

Bericht über die Tätigkeit und Personalausstattung der Medizinischen Dienste 2024–2025

nach § 283 Absatz 4 SGB V



Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KöR)
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon 0201 8327-0
Telefax 0201 8327-100
E-Mail office@md-bund.de
Internet md-bund.de

Stand: 01.06.2026

Titelfotos

© Medizinischer Dienst

Vorwort

Der Medizinische Dienst ist der unabhängige sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst für die Gesetzliche Kranken- und Soziale Pflegeversicherung. Mit seiner Arbeit leistet er einen wesentlichen Beitrag dazu, dass die Versicherten Leistungen entsprechend ihrem Bedarf erhalten – auf Grundlage einheitlicher, evidenzbasierter medizinischer und pflegfachlicher Kriterien.

Mit dem vorliegenden Bericht informiert der Medizinische Dienst Bund gemäß § 278 Absatz 4 Satz 1 SGB V über die Tätigkeit der Medizinischen Dienste und das dafür eingesetzte Personal. Die Berichterstattung ermöglicht einen detaillierten Einblick in das Aufgabenspektrum der Medizinischen Dienste. Sie umfasst neben den durchgeführten Begutachtungen nach § 275 SGB V auch Informationen zu den in § 275a bis c SGB V vorgeschriebenen Qualitätskontrollen in Krankenhäusern, zu Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege, zu Prüfungen nach Krankenhausbehandlung, zur Prüfung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern sowie zur systematischen Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen.

Der Bericht stellt nicht nur die Anzahl durchgeführter Begutachtungen, Prüfungen und Kontrollen dar, sondern auch deren Ergebnisse. Zudem gibt er einen Überblick über das in den jeweiligen Begutachtungsbereichen eingesetzte gutachterliche Personal. Auf diese Weise wird Transparenz über Umfang, Arbeitsweise und Ergebnisse der Arbeit der Medizinischen Dienste geschaffen.

Das Verfahren zur Umsetzung der regelmäßigen Berichterstattung der 15 Medizinischen Dienste ist in zwei Richtlinien beschrieben: in der Richtlinie zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse (§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 SGB V) sowie in der Richtlinie zur regelmäßigen Berichterstattung (§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 8 SGB V).

Der Bericht wird alle zwei Jahre erstellt und umfasst einen Zeitraum von zwei Jahren. Er wird dem Bundesministerium für Gesundheit am 1. Juni 2026 vorgelegt und am 1. September 2026 auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Bund unter md-bund.de veröffentlicht.

Der vorliegende Bericht informiert umfassend über die in den Jahren 2024 und 2025 von den Medizinischen Diensten erbrachten sozialmedizinischen Begutachtungen, Beratungen und Prüfungen, die den Krankenkassen als fachlich unabhängige sozialmedizinische Stellungnahmen und Gutachten übermittelt werden, und führt diese strukturiert zusammen.

Ein besonderer Dank gilt den Medizinischen Diensten, die die Daten der Jahre 2024 und 2025 aufbereitet und dem Medizinischen Dienst Bund zur Verfügung gestellt haben. Ohne diese Unterstützung wäre die Umsetzung der Berichterstattung nicht möglich.

Essen im Mai 2026



Dr. Stefan Gronemeyer
Vorstandsvorsitzender
Medizinischer Dienst Bund

Inhalt

Vorwort.....	3
Inhalt.....	4
Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	10
1 Versichertenbezogene Begutachtung und Beratung für die gesetzlichen Krankenkassen.....	11
1.1 Arbeitsunfähigkeit.....	14
1.2 Krankenhausleistungen	19
1.3 Ambulante Leistungen.....	21
1.4 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden / Arzneimittel.....	29
1.5 Vorsorge/Reha	31
1.6 Hilfsmittel und hilfsmittelnähe Medizinprodukte	34
1.7 Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler	37
1.8 Zahnmedizinische Leistungen	39
1.9 Sonstige Anlässe.....	42
2 Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst nach § 275a SGB V	44
3 Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung nach § 275b SGB V	50
4 Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c SGB V.....	52
5 Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen in Krankenhäusern.....	62
6 Systematische Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen	68
7 Personelle Ausstattung der Medizinischen Dienste.....	79
8 Tabellenanhang	81

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Versichertenbezogene Stellungnahmen der Medizinischen Dienste im Jahr 2025 nach Anlassgruppen.....	13
Tabelle 2:	Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach §§ 275a–275c SGB V im Jahr 2025	13
Tabelle 3:	Begutachtungsergebnisse Arbeitsunfähigkeit, 2025	18
Tabelle 4:	Begutachtungsergebnisse: Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation, 2025	18
Tabelle 5:	Begutachtungsergebnisse Krankenhausleistungen, 2025	20
Tabelle 6:	Begutachtungsergebnisse ambulante Leistungen, 2025.....	28
Tabelle 7:	Begutachtungsergebnisse Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden / Arzneimittel, 2025	30
Tabelle 8:	Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation, 2025	33
Tabelle 9:	Begutachtungsergebnisse Behandlungs-/Pflegefehler (Ansprüche gegenüber/von Dritten), 2025	38
Tabelle 10:	Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Zahnmedizin, 2025.....	41
Tabelle 11:	Begutachtungsergebnisse Sonstige Anlässe, 2025.....	43
Tabelle 12:	Anzahl der Qualitätskontrollen nach Kontrollgegenstand und Grund der Prüfung, 2025	44
Tabelle 13:	Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL, 2025.....	46
Tabelle 14:	Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL Notfallstufenregelungen, 2025.....	47
Tabelle 15:	Ergebnisse Kontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL je Anlage ATMP-QS-RL/Arzneimittel, 2025	48
Tabelle 16:	Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 5 Teil B MD-QK-RL je Einrichtung PPP-RL, 2025.....	48
Tabelle 17:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Häufigkeit Fragestellungen, 2025.....	55
Tabelle 18:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Ergebnisse, 2025	56

Tabelle 19:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Häufigkeit Fragestellungen, 2025.....	59
Tabelle 20:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Ergebnisse, 2025	60
Tabelle 21:	Anzahl durchgeführter Strukturprüfungen nach Antragsart, 2025	63
Tabelle 22:	Anzahl und Ergebnisse durchgeführter Strukturprüfungen nach OPS-Kode, 2025	64
Tabelle 23:	QSKV – Ergebnisse der dienstinternen Qualitätssicherung in den Jahren 2024 und 2025	71
Tabelle 24:	QSKV – Ergebnisse der bundesweit übergreifenden Qualitätssicherung in den Jahren 2024 und 2025	73
Tabelle 25:	Personal der MD / des MD Bund am Stichtag 31.12.2025	79
Tabelle 26:	Ressourceneinsatz gutachterliches Personal der Medizinischen Dienste für Beratungen und Begutachtungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2025.....	80
Tabelle 27:	Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2025 nach Anlassgruppen	81
Tabelle 28:	Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2024 nach Anlassgruppen	81
Tabelle 29:	Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2025	82
Tabelle 30:	Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2024 nach Anlassgruppe, Erledigungsart und Erledigungsort	83
Tabelle 31:	Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2025 nach Auftraggeber	84
Tabelle 32:	Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2024 nach Auftraggeber	85
Tabelle 33:	Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2025 nach Anteil extern erstellter Produkte	86
Tabelle 34:	Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2024 nach Anteil extern erstellter Produkte	86
Tabelle 35:	Begutachtungen im Jahr 2025 nach Anlassgruppe und durchschnittlicher Erledigungsdauer	87
Tabelle 36:	Begutachtungen im Jahr 2024 nach Anlassgruppe und durchschnittlicher Erledigungsdauer	88
Tabelle 37:	Personentage der Beratungen im Jahr 2025 nach Anlassgruppe.....	89

Tabelle 38:	Personentage der Beratungen im Jahr 2024 nach Anlassgruppe.....	89
Tabelle 39:	Begutachtungsergebnisse Arbeitsunfähigkeit, 2025	90
Tabelle 40:	Begutachtungsergebnisse Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation, 2025	90
Tabelle 41:	Begutachtungsergebnisse Arbeitsunfähigkeit, 2024	91
Tabelle 42:	Begutachtungsergebnisse Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation, 2024	91
Tabelle 43:	Begutachtungsergebnisse Krankenhausleistungen, 2025	92
Tabelle 44:	Begutachtungsergebnisse Krankenhausleistungen, 2024	93
Tabelle 45:	Begutachtungsergebnisse ambulante Leistungen, 2025	94
Tabelle 46:	Begutachtungsergebnisse ambulante Leistungen, 2024	95
Tabelle 47:	Begutachtungsergebnisse Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, 2025	96
Tabelle 48:	Begutachtungsergebnisse Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, 2024	97
Tabelle 49:	Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation, 2025	98
Tabelle 50:	Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation, 2024	100
Tabelle 51:	Begutachtungsergebnisse Hilfsmittel und hilfsmittelnähe Medizinprodukte, 2025..	102
Tabelle 52:	Begutachtungsergebnisse Hilfsmittel und hilfsmittelnähe Medizinprodukte, 2024..	104
Tabelle 53:	Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler, 2025	106
Tabelle 54:	Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler, 2024	107
Tabelle 55:	Begutachtungsergebnisse Zahnmedizin, 2025	108
Tabelle 56:	Begutachtungsergebnisse Zahnmedizin, 2024	109
Tabelle 57:	Begutachtungsergebnisse Sonstige Anlässe, 2025	110
Tabelle 58:	Begutachtungsergebnisse Sonstige Anlässe, 2024	111
Tabelle 59:	Anzahl der Qualitätskontrollen nach Kontrollgegenstand und Grund der Prüfung, 2025	112

Tabelle 60 :	Anzahl der Qualitätskontrollen nach Kontrollgegenstand und Grund der Prüfung, 2024	113
Tabelle 61:	Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL, 2025.....	114
Tabelle 62:	Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL, 2024.....	115
Tabelle 63:	Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL Notfallstufenregelungen, 2025.....	116
Tabelle 64:	Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL Notfallstufenregelungen, 2024.....	116
Tabelle 65:	Ergebnisse Qualitätskontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL je Anlage ATMP-QS-RL/Arzneimittel, 2025	117
Tabelle 66:	Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL je Anlage ATMP-QS-RL/Arzneimittel, 2024	117
Tabelle 67:	Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 5 Teil B MD-QK-RL PPP je Einrichtung PPP-RL, 2025.....	118
Tabelle 68:	Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 5 Teil B MD-QK-RL PPP je Einrichtung PPP-RL, 2024.....	118
Tabelle 69:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Häufigkeit Fragestellungen, 2025	119
Tabelle 70:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Ergebnisse, 2025	120
Tabelle 71:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Häufigkeit Fragestellungen, 2024	122
Tabelle 72:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Ergebnisse, 2024	123
Tabelle 73:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Häufigkeit Fragestellungen, 2025	125
,Tabelle 74:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Ergebnisse, 2025	126
Tabelle 75:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Häufigkeit Fragestellungen, 2024	128
Tabelle 76:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Ergebnisse, 2024	129

Tabelle 77:	Anzahl durchgeführter Strukturprüfungen nach Antragsart, 2025	130
Tabelle 78:	Anzahl durchgeführter Strukturprüfungen nach Antragsart, 2024	130
Tabelle 79:	Anzahl und Ergebnisse durchgeführter Strukturprüfungen nach OPS-Kode, 2025 ...	131
Tabelle 80:	Anzahl und Ergebnisse durchgeführter Strukturprüfungen nach OPS-Kode, 2024 ...	135
Tabelle 81:	QSKV – dienstinterne Bewertung, 2024 und 2025	139
Tabelle 82:	QSKV – bundesweit-übergreifende Bewertung, 2024 und 2025	142
Tabelle 83:	Personal der Medizinischen Dienste/des Medizinischen Dienst Bund am Stichtag 31.12.2025	145
Tabelle 84:	Personal der Medizinischen Dienste/des Medizinischen Dienst Bund am Stichtag 31.12.2024	145
Tabelle 85:	Personal der Medizinischen Dienste / des Medizinischen Dienst Bund im Jahresdurchschnitt 2025.....	146
Tabelle 86:	Personal der Medizinischen Dienste / des Medizinischen Dienst Bund im Jahresdurchschnitt 2024.....	146
Tabelle 87:	Ressourceneinsatz gutachterliches Personal der Medizinischen Dienste für Beratungen und Begutachtungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2025.....	147
Tabelle 88:	Ressourceneinsatz gutachterliches Personal der Medizinischen Dienste für Beratungen und Begutachtungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2024.....	147

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ergebnisse der versichertenbezogenen Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes bei Fragen zur Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2025	15
Abbildung 2:	Ergebnisse der Prüfungen der medizinischen Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation im Jahr 2025	15
Abbildung 3:	Begutachtungsergebnisse Krankenhausleistungen, 2025	19
Abbildung 4:	Begutachtungsergebnisse ambulante Leistungen, 2025.....	21
Abbildung 5:	Begutachtungsergebnisse Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel, 2025	29
Abbildung 6:	Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation, 2025	31
Abbildung 7:	Begutachtungsergebnisse Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte, 2025	34
Abbildung 8:	Begutachtungsergebnisse Behandlungs-/Pflegefehler (Ansprüche gegenüber/von Dritten), 2025	37
Abbildung 9:	Begutachtungsergebnisse Versorgung in vertragszahnärztlichen Praxen, 2025.....	40
Abbildung 10:	Begutachtungsergebnisse Sonstige Leistungen, 2025.....	42
Abbildung 11:	Begutachtungsergebnisse DRG gesamt, 2025	54
Abbildung 12:	Begutachtungsergebnisse PEPP, 2025.....	58
Abbildung 13:	QSKV-Themenkomplexe	69

1 Versichertenbezogene Begutachtung und Beratung für die gesetzlichen Krankenkassen

Der Medizinische Dienst ist der unabhängige sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Im gesetzlichen Auftrag unterstützt und berät er Kranken- und Pflegekassen in medizinischen und pflegerischen Fragen. Ziel ist, dass die Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung nach objektiven medizinischen und sozialmedizinischen Kriterien allen gesetzlichen Versicherten zu gleichen Bedingungen zugutekommen.

Die Krankenkassen sind dazu verpflichtet, den Medizinischen Dienst mit einer gutachtlichen Stellungnahme zu beauftragen, wenn dies gesetzlich vorgeschrieben ist oder es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist (§ 275 SGB V). Im Mittelpunkt der Begutachtung und Beratung nach § 275 SGB V steht die gesundheitliche Versorgung einer einzelnen Versicherten oder eines einzelnen Versicherten. In den meisten Fällen geht es dabei um die Frage, ob die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Kostenübernahme einer beantragten Leistung vorliegen. „Sozialmedizinisch“ bedeutet, dass medizinische Sachverhalte unter Berücksichtigung der konkreten individuellen Lebensumstände der Versicherten geprüft werden, mit der Zielsetzung, die Folgen von Krankheit durch geeignete Maßnahmen auszugleichen.

Wird der Medizinische Dienst von einer Krankenkasse mit einer versichertenbezogenen Stellungnahme beauftragt, entscheiden die fachlich unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter zunächst darüber, auf welche Weise die Fragestellung der Kasse am besten erledigt werden sollte.

Infolge des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes wurden die bis dahin üblichen Produktbezeichnungen für die sogenannten Erledigungsarten angepasst. Da die „Sozialmedizinische Fallberatung“ (SFB) nicht mehr eindeutig vom „Kurzgutachten“ abzugrenzen war, wurde letzteres gestrichen und die Produktbezeichnung „Sozialmedizinische Fallberatung“ in „Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme“ (SGS) geändert. Seit 2024 werden folgende Produkte unterschieden:

- Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS)
- Sozialmedizinisches Gutachten (SGA)
- Sozialmedizinische Beratung

Ein Sozialmedizinisches Gutachten (SGA) ist eine ausführliche schriftliche Stellungnahme, in der die Gutachterin oder der Gutachter die Fragen der Krankenkasse zu einer versicherten Person beantwortet. Dabei wird der Sachverhalt geschildert, sozialmedizinisch bewertet und beurteilt. Das Ergebnis wird anschließend unter Nennung der einbezogenen Dokumente (z. B. Befundberichte) begründet. Die Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS) unterscheidet sich vom SGA hinsichtlich des Umfangs, mit dem der Sachverhalt dargestellt wird. In beiden Fällen handelt es sich um versichertenbezogene, fallabschließende Produkte, die den Krankenkassen eine Leistungsentscheidung über den Sachverhalt ermöglichen. Im Jahr 2025 haben die Medizinischen Dienste bundesweit insgesamt 2.812.183 versichertenbezogene Stellungnahmen abgegeben. Etwa 45 % davon betrafen Fragen der Krankenkassen zu Krankenhausleistungen. Den größten Anteil an den versichertenbezogenen Stellungnahmen hatten *Sozialmedizinische Gutachten* (SGA) mit 60,2 %. die übrigen 39,8 % entfielen auf *Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahmen* (SGS).

Zur Sozialmedizinischen Beratung zählen u. a. Grundsatzberatungen, Strukturprüfungen, Projekte, Schulungen, Teilnahme an Verhandlungen und Gremien sowie Tätigkeiten in Kompetenzeinheiten. Sie erfolgen im Auftrag der gesetzlichen Kranken- oder Pflegekassen bzw. ihrer Verbände sowie anderer Auftraggeber (z. B. Ministerien). Im Jahr 2025 haben die Medizinischen Dienste Sozialmedizinische Beratungsleistungen im Umfang von 17.300 Personentagen erbracht.

Die Medizinischen Dienste können entweder auf Basis von vorliegenden Informationen begutachten oder eine Befunderhebung im persönlichen Kontakt mit dem oder der Versicherten durchführen. Persönliche Begutachtungen können je nach Anlass und individuellen Voraussetzungen in den Räumen des Medizinischen Dienstes, vor Ort bei den Versicherten oder in einer anderen Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. Krankenhaus) stattfinden.

Um den Aufwand und Mitwirkungspflichten für die Versicherten so gering wie möglich zu halten – wie es § 65 Absatz 1 Nummer 3 SGB I vorsieht –, sollte eine persönliche Befunderhebung möglichst nur dann stattfinden, wenn die für den Medizinischen Dienst erforderlichen Informationen nicht auf anderem, für die versicherte Person weniger aufwendigem Weg beschafft werden können. Dieses Vorgehen ermöglicht eine möglichst aufwandsarme Begutachtung und unterstützt einen schnellen Zugang zu der benötigten Leistung. Welche Begutachtungsart im Einzelfall zum Einsatz kommt, entscheiden die Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes danach, welches Verfahren den Fall angemessen beurteilen lässt – bei zugleich möglichst geringem Aufwand für die Versicherten. Grundlage der Entscheidung sind die geltenden Vorgaben, gesetzlichen Bestimmungen, Richtlinien oder Begutachtungsanleitungen. Entsprechend diesem Prinzip haben die Medizinischen Dienste im Jahr 2025 den Großteil ihrer Begutachtungen ohne persönliche Befunderhebung auf Basis bereits vorliegender Informationen vorgenommen.

Die nachfolgende Berichterstattung über die versichertenbezogene Begutachtung und Beratung der Medizinischen Dienste beinhaltet die bundesweite Zahl der von den Medizinischen Diensten im Berichtsjahr abgegebenen versichertenbezogenen Stellungnahmen. Je nachdem, aus welchem Anlass die Krankenkasse den Medizinischen Dienst eingeschaltet hat, werden die Stellungnahmen nach folgenden Hauptanlassgruppen gegliedert:

- Arbeitsunfähigkeit (AU)
- Krankenhausleistungen
- Ambulante Leistungen
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden / Arzneimittelversorgung
- Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation
- Hilfsmittel und hilfsmittelnähe Medizinprodukte GKV
- Zahnmedizin
- Ansprüche gegenüber/von Dritten („Ersatzansprüche“, „Regress“)
- Sonstige Anlässe

Die Ergebnisse der Stellungnahmen zu versichertenbezogenen Begutachtungen nach § 275 SGB V werden differenziert nach den Einzelanlässen der jeweiligen Hauptanlassgruppe dargestellt.

Die Berichterstattung umfasst zudem die Anzahl durchgeführter Qualitätsprüfungen in Krankenhäusern nach § 275a Abs. 1 Nr. 3 SGB V, die Begutachtung zur Einhaltung von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Abs. 1 Nr. 2 SGB V sowie die Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege nach § 275b SGB V. Im Weiteren werden die Ergebnisse der Begutachtungen, Beratungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste für die gesetzliche Krankenversicherung entsprechend der dargestellten Systematik aufgeführt.

Tabelle 1: Versichertenbezogene Stellungnahmen der Medizinischen Dienste im Jahr 2025 nach Anlassgruppen

Anlassgruppe	Anzahl versichertenbe- zogene Stellungnahmen
Arbeitsunfähigkeit	502.804
Krankenhausleistungen	1.252.253
Ambulante Leistungen	161.048
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	98.600
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	434.026
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	235.692
Zahnmedizin	8.668
Ansprüche gegenüber/von Dritten	19.679
Sonstige Anlässe	99.413
Versichertenbezogene Stellungnahmen gesamt	2.812.183

Tabelle 2: Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach §§ 275a–275c SGB V im Jahr 2025

	Anzahl an Prüfungen
Qualitätskontrollen in Krankenhäusern nach § 275a Absatz 1 Nummer 3 SGB V	833
Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege nach § 275b SGB V	175
Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V	1.232.119
Prüfung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern nach § 275a Absatz 1 Nummer 2 SGB V	12.567

1.1 Arbeitsunfähigkeit

Die Krankenkassen sind verpflichtet, zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsfähigkeit, eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. Auch ein Arbeitgeber kann bei Zweifeln an der Arbeitsfähigkeit einer oder eines Beschäftigten verlangen, dass die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. Grundlage für die Einschaltung des Medizinischen Dienstes ist § 275 SGB V.

Arbeitsunfähigkeit von Beschäftigten liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund von Krankheit ihre zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann. Bei Nicht-Erwerbstätigen nach dem SGB III (erwerbsfähige Leistungsberechtigte) liegt Arbeitsunfähigkeit vor, wenn sie krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, leichte Arbeiten in dem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt haben (§ 2 der AU-Richtlinie des G-BA).

Für Nicht-Erwerbstätige nach dem SGB II (Bürgergeld – Grundsicherung für Arbeitssuchende) gilt, dass eine arbeitstägliche dreistündige Arbeitszeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als Mindestanforderung gewährleistet sein muss, um eine Arbeitsunfähigkeit aufheben zu können.

Mit der vollständigen Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) haben sich die Prozesse zwischen ausstellenden Ärztinnen und Ärzten, Krankenkassen und Medizinischem Dienst weiterentwickelt. Die digitale Übermittlung der AU-Daten schafft dabei neue Rahmenbedingungen für eine zeitnahe Prüfung und ermöglicht eine effizientere Einleitung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Die Wiedereingliederung gewinnt im Kontext einer nachhaltigen Sicherung des Behandlungserfolgs zunehmend an Bedeutung. Gemäß § 74 SGB V soll der Arzt, wenn arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten können und durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden können, auf der AU-Bescheinigung Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die stufenweise Wiedereingliederung mit Zustimmung des Versicherten empfehlen.

Aufgrund ihrer Bedeutung für Versicherte und ihrer arbeits- und sozialrechtlichen sowie wirtschaftlichen Dimension bildet die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der damit zusammenhängenden Fragestellungen einen Schwerpunkt in der Begutachtungspraxis der Medizinischen Dienste.

Im Begutachtungsbereich „Arbeitsunfähigkeit“ haben die Medizinischen Dienste im Jahr 2025 annähernd 491.000 gutachtliche Stellungnahmen abgegeben. Eine Befunderhebung im persönlichen Kontakt mit der oder dem Versicherten war nur im Ausnahmefall notwendig (9,2 %), da entweder die Krankenkassen bereits aussagekräftige Unterlagen zur Verfügung gestellt hatten oder solche vom Medizinischen Dienst angefordert werden konnten. Bei beiden Begutachtungsarten werden die Voraussetzungen zur weiteren Gewährung des Krankengeldes überwiegend als erfüllt angesehen.

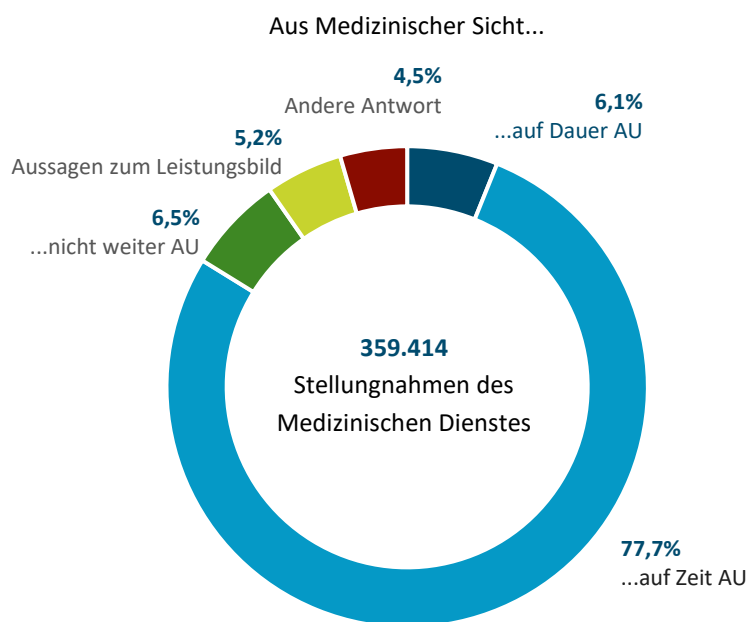


Abbildung 1: Ergebnisse der versichertenbezogenen Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes bei Fragen zur Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2025

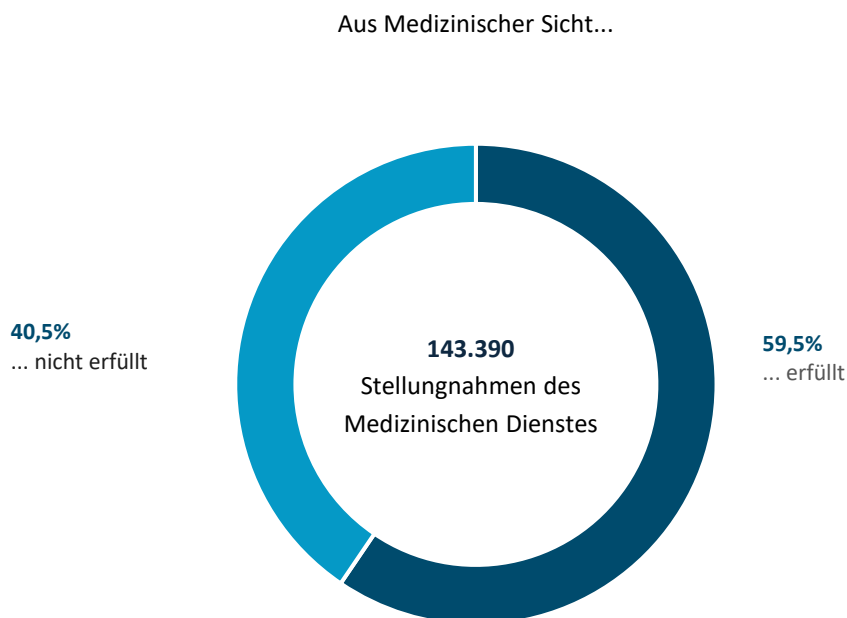


Abbildung 2: Ergebnisse der Prüfungen der medizinischen Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation im Jahr 2025

Der Begutachtungsbereich (Anlassgruppe) „Arbeitsunfähigkeit“ wird in neun Begutachtungsanlässe gegliedert. Häufigster Anlass für die Einschaltung des Medizinischen Dienstes waren wie in den

Vorjahre Zweifel der Krankenkassen an der Dauer der Arbeitsunfähigkeit; ihr Anteil stieg 2025 gegenüber dem Vorjahr leicht von 45,9 % auf 49,2 %. In 83 % der Stellungnahmen bestätigten die Gutachterinnen und Gutachter wie in den Vorjahren eine fortbestehende, zeitlich begrenzte Arbeitsunfähigkeit (Begutachtungsergebnis: „AU auf Zeit“). In diesen Fällen lässt sich ein konkreter Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme noch nicht bestimmen; eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit wird jedoch prognostisch erwartet. Bei 7,3 % der Begutachtungen wurde festgestellt, dass die versicherte Person sofort oder innerhalb der nächsten 14 Tage ihre Bezugstätigkeit wieder aufnehmen kann (Ergebnis: „nicht weiter AU“). In ca. 6 % aller Begutachtungsfälle wurde als Ergebnis „auf Dauer AU“ angegeben. Als „dauerhaft“ wird eine AU in diesem Kontext bezeichnet, wenn sie voraussichtlich sowohl über das Leistungsende des Krankengeldes hinaus als auch mindestens sechs Monate ab dem Beurteilungszeitpunkt fortbestehen wird. Eine belastungsrelevante Besserung der Gesundheitsstörung ist in diesem Fall – trotz Ausschöpfung aller therapeutischen Maßnahmen – in absehbarer Zeit nicht zu erwarten.

