



Medizinischer
Dienst

Die Arbeit des Medizinischen Dienstes

Zahlen, Daten, Fakten 2022



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 Broschüre Zahlen – Daten – Fakten 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.

Merkmal und Grundlage jeder gutachtlichen Tätigkeit ist die Unabhängigkeit der Gutachterinnen und Gutachter. Allein das fachliche Wissen und die sozialmedizinische Beurteilung zählen bei der Begutachtung. Respektvolles Auftreten gegenüber Versicherten ist für die Gutachterinnen und Gutachter dabei selbstverständlich. Die positive Rückmeldung zur Zufriedenheit mit der Pflegebegutachtung bei der jährlichen Versichertenbefragung zeigt, dass die Versicherten das sensible und respektvolle Auftreten der Gutachterinnen und Gutachter schätzen.

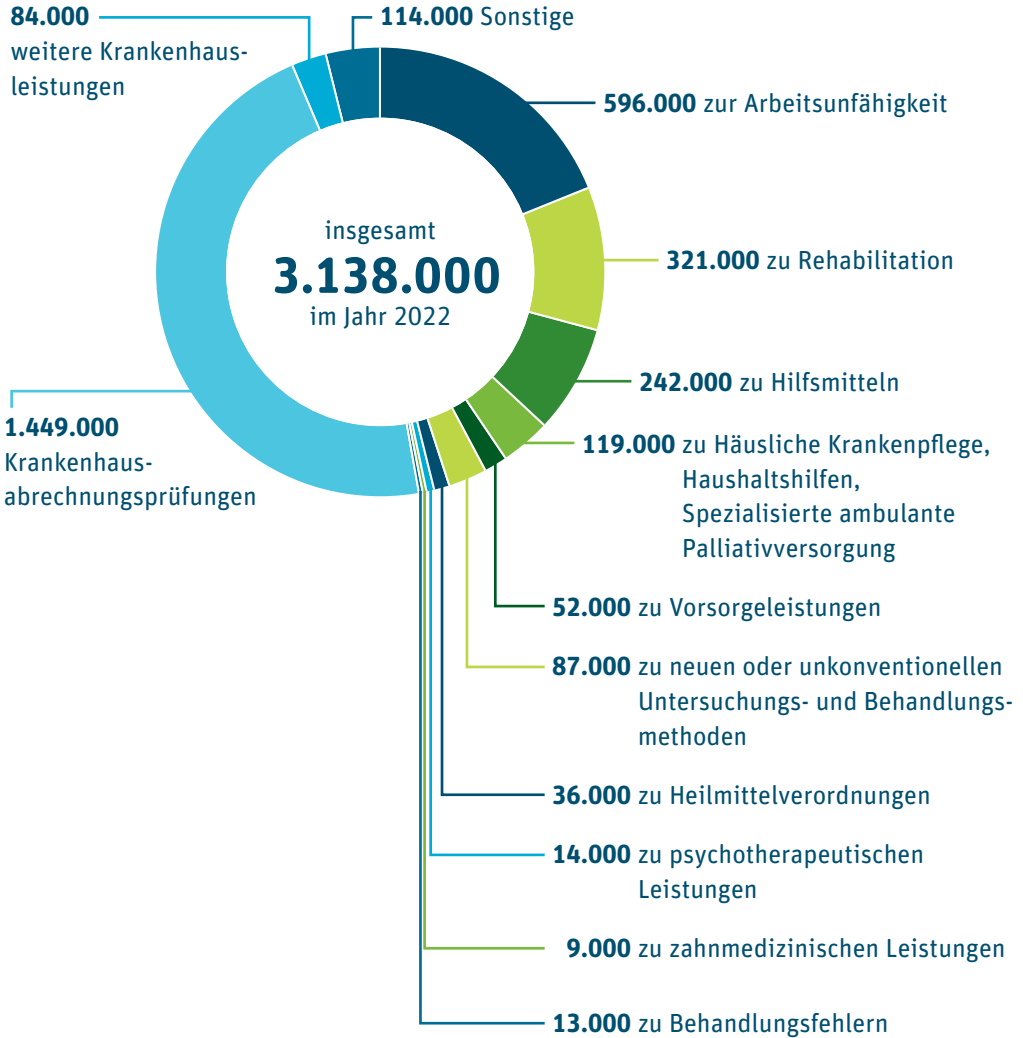
Aufgrund der Corona-Pandemie erfolgten die Begutachtungen und Prüfungen des Medizinischen Dienstes in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen auch im Jahr 2022 zum Teil in veränderter oder eingeschränkter Form. Ziel war es, Patientinnen und Patienten, Pflegebedürftige und Beschäftigte vor Infektionen zu schützen und die Beschäftigten in den Einrichtungen zu entlasten. Mit der Entspannung der Pandemie-Lage konnten die Medizinischen Dienste den regulären Betrieb in allen Aufgabenfeldern wieder aufnehmen. Das gilt in besonderem Maße auch für die Strukturprüfungen im Krankenhaus, die inzwischen im Routinebetrieb angekommen sind.

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

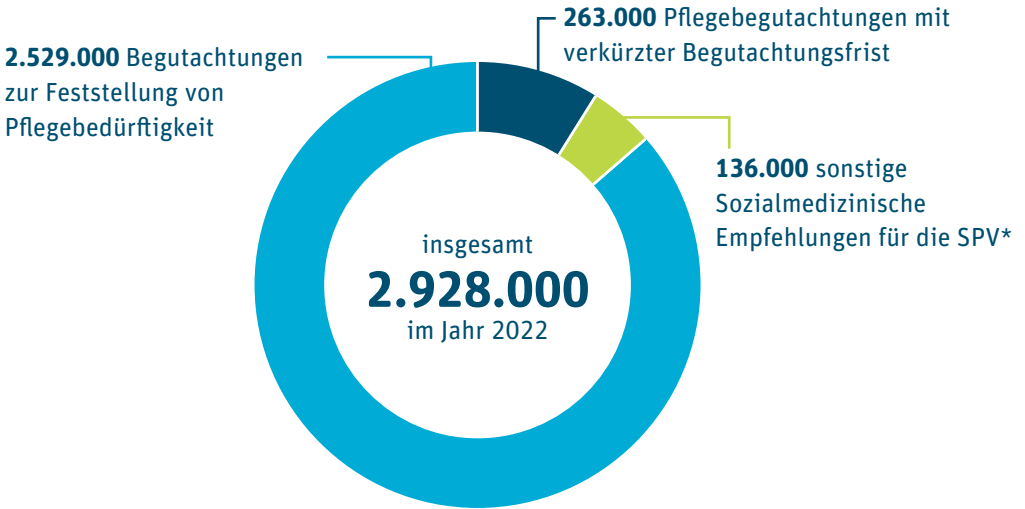
Dr. Stefan Gronemeyer
Vorstandsvorsitzender
Medizinischer Dienst Bund

