



Unabhängig, kompetent und leistungsfähig Jahresbericht 2022/2023



Unser Jahresbericht ist auch online:

www.md-sachsen.de/ueber-uns/jahresberichte

Inhalt

MEDIZINISCHER DIENST SACHSEN: UNABHÄNGIG, KOMPETENT, LEISTUNGSFÄHIG	4
Für eine gute und gerechte Gesundheitsversorgung: Vorwort des Vorstandes und der Leitenden Ärztin	5
Von unterschiedlichen Perspektiven profitieren: Fragen an den Verwaltungsrat	6
ZAHLEN, DATEN, FAKTEN	10
KRANKENVERSICHERUNG	11
Arbeitsunfähigkeit	12
Vorsorge/Rehabilitation	13
Hilfsmittel	14
Arzneimittel	15
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	16
Behandlungsfehler	17
Sonstige Anlässe	18
Krankenhausabrechnung	19
DRG	20
PEPP	20
Sonstige Krankenhausabrechnungen	21
Strukturprüfungen	22
Qualitätskontrollen	23
PFLEGEVERSICHERUNG	25
Einzelfallbegutachtung	26
Pflegegradverteilung 2022	27
Pflegegradverteilung 2023	28
Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung	29
Service-Center Pflege	30
Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten	32
HAUSHALT UND FINANZEN	33
Jahresrechnungen, Mitglieder- und Umlageentwicklung	34
Mitarbeitende: Aufteilung Beschäftigtengruppen und Personalentwicklung	37
Zukünftige Fachkräfte unterstützen und binden	38
EINBLICKE UND AUSBLICKE	39
Fachbereichsübergreifendes Projekt „Neustrukturierung Flexibilitätsreserve: 2-Säulen-Modell“	40
Außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V – Die Implementierung eines neuen Begutachtungsanlasses im Medizinischen Dienst Sachsen	42
Fachbereich Stationäre Begutachtung im Wandel – Sachstand und Ausblick	46
Digitalisierung der Begutachtungsprozesse	49
MDconnect – ein Projekt mit Herausforderungen und Chancen	50
Hilfe zur Selbsthilfe: Die Unabhängige Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Sachsen	53

Unabhängig, kompetent, leistungsfähig

Der Medizinische Dienst Sachsen setzt sich für eine gute und gerechte Gesundheitsversorgung der Menschen im Freistaat ein. Er berät im Auftrag des Gesetzes die gesetzlichen Krankenkassen, die soziale Pflegeversicherung und die Krankenhäuser in medizinischen und pflegerischen Belangen.

Unsere Gutachterinnen und Gutachter sind unabhängig und folgen ausschließlich ihrem ärztlichen und pflegfachlichen Gewissen. Ihre Unabhängigkeit ist durch das Sozialgesetz garantiert. Insgesamt sorgen über 650 Mitarbeitende für eine hochwertige, umfassende, gleichzeitig wirtschaftliche und angemessene Versorgung aller Versicherten in Sachsen.

Der Medizinische Dienst Sachsen ist eine öffentlich-rechtliche Körperschaft, die zwei Organe hat: den Vorstand als Verwaltungsorgan und den Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan.



von links: Dr. Sylvia Fritsch, Dr. Ulf Sengebusch, Dr. Sabine Antonioli

Für eine gute und gerechte Gesundheitsversorgung

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

Versicherte sollen medizinisch und pflegerisch gut versorgt sein – dafür leistet der Medizinische Dienst Sachsen seinen Beitrag. Es ist uns wichtig, Ihnen unsere unabhängige Arbeit transparent und verständlich zu machen. Mit dem vorliegenden Bericht präsentieren wir unsere Prüfergebnisse und Arbeitsschwerpunkte der Jahre 2022/23.

Die Ergebnisse zeigen: Wir haben unseren Auftrag erfüllt. Zurecht sind wir dabei an das Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden, denn die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung soll auch in Zukunft bezahlbar und leistungsfähig bleiben. Unsere Arbeit und Mittelverwendung unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot, nicht aber die Ergebnisse der Begutachtung.

Stetig steigende Auftragszahlen, neue Begutachtungsformen, einzuhaltende Fristen im Bereich Pflege Einzelfallbegutachtung sowie Neuerungen bei den Strukturprüfungen in den Krankenhäusern und auch eine veränderte Anspruchshaltung der Versicherten, erforderten eine kontinuierliche Anpassung und Optimierung unserer internen Prozesse. Ein wichtiges Projekt war die enge Zusammenarbeit unserer Fachbereiche GKV Allgemeine Sozialmedizin, Fachservice und Pflege Qualitätsprüfung, um die Begutachtung außerklinischer Intensivpflege zu realisieren. Wie in den

Jahren zuvor beschäftigte den Medizinischen Dienst Sachsen die Implementierung einzelner MDconnect-Module. Das erste Modul der bundesheitlichen Gutachtersoftware wurde bei laufendem Betrieb im Fachbereich Pflege Qualitätsprüfung Ende 2023 eingeführt. Bereits jetzt sehen wir Zukunftsaufgaben, wie die kommende Prüfung der Qualitätsmerkmale der Leistungsgruppen in den Krankenhäusern. Wichtigstes Ziel der kommenden Geschäftsjahre bleibt: Wir leisten unseren Beitrag, damit alle Versicherten qualitativ und bedarfsgerecht versorgt werden. Die Interessen der Krankenkassen, niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen, Versicherten und leistungserbringenden Unternehmen, wie Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, erzeugen ein politisches, öffentliches und finanzielles Spannungsfeld in dem sich der Medizinische Dienst, unsere Beschäftigten, tagtäglich als unabhängige Instanz bewähren. Dafür engagieren sich unsere Mitarbeitenden mit ihrer Expertise und ihrer Bereitschaft, sich neuen Herausforderungen und Veränderungen zu stellen – jeden Tag neu. Für dieses Engagement sind wir sehr dankbar. Was unsere Gutachterinnen und Gutachter mithilfe der administrativen Abteilungen in beiden Jahren inhaltlich und quantitativ geleistet haben, lesen Sie auf den folgenden Seiten. Wir wünschen Ihnen eine interessante und aufschlussreiche Lektüre!

Dr. Ulf Sengebusch
Vorstandsvorsitzender

Dr. Sylvia Fritsch
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende

Dr. Sabine Antonioli
Leitende Ärztin



von links: Rolf Steinbronn - alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates, Dr. Rotraut Sawatzki - Mitglied (Landessenorenvertretung für Sachsen e. V.), Bärbel Schuster - Mitglied (Landesinitiative Demenz Sachsen e. V.), Jürgen Schmidt - alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates

Von unterschiedlichen Perspektiven profitieren: Der Verwaltungsrat



Der Verwaltungsrat besteht aus 23 ehrenamtlichen Mitgliedern, von denen 16 von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Krankenkassen gewählt werden. In Sachsen sind dies die AOK PLUS, die IKK classic, die VdEK-Landesvertretung Sachsen, die BAHN-BKK und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Die restlichen sieben Vertreter werden von der obersten Verwaltungsbehörde für Sozialversicherung benannt – in Sachsen ist das das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, wobei fünf Vertreter von Patienten-, Betroffenen- und Verbraucherorganisationen vorgeschlagen werden und zwei von den Berufsverbänden der Pflegeberufe und Ärzteschaft auf Landesebene. Die Vertreter der Berufsverbände haben kein Stimmrecht. Bei der Wahl der Vertreter im Verwaltungsrat ist eine Parität von Frauen und Männern einzuhalten.

Der Verwaltungsrat hat verschiedene Aufgaben, die gesetzlich festgelegt sind. Dazu gehört die Beschlussfassung über die Satzung des Medizinischen Dienstes. Außerdem ist er für die ordnungsgemäße Verwendung und Verwaltung der finanziellen Mittel des Dienstes verantwortlich. Dazu gehört die Feststellung des Haushaltsplans, die Abnahme der Jahresrechnung und die Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung. Der Verwaltungsrat ist auch für die Wahl und Entlastung des Vorstands sowie die Aufstellung von Richtlinien zur Erfüllung der Aufgaben des Dienstes zuständig. Zusätzlich kann der Verwaltungsrat weitere Aufgaben in die Satzung aufnehmen. Der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Sachsen trifft sich regelmäßig viermal im Jahr, mindestens drei Sitzungen pro Jahr sieht die Satzung vor. Zur Vorbereitung der Beschlussfassungen in den Verwaltungsratssitzungen hat er einen beratenden Grundsatz-Ausschuss eingerichtet, der aus neun Verwaltungsratsmitgliedern besteht. In diesem Ausschuss werden die oben genannten Themen sowie die strategische Ausrichtung des Medizinischen Dienstes Sachsen diskutiert und vorberaten.

Fragen an ...

Im Zuge der 2020 in Kraft getretenen MDK-Reform gab es auch für den Verwaltungsrat strukturelle Veränderungen. Statt 16 sind es insgesamt 23 Mitglieder. Die Besetzung wurde neu geregelt. Hauptamtlich Beschäftigte der Krankenkassen und ihrer Verbände dürfen nicht mehr Mitglied in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste sein. Fehlte das Praxiswissen der Hauptamtlichen der Krankenkassen in der Arbeit des Verwaltungsrates? Wie erhielt der Medizinische Dienst ohne ihre Expertise verlässliche Zahlen zu den erwartbaren Auftragsvolumina?

Jürgen Schmidt:

Aus meiner Sicht ist diese Lücke sehr gut durch den engen Kontakt zahlreicher Verwaltungsratsmitglieder zu ihren Kassen und deren hauptamtlichen Vertretern gefüllt worden. Dadurch ist auch der durch die Organisationsreform erwartbar gewesene Informationsverlust ausgeblieben. Insbesondere durch Zuarbeit verantwortlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der größeren Kassen, besonders seitens der AOK PLUS, ist es gelungen, die kommenden Auftragsvolumina in etwa einzuschätzen.

Rolf Steinbronn:

Aus meiner Sicht hätte es in der letzten Legislaturperiode des Deutschen Bundestags wichtigere Reformen des Gesundheitswesens bedurft als der MDK-Reform. Der Medizinische Dienst ist nach wie vor Dienstleister der gesetzlichen Krankenversicherung. Insofern ist ein Informationsaustausch zwischen den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst zwingend erforderlich. Durch die Teilnahme der Krankenkassenvertreter an den Beratungen des Grundsatzausschusses zur Budgetplanung für das jeweils kommende Jahr wird deren Expertise berücksichtigt.

”

Eine große Herausforderung stellte insbesondere die erstmalige Einführung einer Strukturprüfung in den Krankenhäusern sowie die Digitalisierung der Vorgänge im Medizinischen Dienst dar.“

Dr. Rotraut Sawatzki, Mitglied im Verwaltungsrat (Landesseniorenvertretung für Sachsen e. V.)

Frau Dr. Rotraut Sawatzki, Sie waren vor der MDK-Reform im Beirat und sind jetzt Mitglied des Verwaltungsrates. Wie beurteilen Sie Ihre Tätigkeit vor und nach der Reform?

Dr. Rotraut Sawatzki:

Die MDK-Reform war für mich ein bedeutsamer Schritt in der Verantwortung und in der Einflussnahme außerhalb der Kranken- und Pflegekassen auf eigenverantwortliche Entscheidungen für die versorgungs- und pflegebedürftigen Menschen.

Welche Herausforderungen, welche Themen beschäftigten Sie in den letzten zwei Jahren?

Bärbel Schuster:

Ein bedeutsamer Schritt und somit eine große Herausforderung war die Reform des MDK. Diese brachte für uns als beschließende Mitglieder des Verwaltungsrates zum einen eine größere Verantwortung und zum anderen direkte Einflussnahme auf die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen. Ein Schwerpunkt der Reform war die neustrukturierte Zusammenarbeit mit den Pflege- und Krankenkassen sowie die notwendige Umsetzung von neuen Vorgaben und Richtlinien des Gesetzgebers, zum Beispiel in der Personalbemessung.

Dr. Rotraut Sawatzki:

Eine große Herausforderung stellte insbesondere die erstmalige Einführung einer Strukturprüfung in den Krankenhäusern sowie die Digitalisierung der Vorgänge im Medizinischen Dienst dar. Die Integration einer unabhängigen Ombudsperson in den Medizinischen Dienst Sachsen wurde von uns sehr begrüßt. Dabei gab es Schwierigkeiten bezüglich der Schärfung des entsprechenden Aufgabenprofils und der Abgrenzung zum Beschwerdemanagement.

Der Medizinische Dienst versteht sich als unabhängiger und objektiver Gutachterdienst mit hoher Fachkompetenz und als ein uneigennütziger Arbeitspartner im Sozialsystem. Oft wird er dennoch in der öffentlichen Wahrnehmung nur als Einrichtung gesehen, die Leistungen beschränkt und Kosten spart. Woran liegt das Ihrer Meinung nach?

Jürgen Schmidt:

Der überwiegende Teil aller Leistungen der GKV wird durch die Kassen gewährt ohne irgendwelche Begutachtungen. Daher ergibt sich fast zwangsläufig bei vielen Versicherten das Gefühl, dass der Medizinische Dienst immer dann zum Einsatz kommt, wenn es sich um besondere Leistungen handelt, die gegebenenfalls

mit einem höheren finanziellen Aufwand verbunden sind und den die Kassen aus Sicht der Versicherten nicht unbedingt und sofort aufwenden wollen. Die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes von den Kassen ist den Versicherten weitestgehend unbekannt und wenn doch unterstellt man den Gutachtern trotzdem eine gewisse Nähe zu den Kassen und zweifelt an der Objektivität der Begutachtungen.

Rolf Steinbronn:

Alle Institutionen, die mit Kontrolle und Überprüfung zu tun haben, stehen in gewisser Weise unter diesem Generalverdacht. Die Zufriedenheitsbefragungen der Versicherten mit Kontakten zum Medizinischen Dienst sind ja sehr positiv und widerlegen diese Unterstellung.

Bärbel Schuster:

Unserer Meinung nach liegt das Problem an der fehlenden Information und Aufklärung der Bevölkerung. Diese wird nicht ausreichend über die Arbeitsweise des Medizinischen Dienstes informiert.

Dr. Rotraut Sawatzki:

Seit der Neustrukturierung vom 1. Januar 2020 ist der Medizinische Dienst nicht mehr organisch an die Kranken- und Pflegekassen gebunden und somit eine eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts. Es sollte auch die Pflicht eines jeden VWR-Mitglieds sein, über die Arbeitsweise des Medizinischen Dienstes extern zu informieren und so ein positives Image in der Öffentlichkeit zu bewirken.

 **Wie schätzen Sie die Arbeit des Medizinischen Dienstes der Jahre 2022 und 2023 ein? Was hat der Medizinische Dienst in diesen Jahren am erfolgreichsten bewältigt?**

Jürgen Schmidt:

Dem Medizinischen Dienst in Sachsen ist es in den vergangenen zwei Jahren gut gelungen, trotz ständig steigender Belastungen vor allem durch erhöhte Fallzahlen seiner Aufgabenstellung, gegenüber den GKV-Kassen und deren Versicherten gerecht zu werden. Durch kluges Personalmanagement in Verbindung mit dem effektiven Einsatz digitaler Anwendungen hat man selbst Zeiten mit Spitzenbelastungen gut abfangen können.

Rolf Steinbronn:

Der Medizinische Dienst Sachsen schneidet im bundesweiten Vergleich in allen Bereichen hervorragend ab. Der Verwaltungsrat legt großen Wert auf eine rasche Beurteilung der Leistungsanträge. Um dem Markt nicht immer mehr Pflegekräfte und ärztliches



Der Medizinische Dienst Sachsen schneidet im bundesweiten Vergleich in allen Bereichen hervorragend ab.

Rolf Steinbronn,
alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates

Personal für diese notwendige Arbeit abziehen zu müssen, wird ein intensiver Einsatz von künstlicher Intelligenz und eine weitere Intensivierung der Digitalisierung unausweichlich sein.

Bärbel Schuster:

Während der Corona-Pandemie hat der Medizinische Dienst die Begutachtungsleistungen mit großem Aufwand und Engagement so organisiert, dass sie zu Gunsten der Antragsteller weiterhin durchgeführt werden konnten. Die MDK-Reform wurde mit Beteiligung aller Mitarbeitenden in den letzten zwei Jahren erfolgreich umgesetzt.

Dr. Rotraut Sawatzki:

Es ist wichtig, dass der Medizinische Dienst nach Möglichkeit persönlichen Kontakt zu den Betroffenen aufnimmt, ihre Fragen beantwortet und dass die Zeiträume von der Antragstellung bis zur Begutachtung möglichst eingehalten werden. Die Zusammenarbeit mit dem Vorstand des Medizinischen Dienstes Sachsen und dem Verwaltungsrat ist vertrauensvoll und wertschätzend. Es ist eine sehr gute Zusammenarbeit – Danke dafür!

 **Worauf legen Sie einen Schwerpunkt in der Tätigkeit des Verwaltungsrates?**

Jürgen Schmidt:

Neben den originären Aufgaben des Verwaltungsrates mit der Wahl und Überwachung des Vorstands, der Feststellung des Haushaltsplans, der Abnahme der Jahresrechnung und der Entlastung des Vorstands, sehe ich meine Verantwortung insbesondere darin, in einem produktiven Dialog zwischen VWR und Vorstand den gesamten Arbeitsprozess des Medizinischen Dienstes Sachsen konstruktiv, aber auch jederzeit kritisch zu begleiten, um die Arbeitsfähigkeit des Medizinischen Dienstes im Sinne der Versicherten stets zu gewährleisten und weiter zu verbessern.

Rolf Steinbronn:

Sehr wichtig ist mir ein offener und transparenter Umgang mit den Verwaltungsratsmitgliedern. Alle haben Interesse an einem gut funktionierenden Medizinischen Dienst und bringen Ihre Expertise aus den unterschiedlichen Blickwinkeln ein.

 Welche besondere Verantwortung haben Sie als Mitglied des Verwaltungsrates?

Bärbel Schuster und Dr. Rotraut Sawatzki:

Als langfristig gesundheits- und sozialpolitisch arbeitende Patientenvertreter kennen wir die Bedürfnisse, Sorgen und Ansichten der Pflegebedürftigen. Wir sehen es daher als unsere Verantwortung und Pflicht, die Probleme und Schwerpunkte zu benennen und aktiv an Lösungen mitzuarbeiten.

