



Medizinischer
Dienst

Die Arbeit des Medizinischen Dienstes

Zahlen, Daten, Fakten 2021



Inhalt

Leistungen auf einen Blick	2
Sozialmedizinische Empfehlungen	
Arbeitsunfähigkeit	4
Ambulante Leistungen	5
Heilmittel	6
Hilfsmittel	7
Zahnmedizinische Leistungen	8
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	9
Rehabilitationsleistungen	10
Vorsorgeleistungen	11
Begutachtung von Behandlungsfehler-Vorwürfen	12
Prüfung von Krankenhausabrechnungen	13
Ergebnisse der Krankenhaus-Strukturprüfungen	14
Kontrolle der Qualitäts-Vorgaben des G-BA	15
Pflegeversicherung	
Ergebnisse der Pflegebegutachtungen	16
Pflege-Qualitätsprüfungen	17
Ergebnisse der Versicherten-Befragung	18
Kompetenz-Centren leisten Systemberatung	20
Sozialmedizinische Expertengruppen leisten Grundsatzberatung	22
Personal	24
Kosten	26

15

Medizinische Dienste
in Deutschland

Medizinischer Dienst Bund —●—
mit Sitz in Essen



Liebe Leserinnen und Leser,

mit der vorliegenden Broschüre geben wir Ihnen einen Überblick über die vielfältige Begutachtungs- und Beratungstätigkeit des Medizinischen Dienstes. Kern unserer Arbeit ist es, allen Versicherten die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung nach objektiven medizinischen Kriterien zu gleichen Bedingungen zugutekommen zu lassen. Dabei gilt es, die Ressourcen der Solidargemeinschaft so einzusetzen, dass qualitätsgesicherte, medizinisch notwendige Leistungen gewährleistet und unnötige Leistungen vermieden werden.

Das Jahr 2021 war durch vielfältige Herausforderungen geprägt. Zum einen hatte die Pandemie weiterhin großen Einfluss auf die medizinische und pflegerische Versorgung. Die Prüfaufgaben des Medizinischen Dienstes in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wurden eingeschränkt, um einerseits das Infektionsrisiko für Patientinnen und Patienten, Pflegebedürftige und Beschäftigte zu vermindern und andererseits die Versorgung vor Ort zu entlasten.

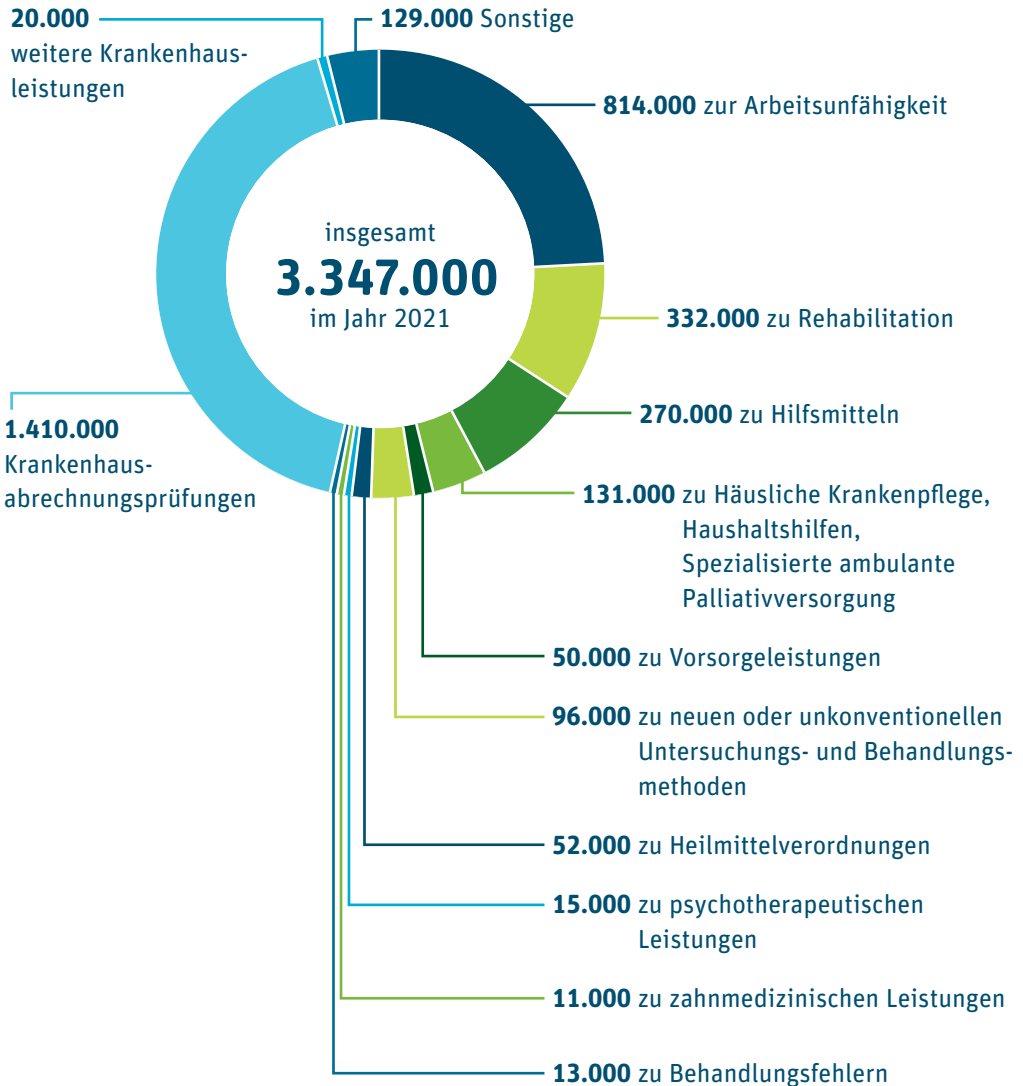
Zum anderen stand die Umsetzung des MDK-Reformgesetzes für die Medizinischen Dienste im Fokus. Mit der Reform waren umfangreiche Organisationsänderungen bei den Medizinischen Dienst und beim Medizinischen Dienst Bund umzusetzen. Außerdem wurden die mit der Reform auf den Weg gebrachten OPS-Strukturprüfungen erstmals durchgeführt. Damit wurde das bisherige System der Krankenhausrechnungsprüfungen umfassend reformiert. Ziel war hierbei, die kontinuierlich angestiegene Anzahl an Einzelfallabrechnungsprüfungen zu reduzieren. Die Medizinischen Dienste prüfen bei den Krankenhäusern nun im Vorhinein, ob sie die technischen und personellen Strukturmerkmale für bestimmte OPS-Leistungen vorhalten. Dies ist Voraussetzung dafür, dass die Krankenhäuser diese bestimmten OPS-Leistungen bei den Krankenkassen abrechnen können.

Mit unserer Übersicht zu den Zahlen, Daten und Fakten möchten wir Transparenz über die Aufgaben und den Umfang der Tätigkeiten der Medizinischen Dienste in der GKV und SPV herstellen. Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

