



Medizinischer Dienst
Sachsen



Jahresbericht 2024/2025



Unser Tätigkeitsbericht ist
auch online:
www.md-sachsen.de



Inhalt

- 5 Vorwort von Vorstand und Leitender Ärztin
- 6 Fragen an den Verwaltungsrat



- 14 Krankenversicherung
- 16 Arbeitsunfähigkeit
- 17 Vorsorge/Rehabilitation
- 18 Hilfsmittel
- 19 Arzneimittel
- 20 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- 21 Ansprüche gegenüber/von Dritten
- 22 Sonstige Anlässe
- 23 Standortkarte Krankenhäuser
- 24 DRG/PEPP
- 25 Stationäre Versorgung – sonstige
- 26 Der Fachbereich Stationäre Begutachtung im Wandel
- 30 Leistungsgruppenprüfungen: Startschuss für eine neue, anspruchsvolle Prüftätigkeit
- 32 KIM – Kommunikation im Medizinwesen im Medizinischen Dienst Sachsen



- 34 Pflegeversicherung
- 36 Einzelfallbegutachtung
- 37 Pflegegradverteilung 2024
- 38 Pflegegradverteilung 2025
- 39 Versichertenbefragung 2025
- 40 Interne Auditorenausbildung des Medizinischen Dienstes Sachsen
- 44 Neues Fortbildungsformat für einen bundesweit anerkannten Abschluss
- 46 Neue Mitarbeitende profitieren von optimierter, einheitlicher Einarbeitung



- 48 Internes
- 49 Mitarbeitende
- 50 Jahresrechnungen, Mitglieder- und Umlageentwicklung
- 52 Tätigkeitsschwerpunkte der Unabhängigen Ombudsperson
- 53 Impressum

Der Medizinische Dienst Sachsen setzt sich für eine gute und gerechte Gesundheitsversorgung der Menschen im Freistaat ein. Im Auftrag der Sozialgesetzgebung berät er die gesetzlichen Krankenkassen und die soziale Pflegeversicherung bei medizinischen und pflegerischen Fragen. Das Sozialgesetz garantiert die fachliche Unabhängigkeit unserer Gutachterinnen und Gutachter, die ausschließlich ihrem ärztlichen und pflegfachlichen Gewissen folgen. **Über 670 Mitarbeitende** tragen zu einer hochwertigen, umfassenden, gleichzeitig wirtschaftlichen und angemessenen Versorgung aller Versicherten in Sachsen bei. Der Medizinische Dienst Sachsen ist eine öffentlich-rechtliche Körperschaft, die zwei Organe hat: den Vorstand als Verwaltungsorgan und den Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan.



Vorwort

von Vorstand und Leitender Ärztin

Liebe Leserinnen und Leser,

zentrale Grundlage für das Vertrauen der Menschen in unsere soziale Sicherung ist ein leistungsfähiges und gerechtes Gesundheitswesen. Dafür leistet der Medizinische Dienst Sachsen einen unverzichtbaren Beitrag: unabhängig, fachlich fundiert und den Versicherten verpflichtet.

Auch in den Berichtsjahren stand unsere Arbeit im Spannungsfeld wachsender Ansprüche, struktureller Veränderungen, gesetzlicher Anforderungen und eines stetig steigenden Bedarfs an qualitätsgesicherter Begutachtung und Beratung.

Als sozialmedizinischer Beratungs- und Begutachtungsdienst unterstützen wir Kranken- und Pflegekassen sowie Akteure im Gesundheitswesen dabei, Leistungen bedarfsgerecht, wirtschaftlich und qualitativ hochwertig zu gestalten. Unsere Tätigkeit reicht von Einzelfallbegutachtungen über Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen bis hin zu umfassenden Beratungsleistungen. Unser Ziel ist es, die gesetzlich festgelegten Aufträge zu erfüllen, Transparenz und Versorgungsqualität zu sichern und die Weiterentwicklungen im Gesundheitswesen aktiv mitzugestalten.

2024 und 2025 waren geprägt von steigenden Zahlen an Begutachtungsaufträgen, neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie dem fortschreitenden digitalen Wandel. Diese dynamischen Entwicklungen forderten unsere Mitarbeitenden. Gleichzeitig eröffnen Innovationen in der Digitalisierung neue Möglichkeiten, Prozesse effizienter zu gestalten und die Qualität unserer Arbeit weiter zu verbessern. Im Mittelpunkt unseres Handelns stehen dabei stets die Versicherten. Für sie wollen wir einen schnellen Leistungszugang ermöglichen, gleichzeitig auch Versorgungsqualität konsequent prüfen. Qualität, Transparenz und Verlässlichkeit sind dabei die Leitlinien für die medizinische und pflegfachliche Begutachtung sowie für die Prüf- und Beratungsaufgaben in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.

Diese Aufgaben können wir nur dank der engagierten und fachlich kompetenten Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachkräfte erfüllen, die von zuverlässigen Verwaltungsmitarbeitenden kontinuierlich unterstützt werden. Die Gutachterinnen und Gutachter bringen ihr Wissen und ihre Erfahrung täglich ein, um fundierte Entscheidungen zu treffen. Ihnen gilt unser besonderer Dank.

Sie erhalten mit dem Jahresbericht einen detaillierten Einblick in unsere Arbeit und deren Ergebnisse. Wir berichten über Themen, die die Fachbereiche besonders beschäftigten und darüber, welche kommenden Herausforderungen vor uns stehen.

Dr. Sylvia Fritsch
Stellvertretende
Vorstandsvorsitzende

Dr. Ulf Sengebusch
Vorstandsvorsitzender

Dr. Sabine Antonioli
Leitende Ärztin

Machen Sie sich ein Bild von uns und unserer Tätigkeit! Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.



Fragen an den 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, Gesundheit 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.

In den beiden Berichtsjahren lag ein Schwerpunkt seiner Arbeit auf der Weiterentwicklung der Begutachtungsprozesse. Dabei standen insbesondere die Digitalisierung von Arbeitsabläufen sowie eine bessere Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren im Mittelpunkt, um Effizienz, Transparenz und Qualität zu sichern. Ein weiteres zentrales Thema war die Sicherung der finanziellen und personellen Grundlagen des Medizinischen Dienstes angesichts wachsender Aufgaben. Ziel war es, stabile Rahmenbedingungen zu

In den beiden Berichtsjahren lag ein Schwerpunkt der Arbeit des Verwaltungsrats auf der Weiterentwicklung der Begutachtungsprozesse.

schaffen, die eine verlässliche und unabhängige Begutachtung gewährleisten. Der Verwaltungsrat beschäftigte sich deshalb regelmäßig mit Haushaltsfragen, Personalentwicklung und langfristiger Ressourcenplanung. Darüber hinaus diente der Verwaltungsrat als Forum für den Austausch über gesundheitspolitische Entwicklungen und bewertete gesetzliche Reformen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Arbeit des Medizinischen Dienstes Sach-

sen. Im Gespräch geben die alternierenden Verwaltungsratsvorsitzenden Rolf Steinbronn und Jürgen Schmidt sowie die Mitglieder Michaela Schwanenberg, Referentin Recht in der Landesgeschäftsstelle der Verbraucherzentrale Sachsen sowie Lars Müller, stellvertretender Landesgeschäftsführer des Sozialverbandes VdK Sachsen e. V., Einblicke in die Arbeit des Gremiums.



Fragen an Rolf Steinbronn


Welche Themen haben die Arbeit des Verwaltungsrates in den Jahren 2024 und 2025 besonders geprägt?

Die vergangenen beiden Jahre waren für das Gesundheits- und Pflegesystem von zahlreichen Entwicklungen geprägt. Der Verwaltungsrat hat sich deshalb vor allem der Weiterentwicklung der Begutachtungs- und Prüfaufgaben gewidmet und intensiv mit strategischen Fragen der Organisation, der Qualitätssicherung und der personellen Entwicklung beschäftigt. Gleichzeitig standen brisante gesundheitspolitische Entwicklungen

im Gesundheits- und Pflegebereich im Fokus unserer Beratungen wie die Krankenhausreform und deren ganz konkrete Auswirkungen auf den Medizinischen Dienst Sachsen.

Welche Rolle spielt der Verwaltungsrat bei der strategischen Weiterentwicklung und wie erleben Sie diese Verantwortung in Ihrer Arbeit im Gremium?

Insgesamt war unsere Arbeit in 2024 und 2025 geprägt von dem Ziel, den Medizini-



schen Dienst Sachsen als verlässliche und fachlich fundierte Institution im sächsischen Gesundheits- und Pflegesystem weiter zu stärken. Durch strategische Entscheidungen, konstruktive Zusammenarbeit und eine kontinuierliche Orientierung an den Anforderungen des Gesundheitswesens liefert das Gremium einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Organisation. Die Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes Sachsen leisten täglich einen wichtigen Beitrag für die Versicherten und für die Qualität im Gesundheitswesen.

Was zeichnet die Zusammenarbeit der Mitglieder im Verwaltungsrat aus Ihrer Sicht aus?

Der Verwaltungsrat lebt vom Austausch unterschiedlicher Perspektiven. Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Bereiche des Gesundheitswesens bringen ihre Erfahrungen ein. Diese Vielfalt trägt dazu bei, ausgewogene und tragfähige Entscheidungen zu treffen.

Herr Steinbronn, Sie sind auch Mitglied im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund. Welche Ziele sehen Sie in beiden Funktionen für das kommende Jahr?

Unser Ziel bleibt es, den Medizinischen Dienst Sachsen als unabhängige und fachlich starke Institution weiter zu stärken. Dazu gehört es, weiterhin die Qualität der Begutachtungen zu sichern, die Organisation zukunftsfähig aufzustellen und gut auf neue Anforderungen im Gesundheits- und Pflegesystem vorbereitet zu sein. Wir engagieren uns für eine gedeihliche Zusammenarbeit aller Medizinischen Dienste. Jeder Dienst sollte allerdings weiterhin die Freiheit bei personellen und organisatorischen Entscheidungen beibehalten. Absehbar wird ein neuer Verwaltungsrat für den Medizinischen Dienst Sachsen gewählt. Dieser wird, da bin ich mir sicher, das gleiche Ziel verfolgen.



Rolf Steinbronn
Alternierender
Verwaltungsratsvorsitzender

Fragen an Jürgen Schmidt

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen soll die Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen stärken. Welche konkreten Auswirkungen sehen Sie in der Arbeit des Medizinischen Dienstes Sachsen? Wo liegen aus Ihrer Sicht die größten Chancen und Herausforderungen bei der Umsetzung?

Die größte Herausforderung für den Medizinischen Dienst besteht darin, alle zu begutachtenden Krankenhäuser so sachgerecht zu bewerten, dass es keine Möglichkeiten gibt, diese Beurteilung im Nachgang wieder aufzuweichen wie es im Krankenhausreformgesetz vorgesehen ist. Die größten Chancen bestehen darin, eine Spezialisierung der Krankenhäuser im Interesse der Patientinnen und Patienten zu erreichen, indem

hochspezialisierte Eingriffe nur noch in bestimmten dafür ausgelegten Kliniken durchgeführt werden.

Mit Blick auf die fachlichen Veränderungen beim Medizinischen Dienst Sachsen – von neuen Aufgaben bis hin zu steigenden Anforderungen an Personal – welche Auswirkungen erwarten Sie auf Recruiting und Haushaltsplanung?

Das Recruiting wurde in den letzten Jahren immer bedeutsamer, weil in Zeiten des Fachkräftemangels, insbesondere im medizinischen Bereich, die Anforderungen stetig wachsen sind. Dem trägt der Medizinische Dienst Sachsen Rechnung indem verstärkt neue Wege wie die Nutzung moderner Medien besritten werden. Genauso ist die Stärkung des betrieblichen Gesundheitsmanagements ein weiteres Instrument, um die Gesundheit und gleichzeitig auch die Zufriedenheit der Mitarbeiterschaft zu fördern, was der Fluktuation entgegenwirken soll.


Wie bewerten Sie die aktuelle IT-Sicherheit des Medizinischen Dienstes Sachsen?

Aus meiner Sicht wird hier sehr viel in die IT-Sicherheit investiert. Dies wirkt sich positiv aus, das zeigt die erfolgreiche Abwehr zahlreicher, täglicher Cyberangriffe auf den Dienst. Wir müssen auf diesem Gebiet ständig



Jürgen Schmidt

Alternierender
Verwaltungsratsvorsitzender



auf dem neuesten Stand sein. Leider gehören dazu auch entsprechende aufwendige finanzielle Anstrengungen, die den Haushalt auch künftig weiter belasten werden.

Stichwort „Personalkonzept 2030“: Wie werden die Aufgaben des Medizinischen Dienstes Sachsen zu- künftig den Haushalt beeinflussen?

Wie bei der IT-Sicherheit wird auch dieser Geschäftsbereich eine finanzielle Herausforderung darstellen. Trotz verstärkter Nutzung von KI in der täglichen Arbeit lässt sich nicht alles ohne Personal lösen. Deshalb wird es auch in Zukunft zu finanziellen Belastungen des Haushaltes kommen, nicht nur durch tarifliche Entwicklungen. Schließlich befindet sich der Medizinische Dienst Sachsen mit zahlreichen anderen Mitbewerbern im Gesundheitssektor im Wettbewerb um das beste Personal.

Neue Aufgaben, neue Anforderungen – wie sollte das Recruiting, trotz der schwierigen Rahmenbedingungen beim Medizinischen Dienst Sachsen, künftig funktionieren?

