



Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

Gemeinsam für eine starke und
zukunftsste Gesundheitsversorgung

Zahlen. Daten. Fakten.

JAHRESBERICHT 2025

Inhalt

3 Vorwort

7 Auf einen Blick

Zahlen, Daten und Fakten zur Versorgung
in Sachsen-Anhalt

9 Wir 2025

Der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt 2025:
Digitalisierung und Gesundes Arbeiten im Fokus

13 Medizin

- 16 Arbeitsunfähigkeit
- 21 Arzneimittel
- 22 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)
- 23 Häusliche Krankenpflege
- 23 Heilmittel
- 24 Hilfsmittel
- 25 Rehabilitation und Vorsorge
- 26 Sonstige Begutachtungen
- 27 Krankenhausversorgung
- 31 Außerklinische Intensivpflege

34 Pflege

- 35 Gesamtüberblick 2025
- 38 Pflegebegutachtung
- 46 Qualitätsprüfungen

50 Behandlungs- & Pflegefehler

Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler:
Gutachten und Ergebnisse

51 Erstattungsansprüche

Sozialmedizinische Empfehlungen zu
Erstattungsansprüchen

- 52 Impressum

Einleitung

Zwischen Stabilität und Moderne

Die Arbeit des Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt basierte auch im Jahr 2025 auf einer engen, konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Vorstand und Verwaltungsrat. In diesem Rahmen werden zentrale fachliche und strategische Fragestellungen gemeinsam beraten, Positionen entwickelt und die Umsetzung im Sinne einer qualitativ hochwertigen, unabhängigen und zukunftsorientierten Aufgabenerfüllung abgestimmt.

Warum ist dieser Austausch für Sie als Vorstandsvorsitzenden wichtig?

Jens Henicke: Unsere Aufgaben sind kontinuierlich von Veränderungen betroffen, zum Beispiel durch neue Gesetze oder Richtlinien. Deren Umsetzung sollte die Bevölkerungsgruppen berücksichtigen, die davon berührt werden. Unter anderem genau dabei helfen uns die ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertreter in unserem Verwaltungsrat.

Frau Gemmer, im letzten Jahr haben Sie als Verwaltungsratsvorsitzende in einem Video auf LinkedIn einen sehr persönlichen Einblick zu diesem Ehrenamt gegeben. Wieso haben Sie sich auf diesen neuen Weg begeben?

Traudel Gemmer: Wie Herr Henicke schon verdeutlicht hat, ist die Selbstverwaltung weit mehr als ein institutionelles Prinzip: Sie ist Ausdruck gelebter Demokratie. Im Gesundheitswesen bedeutet das, Verantwortung für Versorgung, Qualität und Solidargemeinschaft zu übernehmen. Also Themen, die für uns alle von großer Bedeutung sind und für die wir uns ehrenamtlich, unabhängig und mit einem klaren Blick auf das Gemeinwohl engagieren. Das wollen wir auch über neue Kommunikationsformate in den sozialen Medien sichtbar machen. Einerseits, um das Ehrenamt im Gesundheitswesen zu erklären und andererseits, um Menschen für dieses bedeutungsvolle Engagement zu gewinnen.

Die Selbstverwaltung ist Ausdruck gelebter Demokratie. Im Gesundheitswesen bedeutet das, Verantwortung für Versorgung, Qualität und Solidargemeinschaft zu übernehmen.



Helge Lewerenz,
Verwaltungsrat,
Jens Henicke, Vorstand
und Traudel Gemmer,
Verwaltungsrat (v. l.)

Unsere Aufgaben sind kontinuierlich von Veränderungen betroffen, zum Beispiel durch neue Gesetze oder Richtlinien.



Jens Hennicke
Vorstandsvorsitzender
Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

Begegnen Sie damit auch dem Rechtfertigungsdruck, unter dem sich das korporatistische System immer wieder sieht, Herr Lewerenz?

Helge Lewerenz: Diskussionen um föderale Strukturen, bei den Medizinischen Diensten oder andernorts im Gesundheitswesen sowie in anderen Bereichen, zeigen, dass Effizienz und Steuerungsfähigkeit regelmäßig hinterfragt werden. Das ist legitim und gut. Strukturen dürfen kein Selbstzweck sein. Zentralisierung und das Überwinden von ineffizienten Sektorengrenzen sind ohne Frage der Motor eines zukunftsfesten Gesundheitssystems. Derartige Veränderungen sind sinnvoll, wenn dadurch Versorgung einfacher, qualitativ hochwertig und zugleich bezahlbar wird. Ziele, die wir mit unserer ehrenamtlichen Tätigkeit in der Selbstverwaltung unterstützen. Doch die Umsetzung sollte gut durchdacht sein, da immer neue Regelungsvorschriften Ausdruck einer Bürokratie sind, die innovative Entwicklungen ausbremst.

Entbürokratisierung war im vergangenen Jahr ein Thema, das der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt insbesondere mit dem Kooperationsbündnis Pflege aktiv gefördert hat. Dokumentation und Qualitätsprüfung bleiben aber, oder?

Jens Hennicke: Auf jeden Fall. Beides hat ja wie die Bürokratie an sich eine wichtige Schutzfunktion, die dafür sorgt, dass Gesetze und Regeln einheitlich und nachvollziehbar angewendet werden. Außerdem sind Standards wichtig, um Qualität zu sichern. Der Fokus liegt vielmehr auf dem Ausmaß.

Traudel Gemmer: Genau. Im Mittelpunkt stand dafür die strukturierte Informationssammlung nach dem Strukturmodell. Dieses praxiserprobte System fokussiert bei der Darstellung des Pflegeprozesses in den Einrichtungen das Wesentliche: die individuelle und bedarfsgerechte Versorgung und die Fachlichkeit der Mitarbeitenden.

Helge Lewerenz: Hierzu wurden hilfreiche Informationsvideos erstellt und Online-Schulungen für die Pflegeeinrichtungen im Land angeboten. Ein Vorgehen, das ganz im Sinne der bundesweiten Initiative zur Reduzierung des Dokumentationsaufwands in Pflegeeinrichtungen stand.

In diesem Zusammenhang sind digitale Lösungen sicher genauso vorteilhaft wie in anderen Bereichen?

Helge Lewerenz: Davon ist auszugehen. Viele Prozesse lassen sich digital vereinfachen oder sogar automatisieren. Das kann Fehler minimieren und Zeit einsparen, die dann zum Beispiel für die Pflege oder Betreuung der Menschen genutzt werden kann. Übergreifend lässt sich dadurch auch schneller und leichter kommunizieren, etwa mit Ärzten oder Angehörigen. Das kann wiederum ein Zeitgewinn sein.

Jens Hennicke: Das zeigt ganz gut, warum Digitalisierung in der Pflege und in anderen Bereichen

Versorgung sollte weniger in Sektoren, sondern mehr aus Sicht der Patientinnen und Patienten gedacht werden.

des Gesundheitswesens eine Schlüsselrolle einnimmt: Herausforderungen werden adressiert und Möglichkeiten eröffnet. Die Lösungen sollten natürlich nutzerfreundlich konzipiert und flächendeckend verfügbar beziehungsweise angebunden und sicher sein.

Traudel Gemmer: Die konsequente Vernetzung der Versorgung bleibt ein zentrales Zukunftsthema. Moderne Technologien, digitale Anwendungen und eine bessere Zusammenarbeit zwischen Arztpraxen, Krankenhäusern, Notaufnahmen, Heilmittel- und Rehabilitationsanbietern bilden aus Sicht des Verwaltungsrates die Grundlage für ein resilientes, krisenfestes Versorgungssystem.

Helge Lewerenz: Digitale Lösungen tragen außerdem dazu bei, dass das System mit den vorhandenen finanziellen Mitteln besser auskommt, anstatt die Beiträge für Versicherte und Arbeitgeber immer weiter in die Höhe zu treiben.

Frau Gemmer, Sie sagten, die konsequente Vernetzung der Versorgung ist ein zentrales Zukunftsthema. Was genau meinen Sie damit?

Traudel Gemmer: Versorgung sollte weniger in Sektoren, sondern mehr aus Sicht der Patientinnen und Patienten gedacht werden. Sozialrechtliche Unterscheidungen nach Arztpraxis und Krankenhaus, Akutmedizin und Rehabilitation oder gar Pflege- und Krankenkasse sind für Patientinnen und Patienten irrelevant und bedeuten oft unverständliche Antragsverfahren, lange Wartezeiten oder holprige Übergänge von einem Behandler zum anderen.

Helge Lewerenz: Als Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes betreffen uns alle Schnittstellen und Sektorengrenzen. Mit diesem übergreifenden, neutralen Blick können und wollen wir helfen, Grenzen zu überwinden und Versorgung zu sichern.

Jens Hennicke: Wir wissen, dass Sektoren in der Versorgung hemmen und in der Abrechnung

ebenfalls zu Problemen führen können. Statt nach Sektoren zu planen, zu vergüten und zu behandeln wäre eine Versorgungsplanung von Vorteil, bei der die Krankenhaus- und Kassenärztliche Planung sektoren- wie länderübergreifend in Versorgungszentren verschiedener Stufen/Level vernetzt wird, bis hin zu Kooperationen für einen effizienten Einsatz von Ressourcen.

Quasi nach dem Prinzip der Krankenhausreform, nur noch weiter gefasst?

Jens Hennicke: Ja. Erste Tendenzen in diese Richtung finden sich in der Krankenhausreform zum Beispiel mit den Level-1i-Krankenhäusern oder sektorenenunabhängigen Fallpauschalen.

Ist das Thema schon in der Umsetzung?

Helge Lewerenz: Der Medizinische Dienst hat im letzten Jahr die Prüfungen der Leistungsgruppen vorbereitet. Die Voraussetzung für



Traudel Gemmer
Alternierende
Verwaltungsratsvorsitzende
Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

Die Pflegegutachterinnen und -gutachter der Medizinischen Dienste können und sollten auf Grundlage der individuellen Situation der antragstellenden Person selbst entscheiden können, welcher Umsetzungsweg sich für die Begutachtung am besten eignet.



Helge Lewerenz
Alternierender
Verwaltungsratsvorsitzender
Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

eine einheitliche Durchführung hatte der Medizinische Dienst Bund mit der LOPS-Richtlinie geschaffen, in der die Ausgestaltung und Umsetzung des Prüfverfahrens geregelt sind.

Jens Hennicke: Die LOPS-Richtlinie ist gleichzeitig die Grundlage für unsere OPS-Strukturprüfungen. Zum Teil werden dieselben Unterlagen als Nachweise benötigt wie für die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen. Beide Prüfungen zu verbinden ist also absolut sinnvoll. Durch einen einheitlichen Prüfzeitraum für beide können beispielsweise Dienstpläne für die Prüfungen mehrerer OPS-Kodes und für Leistungsgruppenprüfungen genutzt werden. Ein Großteil der vorhandenen Unterlagen kann zudem mehrjährig genutzt werden, zum Beispiel Nachweise über fachliche Erfahrungen und abgeschlossene Ausbildungen oder Gerätenachweise.

Traudel Gemmer: Das Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pfl-

ge geht ja in eine ähnliche Richtung und sieht vor, die Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes und die Prüfungen der Heimaufsicht enger zu verzahnen.

Gut, dass Sie hierauf zu sprechen kommen, Frau Gemmer. Allerdings ist das nur ein wichtiger Punkt des Gesetzes, oder?

Traudel Gemmer: Absolut. Der wichtigste ist, dass die Kompetenzen von Pflegefachpersonen erweitert werden.

Jens Hennicke: Wobei in diesem Zusammenhang die freie Wahl der Begutachtungsform die Kompetenz unserer Pflegefachpersonen aufgewertet hätte.

Helge Lewerenz: Das sehen wir im Verwaltungsrat genauso. Die Pflegegutachterinnen und -gutachter der Medizinischen Dienste können und sollten auf Grundlage der individuellen Situation der antragstellenden Person selbst entscheiden können, welcher Umsetzungsweg sich für

die Begutachtung am besten eignet und ob die Begutachtung als Hausbesuch, als Telefoninterview oder per Videotelefonie durchgeführt wird. Auf diese Weise können die Gutachterinnen und Gutachter die individuellen Gegebenheiten in jedem Fall besser berücksichtigen und unnötige Belastungen für Versicherte reduzieren.

Traudel Gemmer: Abgesehen davon sehe ich hier die fachliche Kompetenz und Neutralität zur Beratung pflegender Angehöriger. Das würde ambulante Pflegedienste entlasten und vom Zwiespalt zwischen kritischen Anmerkungen und einer Serviceorientierung befreien, die sie als Pflegediensleister einnehmen.

Jens Hennicke: Beratungen und Begutachtungen müssen unabhängig und interessenfrei bleiben. Nur so wird die Qualität der Versorgung gesichert.

Vielen Dank für Ihre Zeit und die offenen Worte.

Auf einen Blick

2.125.359 Mio.

Menschen leben in Sachsen-Anhalt

(1.081.985 weiblich,
1.043.374 männlich).¹



2 Mio.

Menschen sind gesetzlich krankenversichert.²

Sachsen-Anhalt weist im Ländervergleich den höchsten Anteil gesetzlich Versicherter an der Gesamtbevölkerung auf.

983.900 Personen sind erwerbstätig.³



Der **Krankenstand** im Land liegt **über dem Bundesdurchschnitt** von 6,4 %.⁴

204.236

Pflegebedürftige in Sachsen-Anhalt

(mehr als jede 9. Person)⁶

- **104.853** erhalten Pflegegeld
- **47.012** versorgt durch Betreuungs-/Pflegedienste
- **28.258** im Pflegeheim (dauerhaft o. Kurzzeitpflege)



44 Krankenhäuser mit 53 Standorten sind in der Landesplanung erfasst.⁵



756 Pflegeheime inklusive Tages- und Kurzzeitpflegen sowie Hospize plus **650 ambulante Pflegedienste** helfen den Pflegebedürftigen im Land.⁷



Mit **durchschnittlich 48,3 Jahren** sind die Menschen in Sachsen-Anhalt am ältesten in ganz Deutschland.