Dr. Stefan Gronemeyer
Vorstandsvorsitzender
Medizinischer Dienst Bund

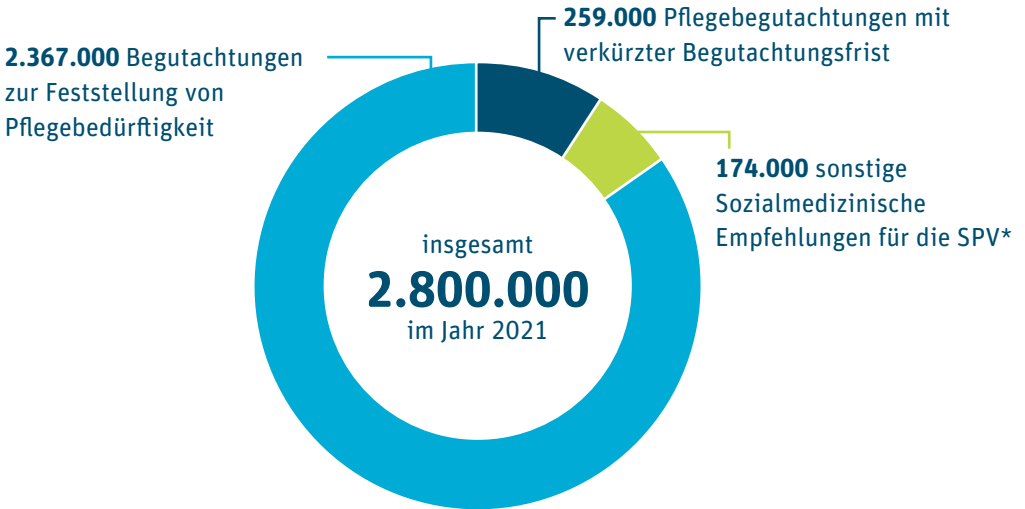
Leistungen auf einen Blick

Sozialmedizinische Empfehlungen für die Krankenversicherung



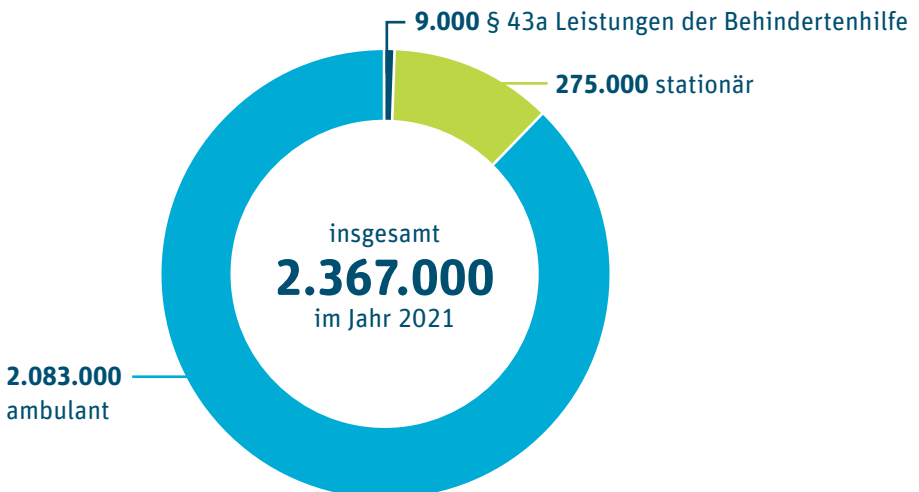
Durch die Pandemie wurde 2021 die Prüftätigkeit des Medizinischen Dienstes eingeschränkt. So z. B. im Bereich der Abrechnungsprüfungen. Um die Krankenhäuser während der Pandemie zu entlasten, wurde mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Prüfquote für das Jahr 2021 auf maximal 12,5% begrenzt, was zu einem Rückgang der Prüfungen durch die Medizinischen Dienste führte.

Sozialmedizinische Empfehlungen für die Pflegeversicherung

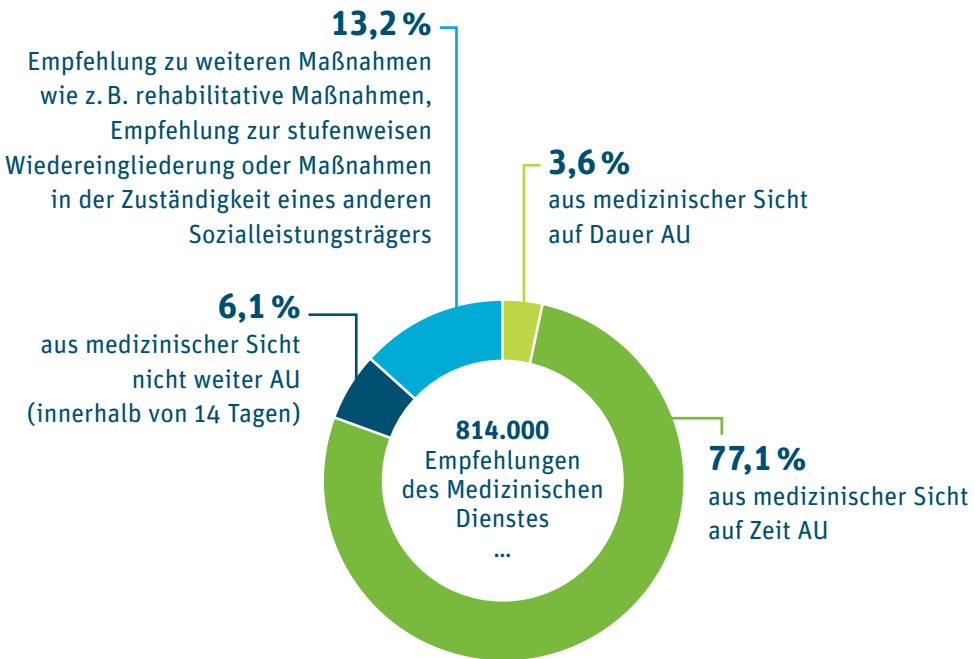


* (Pflegehilfsmittel; Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen; Teilstationäre Pflege/Kurzzeitpflege bei bestehender Pflegebedürftigkeit und sonstiges)

Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach beantragter Leistung



Sozialmedizinische Empfehlung bei Arbeitsunfähigkeit

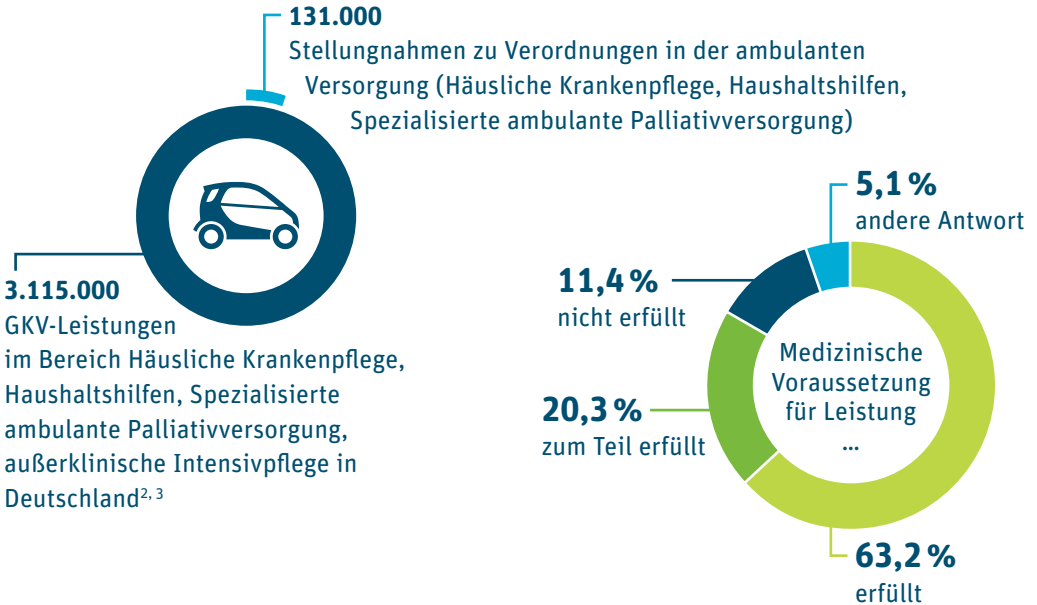


Typische Fragestellung bei einer Langzeit-AU:

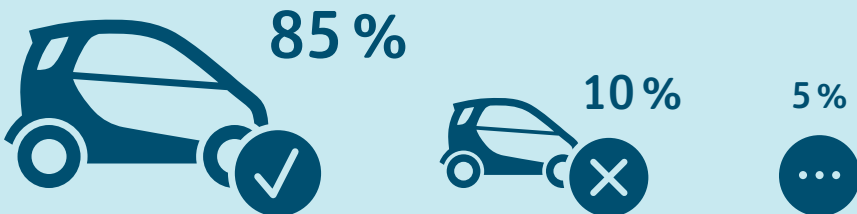
Kann die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch eine stufenweise Wiedereingliederung ermöglicht werden?

Sozialmedizinische Empfehlung im Bereich

Ambulante Leistungen



Fokus: Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V



Stellungnahmen: 85.056

Bei 85 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für die Häusliche Krankenpflege erfüllt (59,3%) oder teilweise erfüllt (25,5%). Bei gut 10 Prozent der Fälle lagen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen nicht vor.

Typische Fragestellung:

Inwieweit sind die beantragten Leistungen der Behandlungspflege (z. B. Medikamentengabe, Blutzuckerkontrollen, Insulininjektionen, An-/Ablegen von Kompressionsstrümpfen, Wundversorgung) nach Art und Umfang erforderlich, um das Ziel der ärztlichen Behandlung im Rahmen des Behandlungsplanes zu sichern?