Ein weiterer Begutachtungsanlass in der Anlassgruppe „Arbeitsunfähigkeit“ ist der Zweifel von Arbeitgebern an der Arbeitsunfähigkeit ihrer Beschäftigten: Gemäß § 275 Abs. 1a SGB V kann ein Arbeitgeber bei der zuständigen Krankenkasse beantragen, dass diese eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt, wenn er begründete Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit einer oder eines Beschäftigten hat. Im Jahr 2025 machte dies 3,0 % der AU-Begutachtungsanlässe aus. In knapp 11 % der Fälle, in denen der Medizinische Dienst wegen Zweifeln der Arbeitgeber an der AU eingeschaltet wurde, empfahlen die Gutachterinnen und Gutachter die Beendigung der Arbeitsunfähigkeit.

Bei Leistungsberechtigten nach dem SGB II (Bürgergeld – Grundsicherung für Arbeitsuchende) zeigen die Daten für das Jahr 2025, dass in ca. 7 % der Fälle ein für die Vermittlung in Arbeit ausreichendes Leistungsvermögen vorlag und die Arbeitsunfähigkeit damit nicht länger begründet war.

Die Frage nach der „Sicherung des Behandlungserfolges“ wurde in 4,5 % aller AU-Begutachtungen gesondert erhoben. Dies geschieht, um rechtzeitig diejenigen AU-Fälle zu erkennen, bei denen durch Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges eine Arbeitsunfähigkeit verkürzt werden kann. Solche Maßnahmen können beispielsweise die Einleitung einer fachärztlichen Behandlung, einer Psychotherapie oder einer Physiotherapie oder auch eine Operation oder eine Rehabilitation sein.

Der zweithäufigste Begutachtungsanlass im Bereich der Arbeitsunfähigkeit war im Jahr 2025 in rund 29 % der Fälle die Prüfung der sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Anwendung des § 51 SGB V sowie der Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation – LTA). Bei den Begutachtungen zur Anwendung des § 51 SGB V zeigt die Differenzierung nach sozialmedizinischen Befundergebnissen für das Jahr 2025 folgendes Bild: In rund 60 % der Fälle wurde eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit festgestellt oder es lag bereits eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor. In 40 % der Fälle traf weder die eine noch die andere Voraussetzung zu.

Ist nach ärztlichem Gutachten die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert, kann die Krankenkasse gemäß § 51 SGB V der oder dem Versicherten eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb derer ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zu stellen ist. Kommt die versicherte Person dieser Aufforderung nicht nach, entfällt mit Fristablauf der Anspruch auf Krankengeld – auch bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit. Bei späterer Antragstellung lebt der Anspruch wieder auf. Erweisen sich Leistungen zur Rehabilitation als nicht erfolgreich oder sind diese von vornherein nicht aussichtsreich, gilt der Rehabilitationsantrag als Rentenanspruch.

Die dritthäufigsten Begutachtungsanlässe waren 2025 mit 47.067 Begutachtungen Fragen zum sogenannten Leistungsbild einer oder eines Versicherten. Gutachtlich werden hier die vorhandenen Aktivitäten und Ressourcen im Sinne eines positiven Leistungsbildes sowie Defizite und Schwächen im Sinne eines negativen Leistungsbildes medizinisch beschrieben. Die Beschreibung eines Leistungsbildes kann auch bei anderen Anlässen, wie zum Beispiel bei nicht ermittelbarer Bezugstätigkeit oder bei Begutachtung im Auftrag der Agentur für Arbeit, sinnvoll sein.

Die Frage nach einer stufenweisen Wiedereingliederung (STWE) gemäß § 74 SGB V machte sowohl im Jahr 2024 als auch 2025 ca. 3 % der Fälle aus. Seit 1. April 2020 (Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses) ist die Prüfung der stufenweisen Wiedereingliederung als verbindlicher Bestandteil der AU-Richtlinie verankert – mit der Vorgabe, dass spätestens ab einer AU-Dauer von sechs Wochen geprüft werden soll, ob eine Wiedereingliederung möglich ist. Die STWE dient dazu, Versicherte, die geistig, seelisch und körperlich dazu in der Lage sind, dabei zu unterstützen, ihre Arbeit in reduzierter bzw. veränderter Form aufzunehmen, um sie behutsam mit schrittweiser Anpassung von Arbeitszeit und Arbeitsbelastung an ihren Arbeitsplatz heranzuführen. Befindet sich die versicherte Person in einer stufenweisen Wiedereingliederung, gilt sie als arbeitsunfähig. Entsprechend wurde 2025 nur in 2 % der Fälle im Rahmen der Beurteilung dieser Fragestellung die Begutachtung mit dem Ergebnis „nicht weiter AU“ abgeschlossen. Der konkrete Plan zur stufenweisen Wiedereingliederung wird zwischen der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt und der versicherten Person in Absprache mit dem Arbeitgeber festgelegt.

Tabelle 3: Begutachtungsergebnisse Arbeitsunfähigkeit, 2025

Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in % ¹	Aus medizinischer Sicht			Aussagen zum Leistungs- bild	Andere Antwort
			nicht weiter AU	auf Zeit AU	auf Dauer AU*		
Sicherung des Behandlungserfolges	22.599	4,5	2,7 %	83,3 %	6,5 %	1,9 %	5,6 %
Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten	3.376	0,7	0,1 %	3,2 %	0,3 %	0,2 %	96,2 %
Fragen zum Leistungsbild	47.067	9,4	5,1 %	52,6 %	8,7 %	30,7 %	3,0 %
Dauer der AU – Zweifel der Krankenkasse	247.438	49,2	7,3 %	83,3 %	5,8 %	1,2 %	2,3 %
AU – Zweifel des Arbeitgebers	15.150	3,0	10,8 %	79,8 %	0,5 %	0,2 %	8,8 %
Arbeitsunfähigkeit bei ALG II	111	0,0	7,2 %	42,3 %	5,4 %	38,7 %	6,3 %
Stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V	15.083	3,0	2,1 %	86,1 %	6,2 %	1,8 %	3,8 %
Sonstige Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit	8.590	1,7	3,9 %	51,6 %	11,1 %	3,9 %	29,5 %

* auf Dauer AU für die letzte Tätigkeit

Tabelle 4: Begutachtungsergebnisse: Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation, 2025

Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...	
			erfüllt	nicht erfüllt
Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation	143.290	28,5	59,5 %	40,5

¹ Die Prozentzahlen in Tabelle 3 und Tabelle 4 beziehen sich auf die Gesamtzahl der 502.804 Stellungnahmen des Jahres 2025.

1.2 Krankenhausleistungen

Krankenhausleistungen umfassen ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung.

Vor- und nachstationäre Behandlung, die ambulante Durchführung von Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffen sowie die ambulante spezialfachärztliche Versorgung werden nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz, sondern im Rahmen der vertraglichen Ausgestaltung der §§ 115a bzw. 115b und 116b SGB V vergütet.

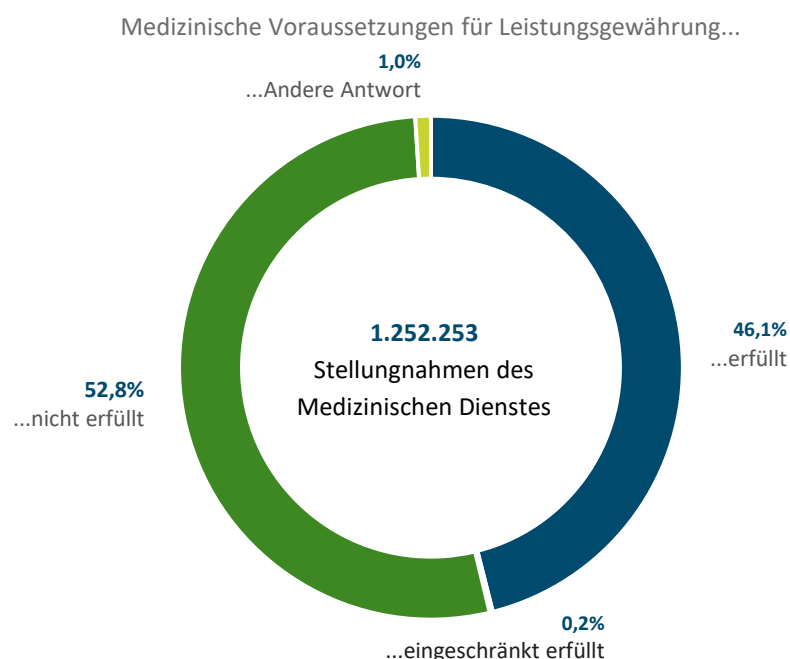


Abbildung 3: Begutachtungsergebnisse Krankenhausleistungen, 2025²

Der Schwerpunkt der Begutachtung von Krankenhausleistungen durch den Medizinischen Dienst liegt in der Überprüfung der korrekten Abrechnung von Leistungen nach dem DRG- bzw. PEPP-System. Dabei überprüft der Medizinische Dienst insbesondere, ob Diagnosen und Therapien korrekt kodiert wurden, ob eine stationäre Behandlung notwendig war oder eine ambulante Behandlung den gleichen Erfolg gebracht hätte (primäre Fehlbelegung) oder ob die gesamte Dauer des Krankenhausaufenthaltes notwendig war (sekundäre Fehlbelegung). Auf die Begutachtung der Krankenhausabrechnungsprüfung wird in Kapitel 4 eingegangen.

Seit 2023 unterliegen Leistungen, die Krankenhäuser auf der Grundlage des Katalogs nach § 115b SGB V ambulant statt stationär durchführen, nicht mehr der Prüfung durch den Medizinischen Dienst.

Der Schwerpunkt der Begutachtung von Leistungen der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) liegt in der Überprüfung von Behandlungsdiagnosen und -indikationen. Die Zahl dieser Aufträge stieg vom Jahr 2024 mit 3.793 Fällen zum Jahr 2025 mit 5.878 Fällen um 55 % an. Der

² Durch Rundungsdifferenzen können prozentuale Summen der Kreisdiagramme minimal von 100 % abweichen.

Grund hierfür ist die Ausweitung der Indikationen für die ASV durch den Gemeinsamen Bundesausschuss um Konstellationen wie beispielsweise Tumoren von Gehirn und peripheren Nerven, Kurzdarmsyndrom oder Epilepsie. Dabei liegt die Erfüllung der sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistungsgewährung durch die gesetzliche Krankenkasse unverändert bei ca. einem Viertel der Fälle.

Tabelle 5: Begutachtungsergebnisse Krankenhausleistungen, 2025

Krankenhausleistungen Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach der Bundespflegegesetzverordnung	29	0,0	41,4 %	0,0 %	55,2 %	3,4 %
Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz	1.184.747	94,6	45,5 %	0,0 %	53,7 %	0,8 %
Zahnmedizinische Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz	567	0,0	42,3 %	0,0 %	57,3 %	0,4 %
Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115 a SGB V	73	0,0	12,3 %	1,4 %	83,6 %	2,7 %
Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115 b SGB V	238	0,0	34,5 %	20,6 %	38,7 %	6,3 %
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V	5.878	0,5	25,9 %	11,0 %	58,3 %	4,8 %
Psychiatrische/psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V	91	0,0	53,8 %	7,7 %	28,6 %	9,9 %
Geriatrische Institutsambulanzen	6	0,0	83,3 %	0,0 %	16,7 %	0,0 %
Sonstige ambulante Krankenhausbehandlung	688	0,1	20,8 %	2,6 %	68,6 %	8,0 %
Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psycho-somatischen Einrichtungen mit Abrechnung nach tagesbezogenen Pauschalen	46.805	3,7	64,8 %	0,0 %	34,3 %	0,9 %
Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie	833	0,1	61,0 %	0,0 %	37,7 %	1,3 %
Sonstige Anlässe zu stationären Leistungen	12.246	1,0	38,7 %	10,9 %	33,8 %	16,6 %
Hybrid-DRG nach §115 f SGB V	52	0,0	23,1 %	13,5 %	51,9 %	11,5 %
Gesamt	1.252.253	100,0	46,1 %	0,2 %	52,8 %	1,0 %

1.3 Ambulante Leistungen

Zu den ambulanten Leistungen in diesem Kapitel zählen insbesondere zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (zahn-)ärztlich verordnete Heilmittel, Pflegeleistungen, Haushaltshilfen, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Psychotherapie und Soziotherapie. Aufgabe des Medizinischen Dienstes ist es, zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung gegeben sind. Der Medizinische Dienst prüft hierbei, ob eine Erkrankung im Sinne des SGB V besteht, ob die Leistung anerkannt ist und die sozialmedizinischen Voraussetzungen erfüllt sind.

Bei den rund 161.000 Begutachtungsaufträgen der Krankenkassen zu ambulanten Leistungen kamen die Gutachterinnen und Gutachter bei 61,4 % der Fälle zu dem Ergebnis, dass die medizinischen Voraussetzungen für die Leistungsgewährung erfüllt waren. Die häufigsten Begutachtungsaufträge entfielen auf die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V (31,6 %), die Physiotherapie als eine Form des Heilmittels nach § 32 SGB V (16,3 %), die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V (15,6 %), die außerklinische Intensivpflege (12,6 %) sowie die Psychotherapie nach § 27 Absatz 1 SGB V (10,7 %).

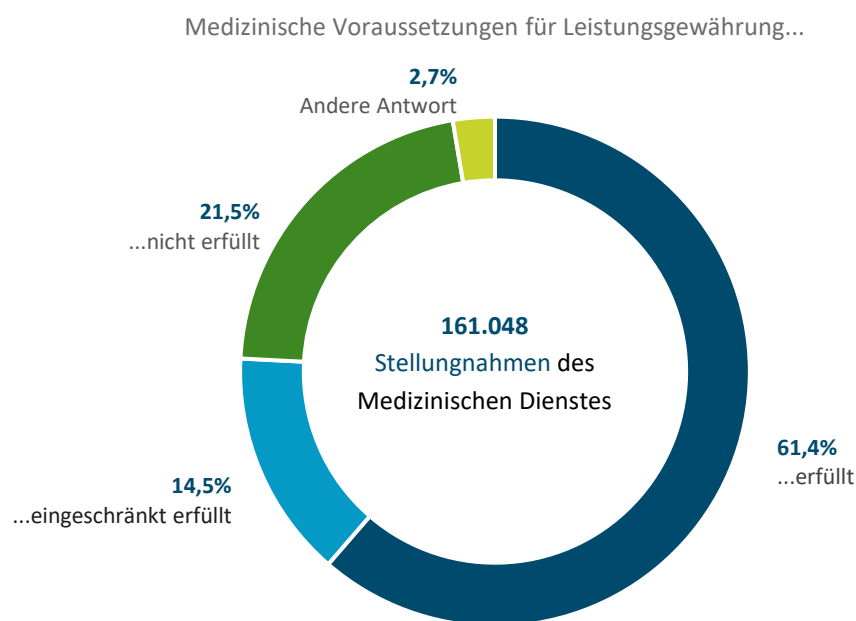


Abbildung 4: Begutachtungsergebnisse ambulante Leistungen, 2025.

Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V

Gesetzlich Krankenversicherte haben unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege. Dieser Anspruch besteht nur, wenn eine im Haushalt lebende Person die erkrankte Person nicht im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 SGB V die Verordnung der häuslichen Krankenpflege. Diese Richtlinien enthalten ein Verzeichnis an Maßnahmen, die verordnet werden können.

Bei der häuslichen Krankenpflege wird zwischen der Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 Absatz 1 SGB V, der Unterstützungspflege nach § 37 Absatz 1a SGB V und der Sicherungspflege nach § 37 Absatz 2 SGB V unterschieden.

Krankenhausvermeidungspflege

Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder an einem geeigneten Ort (bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen) neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege).

Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst festgestellt hat, dass dies aus den oben genannten Gründen erforderlich ist.

Unterstützungspflege

Versicherte erhalten an den gleichen Orten für bis zu vier Wochen je Krankheitsfall wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach Krankenhausaufenthalt, ambulanter Operation oder ambulanter Krankenhausbehandlung, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Bedingung ist, dass keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt. Auch hier kann die Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, sofern der Medizinische Dienst festgestellt hat, dass dies aus den genannten Gründen erforderlich ist.

Sicherungspflege

Versicherte erhalten an den gleichen Orten wie bei der Krankenhausvermeidungspflege als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Sicherungspflege). Der Anspruch besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c SGB V (außerklinische Intensivpflege) haben, soweit diese Leistungen tatsächlich erbracht werden. Maßnahmen der Behandlungspflege können beispielsweise die Blutzuckermessung, das Richten oder Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten, das An- und Ablegen von Kompressionsstrümpfen oder die Wundversorgung sein.

Im Jahr 2025 hat der Medizinische Dienst 50.962 Gutachten zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erstellt. Dies entspricht einem Anteil von 31,6 % an allen Begutachtungen zu ambulanten Leistungen. Die im Vergleich zum letzten Bericht reduzierte Anzahl (2023: 59.448 bzw. 36,3 %) an allen Begutachtungen zu ambulanten Leistungen erklärt sich dadurch, dass inzwischen die Leistung der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V vollständig aus der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V herausgelöst ist. Entsprechend sind Anzahl und Anteil der Begutachtungen zur außerklinischen Intensivpflege angestiegen (siehe Tabelle 6). Anhand der Daten kann nicht differenziert werden, ob sich die Gutachten auf die Krankenhausvermeidungspflege, die Unterstützungspflege oder die Sicherungspflege beziehen. Aufgrund der Erfahrungen des Medizinischen Dienstes ist jedoch davon auszugehen, dass die überwiegende Mehrheit der Gutachten im Zusammenhang mit der Sicherungspflege erstellt wurde.

Bei der Begutachtung prüfen die Gutachterinnen und Gutachter, ob die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung gegeben sind. In 64,9 % der Fälle haben sie festgestellt, dass die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung der häuslichen Krankenpflege erfüllt sind. Bei 24,2 % der Gutachten waren die sozialmedizinischen Voraussetzungen eingeschränkt erfüllt. Dies kann zum Beispiel bei der Verordnung einer täglichen Wundversorgung einer akuten Wunde über einen Zeitraum von acht Wochen der Fall sein, bei der zwar die medizinischen Voraussetzungen für eine Wundversorgung nachvollziehbar sind, Häufigkeit und Dauer der Verordnung (täglich zwei Monate lang) jedoch nicht plausibel scheinen, weil eine Wundheilung zu einem früheren Zeitpunkt zu erwarten und eine tägliche Wundversorgung nicht erforderlich ist.

In 8,0 % der Fälle kamen die Gutachterinnen und Gutachter zu dem Ergebnis, dass die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung der häuslichen Krankenpflege nicht erfüllt sind. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn ein Wundschnellverband verordnet wurde, der keine Leistung der häuslichen Krankenpflege darstellt.

Von allen Gutachten enthielten 2,8 % das Ergebnis „andere Antwort“. Diese Antwort erfolgt, wenn die Fragestellung der Krankenkasse nicht unmittelbar auf das Vorliegen der sozialmedizinischen Voraussetzungen für die häusliche Krankenpflege gerichtet ist, sondern andere Aspekte adressiert, beispielsweise Fragen zur Teilhabe.

Außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V

Mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) wurden die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege nach § 37 SGB V für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V überführt. Seit dem 31. Oktober 2023 besteht bei diesen Versicherten kein Anspruch mehr auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V, wenn Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V tatsächlich erbracht werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V das Nähere zu Inhalt und Umfang, Leistungsvoraussetzungen, Qualifikationsanforderungen an die Verordnung der Leistung sowie für die Potenzialerhebung. Seit dem 1. Januar 2023 sind ärztliche Verordnungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V möglich. Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege (spezielle Krankenbeobachtung gemäß HKP-Richtlinie) nach den Regelungen der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie haben seit dem 31. Oktober 2023 ihre Gültigkeit verloren.

Anspruch auf außerklinische Intensivpflege haben Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Dieser liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachperson zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachperson erforderlich ist. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst die medizinische Behandlungspflege, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, sowie eine Beratung durch die Krankenkasse, insbesondere zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts. Die Leistung bedarf der Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist. Bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, ist mit jeder Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und

Dekanülierung zu erheben, zu dokumentieren und auf deren Umsetzung hinzuwirken. Ausnahmen hierzu regelt die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege.

Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, in Wohneinheiten, in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder an einem geeigneten Ort. Berechtigte Wünsche der Versicherten zum Leistungsort sollten berücksichtigt werden. Hierbei ist zu prüfen, ob und wie die medizinische und pflegerische Versorgung am Leistungsort sichergestellt ist oder durch entsprechende Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit sichergestellt werden kann. Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen.

Im Rahmen einer persönlichen Begutachtung der oder des Versicherten prüft der Medizinische Dienst, ob die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine außerklinische Intensivpflege vorliegen und ob die medizinische und pflegerische Versorgung am jeweiligen Leistungsort sichergestellt ist. Auf dieser Grundlage trifft die Krankenkasse eine Entscheidung. Diese muss die Krankenkasse jährlich überprüfen und dafür jeweils eine erneute persönliche Begutachtung durch den Medizinischen Dienst veranlassen.

Die Begutachtung der außerklinischen Intensivpflege erfolgt auf Grundlage der Begutachtungsanleitung für die außerklinische Intensivpflege, die der Medizinische Dienst Bund als Richtlinie erlassen und die das Bundesministerium für Gesundheit genehmigt hat.

Gemäß den Fragestellungen der Krankenkassen prüft der Medizinische Dienst im jeweiligen Fall nicht nur, ob die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege erfüllt sind, sondern auch, ob die medizinische und pflegerische Versorgung sichergestellt ist. Die Gutachterinnen und Gutachter prüfen ebenso, ob Hinweise auf eine mögliche Beatmungsentwöhnung (Weaning) oder Entfernung der Trachealkanüle vorliegen oder die Therapie optimiert werden könnte.

Im Jahr 2025 hat der Medizinische Dienst 20.247 Begutachtungen zur außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V durchgeführt. Dies entspricht einem Anteil von 12,6 % an allen Gutachten zu ambulanten Leistungen.

In 74,9 % der Gutachten wurde festgestellt, dass die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung der außerklinischen Intensivpflege erfüllt waren. Bei 11,7 % der Gutachten waren die sozialmedizinischen Voraussetzungen eingeschränkt erfüllt. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn bei der Begutachtung nachvollziehbar ist, dass es mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich zu lebensbedrohlichen Situationen kommen kann, die die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachperson zur Kontrolle und Einsatzbereitschaft erfordern, es aber gleichzeitig Hinweise auf ein Weaningpotential gibt oder darauf, dass die Pflege am Leistungsort nicht sichergestellt ist.

In 12,2 % der Fälle kamen die Gutachterinnen und Gutachter zu dem Ergebnis, dass die sozialmedizinischen Voraussetzungen nicht erfüllt waren. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn aufgrund eines schwerwiegenden Krankheitsbildes zwar eine aufwendige Pflege und Betreuung erforderlich sind, jedoch planbare, punktuelle behandlungspflegerische Maßnahmen ausreichen.

Bei speziellen Fragestellungen, zum Beispiel zum persönlichen Budget oder im Zusammenhang mit der Teilhabe, kann das Ergebnis der Begutachtung „andere Antwort“ lauten. Dies war bei 1,2 % der Gutachten der Fall.

Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V

Reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a SGB V bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht aus, erbringt die Krankenkasse die erforderliche Kurzzeitpflege entsprechend § 42 SGB XI für eine Übergangszeit. Voraussetzung dafür ist, dass keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 im Sinne des SGB XI vorliegt. Leistungsdauer und Leistungshöhe entsprechen denen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI. Die Leistung kann in zugelassenen Einrichtungen nach dem SGB XI oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.

Im Jahr 2025 hat der Medizinische Dienst 923 Begutachtungen zur Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V erstellt. Dies entspricht einem Anteil von 0,6 % an allen Gutachten zu ambulanten Leistungen.

Auch hier prüfen die Gutachterinnen und Gutachter, ob die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung der Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit erfüllt sind. Das war in 79,5 % der Begutachtungen der Fall. Bei 2,0 % der Begutachtungen haben die Gutachterinnen und Gutachter festgestellt, dass die sozialmedizinischen Voraussetzungen eingeschränkt erfüllt waren. Dies kann beispielsweise vorkommen, wenn die sozialmedizinischen Voraussetzungen zwar erfüllt sind, aber die verordnete Dauer (zum Beispiel acht Wochen) nicht begründet erscheint.

In 15,0 % der Fälle waren die sozialmedizinischen Voraussetzungen nicht erfüllt, zum Beispiel weil aufgrund weniger ausgeprägter Einschränkungen die Leistungen der Unterstützungspflege nach § 37 Absatz 1a SGB XI im eigenen Haushalt ausreichen. Bei 3,6 % der Begutachtungen nannten die Gutachterinnen und Gutachter als Begutachtungsergebnis „andere Antwort“.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV nach § 37b SGB V)

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität schwerstkranker und sterbender Menschen zu fördern, die an einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen und lebensverkürzenden Erkrankung leiden. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wurde 2007 eingeführt, damit Betroffenen ein menschenwürdiges, selbstbestimmtes Leben bis zu ihrem Tod in einer ihnen vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung ermöglicht werden kann. Die Versorgung erfolgt unter Einbindung der Angehörigen und Zugehörigen. Die SAPV wird im multiprofessionellen Setting durchgeführt. Das Team besteht aus Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachpersonen, die eine palliativmedizinische bzw. palliativpflegerische Zusatzausbildung haben. Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ist dabei Rechnung zu tragen.

Neben der Grundvoraussetzung, dass die Lebenserwartung einer Erkrankung nach begründeter ärztlicher Einschätzung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist, gibt es noch weitere gleichzeitig zu erfüllende Vorgaben, damit eine SAPV verordnet werden darf. Hierzu gehört, dass ein komplexes Symptomgeschehen vorhanden sein muss, das ein zwischen den Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachpersonen abgestimmtes, palliatives Versorgungskonzept erfordert. Am Beispiel der Schmerzsymptomatik ist ein komplexes Symptomgeschehen ein Schmerz, der unter anderem eine Einnahme von Schmerzmedikamenten mit kontrollierter Dosisanpassung unter engmaschiger Überwachung und Überprüfung der Medikamentenwirkung und ggf. kurzfristige Kriseninterventionen erfordert. Andere Symptomkomplexe sind zum Beispiel eine neurologische/psychiatrische oder/und eine respiratorische/kardiale Symptomatik.

Sind die Vorgaben der SAPV nicht erfüllt und wird dennoch ambulante Hilfe bei Versicherten in palliativer Versorgungssituation benötigt, gibt es vielfältige andere Versorgungsmöglichkeiten, wie die von Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erbrachte qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung nach § 87 Absatz 1b SGB V oder zusätzliche Leistungen in der häuslichen Krankenpflege (HKP), zum Beispiel die „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten“. Die palliativpflegerischen Maßnahmen der HKP dürfen nur in enger Abstimmung mit den behandelnden Vertragsärztinnen und -ärzten erfolgen.