 Frau Schuster, durch die unterschiedlichen Vertreterinnen und Vertreter im Verwaltungsrat erhalten die Anliegen der Betroffenen ein stärkeres Gewicht. Was bedeutet das konkret?

Die unterschiedlichen Vertreterinnen und Vertreter im Verwaltungsrat bringen ganz verschiedene Erfahrungen und Fachkompetenzen in die Arbeit ein. Dies führt zu einer ganz besonderen Zusammenarbeit. Das gemeinsame Engagement soll vor allem zu einer guten

”

Die geplante Krankenhausreform muss schnellstens beschlossen und umgesetzt werden. Engere Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich sind das Gebot der Stunde ebenso wie die weitere Digitalisierung des Gesundheitswesens, was natürlich auch den Medizinischen Dienst einschließt.

Jürgen Schmidt,
alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates

und transparenten Versorgung der Betroffenen führen. Als Vertreterin der Alzheimer Gesellschaft in Sachsen kann ich als ein beschließendes Mitglied die Anliegen der Betroffenen direkt einbringen und somit an den Lösungsansätzen mitarbeiten. Das heißt für mich, an der Versorgungsgerechtigkeit von Gesundheit und Pflege von Betroffenen auch aktiv mitzuwirken.

 Wie beurteilen Sie die aktuelle Situation im Gesundheitswesen?

Jürgen Schmidt:

Die aktuelle Situation im deutschen Gesundheitswesen ist sehr angespannt und herausfordernd. Durch die Entwicklung seit der Corona-Pandemie 2020 ist es zu einer hohen Belastung der Krankenhäuser und des dortigen Personals gekommen. Zahlreiche Kliniken sind in eine bedrohliche finanzielle Schieflage geraten. Darüber hinaus ist ebenso die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum, besonders im fachärztlichen Bereich, unzureichend. Hier ist dringender Handlungsbedarf seitens der Politik erforderlich. Die geplante Krankenhausreform muss schnellstens beschlossen und umgesetzt werden. Engere Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich sind das Gebot der Stunde ebenso wie die weitere Digitalisierung des Gesundheitswesens, was natürlich auch den Medizinischen Dienst einschließt.

Rolf Steinbronn:

Unser Gesundheitswesen ist seit vielen Jahren in vielen Sektoren reformbedürftig. Durch seit Jahren versäumte Reformen sind die Ausgaben im europäischen Vergleich auf einem Spitzenniveau, während der Nutzen, gemessen an der durchschnittlichen Lebenserwartung, eher mittelmäßig ist. Allerdings wird nicht nur der Verteilungskampf ums Geld von Jahr zu Jahr größer, sondern auch die Personalsituation in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen und Reha-Einrichtungen angespannter. Für beide Aspekte sind strukturelle Reformen zwingend nötig.

Dr. Rotraut Sawatzki:

Die demografische Situation zeigt eine Zunahme der älteren und hochaltrigen Menschen. Die Möglichkeiten zur Unterstützung der Pflegebedürftigen im eigenen Wohnraum ist noch gering. Die hohen Zahlungen im Pflegeheim sind eine finanzielle Belastung für die Pflegebedürftigen und oft nicht tragbar. Die dadurch zunehmenden Leistungen der Sozialhilfe belasten die Kommunen. Der Mangel an Pflegefachkräften und Pflegemitarbeitern führt oft zu Mängeln in der Pflegequalität. Es muss unbedingt an Lösungsansätzen und neuen Konzepten gearbeitet werden.

Zahlen, Daten, Fakten



In Sachsen leben **4.086.152** Menschen.¹



2.954.786 GKV-Versicherte 2022 (Stichtag: 1.7.2022)
2.973.505 GKV-Versicherte 2023 (+ 18.719, Stichtag: 1.7.2023)



Rund **27 %** der sächsischen Bevölkerung ist über 65 Jahre alt oder älter.*



In Sachsen gibt es **78** Krankenhäuser und **2.271** ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen.*



310.674 Menschen in Sachsen (8 % der Bevölkerung) sind pflegebedürftig.



Für rund **4 %** aller Mitglieder der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland ist der Medizinische Dienst Sachsen zuständig.



301 pflegfachliche und **121** ärztliche Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienst Sachsen arbeiten für die Versicherten im Sinne der Solidargemeinschaft. (Stand 2023)

* Datenquelle: Statistisches Landesamt Sachsen

KRANKENVERSICHERUNG

Insgesamt **213.131** sozialmedizinische Gutachten und Stellungnahmen haben die Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes Sachsen 2022 im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung und in 2023 **200.128** in folgenden Bereichen vorgenommen:

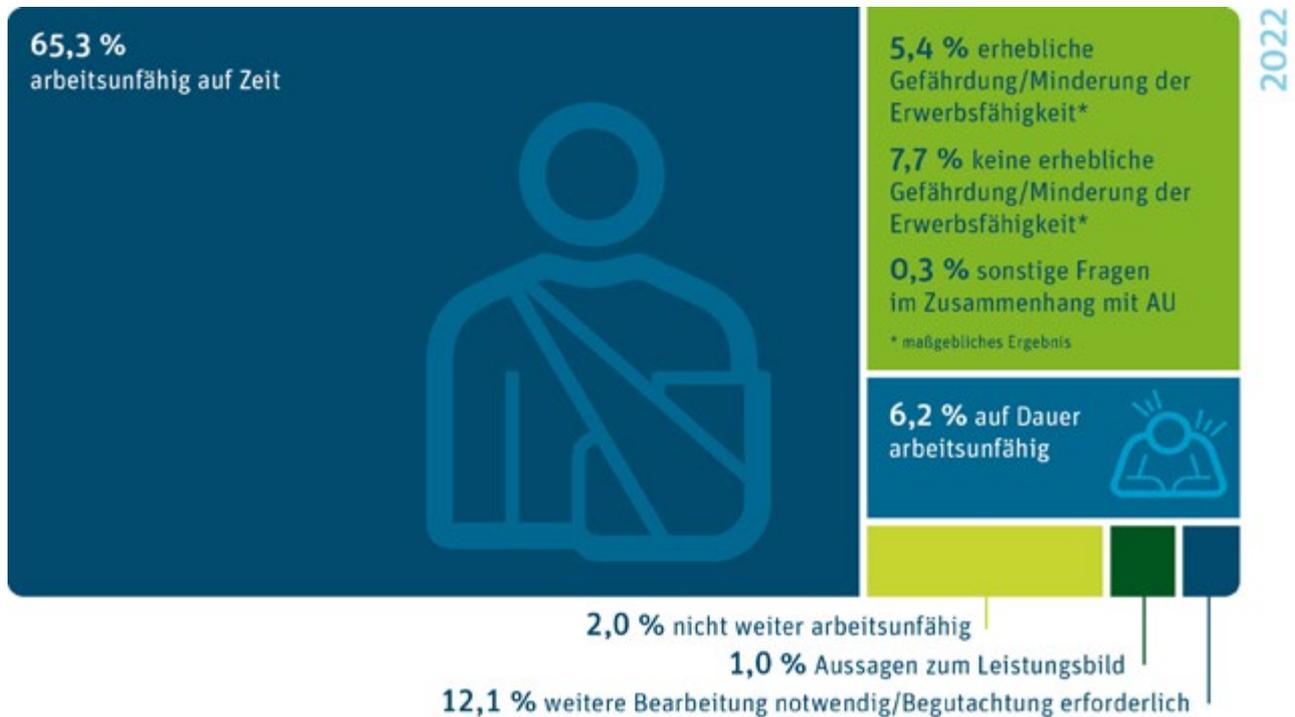


Arbeitsunfähigkeit

Leistungen der GKV bei Arbeitsunfähigkeit stellen einen wesentlichen Teil der sozialen Sicherung in Deutschland dar. In etwa drei von hundert Fällen beauftragt die Krankenkasse den Medizinischen Dienst, zur Arbeitsunfähigkeit sozialmedizinisch Stellung zu nehmen mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten oder wiederherzustellen, zum Beispiel durch ambulante Maßnahmen oder Wiedereingliederung.

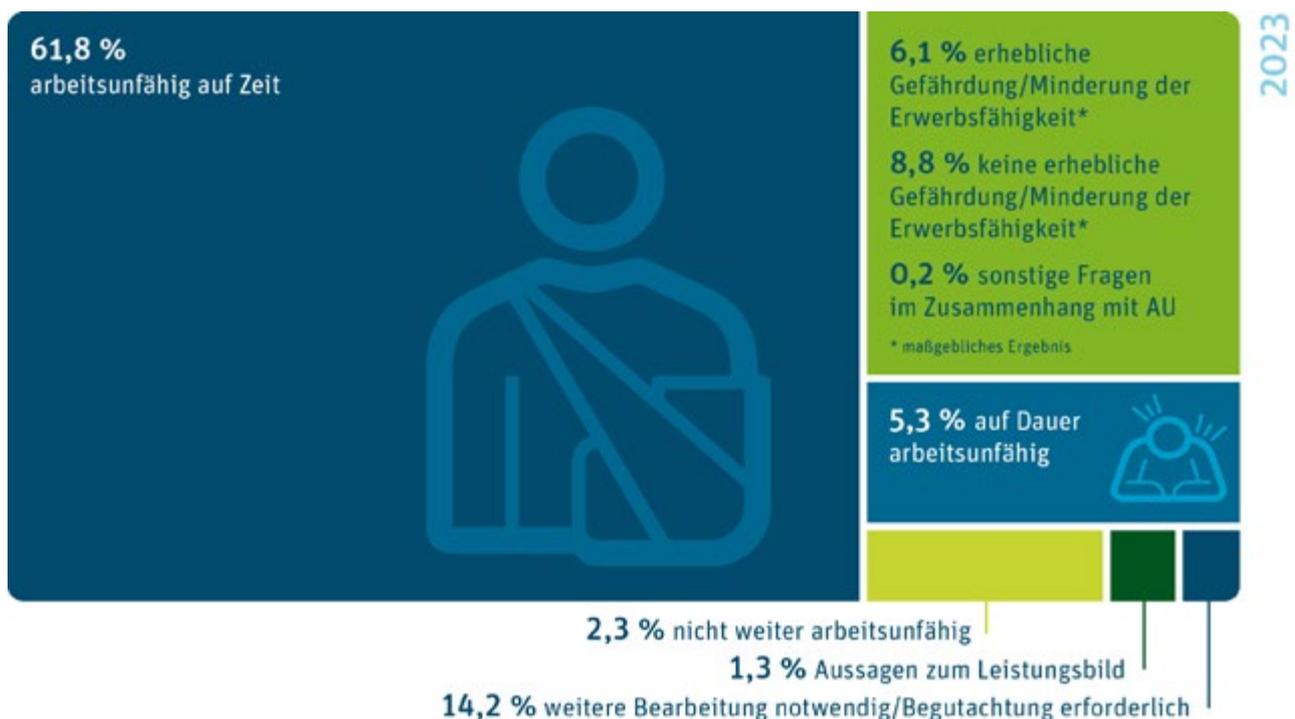
Sozialmedizinische Empfehlungen insgesamt: **42.204**

Nach sozialmedizinischer Beurteilung waren ...



Sozialmedizinische Empfehlungen insgesamt: **34.746**

Nach sozialmedizinischer Beurteilung waren ...



Vorsorge/Rehabilitation

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sollen verhindern, dass eine Erkrankung eintritt, sich verschlimmert bzw. schwerwiegende Krankheitsfolgen gemindert werden. Der Medizinische Dienst nimmt sozialmedizinisch Stellung zu den Erfolgsaussichten verordneter rehabilitativer Maßnahmen. Rehabilitation und Vorsorge sind verschiedene aufeinander abgestimmte therapeutische Maßnahmen, die umgangssprachlich auch „Kur“ genannt werden. Solche Maßnahmen können zum Beispiel sein: Entspannungs- und Aktivierungsübungen, Massagen und Heilbäder, Ergotherapie, psychotherapeutische Gespräche und Lerneinheiten, zum Beispiel zu gesunder Ernährung. Neu sind Rehabilitationsangebote für Long-Covid-Patientinnen und Patienten.

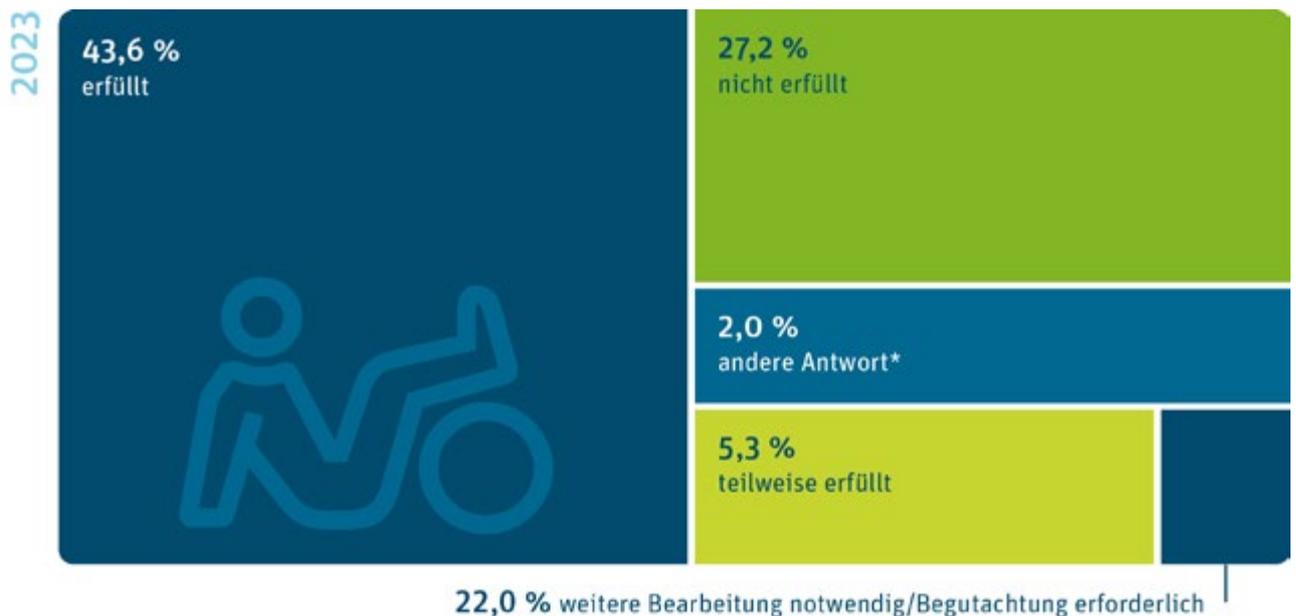
Sozialmedizinische Empfehlungen insgesamt: **26.549**

Die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren ...



Sozialmedizinische Empfehlungen insgesamt: **27.772**

Die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren ...



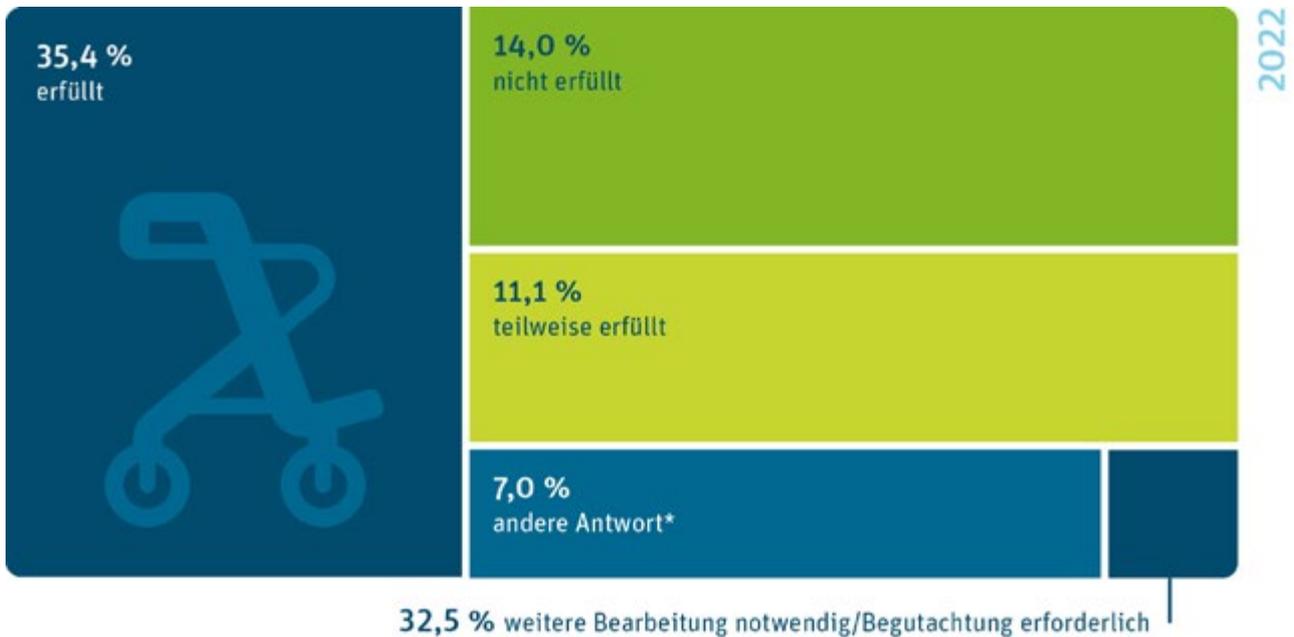
* Der Medizinische Dienst empfahl aus medizinischer bzw. sozialmedizinischer Sicht alternative Behandlungsmöglichkeiten oder es konnten aufgrund fehlender Unterlagen keine Empfehlung abgegeben werden.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sollen helfen, am Alltag teilzuhaben und das Leben erleichtern, wenn es durch Krankheit oder Behinderung beeinträchtigt ist. Im besten Fall gleichen Hilfsmittel eine körperliche Einschränkung aus oder erleichtern zumindest den Umgang damit. Beispiele für solche Hilfsmittel sind: Hörgeräte, orthopädische Schuhe, Kranken- und Behindertenfahrzeuge oder Messgeräte für Körperfunktionen, Stomaartikel, Insulinpumpen oder Prothesen. Der Medizinische Dienst begutachtet im Einzelfall, ob eine Verordnung medizinisch notwendig und geeignet ist.