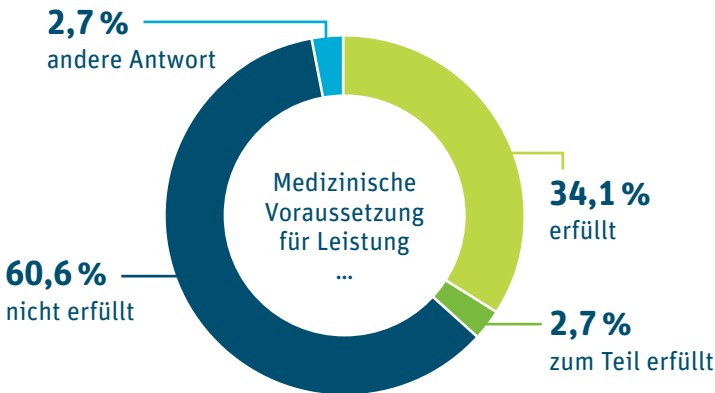
Sozialmedizinische Empfehlung zu

Heilmitteln



*Es ist zu berücksichtigen, dass nur ein geringer Teil der Heilmittelverordnungen durch den Medizinischen Dienst geprüft wird, da der größte Teil der Verordnungen keine genehmigungspflichtigen Antragsleistungen sind. Der Medizinische Dienst wird vorwiegend in die Begutachtung zu Fragen des langfristigen Heilmittelbedarfs eingeschaltet.

Im Bereich der GKV erfasst der Begriff des **Heilmittels** persönlich zu erbringende medizinische Leistungen durch zugelassene Heilmittelerbringer.



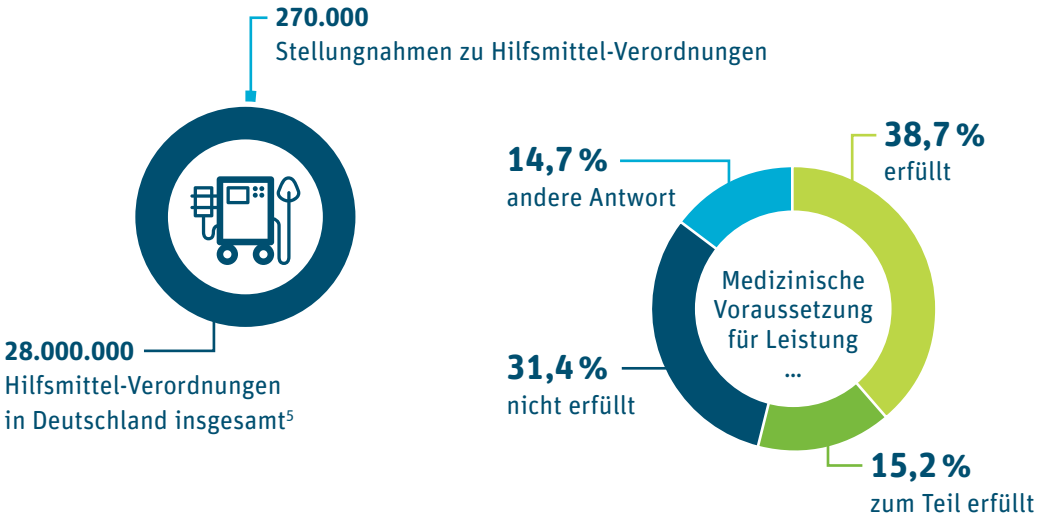
Typische Fragestellung:

Sind Schwere und Dauerhaftigkeit der vorliegenden Schädigung vergleichbar mit einer Diagnose aus Anlage 2* zur Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses?

*In der Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinien des G-BA sind Diagnosen gelistet, bei denen von einem langfristigen Heilmittelbedarf ausgegangen wird.

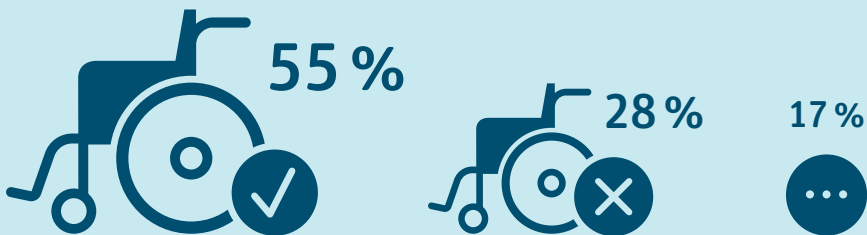
Sozialmedizinische Empfehlung zu

Hilfsmitteln



Hilfsmittel nach dem SGB V sind sächliche medizinische Leistungen, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine Behinderung ausgleichen sowie spezielle Dienstleistungen, z. B. die Einweisung in den Gebrauch eines Hilfsmittels.

Fokus: Kranken- und Behindertenfahrzeuge



Stellungnahmen: 39.103

In gut 55 Prozent waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für eine Leistung der Krankenkasse erfüllt (36,5 %) oder zum Teil erfüllt (18,7 %).

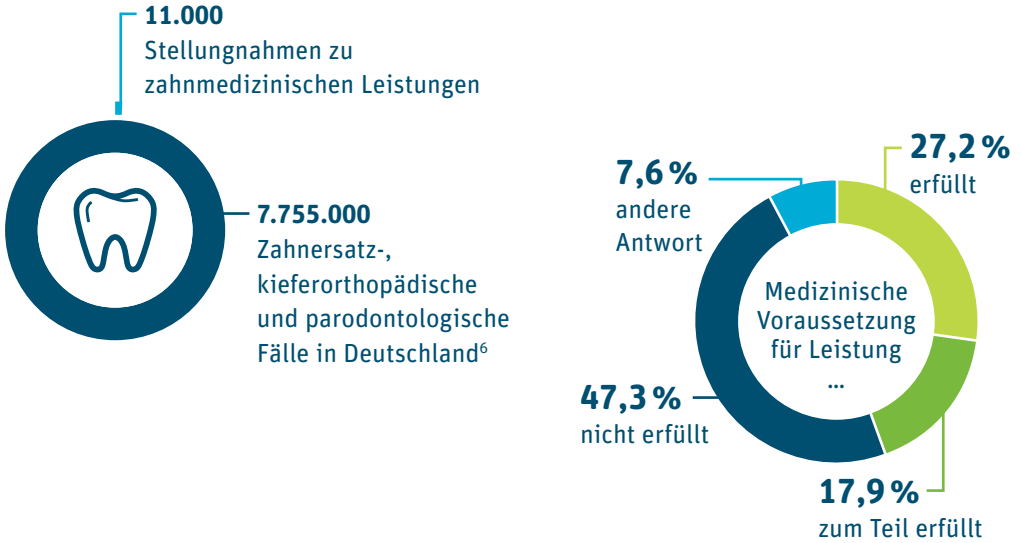
In 28 Prozent der Fälle lagen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für solche Hilfsmittel nicht vor.

Typische Fragestellung:

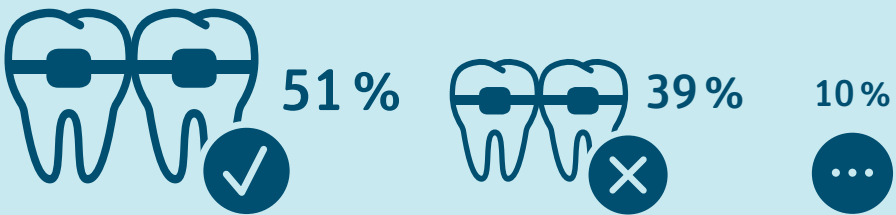
Ist das beantragte Hilfsmittel geeignet, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern?

Sozialmedizinische Empfehlung zu

Zahnmedizinischen Leistungen



Fokus: Kieferorthopädie



Stellungnahmen: 3.375

In über 51 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für kieferorthopädische Leistungen erfüllt (27,9 %) oder teilweise erfüllt (23,5 %). In 39 Prozent der Fälle lagen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für die geplanten Leistungen nicht vor.

Typische Fragestellung:

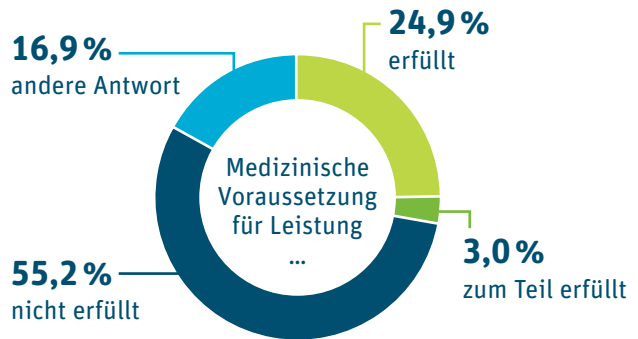
Sind die angegebenen Befunde richtig? Entspricht die geplante kieferorthopädische Versorgung den Richtlinien; ist sie zweckmäßig und wirtschaftlich?