Der jetzt eingeschlagene Weg mit Probearbeiten bevor es zum Abschluss des Arbeitsvertrages kommt ist eine gute Möglichkeit auf diesem Gebiet erfolgreich zu arbeiten.

Eine Möglichkeit bietet eventuell auch die verstärkte Nutzung der Employer Branding Strategie, mit der sich der Medizinische Dienst Sachsen als Unternehmen durch authentische Kommunikation der Unternehmenskultur nach innen und außen als attraktiver Arbeitgeber positioniert. Damit bestünde die Möglichkeit noch mehr qualifizierte Fachkräfte zu gewinnen und gleichzeitig bestehende Mitarbeiter langfristig zu binden und sich so von den Wettbewerbern abzuheben.

Fragen an Micaela Schwanenberg

Demografischer Wandel, neue Pflegegrade seit 2017, fehlendes Wissen der Versicherten zu den Pflegegrad-Kriterien, ihre gestiegene Erwartungshaltung und auch vorsorgliche Antragstellungen haben zur Erhöhung der Anzahl der Anträge zur Pflegebegutachtung beigetragen. Beratungsangebote,

die die Krankenkassen anbieten und die ggf. vor einer Beantragung stattfinden, könnten helfen, die hohe Anzahl unbegründeter Anträge zu senken. Frau Schwanenberg, Sie vertreten die Verbraucherinteressen. Das Thema, der aus Sicht des Medizinischen Dienstes unbegründeten Anträge, hat Sie in

den letzten zwei Jahren besonders beschäftigt. Wie ist Ihre Sicht dazu?

Aus meiner Sicht als Patientenvertreterin ist es keinesfalls so, dass in der Breite eine überzogene Erwartungshaltung oder ein übersteigertes Anspruchsdenken Grund für unbegründete Anträge sind. Vielmehr ist es so, dass es einer großen Anzahl der entsprechenden Betroffenen schlicht an Informationen und an Aufklärung fehlt. Die Versicherten wissen nicht, welche Leistungen ihnen zustehen, welches Leistungs- und Unterstützungsspektrum es gibt. Es liegen große Informationsdefizite vor. Unter den Versicherten herrscht Unwissenheit. Es besteht ein enormer Aufklärungsbedarf. Das Informations- und Aufklärungsdefizit wird dadurch schlimmer und für den Einzelnen dramatischer, weil Betroffene nicht wissen, an wen sie sich wenden können, wer Ansprechpartner ist. In vielen Fällen sind Versicherte regelrecht abgehängt, weil es keine Geschäftsstellen gibt, weil Anrufe bei Hotlines oder in Kundencentern oft erfolglos bleiben. Vielen Betroffenen bleiben Teilhabe und Information deswegen verschlossen, weil sie nicht digital versiert sind und sich so Informationen nicht besorgen können. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, medizinische und therapeutische Einrichtungen informieren oft nur unzureichend oder teilweise sogar falsch. Manche Betroffene scheitern an Sprachbarrieren. Nicht zuletzt – und da muss man den Ball ganz direkt an die Kassen spie-

len – kommen diese ihrem Informations- und Aufklärungsauftrag nicht immer zielführend nach. Viele Bescheide oder Schreiben sind für Betroffene schlicht unverständlich. Wer einen Bescheid nicht versteht, stellt einen neuen Antrag oder erhebt Widerspruch. Das ist oft kein überzogenes Anspruchsdenken, sondern Unsicherheit und Angst. Soziale Unsicherheit führt oft dazu, dass Hilfebedarfe falsch eingeschätzt werden oder eben in Form von unbegründeten Anträgen bei Kassen geltend gemacht werden, obwohl der Kern des Problems woanders liegt. Last but not least darf nicht verkannt werden, dass Erkrankungen und Diagnosen Fehleinschätzungen und unrichtige Wahrnehmungen über eigene Ansprüche begünstigen. Kurz zusammengefasst: Es ist zu einfach und keineswegs richtig, die steigende Anzahl offensichtlich unbegründeter Anträge durch Versicherte im Gros mit einer überzogenen Erwartungshaltung zu begründen. Hier wirken mehrere Ursachen zusammen. Es ist an den Leistungserbringern, Informations- und Aufklärungsangebote, die die Menschen erreichen, zu schaffen. Bescheide und Entscheidungen von Kassen müssen transparent gestaltet und verständlich sein. Hier wünsche ich mir mehr Verständnis und eine neue Perspektive gegenüber den Versicherten.



Micaela Schwanenberg

Referentin Recht in der Landesgeschäftsstelle der Verbraucherzentrale Sachsen e. V.



Die Arbeit der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst soll die Transparenz von Entscheidungs- und Arbeitsprozessen und eine unabhängige Unterstützung für die Versicherten stärken. Welchen Mehrwert sehen Sie sowohl für die Versicherten als auch für den Medizinischen Dienst selbst?

Die Einrichtung der Ombudsperson wurde von den Patientenorganisationen und -vertretern begrüßt. Wenn Entscheidungs- und Arbeitsprozesse transparenter und verständlicher werden, erhöht sich dadurch der Schutz für die Versicherten und auch für die Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes. Betroffene haben größeres Vertrauen in die Verfahren und Entscheidungen des Medizinischen Dienstes. Nach den nunmehr fast vier Jahren der Tätigkeit der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Sachsen dokumentieren steigende Beratungszahlen den Bedarf für

diese Stelle. Zudem zeigen die Anträge, dass die Ombudsstelle bereits bei den Versicherten bekannt ist und dass die Ombudsperson als vertrauenswürdige Stelle wahrgenommen wird. Kritisch muss allerdings eingeschätzt werden, dass vielen Betroffenen nicht klar ist, welche inhaltlichen Aufgaben der Ombudsperson zukommen. Beispielsweise berichtet die Ombudsperson wiederholt darüber, dass Betroffene auch wegen der Überprüfung von Entscheidungen des Medizinischen Dienstes einen Antrag stellen. Eine klarere inhaltliche Abgrenzung zwischen den förmlichen Rechtsbehelfen und der Zuständigkeit der Ombudsperson ist notwendig. In diesem Kontext sollte beispielsweise genau darüber nachgedacht werden, in welcher Form, mit welchem Inhalt und an welcher Stelle von Bescheiden der Hinweis auf die Ombudsperson erfolgt. Darin sehe ich eine Aufgabe der Kassen. Der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Sachsen ist aufgefordert, aus den Berichten der Ombudsperson Schlussfolgerungen abzuleiten, damit der Zweck dieser Stelle erreicht werden kann.

Fragen an Lars Müller

Herr Müller, Sie sind stellvertretender Landesgeschäftsführer des Sozialverbandes VdK Sachsen e. V. und vertreten die Interessen von Patienten, Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderungen und pflegenden Angehörigen. Welche Aufgabe war für Sie in 2024 und 2025 bedeutsam?

Von zentraler Bedeutung war für mich als Patientenvertreter im Zeitraum 2024 und 2025 insbesondere die kritische Begleitung der durch das Inkrafttreten des PUEG bzw. der neuen Pflege-Begutachtungsrichtlinien zum 1.10.2023 vorgenommenen Veränderungen in der Begutachtungspraxis im Pflegebereich. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen Pflegegrad kann nun ergänzend oder alternativ zur Untersuchung

des Versicherten in seinem Wohnbereich aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews erfolgen. Ziel war eine effizientere Begutachtungspraxis, was angesichts der vorliegenden statistischen Daten sicher auch erreicht werden konnte. Sachsen ist besonders betroffen vom demografischen Wandel unserer Gesellschaft. Die hohe Zahl älterer, häufig multimorbider Menschen trifft auf begrenzte personelle Ressourcen des Medizinischen Dienstes. Das führt zu Zeitdruck und kann die Neigung zu schematischen Begutachtungen begünstigen. Gerade bei hochaltrigen oder kognitiv eingeschränkten Pflegebedürftigen besteht die Gefahr, dass tatsächliche Pflegebedarfe unterschätzt werden, wenn Wohnsituation und Alltagsbewältigung nicht im persönlichen Kontakt erfasst und beurteilt werden. Daher sind wir hierzu im Verwaltungsrat in einem ständigen, sehr guten Austausch mit dem Vorstand und der fachlichen Leitungsebene des Medizinischen Dienstes Sachsen, welche diese Problematik ebenso sensibel im Blick haben.

Welche Entwicklungen standen für Sie in der Pflegebegutachtung im Mittelpunkt?

Die Zahl der Begutachtungen bleibt auf einem hohen Niveau. Daher ist es besonders wichtig, effiziente und gleichzeitig qualitativ hochwertige Verfahren sicherzustellen. Der Verwaltungsrat begleitete die Maßnahmen, die dazu beitragen, Begutachtungen weiterhin zuverlässig und nachvollziehbar durchzuführen.

Wie sehen Sie die Einführung einer Ombudsperson im Medizinischen Dienst Sachsen?

Mit Spannung haben wir als Patientenvertreter in den vergangenen Jahren auch die weitere Etablierung der Arbeit, der seit dem Jahr 2022 im Medizinischen Dienst implementierten Ombudsperson verfolgt. Grundsätzlich stellt die Einführung einer solchen Institution einen begrüßenswerten Schritt hin zu mehr Transparenz, Vertrauen und zusätzlichem Schutz für Versicherte und Beschäftigte des Medizinischen Dienstes dar. Die in den Berichten der Ombudsperson wiedergegebenen, steigenden Beratungszahlen bestätigen den Bedarf und die gute Annahme des Angebots. Allerdings birgt eine in der Praxis für die Betroffenen oft noch unzureichend klare inhaltliche Abgrenzung zu förmlichen Rechtsbehelfsverfahren bzw. dienstinternen Beschwerdestrukturen die Gefahr, dass die Ombudsperson eher symbolisch wahrgenommen wird und an Akzeptanz verlieren könnte. Auch dieser Entwicklungsprozess wurde und wird durch uns als Patientenvertreter im Verwaltungsrat ständig begleitet.



Lars Müller

Stellvertretender Landesgeschäftsführer
des Sozialverbandes VdK Sachsen e. V.

Krankenversicherung



4.042.422

Menschen leben derzeit in Sachsen.

Für rund **5%** aller Mitglieder der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland ist der Medizinische Dienst Sachsen zuständig.



75

Krankenhäuser stehen den Menschen in Sachsen zur Verfügung.

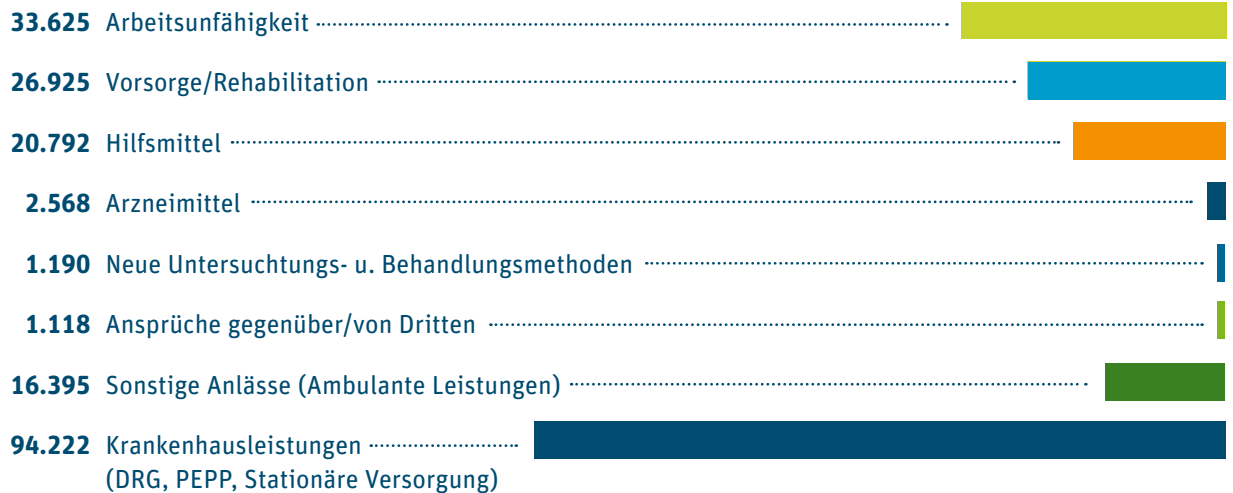
3.754.886

Versicherte mit Wohnort in Sachsen waren im Jahr 2024 bei der GKV versichert. (Stichtag: 01.07.2024)

Sozialmedizinische Gutachten und Stellungnahmen, die die Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes Sachsen im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung in folgenden Bereichen vorgenommen haben:



2024 Stellungnahmen insgesamt **196.835**



2025 Stellungnahmen insgesamt **206.284**



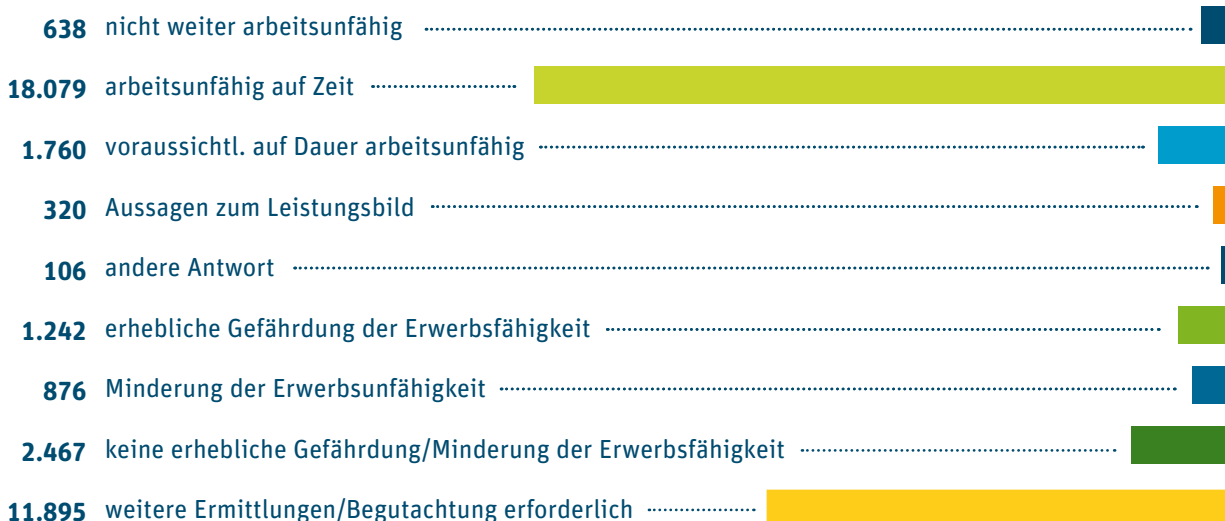
Arbeitsunfähigkeit

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.

