Medizinischer Dienst
Sachsen-Anhalt

BLICK NACH VORN

JAHRESBERICHT 2022

Unser Jahresbericht ist auch online.
Neben Text- und Bildbeiträgen finden Sie in der digitalen Version auch O-Töne unserer Interviewpartner.

www.md-san.de/md/jahresbericht-2022

Inhalt

GESCHÄFTSBEREICH MEDIZIN

Neue Strukturen als Schlüssel zum Erfolg? 6
Auf Bundesebene erarbeitet eine Regierungskommission Pläne für eine Reform der Krankenhauslandschaft. Was ist zu erwarten und wie bewerten Akteure des Gesundheitswesens das Vorhaben?

Einfach mal nach draußen 22
Hilfsmittel wie ein Elektrorollstuhl können Lebensqualität erhalten. Bei Problemen kann der Medizinische Dienst eine Anpassung unterstützen.

GESCHÄFTSBEREICH PFLEGE

Teilhabe digital sichern 18
Das Projekt RehaTransHome will dabei unterstützen, dass Menschen nach einer Reha gut zu Hause zurechtkommen.

MEDIZINISCHER DIENST SACHSEN-ANHALT

Einfach glücklich 26
Weniger die äußeren Umstände entscheiden, wie glücklich wir uns beruflich wie privat fühlen. Wir halten die Zügel selbst in der Hand.

Zahlen, Daten, Fakten 2022 31
Ein statistischer Blick auf die Leistungen des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt.

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

vieles hat sich getan seit unserem letzten Jahresbericht. Die Corona Pandemie wurde offiziell für beendet erklärt. Krieg in Europa hält die Welt in Atem. Energiepreise steigen und der Klimawandel gelangt langsam aber sicher in das Bewusstsein eines jeden Einzelnen. Zwischen all dem macht der demografische Wandel keinen Halt. Pflegebedarf nimmt zu und die Bevölkerung wird multimorbider. Und das vor dem Hintergrund sich immer dramatischer zeigenden Fachkräftemangels. Uns in Sachsen-Anhalt als ältestes Bundesland, aus dem Menschen eher abwandern als hinzukommen, stellt das vor besondere Herausforderungen. Noch eher als Andere müssen und wollen wir Herausforderungen begegnen und nach vorn denken, um unseren Medizinischen Dienst zukunftssicher zu machen.

Einen Großteil des Umdenkens nehmen aktuell die Überlegungen zur Krankenhausreform ein. Die Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen sehen wir als essentielles Instrument qualitätsorientierter Krankenhausplanung der Zukunft. Welche Chancen und Risiken sehen andere Akteure und Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen bezüglich der geplanten Strukturreform und welche Rolle kommt dabei dem Medizinischen Dienst zu? Das haben wir für unseren Jahresbericht 2022 beleuchtet. Beschäftigt hat uns außerdem die Weiterentwicklung alternativer Begutachtungsformen in der Pflege. Es braucht eine gesetzliche Legitimation nachhaltiger und ressourcenschonender Ergänzungen zum Hausbesuch, damit wir Pflegebedürftige schon heute und nicht nur in Krisensituationen zeitnah unterstützen können. Digitalisierung darf nicht halt machen vor Sektorengrenzen. In Medizin und Pflege wollen

wir neue Wege gehen, um Versorgung zu sichern und nicht zuletzt unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern trotz steigender Auftragszahlen ein gesundes Arbeitspensum zu ermöglichen. Deswegen sind wir in engem Austausch mit wertvollen Akteuren wie z. B. der Translationsregion digitalisierte Gesundheitsversorgung (TDG). Mit Projekten wie TransRehaHome, ist die TDG ein Wegweiser für die Möglichkeiten digitaler Transformation im Medizinischen Dienst.

Wir freuen uns, Ihnen diese und andere Themen aus unserem gemeinsamen Wirken im Jahresbericht 2022 vorzustellen.

Viel Freude beim Lesen.

Jens Hennicke
Vorstandsvorsitzender

Traudel Gemmer
Vorsitzende Verwaltungsrat

Dr. med. Anke Lasserre
Stellv. Vorstandsvorsitzende

Helge Lewerenz
Vorsitzender Verwaltungsrat

„Ich sehe durchaus einen Reformbedarf und bin der Meinung, dass es gut ist, dass sich eine Expertenkommission der Themen annimmt.“

Prof. Dr. med. Wolfgang Schütte,
Vorsitzender der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt

Neue Strukturen als Schlüssel zum Erfolg?

Krankenhausreform für mehr Behandlungsqualität

Mit dem Ziel, flächendeckend eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sicherzustellen, initiiert die Ampel-Koalition die große Reformation der Kliniklandschaft. Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach wünscht sich, dass Patientinnen und Patienten sich darauf verlassen können, dass sie überall, auch in ländlichen Regionen, schnell und gut versorgt werden. Statt ökonomischer sollen medizinische Gründe die Behandlungen bestimmen. Qualität von Strukturen und Behandlungen bildet dabei die Grundlage für Krankenhausplanung und Vergütung. Doch was kann eine Strukturreform tatsächlich bewirken? Und was bedeutet sie für ein Flächenland wie Sachsen-Anhalt?

Zwischen Fallpauschalen und Investitionskosten

Alle betroffenen Interessengruppen sind sich zumindest einig, dass sich etwas ändern muss. Die große Streitfrage bleibt das Wie. Erwartungsgemäß wollen dabei alle mitreden. Insbesondere bei den Krankenkassen und Bundesländern ist das verständlich, denn diese finanzieren die Krankenhäuser.
Der Großteil der Krankenhausfinanzierung entfällt auf die Krankenkassen, welche die entstehenden Kosten für die Behandlung von Patientinnen und Patienten tragen. Die Abrechnung der Krankenhausbehandlungen erfolgt überwiegend über das System der DRG-Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups), in dem Diagnosen Fallgruppen zugeordnet und pauschal vergütet werden. Dieses Vergütungssystem, das Lauterbach vor gut zwanzig Jahren selbst mit auf den Weg gebracht hat, sieht der Bundesgesundheitsminister nun als Hauptproblem, denn dadurch dominiere die Ökonomie. Fallpauschalen schaffen den Anreiz, möglichst viele Fälle abzurechnen.

Ergänzend tragen die Bundesländer die Investitionskosten für Krankenhäuser. Diese regeln Krankenhauspläne und Investitionsprogramme mit zweckgebundenen Fördermitteln unter Beachtung des Versorgungsauftrages sowie den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat im Ergebnis der jährlich erhobenen „Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern“ im Februar 2023 darauf hingewiesen, dass die getätigten Investitionen den ermittelten Bedarf nur zum Teil decken. Seit drei Jahrzehnten bestehe eine massive Unterfinanzierung.

Fachkliniken

Fachkrankenhäuser verfügen häufig über hohes Expertenwissen und hohen Fallzahlen in ihren jeweiligen Fachgebieten. Obgleich sie typischerweise keine Notaufnahmen haben, sind sie trotzdem für die Versorgung der Bevölkerung teilweise elementar. Ihr Leistungsspektrum entspricht grundsätzlich dem Level II, zum Teil dem Level III. Die Regierungskommission hat deshalb vorgeschlagen, die hochqualifizierten Häuser baulich und inhaltlich in Kliniken der Stufe II und III zu integrieren.

Das BMG hat nun in seinem Entwurf eines Basismodells zur geplanten Krankenhausreform (Stand Mai 2023) als Grundlage für eine erste Folgenabschätzung eine neue Level-Kategorie „F“ für Fachkliniken einschließlich Bundeswehrkrankenhäusern und berufsgenossenschaftlicher Kliniken aufgenommen.

Neue Level, Leistungsgruppen und Finanzierung

Die 17-köpfige Regierungskommission, die aus Vertreterinnen und Vertretern der medizinischen wie pflegerischen Versorgung, der Ökonomie und der Rechtswissenschaften sowie einem an das BMG angebundenen Koordinator besteht, hat als Gesprächsgrundlage einen Reformvorschlag aufgestellt. Er verbindet eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung der Länder mit einer neuen Vergütungssystematik aus drei Kriterien: Vorhalteleistungen, Versorgungsstufen und Leistungsgruppen.

Festes Budget für Vorhalteleistungen

Da Krankenhäuser aktuell auch das Budget zum Vorhalten gewisser Strukturen und Personalkapazitäten überwiegend über Fallpauschalen erwirtschaften, empfiehlt die Regierungskommission einen festen Betrag als Vorhaltekosten zu definieren. Dieser soll sich daran orientieren, welcher Versorgungsstufe und Leistungsgruppe ein Krankenhaus zugeordnet ist. Da für jede Leistungsgruppe ein Vorhalteanteil in der Vergütung geregelt werden soll, erfolgt die Vorhaltevergütung dann direkt hierüber und indirekt auf Ebene der Level und Standorte. Die Vorhaltung setzt sich zusammen aus:

a. einem Pflegebudget
b. einem normativ festgelegten und dann ausgegliederten Anteil der verbleibenden aDRGs (ohne Pflegebudget)

Insgesamt sollen die Krankenhäuser so vom wirtschaftlichen Druck entlastet und ihre Bedeutung für die Daseinsvorsorge unterstrichen werden.

Einteilung in neue Versorgungsstufen (Level)

Die Krankenhausstrukturen in Deutschland sind historisch gewachsen und regional verschieden. In jedem Krankenhaus finden sich unterschiedliche Fachabteilungen und Leistungen, die keiner genauen Definition und nur teilweise Mindestanforderungen unterliegen. Die Bundesländer gehen in ihren Krankenhausplänen damit sehr unterschiedlich um. Um die Krankenhäuser einzugruppieren, nutzt die

Hälfte der Länder bereits in ganz unterschiedlicher Weise Stufen. Das sind durchnummerierte Versorgungs- oder Anforderungsstufen oder Abstufungen durch Begriffe wie Regel- oder Schwerpunktversorgung. Für „Maximalversorgung“, „Schwerpunktversorgung“, „Regelversorgung“ oder „Grundversorgung“ existiert aber keine einheitliche Definition, wodurch kein einheitlicher Standard dafür besteht.

Um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen, sah die Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission (Stand Dezember 2022) vor, Krankenhäuser künftig in drei bundesweit einheitliche Level zu unterteilen, an denen sich die Krankenhausversorgung orientiert:

Level I:

- Krankenhäuser der Grundversorgung, die mit medizinischer und pflegerischer Basisversorgung flächendeckend eine wohnortnahe Versorgung garantieren sollen. Hier soll unterschieden werden zwischen Krankenhäuser, die eine Notfallversorgung sicherstellen (In) und Krankenhäuser, die eine integrierte ambulant/stationäre Versorgung anbieten (Ii).

Level In: mit Notfallstufe I

- hat einen Sicherstellungsauftrag für die stationäre internistische und chirurgische Basisversorgung, Basis-Notfallversorgung und je nach Bedarf auch Geriatrie oder Palliativmedizin
- ist für Regionen vorgesehen, in denen das nächstgelegene Krankenhaus der Regel- und Schwerpunktversorgung (Level II) bzw. der Maximalversorgung (Level III) weiter als 30 Minuten Pkw-Fahrzeit entfernt ist oder bei denen das Bundesland einen besonderen Versorgungsauftrag sieht

Level Ii: integrierte ambulant/stationäre Versorgung

- verbinden wohnortnah zumeist allgemeine und spezialisierte ambulante
- fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten (z. B. zur Beobachtung und Basistherapie oder nach Verlegung aus einem Level II oder III zur stationären Überwachung und Pflege)
- nach gesetzlicher Regelung Leitung durch qualifizierte Pflegefachpersonen mit Zusatzweiterbildung denkbar
- je nach Bedarf Möglichkeit, Level Ii als regionales Gesundheitszentrum mit ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, jedoch zwingend mit Akutpflegebetten ohne Fachabteilungszuordnung zu planen
- sektorenübergreifende Planung in regionalen, paritätisch besetzten Gremien unter Beteiligung der Länder und Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten und lokalen Bedarfe sowie mit Einbindung von Vertragsärztinnen und -ärzten

Level II:

- Krankenhäuser der Regel- und Schwerpunktversorgung, die über die reine Grundversorgung hinaus noch weitere Leistungen anbieten.