Aufgabe des Medizinischen Dienstes ist es, im Auftrag der Krankenkassen zu prüfen, ob die sozialmedizinischen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen im Einzelfall vorliegen. Die Abgrenzung der SAPV-Leistungen von anderen ambulanten Leistungen der Palliativversorgung sowie die sachgerechte Beurteilung des Leistungsumfangs im Rahmen der abgestuften Leistungserbringung stellen dabei besondere Anforderungen an die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste.

Mit 25.048 Stellungnahmen und einem Anteil von 15,6 % an den verordneten ambulanten Leistungen belegt die Begutachtung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V im Jahr 2025 den dritten Rang unter den häufigsten Begutachtungsanlässen.

Im Jahr 2025 waren die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in 74,2 % der begutachteten Fälle erfüllt, in 10,3 % der Fälle eingeschränkt erfüllt und in 14,6 % der Fälle nicht erfüllt. Die verbleibenden 0,9 % entfallen auf andere Antworten.

Heilmittel nach §32 SGB V

Gemäß § 32 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach § 34 SGB V ausgeschlossen sind. Grundlage für die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung ist die Heilmittel-Richtlinie des G-BA. Die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung ist in der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte des G-BA geregelt.

Heilmittel im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen und umfassen

- die einzelnen Maßnahmen der Physiotherapie
- die einzelnen Maßnahmen der Podologischen Therapie
- die einzelnen Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- die einzelnen Maßnahmen der Ergotherapie und
- die Ernährungstherapie.

Seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) am 11. Mai 2019 bedürfen Heilmittelverordnungen, auch wenn sie über die orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, keiner Genehmigung mehr durch die Krankenkasse. Im Heilmittelkatalog werden bei den Maßnahmen der Heilmitteltherapie (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie) und den jeweiligen Diagnosegruppen orientierende Behandlungsmengen angegeben. Bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Diagnosegruppe WS-Wirbelsäulenerkrankungen sind dies bspw. 18 Behandlungseinheiten, bei Maßnahmen der Ergotherapie bei Diagnosegruppe EN1 – ZNS-Erkrankungen (Gehirn), Entwicklungsstörungen beträgt diese 40 Einheiten bei Erwachsenen und 60 Einheiten längstens bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Bei Bemessung der orientierenden Behandlungsmenge wird angenommen, dass diese in der Regel ausreicht, um die Behandlung erfolgreich abzuschließen. „Orientierende Behandlungsmenge“ bedeutet, dass sich Vertragsärztinnen und Vertragsärzte daran orientieren, aber im Bedarfsfall davon abweichen können.

Aufgrund dieser gesetzlichen Änderungen und entsprechender Anpassung der HeilM-RL des G-BA werden die Medizinischen Dienste (nahezu) ausschließlich mit Begutachtungen zu Fragen des „langfristigen Heilmittelbedarfs“ gemäß § 8 Absatz 3 und 5 der HeilM-RL beauftragt.

Dabei haben die Gutachterinnen und Gutachter (sozial-)medizinisch zu bewerten, ob bei einer Versicherten/einem Versicherten bei Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs schwere, dauerhafte funktionelle oder strukturelle Schädigungen vorliegen, die mit den Diagnosen der Anlage 2 der HeilM-RL vergleichbar sind. Bei den in der Anlage 2 gelisteten Diagnosen in Verbindung mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe des Heilmittelkataloges ist dagegen vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V auszugehen.

Wesentlich dabei ist, dass Verordnungen im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfs nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen (§ 106b Abs. 2 SGB V) unterliegen.

Im Jahr 2025 haben die Medizinischen Dienste 31.397 versichertenbezogene Stellungnahmen zu Heilmittelverordnungen aus dem vertragsärztlichen Bereich abgegeben, somit ist dieser Begutachtungsbereich weiter rückläufig. Der größte Anteil der Begutachtungsaufträge entfiel auf den Bereich der Physiotherapie. Dieser ist gleichzeitig der größte Leistungsbereich auf Bundesebene mit den meisten Verordnungen und abgegebenen Leistungen (GKV-HIS 2025; Heilmittelbericht 2025 WIdO, Wissenschaftliches Institut der AOK).

In 45 bis 60 % der Fälle waren die sozialmedizinischen Voraussetzungen nicht erfüllt. Das resultiert daraus, dass sich häufig eine Vergleichbarkeit bzgl. der Schwere und Langfristigkeit der vorliegenden funktionellen und strukturellen Schädigungen im Einzelfall zu Diagnosen der Anlage 2 der HeilM-RL nicht herstellen lässt.

Zahnärztinnen und Zahnärzte können ebenfalls Heilmittel verordnen. Für sie gilt nicht die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL), sondern die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte (HeilM-RL ZÄ). Die beiden Richtlinien des G-BA unterscheiden sich inhaltlich. So gibt es für den langfristigen Heilmittelbedarf von mindestens einem Jahr unterschiedliche Regelungen: Bei zahnärztlichen Verordnungen müssen Versicherte bei der Krankenkasse immer einen Antrag stellen. In der HeilM-RL gibt es dagegen eine Liste zugelassener Diagnosen (Anlage 2, siehe Ausführungen oben). Auch beschränken sich die Heilmittel in der vertragszahnärztlichen Versorgung auf einzelne Maßnahmen beispielsweise der Physiotherapie und der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie. Nach § 2 HeilM-RL ZÄ muss die Ursache der strukturellen oder funktionellen Schädigungen im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich liegen.

Auch bei zahnärztlichen Heilmittelverordnungen bezieht sich bei einem Gutachtenauftrag die häufigste Fragestellung auf das Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs. Zu beurteilen ist, ob sich aus den zahnärztlichen Begründungen die Schwere und Langfristigkeit der strukturellen / funktionellen Schädigungen, eine Beeinträchtigung der Aktivitäten und letztlich der nachvollziehbare Therapiebedarf der Versicherten ableiten lässt.

Insgesamt wurden 555 versichertenbezogene Stellungnahmen zu zahnärztlich verordneten Heilmitteln erstellt; bei 72,6 % waren die sozialmedizinischen Voraussetzungen nicht erfüllt. In den meisten Fällen konnte aus der zahnärztlichen Begründung kein langfristiger Therapiebedarf von mindestens einem Jahr abgeleitet werden. Auch liegen die Voraussetzungen für einen langfristigen Heilmittelbedarf nicht vor, wenn das angestrebte Behandlungsziel durch andere Therapiemaßnahmen erreicht werden kann, z. B. durch eigenverantwortliche Maßnahmen der Patientin oder des Patienten wie Eigenübungsprogramme, durch das Vermeiden von krankheitsbildbeeinflussenden Gewohnheiten oder durch einen vorübergehenden Einsatz von Arzneimitteln.

Tabelle 6: Begutachtungsergebnisse ambulante Leistungen, 2025

Ambulante Leistungen Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	In %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Physiotherapie	26.293	16,3	34,2 %	2,4 %	60,8 %	2,6 %
Podologische Therapie	132	0,1	34,8 %	2,3 %	51,5 %	11,4 %
Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	1.655	1,0	48,3 %	2,5 %	45,9 %	3,3 %
Ergotherapie	3.233	2,0	49,3 %	3,0 %	44,4 %	3,3 %
Ernährungstherapie	84	0,1	38,1 %	6,0 %	41,7 %	14,3 %
Zahnärztlich verordnete Heilmittel	555	0,3	25,4 %	1,1 %	72,6 %	0,9 %
Psychotherapie nach § 27 Absatz 1 SGB V	17.271	10,7	72,1 %	16,7 %	8,4 %	2,9 %
Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V	50.962	31,6	64,9 %	24,2 %	8,0 %	2,8 %
Außerklinische Intensivp- flege nach § 37c SGB V	20.247	12,6	74,9 %	11,7 %	12,2 %	1,2 %
Haushaltshilfen nach §§ 24h und 38 SGB V	8.671	5,4	51,8 %	20,2 %	22,7 %	5,3 %
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V	25.048	15,6	74,2 %	10,3 %	14,6 %	0,9 %
Kurzzeitpflege bei fehlen- der Pflegebedürftigkeit nach § 39 SGB V	923	0,6	79,5 %	2,0 %	15,0 %	3,6 %
Sonstige Anlässe zu ambu- lantem Leistungen	4.313	2,7	40,1 %	9,7 %	38,7 %	11,5 %
Soziotherapie nach § 37a SGB V	1.661	1,0	57,9 %	6,2 %	34,4 %	1,5 %
Gesamt	161.048	100,0	61,4 %	14,5 %	21,5 %	2,7 %

1.4 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden / Arzneimittel

Bei der Begutachtung Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB/Arzneimittel) prüft der Medizinische Dienst, ob die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Anwendung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, die nicht oder nicht gesichert der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen, erfüllt sind. Dabei gilt es nicht nur, die gesetzlichen Rahmenbedingungen, untergesetzlichen Normen und ständige Rechtsprechung durch das Bundessozialgericht (BSG) zu beachten, sondern auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin zu den prüfungsgegenständlichen NUB und Arzneimitteln zu berücksichtigen.

Medizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung...

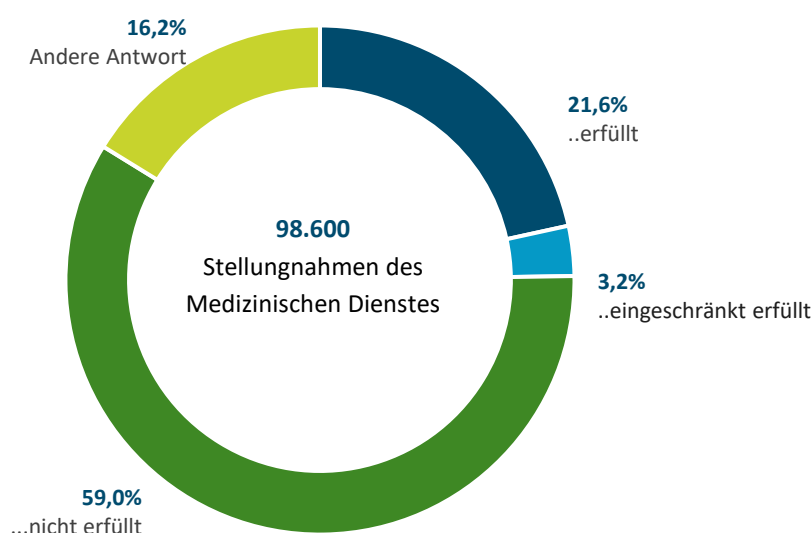


Abbildung 5: Begutachtungsergebnisse Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel, 2025

In den vergangenen Jahren sind Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die auf dem Einsatz eines Medizinproduktes beruhen, stärker in den Fokus gerückt. Medizinprodukte umfassen eine große Bandbreite medizintechnischer Produkte. Dazu gehören Verbandmittel ebenso wie (Groß-)Geräte zur Diagnostik oder Implantate (z. B. Herzschrittmacher oder Brustimplantate). Insbesondere die Begutachtung von Behandlungsmethoden unter Anwendung von Medizinprodukten hoher Risikoklasse bilden einen Schwerpunkt in der Begutachtungstätigkeit der Medizinischen Dienste.

Im Jahr 2025 haben die Medizinischen Dienste insgesamt 98.600 Gutachten zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimitteln erstellt. Vergleicht man die Begutachtungszahlen mit den GKV-Ausgaben für Arzneimittel (17,66 % der GKV-Gesamtausgaben in 2024³), nehmen die Begutachtungen von NUB/Arzneimitteln durch die Medizinischen Dienste mit 3,5 % der versichertenbezogenen

³ Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Kennzahlen 2024, Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2025_q4/20260316_GKV_Kennzahlen_Booklet_Q4-2025_300dpi_barrierefrei.pdf

Stellungnahmen quantitativ eine vergleichsweise geringe Bedeutung ein. Das liegt vor allem daran, dass für vertragliche Verordnungen von Arzneimitteln in der Regel keine Aufträge an die Medizinischen Dienste gestellt werden. Nach § 29 Absatz 1 Bundesmantelvertrag Ärzte liegt die Verantwortung zur Verordnung ausschließlich bei den Vertragsärzten.

Geht es um Verordnungen besonders hochpreisiger Arzneimittel, beauftragen die Krankenkassen die Medizinischen Dienste zunehmend mit einer entsprechenden Begutachtung. Geprüft werden dann die formalen Kriterien, ob zum Beispiel eine entsprechende Indikation vorliegt, für die das Medikament zugelassen ist.

Von allen Begutachtungen haben sich im Jahr 2025 40,1 % auf Fragestellungen zum zulassungsüberschreitenden Einsatz von Arzneimitteln bezogen. Gemeint sind Arzneimittel, die außervertraglich verordnet werden, da sie nicht Bestandteil der Regelversorgung der GKV sind. Eine Besonderheit unter den Begutachtungen von Arzneimitteln stellen die Cannabinoide dar, die 13,6 % aller Begutachtungen in diesem Begutachtungsbereich ausmachten.

Tabelle 7: Begutachtungsergebnisse Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden / Arzneimittel, 2025

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Neue und/oder nicht zugelassene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	29.468	29,9	16,8 %	3,6 %	64,5 %	15,1 %
Zugelassene Arzneimittel	4.814	4,9	27,1 %	1,8 %	50,5 %	20,6 %
Zulassungsüberschreitender Arzneimitteleinsatz	39.551	40,1	23,4 %	2,8 %	55,8 %	18,1 %
Einzelimportierte Arzneimittel nach § 73 Absatz 3 AMG	2.032	2,1	28,5 %	2,7 %	49,4 %	19,4 %
Rezepturarzneimittel, die den Methoden zuzurechnen sind	1.102	1,1	8,7 %	1,5 %	71,9 %	17,9 %
Cannabinoide	13.434	13,6	31,4 %	4,3 %	61,3 %	3,0 %
Sonstige Anlässe zur Arzneimittelversorgung	6.864	7,0	9,9 %	2,7 %	56,6 %	30,8 %
Neue und/oder nicht zugelassene Heil- und Hilfsmittel	447	0,5	21,5 %	2,5 %	64,4 %	11,6 %
Sonstige Anlässe zu neuen/oder nicht zugelassenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	888	0,9	13,6 %	2,9 %	59,1 %	24,3 %
Gesamt	98.600	100,0	21,6 %	3,2 %	59,0 %	16,2 %

1.5 Vorsorge/Reha

Rechtliche Grundlage für die Beauftragung und Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu Anträgen auf Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation ist § 275 Absatz 2 Satz 1 SGB V. Hierbei haben die Krankenkassen den Medizinischen Dienst stichprobenartig (jeder 4. eingehende Fall mit Ausnahme von Verordnungen nach § 40 Absatz 3 Satz 2) und bei Anträgen auf Verlängerungen regelmäßig mit einer gutachtlichen Stellungnahme zu beauftragen. Näheres über den Umfang und Auswahl der Stichproben bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst regelt die Richtlinie MD Stichprobenprüfung (vom 20.07.2008 in der Fassung vom 29.08.2022).

Neben Anträgen auf Leistungen nach §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V gehören zum Bereich Rehabilitation auch die ergänzenden Leistungen nach § 43 SGB V. Dazu zählen insbesondere Rehabilitationssport und Funktionstraining, Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke und sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche.

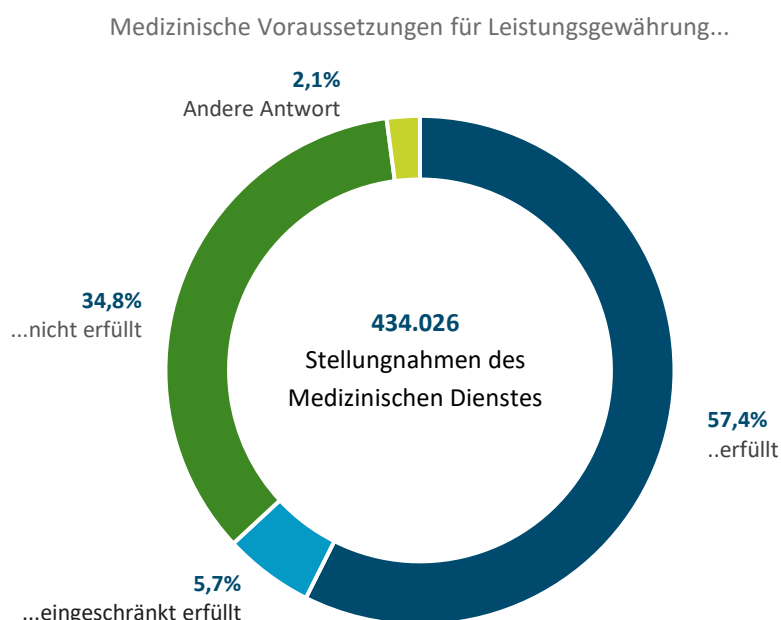


Abbildung 6: Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation, 2025

Im Jahr 2025 wurden in allen Leistungsbereichen der Vorsorge und Rehabilitation insgesamt 434.026 versichertenbezogene Stellungnahmen erstellt. Insgesamt zeigt sich eine leichte Zunahme der Begutachtungsfälle. Dies korreliert sowohl mit dem Anstieg der Leistungsfälle in 2024 und 2025 als auch mit dem Ausgabenzuwachs für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der GKV (allein von 2024 auf 2025 um 10 %)⁴.

Der Hauptanteil der Stellungnahmen (73,1 %) entfiel auf den Bereich der stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V mit 317.003 Fällen (Erstanträge inklusive Verlängerungsanträge). Auch bei den

⁴ https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp

Leistungsfällen im Jahr 2024 der KG 5-Statistik⁵ entfielen 70 % der Fälle auf den Bereich der stationären Rehabilitation. Eine Differenzierung nach Anträgen zur Anschlussrehabilitation oder Anträgen aus dem vertragsärztlichen Bereich erfolgt in der vorliegenden MD-Statistik nicht.

Für die stationäre Rehabilitation nach § 40 SGB V wurden bei der Begutachtung von Erstanträgen⁶ in 50,9 % der Fälle die sozialmedizinischen Voraussetzungen als erfüllt, in 41,7 % als nicht erfüllt, in 5,2 % als eingeschränkt erfüllt angesehen. Bei dem mit 41,7 % hohen Anteil an Fällen, bei denen die sozialmedizinischen Voraussetzungen aus gutachtlicher Sicht nicht erfüllt waren, gilt es verschiedene Aspekte zu berücksichtigen. Durch die Änderungen infolge des GKV Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPReG) dürfen Krankenkassen nur mit einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes von einer vertragsärztlichen Verordnung abweichen. Diese Vorauswahl der Krankenkasse wird oft auch gutachterlicherseits bestätigt. Weitere Begutachtungen des Medizinischen Dienstes beziehen sich auf vorzeitige Anträge auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation oder Widersprüche.

Versichertenbezogene Stellungnahmen zu Erstanträgen auf Leistungen nach § 24 SGB V (Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter) standen 2025 mit 63.029 Fällen an zweiter Stelle der Begutachtungsfälle.

In der KG 5-Statistik 2025 entfallen 14,6 % der Leistungsfälle auf Maßnahmen nach §24 SGB V. Diese stellen auch hier den zweitgrößten Bereich dar. In 62,2 % der Erstantrags-Gutachten lagen die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung vor, in 33,5 % nicht. Hier werden den Medizinischen Diensten insbesondere vorzeitige Anträge oder Widersprüche zur Begutachtung vorgelegt. Die Gutachterin oder der Gutachter hat bei vorzeitigen Anträgen, gerade bei unverändert benannten Gesundheitsproblemen, neben Indikation und Dringlichkeit der beantragten Leistung auch den Erfolg der zuletzt durchgeführten Vorsorgeleistung und die Umsetzung der im Entlassungsbericht empfohlenen Maßnahmen in die Prüfung einzubeziehen. In vielen Fällen stellen die Gutachtenden eine besondere medizinische Dringlichkeit für die beantragte vorzeitige Leistung nicht fest.

Verlängerungsanträge von medizinischen Leistungen nach §§ 24, 40, 41 SGB V werden in großem Umfang durchschnittlich ca. 80 %) positiv bewertet.

Im Bereich der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation werden die meisten versichertenbezogenen Stellungnahmen zum Rehabilitationssport/Funktionstraining erstellt (6.825 Fälle).

Rehabilitationssport und Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe gefördert. Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Menschen sollen motiviert und in die Lage versetzt werden, Bewegungstraining selbstständig und eigenverantwortlich im Sinne eines angemessenen Übungsprogramms durchzuführen. Es bedarf hierfür einer vertragsärztlichen Verordnung und einer Genehmigung durch die Krankenkasse. Bei der Genehmigung von Rehasport und Funktionstraining durch die Krankenkassen gibt es keine Verpflichtung, den Medizinischen Dienst einzubeziehen. Erstanträge werden ganz überwiegend von den Krankenkassen selbst – ohne vorherige Begutachtung durch den Medizinischen Dienst – genehmigt. Für Rehasport und Funktionstraining gelten allgemeine Richtwerte zum Leistungsumfang und für bestimmte Patientengruppen erweiterte Leistungsumfänge, zum Beispiel Herzsport (BAR Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining 2022).

⁵ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Geschaeftergebnisse/KG5_2024.pdf

⁶ Kennzahlen zu Erst- und Verlängerungsanträgen können dem Tabellenanhang entnommen werden.

Üblicherweise wird der Medizinische Dienst mit einer Stellungnahme beauftragt, wenn die Leistung immer wieder verlängert werden soll. Die Genehmigung einer längeren Leistungsdauer ist grundsätzlich im Einzelfall möglich, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist. Diese Voraussetzungen liegen allerdings nach bereits häufig über Jahre in Anspruch genommenem Rehasport/oder Funktionstraining aus sozialmedizinischer Sicht nur selten vor, womit sich der hohe Anteil von 69,4 % „medizinische Voraussetzung nicht erfüllt“ begründet.

Tabelle 8: Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation, 2025

Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Leistungen zur ambulanten Vorsorge nach § 23 SGB V	7.548	1,7	41,4 %	1,9 %	55,1 %	1,6 %
Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V	26.363	6,0	65,9 %	6,3 %	26,0 %	1,7 %
Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V	5.127	1,1	42,9 %	11,9 %	42,8 %	2,4 %
Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V	317.003	73,1	57,3 %	6,3 %	34,6 %	1,8 %
Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V	63.663	14,6	62,3 %	2,8 %	33,4 %	1,5 %
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V	757	0,2	49,7 %	11,6 %	34,6 %	4,1 %
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V	568	0,1	28,9 %	4,6 %	42,8 %	23,8 %
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Sozialmediz. Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche nach § 43 Abs. 2 SGB V	1.674	0,4	56,0 %	7,9 %	34,3 %	1,8 %
Rehasport / Funktionstraining nach § 64 SGB IX	6.825	1,6	28,3 %	1,1 %	69,4 %	1,2 %
Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Vorsorge	221	0,1	32,6 %	5,4 %	41,6 %	20,4 %
Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Rehabilitation	4.155	1,0	38,4 %	5,7 %	25,9 %	30,0 %
"Mitaufnahme eines Kindes bei Maßnahmen	122	0,0	48,4 %	3,3 %	34,4 %	13,9 %
Gesamt	434.026	100,0	57,4 %	5,7 %	34,8 %	2,1 %

1.6 Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte

Gemäß § 33 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.

Die Hilfsmittel müssen mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte erfüllen, soweit sie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 gelistet oder von den dort genannten Produktgruppen erfasst sind. Dabei stellt das Hilfsmittelverzeichnis keine Positivliste dar. Es können auch Produkte, die dort nicht gelistet sind, aber die geforderten Qualitätskriterien erfüllen, an Versicherte abgegeben werden. Dies betrifft insbesondere Hilfsmittel, die individuell gefertigt werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen können in geeigneten Fällen gemäß § 275 Absatz 3 Nummer 1 und 3 SGB V vor Bewilligung eines Hilfsmittels prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist, und sie können eine Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen veranlassen.

Bei der sozialmedizinischen Begutachtung binden die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste auch Mitarbeitende anderer Fachdisziplinen mit ein und greifen zum Beispiel auf die Expertise von Ingenieurinnen und Ingenieuren der Orthopädie(schuh)technik zurück. Diese werden in allen Produktgruppen der Rehathechnik und Orthopädietechnik eingesetzt, die etwa die Hälfte aller Begutachtungsaufträge in diesem Bereich ausmachen.

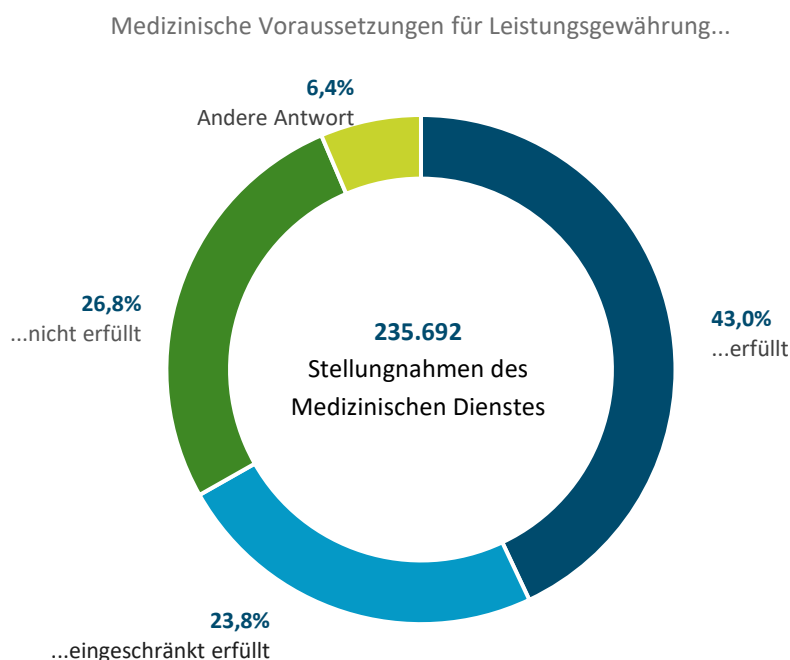


Abbildung 7: Begutachtungsergebnisse Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte, 2025

Im Jahr 2024 wurden 231.564 Hilfsmittel-Begutachtungen durchgeführt. Im Jahr 2025 stiegen die Begutachtungen auf 235.692 leicht an. Die Zahlen bewegen sich auf dem gleichen Niveau wie im Jahr 2023.

Die Anzahl der Fälle, in denen die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt waren, haben sich nur unwesentlich verändert. Dagegen sank die Anzahl der Fälle, in denen die Voraussetzungen nicht erfüllt waren, um 5,3 Prozentpunkte zugunsten der Antwort „eingeschränkt erfüllt“.

Im Jahr 2025 erfolgten die häufigsten Begutachtungen in den Produktgruppen „Kranken- und Behindertenfahrzeuge“ (12,7 %) und „Elektrostimulationsgeräte“ (12,4 %). Darauf folgten die Produktgruppen „Hilfsmittel zur Insulintherapie“, „Schuhe“ und „Orthesen/Schienen“ mit 9,5 bis 8,3 % aller Begutachtungen.

Während die meisten Produktgruppen konstant beauftragt wurden, stiegen die Begutachtungsfälle in den Produktgruppen „Hilfsmittel zur Insulintherapie“ und „Elektrostimulationsgeräte“ deutlich an. Dies hängt mit Innovationen im Bereich der Insulinpumpentherapiesysteme und der Elektrostimulation mittels TumortheraPIefeldern zusammen.

Seit 2021 beauftragen die Krankenkassen die Medizinischen Dienste ebenfalls mit der Begutachtung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA). Diese machen nur 0,1 % der Aufträge im Bereich der Hilfsmittel-Begutachtung aus und spielen damit weiterhin eine untergeordnete Rolle.