Leistungen auf einen Blick

Sozialmedizinische Empfehlungen für die Krankenversicherung

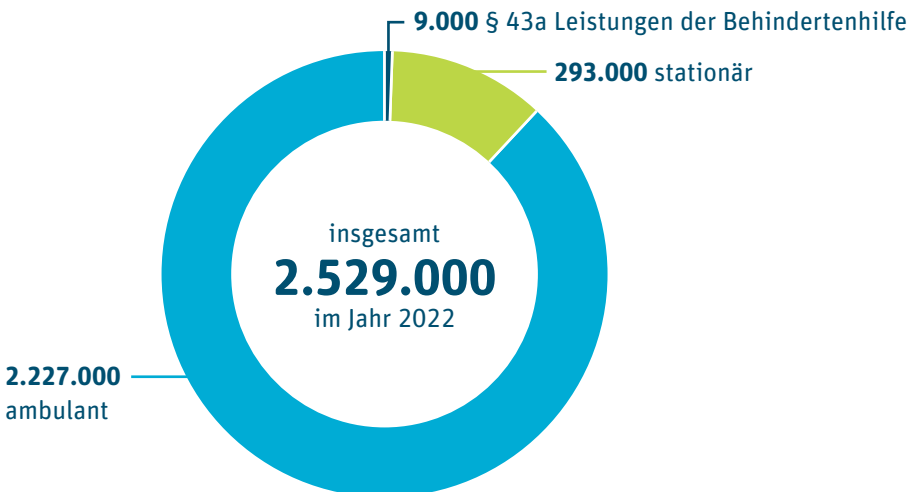


Sozialmedizinische Empfehlungen für die Pflegeversicherung

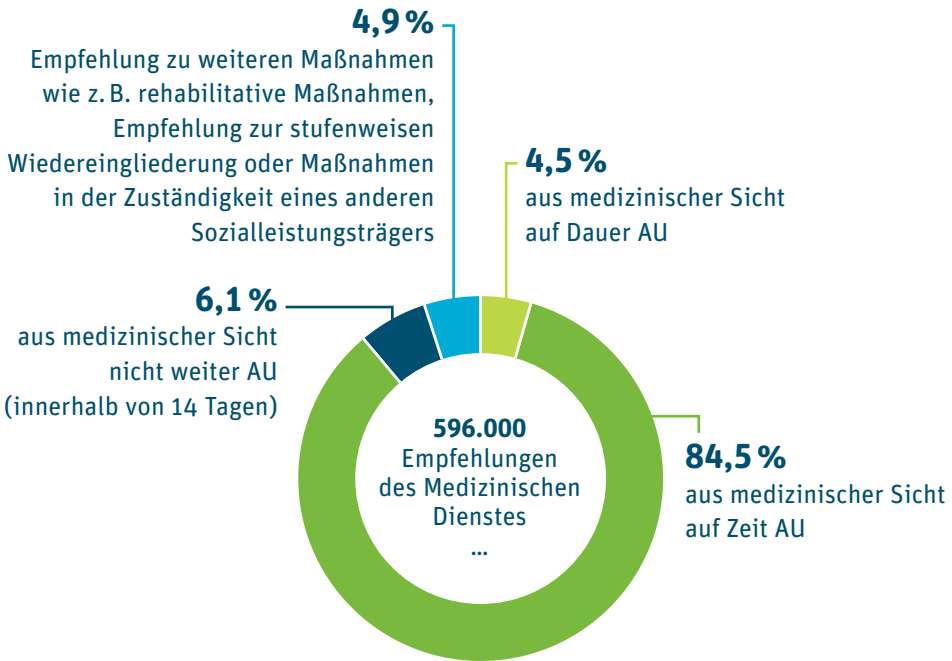


* (Pflegehilfsmittel; Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen; Teilstationäre Pflege/Kurzzeitpflege bei bestehender Pflegebedürftigkeit und sonstiges)

Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach beantragter Leistung



Sozialmedizinische Empfehlung bei Arbeitsunfähigkeit

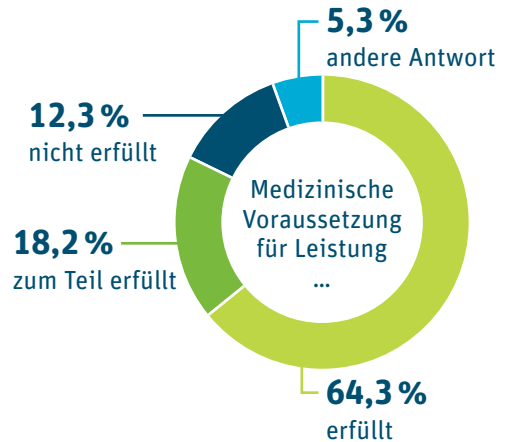


Typische Fragestellung bei einer Langzeit-AU:

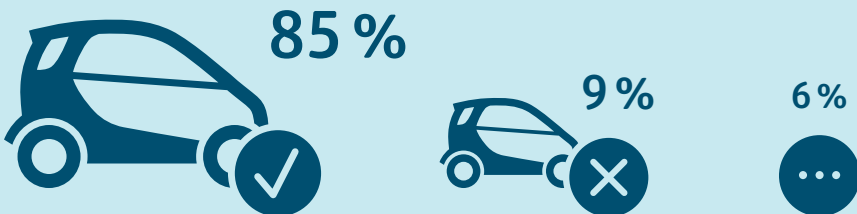
Kann die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch eine stufenweise Wiedereingliederung ermöglicht werden?

