

einer  
für

 alle

Jahresbericht 2025

Wir **übernehmen Verantwortung** für Versicherte,  
Leistungserbringer und Kassen. Für eine solidarische  
Gesundheitsversorgung, die für alle funktioniert.



**Als Medizinischer Dienst Nord** übernehmen wir Verantwortung für das Ganze: für eine Gesundheitsversorgung, die den Menschen im Blick behält und für alle funktioniert.

Als unabhängige Instanz bewerten wir medizinische Leistungen und Versorgungsstrukturen, sichern Qualität und ermitteln Pflegebedürftigkeit.

Wir wirken verbindend – zwischen Versicherten, Kassen und Leistungserbringern, zwischen medizinischen Anforderungen und wirtschaftlichen Grenzen, zwischen Erwartungen und Regeln.

So bleibt unser solidarisches Gesundheitssystem für alle tragfähig – heute und in Zukunft.





16

Neue Kompetenzen  
für die PflegeDas Gesundheitswesen  
verändert sich – und mit ihm  
der Medizinische Dienst.

34

Alles neu  
im Krankenhaus?

# Inhalt

## Über den MD Nord

Vorwort	02
Auf einen Blick	04
Strukturwandel im Gesundheitswesen	06

## Einer für alle

Einer für die Pflege	08
Einer für die ambulante Versorgung	18
Einer für die Krankenhausversorgung	28
Einer für alle Fälle	40

Einer für das Team	50
--------------------	----

Impressum	58
-----------	----

# Liebe Leserin, lieber Leser,

**unser Jahresbericht erscheint in Zeiten spürbarer Veränderungen:** Kaum eine Woche vergeht ohne neue Debatten über die Zukunft unseres Gesundheitswesens, ohne Berichte über Finanzierungsengpässe oder Hinweise darauf, wie sehr der demografische Wandel Pflege und Krankenversorgung bereits heute verändert. Dabei gerät leicht aus dem Blick, was schnell selbstverständlich scheint: Unser solidarisches und beitragsfinanziertes Gesundheitssystem, das allen Menschen die gleiche Hilfe bietet, ist eine der größten Errungenschaften, die unsere Gesellschaft – auch im internationalen Vergleich, Stichwort: USA – hervorgebracht hat. Wir können stolz auf das Erreichte sein.

Viele Menschen fragen sich, wie tragfähig unser System in den kommenden Jahren sein wird – und welche Entscheidungen jetzt den Unterschied machen. Diese Frage betrifft uns alle: Versicherte, die auf verlässliche Unterstützung angewiesen sind. Leistungserbringer und -träger, die unter anspruchsvollen Rahmenbedingungen arbeiten. Und Politik sowie Selbstverwaltung, die vor schwierigen Weichenstellungen stehen. Entscheidungen, die heute getroffen – oder vertagt – werden, wirken weit in die Zukunft hinein. Deshalb freuen wir uns sehr, dass mit Prof. Dr. Jonas Schreyögg ein renommierter Experte, der unter anderem in der GKV-Finanzkommission und im Sachverständigenrat der Bundesregierung wirkt, in diesem Jahresbericht seinen Ausblick gibt (S. 6).

Und der Medizinische Dienst? Wir stehen selten im Rampenlicht. Unsere Arbeit findet häufig im Hintergrund statt – in Gutachten, Prüfungen, Gesprächen und Bewertungen. Doch gerade in Zeiten des Wandels und knapper Finanzen braucht es den Medizinischen Dienst als Instanz, die unabhängig prüft, abwägt und einordnet – als verlässliches Korrektiv für eine gute und gerechte Gesundheitsversorgung und als Anwalt unseres Solidarsystems. Wir prüfen mit medizinischem Sachverstand, was erforderlich und finanzierbar ist, damit das Geld am Ende für alle reicht. Wir handeln auf Grundlage von Recht und Richtlinie – unabhängig, regelgebunden und transparent.

**„Gerade in Zeiten des Wandels und knapper Finanzen braucht es den Medizinischen Dienst als Instanz, die unabhängig prüft, abwägt und einordnet – als **verlässliches Korrektiv** für eine gute und gerechte Gesundheitsversorgung und als Anwalt unseres Solidarsystems.“**

**Das Motto unseres diesjährigen Jahresberichts lautet „Einer für alle“** und beschreibt genau diesen Anspruch. Wir wirken verbindend: immer in der Mitte zwischen Versicherten und Leistungserbringern, zwischen Krankenhäusern und Kassen, zwischen Erwartungen und rechtlichen Vorgaben. Das bedeutet für uns auch, Kritik auszuhalten, Entscheidungen zu erklären und Verantwortung zu übernehmen – gerade dann, wenn die Lage komplex ist.

Mit diesem Jahresbericht möchten wir mehr zeigen als Zahlen und Verfahren. Wir möchten Einblicke geben: in die Leistungsgruppenprüfungen im Zuge der Krankenhausreform, die im Norden in einer Phase politischer Dynamik beginnen (S. 34), in die Diskussion um neue Pflegekompetenzen (S. 16), in unsere Überlegungen zum verantwortungsvollen Einsatz von Künstlicher Intelligenz (S. 49). Und wir möchten stellvertretend für unsere rund 725 Kolleginnen und Kollegen Menschen vorstellen, die diese Aufgaben mit Fachlichkeit und viel Leidenschaft erfüllen (S. 8, 18, 28, 40, 50).



Von links nach rechts:  
Dr. Andreas Krokotsch,  
Helge Neuwerk,  
Ute Dirks,  
Mirko Knappe.

Veränderungen werden auch beim MD Nord immer dann besonders sichtbar, wenn personelle Wechsel anstehen: Nach 43 Jahren im Dienst haben wir 2025 unseren stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden, Reiner Botho Müller, in den Ruhestand verabschiedet (S. 50). Sein Nachfolger, Dr. Andreas Krokotsch, bleibt dem MD Nord auch in der neuen Position als Leitender Arzt erhalten. Schmerzhaft war für uns der plötzliche Tod unseres langjährigen Verwaltungsratsvorsitzenden Jürgen Reimer. Sein Engagement, seine Klarheit und seine Verbundenheit mit dem Medizinischen Dienst werden uns besonders in Erinnerung bleiben. Unser Verwaltungsrat hat Ute Dirks als Nachfolgerin in das verantwortungsvolle Ehrenamt gewählt.

**Zum Abschluss möchten wir Ihnen, liebe Leserin, lieber Leser, danken** – für Ihr Vertrauen, für kritische Rückmeldungen und dafür, dass Sie mit uns im Dialog bleiben. Es ist unsere feste Überzeugung, dass Stabilität in bewegten Zeiten nicht von selbst entsteht – sie wächst aus Transparenz, Vertrauen und dem Willen, das Gemeinsame in den Mittelpunkt zu stellen. Dazu werden wir auch in Zukunft unseren Beitrag leisten und als MD Nord vor Ort für die Region Hamburg und Schleswig-Holstein Verantwortung übernehmen.

**Wir handeln auf  
Grundlage von Recht  
und Richtlinie –  
unabhängig, regelge-  
bunden und transparent.**

Ihre

**Mirko Knappe**  
Alternierender Vorsitzender  
des Verwaltungsrats

**Ute Dirks**  
Alternierende Vorsitzende  
des Verwaltungsrats

**Helge Neuwerk**  
Vorstandsvorsitzender

**Dr. Andreas Krokotsch**  
Leitender Arzt und  
stellvertretender  
Vorstandsvorsitzender

# Auf einen Blick

Zentrale Kennzahlen des Medizinischen Dienstes Nord im Jahr 2025

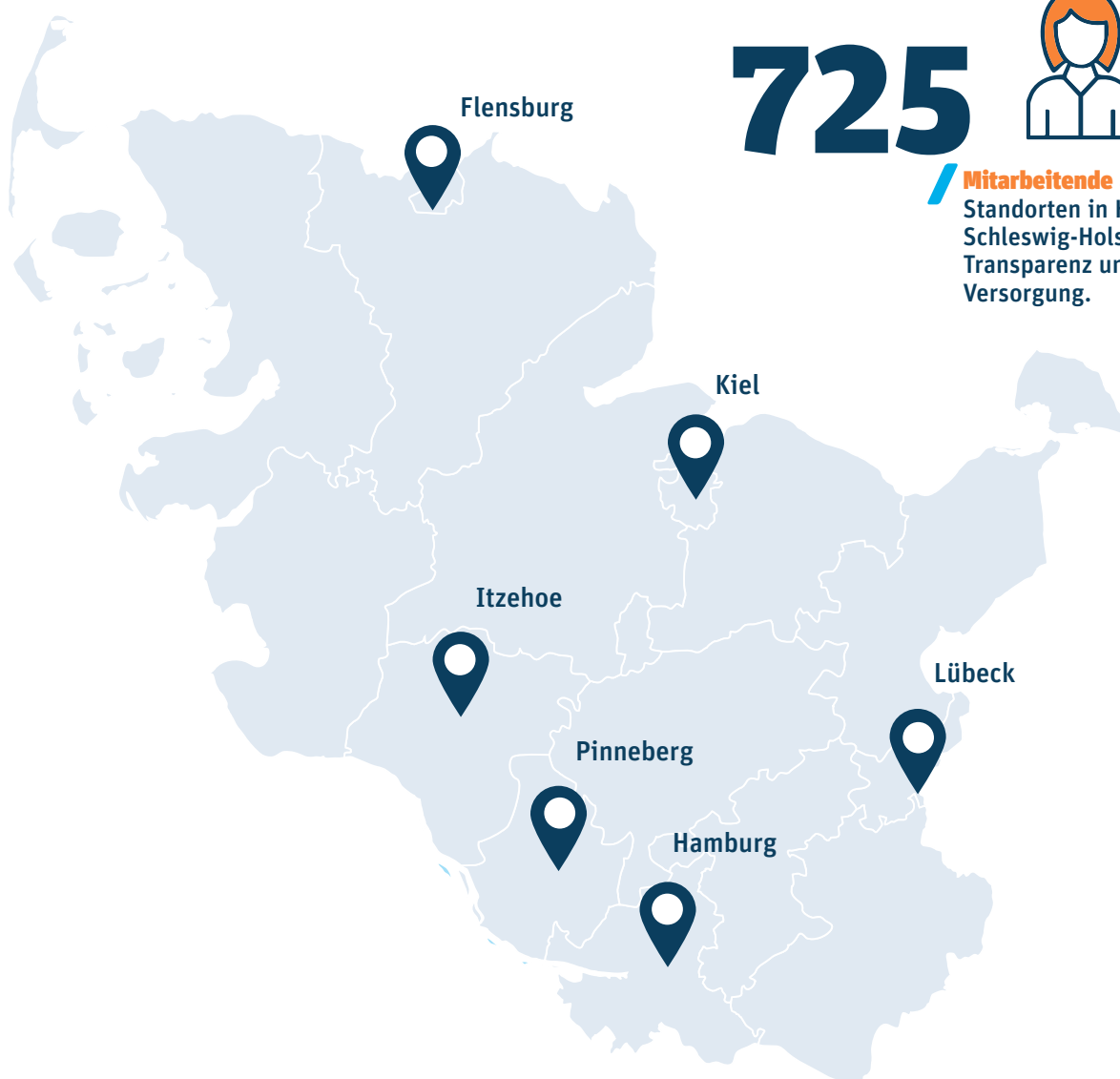
# 4,2

**Millionen Versicherte** profitieren im Versorgungsgebiet Hamburg und Schleswig-Holstein von der unabhängigen Expertise des MD Nord.

# 725



**Mitarbeitende** arbeiten an sechs Standorten in Hamburg und Schleswig-Holstein für Qualität, Transparenz und eine gerechte Versorgung.





6.495



**Stunden** umfassten die Beratungsleistungen des MD Nord für Kranken- und Pflegekassen, Landesbehörden sowie weitere Akteure des Gesundheitswesens.

2.184

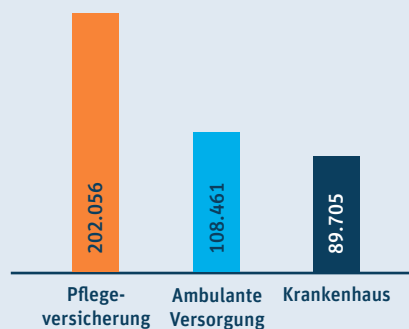


**Qualitäts- und Strukturprüfungen** fanden in Krankenhäusern sowie ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen statt.

400.222

**Gutachten und Stellungnahmen** für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV).

Nach Abteilungen:



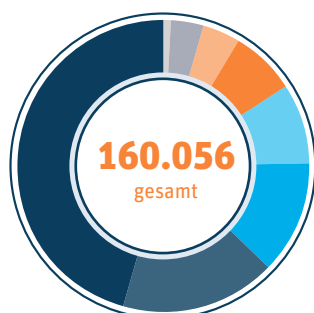
198.186

**Gutachten und Stellungnahmen** wurden 2025 im Auftrag der GKV bearbeitet.

202.036

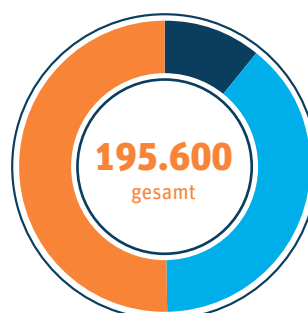
**Gutachten und Stellungnahmen** wurden 2025 im Auftrag der SPV erstellt.

### Sozialmedizinische Empfehlungen



- Regress 0,8%
- Sonstige Anlässe 3,4%
- Arzneimittel / Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) 4,2%
- Ambulante Leistungen 7,4%
- Hilfsmittel 8,9%
- Arbeitsunfähigkeit 12,5%
- Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation 17,0%
- Stationäre Leistungen 45,8%

### Abschließend bearbeitete Vorgänge



- Erstbegutachtungen
- Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen
- Widerspruchsbegutachtungen

# Strukturwandel im Gesundheitswesen

Prof. Dr. Jonas Schreyögg über Finanzdruck,  
Systemumbau und die Rolle des Medizinischen Dienstes

**Steigende Ausgaben, demografische Entwicklungen und ein sich zu-  
spitzender Fachkräftemangel stellen das deutsche Gesundheitswesen vor  
große Herausforderungen. Als stellvertretender Vorsitzender des  
Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheits-  
wesen sowie Mitglied der GKV-Finanzkommission berät Prof. Dr. Jonas  
Schreyögg die Bundesregierung zu zentralen Struktur- und Finanzfragen  
der Gesundheitsversorgung. Im Interview mit dem Medizinischen Dienst  
Nord ordnet er den aktuellen Reformbedarf ein, skizziert notwendige  
Veränderungen und erläutert die Rolle unabhängiger Bewertungen für  
eine bedarfsgerechte und nachhaltige Versorgung.**



**„Ich halte den Medizinischen  
Dienst für ein **sehr wichtiges**  
**Regulativ** im System.“**

**Prof. Dr. Jonas Schreyögg**, stellvertretender  
Vorsitzender des Sachverständigenrats zur  
Begutachtung der Entwicklung im Gesundheits-  
wesen sowie Mitglied der GKV-Finanzkommission.

**Herr Professor Schreyögg, das deutsche Gesund-  
heitswesen steht unter massivem Druck – finan-  
ziell, strukturell und personell. An welchem Punkt  
steht das System und was ist aus Ihrer Sicht das  
größte Risiko für die Versorgung in den nächsten  
fünf Jahren, wenn wir nicht gegensteuern?**

**Schreyögg:** Wir haben in den letzten zehn Jahren  
über unsere Verhältnisse gelebt, das heißt, die  
Ausgaben sind stärker gestiegen als die Verände-  
rungen der Grundlohnrate. Wenn wir hier nicht  
gegensteuern, wird das strukturelle Defizit immer  
größer, und dieses strukturelle Defizit gefährdet  
auch die Resilienz unseres Gesundheitssystems in  
Bezug auf künftige Krisen.

**Sie beraten die Bundesregierung sowohl zu struk-  
turellen Fragen als auch zur Finanzstabilität der  
gesetzlichen Krankenversicherung. Was sind aus  
Ihrer Sicht die erforderlichen Veränderungen, denen  
sich das Gesundheitswesen jetzt stellen muss?**

**Schreyögg:** Es wird in absehbarer Zeit kein großer  
finanzieller Spielraum im Bundeshaushalt für  
zusätzliche Bundeszuschüsse in der GKV sein.  
Daher sollte das GKV-System wieder eine Balance  
zwischen Ein- und Ausgaben finden und zur  
Beitragssatzstabilität zurückkehren. Das heißt  
gleichzeitig, dass jeder Ausgabenträger seinen  
Beitrag zur Stabilität erbringen muss. Und es  
müssen nun endlich die lange diskutierten  
Strukturreformen angegangen werden.

**Mit Blick auf die Finanzlage: Haben wir ein  
Einnahmenproblem, ein Ausgabenproblem – oder  
ein Effizienzproblem im Gesundheitssystem?**

**Schreyögg:** Das finanzielle Defizit hat sich  
ergeben, weil die Politik sich darauf verlassen hat,  
dass die Einnahmen durch den Anstieg der sozial-  
versicherungspflichtigen Beschäftigten weiter so  
steigen wie in der Vergangenheit. Nun haben wir  
aber bereits ab 2024 gesehen, dass die Beschäfti-  
gung stagniert. Das heißt, die Einnahmen steigen  
wesentlich geringer. Gleichzeitig kommen auf der  
Ausgabenseite nun zusätzliche Leistungsausgaben  
durch Beschlüsse der letzten Jahre – etwa das  
Pflegebudget, die automatische Tariffinanzierung,  
das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)  
– hinzu. Das heißt, wir steuern auf ein enormes



Defizit zu. Wäre man in der Vergangenheit die Strukturreformen – unter anderem die Notfallversorgung, das Primärarztssystem und die nachhaltige Arzneimittelpreisregulierung – bereits angegangen, dann könnte man sich auf eine effizientere Leistungserbringung stützen und hätte nun nicht alles gleichzeitig zu stemmen.

**Wenn Sie nur einen nennen dürften, was wäre der wichtigste Hebel, um die Versorgung in den kommenden Jahren nachhaltig zu verbessern?**

**Schreyögg:** Der wichtigste Hebel sind wirkungsvolle Strukturreformen, die ja seit vielen Jahren mit wenig Variation diskutiert werden. Gleichzeitig kommt man nicht drum herum, auf der Ausgabenseite in allen Sektoren zu kürzen und zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik zurückzukehren.

**In der Reformdebatte wird gefordert, medizinische Versorgung stärker nach Bedarf zu steuern, etwa über eine stärkere Rolle der Hausarztpraxen. Ist das aus Ihrer Sicht ein tragfähiger Ansatz?**

**Schreyögg:** Ja, das benötigen wir aus meiner Sicht unbedingt. Aus meiner Sicht sollte man möglichst schnell ein Primärversorgungssystem einführen, das in mehreren Stufen graduell zu einem effizienten digitalen System der Patientensteuerung ausgebaut wird. Kurzfristig ist primär eine Reduktion der Hospitalisierungen zu erwarten. Mittelfristig, wenn Leitlinien für Hausärzte und Spezialisten, ähnlich wie in der HZV in Baden-Württemberg, eingeführt werden und eine digitale Überweisung von Hausärzten mit Priorisierung nach Dringlichkeit möglich ist, würde ich erwarten, dass wir auch eine Reduktion von Spezialistenbesuchen sehen werden.

**Die deutsche Krankenhauslandschaft ist von Wettbewerb und Privatisierung geprägt – wie lässt sich die Patientensicherheit in diesem Umfeld dauerhaft gewährleisten?**

**Schreyögg:** Wettbewerb und Verbundbildungen haben die Krankenhauslandschaft belebt. Ich habe selbst eine Reihe von Studien zu Verbundbildung und Übernahmen durchgeführt und wir haben gesehen, dass dies, angefangen durch die Privatisierungswelle in den 90er-Jahren – heute gibt es ja nur noch wenige Privatisierungen im klassischen Sinne –, dann durch Rechtsformwechsel bei öffentlichen Trägern in den 2000ern bis hin zu den verstärkten Verbundbildungen in den 2010er-Jahren jeweils zu einer Effizienzsteigerung geführt hat. Allerdings wurde oft Pflegepersonal reduziert. Daher war es richtig, dass man durch PPUG hier eine Grenze im Sinne der Patientensicherheit eingezogen hat. Derzeit analysieren wir in meinem Team übrigens die Veränderung in der Versorgungsqualität nach Mergers und Acquisitions im Krankenhausbereich. Unsere Zwischenergebnisse legen nahe, dass sich die Qualität dadurch tendenziell verbessert hat. Trotz alledem halte ich es für ordnungspolitisch wichtig, auch im Krankenhausbereich zu einer sanktionsbewährten Qualitätssicherung zu kommen. Der strukturierte Dialog reicht nicht aus.