Level III:

- Krankenhäuser der Maximalversorgung mit einem umfangreichen Leistungsspektrum wie dies zum Beispiel die Universitätskliniken bieten. Das Level IIIU entspricht hier gesondert der Universitätsmedizin mit erweitertem Leistungsspektrum und Zusatzaufgaben, insbesondere bei der Koordination der regionalen Versorgung sowie der Unterstützung anderer Krankenhäuser über Zentren und Telemedizin mit entsprechenden Mindestanforderungen an technischer Ausstattung, Prozessqualität und Standard Operating Procedures (SOP).

Die Regierung hat Reformvorschläge vor allen Dingen vorbereiten lassen durch eine Regierungskommission, in der seltsamerweise nur Krankenhausvertreter ihren Platz gefunden haben, angeblich Wissenschaftler, aber im Wesentlichen Vertreter der Universitätsmedizin.

Dr. Wulf-Dietrich Leber, Leiter der Abteilung „Krankenhäuser“ beim GKV-Spitzenverband in Berlin

Einführung definierter Leistungsgruppen

Den Leveln sollen genauer als bisher definierte Leistungsgruppen (zum Beispiel „Kardiologie“ statt „Innere Medizin“) zugeordnet werden. Wesentliche Faktoren dafür sind die bereits bestehenden Strukturvorgaben und die Vorarbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den Notfallstufen. Definiert werden die Leistungsgruppen über ICDi und OPS-Codes mit Mindestvorgaben zur Vorhaltung je Leistungsgruppe und je Level.

Nur wenn ein Krankenhaus die Voraussetzungen (zum Beispiel eine entsprechende personelle und apparative Ausstattung) für eine Leistungsgruppe erfüllt, kann ihm diese zugeordnet werden. Erst dann können die Behandlungen dieser Leistungsgruppe abgerechnet werden.

Leistungsgruppen und Level sollen insgesamt zu mehr Behandlungsqualität für Patientinnen und Patienten beitragen. Die Regierungskommission empfiehlt eine schrittweise Einführung mit einer Übergangsphase von fünf Jahren.

Gute Prognose für Veränderungen

„Seit Jahrzehnten kursieren Reformvorschläge zur Krankenhausfinanzierung und zur Krankenhausstrukturierung“, weiß Dr. Wulf-Dietrich Leber, der seit 15 Jahren die Abteilung „Krankenhäuser“ beim GKV-Spitzenverband in Berlin leitet. „Wieso könnte diesmal etwas passieren“, fragt Leber und kennt die Antwort: „Man sagt, die Krise ist die Mutter aller Reform und wir sind in einer Krise.“ Auf verschiedene Weise hat sich die Corona-Pandemie auf die Krankenhäuser ausgewirkt. Im Anschluss folgte der Ukraine-Krieg mit seinen wirtschaftlichen und monetären Auswirkungen. „Die Krankenhäuser sind durch die chronische Unterfinanzierung der letzten Jahre, durch die Corona-Pandemie und den Fachkräftemangel schon in einer sehr kritischen Situation“, sagt der Vorsitzende der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt, Prof. Dr. med. Wolfgang Schütte. „Ich sehe durchaus einen Reformbedarf und bin der Meinung, dass es gut ist, dass sich eine Expertenkommission der Themen annimmt.“

Dr. Leber ist überzeugt: „der Zeitpunkt ist gekommen, wo nicht nur über eine Krankenhausreform geredet wird, sondern Veränderungen zu sehen sein werden.“ Vor allem, weil im Bereich der Pflegeversicherung ebenfalls „schwere finanzielle Belastungen“ bestünden. Mit dem Wissen der zentralen Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland sieht er die Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft als überfällige Reform. „Im Augenblick haben wir eine Situation, wo letztlich jeder Krankenhausträger versorgen kann, was er will. Das führt dazu, dass auch komplizierte Eingriffe von Einrichtungen gemacht werden, die nicht die notwendige Qualifikation haben. Und es führt natürlich zu Doppelvorhaltungen in vielen Bereichen“, verdeutlicht Dr. Leber. Seiner Ansicht nach sollte der Reformvorschlag für

die Level-Strukturen unabhängig von der starken Vorhaltefinanzierung diskutiert werden, die neben die leistungsorientierte DRG-Vergütung treten soll. Zudem sei zu unterschieden, was die Kommission geschrieben hat und was Herr Lauterbach über die Kommission erzählt: „Herr Lauterbach konzentriert sich auf eine angebliche Krise des DRG-Systems. Die Kommission tut das so nicht.“ Deren Vorschläge zu Leistungsgruppen und Zentralisierung sind für Prof. Schütte „eindeutig zu begrüßen“. Im Moment sei aber noch unklar, wie es geht.

Fragen und Unklarheiten

Angesichts der ohnehin „sehr kritischen Situation“ der Krankenhäuser „jetzt mit Vorschlägen zu kommen, die nicht gut durchdacht sind, ist durchaus schwierig.“ Prof. Schütte reflektiert: „Analysen zu machen, ist ganz leicht. Veränderungsvorschläge zu machen, die ich nicht umsetzen muss, ist auch super leicht. Aber es konkret umsetzen, ist ganz, ganz schwierig.“ Das sei für ihn aber der entscheidende Punkt: Die Umsetzung „in einem Rechtsstaat mit autonomen Trägern, die nicht einer Landesregierung unterliegen.“ Selbst eine Ministerin oder ein Minister könne hier nicht die Revolution vollziehen, weil das strukturell nicht gehen würde. Bei den Reformbetroffenen hinterlassen die anvisierten Strukturreformen ebenso wie die geplanten Leistungsgruppen und Vorhaltekosten noch einige Fragen und Unklarheiten.

Vorhaltefinanzierung mit Vorhalteverpflichtung

Den Bedarf einer erlösunabhängigen Komponente neben den DRGs sieht Dr. Leber in den seit Mitte der 70er Jahre deutlich zurückgegangen Länderinvestitionen in die Krankenhäuser. Eine Vorhaltefinanzierung eröffne die Chance, wieder eine ganz klassische Krankenhausplanung vornehmen zu können. Im geplante 2-Säulen-Modell soll eine leistungsunabhängige Finanzierung in der Größenordnung von 40 Prozent geschaffen werden. Für die Intensiv- und Notfallmedizin, die Geburtshilfe und Neonatologie soll der Anteil bei 60 Prozent liegen, was der hohen Notwendigkeit zu Vorhaltungen entsprechen und den ökonomischen Druck in diesen Bereichen noch mehr reduzieren soll. „Wie diese Gelder verteilt werden und wie Vorhaltung definiert wird, ist weitestgehend unklar“, erklärt Dr. Leber und hofft auf mehr als ein bloßes Weiterleiten und

undifferenziertes Verteilen. Er plädiert für bundesweit einheitliche und bevölkerungsbezogene Kriterien für die Verteilung, denn „Vorhaltefinanzierung ist auch eine Vorhalteverpflichtung, die möglichst genau zu definieren ist.“ Auf diese Weise ließen sich auch Konzentrationsprozesse und eine starke Form von Strukturanforderungen durchsetzen. Für Prof. Schütte ist die vorgeschlagene Hybrid-Variante, bei der „40 oder 60 Prozent Sockel sein soll und der Rest immer noch über DRG gehen soll“ kein wirklicher Systemwechsel. Er befürchtet, dass die Aufstockung der Vorhaltekosten auf 40 Prozent zu ganz viel neuer Bürokratie führe. „Das haben wir schon bei der Ausgliederung der Pflege festgestellt, die ja keine schlechte Idee ist, die aber zu einer unbeschreiblichen Zunahme von Bürokratie, von Verhandlungen mit den Kassen führt.“ Das sei ausgesprochen problematisch, denn was Pflege ist, sei eben nicht so schlicht zu definieren. Analog sieht Prof. Schütte die Vorhaltekosten: „Die sind auch nicht so schlicht zu definieren und vor allen Dingen, wenn noch 60 Prozent über DRG erlöst werden sollen, bleibt das DRG-System wie es ist erhalten.“

Sektorengrenzen sinnvoll überbrücken

Im Wesentlichen sollen vollstationäre Fälle auch in Zukunft leistungsorientiert über die Fallpauschalen finanziert werden. „Veränderungen“, so Dr. Leber, „wird es möglicherweise im Grenzbereich zur ambulanten Versorgung geben.“ Hier sollen zum Beispiel die tagesstationären und Hybrid-Leistungen entstehen. Aus Krankenkassensicht sei beides skeptisch zu sehen, denn diese Optionen enthalten keine Verpflichtung nach dem Motto: Was ambulant erledigt werden kann, wird auch ambulant erledigt. „Wir haben solche Verpflichtungen im Bereich AOP, also dem ambulanten Operieren, wo auch künftig ein Reformprozess weiter voranschreiten wird.“ Die Grundlage dafür schafft ein Gutachten des IGES Institut, einem unabhängigen Forschungs- und Beratungsinstitut von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern. Dieses zeigt, dass rund 2.500 medizinische Leistungen für ambulante Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe im Katalog für ambulantes Operieren (AOP-Katalog)

Krankenhaustagesbehandlung

Die Krankenhaustagesbehandlung soll den Patientinnen und Patienten im Einvernehmen mit den Ärzten die Übernachtung in vertrauter Umgebung ermöglichen und das Krankenhauspersonal entlasten. Dafür sollen sich die Dokumentationsanforderungen auf das erforderliche Mindestmaß begrenzen.

Hybrid-DRGs

Die Entscheidung, ob eine Behandlung stationär oder ambulant erfolgt, soll keine Kostenfrage sein. Für bestimmte Behandlungen sollen mit Hybrid-DRGs deshalb sektorengleiche Vergütungen eingeführt werden, die zwischen ambulanter (EBM) und stationärer (DRG) Vergütung liegen. Krankenkassen und Krankenhäuser sollen dafür gemeinsam einen Leistungskatalog sowie entsprechende Vergütungen festlegen. Am hierfür vorgesehenen 31.03.2023 herrschte noch Uneinigkeit. Grundsätzlich gilt in der deutschen Gesundheitspolitik der Leitsatz „ambulant vor stationär“, wonach immer ambulant zu behandeln ist, wenn die Möglichkeit besteht.

Wenn Sie denselben Preis für das Wechseln der Zündkerzen und das Wechseln des Motors einführen, kann das auf Dauer keine kluge gesundheitsökonomische Lösung sein."

Dr. Wulf-Dietrich Leber

aufgenommen werden könnten. Die Anzahl möglicher ambulanten Leistungen von Kliniken würde sich damit nahezu verdoppeln. Außerdem wird ein praktikables Verfahren skizziert, mit dem Krankenhäuser je nach individueller Behandlungssituation einen stationären Aufenthalt begründen können. Das soll die Patientensicherheit erhöhen und unnötige Prüfverfahren vermeiden. Darüber hinaus enthalten sind „klare Abgrenzungen für jene Fälle, die zwar im Katalog stehen, aber aufgrund von Kontextfaktoren besser im stationären Bereich erledigt werden. Hierzu ist ein sehr gutes Modell vorgelegt und ich hoffe, wir können es vertraglich zum Jahresende vereinbaren", so Dr. Leber.