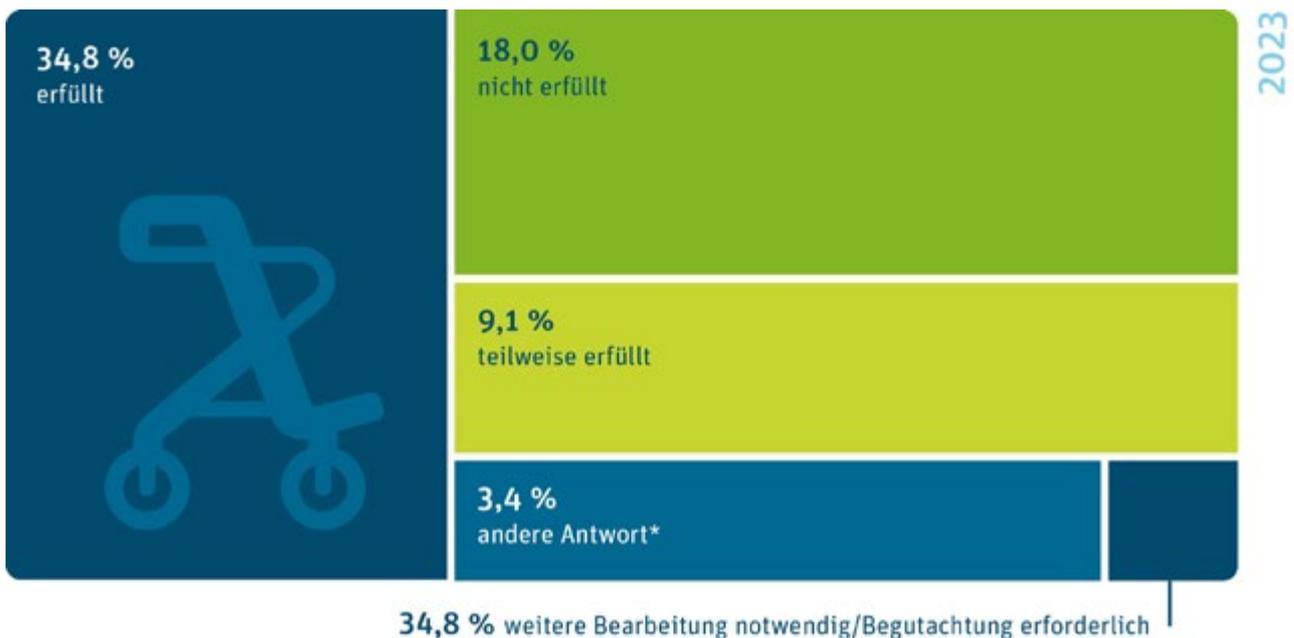
Sozialmedizinische Empfehlungen insgesamt: **20.603**

Die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren ...



Sozialmedizinische Empfehlungen insgesamt: **20.881**

Die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren ...



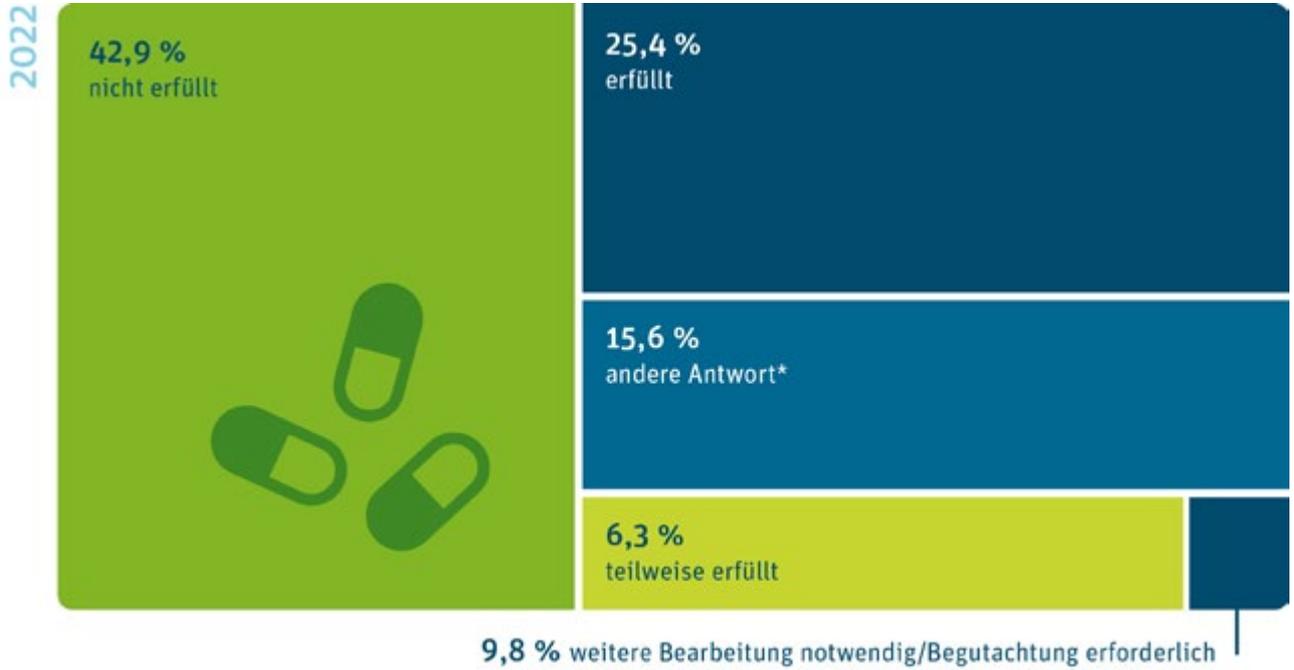
* Der Medizinische Dienst empfahl aus medizinischer bzw. sozialmedizinischer Sicht alternative Behandlungsmöglichkeiten oder es konnten aufgrund fehlender Unterlagen keine Empfehlung abgegeben werden.

Arzneimittel

Der Medizinische Dienst Sachsen nimmt Stellung zum Beispiel zu Arzneimitteln der Regelversorgung, zugelassenen und zulassungsüberschreitenden Arzneimitteleinsatz.

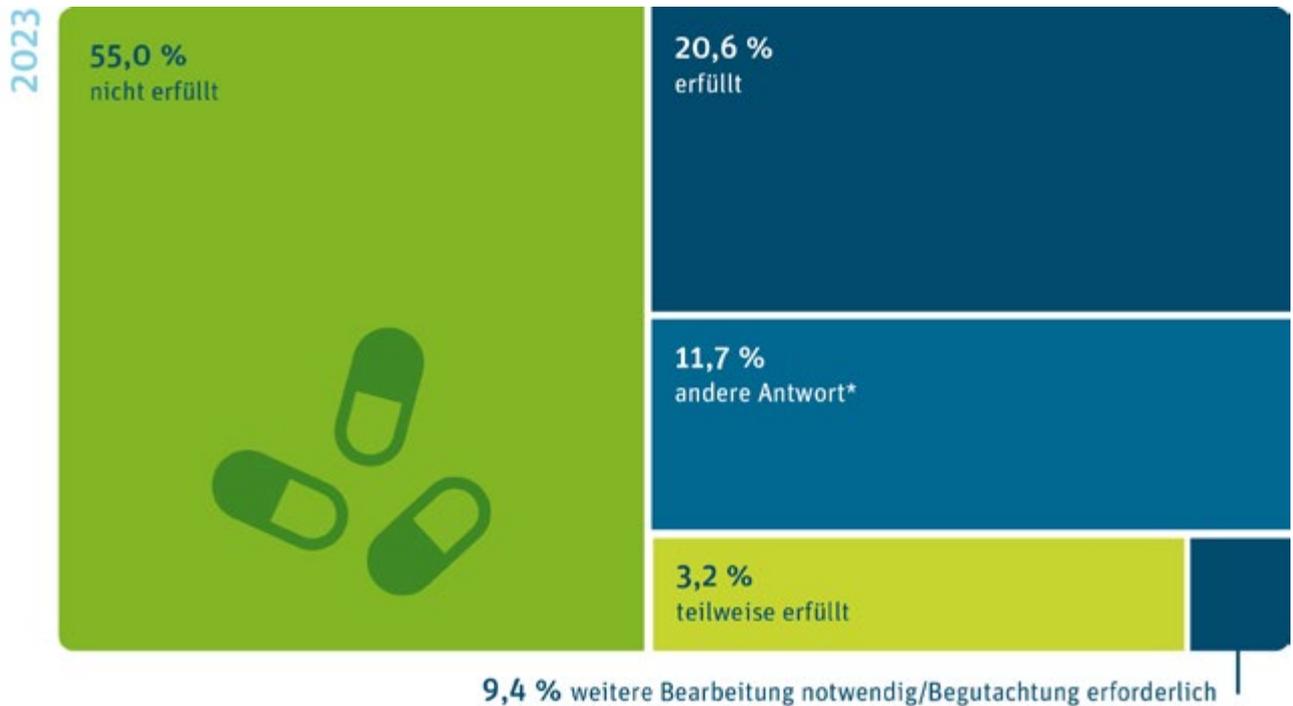
Sozialmedizinische Empfehlungen insgesamt: 2.527

Die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren ...



Sozialmedizinische Empfehlungen insgesamt: 2.560

Die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren ...



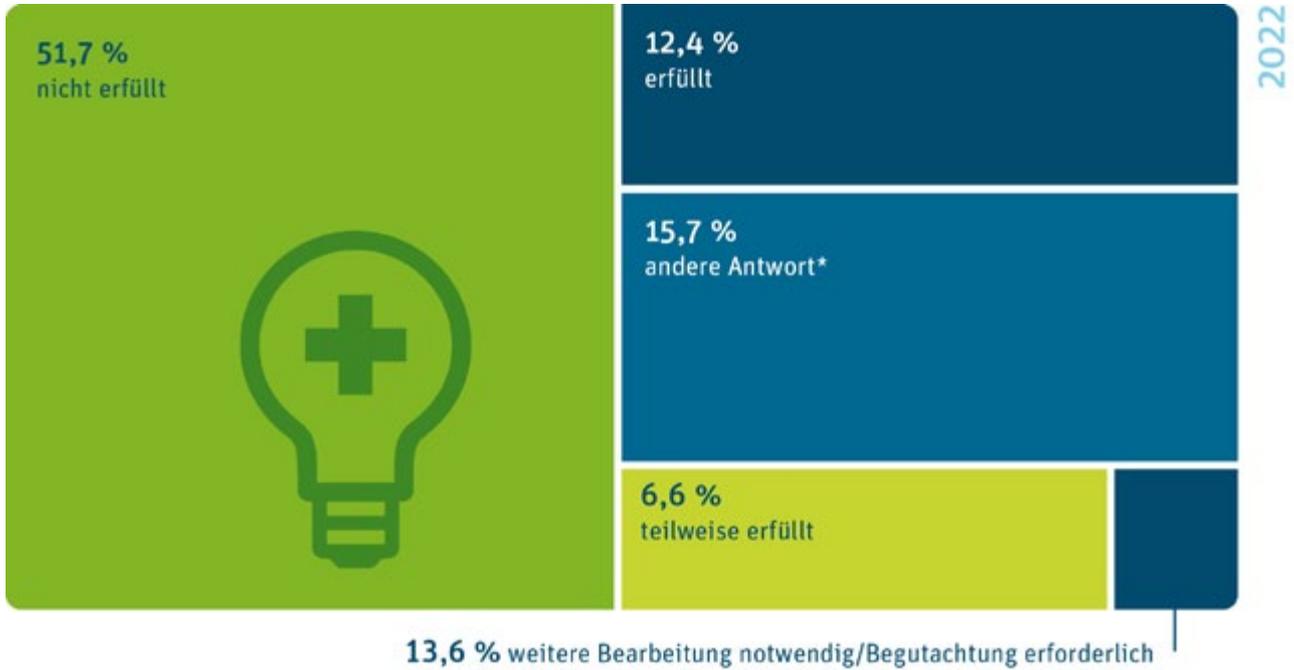
* Der Medizinische Dienst empfahl aus medizinischer bzw. sozialmedizinischer Sicht alternative Behandlungsmöglichkeiten oder es konnten aufgrund fehlender Unterlagen keine Empfehlung abgegeben werden.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

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

Sozialmedizinische Empfehlungen insgesamt: **1.162**

Die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren ...



Sozialmedizinische Empfehlungen insgesamt: **1.160**

Die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren ...

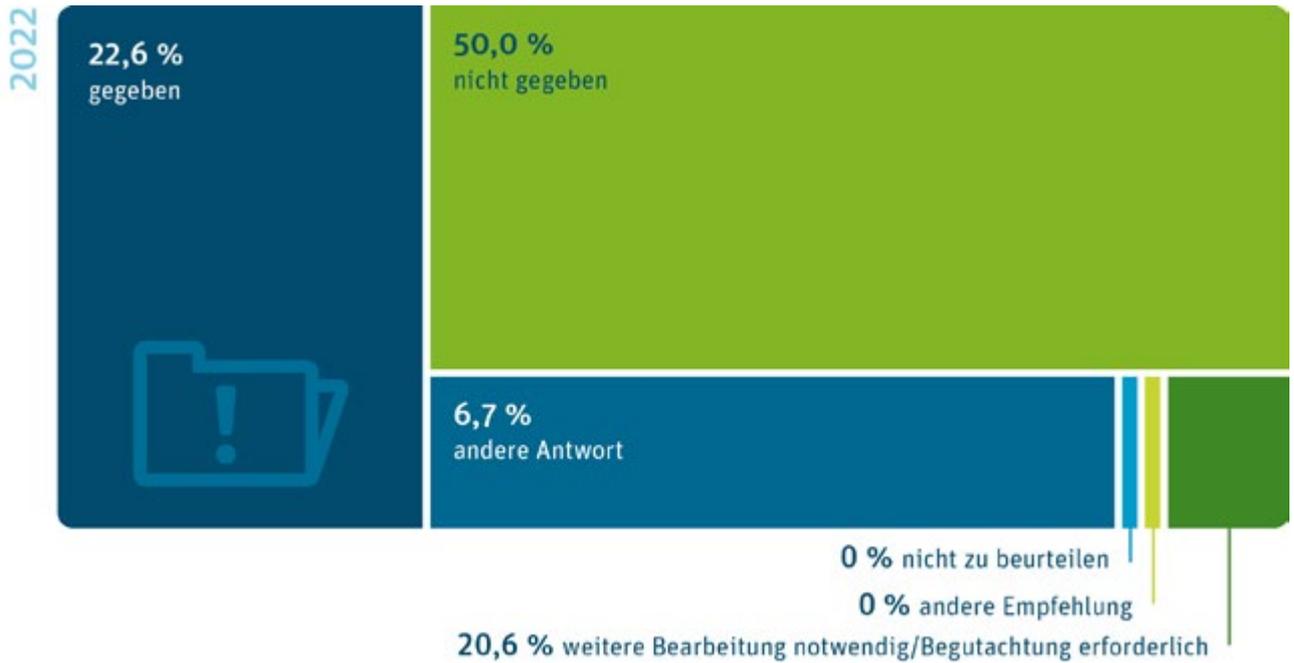


* Der Medizinische Dienst empfahl aus medizinischer bzw. sozialmedizinischer Sicht alternative Behandlungsmöglichkeiten oder es konnten aufgrund fehlender Unterlagen keine Empfehlung abgegeben werden.

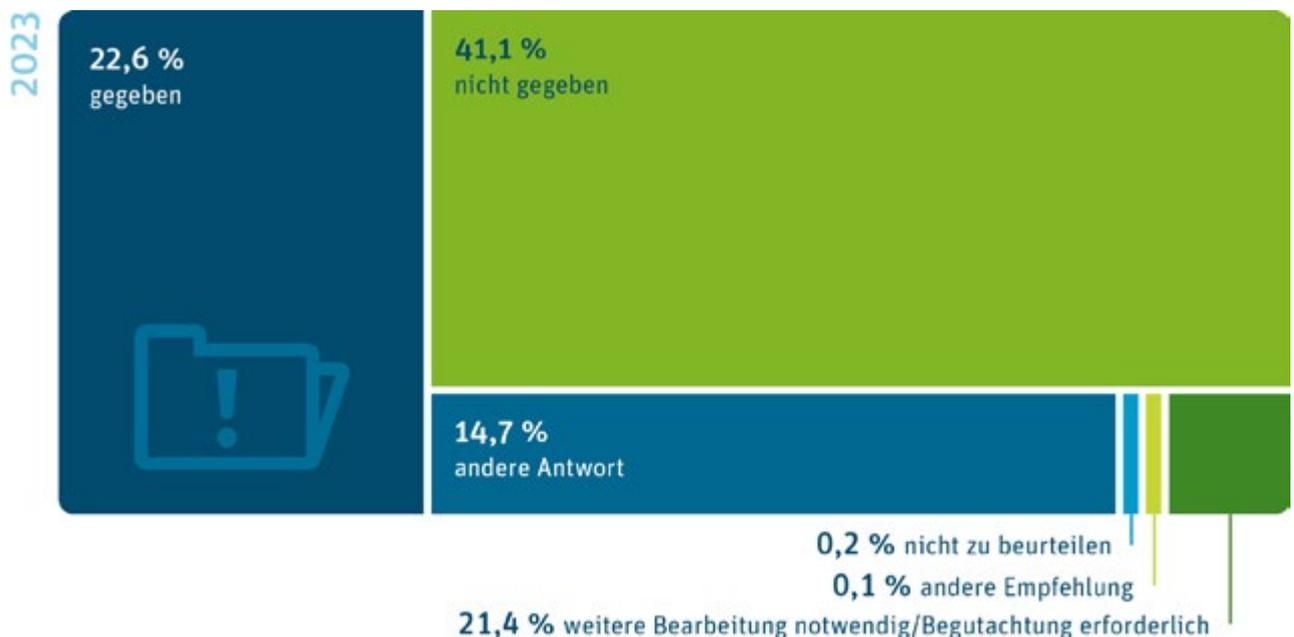
Behandlungsfehler

Bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler können sich Versicherte an ihre Krankenkasse wenden. Um zu klären, ob es sich um einen tatsächlichen Behandlungsfehler handelt, beauftragen die Krankenkassen den Medizinischen Dienst mit einer Behandlungsfehler-Begutachtung. Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes legen in einem fachärztlichen Gutachten dar, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder ausgeschlossen werden kann. Damit helfen wir Versicherten, ihre Patientenrechte wahrzunehmen. Das Gutachten ist für den Versicherten kostenlos und kann vor Gericht oder gegenüber der behandelnden Ärztin, dem Arzt bzw. der Haftpflichtversicherung verwendet werden. Bei sozialmedizinischen Empfehlungen zu Erstattungsansprüchen ist die zentrale Frage, welcher Leistungsträger für die Kostenübernahme einer Behandlung zuständig ist, zum Beispiel die Krankenkasse oder die Berufsgenossenschaft bei Arbeitsunfällen.