**Welche Potenziale sehen Sie für den Medizinischen Dienst als unabhängigen Akteur in den kommenden Reformjahren?**

**Schreyögg:** Ich halte den Medizinischen Dienst für ein sehr wichtiges Regulativ im System. Man kann sich als Bürgerin oder Bürger doch nur wünschen, dass ein Akteur überprüft, ob die verausgabten Beiträge tatsächlich korrekt eingestuft und abgerechnet werden. In anderen Versicherungszweigen – beispielsweise der Kfz-Versicherung – würde niemand infrage stellen, dass eine Versicherung einem möglichen Versicherungsbetrag nachgeht. Deshalb bin ich der festen Überzeugung, dass es ganz wichtig und sehr im Sinne des Systems ist, dass Krankenkassen uneingeschränkt durch den Medizinischen Dienst Abrechnungen prüfen lassen dürfen. Gerade bei dem Aufbau neuer Strukturen, zum Beispiel im Bereich der Notfallversorgung, die dann an bestimmte Strukturvoraussetzungen gebunden werden, wird den MD-Prüfungen eine besondere Bedeutung zukommen. Gleichzeitig werden wir sicherlich sehen, dass viele Prüfungen künftig noch stärker automatisiert und mit weniger Personal zu bewältigen sind.

**Viele Reformen scheitern weniger an der Analyse als an der Umsetzung. Was braucht es aus Ihrer Sicht, damit notwendige Veränderungen im Gesundheitswesen tatsächlich greifen?**

**Schreyögg:** Wir wissen ja aus der Vergangenheit, dass größere Reformen immer dann umgesetzt wurden, wenn der finanzielle Druck besonders hoch war. Beispiele sind das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 und die Reformen unter Ulla Schmidt in den Jahren 2004 und 2005. Auch jetzt haben wir einen ähnlichen, wenn nicht höheren finanziellen Druck. Daher bin ich sehr zuversichtlich, dass wir zeitnah größere Reformen sehen werden.

**Zum Abschluss: Was würden Sie dem Medizinischen Dienst mit auf den Weg geben wollen?**

**Schreyögg:** Aus meiner Sicht ist es sehr wichtig für politisch Verantwortliche, Akteure im System, aber auch die Bürgerinnen und Bürger, noch mehr über die Tätigkeiten des Medizinischen Dienstes zu erfahren. In meiner Wahrnehmung hat der MD in den letzten Jahren die Öffentlichkeitsarbeit deutlich ausgebaut. Ich glaube, dass das genau der richtige Weg ist, um die Systemrelevanz stärker in den Köpfen zu verankern.

Meine


# Kompetenz

für alle, die eine  
unabhängige  
Einschätzung  
brauchen.

**Mehr als 270.000 Menschen** in Hamburg und Schleswig-Holstein sind auf Pflege angewiesen. Für sie alle bringt Dr. Dr. Bianca Hofmann ihre medizinische Expertise in die Pflegebegutachtung ein – mit Aufmerksamkeit, fachlicher Klarheit und einem unabhängigen, offenen Blick. Immer mit Respekt gegenüber den Menschen, um die es geht.



**Dr. Dr. Bianca Hofmann,**  
Pflegegutachterin  
und Ärztliche Team-  
leitung in der Abteilung  
Pflegeversicherung



„Wir sprechen, beobachten  
und nehmen Einschränkungen  
wahr – aber wir wissen auch,  
dass **subjektive Belastungen**  
nicht immer gleichbedeutend  
sind mit Pflegebedürftigkeit  
im Sinne des Gesetzes.“

**Dr. Dr. Bianca Hofmann**, Pflegegutachterin  
und Ärztliche Teamleitung



**Wer Dr. Dr. Bianca Hofmann in ihrem Büro besucht,** weiß sofort, woran er ist: „Tritt rin, good dat du dor büst“ steht auf einem großen grünen Schild an ihrer Tür. Passt es gerade nicht, wird es auf Rot gedreht: „Ik heff nu to doon – later geit dat mit Schnack wieder.“ Für die Medizinerin ist die plattdeutsche Botschaft nicht nur ein humorvoller Hinweis, sondern auch eine gute Erinnerung an ihr früheres Berufsleben in der Hamburger Universitätsmedizin. „Ich habe einem Patienten neun Monate lang täglich die Verbände gewechselt und im Gegenzug ein paar Plattdeutsch-Vokabeln gelernt“, erzählt die gebürtige Naumbergerin mit einem Augenzwinkern. Das Schild ist für sie ein kleines Bekenntnis zu ihrer Wahlheimat – eines, das ihr überhaupt nicht schwerfällt: „Ich bin seit über zwanzig Jahren Hamburgerin und lebe hier inzwischen länger, als ich an der Saale zuhause war. Der Norden und ich, das passt einfach.“

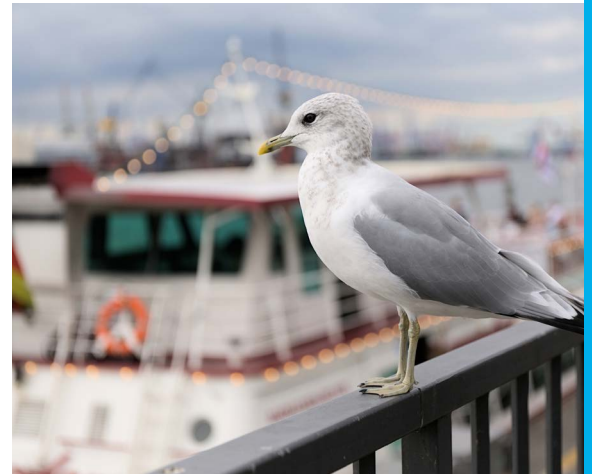
Dass Bianca Hofmann gern Neues lernt und Herausforderungen sucht, zeigt ein Blick auf ihren Lebenslauf. Zwei Doktorarbeiten, die zu einem besseren Verständnis von Krebserkrankungen beigetragen haben, ein Masterstudium im Gesundheitsmanagement und eine erfolgreiche Karriere in der Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie prägen ihren Weg. 13 Jahre arbeitet sie in der universitären Spitzenmedizin, bis sie merkt, dass das Gleichgewicht zwischen Beruf und Familie immer schwerer zu halten ist. „Irgendwann habe ich mich gefragt: Jetzt hast du so viel gegeben – wofür eigentlich?“, erinnert sie sich.

Sie entscheidet sich, etwas zu verändern – auch, um mehr Zeit mit ihren beiden Kindern zu haben. Als ersten Schritt wechselt sie innerhalb der Medizin in die plastische Chirurgie. Drei Jahre später verlässt sie sogar ihr Fachgebiet und beginnt 2023 als Gutachterin für die Pflegeversicherung beim Medizinischen Dienst Nord. „Ohne diese Entscheidung wäre mein Leben heute ein anderes“, sagt die 43-Jährige, die vor elf Monaten noch einmal Mutter eines Sohnes geworden ist. „Ohne die berufliche Veränderung wäre der Wunsch nach einem dritten Kind weniger leicht zu realisieren gewesen.“ Dabei war sie gerade erst zur Teamleiterin befördert worden, als sie von ihrer Schwangerschaft erfuhr. „Ich war in dieser Situation sehr dankbar für die große Unterstützung meines Chefs. Meine frühe Rückkehr in flexibler Teilzeit im Homeoffice hat viel Druck rausgenommen und mir gezeigt, dass ich am richtigen Ort bin.“

Den Wechsel in die Pflegebegutachtung erlebt Bianca Hofmann dank einer intensiven sechsmonatigen Einarbeitung, bei der sie eng von erfahrenen Kolleginnen und Kollegen begleitet wurde, als fließenden Übergang. „Über Chirurgen sagt man gerne, sie seien pragmatisch und zielorientiert – und das Klischee stimmt oft auch“, sagt sie lachend.

# 45,

**Minuten** brauchen die Gutachtenden des MD Nord im Schnitt für einen Hausbesuch oder ein strukturiertes Telefoninterview zur Feststellung des Pflegegrades.



„Beides kann man zum Glück auch in der Pflegebegutachtung hervorragend gebrauchen.“ Etwa bei Hausbesuchen: „Zu Beginn erkläre ich immer, wie und in welchem zeitlichen Rahmen die Begutachtung stattfindet. Das hilft, damit sich später niemand wundert, wenn ich das Gespräch ein bisschen lenken muss. Wir begutachten unabhängig und streng nach Richtlinie – deshalb müssen wir beim Thema bleiben.“

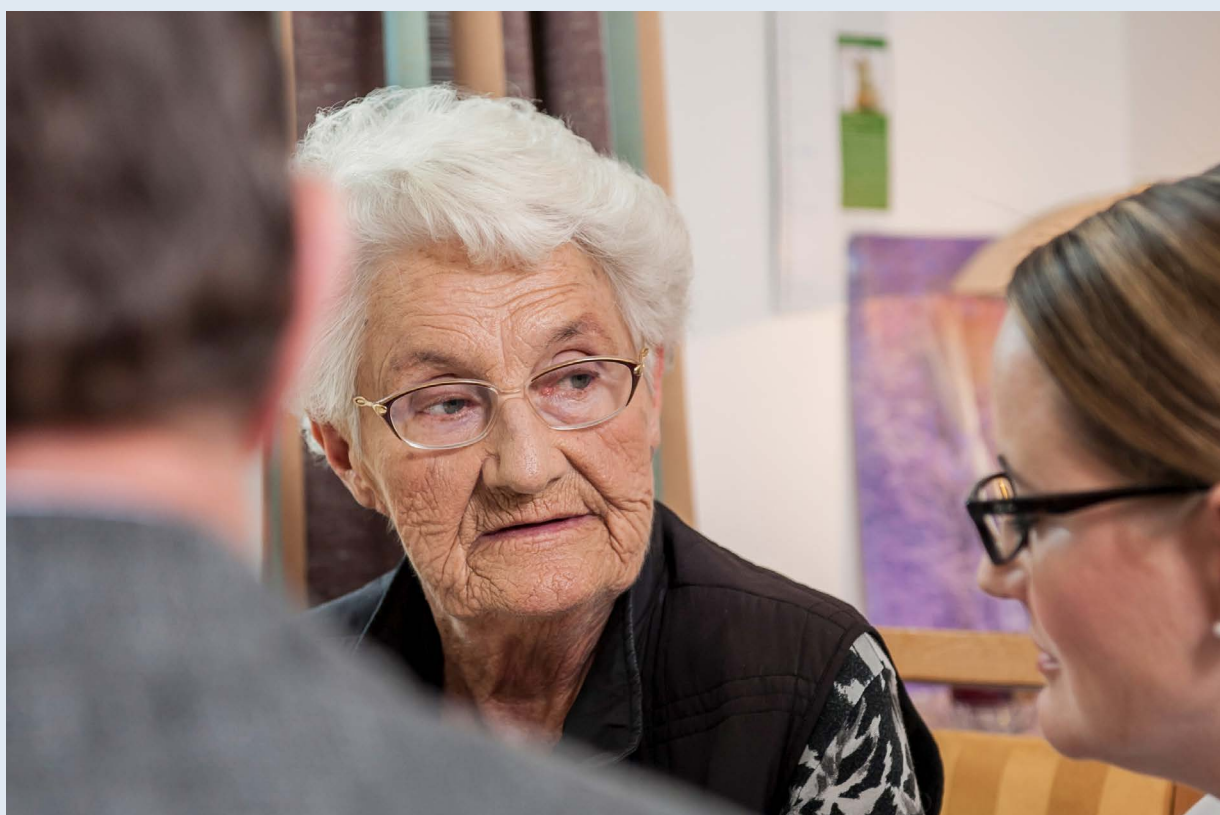
Trotz aller Struktur empfindet Bianca Hofmann es auch nach zwei Jahren als Privileg, Versicherte in ihrem Zuhause aufzusuchen. „Man bekommt einen tiefen Einblick in die unterschiedlichsten Lebenssituationen – von sehr privilegiert bis hin zu extrem prekär. Das erdet und führt vor Augen, dass nicht alle Menschen die gleichen Voraussetzungen haben.“ Professionelle Distanz ist dabei für sie unverzichtbar. „Wir sprechen, beobachten und nehmen Einschränkungen wahr – aber wir wissen auch, dass subjektive Belastungen nicht immer gleichbedeutend sind mit einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes.“ Diese Balance zwischen Mitgefühl und Neutralität gehört für sie zu den größten Herausforderungen ihres Berufs.

Trotz steigender Auftragslage blickt sie mit Tatkraft und Optimismus nach vorn: „Im Angesicht des demografischen Wandels werden wir als Gesellschaft in Bewegung bleiben müssen. Für den Medizinischen Dienst heißt das, mit weniger Fachkräften mehr Anträge zu bearbeiten. Ich bin glücklich, dass ich mich bei diesen Fragen einbringen und dazu beitragen kann, unsere Konzepte, Abläufe und Prozesse weiter zu verbessern. Die unabhängige Begutachtung durch den Medizinischen Dienst wird heute mehr gebraucht denn je.“

Was gute Pflege ausmacht:

# Qualitätsprüfungen beim MD Nord

2025 waren die Gutachtenden des Medizinischen Dienstes Nord rund 1.300 Mal vor Ort, um sich ein genaues Bild von der Versorgung in Pflegeeinrichtungen zu machen.



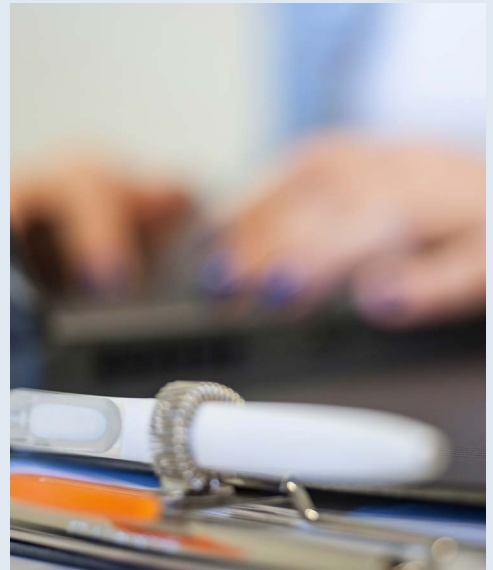
**G**ute Pflege braucht Vertrauen – und überprüfbare Qualität. Rund 50 Mitarbeitende des MD Nord führen jedes Jahr Qualitätsprüfungen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen durch. Qualitätsprüfungen nach §114 SGB XI gehören zum festen Bestandteil des deutschen Pflegesystems. Sie erfolgen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen und sollen sicherstellen, dass Pflegebedürftige ihrem Bedarf entsprechend angemessen versorgt werden.

## Qualität sichtbar machen

Der Ablauf ist klar strukturiert: Nach einer gesetzlich vorgeschriebenen Prüfanmeldung verschaffen sich die Gutachtenden am Prüftag zunächst einen Überblick über die Einrichtung. Anschließend wählen sie mithilfe eines komplexen Verfahrens, das die gesetzliche Prüfrichtlinie vorgibt, eine Stichprobe von bis zu neun versorgten Personen aus. Eine persönliche Inaugenscheinnahme, bei der unter anderem der Zustand von Haaren, Haut und Ernährung überprüft wird, sowie Gespräche mit den ausgewählten Pflegebedürftigen und den zuständigen Mitarbeitenden bilden die Grundlage der Qualitätsprüfung. Im Abgleich mit der Pflegedokumentation wird dann überprüft, ob die erbrachte Pflege die fachlichen Standards erfüllt.



**Rund 20 Prozent der bewerteten Pflegeeinrichtungen** nutzen das Angebot einer anonymen Rückmeldung, um dem MD Nord ihre Eindrücke von der Qualitätsprüfung zu spiegeln.



Dabei geht es unter anderem um Fragen der Versorgungsqualität: Werden Risiken, wie zum Beispiel das Risiko zu stürzen oder Druckgeschwüre zu entwickeln, erkannt? Findet eine ausreichende Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung statt? Und werden notwendige Maßnahmen, wie etwa der Einsatz von Hilfsmitteln, konsequent umgesetzt? Außerdem wollen die Prüfenden unter anderem erfahren, ob individuelle Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegealltag Berücksichtigung finden. Die umfassende Qualitätsprüfung dauert in der Regel zwei Tage. Der anschließende Prüfbericht dokumentiert die Ergebnisse auf durchschnittlich rund 130 Seiten.

### Wer prüft die Prüfenden?

Qualitätssicherung endet beim Medizinischen Dienst nicht mit der Prüfung einer Einrichtung. Neben dem internen Vier-Augen-Prinzip, das sicherstellt, dass jedes Gutachten von mindestens zwei Personen gelesen wird, nimmt der MD Nord zusätzlich an bundesweit übergreifenden Audits teil, um die Qualität seiner Prüfungen zu sichern. Die Arbeit der Gutachtenden wird damit regelmäßig selbst zum Prüfungsgegenstand: Eine Auditorin oder ein Auditor aus dem Medizinischen Dienst eines anderen Bundeslandes begleitet dabei Qualitätsprüfungen des MD Nord und bewertet die gleichen Prüffragen wie die eingesetzten Gutachterinnen und Gutachter. Die Ergebnisse werden anschließend von einer Facharbeitsgruppe auf Bundesebene ausgewertet – mit dem Ziel, eine möglichst einheitliche Anwendung der Prüfrichtlinien zu gewährleisten.

Die aktuellen Auswertungen zeigen eine hohe Übereinstimmung: Bei den auditierten Qualitätsaspekten lag die Übereinstimmungsquote bundesweit zuletzt bei 93,6 Prozent, bei der Plausibilitätskontrolle sogar bei 99,5 Prozent.

### Begegnung auf Augenhöhe

Neben diesen Verfahren nutzt der Medizinische Dienst auch Rückmeldungen aus den Einrichtungen selbst. Nach jeder Qualitätsprüfung erhalten Einrichtungen die Möglichkeit, anonym an einer Befragung teilzunehmen. Rund 20 Prozent der Pflegeeinrichtungen nutzen dieses Angebot.

Die Ergebnisse zeigen ein klares Bild: Der Umgang und die Kommunikation mit den in die Prüfung einbezogenen Personen wurden in 97 Prozent der Fälle als respektvoll und die Intimsphäre während bewertet. Auch der Umgang mit den Mitarbeitenden der Einrichtungen wird weit überwiegend positiv beurteilt. In rund 95 Prozent der Rückmeldungen wird die Kommunikation als respektvoll und auf Augenhöhe beschrieben.

Einrichtungen berichten zudem, dass die pflegefachlichen Gespräche im Rahmen der Prüfung häufig wertvolle Impulse für die Weiterentwicklung der eigenen Arbeit liefern.

Angesichts des demografischen Wandels und des zunehmenden Fachkräftemangels gewinnt die systematische Bewertung von Pflegequalität weiter an Bedeutung. Qualitätsprüfungen schaffen für Nutzerinnen und Nutzer von Pflegeeinrichtungen Transparenz. Sie sichern fachliche Standards und geben Einrichtungen wichtige Impulse für Verbesserungen. So wird Pflegequalität nicht nur dokumentiert, sondern auch systematisch überprüft und bewertet.

# Qualitätsprüfungen

✓ **1.302**

Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen führte der MD Nord 2025 durch.

#### DAVON:

✓ **1.260**  
regelhafte Prüfungen

✓ **31**  
Prüfungen als Reaktion auf einen konkreten Anlass

✓ **11**  
Wiederholungsprüfungen

#### DIE REGELPRÜFUNGEN VERTEILTEN SICH AUF:

✓ **617**  
ambulante bzw. häusliche Pflegedienste

✓ **643**  
stationäre bzw. teilstationäre Pflegeeinrichtungen



Einzelfallbegutachtung

# Mehr Aufträge, klare Standards und neue Wege

Steigende Auftragszahlen, ein anspruchsvolleres Terminmanagement und Innovationen prägten 2025 die Arbeit im Fachbereich Einzelfallbegutachtung der Abteilung Pflegeversicherung.

**D**ie Zahl der Pflegegutachten kennt seit Jahren nur eine Richtung: nach oben. Auch 2025 war der Fachbereich Einzelfallbegutachtung des Medizinischen Dienstes Nord mit einer spürbar steigenden Auftragslast konfrontiert – zuletzt lag das Plus im Vergleich zum Vorjahr bei rund 4,5 Prozent oder in Zahlen: 8.400 zusätzlichen Gutachten. Während die Aufträge steigen, wird die Organisation des Alltags komplexer. Besonders das Terminmanagement fordert die Teams heute stärker als früher: die Zeitfenster sind eng getaktet, kurzfristige Absagen nehmen zu. Trotzdem müssen die Aufträge zuverlässig, rechtssicher und nachvollziehbar innerhalb einer engen Frist bearbeitet werden.



# +8.400

**zusätzliche Gutachten** hat der  
Fachbereich Einzelfallbegutachtung  
2025 bearbeitet – das ist ein  
Plus von rund 4,5 Prozent.