Mit Blick auf die tagesstationären Leistungen stellt sich für Dr. Leber die Frage, wieso die Patienten überhaupt sationär im Krankenhaus seien, wenn sie über Nacht nach Hause könnten. Hier werde versucht, einen neuen Bereich zu schaffen, nach dem Motto: ambulant behandeln und stationär kassieren.

Pflegekrankenhäuser als Signal für Versorgungsengpässe

Am meisten Diskussion verursachen laut Dr. Leber die Vorstellungen zu Ii-Krankenhäusern, der Integration ambulanter und stationärer Versorgung. Der Schwerpunkt läge hier auf der pflegerischen Leistung und das zeige auch der Gedanke der Kommission, dass qualifizierte Pflegefachpersonen mit Zusatzweiterbildung diese leiten könnten. „Bei genauerer Betrachtung handelt es sich also weniger um ambulante Einrichtungen, sondern eher um Einrichtungen der Kurzzeitpflege. Insofern müssen wir sie auch nicht im Zusammenhang mit der ambulanten Versorgung sehen, sondern eher um Zusammenhang mit anderen pflegerischen Leistungen in der Krankenversicherung und in der gesetzlichen Pflegeversicherung." Den Bedarf solcher Einrichtungen stellen einige daher infrage. Nach Dr. Leber lassen sich diese Häuser auf zweierlei Weise sehen: Einmal als Krankenhäuser in Abwicklung, denn im Bürgerdiskurs sei die Umwandlung in eine andere Form noch eher akzeptabel zu vermitteln als der völlige Verlust eines Krankenhauses. Die zweite Variante sei, dass diese Häuser im Grunde notwendig seien, da sozusagen ein Versorgungsengpass bestehe. „In der Tat gibt es viele Patienten, gerade im geriatrischen Bereich, die einfach drei Tage lang, etwa aufgrund eines Infektes, einer pflegerischen Überwachung bedürfen. Sie landen heute im Krankenhaus, obwohl sie eigentlich pflegerisch versorgt werden müssten – sozusagen eine Fehlbelegung zweiter Art", verdeutlicht Dr. Leber. Das habe aber weniger mit ambulanten und stationären Sektoren zu tun, als vielmehr mit der Neuordnung pflegerischer Leistung. Prof. Schütte unterstreicht: „Wir haben einen absoluten Fachkräftemangel, weil die Bevölkerung älter und kränker wird." Eine alternde Bevölkerung brauche zunehmend mehr Pflege. „Wir erleben das hier immer wieder, dass wir Patienten noch im Krankenhaus haben, die aus Sicht des Medizinischen Dienstes durchaus berechtigt entlassen werden können, wo das aber sozial nicht funktioniert." Hier sei ein wenig Freiraum mit Augenmaß alles, um „DRGs auch da abrechnen zu können, wo sie vielleicht eine Versorgungsstruktur ersetzen, die sonst nicht da ist, zum Beispiel in der Geriatrie." Die Strukturreformen könnten hier etwas lindernd wirken. Was Prof. Schütte dabei allerdings als Grundproblem sehe, ist, dass Reformen „immer wieder mehr dazu führen, dass Leistungen dokumentiert werden müssen", was dazu führe, dass „wir in einem Bürokratiesumpf versinken." Wenn die Mitarbeitenden unendlich viele Dokumentationsaufgaben hätten, bräuchte sich niemand wundern, wenn sie für die Pflege nicht reichen. Für Dr. Leber ist klar: „Die Pflegeversicherung wird als erstes zu reformieren sein, weil die Belastung der Versicherten durch die steigenden Tagessätze im Augenblick das Maß des erträglichen überschreitet. Wir werden also insgesamt größere Reformen sehen."

Qualitätssteigerung durch strukturierten Leistungsausschluss

Die Regierungskommission empfiehlt eine klare Abstufung, wonach nicht jedes Krankenhaus alles machen kann. Für Prof. Schütte intensivieren bestimmte Zusammenlegungen die Qualität. Bauchschmerzen bereitet ihm jedoch das Thema Sicherstellungszuschläge, weil medizinische Einheiten, die eine gewisse Größe unterschreiten, für die Patienten nicht mehr die entsprechende medizinische Qualität liefern können. „Ich glaube nicht, dass die Ii- und In-Häuser der sinnvolle Weg sind.“ Keiner wolle aber richtige Strukturveränderungen, weil richtige Strukturveränderungen schmerzhaft seien.

Die unterschiedlichen Level sollen mit bestimmten Leistungsgruppen verbunden sein, sodass bestimmte Leistungen dem entsprechenden Level vorbehalten sind. In der Folge bedeutet das einen Leistungs- und Abrechnungsausschluss für andere Level. „Das hat schon eine gewisse Logik, wenn man sagt, Leistungsgruppe Hämatologie, Onkologie nur in den und den Häusern“, sagt Prof. Schütte. Genaue Abgrenzungen zu definieren, sei aber vor allem bei den konservativen Fächern schwierig: „Zum Beispiel Innere: Da soll es die Leistungsgruppe der hämatologischen Neoplasien geben. Das ist vernünftig, aber das ist so ein heterogenes Thema, wo die losgehen, wo die aufhören.“ Unklar sei zudem der Umgang mit Co-Erkrankungen. Immer wieder bekämen Menschen aufgrund einer Erkrankung Infektionen oder andere Nebenerkrankungen. „Wo dürfen die dann behandelt werden? Dürfen die im Basis-Krankenhaus behandelt werden oder auch nicht? Das wird ganz, ganz schwer zu differenzieren sein. Da werden Sie unendlich viel Arbeit kriegen als Medizinischer Dienst.“ Im Hinblick auf eine stärkere Strukturierung und Leistungsausschlüsse rechnet Dr. Leber sogar mit einer zusätzlichen Prüfung des Medizinischen Dienstes.

Optimierungsimpulse nutzen

„Im Bereich Krankenhaus verfügen die Medizinischen Dienste aufgrund ihrer Aufgaben über wertvolle regionale Einblicke“, sagt Dr. Anke Lasserre, Leitende Ärztin und stellvertretende Vorstandsvorsitzende im Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt. Durch die Abrechnungsprüfungen, bei denen die Krankenkassen auffällige Rechnungen der Krankenhäuser abklären lassen, seien beispielsweise strittige Punkte im DRG-System bekannt. „Das Thema Verweildauer steht dabei symptomatisch auch für die Herausforderungen der Kliniken, die oft an den Sektorengrenzen bestehen.“ Nach den Voraussetzungen, um Leistungen überhaupt abrechnen zu dürfen, schauen ebenfalls die Medizinischen Dienste. Die Regelungen zu den sogenannten Strukturprüfungen (§ 275d SGB V) greifen unmittelbar in das Budgetrecht ein. Zuvor hatten die im Krankenhausplan ausgewiesenen Krankenhäuser nach § 8 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) einen Rechtsanspruch auf die Vereinbarung eines Erlösbudgets für Leistungen, die dem erteilten Versorgungsauftrag entsprachen. Die Prüfung der Strukturmerkmale erlauben Rückschlüsse auf die Qualität der Strukturvoraussetzungen für Behandlungen im Krankenhaus. Einer der entscheidenden Faktoren sei dabei das Fachpersonal. „Nur mit ausreichend medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Fachkräften lassen sich zum Beispiel notwendige Vertretungen sicherstellen oder zeitliche Vorgaben einhalten“, erklärt Dr. Anke Lasserre. Die räumlichen Gegebenheiten seien aber ebenfalls entscheidend, etwa für gesonderte Isolierstationen wie sie bei der Corona-Pandemie wichtig waren.

„Wie bei anderen Zertifizierungen ist auch bei Strukturprüfungen der Weg das Ziel“, sagt Dr. Anke Lasserre. Im gemeinsamen Austausch mit Krankenhäusern werde erörtert, welche Maßnahmen notwendig sind, um die Menschen mit qualitativ guten Behandlungsstrukturen weiter versorgen zu können. In der Folge seien in Sachsen-Anhalt dort, wo nötig und möglich, Fachärzte oder Therapeuten eingestellt, unterstützende Kooperationsvereinbarungen zwischen einzelnen Häusern geschlossen oder bauliche Maßnahmen durchgeführt worden.

Standortvernetzungen oder Zusammenschlüsse von Fachabteilungen, aber auch Verlagerungen von hochspezialisierten Behandlungen auf die Maximal- und Schwerpunktversorger seien denkbare Lösungsansätze. Darüber hinaus sei auch die Ambulantisierung nicht-komplexer Leistungen aus der Basisversorgung der Inneren Medizin wie Herz- oder Lungenerkrankungen oder Diabetes-Behandlungen ein möglicher Weg. Eine gute sektorenübergreifen-

„Der Vorschlag sieht vor, dass man eine Breitenversorgung organisiert, dann einen mittleren Bereich und letztlich die Maximalversorgung, wobei diese wiederum unterteilt wird, in Häusern der Maximalversorgung und gesondert die Universitäten.“

Dr. Wulf-Dietrich Leber

de Versorgung trage auch zu einem nahtlosen Behandlungsverlauf bei. „Hier sprechen wir von den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen gesetzlicher Kranken- und sozialer Pflegeversicherung, zwischen Akutmedizin und Rehabilitation. Der sozialmedizinische Blick des Medizinischen Dienstes schaut hier übergreifend“, sagt Dr. Anke Lasserre.

Neben den Strukturprüfungen unterstützen die Medizinischen Dienste auch mit den Qualitätskontrollen die Sicherstellung einer erreichbaren und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung. Stichprobenartig, anhaltspunktbezogen oder anlassbezogen werden dabei in den im Krankenhausplan des Landes ausgewiesenen Krankenhäusern die Qualitätsanforderungen überprüft, die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bundeseinheitlich geregelt sind, aber auch die Qualitätsvorgaben des jeweiligen Bundeslandes, wie nach dem Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt (§ 3 Abs. 3 Satz 6 KHG LSA). „Das kann zum Beispiel die Einhaltung der Qualitätsanforderungen für Notfallstrukturen betreffen oder die Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei ganz bestimmten Anwendungen“, erklärt Dr. Anke Lasserre. Im Fokus stehen örtliche Gegebenheiten, technische Ausstattungen oder personelle Qualifikationen.

Sichergestellt werden soll, dass Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern mit qualitativ hochwertigen Standards und auf dem neuesten

Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse versorgt werden. „Die Qualitätskontrollen bieten auch eine gute Basis für eine Planungsgrundlage zur qualitätsorientierten Steuerung der Versorgung im Gesundheitswesen. Zusammen mit den strukturellen Einblicken in die einzelnen Krankenhäuser und die Impulse für Struktur- und Qualitätsverbesserungen, die sich aus den Strukturprüfungen ableiten lassen, können die Medizinischen Dienste einen Reformprozess durchaus konstruktiv unterstützen“, betont Dr. Anke Lasserre. „Die Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt haben aber insgesamt eine gute Strukturqualität.“

Krankenhauslandschaft in Sachsen-Anhalt

Petra Grimm-Benne, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt, bestätigt: „In den ostdeutschen Ländern und damit auch in Sachsen-Anhalt hat bereits eine Strukturbereinigung im Bereich der stationären Versorgung stattgefunden. Die mit der Reform auf Bundesebene angestrebte Konzentration von Versorgungsstrukturen ist sicher grundsätzlich und deutschlandweit notwendig, in Sachsen-Anhalt aber nur bedingt.“ Gerade in der Fläche, etwa im Norden des Landes, bestünden wenig bis keine redundanten Strukturen. Eine Konzentration könne die Versorgung im Zweifel auch gefährden. „Bereits jetzt zeigt sich, dass der Norden des Landes nicht auskömmlich versorgt ist. Patienten mit kritischen Erkrankungen müssen überlange Wege in Kauf nehmen und können nicht immer in den gewünschten Zeitfenstern medizinisch versorgt werden“, erklärt die Ministerin. „Jedoch muss auch die Reform anerkennen, dass die Länder unterschiedliche, strukturelle Voraussetzungen aufweisen. Ich vertrete ein Flächenland. Daher bin ich der Auffassung, dass wir gewachsene Strukturen erhalten müssen, insbesondere in den Regionen, die bereits jetzt nicht mehr auskömmlich versorgt sind.“

Mit gutem Beispiel in eine bessere Zukunft

Grimm-Benne betont: „Wir müssen eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe und bedarfsgerechte Krankenhaus-Versorgung für die Menschen in Sachsen-Anhalt gestalten.“ Dafür sei wichtig, den stationären und den ambulanten Bereich zukünftig stärker zu verschränken. Die beabsichtigten Reformpläne der Bundesregierung werden auf Arbeitsebene mit den Ländern beraten.