Mehr als jede vierte Person (27,8 %) ist über 65 Jahre alt.⁸

Das Durchschnittsalter aller Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands lag bei 44,9 Jahren. In Sachsen-Anhalt gab es zudem die meisten älteren Menschen im Verhältnis zu Jüngeren: Auf 100 Menschen zwischen 20 und 64 Jahren kamen dort 51,9 Personen ab 65 Jahren.

¹ Pressemitteilung Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt: Bevölkerung nach Geschlecht und Gemeinden am 30.06.2025 (Basis Zensus)

² Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt. News vom 24.10.2024. Zahl der Woche: 2 Mio. gesetzlich Krankenversicherte

³ Pressemitteilung Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt: Erwerbstätigkeit in Sachsen-Anhalt im II. Quartal 2025 um 0,5 % gesunken

⁴ Die Techniker, Pressemeldung aus Sachsen-Anhalt vom 12.08.2025: Krankenstand in Sachsen-Anhalt über Bundeswert

⁵ Thieme kma Online: Aktuelles, Politik, Sachsen-Anhalt setzt bei Krankenhausreform auf Kooperation mit Kliniken, Petra Grimm-Benne, Sachsen-Anhalts Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

⁶ Statisches Landesamt Sachsen-Anhalt. News vom 18.12.2024. Pflegebedürftigkeit in den letzten 10 Jahren mehr als verdoppelt

⁷ Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt. Themen. Bildung, Sozialleistungen, Gesundheit. Gesundheitswesen. Berichte Gesundheit. Tabellen Gesundheit. Gesetzliche Pflegeversicherung: Ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeheime, Pflegegeldempfänger

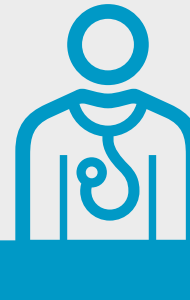
⁸ MDR. Nachrichten. Deutschland. Gesellschaft. Statistik zum Bevölkerungsalter vom 23.09.2025: Durchschnittsalter der Bevölkerung nach Bundesland



237.267 sozialmedizinische und pflegfachliche Empfehlungen des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt unterstützten 2025 die Versorgung der Menschen im Land.

113.962

sozialmedizinische
Empfehlungen für die
Krankenversicherung



72.726 im ambulanten Bereich
(z. B. Rehabilitation und Arbeitsunfähigkeit)

41.236 im stationären Bereich
(Krankenhausversorgung)

außerdem:

464 Strukturprüfungen und
33 Qualitätskontrollen im Krankenhaus

123.305

pflegfachliche
Empfehlungen für die
Pflegeversicherung



114.771
Pflegebegutachtungen

außerdem:

1.358 Qualitätsprüfungen
in ambulanten und (teil-)stationären
Pflegeeinrichtungen

Der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt

Wir 2025

415*

Mitarbeiterinnen und
Mitarbeiter engagierten sich
2025 im Medizinischen
Dienst Sachsen-Anhalt für
eine gute Versorgung.

415* Mitarbeiterinnen und
Mitarbeiter im Medizinischen
Dienst Sachsen-Anhalt, davon
waren ...

- 180 Pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter
- 83 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gutachtenservice
- 80 Ärztinnen und Ärzte
- 49 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Verwaltung
- 16 Medizinische Kodiererinnen und Kodierer
- 4 Nichtärztliche Gutachterinnen und Gutachter wie z. B. Orthopädiemechaniker*in oder Apotheker*in
- 3 Auszubildende (davon 1 Umschüler)

*Das entspricht 376,84 Vollzeitstellen
(Stand 31.12.2025)

Geschäftsbereich Service

Digitalisierung und Gesundheit im Fokus



Alle im Unternehmen eingehenden Rechnungen bearbeiten wir seit 2025 rein digital. Dadurch ist sowohl ein zügiges Bearbeiten als auch ein platzsparendes und rechtssicheres Archivieren möglich. Außerdem reduziert das digitale Vorgehen den Verbrauch von Papier, was ganz im Sinne der Nachhaltigkeit ist.

Die Inventur unserer Geräte haben wir mit dem Einsatz von RFID (Radio Frequency Identification) neu ausgestaltet. Bei diesem Verfahren wird ein elektronisches Etikett (Tag) als Transponder auf das Gerät geklebt und kann dann mit einem Lesegerät kontaktlos gescannt werden.

„Insgesamt beschleunigen wir unsere Inventur damit ordentlich, weil wir die zum Teil sehr langen Nummern nicht mehr ablesen und notieren müssen.“

Marlene Eilert,
Verwaltungsmitarbeiterin im
Fachbereich Dienstleistungen

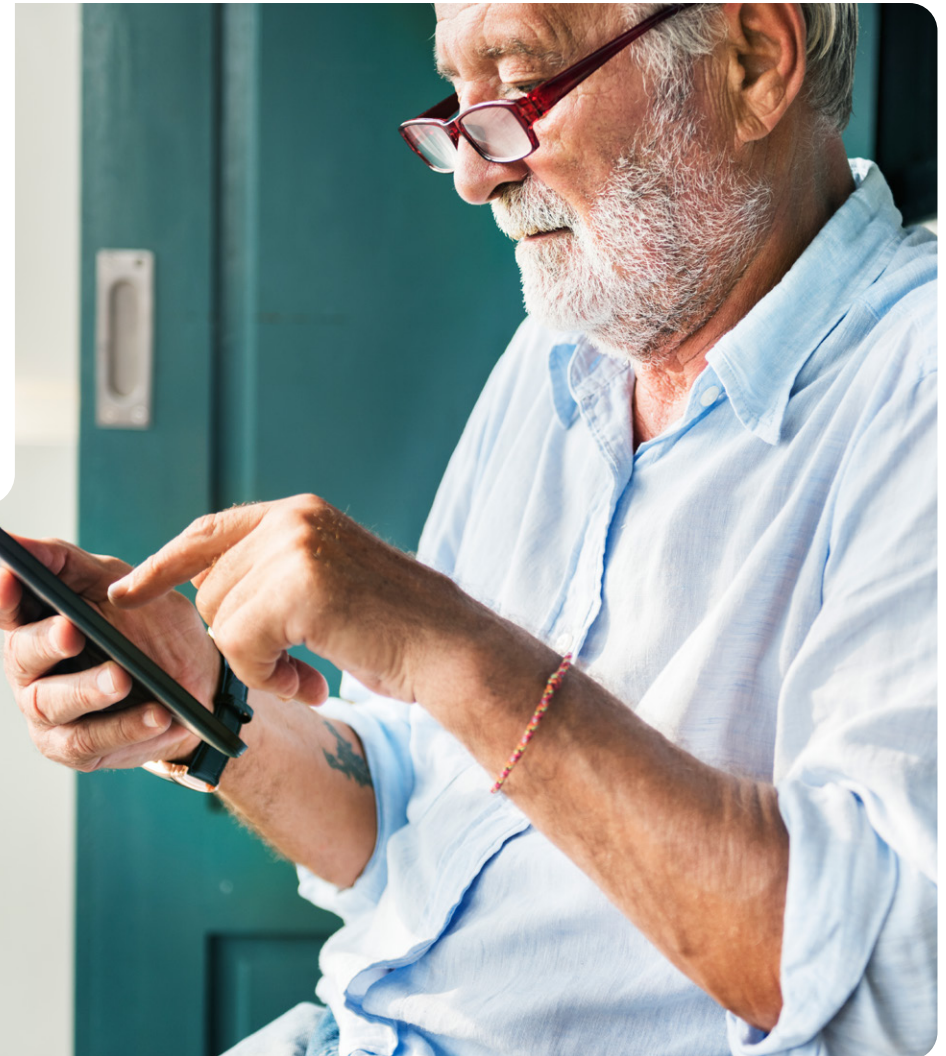


Neuer SMS-Service etabliert

Damit wir zur Pflegebegutachtung mit den Menschen zum geplanten Termin in den Austausch gehen können bzw. noch rechtzeitig informiert werden, dass ein geplantes Gespräch verschoben werden muss, haben wir einen neuen Service etabliert: Terminerinnerungen per SMS.

Der zusätzliche Hinweis auf den geplanten Termin ist immer dann besonders hilfreich, wenn ein Anmeldeschreiben auf dem Postweg zu lange unterwegs ist, verloren geht oder an eine veraltete Adresse versandt wurde.

Im Jahr 2025 haben wir das Thema Gesundes Arbeiten wieder in den Mittelpunkt gerückt. Hierzu haben wir unter anderem eine Umfrage zur psychischen Gefährdungsbeurteilung durchgeführt, Seminare zur Stärkung der mentalen Gesundheit angeboten und Gesundheitstage ermöglicht, die neben Stress- und Körperanalyse (BIA-Messung) auch Tipps zur gesunden Ernährung boten.

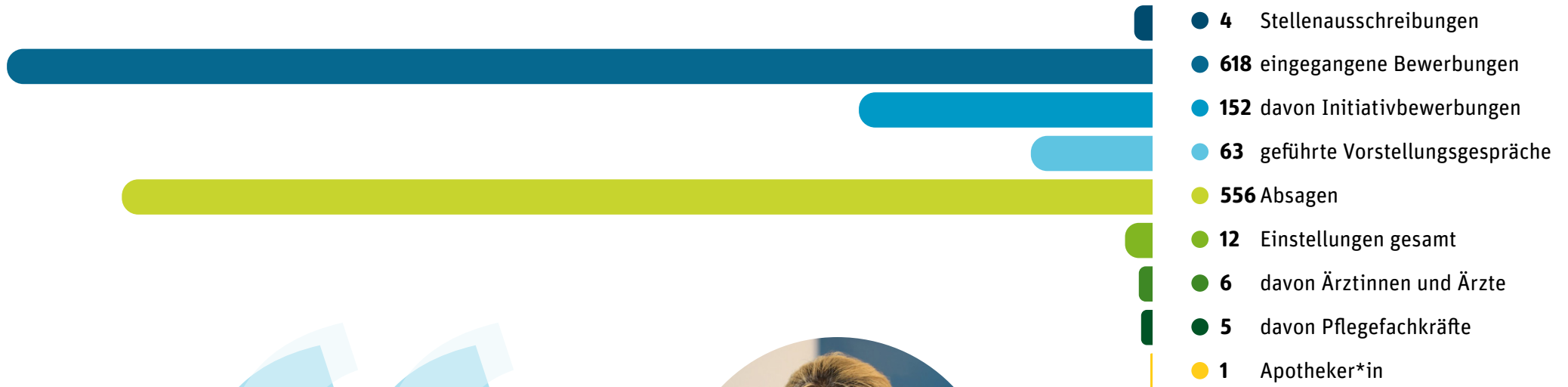


„Natürlich können wir das nur realisieren, wenn eine Handynummer im Auftrag hinterlegt ist. Die Menschen finden das aber schon richtig toll.“

Nicole Kurze,
Mitarbeiterin im Gutachtenservice im
Fachbereich Auftragsmanagement



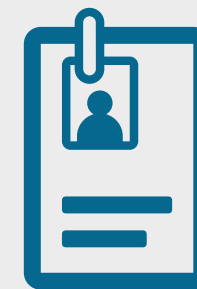
Recruiting 2025



Alle Angaben in Vollzeitstellen

„Bei den Stellenausschreibungen sind die fachlichen Anforderungen hoch. Geeignete Fachkräfte für die Begutachtungen zu finden und zu halten, ist daher herausfordernd. Zum Glück haben wir Kolleginnen und Kollegen, die mit freiwilliger Mehrarbeit helfen, fehlende Fachkräfte zu kompensieren.“


Jennifer Pauluth, Referentin Personal
im Fachbereich Personal/Finanzen



618

Bewerbungen sind 2025
beim Medizinischen
Dienst Sachsen-Anhalt
eingegangen.

Medizinische Versorgung



**Unser Beitrag für gute
(sozial)medizinische
Versorgung und
Behandlungsqualität
in Sachsen-Anhalt**

Sozialmedizinische Empfehlungen



113.962
ärztliche
sozialmedizinische
Empfehlungen

113.962 sozialmedizinische Empfehlungen hat das Team des Geschäftsbereiches Medizin in 2025 in den folgenden Bereichen gegeben:

- **38.976** Krankenhausabrechnungen
- **25.980** Arbeitsunfähigkeit
- **20.435** Hilfsmittel
- **13.843** Vorsorge/Rehabilitation
- **4.000** Sonstige Begutachtungen (z.B. Kryokonservierung, Kieferorthopädische Behandlungen oder geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus)
- **2.382** Arzneimittel
- **2.277** Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)
- **2.210** Häusliche Krankenpflege
- **765** Heilmittel
- **834** Behandlungsfehler/Erstattungsansprüche
- **2.260** weitere Krankenhausleistungen (z. B. ambulante Operationen im Krankenhaus)

Starke Expertise im Team

Die Qualität unserer Arbeit basiert auf der Kompetenz und dem Know-how unserer Mitarbeitenden. Fundierte fachliche Qualifikationen sind dabei sowohl Voraussetzung für verlässliche Ergebnisse als auch Basis für das Vertrauen in unsere Leistungen. Gerade im dynamischen Wandel ermöglicht dies, komplexe Anforderungen sicher zu bewältigen und Verantwortung bewusst zu übernehmen. Die freiwillige Bereitschaft vieler Kolleginnen und Kollegen, sich über das erwartete Maß hinaus einzubringen, trägt darüber hinaus wesentlich zum gemeinsamen Erfolg bei. Dieses Engagement stärkt die Zusammenarbeit, fördert Innovation und kommt letztlich den Menschen zugute, für die wir tätig sind.