In diesen Momenten zeigt sich die Stärke strukturierter Begutachtungen, denn Hausbesuch und Telefoninterviews folgen einem klaren Ablauf: Erst am Vortag steht endgültig fest, welche Gutachten am Folgetag angefertigt werden können. Im Gespräch mit den Versicherten erklären die Gutachterinnen und Gutachter dann zunächst den Ablauf des Termins, bevor sich die Begutachtung entlang von sechs Modulen anschließt. Dabei stehen die Themenfelder Mobilität, geistige und kommunikative Fähigkeiten, Selbstversorgung, Umgang mit therapiebedingten Anforderungen sowie Alltagsgestaltung im Mittelpunkt.

Entscheidend sind dabei nicht nur die Gespräche mit Pflegebedürftigen oder Angehörigen, sondern auch Beobachtungen der Gutachtenden: Wie gelingt das Aufstehen? Wie sicher ist das An- und Auskleiden? Welche Barrieren gibt es im Wohnumfeld? Aus diesen Eindrücken sowie den nachvollziehbar beschriebenen Fähigkeiten und Einschränkungen der Selbstständigkeit entstehen nicht nur die pflegfachliche Einschätzung, sondern in der Regel auch konkrete Empfehlungen – etwa zu Hilfsmitteln, Heilmitteln wie Physio- oder Ergotherapie oder wohnumfeldverbessernden Maßnahmen. Sind alle Hausbesuche oder Telefongutachten absolviert, werden die Gutachten fertiggestellt und in der Regel taggleich an die Pflegekassen übermittelt.

2025 hat auch gezeigt, wie die Zukunft der Pflegebegutachtung aussehen könnte. Im Rahmen ihrer sogenannten „ViBe“-Studie untersucht die Uni Bremen unter anderem mit Unterstützung des MD Nord die Möglichkeiten der Videobegutachtung. Diese ist bereits heute nach den gesetzlichen Regelungen möglich und soll perspektivisch Hausbesuch und Telefonbegutachtung ergänzen. Ein Abschluss des Projekts ist bis 30. Juni 2026 geplant.

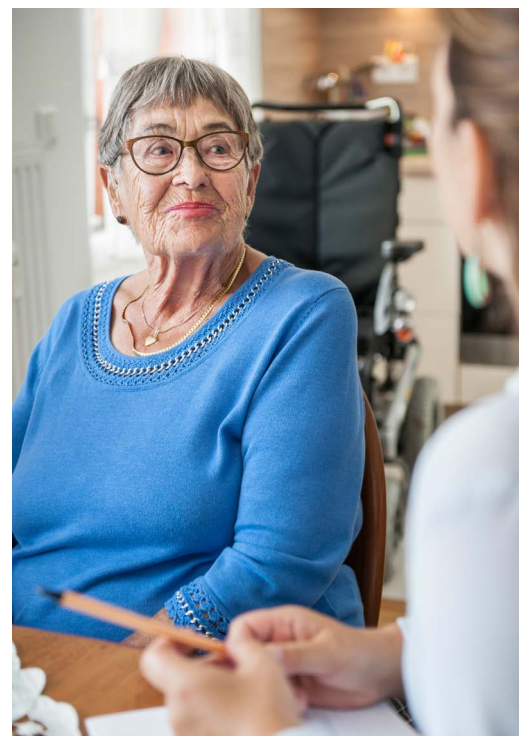
Wer einen Pflegegrad braucht, muss ihn bekommen. Wer keinen Anspruch hat, darf es nicht. Diesem Leitsatz versuchen die Gutachtenden jeden Tag aufs Neue gerecht zu werden. Die Rolle der Gutachtenden ist dabei klar definiert: neutral und regelgebunden. Maßstab ist die Begutachtungsrichtlinie – nicht das Bauchgefühl. Um die Situationen richtig bewerten zu können, gehören für die Gutachtenden des Medizinischen Dienstes regelmäßige Fortbildungen zu Krankheitsbildern und Gesprächsführung genauso zum Alltag wie Schulungen zu gesetzlichen Änderungen.

Qualität entsteht in der Begutachtung durch konsequentes Hinterfragen und regelmäßigen fachlichen Austausch. Intern werden Gutachten deshalb regelmäßig stichprobenartig auf formale Fehler überprüft. Zufällig ausgewählte Fälle, die bereits eine interne Prüfung durchlaufen haben, werden auch noch einmal durch Medizinische Dienste anderer Bundes-

länder bewertet. Diese Rückkopplung verhindert regionale Abweichungen, stärkt die einheitliche Umsetzung der Richtlinie – auch bei besonders komplexen Konstellationen – und fördert eine Kultur der kritischen Reflexion des eigenen Handelns. Ergänzt werden diese Maßnahmen durch Supervision sowie durch Prozessarbeit: Historisch gewachsene Abläufe werden gemeinsam mit den Mitarbeitenden weiterentwickelt und immer wieder überprüft – damit sie praxistauglich bleiben und zugleich den rechtlichen Rahmen erfüllen.

Zwischen wachsendem Bedarf, komplexerem Alltag und steigender gesellschaftlicher Aufmerksamkeit hält die Einzelfallbegutachtung auch 2026 Kurs – mit fachlicher Expertise, klaren Regeln und dem Anspruch, dort Unterstützung anzustoßen, wo sie wirklich gebraucht wird.

**Hohe Zufriedenheit**  
Rund 86 Prozent der  
Versicherten sind mit  
der Begutachtung im  
Hausbesuch zufrieden.



# Neue Kompetenzen für die Pflege

Mit dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) hat der Gesetzgeber Pflegefachpersonen mehr Verantwortung übertragen und Abläufe in der Pflegeversicherung neu geregelt. Die Reform soll Verfahren vereinfachen – und verändert zugleich die Rahmenbedingungen der Pflegebegutachtung und Qualitätsprüfungen.

## Neue Aufgaben

Zum 1. Januar 2026 ist mit dem BEEP eine Reform in Kraft getreten, die den Pflegeberuf stärken und Abläufe im Gesundheitswesen vereinfachen soll. Ziel der Reform, die 2023 zunächst als Pflegekompetenzgesetz vorgestellt wurde, ist es, die Kompetenzen von Pflegefachpersonen stärker zu nutzen und Versorgungsprozesse effizienter zu gestalten.

Eine zentrale Neuerung besteht darin, dass Pflege künftig ausdrücklich als Heilberuf mit eigener Prozessverantwortung anerkannt wird. Damit reagiert der Gesetzgeber auf Entwicklungen, die das Gesundheitswesen seit Jahren prägen: Die Zahl pflegebedürftiger Menschen steigt kontinuierlich, gleichzeitig verschärfen Fachkräftemangel und demografischer Wandel den Druck auf das Versorgungssystem. Pflegefachpersonen sollen deshalb künftig mehr Aufgaben übernehmen – je nach Qualifikation auch in Bereichen, die bislang Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren. So sollen nach dem Willen des Gesetzgebers vorhandene pflegefachliche Kompetenzen stärker in die Versorgung eingebracht werden. Voraussetzung für diese erweiterten Befugnisse sind heilkundliche Kompetenzen, die Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Ausbildung oder eines Pflegestudiums erwerben. Seit 2025 werden entsprechende Inhalte etwa in den Bereichen Diabetes, Wundmanagement und Demenz auch im Rahmen der hochschulischen Pflegeausbildung vermittelt. Darüber hinaus sollen sich Pflegefachkräfte künftig auch über bundeseinheitliche, staatlich anerkannte Weiterbildungen Kompetenzen aneignen können.

„Die Stärkung pflegefachlicher Kompetenzen ist grundsätzlich ein richtiger Schritt. Entscheidend wird jedoch sein, dass neue Aufgaben klar definiert sind und Verantwortlichkeiten im Versorgungssystem nachvollziehbar bleiben“, ordnet Dr. Martin Schünemann, Leiter der Abteilung Pflegeversicherung beim Medizinischen Dienst Nord, die Neuerung ein. Gleichzeitig

sieht das Gesetz abgestufte Kompetenzniveaus vor, die sich an der jeweiligen Qualifikation der Pflegefachperson orientieren. Diese Differenzierung soll die Qualität der Versorgung sichern. Gleichzeitig können zusätzliche Abstufungen von Zuständigkeiten im Versorgungsalltag neue organisatorische Anforderungen und zusätzlichen bürokratischen Aufwand verursachen.

## Begutachtung und Neutralität

Das Gesetz enthält auch Regelungen, die unmittelbar die Arbeit der Medizinischen Dienste betreffen: Vor dem Hintergrund seit Jahren steigender Antragszahlen in der Pflegeversicherung sieht das Gesetz ein Modellvorhaben vor, in dem Pflegefachkräfte von Leistungserbringern künftig an der Feststellung von Pflegegraden beteiligt werden können. Damit sollen Begutachtungsverfahren beschleunigt und Abläufe insgesamt entlastet werden.

In der fachlichen Diskussion wird daher auch die Frage gestellt, wie sich eine stärkere Beteiligung von Leistungserbringern an der Feststellung von Pflegebedürftigkeit mit dem Grundsatz einer neutralen Begutachtung vereinbaren lässt. „Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit ist die Grundlage für Leistungen der Pflegeversicherung. Deshalb braucht es ein Verfahren, das fachlich fundiert und zugleich unabhängig organisiert ist“, betont Dr. Schünemann.



### Vereinfachte Verfahren

Ein weiterer Schwerpunkt des Gesetzes liegt auf der Vereinfachung von Antragsverfahren. Schon heute können Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich formlos beantragt werden. Mit dem BEEP soll dieser Zugang weiter erleichtert werden, um Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen den Zugang zu Leistungen möglichst niedrigschwellig zu gestalten. Gleichzeitig bleibt es notwendig, Anträge nachvollziehbar zu prüfen. Nur so lässt sich sicherstellen, dass Leistungen der Pflegeversicherung zielgerichtet eingesetzt und die Mittel der Solidargemeinschaft zielgenau verwendet werden.

Auch im Begutachtungsverfahren selbst greift das Gesetz praktische Herausforderungen auf. Steigende Antragszahlen und begrenzte personelle Ressourcen führen immer wieder zu organisatorischen Anforderungen bei der Terminplanung. Bisher lief die gesetzliche Begutachtungsfrist auch dann weiter, wenn vereinbarte Termine kurzfristig abgesagt wurden. In solchen Fällen war es häufig schwierig, innerhalb der bestehenden Fristen einen neuen Termin zu organisieren.

Das BEEP sieht deshalb eine Anpassung der Fristenregelung vor: Nach einer Terminabsage soll künftig eine Nachfrist von 15 Tagen gelten. „Die neue Fristenregelung soll organisatorische Spielräume schaffen und unnötige Sanktionszahlungen vermeiden“, erklärt Dr. Schünemann. „Sie führt aber auch zu einem erhöhten Dokumentationsaufwand. Angesichts der sehr herausfordernden Rahmenbedingungen, unter denen Pflegebegutachtungen derzeit – und auch künftig – erfolgen, sind Sanktionszahlungen daher kein geeignetes Mittel, um Verfahren zu steuern“, so der Leiter der Abteilung Pflegeversicherung weiter.

### Qualitätsprüfungen im Fokus

Auch im Bereich der Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen enthält das Gesetz neue Regelungen. So wird die Ankündigungsfrist für Regelprüfungen nach § 114 SGB XI künftig auf zwei Arbeitstage verlängert. Dadurch sollen sich Einrichtungen organisatorisch besser auf Prüfungen vorbereiten können. Doch längere Vorankündigungen können auch die Aussagekraft von Qualitätsprüfungen beeinflussen, da Einrichtungen so mehr Zeit erhalten, sich auf die Prüfsituation einzustellen. Welche Effekte sich daraus ergeben, wird sich erst in der praktischen Umsetzung zeigen.

Darüber hinaus enthält das Gesetz den Auftrag, Prüfverfahren von Heimaufsichten und Medizinischen Diensten stärker aufeinander abzustimmen, um Doppelstrukturen zu vermeiden. In der Praxis erfüllen beide Institutionen jedoch unterschiedliche Aufgaben: Heimaufsichten überwachen ordnungsrechtliche Vorgaben der Länder, während Medizinische Dienste Leistungen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung

prüfen. Eine engere Abstimmung kann Verfahren erleichtern, ersetzt jedoch nicht die unterschiedlichen rechtlichen Zuständigkeiten. In Schleswig-Holstein sind Abstimmungen zwischen Heimaufsicht und MD Nord bereits etabliert, in Hamburg übernimmt der MD Nord auch die Regelprüfungen der Wohn-Pflege-Aufsicht.

### Die Entwicklung der Pflege

Mit dem Inkrafttreten des BEEP hat der Gesetzgeber neue Rahmenbedingungen für die Entwicklung der Pflege geschaffen. Klar ist schon heute, dass es weitere Schritte brauchen wird: „Reformen wie das BEEP verdeutlichen, wie stark sich die Rolle der Pflege im Versorgungssystem derzeit verändert. Das ist auch notwendig, denn mit der mittelfristig bevorstehenden Pflegebedürftigkeit der geburtenstarken Jahrgänge kommen auf das System große Aufgaben zu“, erklärt Dr. Schünemann mit Blick auf die aktuelle Lage und betont: „Entscheidend wird nun sein, dass die neuen Kompetenzen der Pflegefachpersonen auch sinnvoll genutzt werden, ohne die notwendige Neutralität von Begutachtungen und Qualitätsprüfungen aus dem Blick zu verlieren.“

# Mein Einsatz

für alle, die nicht nur hören, sondern auch verstehen wollen.

**Sie ist deutschlandweit die einzige Hörakustik-Meisterin,** die spezialisierte Gutachten für einen Medizinischen Dienst erstellt: Mandy Brose weiß genau, was medizinisch sinnvoll und notwendig ist. Sie prüft im Sinne der Versicherten und behält dabei auch deren Alltag sowie die Belange der Solidargemeinschaft im Blick. Ihr ist wichtig, nachvollziehbare Entscheidungen zu treffen. Deshalb steht sie regelmäßig im Austausch mit Fachgeschäften und fordert wenn nötig auch schon mal zusätzliche Unterlagen an.

---



**Mandy Brose,**  
Hörakustik-Meisterin  
in der Abteilung  
Ambulante Versorgung

**Wenn Mandy Brose als Jugendliche von der Schule nach Hause kam**, hörte sie den Fernseher ihrer Oma oft schon an der Gartenpforte – und erst recht an ihrem Schreibtisch bei den Hausaufgaben. Dann ging die junge Frau die Treppe nach unten und fragte ihre Oma kritisch: „Hast du deine Hörgeräte drin?“

Wenn die heutige Hörakustik-Meisterin an diese Zeit zurückdenkt, muss sie lachen. „Natürlich kannte ich die Antwort meiner Oma schon. Sie hat genau das gemacht, was ich auch bei vielen meiner späteren Kundinnen und Kunden im Fachgeschäft beobachten konnte: die Hörgeräte nur dann tragen, wenn man der Meinung ist, sie zu brauchen. Dabei ist das Gehirn auf regelmäßiges Hörgeräte-Training angewiesen“, betont die Hörexpertin und gibt zu: „Unseren Familienfrieden hat später ein Kopfhörer gerettet, den man direkt an den Fernseher anschließen konnte.“

Die Schwerhörigkeit ihrer Oma hat Mandy Brose früh für einen Sinn sensibilisiert, den viele Menschen im Alltag für selbstverständlich nehmen. Ihre Tante machte die junge Frau schließlich auf die Ausbildung zur Hörakustikerin aufmerksam. Eine Bewerbung später stand die Mecklenburgerin schon als neue Auszubildende im Verkaufsraum eines familiengeführten Fachgeschäfts in Hamburg-Barmbek. „In meinem Heimatdorf an der Mecklenburgischen Seenplatte lebten damals rund 150 Menschen, die sich alle kannten. Die erste Zeit in der Millionenmetropole Hamburg war deshalb nicht nur ein riesengroßer Entwicklungssprung für mich, sondern auch ein kleiner Kulturschock“, erklärt die heute 43-Jährige.

Wer heute – 23 Jahre nach Ausbildungsbeginn – mit Mandy Brose spricht, merkt schnell, dass sie inzwischen angekommen ist. Weiterentwickeln, dranbleiben und beharrlich sein – das sind Eigenschaften, die die Hörakustik-Meisterin auszeichnen und sich auch in ihrer Karriere immer wieder zeigten. Etwa als sie nach acht Jahren im Job ihren Meister

machen wollte – auch ohne Unterstützung ihres damaligen Arbeitgebers. Oder als sie wenig später mit dem Meisterbrief in der Hand zur Fachgeschäftsleiterin in einem internationalen Hörakustik-Unternehmen aufstieg und drei Jahre später als Franchisenehmerin sogar den Sprung in die Selbstständigkeit wagte.

Neue Wege ist sie auch beim Medizinischen Dienst Nord gegangen: „Pflegebedürftigkeit und die Pflegegrade des Medizinischen Dienstes waren in meiner Familie immer mal wieder Thema“, erinnert sich die Wahlhamburgerin. „Dadurch kam mir die Idee für eine Initiativbewerbung, denn ich wollte weiter für Menschen da sein, aber nicht mehr verkaufen müssen.“ Seit 2022 ist Mandy Brose jetzt Gutachterin in der Abteilung Ambulante Versorgung und damit deutschlandweit die einzige Hörakustik-Meisterin, die Gutachten für einen Medizinischen Dienst erstellt.

Gemeinsam mit fünf ärztlichen Kollegen stellt sie sich jeden Tag einer hohen Auftragslage. Jährlich gehen rund 750 Gutachten über ihren Schreibtisch.

Rund

750,

Gutachten gehen jedes Jahr über den Tisch von Mandy Brose.





„Wir prüfen im Sinne von Versicherten und **Solidargemeinschaft** – fair und mit den immer gleichen Anforderungen.“

**Mandy Brose**, Hörakustik-Meisterin

In den meisten davon prüft sie, ob und welcher Bedarf für ein neues Hörgerät besteht. Eine Sache ist ihr dabei besonders wichtig: „Wir prüfen im Sinne von Versicherten und Solidargemeinschaft – fair und mit den immer gleichen Anforderungen.“ Nicht selten sucht sie deshalb auch den direkten Kontakt zu den Hörakustik-Fachgeschäften vor Ort und fordert etwa Dokumente nach, die ein genaueres Bild über die bisherige und die neue Hörgeräteversorgung vermitteln. „Hörmessungen im Fachgeschäft finden überwiegend in einer ruhigen Umgebung statt, also ohne Ablenkung. Da kommt es auf jeden einzelnen Wert und jedes Dokument an, um wirklich einschätzen zu können, ob die bisherige Hörgeräteversorgung auch unter realen Bedingungen noch ausreichend wäre oder ob eine neue Hörgeräteversorgung erforderlich ist“, weiß die erfahrene Hörakustik-Meisterin. Fragt man Mandy Brose nach ihrer Zukunft, dann will sie als Gutachterin weiter beharrlich bleiben und ist überzeugt, beim Medizinischen Dienst Nord das Beste aus zwei Welten gefunden zu haben: „Ich muss nichts mehr verkaufen, aber ich kann trotzdem weiterhin das machen, wofür ich ausgebildet worden bin. Das ist für mich ein großes Geschenk.“

# Neue Vorgaben und gewachsene Verantwortung

Gesetzliche Änderungen, stabile Fallzahlen und neue Prüfaufgaben prägten 2025 die Arbeit in der Abteilung Ambulante Versorgung.





**D**ie Abteilung Ambulante Versorgung (AV) ist dann gefragt, wenn medizinische Leistungen außerhalb der Pflegebegutachtung fachlich bewertet werden müssen. Neben Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen – einschließlich der Anschlussrehabilitation nach Krankenhausaufenthalten – begutachtet die Abteilung im Auftrag der Krankenkassen auch längere Arbeitsunfähigkeit sowie Reha-Einrichtungen. Ebenso gehören etwa die Prüfung von Heil- und Arzneimitteln, die medizinisch-fachliche Beurteilung möglicher Behandlungs- und Pflegefehler sowie Begutachtungen zur Hospizversorgung zum Aufgabenfeld. Insgesamt verantwortete die Abteilung AV 2025 rund 108.500 Gutachten. In rund 53 Prozent der Fälle wurden die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die beantragten Leistungen als erfüllt bewertet, in rund 41 Prozent als nicht erfüllt.



Neben den vielen Begutachtungen zu längerer Arbeitsunfähigkeit bildete der Fachbereich Vorsorge und Rehabilitation mit rund 27.258 Gutachten und Stellungnahmen 2025 ein zentrales Aufgabenfeld der Abteilung. 2025 standen stationäre Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V sowie Anschlussrehabilitationen ebenso im Fokus wie Anträge zu ambulanter und stationärer Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sowie von Menschen im Rentenalter. Damit bestätigt das Jahr 2025 einen seit der Corona-Pandemie anhaltenden Trend: Die Fallzahlen bewegen sich auf stabil hohem Niveau, auf absehbare Zeit könnten diese eher noch steigen.