Sozialmedizinische Empfehlungen insgesamt: **1.177** Behandlungsfehler/Erstattungsanspruch ...



Sozialmedizinische Empfehlungen insgesamt: **1.161** Behandlungsfehler/Erstattungsanspruch ...

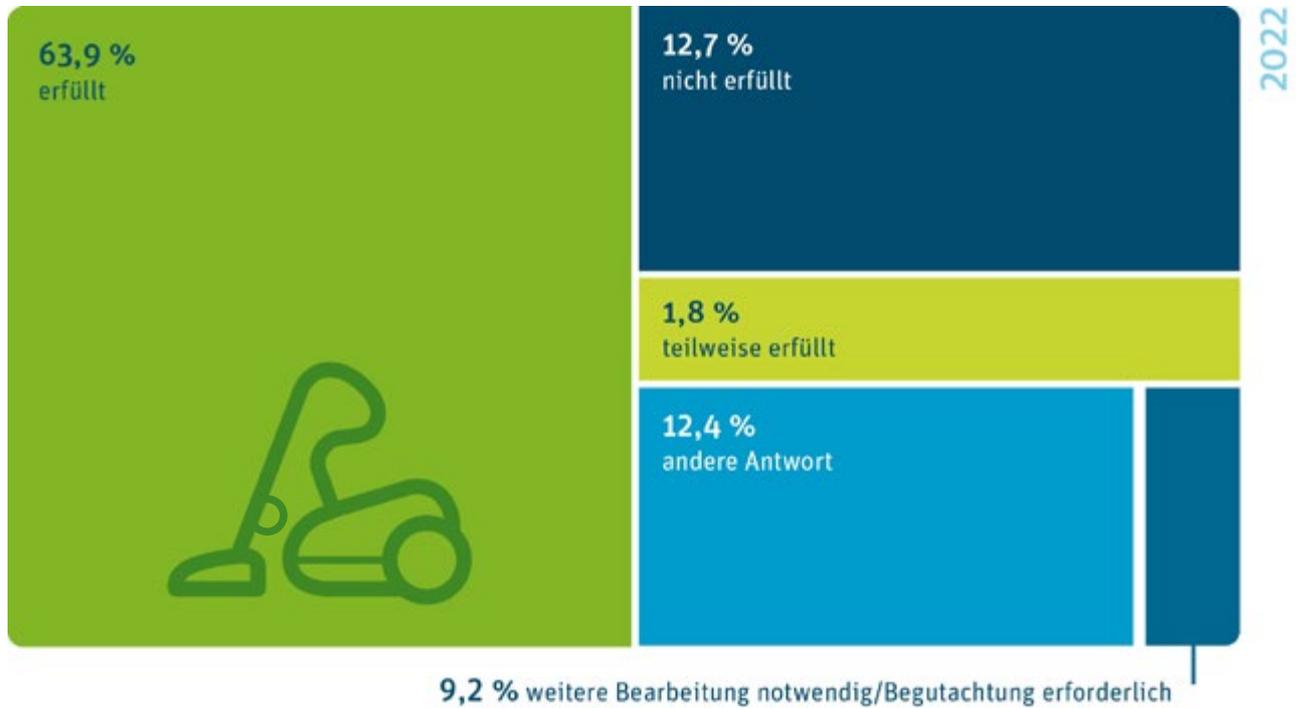


Sonstige Anlässe

Der Medizinische Dienst Sachsen nimmt Stellung zum Beispiel zur medizinischen Indikation eines operativen Eingriffs, zu ambulanten Leistungen wie häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfen, zu Heilmitteln wie Physiotherapie, Podologische Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie.

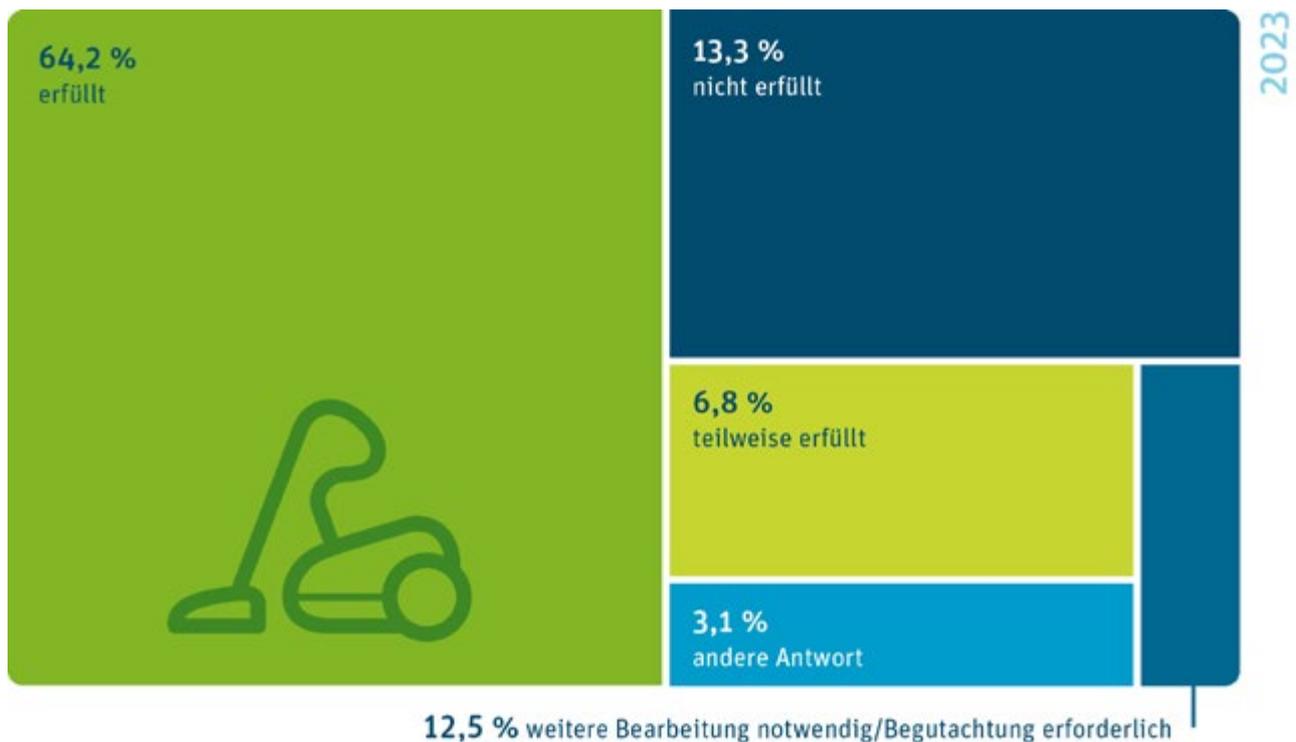
Sozialmedizinische Empfehlungen insgesamt: **14.776**

Die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren ...



Sozialmedizinische Empfehlungen insgesamt: **15.202**

Die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren ...



Krankenhausabrechnung

Im Krankenhausplan des Freistaates Sachsen sind 78 Krankenhäuser ausgewiesen (Stand: 1. Juli 2022). In der Abbildung ist die Verteilung der **108** Krankenhausstandorte im Freistaat Sachsen (Stand: 1. Januar 2023) bezogen auf die Land- und Stadtkreise ersichtlich.



DRG

Die Leistungen für stationäre Behandlungen rechnen die Kliniken über sogenannte diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) mit den Krankenkassen ab. Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, bei Rechnungsauffälligkeiten den Medizinischen Dienst die Krankenhausrechnungen prüfen zu lassen.

2022 wurden insgesamt **72.519** Krankenhausrechnungen geprüft. Davon waren ...

2023 wurden insgesamt **66.702** Krankenhausrechnungen geprüft. Davon waren ...



PEPP

Für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser gilt ebenfalls ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem, das auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten eingeführt wurde.

2022 wurden insgesamt **2.277** Krankenhausrechnungen PEPP geprüft. Davon waren ...

2023 wurden insgesamt **1.910** Krankenhausrechnungen PEPP geprüft. Davon waren ...



Sonstige Krankenhausabrechnungen

Zu den Prüfungen sonstiger Krankenhausabrechnungen gehört zum Beispiel die Klärung von Fragen, ob eine Behandlung im Ausland oder an einem bestimmt Ort im Inland notwendig waren oder ob eine Akutbehandlung im Krankenhaus in Abgrenzung zu anderen Versorgungsformen (z. B. geriatrische Rehabilitation) erforderlich war.

Insgesamt wurden **763** sonstige Krankenhausrechnungen geprüft.
Davon waren ...



Insgesamt wurden **363** sonstige Krankenhausrechnungen geprüft.
Davon waren ...



Strukturprüfungen

Krankenhäuser müssen über bestimmte strukturelle Voraussetzungen verfügen, damit Behandlungen durchgeführt und abgerechnet werden dürfen. Kernstück dieser Strukturprüfungen ist die Prüfung von definierten Strukturmerkmalen abrechnungsrelevanter Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Deren Erfüllung prüft der Medizinische Dienst regelmäßig. Das betrifft vor allem die Strukturen hochspezialisierter Bereiche wie zum Beispiel geriatrische, pädiatrische Strukturen, Versorgungsstrukturen von Schlaganfallpatienten oder die Intensivmedizin. Strukturprüfungen liefern damit Hinweise auf die Qualität in Krankenhäusern.

Detaillierte Angaben dazu, wie die Strukturprüfungen durchgeführt werden, welche Richtlinien dafür gelten und aufgeschlüsselte Ergebnisse, zum Beispiel zur Häufigkeit und Verteilung der beantragten OPS-Kodes, finden Sie in unserem ausführlichen Bericht „Strukturprüfungen in sächsischen Krankenhäusern 2021/2022“, der online unter md-sachsen.de, auch barrierefrei, verfügbar ist.



Von insgesamt **78** Krankenhäusern in Sachsen wurden für **71** Krankenhäuser insgesamt **545** Anträge für Strukturprüfungen abschließend bearbeitet.

Von den Anträgen wurden:



Von insgesamt **78** Krankenhäusern in Sachsen wurden für **71** Krankenhäuser insgesamt **758** Anträge für Strukturprüfungen abschließend bearbeitet.

Von den Anträgen wurden:



Qualitätskontrollen

Patientinnen und Patienten sollen in Krankenhäusern mit qualitativ hochwertigen Standards und auf dem neuesten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse versorgt werden. Der Medizinische Dienst prüft, ob in Krankenhäusern die qualitätssichernden Anforderungen des G-BA (zum Beispiel räumliche Gegebenheiten, technische Ausstattung, personelle Qualifikationen) eingehalten werden. Dazu sind angemeldete wie auch unangemeldete Prüfungen in den Krankenhäusern vorgesehen.

Insgesamt wurden **13 MD-Qualitätskontrollrichtlinien-Prüfungen** in **12 Krankenhäusern** durch unsere Gutachterinnen und Gutachter vorgenommen. Davon haben/waren bei ...

2022

10
alle Anforderungen erfüllt



3
Beurteilung nicht möglich (z. B.: Rücknahme der Aufträge – Krankenhaus erbringt Leistung nicht mehr)

0 Anforderungen teilweise/nicht erfüllt

Insgesamt wurden **94 MD-Qualitätskontrollrichtlinien-Prüfungen** in **44 Krankenhäusern** durch unsere Gutachterinnen und Gutachter vorgenommen. Davon haben/waren bei ...

2023

76
alle Anforderungen erfüllt



18
Anforderungen teilweise/nicht erfüllt

0 andere Antwort



PFLEGEVERSICHERUNG

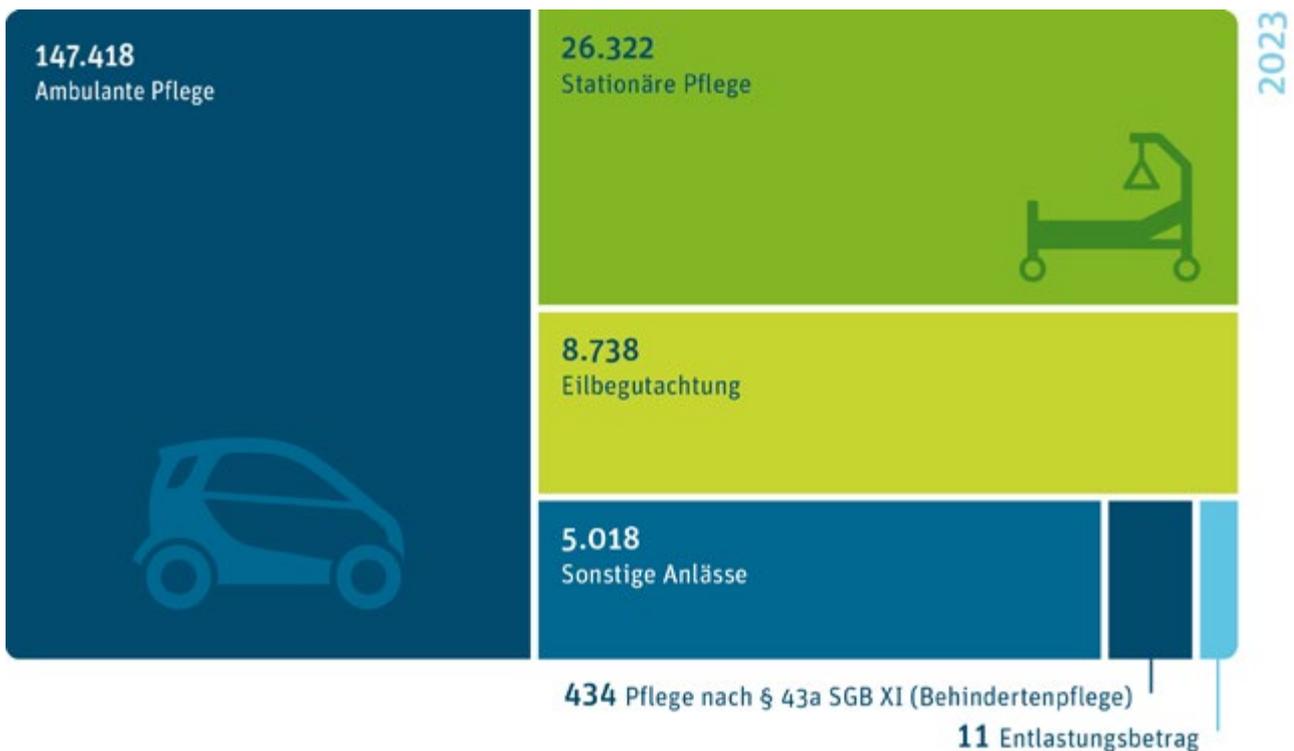
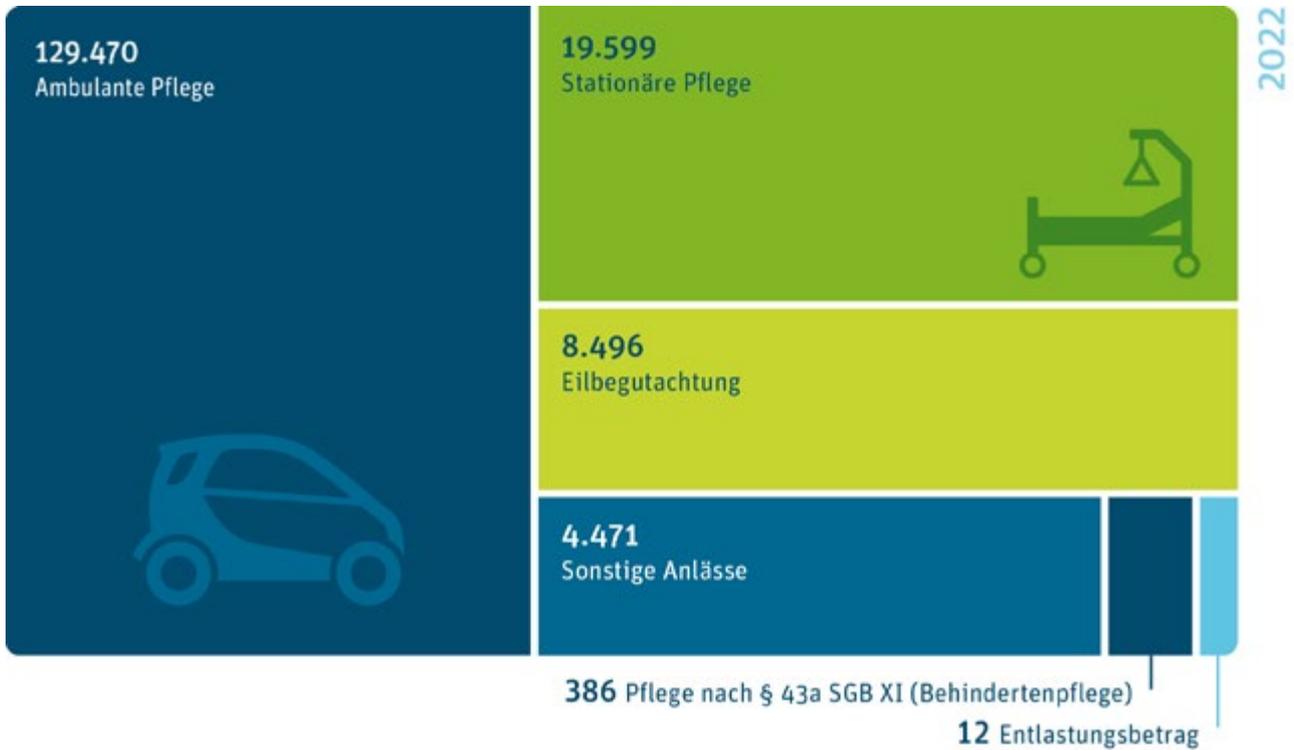
301 pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes Sachsen prüfen im Auftrag der Pflegekassen zum einen regelmäßig die Qualität der Pflegeeinrichtungen oder der ambulanten Pflegedienste und zum anderen bei den Versicherten zu Hause, im Krankenhaus oder in der Pflegeeinrichtung, ob die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit vorliegen.