Eine weitere Grundlage für eine qualitativ hochwertige Versorgung sieht Grimm-Benne in einer auskömmlichen Finanzierung. Grundsätzlich läge im Reformvorhaben der Bundesebene, die Finanzierung der Krankenhäuser neu zu ordnen und damit auch zukunftssicher zu gestalten, eine Chance. „Mit den in der Reform vorgeschlagenen Vorhaltepauschalen mag ein erster Schritt dafür getan sein, ob diese Idee dann auch für kleine Häuser trägt, vermag ich zurzeit nicht abzuschätzen. Dafür sind noch zu viele Parameter der Reform nicht abschließend definiert.“

> **„Ich halte die Arbeit des Medizinischen Dienstes für sehr wichtig. Der Medizinische Dienst ist für mich und mein Haus ein kompetenter und verlässlicher Partner.“**

Petra Grimm-Benne (SPD), Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt

Dem Land obliegt die Krankenhausplanung. Diese könne zwar grundsätzlich stringenter mit mehr Vorgaben durch das Ministerium als Planungsbehörde nach den Bedarfen und Notwendigkeiten vor Ort erfolgen, das träfe im Einzelfall jedoch nicht immer auf das Wohlgefallen der Kassen oder des jeweiligen Krankenhausträgers. Mit den im KHG LSA (§ 3 Abs. 4) verankerten Rahmenvorgaben ist Sachsen-Anhalt für Grimm-Benne aber ein gutes und innovatives Beispiel. „Dazu zählen für mich grundsätzlich auch die zwischen den Trägern und Kassen abzuschließenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 3 Abs. 5 KHG LSA).“ Verbesserungspotenziale

müssen hier ebenso aufgegriffen werden wie beim Ziel, die Krankenhausversorgung durch ein bedarfsgerechtes, funktional abgestimmtes Netz einander ergänzender Krankenhäuser zu sichern. „Das bedeutet, dass aus Kosten- und Qualitätsgründen nicht jedes Krankenhaus ein breites Spektrum an Fachrichtungen vorhalten oder seltener auftretende bzw. sehr schwerwiegende Krankheiten diagnostisch und therapeutisch bewältigen kann“, sagt Grimm-Benne. Bestätigt wird sie darin durch die Reformvorschläge der Bundesregierung. „Für die von mir immer gewünschten, ja sogar geforderten Kooperationen und Verbünde der Krankenhäuser – auch trägerübergreifend - muss die Bundesregierung beziehungsweise das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nun im Rahmen der Reform mögliche Erleichterungen aufzeigen.“ Ganz besonders im Süden des Landes seien solche Kooperationen bereits eingegangen worden oder in der Verhandlung. Im südlichen Halle an der Saale arbeitet das Universitätsklinikum mit dem Diakoniekrankenhaus zusammen. Die Uniklinik der Landeshauptstadt Magdeburg kooperiert mit dem Städtischen Klinikum sowie dem Medizinischen Versorgungszentrum im Altstadtquartier. In den trägerübergreifenden Kooperationen der Krankenhäuser sieht Grimm-Benne gute Beispiele für andere Länder.

Krankenhausgutachten

Um die Versorgungslage im Land zu erheben sowie Stärken und Schwächen in der Versorgung aufzuzeigen, hat Sachsen-Anhalt ein Gutachten zur Krankenhauslandschaft bei der PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH in Auftrag gegeben. „Auch wenn die Inhalte der Reformpläne der Bundesregierung mit Fertigstellung des Gutachtens noch nicht vorliegen werden, wird das Gutachten eine gute Grundlage bieten, die Auswirkungen der Reform im Land abschätzen zu können“, sagt Grimm-Benne.

Das erstellte Gutachten empfiehlt, die Basisversorgung (z. B. internistische und chirurgische Behandlungen) nah an Wohnorten zu organisieren. Die Behandlung schwerer Fälle sollte an großen Krankenhäusern konzentriert werden. Die Unikliniken sollten künftig auch eine stärker koordinierende Rolle in der Versorgung einnehmen.

„Das Gutachten wird die Grundlage für einen neuen veränderten Krankenhausplan sein. Die Ergebnisse des Reformprozesses auf Bundesebene werden dabei natürlich berücksichtigt werden. Das Eine habe ich in der Hand, das Andere – die Reform auf Bundesebene – versuche ich im Sinne der Belange des Landes zu begleiten“, erklärt Grimm-Benne. ■

Inhalte der Krankenhauspläne

- Standorte
- Fachabteilungen
- Bettenzahlen
- zum Teil Krankenhausstufen

Teilhabe digital sichern

Das Projekt RehaTransHome will dabei unterstützen, dass Menschen trotz bestehender Einschränkungen gut zu Hause zurechtkommen.

Foto: Kathrain Graubaum

Sind Menschen durch eine akute oder chronische Erkrankung körperlich, geistig oder seelisch deutlich beeinträchtigt, kann aus medizinischen und sozialen Gründen eine stationäre Rehabilitation hilfreich sein, den Gesundheitszustand zu bessern. Dennoch müssen Patientinnen und Patienten im Anschluss häufig mit Einschränkungen im Alltag zurechtkommen. Die Frage, wie das therapeutische Team die Menschen schon vorab gezielt auf die Rückkehr nach Hause vorbereiten kann, führte zum Projekt RehaTransHome, welches im Rahmen der Programmlinie „WIR! – Wandel durch Innovation in der Region“ durch das Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und durch die Translationsregion für digitalisierte Gesundheitsversorgung (TDG) betreut wurde.

Genaue Einblicke fördern Selbständigkeit

Für die Zeit nach der Reha stehen ganz oft die Mobilität und das selbstständige Bewältigen alltäglicher Handlungen im Mittelpunkt. Damit die Rehabilitanden zu Hause so selbstständig und sicher wie möglich zurechtkommen, wäre vor der Entlassung eine Inaugenscheinnahme des häuslichen Umfeldes ideal. So ließe sich erkennen, was am dringlichsten trainiert werden müsste. Individuell und bedarfsgerecht könnte beispielsweise dazu beraten werden, welche Sturzgefahrenquellen beachtet oder beseitigt werden müssten und welche Hilfsmittel wie etwa Haltegriffe, Rollator oder Pflegebett, passend und anwendbar wären. Da dies in der Praxis jedoch kein realisierbarer Weg ist, wird mit den Informationen der Patientinnen und Patienten gearbeitet. Doch wer weiß schon genau, wie hoch das Bett oder die Schwelle an der Tür ist? Aus diesem Grund wurde ein Weg gesucht, ohne großen personellen Aufwand konkrete Angaben zu den maßgeblichen Details zu erhalten.

Virtueller Rundgang zeigt die Herausforderungen

Das Projektteam RehaTransHome entwickelte eine digitale Möglichkeit, den persönlichen Wohnraum auf den Klinikbildschirm zu holen. Auf dem Monitor erklärt Uta Kirchner-Heklau, Diplom Ergotherapeutin (FH) sowie Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin (M. Sc.), einer Schlaganfall-Patientin: „Schauen Sie, diese Teppichkante hier kann eine Sturzgefahr sein und der Stuhl dort an der Tür kann hinderlich sein, wenn Sie mit dem Rollator im Wohnzimmer unterwegs sind.“ Nacheinander schauen sie sich alle weiteren Räume an – Küche, Schlafzimmer, Bad. Neben ihnen steht Softwareentwickler Marcel Deutschel mit einer Virtual-Reality-Brille (kurz: VR-Brille). Wie in einem Videospiel bewegt er sich virtuell durch die Räume des 3D-Modells. Dabei kann er zum Beispiel Türbreiten, die Höhe der Türschwelle, des Einstiegs in die Dusche oder andere Stufen direkt messen, notieren und anschließend exportieren.

Uta Kirchner-Heklau arbeitet am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und hat die Umsetzung der Vision „RehaTransHome“ wissenschaftlich begleitet. „Bis zu diesem ersten Prototyp haben wir einige Herausforderungen gemeistert“, sagt sie. Zunächst wurden die Nutzeranforderungen des therapeutischen Teams zusammengetragen und die technischen Möglichkeiten mit dem Softwareentwickler besprochen. „Dabei spielte uns der technische Fortschritt in die Karten“, meint

Das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg arbeitete gemeinsam mit codemacher, einem kleinen Unternehmen für Software-Entwicklung aus Halle (Saale) und Mitarbeiterinnen aus der Reha-Saale-Klinik II in Bad Kösen an der Entwicklung des virtuellen Wohnraumassessments. Die Vision für das Projekt sowie die Projektleitung hatte Prof. Dr. habil. Susanne Saal, Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin, Physiotherapeutin und Professorin an der Ernst-Abbe-Hochschule Jena.

die Koordinatorin lächelnd. „Zu Projektbeginn gab es zunächst nur sehr große, schwere und langsame 3D-Scanner, die wir für das Erstellen des dreidimensionalen Wohnraum-Modells benötigten. Doch schon wenige Monate später konnten wir Smartphones einsetzen, die mit einer entsprechenden App einen 3D-Scan in wenigen Minuten anfertigten.“ Durch das Abschreiten und Erfassen aller Ecken eines Raumes entsteht davon eine Art Videoaufnahme. Das 3D-Modell ist sofort sichtbar und kann wie ein Foto abgespeichert werden. Dieses dreidimensionale Foto lässt sich später am Bildschirm drehen, heran- und herauszoomen.

Prototyp im Test erfolgreich

Innerhalb von 12 Monaten entstanden schrittweise mit wiederholten Feedbackschleifen der Prototyp und ein Konzept zur klinischen Nutzung für die Ergo-und Physiotherapie. „Natürlich waren die technische Ausstattung der Klinik sowie die regulären klinischen Abläufe zu berücksichtigen.“ Uta Kirchner-Heklau erklärt, dass die Wohnraumdaten im RehaTransHome-Projekt pseudonymisiert unter einer Kennnummer auf einem Server der Martin-Luther-Universität abgelegt waren. Das therapeutische Team konnte diese dann flexibel in der Klinik abrufen. Einzige Voraussetzung: ein VR-fähiger Laptop. „Die praktische Umsetzung probten wir im Rahmen einer Machbarkeitsstudie erfolgreich in Bad Kösen.“ Der digitale Einblick ermöglichte dem therapeutischen Reha-Team genau die unterstützende Vorbereitung der Heimkehr, die von ihnen gewünscht und für die Menschen so hilfreich ist.