2025 zeigte sich deutlich, dass die Anforderungen an die Begutachtung weiter gestiegen sind: Eine veränderte Vorlagepraxis der Krankenkassen, fortlaufende gesetzliche Anpassungen und neue Prüfaufträge erhöhen die Komplexität der Verfahren. Eine zentrale Rolle spielt dabei das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungs-Gesetz (IPREG). Obwohl es bereits seit 2020 gilt, entfaltet es seine Wirkung erst jetzt – vor allem aufgrund neuer und umfangreicher Umsetzungsrichtlinien.

Die Rehabilitations-Richtlinie, zuletzt 2024 angepasst, hat Abläufe und Zuständigkeiten weiter verändert. So wurde im Bereich der geriatrischen Rehabilitation unter anderem die Leistungsdauer neu gefasst. Ambulante Maßnahmen können nun bis zu 20 Tage, stationäre bis zu drei Wochen lang verordnet werden. Ziel ist es, so den Zugang zu rehabilitativen Leistungen zu erleichtern. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass erleichterte Verfahren nicht automatisch zu einer höheren Inanspruchnahme führen – etwa aufgrund des Gesundheitszustands der Versicherten oder längerer Wartezeiten bei Reha-Einrichtungen.

Auch bei der Anschlussrehabilitation nach Krankenhausaufenthalten haben sich die Rahmenbedingungen 2025 weiterentwickelt. Zum 1. Mai wurde ein neues elektronisches Antragsverfahren eingeführt. Das verantwortliche Krankenhaus stellt wie gehabt im Auftrag der Patientin oder des Patienten einen Antrag auf Anschlussrehabilitation bei der zuständigen Krankenkasse. Der MD Nord prüft anschließend im Auftrag der Kasse Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose.

Zentrales Element im neuen elektronischen Antragsverfahren ist ein strukturiertes Patientenprofil nach dem Beurteilungsstandard SINGER, mit dem Einschränkungen von Aktivitäten und Teilhabe systematisch erfasst werden und sich ermitteln lässt, ob eine Rehabilitation medizinisch sinnvoll und erfolgversprechend ist.

Mit Blick auf 2026 gewinnt neben der Einzelfallprüfung auch die Grundsatzbegutachtung weiter an Bedeutung. Insbesondere die Überprüfung von Reha-Einrichtungen auf Basis der neuen Rahmenempfehlung Rehabilitation (RE-Reha), die 2025 in Kraft getreten ist, wird den Fachbereich Vorsorge und Rehabilitation weiter fordern. Erstmals gelten nun verbindliche Vorgaben zu Personalstandards, Therapieangeboten und strukturellen Voraussetzungen. Bis 2028 sollen die Prüfungen flächendeckend erfolgen. Damit leistet die Abteilung Ambulante Versorgung einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung rehabilitativer Strukturen – und schafft Orientierung in einem sich wandelnden Versorgungssystem.

# 27.258

**Gutachten und Stellungnahmen mit Leistungsempfehlungen** erarbeitete der Fachbereich Vorsorge und Rehabilitation 2025.



# Wenn Hören zur Versorgungsfrage wird

Schwerhörigkeit gehört zu den häufigsten altersbedingten Einschränkungen. Moderne Hörgeräte können die Lebensqualität deutlich verbessern – doch sie sind technisch komplex und häufig mit erheblichen Kosten verbunden. Wenn Versicherte eine Versorgung über die gesetzliche Pauschale hinaus beantragen oder Entscheidungen der Krankenkasse überprüfen lassen möchten, wird der Medizinische Dienst hinzugezogen.

## Schwerhörigkeit im Alltag

Hören ist eine zentrale Voraussetzung für Kommunikation und soziale Teilhabe. Mit zunehmendem Alter nimmt die Leistungsfähigkeit des Innenohrs jedoch häufig ab. Besonders in geräuschvoller Umgebung fällt es vielen Menschen schwer, Gesprächen zu folgen – ein Phänomen, das Fachleute als „Cocktailparty-Effekt“ bezeichnen. Ursache ist meist eine altersbedingte Schädigung der Sinneszellen im Innenohr, die vor allem hohe Frequenzen betrifft.

Um einen Hörverlust auszugleichen, werden Hörgeräte eingesetzt. Moderne Systeme sind heute hochentwickelte digitale Geräte: Sie nehmen Schall über Mikrofone auf, filtern und verstärken Sprachsignale und übertragen diese wieder in den Gehörgang. Viele Modelle verfügen zusätzlich über Funktionen wie Bluetooth-Verbindungen zu Smartphones oder Akkubetrieb statt Batteriewechsel. Damit die Geräte ihre Wirkung entfalten können, müssen sie individuell angepasst und regelmäßig nachjustiert werden. Erst durch diese Feineinstellung lässt sich das Sprachverstehen im Alltag nachhaltig verbessern.

## Technik, Kosten und Versorgung

Welche Leistungen die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt, ist klar geregelt. Grundlage ist eine Versorgungspauschale von derzeit rund 850 Euro pro Hörgerät. Diese soll eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung sicherstellen.

Viele Versicherte entscheiden sich dennoch für höherwertige Geräte mit zusätzlichen Funktionen. Für diese sogenannten Komfortmerkmale entstehen häufig Mehrkosten, die Versicherte selbst tragen müssen. In Deutschland werden im Durchschnitt rund 1.500 Euro pro Hörgerät privat zugezahlt. Insgesamt summieren sich diese Eigenanteile auf mehrere hundert Millionen Euro jährlich.



In solchen Fällen stellt sich regelmäßig die Frage, ob ein mehrkostenpflichtiges Hörgerät tatsächlich einen medizinisch nachweisbaren Gebrauchsvorteil bietet – oder ob eine zuzahlungsfreie Versorgung ausreicht. Gerade bei neuen technischen Funktionen ist diese Abgrenzung nicht immer eindeutig und erfordert eine sorgfältige sozialmedizinische Bewertung.

### Wenn der Medizinische Dienst prüft

Hier kommt der Medizinische Dienst ins Spiel. Die Gutachtenden prüfen im Auftrag der Krankenkassen, ob die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme über die Versorgungspauschale hinaus vorliegen.

Dabei kommt es vor allem auf objektive Hörtests an. Ein mehrkostenpflichtiges Gerät muss in der Regel einen messbaren Vorteil beim Sprachverstehen bieten – etwa im Freiburger Sprachtest. Subjektive Eindrücke wie ein „angenehmerer Klang“ spielen bei der sozialmedizinischen Bewertung dagegen keine Rolle.

Ein typischer Begutachtungsauftrag entsteht beispielsweise im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens. So wurde der Medizinische Dienst in einem Fall gebeten zu prüfen, ob eine über 90-jährige Versicherte Anspruch auf neue Hörgeräte hatte. Die Krankenkasse hatte eine Folgeversorgung zunächst abgelehnt und darauf verwiesen, dass die vorhandenen Geräte möglicherweise noch ausreichend eingestellt werden könnten.

In solchen Fällen prüfen die Gutachterinnen und Gutachter, ob sich die Hörleistung tatsächlich verändert hat und ob die vorhandenen Geräte noch genügend Leistungsreserven besitzen. Dazu werden Vergleichsmessungen mit optimierten Altgeräten und neuen Hörsystemen ausgewertet. Auf dieser Grundlage entsteht eine fachliche Empfehlung, die den Krankenkassen als Entscheidungsgrundlage dient.

### Komfort oder medizinischer Nutzen?

Besonders komplex wird die Bewertung bei technischen Zusatzfunktionen. Akkubetrieb etwa wird derzeit vom Gemeinsamen Bundesausschuss, der die Bewertungsmaßstäbe festsetzt, überwiegend als Komfortmerkmal eingestuft. Für ältere Menschen kann er jedoch eine deutliche Erleichterung im Alltag darstellen, weil der regelmäßige Batteriewechsel entfällt.

Hier stellt sich regelmäßig die Frage, wie Teilhabe im Einzelfall bewertet werden soll. Während einige Versicherte den Batteriewechsel problemlos bewältigen können, sind andere auf Unterstützung angewiesen. In solchen Fällen müssen medizinische Notwendigkeit, Alltagstauglichkeit und Wirtschaftlichkeit sorgfältig gegeneinander abgewogen werden.

### Begutachtung beim MD Nord

Mit der wachsenden Zahl älterer Menschen steigt auch die Zahl der Begutachtungen in diesem Bereich. Beim Medizinischen Dienst Nord wird dieses Spezialgebiet von einem interdisziplinären Team betreut: Mit PD Dr. Edgar Bachor und Mandy Brose bearbeiten unter anderem ein Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und eine Hörakustik-Meisterin gemeinsam die entsprechenden Fragestellungen.

Mehr als 850 Begutachtungsaufträge pro Jahr zeigen, welche Bedeutung die Hörgeräteversorgung inzwischen für die sozialmedizinische Bewertung hat. Durch den engen fachlichen Austausch im Team können die Gutachten auf dem aktuellen Stand von Medizin, Technik und Versorgungspraxis erstellt werden.

So trägt der Medizinische Dienst dazu bei, dass Versicherte eine angemessene Versorgung erhalten und gleichzeitig die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung wirtschaftlich eingesetzt werden. Gleichzeitig helfen die Begutachtungen dabei, eine einheitliche Bewertungspraxis sicherzustellen und Versorgungsentscheidungen transparent und nachvollziehbar zu begründen.



## Zahlen & Fakten

- ✓ Rund 6 Millionen Menschen in Deutschland tragen ein Hörgerät.
- ✓ Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt eine Versorgungspauschale von etwa 850 Euro pro Gerät.
- ✓ Versicherte zahlen im Durchschnitt rund 1.500 Euro für höherwertige Geräte hinzu.
- ✓ Die privaten Zuzahlungen für Hörgeräte werden bundesweit auf rund 500 Millionen Euro jährlich geschätzt.
- ✓ Beim Medizinischen Dienst Nord werden jährlich mehr als 850 Begutachtungsaufträge zur Hörgeräteversorgung bearbeitet.

Von Lifestyle bis Meilenstein:

# Was zählt bei der Arzneimittelbegutachtung?

Wenn neue, hochwirksame – und meist auch hochpreisige – Medikamente Hoffnungen wecken, steht am Ende oft eine nüchterne Frage: Übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Behandlungskosten?

**B**eim Medizinischen Dienst Nord hilft der Fachbereich Arzneimittel der Abteilung Ambulante Versorgung, diese Frage zu beantworten. Hier prüfen Expertinnen und Experten den Einzelfall und empfehlen der Krankenkasse, ob eine beantragte Therapie unter (sozial-)medizinischen Aspekten befürwortet werden kann. Auf dieser Grundlage entscheiden anschließend die Krankenkassen, ob eine Übernahme der Kosten durch die Solidargemeinschaft der Beitragszahlenden möglich ist. 2025 nahm der Medizinische Dienst Nord insgesamt mehr als 6.200 Begutachtungen im Bereich Arzneimittel vor. Egal, ob Off-Label-Use, Importarzneimittel, Lifestyle-Präparate oder Schutzimpfungen: Immer geht es darum, ob die Therapie medizinisch sinnvoll, wissenschaftlich belegt und rechtlich zulässig ist. Damit trägt der Medizinische Dienst wesentlich zur Qualitätssicherung medizinischer Therapien und zum Schutz der Versicherten bei.

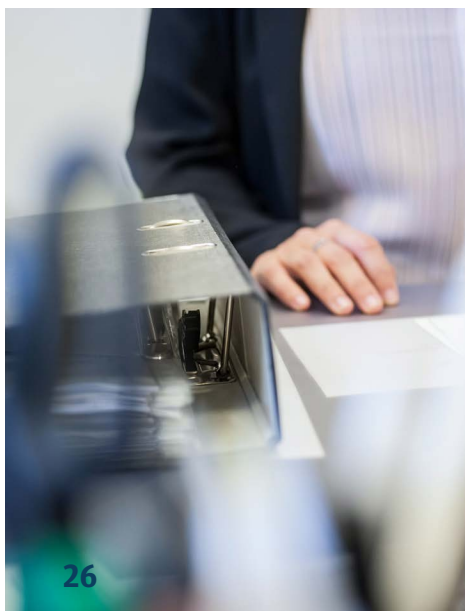
Gutachterin Birte Peitzsch arbeitet seit drei Jahren im Team und beschreibt die wesentlichen Kriterien: „Entscheidend sind die individuelle Situation des Versicherten, der Zulassungsstatus des Arzneimittels, die Studienlage sowie Empfehlungen von Fachgesellschaften, etwa im

Rahmen von Leitlinien. Der Preis eines Präparats ist für das Begutachtungsergebnis dagegen nicht ausschlaggebend – auch bei sehr teuren Onkologika oder Medikamenten zur Behandlung seltener Erkrankungen, die schnell mehrere Hunderttausend Euro kosten können, fließt er nicht in die Bewertung ein.“

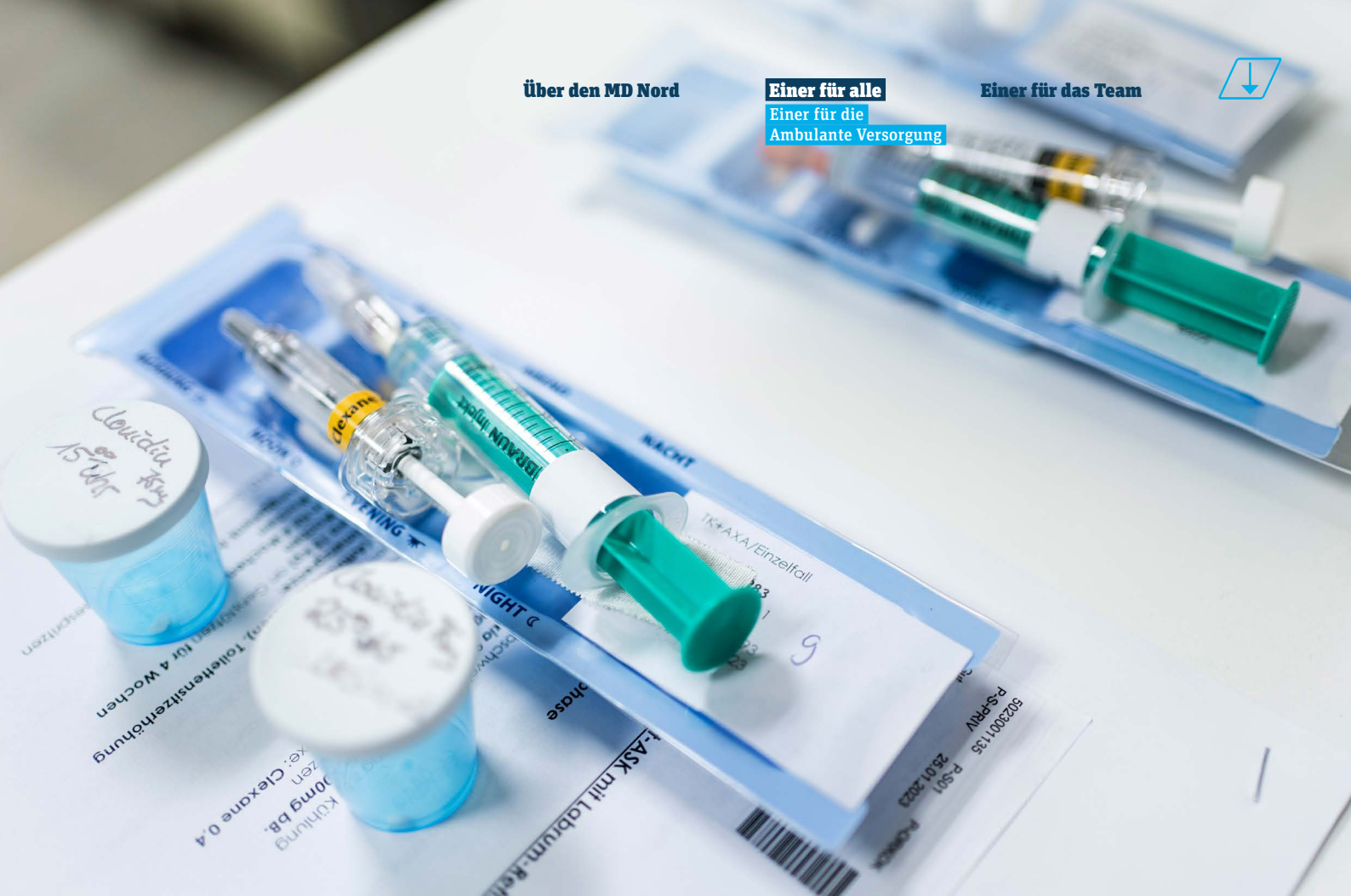
## Letzter Ausweg: Off-Label-Use

Beim Off-Label-Use sollen Arzneimittel außerhalb ihres zugelassenen Anwendungsgebiets eingesetzt werden, etwa wenn bei fortgeschrittenen oder seltenen Erkrankungen alle anderen zugelassenen Therapien bereits ausgeschöpft sind. Eine positive Begutachtung setzt dabei voraus, dass es belastbare Daten zur beantragten Anwendung gibt und eine „notstandsähnliche Situation“ vorliegt, also eine akute Lebensbedrohung bei gleichzeitigem Zeitdruck.

Die sozialmedizinische Bewertung orientiert sich am Sozialgesetzbuch und höchstrichterlicher Rechtsprechung. Fehlen wissenschaftliche Belege oder liegen die gesetzlichen Voraussetzungen nicht vor, ist nach dem Willen des Gesetzgebers vorgesehen, dass der Arzneimitteleinsatz nicht von der GKV und damit der Solidargemeinschaft der Versicherten übernommen werden kann. „Natürlich kann es Situationen geben, in denen Leib und Leben nicht akut bedroht sind, eine Behandlung aber medizinisch sinnvoll und plausibel ist. Diesen Umstand beschreiben wir dann in unseren Gutachten explizit, damit die Krankenkassen das ganze Bild kennen und mit diesem Wissen ihre Entscheidung treffen können“, beschreibt Birte Peitzsch das Vorgehen des MD Nord.



**Keine Kostenfrage:** Der Preis eines Präparats ist für die Bewertung des Medizinischen Dienstes nicht relevant.



**Off-Label-Use** bezeichnet die Anwendung eines zugelassenen Medikaments außerhalb der offiziell genehmigten Indikation.

### Medikamente aus dem Ausland

Die Kostenübernahme für Importarzneimittel ist in § 73 des Arzneimittelgesetzes geregelt und kennt zwei gesonderte Fälle. Erstens: Das Medikament ist in Deutschland zugelassen, aber nicht verfügbar. Hier geht es vor allem darum, ob ein Import notwendig oder eine Alternative in Deutschland verfügbar ist. Und zweitens: Das Präparat ist in Deutschland nicht zugelassen. In diesen Fällen gelten im Sinne der Patientensicherheit besonders hohe Anforderungen. Solange in der EU zugelassene Alternativen bestehen, kommt eine Kostenübernahme meist nicht in Betracht. Wird eine Zulassung von der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) abgelehnt, entsteht eine Sperrwirkung: Für dieses Anwendungsgebiet ist dann keine positive Begutachtung durch den Medizinischen Dienst mehr möglich – auch nicht für einen beantragten Off-Label-Use.

### Lifestyle-Arzneimittel und Schutzimpfungen: Klar definierte Grenzen

Lifestyle-Arzneimittel wie etwa sogenannte Abnehmspritzen oder Mittel zur Haarwuchsförderung sind im Sozialgesetzbuch (§ 34 Abs. 1 SGB V) von der Leistungspflicht ausgeschlossen – selbst dann, wenn im Einzelfall schwerwiegende Begleiterkrankungen vorliegen. Auch den Einsatz von Schutzimpfungen kann der Medizinische Dienst prüfen, wenn Anträge über den Standard hinausgehen, etwa bei Versicherten mit ausgeprägter Immunschwäche. Grundlage ist die Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die verbindlich festlegt, welche Impf-Leistungen von der Krankenkasse zu tragen sind.

### Anspruchsvolle Begutachtungen im Dienst der Versicherten

Um diesen verantwortungsvollen Aufgaben gerecht zu werden, beobachten die Gutachtenden fortlaufend die aktuelle Gesetzes-, Zulassungs- und Studienlage. Nur so können sie verlässlich überprüfen, ob alle Kriterien erfüllt sind, auch bei besonderen individuellen Therapien. Gleichzeitig schützen sie die Versicherten mit ihrer Arbeit vor Anwendungen, die wissenschaftlich nicht belegt, nicht zugelassen oder ohne ausreichende Evidenz wären. So leistet der Fachbereich Arzneimittelbegutachtung einen wichtigen Beitrag dazu, dass medizinische Versorgung im GKV-System leistungsfähig, sicher und solidarisch bleibt.

# Mein Wissen

für alle, die auf  
ein gerechtes  
Gesundheitssystem  
vertrauen.