2024 Stellungnahmen insgesamt **33.625**



2025 Stellungnahmen insgesamt **37.383**



Vorsorge/Rehabilitation

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sollen verhindern, dass eine Erkrankung eintritt, sich verschlimmert bzw. bewirken, dass 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.

2024 Stellungnahmen insgesamt **26.925**

- **11.018** erfüllt
- **7.774** nicht erfüllt
- **1.383** eingeschränkt erfüllt
- **388** andere Antwort
- **6.362** weitere Ermittlungen/
Begutachtung erforderl.



2025 Stellungnahmen insgesamt **28.579**

- **10.409** erfüllt
- **9.812** nicht erfüllt
- **1.874** eingeschränkt erfüllt
- **368** andere Antwort
- **6.116** weitere Ermittlungen/
Begutachtung erforderl.



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.

2024 Stellungnahmen insgesamt **20.792**

- **6.971** erfüllt
- **3.715** nicht erfüllt
- **2.324** eingeschränkt erfüllt
- **651** andere Antwort
- **7.131** weitere Ermittlungen/
Begutachtung erforderlich



2025 Stellungnahmen insgesamt **19.341**

- **5.985** erfüllt
- **2.966** nicht erfüllt
- **3.009** eingeschränkt erfüllt
- **577** andere Antwort
- **6.804** weitere Ermittlungen/
Begutachtung erforderlich

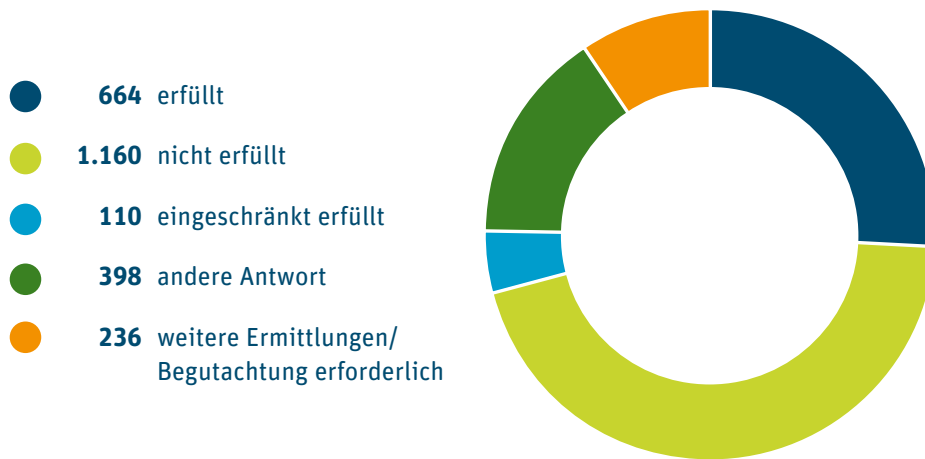


Arzneimittel

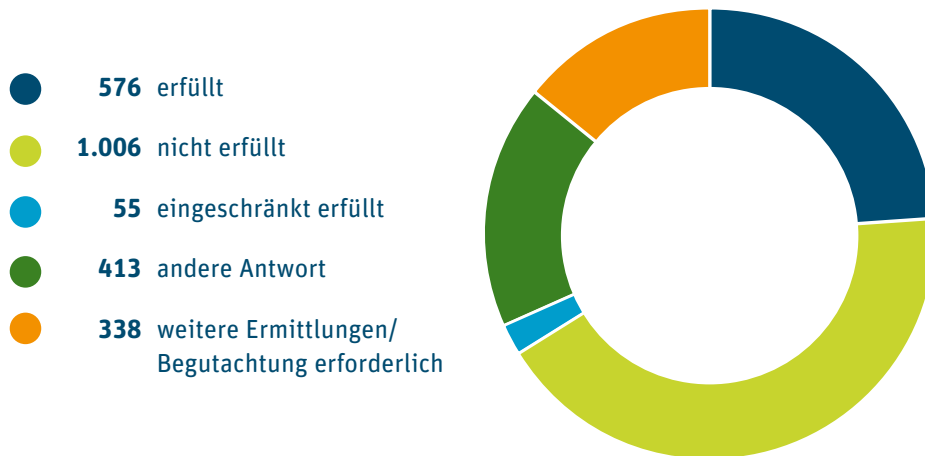
Der Medizinische Dienst Sachsen nimmt Stellung zum Beispiel zu Arzneimitteln der Regelversorgung, zugelassenem und zulassungs-überschreitendem Arzneimitteleinsatz.



2024 Stellungnahmen insgesamt **2.568**



2025 Stellungnahmen insgesamt **2.388**



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.

2024 Stellungnahmen insgesamt **1.190**

- **101** erfüllt
- **813** nicht erfüllt
- **68** eingeschränkt erfüllt
- **64** andere Antwort
- **144** weitere Ermittlungen/
Begutachtung erforderlich



2025 Stellungnahmen insgesamt **1.138**

- **56** erfüllt
- **732** nicht erfüllt
- **82** eingeschränkt erfüllt
- **73** andere Antwort
- **195** weitere Ermittlungen/
Begutachtung erforderlich



Ansprüche gegenüber/ von Dritten (Ersatzansprüche, Regress)

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.

2024 Stellungnahmen insgesamt 1.118

- 415 nicht gegeben
- 210 gegeben
- 250 andere Antwort
- 243 weitere Ermittlungen/
Begutachtung erforderlich

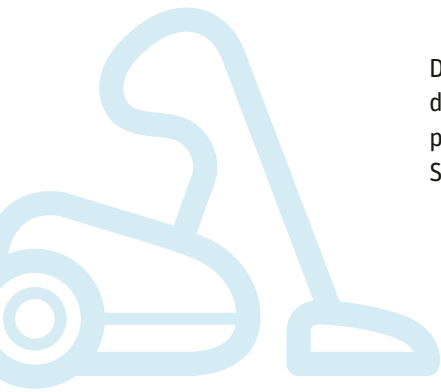


2025 Stellungnahmen insgesamt 1.122

- 547 nicht gegeben
- 250 gegeben
- 85 andere Antwort
- 240 weitere Ermittlungen/
Begutachtung erforderlich



Sonstige Anlässe (Ambulante Leistungen)



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.

2024 Stellungnahmen insgesamt **16.395**

- **9.737** erfüllt
- **2.315** nicht erfüllt
- **1.641** eingeschränkt erfüllt
- **400** andere Antwort
- **2.302** weitere Ermittlungen/
Begutachtung erforderl.



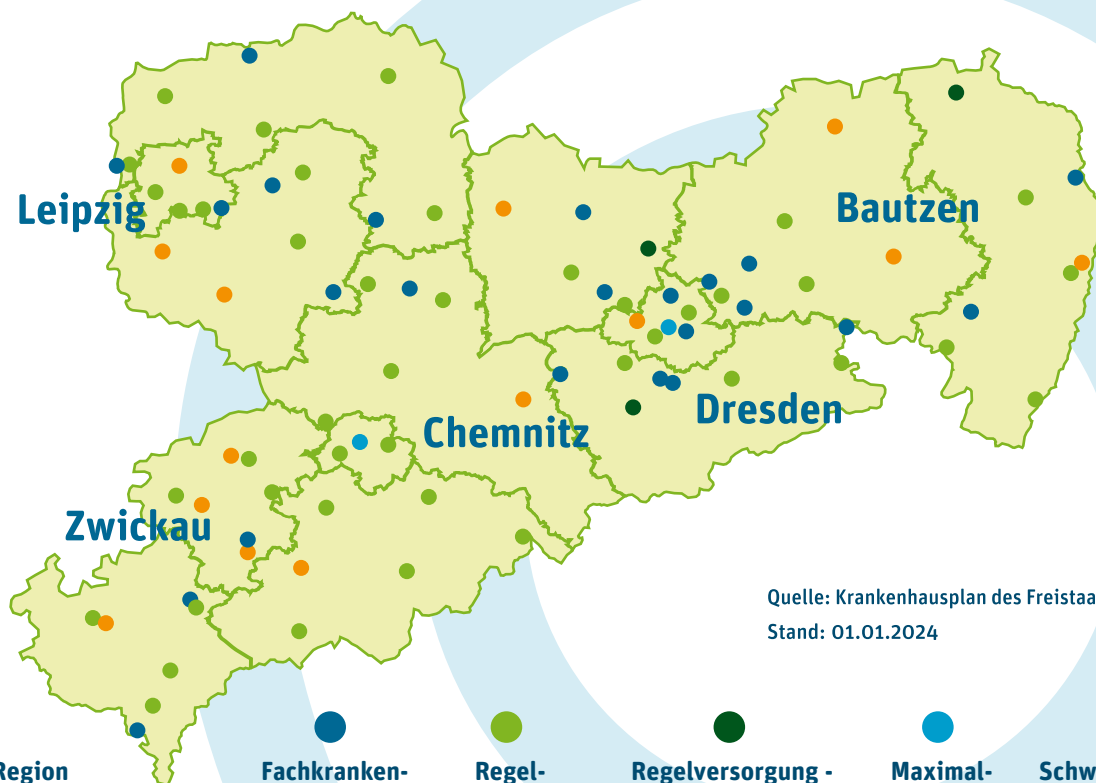
2025 Stellungnahmen insgesamt **16.712**

- **9.999** erfüllt
- **2.320** nicht erfüllt
- **1.724** eingeschränkt erfüllt
- **426** andere Antwort
- **2.243** weitere Ermittlungen/
Begutachtung erforderl.



Standortkarte Krankenhäuser

Im Freistaat Sachsen stehen der Bevölkerung rund **25.000 Betten** in der stationären Versorgung, in derzeit **75 Krankenhäusern** zur Verfügung. Die Übersichtskarte zeigt die Versorgungsstufen mit Stand 01.01.2024.



Quelle: Krankenhausplan des Freistaates Sachsen, Stand: 01.01.2024

Region	Fachkrankenhaus	Regelversorgung	Regelversorgung - Gesundheitszentrum	Maximalversorgung	Schwerpunktversorgung
LK Nordsachsen	3	5	0	0	0
Leipzig	1	3	0	0	1
LK Leipzig	2	2	0	0	2
LK Meißen	2	2	1	0	1
LK Mittelsachsen	1	4	0	0	1
Chemnitz	0	2	0	1	0
LK Zwickau	1	3	0	0	3
LK Vogtlandkreis	2	4	0	0	1
LK Erzgebirgskreis	0	5	0	0	1
LK Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	3	3	1	0	0
Dresden	2	2	0	1	1
LK Bautzen	4	3	0	0	2
LK Görlitz	2	4	1	0	1

DRG (Diagnostic Related Groups, diagnosebezogene Fallpauschalen)

Die Leistungen für stationäre Behandlungen rechnen die Kliniken über sogenannte diagnosebezogene Fallpauschalen mit den Krankenkassen ab. Stellt eine Krankenkasse Auffälligkeiten bei Abrechnungen fest, kann sie den Medizinischen Dienst beauftragen, die Abrechnung zu überprüfen.