Mit insgesamt **163.959** Empfehlungen haben die pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes Sachsen im Jahr 2022 die soziale Pflegeversicherung unterstützt. Im Jahr 2023 waren es insgesamt **189.644** pflegefachliche Empfehlungen.



Einzelfallbegutachtung

Rund **311.000** pflegebedürftige Menschen leben in Sachsen (Stand: Dezember 2021). Sie haben einen Anspruch darauf, dass sie zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung hochwertig versorgt werden. Pflegebedürftig sind Personen, die aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen ihren Alltag nicht länger vollkommen selbstständig bewältigen können und deshalb pflegerische Unterstützung brauchen. Um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit vorliegen, beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst. Der Maßstab für die Begutachtung ist der Grad der Selbstständigkeit des Menschen.

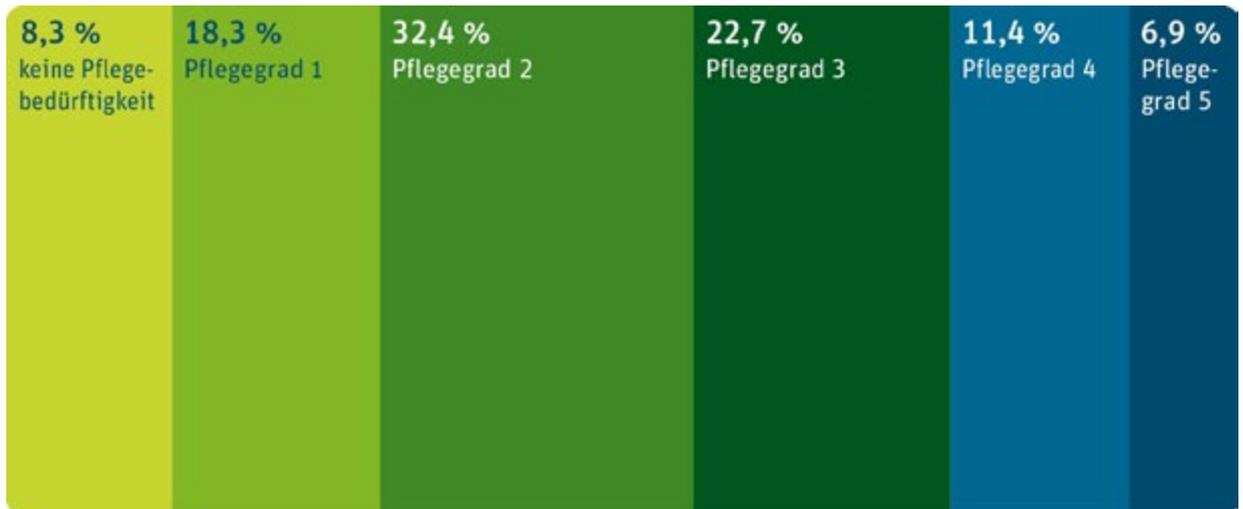


Pflegegradverteilung 2022

Die Zuordnung zu einem Pflegegrad 1 bis 5 erfolgt anhand eines Punktesystems. In den sechs Bereichen, unter anderem Mobilität, Selbstversorgung, kognitive, kommunikative Fähigkeiten werden Punkte vergeben. Anhand dieser Punkte wird bewertet, wie sehr die Selbstständigkeit im jeweiligen Lebensbereich eingeschränkt ist. Jeder der Bereiche ist unterschiedlich gewichtet. Über eine Gesamtbewertung erfolgt die Zuordnung zu einem Pflegegrad.



insgesamt **149.467** Begutachtungen und Stellungnahmen im Bereich Pflege Einzelfallbegutachtung



Die Begutachtungen betrafen ...

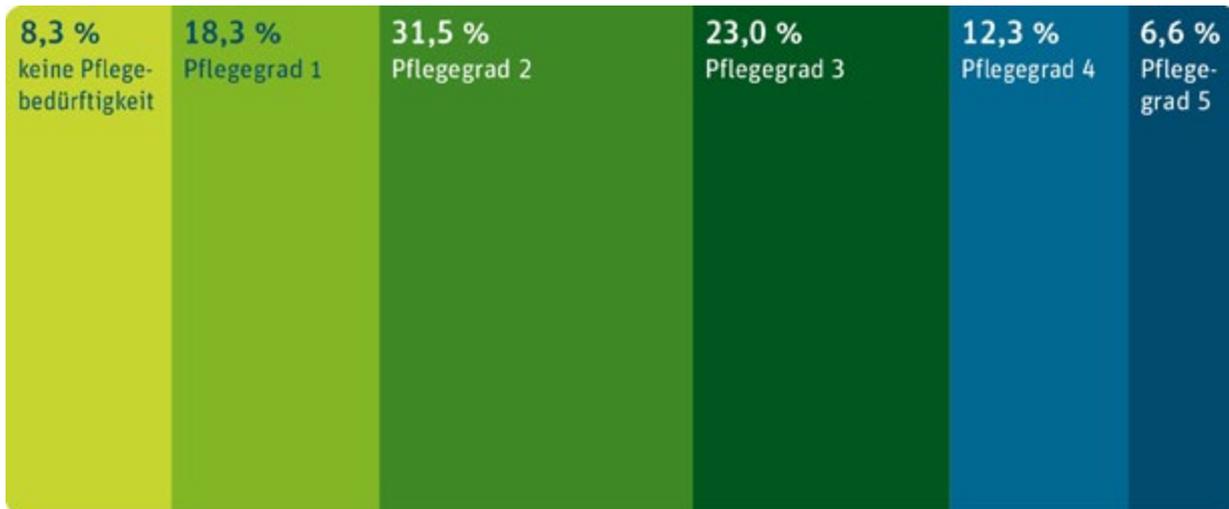


Bei **15,3 %**, d. h. bei fast jedem sechsten Erstantrag wurden keine Leistungen empfohlen. Bei den Höherstufungsanträgen ist es fast jeder vierte Antrag, das sind **28,3 %**.

Pflegegradverteilung 2023



insgesamt **174.185** Begutachtungen
und Stellungnahmen im Bereich
Pflege Einzelfallbegutachtung



Die Begutachtungen betrafen ...



Bei **16,6 %**, d. h. bei fast bei jedem sechsten Erstantrag wurden keine Leistungen empfohlen. Bei den Höherstufungsanträgen ist es fast jeder vierte Antrag, das sind **27,6 %**.

Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung

Der Medizinische Dienst Sachsen führte in 2022 fast **150.000** und in 2023 rund **174.000 Begutachtungen** durch. Jährlich wiederkehrend werden die Versicherten nach ihrer Zufriedenheit mit der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst Sachsen gefragt. Um die besonders gefährdeten pflegebedürftigen Menschen vor einer Infektion mit dem Corona-Virus zu schützen, erfolgte die Pflegebegutachtung in 2022 nicht nur im Hausbesuch, sondern auch als telefonische Begutachtung. Der Medizinische Dienst Sachsen stellte so sicher, dass die Versicherten zeitnah Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung und der damit verbundenen Versorgung erhielten. Deshalb sind die Ergebnisse für 2022 in „Hausbesuche“ und „Telefonisch“ unterteilt. In 2022 waren **85,7 %** der pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörige insgesamt mit der Pflegebegutachtung im Hausbesuch durch den Medizinischen Dienst Sachsen zufrieden; bei der telefonischen Begutachtung waren es sogar **88,3 %**.

Weitere detaillierte Ergebnisse der Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes der Jahre 2022 und 2023 finden Sie online unter: www.md-sachsen.de/versicherte/pflegebegutachtung.

Zufriedenheit der Befragten insgesamt mit der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst Sachsen

bei Hausbesuchen:



Telefonisch:



bei Hausbesuchen:



Service-Center Pflege



Claudia John,
Mitarbeiterin mit
erweiterten Aufgaben
Service-Center Pflege

Als Service für Versicherte, Kassen und Leistungserbringer hat unser in Dresden etabliertes Service-Center Pflege eine zentrale Funktion, um vor allem eine möglichst reibungslose Pflegebegutachtung zu unterstützen und den Dienstleistungsanspruch des Medizinischen Dienstes Sachsen zu erfüllen.

Wer ruft bei Ihnen und den insgesamt acht Kolleginnen im Servicecenter hauptsächlich an?

Claudia John: Hauptsächlich sind es die Versicherten, Familienangehörige oder auch Pflegedienste, Pflegeheime, Betreuende, Mitarbeitende der Pflegekassen oder Sozialdienste und auch Dolmetscher.

Aus welchen Gründen rufen die meisten Versicherten an?

Claudia John: Die meisten Anrufenden müssen oder möchten ihren geplanten Begutachtungstermin verschieben. Wir fragen immer nach dem Absagegrund, da wir gesetzlich verpflichtet sind, Fristen für die Begutachtung einzuhalten. Andere wünschen kurzfristig – also sofort – einen neuen Begutachtungstermin am Telefon genannt zu bekommen. Viele Versicherte können natürlich auch nicht wissen wie aufwändig der Verplanungsprozess ist. Das versuchen wir dann zu er-

klären. Die anrufenden Pflegekassen haben oftmals Sachstandsfragen oder nachträgliche Informationen zu offenen Begutachtungsaufträgen.

Aus welchen Gründen sind die Anrufenden verärgert?

Claudia John: Im vergangenen Jahr war es die lange Wartezeit auf einen neuen Begutachtungstermin nach der Absage durch die Versicherten. Aktuell verärgert Anrufende die verzögerte Postzustellung unserer Terminankündigungen, die wir aber nicht beeinflussen können.

Wie gehen Sie und Ihre Kolleginnen mit schwierigen Gesprächen um?

Claudia John: Anhören, atmen, immer sachlich antworten und nicht auf Beschimpfungen eingehen. Das klappt ganz gut.

Gibt es auch positive Gespräche?

Claudia John: Ja, die gibt es! Positive Gespräche sind sogar häufiger als richtig negative Gespräche. Vielmals danken uns Familienangehörige oder Mitarbeitende der Pflegekassen für die kompetente Auskunft, Freundlichkeit und serviceorientierte Unterstützung.

Welche Unterstützung erhalten Sie und Ihre Kolleginnen intern, um kontinuierlich serviceorientiert und freundlich auf alle Anrufenden zu reagieren?

Claudia John: Wir erhalten jährlich ein professionelles Kommunikationstraining. Oft helfen wir uns auch ganz kollegial untereinander und geben uns gegenseitig Tipps und Hinweise.



Vielmals danken uns Familienangehörige oder Mitarbeitende der Pflegekassen für die kompetente Auskunft, Freundlichkeit und serviceorientierte Unterstützung.“

Claudia John, Mitarbeiterin mit erweiterten Aufgaben Service-Center Pflege

Immer mehr pflegebedürftige Menschen in Sachsen beantragen Leistungen bei ihrer Pflegekasse. Die kontinuierliche Steigerung der Anzahl von Anträgen führt zu mehr Anrufen, da sich Versicherte mit ihren Fragen an unser Service-Center Pflege wenden. Gleichzeitig führt das erhöhte Anrufaufkommen zu längeren Wartezeiten. Zudem gelten mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz, das im Mai 2023 in Kraft trat, neue Fristenregelungen für die Antragsbearbeitung in der Pflegebegutachtung. Auch diese gesetzliche Neuerung führt zu häufigeren Nachfragen durch Versicherte und Pflegekassen. Um längere Wartezeiten für die Versicherten zu vermeiden, stellte der Medizinische Dienst Sachsen unter anderem ein Online-Formular für eine unkomplizierte Terminabsage für Versicherte und ihre Angehörigen zur Verfügung.



Ihr Kontakt zum Medizinischen Dienst Sachsen – Service-Center Pflege

MONTAG BIS FREITAG

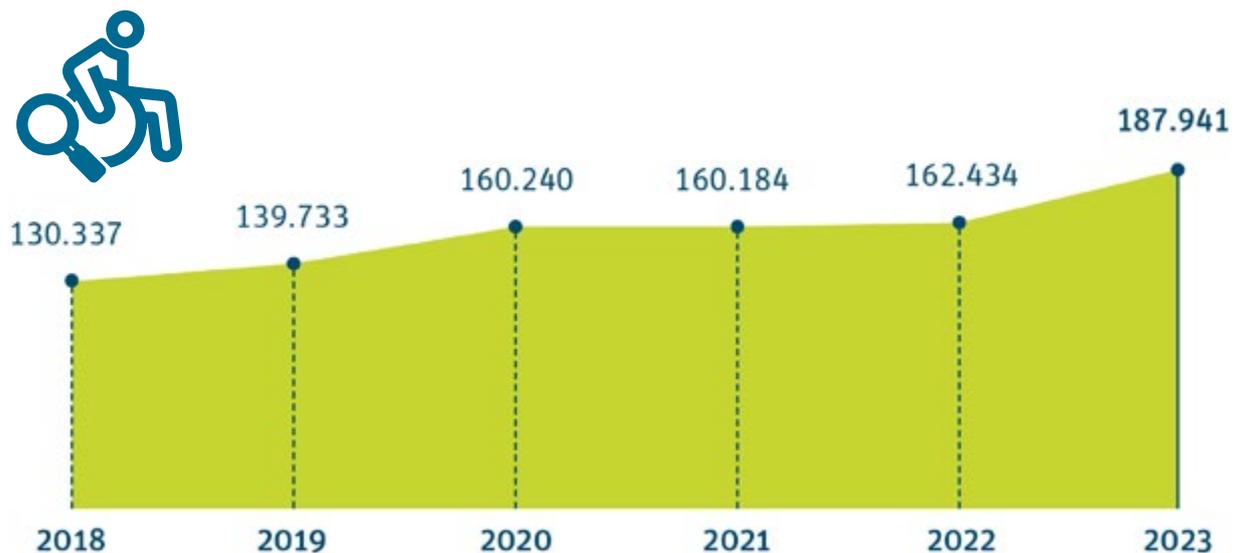
telefonisch:

0351 80005-5000 (Mo – Fr 7:30 – 16:00 Uhr)

oder per E-Mail an:

pflegebegutachtung@md-sachsen.de

Entwicklung Einzelfallbegutachtung von 2018 bis 2023



Anrufe und Gespräche im Service-Center Pflege ...

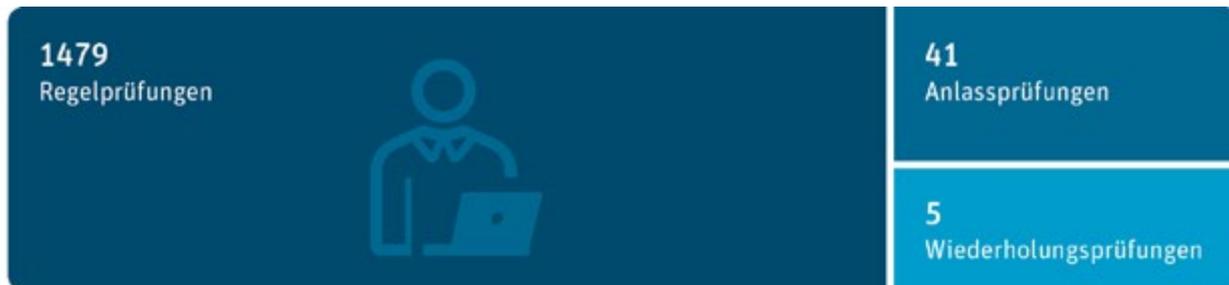


Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten



Pflegebedürftige Menschen sind besonders schutzbedürftig und haben Anspruch auf eine hochwertige Pflege. Um eine gute Pflege zu unterstützen, prüfen die pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachter regelmäßig die Qualität von stationären Einrichtungen, Kurzzeitpflegen, Tagespflegen, ambulanten Einrichtungen und Pflegediensten. Der Medizinische Dienst Sachsen führt Regel- und Wiederholungsprüfungen durch sowie Anlassprüfungen, die nicht angekündigt werden.

2022



von insgesamt **1.525** Prüfungen waren:



2023



von insgesamt **1.703** Prüfungen waren:



Haushalt und Finanzen 2022/2023



Standortnetz

- Beratungs- und Begutachtungszentrum (BBZ)
- Zentrale Verwaltung
- Fachbereich Pflege Qualitätsprüfung
- Fachbereich Pflege Einzelfallbegutachtung
- Fachbereiche GKV Allgemeine Sozialmedizin
- Fachbereiche GKV Stationäre Begutachtung
- regionale Teams der Fachbereiche

Jahresrechnungen, Mitglieder- und Umlageentwicklung

Die erforderlichen Mittel zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes Sachsen werden von den Krankenkassen durch eine Umlage aufgebracht. Diese Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes aufzuteilen.

Nach § 77 SGB IV und den ergänzenden Bestimmungen der Verordnung über das Haushaltswesen der Sozialversicherung (SVHV) in Verbindung mit § 280 Abs. 3 SGB V hat der Medizinische Dienst Sachsen für jedes Kalenderjahr zur Rechnungslegung die Rechnungsbücher abzuschließen. Auf dieser Grundlage ist eine Jahresrechnung zu erstellen. Die Jahresrechnung 2022 und 2023 wurden durch die BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft geprüft. Die quartalsweisen Umlagezahlungen basieren auf der amtlichen Mitgliederstatistik KM6 der Krankenkassen im Freistaat Sachsen.