**Als ärztlicher Gutachter und gelernter Chirurg** bringt Jochen Främke seine langjährige Erfahrung aus der stationären Versorgung heute bei DRG-Abrechnungsprüfungen und der Bewertung von Krankenhausstrukturen ein. Er kennt die Herausforderung, den hektischen Klinikalltag und Dokumentationspflichten zusammenzubringen. Dennoch schätzt er die hohen Anforderungen: als unverzichtbaren Teil eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems für alle.

---



**Jochen Främke,**  
Ärztlicher Gutachter  
in der Abteilung  
Krankenhaus

„Hat das noch etwas mit Arzt sein zu tun?“, fragten die Kollegen vom Chirurgenstammtisch skeptisch. Einer drohte Jochen Främke sogar scherzhaft mit Kündigung der Freundschaft. „Ich hab’s dann trotzdem gemacht“, lacht der ehemalige Oberarzt für Orthopädie und Unfallchirurgie heute – über ein Jahr später – und schmunzelt: „War alles halb so wild, wir sind immer noch befreundet.“

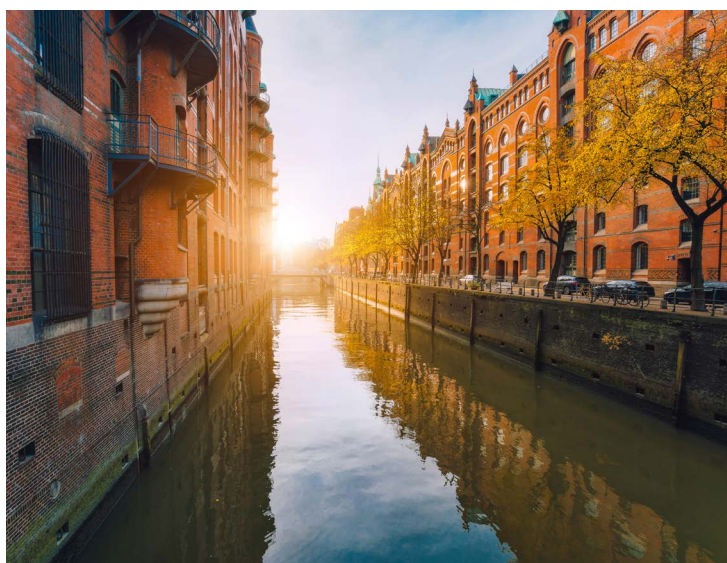
20 Berufsjahre hatte Jochen Främke im Krankenhaus verbracht, um dann noch einmal etwas ganz anderes zu machen. „Es gab viel Raum für Verbesserungen, aber zu wenige Ressourcen bei Personal, Zeit und Material. Das hat die Arbeit zunehmend erschwert“, sagt der gebürtige Rahlstedter über seine letzten Jahre in der Klinik und fügt nachdenklich hinzu: „Ich habe eigentlich keinen Oberarzt erlebt, der richtig gesund den Ruhestand erreicht hat.“

Als Vater zweier Grundschul Kinder machten ihm auch die Arbeitszeiten zu schaffen: „Die Belastung durch Nacht- und Wochenenddienste war für uns als Familie letztlich nicht mehr zu bewältigen. In meinem letzten Jahr im Krankenhaus habe ich 75 Nachtdienste gemacht. Für uns war klar, dass es so nicht weitergehen konnte.“ Also entschied sich der 49-Jährige für das, was manche Kollegen später skeptisch werden ließ: den Einstieg als Ärztlicher Gutachter beim Medizinischen Dienst Nord. Abrechnungsprüfung statt Frakturversorgung – kann das funktionieren? Ein Jahr später gibt es darauf eine klare Antwort: „Ja, das klappt.“ Dabei waren Jochen Främke die Gutachten des Medizinischen Dienstes schon aus der Klinik vertraut: „Als Weiterbildungsassistent war es früher meine Aufgabe, MD-Gutachten zu lesen und für meine Klinik im Zweifelsfall Widerspruch einzulegen. Auch an DRG-Prüfungen war ich oft beteiligt.“

DRG-Fallpauschalen regeln die einheitliche Vergütung medizinischer Leistungen in Krankenhäusern. Der Medizinische Dienst prüft im Auftrag der Krankenkassen unter anderem, ob Diagnosen und Prozeduren bei der Abrechnung korrekt angegeben wurden. „Das System setzt finanzielle Anreize für schwerwiegende Diagnosen und aufwendige Behandlungen. Das macht es fehleranfällig – so kann etwa ein überhöhter Rechnungsbetrag

entstehen, wenn eine Diagnose angegeben wird, die nicht behandelt wurde. Dieses Geld fehlt dann an anderer Stelle im Gesundheitswesen. Deshalb ist die Überprüfung so wichtig“, erklärt Jochen Främke. Die Skepsis einiger Ärztinnen und Ärzte kann er trotzdem nachempfinden: „In der Hektik des Klinikalltags fehlt oft die Zeit für Abrechnungsfragen. Dabei kann sorgfältige Dokumentation viel Gutes bewirken.“ Besonders schätzt er den direkten Austausch mit den Krankenhäusern in digitalen Fallbesprechungen. „Dieser persönliche Kontakt hilft und macht es allen Beteiligten leichter, unangenehme Ergebnisse nachzuvollziehen.“

Heute arbeitet Jochen Främke vier Tage pro Woche im Homeoffice. „Im Gegensatz zu früher kommen mir meine Töchter heute nicht mehr entgegengeirrt, wenn ich die Tür aufschließe“, lacht er. „Jetzt bin ich auch mal der ‚doofe‘ Papa, der die Regeln durchsetzt. Aber wir verbringen viel mehr Zeit miteinander – und das ist es wert.“ In seinem ersten Jahr als Gutachter hat der Unfallchirurg viel dazugelernt.



20,

Jahre Berufserfahrung sammelte Jochen Främke im Krankenhausumfeld, bevor er zum Medizinischen Dienst Nord kam.



„Am Ende geht es immer um die Versicherten – um ihr Wohlergehen und ein gerechteres Gesundheitswesen. Wir sind der Schinken im Sandwich, immer in der Mitte zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen.“

Jochen Främke, Ärztlicher Gutachter



Dazu trägt auch sein interdisziplinäres Team bei, mit dem er in engem Austausch steht: „Im Homeoffice halten wir über einen Gruppenchat fortlaufend Kontakt und klären mitunter zu fünft die komplexesten Fallkonstellationen.“ Unabhängigkeit und Entscheidungen, die nicht jedem gefallen, gehören nun zu seinem Alltag. Ursprünglich wollte Jochen Främke eigentlich – ganz nach der Familientradition – Ingenieur werden, landete über seine Freunde nach einer kurzen Orientierungsphase dann aber doch in der Humanmedizin. Was als Übergang zum Studiengang Medizininformatik gedacht war, wurde schnell mehr: „Medizin fand ich so super, dass ich einfach dabei geblieben bin.“

Den Medizinischen Dienst sieht Främke heute – ausgestattet mit den sehr unterschiedlichen Perspektiven als Arzt und Gutachter – als Mittler zwischen den Institutionen: „Am Ende geht es immer um die Versicherten – um ihr Wohlergehen und ein gerechteres Gesundheitswesen. Wir sind der Schinken im Sandwich, immer in der Mitte zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen.“ Für die Zukunft wünscht sich der leidenschaftliche Science-Fiction-Leser ein Gesundheitssystem, das besser auf seine Fachkräfte achtet und Mut zu notwendigen Korrekturen zeigt. Er selbst will als Gutachter mit Offenheit und Perspektivwechseln seinen Beitrag dazu leisten.

## Krankenhausprüfungen im Norden:

# Qualität ist der Maßstab

Von der Einzelfallprüfung zur Systemperspektive:  
Wie sich Aufgaben, Prüfverfahren und Arbeitsweisen in  
der Abteilung Krankenhaus 2025 verändert haben.

**I**n der Abteilung Krankenhaus werden Krankenhausleistungen fachlich geprüft, eingeordnet und kontrolliert – mit dem Ziel, Qualität, Transparenz und Verlässlichkeit in der stationären Versorgung sicherzustellen. War die Abteilung ursprünglich auf DRG- und PEPP-Einzelfallbegutachtungen spezialisiert – also auf die Prüfung der Abrechnung stationärer Behandlungen anhand von Fallpauschalen im somatischen Bereich (DRG) sowie in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) –, hat sie sich seit dem MDK-Reformgesetz von 2020 grundlegend verändert. Stärker als zuvor steht heute die Qualität der Versorgungsstrukturen im Mittelpunkt der Prüfungen.

Klassische Abrechnungsprüfungen bilden weiterhin die Basis der Abteilung Krankenhaus. Aufgrund einer gesetzlichen Deckelung ist ihre Zahl im Vergleich zu 2019 heute auf ein Drittel des Ursprungsvolumens zurückgegangen. Gleichzeitig sind in den vergangenen Jahren neue Prüfaufgaben hinzugekommen, bei denen Qualität nicht mehr nur im Einzelfall, sondern auf struktureller Ebene bewertet wird. Dazu zählen OPS-Strukturprüfungen, G-BA-Qualitätskontrollen, Behandlungsfehlerbegutachtungen, die Begutachtung der außerklinischen Intensivpflege sowie die Prüfung ambulanter Abrechnungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Mit den Leistungsgruppenprüfungen ist 2025 ein weiteres sehr verantwortungsvolles Aufgabenfeld an die Abteilung übertragen worden. Auch hier werden nicht einzelne Behandlungsfälle

bewertet, sondern die Struktur- und Prozessqualität an Krankenhausstandorten in den Blick genommen. Dies bildet dann die Grundlage für die Krankenhausplanung des jeweiligen Bundeslandes.

Mit diesem vielfältigen Aufgabenportfolio trägt die Abteilung Krankenhaus entscheidend dazu bei, dass die Qualitätsvorgaben in der stationären Versorgung verlässlich umgesetzt werden. Die Prüfungen reichen von fallbezogenen Bewertungen bis hin zu struktur- und prozessbezogenen Kontrollen, bei denen personelle Ausstattung, fachliche Qualifikation und organisatorische Voraussetzungen entscheidend sind. Das interdisziplinäre Team der Abteilung spiegelt diese Anforderungen wider: Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen,

Pflegefachkräfte mit besonderer Expertise in Kodierung und Aktenanalyse – sogenannte Kodierfachkräfte – sowie Teamasistenzen, die Planung, Fristenmanagement und Organisation steuern, haben 2025 gemeinsam rund 89.705 Stellungnahmen und Gutachten erstellt.

Die Vielfalt der Aufgaben erfordert neue Arbeitsweisen: Da viele Prüfaufträge im Krankenhausbereich nicht gleichmäßig anfallen, sondern ausgeprägten saisonalen Schwankungen unterliegen, stellt sich die Abteilung zunehmend flexibler auf. An die Stelle einer Linienorganisation tritt heute eine





vielfältige Matrixstruktur: Fachlich spezialisierte, standortübergreifende Prüfgruppen werden je nach Auftragslage zusammengestellt. Diese Arbeitsform stärkt nicht nur die Reaktionsfähigkeit der Abteilung, sondern auch die fachliche Qualität der Prüfungen.

Ein weiteres Zeichen für den Wandel im Prüfgeschehen zeigte sich Ende 2025: Neben den Leistungsgruppenprüfungen trafen erstmals auch Aufträge zur Prüfung sogenannter Hybrid-DRGs beim MD Nord ein. Diese neuen Fallpauschalen gelten sektorenübergreifend für Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, und werden unabhängig vom Behandlungsort einheitlich vergütet. Ziel des Gesetzgebers ist es, auf diese Weise geeignete Behandlungen aus dem stationären Bereich in ambulante Versorgungsstrukturen zu verlagern. Für den Medizinischen Dienst entsteht damit ein neues Prüf- und Begutachtungsfeld an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Mit Blick auf 2026 rechnet die Abteilung Krankenhaus hier mit einem deutlichen Auftragsanstieg.

Mit den erweiterten Prüfaufgaben ist die Abteilung Krankenhaus zu einer zentralen Instanz für Qualität im Gesundheitswesen geworden. Sie trägt dazu bei, dass die finanziellen Ressourcen der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten zielgerichtet und verantwortungsvoll eingesetzt werden.

# 89.705

**Stellungnahmen und Gutachten**  
erstellt die Abteilung Krankenhaus 2025.

# Alles neu im Krankenhaus?

Im November 2025 starteten Hamburg und Schleswig-Holstein mit dem Medizinischen Dienst Nord als zentraler Prüfinstanz in die Umsetzung der bundesweiten Krankenhausreform. Zeitgleich wurde im politischen Berlin bereits über die Reform der Reform verhandelt. Was bedeutet diese Dynamik für die Leistungsgruppenprüfungen im Norden?

**V**iele Krankenhäuser arbeiten wirtschaftlich am Limit – und das, obwohl jedes Jahr rund zwölf Prozent des Bruttoinlandsprodukts in das deutsche Gesundheitswesen fließen. Seit 2004 werden Kliniken in Deutschland nach dem System der Fallpauschalen vergütet. Maßgeblich sind dabei Diagnose und Behandlungsfall, Kennzahlen zur Behandlungsqualität sind bislang kaum Teil der Vergütungslogik. Das Vergütungssystem stand deshalb immer wieder in der Kritik. Im Dezember 2024 beschlossen Bundestag und Bundesrat deshalb einen weitreichenden Umbau der Krankenhausfinanzierung: die Krankenhausreform. Sie soll das Gesundheitswesen fit machen für eine Zeit, in der sich nicht nur der Fachkräftemangel verstärkt, sondern auch die Zahl älterer, häufig mehrfach erkrankter Patientinnen und Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf stetig zunimmt. Der Beginn der Krankenhausreform läutet eine grundlegende Neuausrichtung der Krankenhausplanung ein: Qualität rückt ins Zentrum und soll die Strukturen langfristig leistungsfähig und effizienter machen.

## Qualität als Grundlage der Krankenhausplanung

Mit Leistungsgruppen und verbindlichen Mindestanforderungen soll die Reform Spezialisierung und Qualität stärken. Eine stärkere Vorhaltefinanzierung soll wirtschaftlichen Druck mindern und die Daseinsvorsorge stabilisieren. Ziel ist es, Patientensicherheit und Behandlungsqualität verbindlicher zu verankern. „Die Reform verschiebt den Fokus stärker auf nachweisbare Qualitätskriterien“, beschreibt Dr. Andreas Krokotsch, stellvertretender Vorstandsvorsitzender und Leitender Arzt des MD Nord, die Lage. „Als fachlich unabhängiger Prüfdienst stellen wir dabei sicher, dass die festgelegten Qualitätsanforderungen eingehalten und transparent bewertet werden.“

Im November 2025 hat der Medizinische Dienst Nord erstmals Aufträge der Bundesländer Hamburg und Schleswig-Holstein erhalten. Seit Januar 2026 prüft der MD Nord systematisch die Voraussetzungen, unter denen Krankenhäuser im Norden künftig Leistungen anbieten und abrechnen dürfen. Die Leistungsgruppen sind ein Kerninstrument der Reform und für den MD Nord eine neue Aufgabe an der Schnittstelle von Qualitätssicherung und Krankenhausplanung. Kliniken sollen Leistungen künftig nur dann anbieten, wenn sie die sachlichen und personellen sowie strukturellen und prozessualen Qualitätsanforderungen der jeweiligen Leis-

## In Zahlen

✓ **644**

Aufträge für Leistungsgruppenprüfungen sind beim MD Nord aus Hamburg eingegangen.

✓ **875**

Aufträge für Leistungsgruppenprüfungen haben den MD Nord aus Schleswig-Holstein erreicht.



# 67

**Gutachtende** arbeiten beim MD Nord an der Umsetzung der Krankenhausreform.

tungsgruppe erfüllen. Diese Anforderungen sind bundesweit einheitlich festgelegt und bilden in Zukunft die Grundlage für die Krankenhausplanung der Länder.

Bis zum 31. Juli 2026 werden die Gutachtenden des MD Nord rund 1.500 Leistungsgruppenprüfungen an 94 Krankenhausstandorten vorgenommen haben. Geprüft wird dabei, ob die im Krankenhausreformsanpassungsgesetz (KHAG) festgelegten Qualitätskriterien erfüllt sind. Dazu gehört etwa die Frage, ob rund um die Uhr ausreichend qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte verfügbar sind, ob technische Ausstattung dauerhaft vorgehalten wird oder ob Prozessabläufe geregelt sind. Sollte ein Standort eine Leistung nicht selbst vorhalten können, besteht die Möglichkeit, in definierten Bereichen Kooperationen abzuschließen. Die Ergebnisse der Prüfungen werden an die Länder übermittelt und fließen anschließend in die Landeskrankenhausplanung ein.

Die Leistungsgruppenprüfungen sind damit nicht gleichbedeutend mit der eigentlichen Krankenhausplanung, denn ein positives Gutachten des Medizinischen Dienstes führt nicht automatisch zur Zuweisung einer Leistungsgruppe. Die abschließende Entscheidung über die Einstufung der Krankenhäuser liegt bei den Ländern, die im Rahmen ihrer Planungshoheit Leistungsgruppen begrenzen, regional bündeln oder priorisieren können. Der MD Nord liefert hierfür die medizinisch-fachliche Grundlage.

## Neue Prüfaufgabe in bewegtem Rechtsrahmen

Die Leistungsgruppenprüfungen fallen in eine Phase rechtlicher Veränderungen: Gesetzliche Grundlage war zunächst das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), während in der Bundesgesundheitspolitik bereits intensiv über eine Anpassung der Krankenhausreform diskutiert wurde. Für den MD Nord bedeutete dieser Schwebeszustand, Prüfverfahren nicht nur rechtssicher, sondern auch flexibel ausrichten zu müssen. Erst im März 2026 – inmitten der Leistungsgruppenprüfungen – fand sich schließlich die politische Mehrheit für eine Reform der Reform: Mit dem Beschluss des KHAG legte der Gesetzgeber ab April 2026 neue Prüfkriterien fest. In der Folge mussten viele Krankenhäuser, die Unterlagen auf Basis des KHVVG eingereicht hatten, zusätzliche Dokumente für die Leistungsgruppenprüfungen bereitstellen.

„Die Reform ist in Bewegung – das betrifft Krankenhäuser, Länder und auch uns als Medizinischen Dienst gleichermaßen“, erklärt Dr. Anita Zeller, die als Leiterin der Abteilung Krankenhaus die Umsetzung der Leistungsgruppenprüfungen verantwortet. „Unsere Aufgabe ist es, die gesetzlichen Vorgaben fachlich korrekt umzusetzen und für Transparenz und Verlässlichkeit im Verfahren zu sorgen. Deshalb prüfen wir auf Grundlage der jeweils gültigen Rechtslage. Die Kurzfristigkeit des KHAG ist aber eine besondere Herausforderung für die Akteure des Gesundheitswesens.“

### Weniger Bürokratie trotz zusätzlicher Prüfung

Rechtsgrundlage der Leistungsgruppenprüfungen ist die neue LOPS-Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund. Sie nutzt die gesetzlichen Spielräume, um Prüfverfahren möglichst schlank zu gestalten. Leistungsgruppenprüfungen, OPS-Strukturprüfungen und – soweit möglich – Qualitätsprüfungen nach G-BA-Richtlinien werden in einem gemeinsamen Prüfrahmen zusammengeführt. Der MD Nord fordert Unterlagen gebündelt an, nutzt Nachweise mehrfach und berücksichtigt Kooperationsleistungen auf Grundlage bestehender Verträge.

„Diese Maßnahmen sollen dabei helfen, Qualität konsequent zu prüfen, ohne aber zusätzlichen Aufwand aufseiten der Krankenhäuser zu erzeugen“, ordnet Dr. Anita Zeller die Abläufe ein. „Um Krankenhäuser weiter zu entlasten, stellen wir Kliniken in Hamburg und Schleswig-Holstein das uns bereits vorliegende Wissen in einer Standortnachweisübersicht zur Verfügung. Zudem haben wir die vorliegenden Daten in eine Tabelle transferiert, sodass die Häuser Angaben zum hauseigenen Personal nur noch ergänzen müssen.“ Auch personalintensive Vor-Ort-Prüfungen bleiben die Ausnahme. Sie kommen nur bei besonders komplexen Konstellationen zum Einsatz – etwa wenn Anforderungen aus G-BA-Richtlinien Teil der Leistungsgruppe sind. „Diese Prüfungen sind besonders komplex und das Risiko von Missverständnissen im schriftlichen Verfahren entsprechend hoch. Im direkten Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen vor Ort lassen sich viele Fragen jedoch schnell beantworten“, betont Dr. Zeller.

### Enge Abstimmung mit Ländern und Kliniken

Die Leistungsgruppenprüfungen erfordern eine enge Abstimmung zwischen dem MD Nord, den Ländern und den Krankenhäusern. Informationsveranstaltungen, regelmäßige Abstimmungen und transparente Kommunikation waren den Monaten vor dem Start der Prüfungen im November 2025 vorausgegangen. Auch intern wurde die neue Aufgabe klar priorisiert: Rund 67 erfahrene Gutachtende bearbeiten die Leistungsgruppenprüfungen in interdisziplinären Teams.