Sozialmedizinische Empfehlung zu

Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

96.000

Stellungnahmen zu NUB



Fokus: Cannabinoide



Stellungnahmen: 19.340

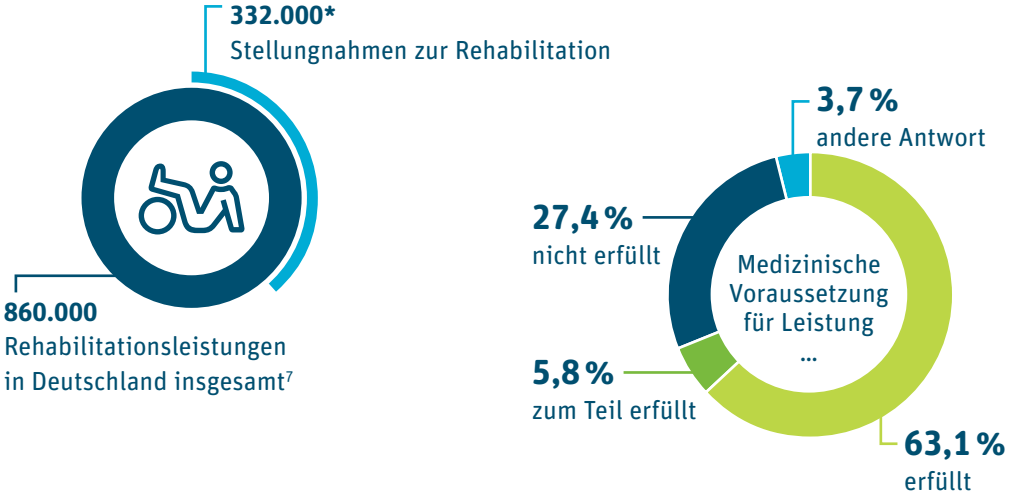
In knapp 42 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für die Behandlung mit Cannabinoiden erfüllt (40,3%) oder teilweise erfüllt (1,5%). In gut 50 Prozent der Fälle liegen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für eine solche Behandlung nicht vor.

Typische Fragestellung:

Erfordert die besondere Situation der Patientin oder des Patienten die Anwendung einer bisher nicht wissenschaftlich erprobten Behandlungsmethode?

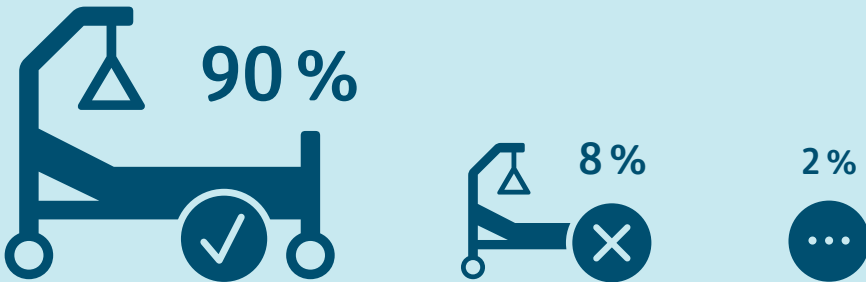
Sozialmedizinische Empfehlung zu

Rehabilitationsleistungen



* einschließlich Verlängerungsanträge

Fokus: Verlängerungsanträge zur stationären Rehabilitation



Stellungnahmen: 69.346

In ca. 90 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für eine Verlängerung der stationären Rehamaßnahme erfüllt (78,9%) oder teilweise erfüllt (10,8%). In knapp 8 Prozent der Fälle liegen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für eine Verlängerung nicht vor.

Typische Fragestellung bei einem Verlängerungsantrag zu einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation:

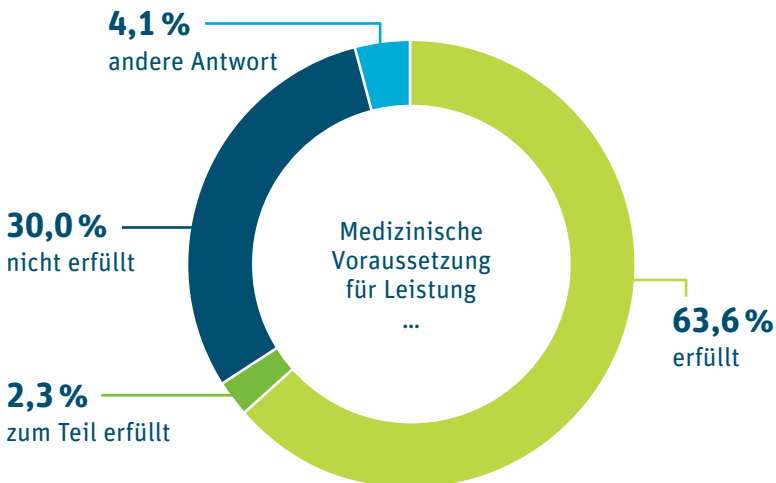
Ist die beantragte Verlängerung medizinisch notwendig, um das Rehabilitationsziel zu erreichen?

Sozialmedizinische Empfehlung zu

Vorsorgeleistungen

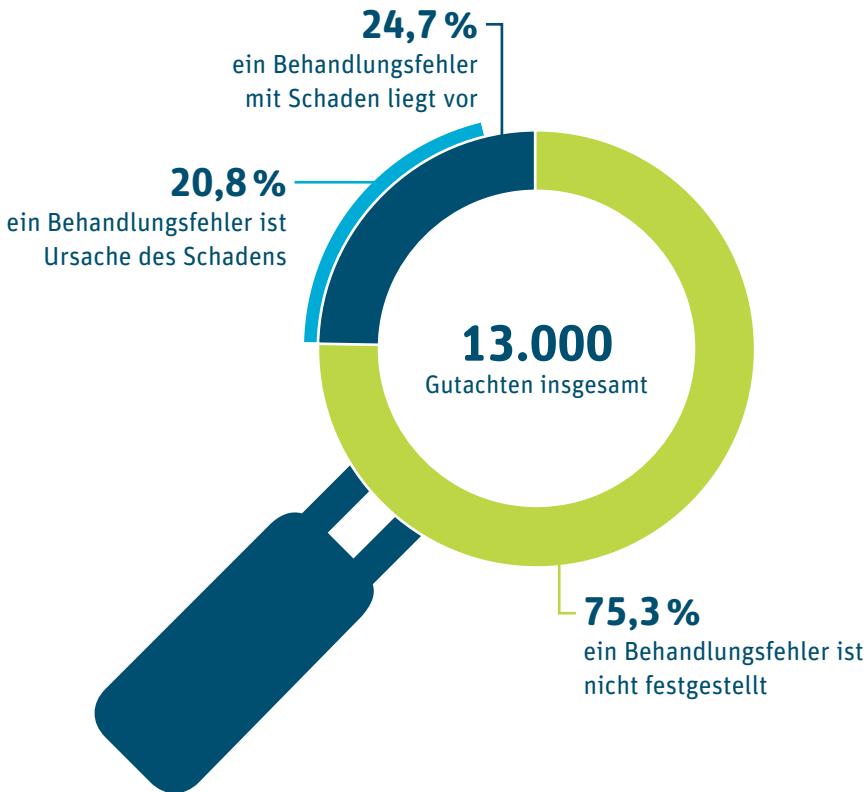


Vorsorgeleistungen umfassen überwiegend Mutter- oder Vater/Kind-Vorsorgeleistungen. Des Weiteren gehören stationäre Vorsorgeleistungen insbesondere für Kinder und Jugendliche sowie ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten dazu.



Begutachtung von

Behandlungsfehler-Vorwürfen



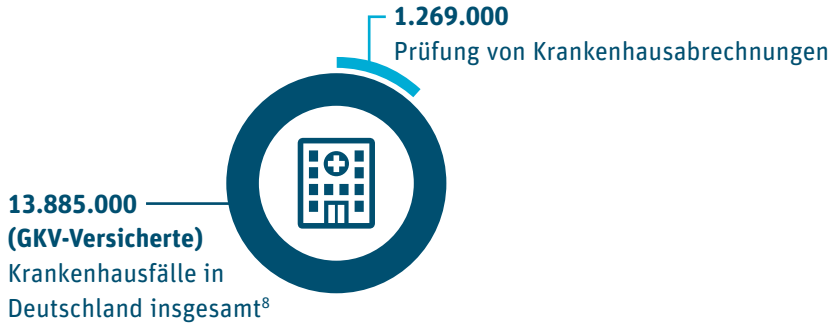
Bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler können sich Versicherte an ihre Krankenkasse wenden. Die Krankenkassen sollen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen unterstützen, die dann bestehen, wenn ein Behandlungsfehler einen Schaden nachweislich verursacht hat. Um diese Tatsachen medizinisch aufzuklären, beauftragen die Krankenkassen eine Behandlungsfehler-Begutachtung beim Medizinischen Dienst. Das Gutachten ist für Versicherte kostenlos und kann vor Gericht oder gegenüber dem Behandelnden bzw. der Haftpflichtversicherung verwendet werden.