Tabelle 10: Begutachtungsergebnisse Hilfsmittel, 2025

Hilfsmittel und hilfsmittelnähe Medizinprodukte GKV Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Medizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Absauggeräte	283	0,1	51,2 %	11,3 %	31,1 %	6,4 %
Adaptationshilfen	816	0,3	43,1 %	20,2 %	26,8 %	9,8 %
Applikationshilfen	3.698	1,6	77,9 %	7,2 %	10,9 %	4,0 %
Badehilfen	459	0,2	51,2 %	24,4 %	19,6 %	4,8 %
Bandagen	101	0,0	29,7 %	17,8 %	46,5 %	5,9 %
Bestrahlungsgeräte	67	0,0	32,8 %	14,9 %	44,8 %	7,5 %
Blindenhilfsmittel	1.832	0,8	42,1 %	25,7 %	22,7 %	9,6 %
Einlagen	5.690	2,4	34,4 %	41,2 %	22,8 %	1,6 %
Elektrostimulationsgeräte	29.142	12,4	43,1 %	29,9 %	19,6 %	7,4 %
Gehhilfen	2.500	1,1	45,3 %	25,5 %	24,6 %	4,6 %
Hilfsmittel gegen Dekubitus	1.668	0,7	46,5 %	25,4 %	22,5 %	5,6 %
Hilfsmittel bei Tracheostoma	130	0,1	56,2 %	11,5 %	20,0 %	12,3 %
Hörhilfen	6.379	2,7	41,3 %	19,1 %	33,1 %	6,5 %
Inhalations- und Atemtherapiegeräte	15.297	6,5	44,4 %	27,2 %	20,0 %	8,4 %
Inkontinenzhilfen	1.474	0,6	51,0 %	22,0 %	19,9 %	7,1 %
Kommunikationshilfen	4.079	1,7	46,0 %	24,6 %	24,0 %	5,4 %
Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	14.425	6,1	35,7 %	17,4 %	42,7 %	4,2 %

Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Medizinische Voraussetzun- gen für Leistungsgewährung			Andere Ant- wort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Kranken- und Behindertenfahrzeuge	29.935	12,7	39,7 %	34,3 %	18,5 %	7,5 %
Krankenpflegeartikel	4.200	1,8	33,1 %	23,8 %	37,9 %	5,2 %
Lagerungshilfen	1.109	0,5	44,3 %	20,1 %	30,4 %	5,2 %
Messgeräte Für Körperzustände/- funktionen	8.121	3,4	44,3 %	14,1 %	33,5 %	8,1 %
Mobilitätshilfen	4.851	2,1	37,0 %	24,7 %	32,2 %	6,1 %
Orthesen/Schienen	19.575	8,3	47,0 %	27,4 %	20,8 %	4,8 %
Beinprothesen	2.897	1,2	40,0 %	37,7 %	11,9 %	10,4 %
Sehhilfen	2.168	0,9	38,3 %	30,6 %	22,9 %	8,2 %
Sitzhilfen	4.509	1,9	37,3 %	28,3 %	28,9 %	5,5 %
Sprechhilfen	13	0,0	69,2 %	15,4 %	7,7 %	7,7 %
Stehhilfen	1.085	0,5	51,2 %	30,5 %	14,3 %	4,1 %
Stomaartikel	115	0,0	60,9 %	13,0 %	11,3 %	14,8 %
Hilfsmittel zur Insulintherapie	22.320	9,5	39,3 %	10,9 %	38,6 %	11,2 %
Schuhe	22.263	9,4	55,5 %	24,9 %	17,7 %	1,9 %
Therapeutische Bewegungsgeräte	15.558	6,6	41,6 %	10,0 %	46,5 %	1,9 %
Toilettenhilfen	952	0,4	39,2 %	24,7 %	30,4 %	5,8 %
Haarersatz	572	0,2	22,4 %	30,9 %	39,0 %	7,7 %
Epithesen	231	0,1	57,6 %	7,8 %	27,3 %	7,4 %
Augenprothesen	44	0,0	65,9 %	13,6 %	9,1 %	11,4 %
Brustprothesen	526	0,2	48,1 %	15,8 %	31,7 %	4,4 %
Armprothesen	790	0,3	33,2 %	32,2 %	23,0 %	11,6 %
Evaluation durchgeführter Hilfsmit- telversorgung	347	0,1	30,5 %	18,2 %	7,8 %	43,5 %
Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV	5.159	2,2	30,5 %	12,8 %	43,3 %	13,4 %
Digitale Gesundheitsanwendungen	312	0,1	45,8 %	5,4 %	23,1 %	25,6 %
Gesamt	235.692	100,0	43,0 %	23,8 %	26,8 %	6,4 %

1.7 Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler

Besteht der Verdacht auf einen Behandlungs- oder Pflegefehler, können die gesetzlichen Krankenkassen die Medizinischen Dienste mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens beauftragen. Rechtsgrundlage sind § 66 SGB V (Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern) und § 116 SGB X (Ansprüche gegen Schadenersatzpflichtige). Isolierte Gutachtenaufträge auf der Basis von § 66 SGB V oder § 116 SGB X werden insgesamt etwas seltener erteilt als gemeinsame Gutachtenaufträge.

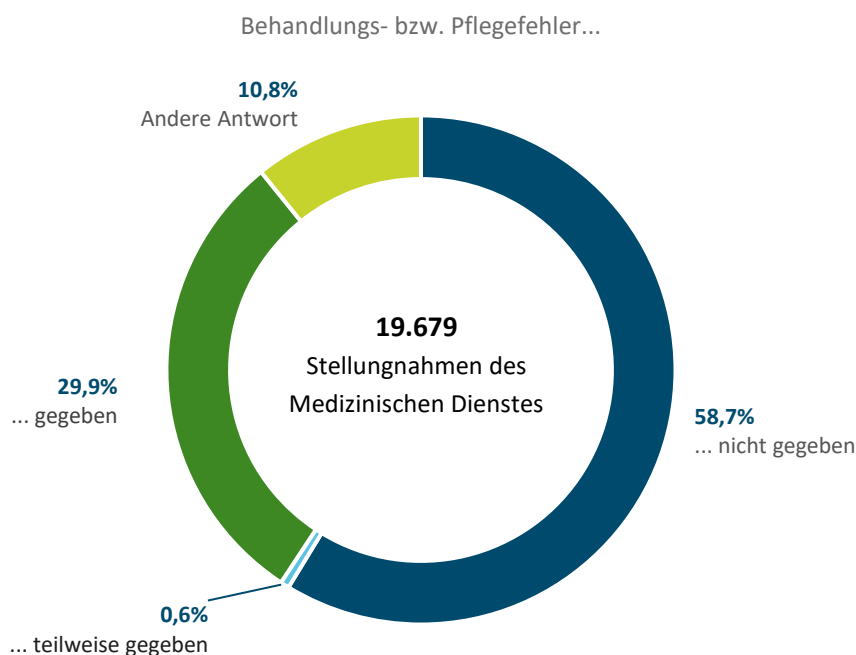


Abbildung 8: Begutachtungsergebnisse Behandlungs-/Pflegefehler (Ansprüche gegenüber/von Dritten), 2025

Der Verdacht auf Vorliegen eines Behandlungs- oder Pflegefehlers mit einem daraus resultierenden Schaden wurde in ca. 30 % der Fälle bestätigt. Bei knapp 59 % der Stellungnahmen wurde das Vorliegen eines Behandlungs- oder Pflegefehlers eindeutig verneint. In einem sehr geringen Teil der Fälle (0,6 %) lag zwar ein Behandlungs- oder Pflegefehler vor; es war jedoch kein Kausalzusammenhang zwischen dem Fehler und einem daraus resultierenden Schaden erkennbar. Damit besteht kein Anspruch auf einen Schadenersatz. Unter „Andere Antwort“ werden Fälle zusammengefasst, in denen beispielsweise aufgrund fehlender Unterlagen eine abschließende Beurteilung nicht möglich war.

Bei einem Verdacht auf das Vorliegen eines Pflegefehlers oder eines zahnmedizinischen Behandlungsfehlers lag die Quote bestätigter Vorwürfe über dem Durchschnitt. Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei der Verteilung der Vorwürfe auf die Fachgebiete ab (hier nicht dargestellt), die einen Schwerpunkt bei den chirurgisch-operativen Fachgebieten erkennen lässt. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Fehler in diesen Bereichen und Fachgebieten oftmals für Krankenkassen und Betroffene leichter zu erkennen sind als in anderen Bereichen.

Zu den Ergebnissen der Behandlungsfehler-Begutachtungen durch die Medizinischen Dienste erstellt der Medizinische Dienst Bund jährlich einen Bericht und stellt diesen im Rahmen einer

Pressekonferenz vor⁷. Die Jahresstatistik zur Behandlungsfehler-Begutachtung wird auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Bund (md-bund.de) veröffentlicht und beinhaltet ausschließlich die Ergebnisse abgeschlossener Erstgutachten zu einem Behandlungs- oder Pflegefehlerverdacht. Fälle, in denen eine fallabschließende Vorklärung stattgefunden hat, bei denen Unterlagen fehlten und nachgefordert werden mussten, oder die als Zweitgutachten gewertet wurden, gehen nicht in die Jahresstatistik ein. Vor diesem Hintergrund liegt die Zahl der in der Jahresstatistik erfassten abgeschlossenen Erstgutachten seit einigen Jahren relativ konstant bei 12.000 bis 14.000 Fällen pro Jahr.

Bei 11.735 abgeschlossenen Erstgutachten im Jahr 2025 wurde kein Behandlungsfehler festgestellt, in 3.098 Fällen (26,4 %) lag ein Behandlungsfehler mit Schaden vor – und in 2.700 aller Fälle (23 %) war der entstandene Schaden ursächlich auf den Behandlungsfehler zurückzuführen.

Tabelle 9: Begutachtungsergebnisse Behandlungs-/Pflegefehler (Ansprüche gegenüber/von Dritten), 2025

Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Behandlungs- bzw. Pflegefehler			Andere Antwort
			nicht gegeben	teilweise gegeben	gegeben	
Verdacht auf medizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V, § 116 SGB X und gemeinsam)	13.722	69,7	67,3 %	0,0 %	25,1 %	7,5 %
Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V, § 116 SGB X und gemeinsam)	1.347	6,8	63,5 %	0,0 %	31,0 %	5,5 %
Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 66 SGB V, § 116 SGB X und gemeinsam)	1.214	6,2	40,7 %	0,2 %	47,4 %	11,7 %
Abgrenzung Kostenträgerschaft/ Ersatzanspruch nach § 102 ff. SGB X	2.401	12,2	28,4 %	3,3 %	39,7 %	28,7 %
Sonstige Anlässe zu Ansprüchen gegenüber/von Dritten	792	4,0	31,4 %	1,5 %	48,9 %	18,2 %
Verdacht auf Mängel an Zahnersatz einschl. Zahnkronen	203	1,0	17,2 %	4,9 %	56,2 %	21,7 %
Gesamt	19.679	100,0	58,7 %	0,6 %	29,9 %	10,8 %

⁷ <https://md-bund.de/presse/pressemitteilungen/2025/mangelnde-patientensicherheit-kostet-milliarden-euro.html>

1.8 Zahnmedizinische Leistungen

Bei der zahnärztlichen Versorgung der GKV-Versicherten steht der Zahnerhalt im Vordergrund. Hierzu können Kinder und Jugendliche vom sechsten Lebensmonat bis zum sechsten Lebensjahr zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen (FU) in Anspruch nehmen, und von da an bis zum 18. Lebensjahr Individualprophylaxe-Leistungen (IP). Dafür werden 4 % der GKV-Ausgaben für zahnärztliche Behandlung aufgewandt. Konservierend-chirurgische Leistungen umfassen Untersuchungen und Röntgenaufnahmen und haben einen Anteil von 52 %. Zahnersatz sowie Kronen machen 23 % aus, Kieferorthopädie und Parodontitisbehandlung jeweils 8 %, und die Therapie mit Aufbiss- und Unterkieferprotrusionsschienen 4 %. Insgesamt lagen die GKV-Ausgaben für diese ambulanten zahnärztlichen Leistungen im Jahr 2024 bei 18 Mrd. Euro.⁸ Darüber hinaus werden zahnärztliche und kieferchirurgische Leistungen in Krankenhäusern erbracht.

Der Medizinische Dienst begutachtet geplante zahnmedizinische Behandlungen im Auftrag der Krankenkassen auf Basis von § 275 Absatz 1 SGB V. Dabei handelt es sich um ein breites Spektrum verschiedener Leistungen:

- Zahnerhaltung und Prophylaxe
- Zahnersatz und Zahnkronen
- Parodontologie
- Kieferorthopädie
- Schienentherapie
- Implantatversorgung
- zahnärztliche Behandlungen im Ausland
- „außervertragliche“ Leistungen, für die kein direkter Leistungsanspruch besteht
- neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände bei Ruhen des Leistungsanspruchs
- Unaufschiebbarkeit einer Zahnersatzversorgung aus medizinischen Gründen
- vermutete Mängel am Zahnersatz
- Unterkieferprotrusionsschienen
- zahnärztlich verordnete Heilmittel
- vermutete Behandlungsfehler
- zahnmedizinische Krankenhausbehandlung
- Grundsatzfragen und alle anderen Fragen der zahnmedizinischen Versorgung, z. B. ob Befunde und die angegebene Regelversorgung korrekt sind oder ob die geplante Versorgung medizinisch notwendig und zweckmäßig ist.

Des Weiteren kann der Medizinische Dienst die Krankenkassen nach § 275 Absatz 4 SGB V bei der Beratung ihrer Versicherten unterstützen. Beispielsweise äußert sich der Medizinische Dienst im Rahmen seiner Gutachten auch zu privat zu tragenden Mehrkosten bei Zahnfüllungen (§ 28 Absatz 2 SGB V), zu kieferorthopädischen Mehr- und Zusatzleistungen (§ 29 Absatz 2 SGB V) sowie zu Mehrkosten für gleich- und andersartigen Zahnersatz (§ 55 Absätze 4 und 5 SGB V). Der Medizinische Dienst beurteilt außerdem implantologische Leistungen, die nach § 28 Absatz 2 SGB V keine GKV-Leistung sind, im Hinblick darauf, ob seltene, vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vorliegen. Ist dies der Fall, können die Krankenkassen diese Leistungen einschließlich der Zahnersatzversorgung als Sachleistung erbringen.

⁸ Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Jahrbuch 2025. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung, S. 43, <https://www.kzbv.de/>

Die Krankenkassen und ihre Verbände können den Medizinischen Dienst auch in anderen Belangen zu Rate ziehen, insbesondere bei allgemeinen medizinischen Fragen der gesundheitlichen Versorgung und der Beratung der Versicherten, bei der Qualitätssicherung, bei Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern sowie in Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse der Zahnärzte und Krankenkassen, vor allem der Prüfungsausschüsse (§ 275 Absatz 4 SGB V).

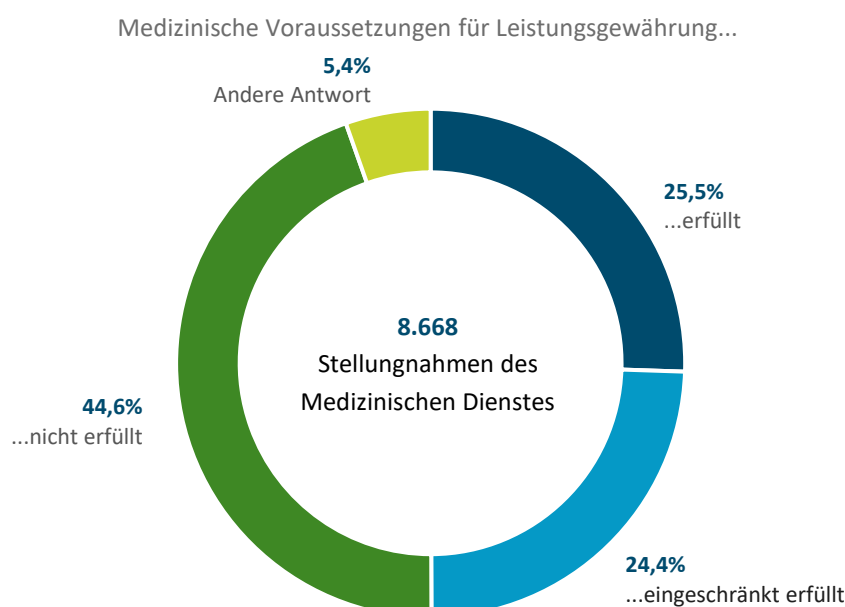


Abbildung 9: Begutachtungsergebnisse Versorgung in vertragszahnärztlichen Praxen, 2025

Zahnmedizinische Gutachten der Medizinischen Dienste basieren überwiegend auf Unterlagen wie Heil- und Kostenplänen, Röntgenaufnahmen, Kiefermodellen, Fotoaufnahmen, fach(zahn)ärztlichen Befundberichten oder Angaben dazu, welche anderen Behandlungen beantragt oder durchgeführt wurden. Bei etwa einem Viertel der Begutachtungen laden die Zahnärztinnen und Zahnärzte der Medizinischen Dienste die Versicherten zu einer Untersuchung ein, um die Situation abzuklären. Wie die Statistik „Erledigungsart“ (Tabelle 29) in diesem Bericht zeigt, kommt diese „Befunderhebung im persönlichen Kontakt mit dem Medizinischen Dienst“ in der Zahnmedizin deutlich häufiger vor als in anderen Begutachtungsgebieten.

Die Krankenkassen beauftragen den Medizinischen Dienst vor allem in Fällen, in denen Zweifel bestehen, ob die geplante zahnmedizinische Behandlung notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Der Medizinische Dienst prüft daraufhin die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme. Im Jahr 2025 sah er beispielsweise bei seinen Begutachtungen von kieferorthopädischen Behandlungsplänen die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung nur bei 29 % der Begutachtungsfälle als vollständig erfüllt an. Bei 27 % waren sie teilweise erfüllt. In diesen Fällen erfolgten in der Regel Planungsänderungen, sodass die Behandlung durchgeführt werden konnte. Bei 38 % waren die Voraussetzungen nicht erfüllt. Bei den Planungen kieferorthopädischer Versorgungen waren hierfür die häufigsten Gründe:

- die angegebene KIG-Einstufung – der Schweregrad der Zahn- und Kieferfehlstellungen – traf nicht zu;
- die nach den KFO-Richtlinien erforderlichen Voraussetzungen für eine reguläre Behandlung, eine Frühbehandlung oder eine Erwachsenentherapie waren nicht erfüllt;

- angegebene Befunde waren nicht nachvollziehbar;
- wesentliche Befunde wurden nicht berücksichtigt;
- die vorgesehene Therapie war nicht indiziert.

In 6 % der kieferorthopädischen Begutachtungsfälle übermittelte der Medizinische Dienst der Krankenkasse eine „andere Antwort“. Dies war vor allem der Fall, wenn sich die Fragestellung der Krankenkasse nicht auf einen Behandlungsplan bezog. Beispielsweise kann sich der Medizinische Dienst dazu geäußert haben, ob die Behandlung gemäß § 29 Absatz 3 in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde.

Für die Begutachtung kieferorthopädischer Leistungen können die Krankenkassen alternativ zum Medizinischen Dienst ein zweites Begutachtungssystem nutzen, das bundesmantelvertraglich vereinbart ist. Dabei erstellen überwiegend niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte die Gutachten nebenberuflich. Statistische Eckdaten gehen in die Richtung, dass in diesem Gutachtersystem mehr KFO-Behandlungspläne befürwortet werden als bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst. Einschränkung ist anzumerken, dass sich die Gutachtenaufträge strukturell unterscheiden können.

Weitere zahnmedizinische Begutachtungen finden sich unter den Themen zahnmedizinische Krankenhausbehandlung (Kapitel 1.2), zahnärztlich verordnete Heilmittel (Kapitel 1.3), vermutete zahnmedizinische Behandlungsfehler (Kapitel 1.7), Mängel am Zahnersatz einschließlich Zahnkronen (Kapitel 1.7), neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie sonstige Begutachtungsanlässe (Kapitel 1.4 und 1.9).

Tabelle 10: Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Zahnmedizin, 2025

Zahnmedizin Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in%	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Ant- wort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen	4.595	53,0	25,5 %	26,4 %	43,0 %	5,0 %
Implantate einschließlich Suprakonstruktion	308	3,6	20,1 %	15,6 %	54,9 %	9,4 %
Aufschiebbarkeit Zahnersatz u. a. Versorgungen, Ruhen des Leistungsanspruchs	287	3,3	12,5 %	8,7 %	76,0 %	2,8 %
Konservierend-chirurgische Behandlung	128	1,5	3,9 %	9,4 %	79,7 %	7,0 %
Kieferbruch/Aufbissbehelfe/ Unterkieferprotrusionsschiene	78	0,9	10,3 %	6,4 %	76,9 %	6,4 %
Kieferorthopädie	2.664	30,7	29,2 %	27,3 %	37,8 %	5,7 %
Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen	118	1,4	55,9 %	24,6 %	16,1 %	3,4 %
Sonstige Anlässe zur Zahnmedizin	490	5,7	16,9 %	11,8 %	64,9 %	6,3 %
Gesamt	8.668	100,0	25,5 %	24,4 %	44,6 %	5,4 %

1.9 Sonstige Anlässe

Weitere Begutachtungsanlässe, die sich in die bisher vorgestellte Systematik nicht einordnen lassen, sind unter dem Begriff „Sonstige Anlässe“ zusammengefasst. Einen großen Anteil innerhalb dieser Gruppe nehmen Begutachtungen zu Fragestellungen der medizinischen Indikation eines geplanten operativen Eingriffs, zu plastischer Chirurgie und zu Hospizleistungen nach § 29a SGB V ein. Auch die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme der Gesetzlichen Krankenkassen für Fahrtkosten zu medizinischer Diagnostik oder Therapie werden in vielen Fällen begutachtet. Der Medizinische Dienst prüft im Auftrag der Krankenkassen, ob die sozialmedizinischen Voraussetzungen zur Leistungsgewährung erfüllt sind, und teilt das Ergebnis der Prüfungen in Form einer Empfehlung den Krankenkassen mit. Die Entscheidung über die Bewilligung des Antrags und damit eine mögliche Kostenübernahme trifft die Krankenkasse.

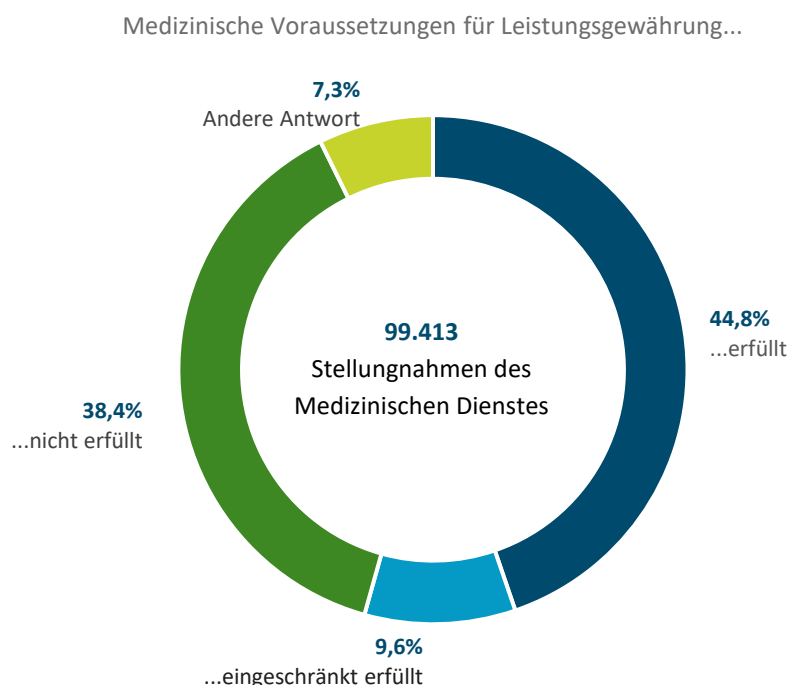


Abbildung 10: Begutachtungsergebnisse Sonstige Leistungen, 2025

Im Jahr 2025 erstellten die Medizinischen Dienste rund 12.000 Stellungnahmen, die den Bereich Fahrtkosten bei ambulanten oder stationären Behandlungen betreffen. In mehr als der Hälfte der Fälle (insgesamt 50,8 %) sahen die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes die sozialmedizinischen Voraussetzungen zur Gewährung der beantragten Leistung als erfüllt oder eingeschränkt erfüllt an. Etwa 40 % der Stellungnahmen kommen zu dem Ergebnis, dass die sozialmedizinischen Voraussetzungen, die eine Leistungsgewährung begründen, nicht erfüllt sind.

Die verbindliche Grundlage der Begutachtung stellt in diesen Fällen die „Richtlinie über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V – Krankentransport-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses dar. Diese enthält alle für die Begutachtung von Fahrtkosten relevanten Informationen und gewährt eine nach einheitlichen Maßstäben und Kriterien erfolgende Begutachtung. Darüber hinaus werden die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste fortlaufend geschult und weitergebildet.

Tabelle 11: Begutachtungsergebnisse Sonstige Anlässe, 2025

Sonstige Anlässe Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Hospizleistungen nach § 39 a SGB V	18.974	19,1	90,4 %	0,6 %	7,4 %	1,5 %
Med. Indikation eines geplanten operativen Eingriffs/plastisch-chirurgische Eingriffe	47.873	48,2	29,3 %	15,0 %	51,9 %	3,8 %
Bariatrische Chirurgie	2.767	2,8	67,4 %	2,0 %	28,0 %	2,6 %
Behandlung bei Transsexualismus	7.767	7,8	30,6 %	5,5 %	31,1 %	32,9 %
Kryokonservierung	113	0,1	20,4 %	1,8 %	58,4 %	19,5 %
Sonstige Fragen zur med. Indikation einer Behandlungsmaßnahme	1.751	1,8	26,2 %	14,2 %	43,1 %	16,6 %
Humangenetische Untersuchungsleistungen bei onkologischen Fragestellungen	2.766	2,8	23,8 %	10,7 %	60,5 %	5,0 %
Humangenetische Untersuchungsleistungen im Rahmen der Diagnostik seltener Erkrankungen	38	0,0	5,3 %	5,3 %	78,9 %	10,5 %
Sonstige Fragen zu humangenetischen Untersuchungsleistungen	69	0,1	23,2 %	5,8 %	59,4 %	11,6 %
Übergangspflege im Krankenhaus §39e SGB V	2	0,0	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Sonstige Anlässe zur SFB und zu Sozialmedizinischen Gutachten	4.893	4,9	54,4 %	4,5 %	19,8 %	21,3 %
Fahrtkosten bei ambulanten oder stat. Behandlungen nach § 60 SGB V	12.334	12,4	42,9 %	7,9 %	41,7 %	7,5 %
Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten	66	0,1	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
Gesamt	99.413	100,0	44,8 %	9,6 %	38,4 %	7,3 %

2 Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst nach § 275a SGB V

Die Medizinischen Dienste haben gemäß der MD Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) die Aufgabe, zu prüfen, ob Krankenhäuser die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Qualitätssicherungs-Richtlinien und Beschlüssen festgelegten Qualitätsanforderungen einhalten und ob sie diese entsprechend dokumentieren. Die MD-QK-RL regelt in einem Teil A (Allgemeiner Teil) die Kontrollgegenstände und generellen Vorgaben zur Durchführung der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Kontrollen und in einem Teil B (Besonderer Teil) – unterteilt in fünf Abschnitte – die spezifischen Vorgaben.

Auf Grundlage der jeweiligen Vorgaben in Teil B der MD-QK-RL werden die Medizinischen Dienste von den gesetzlichen Krankenkassen beauftragt, Qualitätskontrollen in den Krankenhäusern durchzuführen. Im Jahr 2025 wurden 833 Prüfungen von den Medizinischen Diensten mit einem Kontrollbericht abgeschlossen (durchgeführte Kontrollen). Tabelle 12 gibt einen Überblick über die Anzahl der Prüfungen insgesamt, verteilt auf die verschiedenen Abschnitte von Teil B der MD-QK-RL. Der Tabelle ist auch zu entnehmen, was die Beauftragungsgründe (Anhaltspunkte, Stichproben oder Anlässe) für die Prüfungen waren.