Pflegerischen Herausforderungen gemeinsam begegnen

Uta Kirchner-Heklau kann sich als weiterführende Einsatzmöglichkeit auch ein Potenzial für die Pflegebegutachtung im ambulanten Bereich vorstellen. „In einem Pflegegutachten werden Empfehlungen zu Pflegehilfsmitteln, wohnumfeldverbessernden oder rehabilitativen Maßnahmen aufgenommen, um die Selbstständigkeit zu verbessern.“ Sina Dickner, die im Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt den Geschäftsbereich Pflege leitet, kann dieser Überlegung nur beipflichten. „Verständlicherweise wünschen sich die Menschen, dass sie so lange wie nur möglich in ihrem gewohnten Lebensumfeld bleiben können. Diesen Wunsch unterstützen wir mit unseren pflegefachlichen Empfehlungen zum Erhalt der Selbständigkeit. Der persönliche Besuch der Menschen hilft uns dabei durch den Blick in ihr Wohnumfeld.“ Ein Hausbesuch sei allerdings mitunter auch eine belastende Ausnahmesituation, die nicht in jedem Fall zwingend notwendig sei. Bei einer Palliativversorgung oder bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen könne der Pflegebedarf beispielsweise auch ohne einen persönlichen Besuch festgestellt werden. „Das ist in den ohnehin belastenden Situationen weniger aufreibend und schützt die betroffenen Menschen vor Infektionen“, sagt Sina Dickner. „Alternative Begutachtungswege per Telefon oder Video können hier eine gute Ergänzung sein. Das haben uns auch die positiven Rückmeldungen der Menschen zur telefonischen Begutachtung bestätigt.“ Diese war während der Corona-Pandemie das gesetzlich legitimierte Mittel anstelle der Hausbesuche. „Die Möglichkeit zur telefonischen Pflegebegutachtung ist aber zum 30. Juni 2022 erloschen.“

> **Wir müssen den digitalen Fortschritt auch weiterhin ganz gezielt zur Unterstützung nutzen, um die Pflegebegutachtung zukunftssicher und krisenfest zu machen.“**
>
> Jens Hennicke, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt und Mitglied im TDG-Beirat

Versorgungssicherheit erhalten

Jens Hennicke, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt und Mitglied im TDG-Beirat prognostiziert: „Wir müssen den digi-

Translationsregion für digitalisierte Gesundheitsversorgung (TDG)

Sachsen-Anhalt ist eines der Bundesländer, das angesichts der demografischen Entwicklung in der medizinischen wie pflegerischen Versorgung vor sehr großen Herausforderungen steht. Um hierfür frühzeitig Strategien und Lösungen zu entwickeln, entstand im Zuge des Förderprogrammes WIR!-1 durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) die Translationsregion für digitalisierte Gesundheitsversorgung, kurz TDG.

Als Innovationsmotor für eine digitalisierte Gesundheitsversorgung will sie dabei helfen, die Versorgung der Menschen in der Praxis auf moderne Füße zu stellen. In ihren Projekten werden zielgenaue Problemlösungen für technologische Einzelfragen und Gesamtzusammenhänge entwickelt, erforscht und getestet. Schwerpunkte sind dabei die pflegerische Versorgung und Autonomieerhalt im Alter.

Die TDG ist ein Bündnis aus Wissenschaft, Wirtschaft und Versorgung und umfasst im südlichen Sachsen-Anhalt und den angrenzenden Bundesländern Sachsen und Thüringen eine ca. 3.200 Quadratkilometer große Region, die hinsichtlich wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Entwicklungs- wie Versorgungsfragen vor ähnlichen bis gleichen Herausforderungen steht.

Foto: TDG

talen Fortschritt auch weiterhin ganz gezielt zur Unterstützung nutzen, um die Pflegebegutachtung zukunftssicher und krisenfest zu machen.“ Jahr um Jahr verzeichnet der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt eine steigende Zahl an Aufträgen zur Feststellung des Pflegebedarfes. „Der Anspruch unserer pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachter ist, den Zugang zu den meist dringend benötigten Leistungen möglichst zeitnah sicherzustellen“, sagt Sina Dickner. Allerdings ist das Team der pflegefachlichen Experten, die dafür im Einsatz sind, begrenzt. „Der Medizinische Dienst müsste dafür jedes Jahr neue Fachkräfte einstellen und anlernen. Diese werden aber ebenso dringend in der praktischen pflegerischen Versorgung gebraucht.“ Erschwerend komme hinzu, dass Sachsen-Anhalt ein Flächenland ist. „Dadurch sind die Fahrwege zwischen den einzelnen Hausbesuchen mitunter recht weit“, sagt Sina Dickner. Durch die wirtschaftlichen Entwicklungen infolge des Ukraine-Krieges und vor allem durch die Klimakrise sei jede einzelne Fahrt wohl zu überlegen. „Eine Videobegutachtung kann den hilfreichen Blick in den persönlichen Wohnraum ressourcenschonend ermöglichen“, verdeutlicht Sina Dickner. „Mit der Möglichkeit zur Wahl alternativer Begutachtungsformen ließe sich die im individuellen Fall passende Begutachtungsform wählen. Außerdem würde diese Option helfen, trotz steigender Begutachtungszahlen den zeitnahen Zugang zu den Pflegeleistungen zu ermöglichen.“ „Dazu bedarf es aber einer allgemeingültigen Regelung“, ergänzt Jens Hennicke.

Inwiefern der Prototyp aus dem Projekt RehaTrans-Home die Fachkräfte des Medizinischen Dienstes unterstützen könnte und welche technischen Funktionen hierfür gegebenenfalls noch benötigt würden, wäre für Uta Kirchner-Heklau „ein spannendes Workshop-Thema“. ■

Einfach mal nach draußen

In schwierigen Lebenslagen unterstützen Hilfsmittel Selbständigkeit und Lebensqualität

Ein Tag im Jahr 1980 änderte das Leben von Ingrid Lisson. Als Notfall kam die damals 40-Jährige mit aussetzender Atmung ins Krankenhaus. Hier lag sie ein halbes Jahr im Koma. Als sie wieder aufwacht, ist alles anders. „Zum Glück hatten wir einen guten Arzt, der sich sehr darum bemüht hat, dass möglichst alles wieder ein bisschen in Gang kommt“, sagt ihre Tochter Franka Volkland. Mit viel Ehrgeiz erkämpft sich Ingrid Lisson ein wenig Sprachfähigkeiten zurück. Ihre Gedanken und Gefühle kann sie wieder ausdrücken, auch wenn sie das Kraft kostet und bei ihren Mitmenschen aufmerksames Zuhören voraussetzt. Körperlich bleiben die Erfolge leider für die einst sportliche Frau gering. „Die Beine und den rechten Arm kann die Mutti leider gar nicht mehr aktiv nutzen“, erklärt ihre Tochter. „Den linken Arm, vor allem die Hand, also das Handgelenk und die Finger, kann sie immerhin noch bewegen. Damit bedient Mutti den Elektrorollstuhl.“

Die Details zählen

Franka Volkland erinnert sich noch gut: „Der erste E-Rollstuhl wurde uns einfach vor die Tür gestellt. Das war ein ganz großer und breiter. Mutti hatte damals noch ihre eigene Wohnung. Dort passte der durch keine Tür. Ich habe die Mutti damals dann wirklich mit dem Sessel durch die Wohnung geschoben, bis wir einen anderen bekommen hatten.“ Orthopädiemechaniker Thomas Mottl, der beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt arbeitet, weiß: „Die Sitzbreite ist bei Rollstühlen immer ausschlaggebend, weil sich der ganze Rollstuhl quasi davon ausgehend aufbaut.“ Gemeinsam mit seiner ärztlichen Kollegin Dr. med. Kerstin Rudloff besuchte er die Familie, um sich den Elektrorollstuhl anzuschauen, den Ingrid Lisson künftig nutzen möchte. „Etwa Mitte Juli 2022 kam der neue E-Rollstuhl, den die Mutti aber gar nicht nutzen konnte“, sagt Franka Volkland. „Unten war eine durchgängige Fußplatte angebracht und da haben wir Mutti mit ihren Beinen nur mit ganz, ganz großer Mühe reinsetzen können. Zwar haben wir das auch mal gemacht, aber das hätten wir so nicht jeden Tag bewältigen können. Im Rollstuhl hat dann das Rückenkissen der Mutti auf der linken Seite in der Achsel gedrückt. Ein verkehrtes Sitzkissen hatten wir auch noch und mussten warten, bis das getauscht war. Das hat sich dann insgesamt alles ewig hingezogen, bis die Krankenkasse den Medizinische Dienst hinzugezogen hat.“

Schwierigkeiten aufzeigen ist wichtig

Mit Fotos und Videos veranschaulichte Franka Volkland der Krankenkasse ihrer Mutter die Probleme mit dem neuen Elektrorollstuhl „und dann haben die das in Gang gesetzt. Da war ich ja froh!“ Die Krankenkasse von Ingrid Lisson bittet die Hilfsmittelexperten des Medizinischen Dienstes um eine persönliche Inaugenscheinnahme des etwa 30.000 Euro teuren Elektrorollstuhls mit Sitzlift, um den

„Begutachtungen im Hausbesuch sind sehr aufwendig und erfordern im Vorfeld und im Nachgang viel Recherche. Erfolgen sie zusätzlich mit einem Techniker, verdoppelt sich in etwa die Gesamtzeit.“

Dr. med. Kerstin Rudloff, Fachexpertin Hilfsmittel, Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt

konkreten Optimierungsbedarf zu ermitteln. „Das ist wichtig, weil die verwendeten Hilfsmittel den Menschen, die sie nutzen, keinen Schaden bereiten sollen“, sagt die ärztliche Hilfsmittelexpertin Dr. med. Kerstin Rudloff. „Vor Ort konnten wir dann sofort sehen, wo’s "drückt"." Die Rückenlehne verursacht hinten Druck auf die beiden Oberarme. Aufgrund der fast kompletten Lähmung aller Extremitäten, einer so genannten Tetraparese, die rechts betont ist und die Rumpf- und Halsmuskulatur mit betrifft, ist rechts kein Greifen und insgesamt kein aufrechtes Sitzen möglich. Ein eigenständiges Aufrichten ist Ingrid Lisson daher ebenso wenig möglich wie den Sitz zu korrigieren, den Kopf zu heben oder halten. Aus medizinischer Sich ist für Dr. Kerstin Rudloff völlig klar, dass Ingrid Lisson einen Rollstuhl benötigt, der Arme und Beine druckfrei lagert und den Rumpf, Hals und Kopf ausreichend stützt und stabilisiert sowie Lageveränderungen ermöglicht.

Parallel zur körperlichen Untersuchung seiner ärztlichen Kollegin befasst sich Thomas Mottl mit dem Elektrorollstuhl. „Auf dem Rückenpolster war deutlich eine Reibungsstelle erkennbar“, erinnert er sich. Beim Abtasten des Kissens spürt Thomas Mottl eine Verwerfung im eingenähten Schaumstoff. „Das ist eine Sache, die der Hersteller korrigieren müsste. Da kommt man von außen ja nicht ran“, informiert er Ingrid Lisson und Franka Volkland. „Die Rückenlehne ist insgesamt zu hoch positioniert und sollte weiter nach unten gesetzt werden.“ Bei seiner Inspektion stellt der Orthopädiemechaniker außerdem fest, dass die durchgängige Fußplatte ungeeignet ist und die Füße sogar herunterfallen, wenn die zentrale Beinstütze in die Liegefunktion ausgefahren wird. Eine Beinführung für den stabilen Halt und die im Kostenvoranschlag des Sanitätshauses aufgeführten Wadenpolster vermisst Thomas Mottl ebenfalls. Er empfiehlt ergänzend, zu prüfen, ob schalenförmige Unterarmauflagen verwendet werden können, um die Arme sicher zu lagern und ein seitliches Herunterrutschen zu vermeiden.