Typische Fragestellung:

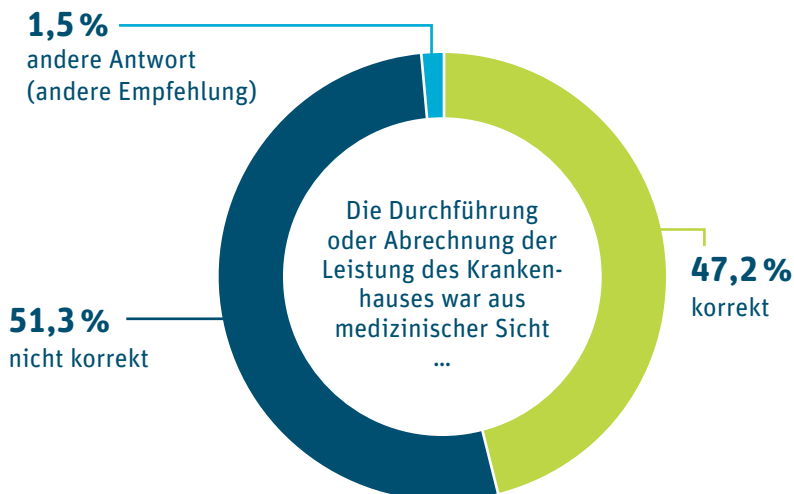
Liegt ein Behandlungsfehler vor, der einen Schaden verursacht hat?

Prüfung von

Krankenhausabrechnungen



Um die Krankenhäuser während der Pandemie zu entlasten, hat der Gesetzgeber durch das COVID-19 Krankenhausentlastungsgesetz, das Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite und das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) die quartalsbezogenen Prüfquoten in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 reduziert. Im Jahr 2021 galt eine quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 12,5 Prozent. Zudem entfielen in 2020 und 2021 die Differenzzahlungen für Krankenhäuser.

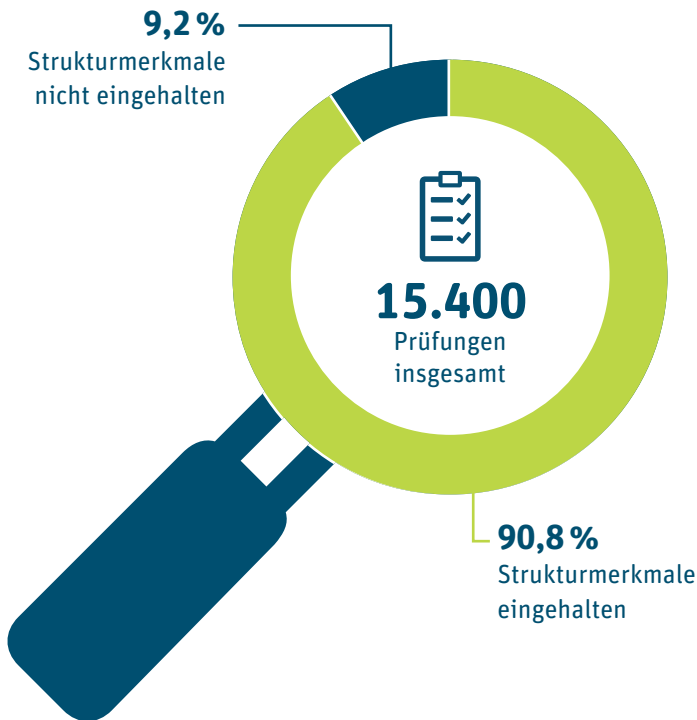


Typische Fragestellungen:

War die stationäre Behandlung erforderlich? War die Länge der Krankenhausbehandlung erforderlich? Wurden die Diagnosen und Therapien korrekt kodiert?

Ergebnisse der

Krankenhaus-Strukturprüfungen



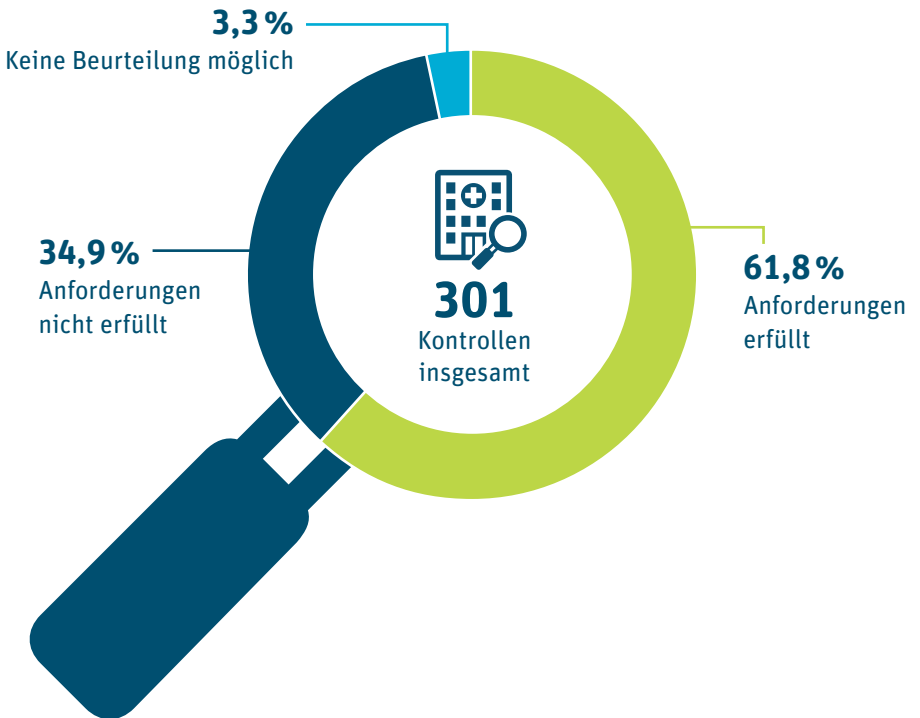
Die OPS-Strukturprüfungen wurden mit dem MDK-Reformgesetz erstmals für das Jahr 2021 eingeführt. Die Medizinischen Dienste prüfen zu verschiedenen Leistungen die Einhaltung von Strukturmerkmalen in den Krankenhäusern und stellen dazu Bescheinigungen aus. Dies ist Voraussetzung dafür, dass die Krankenhäuser diese bestimmten Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen können. Die zu prüfenden Strukturmerkmale sind im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) festgelegt, der jährlich vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegeben wird. Der OPS-Katalog 2021 enthält insgesamt 53 vergütungsrelevante Codes mit Strukturmerkmalen, die durch den Medizinischen Dienst zu prüfen sind.

Typische Fragestellung:

Erfüllt das Krankenhaus die technischen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen, um die Leistung mit den Krankenkassen abrechnen zu können?

Kontrolle der

Qualitäts-Vorgaben des G-BA



Entsprechend der Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) prüfen die Medizinischen Dienste Qualitätsvorgaben für die Krankenhäuser sowie deren Dokumentation im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung. Dabei sind auch Kontrollen vor Ort in den Krankenhäusern möglich, wenn es im Einzelfall begründet ist oder dies durch konkrete G-BA-Regelungen ausgelöst wird.

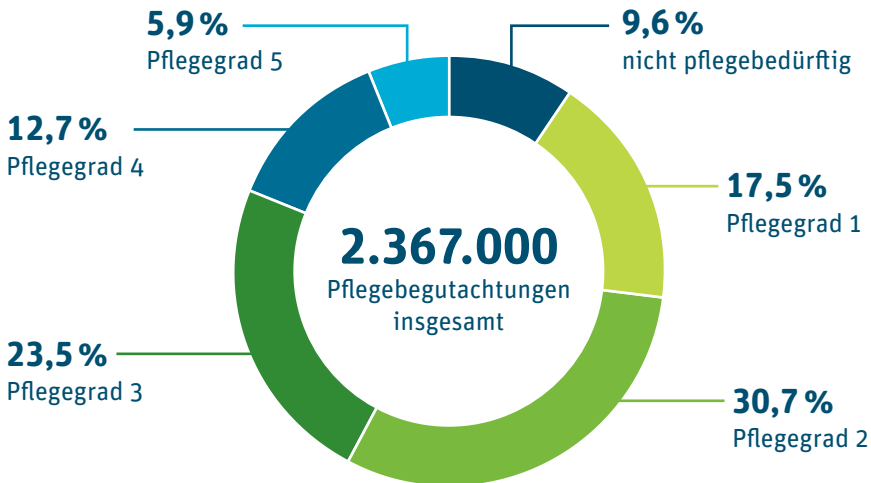


Kontrollen nach der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) waren im Jahr 2021 bedingt durch die COVID-19-Pandemie sowohl zeitlich als auch inhaltlich nur in begrenztem Umfang möglich. Bis zum 30. Juni 2021 waren Kontrollen gemäß MD-QK-RL vollständig ausgesetzt, so dass erst ab Juli 2021 mit den Kontrollen begonnen werden konnte. Bedingt durch das Wiederaufflammen der Pandemie im Herbst 2021 veranlasste der G-BA am 2. Dezember 2021 erneut eine vollständige Aussetzung der Kontrollen, so dass sich der mögliche Prüfzeitpunkt auf die Monate Juli bis November beschränkte. Die Prüfungen der Medizinischen Dienste fokussierten sich im Wesentlichen auf die Kontrolle der Qualitätsanforderungen zu Notfallstrukturen in den Krankenhäusern.