80 Ärztinnen und Ärzte im Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt mit breiter Fachkompetenz, davon ...

30 mit Zusatzweiterbildung Sozialmedizin

8 in der Weiterbildung Sozialmedizin

2 mit Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

2 mit Zusatzbezeichnung Ärztliches Qualitätsmanagement



Arbeitsunfähigkeit

Deutschland hat nach Angaben des Statistischen Bundesamts (Destatis) die älteste Arbeitsbevölkerung in der Europäischen Union (EU). Knapp ein Viertel (24,0 %) der Erwerbstätigen war im Jahr 2024 zwischen 55 und 64 Jahre alt. Eine Tatsache, die sich beim Thema Arbeitsunfähigkeit natürlich erheblich auswirkt. Wenn eine Arbeitsunfähigkeit länger andauert, können die Einschätzungen der Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes dabei helfen, die Arbeitsfähigkeit von Patientinnen und Patienten wiederherzustellen bzw. zu erhalten. Mit ihrem Wissen über die verschiedenen Schnittstellen im Versorgungssystem können sie beispielsweise Therapie- oder Rehabilitationsmaßnahmen empfehlen, um die aktuelle Behandlung zu unterstützen.



25.980

sozialmedizinische
Empfehlungen zu
Arbeitsunfähigkeiten

25.980 sozialmedizinische Empfehlungen zu Arbeitsunfähigkeiten wurden gegeben. Aus sozialmedizinischer Sicht ergaben sich ...

- **42,0 %** auf Zeit arbeitsunfähig
- **3,3 %** nicht weiter arbeitsunfähig
- **5,5 %** auf Dauer arbeitsunfähig
- **4,5 %** sonstiges Ergebnis, wie z. B. Aussagen zum Leistungsbild; Beurteilung zur Einleitung von Reha-Maßnahmen
- **25,3 %** weitere Bearbeitung notwendig
- **6,2 %** Erwerbsfähigkeit ist erheblich gefährdet.
- **6,2 %** Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor.
- **7,1 %** Erwerbsfähigkeit ist weder gefährdet noch gemindert.

Arbeitsunfähigkeit

Jedes Gutachten orientiert sich an den **Fragestellungen der Krankenkasse:**



- **57,01 %** Frage zur AU-Dauer
- **25,24 %** Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V
Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation
- **10,02 %** Fragen zum Leistungsbild
- **3,07 %** Zweifel des Arbeitgebers an einer Arbeitsunfähigkeit
- **2,23 %** Stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V
- **1,13 %** Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten
- **0,65 %** Sicherung des Behandlungserfolgs
- **0,39 %** Sonstige Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit
- **0,26 %** Arbeitsunfähigkeit bei Leistungsempfängern aus dem SGB II

Die Gründe für eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit können ganz unterschiedlich sein. 2025 war der **prozentuale Anteil der zugrundeliegenden Diagnosen nach den ICD-Kapiteln:**

36,57 %	Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)
27,54 %	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)
7,77 %	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)
7,07 %	Neubildungen (C00-D48)
4,67 %	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)
4,23 %	Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)
2,24 %	Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)
1,81 %	Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)
1,50 %	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)
1,13 %	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D90)
0,95 %	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)
0,87 %	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)
0,77 %	Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)
0,75 %	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)
0,73 %	Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)
0,64 %	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)
0,40 %	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)
0,26 %	Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U99)
0,08 %	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)
0,02 %	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)

Von den insgesamt 25.980 Begutachtungen zu Arbeitsfähigkeiten standen 60 im Zusammenhang mit einer Corona-Infektion*.

* nach Diagnosen: U07.1, U07.2, U08.9, U09.9, U10.9

Arbeitsunfähigkeitszeiten & Altersverteilung

Im Jahr 2025 lagen nach Angaben der Krankenkassen die durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitszeiten (Fehlzeiten durch Krankheit) zwischen 23 und 28 Tagen.

Gegenüber 2024 zeigt sich zwar ein leichter Rückgang, dennoch ist der Wert im Vergleich zu anderen Bundesländern in Sachsen-Anhalt noch immer am höchsten. Ein Umstand, der mit der besonders hohen Altersstruktur unseres Bundeslandes korreliert.



Altersverteilung gesamt

- **0,48 %** Jugendliche (10 bis 19 Jahre)
- **2,64 %** Junge Erwachsene (20 bis 24 Jahre)
- **95,38 %** Erwachsene (25 bis 64 Jahre)
- **1,49 %** Ältere Erwachsene (65 Jahre und älter)



Die Arbeitsunfähigkeitszeiten
lagen 2025 im Durchschnitt
zwischen **23** und **28** Tagen.

Zwischen dem Beginn einer Arbeitsunfähigkeit und der Erstbeauftragung des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt mit einer Begutachtung lagen **im Durchschnitt 28 Wochen**.



51,06 %
waren Arbeitsunfähigkeiten
bei Frauen. Zum Zeitpunkt
der Begutachtung waren die
Versicherten im Schnitt **51 Jahre alt**.



48,94 %
waren Arbeitsunfähigkeiten
bei Männern. Zum Zeitpunkt
der Begutachtung waren die
Versicherten im Schnitt **52 Jahre alt**.

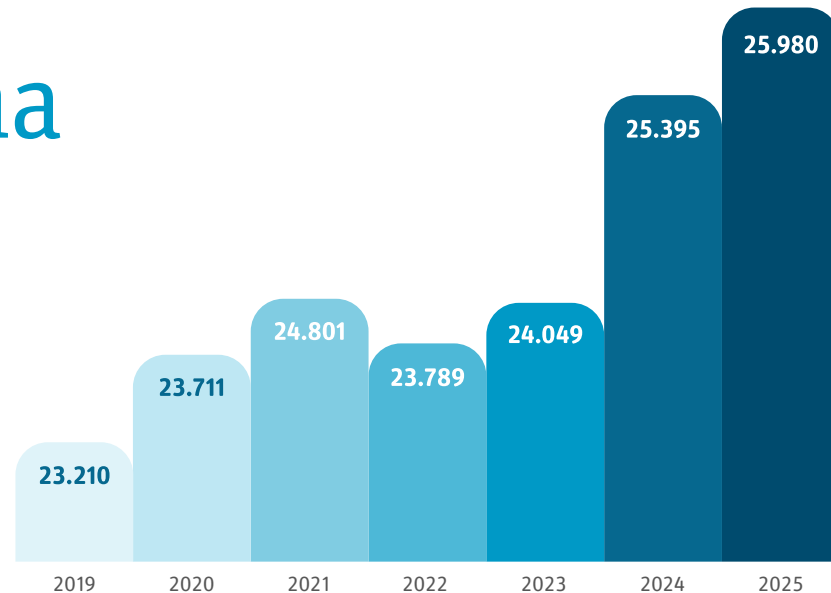
Entwicklung der Begutachtungen zum Thema Arbeitsunfähigkeit

von 2019 bis 2025

Der Hauptgrund für länger andauernde Arbeitsunfähigkeiten im Jahr 2025 waren psychische Erkrankungen. Diese führen zu besonders langen Fehlzeiten: lag laut des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) die Dauer eines Krankheitsfalls 2025 im Durchschnitt bundesweit bei etwa 10 – 14 Tage, betrug diese bei psychischen Erkrankungen circa 26 – 30 Tage.

Um etwa 70 % sind die Fehltagge wegen psychischer Erkrankungen in den letzten zehn Jahren in Sachsen-Anhalt gestiegen, verdeutlicht der Gesundheitsreport 2025 der DAK. Als mögliche Gründe werden genannt: zunehmende Belastungen am Arbeitsplatz (Digitalisierung, höhere Arbeitsgeschwindigkeit, wachsende Unsicherheit), größere gesellschaftliche Akzeptanz, höhere Sensibilität der Ärztinnen und Ärzte, wodurch psychische Ursachen hinter körperli-

chen Beschwerden besser diagnostiziert werden. Zudem führen digitale Meldeverfahren zu einer wesentlich vollständigeren Erfassung. All dies wirkt mit den gesellschaftlichen Faktoren einer älter werdenden Bevölkerung und wirtschaftlichen Herausforderungen zusammen.



Begutachtungen zur Arbeitsunfähigkeit 2019 – 2025

Top 3 Diagnosegruppe/ Jahr	2025	2024	2023	2022	2021	2020	2019	
1.	F32	F32	F32	F32	F32	F32	F32	F32 = Depressive Episode
2.	F43	F43	M54	M54	M54	M54	M54	F43 = Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
3.	F33	M54	F43	F43	F43	F43	F43	F33 = Rezidivierende depressive Störung M54 = Rückenschmerzen

Arzneimittel



2.382

sozialmedizinische
Empfehlungen zu
Arzneimitteln



Aus sozialmedizinischer
Sicht waren die Voraussetzungen ...

- 27,3 % erfüllt
- 3,1 % zum Teil erfüllt
- 30,7 % nicht erfüllt
- 15,1 % andere Antwort
- 23,9 % weitere Bearbeitung notwendig

Darunter
594 sozialmedizinische
Empfehlungen
zur **Behandlung mit
Cannabinoiden (§ 31 SGB V)**



Aus sozialmedizinischer
Sicht waren die Voraussetzungen ...

- 39,7 % erfüllt
- 4,2 % zum Teil erfüllt
- 32,3 % nicht erfüllt
- 0,7 % andere Antwort
- 23,1 % weitere Bearbeitung notwendig

Im Jahr 2025 sind die Antragszahlen für eine medizinische Behandlung mit Cannabinoiden deutlich zurückgegangen. Verringert hat sich auch der Anteil der Anträge, der die Voraussetzungen dafür erfüllten. Ursächlich dafür dürfte einerseits der 2024 neu geregelte, entkriminalisierte Privatbesitz bestimmter Cannabismengen für Erwachsene durch das Konsumcannabisgesetz (KCanG) sein. Dieses erlaubt zudem einen gemeinschaftlichen Eigenanbau in nicht-gewerblichen Anbauvereinigungen mit behördlich überwachten Vorgaben zu Mitgliederzahlen, Qualitätssicherung und Dokumentation.

Um den Freizeitkonsum infolge des KCanG zu den medizinischen Behandlungen mit Cannabinoiden abzugrenzen, entstand parallel ein Medizinal-Cannabisgesetz. Der medizinische Einsatz blieb dadurch weiterhin im regulierten Arzneimittel- und Betäubungsmittelbereich und somit verschreibungspflichtig nur über Ärztinnen und Ärzte sowie Apotheken zugänglich. Fehlentwicklungen wie ein massiver Anstieg der Importe sowie die Verordnungen über das Internet ohne einen persönlichen ärztlichen Kontakt, veranlassten die Politik zum Handeln. Mit einem

Ersten Gesetz zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes sollen strengere Regeln zur Verschreibung (u.a. Ausschluss der reinen Videosprechstunde bei Erstverordnung) und Abgabe von Cannabisblüten geschaffen, Missbrauch begrenzt und Patientensicherheit gestärkt werden.

Der Medizinische Dienst prüft im Auftrag der Krankenkasse auch, ob in Ausnahmefällen die Anwendung von Antidiabetika zur medikamentösen Gewichtsregulierung medizinisch sinnvoll sein kann. Das ist notwendig, weil solche Arzneimittel, die zum Abnehmen eingesetzt werden, keine gesetzliche reguläre Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Neben konservativen Maßnahmen wie Ernährungs- oder Bewegungstherapien und chirurgischen Eingriffen etwa zum Anbringen eines Magenbandes, gelten Antidiabetika als ein immer wichtigeres Behandlungsinstrument – zumal in Deutschland ein Viertel der Bevölkerung als adipös gilt. Allerdings führte eine gesteigerte Nachfrage als „Lifestyle-Arzneimittel“ in den letzten Jahren immer wieder zu vorübergehenden Lieferengpässen, was sich auf die medizinische Versorgung auswirkte.

2.277

sozialmedizinische
Empfehlungen zu **neuen
Untersuchungs- und
Behandlungsmethoden
(NUB)**



Aus sozialmedizinischer
Sicht waren die Voraussetzungen ...

- 33,5 % erfüllt
- 9,3 % zum Teil erfüllt
- 35,8 % nicht erfüllt
- 12,8 % andere Antwort
- 8,7 % weitere Bearbeitung notwendig

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

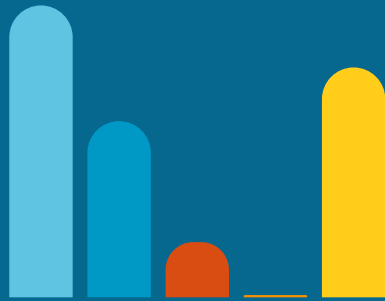


➔ **Neue Untersuchungs- und
Behandlungsmethoden (NUB)**
sind diagnostische und therapeutische
Verfahren, deren Nutzen medizinisch
noch nicht eindeutig geklärt ist. Der
Medizinische Dienst prüft im Auftrag der
Krankenkasse, ob in Ausnahmefällen
die Anwendung dennoch medizinisch
empfohlen werden kann.

Häusliche Krankenpflege und Heilmittel

2.210

sozialmedizinische
Empfehlungen zu
Häuslicher Krankenpflege



Aus sozialmedizinischer
Sicht waren die Voraussetzungen ...

- 38,6 % erfüllt
- 23,3 % zum Teil erfüllt
- 7,3 % nicht erfüllt
- 0,3 % andere Antwort
- 30,4 % weitere Bearbeitung notwendig

765

sozialmedizinische
Empfehlungen zu
Heilmitteln



Aus sozialmedizinischer
Sicht waren die Voraussetzungen ...

- 17,3 % erfüllt
- 4,4 % zum Teil erfüllt
- 63,8 % nicht erfüllt
- 0,0 % andere Antwort
- 14,5 % weitere Bearbeitung notwendig



Die ambulante
Versorgung betrafen z. B.
sozialmedizinische Empfehlungen
zur häuslichen Krankenpflege oder
zu Heilmitteln wie Physikalische-,
Podologische-, Stimm-, Sprech-,
Sprach- oder Ergotherapien.