2024 Prüfungen insgesamt **91.729**



- **27.477** erfüllt
- **34.751** nicht erfüllt
- **1.086** andere Antwort
- **28.415** Prüfungen auf Prüfpotential

2025 Prüfungen insgesamt **97.438**



- **28.863** erfüllt
- **37.841** nicht erfüllt
- **1.664** andere Antwort
- **29.070** Prüfungen auf Prüfpotential

PEPP (Pauschalierendes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik)

2024 Prüfungen insgesamt **2.130**



- **945** erfüllt
- **702** nicht erfüllt
- **14** andere Antwort
- **469** Prüfungen auf Prüfpotential

2025 Prüfungen insgesamt **1.914**



- **736** erfüllt
- **730** nicht erfüllt
- **6** andere Antwort
- **442** Prüfungen auf Prüfpotential

Stationäre Versorgung – sonstige

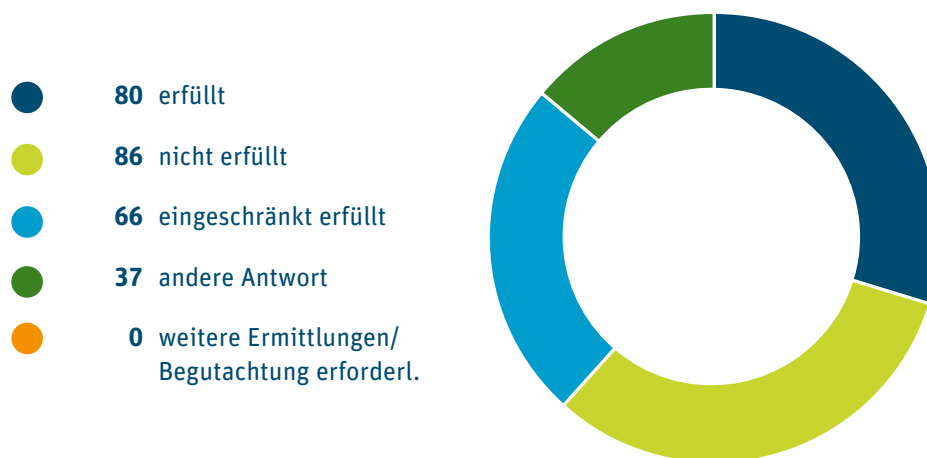
Zu den Prüfungen sonstiger Krankenhausabrechnungen gehört zum Beispiel die Klärung von Fragen, ob eine Behandlung im Ausland oder an einem bestimmten Ort im Inland notwendig waren oder ob eine Akutbehandlung im Krankenhaus in Abgrenzung zu anderen Versorgungsformen (z. B. geriatrische Rehabilitation)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



2024 Prüfungen insgesamt 363



2025 Prüfungen insgesamt 269



Der Fachbereich Stationäre Begutachtung im Wandel

Im Jahr 2025 erlebte der Fachbereich GKV Stationäre Begutachtung (GKV SB) wiederkehrende Termine und rasante Veränderungen. Regelmäßige Ereignisse waren die GKV-Auftaktveranstaltung mit den Führungskräften der Fachbereiche GKV, Strategietagungen, ein Krankenhausworkshop mit Vertretenden der Krankenhäuser zu Leistungsgruppen- und Strukturprüfungen, Gesprächskreise bei der Ärztekammer zu allen Themen der Krankenhausbegutachtung sowie Arbeitskreise der Stationären Begutachtung mit Krankenkassenvertretenden. Insbesondere der jährlich stattfindende „Dialog Krankenhausbegutachtung“ sorgte für einen vertrauensvollen und effektiven Austausch zwischen den Krankenhäusern, Krankenkassen, dem Sächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gesellschaftlichen Zusammenhalt sowie dem Medizinischen Dienst Sachsen. Die stärksten Veränderungen für den Fachbereich wurden durch die gesetzlichen Bestimmungen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVGG) bestimmt.

Kontinuierliche Fortbildung

Die Mitarbeitenden bildeten sich auch 2025 umfangreich weiter. Zum Angebot zählten Seminare des Medizinischen Dienst Bund, wie zum Beispiel „Entgeltsystem für die Krankenhauspsychiatrie“ und „Qualitätskontrollen im Krankenhaus gemäß § 275a SGB V“. An den vom Medizinischen Dienst Bund organisierten Seminaren nahmen insgesamt 33 Mitarbeitende des Fachbereichs teil, einige auch an mehreren Seminaren. Außerdem fanden das jährliche „Update Stationäre Begutachtung“ und zahlreiche Onlineschulungen zu Themen für Kodierfachkräfte und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter sowie Schulungen durch die eigenen Fachreferentinnen und Fachreferenten und individuelle Fortbildungen statt. Ein Fachreferent des Fachbereichs GKV SB schloss erfolgreich die Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ mit Prüfung vor der Sächsischen Landesärztekammer ab. Diese Zusatzausbildung ist nicht nur sehr attraktiv für die ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter, sondern auch ein Qualitätsnachweis für unsere Mitarbeitenden mit positiver Außenwirkung auf unsere Partner.

Strukturelle Veränderungen für mehr Effizienz

Für eine optimale Führung wurden die sehr kleinen Teams in Bautzen und Chemnitz erfolgreich in andere integriert. Durch die Verschlinkung von sieben auf sechs Teams GKV SB entfällt außerdem eine Teamleitung. Eine Prozessänderung für das Team Auftragsmanagement und Kommunikation (AMK) hob die Differenzierung zwischen regionalem und zentralem Auftragsmanagement auf. Den AMK-Mitarbeitenden wurde ein einheitliches Stellenprofil zugewiesen. Alle organisatorischen Aufgaben können nun von allen AMK-Mitarbeitenden erledigt werden. Gerade in Auftragsspitzenzeiten und bei personell bedingten Ausfällen bringt diese Änderung viel Flexibilität und Effizienz für die Arbeit des gesamten Fachbereichs.

Zwei neue IT-Koordinationsstellen wurden mit Kodierfachkräften besetzt. Sie beschäftigen sich intensiv mit den für den Fachbereich relevanten IT-Prozessen. Ein Beispiel für die Aufgaben der IT-Koordinatoren ist das kontinuierliche Testen, Optimieren und Implementieren von MDconnect in die fachbereichsinterne IT-Struktur. Zudem wurde eine dritte Stelle für die Kodierfachkräfte-Grunddatzarbeit mit dem Schwerpunkt Krankenhausabrechnungsprüfung (DRG) geschaffen und besetzt.

Alle organisatorischen Aufgaben können nun von allen AMK-Mitarbeitenden erledigt werden. Diese Änderung bringt viel Flexibilität und Effizienz für die Arbeit des gesamten Fachbereichs..



Dr. Lutz Bachmann

Leiter Fachbereich GKV Stationäre
Begutachtung

Alte und neue Prüfungen

Im Bereich Krankenhausabrechnungsprüfung stieg die Beauftragung durch die Krankenkassen von 96.245 Fällen in 2024 auf 102.293 Fälle in 2025 deutlich an. Das entspricht einer Steigerung um 6,3 Prozent. Das Unternehmensziel, eine Bearbeitungszeit von maximal 150 Kalendertagen für DRG-Erstgutachten, gerechnet ohne Wartezeit auf Unterlagen, zu erreichen, erfüllte der Fachbereich erneut. Auch die 763 Strukturprüfungen und 43 Qualitätsrichtlinienprüfungen in 2025 hat der Fachbereich fristgemäß abgeschlossen.

Im Bereich Krankenhausabrechnungsprüfung stieg die Beauftragung durch die Krankenkassen um 6,3 Prozent.

Die Krankenhausreform, basierend auf dem KHVVG, führte zu erheblichen Veränderungen im Fachbereich GKV SB. Für die Medizinischen Dienste entstand ein neues Prüfgebiet, die Leistungsgruppenprüfungen (LG). Diese Leistungsgruppenprüfungen stehen in engem Zusammenhang mit den Strukturprüfungen (StrOPS). Gemeinsam werden sie als LOPS bezeichnet. Erstmals ist die Landesbehörde, das Staatsministerium, der Auftraggeber für Prüfungen. Die technischen und prozessualen Grundlagen für diese Prüfungen mussten im Medizinischen Dienst Sachsen neu geschaffen werden. Eine speziell dafür arbeitende multiprofessionelle Projektgruppe übernahm die Organisation und Prozessentwicklung. In

Vorbereitung auf die LOPS-Prüfungen mussten 100.000 vorhandene Dokumente vorsortiert und attribuiert werden. Für zukünftig mehr Bürokratieabbau und möglichst aufwandarme Prüfungen musste das AMK-Team zunächst aus den Vorgängen wie den StrOPS-Prüfungen des letzten Jahres, die bereits vorhandenen Dokumente für jedes Krankenhaus neu sortieren. Das war mit erheblichem zeitlichem und personellem Aufwand verbunden. Danach folgte die Priorisierung der Krankenhäuser für die Reihenfolge der Prüfungen und ab November 2025 dann der Beginn der eigentlichen Prüfungen in den Häusern. Erschwerend dabei ist, dass sich die gesetzliche Grundlage mit dem Krankenhausreformsanpassungsgesetz (KHAG) geändert hat. Das dem Medizinischen Dienst Sachsen übermittelte Auftragsvolumen für LOPS umfasst rund 1.500 Prüfungen, die zusätzlich zu den etablierten Prüfverfahren DRG, StrOPS und QK-RL-Prüfungen überwiegend als Vor-Ort-Prüfungen durchgeführt und per Gesetz bis Juni 2026 abgeschlossen werden müssen, ohne dass zusätzliches Personal eingestellt wird.





Nutzung aller personellen Ressourcen

Gutachterinnen und Gutachter des Fachbereichs GKV SB unterstützen als Mischgutachterinnen und Mischgutachter den Fachbereich GKV Allgemeine Sozialmedizin beim Abarbeiten der Aufträge. Im Fachbereich GKV SB wurde die herausfordernde Auftragslage bewältigt, indem der Kernprozess vom Auftragseingang bis zum Abschluss der Prüfungen verbessert wurde. Ein Meilenstein dafür ist die Einführung von Planungskennzahlen für die Verteilung der Prüfaufträge. Ziel ist die transparente und kapazitätsbezogen gleiche Verteilung der Prüfaufträge an alle Kodierfachkräfte und die ärztlichen Gutachtenden. Diese Planungskennzahlen wurden in einem aufwendigen Prozess erarbeitet, dem Vorstand im Dezember 2025 und dem Personalrat im Januar 2026 vorgestellt und werden in den kommenden Monaten nach Vorstellung in den Teams schrittweise eingeführt.

Das in diesem Bericht Genannte steht nur beispielhaft für die komplexen Prozesse und umfangreichen Veränderungen im Fachbereich GKV SB. Ausdrücklicher Dank gilt allen Mitarbeitenden des Fachbereichs, die gemeinsam die sich stetig verändernden Anforderungen erfolgreich bewältigen.

*AMK: Auftragsmanagement und Kommunikation, DRG: Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppen, GKV: Gesetzliche Krankenversicherung, KHAG: Krankenhausreformenpassungsgesetz, KHVVG: Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, LOPS: Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen, PEPP: Pauschalierendes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik, StrOPs: Prüfung der Strukturmerkmale von abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüsseln, QK-RL: Qualitätskontroll-Richtlinie

Leistungsgruppenprüfungen: Startschuss für eine neue, anspruchsvolle Prüftätigkeit

Mit der Beauftragung durch die zuständige Landesbehörde am 29. September 2025 erhielt der Medizinische Dienst Sachsen offiziell den Auftrag zur Durchführung der Leistungsgruppenprüfungen. Grundlage dieser Tätigkeit ist das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), das den Medizinischen Dienst mit der Prüfung der Leistungsgruppen an den Krankenhäusern beauftragt. Insgesamt wurden dem Medizinischen Dienst 1.493 Prüfungen übertragen (Stand 27.04.2026) – eine Aufgabe von erheblichem Umfang, die eine strukturierte Vorbereitung und enge Abstimmung mit allen Beteiligten erforderte.

Ziel der Leistungsgruppen

Das Ziel der Einführung der Leistungsgruppen ist es, die Qualität und Spezialisierung der Krankenhausversorgung zu stärken. Durch die Zuordnung bestimmter Leistungen zu klar definierten Leistungsgruppen sollen strukturierte Qualitätsanforderungen – etwa an Personal, medizinisch-technische Ausstattung und Fallzahlen – sichergestellt werden. Damit wird die Versorgungslandschaft transparenter, die Leistungsfähigkeit der Kliniken vergleichbarer und die Patientensicherheit erhöht. Zugleich wird davon ausgegangen, dass das System eine Grundlage für eine bedarfsgerechte und effiziente Krankenhausplanung der Länder bietet.

Aufbau einer umfassenden Dokumentationsbasis

Voraussetzung für die Durchführung der Prüfungen ist eine valide und vollständige Datengrundlage. In einem ersten Schritt wurde eine Dokumentendatenbank aufgebaut, in der über 100.000 bereits vorhandene Dokumente aus den Bereichen Strukturprüfungen (StrOPS) und Qualitätskontrollen (QK) standortbe-



Frank Elchlep

Referent Prozessmanagement und
Qualitätssicherung

zogen zusammengeführt, gesichtet und mit einer eindeutigen Kennzeichnung versehen wurden.

Dieser Aufwand war notwendig, da die gesetzlichen Vorgaben klar regeln, dass nur Unterlagen angefordert werden dürfen, die dem Medizinischen Dienst noch nicht vorliegen. Die umfassende Datenbasis diente somit nicht nur der Vermeidung von Doppelanforderungen, sondern auch der Effizienz und Transparenz des gesamten Prüfprozesses. Durch die strukturierte Erfassung der bereits vorliegenden Informationen konnten gezielt die noch fehlenden Nachweise identifiziert und angefordert werden.

Abstimmung mit den Krankenhäusern und Planung der Begehungen

Parallel zum Aufbau der Datenbank informierte der Medizinische Dienst Sachsen die Krankenhäuser über die beauftragten Prüfungen sowie über den aktuellen Stand vorhandener Unterlagen. Die gesamte Kommunikation mit den Krankenhäusern erfolgt ausschließlich strukturiert digital. Um einen direkten Austausch mit den Krankenhäusern im Rahmen der Gutachtenerstellung zu fördern, werden die Gutachten als „Vor-Ort-Prüfungen“ bearbeitet und in enger Abstimmung mit den Einrichtungen die jeweiligen Termine abgestimmt. Die ersten Begehungen fanden ab dem 2. Dezember 2025 statt. Im Rahmen der Begehungen werden die noch fehlenden Nachweise gesichtet sowie offene Fragestellungen mit den Ansprechpartnern der Häuser direkt erörtert. Die Anforderungen an die jeweilige Leistungsgruppe sind in der „Anlage 1 (zu § 135e SGB V) Leistungsgruppen und Qualitätskriterien“ definiert.