Tabelle 12: Anzahl der Qualitätskontrollen nach Kontrollgegenstand und Grund der Prüfung, 2025

Kontrollgegenstand nach Abschnitt der Richtlinie	Anzahl gesamt	davon:				
		An- halts- punkte	Stich- probe	Anlass- bezo- gen	Erneute Kontrolle nach MD- QK-RL § 15 Teil A Absatz 4	Keine Angabe mög- lich
Kontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL (QS-Anforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V)	127	3	25	21	77	1
Kontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL (QS-Anforderungen nach § 136c Absatz 4 SGB V)	282	12	235	0	35	0
Kontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL (QS-Anforderungen nach § 136a Absatz 5 SGB V)	164	0	0	163	1	0
Kontrollen nach Abschnitt 5 Teil B MD-QK-RL (Einhaltung QS-Anforderungen nach § 136a Absatz 2 SGB V)	260	1	259	0	0	0
Durchgeführte Kontrollen gesamt	833	16	519	184	113	1

Kontrollen nach Abschnitt 1 Teil B MD-QK-RL (Richtigkeit der Dokumentation im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung) wurden nicht beauftragt.

Die meisten der 833 Prüfungen waren Stichprobenprüfungen (62,3 %). Anlassbezogene Kontrollen wurden in 22,1 % und anhaltspunktbezogene Kontrollen in 1,9 % der Fälle durchgeführt. Beauftragungen zur erneuten Kontrolle nach § 15 Absatz 4 Teil A MD-QK-RL machten 13,6 % der Prüfungen aus. Stichprobenprüfungen wurden im Jahr 2025 bei Kontrollen nach den Abschnitten 3 und 5 (Einhaltung Qualitätsanforderungen Notfallstufenregelungen und Einhaltung der Personalanforderungen der PPP-RL) und erstmals auch nach Abschnitt 2 (Einhaltung Anforderungen Strukturprozessrichtlinien) Teil B der MD-QK-RL durchgeführt. Fast alle Kontrollen erfolgten angemeldet vor Ort. Lediglich 12 % der Kontrollen wurden im rein schriftlichen Verfahren durchgeführt. Im Jahr 2025 ist es erstmals zur Beauftragung einer unangemeldeten Kontrolle gekommen.

Es folgt die Darstellung der Anzahl und Ergebnisse der konkret geprüften Richtlinien, Regelungen oder Beschlüsse („spezifizierte Kontrollgegenstände“) gemäß den Abschnitten in Teil B der MD-QK-RL.

Abschnitt 2 Teil B der MD-QK-RL

Abschnitt 2 enthält Vorgaben zur Überprüfung der Einhaltung der Anforderungen aus sogenannten Strukturprozessrichtlinien. Die im Berichtszeitraum nach diesem Abschnitt kontrollierbaren G-BA-Richtlinien bzw. -Beschlüsse waren:

1. Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR-RL;
2. Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma – QBAA-RL;
3. Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen – MHI-RL;
4. Richtlinie zur Kinderherzchirurgie – KiHe-RL;
5. Richtlinie zur Kinderonkologie – KiOn-RL;
6. Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur – QSFFx-RL;
7. Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem im Stadium III – QS-RL Liposuktion;
8. Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung mit Verfahren der bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem – QS-RL BLVR;
9. Qualitätssicherungs-Richtlinie zur interstitiellen LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil;
10. Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der gezielten Lungendenervierung durch Katheterablation bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung;
11. Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation mit In-vitro-Aufbereitung (T-Zell-Depletion über Positivanreicherung oder Negativselektion) des Transplantats bei akuter lymphatischer Leukämie (ALL) und akuter myeloischer Leukämie (AML) bei Erwachsenen (bis 12.02.2025);
12. Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom (bis 26.02.2025).

Tabelle 13: Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL, 2025

Richtlinie/Beschluss	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
QFR -RL	17	88,2 %	11,8 %	0 %
QBAA-RL	14	57,1 %	35,7 %	7,1 %
MHI-RL	14	92,9 %	7,1 %	0 %
KiHe-RL	2	100 %	0 %	0 %
KiOn-RL	2	50 %	50 %	0 %
QSFFx-RL	64	71,9 %	26,6 %	1,6 %
QS-RL BLVR	8	87,5 %	0 %	12,5 %
QS Lungendenergie bei COPD	0	-	-	-
QS-RL Liposuktion	4	75 %	25 %	0 %
QS-RL LDR-Brachytherapie	0	-	-	-
QS-B SZT In-vitro	1	100 %	0 %	0 %
QS-B SZT MM	1	100 %	0 %	0 %
Gesamt	127	76,4 %	21,3 %	2,4 %

Die Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen des Jahres 2025. Im Jahr 2024 wurden insgesamt 1348 Kontrollen durchgeführt. 89,6 % dieser Prüfungen waren anlassbezogene Kontrollen. Die Anzahl der Kontrollen und dieser Beauftragungsgrund spiegeln die Tatsache wider, dass gemäß § 20 Absatz 4 Teil B der MD-QK-RL die Nachweisführung aller Krankenhäuser über das Erfüllen der Qualitätsanforderungen im Rahmen des Nachweisverfahrens gemäß der jeweils maßgeblichen Richtlinie einmalig für das Kalenderjahr 2021, 2022, 2023 oder 2024 zu überprüfen war. Seit Inkrafttreten des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) am 12. Dezember 2024 ist eine Beauftragung anlassbezogener Kontrollen der gemäß Abschnitt 2 der MD-QK-RL zu prüfenden Richtlinien nicht mehr möglich.

Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL

Abschnitt 3 befasst sich mit der Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen im Krankenhaus.

Tabelle 14: Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL Notfallstufenregelungen, 2025

Präziierte Kontrollgegenstände Notfallstufenregelungen	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderun- gen erfüllt	Anforderun- gen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
Stufe 1: Basisnotfallversorgung	119	74,8 %	23,5 %	0,8 %
Stufe 2: Erweiterte Notfallversorgung	59	71,2 %	28,8 %	0 %
Stufe 3: Umfassende Notfallversorgung	35	77,1 %	20 %	2,9 %
Modul Schwerverletztenversorgung	3	100 %	0 %	0 %
Modul Notfallversorgung Kinder	45	82,2 %	17,8 %	0 %
Modul Spezialversorgung	6	100 %	0 %	0 %
Modul Schlaganfallversorgung	5	100 %	0 %	0 %
Modul Durchblutungsstörungen Herz	10	60 %	40 %	0 %
Gesamt	282	76,2 %	22,7 %	0,7 %

Die Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der im Jahr 2025 pro Stufe bzw. Modul durchgeführten Kontrollen und ihre Ergebnisse. Im Jahr 2025 wurden 83,3 % der 282 Kontrollen im Stichprobenverfahren durchgeführt, im Jahr 2024 waren es 85,8 % von insgesamt 282 Prüfungen. Der Anteil der Kontrollen aufgrund von Anhaltspunkten betrug 4,3 % (2025) bzw. 1,4 % (2024). Bei den übrigen handelte es sich um erneute Kontrollen zum Nachweis der Beseitigung der Mängel, die der Medizinische Dienst festgestellt hatte (MD-QK-RL § 15 Absatz 4 Teil A).

Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL

Abschnitt 4 Teil B der MD-QK-RL enthält spezifische Vorgaben für die Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen des G-BA zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien (ATMP). Im Berichtszeitraum betraf dies Anforderungen zur Anwendung von:

1. CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien;
2. Onasemnogen-Abeparvovec bei spinaler Muskelatrophie;
3. Tabelecleucel bei EBV-positiven Posttransplantationslymphomen;
4. Gentherapeutika bei Hämophilie;
5. Eladocagene exuparvovec bei AADC-Mangel (seit 27.09.2024);
6. Exagamglogen autotemcel bei Beta-Thalassämie und Sichelzellerkrankung (seit 08.05.2025).

Tabelle 15: Ergebnisse Kontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL je Anlage ATMP-QS-RL/Arzneimittel, 2025

Präzisierte Kontrollgegenstände ATMP-QS-RL	Anzahl durchge- führte Kon- trollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderun- gen erfüllt	Anforderun- gen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien	100	96 %	4 %	0 %
Onasemnogen-Abeparvovec (Zolgensma®)	22	100 %	0 %	0 %
Tabelecleucel	13	84,6 %	0 %	15,4
Gentherapeutika bei Hämophilie	14	100 %	0 %	0 %
Eladocagene exuparvovec	2	100 %	0 %	0 %
Exagamglogen autotemcel	13	100 %	0 %	0 %
Gesamt	164	96,3 %	2,4 %	1,2 %

Die Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der je Arzneimittel im Jahr 2025 durchgeführten Kontrollen und ihre Ergebnisse. Es handelte sich in 99,4 % um anlassbezogene Prüfungen. Im Jahr 2024 erfolgten insgesamt 88 Kontrollen nach Abschnitt 4 der MD-QK-RL, wiederum handelte es sich in nahezu allen Fällen (87) um anlassbezogene Kontrollen.

Abschnitt 5 Teil B MD-QK-RL

Abschnitt 5 Teil B der MD-QK-RL regelt die Kontrolle der Einhaltung von Mindestvorgaben an die Personalausstattung, die von den Krankenhäusern gemäß der G-BA-Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V (PPP-RL) zu erfüllen sind.

Tabelle 16: Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 5 Teil B MD-QK-RL je Einrichtung PPP-RL, 2025

Einrichtung	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderun- gen erfüllt	Anforderun- gen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
Erwachsenenpsychiatrie	145	14,5 %	84,1 %	1,4 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	61	18 %	82,0 %	0 %
Psychosomatik	54	42,6 %	53,7 %	3,7 %
Gesamt	260	21,2 %	77,3 %	1,5 %

Die Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl und Ergebnisse der im Jahr 2025 in den Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik) durchgeführten Kontrollen. Wie im Jahr 2024 fanden keine Beauftragungen aufgrund von Anlässen oder Anhaltspunkten statt. Bei fast allen Kontrollen (2025: 99,6 % bzw. 2024: 99,4 %) handelte es sich um Stichprobenprüfungen.

Weitergehende Informationen zu den Ergebnissen der Qualitätskontrollen nach der MD-QK-RL finden sich in dem „Bericht des Medizinischen Dienstes Bund gemäß § 16 Teil A der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V“, der auf den Webseiten des G-BA abgerufen werden kann.⁹

⁹ Der Bericht für das Jahr 2025 lag zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht vor. Der Bericht für das Jahr 2024 kann hier abgerufen werden: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-6074/2025-12_Bericht_MD-Bund_QK_2024.pdf

3 Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungs-ermächtigung nach § 275b SGB V

Mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) hat der Gesetzgeber die außerklinische Intensivpflege in einen neuen eigenständigen Leistungsanspruch nach § 37c SGB V überführt. Zugleich wurden die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege neu gestaltet. Diese Neuausrichtung wirkte sich auch auf die Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V aus: Die Vorgaben für Qualitätsprüfungen wurden differenziert für Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege und für Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen veranlassen gemeinsam und einheitlich, dass der Medizinische Dienst jährlich Regelprüfungen bei Leistungserbringern durchführt, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege oder nach § 132l Absatz 5 SGB V zur Erbringung der außerklinischen Intensivpflege abgeschlossen haben und die keiner Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 SGB XI unterliegen. Es ist davon auszugehen, dass die meisten dieser Leistungserbringer sowohl einen Vertrag nach § 132a Absatz 4 SGB V bzw. § 132l Absatz 5 SGB V und einen Vertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben und somit einer Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 SGB XI unterliegen.

Bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 (Betreiber von Wohneinheiten mit mindestens zwei Versicherten, die Leistungen nach § 37c SGB V in Anspruch nehmen) oder Nummer 2 (vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI) SGB V geschlossen haben, veranlassen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auch dann Regelprüfungen, wenn diese Leistungserbringer einer Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 des SGB XI unterliegen. Diese Regelprüfungen sind unangekündigt durchzuführen.

Zudem sind auch anlassbezogene Prüfungen möglich. Zu prüfen ist, ob die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach dem SGB V und den nach dem SGB V abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen für Leistungen nach § 37 SGB V oder nach § 37c SGB V erfüllt sind und ob die Abrechnung ordnungsgemäß erfolgt ist; § 114 Absatz 4 des SGB XI gilt entsprechend.

Im Jahr 2025 haben die Medizinischen Dienste 175 Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V durchgeführt. Davon waren 170 (97,1 %) Regelprüfungen und 5 (2,9 %) Anlassprüfungen.

Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund über ihre Erfahrungen mit den nach § 275b SGB V durchzuführenden Prüfungen, über die Ergebnisse ihrer Prüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zu Stand und Entwicklung der Pflegequalität und Qualitätssicherung in der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege.

Der Medizinische Dienst Bund ist gesetzlich verpflichtet, die Erfahrungen und Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu den Prüfungen nach § 275b SGB V sowie die Ergebnisse dieser Prüfungen in den Bericht nach § 114a Absatz 6 SGB XI einzubeziehen. Aus diesem Grund enthält der vorliegende Bericht keine Auswertungen zu den Prüfungen nach § 275b SGB V. Für entsprechende Ergebnisse wird auf den Bericht nach § 114a Absatz 6 SGB XI verwiesen.

4 Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c SGB V

Mit dem Fallpauschalengesetz aus dem Jahr 2002 wurde für körperliche („somatische“) Erkrankungen ein pauschalierendes und leistungsorientiertes Vergütungssystem in Form des G-DRG-Systems (German Diagnosis Related Groups) eingeführt. Das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) regelt auf dieser Basis die seit 2004 verbindliche Vergütung von vollstationären und teilstationären somatischen Krankenhausleistungen.

Im DRG-System wird eine Krankenhausbehandlung aufgrund bestimmter Kriterien einer Fallgruppe zugeordnet, entsprechend kodiert und abgerechnet. Eine Fallgruppe ergibt sich aus der Hauptdiagnose, den Nebendiagnosen – jeweils kodiert nach der Diagnoseklassifikation ICD-10-GM – sowie den durchgeführten Behandlungen, kodiert nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS. Hinzu kommen unter anderem demografische Faktoren, die Verweildauer und die Entlassungsart.

Ein vergleichbares Entgeltsystem (pauschalierende Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik, PEPP-System) wurde für die Behandlung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen 2009 ins Leben gerufen. Für diese Einrichtungen regelt die Bundespflegesatzverordnung die Vergütung vollstationärer, stationsäquivalenter und teilstationärer Leistungen.

Im Jahr 2018 wurde für psychische Erkrankungen die stationsäquivalente Behandlung als neue Krankenhausleistung eingeführt. Dabei handelt es sich um eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld des Patienten. Sie wird durch mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams erbracht. Diese Behandlungsform kann in medizinisch geeigneten Fällen anstelle einer vollstationären Behandlung erfolgen.

Im Jahr 2024 wurden bundesweit etwa 17,5 Millionen Krankenhausbehandlungen durchgeführt¹⁰. Der Medizinische Dienst hat 2025 etwa 1,18 Millionen Krankenhausabrechnungen geprüft. In etwas mehr als der Hälfte der geprüften Fälle (53,7 %) wurde eine nicht korrekte Abrechnung festgestellt. Hauptgründe waren wie schon in den Vorjahren eine nicht angemessene Behandlungsdauer im Krankenhaus und eine nicht korrekte Verschlüsselung von Diagnosen oder Prozeduren. Bei Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen und stationsäquivalenter Behandlung in der Psychiatrie lag der Anteil nicht korrekter Abrechnungen bei etwa einem Drittel der geprüften Fälle. Der Hauptgrund für eine Rechnungskorrektur war eine nicht angemessene Behandlungsdauer im Krankenhaus.

2018 lag die Zahl der Krankenhausabrechnungsprüfungen noch bei 2,58 Millionen. Mit dem „Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen“ hatte der Gesetzgeber 2020 mit Einführung des neuen § 275c SGB V die Krankenhausabrechnungsprüfung grundlegend reformiert. Mit dem Ziel, die Anzahl der Prüfungen insgesamt deutlich zu senken, wurden einerseits Prüfungen der Medizinischen Dienste zur Erfüllung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern eingeführt. Andererseits wurden Prüfquoten für die Abrechnungsprüfung von vollstationären Krankenhausbehandlungen etabliert. Zusätzlich bestimmt seit 2022 die Abrechnungsqualität einer Klinik den Anteil von Prüfungen, die durch die Krankenkassen beim Medizinischen Dienst veranlasst werden können. Krankenhäuser, bei denen weniger Abrechnungen zu beanstanden sind, werden in geringerem Umfang geprüft als solche mit mehr

¹⁰ [Zahl der Krankenhaus-Behandlungen 2024 – Statistisches Bundesamt \(destatis.de\) \(aufgerufen am 06.05.2026\)](#)

Beanstandungen. Zwar lässt sich auch in den vergangenen beiden Jahren ein weiterer Rückgang der Menge der Abrechnungsprüfungen beobachten, doch betreffen die geprüften Abrechnungen zunehmend mehr und komplexere Fragen, sodass die Prüfungen durch den Medizinischen Dienst insgesamt aufwändiger geworden sind. Der durchschnittliche Anteil der beanstandeten Rechnungen an den geprüften Rechnungen hat sich hingegen kaum verändert.

Fragestellungen zu KHEntG nach § 17b KHG (DRG) nach Anteil der gestellten Fragen

Die Krankenkassen sind nach § 275 SGB V in bestimmten Fällen oder wenn es Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder Krankheitsverlauf erfordern, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. § 275c SGB V regelt hier die Durchführung und den Umfang der Prüfungen. Zur Beauftragung des Medizinischen Dienstes wurde mit Einführung des DRG-Systems ein elektronischer Datenaustausch zwischen Krankenkassen und Medizinischen Diensten implementiert. Dieser enthält vordefinierte Fragestellungen, die im Laufe der Jahre angepasst, weiterentwickelt und um spezifische Fragen zur Abrechnung im PEPP-System ergänzt wurden. Derzeit sind für das DRG-System 22 Fragen und für das PEPP-System 20 Fragen gültig. Die Fragen können einzeln, aber auch in Kombination gestellt werden und werden im Rahmen der Begutachtung jeweils getrennt beantwortet.

Im Jahr 2025 wurden im Durchschnitt 1,70 Fragen (DRG) bzw. 1,98 Fragen (PEPP) zu jeder zu prüfenden Abrechnung gestellt. Tabelle 17 listet die Fragen zu DRG nach ihrer Häufigkeit auf. Unter den häufigsten Fragen befinden sich Fragen zur primären Fehlbelegung (01) und zur sekundären Fehlbelegung (05, 03, 04).

Bei der primären Fehlbelegung wird geprüft, inwieweit eine vollstationäre Behandlung medizinisch notwendig war und ob das Behandlungsziel nicht durch eine vorrangige Behandlungsform (ambulante, teilstationäre, tagesstationäre Behandlung) hätte erreicht werden können. Bei der sekundären Fehlbelegung wird geprüft, inwieweit die Dauer der vollstationären Behandlung medizinisch begründet war. Liegt die Behandlungsdauer innerhalb der unteren Grenzverweildauer (UGVD) und der oberen Grenzverweildauer (OGVD) der jeweils abgerechneten DRG, ist die Behandlung mit der Fallpauschale abgegolten. Ist die Behandlungsdauer kürzer, muss ein Abschlag erfolgen. Ist die Dauer länger, kann für jeden Behandlungstag, der über die obere Grenzverweildauer hinausgeht, ein Zuschlag abgerechnet werden. Der Medizinische Dienst prüft, ob die Verweildauer nachvollziehbar ist oder ob die Behandlungsdauer durch eine straffere Ablauforganisation oder durch eine alternative Behandlungsform (prä- und poststationäre oder ambulante Behandlung) hätte verkürzt werden können.

Grundlage für die Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung sind vor allem bundeseinheitliche Regelwerke wie die Deutschen Kodierrichtlinien, der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) und die deutsche Fassung der Internationalen Diagnosenklassifizierung (ICD-10-GM).

Bei der Überprüfung der Einhaltung dieser Regelwerke sind folgende Teilaspekte wesentlich:

- Prüfung der Hauptdiagnose, also der Diagnose, die unter retrospektiver Betrachtung am Ende der Krankenhausbehandlung das stationäre Behandlungsgeschehen ursächlich ausgelöst hat. Liegen bei Aufnahme ins Krankenhaus mehrere Leiden objektiv vor, die stationär behandlungsbedürftig sind, sind diese nach dem Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu gewichten.
- Prüfung von Nebendiagnosen. Dies sind Krankheiten oder Beschwerden, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehen oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickeln und die das Patientenmanagement in irgendeiner Weise beeinflussen.

- Prüfung der Abrechnung von Zusatzentgelten. Zum einen gibt es bundeseinheitliche, zusätzlich zu den Fallpauschalen abrechenbare Entgelte, die von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbart werden können. Zum anderen werden krankenhausindividuell Zusatzentgelte vereinbart. Dies sind fallbezogene Entgelte für gruppierbare, aber nicht ausreichend kalkulierte vollstationäre und teilstationäre Behandlungsfälle bzw. prozedurenbezogene Zusatzentgelte, deren (überwiegend Sach-)Kosten in den jeweils betreffenden DRG nicht einkalkuliert sind. Ein bundeseinheitliches Zusatzentgelt wird beispielsweise durch die Implantation einer Sonde und eines mehrkanaligen Neurostimulators zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems ausgelöst. Der Medizinische Dienst überprüft in einem solchen Fall, ob die Bedingungen für die Abrechnung dieses Zusatzentgelts erfüllt sind.
- Prüfung der Zahl von Beatmungstunden. Die Berechnung der Beatmungsdauer unterliegt klar definierten Regeln, welche ausführlich in den Deutschen Kodierrichtlinien beschrieben sind. Definiert sind unter anderem der Beginn oder das Ende einer Beatmung. Für die Einordnung eines Falls in eine DRG kann die Beatmungsdauer eine bedeutende Rolle spielen. Beispielsweise wird durch eine Langzeitbeatmung (mehr als 95 Stunden) eine hochpreisige Beatmungs-DRG angesteuert. Innerhalb einer DRG kann sich durch die Beatmungsdauer der Schweregrad erhöhen und zu einer Steigerung der hierfür vorgesehenen Vergütung führen.

Von 1.185.314 DRG-Prüfungen im Jahr 2025 waren die Rechnungen in...

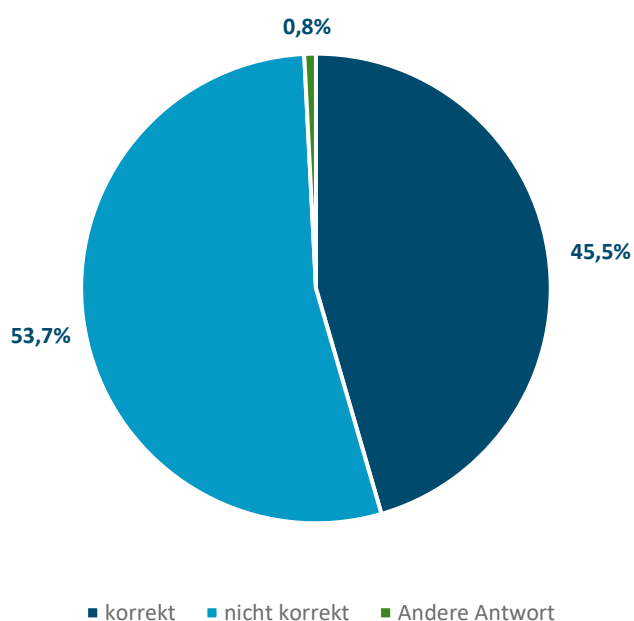


Abbildung 11: Begutachtungsergebnisse DRG gesamt, 2025

Tabelle 17: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Häufigkeit Fragestellungen, 2025

Fragestellung	Anzahl	Anteil	Rang
05 War die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer bzw. das Erreichen der UGVD medizinisch begründet?	419.888	35,4 %	1
01 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	347.480	29,3 %	2
03 Bestand die Notwendigkeit der vollstationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	262.524	22,2 %	3
13 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	256.595	21,7 %	4
12 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt	206.551	17,4 %	5
04 War die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in vollem Umfang medizinisch begründet?	177.817	15,0 %	6
11 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	175.255	14,8 %	7
18 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt? (Anlagen 2/5, 4/6 FPV)?	69.638	5,9 %	8
99 Sonstige Fragen DRG	42.350	3,6 %	9
14 Ist die Anzahl der Beatmungstunden korrekt?	28.820	2,4 %	10
22 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	10.775	0,9 %	11
06 War die Überschreitung der Mittleren Verweildauer bzw. das Erreichen der MVD medizinisch begründet?	5.755	0,5 %	12
17 Sind die abgerechneten sonstigen Entgelte korrekt (§ 6 KHEntgG)?	5.027	0,4 %	13
24 War die Mitaufnahme einer Begleitperson medizinisch begründet?	2.685	0,2 %	14
23 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	1.465	0,1 %	15
02 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	1.122	0,1 %	16
15 War die Verlegung in eine anderes KH medizinisch notwendig?	966	0,1 %	17
19 Ist/sind der/die abgerechnete(n) Zuschläge korrekt?	941	0,1 %	18
09 War Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	513	0,0 %	19
26 Waren die Verlegung in dieses Krankenhaus und dort die gesamte Dauer der stationären Behandlung medizinisch erforderlich (Verlegung oder "Verbringung")?	451	0,0 %	20
07 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	320	0,0 %	21
96 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (DRG)	21	0,0 %	22

Die Indikation zu einer stationären Krankenhausbehandlung konnte 2025 in mehr als 70 % der Fälle bestätigt werden. Etwa jeder zweite Fall hatte nach Ansicht des Medizinischen Dienstes eine zu lange Verweildauer, weil die besonderen Mittel eines Krankenhauses nicht mehr erforderlich waren.

Jede dritte Hauptdiagnose wurde vom Medizinischen Dienst korrigiert. Gemäß der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV) sind bei der Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung die beanstandete Nebendiagnose oder Prozedur konkret zu benennen. Die Prüfung des Medizinischen Dienstes bezieht sich daher nicht auf alle kodierten Nebendiagnosen und Prozeduren, sondern auf von der Krankenkasse als auffällig identifizierte oder im Verlauf der Prüfung vom Medizinischen Dienst als nicht korrekt kodiert und abrechnungsrelevant eingestufte Diagnosen und Prozeduren.

Mehr als die Hälfte der geprüften Nebendiagnosen war korrekt kodiert, bei den Prozeduren wurden etwa 30 % korrigiert. Die Anzahl der Beatmungstunden wurde in etwa 17 % der Fälle korrigiert. Diese Zahlen sind über die vergangenen Jahre konstant geblieben.

Tabelle 18: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Ergebnisse, 2025

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
05 War die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer bzw. das Erreichen der UGVD medizinisch begründet?	54,6 %	43,8 %	1,5 %	0,0 %
01 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	28,2 %	71,1 %	0,6 %	0,0 %
03 Bestand die Notwendigkeit der vollstationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	48,3 %	50,1 %	1,6 %	0,0 %
13 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	28,0 %	70,5 %	1,5 %	0,0 %
12 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt	40,5 %	56,2 %	3,2 %	0,0 %
04 War die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in vollem Umfang medizinisch begründet?	42,0 %	55,6 %	2,4 %	0,0 %
11 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	30,9 %	68,6 %	0,5 %	0,0 %
18 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt? (Anlagen 2/5, 4/6 FPV)?	26,7 %	69,4 %	3,9 %	0,0 %
99 Sonstige Fragen DRG	22,3 %	43,2 %	34,4 %	0,1 %
14 Ist die Anzahl der Beatmungstunden korrekt?	17,5 %	80,6 %	1,9 %	0,0 %
22 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	49,1 %	48,6 %	2,3 %	0,0 %

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
06 War die Überschreitung der Mittleren Verweildauer bzw. das Erreichen der MVD medizinisch begründet?	23,9 %	71,3 %	4,8 %	0,0 %
17 Sind die abgerechneten sonstigen Entgelte korrekt (§ 6 KHEntgG)?	43,2 %	43,7 %	12,8 %	0,3 %
24 War die Mitaufnahme einer Begleitperson medizinisch begründet?	49,7 %	46,5 %	3,8 %	0,0 %
23 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	38,6 %	55,0 %	5,9 %	0,4 %
02 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	22,6 %	73,2 %	4,1 %	0,1 %
15 War die Verlegung in eine anderes KH medizinisch notwendig?	40,0 %	54,9 %	5,2 %	0,0 %
19 Ist/sind der/die abgerechnete(n) Zuschläge korrekt?	19,0 %	76,3 %	4,7 %	0,0 %
09 War Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	12,9 %	76,0 %	10,7 %	0,4 %
26 Waren die Verlegung in dieses Krankenhaus und dort die gesamte Dauer der stationären Behandlung medizinisch erforderlich (Verlegung oder "Verbringung")?	38,6 %	50,1 %	11,3 %	0,0 %
07 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	44,1 %	44,4 %	11,6 %	0,0 %
96 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (DRG)	38,1 %	33,3 %	28,6 %	0,0 %

Kann eine Frage nicht eindeutig als „bestätigt“ oder „nicht bestätigt“ beantwortet werden, wird sie in der Regel mit „andere Antwort“ kodiert.

