusch [ulf.sengebusch@mdk-sachsen.de](mailto:ulf.sengebusch@mdk-sachsen.de)

## Redaktion

Dr. Martina Koesterke [m.koesterke@mds-ev.de](mailto:m.koesterke@mds-ev.de)  
Dorothee Buschhaus [d.buschhaus@mds-ev.de](mailto:d.buschhaus@mds-ev.de)  
Martin Dutschek [martin.dutschek@mdkn.de](mailto:martin.dutschek@mdkn.de)  
Michaela Gehms [m.gehms@mds-ev.de](mailto:m.gehms@mds-ev.de)  
Jan Gömer [jan.goemer@mdk-nord.de](mailto:jan.goemer@mdk-nord.de)  
Markus Hartmann [markus.hartmann@mdkbw.de](mailto:markus.hartmann@mdkbw.de)  
Dr. Barbara Marnach  
[b.marnach@mdk-nordrhein.de](mailto:b.marnach@mdk-nordrhein.de)  
Jaqueline Bettels  
[jaqueline.bettels@mdk-bayern.de](mailto:jaqueline.bettels@mdk-bayern.de)  
Diana Arnold [diana.arnold@mdk-sachsen.de](mailto:diana.arnold@mdk-sachsen.de)

Die Artikel externer Autorinnen und Autoren geben deren Meinung wieder, nicht unbedingt die der Redaktion

## Redaktionsbüro

MDS e. V., Martina Knop  
Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen  
Telefon +49.201.8327-111  
Telefax +49.201.8327-3111  
[m.knop@mds-ev.de](mailto:m.knop@mds-ev.de)

## Gestaltung und Layout

de Jong Typografie, Essen  
**Druck** Memminger MedienCentrum

## Bildnachweis

Titel denhans / [photocase.de](http://photocase.de)  
S. 5 pepipepper / [photocase.de](http://photocase.de)  
S. 19 as\_seen / [photocase.de](http://photocase.de)  
S. 25 lumen-digital / [photocase.de](http://photocase.de)  
S. 27 FemmeCurieuse / [photocase.de](http://photocase.de)  
S. 29 Jonathan Schöps / [photocase.de](http://photocase.de)  
S. 31 Olga Overbeek für *Ärzte ohne Grenzen*

Im letzten Heft wurde versehentlich der Bildnachweis für das Titelbild vergessen. Wir bitten dies zu entschuldigen. Fotograf des Motivs »Auf dem Sendegipfel« ist Frank Brehm. Bezogen wurde es über [photocase.de](http://photocase.de).

Fotos der Autoren und Gesprächspartner wurden uns, sofern nicht anders gekennzeichnet, privat zur Verfügung gestellt

ISSN 1610-5346