Ergebnisse der

Pflegebegutachtungen

Der Medizinische Dienst prüft im Auftrag der Pflegekassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Die Pflegebegutachtung wird von speziell ausgebildeten Pflegefachkräften und Ärztinnen und Ärzten in der Regel in der Häuslichkeit oder im Pflegeheim durchgeführt. Dabei stellt die Gutachterin oder der Gutachter fest, wie selbstständig die Versicherten ihren Alltag gestalten können, wobei sie Unterstützung benötigen und mit welchen Einschränkungen und pflegerischen Herausforderungen sie zurechtkommen müssen. Auf Basis des Gutachtens teilt die Pflegekasse den Versicherten den Pflegegrad und damit die Leistungen der Pflegeversicherung mit.



55,3%
Strukturiertes Telefoninterview



26,9%
persönliche Begutachtung
im Hausbesuch



17,8%
Gutachten nach vorliegenden Unterlagen



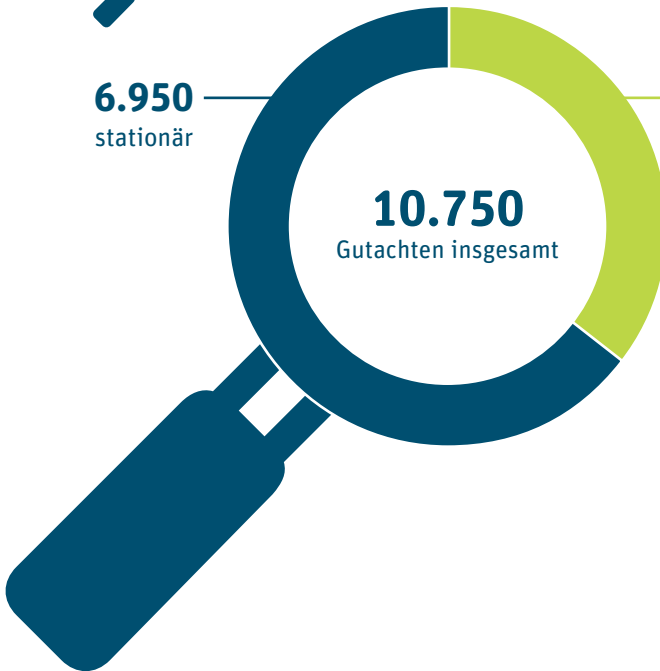
Um die besonders verletzbare Personengruppe der pflegebedürftigen Menschen vor Infektionen mit dem Coronavirus zu schützen, erfolgte die Pflegebegutachtung 2021 teilweise auf Basis bereits vorliegender Informationen und eines ergänzenden Telefoninterviews mit den Pflegebedürftigen beziehungsweise ihren Bezugspersonen. Dabei konnten alle pflegegradrelevanten Informationen berücksichtigt werden. Knapp 1,3 Mio. Pflegebedürftige wurden telefonisch begutachtet und erhielten so zeitnah Zugang zu den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

Pflege-Qualitätsprüfungen

Alle ambulanten Pflegedienste und Pflegeheime sind üblicherweise einmal im Jahr zu prüfen. Dabei werden 90 Prozent der Einrichtungen vom Medizinischen Dienst und 10 Prozent vom Prüfdienst der privaten Krankenversicherung (Medicproof) durchgeführt. Im Jahr 2019 vor der Pandemie gab es 24.500 Prüfungen – 12.500 in ambulanten Diensten und 12.100 in Pflegeheimen.



6.950
stationär



3.800
ambulant



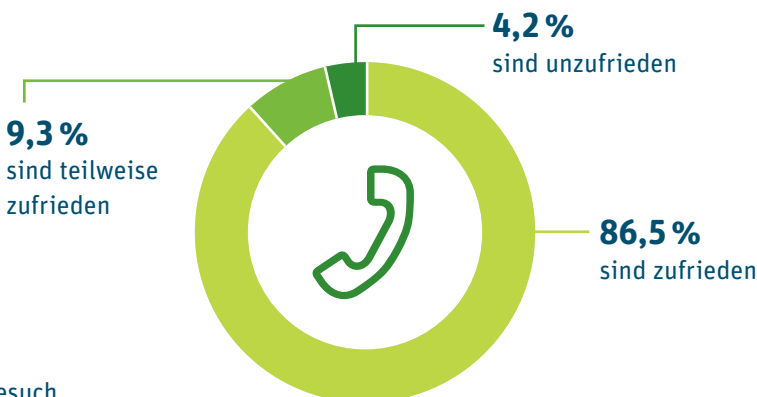
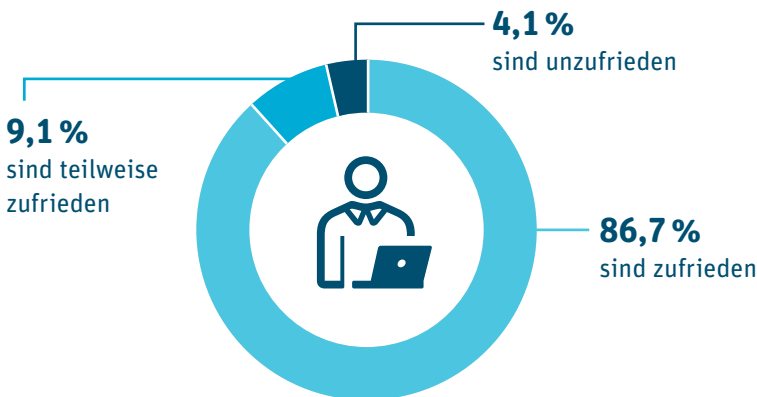
Im Jahr 2021 waren die Qualitätsprüfungen aufgrund der Pandemie nur eingeschränkt möglich. Pflegebedürftige gehören zur besonders vulnerablen Personengruppe, die vor einer für sie besonders gefährlichen Infektion mit dem Coronavirus geschützt werden mussten. Anlassprüfungen waren jedoch jederzeit möglich. Dies wurde durch das Epilage-Fortgeltungsgesetz geregelt. 2021 fanden insgesamt 10.750 Qualitätsprüfungen statt. Mit einem umfassenden Hygienekonzept konnten die Medizinischen Dienste ihre Prüfaufgaben erledigen und gleichzeitig die vulnerablen Personengruppen vor Infektionen schützen.

Ergebnisse der

Versichertenbefragung in der Pflegebegutachtung

Wie schneidet der Medizinische Dienst bei den Versicherten ab?