Hilfsmittel

20.435
sozialmedizinische
Empfehlungen zu
Hilfsmitteln

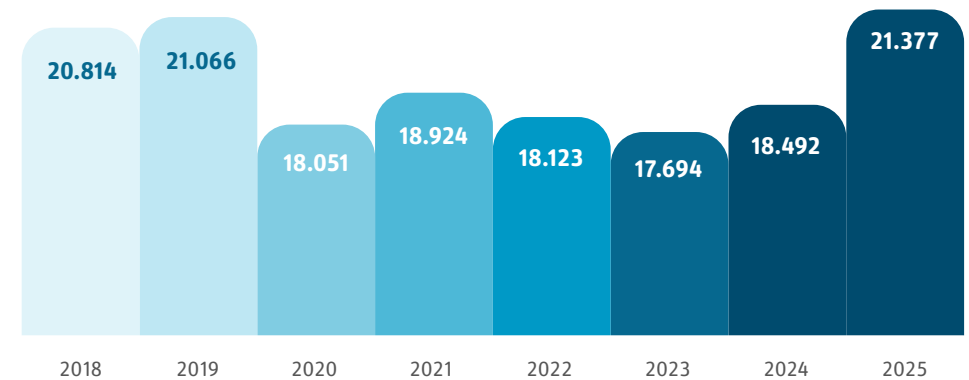


Aus sozialmedizinischer
Sicht waren die
Voraussetzungen ...

- 28,9 % erfüllt
- 16,3 % zum Teil erfüllt
- 22,6 % nicht erfüllt
- 0,0 % andere Antwort
- 32,1 % weitere Bearbeitung notwendig

Hilfsmittel sollen das Leben erleichtern, wenn es durch Krankheit oder Behinderung beeinträchtigt ist. Ob Hörgerät, orthopädische Schuhe oder ein Gerät zur Sauerstofftherapie: Hilfsmittel können kranken oder behinderten Menschen das Leben deutlich leichter machen. Aber welches Hilfsmittel ist das richtige? Und ist es auch korrekt angepasst? Zu diesen Fragen können die Krankenkassen die Hilfsmittelexperten des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt zu Rate ziehen. Die Zunahme von Aufträgen zur Hilfsmittelversorgung ist auf das Fortschreiten des demografischen Wandels zurückzuführen. Das verdeutlicht insbesondere ein hoher Anteil an Hilfsmitteln zur Sauerstoffversorgung.

Entwicklung Hilfsmittelaufträge



Top 10 der Hilfsmittel

Top 10 Hilfsmittel

- 3.246 Kranken- und Behindertenfahrzeuge
- 2.890 Inhalations- und Atemtherapiegeräte
- 2.241 Elektrostimulationsgeräte
- 2.076 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
- 1.684 Hilfsmittel zur Insulintherapie
- 1.196 Therapeutische Bewegungsgeräte
- 1.177 Schuhe
- 875 Orthesen/Schienen
- 541 Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln
- 390 Hörhilfen

Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen

➔ **Rehabilitation und Vorsorge sind verschiedene aufeinander abgestimmte therapeutische Maßnahmen, welche innerhalb des gestuften Versorgungssystems wahrgenommen werden können. Der Medizinische Dienst nimmt sozialmedizinisch Stellung zu den Erfolgsaussichten verordneter Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.**

Vorsorgeleistungen

Vorsorgeleistungen umfassen Mutter- oder Vater-Kind-Vorsorgeleistungen, stationäre Vorsorgeleistungen oder ambulante Vorsorgeleistungen wie z. B. Massagen und Heilbäder in anerkannten Kurorten im In- und Ausland. Leistungen der Vorsorge dienen dazu, Krankheiten zu verhüten oder die bereits geschwächte Gesundheit zu verbessern und dadurch eine in absehbarer Zeit drohende Krankheit zu verhindern. Sie sollen als Hilfe zur Selbsthilfe dienen.

Rehabilitation

Rehabilitation soll bei bereits bestehenden Erkrankungen eine Verschlimmerung, Chronifizierung oder bleibende alltagsrelevante Einschränkungen vermeiden. Ziel ist, Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung abzuwenden und somit auch drohende Pflegebedürftigkeit aufzuhalten. Rehabilitation folgt in Deutschland einem Stufenprinzip der Behandlung. Neben fachbezogenen Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. orthopädische, kardiologische, neurologische, dermatologische, psychiatrische u. v. a.) bestehen Maßnahmen, welche die Altersstrukturen beachten (z. B. Kinder- und Jugendrehabilitation oder Altersheilkunde [Geriatric]).

Zudem existieren Rehabilitationsmaßnahmen nach akutstationären Krankenhausbehandlungen (Anschlussrehabilitation) sowie spezielle Angebote für Long-Covid-Patienten. Seit drei Jahren verzeichnet der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt eine deutliche Zunahme von Anträgen für Rehabilitationsmaßnahmen, der neben einem Nachholbedarf aufgrund der Coro-

na-Pandemie vor allem auf den demografischen Wandel zurückzuführen ist. Die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer, die eine der größten Altersgruppen bilden, sorgen für diesen erhöhten Bedarf. Der erwartete Rückgang an Aufträgen infolge des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPReG)* ist ausgeblieben.

*Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) erleichterte die Zugänge einerseits zu konkret festgelegten Rehabilitationsmaßnahmen nach akutstationären Krankenhausbehandlungen (Anschlussrehabilitation) und andererseits für konkret festgelegte Personengruppen wie geriatrische Patienten. Stellen Ärztinnen und Ärzte z. B. die Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation fest, kann eine Überprüfung durch die Krankenkassen bzw. den Medizinischen Dienst unter bestimmten Voraussetzungen entfallen. Dazu gehört z. B. ein erhöhtes Lebensalter (70 Jahre oder älter) und das Vorliegen von rehabilitationsbegründenden und geriatrietypischen Diagnosen, die durch Funktionstests nachgewiesen werden.



13.843

sozialmedizinische Empfehlungen zu **Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen**



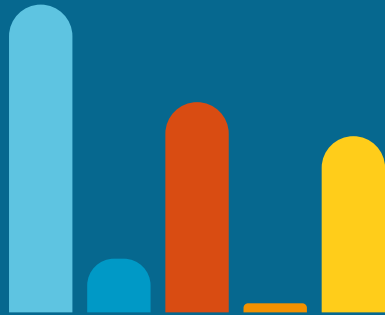
Aus sozialmedizinischer Sicht waren die Voraussetzungen ...

- 40,6 % erfüllt
- 6,6 % zum Teil erfüllt
- 33,4 % nicht erfüllt
- 0,4 % andere Antwort
- 19,1 % weitere Bearbeitung notwendig

Sonstige Begutachtungen

4.000

sozialmedizinische Empfehlungen zu sonstigen Themen wie z. B. Kryokonservierung oder kieferorthopädische Behandlungen



Aus sozialmedizinischer Sicht waren die Voraussetzungen ...

- 40,7 % erfüllt
- 7,1 % zum Teil erfüllt
- 27,8 % nicht erfüllt
- 1,2 % andere Antwort
- 23,3 % weitere Bearbeitung notwendig

Darunter z. B.:

174

sozialmedizinische Empfehlungen zur „Medizinischen Behandlung bei Transsexualismus“



Aus sozialmedizinischer Sicht waren die Voraussetzungen ...

- 45,4 % erfüllt
- 8,6 % zum Teil erfüllt
- 10,9 % nicht erfüllt
- 10,9 % andere Antwort
- 24,1 % weitere Bearbeitung notwendig

» Besteht der Wunsch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei Transsexualismus, gibt der Medizinische Dienst der jeweiligen Krankenkasse eine Empfehlung auf Grundlage eines umfassenden Gesamtbildes der individuellen Situation. Neben den bereits erfolgten Behandlungen fließen dabei psychologische Vorgutachten und Befunde ein. Wichtig ist zudem, seit wann der Wunsch für die Umwandlung besteht und welche Leiden die Person hat.

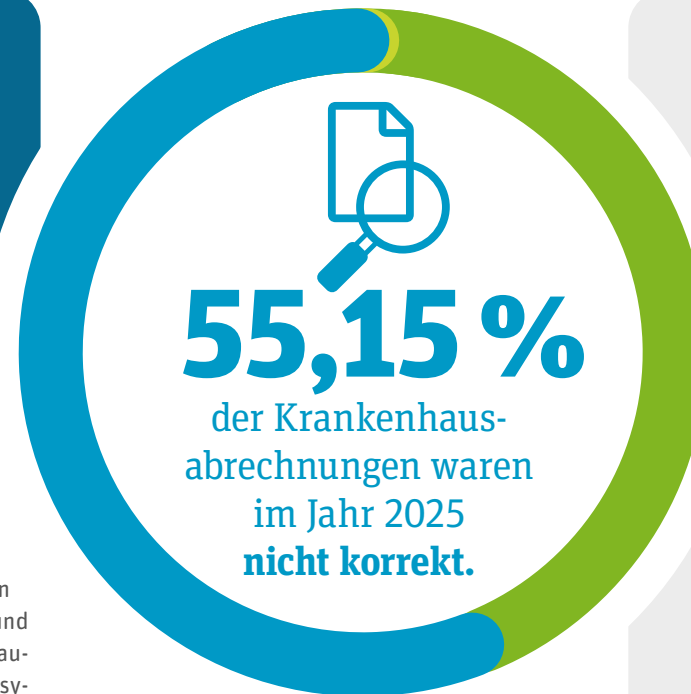
Krankenhausversorgung

» Krankenhausversorgung ist ein komplexes Geschehen, das Behandlungsqualität und Budget miteinander vereinen muss. Der Medizinische Dienst übernimmt auch hier wichtige Aufgaben wie etwa das Prüfen von ausgewählten Abrechnungsfällen im Auftrag der Krankenkassen, von Strukturmerkmalen als Abrechnungsgrundlage für die Krankenhäuser oder von Qualitätsvorgaben in den Kliniken.

Krankenhausabrechnungen

Die Leistungen für stationäre Behandlungen rechnen die Kliniken über sogenannte diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) mit den Krankenkassen ab. Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen werden nach tagesbezogenen Pauschalen über das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) abgerechnet.

Stellt eine Krankenkasse Auffälligkeiten bei Abrechnungen fest, kann der Medizinischen Dienst mit einer Überprüfung der Abrechnung beauftragt werden. Hierbei wird die Krankenhausleistung im Hinblick auf ihre Notwendigkeit, ihre Inhalte und eine korrekte Abrechnung geprüft. Typische Fragestellungen sind: War die stationäre Behandlung notwendig? War die Dauer der Krankenhausbehandlung angemessen? Wurden die Diagnosen und Therapien korrekt verschlüsselt?



38.976 nur DRG und PEPP
Krankenhausabrechnungen hat der
Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt
im Jahr 2025 geprüft.

Die Anzahl an Krankenhausabrechnungen ist damit im Vergleich zum Jahr 2024 mit 40.661 Krankenhausabrechnungen um etwa 4 % gesunken. Ein Rückgang, der auf weniger stationäre Aufenthalte zurückgeführt wird.

Von den geprüften Abrechnungen waren ...

- **44,80 %** korrekt
- **55,15 %** nicht korrekt und wurden beanstandet (zum Teil ohne, aber auch mit Kürzung der Rechnung)
- **0,04 %** andere Antwort

Strukturprüfungen im Krankenhaus

Zum Abrechnen besonders schwieriger und komplexer Behandlungen mit den Krankenkassen, müssen Krankenhäuser bestimmte Strukturmerkmale (strukturelle Voraussetzungen) nachweislich erfüllen. Für die erforderliche Bescheinigung beauftragen die Krankenhäuser den Medizinischen Dienst. Im Fokus stehen dabei vor allem die Strukturen hochspezialisierter Bereiche, in denen besonders gefährdete Patientinnen und Patienten behandelt werden, wie z. B.

die Intensivmedizin, geriatrische als auch pädiatrische Strukturen oder Versorgungsstrukturen von Schlaganfallpatienten. Relevant ist zum Beispiel, ob ausreichend qualifiziertes Personal für eine Behandlung rund um die Uhr und an allen Tagen im Jahr zur Verfügung steht, oder, ob entsprechende Räumlichkeiten vorhanden sind, um etwa infizierte Patientinnen und Patienten zu isolieren. Strukturprüfungen liefern damit Hinweise auf die Qualität in Krankenhäusern und

leisten so einen wichtigen und wertvollen Beitrag. Die zugrunde liegenden Anforderungen legt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) jährlich im Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) fest. Je nach OPS-Kode gilt die Bescheinigung durch den Medizinischen Dienst für ein oder zwei Jahre. Da Bescheinigungen erstmalig 2021 ausgestellt wurden und überwiegend für zwei Jahre galten, ergibt sich 2025 eine vollumfängliche Anzahl an Prüfungen.