Mitgliederentwicklung 2022/2023	Stichtag 01.07.2022	Stichtag 01.07.2023	Zuwachs
Mitglieder nach KM6	2.954.786	2.973.505	+ 18.719

Umlageentwicklung	Haushalt 2022	Haushalt 2023	Erläuterung
Umlage	57.291 T€	57.295 T€	
Pro-Kopf-Umlage	19,39 €	19,27 €	Umlage-Neuberechnung Basis Mitglieder nach KM6 zum 01.07. des Jahres



Ergebnisrechnung	2022	2023
Einnahmen	57.322,9 T€	57.460,8 T€
davon aus Umlagen	57.291,0 T€	57.295,0 T€
Ausgaben	57.865,3 T€	60.317,7 T€
davon Persönliche Verwaltungskosten	45.729,6 T€	46.720,4 T€
davon Sächliche Verwaltungskosten	7.353,7 T€	7.952,4 T€
davon Sonstige Kosten	4.782,0 T€	5.644,9 T€
Überschuss der Ausgaben	542,4 T€	2.856,9 T€
Investitionen	1.097,3 T€	852,2 T€

Vermögensrechnung	2022	2023
Bilanzsumme	14.550,3 T€	9.844,0 T€

Kapitalkonten	2022	2023
Betriebsmittel	7.540,0 T€	4.683,2 T€
Verwaltungsvermögen	1.746,6 T€	1.746,5 T€
Rücklagen	0,0 T€	0,0 T€
	9.286,6 T€	6.429,7 T€



1 Persönliche Verwaltungskosten	78,8 %
2 Sächliche Verwaltungskosten	11,1 %
3 Sonstige Kosten	8,2 %
4 Investitionen	1,9 %



1 Persönliche Verwaltungskosten	77,4 %
2 Sächliche Verwaltungskosten	11,8 %
3 Sonstige Kosten	9,4 %
4 Investitionen	1,4 %



Mitarbeitende: Aufteilung Beschäftigtengruppen und Personalentwicklung

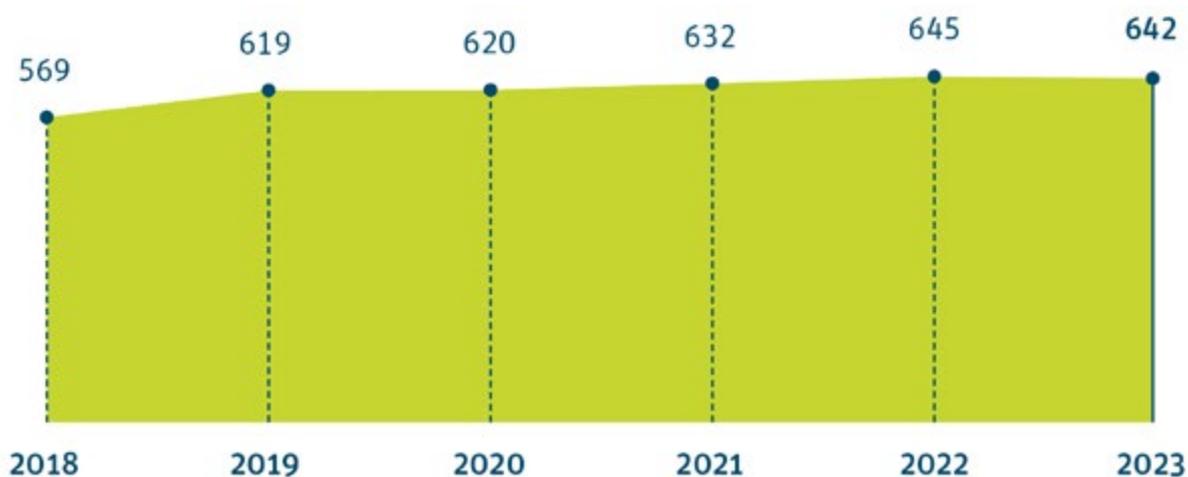
Zum 31.12.2022 beschäftigte der Medizinische Dienst Sachsen insgesamt **645 Mitarbeitende** und zum 31.12.2023 insgesamt **642 Mitarbeitende**. Seit 01.10.2022 ist er Praxispartner eines BA-Studenten in der Abteilung IT.



Beim Medizinischen Dienst Sachsen waren 2022 und 2023 beschäftigt:



Personalentwicklung von 2018 bis 2023



Zukünftige Fachkräfte unterstützen und binden



Pierre Schubert,
BA-Student im Medizinischen
Dienst Sachsen

Pierre Schubert studiert im dualen Studienmodell Wirtschaftsinformatik an der Berufsakademie Sachsen und möchte seine berufliche Karriere im Medizinischen Dienst starten. Seit fast zwei Jahren arbeitet er während seiner Praxismodule, die fester Bestandteil des Studiums sind, in der IT-Abteilung. Seine Projektarbeit „Automatisierung des Stellenbesetzungsplanes durch Anbindung an das SAP-HCM-System“ hat er unternehmensintern bereits vorgestellt. Zukünftig fließen diese Projektergebnisse ins Recruiting des Medizinischen Dienstes Sachsen ein.

Dual Studierende absolvieren im Unternehmen in den Praxisphasen den berufsbezogenen Teil ihrer Ausbildung. Um Pierre Schubert von Anfang an erfolgreich im Medizinischen Dienst Sachsen zu integrieren, war es unter anderem wichtig, dass das Team gut über die Herausforderungen eines dualen Studiums informiert ist. So sind dual Studierende beispielsweise nur in bestimmten Zeiträumen im Unternehmen, teilweise über Monate nicht in betriebliche Abläufe eingebunden. Als erster Ansprechpartner ist ein unternehmensinterner Praxisbetreuer dafür verantwortlich, dass alle Fragen und Probleme zeitnah geklärt werden können und sich die praktischen Ausbildungsinhalte ganz konkret auf die Studieninhalte beziehen.

Welche Aufgaben haben Sie in der IT-Abteilung?

Pierre Schubert: Meine Aufgaben sind äußerst vielfältig und umfassen ganz verschiedene Tätigkeiten. Dazu gehören sowohl die Entwicklung neuer SAP-Anwendungen wie beispielsweise der Stellenbesetzungsplan, den ich in meiner Projektarbeit beschrieben habe, als auch die Unterstützung im Infrastrukturbereich durch die Entwicklung kleiner, hilfreicher Tools mithilfe von PowerShell (Programmiersprache, Anmerkung der Red.). Zusätzlich dazu habe ich während meines ersten Praxismoduls ein Web-Tool erstellt, das die Überprüfung der Medientechnik in den Medienräumen wesentlich erleichtert. Dieses Tool wird von mir seitdem gepflegt.

Warum haben Sie sich für den Medizinischen Dienst entschieden?

Pierre Schubert: Durch verschiedene Vorstellungsgespräche wurde deutlich, dass ich beim Medizinischen Dienst Einblicke in interessante Teilgebiete der Informatik erhalte. Das ist eine hervorragende Basis, um meinen Schwerpunkt für das spätere Berufsleben zu finden. Außerdem hat mir die Teamatmosphäre sehr gefallen. Die konnte ich während eines Besuchs in der Dienststelle und eines Wandertages, zu dem ich schon im Vorfeld eingeladen wurde, erleben. Die freundliche, zuvorkommende Art meiner Kollegen und Kolleginnen schätze ich sehr und bin froh, in diesem Team den Grundstein für meine berufliche Zukunft zu legen.

Was erwarten Sie als dualer Student vom Unternehmen?

Pierre Schubert: Ich erwarte eine Umgebung, die es mir ermöglicht, meine theoretischen Kenntnisse praktisch anzuwenden und zu erweitern. Eine klare Kommunikation ist mir wichtig und die Möglichkeit, eigenständig Aufgaben zu übernehmen, um durch eigene Erfahrungen zu wachsen. Sowohl die Abteilungsleitung als auch alle anderen Kolleginnen und Kollegen haben sich stets Zeit genommen, um mich bei Fragen oder Problemen zu unterstützen. Ich finde die Freiheit, die ich habe, um meine Aufgaben während der Praxisphasen selbst auszuwählen, toll. Das trägt enorm dazu bei, mich auf Gebiete konzentrieren zu können, die mich begeistern und weiterbringen.

”

Das Unternehmen profitiert von Pierre Schuberts eigenständig erarbeiteten Lösungen und als Team profitieren wir besonders von seinem jungen, frischen Blickwinkel auf bestehende Prozesse“.

Oliver Klose, Leiter der Abteilung IT

Einblicke und Ausblicke

Fachbereichsübergreifendes Projekt „Neustrukturierung Flexibilitätsreserve: 2-Säulen-Modell“



Obwohl die Auftragslage im Fachbereich Pflege Einzelfallbegutachtung unterjährig stark schwankt, ist sie vor allem durch stetigen Auftragszuwachs gekennzeichnet. Um dennoch den gesetzlichen Auftrag zu erfüllen und bereits vorhandene Personalkapazitäten optimal zu nutzen, wurde das 2-Säulen-Modell der neustrukturierten Flexibilitätsreserve eingeführt. Qualitätsprüfende des Fachbereichs Pflege QP arbeiten kontinuierlich und regelhaft im Fachbereich Pflege EFB. Darüber hinaus sind sie, auf Grundlage entsprechender Controlling-Indikatoren, auch in Spitzenzeiten einsatzbereit. Sie erweitern durch diesen Einsatz nicht nur ihr Aufgabenportfolio, sondern auch ihre fachlichen Kompetenzen. Ohne zusätzlichen Einarbeitungsaufwand ist ihre Unterstützung in Spitzenzeiten hochwirksam und in großem personellen Umfang möglich. Das fach- und bereichsübergreifende Projekt zur Implementierung der neustrukturierten Flexibilitätsreserve lief von Mai bis Dezember 2023.

1. Säule und Start des Piloten

Alle Qualitätsprüfenden des Fachbereiches Pflege QP, die primär Qualitätsprüfungen nach § 114 ff. SGB XI durchführen, arbeiten kontinuierlich jeden zweiten Montag im Fachbereich Pflege Einzelfallbegutachtung. Dieser kontinuierliche Einsatz wird als 1. Säule der Flexibilitätsreserve bezeichnet. Die interdisziplinäre Projektgruppe, die sich aus den beiden Fachbereichen Pflege und fast allen Abteilungen des Medizinischen Dienstes Sachsen zusammensetzte, bereitete umfassend die Pilotierung des Projektes (Start Juli 2023) vor. Sie beschaffte beispielsweise weitere Lizenzen für die VisiTour-Planung, erstellte Schulungskonzepte, testete dauerhafte IT-Lösungen für die Arbeit im mso für Qualitätsprüfende und kontrollierte Kommunikationsstrukturen sowie Planungsprozesse in beiden Fachbereichen. Fachliche, organisatorische und strukturelle Prozesse wurden nicht nur auf Herz und Nieren in ihrer einwandfreien Funktion geprüft, sondern auch angepasst. Das Ergebnis ist die dauerhafte und zielführende Implementierung der ersten Säule und der zweiten Säule – dem Einsatz in Spitzenzeiten.

Individuelle Einarbeitung

Alle Qualitätsprüfenden wurden entsprechend ihres individuellen Wissenstandes durch die Kollegen des Fachbereiches Pflege Einzelfallbegutachtung geschult.



Kerstin Vogt,
Leiterin Fachbereich
Pflege Qualitätsprüfungen



Das Projekt war ein voller Erfolg und in meiner Erfahrung beispiellos. Die Projektgruppe arbeitete strukturiert, professionell und kollegial zusammen, die Aufgabenstellungen, mehr als 120 Teilaufgaben wurden auf Arbeitsebene geräuschlos, Hand in Hand bearbeitet und Probleme überwiegend auf dieser Ebene gelöst. Darüber hinaus wurden die vorab formulierten Ziele und die Erwartungen der Mitarbeitenden berücksichtigt und erfüllt.“

”

Es wächst zusammen, was zusammen gehört‘ – dieses Zitat trifft ziemlich genau auf unser gemeinsames fachbereichsübergreifendes Projekt zu – vor allem vor dem Hintergrund der gegenseitigen Achtung und Akzeptanz für- und miteinander, die Wertschätzung der Tätigkeit eines jeden Gutachters und einer jeden Gutachterin, der kollegiale Austausch untereinander, der Smalltalk auf dem Gang, im Büro mit einem Lächeln – all das ist uns gelungen, denn nur gemeinsam können wir Ziele, auch fachbereichsübergreifend, erreichen. Der Dank gilt allen Beteiligten der Projektgruppe!“



Silvia Bergmann,
Leiterin Fachbereich Pflege Einzelfallbegutachtung

Kollegen des Fachbereiches Pflege Qualitätsprüfung, die die ehemalige Flexibilitätsreserve bildeten, arbeiteten sie praktisch ein. So entstanden insgesamt vier individuelle Schulungskonzepte, die Mitglieder der Projektgruppe des Fachbereiches Pflege EFB erstellten. Diese stimmten das Konzept und die Durchführung der Schulungen eng mit dem Fachbereich Pflege QP ab. Bei allen fachlichen Inhalten der Gutachtenerstellung unterstützen auch die im Piloten etablierten technischen Schnittstellen. So waren zum Beispiel aktuelle gesetzliche Änderungen jederzeit für die Mitarbeitenden aus dem Fachbereich Pflege QP verfügbar. Bis Ende 2023 waren alle Qualitätsprüfenden in die vorgesehenen Produktarten eingearbeitet und voll einsatzfähig.

2. Säule: Zusätzlicher Einsatz in Spitzenzeiten

Wie geplant war Ende 2023 auch der Einsatz in Spitzenzeiten startklar. Alle Qualitätsprüfenden bearbeiteten die definierten Gutachtenarten im Fachbereich Pflege EFB wie „Höherstufung ambulant“ als Telefoninterview, „Höherstufung stationär“ als Aktenlage, „Erstgutachten“ und „Höherstufung als persönliche Befunderhebung“ sowie „Aktenlage Verstorbene“. Disziplinarisch sind sie nach wie vor direkt an

die Teamleitungen des Fachbereiches Pflege QP und an das jeweilige regionale QP-Team gebunden. Die Organisation der EFB-Tourenplanung und die fachliche Verantwortung für alle Qualitätsprüfenden des Fachbereiches Pflege QP obliegt weiterhin dem Fachbereich Pflege EFB. Er hat diese herausfordernde Aufgabe geräuschlos in die bestehende Fach- und Tourenplanung inkludiert und alle organisatorischen Abläufe weiterhin reibungslos gewährleistet. Seit 1. Januar 2024 ist das Projekt vollständig umgesetzt und läuft im Regelbetrieb.



Außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V – Die Implementierung eines neuen Begutachtungsanlasses im Medizinischen Dienst Sachsen



Bianca Sindzinski,
Leiterin Fachservice
GKV ASM

Die Leistungen der Außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V (AKI) richten sich primär an schwerstkranke Versicherte, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich und zu unvorhersehbaren Zeiten lebensbedrohliche Situationen auftreten können. Diese Versicherten haben einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, der durch eine permanente Interventionsbereitschaft einer entsprechend qualifizierten Pflegefachkraft sichergestellt wird.

Der Leistungsanspruch auf AKI wurde durch den Gesetzgeber im Zuge des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPReG) definiert und durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in einer eigenen Richtlinie geregelt. Das Gesetz trat, nachdem es zunächst gewisse Übergangsregelungen gegeben hatte, zum 31.10.2023 vollumfänglich in Kraft.

Zur Feststellung, ob die Voraussetzungen für Leistungen der Außerklinischen Intensivpflege vorliegen, sieht das Gesetz eine jährliche persönliche Begutachtung der Versicherten durch den Medizinischen Dienst am Leistungsort vor. Der Begutachtungsumsetzung dieser neuen Leistung war deshalb im Medizinischen Dienst Sachsen eine umfangreiche Projektgruppenarbeit sowie die Beteiligung an der Erarbeitung der Begutachtungsanleitung auf der Bundesebene der Medizinischen Dienste vorausgegangen.

Im Rahmen der Projektgruppenarbeit wurde sehr schnell offensichtlich, dass es sich bei der Begutachtung von AKI um eine interprofessionelle Aufgabe für ärztliche und pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter handelt, die nur über eine fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit sicherzustellen ist. Im vierten Quartal 2023 erfolgte deshalb eine Pilo-

tierung zur Einbeziehung von spezialisierten Pflegefachkräften aus dem Fachbereich Pflege Qualitätsprüfung in die Begutachtung nach § 37c SGB V mit intensiven Schulungs- und Abstimmungsveranstaltungen. Die Begutachtung am Leistungsort erfolgte zur Einarbeitung zunächst im „Tandem“ Arzt/Pflegefachkraft. Innerhalb kurzer Zeit konnten die Pflegefachkräfte für definierte Fragestellung die Begutachtung am Leistungsort dann ohne ärztliche Begleitung durchführen.

Zur Entwicklung der Zusammenarbeit und zum aktuellen Sachstand der AKI-Begutachtung im Medizinischen Dienst Sachsen beantworten beteiligte pflegefachliche und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter folgende Fragen.

Birgit Herzog und Markus Olbrich sind zertifizierte TQM-Auditoren und prüfen im Fachbereich Pflege Qualitätsprüfung Einrichtungen der Außerklinischen Intensivpflege. Verena Ebbing ist Fachärztin für Anästhesie und Teamleiterin GKV ASM am Standort Leipzig. Dr. med. Matthias Hoffmann ist ebenfalls Facharzt für Anästhesie und Ärztlicher Gutachter im Team GKV ASM in Leipzig.

 **Pflegefachliche und ärztliche Kolleginnen und Kollegen arbeiten im Rahmen der Begutachtungen der Außerklinischen Intensivpflege (AKI) eng zusammen. Wie wird die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit in der Praxis gelebt? Wie wird die Zusammenarbeit zukünftig aussehen?**

Birgit Herzog:

Meiner Meinung nach zeichnet sich unser interdisziplinäres Team durch seine von Beginn an sehr bereichernde Zusammenarbeit aus. Wir schätzen insbesondere das sehr gute fachliche Miteinander auf kollegialer Ebene und die offene Kommunikation.

Markus Olbrich:

Ich kann meiner Kollegin da nur zustimmen. Im Rahmen der AKI-Begutachtungen sind die Professionen darauf angewiesen, enger miteinander zu arbeiten. Die gemeinsamen Begutachtungen empfinden beide Seiten als sehr bereichernd. Der wechselseitige Erfahrungsaustausch ist hierbei konstruktiv. Ich per-

sönlich habe die Rückmeldung eines Arztes, dass er speziell durch die gemeinsame Einarbeitung erkannte, was die Pflegegutachter in unserem Dienst fachlich leisten.

Verena Ebbing:

Ich möchte an dieser Stelle ergänzen, dass aufgrund des positiven Feedbacks von beiden Seiten die Einarbeitung neuer ärztlicher Gutachter, Gutachterinnen in die AKI-Begutachtung durch die erfahrenen Pflegefachkräfte unterstützt wird. Unser Ziel ist eine gemeinschaftliche Vorgehensweise und eine enge Zusammenarbeit.