Sozialmedizinische Empfehlung im Bereich

Ambulante Leistungen



Fokus: Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V



Stellungnahmen: 68.725

Bei 85 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für die Häusliche Krankenpflege erfüllt (60,4%) oder teilweise erfüllt (24,5%). Bei gut 9 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?

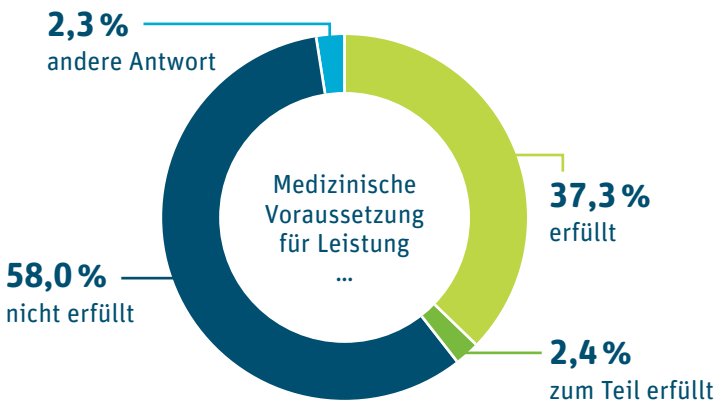
Sozialmedizinische Empfehlung zu

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.



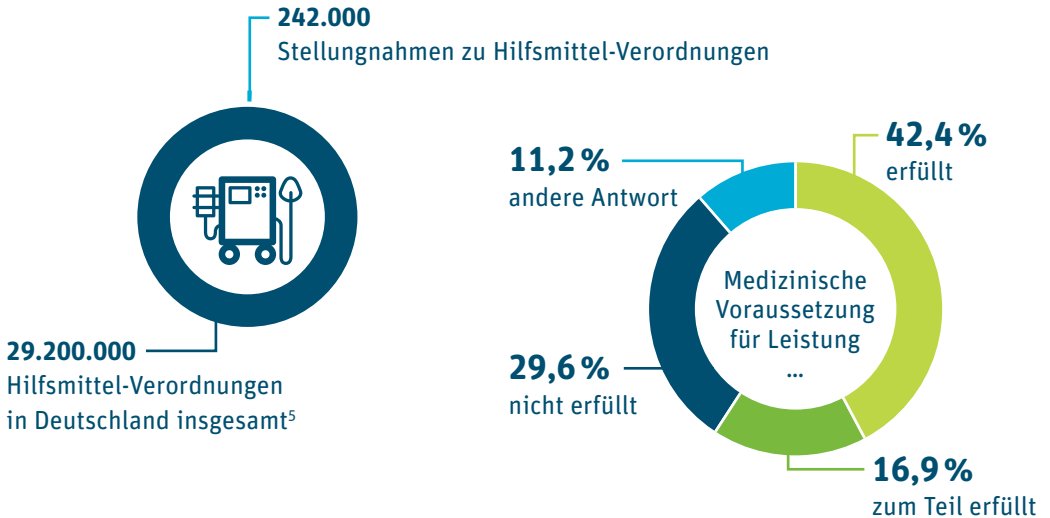
Typische Fragestellung:

Sind Schwere und Dauerhaftigkeit der vorliegenden Schädigung vergleichbar mit einer Diagnose, bei der von einem langfristigen Heilmittelbedarf ausgegangen wird?*

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

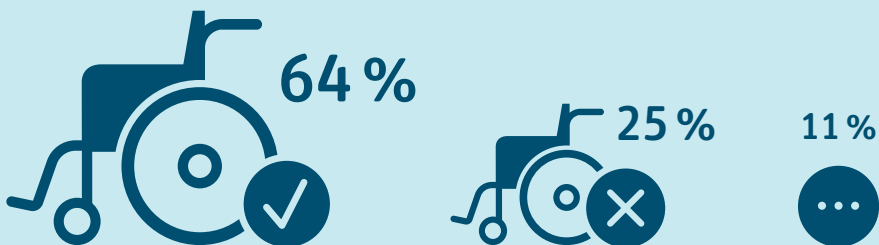
Sozialmedizinische Empfehlung zu

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 dafür, z. B. die Einweisung in den Gebrauch eines Hilfsmittels.

Fokus: Kranken- und Behindertenfahrzeuge



Stellungnahmen: 28.086

In gut 64 Prozent waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für eine Leistung der Krankenkasse erfüllt (40,4 %) oder zum Teil erfüllt (23,5 %).

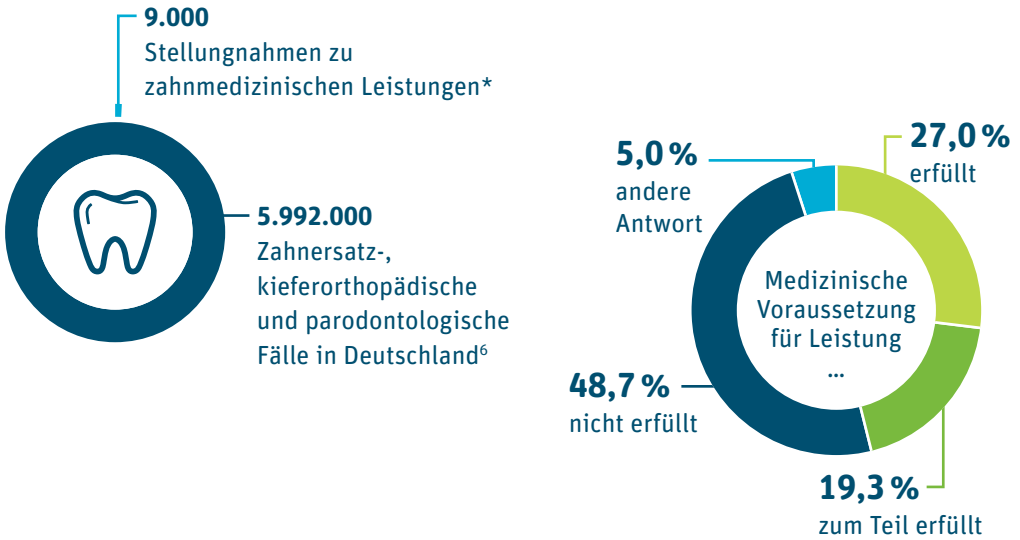
In 25 Prozent der Fälle lagen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für solche Hilfsmittel nicht vor.