Anspruchsvolle Fristen und hoher Koordinationsbedarf

Die Leistungsgruppenprüfungen sind ein neues Tätigkeitsfeld. Hierfür wurden 2025 die organisatorischen und technischen Grundlagen

entwickelt. Neben dem großen Umfang der Prüfungen erforderte auch die zeitliche Vorgabe eine gute Organisation: Bis zum 30. Juni 2026 (lt. KHVVG) müssen sämtliche Prüfungen abgeschlossen und die finalen Ergebnisse an die beauftragende Landesbehörde übermittelt werden. Innerhalb weniger Monate musste 2025 ein erheblicher Arbeitsaufwand bewältigt werden – von der Datenaufbereitung über die Kommunikation mit den Krankenhäusern bis hin zur Durchführung und Auswertung der Begehungen.

Berücksichtigung geplanter gesetzlicher Änderungen

Besondere Aufmerksamkeit erfordert zudem der Umstand, dass die geplanten Änderungen des Krankenhausreformenpassungsgesetzes (KHAG) zum Zeitpunkt der Beauftragung noch nicht rechtskräftig waren. Gleichwohl mussten diese bereits im Rahmen der Begutachtung berücksichtigt werden, da sie voraussichtlich die zukünftigen Anforderungen an die Leistungsgruppen und deren Nachweise verändern werden. Dies stellte alle beteiligten ärztlichen Gutachter und Kodierfachkräfte des Fachbereichs Stationäre Begutachtung vor die zusätzliche Herausforderung, einerseits die aktuelle Rechtslage strikt einzuhalten und andererseits bereits mögliche Änderungen in die Bewertung einzubeziehen. Ziel war und ist es auch zukünftig, den Krankenhäusern und der Landesbehörde rechtssichere Gutachten zur Verfügung zu stellen.

Auch im Jahr 2026 wird dieser enorme Arbeitsumfang ein großer Schwerpunkt der Tätigkeit des Fachbereichs Stationäre Begutachtung. Dank des hohen Engagements der beteiligten Mitarbeitenden sowie der konstruktiven, transparenten Zusammenarbeit mit allen externen Beteiligten wird der fristgerechte Abschluss möglich.

KIM – Kommunikation im Medizinwesen im Medizinischen Dienst Sachsen

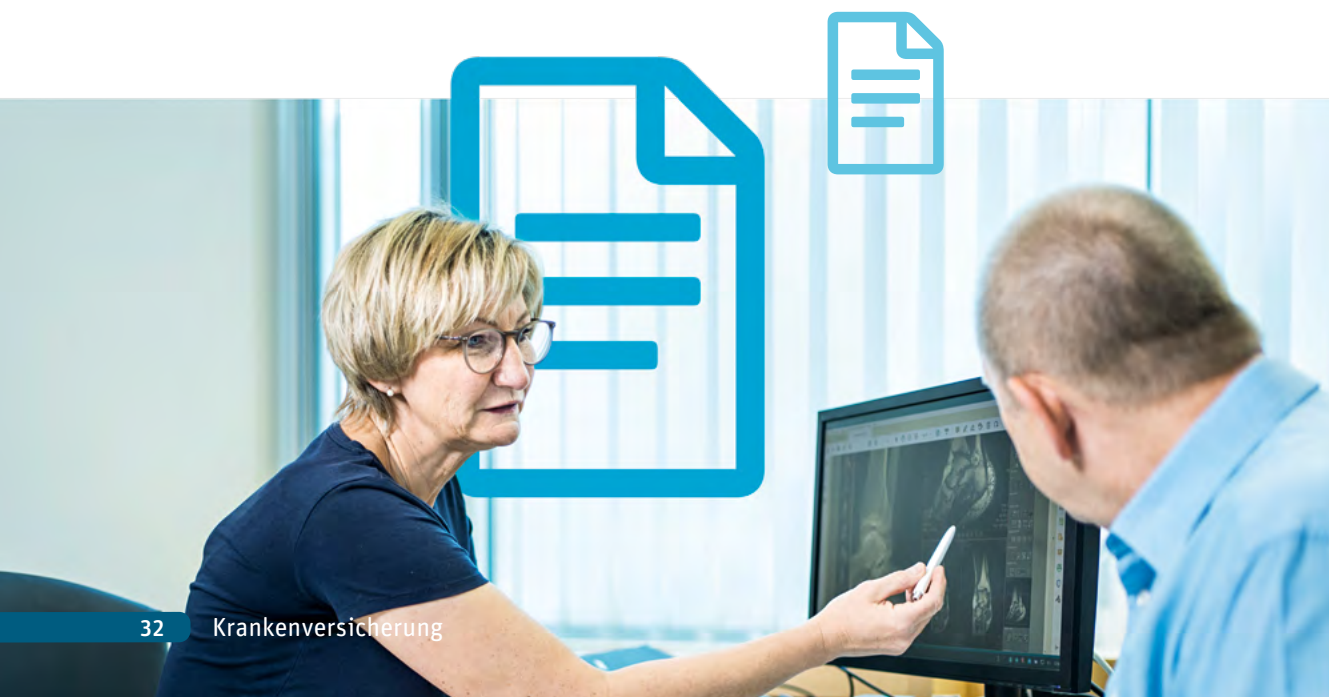
Mit der Umsetzung des qualitativen Unternehmensziels 2025 – der Schaffung der technischen Voraussetzungen für den Einsatz von KIM (Kommunikation im Medizinwesen) – hat der Medizinische Dienst Sachsen einen weiteren Meilenstein in der digitalen Transformation erreicht. Ziel ist es, das Unterlagenmanagement für die Begutachtung in der Allgemeinen Sozialmedizin zukunftssicher, effizient und medienbruchfrei zu gestalten.

KIM ist ein zentraler Dienst der gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) und ermöglicht eine sichere, standardisierte und datenschutzkonforme elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen. Für die Krankenkassen eröffnet sich damit insbesondere bei der Anforderung von Unterlagen zur Begutachtung ein deutlicher Effizienzgewinn: niedergelas-

sene Ärztinnen und Ärzte und andere an KIM angeschlossene Leistungserbringer können angeforderte Dokumente künftig schnell und digital übermitteln. Der postalische Versand sowie manuelle Zwischenschritte entfallen – ein Gewinn an Geschwindigkeit, Transparenz und Wirtschaftlichkeit für alle Beteiligten und im Sinne eines beschleunigten Begutachtungsprozesses.

Strukturierte Umsetzung mit klarer Verantwortung

Zur Realisierung wurde frühzeitig eine fokussierte Arbeitsgruppe etabliert. Die Federführung lag in enger Abstimmung zwischen der IT-Abteilung und der Leitung des Fachservice ASM.



Im ersten Schritt erfolgte die Integration des KIM-Systems in die bestehende Mail-Infrastruktur des Medizinischen Dienstes Sachsen. Hierfür wurde gezielt externe Expertise eingebunden, um eine stabile, sichere und zukunftsfähige Anbindung zu gewährleisten. Aufbauend darauf wurde das KIM-Postfach mit dem bestehenden Input-Management-System verknüpft. Eingehende Dokumente werden nun technisch unterstützt im KIC verarbeitet – analog zum etablierten Posteingangsprozess, jedoch vollständig digital.

Parallel dazu wurde auf Bundesebene unter Verantwortung der Leitenden Ärztin des MD Sachsen, Dr. Sabine Antonioli, eine Arbeitsgruppe innerhalb der MD-Gemeinschaft etabliert. Ziel ist es, Prozesse abzustimmen, regulatorische Anforderungen zu berücksichtigen und ein möglichst einheitliches Vorgehen innerhalb der Medizinischen Dienste sicherzustellen. Diese enge Abstimmung schafft die Grundlage für Interoperabilität und nachhaltige Akzeptanz - sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch bei den Leistungserbringern.

Frühe Einbindung der Partner – Praxistauglichkeit im Fokus

Ein besonderer Erfolgsfaktor für die Umsetzung im Medizinischen Dienst Sachsen war die frühzeitige Einbindung relevanter Akteure: niedergelassene Ärzte, eine pilotierende Krankenkasse sowie weitere zentrale Partner wie die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen wurden bereits in der Konzeptions- und frühen Umsetzungsphase beteiligt.

Ende 2025 startete ein strukturierter Pretest mit mehreren Arztpraxen. Die gewonnenen Erkenntnisse liefern wertvolle Impulse für die weitere Prozessoptimierung – sowohl technisch als auch organisatorisch. Erste Rückmeldungen bestätigen die erwarteten Effizienzpotenziale und die hohe Praxistauglichkeit der Lösung.

*KIC: Klassifizierung (Einordnung der Dokumente in vordefinierte Kategorien), Indizierung (Zuordnung zum Versicherten), Clearing (Fehlerklärung)

Ausblick: Rollout und strategische Bedeutung

Auf Basis der Ergebnisse des Pretests ist zeitnah die breite Kommunikation sowie das Rollout für alle Leistungserbringenden geplant. Damit wird KIM zu einem festen Bestandteil unseres Mitteilungsmanagements.

Die Umsetzung von KIM ist weit mehr als ein technisches Projekt. Sie steht exemplarisch für die strategische Ausrichtung des Medizinischen Dienstes Sachsen: Digitalisierung konsequent nutzen, Prozesse vereinfachen, Qualität steigern und regulatorische Anforderungen sicher erfüllen.

Mit der erfolgreichen Implementierung schaffen wir nicht nur die Grundlage für eine moderne, sichere Kommunikation im Gesundheitswesen, sondern stärken zugleich unsere eigene Zukunftsfähigkeit.

Wir danken allen Beteiligten für ihr Engagement, ihre Expertise und die konstruktive Zusammenarbeit. Gemeinsam gestalten wir die digitale Transformation unseres Unternehmens aktiv und verantwortungsvoll.



Bianca Sindzinski

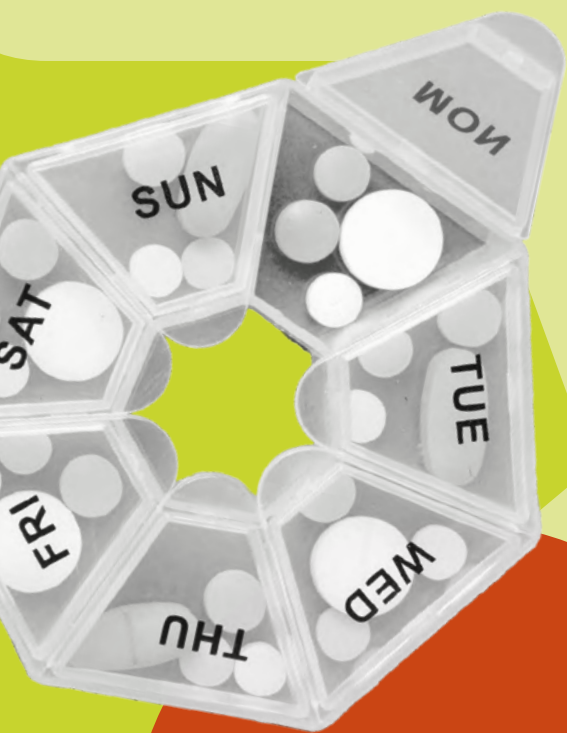
Leiterin Fachservice Allgemeine Sozialmedizin

Pflegeversicherung



27%

der sächsischen Bevölkerung
ist 65 Jahre oder älter.



2.296

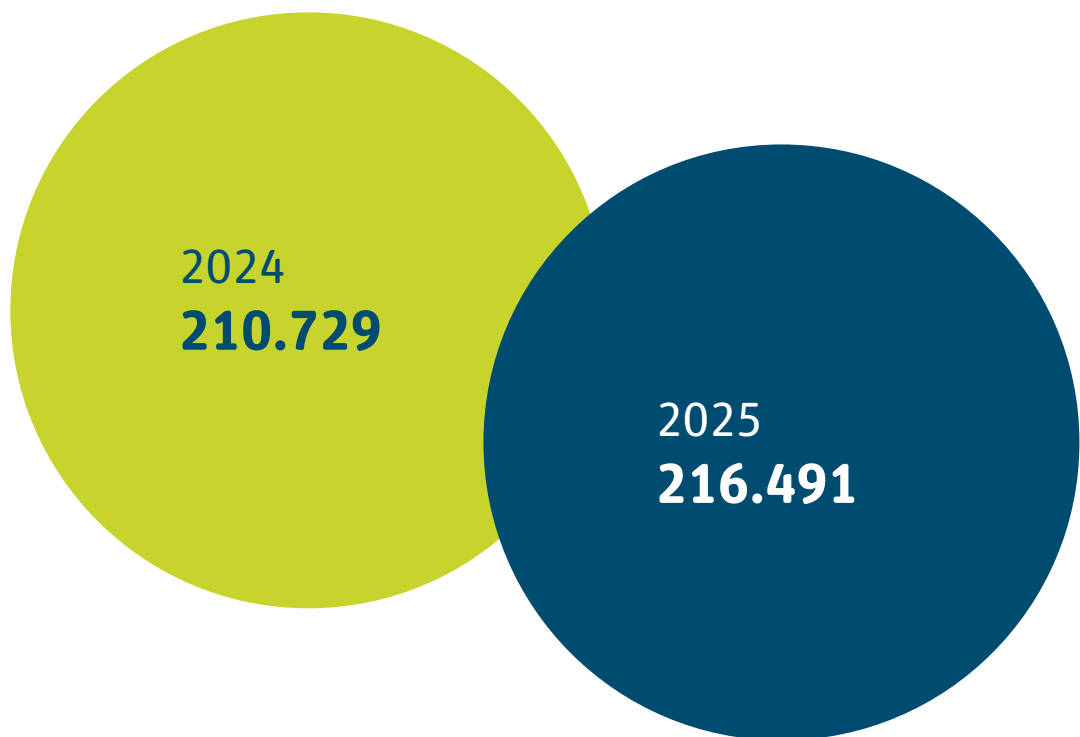
ambulante und stationäre
Pflegeeinrichtungen stehen den
Menschen in Sachsen zur Verfügung.
Stand: 2023

363.243

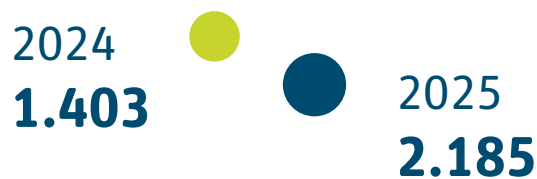
Menschen in Sachsen sind pflegebedürftig.
(8 % der Bevölkerung), Stand: 2023

331 pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes Sachsen prüften 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 **212.132** Empfehlungen haben die pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes Sachsen im Jahr 2024 die soziale Pflegeversicherung unterstützt. Im Jahr 2025 waren es insgesamt **218.676** pflegefachliche Empfehlungen.