„Unsere Leistungsgruppenprüfungen bearbeiten wir total nachhaltig, ganz ohne Papier. Das ist über einen neuen Baustein in unserer Branchensoftware MDconnect möglich. Das Portal MD X ermöglicht unserer für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowohl das Beauftragen als auch das Übermitteln von Informationen und Dokumenten. Quasi wie das Leistungserbringerportal, das schon länger für Krankenkassen und Krankenhäuser besteht.“

Dr. med. Nicole Lachmann,
Fachexpertin Struktur- und
Qualitätsprüfungen
im Fachservice Medizin



Bereiche der Strukturprüfungen

- 332 Somatik
- 132 Psychiatrie

Art und Anzahl der Strukturprüfungen

- 15 Strukturprüfungen zur **erstmaligen oder erneuten** Erbringung von Leistungen
- 449 Strukturprüfungen bei **fortlaufender** Leistungserbringung

alle Prüfungen wurden
zu **100 % befürwortet.**

Komplexleistungen in der Somatik



Von den 332 Prüfungen in
der Somatik waren:

- 20,5 % Intensivmedizin
- 27,7 % Infektionen mit isola-
tionspflichtigen Erregern/Hygiene
- 10,2 % Neurologie
- 9,6 % Geriatrie
- 13,0 % Pädiatrie
- 4,5 % Schmerzbehandlungen
- 9,3 % Palliativmedizin
- 3,9 % Sonstige
- 1,2 % Weaning

Qualitätskontrollen im Krankenhaus

In Krankenhäusern sollen Patientinnen und Patienten auf Grundlage qualitativ hochwertiger Standards und neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse versorgt werden. Der Medizinische Dienst unterstützt dieses Ziel, indem er die Qualitätsanforderungen (z. B. an örtliche Gege-

benheiten, technische Ausstattungen oder personelle Qualifikationen) stichprobenartig, anhaltspunktbezogen oder anlassbezogen prüft. Die qualitativen Vorgaben sind in verschiedenen Richtlinien des G-BA bundeseinheitlich geregelt.

Anzahl der Qualitätskontrollen in den Bereichen ...

33
Qualitätskontrollen
insgesamt
im Jahr 2025

- 1 Früh- und Reifgeborene (alle Anforderungen erfüllten 100,0 %)
- 16 Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (alle Anforderungen erfüllten 31,3 %)
- 5 Notfallstrukturen – Basisnotfallversorgung (alle Anforderungen erfüllten 100,0 %)
- 1 Notfallstrukturen – Erweiterte Notfallversorgung (alle Anforderungen erfüllten 100,0 %)
- 1 Notfallstrukturen – Umfassende Notfallversorgung (alle Anforderungen erfüllten 100,0 %)
- 1 Notfallstrukturen – Modul Schwerverletztenversorgung (alle Anforderungen erfüllten 100,0 %)
- 1 Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (alle Anforderungen erfüllten 100,0 %)
- 5 CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien (alle Anforderungen erfüllten 80,0 %)
- 2 Hüftgelenknahe Femurfraktur (alle Anforderungen erfüllten 100,0 %)

Außerklinische Intensivpflege

938

sozialmedizinische
Empfehlungen zu
**Außerklinischer
Intensivpflege**



Aus sozialmedizinischer
Sicht waren die Voraussetzungen ...

- 39,7 % erfüllt
- 12,4 % zum Teil erfüllt
- 12,3 % nicht erfüllt
- 35,7 % weitere Bearbeitung notwendig

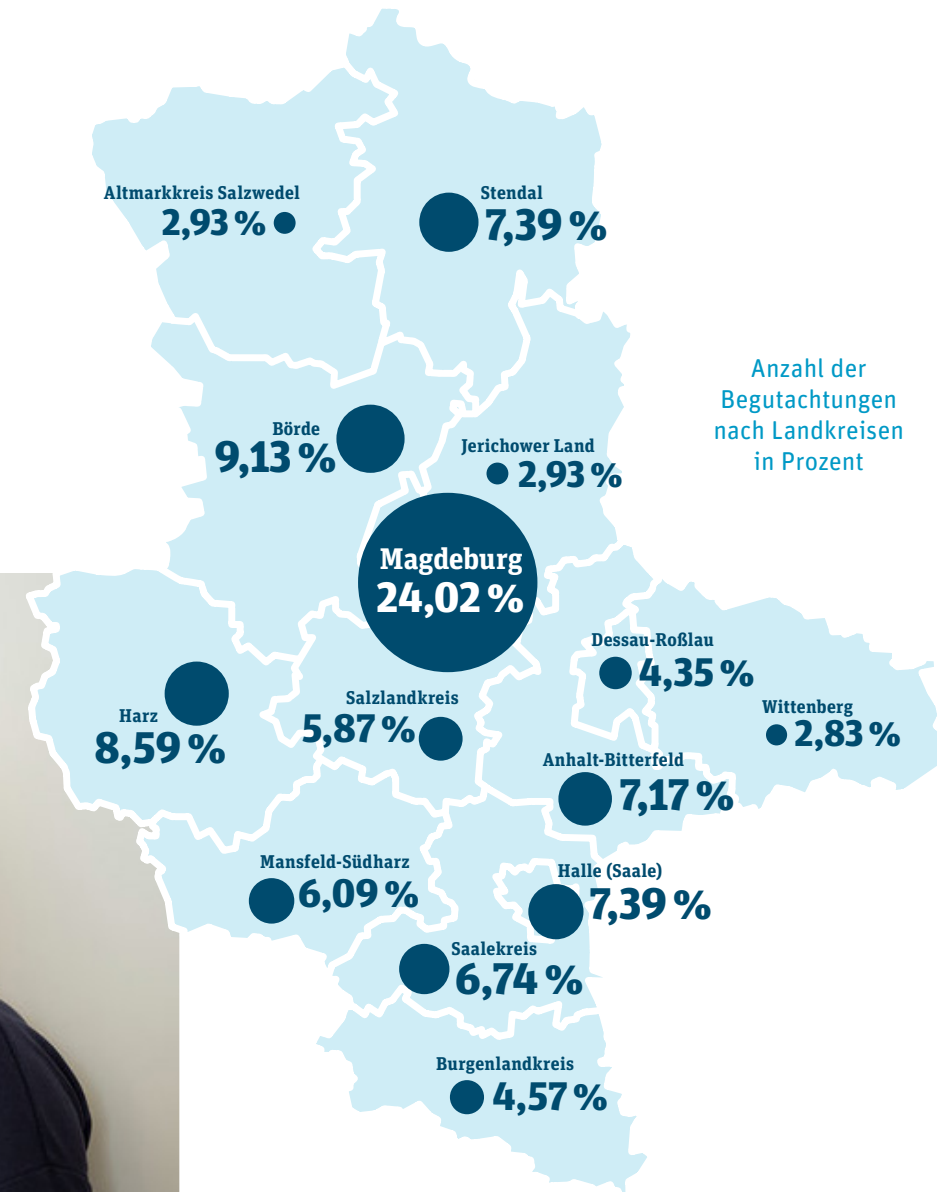
Die außerklinische Intensivpflege (AKI) ist eine medizinische Leistung für Menschen mit schweren und lebensbedrohlichen Erkrankungen. Sie wird benötigt, wenn aufgrund des Krankheitszustands eine kontinuierliche Überwachung und intensivpflegerische Behandlung erforderlich ist, die über normale Pflege hinausgeht.

Ziel ist, das Auftreten akut lebensbedrohlicher Situationen z. B. durch Atemwegsverlegungen zu verhindern. Die Pflege kann außerhalb des Krankenhauses erfolgen, etwa zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen. Die eingesetzten Pflegefachkräfte verfügen über eine besondere Qualifikation.



„Die Begutachtungen in der außerklinischen Intensivpflege erfolgen in enger Zusammenarbeit der Geschäftsbereiche Medizin und Pflege. Aus beiden Blickwinkeln wird fachlich auf die versorgte Person geschaut und dies zu einem gemeinsamen Gutachten zusammengeführt. Für die Kolleginnen und Kollegen beider Professionen ist das spannend und bereichernd. Wiederholungsbegutachtungen, bei denen absehbar ist, dass der Status unverändert bleibt, werden inzwischen vereinzelt von Pflegefachkräften selbstständig durchgeführt.“

Begutachtungen in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsen-Anhalts



Die Begutachtung erfolgt bei Entlassung der Versicherten aus dem Krankenhaus nach Aktenlage mit kurzer Frist, um eine zeitnahe Weiterversorgung zu ermöglichen. Darüber hinaus werden alle Versicherten, die außerklinische Intensivpflege erhalten, einmal im Jahr an ihrem individuellen Leistungsort persönlich begutachtet. Diese Hausbesuche erfolgen in ganz Sachsen-Anhalt. Die mit Abstand meisten Versicherten leben in der Landeshauptstadt Magdeburg.

Top 10 der Diagnosen

Die Erkrankungen, die eine außerklinische Intensivpflege erforderlich machen, sind unterschiedlich. Erwachsene Versicherte leiden besonders häufig an Erkrankungen des Gehirns, des Nervensystems und der Atmungsorgane. Oftmals sind diese Versicherten mit einer Trachealkanüle oder einem Beatmungsgerät versorgt. Auf Basis der Verordnungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ergibt sich folgende Krankheitsverteilung (siehe rechts).

Bei Kindern zeigt sich ein deutlich anderes Bild. Hier sind zwar Erkrankungen des Gehirns, der Nerven und der Atmungsorgane ebenfalls häufig, Diabetes mellitus Typ 1, Epilepsie sowie Entwicklungsstörungen spielen jedoch eine deutlich größere Rolle als bei Erwachsenen. Auch ist ein relevanter Teil der Kinder, die Außerklinische Intensivpflege erhalten, weder beatmet noch mit einer Trachealkanüle versorgt.

Die Versorgung von Kindern, die beispielsweise an Epilepsie oder Diabetes leiden und daher ein hohes Maß an Beaufsichtigung und Betreuung benötigen, bei denen aber nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich mit lebensbedrohlichen Situationen zu rechnen ist, gestaltet sich herausfordernd. Hier sind die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss definierten Voraussetzungen für eine außerklinische Intensivpflege oftmals nicht erfüllt. In solchen Fällen finden alternative Leistungen der Kranken- oder Pflegeversicherung Anwendung.



Anzahl Top 10 – Diagnose Erwachsene ab 18 Jahren

- **41** Sonstige Krankheiten des Gehirns (IG93)
- **23** Respiratorische Insuffizienz (J96)
- **36** Hirninfarkt (I63)
- **13** Paraparese/Paraplegie und Tetraparese/Tetraplegie (G82)
- **20** Spinale Muskelatrophie (G12)
- **23** Sonstige Polyneuropathien (G62)
- **21** Intrazerebrale Blutung (I61)
- **6** Dysphagie (R13)
- **8** Epilepsie (G40)
- **5** Chronische obstruktive Lungenerkrankung (J44)



Anzahl Top 10 – Diagnose Kinder bis 18 Jahren

- **14** Diabetes mellitus, Typ 1 (E10)
- **11** Mischtyp nicht näher bezeichnete kombinierte Entwicklungsstörungen (F83)
- **10** Respiratorische Insuffizienz (J96)
- **10** Zerebralparese (G80)
- **8** Epilepsie (G40)
- **8** Sonstige näher bezeichnete Syndrome mit angeborenen Fehlbildungen (Q87)
- **6** Sonstige Krankheiten des Gehirns (G93)
- **6** Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome (G12)
- **5** Paraparese und Tetraparese/Tetraplegie (G82)
- **5** Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gehirns (Q04)

Pflegefachliche Versorgung



**Unser Beitrag für
gute Versorgung und
Qualität in der Pflege
in Sachsen-Anhalt**



Pflegefachliche Empfehlungen



123.305
pflegefachliche
Empfehlungen

123.305 pflegefachliche Empfehlungen haben die Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt 2025 in den folgenden Bereichen gegeben:

- **93,1 %** Feststellung des Pflegebedarfs
- **0,2 %** Pflegehilfsmittel
- **1,9 %** Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- **4,8 %** Sonstige

Neben Pflegebegutachtungen zur Feststellung des Pflegebedarfs gehören dazu auch Empfehlungen zu Pflegehilfsmitteln und zu Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds.



Kontinuierlich steigende Auftragszahlen

infolge demografischer Entwicklungen in Sachsen-Anhalt

Auch im Jahr 2025 ist die Zahl der Begutachtungsaufträge erneut gestiegen. Diese Entwicklung steht im Einklang mit der demografischen Dynamik, die durch eine wachsende Zahl hochaltriger Menschen sowie eine steigende Pflegeprävalenz gekennzeichnet ist. Darüber hinaus ist seit dem Jahr 2020 auch in den Altersgruppen der Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr sowie der Personen bis 74 Jahre eine kontinuierliche Zunahme der Begutachtungen in Sachsen-Anhalt zu beobachten. Den jeweiligen Begutachtungen liegen unterschiedliche pflegebegründende Diagnosen zugrunde.

Der Trend einer steigenden Inanspruchnahme pflegerischer Sozialleistungen hat sich auch im Jahr 2025 fortgesetzt. Aktuelle Prognosen gehen davon aus, dass bis zum Jahr 2040 mit einem weiteren Zuwachs zu rechnen ist. Diese Entwicklung stellt das Pflegesozialsystem vor erhebliche strukturelle und finanzielle Herausforderungen. Insbesondere die nachhaltige Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung

pflegebedürftiger Menschen sowie die Gewährleistung einer hohen Pflegequalität werden auch künftig zentrale Aufgaben für die Politik und die maßgeblichen Akteure im Pflegesektor darstellen.

Gesetzlicher Auftrag umfassend erfüllt

Trotz weiter steigender Antragszahlen in sämtlichen Begutachtungsbereichen konnte eine fristgerechte und zugleich qualitätsgesicherte Aufgabenerfüllung sichergestellt werden.

Hierzu zählen insbesondere:

- die fristgerechte Durchführung von Pflegebegutachtungen,
- die sachgerechte und unabhängige Begutachtung vermuteter Pflegefehler sowie
- die vollumfängliche Durchführung von Qualitätsprüfungen einschließlich beratender Begleitung von Pflegeeinrichtungen.

Mit dieser umfassenden Aufgabenwahrnehmung leistet der Geschäftsbereich Pflege einen zentralen Beitrag zur Sicherung gesetzlicher Leistungsansprüche, zur Gewährleistung der Sicherheit der pflegebedürftigen Menschen sowie zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Versorgungsqualität.