Typische Fragestellung:

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

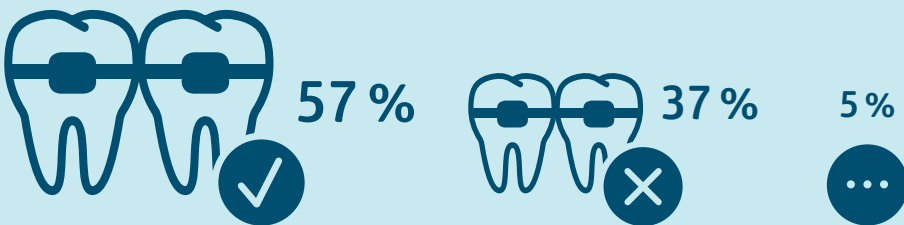
Sozialmedizinische Empfehlung zu

Zahnmedizinischen Leistungen



* Dem Medizinischen Dienst werden vor allem Fälle vorgelegt, bei denen Zweifel bestehen, ob die geplante Behandlung sachgerecht ist. Die unabhängige medizinische Einschätzung schützt Versicherte vor unnötig umfangreichen, aber auch vor unzureichenden Maßnahmen.

Fokus: Kieferorthopädie



Stellungnahmen: 2.655

In über 57 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für kieferorthopädische Leistungen erfüllt (34 %) oder teilweise erfüllt (23 %).

In 37 Prozent der Fälle lagen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für die geplanten Leistungen nicht vor.

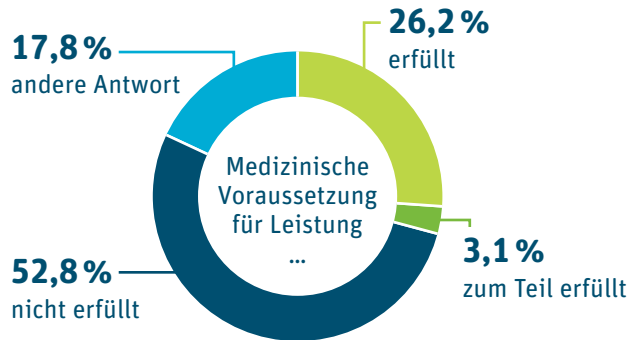
Typische Fragestellung:

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

Sozialmedizinische Empfehlung zu

Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

87.000
Stellungnahmen zu NUB*



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

Fokus: Cannabinoide



Stellungnahmen: 17.376

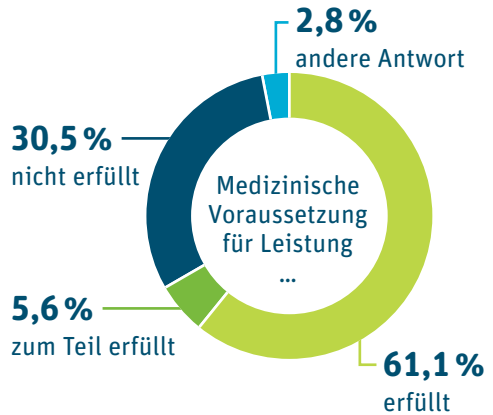
In knapp 45 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für die Behandlung mit Cannabinoiden erfüllt (43 %) oder teilweise erfüllt (2 %). In gut 51 Prozent der Fälle liegen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für eine solche Behandlung nicht vor.

Typische Fragestellung:

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

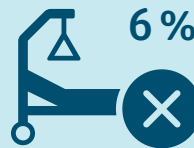
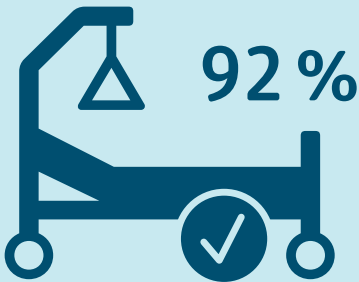
Sozialmedizinische Empfehlung zu

Rehabilitationsleistungen



* einschließlich Verlängerungsanträge

Fokus: Verlängerungsanträge zur stationären Rehabilitation



Stellungnahmen: 58.427

In ca. 92 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für eine Verlängerung der stationären Rehamaßnahme erfüllt (80 %) oder teilweise erfüllt (12 %). In knapp 6 Prozent der Fälle liegen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für eine Verlängerung nicht vor.

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

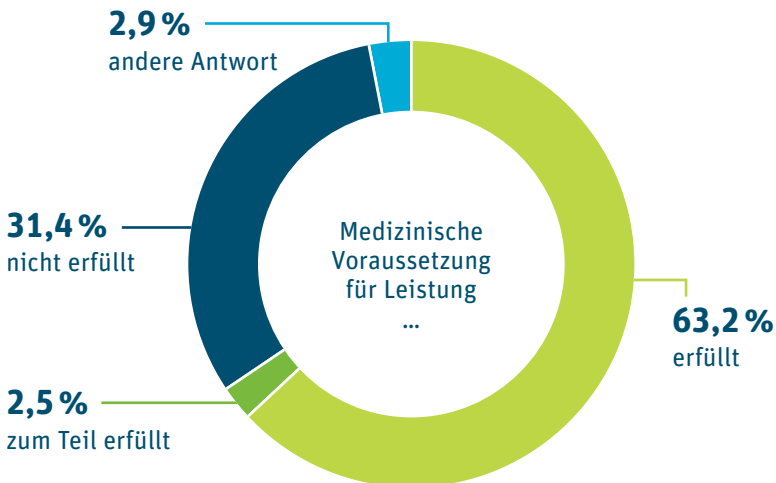
Ist die beantragte Verlängerung medizinisch notwendig, um das Rehabilitationsziel zu erreichen?