Fragestellungen zu KHEntgG nach § 17d KHG (PEPP)

Prüfungen bei Krankenhausbehandlung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen betrafen im Jahr 2025 insgesamt 3,7 % aller Krankenhausabrechnungsprüfungen. Dabei ist die Frage nach der sekundären Fehlbelegung mit über 80 % die mit Abstand häufigste Frage. Wie im DRG-System sind für die Einstufung in eine PEPP Prozeduren, Neben- und Hauptdiagnose relevant und machten jeweils zwischen 15 und 30 % aller Fragen aus. Etwa 25 % der Fragen hingen mit der Indikation zur stationären Aufnahme zusammen.

Neben den Zusatzentgelten gibt es im PEPP-System das Vergütungselement der ergänzenden Tagesentgelte (ET). Erhöhte und im Verlauf wechselnde Behandlungsaufwände werden dadurch unabhängig von der jeweiligen PEPP zusätzlich vergütet. Die Steuerung in die ET ergibt sich aus der Abrechnung bestimmter OPS-Kodes, im Erwachsenenbereich beispielsweise durch die OPS-Kodes zur Abbildung eines erhöhten Betreuungsaufwands bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit Eins-zu-eins-Betreuung (9-640.06 bis .08). Fast jede siebte Frage wurde zur korrekten Abrechnung der ergänzenden Tagesentgelte gestellt. Tabelle 19 zeigt, bezogen auf die jeweilige Fragestellung, das Begutachtungsergebnis.

Die Indikation zu einer stationären Krankenhausbehandlung wurde in über 90 % der Fälle bestätigt. In jedem fünften Fall konnte der Medizinische Dienst jedoch nicht die gesamte Verweildauer eines Falls bestätigen. Eine untere oder obere Grenzverweildauer ist anders als im DRG-System im PEPP-System nicht definiert.

Etwas mehr als 80 % der Hauptdiagnosen wurden vom Medizinischen Dienst bestätigt. Gemäß Prüfverfahrensvereinbarung sind bei der Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung die beanstandete Nebendiagnose oder Prozedur konkret zu benennen. Die Prüfung der Medizinischen Dienste bezieht sich daher nicht auf alle kodierten Nebendiagnosen und Prozeduren, sondern auf von der Krankenkasse als auffällig identifizierte oder im Verlauf der Prüfung vom Medizinischen Dienst als nicht korrekt kodiert und abrechnungsrelevant eingestufte Diagnosen und Prozeduren.

Etwa ein Fünftel der geprüften Nebendiagnosen war nicht korrekt kodiert; bei den Prozeduren wurden etwa 36 % korrigiert. Die korrekte Abrechnung von Zusatzentgelten (Anlage 3, 4 PEPPV) konnte in knapp 74 % der Fälle bestätigt werden. Die nicht mit einer Bewertungsrelation versehenen, also unbewerteten, krankenspezifisch zu vereinbarenden PEPP-Entgelte zu vollstationärer, teilstationärer Versorgung oder stationsäquivalenter Behandlung (§ 6-Entgelte) waren in etwa einem Fünftel der Fälle nicht korrekt abgerechnet.

Von 45.805 PEPP-Prüfungen waren die Rechnungen in.....

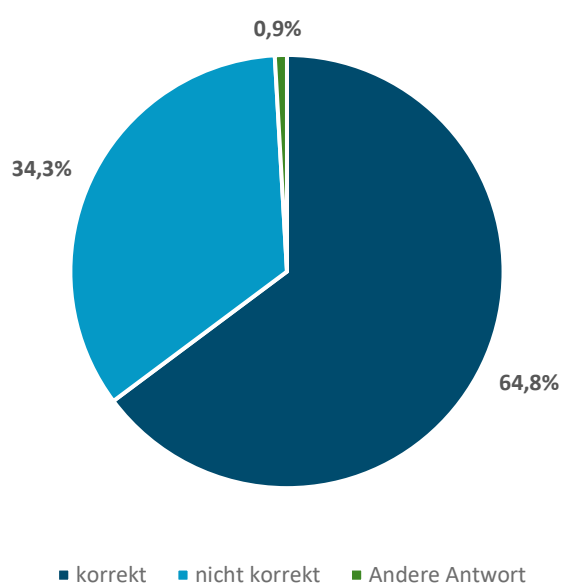


Abbildung 12: Begutachtungsergebnisse PEPP, 2025

Tabelle 19: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Häufigkeit Fragestellungen, 2025

Fragestellung	Anzahl	Anteil	Rang
43 Bestand die Notwendigkeit der stationären KH -Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	38.588	82,9 %	1
55 Ist / sind die Prozedur(en) korrekt?	13.308	28,6 %	2
41 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	11.423	24,5 %	3
54 Ist / sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	9.428	20,3 %	4
53 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	7.118	15,3 %	5
59 Sind die abgerechneten Ergänzenden Tagesentgelte (Anlage 5 PEPPV) korrekt?	6.359	13,7 %	6
56 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt? (Anlagen 3, 4 PEPPV)	2.638	5,7 %	7
98 Sonstige Fragen PEPP	1.189	2,6 %	8
44 War die Verlegung in ein anderes KH medizinisch notwendig?	662	1,4 %	9
60 Wurden die Anforderungen an die Dokumentation entsprechend der Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 SGB V (StäB) eingehalten?	571	1,2 %	10
48 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH – Behandlung?	324	0,7 %	11
42 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	276	0,6 %	12
57 Sind die abgerechneten § 6-Entgelte (Anlage 1b, 2b, 6b PEPPV) korrekt?	127	0,3 %	13
50 Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugend-psychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?	94	0,2 %	14
46 War die Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	87	0,2 %	15
51 Wurde der Patient entsprechend der Erkrankung in der richtigen Fachabteilung (Psychiatrie/Psychosomatik) behandelt?	39	0,1 %	16
45 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	17	0,0 %	17
47 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	12	0,0 %	18
49 Bestand die Notwendigkeit zum Wechsel der Fachabteilung bei der Wiederaufnahme innerhalb der Fristen nach § 2 PEPPV?	6	0,0 %	19
97 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (PEPP)	0	0,0 %	20

Tabelle 20: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Ergebnisse, 2025

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
43 Bestand die Notwendigkeit der stationären KH – Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	21,1 %	77,2 %	1,7 %	0,0 %
55 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	35,9 %	61,3 %	2,7 %	0,0 %
41 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	8,6 %	90,5 %	0,9 %	0,0 %
54 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	22,0 %	70,8 %	4,1 %	3,0 %
53 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	15,3 %	83,9 %	0,7 %	0,1 %
59 Sind die abgerechneten Ergänzenden Tagesentgelte (Anlage 5 PEPPV) korrekt?	38,8 %	56,8 %	4,3 %	0,0 %
56 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt? (Anlagen 3, 4 PEPPV)	20,1 %	73,6 %	6,3 %	0,0 %
98 Sonstige Fragen PEPP	17,9 %	55,5 %	26,2 %	0,3 %
44 War die Verlegung in ein anderes KH medizinisch notwendig?	21,8 %	78,1 %	0,2 %	0,0 %
60 Wurden die Anforderungen an die Dokumentation entsprechend der Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 SGB V (StäB) eingehalten?	21,5 %	73,2 %	4,6 %	0,7 %
48 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH – Behandlung?	14,2 %	79,9 %	4,9 %	0,9 %
42 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	5,1 %	92,0 %	2,9 %	0,0 %
57 Sind die abgerechneten § 6-Entgelte (Anlage 1b, 2b, 6b PEPPV) korrekt?	19,7 %	64,6 %	15,7 %	0,0 %
50 Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?	23,4 %	74,5 %	2,1 %	0,0 %
46 War die Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	2,3 %	93,1 %	4,6 %	0,0 %
51 Wurde der Patient entsprechend der Erkrankung in der richtigen Fachabteilung (Psychiatrie/Psychosomatik) behandelt?	10,3 %	89,7 %	0,0 %	0,0 %
45 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	11,8 %	88,2 %	0,0 %	0,0 %

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
47 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	33,3 %	33,3 %	33,3 %	0,0 %
49 Bestand die Notwendigkeit zum Wechsel der Fachabteilung bei der Wiederaufnahme innerhalb der Fristen nach § 2 PEPPV?	0,0 %	66,7 %	33,3 %	0,0 %
97 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (PEPP)				

5 Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen in Krankenhäusern

Mit dem MDK-Reformgesetz, das am 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, wurde die Prüfung von Strukturmerkmalen von OPS nach § 275d SGB V in Krankenhäusern eingeführt, die der Feststellung von Abrechnungsvoraussetzungen der Krankenhäuser dient. Die vom Medizinischen Dienst zu überprüfenden Strukturmerkmale sind im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) für einzelne Codes festgelegt. Der OPS ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemeinmedizinischen Maßnahmen und wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegeben. Welche OPS-Kodes abrechnungsrelevant sind, ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).

Die gesetzlichen Grundlagen zur Prüfung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes waren zunächst in § 275d SGB V verortet, seit Inkrafttreten des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) am 12. Dezember 2024 sind sie in § 275a SGB V enthalten. Dort finden sich zudem Vorgaben zu Prüfungen von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, Qualitätsanforderungen der G-BA Richtlinien sowie landesrechtlich vorgesehenen Qualitätsanforderungen.

Grundlage der Prüfung ist die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V, die Einzelheiten zu Ablauf und Fristen der OPS-Strukturprüfungen regelt (StrOPS-RL, jetzt LOPS-RL). Entsprechend den Änderungen des KHVVG umfasst diese Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nun auch Regelungen zu Prüfungen von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen. Mit der LOPS-Richtlinie wird erreicht, dass diese Prüfungen aufwandsarm und, soweit möglich, einheitlich und aufeinander abgestimmt durchgeführt werden können. Die in § 275a SGB V vorgesehenen Änderungen zum Prüfverfahren wurden verankert. Dazu gehören beispielsweise die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur wechselseitigen Verwendung von Nachweisen und Erkenntnissen aus anderen Prüfungen sowie Anpassungen der Gültigkeitsdauer der Bescheinigungen nach Prüfungen von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes. Die StrOPS-RL wurde mit Inkrafttreten der LOPS-RL am 24. Mai 2025 abgelöst.

Mit Ausnahme der in § 275a Absatz 7 SGB V geregelten Fälle (erstmalige oder erneute Leistungserbringung/erstmalige Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes) haben Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen des OPS durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen, bevor sie die Leistung abrechnen. Der Medizinische Dienst stellt das Ergebnis der Prüfung zu der Erfüllung der in § 275a Absatz 1 Nummer 2 SGB V genannten Strukturmerkmale durch Bescheid fest. Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst ein Gutachten über die Ergebnisse der Strukturprüfung und bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung. Diese muss Angaben darüber enthalten, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird. Krankenhäuser übermitteln die Bescheinigung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.

Krankenhäuser beantragen bzw. beauftragen die Prüfung derjenigen OPS-Kodes, die sie abrechnen möchten, beim örtlich zuständigen Medizinischen Dienst. Geprüft werden ausschließlich abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen.

Die bei einem positiven Bescheid erteilte Bescheinigung hat seit Inkrafttreten der LOPS-RL in der Regel eine Gültigkeit von zwei oder drei Jahren. Bei welchen OPS-Kodes die Gültigkeitsdauer zwei Jahre beträgt, ist in der Richtlinie dargestellt. Vor Ablauf der Gültigkeit einer Bescheinigung muss das Krankenhaus eine erneute Prüfung beantragen. Gegen einen negativen Bescheid, der erteilt wird, wenn die Strukturmerkmale vom Medizinischen Dienst als nicht erfüllt und nachweisbar angesehen wurden, kann das Krankenhaus Widerspruch beim Medizinischen Dienst einlegen.

Allgemeine Hinweise zu den dargestellten Ergebnissen

Die Jahresstatistiken am Ende des Berichts fassen die von den 15 Medizinischen Diensten in den Jahren 2024 und 2025 durchgeführten OPS-Strukturprüfungen zusammen (summarische Darstellung), die mit Versand eines positiven oder negativen Bescheides zur Einhaltung oder Nichteinhaltung von OPS-Strukturmerkmalen abgeschlossen wurden. Als Datum des Abschlusses einer Prüfung gilt das Versanddatum des Bescheides.

Maßgeblich für die Jahres-Zuordnung war das Bescheiddatum der Prüfung¹¹. Das heißt, dass sämtliche der im Jahr 2024 beschiedenen Prüfungen dem Jahr 2024 zugeordnet wurden, auch wenn sie ggf. bereits im Vorjahr beantragt wurden.

Turnusgemäße Prüfungen wurden im Jahr 2025 mit 94,8 % am häufigsten beantragt (11.915 Prüfungen). Gemeint sind die vorgegebenen regelmäßigen Prüfungen, die vor Ablauf der Gültigkeitsdauer der vorliegenden Bescheinigung beantragt werden müssen, wenn die entsprechenden OPS-Kodes im Folgejahr weiterhin vereinbart und abgerechnet werden sollen. Die gegenüber dem Jahr 2024 (5.535 Prüfungen) deutliche höhere Anzahl turnusgemäßer Prüfungen im Jahr 2025 erklärt sich dadurch, dass OPS-Kodes mit zweijähriger Laufzeit der Bescheinigung im Jahr 2024 nicht begutachtet wurden.

Eine Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen erfolgte in 5 Fällen. Diese Prüfung kann beantragt werden, wenn das Krankenhaus die vorübergehend nicht eingehaltenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mindestens einem Monat wieder als erfüllt ansieht. Der Medizinische Dienst begutachtet dann nur die vom Krankenhaus gemeldeten, vorübergehend nicht eingehaltenen Strukturmerkmale.

Tabelle 21: Anzahl durchgeführter Strukturprüfungen nach Antragsart, 2025

	Anzahl	Anteil
Turnusgemäße Prüfung	11.915	94,8 %
Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen	5	0,0 %
Prüfung bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung	527	3,2 %
Antrag bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes	0	0,0 %
Begutachtung nach Widerspruch	120	1,0 %
Anzahl durchgeführter Prüfungen gesamt	12.567	100 %

In den Jahren 2024 und 2025 waren insgesamt 54 abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen zu überprüfen.

Die 54 im Jahr 2025 geprüften OPS-Kodes wurden in sieben Kategorien zusammengefasst und in den folgenden Tabellen die Anzahl und Ergebnisse summarisch dargestellt (alle Antragsarten).

¹¹ Im Unterschied zum letzten Zweijahresbericht und dem einjährigen StrOPS-Bericht wird nun einheitlich das Bescheiddatum zugrunde gelegt, da es das tatsächliche Prüfgeschehen realitätsnäher abbildet. Eine Orientierung wie zuvor am Antragsdatum hätte zur Folge, dass Fälle aus Vorjahren unberücksichtigt bleiben könnten.

Tabelle 22: Anzahl und Ergebnisse durchgeführter Strukturprüfungen nach OPS-Kode, 2025

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	658	98.6 %	1.4 %
8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	323	99.4 %	0.6 %
8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	74	100.0 %	0.0 %
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	526	99.4 %	0.6 %
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	202	98.5 %	1.5 %
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	277	98.6 %	1.4 %
8-98h.0	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst	147	99.3 %	0.7 %
8-98h.1	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst	6	100.0 %	0.0 %
Neurologisch-neurochirurgische Komplexbehandlungen, Frührehabilitation				
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	194	97.9 %	2.1 %
8-559	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation	85	98.8 %	1.2 %
8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	251	99.6 %	0.4 %
8-981.2	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	212	97.2 %	2.8 %
8-981.3	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien u. intrakraniellen Eingriffen	177	95.5 %	4.5 %
8-98b.2	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes	87	96.6 %	3.4 %
8-98b.3	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes	100	96.0 %	4.0 %

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern (Hygienekodes)				
8-98g.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	77	98.7 %	1.3 %
8-98g.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	1155	98.2 %	1.8 %
8-987.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE): Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	75	98.7 %	1.3 %
8-987.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE): Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	1160	98.0 %	2.0 %
Intensivmedizinische Komplexbehandlung, Beatmungsentwöhnung (Weaning)				
8-718.8	Beatmungsentwöhnung (Weaning) bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	287	98.6 %	1.4 %
8-718.9	Beatmungsentwöhnung (Weaning) bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	58	98.3 %	1.7 %
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1040	99.3 %	0.7 %
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)	74	93.2 %	6.8 %
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	777	96.0 %	4.0 %
Psychiatrische und psychosomatische Behandlungen				
9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie	95	100.0 %	0.0 %
9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	933	99.6 %	0.4 %
9-61	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	516	100.0 %	0.0 %

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	561	99.3 %	0.7 %
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	170	98.8 %	1.2 %
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	41	100.0 %	0.0 %
9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)	28	100.0 %	0.0 %
9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	362	100.0 %	0.0 %
9-64a	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind	15	100.0 %	0.0 %
9-65	Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	314	100.0 %	0.0 %
9-67	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	245	100.0 %	0.0 %
9-68	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	43	100.0 %	0.0 %
9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen	22	100.0 %	0.0 %
9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen	90	100.0 %	0.0 %
9-801	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	23	100.0 %	0.0 %

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
Teilstationäre pädiatrische Leistungen				
1-221	Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit	44	100.0 %	0.0 %
1-945	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit	212	99.1 %	0.9 %
1-999.3	Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit	111	100.0 %	0.0 %
5-709.0:	Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen	31	100.0 %	0.0 %
8-01a	Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen	113	100.0 %	0.0 %
8-644	Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von internem Herzschrittmacher, Stimulationssystem zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder implantiertem Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen	24	100.0 %	0.0 %
8-934	Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekannten Ausmaßes bei Kindern	78	100.0 %	0.0 %
9-985	Teilstationäre pädiatrische Behandlung	98	100.0 %	0.0 %
Sonstige Komplexbehandlungen				
8-975.2	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung	10	100.0 %	0.0 %
8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems	64	100.0 %	0.0 %
8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung	52	100.0 %	0.0 %
8-984.3	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit Diabetes mellitus	173	98.3 %	1.7 %
8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker (Qualifizierter Entzug)	17	100.0 %	0.0 %
8-986	Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung	14	100.0 %	0.0 %
8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand	46	97.8 %	2.2 %

6 Systematische Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen

Die Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung werden regelmäßig qualitätsgesichert. Grundlage ist die Richtlinie zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste (QSKV-RL) nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V. Die Richtlinie regelt die Grundlagen der Qualitätssicherung (QS) und deren bundesweit einheitliche Umsetzung.

Die Qualitätssicherung basiert auf zwei Säulen, die miteinander kombiniert werden:

- Die dienstinterne Qualitätssicherung einer Stichprobe von zufällig ausgewählten Gutachtenprodukten. Die interne QS führt jeder Medizinische Dienst kontinuierlich für seine Gutachtenprodukte durch.
- Die bundesweit übergreifende Qualitätssicherung, bei der eine Teilstichprobe aus der internen QS eines Medizinischen Dienstes im folgenden Quartal durch zufällig ausgewählte andere Medizinische Dienste zusätzlich geprüft wird.

Bei der dienstinternen und bei der bundesweit übergreifenden Qualitätssicherung wird geprüft, ob die einzelfallbezogene Begutachtung die folgenden – in der Richtlinie festgelegten – Qualitätsanforderungen erfüllt:

- Die Begutachtung und Prüfung ermöglicht der Auftraggeberin und dem Auftraggeber, im konkreten Einzelfall eine leistungsrechtliche Entscheidung zu treffen oder zeigt andere Handlungsoptionen auf.
- Die Ausführungen im Gutachten entsprechen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Sie beachten die Rechtslage, die für die jeweilige sozialmedizinische Fragestellung relevanten Richtlinien und Begutachtungsanleitungen.
- Die mit der Begutachtung und Prüfung verbundene Empfehlung und Beurteilung ist fachlich plausibel, unparteiisch, eindeutig, in sich ohne Widerspruch, nachvollziehbar und umsetzbar. Sie enthält keine Mutmaßungen oder subjektiven Wertungen. Anhand der Ausführungen im Gutachten und der im Gutachten dokumentierten Sachverhalte oder Befunde können die Adressatinnen und Adressaten die Schlussfolgerungen des Gutachtens nachvollziehen.
- Die Fragestellung ist genannt. Die Ausführungen des Gutachtens beantworten die Fragestellung oder verdeutlichen, aus welchen Gründen derzeit eine sachgerechte Antwort (noch) nicht möglich ist. Das Gutachten enthält keine unnötigen Redundanzen. Es ergibt sich eindeutig, welche Unterlagen und Informationen Basis der aktuellen Beurteilung sind. Zeitpunkt und Form der Begutachtung und Prüfung (Aktenlage oder persönliche Untersuchung) sind ersichtlich.
- Die gutachtlichen Ausführungen orientieren sich zielgerichtet an der konkreten Fragestellung der Auftraggeberin oder des Auftraggebers und beantworten die Fragestellung unter Verzicht auf hierfür irrelevante Ausführungen.
- Im Gutachten zu einem Widerspruchsfall ist klar ersichtlich, welche Punkte strittig sind bzw. auf welchen Sachverhalt sich der Widerspruch konkret bezieht und inwieweit und aus welchen Gründen die Gutachterin oder der Gutachter dem Widerspruch folgen oder nicht folgen kann.
- Die Antwort ist korrekt und verständlich gemäß Handbuch Berichtswesen verschlüsselt.
- Die sprachliche Abfassung des Gutachtens gewährleistet eine gute Verständlichkeit und Lesbarkeit.
- Die datenschutzrechtlichen Anforderungen – insbesondere der Datenschutzgrundverordnung und des Sozialdatenschutzes bezogen auf die Inhalte des Gutachtens sind erfüllt.

Diese Qualitätsanforderungen lassen sich den vier Themenkomplexen „Struktur und Vollständigkeit“ (1), „Formale Verständlichkeit“ (2), „Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit“ (3) sowie „Datenschutz und Mitteilungspflichten“ (4) zuordnen.

Die in den Gutachtenprodukten genannten Sozialdaten der Begutachteten und die Kennzeichnung des jeweiligen Medizinischen Dienstes werden aus datenschutzrechtlichen Gründen geschwärzt. Aus diesem Grund kommen auch Befunde oder ähnliche zum jeweiligen Gutachtenprodukt gehörende Dokumente nicht in das Qualitätssicherungsverfahren. Dies kann im Einzelfall dazu führen, dass der Themenkomplex „Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit“ nur eingeschränkt bewertet werden kann.

Themenkomplex 1, „Struktur und Vollständigkeit“

Eine Verschlüsselung gemäß Handbuch Berichtswesen, Angaben zur Erstellung des Gutachtens, die Nennung der Fragestellung des Gutachtens und der zugrundeliegenden relevanten Unterlagen sowie die zu berücksichtigenden Strukturelemente sind gefordert.

Themenkomplex 3, „ Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit“

Beinhaltet die Berücksichtigung der medizinischen Erkenntnisse und der Rechts- und Normenlage, so dass die auf dem Boden der dargelegten Sachlage herbeigeführten Empfehlungen zu einer nachvollziehbaren und plausiblen Schlussfolgerung der sozialmedizinischen Fragestellung führen, die die Auftraggebenden dazu befähigt, leistungsrechtliche Entscheidungen zu treffen, ohne dass im Gutachten selbst solche Wertungen vorgenommen werden. Im Fall eines Widerspruchsgutachtens soll begründet sein, ob dem Widerspruch gefolgt oder nicht gefolgt werden kann.

Themenkomplex 2, „Formale Verständlichkeit“

Gute Lesbarkeit und verständliche Abfassung des Gutachtens unter Vermeidung von Redundanzen, irrelevanter Ausführungen, Mutmaßungen oder subjektiven Wertungen sind neben der Orientierung an der Fragestellung und der Aufführung des Sachverhalts gefordert. Im Fall eines Widerspruchsgutachtens soll klar ersichtlich sein, welches die strittigen Punkte sind.

Themenkomplex 4, „ Datenschutz und Mitteilungspflichten“

Fordert insbesondere die Datensparsamkeit bezogen auf die Inhalte des Gutachtens ein.

Abbildung 13: QSKV-Themenkomplexe

Die Qualitätsanforderungen werden mit den Ergebniskategorien „erfüllt“, „Verbesserungspotential“ und „nicht erfüllt“ bewertet. Die Bewertung „erfüllt“ beinhaltet, dass die Anforderungen umfassend erfüllt sind, demnach alle Qualitätsanforderungen vollständig nachvollziehbar dargestellt sind. „Verbesserungspotential“ bedeutet, dass Mindestanforderungen an die Qualität des Gutachtenprodukts zwar erfüllt sind, jedoch Verbesserungsmöglichkeiten bestehen. „Nicht erfüllt“ zeigt an, dass das Gutachtenprodukt Mängel aufweist, die dazu führen, dass nicht den definierten Qualitätsanforderungen entsprochen wird. Wenn aufgrund der Nichterfüllung in einem Kriterium ein anderes Kriterium nicht vollständig beurteilt werden kann, wird teilweise das abhängige Kriterium mit „Verbesserungspotential“ bewertet.

In den auf die übergreifende QS folgenden zwei Quartalen werden die Ergebnisse der dienstinternen und der primären bundesweit übergreifenden QS ausgewertet. Sofern ein Gutachtenprodukt in der dienstinternen QS anders bewertet wird als in der übergreifenden QS, wird über einen Konsensprozess im Sinne eines Peer-Review-Verfahrens angestrebt, zu einer einheitlichen Bewertung entsprechend den Qualitätsanforderungen zu gelangen. Bleiben danach jedoch unterschiedliche Bewertungen

bestehen, wird das Gutachtenprodukt einer Konsensuskonferenz vorgelegt, in der alle Medizinischen Dienste vertreten sind. Diese entscheidet über die abschließende übergreifende Bewertung und bestärkt damit das Qualitätsverständnis für das künftige Vorgehen bei vergleichbaren Begutachtungen. Jeder Medizinische Dienst kann jederzeit die Bewertung seiner Gutachtenprodukte einsehen und auf Mängel schnell mit Verbesserungen reagieren. Gutachtenprodukte mit dem Ergebnis „Verbesserungspotential“ und „nicht erfüllt“ werden auch für interne oder bundesweite Schulungen von Gutachterinnen und Gutachtern genutzt.

Umfang der Qualitätssicherung

Für jeden Begutachtungsbereich fließen mindestens 0,5 % aller freigegebenen Gutachten eines Medizinischen Dienstes in dessen dienstinterne Qualitätssicherung ein. Jeder Medizinische Dienst meldet eine Liste seiner Gutachtenprodukte jedes Begutachtungsbereichs an das QSKV-Portal – die für alle Medizinischen Dienste gemeinsame IT-Plattform. Das QSKV-Portal teilt jedem Gutachtenprodukt dieser Liste automatisiert eine pseudonymisierte Nummer zu und zieht aus allen vergebenen Nummern die Zufallsstichprobe für die interne QS. Aus dieser Stichprobe werden nach demselben Prinzip nochmals mindestens 10 % der Gutachtenprodukte für die übergreifende Qualitätssicherung ausgewählt. Ebenfalls automatisch werden jedem Medizinischen Dienst diejenigen Gutachtenprodukte zugewiesen, die er für die bundesweit übergreifende Prüfung zu bewerten hat. Die Qualitätsbewertung einschließlich des Konsensprozesses erfolgt online direkt im QSKV-Portal.