## In Zahlen

✓ **40 – 100**

Prozent des Datensatzes „Standortinformation“ kann der MD Nord Krankenhäusern – je nach Datenlage – pro Leistungsgruppe vorausgefüllt zur Verfügung stellen.

✓ **94**

Krankenhausstandorte sind 2026 Gegenstand von Leistungsgruppenprüfungen in Hamburg und Schleswig-Holstein.

### Qualität wirksam steuern

Mit den Leistungsgruppenprüfungen wird Qualität zur Grundlage von Leistungszuweisungen. Für den MD Nord schließt sich damit ein fachlicher Kreis: Strukturprüfungen bewerten die Voraussetzungen der Versorgung, Leistungsgruppenprüfungen ordnen Leistungen zu, die externe Qualitätssicherung überprüft deren Wirkung im Versorgungsalltag.

Die Leistungsgruppen zeichnen ein Bild der strukturellen Leistungsfähigkeit im Norden, das zeigt, wo Qualitätsanforderungen tragfähig erfüllt werden können, wo Anpassungsbedarf besteht und wie sich Versorgungsstrukturen weiterentwickeln. Damit liefern die Leistungsgruppenprüfungen nicht nur eine Grundlage für planerische Entscheidungen, sondern auch wichtige Erkenntnisse für die weitere Umsetzung der Krankenhausreform im Norden.

„Mit dem KHAG gibt es neue Ausnahmen bei den Leistungsgruppenvoraussetzungen“, erklärt Dr. Andreas Krokotsch. „Dafür habe ich Verständnis, denn ein ‚One-for-all‘-Prinzip kann nicht allen regionalen Besonderheiten Rechnung tragen. Gleichzeitig stehen die Länder mit den neuen Ausnahmen stärker als vorher in der Verantwortung, weil sie über die konkrete Ausgestaltung der Planung und damit über die stärkere Zentralisierung der Versorgung entscheiden werden. Als Prüfdienst gilt für uns: Die politische Dynamik in Berlin ändert nichts an der operativen Verantwortung im Norden. Der MD Nord prüft auf Grundlage geltenden Rechts unabhängig, transparent und nach einheitlichen Maßstäben. Wir werden unseren Teil zum Gelingen der Reform beitragen.“





**Externe Qualitätssicherung:**

# Wenn Fachlichkeit entscheidet

Auch 2025 war die externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser ein zentraler Beitrag zur Patientensicherheit im Norden: Behandlungsergebnisse werden dabei systematisch analysiert und fachlich bewertet. Eine entscheidende Rolle übernehmen die Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes Nord, die – gemeinsam mit ihren Pendants aus den norddeutschen Krankenhäusern – ihre Expertise in die Fachkommissionen der Landesarbeitsgemeinschaften für einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung (LAG) einbringen.



**K**rankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, ihre Behandlungsqualität regelmäßig im Rahmen einer externen Qualitätssicherung nachzuweisen. Grundlage hierfür sind die bundesweit einheitlichen Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-Richtlinie) und des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Das IQTIG setzt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) extern vergleichende Qualitätssicherungsverfahren um und legt zum Beispiel fest, welche Qualitätsindikatoren gelten und ab wann Ergebnisse als auffällig einzu-stufen sind. Die Krankenhäuser übermitteln diese Daten digital an die zuständigen Datenannahmestellen – in Hamburg an die EQS (Externe Qualitätssicherung Hamburg), in Schleswig-Holstein an die LAG-eQSH (Landesarbeitsgemeinschaft für einrichtungübergreifende Qualitätssicherung in Schleswig-Holstein).

Zeigen die Auswertungen Auffälligkeiten, beginnt die Arbeit der Fachkommissionen. In ihnen kommen Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser und des Medizinischen Dienstes mit der jeweils erforderlichen fachlichen Qualifikation zusammen. Die Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte des MD Nord wirken im Auftrag der Krankenkassen als medizinischer Expertendienst und bewerten die Sachverhalte auf Grundlage medizinischer Standards – frei von wirtschaftlichen oder institutionellen Interessen.

Im Mittelpunkt der Beratungen steht dabei nicht die Beurteilung der behandelnden Ärztinnen oder Ärzte, sondern die fachliche Frage, ob Strukturen, Abläufe und medizinische Prozesse geeignet sind, eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Grundlage der Bewertungen sind anonymisierte Falldaten und schriftliche Stellungnahmen der betroffenen Krankenhäuser. Häufig lassen sich Auffälligkeiten durch besondere medizinische Konstellationen oder durch Dokumentationsfragen nachvollziehbar erklären. Reichen diese Erläuterungen aber nicht aus, prüfen die Fachkommissionen die Abläufe vertieft und ziehen weitere Unterlagen zur Beurteilung heran. In seltenen Fällen werden einvernehmliche Begehungen vor Ort durchgeführt, bei denen die Fachkommission gemeinsam mit der Landesarbeitsgemeinschaft die Versorgungsstrukturen prüft.

Die Arbeit in den Fachkommissionen ist von fachlichem Austausch und kollegialem Dialog geprägt. Ärztliche und pflegerische Expertise aus Krankenhäusern und Medizinischem Dienst fließt zusammen, um Auffälligkeiten sachlich einzuordnen und fundierte, nachvollziehbare Bewertungen zu treffen. Die Ergebnisse werden dokumentiert, an die Landesarbeitsgemeinschaften sowie an das IQTIG und den G-BA zurückgemeldet und fließen in öffentlich zugängliche Qualitätsberichte ein. Diese schaffen Transparenz und geben Krankenhäusern Impulse zur kontinuierlichen Weiterentwicklung.

Für Versicherte bleibt diese ärztliche und pflegerische Arbeit meist im Hintergrund – ihre Wirkung ist dennoch erheblich. Die externe Qualitätssicherung trägt dazu bei, dass medizinische Leistungen vergleichbar bleiben, Qualitätsstandards überprüft und Versorgungsdefizite frühzeitig erkannt werden. Für den MD Nord schließt sich hier ein fachlicher Kreis: Qualitäts-, Struktur- und Leistungsgruppenprüfungen bewerten die Voraussetzungen der Versorgung, die externe Qualitätssicherung überprüft deren Wirkung. Mit dem Engagement seiner Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte stellt der MD Nord sicher, dass Qualität im Gesundheitswesen systematisch überprüft und weiterentwickelt wird.

Unser

# Verständnis

für alle, die  
Orientierung suchen.

**Ihre Stimmen gehören zu den ersten**, die Versicherte beim Medizinischen Dienst Nord hören: Mit Ruhe, Struktur und Empathie geben Annika Niemann und Verena Aktürk Orientierung in Situationen, die für viele neu und belastend sind. Sie erklären Abläufe, koordinieren Termine und behalten den Überblick – besonders dann, wenn der Alltag fordernd ist.

---



**Annika Niemann  
und Verena Aktürk,**  
Servicekräfte im Team  
Pflegeversicherung

**Wenn die Familie von Annika Niemann und Verena Aktürk in Sereetz** bei Lübeck zu Geburtstagen zusammenkommt, wissen alle Beteiligten, worauf sie sich einlassen: „Seit wir zusammen arbeiten, gibt es eigentlich keine Familienfeier mehr, auf der nicht auch Berufliches kurz Thema ist“, beschreiben die beiden Schwestern ihre neue Normalität als Kolleginnen und schmunzeln: „Es wird dann meist etwas still am Tisch, weil außer uns niemand mitreden kann – aber da muss unsere Familie durch.“ Für Verena Aktürk hat im Sommer 2025 ein neuer Lebensabschnitt begonnen: „Ich hatte das Gefühl, dass es nach 20 Jahren als Laboreinkäuferin im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) Zeit für einen Neuanfang war. Gleichzeitig wollte ich aber auch nicht irgendwo arbeiten und auf die Vorteile des öffentlichen Dienstes verzichten“, beschreibt die 40-Jährige ihre Lage Ende 2024, über die sie sich auch mit ihrer Schwester Annika Niemann austauschte. Die 36-Jährige, die seit 2019 beim Medizinischen Dienst Nord beschäftigt ist, hatte einen wertvollen Tipp parat: „Unsere Abteilung hat sich aufgrund der hohen Auftragslage in den letzten sechs Jahren allein in Lübeck von elf auf 25 Mitarbeitende mehr als verdoppelt. Ich war mir deshalb sehr sicher, dass es beim Medizinischen Dienst Nord offene Stellen gibt, die Verena gefallen.“

Heute arbeiten die beiden Schwestern gemeinsam in der Abteilung Service und sind damit für viele Menschen der erste Kontakt mit dem Medizinischen Dienst Nord. „Wer uns zum ersten Mal anruft, trifft auf Verständnis. Viele Versicherte befinden sich nicht selten in einer Ausnahmesituation, etwa weil ein Angehöriger plötzlich pflegebedürftig ist und man im Krankenhaus kaum Informationen dazu erhalten hat, wie es weiter geht“, wissen Annika Niemann und Verena Aktürk. „Es gilt dann die Abläufe der Pflegebegutachtung sorgfältig zu erklären, Halt und Orientierung zu geben: Was passiert als Nächstes? Welche Unterlagen werden benötigt? Wann kommt jemand zur Begutachtung vorbei?“

In Spitzenzeiten führen die beiden so schon mal bis zu 50 Telefonate am Tag. Besonders herausfordernd ist die Termin-Koordination: Kurzfristige Erkrankungen, Absagen und eine anspruchsvolle Streckenplanung sind bei der Ansetzung von Begutachtungsterminen Alltag. „Trotzdem versuchen wir, so viel wie möglich zu machen“, erklärt Annika Niemann und denkt etwa an den Anruf einer Tochter, die für die Pflegebegutachtung ihrer Mutter extra aus Bayern angereist war, nur um im Norden festzustellen, dass sich ihre Mutter ein falsches Datum notiert hatte. „Dank



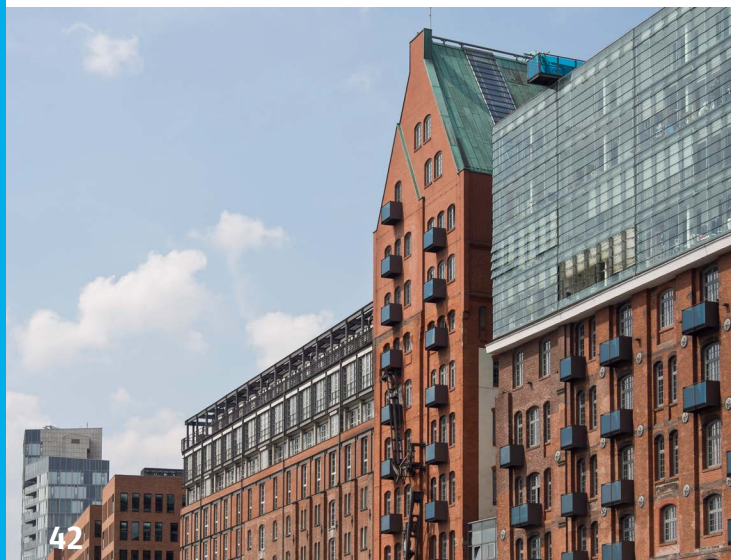
**„Wer uns anruft, befindet sich oft in einer Ausnahmesituation. Dann geht es darum, **Orientierung** zu geben und die Abläufe der Pflegebegutachtung gut zu erklären.“**

**Annika Niemann und Verena Aktürk,**  
Servicekräfte im Team Pflegeversicherung

einer spontanen Absage am gleichen Tag konnten wir kurzfristig doch noch einen Termin realisieren. Das sind Momente, in denen wir am Telefon große Dankbarkeit spüren und die einfach großen Spaß machen“, betont Annika Niemann, die vor ihrer Zeit beim MD Nord eine Ausbildung in der Pflege begann, dann in den Groß- und Außenhandel wechselte und in einem Sanitätshaus die Abrechnung von Pflegehilfsmitteln mit den Krankenkassen verantwortete.

Zahlreiche Kontrollschleifen verhindern, dass sich Fehler im Betrieb auf die Versicherten auswirken. „Wir leben eine bewusste Fehlerkultur“, sagt Verena Aktürk. „Alle Angaben wandern durch mehrere Hände. Wenn beim Vorbereiten der Anschreiben ein Fehler auffällt – etwa, weil eine Gutachterin fälschlicherweise für eine Widerspruchsbegutachtung eingeplant wurde, obwohl sie bereits das erste Gutachten erstellt hat –, dann wird abgeklatscht und der Vorgang geht ohne Diskussion zurück in die Planung.“

Als Neuzugang durchläuft Verena Aktürk alle Bereiche der Abteilung Service. Ob im Team „Mail“, „Telefon“, „Listen“ oder „Planung“ – als Springerin hat sie in jedem Bereich eine feste Ansprechperson. „Wenn etwas unsere Arbeit gut beschreibt, dann ist es der Begriff ‚Multitasking‘“, sagt die 40-Jährige, die oft mehrere Arbeitsschritte parallel erledigt.





Die Teams greifen eng ineinander. Dazu gehört, dass Mitarbeitende, obwohl sie beispielsweise dem Team „Mails“ zugeordnet sind, auch regelmäßig zum Telefonhörer greifen, um die hohe Belastung im Telefenteam abzufedern. „Hier fragt keiner: ‚Warum soll ich das machen?‘“, sagt Annika Niemann. „Wenn es irgendwo hakt, helfen wir – auch bereichsübergreifend.“

Auch wenn auf Familienfeiern nun häufiger über die Arbeit gesprochen wird: Beruf und Privatleben bekommen die Schwestern – beide Mütter von zwei Kindern – gut sortiert. Sie sagen, die Arbeit erde sie, weil sie aus den vielen Gesprächen mit Versicherten wissen, dass Gesundheit nicht selbstverständlich ist. Zum Abschalten hilft beiden der Sport: Verena, früher in der Zweiten Bundesliga aktiv, spielt heute immer noch Handball. Annika verarbeitet ihre Arbeitseindrücke dagegen gerne beim Joggen – und hört dazu den Vicky-Leandros-Remix „Ich liebe das Leben“.



# Geriatrische Kompetenz für eine alternde Gesellschaft

Das Kompetenz-Centrum Geriatrie ist die Referenzeinheit der Medizinischen Dienste in Sachen Altersmedizin. Mit Blick auf den demografischen Wandel hinterfragen die Expertinnen und Experten das Gesundheitssystem.

**H**ochbetagte, mehrfach erkrankte Menschen sind in der Begutachtungspraxis der Medizinischen Dienste keine Ausnahme. Mit dem demografischen Wandel steigen nicht nur die Fallzahlen in dieser Versichertengruppe, sondern auch die Komplexität der Versorgungsverläufe. Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Palliation und Pflege greifen enger ineinander, die Abstimmung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsbereichen wird anspruchsvoller. Geriatrische Kompetenz ist damit kein Randthema mehr, sondern eine zentrale Voraussetzung für Qualität, Steuerungsfähigkeit und Stabilität im Gesundheitswesen.

Das Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) der Medizinischen Dienste begleitet diese Entwicklung als fachliche Referenzeinheit innerhalb der MD-Gemeinschaft. Es bündelt geriatrische Expertise, unterstützt bei komplexen Begutachtungsfragen und entwickelt fachliche Bewertungsmaßstäbe kontinuierlich weiter. Gleichzeitig bringt sich das KCG in



**Dr. Frank Hofschulte,**  
neuer Leiter des  
Kompetenz-Centrums  
Geriatrie

struktur- und gesundheitspolitische Diskussionen ein. Denn es wird immer deutlicher: Die Versorgung hochaltriger Menschen ist längst auch eine Systemfrage.

## **Mehr als Medizin: Strukturen entscheiden**

Vor dem Hintergrund aktueller Reformdiskussionen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung hat sich das KCG 2025 intensiv mit der strukturellen Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung befasst. Die demografische Entwicklung verschiebt die Anforderungen im Gesundheitswesen nachhaltig. Versorgungsmodelle, die auf akute Einzelereignisse ausgerichtet sind, stoßen bei multimorbiden Patientinnen und Patienten zunehmend an ihre Grenzen.

Ein zentraler Ansatz des KCG ist daher der bundesweite Aufbau ambulanter und stationärer Geriatriezentren. Sie sollen Leistungen aus Prävention, ambulanter Versorgung, Akutbehandlung und medizinischer Rehabilitation bündeln und regional koordinieren. Ziel ist eine funktionsorientierte Versorgung, die bei bestehender Multimorbidität stärker auf Krankheitsfolgen blickt und damit darauf ausgerichtet ist, Selbstständigkeit und Teilhabe möglichst lange zu erhalten oder wiederherzustellen.

Diese Geriatriezentren könnten als Ausgangspunkt einer regionalen Bedarfsplanung dienen und die sektorenübergreifende Versorgung systematisch gestalten. Damit würde nicht nur die Behandlungsqualität gestärkt, sondern auch die Steuerungsfähigkeit der Versorgung insgesamt verbessert.

Für eine nachhaltige Umsetzung dieser strukturellen Veränderungen sieht das KCG regulatorischen Handlungsbedarf auf Bundesebene. Als Referenz dient den Expertinnen und Experten das Hospiz- und



# 12

**Prozent** der Bevölkerung werden im Jahr 2050 über 80 Jahre alt sein – eine Verdreifachung gegenüber dem Jahr 2000.



Palliativgesetz von 2015, das einen maßgeblichen Impuls zur strukturellen Weiterentwicklung gesetzt hat. In vergleichbarer Weise schlägt das KCG ein eigenständiges Bundesrahmengesetz Geriatrie vor. Dieses soll die Grundlage für eine bundesweit kohärente, qualitätsgesicherte und zukunftsfeste Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung schaffen.

Die erarbeiteten Eckpunkte bilden die fachliche Basis für Gespräche innerhalb der MD-Gemeinschaft sowie mit Partnern auf Bundes- und Länderebene – darunter Ministerien, Verbände und Fachgesellschaften – und prägen die strategische Ausrichtung des KCG.

### Kompetenz, die im Alltag wirkt

Strukturelle Perspektiven sind das eine – Qualität im Begutachtungsalldag das andere. Auch hier bleibt das KCG zentraler Ansprechpartner für die Medizinischen Dienste bundesweit.

So ist etwa die Nachfrage nach geriatrischen Fortbildungen 2025 deutlich gestiegen. Seminare wie „Geriatrische Rehabilitation vor Pflege – Einführung und Vertiefung“ sowie „Geriatrie – Aktueller Stand und neue Entwicklungen“ werden stark nachgefragt. Daher wurden kurzfristig Zusatztermine in das bundesweite Seminarangebot aufgenommen.

Ziel des KCG ist es, die geriatrische Begutachtungskompetenz kontinuierlich weiterzuentwickeln und eine bundesweit einheitliche Anwendung der Bewertungsmaßstäbe zu fördern. Gerade bei komplexen Fallkonstellationen mit multiplen Erkrankungen, funktionellen Beeinträchtigungen und rehabilitativen Fragestellungen kommt einer fundierten geriatrischen Bewertung besondere Bedeutung zu.

Zugleich unterstützt das KCG die Medizinischen Dienste bei der fachlichen Einordnung besonders anspruchsvoller Begutachtungsfälle sowie bei der Bewertung geriatrischer Komplexbehandlungen und der Auslegung struktureller Mindestmerkmale. Transparenz, Nachvollziehbarkeit und fachliche Konsistenz stehen dabei im Mittelpunkt – sowohl für die Gutachtende als auch für Leistungserbringer und Kostenträger.

### Mit neuer Leitung und klarer Agenda

Personell war 2025 ein Jahr des Übergangs: Dr. Norbert Lübke wurde im Mai im Rahmen des KCG-Expertenforums „Geriatrie im Dialog“ nach 22 Jahren Leitungstätigkeit verabschiedet. Seit Februar 2026 leitet Dr. Frank Hofschulte das KCG. Der ehemalige Leitende Oberarzt setzt die fachliche Linie seines Vorgängers fort und will zugleich die strukturellen Reformansätze und den Austausch in Bund und Ländern weiter stärken: „Gerade angesichts des wachsenden Versorgungsbedarfs und der knappen Ressourcen ist eine vernetzte, sektorenübergreifende Zusammenarbeit entscheidend, um die geriatrische Versorgung zukunftsfähig zu gestalten“, erklärt Dr. Frank Hofschulte seinen Ansatz.

Für 2026 sind die Aufgaben klar benannt: Die enge Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst Bund, dem GKV-Spitzenverband und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste soll weiter intensiviert werden, die Aktualisierung der Begutachtungshinweise geriatrischer Komplexbehandlungen steht an und der Ausbau der stationären und mobilen geriatrischen Rehabilitation soll gestärkt werden.