Sozialmedizinische Empfehlung zu

Vorsorgeleistungen

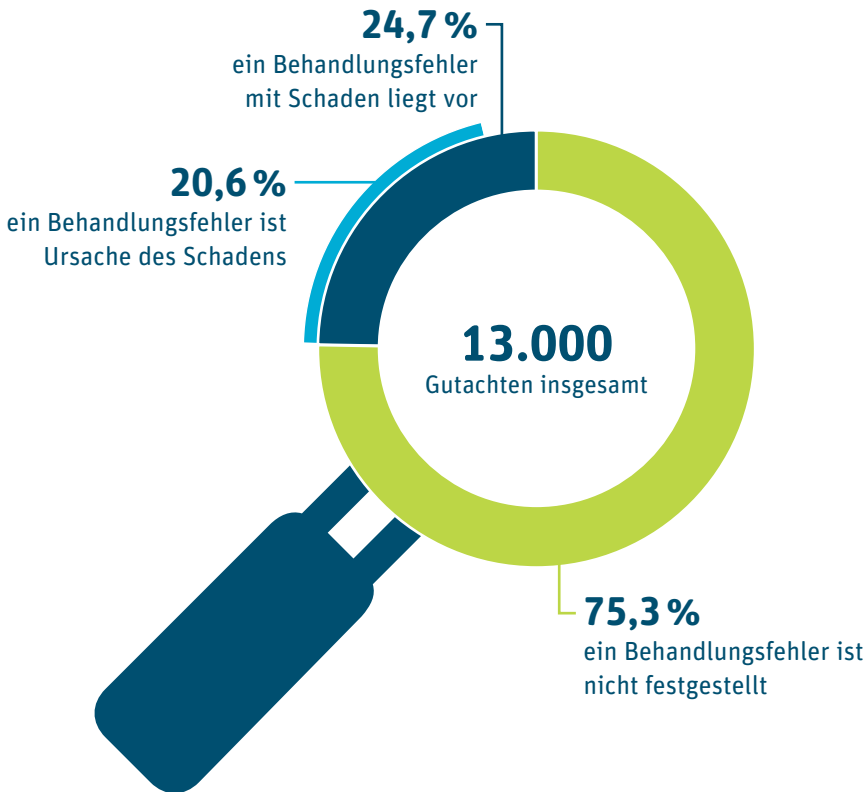


Vorsorgeleistungen umfassen überwiegend Mutter- oder Vater/Kind-Vorsorgeleistungen. Des Weiteren gehören stationäre Vorsorgeleistungen insbesondere für Kinder und Jugendliche sowie ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten dazu.



Begutachtung von

Behandlungsfehler-Vorwürfen



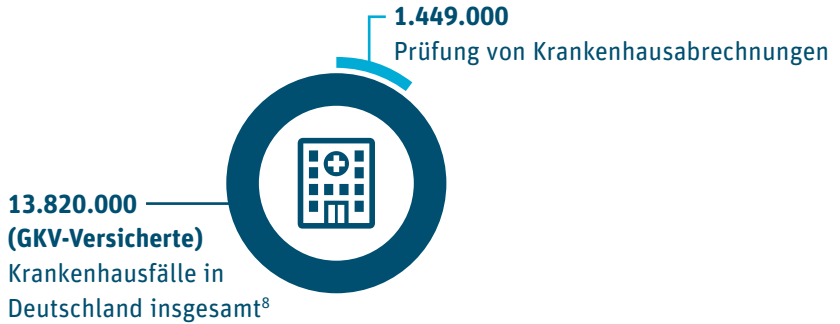
Bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler können sich Versicherte an ihre Krankenkasse wenden. Die Krankenkassen sollen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen unterstützen, die nur dann bestehen, wenn ein Behandlungsfehler einen Schaden nachweislich verursacht hat. Um diese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

Typische Fragestellung:

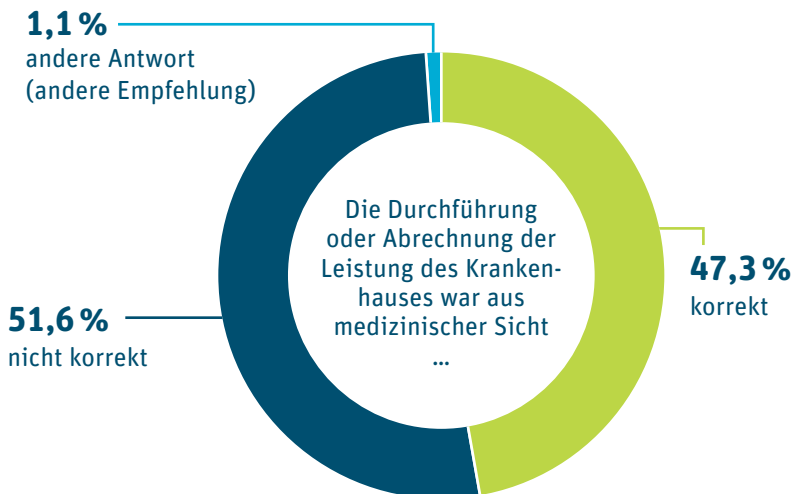
Liegt ein Behandlungsfehler vor, der einen Schaden verursacht hat?

Prüfung von

Krankenhausabrechnungen



Um die Krankenhäuser während der Pandemie zu entlasten, hatte der Gesetzgeber die Anzahl der Abrechnungsprüfungen für 2020 und 2021 reduziert. Seit 2022 finden die Prüfungen wieder nach gestaffelten Quoten statt: Je weniger Beanstandungen der Medizinische Dienst feststellt, desto geringer ist die Prüfquote in einem Krankenhaus. (Prüfquote von 5 % bei über 60 % unbeanstandeten Abrechnungen bis hin zu unbegrenzten Prüfungen bei weniger als 20 % unbeanstandeten Abrechnungen).