Einzelfallbegutachtungen (EFB)



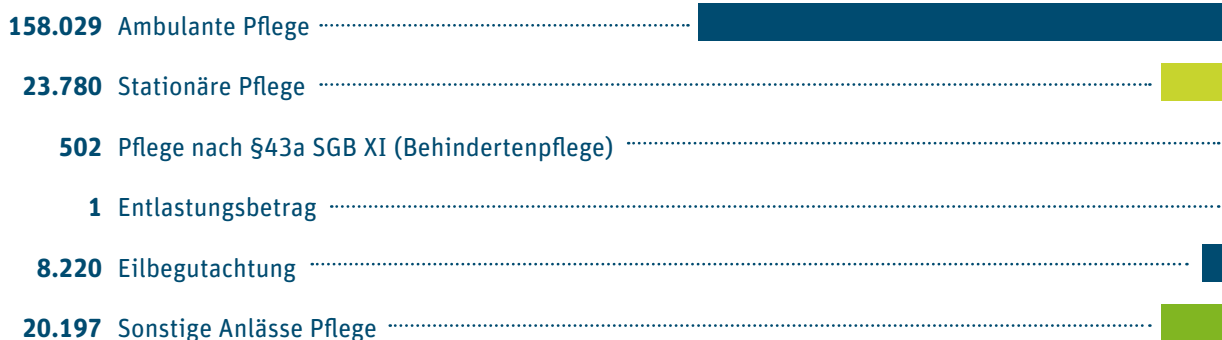
Qualitätsprüfungen (QP)



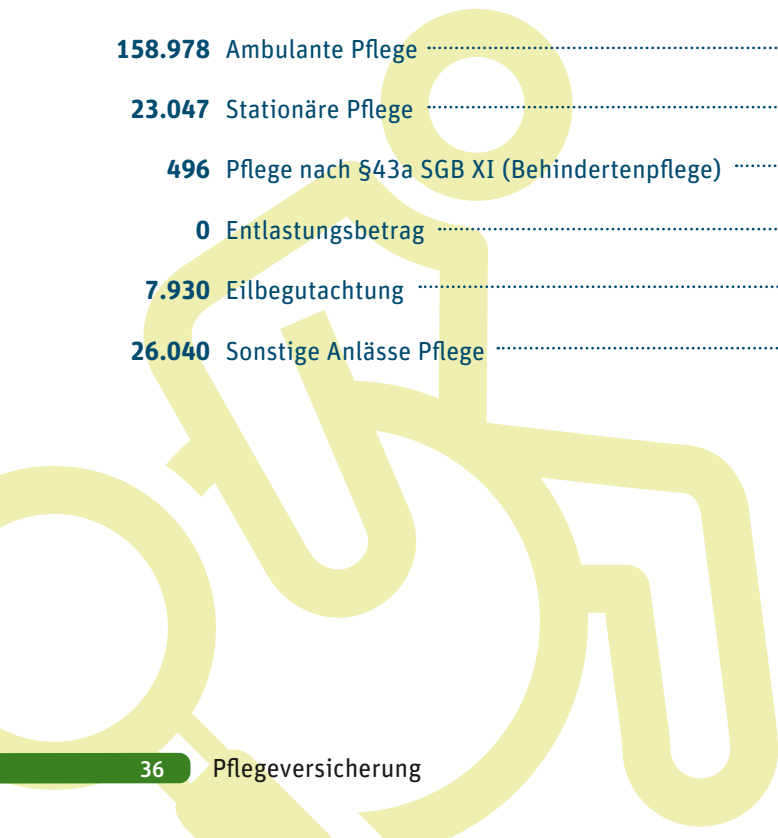
Einzelfallbegutachtung

Über **363.000** pflegebedürftige Menschen leben in Sachsen (Stand: Ende 2023). 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.

2024 Begutachtungen insgesamt **210.729**

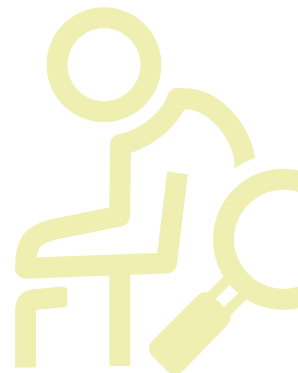


2025 Begutachtungen insgesamt **216.491**

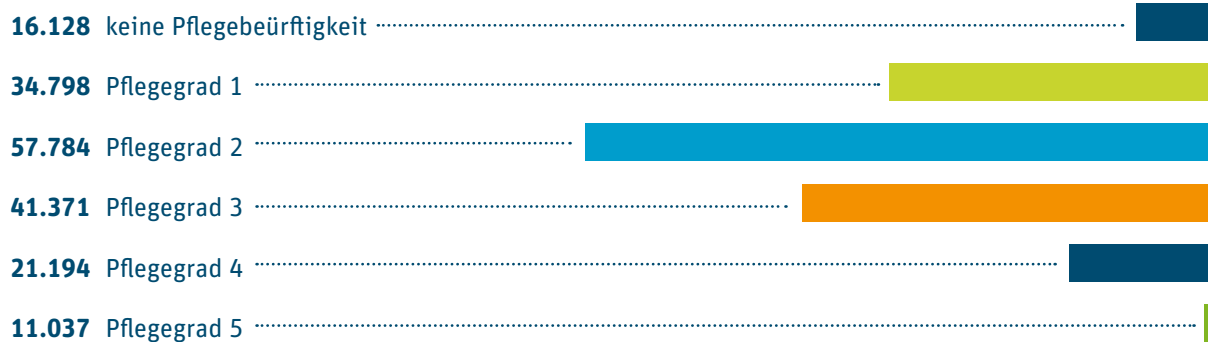


Pflegegradverteilung 2024

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.



2024 Zuordnungen insgesamt **182.312**



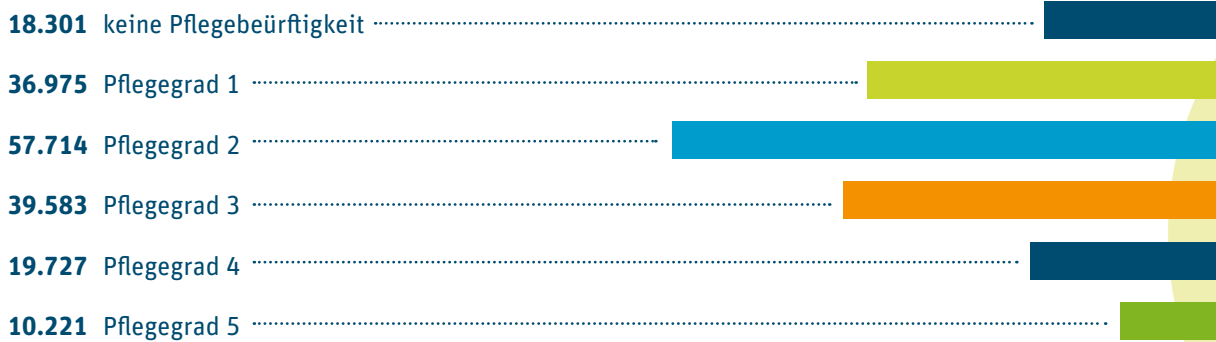
- **79.391** Erstanträge
- **14.168** kein Pflegegrad empfohlen
- **86.343** Höherstufungsanträge
- **24.899** keine Höherstufung empfohlen
- **16.578** weitere Antragsarten



Pflegegradverteilung 2025



2025 Zuordnungen insgesamt **182.521**



- **78.445** Erstanträge
- **16.252** kein Pflegegrad empfohlen
- **89.286** Höherstufungsanträge
- **28.872** keine Höherstufung empfohlen
- **14.790** weitere Antragsarten



Versichertenbefragung 2025

Jährlich wiederkehrend werden die Versicherten nach ihrer Zufriedenheit mit der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst Sachsen befragt. Die Analyse wird von einer externen wissenschaftlichen Institution (BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH) durchgeführt, die im Rahmen eines öffentlichen Ausschreibungsverfahrens ausgewählt wurde. Dadurch wird gewährleistet, dass die Auswertung objektiv ist und auf wissenschaftlichen Grundlagen basiert.

Von insgesamt 3.027 im Jahr 2025 (2024: 3.630) versandten Fragebögen nach einer Begutachtung im Hausbesuch kamen 1.267 (2024: 1.534) ausgefüllt zurück. An der Befragung nach einer Begutachtung mit Telefoninterview beteiligten sich bei 1.449 versendeten Fragebögen (2024: 1.433) 525 Personen (2024: 579). Beide Rücklaufquoten, 41,9 Prozent für die Hausbesuche (2024: 42,3 Prozent) und 36,2 Prozent für die Telefoninterviews (2024: 40,4 Prozent), gelten als sehr hoch und zeigen den besonderen Stellenwert, den die Befragung für die Betroffenen hat.

Insgesamt sind 84,4 Prozent (2024: 85,9 Prozent) der pflegebedürftigen Menschen und

deren Angehörige mit der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst Sachsen im Rahmen eines Hausbesuches zufrieden. Die Begutachtung im Rahmen eines strukturierten Telefoninterviews schneidet 2025 (80,7 Prozent) besser ab im Vergleich der Befragungsergebnisse zum Vorjahr (2024: 80,0 Prozent).

Eine gute Vorbereitung auf die Pflegebegutachtung kann einen positiven Einfluss auf das Erleben der Begutachtung haben. Deshalb unterstützt der Medizinische Dienst Sachsen die Antragstellenden aktiv mit einem verständlichen Anmeldeschreiben, konkreten Informationen zum Begutachtungsablauf und gewährleistet eine Ansprechbarkeit für Rückfragen. Mit der Verständlichkeit des Anmeldeschreibens, der Erreichbarkeit und zur Freundlichkeit bei Rückfragen waren die nach Hausbesuch Befragten in 88,9 Prozent (2024: 88,4 Prozent) zufrieden. 86,7 Prozent der Befragten (2024: 85,5 Prozent), bei denen die Begutachtung durch ein strukturiertes Telefoninterview erfolgte, zeigten sich damit zufrieden.

Die höchsten Zufriedenheitswerte der gesamten Befragung mit über 95 Prozent erreichten die Termintreue und die angemessene Vorstellung der Gutachterin oder des Gutachters – und das für beide Begutachtungsarten und in beiden Jahren.

Weitere detaillierte Ergebnisse der Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes der Jahre 2024 und 2025 finden Sie online unter: www.md-sachsen.de/versicherte/pflegebegutachtung.



2025 **84,4%**
Zufriedenheit mit der
Pflegebegutachtung im
Hausbesuch.



80,7%
Zufriedenheit mit der
Pflegebegutachtung
per Telefon

Interne Auditorenausbildung des Medizinischen Dienstes Sachsen

Die pflegfachlichen Mitarbeitenden des Fachbereichs Pflege Qualitätsprüfung führen Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff SGB XI und § 275b SGB V durch. Die mitgeltenden Prüfrichtlinien legen die Anforderungen an die Qualifikation der Prüferinnen und Prüfer fest. Neben einer abgeschlossenen Ausbildung als Pflegefachkraft ist zudem eine Auditorenausbildung oder eine vom Inhalt und Umfang her

gleichwertige Qualifikation notwendig. Diese Regelung zur Eignung der Prüfer stand erstmalig 2009 in der Prüfrichtlinie.