 **Wie empfanden Sie den Einstieg in die AKI-Begutachtungen und wie haben sich die Abläufe bisher entwickelt?**

Birgit Herzog:

In den letzten Monaten ist viel passiert. Aktuell führt jeder pflegefachliche Gutachter eine Woche pro Monat, meist Dienstag bis Donnerstag, Begutachtungen mit zwei bis drei Versicherten pro Tag durch. Der Zeitaufwand pro Versichertem beträgt derzeit 60 bis 90 Minuten vor Ort. Dazu kommen die Wegezeiten. Ein Tag wird zur Dokumentation im Gutachtenformular und Weiterleitung an die ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter genutzt. Wir verwenden eine gemeinsam entwickelte, umfangreiche Checkliste, die alle wesentlichen Informationen abfragt, die zur Gut-

”

**Es geht nur im Team.
Wir brennen für die AKI.“**

Markus Olbrich,
pflegefachlicher Gutachter FB Pflege QP

achtererstellung notwendig sind. Ebenso haben sich die pflegefachlichen Gutachter im Schreibstil angenähert, um den ärztlichen Gutachtern den Abschluss der Gutachten zu erleichtern. Der Start war organisatorisch etwas holprig. Die Tourenplanung ist sehr komplex und aufwendig. Beispielsweise stimmen die von der Krankenkasse übermittelten Adressen teilweise nicht. Das ist ein bundesweites Problem.

Verena Ebbing:

Die persönliche Begutachtung am Ort der Leistungserbringung muss jährlich erfolgen. Die große Herausforderung ist es, die immense Anzahl an persönlichen Begutachtungen vor Ort sachsenweit abzudecken. Die ärztlichen Gutachter sind momentan hauptsächlich in Leipzig verortet. Da führt die hohe fachliche Expertise der Pflegegutachter an den verschiedenen Standorten insgesamt zu einer relevanten Unterstützung für die ärztlichen Gutachter bei der Erstellung der AKI-Gutachten.



 Welche Herausforderungen müssen Sie derzeit meistern?

Birgit Herzog:

Ich persönlich empfinde insbesondere den Wechsel zwischen Qualitätsprüfungen, AKI-Begutachtungen und Einzelfallbegutachtungen Pflege als sehr anspruchsvoll und herausfordernd.

Markus Olbrich:

Dem kann ich nur zustimmen. Dieser Wechsel birgt auch ein gewisses Konfliktpotential. Die Einrichtungen selbst betrachten die Qualitätsprüfungen und AKI-Begutachtungen, durchgeführt von identischen Gutachtern, durchaus kritisch. Das Klima während einer Prüfung im Qualitätsbereich kann negativ sein, wenn in einer vorherigen Prüfung ein AKI-Einzelfall abschlägig empfohlen wurde. Für kleinere Einrichtungen ist das unter Umständen existenziell. Das ist allerdings eine Herausforderung, mit der man als Gutachter lernen muss umzugehen.

 Wie stellt sich die Situation der Betroffenen dar und wie gestaltet sich der Kontakt mit den Angehörigen? Ist die Begutachtung im Rahmen der AKI-Richtlinie in Ihren Augen sinnvoll?

Birgit Herzog:

Während der Begutachtungen sind die Angehörigen, die Versicherten und auch die Einrichtungsvertreter meist in angespannter Erwartungshaltung, aber überwiegend freundlich gestimmt. Durch den persönlichen Kontakt und die Aufklärungsarbeit der Gutachterinnen und Gutachter können vor allem auf Seiten der Versicherten viele Bedenken beseitigt werden. Es ist eine anspruchsvolle, aber auch sehr erfüllende Tätigkeit. Die Versorgung vor Ort endet nicht nach dem Abschluss des Gutachtens. Die Gutachter geben Empfehlungen bezüglich ergänzender Versorgungsangebote und kritische Fälle werden den Gutachtern zeitnah wieder vorgelegt. Die Qualität der Versorgung und somit die Versicherten profitieren von diesem Prozess.

Markus Olbrich:

Mir ist aufgefallen, dass wir über die AKI-Begutachtungen auch Versicherte erreichen, die wir sonst bei den Qualitätsprüfungen nicht zu sehen bekommen. Da wird die Begutachtung oft verweigert, weil die Hemmschwelle und das Misstrauen hoch sind. Im Rahmen der AKI-Begutachtungen hingegen können wir den Versicherten teilweise Ihre Sorgen nehmen. Aufgrund unserer Erfahrungen der letzten Monate würde ich sagen, dass der Gesetzgeber ins Schwarze



getroffen hat. Die AKI-Begutachtungen sind nicht nur gerechtfertigt, sondern zwingend notwendig. Es werden sehr häufig Über-, Unter- oder Fehlversorgungen aufgedeckt. Wir brennen alle für die AKI!

Verena Ebbing:

Ich würde an dieser Stelle gerne mit einem aktuellen Fallbeispiel die Aussagen von Frau Herzog und Herrn Olbrich bekräftigen. Im besagten Fall hat die Krankenkasse um eine Begutachtung der Anspruchsvoraussetzungen zur Versorgung im Rahmen der Außerklinischen Intensivpflege gebeten. Die Versicherte war seit 2021 mit einem Tracheostoma versorgt. Im Gespräch erfuhren die Gutachter, dass bisher keine Maßnahmen zur Dekanülierung eingeleitet wurden, obwohl seit Monaten laut verschiedener Facharztberichte Potential hierfür bestand. Die Gutachter empfahlen dies schnellstmöglich auf den Weg zu bringen. Unabhängig zur möglichen Dekanülierung war jedoch eine außerklinische Intensivpflege nicht notwendig. Eine Rückkehr in die Häuslichkeit kann möglich werden und wurde von der Versicherten auch gewünscht. Aufgrund der komplexen Vorerkrankungen benötigt die Versicherte regelmäßig Hilfe, dies kann jedoch in einer allgemeinen stationären Pflegeeinrichtung gewährleistet werden. Zudem lagen erhebliche Versäumnisse der pflegerischen Versorgung in der Einrichtung vor. Es fehlten unter anderem spezifische Hilfsmittel bei Tracheostoma-assoziierten Notfällen. Diese Missstände konnten im Rahmen der Begutachtung an die zuständige Krankenkasse gespiegelt werden. Zu solchen Themen nehmen die Gutachter bei



Bedarf auch unverzüglich direkten Kontakt auf und weisen die Krankenkassenmitarbeitenden persönlich auf den dringenden Handlungsbedarf hin.

 Herr Dr. Hoffmann, Sie hatten sich speziell auf die Gutachterstelle im AKI-Bereich beworben. Welche Gründe hatten Sie hierfür und wird die Position Ihren Erwartungen bisher gerecht?

Dr. Matthias Hoffmann:

Ausschlaggebend waren zwei Faktoren. Zum einen habe ich während der Corona-Pandemie meine Liebe für die Intensivmedizin entdeckt. In der Intensivmedizin wird sehr viel Wert auf evidenzbasiertes Vorgehen gelegt, um das optimale Behandlungsergebnis für die Patienten zu erzielen. Des Weiteren ist es erforderlich, viele verschiedene Fachbereiche zu koordinieren und fachlich zu bedienen. So ist es auch bei der AKI. Hier kann ich meine intensivmedizinischen Erfahrungen einfließen lassen und muss einen Überblick über zahlreiche Fachbereiche behalten. Mir macht es sehr viel Spaß am Puls der Medizin zu bleiben. Zum anderen habe ich die sich anbahnenden Veränderungen der AKI-Richtlinie von Beginn an verfolgt. Mir war bewusst, dass da eine vollkommen neue Art der Begutachtung notwendig sein wird und ich wollte die Umsetzung gerne aktiv mitgestalten. Die Begutachtung im Außeneinsatz entspricht exakt meinen Vorstellungen und ist ein wesentlicher Faktor, warum ich die AKI-Begutachtungen

als sehr sinnvoll empfinde. Ich vertrete die Ansicht, dass die AKI-Begutachtungen einen positiven Einfluss auf die Außenwirkung des Medizinischen Dienstes haben. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden als neutrale Gutachter wahrgenommen. Durch die Aufklärungsarbeit der Gutachter und den direkten Kontakt verstehen die Betroffenen, dass es in erster Linie darum geht, die Versorgungssituation zu prüfen und bei Bedarf auch zusätzliche Angebote zu machen. Wir haben somit die Chance, bestehende Unsicherheiten bei allen beteiligten Akteuren zu beseitigen – seien es die Versicherten oder die Leistungserbringer selbst.



Zahlen, Daten, Fakten

Vom 01.11.2023 bis zum 29.02.2024 gingen insgesamt 637 Aufträge zur AKI nach § 37c SGB V im Medizinischen Dienst Sachsen ein. Bei 325 Aufträgen mussten zunächst weitere Informationen eingeholt werden, bevor die persönliche Begutachtung geplant werden konnte. Im o.g. Zeitraum wurden insgesamt 257 Hausbesuche mit Begutachtung am Leistungsort durchgeführt. Die durchschnittliche Wegezeit liegt dabei aktuell bei ca. 70 Minuten pro Gutachten im Hausbesuch. Dies spiegelt die immensen logistischen Aufwände und den hohen Kapazitätsbedarf wieder.



Innovationen

Bei der Begutachtung am Leistungsort finden die Gutachter häufig medizinische Unterlagen vor, die bisher nicht zur Begutachtung eingereicht wurden. Sofern diese Unterlagen Relevanz für das Begutachtungsergebnis haben, müssen sie vor Ort elektronisch gesichert werden. Zu diesem Zweck wurde in Zusammenarbeit zwischen Fachservice GKV ASM, der IT-Abteilung und einem externen Software-Entwickler eine Handy-App entwickelt. Damit ist den Gutachtern eine aufwandsarme Sicherung und die datenschutzkonforme Übermittlung der Unterlagen sowie die Ablage im mso-Archiv möglich. Wünschenswert ist die Weiterentwicklung der Funktionalität der App sowie die Nutzung auch fachbereichsübergreifend für andere Begutachtungsanlässe zu ermöglichen.

Fachbereich Stationäre Begutachtung im Wandel – Sachstand und Ausblick



Dr. Lutz Bachmann,
Leiter Fachbereich GKV Stationäre Begutachtung

Im Fachbereich Stationäre Begutachtung waren in den vergangenen Jahren die Krankenhausabrechnungsprüfungen der wichtigste Prüfungsanlass mit der höchsten Anzahl an Prüfaufträgen. Die Prüfaufträge bezogen sich dabei auf das DRG-System und das PEPP-System (Abrechnungssystem in der Psychiatrie und Psychotherapie). Andere Anlässe, wie beispielsweise Konzeptprüfungen und Strukturprüfungen, waren dagegen selten. Bedingt durch die Coronapandemie und durch die Begrenzungen der Prüfquote im DRG-System kam es zu einer deutlichen Absenkung der DRG-Prüfaufträge. Nach Pandemieende kam es zu einer leichten Erholung bzw. einem Wiederanstieg der DRG-Prüfaufträge. Die ursprünglichen Prüfauftragszahlen von 2019 und davor werden aber nie wieder erreicht werden.

**Krankenhausabrechnungsprüfung:
Längere Bearbeitungsdauer
durch komplexere Prüfaufträge und viele
Sozialgerichtsverfahren**

In diesem Zusammenhang darf nicht unerwähnt bleiben, dass die einzelnen Prüfaufträge komplexer wurden, insbesondere durch eine hohe Anzahl von einzelnen Prüffragen innerhalb eines Gutachtenauftrages. Aus dieser Komplexität der einzelnen Prüfaufträge resultieren notwendigerweise lange Bearbeitungszeiten pro Gutachten. Die Prüfaufträge in diesem Anlagsgebiet werden sowohl nach Aktenlage als auch mittels Vor-Ort-Prüfung bearbeitet. Aus dem systemimmanenten Interessenkonflikt zwischen





gesetzlichen Krankenversicherungen (Kostenträger) und Krankenhäusern (Leistungserbringer) ergab sich eine sehr hohe Anzahl von Sozialgerichtsverfahren. Dies führte wiederum dazu, dass der Medizinische Dienst Sachsen mit einer hohen Anzahl von Gutachten im Sozialgerichtsverfahren durch die Krankenkassen beauftragt wurde. Deren Bearbeitung ist sehr zeitaufwändig und bedingt lange Bearbeitungszeiten je Gutachten.

Erörterungsverfahren löste etabliertes Widerspruchsverfahren ab

Im Bereich der Sozialgerichtsverfahren vollzieht sich derzeit eine grundlegende Veränderung. Mit Inkrafttreten des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes am 29. Dezember 2022 wurde, unter anderem mit dem Ziel die hohe Anzahl von Sozialgerichtsverfahren zu senken, ein neues Prüfverfahren, das sogenannte Erörterungsverfahren, eingeführt. Dieses Erörterungsverfahren muss per Gesetz vor jedem eventuellen Sozialgerichtsverfahren zu diesem Anlass durchgeführt werden. Es findet grundsätzlich zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen und Krankenhäusern statt und löste das bisher etablierte Widerspruchsverfahren ab. Dieses neue Erörterungsverfahren wirkt sich erheblich auf die Begutachtungstätigkeit des Medizinischen Dienstes Sachsen aus.

Neues Verfahren zieht aufwändiges Unterlagenmanagement nach sich

Erste wesentliche Neuerung ist, dass der Medizinische Dienst Sachsen im Erörterungsverfahren auf Anforderung der Krankenversicherungen per Gesetz dazu verpflichtet ist, die für Prüfaufträge von den Krankenhäusern an den Medizinischen Dienst Sachsen übermittelten Behandlungsunterlagen an die Krankenkassen zu übermitteln. Dies bedeutete erstens einen grundsätzlichen Paradigmenwechsel beim Datenschutz. Krankenkassen erhalten damit erstmals vor Sozialgerichtsverfahren umfangreiche Behandlungsunterlagen ihrer Versicherten. Der Medizinische Dienst Sachsen trägt entsprechend der DSGVO Sorge dafür, dass keine an ihn von den Krankenhäusern und nicht zu diesem Prüffall gehörenden Unterlagen versehentlich an die Krankenkasse weitergeleitet werden. Zweitens mussten nach einer Übergangsphase im Jahr 2023, in der noch die Krankenhäuser die Behandlungsunterlagen im Erörterungsverfahren an die Krankenkassen übermittelten, völlig neue und datenschutzsichere digitale Wege für die Übermittlung der Behandlungsunterlagen vom Medizinischen Dienst Sachsen an die Krankenkassen aufgebaut werden. Mit erheblichem Ressourcenaufwand, insbesondere auf IT-Seite, stellt der Medizinische Dienst Sachsen nunmehr ab 5. Februar 2024 fristgerecht diese Daten-

übermittlung auf gesetzlicher Grundlage sicher. Wir rechnen mit einer ansteigenden Zahl dieser Unterlagenanforderungen. Darüber hinaus wird der Medizinische Dienst Sachsen aber auch mit der Erstellung von Gutachten im Erörterungsverfahren beauftragt. Die Einführung des Erörterungsverfahrens führte also zu einem völlig neuen Unterlagenmanagement und zu neuen Prüfanlässen.

Systemprüfungen: Komplexe Bearbeitung durch multiprofessionelle Teams

Neben den Krankenhausabrechnungsprüfungen (DRG, PEPP) kamen die Systemprüfungen (MD-Qualitätskontroll-Richtlinien-Prüfungen) als neue Prüfanlässe in den Fokus der Tätigkeit des Fachbereiches Stationäre Begutachtung. Bei den Strukturprüfungen (StrOPS) muss eine wichtige Besonderheit genannt werden. Anders als bei allen anderen Prüfanlässen im Fachbereich Stationäre Begutachtung sind hier die Krankenhäuser und nicht die Krankenkassen die Auftraggeber für die Prüfungen. Bei den Strukturprüfungen werden strukturelle Voraussetzungen für die Erbringung bestimmter OPS-Codes und bei den Qualitätsrichtlinienprüfungen die Einhaltung von, durch den GB-A erlassenen, einzelnen Richtlinien überprüft. Für beide Prüfanlässe sind ein umfangreiches Unterlagenmanagement, intensive Schulungen der Prüfteams und zu einem hohen Anteil Vor-Ort-Prüfungen durch mindestens zwei Prüfende mit einem erheblichen Zeitaufwand, nicht zuletzt für die dafür notwendigen Dienstreisen, erforderlich. Es handelt sich also nach Art und Umfang um völlig neue Prüfaufträge, die eine komplexe Bearbeitung durch multiprofessionelle Teams erfordern.

Mehr Teamarbeit, Weiterbildung und Auftragsmanagement

Die beschriebenen Veränderungen im Prüfgeschehen veränderten das Tätigkeitsprofil der Prüfenden im Berichtszeitraum 2023 maßgeblich. Weniger Krankenhausabrechnungsprüfungen und mehr Systemprüfungen, weniger Tätigkeit am Schreibtisch im Dienst und mehr Prüfungen vor Ort, mehr Tätigkeit in multiprofessionellen Prüfteams (Kodierfachkräfte sowie ärztliche Gutachterinnen und Gutachter verschiedener Fachrichtungen gemeinsam) sowie die ständig notwendige Erweiterung des gutachtlichen Fachwissens durch intensive Schulungen ergänzt durch Selbststudium bestimmen nunmehr den Arbeitsalltag im Fachbereich Stationäre Begutachtung. Das Team Auftragsmanagement und Kommunikation übernahm einen nicht unerheblichen Teil des Unterlagema-



agements und plante mit großen Ressourcenaufwand zentral sowie dezentral die Termine und Touren der Vor-Ort-Prüfungen. Dazu waren häufig mehrfache Abstimmungen mit den Krankenhäusern und den Prüfenden und immer unter dem Aspekt der Fristenwahrung notwendig.

Ausblick – neue Prüfanlässe und Produktgruppen

Pünktlich zum Jahresende 2023 veröffentlichte das Bundesgesetzblatt am 21. Dezember 2023 die Hybrid-DRG-Verordnung. Sie trat am 1. Januar 2024 in Kraft und bringt einen völlig neuen Prüfanlass mit sich. Je nach Lage des Einzelfalles können zukünftig erbrachte Leistungen nach DRG, als Hybrid-DRG oder über EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) abgerechnet werden. Dies wirkt sich stark auf die Vergütungshöhe aus. Ebenfalls neu ist eine im Jahr 2024 einzuführende neue Produktwelt der Medizinischen Dienste mit neuen Produktgruppen.