Die Daten des vorliegenden Berichts wurden am 30. Juli 2025 für den Berichtszeitraum 2024 und am 07. April 2026 für den Berichtszeitraum 2025 von der Geschäftsstelle QSKV beim Medizinischen Dienst Bund durch Datenabzug aus der gemeinsamen IT-Plattform exportiert. Für den Bezug zum Jahresbericht ist das Freigabedatum des Gutachtenprodukts im jeweiligen Medizinischen Dienst maßgeblich, welches die Zugehörigkeit zur jeweiligen Jahresstichprobe bestimmt. Aufgrund des systemimmanenten iterativen Verfahrens haben zum Zeitpunkt der Berichtserstellung die Ergebnisse des 3. Quartals 2025 den Konsensprozess noch nicht vollständig und die Ergebnisse des 4. Quartals 2025 den Konsensprozess noch gar nicht durchlaufen. Das dritte Quartal des Jahres 2025 fließt daher mit der zunächst primären, übergreifenden Qualitätsbewertung in die Ergebnisdarstellung ein. Der Prüfzeitraum des 4. Quartals 2025 läuft zum Zeitpunkt der Berichterstellung. Das 4. Quartal 2025 ist daher in den Ergebnistabellen noch nicht enthalten.

Die folgenden Tabellen enthalten die Ergebnisse der dienstinternen und der bundesweit übergreifenden Qualitätssicherung für die Jahre 2024 und 2025 getrennt nach den Hauptanlassgruppen (entspricht „Begutachtungsbereichen“). Die Ergebnisse werden für die vier Themenkomplexe als gewichtetes Mittel gebildet und als Bundeswert ausgewiesen.

Tabelle 23: QSKV – Ergebnisse der dienstinternen Qualitätssicherung in den Jahren 2024 und 2025

Dienstinternes Prüfergebnis ¹	Bewertung ²	Themenkomplex Struktur und Vollständigkeit ³	Themenkomplex Formale Verständlichkeit ³	Themenkomplex Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit ³	Themenkomplex Datenschutz und Mitteilungspflichten ³
Begutachtungsbereich⁴ Arbeitsunfähigkeit n=687 (2024); n=510 (2025)					
% erfüllt	2024	97,8	91,3	91,4	95,9
	2025	98,0	92,6	88,5	98,2
% Verbesserungspotential	2024	1,3	7,1	6,4	2,9
	2025	1,0	5,7	8,8	1,4
% nicht erfüllt	2024	0,9	1,6	2,2	1,2
	2025	1,0	1,7	2,7	0,4
Begutachtungsbereich Stationäre Leistungen und Krankenhausabrechnungsprüfungen n=917 (2024); n=660 (2025)					
% erfüllt	2024	98,5	97,5	97,8	99,7
	2025	98,3	97,8	98,1	99,4
% Verbesserungspotential	2024	1,2	2,0	1,5	0,2
	2025	1,3	1,9	1,5	0,6
% nicht erfüllt	2024	0,3	0,5	0,7	0,1
	2025	0,4	0,3	0,4	0,0
Begutachtungsbereich Ambulante Leistungen n=656 (2024); n=551 (2025)					
% erfüllt	2024	97,7	93,4	93,6	98,6
	2025	98,6	94,1	93,8	98,4
% Verbesserungspotential	2024	1,7	5,6	5,1	1,2
	2025	0,8	4,9	4,9	1,6
% nicht erfüllt	2024	0,6	1,0	1,3	0,2
	2025	0,6	1,0	1,3	0,0
Begutachtungsbereich Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation n=648 (2024); n=527 (2025)					
% erfüllt	2024	96,5	93,2	89,8	97,4
	2025	98,3	92,8	88,1	98,1
% Verbesserungspotential	2024	1,9	5,1	7,3	2,3
	2025	0,7	6,2	10,1	1,5
% nicht erfüllt	2024	1,6	1,7	2,9	0,3
	2025	1,0	1,0	1,8	0,4

Dienstinternes Prüfergebnis ¹	Bewertung ²	Themenkomplex Struktur und Vollständigkeit ³	Themenkomplex Formale Verständlichkeit ³	Themenkomplex Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit ³	Themenkomplex Datenschutz und Mitteilungspflichten ³
Begutachtungsbereich Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV n=666 (2024); n=509 (2025)					
% erfüllt	2024	97,6	96,0	95,7	98,8
	2025	97,2	95,4	91,8	98,2
% Verbesserungspotential	2024	1,4	3,4	3,5	1,2
	2025	1,9	3,5	5,6	1,6
% nicht erfüllt	2024	1,0	0,6	0,8	0,0
	2025	0,9	1,1	2,6	0,2
Begutachtungsbereich Behandlungsfehler n=316 (2024); n=243 (2025)					
% erfüllt	2024	97,7	98,7	98,4	99,7
	2025	97,2	98,0	99,2	100
% Verbesserungspotential	2024	2,1	1,3	1,4	0,3
	2025	2,7	2,0	0,8	0,0
% nicht erfüllt	2024	0,2	0,0	0,2	0,0
	2025	0,1	0,0	0,0	0,0
Begutachtungsbereich Zahnmedizin n=136 (2024); n=181 (2025)					
% erfüllt	2024	93,5	97,0	94,1	100
	2025	95,4	97,7	96,9	98,9
% Verbesserungspotential	2024	5,1	2,5	5,0	0,0
	2025	3,3	1,9	2,8	0,6
% nicht erfüllt	2024	1,4	0,5	0,9	0,0
	2025	1,3	0,4	0,3	0,5
Begutachtungsbereich Sonstige Anlässe⁵ n=610 (2024); n=528 (2025)					
% erfüllt	2024	96,6	93,7	92,9	97,9
	2025	97,4	95,3	94,6	98,9
% Verbesserungspotential	2024	2,7	5,7	5,0	2,1
	2025	2,1	4,0	4,5	0,7
% nicht erfüllt	2024	0,7	0,6	2,1	0,0
	2025	0,5	0,7	0,9	0,4

Dienstinternes Prüfergebnis ¹	Bewertung ²	Themenkomplex Struktur und Vollständigkeit ³	Themenkomplex Formale Verständlichkeit ³	Themenkomplex Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit ³	Themenkomplex Datenschutz und Mitteilungspflichten ³
Begutachtungsbereich Neue Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung n=653 (2024); n=517 (2025)					
% erfüllt	2024	98,1	96,9	92,1	97,7
	2025	98,1	95,9	91,5	97,9
% Verbesserungspotential	2024	1,3	2,6	6,7	2,3
	2025	1,0	3,2	6,2	1,5
% nicht erfüllt	2024	0,6	0,5	1,2	0,0
	2025	0,9	0,9	2,3	0,6

¹ QSKV-RL Kap. 4.3; ² QSKV-RL Kap. 5; ³ QSKV-RL Kap. 4.2; ⁴ QSKV-RL Kap. 2.2;

⁵ u. a. Bariatr. u. Plast. Chirurgie, Transsexualismus

Tabelle 24: QSKV – Ergebnisse der bundesweit übergreifenden Qualitätssicherung in den Jahren 2024 und 2025

Bundesweit übergreifendes Prüfergebnis ¹	Bewertung ²	Themenkomplex Struktur und Vollständigkeit ³	Themenkomplex Formale Verständlichkeit ³	Themenkomplex Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit ³	Themenkomplex Datenschutz und Mitteilungspflichten ³
Begutachtungsbereich⁴ Arbeitsunfähigkeit n=687 (2024); n=510 (2025)					
% erfüllt	2024	95,3	88,7	84,1	92,8
	2025	95,0	89,7	81,1	98,0
% Verbesserungspotential	2024	3,5	8,6	12,7	6,7
	2025	3,1	7,8	15,6	1,5
% nicht erfüllt	2024	1,2	2,7	3,2	0,5
	2025	1,9	2,5	3,3	0,5

Bundesweit über- greifendes Prüfergebnis ¹	Bewer- tung ²	Themenkom- plex Struktur und Vollständ- igkeit ³	Themenkom- plex Formale Verständlich- keit ³	Themenkomplex Sozialmedizini- sche Plausibilität und Nachvoll- ziehbarkeit ³	Themenkomplex Datenschutz und Mitteilungs- pflichten ³
Begutachtungsbereich Stationäre Leistungen und Krankenhausabrechnungsprüfungen n=917 (2024); n=660 (2025)					
% erfüllt	2024	96,6	96,7	96,1	99,1
	2025	97,0	96,4	96,6	98,6
% Verbesserungspotential	2024	2,3	2,4	3,3	0,8
	2025	2,4	3,2	3,1	1,2
% nicht erfüllt	2024	1,1	0,9	0,6	0,1
	2025	0,6	0,4	0,3	0,2
Begutachtungsbereich Ambulante Leistungen n=656 (2024); n=551 (2025)					
% erfüllt	2024	94,6	89,3	88,9	97,1
	2025	95,1	90,3	86,9	97,7
% Verbesserungspotential	2024	4,2	9,4	9,6	2,7
	2025	3,4	7,7	11,1	1,8
% nicht erfüllt	2024	1,2	1,3	1,5	0,2
	2025	1,5	2,0	2,0	0,5
Begutachtungsbereich Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation n=648 (2024); n=527 (2025)					
% erfüllt	2024	95,1	90,1	87,3	95,2
	2025	95,8	92,7	86,2	97,0
% Verbesserungspotential	2024	3,6	8,2	10,1	3,7
	2025	2,8	6,3	11,3	2,3
% nicht erfüllt	2024	1,3	1,7	2,6	1,1
	2025	1,4	1,0	2,5	0,7

Bundesweit über- greifendes Prüfergebnis ¹	Bewer- tung ²	Themenkom- plex Struktur und Vollstän- dig-keit ³	Themenkom- plex Formale Verständlich- keit ³	Themenkomplex Sozialmedizini- sche Plausibilität und Nachvoll- zieh-barkeit ³	Themenkomplex Datenschutz und Mitteilungs- pflichten ³
Begutachtungsbereich Hilfsmittel und hilfsmittelnähe Medizinprodukte GKV n=666 (2024); n=509 (2025)					
% erfüllt	2024	95,1	92,8	93,1	97,7
	2025	94,8	92,2	85,7	98,3
% Verbesserungspotential	2024	3,8	6,0	5,7	1,9
	2025	4,1	6,8	11,0	1,7
% nicht erfüllt	2024	1,1	1,2	1,2	0,4
	2025	1,1	1,0	3,3	0,0
Begutachtungsbereich Behandlungsfehler n=316 (2024); n=243 (2025)					
% erfüllt	2024	93,8	97,6	96,8	100
	2025	94,4	96,9	96,2	98,8
% Verbesserungspotential	2024	5,5	2,3	2,9	0,0
	2025	5,3	3,0	3,3	0,6
% nicht erfüllt	2024	0,7	0,1	0,3	0,0
	2025	0,3	0,1	0,5	0,6
Begutachtungsbereich Zahnmedizin n=136 (2024); n=181 (2025)					
% erfüllt	2024	86,8	94,8	90,2	99,2
	2025	91,5	93,4	89,4	100
% Verbesserungspotential	2024	9,6	4,8	9,0	0,8
	2025	6,6	5,5	8,7	0,0
% nicht erfüllt	2024	3,6	0,4	0,8	0,0
	2025	1,9	1,1	1,9	0,0
Begutachtungsbereich Sonstige Anlässe⁵ n=610 (2024); n=528 (2025)					
% erfüllt	2024	94,2	90,1	85,5	96,0
	2025	94,0	92,3	89,1	96,0
% Verbesserungspotential	2024	4,9	8,2	10,8	3,8
	2025	4,9	6,5	8,6	3,7
% nicht erfüllt	2024	0,9	1,7	3,7	0,2
	2025	1,1	1,2	2,3	0,3

Bundesweit über- greifendes Prüfergebnis ¹	Bewer- tung ²	Themenkom- plex Struktur und Vollstän- dig-keit ³	Themenkom- plex Formale Verständlich- keit ³	Themenkomplex Sozialmedizini- sche Plausibilität und Nachvoll- zieh-barkeit ³	Themenkomplex Datenschutz und Mitteilungs- pflichten ³
Begutachtungsbereich Neue Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung n=653 (2024); n=517 (2025)					
% erfüllt	2024	95,6	92,6	85,1	97,0
	2025	94,7	91,5	82,6	96,8
% Verbesserungspotential	2024	2,9	6,7	12,5	2,3
	2025	3,7	7,2	13,6	2,7
% nicht erfüllt	2024	1,5	0,7	2,4	0,7
	2025	1,6	1,3	3,8	0,5

¹ QSKV-RL Kap. 4.3; ² QSKV-RL Kap. 5; ³ QSKV-RL Kap. 4.2; ⁴ QSKV-RL Kap. 2.2;

⁵ u. a. Bariatr. u. Plast. Chirurgie, Transsexualismus

Im Themenkomplex „Datenschutz und Mitteilungspflichten“ spiegeln sich Einschätzungen, dass noch mehr Datensparsamkeit möglich gewesen wäre, wider. Diese Hinweise werden dienstintern aufgenommen und in den Prozessablauf gegeben. Die u. g. Interpretation bezieht sich auf die übergreifenden Bewertungen, die über alle Begutachtungsbereiche etwas kritischere Einschätzungen bei nahezu allen dargestellten Themenkomplexen widerspiegeln.

Arbeitsunfähigkeit

Die Anforderungen an die „Struktur und Vollständigkeit“ wurden 2024 und 2025 bei bundesweit übergreifenden Bewertungen in 95,3 und 95,0 % als „erfüllt“ angesehen. Bei den Anforderungen an die „Formale Verständlichkeit“ bzw. „Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit“ lag die Bewertung „erfüllt“ bei 88,7 und 89,7 % bzw. 84,1 und 81,1 %. Verbesserungspotentiale wurden bei 8,7 und 7,8 % bzw. 12,7 und 15,6 % gesehen. Die aufgezeigten Verbesserungspotentiale für eine nachvollziehbare gutachtliche Darstellung und Begründung der Empfehlung sind weiterhin vielfach auf die zugrundeliegenden, dynamischen Krankheitsverläufe, die Beurteilung komplexer Sachverhalte und die große Bedeutung der jeweiligen Kontextfaktoren zurückzuführen. Die erkannten Verbesserungspotentiale lieferten auch Aspekte für die von der Sozialmedizinischen Expertengruppe erarbeiteten Schulungs-Module. Im Themenkomplex „Datenschutz und Mitteilungspflichten“ (Verbesserungspotential 6,7 und 1,5 %) wurden teilweise irrelevante Ausführungen bewertet, obgleich der Aspekt der erforderlichen Stringenz im Themenkomplex „Verständlichkeit“ verortet ist.

Stationäre Leistungen und Krankenhausabrechnungsprüfungen

In der bundesweit übergreifenden Bewertung 2024 und 2025 wurde in allen vier Themenkomplexen mit 96,4 bis maximal 99,1 % ein hoher Anteil für „erfüllte“ Anforderungen festgestellt. Die bundesweiten Regelwerke setzen einen engen gesetzlichen Rahmen in diesem Begutachtungsbereich. Der Anteil an Verbesserungspotentialen war geringer (0,8 bis 3,2 %). Damit schneidet der Bereich, in dem die Medizinischen Dienste die meisten Begutachtungen und Prüfungen durchführen, am besten in der Qualitätssicherung ab.

Ambulante Leistungen

In allen vier Themenkomplexen sind 2024 und 2025 für die Begutachtungen in der bundesweit übergreifenden Bewertung 86,9 bis 97,7 % die Anforderungen als erfüllt bewertet worden. Der Begutachtungsbereich beinhaltet viele fachlich sehr unterschiedliche Begutachtungsanlässe, deren gutachtliche Darstellung des jeweiligen speziellen fachlichen Schwerpunktes bedarf. So liegt das Verbesserungspotential von 9,7 und 11,1 % im Themenkomplex „Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit“ in den Sachverhaltsdarstellungen insbesondere bei Widerspruchsbegutachtungen. Eine Zusammenlegung mit dem Begutachtungsbereich „Sonstige Anlässe“, der psychiatrisch-psychotherapeutische Anlässe und somatisch-medizinische Anlässe enthält, ist zu überlegen.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden / Arzneimittelversorgung

Die Bewertungen für die Themenkomplexe „Struktur und Vollständigkeit“, „Formale Verständlichkeit“ und „Datenschutz“ ergaben bundesweit übergreifend im Jahr 2024 95,6, 92,6 und 97,0 % bzw. im Jahr 2025 94,7, 91,5 und 96,8 % erfüllte Anforderungen. Bzgl. der Anforderungen an die „Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit“ liegen die Bewertungen für erfüllte Anforderungen in den beiden Jahren bei 85,1 und 82,6 %. Dementsprechend beläuft sich das „Verbesserungspotential“ auf 12,5 und 13,5 %. Fokus von Schulungen war daher u. a. die ausreichende Berücksichtigung aktueller medizinischer Erkenntnisse und sozialmedizinischer Vorgaben.

Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation

Die Anforderungen an die „Struktur und Vollständigkeit“, die „Formale Verständlichkeit“ und an „Datenschutz und Mitteilungspflichten“ waren 2024 und 2025 für die Begutachtung in der bundesweit übergreifenden Bewertung mit 90,1 bis 97,0 % erfüllt. Die Anforderungen an die „Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit“ waren in 87,3 und 86,2 % erfüllt. Verbesserungspotential wurde in 10,0 und 11,3 % gesehen, wobei hier eine nachvollziehbare gutachtliche Darstellung und Begründung der Empfehlung auf der Basis der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziele und der Vorsorge- und Rehabilitationsbedürftigkeit zu nennen ist. Zur Unterstützung derer Schulungen und der Vereinheitlichung der Begutachtung wurden die von der Sozialmedizinischen Expertengruppe erarbeiteten vier Basismodule und drei Aufbaumodule empfohlen.

Hilfsmittel und Hilfsmittelnahe Medizinprodukte

Die Anforderungen an die „Struktur und Vollständigkeit“, „Formale Verständlichkeit“ und an „Datenschutz und Mitteilungspflichten“ waren 2024 und 2025 in der bundesweit übergreifenden Bewertung mit 92,2 bis 98,3 % erfüllt. Die Anforderungen an die „Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit“ waren bei 93,1 und 85,7 % der Begutachtungen erfüllt. In 5,7 und 11,0 % lag Verbesserungspotential vor. Insbesondere die Anforderungen an die „Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit“ hängen eng mit den Indikationen und der Zweckbestimmung zusammen, die im Hilfsmittelverzeichnis für ein Hilfsmittel ausgewiesen sind. Ist ein Hilfsmittel nicht in dem Verzeichnis gelistet, wirkt sich dies auf die Grundlage zur Begutachtung aus, denn in diesen Fällen finden sich Angaben zu Indikation und Zweckbestimmung des Hilfsmittels ausschließlich in der Gebrauchsanweisung der Hersteller.

Behandlungsfehler

Die Themenkomplexe liegen 2024 und 2025 bei den bundesweit übergreifenden Bewertungen für erfüllte Anforderungen bei 93,8 bis maximal 100 %. Das Verbesserungspotential von 5,5 und 5,3 % im Themenkomplex „Struktur und Vollständigkeit“ begründet sich bei den teilweisen sehr umfangreichen Produkten vielfach in einer unterschiedlichen Verortung der geforderten Strukturelemente bzw. der konkreten Bezeichnung der aufgeführten Unterlagen.

Zahnmedizin

Die Anforderungen an die „Formale Verständlichkeit“ und „Datenschutz und Mitteilungspflichten“ waren 2024 und 2025 in den bundesweit übergreifenden Bewertungen mit 93,4 bis max. 100 % erfüllt. In den Themenkomplexen „Struktur und Vollständigkeit“ bzw. „Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit“ wurden Werte für erfüllte Anforderungen von jeweils 86,8 und 91,5 % bzw. 90,2 und 89,4 % erreicht. Das Verbesserungspotential in den beiden letztgenannten Bewertungsbereichen von 6,6 bis 9,6 % begründet sich vielfach in den strukturellen Anforderungen und der konsekutiven Nachvollziehbarkeit. Zur weiteren Optimierung sind Multiplikatoren-Schulungen vorgesehen.

Sonstige Anlässe

Die Anforderungen an die „Struktur und Vollständigkeit“, „Formale Verständlichkeit und „Datenschutz und Mitteilungspflichten“ sind 2024 und 2025 bei den bundesweit übergreifenden Bewertungen mit 90,1 bis 96,0 % erfüllt. Der Themenkomplex „Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit“ liegt mit den Bewertungen für erfüllte Anforderungen bei 85,5 und 89,1 % und zeigt einen Wert von 8,6 und 10,8 % für „Verbesserungspotential an. Dies liegt vielfach an den thematisch breitgefächerten Anlässen, die unter „sonstige Anlässe“ zusammengefasst sind. Plastisch-chirurgische Fragestellungen sind in diesem Begutachtungsbereich häufig, neben der Bezugnahme auf die somatischen Aspekte sind jedoch häufig auch psychiatrisch/psychotherapeutische Aspekte gutachtlich beurteilungsrelevant. Daher bietet sich die o. g. Zusammenlegung mit dem Begutachtungsbereich „Ambulante Leistungen“ an.

7 Personelle Ausstattung der Medizinischen Dienste

Zu den Kernaufgaben des Medizinischen Dienstes gehört die medizinische und pflegfachliche Begutachtung und Beratung im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung. Um eine hochwertige sozialmedizinische und pflegfachliche Begutachtung zu gewährleisten, konnten die Medizinischen Dienste im Jahr 2025 auf die fachliche Expertise von knapp 13.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zurückgreifen.

Innerhalb der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste waren 12.677 Personen beschäftigt, die sich auf die Bereiche des gutachtlich tätigen Personals, Assistenzen und des Verwaltungspersonals verteilen. Mit einem Anteil von 68,4 % wurden dabei gut zwei Drittel der 11.140,6 Vollzeitstellen durch gutachtlich tätiges Personal besetzt. Da die Medizinischen Dienste sowohl im Auftrag der Krankenversicherung als auch der sozialen Pflegeversicherung handeln, setzt sich das gutachtlich tätige Personal sowohl aus Ärztinnen und Ärzten als auch aus Personen mit pflegfachlicher Expertise sowie Angehörigen anderer Heil- und Gesundheitsberufe zusammen.

Die von Kranken- und Pflegekassen beauftragten Begutachtungen wurden 2025 von 2.544 Ärztinnen und Ärzten (2.148,3 Vollzeitstellen), 5.485 pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachtern (4.851,7 Vollzeitstellen) sowie 157 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus nichtärztlichen Heil- und Gesundheitsberufen (142,6 Vollzeitstellen) – beispielsweise Apothekerinnen und Apotheker oder Dipl. Psychologinnen und Psychologen – durchgeführt sowie von 543 Kodierfachkräften (474,8 Vollzeitstellen) unterstützt. Die für die Medizinischen Dienste gutachtlich tätigen Ärztinnen und Ärzte weisen dabei Qualifikationen aus einem breiten fachlichen Spektrum von mehr als 50 medizinischen Fachgebieten und Teilbezeichnungen ab. Ein Großteil von ihnen weist Qualifikationen in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin vor.

Tabelle 25: Personal der MD / des MD Bund am Stichtag 31.12.2025

	Vollzeitäquivalent	in %	Personen	in %
Ärztliches Personal	2.148,3	19,3 %	2.544	20,1 %
Pflegfachliche Gutachter/innen	4.851,7	43,5 %	5.485	43,3 %
Nichtärztliches Personal in Heil- und Gesundheitsberufen	142,6	1,3 %	157	1,2 %
Kodierfachkräfte	474,8	4,3 %	543	4,3 %
Assistenz	2.412,9	21,7 %	2.731	21,5 %
Verwaltungspersonal	1.110,4	10,0 %	1.217	9,6 %
Gesamt	11.140,6	100 %	12.677	100 %

Auch das pflegfachlich gutachtlich tätige Personal bringt Expertise aus verschiedenen Fachbereichen mit: Neben der Qualifikation als Pflegefachperson haben 1.356 Personen berufliche Erfahrungen und Qualifikationen in der Leitung eines Pflegedienstes oder Pflegeheims, einer Station oder eines Wohnbereichs.

Zum gutachterlich tätigen Personal, das für Begutachtungen und Beratungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt wird, zählen Ärztinnen und Ärzte, Gutachterinnen und Gutachter aus Heil- und Gesundheitsberufen (bspw. Apothekerinnen und Apotheker, Dipl.-Psychologinnen und Dipl.-Psychologen, Orthopädie-Mechanikerinnen und Orthopädie-Mechaniker) und Kodierfachkräfte. Pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter werden vornehmlich für Begutachtungs- und Beratungsaufgaben für die Soziale Pflegeversicherung eingesetzt.

Das gutachterliche Personal für Begutachtungen und Beratungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde im Jahr 2025 zu rund 93 % in der Einzelfallbegutachtung eingesetzt. Für Qualitätskontrollen in Krankenhäusern nach § 275a Abs.1 Nr. 3 SGB V und die Prüfung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern nach § 275a Abs. 1 Nr. 2 SGB V wurden 1,3 % bzw. 2,5 % der gutachterlichen Ressourcen verwendet. Für übrige Beratungsleistungen wurden 3,6 % der gutachterlichen Ressourcen eingesetzt. In der Einzelfallbegutachtung waren die personalintensivsten Aufgabenfelder die Begutachtungen zu Krankenhausleistungen (inkl. der Abrechnungsprüfungen) mit rund 36 %, Begutachtungen zur Arbeitsunfähigkeit (14 %) sowie Begutachtungen zu Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation (10 %) und Begutachtungen zu Hilfsmitteln und hilfsmittelnahen Medizinprodukten (10 %).