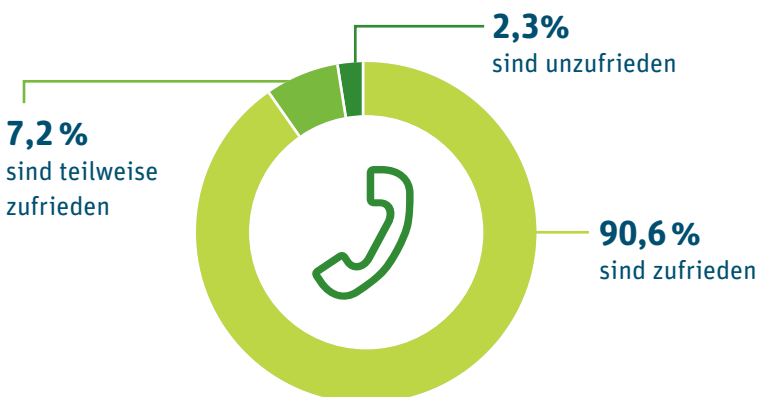
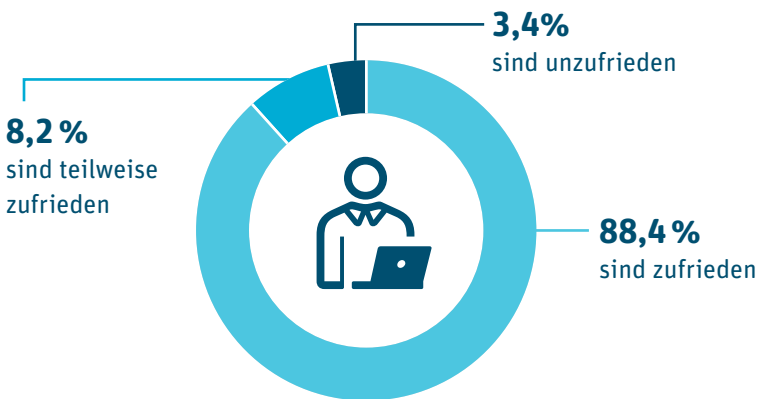
Jährlich können 2,5 Prozent der rund 2 Millionen Versicherten, die zur Pflegebedürftigkeit begutachtet wurden, die Arbeit des Medizinischen Dienstes bewerten. Im Jahr 2021 erfolgten die Pflegebegutachtungen im Hausbesuch und nach vorliegenden Informationen in Kombination mit einem telefonischem Interview. In einer Zufallsstichprobe werden Begutachtete ausgewählt, die per Post einen Fragebogen erhalten. Die Beantwortung des Fragebogens erfolgt freiwillig und anonym und wird durch ein unabhängiges Marktforschungsinstitut ausgewertet. Die Versichertenbefragung zeigte 2021 folgende Ergebnisse¹¹:



- Hausbesuch
- Telefonisch

Persönlicher und telefonischer Kontakt

In diesem Bereich wurde nach dem persönlichen Kontakt in der Pflegebegutachtung im Hausbesuch und im Vergleich beim Telefoninterview gefragt. Fragen zum Verhalten und zur Empathie der Gutachterinnen und Gutachter wurden hier bewertet. Bei der telefonischen Pflegebegutachtung wurde die Telefonverbindung sowie die Möglichkeit, weitere Personen beim Telefonat einbeziehen zu können, bewertet. Mit dem Hausbesuch waren 88,4 Prozent der Befragten zufrieden; mit dem Telefoninterview 90,6 Prozent.



Kompetenz-Centren leisten Systemberatung

Die Medizinischen Dienste stellen für die Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)* mit ihrer Expertise wissenschaftliche Beratung und Unterstützung in Versorgungsfragen für das Krankenversicherungssystem bzw. den GKV-Spitzenverband bereit. Die Medizinischen Dienste sind an vielen Fragen der Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens beteiligt und leisten damit für über 70 Millionen Versicherte einen wichtigen Beitrag für eine gute Versorgung. Diese wichtige und anspruchsvolle Beratungsleistung wird kurz **„Systemberatung“** genannt.

Systemberatung erfordert hohe Fachkompetenz und Erfahrung in den verschiedenen Versorgungsbereichen. Für besonders relevante Versorgungsbereiche haben die Medizinischen Dienste zudem Kompetenz-Centren für den Ausbau und die Bündelung speziellen Expertenwissens eingerichtet. Die Kompetenz-Centren sind jeweils bei einem oder zwei Medizinischen Diensten angesiedelt. Jedes Kompetenz-Centrum verfügt über einen Pool von Expertinnen und Experten aus den Medizinischen Diensten.

* Der G-BA ist zentrales Entscheidungsgremium für die Weiterentwicklung und Steuerung der medizinischen Versorgung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Der G-BA entscheidet, welche Leistungen es für gesetzlich Versicherte gibt und welche Qualitätsvorgaben einzuhalten sind. Hierzu besteht in allen Versorgungsbereichen (z. B. Arzneimittel, Untersuchungsmethoden, Operationen) großer Bedarf an Expertenwissen. Im G-BA sind die Verbände der Krankenhäuser, der niedergelassenen Ärzte- und Zahnärzteschaft sowie die Krankenkassen durch den GKV-Spitzenverband vertreten. Geleitet wird der G-BA durch unparteiische Vorsitzende, Patientenvertretungen haben Anhörungsrechte.





Kompetenz-Centrum Geriatrie

beim Medizinischen Dienst Nord

spezialisiert auf die Systemberatung zur Versorgung und Rehabilitation alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen



Kompetenz-Centrum Onkologie

beim Medizinischen Dienst Nordrhein

spezialisiert auf die Systemberatung zu neuen Methoden in der Krebsbehandlung



Kompetenz-Centrum Psychiatrie/Psychotherapie

bei den Medizinischen Diensten Mecklenburg-Vorpommern und Hessen

spezialisiert auf die Systemberatung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen



Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg

spezialisiert auf die Messung der Qualität von medizinischen Leistungen, zum Beispiel im Bereich der Krebsdiagnostik



Kompetenzeinheit Hilfsmittelverzeichnis

beim Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg und Medizinischen Dienst Bund

spezialisiert auf die Beratung des GKV-Spitzenverbandes zum Hilfsmittelverzeichnis

Sozialmedizinische Expertengruppen leisten Grundsatzberatung

Sozialmedizinische Expertengruppen (SEG) sind gemeinsame Einrichtungen aller Medizinischen Dienste. Aufgabe der Sozialmedizinischen Expertengruppen ist es, eine bundesweit einheitliche Begutachtung und Beratung sicherzustellen. Damit schaffen sie die Grundlage dafür, dass Anfragen und Aufträge der Krankenkassen – beispielsweise in Fragen der Arbeitsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit – von jedem Medizinischen Dienst unabhängig von der beauftragenden Krankenkasse mit demselben Standard bearbeitet werden. Die Erarbeitung von Grundlagen zur einheitlichen Begutachtung und Beratung wird „Grundsatzberatung“ genannt.

Die Sozialmedizinischen Expertengruppen sind organisatorisch jeweils bei einem oder zwei Medizinischen Diensten oder dem Medizinischen Dienst Bund angesiedelt. Unterstützt werden sie durch einen Pool von sozialmedizinischen Expertinnen und Experten aus den über 5.000 Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften und weiteren Expertinnen und Experten. Die Leitung und Koordination einer Sozialmedizinischen Expertengruppen liegt in den Händen erfahrener Ärztinnen oder Ärzte und Pflegefachkräften der Medizinischen Dienste.





SEG 1 Leistungsbeurteilung/Teilhabe

beim Medizinischen Dienst Niedersachsen

Rehabilitation, Arbeitsunfähigkeit, Heilmittel



SEG 2 Pflege/Hilfebedarf

bei den Medizinischen Diensten Bayern und Westfalen-Lippe

Pflegebedürftigkeit, Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen, Häusliche Krankenpflege, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Hospizversorgung



SEG 4 Vergütung und Abrechnung

beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg

Weiterentwicklung, Qualitätssicherung und Prüfung der Vergütung und Abrechnung in der stationären Versorgung im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung



SEG 5 Hilfsmittel und Medizinprodukte

beim Medizinischen Dienst Hessen

Bewertung von Hilfsmitteln und hilfsmittelnahen Medizinprodukten (z. B. elektronisch gesteuerte Prothesen, Seh- und Hörhilfen)



SEG 6 Arzneimittelversorgung

beim Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe

Fragen zur ambulanten Arzneimittelversorgung und besondere Fragestellungen (z. B. Arzneimittelimport, Off-label-Verordnung)



SEG 7 Methoden- und Produktbewertungen

beim Medizinischen Dienst Bayern und Medizinischen Dienst Bund

Methoden- und Produktbewertungen, Beratung zu neuen und etablierten Untersuchungs-, Behandlungs- oder Operationsmethoden

Personal

Bei den Medizinischen Diensten sind insgesamt **11.146** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. Das entspricht **9.886** Vollzeitstellen.