Zugleich sollen strukturierte Fort- und Weiterbildungsangebote im Bereich Geriatrie weiterentwickelt und Kooperationen mit relevanten Fachgesellschaften und Institutionen intensiviert werden, um aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse frühzeitig in die Begutachtungspraxis zu integrieren. Das KCG verbindet medizinische Expertise mit systemischer Perspektive. Damit stärkt es eine Versorgung, die dem demografischen Wandel nicht nur begegnet, sondern ihm strukturell standhält.



## Sprechen Sie mit uns!

**Sie suchen Kontakt zum Medizinischen Dienst Nord, möchten informieren oder Kritik äußern?**



Unser Kontaktformular finden Sie auf der Website des MD Nord:  
[www.md-nord.de/versicherte/ihr-anliegen](http://www.md-nord.de/versicherte/ihr-anliegen)

Die Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes Nord können Sozialdaten enthalten. Daher antwortet das Beschwerdemanagement auf Eingaben ausschließlich per Briefpost, um die gesetzlich vorgeschriebene Vertraulichkeit sicherzustellen.



# Im Spannungsfeld

Gutachtende des MD Nord erleben immer wieder emotional aufgeladene Situationen – am Telefon genauso wie im Hausbesuch. Dennoch müssen sie auf Basis klarer fachlicher und rechtlicher Vorgaben neutral und sachlich entscheiden. Dieses Spannungsfeld zwischen Erwartungen, Emotionen und rechtlichen Vorgaben wird besonders deutlich, wenn Beschwerden den MD Nord erreichen.

**D**ie persönliche Begutachtung durch den Medizinischen Dienst Nord ist für viele Versicherte und Angehörige eine Ausnahmesituation. Mit ihr verbinden sich Unsicherheiten und häufig auch wirtschaftliche Fragen. Entspricht das Ergebnis einer Begutachtung nicht den Erwartungen, kann dies auch noch Wochen später dazu führen, dass sich die Enttäuschung über die Empfehlung in Form einer Beschwerde gegen die begutachtende Person Bahn bricht. Nicht selten geraten dann sachliche Kriterien und rechtliche Rahmenbedingungen in den Hintergrund, persönliche Angriffe sind keine Ausnahme. Dabei ist die Zahl der Beschwerden gemessen an der für 2025 erfassten Gesamtzahl von über 400.000 sozialmedizinischen Stellungnahmen und Gutachten mit Versichertenbezug sehr gering und bewegt sich im Promillebereich.

## Beschwerden, die man nicht vergisst

Doch jede einzelne von ihnen stellt für die betroffenen Gutachterinnen und Gutachter eine persönliche Herausforderung dar – unabhängig von den vielen in der Zwischenzeit reibungslos erstellten Gutachten. „Habe ich einen Fehler gemacht? Hätte ich mich anders verhalten müssen? Diese Fragen nimmt man als Gutachterin oder Gutachter mit nach Hause – nicht selten über Tage oder Wochen, manchmal auch noch länger“, weiß Beschwerdebeauftragte Katja Andrecht, die selbst über langjährige Erfahrung als Pflegegutachterin verfügt. „Ich erinnere mich bis heute daran, dass es Ende der 1990er-Jahre eine grob formulierte Beschwerde über mich gab: In meiner Erinnerung war die Begutachtung eines älteren, sehr rüstigen Herrn in freundlicher Atmosphäre erfolgt. Er teilte nach Erhalt der ablehnenden Mitteilung seiner Pflegekasse mit, ich hätte mich aufgeführt wie eine ‚KZ-Aufseherin‘. Diese Art des persönlichen Angriffs hat mich sehr getroffen und das Gefühl der Hilflosigkeit angesichts dieses Anwurfs ist auch heute noch präsent.“

## Der Ton wird rauer

Der Unterschied: „Diese Erfahrung war damals eine absolute Ausnahme. Heute hat sich der Ton von Beschwerden insgesamt stark verändert. Wir erleben eine Zunahme unsachlicher, stark wertender oder sogar beleidigender Eingaben – häufig ohne konkreten Bezug zu überprüfbar Sachverhalten. Das erschwert die sachliche Einordnung und ist eine Belastung für die Mitarbeitenden, die im Rahmen ihrer Gutachten den gesetzlichen Auftrag erfüllen müssen“, so Katja Andrecht.

## Besser werden dank kritischer Stimmen

Dabei liefern sachlich vorgetragene Beschwerden wichtige Hinweise zur Problemerkennung und machen sichtbar, wo Erwartungen, eigene Ansprüche und tatsächliche Rahmenbedingungen auseinanderfallen. Sie sind damit ein wertvolles Element der Weiterentwicklung. Jede Rückmeldung wird vom MD Nord genau geprüft und eingeordnet: Geht es um das Ergebnis einer Begutachtung, um als problematisch wahrgenommenes Verhalten oder um verbesserungswürdige Abläufe? Abhängig vom jeweiligen Anliegen werden intern Stellungnahmen eingeholt, Gespräche geführt oder Sachverhalte erläutert.

Entscheidend ist dabei die Abgrenzung: Was ist eine nachvollziehbare Kritik am Verhalten der Gutachtenden und was gehört ins Widerspruchsverfahren, stellt also eine Kritik an der gutachterlichen Bewertung und dem Ergebnis dar? Denn Widersprüche gegen Gutachten des MD Nord werden nicht durch das interne Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes bearbeitet, sondern durch die jeweils zuständige Kranken- oder Pflegekasse.

„Beschwerden wirken in zukünftige Begutachtungen hinein. Transparente Kommunikation, Aufarbeitung und gegebenenfalls persönliche Klärungsgespräche sind wesentliche Bestandteile unserer Arbeit im Beschwerdemanagement“, betont Katja Andrecht und plädiert dafür, auch in herausfordernden Momenten ein Gespräch zu ermöglichen: „Gutachterinnen und Gutachter handeln als Fachpersonen im gesetzlichen Auftrag. Versicherte und ihre Angehörigen befinden sich nicht selten in belastenden Lebenslagen. Wenn man sich mit diesem Wissen begegnet, profitiert das Miteinander – gerade auch dann, wenn es einmal Anlass zur Beschwerde gibt.“



„Mir ist wichtig, dass Menschen sich ernst genommen fühlen. Sind Versicherte oder Mitarbeitende mit einem Ergebnis oder Ablauf nicht zufrieden, möchte ich einen **konstruktiven Dialog** ermöglichen.“

**Dr. Ingo Böhle**, ehrenamtliche Ombudsperson

# Eine neutrale Stimme im Dialog

2025 hat mit Dr. Ingo Böhle ein vielseitiger Experte der Krankenkassenlandschaft das Ehrenamt der unabhängigen Ombudsperson übernommen. Im Interview erklärt er seine besondere Rolle.

**Herr Dr. Böhle, was ist Ihre Aufgabe als unabhängige Ombudsperson – und warum gibt es diese Funktion beim MD Nord?**

**Dr. Böhle:** Meine Aufgabe ist es, Beschwerden der Versicherten entgegenzunehmen, die im Zusammenhang mit der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes stehen, und in Konfliktsituationen zu vermitteln. Die Funktion wurde mit dem MDK-Reformgesetz eingeführt, um die Transparenz des Dienstes zu stärken und Patientinnen und Patienten sowie pflegebedürftigen Menschen zusätzliche Rechte und einen zusätzlichen Vertretungsraum zu bieten.

**Wer kann sich an Sie wenden – und mit welchen Anliegen?**

**Dr. Böhle:** Versicherte, aber auch die Beschäftigten des MD Nord. Versicherte können mit Kritik oder Beschwerden über die Tätigkeit des MD Nord Kontakt zu mir aufnehmen, wenn sie das Gefühl haben, dass ihre Anliegen vom Medizinischen Dienst nicht richtig und umfassend berücksichtigt wurden. Mitarbeitende des MD Nord können sich melden, wenn sie Unregelmäßigkeiten beobachten, zum Beispiel Beeinflussungsversuche von außen auf die Arbeit des Dienstes. Dieser doppelte Zugang stärkt das System insgesamt und gibt beiden Seiten die Möglichkeit für ein unabhängiges Verfahren.

**Was bedeutet „unabhängig“ in Ihrer Funktion ganz konkret?**

**Dr. Böhle:** Ich arbeite weisungsfrei und außerhalb der operativen Strukturen des MD Nord. Dadurch bin ich nicht in den Dienst eingebunden und kann frei von interner Hierarchie agieren. Eingaben werden vertraulich behandelt und ich unterliege nur den rechtlichen Vorgaben und meinem Gewissen. Diese gesetzlich und organisatorisch verankerte Unabhängigkeit dient dazu, die Rechte der Versicherten und Beschäftigten zu stärken und eine zusätzliche, neutrale Perspektive zu eröffnen.

**Wie läuft ein Ombudsverfahren ab – und was können Ratsuchende erwarten?**

**Dr. Böhle:** In der Regel erfolgt die Beschwerde schriftlich per Post oder E-Mail, ergänzt um eine Freigabeerklärung, damit ich die entsprechenden Unterlagen beim Medizinischen Dienst einsehen darf. Die Ombudsstelle ist jedoch gesetzlich nicht befugt, Gutachten zu ändern oder Leistungsentscheidungen der Krankenkassen aufzuheben beziehungsweise eine neue Begutachtung zu veranlassen. Vielen Versicherten ist das nicht bewusst. Daher gehört es zu meinen Aufgaben, sie frühzeitig über die vorgesehenen Rechtswege – etwa Widerspruch oder Sozialgerichtsverfahren – zu informieren. Reine Einwände gegen das Gutachtenergebnis fallen nicht in meinen Zuständigkeitsbereich. Geht es hingegen um das Verhalten von Gutachtenden, bitte ich den Medizinischen Dienst um eine Stellungnahme, die ich in der Regel mit den Versicherten persönlich bespreche.

**Was ist Ihnen persönlich im Umgang mit Menschen besonders wichtig?**

**Dr. Böhle:** Mir ist vor allem wichtig, dass Menschen sich ernst genommen fühlen. In Situationen, in denen Versicherte oder Mitarbeitende mit einem Ergebnis oder Ablauf nicht zufrieden sind, stehen oft berechnete Emotionen im Vordergrund. Es ist mein Anspruch, diesen Perspektiven mit Respekt zu begegnen, Vertrauen zu schaffen und einen konstruktiven Dialog zu ermöglichen. Grundsätzliche Neutralität bei gleichzeitiger Empathie für die Versicherten sowie Transparenz und verlässliche Informationen zu ihren rechtlichen Möglichkeiten sind die Leitlinien meiner Arbeit.



# „Das letzte Wort hat immer der Mensch“

Künstliche Intelligenz als Unterstützung im Arbeitsalltag – wie sich der MD Nord auf ihren Einsatz vorbereitet.

**M**it der neu gegründeten Arbeitsgemeinschaft KI hat der Medizinische Dienst Nord 2025 erstmals eine zentrale Struktur geschaffen, um den Einsatz Künstlicher Intelligenz im Unternehmen vorzubereiten und verbindlich zu regeln. Angesichts rasanter technologischer Entwicklungen sowie wachsender fachlicher Anforderungen im Gesundheitswesen gewinnt Künstliche Intelligenz zunehmend an strategischer Bedeutung.

„Wir wollen KI nicht nur punktuell ausprobieren, sondern systematisch und verantwortungsvoll einführen“, sagt Anwendungsentwickler Tim Wulf, der die fachliche Leitung der AG KI in den ersten Monaten übernommen hat. „Das Ziel der interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft ist es, konkrete Anwendungsfälle zu identifizieren, sorgfältig zu prüfen und KI nur dort einzusetzen, wo ein echter Mehrwert entsteht. Dafür sind 13 Personen aus allen Fachbereichen des Unternehmens in der AG vertreten. Gerade vor dem Hintergrund steigender Begutachtungsanfragen und des Fachkräftemangels kann KI eine wirksame Unterstützung im Arbeitsalltag sein.“

Voraussetzung dafür ist ein klar geregelter Umgang mit der Technologie. Deshalb hat sich die AG KI zunächst mit dem rechtlichen Rahmen und den Vorgaben der europäischen KI-Verordnung auseinandergesetzt. Eine eigene KI-Richtlinie, ein Freigabesystem für zugelassene Anwendungen und verpflichtende Schulungen zur KI-Kompetenz sollen 2026 zu verbindlichen Grundlagen für den Einsatz von KI beim MD Nord werden.

Im Zentrum aller Überlegungen steht dabei der Datenschutz. Die Haltung des Medizinischen Dienstes Nord ist eindeutig: Sensible Sozial- und Gesundheitsdaten werden nicht in öffentliche Systeme eingespeist. Außerdem gilt: KI-Systeme werden beim MD Nord ausschließlich unterstützend eingesetzt. Geprüft werden unter anderem Anwendungen zur Textunterstützung – etwa um aus Stichpunkten strukturierte Texte zu erstellen, Formulierungen zu präzisieren oder sprachliche Qualität zu verbessern. Auch die gezielte Durchsuchbarkeit umfangreicher Akten, um

medizinisch relevante Informationen schneller zu identifizieren, soll erprobt werden. „Künstliche Intelligenz kann vorbereiten und strukturieren – entscheiden wird sie bei uns aber nicht“, betont Helge Neuwerk, Vorstandsvorsitzender des MD Nord. „Verantwortung, Transparenz und Nachvollziehbarkeit sind für uns die zentralen Leitprinzipien. Das letzte Wort hat immer der Mensch.“

Um neue Anwendungen zunächst unter sicheren Bedingungen zu testen, plant der MD Nord für 2026 ein KI-Labor mit eigenen Servern. Dabei sollen kleinere KI-Modelle und Test-Daten genutzt werden, mit dem Ziel, diverse Anwendungsfälle zu erproben und diese – wenn möglich – über interne Ressourcen abzubilden.

Der MD Nord verfolgt bei der Einführung von KI einen klaren Ansatz: nicht Automatisierung um jeden Preis, sondern gezielte Unterstützung dort, wo sie Prozesse effizienter macht und Mitarbeitende entlastet. Perspektivisch wird KI ein weiteres Instrument im Werkzeugkasten des MD Nord sein und zur Effizienzsteigerung beitragen. Damit ergänzt der MD Nord seine bisherigen Initiativen zur Qualitätssicherung und Organisationsentwicklung und stärkt die strategische Weiterentwicklung des Dienstes.

# 13

**Personen** aus allen Fachbereichen des Medizinischen Dienstes Nord arbeiten in der AG KI an den Rahmenbedingungen für Künstliche Intelligenz.

# Unser Rückenwind

für alle, die bei uns  
durchstarten wollen.

**Gute Entwicklung braucht den richtigen Rahmen:**

In Zeiten des Fachkräftemangels setzt der MD Nord auf ein Recruiting, das persönlich, schnell und verbindlich ist. Für unsere rund 725 Mitarbeitenden aus Medizin, Pflege, Verwaltung und IT geht es um mehr als den Einstieg: Entwicklungsmöglichkeiten, verlässliche Rahmenbedingungen und moderne Arbeitsformen schaffen Perspektiven – und geben Rückenwind für den eigenen Weg.

---



**Laura Simon,**  
Recruiterin im Fach-  
bereich Personal, und  
**Reiner Botho Müller,**  
stellvertretender  
Vorstandsvorsitzender  
des MD Nord a.D.



# Zwischen Abschied und Aufbruch

Vorstand Reiner Botho Müller tritt nach 43 Berufsjahren in den Ruhestand, Personalerin Laura Simon ist vor fünf Jahren als Auszubildende beim MD Nord ins Berufsleben gestartet. Ein Generationen-Gespräch über Anfänge, Wandel und Werte beim Medizinischen Dienst Nord.



**Herr Müller, Sie waren über 40 Jahre im Dienst, zuletzt als stellvertretender Vorstandsvorsitzender und Leiter der Abteilung Personal und Finanzen. Erinnern Sie sich eigentlich noch an Ihren ersten Arbeitstag?**

**Müller:** (lacht) Ja, der war ein Schock. Ich habe 1982 meine Beamtenausbildung bei der Landesversicherungsanstalt (LVA) Schleswig-Holstein gemacht, im Bereich Rentenrecht. Nach der Ausbildung hieß es dann plötzlich: „Sie kommen in die Abteilung Krankenversicherung.“ Als ich ankam, wartete ein riesiger Aktenstapel auf meinem Tisch. Es gab keine Einarbeitung, nur ein: „Hier ist der Stapel. Machen Sie mal.“

**Das klingt ganz anders als heute. Frau Simon, wie war Ihr erster Tag?**

**Simon:** Ich habe im August 2020 angefangen und wurde sehr herzlich empfangen. Ich wurde durchs Haus geführt, lernte nach und nach die Kolleginnen und Kollegen kennen. An meine erste Aufgabe kann ich mich

auch noch gut erinnern, da habe ich Rechnungen kontiert. Es war alles sehr strukturiert – und das, obwohl 2020 Corona natürlich das alles bestimmende Thema war. Zu Beginn musste ich deshalb auch zwischen den Dienstorten in Hamburg und Pinneberg pendeln, weil wir nicht alle gleichzeitig im Büro sein durften. Aber ich habe mich trotzdem sofort wohl gefühlt.

**Sie sind als Auszubildende zum MD Nord gekommen. Wie war Ihr Weg hierher?**

**Simon:** Ich habe in der Schulzeit an einer Berufsberatung der Arbeitsagentur teilgenommen. Über die Agentur bekam ich dann mehrere Stellenangebote zugeschickt – darunter auch die Ausschreibung des MD Nord, der eine Auszubildende zur Kauffrau im Gesundheitswesen suchte. Weil die Frist schon abgelaufen war, habe ich mich initiativ beworben. Ich weiß noch, wie ich in der Bahn saß und die ganze Website auswendig gelernt habe, weil ich im Gespräch überzeugen wollte – am Ende hat das dann auch ganz gut funktioniert. (lacht)

**Herr Müller, wie verlief Ihre Anfangszeit? Wann wurde aus der Abteilung Krankenversicherung der MDK und später der MD Nord?**

**Müller:** Das war 1989. Der Gesetzgeber wollte die Medizinischen Dienste eigenständig machen. Wir mussten von null anfangen: eigene Buchhaltung, eigene Personalabteilung, eigene Räume. Das war echte Aufbauarbeit und ein Paradigmenwechsel. Wir waren bis dahin vielleicht 15 Leute – alles war klein und familiär. Wenn jemand Geburtstag hatte, hat der Chef seinen Schreibtisch leerräumt, damit wir gemeinsam Kuchen essen konnten. Diese heimelige Atmosphäre änderte sich dann erst mit Gründung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). 2006 fusionierten dann die regionalen MDK in Hamburg und Schleswig-Holstein zum MDK Nord, der heute nach einem weiteren Namenswechsel nur noch Medizinischer Dienst Nord heißt.



### Sie haben viele Reformen maßgeblich begleitet. Das war sicherlich nicht immer einfach. Was hat Sie all die Jahre dabei gehalten?

**Müller:** Die Lust auf Neues: 1989 die Neugründung, 2006 die Fusion der Medizinischen Dienste in Schleswig-Holstein und Hamburg, Führungswechsel, die Einführung von SAP, Gesetzesänderungen, Digitalisierung, mehr Verantwortung. Langeweile hatte ich nie. Dafür immer ein gutes Team. Wir haben viel gearbeitet und es hat (fast) immer Spaß gemacht.

### Was macht den MD Nord für Sie beide zu einem besonderen Arbeitgeber?

**Simon:** Wir wissen, wofür wir arbeiten. Wir machen etwas Sinnvolles. Wir sind im Gesundheitswesen die Institution, die wirklich unabhängig für alle Versicherten des Solidarsystems da ist und bei Entscheidungen nicht die großen Zusammenhänge aus dem Blick verliert. Für Arbeitnehmende sind da zudem auch die Vorteile einer sicheren Anstellung im öffentlichen Dienst – und mit Gleitzeit und Homeoffice auch ganz viel Flexibilität.

**Müller:** Ja, das kann man gar nicht genug betonen: Unsere Ärztinnen und Ärzte, unsere Pflegefachkräfte schreiben keine Gefälligkeitsgutachten, weder für die Kassen noch für Versicherte. Wir sind wirklich unabhängig – und gerade deshalb unverzichtbar für unser Gesundheitswesen.

### Mit Blick auf die letzten Jahre und Jahrzehnte: Wie hat sich die Arbeit beim MD Nord verändert?

**Müller:** Als ich anfang, gab es keine Computer. Excel war ein Lineal, Bleistift und Papier. Briefe wurden mit der Schreibmaschine geschrieben, mit Durchschlägen in Blau, Rot und Gelb. Das zeigt, es hat sich unfassbar viel getan. Heute ist alles digital, Teams arbeiten im Tandem, Prozesse sind strukturiert. Früher hieß es: „Seien Sie froh, dass Sie arbeiten dürfen.“ Heute heißt es: „Wie können wir Sie bestmöglich einarbeiten?“ Ich finde, das ist eine sehr positive Entwicklung.