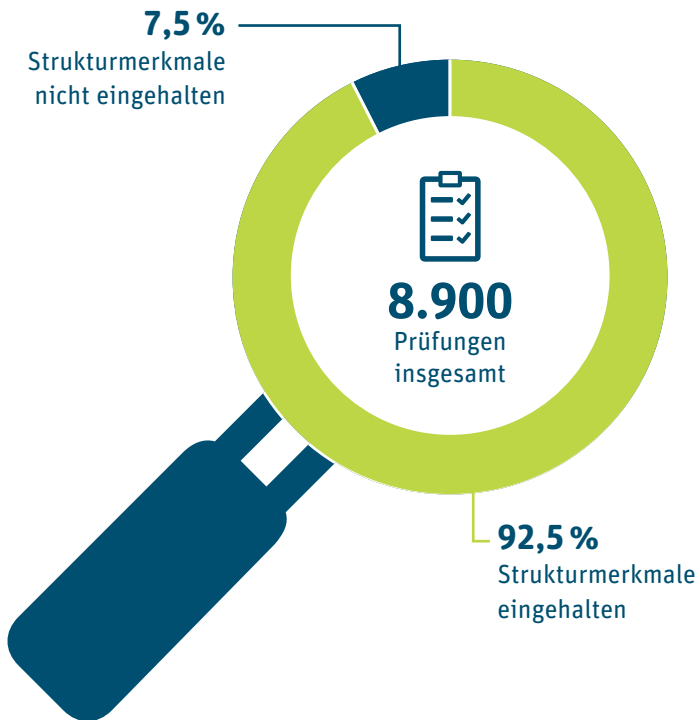


Typische Fragestellungen:

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

Ergebnisse der

Krankenhaus-Strukturprüfungen



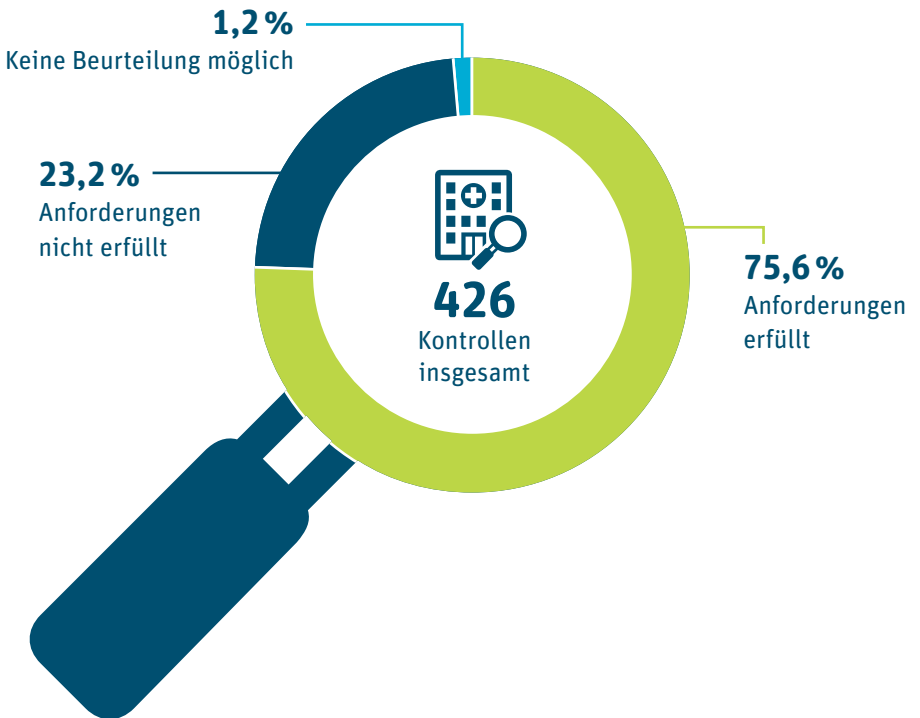
Die OPS-Strukturprüfungen wurden mit dem MDK-Reformgesetz erstmals für das Jahr 2021 eingeführt. Die Medizinischen Dienste prüfen bei verschiedenen Leistungen die Einhaltung von Strukturmerkmalen in den Krankenhäusern und stellen dazu Bescheinigungen aus. Dies ist Voraussetzung dafür, dass die Krankenhäuser die 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 2022 enthält insgesamt 54 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



Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt verbindliche Qualitätsvorgaben für Krankenhäuser. Diese in Richtlinien festgelegten Qualitätsanforderungen werden auf Basis der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie des G-BA von den Medizinischen Diensten überprüft. In der Regel werden die Qualitätskontrollen vor Ort in den Krankenhäusern durchgeführt.

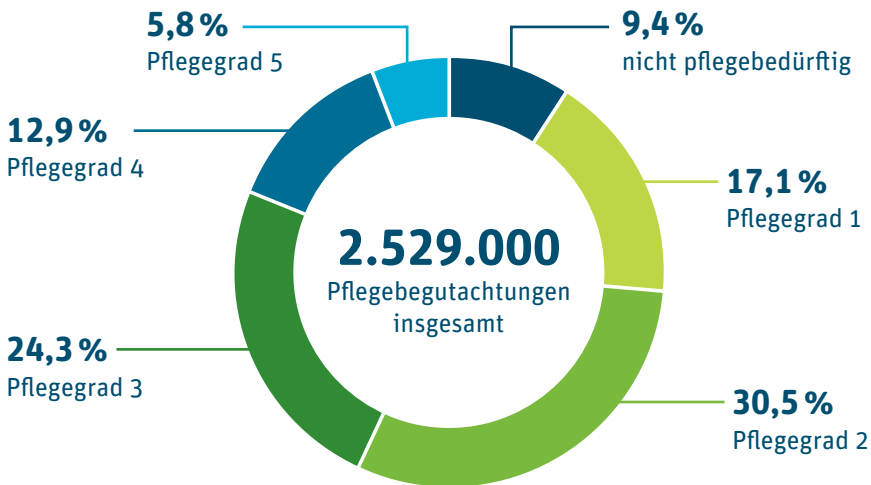


Kontrollen nach der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) waren im Jahr 2022 sowohl zeitlich als auch inhaltlich nur in begrenztem Umfang möglich. Aufgrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA erneut Sonderregelungen beschlossen, wonach in der Zeit vom 1. Dezember 2021 bis 30. Juni 2022 keine Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes nach der MD-QK-RL in Krankenhäusern durchgeführt werden durften. (Ausnahme: Kontrollverfahren, die zwischen dem 1. und 21. April 2022 stattgefunden haben). Die Prüfungen fokussierten im Wesentlichen auf die Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen aus sogenannten Struktur-Prozessqualitätsrichtlinien 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 sowie Ärztinnen und Ärzten 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.