→ **Insgesamt steht das Jahr 2025 für eine Balance zwischen Stabilität und Innovation, eine verlässliche Aufgabenerfüllung unter steigenden Anforderungen, eine hohe Akzeptanz bei antragstellenden Personen und Einrichtungen und eine konsequente Umsetzung einer Digitalisierungsstrategie.**

Starke Expertise im Team

Unser Team der pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachter besteht aus vielfältiger Fachkompetenz

Unsere Arbeit basiert auf dem Wissen und den Fähigkeiten unserer Mitarbeitenden. Fachliche Qualifikationen sind zum einen die Voraussetzung für exzellente Arbeit und schaffen zum anderen das Vertrauen in unsere Leistung.

In einer Zeit rasanten Wandels sichern fundierte Kenntnisse unsere Expertise und ermöglichen uns, komplexe Herausforderungen zu meistern. Nur wer sein Fachgebiet beherrscht, kann fachliche Verantwortung übernehmen. Unsere Kolleginnen und Kollegen tun das mit freiwilligem Engagement sogar über den regulären Rahmen hinaus. Das kommt den Menschen zugute, die von unserer Arbeit profitieren, unterstützt die fachliche Zusammenarbeit auf allen Ebenen und schafft den Antrieb zur Weiterentwicklung.



Fachkompetenzen der pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachter

- **121** Gesundheits- und Krankenpfleger
- **28** Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
- **31** Altenpflegerinnen und Altenpfleger
- **5** Fachkräfte für Anästhesie und Intensivpflege
- **9** Fachkräfte für Außerklinische Beatmung
- **3** Fachkräfte für Gerontologie
- **8** Fachkräfte für Palliativpflege

44 mit Berufserfahrung
Pflegedienst-/Heimleitung

7 mit Berufserfahrung als **Stations-
oder Wohnbereichsleitung**

12 mit **Studienabschluss mit
pflegerischem bzw. gesundheits-
förderndem Schwerpunkt**

(z. B. Pflegewissenschaften,
Gesundheitsmanagement)

41 mit Weiterbildung zur/zum
Zertifizierten Pflegesachverständigen

40 mit Weiterbildung TQM-Auditor/
Qualitätsmanagement





„Wir sind sehr froh, dass die anfänglichen Startschwierigkeiten rund um unseren digitalen Fragebogen allmählich nachlassen und wir vereinzelt sogar lobende Worte dazu erhalten.“

Nicole Kurze,
Mitarbeiterin im Gutachtenservice



Pflegebegutachtung

Digitalisierung als Effizienz- und Qualitätsmotor

Konsequent wurden im Jahr 2025 digitale Prozesse weiterentwickelt. So wurde u. a. ein digitaler Fragebogen zur Vorbereitung der Pflegebegutachtung implementiert, der den Begutachtungsprozess entscheidend modernisiert und die Begutachtung besser vorbereitet.

Der digitale Fragebogen, der im Einklang mit der Digitalisierungsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit steht, wird mittlerweile gut genutzt. Schon mehr als die Hälfte (51,5 %) der antragstellenden Personen bereiten damit ihren Hausbesuch zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vor. Ebenso wird fast die Hälfte (45 %) aller Pflegebegutachtungen in Pflegeheimen auf diese Weise im Vorfeld mit wichtigen Informationen unterstützt. Dies führt zu einer effizienteren Vorbereitung und Durchführung der Begutachtungen und entlastet zugleich Pflegeeinrichtungen und Angehörige, da die Dateneingabe orts- und zeitunabhängig er-

folgen kann. Die positiven Rückmeldungen zur Anwenderfreundlichkeit des Fragebogens sowie die erfreulichen Rücklaufquoten unterstreichen die hohe Praxistauglichkeit und Akzeptanz. Gleichzeitig verdeutlicht die wachsende Zufriedenheit damit, dass das Bild von älteren Menschen mit geringen digitalen Kompetenzen längst veraltet ist. Zunehmend steigt der Anteil digital fähiger Seniorinnen und Senioren, bei Bedarf holen sich diese zudem Hilfe über spezielle öffentliche Angebote oder das persönliche Umfeld.

Ausbau ortsunabhängiger Begutachtungsformate

Der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt erprobt zusammen mit anderen Medizinischen Diensten in einem wissenschaftlichen Projekt die Begutachtung per Video, um dem Wunsch nachzukommen, die Begutachtungsformate auf Grundlage der fachlichen Einschätzung weiter zu flexibilisieren.

Im ersten Schritt wurden dazu Daten erhoben und anschließend sogenannte Experteninterviews durchgeführt. Die wissenschaftliche Befragung der Fachpersonen endete Anfang 2026. Nun beginnt die Auswertungsphase.

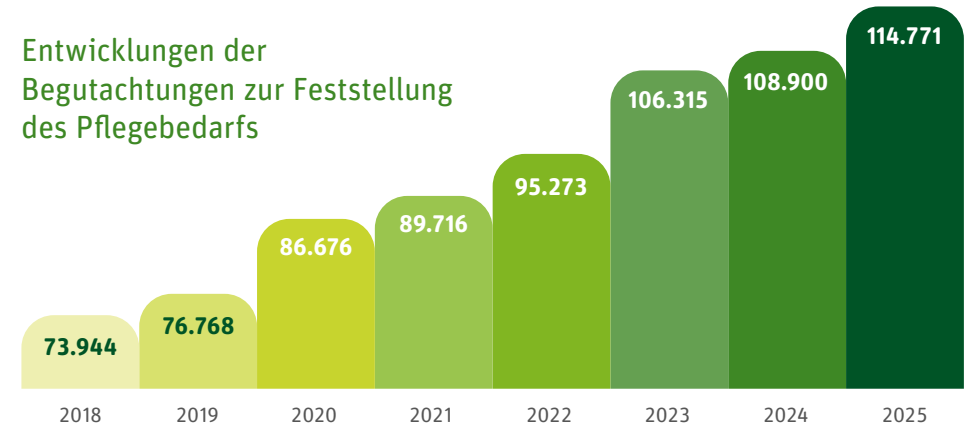


Um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit vorliegen, beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst. Maßstab für die Begutachtung ist der Grad der Selbstständigkeit des Menschen. Die zentrale Frage ist also, wie selbstständig der Mensch seinen Alltag bewältigen kann.



In **114.771** Pflegebegutachtungen haben die Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt 2025 ermittelt, ob und in welchem Umfang Pflegebedarf besteht. Das waren **5,4 % mehr pflegfachliche Empfehlungen als im Vorjahr.**

Entwicklungen der Begutachtungen zur Feststellung des Pflegebedarfs



Ergebnisse der Pflegebegutachtungen 2025

- 7,4 % kein Pflegebedarf
- 18,7 % Pflegegrad 1
- 32,8 % Pflegegrad 2
- 22,6 % Pflegegrad 3
- 11,3 % Pflegegrad 4
- 7,2 % Pflegegrad 5

Antragsarten und Begutachtungsformen



„Die jährlichen Rückmeldungen der Versicherten zur Umsetzung der Pflegebegutachtung zeigen uns, dass strukturierte Telefoninterviews sehr positiv aufgenommen werden. Mehr Abwechslung sollen künftig zudem Tage mit einem Mix aus Hausbesuchen, Telefoninterviews und Begutachtungen nach Aktenlage schaffen. Unser Auftragsmanagement bereitet bereits das Planen solcher Mischturen vor.“

Robin Stübner, Pflegegutachter



Antragsarten

- **48.366** Erstanträge
- **54.086** Höherstufungen
- **12.319** weitere Antragsarten



Begutachtungsformen

- **29.739** Auf Grundlage von Unterlagen & Befunden
- **64.137** Hausbesuch
- **20.895** Telefoninterview

Empfehlungen zum Erhalt der Selbstständigkeit

Der sozialgesetzlich verankerte Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ soll Pflegebedürftigkeit verhindern und bei bestehender Pflegebedürftigkeit den Hilfebedarf reduzieren. Daher schauen die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes bei jeder Pflegebegutachtung, ob und in welchem Umfang Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind.

Eine Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation gilt dann direkt als Antrag nach § 14 SGB IX, wenn die betreffende Person einverstanden ist.

Bei **93.364 Begutachtungen** wurden mit der Empfehlung zum Pflegegrad folgende **Empfehlungen zum Erhalt der Selbstständigkeit** gegeben:



Empfehlungen zum Erhalt der Selbstständigkeit

- **1,9 %** Reha-Empfehlungen
- **38,4 %** mindestens eine Hilfsmittlempfehlung (z. B. Top 3, siehe Seite 43)
- **84,8 %** mindestens eine Empfehlung eines Heilmittels oder anderer therapeutischer Maßnahmen
- **31,8 %** Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen
- **54,3 %** mindestens eine sonstige Empfehlung

Die Empfehlung zur **medizinischen Rehabilitation** wird im Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt ärztlich geprüft.

Hilfsmittlempfehlungen können sein: Hausnotruf, Pflegebett, Schieberollstuhl, Rollator, Toilettensitzerhöhung, Duschocker.

Heilmittlempfehlungen können sein: Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.

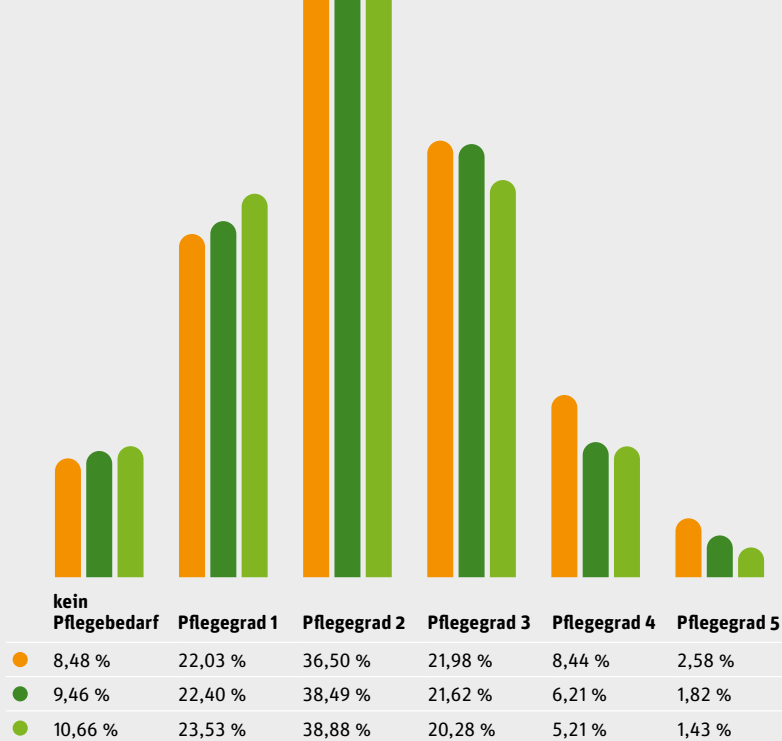
Empfehlungen zu Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes können z. B. sein: Umbauten für bodengleiche Dusche, Entfernen von Schwellen und Stufen, Einbau Treppenlift, Übernahme Umzugskosten.

Sonstige Empfehlungen können z. B. sein: Edukative Maßnahmen, Präventive Maßnahmen, Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 SGB V, Veränderung der Pflegesituation.

Feststellung des Pflegebedarfs

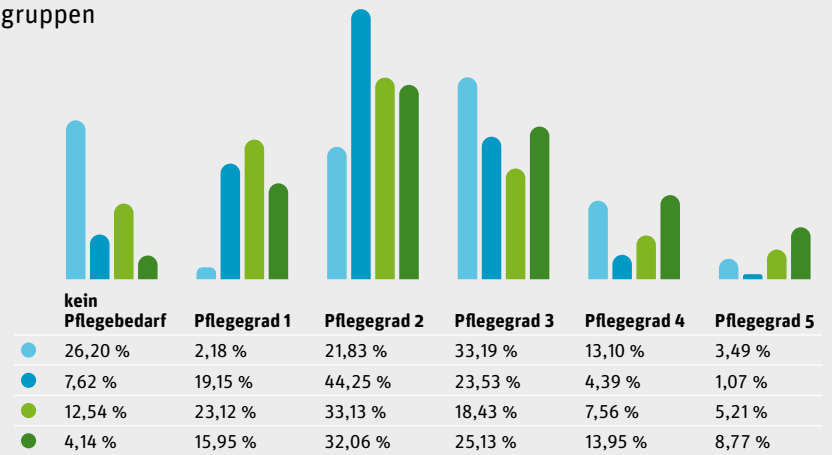
Erfolgte in den letzten Jahren eine Reha?

- Nein
- im letzten Jahr
- in den letzten 1–4 Jahren



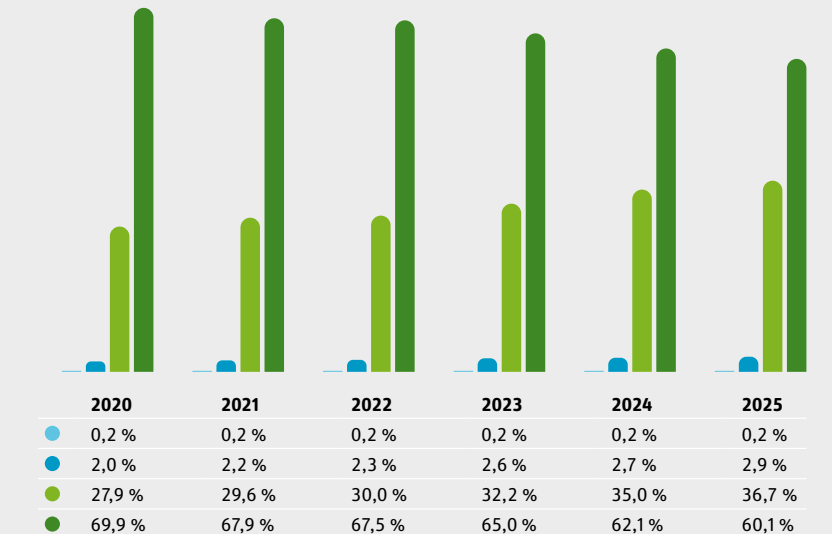
Pflegebedarf nach Altersgruppen

- Kinder bis 18 Monate
- Kinder bis 12 Jahre
- Erwachsene bis 74 Jahre
- Erwachsene ab 75 Jahre



Entwicklung der Begutachtungen zur Feststellung des Pflegebedarfs nach Altersgruppen

- Kinder bis 18 Monate
- Kinder bis 12 Jahre
- Erwachsene bis 74 Jahre
- Erwachsene ab 75 Jahre



Top 3 der pflegebegründenden Diagnosen*

Der Blick auf die pflegebegründenden Diagnosen ermöglicht präventive Ansätze, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder bei bestehender Pflegebedürftigkeit die Fähigkeiten und damit die Selbstständigkeit zu fördern. Das kann zum Beispiel eine Reha-Empfehlung nach dem im Sozialgesetz verankerten Grundsatz „Rehabilitation vor

Pflege“ sein. Bei jeder Pflegebegutachtung schätzen unsere Pflegefachkräfte ein, ob und in welchem Umfang Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind. Wird eine Reha empfohlen, gilt dies nach dem Sozialgesetzbuch direkt als Antrag, wenn die betreffende Person einverstanden ist.