Die geplante Krankenausreform wird voraussichtlich zu einem erneuten und grundlegenden Wandel der Tätigkeiten und Anforderungen im Fachbereich Stationäre Begutachtung führen. Wir werden mit den Prüfungen der Qualitätsmerkmale der Leistungsgruppen mit einem weiteren völlig neuen Prüfanlass beauftragt werden.

Änderungen im Datenaustausch

Bereits im Jahr 2023 begannen die Vorbereitungen für die Einführung des neuen Weges des Datenaustausches zwischen den Sozialpartnern. Diese bisher als LE-Portal (Leistungserbringerportal) und nunmehr als MD-Portal bezeichnete technische Variante des digitalen Datenaustausches, das die IHE-Klassifikation berücksichtigt, soll Mitte 2024 voll funktionsfähig sein. Das ist eine wesentliche Voraussetzung, um später die neue Branchensoftware MDconnect einzuführen.

Digitalisierung der Begutachtungsprozesse



Dr. Thomas Petzold,
Referent IT-Koordination/
Unternehmensentwicklung

Der Medizinische Dienst Sachsen hat vielfältige Aufgaben, die in den vier Fachbereichen des Unternehmensbereichs Medizin aufgehen. Die Begutachtungsprozesse werden kontinuierlich evaluiert und anhand sozialmedizinischer und fachlicher Inhalte gestaltet, um optimale Bedingungen für die Qualität der Begutachtung für Versicherte und Mitarbeitende zu gewährleisten. Obwohl es Unterschiede in der fachlichen Ausrichtung der Begutachtungsprozesse gibt, gibt es auch Gemeinsamkeiten in den begleitenden Teilprozessen.

Begutachtung der außerklinischen Intensivpflege

Diese Gemeinsamkeiten sollen genutzt werden, um digitale Unterstützungsdienste einzuführen, die das Begutachtungspersonal entlasten und den Fokus auf das Gespräch mit dem Versicherten ermöglichen. In der Begutachtung der außerklinischen Intensivpflege setzt der Medizinische Dienst Sachsen daher auf die vollständige digitale Erfassung von Unterlagen während der Begutachtungssituation. Gutachterinnen und Gutachter können mit Hilfe ihres dienstlichen Smartphones Unterlagen scannen und diese datenschutzrechtlich und unter Berücksichtigung aller bestehenden Vorgaben zur Informationssicherheit sicher mit dem Begutachtungsfall verknüpfen. Diese digitale Erfassung ermöglicht es, Daten mit den Versicherten zu besprechen, ihre Inhalte korrekt zu erfassen und für das Gutachten zur Verfügung zu stellen. Dabei werden bestehende technische Strukturen genutzt, die bereits in anderen Fachbereichen für andere Zwecke eingesetzt werden.

Digitalisierung von über 2,3 Millionen Unterlagen jährlich

Seit 2017 verfügt der Medizinische Dienst Sachsen über ein zentrales Dokumentenlogistikzentrum, in dem alle Unterlagen für die Begutachtung der vier Fachbereiche digitalisiert werden. Dafür wurde eine

Software entwickelt, die sowohl die Besonderheiten des Unterlageneingangs als auch der Begutachtung berücksichtigt. Nach dem Scannen oder der elektronischen Bereitstellung werden die Unterlagen teilautomatisiert erkannt und anschließend korrekt dem Versicherten oder der Gesundheitseinrichtung zugeordnet. Auf diese Weise werden jährlich 2.380.344 Unterlagen bearbeitet und für die Begutachtung zur Verfügung gestellt.

Für die Begutachtung der außerklinischen Intensivpflege wurden lediglich die Oberflächen für das dienstliche Smartphone und der Übertragungsweg vom Smartphone zum Rechenzentrum neu entwickelt.

Datensicherheit durch asymmetrische Verfahren

Zur sicheren Übertragung werden asymmetrische Verfahren verwendet. Zusätzlich sind die Fotos auf den Smartphones separat gesichert, so dass sie nicht über die Fotogalerie des Smartphones eingesehen werden können. Da eine konstante Internetverbindung während der Begutachtung nicht immer gewährleistet werden kann, kann das Verfahren auch offline genutzt werden. Es wird automatisch aktiviert und synchronisiert die Daten mit dem Rechenzentrum, sobald eine neue Internetverbindung besteht. Nach der Übertragung werden die Aufnahmen automatisch vom Smartphone gelöscht, so dass keine Daten zurückbleiben und sicher im Rechenzentrum aufbewahrt werden.

Mit diesem Vorgehen wird auf bestehende technische Strukturen aufgebaut und es wird im Sinne der Solidargemeinschaft darauf geachtet, die Kosten niedrig zu halten und den Nutzen für die Versicherten zu optimieren.





Dr. Thomas Petzold

MDconnect – ein Projekt mit Herausforderungen und Chancen



MDconnect vereinheitlicht die unterschiedlichen Begutachtungsprozesse der Medizinischen Dienste. Vielfältige, hoch komplexe Arbeitsprozesse und individuelle Arbeitsumgebungen der Fachbereiche erfordern eine stufenweise Einführung der einzelnen Module. Der Implementierungsprozess für das erste Modul „Qualitätsprüfung Pflege“ zeigte, dass MDconnect ein aufwändiges Organisationsprojekt ist. Die Gutachterinnen und Gutachter aus dem Fachbereich sehen vor allem die Chancen der Software und bewerten die neue Arbeitsumgebung positiv, denn sie ist einfach zu bedienen, übersichtlich und benutzerfreundlich.

Veränderungen in 2023

Seit 2023 steuert die MD IT als eigenständiger Entwicklungsdienstleister mit acht parallel arbeitenden Entwicklerteams und Testern das Projekt. Mit Hilfe von „Open Showrooms“ werden alle Medizinischen Dienste über den aktuellen Entwicklungsfortschritt informiert. Sie ermöglichen zudem, frühzeitig Fehlentwicklungen zu erkennen und bei Bedarf gegen zu steuern, mit dem Ziel, die Entwicklung der Software und ihre termingerechte Einführung kontinuierlich voran zu bringen. Das Lieferversprechen der MD IT beinhaltet die jährliche, erfolgreiche Einführung eines funktionsfähigen Moduls für die Medizinischen Dienste.

Intensive Vorarbeiten notwendig

Die Implementierung eines Moduls von MDconnect ist herausfordernd. Seit Juni 2022 fanden interne, wöchentliche Absprachen zwischen dem Fachbereich Pflege Qualitätsprüfung sowie den internen Projektbeteiligten aller Abteilungen und der MD IT sowie deren Partnern statt.

Über 18 Monate wurde MDconnect an die landesrechtlichen Gegebenheiten des Medizinischen Dienstes Sachsen angepasst, kritische Schnittstellen konfiguriert und die gesamten Prozesse kontinuierlich getestet. Parallel dazu wurden die Mitarbeitenden des Fachbereiches Pflege Qualitätsprüfung intensiv geschult.

Einführung des ersten Moduls im Fachbereich Pflege Qualitätsprüfung

Im Dezember 2023 war es soweit und das erste Modul „Qualitätsprüfung Pflege“ wurde eingeführt. Zeitgleich wurden Datenerhebungstemplates geprüft und korrigiert, zahlreiche Tests mehrerer Versionen durchgeführt, drei Softwareumgebungen, eine Umgebung für die Ableitung von Statistiken (Datenspiegel) und für die Multiplikation des Fachwissens sogenannte Key-User aufgebaut. Um einen Wechsel zwischen einer Bestandssoftware und MDconnect für Anwenderinnen und Anwender so einfach wie möglich zu gestalten, wurde entschieden, das Bestandssystem ausschließlich als Archivsystem weiterzuführen und die Begutachtung vollumfänglich in MDconnect für den Fachbereich Pflege Qualitätsprüfung durchzuführen.

Fazit

Der Einführungsprozess des ersten Moduls zeigte deutlich den arbeitsintensiven Einsatz aller Projektbeteiligten und ihre Identifikation mit den herausfordernden Prozessen, die für die Softwareimple-

mentierung im eigenen Fachbereich und in den einzelnen Abteilungen notwendig waren. Allein durch ihr Engagement und ihre Expertise können so umfangreiche Veränderungen erfolgreich in eine Organisation bei laufendem Geschäftsbetrieb implementiert werden.



Ausblick

Im Rahmen dieses Projektes wird der Medizinische Dienst Sachsen alle Begutachtungsprozesse und damit assoziierte Prozesse evaluieren und auf die Arbeitsweise von MDconnect anpassen. Dazu ist ein regelmäßiger, fachlicher Austausch innerhalb des Medizinischen Dienstes Sachsen sowie mit anderen Medizinischen Diensten erforderlich. Geplant ist 2025 die modulare Einführung in den Fachbereich Stationäre Begutachtung, 2026 in den Fachbereich Allgemeine Sozialmedizin und 2027 in den Fachbereich Pflege Einzelfallbegutachtung.



Hilfe zur Selbsthilfe – Bernhard Holfeld lotst, vermittelt, und klärt auf



Bernhard Holfeld ist Kommunikationstrainer, Mediator und Coach. Er lehrt im Hochschulbereich Kommunikationskompetenzen und war Programmchef im MDR SACHSEN. Auch durch sein Philosophie- und Theologiestudium ist er ein Spezialist, insbesondere für wertschätzende Kommunikation und Konfliktlösung. Seit 2022 ist er die Unabhängige Ombudsperson im Medizinischen Dienst Sachsen.

“

Die Schlichtung oder Mediation von Fällen ist nicht unmittelbare Aufgabe der Ombudsperson, gleichwohl ist es die Aufgabe, die Versicherten bei der Wahrnehmung ihrer Rechte zu stärken und zu unterstützen. Dies habe ich im Sinne einer Lotsenfunktion versucht, Verfahren auf den richtigen Weg zu bringen, oder auch mit Hinweisen zu einer Lösung beizutragen.“



Fragen an die Unabhängige Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Sachsen



Die Unabhängige Ombudsperson wurde mit dem MDK-Reformgesetz 2020 eingerichtet. Ziel ihrer verantwortungsvollen Tätigkeit ist es, die Rechte von Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen zu stärken. Sie ist frei von Weisungen, nur den rechtlichen Vorgaben und ihrem Gewissen unterworfen und ein wichtiges ergänzendes Element des Beschwerdemanagements im Medizinischen Dienst Sachsen.

Als Ansprechpartnerin für die Versicherten und Beschäftigten des Medizinischen Dienstes, behandelt sie alle Meldungen und Informationen vertraulich. Die Unabhängige Ombudsperson vermittelt in Konfliktsituationen, deckt Unregelmäßigkeiten auf und trägt dazu bei, eine systematische Fehlentwicklung im Medizinischen Dienst zu verhindern. Eine Rechtsberatung erfolgt durch die Unabhängige Ombudsperson nicht.

Einmal jährlich berichtet sie über häufig auftretende oder systemimmanente Probleme sowie ggfs. Beeinflussungsversuche dem Vorstand und dem Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Sachsen sowie dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt als der zuständigen Aufsichtsbehörde.

 Herr Holfeld, welchen ersten Schritt gehen Sie, wenn sich jemand an Sie wendet?

Bernhard Holfeld: In Beschwerdefällen reflektiere ich zunächst die Situation desjenigen. Schon dabei ist das Transparentmachen der oft nicht einfachen Verfahrenswege im Sozialsystem eine Hilfe: Was ist ein Widerspruch? Was ist eine Beschwerde? Wann und wozu wird der Medizinische Dienst durch die Kranken- bzw. Pflegekassen eingeschaltet? Wer trifft die Entscheidungen? An wen können sich die Beschwerdeführenden in der konkreten Phase Ihres Antrags als nächstes wenden? Zu solchen Fragen haben Versicherte, die sich an mich wenden, oft gar keine klare Vorstellung. Und noch weniger geläufig scheint nach meiner Einschätzung, welche Stelle im Sozialsystem Einblick in welche Akten hat. Dadurch fehlen oft stichhaltige Begründungen zu Anträgen, die es zwar gibt,

die aber an der entscheidenden Stelle nicht vorliegen. Ganz besonders hier ist eine Hilfestellung für Versicherte sehr sinnvoll. Beispielsweise können sie oft fast nicht glauben, dass etwas, wie Begründungen, Stellungnahmen, den Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes nicht vorliegt.

 Die Anzahl der Eingaben stieg kontinuierlich. Die Unabhängige Ombudsperson hat eine Lotsenfunktion, sie kann keine Rechtsberatung geben und ist auch keine Widerspruchsinstanz. Warum erwarten die Versicherten das dennoch?

Bernhard Holfeld: Die Pflicht zum Hinweis auf die Ombudsperson in den betreffenden Bescheiden der Kranken- bzw. Pflegekassen wird von den Kassen in unterschiedlicher Weise umgesetzt. Während eine der Ersatzkassen sogar den Rechtsbehelf im Fließtext der Schreiben vor den Hinweis auf die Ombudsperson platziert, fügen andere Kassen nur letzteren in den Brieftext ein und platzieren den Rechtsbehelf in kleinerer Schrift unterhalb der Grußformel. Einige weisen auch in abschließenden Bescheiden ihrer Widerspruchsausschüsse sehr ausführlich auf die Ombudsperson hin, ausführlicher als in vorausgehenden Bescheiden. Dies führt insgesamt immer wieder zu dem Missverständnis, dass die Ombudsperson eine ordentliche Widerspruchsinstanz wäre, was nicht der Fall ist.

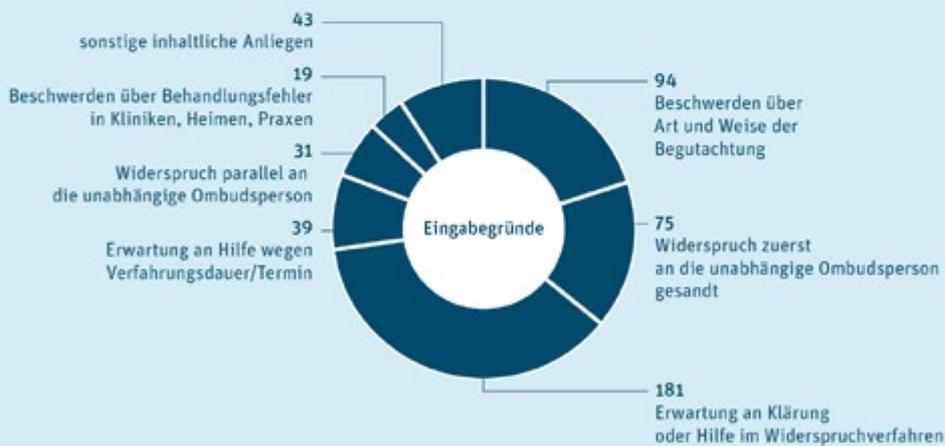
 Gab es neue oder auffällige Beschwerdethemen in diesem Jahr?

Bernhard Holfeld: Neu in diesem Jahr waren Beschwerden über Zustände in einigen Pflegeeinrichtungen bzw. bei ambulanten Pflegediensten. In einem Fall schaltete eine Pflegekasse nach Hinweisweiterleitung durch mich die Manipulationsabwehr ein. In anderen Fällen beauftragten die Auftraggeber von Kassenseite unangekündigte Anlassprüfungen durch den Medizinischen Dienst. Bei Beschwerden über Behandlungsfehler vermittelte ich an die betreffenden Stellen in den Krankenkassen oder Verbänden. Schwer definierbar ist die Zahl derer, die ihre Long-Covid-Erkrankung nicht ausreichend anerkannt fanden, sie liegt zwischen 10 und 20. Sie beklagten, dass man ihnen ihre Symptome nicht glaube, z. B. beim Fatigue-Syndrom. Fünf Angehörige von demenzkranken Versicherten bemängelten, dass eine telefonische Begutachtung zum Pflegegrad durchgeführt wur-

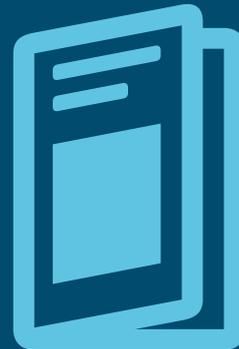
de und die Demenzkranken mit den Fragen konfrontiert waren. An diesen Fällen wurde wieder deutlich, dass die Versicherten sehr oft in der Annahme leben, dass der Medizinische Dienst Zugang zu

allen ärztlichen Dokumenten und der ganzen Krankengeschichte hat. Viele wünschen sich dies sogar! Da dem aber nicht so ist, bedürfte es hier einer größeren Aufklärung der Versicherten.

2023



Detaillierte Ergebnisse für die Jahre 2022 und 2023 finden Sie im Bericht der unabhängigen Ombudsperson unter www.md-sachsen.de



Impressum

Herausgeber

Medizinischer Dienst Sachsen
Am Schießhaus 1, 01067 Dresden
Telefon: 0351 80005-0
E-Mail: info@md-sachsen.de
www.md-sachsen.de

Redaktion

Corinna Thamm und Kerstin Seerig

Autorinnen, Autoren und Mitwirkende

Jürgen Schmidt, Dr. Rotraut Sawatzki, Bärbel Schuster, Rolf Steinbronn,
Dr. Jana Hiebsch, Doreen Rongen, Peggy Bobe, Grit Krombholz, Dr. Lutz Bachmann,
Anja Knuf-Fehre, Petra Starke, Diana Wilde, Maike Töpfer, Pierre Schubert,
Kerstin Vogt, Silvia Bergmann, Ines Zeidler, Bianca Sindzinski,
Birgit Herzog, Verena Ebbing, Markus Olbrich, Dr. Matthias Hoffmann,
Dr. Thomas Petzold, Bernhard Holfeld

Gestaltung

Lößnitz Druck GmbH
www.loessnitzdruck.de

Bildnachweise

Medizinischer Dienst Bund: Titelbild, Seiten 19, 24, 25, 43 bis 48, 51
Medizinischer Dienst Sachsen: Seiten 6, 30
Anke Wolten-Thom: Seiten 5, 46 (Portrait Dr. Lutz Bachmann, 49 (Portrait Dr. Thomas Petzold)
pixabay, Gerd Altmann: Seiten 49, 50

Druck

Lößnitz Druck GmbH
Güterhofstraße 5, 01445 Radebeul
Telefon: 0351 89719-0
E-Mail: info@loessnitzdruck.de
www.loessnitzdruck.de