Qualifizierung mit hohem Aufwand war gestern

Im Zeitraum von 2010 bis 2016 erfolgte jährlich die Qualifizierung von Prüferinnen und Prüfern in Zusammenarbeit mit der Firma EQ-Zert. Mit einer theoretischen Ausbildung im Umfang von 22 Tagen und einer praktischen Durchführung von drei DIN-ISO-Audits im Umfang von 15 Tagen erwarben die Teilnehmenden das Zertifikat TQM-Auditor. Der Prozess der Zertifizierung band regelhaft jährlich erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen. Zur Aufrechterhaltung dieses Zertifikats musste zudem alle drei Jahre eine eintägige Auffrischungsschulung erfolgen. Zu-



Ulrike Becher

Fachreferentin Fachbereich Pflege
Qualitätsprüfung



sätzlich war für diesen Zeitraum durch den Fachbereich eine regelhafte Prüfbeteiligung der betreffenden Prüferinnen und Prüfer nachzuweisen. Der Rezertifizierungsprozess, der weiterhin regelmäßig für die im Zeitraum von 2010 bis 2017 ausgebildeten Auditorinnen und Auditoren anstand, war mit einem hohen organisatorischen Aufwand verbunden. 24, der heute beim Medizinischen Dienst Sachsen tätigen Prüfer und Prüferinnen verfügen über eine TQM-Qualifikation.

Im Jahr 2017 wurde die Qualifizierung durch EQ-Zert durch eine Auditorenausbildung beim TÜV (QMA-TÜV Auditor) abgelöst. Die theoretische Ausbildung hier umfasste 15 Tage. Eine Rezertifizierung war für die QMA-TÜV-Auditorinnen und Auditoren nicht mehr erforderlich. Eine Qualifizierung zum TÜV-Auditor haben 18 der heute tätigen Prüfer und Prüferinnen erworben.

Zielgenaue, interne Ausbildung ist heute

Beide Qualifizierungsmaßnahmen, QMA-TÜV- und EQ-Zert-Auditorenausbildung, gaben den Teilnehmenden zwar einen breiten Überblick über den Bereich des DIN EN ISO basierten Qualitätsmanagements und die gängigen Zertifizierungsverfahren. Die für die Qualitätsprüfungen relevanten Themen waren allerdings

nur begrenzt bzw. gar nicht Gegenstand dieser Ausbildungen. Die intensive Suche nach einer für den Fachbereich Pflege QP gewinnbringenderen Qualifizierungsmaßnahme blieb ergebnislos. So entschied sich der Fachbereich mit Zustimmung des Vorstandes 2024 eine interne Auditorenausbildung zu konzipieren. Aufbauend auf der fachlichen Kenntnisvermittlung im Rahmen der Einarbeitung jeder / jedes Qualitätsprüfenden wurden bei der Konzeption der Auditorenausbildung bedarfsgenau Inhalte für eine Kompetenzerweiterung zur/zum „Auditorin / Auditor Pflege-Qualitätsprüfung Medizinischer Dienst Sachsen“ berücksichtigt.

In einer modular konzipierten Weiterbildung erlangen die Qualitätsprüfenden über die während der Einarbeitung vermittelten Grundlagen hinausgehende Kompetenzen. Zu nennen sind hierbei insbesondere ein übergreifendes Prozess- und Organisationsverständnis, eine erweiterte Beratungskompetenz, die Fähigkeit zur Problem- und Fehleranalyse, eine erweiterte Kommunikationskompetenz, d. h. die Fähigkeit konstruktiv, effektiv und bewusst zu kommunizieren und die Kommunikation auf die Ebene des jeweiligen Gesprächspartners anzupassen. Sie werden außerdem in ihrer Fähigkeit gestärkt, effektiv schriftliche gutachterliche Argumentationen zu erstellen. Die Auditorenausbildung des Medizinischen Dienstes Sachsen



greift somit zielgenau die für die Tätigkeit als Qualitätsprüfende/Qualitätsprüfender in Pflegeeinrichtungen mit Zulassung nach SGB XI und/oder SGB V erforderlichen Schwerpunkte auf.

Acht Module bis zum Auditor

Die Ausbildung ist modular aufgebaut und umfasst insgesamt einen zeitlichen Rahmen von 40 Stunden. Ergänzend hierzu findet auch im Rahmen des Mentorings die fachpraktische Einweisung und Anwendung der Themen im Rahmen der Qualitätsprüfungen statt. Die Überprüfung des Wissenserwerbs erfolgt modulbezogen in Wissenstests und im Rahmen von Hospitationen und Reviews der Prüfberichte. Die Wissenstests wurden an das interne Lernportal gekoppelt. Bei bestandener Prüfung generieren sich aus diesem die Modulzertifikate. Die modulbezogene Teilnahme wird zudem in einem mitgeltenden Modulzeugnis von den jeweiligen Referenten/Mentoren bestätigt, nach Absolvierung der insgesamt acht Module, einschließlich der erfolgreichen Teilnahme an den entsprechenden Tests, wird den Qualitätsprüfenden das Zertifikat „Auditorin/Auditor Pflege-Qualitätsprüfung Medizinischer Dienst Sachsen“ ausgehändigt.



Die Module umfassen folgende Themenschwerpunkte:

- Gesetzliche Grundlagen,
- die Rolle des Gutachters,
- Fachkompetenz Expertenstandards in der Pflege,
- Pflegeprozess und Dokumentation,
- die Rolle der am Prüfverfahren beteiligten Institutionen,
- Qualitätsmanagementsysteme im Überblick und Qualitätsmanagement in Pflegeeinrichtungen,
- professionelle Kommunikation in Prüfsituationen,
- Schreibwerkstatt: Effizientes Schreiben von Qualitätsgutachten.

Noch ein Plus: Nachhaltigkeit und Flexibilität

Bei der Umsetzung der Moduleinheiten kommen sowohl interne als auch externe Referenten zum Einsatz. Zudem bietet die modular konzipierte Weiterbildung die Möglichkeit einer bedarfsgerechten Planung der einzelnen Schulungsmodule, unabhängig von der Planung der weiteren Module. Darüber hinaus können einzelne Modulangebote als Fortbildungsangebot zum Wissenserhalt für Bestandsmitarbeitende genutzt werden. Neun Qualitätsprüfende konnten die 2024 begonnene Qualifizierungsmaßnahme im Jahr 2025 bereits erfolgreich abschließen. Sieben weitere Qualitätsprüfende haben die Qualifizierungsmaßnahme 2025 begonnen. Neben dem wichtigsten Ergebnis der Etablierung einer internen Auditorenausbildung, erzielten wir einen wesentlichen Nebeneffekt: Im Vergleich zur TÜV-Auditorenausbildung und unter Berücksichtigung aller Kosten (Fortbildungskosten, Personalausfallkosten) sparten wir 78 Prozent. Die finanziellen Ressourcen werden für andere wichtige Personalentwicklungsthemen verwendet.

Verlängerung des Prüfrhythmus nach § 114c SGB XI

Seit 2023 werden mit den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund nach § 114c Absatz 1 SGB XI zur Verlängerung des Prüfrhythmus (PruP-RiLi) Kriterien für ein hohes Qualitätsniveau definiert. Diese sind der Entscheidung der Landesverbände der Pflegekassen über eine Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf maximal zwei Jahre zu Grunde zu legen.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die an dem Indikatorenverfahren teilnehmen und die – gemessen an den Indikatorenergebnissen als auch an den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen – ein hohes Qualitätsniveau aufweisen, sollen im Sinne eines Bonus profitieren, indem sie nicht jährlich, sondern im Abstand von zwei Jahren einer Qualitätsprüfung durch die Prüfdienste unterzogen werden.

Die Regelungen der PruP-RiLi wurden im Jahr 2024 erstmals relevant. Hier waren es 122 vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die aufgrund des verlängerten Prüfrhythmus nicht geprüft worden waren. In Bezug auf die im Freistaat Sachsen zu diesem Zeitpunkt zugelassenen und am Indikatoren-Verfahren teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen entspricht dies einem prozentualen Wert von 17,1%.

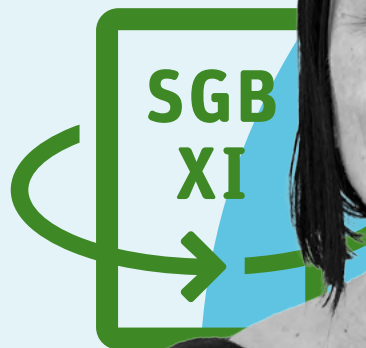
Neues Fortbildungsformat für einen bundesweit anerkannten Abschluss

Mit dem Zertifikatslehrgangs „SGB XI – 360° Expertise“ betrat der Fachbereich Pflege Einzelfallbegutachtung Neuland. Das neue Fortbildungsformat startete am 1. August 2025 und ist ein wichtiger Bestandteil zur Tarifvertragsumsetzung für die Überleitung der Pflegefachpersonen in der Pflegebegutachtung gem. §18 SGB XI (Ü-TV-P). Der Lehrgang stellt sicher, dass Pflegefachpersonen über das notwendige Fachwissen für die Pflege Einzelfallbegutachtung verfügen. Die bundesweit einheitliche Qualifizierung mit modularem Aufbau steht für eine strukturierte, qualitativ gesicherte Kompetenzentwicklung für Pflegefachpersonen der Medizinischen Dienste. Zentrales Anliegen ist ein Lernangebot, das Pflegefachpersonen aller Medizinischen Dienste in ihrer fachlichen, methodischen und persönlichen Handlungssicherheit stärkt. Der Zertifikatslehrgang dauert in der Regel 18 Monate und führt zu einem bundesweit anerkannten Abschluss als „MD-zertifizierte Pflegegutachterin©“/„MD-zertifizierter Pflegegutachter©“.

Teilnahmevoraussetzungen, Aufbau, Inhalte

Für die Teilnahme wurden verbindliche Mindestvoraussetzungen festgelegt, zum Beispiel die abgeschlossene oder weit fortgeschrittene Einarbeitung und mindestens 50 eigenstän-

dig und ohne Mentoring erstellte Produkte in der Pflegebegutachtung. Diese Anforderungen stellen sicher, dass der Lehrgang auf einem fundierten Erfahrungsstand aufbaut und gezielt die professionelle Weiterentwicklung fördert. Gleichzeitig berücksichtigt der Lehrgang regionale Unterschiede in der Einarbeitung, sodass trotz variierender Ausgangsbedingungen eine gemeinsame Qualifikationsbasis geschaffen wird.



Manuela Pick

Regionalleiterin West, Fachbereich Pflege Einzelfallbegutachtung

Das Curriculum des Lehrgangs umfasst die Bereiche Fach- und Methodenkompetenz, Selbst- und Sozialkompetenz, kommunikative Kompetenz sowie Lern- und Entwicklungskompetenz. Einzelne der insgesamt 21 Module sind zum Beispiel „Demenzsensible Begutachtung und Beratung“, „Gewalt in der Pflege“, „Long-/Post-COVID, ME/CFS (inkl. PEM) in der Pflegebegutachtung“, „Wertschätzende Kommunikation“. Das Curriculum besteht aus einem umfassenden Pflichtbereich und drei Wahlpflichtbereichen, in denen individuelle Schwerpunkte gesetzt werden können.

Flexibel und modern lernen

In 2025 stellten die Medizinischen Dienste das Curriculum fertig, erarbeiteten die Modul Inhalte, stimmten bundesweite Qualitätsstandards ab, entwickelten die Prüfungssystema-

tik und implementierten die Inhalte technisch in die Lernplattform des MD-Campus. 2025 und 2026 lag und liegt der Fokus auf einem erfolgreichen ersten Durchlauf des Lehrgangs. Geplant sind eine begleitende Evaluation, Modulweiterentwicklung anhand von Rückmeldungen, Sicherstellung einer einheitlichen Prüfungspraxis sowie die Vorbereitung der langfristigen Integration des Zertifikatslehrgangs in die regulären Qualifizierungsstrukturen der Medizinischen Dienste. Die modularen Lehrinhalte sind in unterschiedlichen Formaten konzipiert, darunter E-Learning, Blended-Learning-Elemente und Präsenzeinheiten. Der virtuelle Campus der Medizinischen Dienste bietet für alle Teilnehmenden eine zentrale, orts- und zeitflexible Oberfläche für Inhalte, Austauschformate, Lernfortschrittsdokumentation, Prüfungsmanagement und Qualitätsmonitoring.

Lehrgang ist Grundstein für Professionalisierung und Qualitätssicherung

Mit seiner Einführung und den klaren tariflichen sowie internen Regelungen zur Teilnahme schafft der Medizinische Dienst Sachsen die Grundlage für eine qualitativ hochwertige Pflegebegutachtung. Der schrittweise Einstieg neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach bestandener Probezeit und die freiwillige Teilnahmeoption für frühere Jahrgänge i. R. des Ü-TV-P setzt ein starkes Zeichen für das nachhaltige Engagement des Medizinischen Dienstes Sachsen für Qualität, Transparenz und Fachlichkeit in der Pflegebegutachtung und trägt damit wesentlich zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen bei.



Katja Jährig

Regionalleiterin Ost, Fachbereich
Pflege Einzelfallbegutachtung

Neue Mitarbeitende profitieren von optimierter, einheitlicher Einarbeitung

Die umfangreichen Erfahrungen der Personalakquise in 2024 waren für den Fachbereich ausschlaggebend, den internen Einarbeitungsprozess für neu eingestellte Pflegegutachterinnen und Pflegegutachter grundlegend zu überarbeiten und effizienter zu gestalten. Im Rahmen der Einarbeitung von über 50 Gutachtern zeigte sich, dass sich - trotz eines gelenkten Einarbeitungsplans - standortbezogen unterschiedliche Modalitäten etabliert hatten. Gleichzeitig entwickelte sich das Begutachtungsportfolio in den vergangenen Jahren kontinuierlich weiter, sodass die Einarbeitung um gesetzlich verankerte Inhalte wie strukturierte Telefoninterviews und Kinderbegutachtungen erweitert werden musste. Außerdem hatten sich aufgrund unterschied-

selbst deutlich verändert. Das Ziel war ein einheitliches, strukturiertes und effizientes Einarbeitungskonzept, das standortübergreifende Synergieeffekte nutzt.