* Diagnosen nach ICD 10 sagen für sich allein nichts über die Pflegebedürftigkeit aus. Dennoch gibt es Diagnosen, die ursächlich für die Einschränkung der Selbstständigkeit und damit pflegerrelevant sind und Pflegebedarf begründen können.

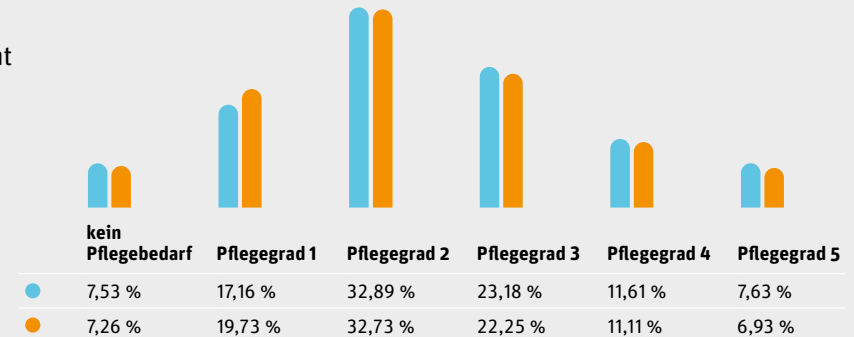
Top 3 der pflegebegründenden Diagnosen* nach Altersgruppen

- Kinder bis 18 Monate
- Kinder bis 12 Jahre
- Erwachsene bis 74 Jahre
- Erwachsene ab 75 Jahre

Diagnose	P07	Q90	Q21	F83	F90	F80	U50	J44	U51	U50	U51	I50
Anzahl	35	22	13	1.146	642	543	5.132	3.535	3.011	14.989	12.025	10.577
Altersgruppe	Kinder bis 18 Monate			Kinder bis 12 Jahre			Erwachsene bis 74 Jahre			Erwachsene ab 75 Jahre		

Pflegebedarf nach Geschlecht

- männlich
- weiblich

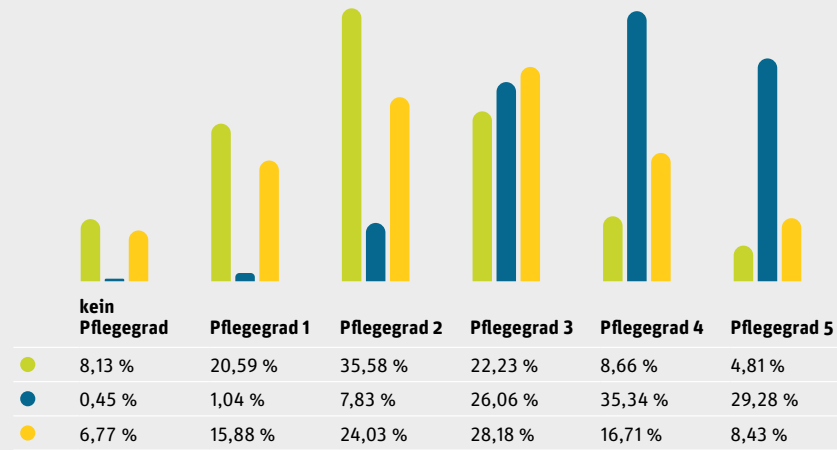


Pflegebedarf nach Versorgungsform

- **102.823** ambulant (Pflegeperson/-dienst)
- **11.224** stationär (Pflegeheim)
- **724** in vollstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen

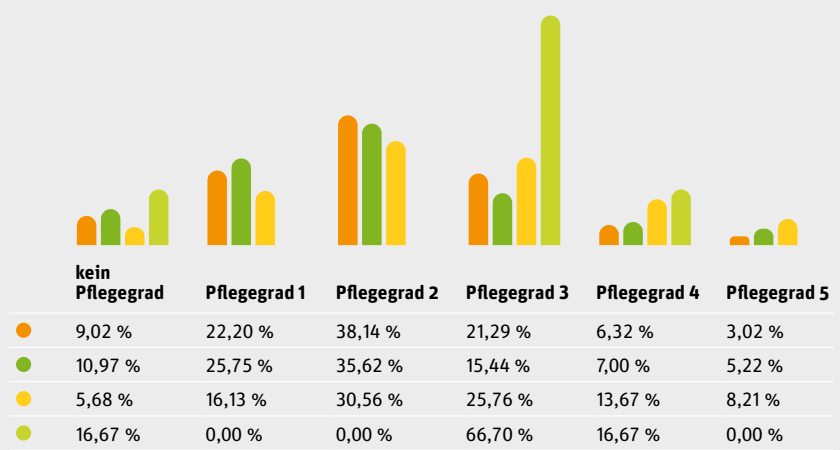
Pflegebegutachtungen 2025 nach Anteil der Versorgungsformen

● ambulant ● stationär ● vollstationäre Einrichtung für Menschen mit Behinderung

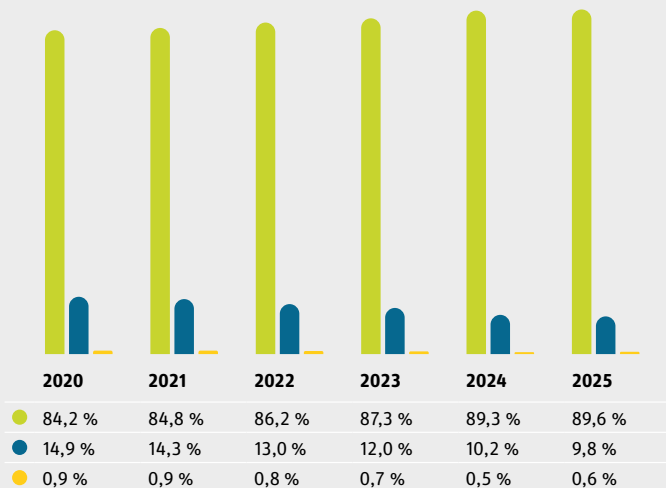


Anteil beantragter ambulanter Leistungen 2025

● Pflegegeld ● Pflegesachleistung ● Kombileistung (Geld- u. Sachleistung) ● Kurzzeitpflege

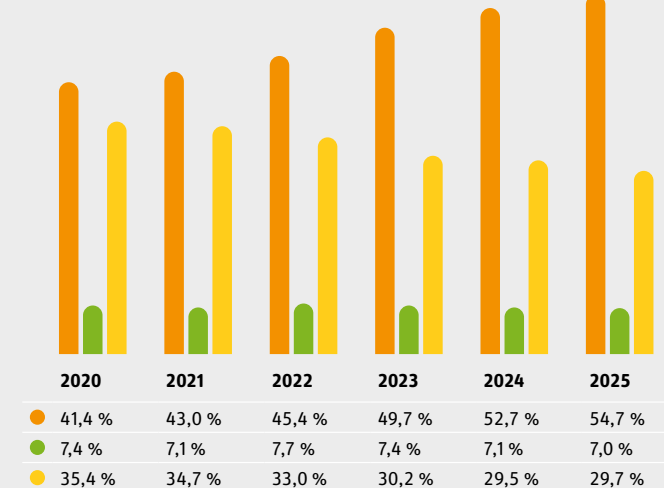


Entwicklung der Versorgungsformen



➔ Die Mehrheit der Pflegebedürftigen wünscht sich, so lange wie möglich zu Hause im gewohnten Umfeld zu bleiben. **Pflegeleistungen werden deshalb überwiegend ambulant erbracht.** Das kann sich unterschiedlich gestalten und findet sich in den verschiedenen Antragsarten wieder: Übernehmen ausschließlich Angehörige oder andere Bezugspersonen die pflegerische Versorgung, wird Pflegegeld beantragt. Ist nur ein Pflegedienst im Einsatz, werden Pflegesachleistungen beantragt. Kümmern sich Angehörige und Pflegedienst gemeinsam um die Pflege, dann ist das eine Kombileistung, die Pflegegeld und Sachleistungen umfasst.

Entwicklung der Antragsarten



Zufriedenheit mit der Pflegebegutachtung

Jedes Jahr wird ein Teil der Menschen, für die der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt den individuellen Pflegebedarf feststellt, von einem unabhängigen Institut nach der Zufriedenheit mit der Umsetzung gefragt.

Die sehr guten Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragungen im Bereich der Pflegebegutachtungen belegen die hohe fachliche Kompetenz und die strukturierte Gutachtererstellung. Damit wird nicht „nur geprüft“, sondern aktiv zur Qualitätsentwicklung beigetragen.

Die freiwilligen Rückmeldungen aus dem Jahr 2025 zeigen, dass die Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt sehr zufriedenstellend realisiert wird.



Zufriedenheit mit Umsetzung im Hausbesuch

- **89,2 %** zufrieden
- **6,6 %** teilweise zufrieden
- **4,2 %** unzufrieden

Persönliche Rückmeldungen:

- Alles bestens, alles ok., insgesamt (sehr) zufrieden
- Zufrieden mit der Gutachterin/ dem Gutachter
- Keine Beanstandung/keine Verbesserungsvorschläge
- Mangelhafte Kompetenz/Qualifikation des Gutachters/mangelhafte Vorbereitung
- Zu wenig Zeit/Zeitdruck des Gutachters
- Bereitgelegte Unterlagen nicht berücksichtigt
- Detaillierter, individueller auf Pflegebedürftige und Angehörige eingehen/ alles umfassend berücksichtigen/ mehr Verständnis
- Krankheitsbild nicht vollumfänglich berücksichtigt (v. a. psychische Aspekte, Demenz)



Zufriedenheit mit Umsetzung als Telefoninterview

- **84,6 %** zufrieden
- **12,2 %** teilweise zufrieden
- **3,2 %** unzufrieden

Persönliche Rückmeldungen:

- Alles bestens, alles o.k., insgesamt (sehr) zufrieden
- Zufrieden mit der Gutachterin/ dem Gutachter
- Wunsch nach persönlicher Begutachtung
- Keine Beanstandung/keine Verbesserungsvorschläge
- Zufrieden mit der Begutachtung/mit dem Ablauf/mit dem Prozess
- Detaillierter, individueller auf Pflegebedürftige und Angehörige eingehen/ alles umfassend berücksichtigen/ mehr Verständnis
- Ergebnis der Pflegebegutachtung nicht transparent/nachvollziehbar z. B. Inhalt des Gesprächs stimmt nicht mit dem Inhalt des Gutachtens überein
- Krankheitsbild nicht vollumfänglich berücksichtigt (v. a. psychische Aspekte, Demenz)

Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen

Pflegebedürftige Menschen brauchen besonderen Schutz und haben Anspruch auf eine hochwertige Pflege. Der Medizinische Dienst prüft deshalb jedes Jahr 90 Prozent aller Pflegedienste und Pflegeheime die Qualität und unterstützt damit eine gute pflegerische Versorgung.

Beratungsorientierte Qualitätsentwicklungen in Pflegeeinrichtungen

Auch im Jahr 2025 wurden die Pflegeeinrichtungen systematisch und kontinuierlich bei der Weiterentwicklung ihrer Ergebnisqualität

begleitet. Die Zusammenarbeit gestaltet sich dabei partnerschaftlich, auf Augenhöhe und beratungsorientiert. Mit Blick auf das Jahr 2026 steht die Implementierung der neuen Qualitätsprüfrichtlinie für ambulante Pflegedienste an. Bereits im Jahr 2025 haben unsere Qualitätsprüferinnen und Qualitätsprüfer die Einrichtungen frühzeitig zu wesentlichen Änderungen und zentralen Aspekten der neuen Richtlinie beraten und vorbereitet. Der konsequente Fokus auf die Ergebnisqualität entspricht der Weiterentwicklung des indikatoren gestützten Qualitätssystems gemäß § 113 SGB XI und leistet einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Qualitätsentwicklung in der Pflege.

34 unangemeldete Regelprüfungen durch den Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt

Die Landesverbände der Pflegekassen prüfen, ob Voraussetzungen für eine unangekündigte Regelprüfung vorliegen. Das ist für vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen z. B. dann der Fall, wenn vor einem Prüfauftrag innerhalb der letzten 12 Monate keine Indikatoren erhoben wurden, unvollständige Daten an die Datenauswertungsstelle übermittelt wurden oder im Rahmen der statistischen Plausibilitätsprüfung eine mangelnde Plausibilität der Daten festgestellt wurde.