Ein bedeutsames Stück Freiheit

„Nur gut, dass wir aus Erfahrung vor Jahren mal einen E-Rollstuhl in Eigenleistung erstanden haben, denn die alten Rollstühle gehen ja immer zurück zur Krankenkasse. Zwar ist unser Ersatzgerät für solche Fälle jetzt schon fast 20 Jahre alt und wird nicht mehr hergestellt, aber der Hersteller hat uns den jetzt wieder in Gang gesetzt. Das ist der, den die Mutti jetzt gerade nutzt, bis der neue einsatzbereit ist. Sonst hätten wir gar keinen gehabt. Dann hätte die Mutti ja im Bett liegenbleiben müssen“, sagt Franka Volkland. Sie weiß, wie wichtig der Elektrorollstuhl tagtäglich für ihre Mutter ist. „Selbst Stehen oder Gehen geht ja nicht mehr und so hat sie wenigstens die Möglich-

keit, alleine nach draußen zu fahren, wenn sie das möchte. Für die Übungen zur Physio- und Ergotherapie gehen sie auch oft mit ihr raus in den Garten. Sogar beim Krankentransport kann sie damit einfach die Rampe hochfahren. Sie kommt damit wirklich gut zurecht, obwohl das gar nicht so einfach ist einen Elektrorollstuhl zu fahren. Da bin ich wirklich froh, dass die Mutti das so gut hinbekommt."

„Wir wollen ja gar nichts Besonderes, nur das gleiche wie vorher. Damit kommen wir zurecht", sagt Franka Volkland und berichtet, dass das Sanitätshaus zeitnah nach dem Besuch des Medizinischen Dienstes schon die Lehne herabgesetzt, die Wadenpolster ergänzt und die durchgehende Fußplatte durch Einzelfußplatten ausgetauscht hat. Auf den beiden einzelnen Fußplatten wurden mit Klettband sogar noch Fußschalen befestigt, um deren Unterstützung für einen bessern Halt zu erproben. „Wir haben jetzt auch noch einen aufschiebbaren Tisch bekommen – so einen Therapietisch, auf den man Essen und Trinken draufstellen kann. Da kann sie dann noch alleine trinken, weil sie mit dem Strohhalm trinkt. Das klappt gut. Sie versucht ja noch und alles, was sie selber machen kann, macht sie auch noch." Nun hofft die Familie, dass alle anderen Anpassungen und Korrekturen auch schnell umgesetzt werden. „Mutti nutzt den Elektrorollstuhl ja von morgens bis abends. Eigentlich ist es so, dass die Leute in ihrem E-Rollstuhl wohnen, den ganzen Tag. Deshalb muss auch alles passen. Es darf nichts drücken, gar nichts", sagt Franka Volkland. „Daumen drücken", sagt Ingrid Lisson mit einem optimistischen Lächeln. ■

„Nur wer versteht, woraus sich Glück zusammensetzt, kann zu einem erfüllten, glücklichen Leben gelangen.“

Astrid Waitz, Beraterin, Trainerin und Coach
im Team der mind.in GmbH

Glück selbst gemacht

Beruflich wie privat mehr Leichtigkeit gewinnen

Kennen Sie diese Menschen, die beschwingt durch die Tage tanzen und selbst den schwierigsten Situationen noch etwas Positives abgewinnen können? Vielleicht sind Sie selbst so ein Mensch? Falls nicht, würden Sie Ihr Leben sicher gerne auch so positiv und optimistisch gestalten. Schließlich wünschen wir uns doch alle beruflich wie privat ein Leben in Leichtigkeit und Wohlbefinden. Astrid Waitz weiß, dass wir selbst ganz entscheidend dazu beitragen können, uns diesen Wunsch zu verwirklichen.

90 Prozent Glück liegen in uns selbst

„Schon von Geburt an ist uns ein individuelles Glückslevel in die Wiege gelegt", veranschaulicht die Expertin den aktuellen Wissensstand der Positiven Psychologie. Diese genetische Grundausstattung bestimmt zu 50 Prozent unseren Blick auf das Leben. Doch selbst wenn wir weniger Grundoptimismus mit auf den Weg nehmen, haben wir die Möglichkeit, den Umgang mit den kleinen und großen Herausforderungen im Leben entscheidend zu beeinflussen. „Allein durch unser Denken und Handeln können wir unser Glücksempfinden so sehr fördern, dass sich selbst die ungünstigste Ausgangslage annähernd ausgleichen lässt", weiß Astrid Waitz. Anders als oft vermutet, haben die äußeren Umstände gerade einmal einen Anteil von 10 Prozent an unserem Glück. „Wir haben unsere subjektive Lebenszufriedenheit also viel stärker selbst in der Hand, als uns vielleicht bewusst ist."

Trügerische Wahrnehmung

Obwohl Studien zeigen, dass wir täglich dreimal häufiger positive Dinge erleben, erscheint uns das meist anders. Auf die Frage, wie unser Tag war, kommen uns häufig sofort die ärgerlichen Begebenheiten in den Sinn. „Der Grund, weshalb die positiven Dinge oft weniger präsent bleiben, liegt in unserer Wahrnehmung", erklärt Astrid Waitz. Der verzerrte Eindruck entsteht durch einen evolutionsbiologischen Schutzmechanismus unseres Gehirns. Der

Positive Psychologie

- Teilgebiet der Psychologie
- erforscht in ganzheitlicher Sichtweise Faktoren, die zu einem gelingenden Leben beitragen
- Abraham Maslow (US-amerikanischen Psychologe) prägte 1954 den Begriff
- ab 1990er Jahren förderte Martin Seligman (US-amerikanischer Psychologe) die Forschung und entwickelt das PERMA-Modell

Negative Erlebnisse wirken dreimal so stark und wir behalten sie länger in Erinnerung.“

sogenannte „negativity bias“ soll eigentlich dabei helfen, Gefahren schnell zu erkennen und das Überleben zu sichern. Was uns einst vor dem Säbelzahntiger warnte, sorgt auch dafür, dass beispielsweise Kritik länger an uns haften bleibt als ein Lob und unser Fokus viel stärker auf den negativen Dingen und Emotionen ruht. „Das PERMA-Modell, das ich im Sommer 2022 auf der Mitarbeitertagung des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt vorgestellt habe, kann uns mit seinen fünf Säulen dabei helfen, die Verzerrung durch den Negativitätseffekt auszugleichen.“

Subjektive Lebenszufriedenheit fördern

Astrid Waitz weiß: „Negatives gehört zum Leben dazu. Statt es zu ignorieren, sollten wir angemessen damit umgehen und unser Bewusstsein zeitgleich auf das Positive richten.“ Diese Achtsamkeit erweitert unsere Wahrnehmung, wodurch wir sowohl aufmerksamer und interessierter als auch kreativer und flexibler werden. „Wir denken in größeren Zusammenhängen und sind leichter in der Lage, neue Ideen zu entwickeln, Expertenwissen aufzubauen und Lösungen für Probleme und Herausforderungen zu finden. Unsere Grundstimmung wird optimistischer und wir sind offener für Neues, was uns gleichzeitig anpassungsfähiger macht. Wir Denken und Handeln viel positiver, wovon auch unsere zwischenmenschlichen Beziehungen profitieren und am Ende vor allem unsere Gesundheit“, sagt Astrid Waitz und empfiehlt, jeden Tag ganz bewusst mindestens drei Punkte einzuplanen, die uns persönlich guttun und als positiv empfunden werden.

Eigene Werte kennen und als Stärken einsetzen

Neben dem Augenmerk für die guten Aspekte im Leben fördert auch das Kennen der eigenen Werte und das Nutzen der persönlichen Stärken die empfundene Lebenszufriedenheit. „Sich einbringen und zur Geltung bringen zu können, verschafft uns ein Gefühl von Selbstwirksamkeit. Dadurch empfinden wir uns weniger als Opfer der Umstände“, beschreibt Astrid Waitz. Menschen, die sich ihrer Stärken bewusst sind und diese einsetzen können, sind von innen heraus motiviert. „Das wird als besonders erfüllend erlebt und kann unserer Arbeit zugutekommen, weil oft ein Flow-Erleben die Folge ist und wir völlig in dem aufgehen, was wir tun. Das macht uns außergewöhnlich leistungsfähig und vor allem glücklich.“

Positive Tageserlebnisse reflektieren

Unsere Leistung und unseren Beitrag selbst bei all dem wertzuschätzen, was uns jeden Tag wie selbstverständlich gelingt und Erfolge zu feiern, sei ebenfalls wichtig. „Wir sollten uns also abends lieber gezielt darüber austauschen, was die guten Ereignisse des Tages waren und was uns gelungen ist“, weiß die Glücksberaterin. Das habe generell den Vorteil, dass wir die schönen und guten Seiten erneut Durchleben und die damit verbundenen Glücksgefühle noch einmal Aufleben. Das Aufschreiben sei ebenso gut und hat sogar den Vorteil, dass wir das Gute in unserem Leben mit der Zeit schwarz auf weiß wachsen sehen und in schlechten Zeiten darauf zurückschauen können.

Betriebliches Gesundheitsmanagement im Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt
durch ein wertschätzendes Miteinander ein gesundes Arbeitsklima gestalten
ein gesundes Mindset fördern
eine gesunde Kommunikationskultur
psychische Gesundheit in Kooperationen mit externen Partnern stärken
regelmäßige Umfragen zur psychischen Gefährdungsbeurteilung
regelmäßige Betriebsärztliche Vorsorgeuntersuchungen
kreative Gesundheitstage
engagierte Gesundheitsbotschafterinnen und -botschafter
moderne und gesundheitsfördernde Büroarbeitsplätze und Arbeitsmaterialien

Ein Glücksnetz spannen

In schweren Zeiten fängt uns außerdem unser soziales Netz auf. „Sich in einer Gruppe eingebunden zu fühlen und sich auf andere verlassen zu können, ist wichtig für unser Wohlbefinden und für das Entfalten unseres Potenzials“, verdeutlicht Astrid Waitz. Sie weiß, dass gelingende, tragfähige Beziehungen unser Gehirn mit Glücksbotenstoffe belohnen. Das verstärke unsere Motivation ebenso wie unsere Leistungsfähigkeit und Gesundheit. „Mit positiven Impulsen in unserem Umfeld können wir selbst ganz entschieden zur Qualität unserer sozialen Kontakte und unserem eigenen Glücksempfinden beitragen.“

Dem Säbelzahntiger in die Augen schauen

„Und genau diese setzen wir jetzt auch“, sagt Ilka Malek, Leiterin des Fachbereichs Personal/Recht/Finanzen und Verantwortliche für das Betriebliche Gesundheitsmanagement im Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt. „Das Team von mind.in hat uns mit seinen psychologischen und neurowissenschaftlichen Ansätzen zu mehr Zufriedenheit und damit gesünderem Arbeiten überzeugt. Deswegen haben wir die Trainings zum positiven Mindset als Baustein des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in unseren Inhouse-Seminarkatalog aufgenommen und planen darüber hinaus, unsere Führungskräfteentwicklung mit dem PERMA-lead©-Model zu bereichern.“ ■

> **Sich in einer Gruppe eingebunden zu fühlen und sich auf andere verlassen zu können, ist wichtig für unser Wohlbefinden und für das Entfalten unseres Potenzials.“**

Der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt

Zahlen, Daten, Fakten 2022

In Sachsen-Anhalt leben **2.169.253 Menschen**[1].

Durchschnittlich sind die Menschen in Sachsen-Anhalt mit 48 Jahren am ältesten in ganz Deutschland. Knapp **30 Prozent** der Bevölkerung ist **über 65 Jahre alt**.

Rund 165.000 Menschen in Sachsen-Anhalt (8 % der Bevölkerung) sind pflegebedürftig. Im bundesweiten Vergleich steht Sachsen-Anhalt damit an Platz drei der Bundesländer mit den meisten Pflegebedürftigen.