40,4%
persönliche Begutachtung
im Hausbesuch



33,0%
Strukturiertes
Telefoninterview



26,6%
Gutachten nach vorliegenden
Unterlagen



Um die besonders verletzbare Personengruppe der pflegebedürftigen Menschen vor Infektionen mit dem Coronavirus zu schützen, erfolgte die Pflegebegutachtung auch 2022 teilweise auf Basis bereits vorliegender Informationen und bei Antragstellung bis zum 30. Juni 2022 auch auf Grundlage eines strukturierten Telefoninterviews mit den pflegebedürftigen Menschen beziehungsweise ihren Bezugspersonen. Dabei konnten alle pflegegradrelevanten Informationen berücksichtigt werden. Etwa 835.000 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 (Careproof) durchgeführt. Im Jahr 2019 vor der Pandemie gab es 24.500 Prüfungen – 12.500 in ambulanten Diensten und 12.100 in Pflegeheimen.



6.700
stationär

5.200
ambulant

11.900
Gutachten insgesamt



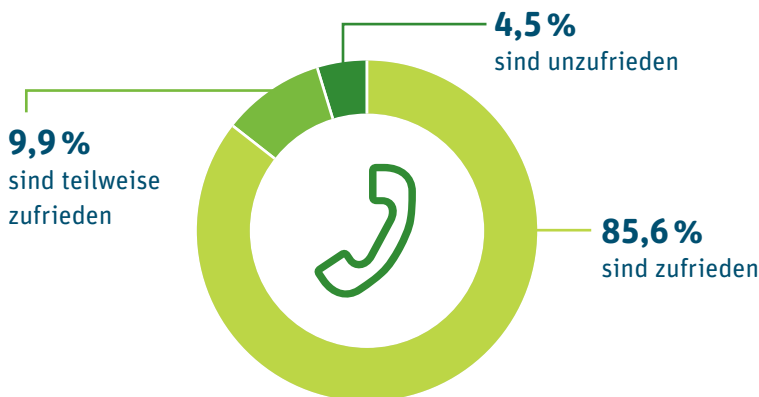
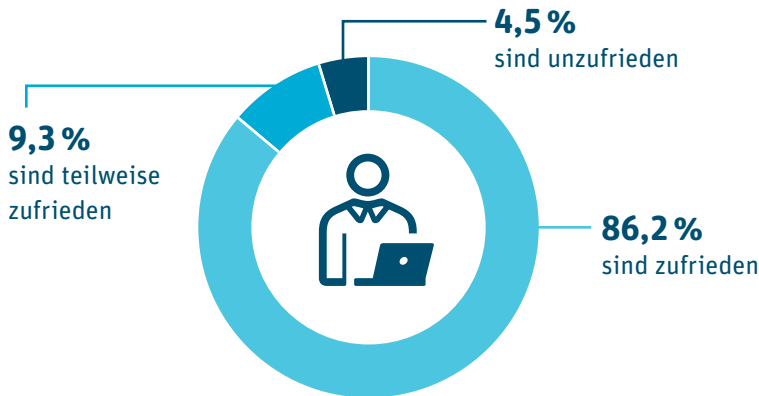
Auch im Jahr 2022 waren die Qualitätsprüfungen aufgrund der Pandemie zum Schutz der besonders vulnerablen Personengruppe der pflegebedürftigen Menschen nur eingeschränkt möglich. So wurden u.a. auf der Grundlage von Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen während eines Ausbruchsgeschehens keine Qualitätsprüfungen durchgeführt. Anlassprüfungen aufgrund von Beschwerden waren jedoch jederzeit möglich. 2022 fanden insgesamt 11.900 Qualitätsprüfungen statt. Bei diesen Qualitätsprüfungen haben die Medizinischen Dienste ein umfassendes Hygienekonzept zum Schutz der vulnerablen Personengruppen umgesetzt.

Ergebnisse der

Versichertenbefragung in der Pflegebegutachtung

Jährlich können 2,5 Prozent der rund 2,5 Millionen Versicherten, die zur Pflegebedürftigkeit begutachtet werden, die Arbeit des Medizinischen Dienstes bewerten. Die Beantwortung des Fragebogens erfolgt freiwillig und anonym und wird durch ein unabhängiges Marktforschungsinstitut ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Versicherten mit der Pflegebegutachtung im Hausbesuch und mit der telefonischen Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst zufrieden sind.

Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst?

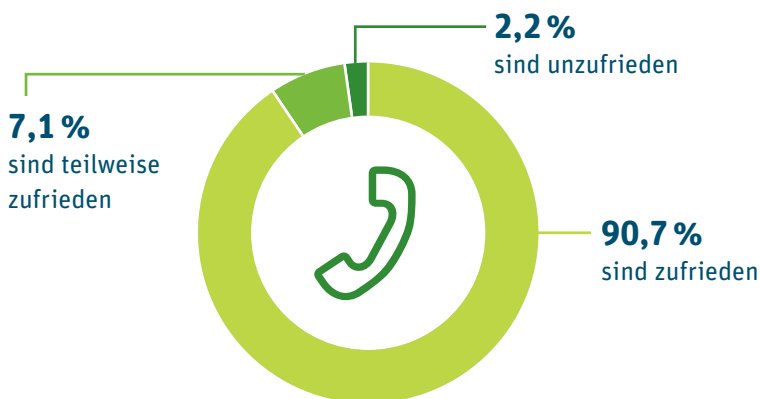
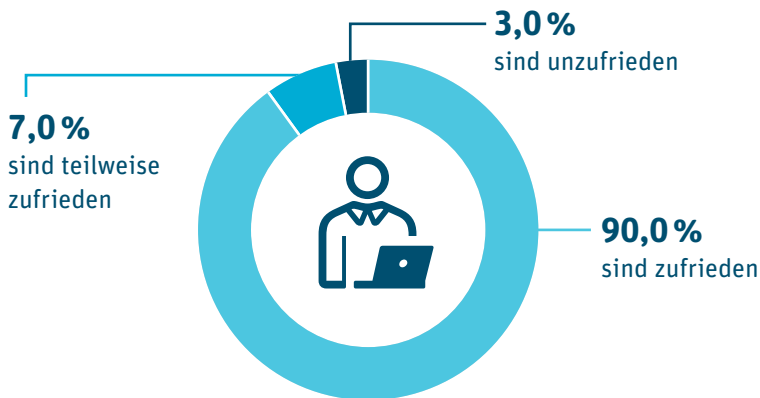


 Begutachtung im Hausbesuch

 Telefonische Begutachtung

Sie zeigen außerdem, dass die Versicherten auch in einer telefonischen Begutachtung den Medizinischen Dienst als respektvoll und einfühlsam wahrnehmen.