Vorbereitungen in 2025

Anfang 2025 definierten Expertinnen des Fachbereichs konkrete, notwendige Arbeitsschwerpunkte und starteten die systematische Zusammenführung und Analyse der bestehenden Abläufe und Einarbeitungsdokumente aller Standorte. Unterarbeitsgruppen verantworteten die Entwicklung standortübergreifender, digitaler Vortragsformate und das grundlegend neue Konzept für den Einarbeitungsplan mit detaillierten Ablaufplänen für sämtliche relevanten Einarbeitungsanlässe. Im April begann eine erste Pilotphase, in der vier neue Mitarbeitende nach dem neuen Konzept eingearbeitet wurden. Ergänzend wurde im Lernportal ein Bereich mit allen Unterlagen eingerichtet. Die im Mai durchgeführte erste Evaluation der Pilotphase lieferte wertvolle Erkenntnisse, die zu gezielten Anpassungen einzelner Inhalte und Abläufe führten. So wurde der Umfang der theoretischen Einarbeitung erweitert, um Raum für kollegialen Austausch und angeleitetes Selbststudium zu schaffen. Zudem wurde die ursprünglich vorgesehene Anzahl von zwei Hospitationen pro Tag überprüft und zugunsten einer Hospitation pro Tag angepasst, weil es sich als ausreichend und praxismgerechter erwies.

Synergieeffekte helfen beim schnelleren Übergang in eigenständiges und erfolgreiches Arbeiten.

licher Qualifikationsprofile neuer Mitarbeiter sowie ihrer unterschiedlichen Erfahrungen mit Begutachtungstools und Dokumentationssystemen auch die Anforderungen an sie

Weitere Optimierungen und Übergang in den Regelbetrieb 2026

Im Juni fand ein standortübergreifender Mentorenaustausch statt, der durch eine Schulungseinheit zu didaktischen und methodischen Grundlagen ergänzt wurde, um die Qualität der Einarbeitungsbegleitung weiter zu stärken. In den Monaten Juli und August wurden zusätzliche Lernkontrollblätter im Lernportal implementiert und der neue Einarbeitungsplan verbindlich im QM-Handbuch des Medizinischen Dienst Sachsen verankert. Eine zweite Pilotierung erfolgte im Oktober und bezog erstmals auch neue Mitarbeitende aus dem Fachbereich Pflege Qualitätsprüfung ein. Die Evaluation dieser Pilotphase wurde durch einen standardisierten Fragebogen unterstützt und ermöglichte die Identifikation weiterer Optimierungspotenziale. Auf dieser Basis wurde das Konzept finalisiert und der Einarbeitungsprozess ergänzend dazu im QM-Handbuch transparent und übersichtlich visualisiert. Im Dezember präsentierte die Arbeitsgruppe ihre Arbeitsergebnisse. Der Übergang in den Regelbetrieb wurde im Januar 2026 vollzogen, sodass der Einarbeitungsprozess ab diesem Zeitpunkt verbindlich zur Anwendung kommt.

Alle profitieren vom neuen Konzept

Gleichzeitige Fachvorträge, Schulungen per Video an allen Standorten durch eine erfahrene Mentorin bzw. einen Mentor, einheitliche, digitale Unterlagen und Lernformate für einen gemeinsamen Wissensstand und standardisierte Einarbeitungsmodule sind Beispiele für den effizienteren Prozess und genutzte Synergieeffekte. Standortunabhängige Formate befördern den Austausch über Standortgrenzen hinweg. So entwickeln neue Mitarbeitende frühzeitig ein fachliches Netzwerk. Durch den standardisierten Ablauf wissen sie immer, welche Inhalte wann vermittelt werden, welche Kompetenzen sie schrittweise erwerben sollen und wer Ihnen fachliche oder organisatorische Fragen beantwortet. Die klar strukturierte, transparente und verlässliche Einarbeitung gibt ihnen von Beginn an eine starke Orientierung und entlastet gleichzeitig auch die schon länger tätigen Mitarbeiter. Die miteinander kombinierte theoretische Einführung, praxisnahe Hospitation und begleitete Austauschformate ermöglichen einen sicheren, kontinuierlichen Kompetenzaufbau, reduzieren Überforderung und unterstützen einen schnellen Übergang in eigenständiges, erfolgreiches Arbeiten.



Internes

BBZ Leipzig

BBZ Bautzen

BBZ Dresden

BBZ Chemnitz

BBZ Zwickau

BBZ : Beratungs- und Begutachtungszentrum

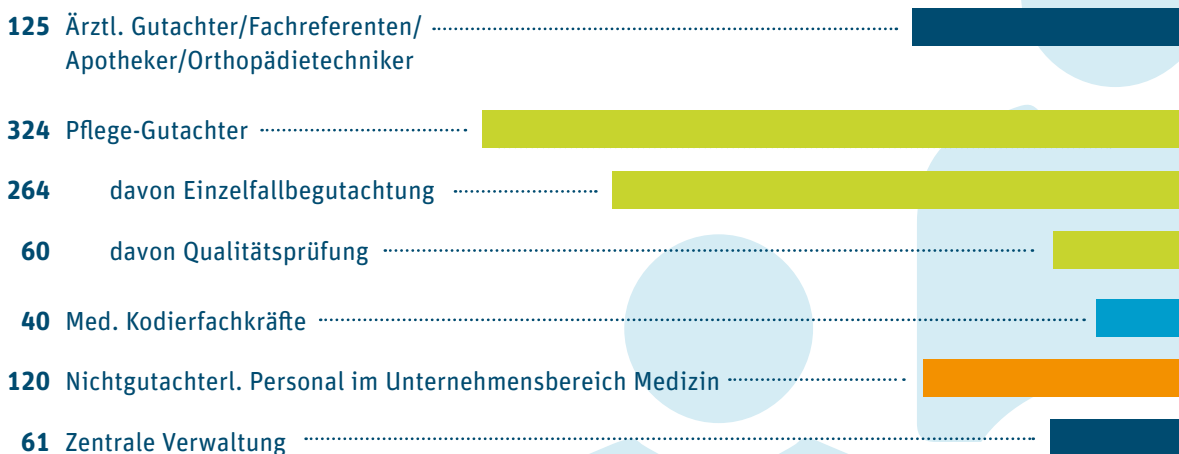
2025 arbeiten **62**
Mitarbeitende mehr beim
Medizinischen Dienst Sachsen
als 2020.



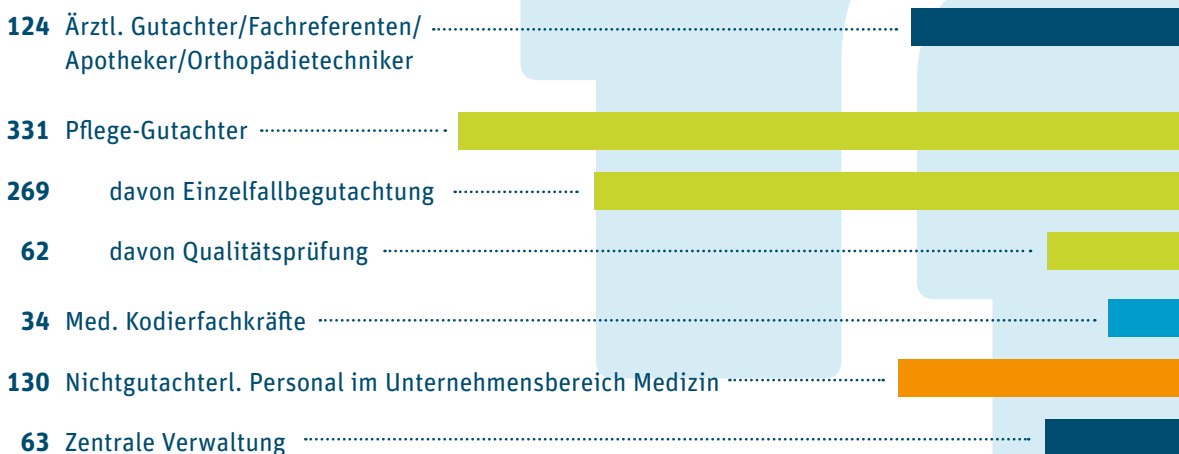
Mitarbeitende

Zum 31.12.2024 beschäftigte der Medizinische Dienst Sachsen insgesamt 670 Mitarbeitende und zum 31.12.2025 insgesamt 682 Mitarbeitende.

2024 Mitarbeitende insgesamt 670



2025 Mitarbeitende insgesamt 682



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 Jahresrechnungen 2024 und 2025 wurden durch die BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft geprüft. Die quartalsweisen Umlagezahlungen basieren auf der amtlichen Mitgliederstatistik KM6 der Krankenkassen im Freistaat Sachsen.

Mitgliederentwicklung 2024/2025	Stichtag 01.07.24	Stichtag 01.07.25	Delta
Mitglieder nach KM6	2.982.220	2.981.827	-393
Umlageentwicklung	Haushalt 2024	Haushalt 2025	Erläuterung
Umlage	64.916 T€	72.264 T€	
Pro-Kopf-Umlage	21,77 €	24,23€	Umlage-Neuberechnung Basis Mitglieder nach KM6 des Haushaltsjahres

Ergebnisrechnung	2024	2025
Einnahmen	65.205,0 T€	72.459,1 T€
davon aus Umlagen	64.916,0 T€	72.264,0 T€
Ausgaben	64.967,3 T€	70.375,0 T€
davon Persönliche Verwaltungskosten	50.316,3 T€	54.380,8 T€
davon Sächliche Verwaltungskosten	8.690,8 T€	9.196,6 T€
davon Sonstige Kosten	5.960,2 T€	6.797,6 T€
Überschuss der Einnahmen	237,7 T€	2.084,1 T€
Investitionen	1.127,8 T€	743,2 T€

Vermögensrechnung	2024	2025
Bilanzsumme	12.013,0 T€	23.380,5 T€

Kapitalkonten	2024	2025
Betriebsmittel	4.740,4 T€	7.044,6 T€
Verwaltungsvermögen	1.927,0 T€	1.706,9 T€
	6.667,4 T€	8.751,5 T€

Als eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist für den Medizinischen Dienst Sachsen wirtschaftliches Verwaltungshandeln selbstverständlich. Die Jahresabschlüsse zeigen diese erfüllten Ziele.

Dafür gilt allen Mitarbeitenden Dank.

Tätigkeitsschwerpunkte der Unabhängigen Ombudsperson

Ziel der Tätigkeit der Unabhängigen Ombudsperson ist es, die Rechte von Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen zu stärken. Als Ansprechpartner für die Versicherten und die Beschäftigten des Medizinischen Dienstes behandelt die Unabhängige Ombudsperson alle Meldungen und Informationen vertraulich. Sie ist frei von Weisungen, nur den rechtlichen Vorgaben und ihrem Gewissen unterworfen und ein wichtiges ergänzen-

des Element des Beschwerdemanagements im Medizinischen Dienst Sachsen. Einmal jährlich berichtet sie über häufig auftretende oder systemimmanente Probleme sowie ggf. Beeinflussungsversuche dem Vorstand und dem Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Sachsen sowie dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Gesellschaftlichen Zusammenhalt als der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Eingaben von Versicherten

Kontaktaufnahmen (Zahl der Versicherten, die sich an die UOP wandten*)	2024	2025
Insgesamt	501	532
davon Allgemeine Sozialmedizin	250	252
davon Bereich Pflege	239	280

Häufigste Beschwerdeanlässe

Allgemeine Sozialmedizin	2024	2025
nicht befürwortete Hilfsmittel	54	66
abgelehnte Reha-Maßnahmen	68	80

Häufigster Grund für Eingaben

2024 und 2025: Art und Weise der Begutachtung

*auch zu anderen Themen als Allgemeine Sozialmedizin und Pflege



Die detaillierten Tätigkeitsberichte der Unabhängigen Ombudsperson finden Sie online unter:

www.md-sachsen.de/ueber-uns/unabhaengige-ombudsperson.

Impressum

Herausgeber

Medizinischer Dienst Sachsen K.d.ö.R.
Am Schießhaus 1, 01067 Dresden
0351 80005-0
info@md-sachsen.de
www.md-sachsen.de

V.i.S.d.P.

Dr. Ulf Sengebusch und Dr. Sylvia Fritsch, Vorstand des Medizinischen Dienstes Sachsen

Redaktion

Corinna Thamm, Medizinischer Dienst Sachsen

Autorinnen, Autoren, Mitwirkende

Jürgen Schmidt, Rolf Steinbronn, Micaela Schwanenberg, Lars Müller, Dr. Jana Hiebsch,
Doreen Rongen, Peggy Bobe, Dr. Lutz Bachmann, Petra Starke, Diana Wilde, Maike Töpfer,
Ulrike Becher, Katja Jährig, Manuela Pick, Bianca Sindzinski, Bernhard Holfeld, Frank Elchlep

Titelbild

fountain studio

weitere Bilder

Medizinischer Dienst Bund,
Medizinischer Dienst Sachsen,
Anke Wolten-Thom

Gestaltung

fountain studio

Druck

Lößnitz Druck

Stand: Mai 2026