**Simon:** Im MD Nord haben wir eine sehr geringe Fluktuation in der Belegschaft. Viele Beschäftigte sind schon zehn, 20 oder 30 Jahre dabei. In den letzten Jahren sind aber auch immer mehr junge Kolleginnen und Kollegen dazugestoßen. Dieser frische Wind tut uns gut und es ist schön zu sehen, wie sich die Generationen in der Zusammenarbeit ergänzen.

### Gibt es Momente, auf die Sie im Rückblick besonders stolz sind?

**Simon:** Ja, auf mein drittes Ausbildungsjahr. Ich war zu der Zeit im Recruiting eingesetzt, als unvermittelt meine direkten Kollegen ausfielen. Da war ich ohne Routine erstmal auf mich allein gestellt und habe einige Fehler gemacht – aber auch unglaublich viel dabei gelernt. Im Nachhinein war das mein Sprung ins kalte Wasser, an dem ich wirklich gewachsen bin.

**Müller:** Für mich war ein solcher Moment 2006, als wir den MD Nord nach der Fusion wirklich zum Laufen gebracht haben – und vielleicht auch, als ich meine eigene Pension berechnen musste. (lacht) Ich bin ja der letzte aktive Beamte des MD Nord – außer mir konnte das niemand mehr. Die Gegenprobe haben dann aber natürlich die Kolleginnen und Kollegen übernommen.

### Eine persönliche Frage zum Schluss: Was wünschen Sie sich gegenseitig?

**Müller:** Dass Sie weiterhin viel Spaß an Ihrer Arbeit haben, sich weiterentwickeln und dem MD Nord noch lange erhalten bleiben. Hier kann man gut und gerne alt werden – das weiß ich aus eigener Erfahrung.

**Simon:** Ich wünsche Ihnen viel Gesundheit und einen guten Start in den Ruhestand. Und vor allem: dass Sie uns nicht vergessen.

**Müller:** Ach, ich glaube, ich werde mich noch oft erinnern. Es war eine gute Zeit.



**Im Dialog** der Generationen wird deutlich, wie sehr sich die Arbeitsweise beim MD Nord in den letzten 40 Jahren verändert hat.

# Der Medizinische Dienst als Arbeitgeber

Interdisziplinäre Zusammenarbeit, gesellschaftliche Verantwortung und verlässliche Arbeitsbedingungen prägen das Berufsleben beim Medizinischen Dienst Nord.

**D**ie Gesundheit eines Menschen darf nicht zum Spielball wirtschaftlicher Interessen werden. Dafür arbeiten die 725 Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes Nord jeden Tag – unabhängig, mit hoher fachlicher Expertise und in gesetzlichem Auftrag. Mit seinen Gutachten leistet der Medizinische Dienst einen zentralen Beitrag für das deutsche Gesundheitssystem, sichert die Einhaltung medizinischer und pflegerischer Standards und stellt eine angemessene Versorgung sicher. Dabei bewegen sich die Mitarbeitenden im Spannungsfeld von Medizin, Pflege, Recht und sozialer Verantwortung und tragen mit ihren Einschätzungen dazu bei, nachvollziehbare und faire Entscheidungen im Sinne der Versicherten zu ermöglichen.

Als Arbeitgeber steht der MD Nord nicht nur für ein Aufgabenfeld mit hoher gesellschaftlicher Relevanz, sondern auch für Rahmenbedingungen, die eine langfristige und vertrauensvolle Zusammenarbeit möglich machen. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts bietet der MD seinen Beschäftigten die Verlässlichkeit und Stabilität des öffentlichen Dienstes, verbunden mit einem hohen Maß an Eigenverantwortung und Gestaltungsfreiheit. Planbare Arbeitszeiten – ohne Schichtdienst oder kurzfristige Einsätze an Wochenenden und Feiertagen – eröffnen Spielräume für unterschiedliche Lebensphasen und berufliche Profile. Im Alltag arbeiten Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte sowie Mitarbeitende aus Verwaltung und Organisation interdisziplinär und kollegial zusammen und profitieren von unterschiedlichen fachlichen Perspektiven. Mehr als 450 Arbeitszeitmodelle unterstützen die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben – etwa während der Elternzeit, bei der Pflege von Angehörigen oder im Übergang in den Ruhestand.

Mit einem eigenen Tarifvertrag bietet der MD Nord seinen Beschäftigten attraktive Konditionen, darunter ein volles 13. Monatsgehalt, Kinderzuschläge sowie eine betriebliche Altersvorsorge über die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL). Ergänzt wird dies durch eine strukturierte Einarbeitung sowie regelmäßige interne und externe Fortbildungen, die eine kontinuierliche fachliche Weiterentwicklung ermöglichen und neue Kenntnisse zeitnah in die Arbeit einbinden.

Das Angebot aus sinnstiftender Arbeit und familienfreundlichen Rahmenbedingungen wirkt sich auch auf die Bindung der Mitarbeitenden aus: Durchschnittlich bleiben die Beschäftigten zehn Jahre im Unternehmen – einige sogar über den Renteneintritt hinaus. Und auch der Einstieg ins Berufsleben ist beim MD Nord über eine Ausbildung in der Abteilung Service als Kaufleute im Gesundheitswesen oder zum Fachinformatiker (m/w/d) Systemintegration möglich. Der Medizinische Dienst Nord eröffnet damit vielfältige berufliche Wege – für erfahrene Fachkräfte ebenso wie für Menschen am Beginn ihres Berufslebens. Zugleich bietet er langfristige Perspektiven in einem Aufgabenfeld, das gesellschaftliche Verantwortung, fachliche Kompetenz und verlässliche Rahmenbedingungen vereint.





**Zukunft durch Personal:**

# Recruiting im Fachkräftemangel

Bei der Gewinnung von Mitarbeitenden setzt der Medizinische Dienst Nord auf persönliche Ansprache, Schnelligkeit und digitale Prozesse.

**A**rbeitsmarkt und Gesellschaft stehen vor einem tiefgreifenden Wandel: Während geburtenstarke Jahrgänge schrittweise aus dem Berufsleben ausscheiden, rücken deutlich weniger Junge nach. Gleichzeitig wächst gerade im Gesundheitssektor der Bedarf an qualifizierten Fachkräften, weil eine älter werdende Gesellschaft mehr Unterstützung, mehr Versorgung und mehr Koordination benötigt. Auch wenn immer mehr Beschäftigte über den Renteneintritt hinaus für den MD Nord tätig sind: Der Fachkräftemangel ist längst auch beim MD Nord angekommen. Um dem aktiv zu begegnen, hat der Medizinische Dienst seine Personalarbeit in den vergangenen Jahren breiter aufgestellt sowie Recruiting- und Personalprozesse grundlegend neu strukturiert. Heute prägt ein klarer Dreiklang den Bewerbungsprozess: persönlich, schnell und digital.

„Das Recruiting wird für Unternehmen der Gesundheitsbranche zur Schlüsselaufgabe. Der Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte ist das bestimmende Thema“, erklärt Sabine Wieland, Leiterin des Fachbereichs Personal, mit Blick auf die demografische Entwicklung. „Langsame Prozesse kosten gute Kandidatinnen und Kandidaten. Deshalb erhalten geeignete Bewerberinnen und Bewerber vom MD Nord sehr schnell eine Rückmeldung. Zudem ist dem Jobinterview vor Ort ein informelles, digitales Kennenlerngespräch vorgeschaltet“, so Sabine Wieland zum Verfahren. „Auf diese Weise können sich beide Seiten erst einmal abklopfen und es





## „Das Recruiting wird für Unternehmen der Gesundheitsbranche zur **Schlüsselaufgabe.**“

**Sabine Wieland,**  
Leiterin des Fachbereichs Personal

entsteht eine hohe Verbindlichkeit, auch weil Fragen zum fachlichen Alltag und zu organisatorischen Rahmenbedingungen sehr früh im Prozess direkt geklärt werden können.“

Im Fachbereich Pflege ist der Personalbedarf besonders hoch. Deshalb finden regelmäßig Auswahlrunden in Form eines Assessment-Centers statt, an dem bis zu 15 Bewerberinnen und Bewerber gleichzeitig teilnehmen. Bis zu sechs Stunden haben die Bewerberinnen und Bewerber dann in Hamburg Zeit, um den MD Nord ausgiebig kennenzulernen und die eigenen Kompetenzen einzubringen – etwa in Form von Rollenspielen, Teamaufgaben und fachbezogenen Tests. „Insbesondere in Hamburg, wo die Lebenshaltungskosten hoch sind und es geballte Konkurrenz etwa in Form von Kliniken und Pflegediensten gibt, stehen wir bei der Besetzung offener Stellen für Pflegegutachterinnen und -gutachter vor besonderen Herausforderungen“, sagt Sabine Wieland.

Unterschiedliche Berufsgruppen und Lebensphasen erfordern unterschiedliche Ansprachen – von jungen Ärztinnen und Ärzten mit Familienverantwortung über erfahrene Gutachterinnen und Gutachter bis hin zu Pflegefachkräften, die nach geregelten Arbeitszeiten und körperlicher Entlastung suchen. Darum geht der MD auch gezielt neue Wege und schaltet seine Stellenangebote zusätzlich zu großen Jobbörsen auf zielgruppenspezifischen Portalen, die niedrighschwellige Bewerbungen ohne Anschreiben und nur mit Lebenslauf ermöglichen. Auf diese Weise können auch passiv suchende Fachkräfte angesprochen werden. Besonders erfolgreich ist auch das Programm „Mitarbeitende werben Mitarbeitende“. Wird eine neu eingestellte Fachkraft nach der Probezeit fest übernommen, erhält der Tipgeber aus dem MD Nord eine Prämie in Höhe von 1.500 Euro netto. Immer wieder haben auch Initiativbewerbungen über die Website des Medizinischen Dienstes Erfolg.

Altersbedingte Abgänge, steigende Auftragszahlen und ein zunehmend enger Arbeitsmarkt erfordern kontinuierliche Anpassung. Der MD Nord reagiert darauf nicht nur mit effizientem Recruiting, sondern auch mit Investitionen in Qualifizierung, den Aufbau einer Personalentwicklung und moderne Arbeitsformen. Neue Kompetenzmodelle, Anpassungsfortbildungen und der Ausbau der MD Akademie unterstreichen den Anspruch, lebenslanges Lernen aktiv zu fördern. So wird Recruiting zu mehr als nur Personalgewinnung: Ein gutes Recruiting ist eine Investition in die Zukunft des Medizinischen Dienstes – und in die Menschen, die ihn tragen.

### In Zahlen

✓ **23**

Teilnahmen im Programm  
„Mitarbeitende werben  
Mitarbeitende“

✓ **10**

Assessment-Center  
in der Pflege

✓ **1.285**

Bewerbungen auf  
40 Stellenangebote





## Neuer Standort für Hamburg

# Eine Investition in Zukunft und Zusammenarbeit

**D**er Blick auf die Skyline, mit Hafenkranen, Kirchtürmen und Elbphilharmonie, hat den Arbeitsalltag der Mitarbeitenden in Hamburg lange Jahre geprägt. Das 16-stöckige Bürogebäude am Berliner Tor versprach ein spektakuläres Panorama – und war doch in die Jahre gekommen. Im Herbst 2025 hat der Verwaltungsrat des MD Nord deshalb eine weitreichende Entscheidung getroffen: Der Hauptsitz verändert seinen Standort und zieht in das Lindley Carrée, das nur wenige Gehminuten entfernt, in der Sachsenstraße 4–8, in Hammerbrook am Südkanal zu finden ist.

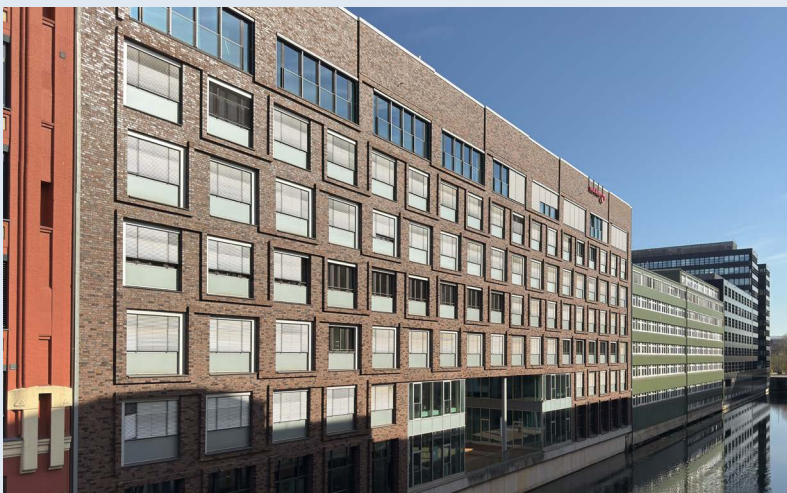
Obwohl der Umzug erst zum 1. Januar 2027 erfolgt, markiert der Beschluss schon heute einen wichtigen Meilenstein in der Weiterentwicklung der Standorte des Medizinischen Dienstes Nord. Der Umzug ist mehr als ein Ortswechsel; er ist Teil einer langfristigen Modernisierungsstrategie: moderner, flexibler und zugleich wirtschaftlicher.

Am neuen Standort – nur eine S-Bahn-Station vom Hamburger Hauptbahnhof entfernt – wird künftig nach dem Prinzip geteilter, flexibel nutzbarer Arbeitsplätze gearbeitet. Klassische Einzelbüros werden zugunsten eines multifunktionalen Raumkonzepts reduziert, das dennoch auf Ruhe und konzentriertes Arbeiten ausgelegt ist. Neben Besprechungsflächen sind ausschließlich Einzel- und Doppelbüros vorgesehen, offene Großraumbüros bewusst nicht geplant. Die bauliche Struktur unterstützt kurze Wege und klare Abläufe: Empfang, Behandlungs- und Besprechungsräume werden zentral im Erdgeschoss angeordnet und somit gut erreichbar sein. Auf einer operativen Etage sollen Einheiten gebündelt werden, die bislang über viele Stockwerke verteilt arbeiten.

Vier Zugangsbereiche mit offenen Meetingzonen und Kleinküchen sind als Orte für Austausch, kurze Abstimmungen und informelle Begegnungen konzipiert. Das Raumkonzept stärkt damit die Zusammenarbeit über Team- und Fachgrenzen hinweg. Serviceteams bleiben räumlich zusammen, Gutachtende sind direkt angebunden; zusätzliche Überlaufbereiche sollen Auftragsspitzen flexibel abfedern. Für die Mitarbeitenden bedeutet das verlässliche Nähe, klare Strukturen und effizientere Abstimmungswege.

Mit dem geplanten Umzug ist zugleich eine deutliche Reduzierung der genutzten Fläche verbunden: Statt bislang 14 Etagen werden künftig nur drei genutzt, die Mietfläche sinkt um fast 2.000 Quadratmeter. Damit leistet der MD Nord einen spürbaren Beitrag zu einem verantwortungsvollen Umgang mit den Mitteln der Solidargemeinschaft. Parallel wird gezielt in moderne technische Ausstattung und zeitgemäße Arbeitsbedingungen investiert. Diese Investitionen schaffen die Grundlage für weitere Modernisierungsschritte an anderen Standorten im Norden.

Der Blick vom Berliner Tor wird den Arbeitsalltag noch bis Ende 2026 begleiten. Mit der Entscheidung für das für das moderne Lindley Carrée ist jedoch bereits heute eine neue Perspektive eröffnet: auf einen Standort, der Bewährtes mit neuen Formen des Arbeitens verbindet.



**Vom Berliner Tor**  
nach Hammerbrook: der neue Heimathafen des MD Nord.

# Impressum

## Herausgeber:

Medizinischer Dienst Nord,  
Hammerbrookstr. 5, 20097 Hamburg

Telefon: 040/25169-0

E-Mail: [info@md-nord.de](mailto:info@md-nord.de)

Internet: [www.md-nord.de](http://www.md-nord.de)

## Redaktion:

Felix Koopmann

## Konzept und Gestaltung:

Berichtsmanufaktur GmbH, Hamburg

[www.berichtsmanufaktur.de](http://www.berichtsmanufaktur.de)

## Bilder:

### iStock by Getty Images:

Titel, S. 1 (Drazen),

S. 11 (Karsten Leineke),

S. 20 (Katharina Wiebach),

S. 24 (Pakawadee Wongjinda),

S. 25 (sunstock),

S. 30 (Igor Tichonow),

S. 42 (waeske)

### Michael Zapf:

S. 3, S. 9, S. 10, S. 19, S. 21, S. 29, S. 31,

S. 41, S. 43, S. 51, S. 52, S. 53

### Medizinischer Dienst/MD Nord:

S. 1, S. 12, S. 13, S. 14, S. 15, S. 17, S. 22, S.

23, S. 26, S. 27, S. 32, S. 33, S. 35, S. 37,

S. 38, S. 44, S. 45, S. 46, S. 48, S. 54, S. 55,

S. 56, S. 57

### Prof. Dr. Jonas Schreyögg:

S. 6



# Wir suchen engagierte Pflegefachpersonen (m/w/d)

als Gutachtende für die Abteilung Pflegeversicherung § 18 SGB XI  
in Voll- oder Teilzeit für die Region Hamburg



Sie möchten als Pflegefachlicher Gutachter (m/w/d) beim Medizinischen Dienst Nord arbeiten und haben einen Ausbildungsabschluss in Gesundheits-, (Kinder-)Kranken- oder (Alten-)Pflege und mehrere Jahre Berufserfahrung? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung! Es erwartet Sie eine wichtige, sinnstiftende Tätigkeit mit direktem Menschenkontakt und vielfältigen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

## Ihre Aufgabe:

✓ Sie ermitteln vor Ort im Hausbesuch oder im telefonischen Gespräch mit Pflegebedürftigen und Angehörigen Bedarfe in Bereichen wie selbstständige Lebensführung, Wohnumfeld und Rehabilitation.

✓ Sie erstellen im Homeoffice oder Büro softwaregestützt unabhängige Gutachten, die den Pflegekassen als Entscheidungsgrundlage für eine gerechte Versorgung dienen.

✓ Ein festgelegter Fragenkatalog und klare Vorgaben erleichtern es Ihnen, die individuelle Pflegebedürftigkeit eines Menschen neutral zu ermitteln.

## Ihre Stärken:

✓ Sie haben einen Ausbildungsabschluss in Gesundheits-, (Kinder-)Kranken- oder (Alten-)Pflege, mehrere Jahre Berufserfahrung und Interesse an sozialmedizinischen Themen.

✓ Sie sind fit in MS Office und offen, mit neuen Softwarelösungen zu arbeiten.

✓ Sie besitzen den Führerschein Klasse B und sind bereit, mit dem eigenen Pkw unterwegs zu sein.

✓ Sie haben ein Gespür für Menschen und Situationen, sind souverän und wertschätzend im Auftreten. Auch anspruchsvolle Gesprächssituationen lösen Sie professionell.

✓ Sie verfügen über gute Deutschkenntnisse (mindestens C1 nach GER) zur sicheren Kommunikation in komplexen Gesprächs- und Dokumentationssituationen im Rahmen der auszuübenden Tätigkeit.

## Unser Angebot:

✓ Qualifizierung und Perspektiven: umfassende Einarbeitung und Begleitung sowie zahlreiche Weiterbildungsangebote – intern wie extern

✓ Flexibilität und Planbarkeit: überwiegend mobiles Arbeiten und Homeoffice möglich, feste Arbeitszeiten, keine Schicht-, Feiertags- oder Wochenenddienste

✓ Miteinander und Verlässlichkeit: ein Team, das zusammenhält, offen kommuniziert und als Unternehmen im öffentlichen Dienst eine unverzichtbare Aufgabe übernimmt

✓ Attraktives Gehalt und Extras: Vergütungsgruppe 7 TV MD (Startgehalt: 57.000 Euro brutto, inkl. 13. Monatsgehalt). Mit zunehmender Berufserfahrung und der Qualifikation zur zertifizierten MD-Pflegefachkraft (m/w/d) kann die Vergütungsgruppe 8 erreicht werden. Kinderzuschlag, betriebliche Altersversorgung bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder, vermögenswirksame Leistungen sowie Zuschuss zum Deutschlandticket

✓ Mentoring: Für einen guten Start haben Sie eine persönliche Begleitung an Ihrer Seite, die in den ersten Wochen mit Ihnen unterwegs ist und Sie auch darüber hinaus mit Rat und Tat unterstützt.

## Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung:



Es sind noch Fragen offen? Unser Team Recruiting steht Ihnen unter

Tel.: 040/25169-5520 und  
Mail: [bewerbung@md-nord.de](mailto:bewerbung@md-nord.de)  
gerne zur Verfügung.

## Keine Pflegefachperson?

Wir sind stets auf der Suche nach engagierten Fachkräften – auch in anderen Bereichen unseres Dienstes. Unsere Stellenangebote finden Sie online unter [www.md-nord.de/karriere](http://www.md-nord.de/karriere). Hier haben Sie auch die Möglichkeit, eine Initiativbewerbung abzugeben. Wir freuen uns auf Sie.



[www.md-nord.de](http://www.md-nord.de)