Die Zufriedenheit mit dem respektvollen und einfühlsamen Vorgehen der Gutachterinnen und Gutachter bewerteten die Versicherten wie folgt:



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

bei den Medizinischen Diensten Berlin-Brandenburg und Hessen

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)



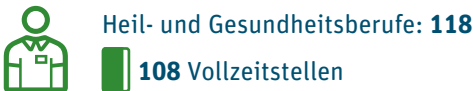
SEG 7 Methoden- und Produktbewertungen

beim Medizinischen Dienst Bayern und Medizinischen Dienst Bund

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

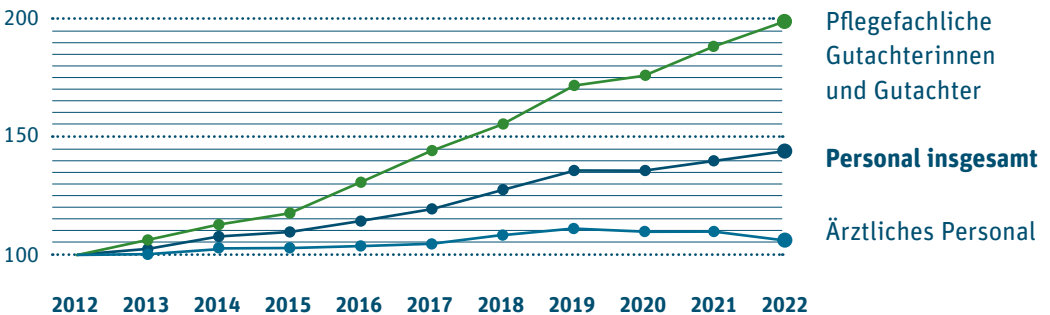
Personal

Bei den Medizinischen Diensten sind insgesamt **11.460** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. Das entspricht **10.143** Vollzeitstellen.

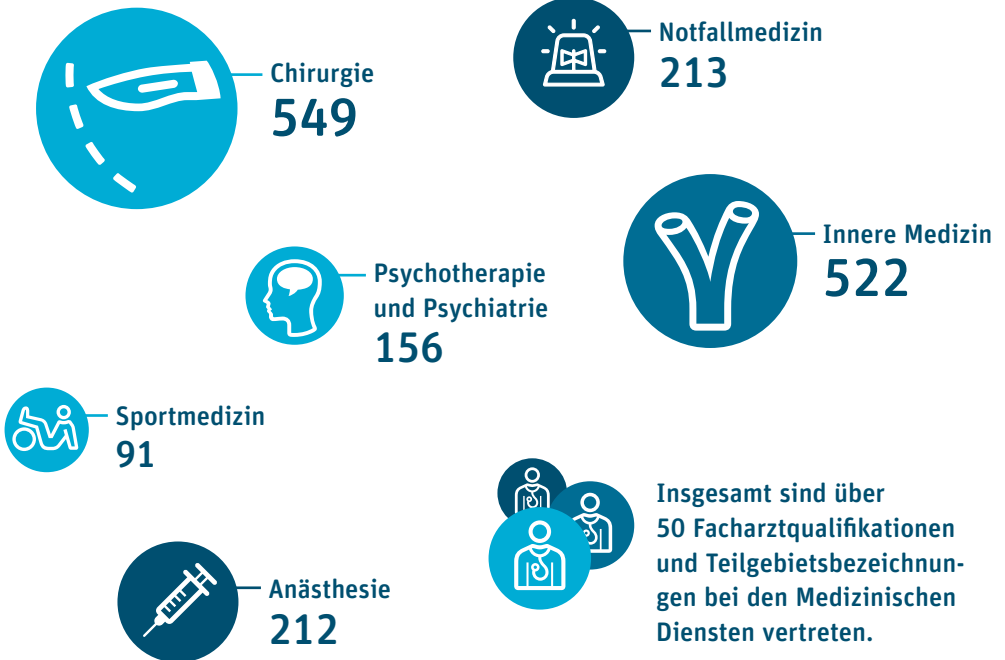


Personalentwicklung 2012–2022

Prozentuelle Entwicklung (Basis 2012 = 100 %)



Beim Medizinischen Dienst gibt es eine breite Fachkompetenz.
Unter den 2.419 Ärztinnen und Ärzten des Medizinischen Dienstes sind zum Beispiel folgende medizinische Fachgebiete vertreten:



Unter den 4.522 Pflegefachkräften befinden sich



Kosten

Der Medizinische Dienst kostete im Jahr 2022 insgesamt 1,040 Mrd. Euro, die je zur Hälfte von der Krankenversicherung und von der Pflegeversicherung getragen werden.

1,040 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 18,07 Euro pro Krankenkassenmitglied im Jahr 2022).



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

0,20 % Anteil
Medizinische Dienste



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

0,97 % Anteil
Medizinische Dienste



Quellenverweise

Soweit nicht anders angegeben gilt: Datenquelle MD Bund; Jahr 2022

- 1 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 2, Gesetzliche Krankenversicherung, Leistungsfälle Arbeitsunfähigkeit 2021
- 2 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 2, Gesetzliche Krankenversicherung, Leistungsfälle Behandlungspflege, Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege 2021
- 3 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 3; Gesetzliche Krankenversicherung, Abrechnungsfälle spezialisierte ambulante Palliativversorgung 2021
- 4 **GKV-Spitzenverband**; Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland (HIS) 2022
- 5 **GKV-Spitzenverband**; Dritter Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen 2021
- 6 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 3; Abrechnungsfälle Zahnersatzleistungen 2021
- 7 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 5, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen 2021
- 8 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 2; Krankenhausfälle der gesetzlich Versicherten insgesamt 2021
- 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

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
www.md-bund.de

Grafische Gestaltung

fountain studio, fountainstudio.de

August 2023



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