In Sachsen-Anhalt gibt es **45 Krankenhäuser und knapp 1.500 ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen.**[2]

1 Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Stand 31.12.2021
2 Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2019, Ländervergleich - Pflegebedürftige

Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt
2022 auf einen Blick

Mit insgesamt **227.940 sozialmedizinischen und pflegefachlichen Empfehlungen haben 385 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt die Versorgung im Land im Jahr 2022 mitgestaltet.

62.878
sozialmedizinische Empfehlungen
für die Krankenversicherung
im ambulanten Bereich
(z. B. Rehabilitation und Arbeitsunfähigkeit)

60.620
sozialmedizinische Empfehlungen
für die Krankenversicherung
im stationären Bereich (Krankenhaus)

104.442
pflegefachliche Empfehlungen
für die Pflegeversicherung

Ergänzend zu den 123.498 sozialmedizinischen Empfehlungen für die Krankenversicherung haben die ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter **150 mal die Strukturvoraussetzungen verschiedener Prozeduren** überprüft sowie **14 Qualitätskontrollen (MD-QK) in 7 Krankenhäusern** durchgeführt.

Im Geschäftsbereich Pflege wurden zudem **936 Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen** vorgenommen.

Flächendeckende Beratung
und Begutachtung an
9 Standorten

Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt
mit Hauptsitz in Magdeburg

Organigramm

Mitarbeitende

Beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt sind **385 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** (Stand 31.12.2022) beschäftigt. Das enspricht **352,44 Vollzeitstellen**.

Beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt gibt es eine breite Fachkompetenz. Unter den **76 Ärztinnen und Ärzten** sind zum Beispiel folgende medizinische Fachgebiete vertreten:

Insgesamt sind **18 Facharztqualifikationen** und **16 Teilgebietsbezeichnungen** im Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt vertreten.

Unter den pflegefachlichen Gutachterinnen und Gutachtern sind:

112
Gesundheits- und Krankenpfleger

24
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

23
Altenpflegerinnen und Altenpfleger

3 Fachkräfte für Anästhesie und Intensivpflege

1 Fachkraft für Außerklinische Beatmung

3 Fachkräfte für Gerontologie

2 Fachkräfte für Palliativpflege

40
mit Berufserfahrung als Pflegedienst- oder Heimleitung

5
mit Berufserfahrung als Stations- oder Wohnbereichsleitung

46
mit Weiterbildung zur/zum Zertifizierten Pflegesachverständigen

35
mit Weiterbildung zum TQM-Auditor bzw. Qualitätsmanagement

3 mit einem Studienabschluss mit pflegerischem bzw. gesundheitsförderndem Schwerpunkt
(z. B. Pflegewissenschaften oder Gesundheitsmanagement)

Krankenversicherung

123.498 Sozialmedizinische Empfehlungen haben die Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt im Jahr 2022 in den folgenden Bereichen für die Krankenkassen vorgenommen

Arbeitsunfähigkeit

23.789

Sozialmedizinische Empfehlungen

Die Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes haben mit ihrem Wissen über die verschiedenen Schnittstellen im Versorgungssystem einen guten Überblick über mögliche Maßnahmen zur Überwindung einer Arbeitsunfähigkeit (ambulante Maßnahmen, Rehabilitationsmaßnahme, stufenweise Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe).
Bei länger andauernder Arbeitsunfähigkeit oder Ausschöpfung von möglichen Behandlungs-, Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahmen, binden die Krankenkassen daher den Medizinischen Dienst ein, um die aktuelle Arbeitsunfähigkeit von Versicherten zu bewerten.

Aus sozialmedizinischer Sicht ergab sich …

Häusliche Krankenpflege

Der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt gibt sozialmedizinische Empfehlungen zur ambulaten Versorgung wie z. B. zur Häuslichen Krankenpflege und zu Heilmitteln wie z. B. Physikalische Therapien, Podologische Therapien, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapien, Ergotherapien

1.552

Sozialmedizinische Empfehlungen zur Häuslichen Krankenpflege

Die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren …

Hilfsmittel

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 Hilfsmittel-experten des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt zu Rate ziehen.

17.971
Sozialmedizinische Empfehlungen zu Hilfsmittel-Verordnungen

Die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren …

Heilmittel

Der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt nimmt Stellung zu Heilmitteln, wie z. B. Physikalische Therapien, Podologische Therapien, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapien, Ergotherapien

2.077
Sozialmedizinische Empfehlungen zu Heilmitteln

Die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren …

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

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.

1.888
Sozialmedizinische Empfehlungen zu NUB

Die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren …

Arzneimittel

2.107
Sozialmedizinische Empfehlungen zu Arzneimitteln

Die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren ...

Behandlung mit Cannabinoiden (§ 31 SGB V)

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen Anspruch auf eine Behandlung mit Cannbinoiden. Das ist etwa der Fall, wenn eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht verfügbar ist oder aus gesundheitlichen Gründen im begründeten Einzelfall nicht angewendet werden kann. Darüber hinaus besteht ein Anspruch, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht vorhanden ist, dass ein Einsatz auf den Krankheitsverlauf oder schwerwiegende Symptome spürbar positiv einwirkt.

875 Sozialmedizinische Empfehlungen

Die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren ...

Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen

Der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt nimmt sozialmedizinisch Stellung zu den Erfolgsaussichten verordneter Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Rehabilitation folgt in Deutschland einem Stufenprinzip der Behandlung. Sie kann sinnvoll sein bei erheblicher Verschlechterung der Teilhabe und hat das Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden. Rehabilitationen wurden fachbezogen und für Alterskrankheiten (Geriatrie) entwickelt. Neu sind Rehabilitationsangebote für Long-Covid-Patienten.

Vorsorgeleistungen umfassen Mutter- oder Vater/Kind-Vorsorgeleistungen, stationäre Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche sowie auch ambulante Vorsorgeleistungen wie z. B. Massagen und Heilbäder in anerkannten Kurorten im In- und Ausland.

8.742

Sozialmedizinische Empfehlungen zu Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen

Die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung waren …

Behandlungsfehler und Erstattungsansprüche

Bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler können sich Versicherte an ihre Krankenkasse wenden. Die Krankenkasse beauftragt den Medizinischen Dienst, ein sozialmedizinisches Gutachten zur Klärung des Verdachtes zu erstellen. Das Gutachten ist für den Versicherten kostenlos und kann vor Gericht oder gegenüber dem behandelnden Arzt bzw. der Haftpflichtversicherung verwendet werden. Bei sozialmedizinischen Empfehlungen zu Erstattungsansprüchen ist die zentrale Frage, welcher Leistungsträger für die Kostenübernahme einer Behandlung zuständig ist (bspw. Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft bei Arbeitsunfällen).

914

Sozialmedizinische Empfehlungen zu Behandlungsfehlern und Erstattungsansprüchen

Behandlungsfehler Erstattungsanspruch ...

Die Vorwürfe zu Behandlungsfehlern kamen aus den Bereichen:

Krankenhausversorgung in Sachsen-Anhalt 2022

(Quelle: Krankenhausplan, Stand Oktober 2022)

Krankenhausabrechnungen

Die Leistungen für stationäre Behandlungen rechnen die Kliniken über sogenannte diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) mit den Krankenkassen ab. Stellt eine Krankenkasse Auffälligkeiten bei Abrechnungen fest, kann sie den Medizinischen Dienst mit einer Überprüfung der Abrechnung beauftragen. Der Medizinische Dienst prüft daraufhin die Krankenhausleistung im Hinblick auf ihre Notwendigkeit, ihre Inhalte und eine korrekte Abrechnung. Typische Fragestellungen sind dabei: War die stationäre Behandlung notwendig? War die Dauer der Krankenhausbehandlung angemessen? Wurden die Diagnosen und Therapien korrekt verschlüsselt?

60.043
Prüfungen von Krankenhausrechnungen

Von den geprüften Abrechnungen waren …

Strukturprüfungen im Krankenhaus

Um besonders schwierige und komplexe Behandlungen mit den Krankenkassen abrechnen zu können, müssen Krankenhäuser bestimmte Strukturmerkmale (strukturelle Voraussetzungen) erfüllen. Sie werden auf Antrag der Krankenhäuser vom Medizinischen Dienst geprüft. Das betrifft 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. Dabei geht es um die Frage, ob zum Beispiel für ausreichend qualifiziertes Personal für eine Behandlung rund um die Uhr und an allen Tagen im Jahr gesorgt ist. Oder ob entsprechende Räumlichkeiten vorhanden sind, um etwa infizierte Patientinnen und Patienten zu isolieren. Strukturprüfungen liefern damit Hinweise auf die Qualität in Krankenhäusern.

Strukturprüfungen im Krankenhaus 2021

547
Anträge für eine Strukturprüfung

Von den Anträgen wurden ...

Art der Strukturprüfungen

444 Prüfungen bestehender Strukturen
(jährlich oder 2-jährig turnusmäßig zu prüfen)

103 Prüfungen zur erstmaligen oder erneuten Erbringung von Leistungen

Bereiche der Strukturprüfungen

405 Somatik

142 Psychiatrie

Komplexleistungen in der Somatik

Strukturprüfungen im Krankenhaus 2022

150
Anträge für eine Strukturprüfung

Die deutlich höhere Anzahl an Prüfungen im Jahr 2021 ergibt sich aus den Prüfungen bestehender Strukturen, die lediglich 2-jährig durchgeführt werden müssen.

Von den Anträgen wurden ...

96,7 % befürwortet

3,3 % abgelehnt

Art der Strukturprüfungen

114 Prüfungen bestehender Strukturen
(jährlich oder 2-jährig turnusmäßig zu prüfen)

96,5 % befürwortet

3,5 % abgelehnt

23 Prüfungen zur erstmaligen oder erneuten Erbringung von Leistungen

100,0 % befürwortet

11 Planungsprüfungen
(Prüfung zur geplanten Erbringung von Leistungen)

100,0 % befürwortet

2 Strukturprüfung nach Planungsprüfung
(Prüfung nachdem geplante Leistungen tatsächlich erbracht werden sollen)

100,0 % befürwortet

Bereiche der Strukturprüfungen

126 Somatik

24 Psychiatrie

Komplexleistungen in der Somatik

Erkenntnisse aus den Strukturprüfungen

1. Insgesamt gute Strukturqualität in den Krankenhäusern

2. Fachpersonal ist wichtiger Faktor

- häufigster Grund für Ablehnungen:
  Mangel an medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Fachkräften
- Sicherstellung ausreichender Personaldichte, Rufbereitschaft und Einhaltung zeitlicher Kriterien problematisch
- insbesondere ärztliches Personal fehlt im Bereich der **Schlaganfallversorgung** (Neurologen) und **Intensivmedizin** (z. B. fehlende Vertretungsregelungen für Intensivmediziner oder Vorhaltung verschiedener Fachrichtungen zur Aufrechterhaltung der Intensivmedizin/Rufbereitschaften können nicht innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit vorgehalten werden)
- therapeutisches Fachpersonal fehlt insbesondere bei der **Beatmungsentwöhnung**
- für die Versorgung geriatrischer Patienten fehlt es in einigen Häusern an ausreichend Psychologen und Logopäden

3. Infektionen/Hygieneleistungen

- häufigster Grund für Ablehnungen:
  räumliche Gegebenheiten/keine abgeschlossenen Isolierstationen
- nicht ausreichende Vorhaltung von Krankenhaushygienikern