Ärztinnen und Ärzte: **2.468**

2.123 Vollzeitstellen



Pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter: **4.263**

3.824 Vollzeitstellen



Heil- und Gesundheitsberufe: **113**

105 Vollzeitstellen



Kodierfachkräfte: **515**

467 Vollzeitstellen



Assistenzpersonal Gutachten: **2.810**

2.473 Vollzeitstellen

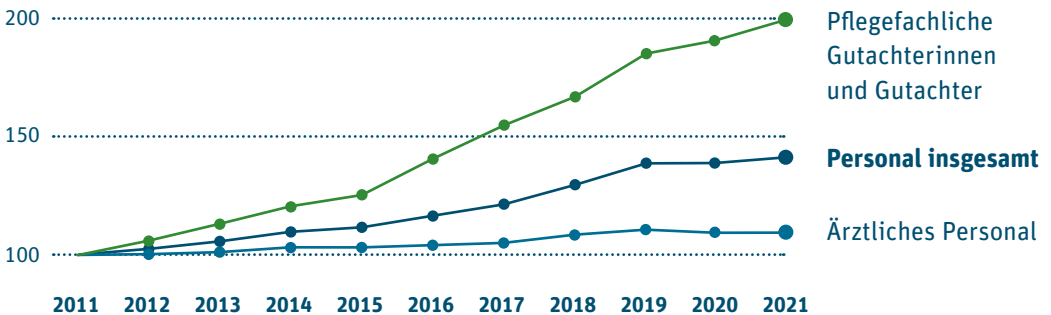


Verwaltungspersonal: **977**

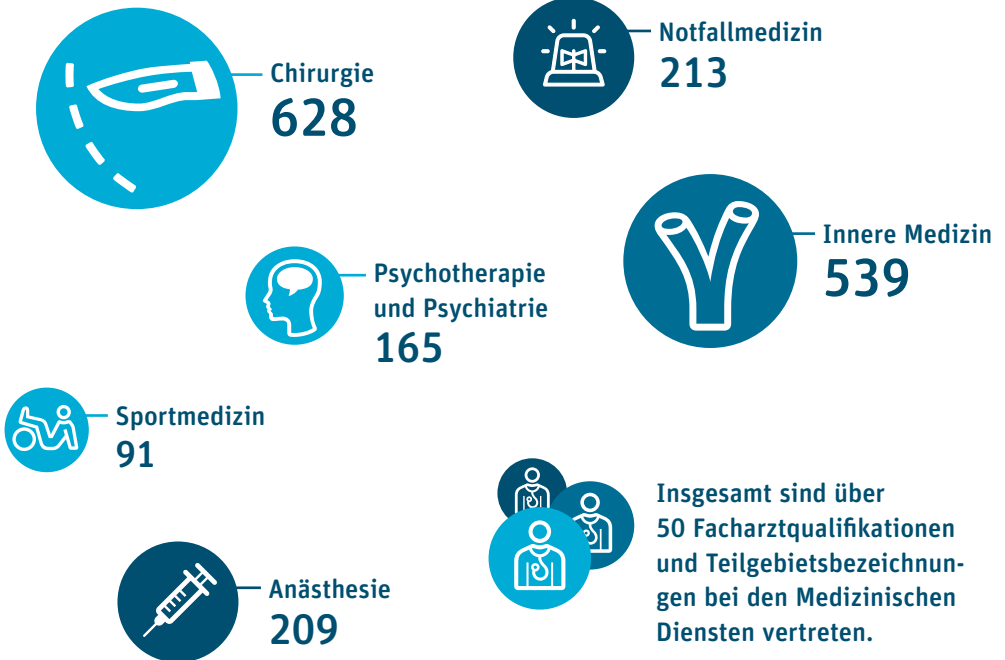
894 Vollzeitstellen

Personalentwicklung 2011–2021

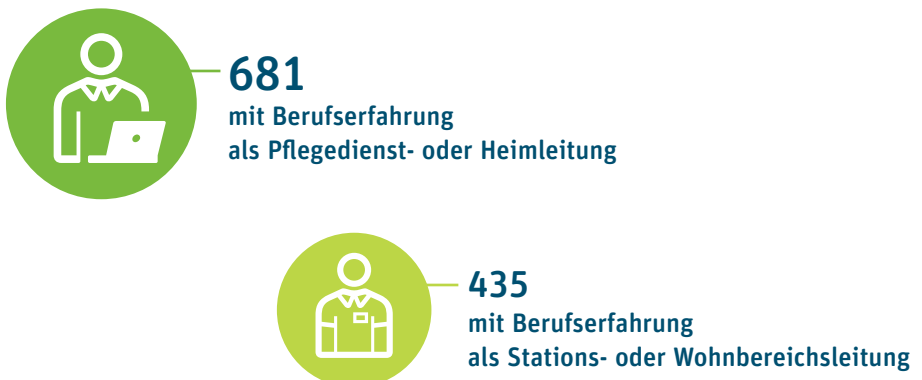
Prozentuelle Entwicklung (Basis 2011 = 100 %)



Beim Medizinischen Dienst gibt es eine breite Fachkompetenz.
Unter den 2.468 Ärztinnen und Ärzten des Medizinischen Dienstes sind zum Beispiel folgende medizinische Fachgebiete vertreten:



Unter den 4.263 Pflegefachkräften befinden sich



Kosten

Der Medizinische Dienst kostete im Jahr 2021 insgesamt 1,007 Mrd. Euro, die je zur Hälfte von der Krankenversicherung und von der Pflegeversicherung getragen werden.

1,007 Mrd. Euro^{9,10}

Die Krankenkassen bezahlen nicht den einzelnen Auftrag. Für die Beratung der Kranken- und Pflegekassen erhält der Medizinische Dienst für jedes Mitglied einer Krankenkasse pauschal und unabhängig davon, womit und in welchem Umfang der Medizinische Dienst von der Kranken- oder Pflegekasse beauftragt wurde, einen bestimmten Euro-Beitrag pro Jahr (durchschnittlich 17,96 Euro pro Krankenkassenmitglied im Jahr 2021).



504 Mio. Euro
Ausgaben der **Kranken-**
versicherung für die
Medizinischen Dienste

0,20 % Anteil
Medizinische Dienste

504 Mio. Euro
Ausgaben der **Pflege-**
versicherung für die
Medizinischen Dienste

1,00 % Anteil
Medizinische Dienste

Leistungsausgaben
der GKV
255,5 Mrd. Euro⁹

Leistungsausgaben
der Pflegeversicherung
50,2 Mrd. Euro¹⁰

Quellenverweise

Soweit nicht anders angegeben gilt: Datenquelle MD Bund; Jahr 2021

- 1 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 2, Gesetzliche Krankenversicherung, Leistungsfälle Arbeitsunfähigkeit 2020
- 2 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 2, Gesetzliche Krankenversicherung, Leistungsfälle Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege 2020
- 3 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 3; Gesetzliche Krankenversicherung, Abrechnungsfälle spezialisierte ambulante Palliativversorgung 2020
- 4 **GKV-Spitzenverband**; Heilmittel-Schnellinformation (HIS) 2021
- 5 **GKV-Spitzenverband**; Dritter Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen 2020
- 6 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 3; Abrechnungsfälle zahnärztliche Behandlung 2020
- 7 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 5, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen 2020
- 8 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 2; Krankenhausfälle der gesetzlich Versicherten insgesamt 2020
- 9 **BMG; KV45**; Gesetzliche Krankenversicherung; Leistungsausgaben der GKV, Kosten Medizinischer Dienst (ohne KBS) vorläufige Rechnungsergebnisse des Jahres 2021
- 10 **BMG**; Zahlen und Fakten der Pflegeversicherung, Leistungsausgaben der Gesetzlichen Pflegeversicherung 2021
- 11 **Medizinischer Dienst Bund**; Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes 2021

Alle Angaben beziehen sich auf GKV-Versicherte (nicht GKV-Mitglieder).
Es wurde auf die jeweils zuletzt verfügbaren Daten zugegriffen.
Etwaige Abweichungen in der Summe bei einzelnen Grafiken sind rundungsbedingt.

Erläuterungen zur Begutachtung



Erfüllt

Der Medizinische Dienst empfahl der Krankenkasse aufgrund einer medizinischen bzw. sozialmedizinischen Überprüfung, die beantragte Leistung zu bewilligen.

Teilweise erfüllt

Der Medizinische Dienst sah aufgrund seiner medizinischen bzw. sozialmedizinischen Überprüfung die Voraussetzungen für die Leistung zum Teil erfüllt. Er empfahl der Krankenkasse entweder die Leistung teilweise zu übernehmen oder die Voraussetzungen nochmals zu prüfen. Möglicherweise wurde eine alternative Leistung empfohlen.



Nicht erfüllt

Der Medizinische Dienst empfahl der Krankenkasse aufgrund einer medizinischen bzw. sozialmedizinischen Überprüfung, die beantragte Leistung nicht zu übernehmen. Gründe hierfür können sein: mangelnde Qualität, fehlende medizinische Indikation, Sicherheit, Zulassung, Regulierung oder gesetzliche Grundlage zur Erbringung der Leistung.



Andere Antwort

Der Medizinische Dienst empfahl aus medizinischer bzw. sozialmedizinischer Sicht alternative Behandlungsmöglichkeiten. Oder es konnte aufgrund fehlender Unterlagen keine Empfehlung abgegeben werden. Ggf. folgten weitere Recherchen

Impressum

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: www.md-bund.de

Grafische Gestaltung

fountain studio, Düsseldorf

Dezember 2022



www.medizinischerdienst.de
www.md-bund.de