41 Einrichtungen profitierten von einem verlängerten Prüfrhythmus.

Pflegeheime, die mit ihrer vollstationären Pflege im bundesweiten Vergleich ein hohes Qualitätsniveau erreichen, profitieren von einem längeren Prüfrhythmus. Die nächste Prüfung erfolgt dann statt nach einem Jahr erst nach zwei Jahren. Anlassprüfungen sind dennoch jederzeit möglich.

„Unsere Qualitätsprüfungen planen wir jeden Monat eigenverantwortlich im Team. Dadurch vermeiden wir für die Prüferinnen und Prüfer sehr lange Fahrtwege. Außerdem schafft das Vorgehen Verständnis dafür, warum jemand wohin fährt. Das stärkt den Zusammenhalt im Team.“

Nancy Lehmann-Wolf
Pflegefachliche Gutachterin im Geschäftsbereich Pflege



1.358

Qualitätsprüfungen wurden 2025 vom Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt durchgeführt.

Qualitätsprüfungen

- 384 in stationären Einrichtungen
- 336 in teilstationären Einrichtungen
- 638 in ambulanten Einrichtungen

darunter 97 Anlassprüfungen* aufgrund von Beschwerden oder Hinweisen auf Missstände in Pflegeeinrichtungen

*Mit einer Anlassprüfung können Beschwerden über Pflegemängel gezielt von den Qualitätsprüfern des Medizinischen Dienstes überprüft werden. Pflegebedürftige bzw. ihre Angehörigen bekommen dadurch konkrete Hinweise zu ihren Bedenken. Für die Einrichtung ergibt sich aus der Anlassprüfung die Chance, sich weiter zu verbessern und zu entwickeln. Die Anzahl an Anlassprüfungen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 73 auf 97 erhöht.



Kooperationsbündnis Pflege

Gemeinsame Verantwortung für die Versorgungsqualität in Sachsen-Anhalt

Seit dem Jahr 2025 stärkt das Kooperationsbündnis Pflege die landesweite Zusammenarbeit der maßgeblichen Akteure im Pflegesektor.

Die inhaltlichen Schwerpunkte liegen dabei auf der Sicherstellung und kontinuierlichen Weiterentwicklung der Pflegequalität, dem Abbau bürokratischer Belastungen, der Umsetzung des Strukturmodells sowie der nachhaltigen Stärkung der pflegfachlichen Kompetenz. Durch diese strategische Ausrichtung leistet das Bündnis einen wichtigen Beitrag zur sys-

tematischen Stabilisierung der pflegerischen Versorgung im Land. Zugleich fördert es einen konstruktiven, lösungsorientierten Dialog zwischen den beteiligten Institutionen. Mit dem Kooperationsbündnis Pflege wurde zudem ein struktureller Rahmen geschaffen, um gemeinsam mit Partnern im Gesundheitswesen die pflegerische Versorgung nachhaltig zu stärken. Damit übernimmt der Geschäftsbereich Pflege Verantwortung über die reine Prüftätigkeit hinaus und wirkt aktiv an der Weiterentwicklung des Systems mit.

Qualitätsbereiche

→ Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung (Prüfbogen A*)

- 1.1 Unterstützung im Bereich Mobilität
- 1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
- 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

→ Bereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (Prüfbogen A*)

- 2.1 Medikamentöse Therapie
- 2.2 Schmerzmanagement
- 2.3 Wundversorgung
- 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen
- 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

→ Bereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (Prüfbogen A*)

- 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung
- 3.2 Unterstützung bei der Beschäftigung und Kommunikation

3.3 Nächtliche Versorgung

* Prüfbogen A = Beurteilung der personenbezogenen Versorgung

** Prüfbogen B = Beurteilung auf der Einrichtungsebene

● spezielle Anforderungen an stationäre Einrichtungen

→ Bereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen (Prüfbogen A*)

- 4.1 Aufnahme in die Tagespflege/**Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug**
- 4.2 **Überleitung bei Krankenhausaufenthalten**
- 4.3 Unterstützung von Tagespflegegästen/versorgten Personen mit herausfordernd erlebten Verhalten und psychischen Problemlagen
- 4.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen

→ Bereich 5: Bedarfsübergreifende Qualitätsaspekte (Prüfbogen B**)

- 5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen
- 5.2 Biografieorientierte Unterstützung
- 5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen
- 5.4 Hilfsmittelversorgung
- 5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

→ Bereich 6: Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement (Prüfbogen B**)

- 6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft
- 6.2 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten
- 6.3 **Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen**



Personenstichprobe zeigt Versorgungsqualität in stationären Einrichtungen

Im Zentrum der Qualitätsprüfungen steht die umfassende, individuelle Versorgungssituation des Pflegebedürftigen. Mobilität und Selbstversorgung, krankheits- und therapiebedingte Anforderungen, aber auch die Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte werden in die Qualitätsprüfung einbezogen. Die Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst basiert auf der Inaugenscheinnahme von neun stichprobenhaft ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohnern sowie einem persönlichen Gespräch mit ihnen, um die Versorgungsqualität zu untersuchen. Darüber hinaus prüft der Medizinische Dienst bei sechs Personen aus der Stichprobe die Plausibilität der Indikatordaten, die die Pflegeeinrichtung selbst ermittelt und an die Datenauswertungsstelle übermittelt hat. Ein weiterer wichtiger Baustein ist das Fachgespräch mit den Pflegekräften vor Ort über die Prüfergebnisse der Personenstichprobe. Dabei ist die pflegefachliche Beratung des Medizinischen Dienstes von großer Bedeutung.

Zufriedenheit mit den Qualitätsprüfungen

Die sehr guten Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragungen im Bereich der Qualitätsprüfung bestätigen das hohe Vertrauen der Einrichtungen in die Arbeit unseres Dienstes. Zugleich unterstreichen die Rückmeldungen aus den Einrichtungen den wahrgenommenen Beratungseffekt und die fachliche Unterstützung im Rahmen der Prüfungen.

Die sehr guten Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragungen im Bereich der Qualitätsprüfungen belegen die hohe fachliche Kompetenz, die strukturierte Prüfberichtserstellung und die beratungsorientierte Zusammenarbeit mit den Pflegeeinrichtungen.

Die Arbeit des Geschäftsbereichs ist geprägt von Professionalität, Transparenz und einer kooperativen Haltung auf Augenhöhe. Damit wird nicht „nur geprüft“, sondern aktiv zur Qualitätsentwicklung beigetragen.



Auf die Nachfrage: „Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Prüfung?“ antworteten: 196 ambulante Pflegeeinrichtungen

- 83,7 % zufrieden
- 14,3 % überwiegend zufrieden
- 0,5 % überwiegend unzufrieden
- 1,5 % unzufrieden



sowie 212 stationäre Pflegeeinrichtungen plus Kurzzeit- und Tagespflegen

- 89,2 % zufrieden
- 9,0 % überwiegend zufrieden
- 1,4 % überwiegend unzufrieden
- 0,5 % unzufrieden

Persönliche Rückmeldungen



→ Alle Prüferinnen und Prüfer waren sehr fachkompetent und sehr nett zu den Bewohnern und Mitarbeitenden.

→ Wertschätzende Kommunikation, sofortige positive Rückmeldung, Beratung zur Verbesserung der Qualitätsprozesse.

→ Die Mitarbeitenden waren freundlich, haben keinen Druck ausgeübt, Ruhe ausgestrahlt und uns damit die Anspannung, die in solchen Prüfsituation entsteht, genommen.

→ Es wurde auf Augenhöhe kommuniziert und es wurden viele hilfreiche Tipps gegeben.

→ Ein respektvoller Umgang mit Senioren und Mitarbeitenden war gegeben. Wir hatten nicht das Gefühl einer Prüfung, sondern einen Tag mit Kolleginnen und Kollegen.

→ Die Prüferinnen und Prüfer waren sehr freundlich, Atmosphäre angenehm, Gespräche auf Augenhöhe. Große Empathie und Rücksicht bei einem plötzlichen, unvorhergesehenen Ereignis.

→ Der kompetente und fachliche Austausch auf Augenhöhe sorgte für eine rundum gute Prüfungssituation.

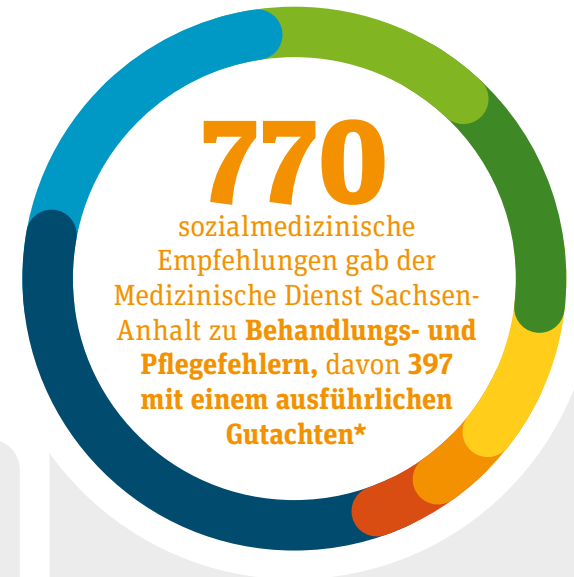
→ Beratung und Kompetenz zur besseren Umsetzung der Kriterien waren durchgehend gegeben, in den verschiedenen Ebenen und auch im Abschlussgespräch. Die Kritikpunkte wurden für die Mitarbeitenden nachvollziehbar und lösungsorientiert besprochen.

→ Die Qualitätsprüfung war sehr strukturiert, beratungsorientiert und fand auf Augenhöhe statt.

Behandlungs- und Pflegefehler

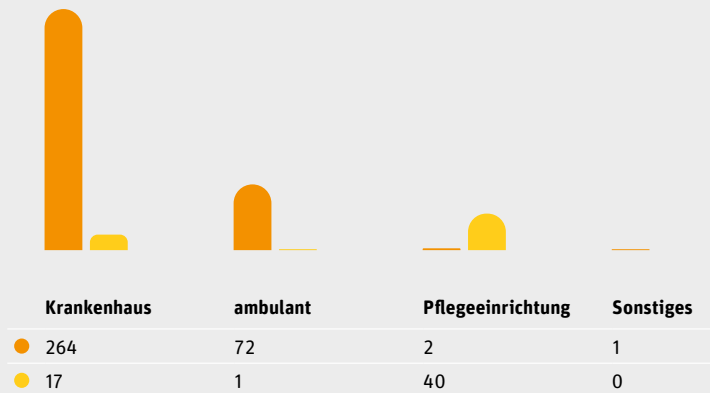
Bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler aus Medizin und Pflege können sich Versicherte an ihre Krankenkasse wenden. Die Krankenkasse beauftragt den Medizinischen Dienst, ein sozialmedizinisches Gutachten zur Klärung des Verdachts zu erstellen. Das Gutachten ist für den Versicherten kostenfrei und kann vor Gericht oder gegenüber dem Behandelnden bzw. der Haftpflichtversicherung verwendet werden.

* In manchen Fällen lässt sich recht unaufwendig einschätzen, ob ein Behandlungs- oder Pflegefehler vorliegt. Dann ist kein umfangreiches Gutachten notwendig. Das kann z. B. der Fall sein, wenn Komplikationen auch bei fachgerechtem Handeln nicht sicher zu vermeiden sind (wie z. B. eine Wundheilungsstörung nach einer Operation).



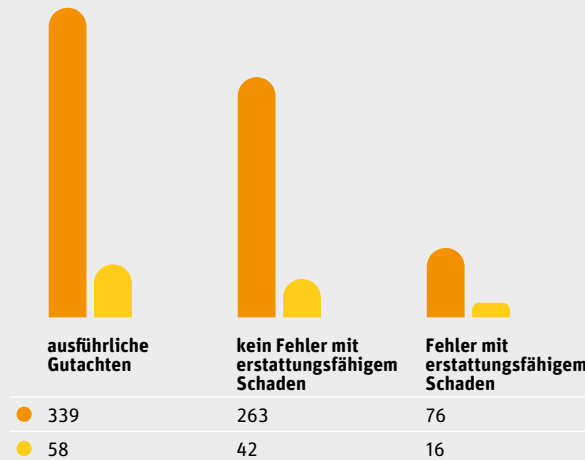
Behandlungs- und Pflegefehler nach Versorgungsorten

● **Behandlungsfehler** ● **Pflegefehler**



Vermutete Behandlungs- und Pflegefehler nach Häufigkeit und bestätigtem Verdacht

● **Behandlungsfehler** ● **Pflegefehler**



Behandlungs- und Pflegefehler nach Fachgebieten

- **33,0 %** Orthopädie und Unfallchirurgie
- **19,7 %** Chirurgische Fachgebiete
- **14,6 %** Pflege
- **14,9 %** weitere Fachgebiete
- **8,8 %** Innere Medizin und Allgemeinmedizin
- **4,5 %** Zahnmedizin
- **4,5 %** Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Erstattungsansprüche



Bei sozialmedizinischen Empfehlungen zu Erstattungsansprüchen ist die zentrale Frage, welcher Leistungsträger für die Kostenübernahme einer Behandlung zuständig ist (bspw. Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft bei Arbeitsunfällen).



Erstattungsansprüche

- **31,3 %** Erstattungsanspruch liegt nicht vor bzw. ist nicht wahrscheinlich
- **57,8 %** Erstattungsanspruch liegt vor bzw. ist wahrscheinlich
- **10,9 %** weitere Bearbeitung notwendig

Impressum

Herausgeber

Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt
Breiter Weg 19c
39104 Magdeburg
Telefon 0391 5661-0
info.kommunikation@md-san.de
www.md-san.de

Redaktion

Dr. Mandy Paraskewopulos-Ostwald
Christine Probst
Simone Fiedler

Gestaltung

Müller Marketing GmbH
www.agentur-mm.de

Bildnachweise

Giovanna Veronica Gahrns
www.giovannagahrns.com
(Fotos auf den Seiten: 3, 4, 5, 6 und 9)

www.freepik.com

Stand: Mai 2026