Fazit aus den Strukturprüfungen

- Strukturprüfungen haben Schlaglicht auf Qualität der Versorgungsstrukturen geworfen und Impulse für Struktur- und Qualitätsverbesserungen gegeben
- wie bei anderen Zertifizierungen ist auch bei Strukturprüfungen der Weg das Ziel
- Unterstützung begann schon beim Antragsverfahren – wo keine Anträge eingingen, ist der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt auf Kliniken zugegangen, um bei der Beantragung zu unterstützen, damit am Ende alle abrechnungsfähig bleiben
- Widerspruchsverfahren konnten bereits zu besseren strukturellen Voraussetzungen beitragen/Krankenhäuser, die negativen Bescheid erhalten hatten, konnten Widerspruch einreichen und nachbessern
- gemeinsam mit Krankenhäusern wurde erörtert, welche Maßnahmen notwendig sind, um mit guter Qualität der Behandlungsstrukturen weiter versorgen zu können
- wenn möglich wurden Fachärzte oder Therapeuten eingestellt bzw. Kooperationsvereinbarungen zwischen den Häusern geschlossen, Dienstbesetzungen angepasst oder bauliche Maßnahmen durchgeführt

Impulse zur Qualitätsverbesserung

- Vernetzungen/Kooperationen/Zusammenschlüsse von Fachabteilungen/Verlagerung hochspezialisierter Behandlungen auf Maximal- und Schwerpunktversorger sind auch künftig Lösungsansätze, um Versorgung bei guter Qualität weiter aufrechtzuerhalten
- dazu beitragen kann auch die Ambulantisierung nicht-komplexer Leistungen aus Basisversorgung Innerer Medizin wie Herz- oder Lungenerkrankungen oder Diabetes-Behandlungen
- Anreize schaffen für die Gesunderhaltung anstelle der Krankenbehandlung
- sektorenübergreifende Versorgung, um nahtlosen Behandlungsverlauf zu fördern – Doppeluntersuchungen vermeiden (ambulant/stationär GKV/SPV Akutmedizin/Rehabilitation)
- Sozialmedizin tangiert übergreifend Schnittstellen und kann deren Probleme beleuchten

Krankenhausversorgung in Sachsen-Anhalt 2022

nach Versorgungsclustern

(Quelle: Ergebnisse der Strukturprüfungen 2021)

0-99 Betten
100–299 Betten
300–499 Betten
>500 Betten

Standorte mit Schlaganfallversorgung

(OPS 8-981.2, 8-98b.2, 8-981.3 und 8-98b.3)

8-98b.2, 8-98b.3
Schlaganfallversorgung mit Stroke Unit in Kooperation zu externer neurologischer Fachabteilung (mindestens per Telekonsil)

8-981.2*
Schlaganfallversorgung mit Stroke Unit unter permanenter Anwesenheit eines Neurologen oder Arztes in neurologischer Weiterbildung **ohne** kontinuierliche Möglichkeit einer Thrombektomie

8-981.3**
Schlaganfallversorgung mit Stroke Unit unter permanenter Anwesenheit eines Neurologen oder Arztes in neurologischer Weiterbildung **mit** kontinuierlicher Möglichkeit einer Thrombektomie

* einige Kliniken, die die Strukturmerkmale des OPS 8-981.2 erfüllen, erfüllen auch die Strukturmerkmale der OPS 8-98b.2 oder 8-98b.3

** einige Kliniken, die die Strukturmerkmale des OPS 8-981.2 erfüllen, erfüllen auch die Strukturmerkmale der OPS 8-981.2 und 8-98b.2 oder 8-98b.3

Standorte mit palliativer Versorgung

(8-982 und OPS 8-98e)

8-982
Palliativmedizinische Basisversorgung

8-98e*
Palliativmedizinische Spezialversorgung

* einige Kliniken, die die Strukturmerkmale des OPS 8-98e erfüllen, erfüllen auch die Strukturmerkmale des OPS 8-982

Krankenhausversorgung in Sachsen-Anhalt 2022

nach Versorgungsclustern

(Quelle: Ergebnisse der Strukturprüfungen 2021)

0-99 Betten
100–299 Betten
300–499 Betten
>500 Betten

Standorte mit geriatrischer Versorgung

(OPS 8-550 und 8-98a)

8-550
Geriatrische Komplexbehandlung

8-550, 8-98a
Geriatrische Komplexbehandlung **und** Tagesklinik

Standorte mit intensivmedizinischer Versorgung

(OPS 8-718.8, 8-718.9, 8-980, 8-98f und 8-98d)

8-718.8, 8-718.9
Beatmungsentwöhnung/Weaning

8-980
Intensivmedizinische Komplexbehandlung

8-98f*
Aufwendige Intensivmedizinische Komplexbehandlung

8-98d
Intensivmedizinische Komplexbehandlung von Kindern

* einige Kliniken, die die Strukturmerkmale des OPS 8-98f erfüllen, erfüllen auch die Strukturmerkmale des OPS 8-980

Qualitätskontrollen im Krankenhaus

Patientinnen und Patienten sollen in Krankenhäusern mit qualitativ hochwertigen Standards und auf dem neuesten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse versorgt werden. Das unterstützt der Medizinische Dienste indem er die Qualitätsanforderungen überprüft. Das können örtliche Gegebenheiten, technische Ausstattungen oder personelle Qualifikationen sein. Die Richtlinien des G-BA regeln diese im Detail bundeseinheitlich. Jetzt können diese stichprobenartig, anhaltspunktbezogen oder anlassbezogen geprüft werden.

Bedeutung der Qualitätskontrollen für die Krankenhausversorgung

- mehr Transparenz
- Voraussetzung für die Schaffung einer Planungsgrundlage für eine qualitätsorientierte Steuerung der Versorgung im Gesundheitswesen
- Erhöhung der Effizienz der Qualitätssicherung

Qualitätskontrollen im Krankenhaus

2021

In **7 Krankenhäusern** wurde die Qualität der Notfallstrukturen im Rahmen der Stichprobenkontrolle der Notfallstrukturen überprüft sowie in **3 Krankenhäusern** die externe Datenvalidierung und in **1 Krankenhaus** die Einhaltung der Qualitätsanforderungen gemäß Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Anwendung von CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien.

Notfallstrukturen
5 der 7 geprüften Einrichtungen wiesen individuelle Qualitätsmängel auf: etwa das Nichteinhalten/-durchführen personeller Vorgaben (zur Behandlung notwendige Fachrichtungen vorgehalten, aber keine unabhängige ärztliche Leitung vorgehalten) oder zeitlicher Vorgaben (z. B. für Triage: Ersteinschätzung innerhalb von 10 Minuten); nicht alle

CAR-T-Zellen
Aufgrund ausgesetzter Prüfungen keine abschließenden Prüfungen möglich (nur Teilprüfung vor Ort), erneute Prüfungen 2022.

Prüfungen im Rahmen des Datenvalidierungsverfahrens
Keine erheblichen Mängel.

2022

4 Mal wurden im Jahr 2022 in **2 Krankenhäusern** die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der CAR-T-Zell-Therapie überprüft. In **5 Krankenhäusern** wurden insgesamt **10 Prüfungen** im Rahmen des externen Datenvalidierungsverfahrens durchgeführt.

CAR-T-Zellen
Bei jeder der Qualitätskontrollen erfüllten die Kliniken alle Qualitätsanforderungen, die zur Erbringung der CAR-T-Zell-Therapie vorliegen müssen. Qualitätsmängel lagen nicht vor.

Prüfungen im Rahmen des Datenvalidierungsverfahrens
Keine erheblichen Mängel.

Wie funktioniert CAR-T-Zell-Therapie?

Bei der CAR-T-Zell-Therapie werden Immunzellen (T-Zellen sind Zellen des Immunsystems) gentechnologisch so verändert, dass sie Krebszellen erkennen und bekämpfen. CAR-T steht für „chimärer Antigenrezeptor-T-Zellen“. Die gentechnisch veränderten CAR-T-Zellen werden dem Patienten über eine Infusion zurückgegeben.

Die CAR-T-Zellen docken an den Krebszellen an und zerstören diese. Es handelt sich um lebendige Zellen, die sich weiter im Körper vermehren und so langfristig das Schutzschild gegen den Blutkrebs bilden.

Pflegeversicherung

Mit 104.442 pflegefachlichen Empfehlungen haben die Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt im Jahr 2022 die soziale Pflegeversicherung unterstützt.

Neben Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gehörten dazu auch Gutachten für Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, wie zum Beispiel Treppenlifte oder ebenerdige Duschen.

Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen

Pflegebedürftige Menschen brauchen besonderen Schutz und haben Anspruch auf eine hochwertige Pflege. Der Medizinische Dienst prüft daher auch regelmäßig die Qualität der ambulanten Pflegedienste und Pflegeheime, um eine gute Pflege und Versorgung zu unterstützen.

936
Qualitätsprüfungen

Davon waren ...

498
Prüfungen von stationären Pflegeeinrichtungen

438
Prüfungen von ambulanten Pflegeeinrichtungen

Mit einer Anlassprüfung können Beschwerden über Pflegemängel gezielt von den Qualitätsprüfern des Medizinischen Dienstes überprüft werden. Pflegebedürftige bzw. ihre Angehörigen bekommen somit konkrete Hinweise zu ihren Bedenken. Für die Einrichtung ergibt sich aus der Anlassprüfung die Chance, sich ständig zu verbessern und weiterzuentwickeln.

127 Anlassprüfungen
wurden aufgrund von Beschwerden oder Hinweisen auf Missstände in Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

Pflegebegutachtung

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

Für **95.273 Menschen** hat der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt im Jahr 2022 die **Feststellung der Pflegebedürftigkeit** übernommen. Das waren **5.557 Aufträge mehr** als im Vorjahr.

95.273
Pflegebegutachtungen

Das Ergebnis der Gutachten ...

Die Begutachtungen wurden vorgenommen als ...

Auftragsentwicklung

Die Gutachten betrafen ...

Während der Corona-Pandemie wurde den Medizinischen Diensten abweichend von § 18 Abs. 2 SGB XI die Möglichkeit gegeben, für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit alternative digitale Begutachtungsformen zu nutzen. Zum 30. Juni 2022 endete diese Möglichkeit. Damit pflegebedürftige Menschen trotz des rasch ansteigenden Pflegebedarfs weiterhin zeitnah versorgt werden können, stellt sich die Frage nach der Fortführung solch sinnvoller Begutachtungsalternativen. Die Erfahrungen aus der Pandemie zeigen, dass das strukturierte Telefoninterview eine gleichwertige Alternative zum Hausbesuch sein kann. Die Pflegegradverteilung blieb bei der Anwendung des strukturierten Telefoninterviews stabil und die Zufriedenheit der Versicherten mit dieser Begutachtungsform war genauso hoch wie bei den Hausbesuchen.

Zufriedenheit mit der Pflegebegutachtung

Jedes Jahr wird ein Teil der Menschen, für die der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durchführt, nach der Zufriedenheit gefragt. Die Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung umfasst seit 2021 auch Rückmeldungen zur Zufriedenheit mit dem Telefoninterview.

Die Menschen in Sachsen-Anhalt sind mit der Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt sehr zufrieden. Dabei kommt die telefonische Begutachtung ebenso gut an wie die persönliche Begutachtung im Hausbesuch.

691 Begutachtungen durch Hausbesuch

407 telefonische Begutachtungen

Impressum

Herausgeber
Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt
Breiter Weg 19c
39104 Magdeburg
Telefon 0391 5661-0
E-Mail: vorstand@md-san.de
www.md-san.de

Redaktion
Christine Probst
Dr. Mandy Paraskewopulos-Ostwald

Gestaltung
fountain studio
www.fountainstudio.de

Bildnachweise
Fotograf Peter Bräunig für den
Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt

Druck
Druckerei Fricke
Inhaber Gerd Maserak
Langer Weg 67
39112 Magdeburg
www.mein-drucker.info

www.md-san.de