Tabelle 26: Ressourceneinsatz gutachterliches Personal der Medizinischen Dienste für Beratungen und Begutachtungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2025

Ressourceneinsatz gutachterliches Personal GKV 2025	Anteil
Einzelfallbegutachtung	
Arbeitsunfähigkeit	14,0 %
Krankenhausleistungen	36,1 %
Ambulante Leistungen	7,6 %
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	7,2 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	10,3 %
Hilfsmittel und hilfsmittelnahе Medizinprodukte GKV	10,3 %
Zahnmedizin	0,3 %
Ansprüche gegenüber/von Dritten	2,6 %
Sonstige Anlässe	4,3 %
Qualitätskontrollen in Krankenhäusern nach § 275a Abs.1 Nr. 3 SGB V	1,3 %
Prüfung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern nach § 275a Abs. 1 Nr. 2 SGB V	2,5 %
Übrige Beratungsleistungen	3,6 %

8 Tabellenanhang

Tabelle 27: Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2025 nach Anlassgruppen

Anlassgruppe	Anzahl	in %	SGS – fallabschließend	Gutachten
Arbeitsunfähigkeit	502.804	17,9	75,8 %	24,2 %
Krankenhausleistungen	1.252.253	44,5	3,0 %	97,0 %
Ambulante Leistungen	161.048	5,7	68,9 %	31,1 %
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	98.600	3,5	24,1 %	75,9 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	434.026	15,4	85,1 %	14,9 %
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	235.692	8,4	55,9 %	44,1 %
Zahnmedizin	8.668	0,3	51,6 %	48,4 %
Ansprüche gegenüber/von Dritten	19.679	0,7	19,6 %	80,4 %
Sonstige Anlässe	99.413	3,5	56,7 %	43,3 %
Gesamt	2.812.183	100,0	39,8 %	60,2 %

Tabelle 28: Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2024 nach Anlassgruppen

Anlassgruppe	Anzahl	in %	SGS – fallabschließend	Gutachten
Arbeitsunfähigkeit	474.279	16,6	75,2 %	24,8 %
Krankenhausleistungen	1.332.639	46,7	6,2 %	93,8 %
Ambulante Leistungen	160.932	5,6	71,1 %	28,9 %
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	98.456	3,5	23,8 %	76,2 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	426.242	14,9	83,6 %	16,4 %
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	231.564	8,1	54,9 %	45,1 %
Zahnmedizin	10.388	0,4	43,9 %	56,1 %
Ansprüche gegenüber/von Dritten	20.522	0,7	21,5 %	78,5 %
Sonstige Anlässe	96.444	3,4	58,2 %	41,8 %
Gesamt	2.851.466	100,0	39,5 %	60,5 %

Tabelle 29: Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2025

Anlassgruppe	Anzahl	Aktenlage im MD ¹	Befunderhebung im pers. Kontakt im MD ¹	Aktenlage auswärtig	Befunderhebung im pers. Kontakt auswärtig	Telefoninterview mit Versichertenkontakt	Videobegutachtung mit Versichertenkontakt	Begutachtung nach Aktenlage im digitalen Kontakt
Arbeitsunfähigkeit	502.804	84,9 %	9,2 %	0,1 %	0,0 %	2,2 %	0,1 %	3,6 %
Krankenhausleistungen	1.252.253	75,6 %	0,0 %	19,5 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %	3,7 %
Ambulante Leistungen	161.048	91,3 %	0,6 %	0,1 %	7,9 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	98.600	99,8 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	434.026	99,8 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	235.692	97,8 %	1,3 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Zahnmedizin	8.668	83,7 %	16,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Ansprüche gegenüber/von Dritten	19.679	96,8 %	0,6 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Sonstige Anlässe	99.413	92,9 %	6,8 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
Gesamt	2.812.183	85,4 %	2,1 %	8,7 %	1,1 %	0,4 %	0,0 %	2,3 %

Tabelle 30: Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2024 nach Anlassgruppe, Erledigungsart und Erledigungsort

Anlassgruppe	Anzahl	in %	Aktenlage im MD	Befunderhebung im pers. Kontakt	Aktenlage auswärtig	Befunderhebung im pers. Kontakt auswärtig	Begutachtung nach Befunderhebung im digitalen Kontakt
Arbeitsunfähigkeit	474.279	16,6	85,3 %	7,6 %	0,2 %	0,0 %	2,7 %
Krankenhausleistungen	1.332.639	46,7	75,7 %	0,0 %	21,2 %	0,0 %	0,0 %
Ambulante Leistungen	160.932	5,6	92,0 %	0,7 %	0,1 %	7,1 %	0,0 %
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	98.456	3,5	99,8 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	426.242	14,9	99,8 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %
Hilfsmittel und hilfsmittelnähe Medizinprodukte GKV	231.564	8,1	98,0 %	1,1 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %
Zahnmedizin	10.388	0,4	73,4 %	26,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Ansprüche gegenüber/ von Dritten	20.522	0,7	95,8 %	0,7 %	3,4 %	0,0 %	0,0 %
Sonstige Anlässe	96.444	3,4	93,1 %	6,6 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
Gesamt	2.851.466	100,0	85,2 %	1,7 %	10,0 %	0,5 %	0,4 %

Tabelle 31: Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2025 nach Auftraggeber

Anlassgruppe	Anzahl	in %	AOK	BKK	IKK	VDEK	BKN	LKK	Bahn-BKK	ARGE	Sonstige
Arbeitsunfähigkeit	502.804	17,9	29,4 %	13,0 %	6,8 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %
Krankenhausleistungen	1.252.253	44,5	38,2 %	13,6 %	8,1 %	38,3 %	0,0 %	0,9 %	0,7 %	0,1 %	0,1 %
Ambulante Leistungen	161.047	5,7	31,1 %	19,2 %	6,6 %	39,9 %	0,0 %	2,0 %	1,1 %	0,0 %	0,1 %
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	98.600	3,5	30,1 %	20,2 %	7,8 %	38,9 %	0,3 %	1,1 %	1,3 %	0,0 %	0,4 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	434.026	15,4	33,3 %	18,8 %	6,1 %	39,5 %	0,0 %	1,2 %	1,0 %	0,0 %	0,1 %
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	235.692	8,4	33,8 %	15,0 %	10,0 %	39,8 %	0,0 %	0,8 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %
Zahnmedizin	8.668	0,3	25,4 %	32,6 %	14,6 %	25,6 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,0 %	1,5 %
Ansprüche gegenüber/von Dritten	19.679	0,7	33,0 %	13,1 %	8,8 %	41,9 %	0,0 %	0,6 %	1,4 %	0,0 %	1,1 %
Sonstige Anlässe	99.413	3,5	36,0 %	18,5 %	8,0 %	35,2 %	0,2 %	0,6 %	1,2 %	0,0 %	0,3 %
Gesamt	2.812.182	100	34,7 %	15,2 %	7,6 %	40,7 %	0,0 %	0,8 %	0,8 %	0,0 %	0,1 %

Tabelle 32: Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2024 nach Auftraggeber

Anlassgruppe	Anzahl	in %	AOK	BKK	IKK	VDEK	BKN	LKK	Bahn-BKK	ARGE	Sonstige
Arbeitsunfähigkeit	474.279	16,6	28,9 %	14,3 %	8,2 %	47,8 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %
Krankenhausleistungen	1.332.639	46,7	38,4 %	13,2 %	8,2 %	38,2 %	0,0 %	1,0 %	0,8 %	0,1 %	0,2 %
Ambulante Leistungen	160.932	5,6	30,0 %	19,3 %	7,4 %	39,7 %	0,0 %	2,2 %	1,2 %	0,0 %	0,2 %
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	98.456	3,5	28,6 %	19,5 %	8,3 %	40,4 %	0,3 %	1,1 %	1,3 %	0,0 %	0,5 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	426.242	14,9	33,7 %	18,7 %	6,4 %	39,1 %	0,0 %	1,1 %	0,9 %	0,0 %	0,2 %
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	231.564	8,1	34,8 %	15,2 %	11,1 %	37,6 %	0,0 %	0,6 %	0,5 %	0,0 %	0,1 %
Zahnmedizin	10.388	0,4	27,3 %	32,4 %	14,2 %	24,4 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,0 %	1,4 %
Ansprüche gegenüber/von Dritten	20.522	0,7	34,0 %	13,7 %	9,4 %	40,6 %	0,0 %	0,6 %	1,4 %	0,0 %	0,3 %
Sonstige Anlässe	96.444	3,4	36,8 %	18,4 %	8,8 %	33,5 %	0,1 %	0,6 %	1,2 %	0,0 %	0,6 %
Gesamt	2.851.466	100	34,9 %	15,2 %	8,2 %	39,8 %	0,0 %	0,9 %	0,9 %	0,1 %	0,2 %

Tabelle 33: Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2025 nach Anteil extern erstellter Produkte

Anlassgruppe	Anzahl	in %	Intern	Extern
Arbeitsunfähigkeit	502.804	17,9	95,0 %	5,0 %
Krankenhausleistungen	1.252.253	44,5	96,5 %	3,5 %
Ambulante Leistungen	161.048	5,7	97,8 %	2,2 %
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	98.600	3,5	97,6 %	2,4 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	434.026	15,4	99,0 %	1,0 %
Hilfsmittel und hilfsmittelnähe Medizinprodukte GKV	235.692	8,4	97,2 %	2,8 %
Zahnmedizin	8.668	0,3	39,6 %	60,4 %
Ansprüche gegenüber/von Dritten	19.679	0,7	44,6 %	55,4 %
Sonstige Anlässe	99.413	3,5	98,9 %	1,1 %
Gesamt	2.812.183	100,0	96,3 %	3,7 %

Tabelle 34: Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2024 nach Anteil extern erstellter Produkte

Anlassgruppe	Anzahl	in %	Intern	Extern
Arbeitsunfähigkeit	474.279	16,6	96,0 %	4,0 %
Krankenhausleistungen	1.332.639	46,7	95,7 %	4,3 %
Ambulante Leistungen	160.932	5,6	96,4 %	3,6 %
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	98.456	3,5	97,9 %	2,1 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	426.242	14,9	99,3 %	0,7 %
Hilfsmittel und hilfsmittelnähe Medizinprodukte GKV	231.564	8,1	97,8 %	2,2 %
Zahnmedizin	10.388	0,4	29,9 %	70,1 %
Ansprüche gegenüber/von Dritten	20.522	0,7	44,4 %	55,6 %
Sonstige Anlässe	96.444	3,4	98,0 %	2,0 %
Gesamt	2.851.466	100,0	96,0 %	4,0 %

Tabelle 35: Begutachtungen im Jahr 2025 nach Anlassgruppe und durchschnittlicher Erledigungsdauer

Sozialmedizinische Begutachtung nach Begutachtungsanlassgruppe und Erledigungsdauer	Anzahl Begutachtungen	davon Erledigungsdauer				Durchschnittliche Dauer (in Kalendertagen)
		<= 4 Wochen	> 4 Wochen bis 8 Wochen	> 8 Wochen bis 12 Wochen	> 12 Wochen	
Arbeitsunfähigkeit	121.602	75,9 %	15,6 %	4,2 %	4,2 %	21,9
Krankenhausleistungen	1.214.272	2,5 %	2,0 %	6,3 %	89,2 %	153,0
Ambulante Leistungen	50.041	81,1 %	12,5 %	3,2 %	3,1 %	19,4
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ Arzneimittel	74.810	91,3 %	5,4 %	2,0 %	1,3 %	13,4
Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation	64.820	80,0 %	13,3 %	3,8 %	2,9 %	18,1
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	103.844	84,9 %	10,2 %	2,9 %	1,9 %	16,3
Zahnmedizin	4.199	60,7 %	26,4 %	7,8 %	5,1 %	29,8
Ansprüche gegenüber/ von Dritten	15.821	27,6 %	26,4 %	18,1 %	27,9 %	67,6
Sonstige Anlässe	43.076	81,5 %	12,8 %	3,8 %	1,9 %	17,9
Gesamt	1.692.485	24,5 %	4,9 %	5,6 %	65,0 %	115,3

Tabelle 36: Begutachtungen im Jahr 2024 nach Anlassgruppe und durchschnittlicher Erledigungsdauer

Sozialmedizinische Begutachtung nach Begutachtungsanlassgruppe und Erledigungsdauer	Anzahl Begutachtungen	davon Erledigungsdauer				Durchschnittliche Dauer (in Kalendertagen)
		<= 4 Wochen	> 4 Wochen bis 8 Wochen	> 8 Wochen bis 12 Wochen	> 12 Wochen	
Arbeitsunfähigkeit	117.698	79,7 %	11,7 %	3,8 %	4,9 %	20,7
Krankenhausleistungen	1.249.422	2,2 %	2,9 %	8,0 %	86,8 %	147,7
Ambulante Leistungen	46.553	79,6 %	12,9 %	4,7 %	2,7 %	19,9
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ Arzneimittel	75.049	90,0 %	5,7 %	2,8 %	1,6 %	14,6
Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation	70.014	82,5 %	11,2 %	3,6 %	2,7 %	17,3
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	104.381	85,1 %	9,4 %	3,3 %	2,3 %	17,3
Zahnmedizin	5.831	51,6 %	29,5 %	13,1 %	5,8 %	34,4
Ansprüche gegenüber/ von Dritten	16.118	25,0 %	28,8 %	19,4 %	26,8 %	65,5
Sonstige Anlässe	40.286	80,4 %	13,3 %	4,1 %	2,1 %	18,9
Gesamt	1.725.352	23,9 %	5,2 %	7,0 %	63,9 %	112,5

Tabelle 37: Personentage der Beratungen im Jahr 2025 nach Anlassgruppe

Sozial-medizinische Beratung	Personentage der Beratungen in der Anlassgruppe								
	Arbeits-unfähig-keit	Kran-ken-hausleis-tungen	Ambu-lante Leistun-gen	NUB/ Arznei-mittel	Vorso-rge/Re-habilita-tion	Hilfsmit-tel GKV	Zahnme-dizin	Ansprü-che Dritte	Sonstige Anlässe
Gesamt	184,2	10.598,8	485,5	992,5	1.182,9	335,7	20,3	104,1	3.411,9

Tabelle 38: Personentage der Beratungen im Jahr 2024 nach Anlassgruppe

Sozial-medizinische Beratung	Personentage der Beratungen in der Anlassgruppe								
	Arbeits-unfähig-keit	Kran-ken-hausleis-tungen	Ambu-lante Leistun-gen	NUB/ Arznei-mittel	Vorso-rge/Re-habilita-tion	Hilfsmit-tel GKV	Zahnme-dizin	Ansprü-che Dritte	Sonstige Anlässe
Gesamt	175,1	15.553,9	592,7	1.205,2	1.288,0	442,9	11,5	135,1	2.391,6

Tabelle 39: Begutachtungsergebnisse Arbeitsunfähigkeit, 2025

Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Aus medizinischer Sicht			Aussagen zum Leistungs- bild	Andere Antwort
			nicht weiter AU	auf Zeit AU	auf Dauer AU*		
Sicherung des Behandlungserfolges	22.599	4,5	2,7 %	83,3 %	6,5 %	1,9 %	5,6 %
Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten	3.376	0,7	0,1 %	3,2 %	0,3 %	0,2 %	96,2 %
Fragen zum Leistungsbild	47.067	9,4	5,1 %	52,6 %	8,7 %	30,7 %	3,0 %
Dauer der AU – Zweifel der Krankenkasse	247.438	49,2	7,3 %	83,3 %	5,8 %	1,2 %	2,3 %
AU – Zweifel des Arbeitgebers	15.150	3,0	10,8 %	79,8 %	0,5 %	0,2 %	8,8 %
Arbeitsunfähigkeit bei ALG II	111	0,0	7,2 %	42,3 %	5,4 %	38,7 %	6,3 %
Stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V	15.083	3,0	2,1 %	86,1 %	6,2 %	1,8 %	3,8 %
Sonstige Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit	8.590	1,7	3,9 %	51,6 %	11,1 %	3,9 %	29,5 %

* auf Dauer AU für die letzte Tätigkeit

Tabelle 40: Begutachtungsergebnisse Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation, 2025

Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...	
			erfüllt	nicht erfüllt
Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation	143.390	28,5	59,5 %	40,5 %

Tabelle 41: Begutachtungsergebnisse Arbeitsunfähigkeit, 2024

Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Aus medizinischer Sicht			Aussagen zum Leistungs- bild	Andere Antwort
			nicht weiter AU	auf Zeit AU	auf Dauer AU*		
Sicherung des Behandlungserfolges	24.306	5,1	2,4 %	84,2 %	6,0 %	1,5 %	5,9 %
Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten	3.441	0,7	0,4 %	2,8 %	0,4 %	0,3 %	96,1 %
Fragen zum Leistungsbild	43.833	9,2	4,3 %	51,2 %	8,1 %	32,6 %	3,7 %
Dauer der AU – Zweifel der Krankenkasse	217.818	45,9	7,1 %	83,3 %	5,4 %	1,3 %	3,0 %
AU – Zweifel des Arbeitgebers	13.840	2,9	13,0 %	76,4 %	0,6 %	0,2 %	9,9 %
Arbeitsunfähigkeit bei ALG II	89	0,0	11,2 %	51,7 %	2,2 %	21,3 %	13,5 %
Stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V	15.621	3,3	2,2 %	85,3 %	5,8 %	2,5 %	4,2 %
Sonstige Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit	9.480	2,0	4,5 %	53,0 %	10,6 %	4,2 %	27,8 %

Tabelle 42: Begutachtungsergebnisse Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation, 2024

Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...	
			erfüllt	nicht erfüllt
Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation	145.851	30,8	55,8 %	44,2 %

Tabelle 43: Begutachtungsergebnisse Krankenhausleistungen, 2025

Krankenhausleistungen Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach der Bundespflegesatzverordnung	29	0,0	41,4 %	0,0 %	55,2 %	3,4 %
Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz	1.184.747	94,6	45,5 %	0,0 %	53,7 %	0,8 %
Zahnmedizinische Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz	567	0,0	42,3 %	0,0 %	57,3 %	0,4 %
Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a SGB V	73	0,0	12,3 %	1,4 %	83,6 %	2,7 %
Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V	238	0,0	34,5 %	20,6 %	38,7 %	6,3 %
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	5.878	0,5	25,9 %	11,0 %	58,3 %	4,8 %
Psychiatrische/psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V	91	0,0	53,8 %	7,7 %	28,6 %	9,9 %
Geriatrische Institutsambulanzen	6	0,0	83,3 %	0,0 %	16,7 %	0,0 %
Sonstige ambulante Krankenhausbehandlung	688	0,1	20,8 %	2,6 %	68,6 %	8,0 %
Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit Abrechnung nach tagesbezogenen Pauschalen	46.805	3,7	64,8 %	0,0 %	34,3 %	0,9 %
Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie	833	0,1	61,0 %	0,0 %	37,7 %	1,3 %
Sonstige Anlässe zu stationären Leistungen	12.246	1,0	38,7 %	10,9 %	33,8 %	16,6 %
Hybrid-DRG nach §115 f SGB V	52	0,0	23,1 %	13,5 %	51,9 %	11,5 %
Gesamt	1.252.253	100,0	46,1 %	0,2 %	52,8 %	1,0 %

Tabelle 44: Begutachtungsergebnisse Krankenhausleistungen, 2024

Krankenhausleistungen Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach der Bundespflegesatzverordnung	51	0,0	37,3%	9,8%	45,1%	7,8%
Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz	1.259.853	94,5	47,6%	0,0%	51,5%	0,9%
Zahnmedizinische Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz	334	0,0	48,8%	0,0%	50,6%	0,6%
Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a SGB V	408	0,0	9,3%	0,0%	84,3%	6,4%
Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V	1.279	0,1	20,5%	4,8%	67,9%	6,9%
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	3.793	0,3	24,3%	13,4%	50,5%	11,8%
Psychiatrische/psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V	112	0,0	49,1%	20,5%	15,2%	15,2%
Geriatrische Institutsambulanzen	4	0,0	25,0%	0,0%	75,0%	0,0%
Sonstige ambulante Krankenhausbehandlung	597	0,0	17,1%	2,5%	72,7%	7,7%
Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit Abrechnung nach tagesbezogenen Pauschalen	53.125	4,0	67,8%	0,0%	30,7%	1,4%
Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie	844	0,1	60,5%	0,0%	38,9%	0,6%
Sonstige Anlässe zu stationären Leistungen	12.239	0,9	41,1%	9,7%	31,5%	17,8%
Gesamt	1.332.639	100,0	48,3%	0,1%	50,5%	1,1%

Tabelle 45: Begutachtungsergebnisse ambulante Leistungen, 2025

Ambulante Leistungen Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Physiotherapie	26.293	16,3	34,2%	2,4%	60,8%	2,6%
Podologische Therapie	132	0,1	34,8%	2,3%	51,5%	11,4%
Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	1.655	1,0	48,3%	2,5%	45,9%	3,3%
Ergotherapie	3.233	2,0	49,3%	3,0%	44,4%	3,3%
Ernährungstherapie	84	0,1	38,1%	6,0%	41,7%	14,3%
Zahnärztlich verordnete Heilmittel	555	0,3	25,4%	1,1%	72,6%	0,9%
Psychotherapie nach § 27 Absatz 1 SGB V	17.271	10,7	72,1%	16,7%	8,4%	2,9%
Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V	50.962	31,6	64,9%	24,2%	8,0%	2,8%
Außerklinische Intensiv- pflege nach § 37c SGB V	20.247	12,6	74,9%	11,7%	12,2%	1,2%
Haushaltshilfen nach §§ 24h und 38 SGB V	8.671	5,4	51,8%	20,2%	22,7%	5,3%
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V	25.048	15,6	74,2%	10,3%	14,6%	0,9%
Kurzzeitpflege bei fehlen- der Pflegebedürftigkeit nach § 39 SGB V	923	0,6	79,5%	2,0%	15,0%	3,6%
Sonstige Anlässe zu ambu- lantem Leistungen	4.313	2,7	40,1%	9,7%	38,7%	11,5%
Soziotherapie nach § 37a SGB V	1.661	1,0	57,9%	6,2%	34,4%	1,5%
Gesamt	161.048	100,0	61,4 %	14,5 %	21,5 %	2,7 %

Tabelle 46: Begutachtungsergebnisse ambulante Leistungen, 2024

Ambulante Leistungen Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Physiotherapie	31.347	19,5	36,4%	2,2%	59,2%	2,2%
Podologische Therapie	186	0,1	29,0%	0,5%	58,1%	12,4%
Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	1.751	1,1	54,7%	2,2%	38,7%	4,4%
Ergotherapie	4.064	2,5	51,0%	2,3%	43,0%	3,7%
Ernährungstherapie	125	0,1	24,8%	4,8%	58,4%	12,0%
Zahnärztlich verordnete Heilmittel	587	0,4	26,7%	1,0%	70,0%	2,2%
Psychotherapie nach § 27 Absatz 1 SGB V	17.046	10,6	71,7%	13,1%	11,7%	3,5%
Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V	47.998	29,8	63,4%	15,9%	17,1%	3,6%
Außerklinische Intensiv- pflege nach § 37c SGB V	18.555	11,5	74,2%	8,1%	15,1%	2,6%
Haushaltshilfen nach §§ 24h und 38 SGB V	9.438	5,9	54,7%	13,8%	25,3%	6,1%
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V	23.330	14,5	76,3%	5,9%	16,8%	1,0%
Kurzzeitpflege bei fehlen- der Pflegebedürftigkeit nach § 39 SGB V	799	0,5	72,5%	4,4%	18,1%	5,0%
Sonstige Anlässe zu ambu- lantem Leistungen	4.207	2,6	39,2%	8,6%	40,9%	11,2%
Soziotherapie nach § 37a SGB V	1.499	0,9	68,1%	5,3%	25,8%	0,8%
Gesamt	160.932	100,0	60,5 %	9,5 %	26,8 %	3,2 %

Tabelle 47: Begutachtungsergebnisse Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, 2025

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Neue und/oder nicht zugelassene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	29.468	29,9	16,8 %	3,6 %	64,5 %	15,1 %
Zugelassene Arzneimittel	4.814	4,9	27,1 %	1,8 %	50,5 %	20,6 %
Zulassungsüberschreitender Arzneimittleinsatz	39.551	40,1	23,4 %	2,8 %	55,8 %	18,1 %
Einzelimportierte Arzneimittel nach § 73 Absatz 3 AMG	2.032	2,1	28,5 %	2,7 %	49,4 %	19,4 %
Rezepturarzneimittel, die den Methoden zuzurechnen sind	1.102	1,1	8,7 %	1,5 %	71,9 %	17,9 %
Cannabinoide	13.434	13,6	31,4 %	4,3 %	61,3 %	3,0 %
Sonstige Anlässe zur Arzneimittelver- sorgung	6.864	7,0	9,9 %	2,7 %	56,6 %	30,8 %
Neue und/oder nicht zugelassene Heil- und Hilfsmittel	447	0,5	21,5 %	2,5 %	64,4 %	11,6 %
Sonstige Anlässe zu neuen/oder nicht zugelassenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	888	0,9	13,6 %	2,9 %	59,1 %	24,3 %
Gesamt	98.600	100,0	21,6 %	3,2 %	59,0 %	16,2 %

Tabelle 48: Begutachtungsergebnisse Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, 2024

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Neue und/oder nicht zugelassene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	29.792	30,3	18,2 %	2,4 %	63,1 %	16,4 %
Zugelassene Arzneimittel	4.904	5,0	23,2 %	1,4 %	46,7 %	28,7 %
Zulassungsüberschreitender Arzneimittleinsatz	34.225	34,8	26,0 %	2,4 %	49,2 %	22,4 %
Einzelimportierte Arzneimittel nach § 73 Absatz 3 AMG	1.844	1,9	28,4 %	1,4 %	49,7 %	20,5 %
Rezepturarzneimittel, die den Methoden zuzurechnen sind	1.150	1,2	8,3 %	1,7 %	65,7 %	24,3 %
Cannabinoide	18.822	19,1	34,4 %	1,7 %	58,4 %	5,4 %
Sonstige Anlässe zur Arzneimittelversorgung	6.126	6,2	12,7 %	1,7 %	52,4 %	33,1 %
Neue und/oder nicht zugelassene Heil- und Hilfsmittel	585	0,6	31,5 %	1,5 %	57,3 %	9,7 %
Sonstige Anlässe zu neuen/oder nicht zugelassenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	1.008	1,0	13,8 %	3,7 %	61,5 %	21,0 %
Gesamt	98.456	100,0	24,0 %	2,2 %	55,6 %	18,2 %

Tabelle 49: Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation, 2025

Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	einges- chränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Leistungen zur ambulanten Vorsorge nach § 23 SGB V	7.548	1,7	41,4 %	1,9 %	55,1 %	1,6 %
Erstanträge	7.502	1,7	41,3 %	1,9 %	55,2 %	1,6 %
Verlängerungsanträge	46	0,0	56,5 %	4,3 %	37,0 %	2,2 %
Leistungen zur ambulanten Rehabilita- tion nach § 40 SGB V	26.363	6,0	65,9 %	6,3 %	26,0 %	1,7 %
Erstanträge	19.211	4,4	61,7 %	5,2%	31,0 %	2,1 %
Verlängerungsanträge	7.152	1,6	77,3 %	9,4%	12,6 %	0,7 %
Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V	5.127	1,1	42,9 %	11,9 %	42,8 %	2,4 %
Erstanträge	4.985	1,1	42,4 %	12,0%	43,1 %	2,4 %
Verlängerungsanträge	142	0,0	59,2 %	7,7%	30,3 %	2,8 %
Leistungen zur stationären Rehabilita- tion nach § 40 SGB V	317.003	73,1	57,3 %	6,3 %	34,6 %	1,8 %
Erstanträge	253.780	58,5	50,9 %	5,2%	41,7 %	2,1 %
Verlängerungsanträge	63.223	14,6	82,8 %	10,8%	5,7 %	0,6 %
Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V	63.663	14,6	62,3 %	2,8 %	33,4 %	1,5 %
Erstanträge	63.029	14,5	62,2 %	2,8%	33,5 %	1,5 %
Verlängerungsanträge	634	0,1	72,9 %	1,7%	24,9 %	0,5 %
Leistungen zur medizinischen Rehabilita- tion nach § 41 SGB V	757	0,2	49,7 %	11,6 %	34,6 %	4,1 %
Erstanträge	727	0,2	48,3 %	12,0 %	35,5 %	4,3 %
Verlängerungsanträge	30	0,0	83,3 %	3,3 %	13,3 %	0,0 %
Ergänzende Leistungen zur Rehabilita- tion: Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke nach § 43 Absatz 1 Nr. 2 SGB V	568	0,1	28,9 %	4,6 %	42,8 %	23,8 %
Ergänzende Leistungen zur Rehabilita- tion: Sozialmedizinische Nachsorgemaß- nahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche nach § 43 Absatz 2 SGB V	1.674	0,4	56,0 %	7,9 %	34,3 %	1,8 %

Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	einges- chränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Rehasport/Funktionstraining nach § 64 SGB IX	6.825	1,6	28,3 %	1,1 %	69,4 %	1,2 %
Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Vorsorge	221	0,1	32,6 %	5,4 %	41,6 %	20,4 %
Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Rehabilitation	4.155	1,0	38,4 %	5,7 %	25,9 %	30,0 %
Mitaufnahme eines Kindes bei Maßnah- men nach § 24 oder § 41 SGB V	122	0,0	48,4 %	3,3 %	34,4 %	13,9 %
Gesamt	434.026	100,0	57,4 %	5,7 %	34,8 %	2,1 %

Tabelle 50: Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation, 2024

Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	einges- chränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Leistungen zur ambulanten Vorsorge nach § 23 SGB V	7.871	1,8	46,4 %	1,2 %	50,3 %	2,2 %
Erstanträge	7.826	1,8	46,2%	1,2%	50,4%	2,2%
Verlängerungsanträge	45	0,0	71,1%	2,2%	24,4%	2,2%
Leistungen zur ambulanten Rehabilita- tion nach § 40 SGB V	25.291	5,9	69,0 %	4,5 %	24,6 %	2,0 %
Erstanträge	18.728	4,4	65,2%	3,9%	28,5%	2,4%
Verlängerungsanträge	6.563	1,5	79,7%	6,1%	13,5%	0,7%
Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V	4.574	1,0	47,7 %	8,6 %	40,9 %	2,9 %
Erstanträge	4.455	1,0	47,2%	8,8%	41,1%	2,9%
Verlängerungsanträge	119	0,0	65,5%	3,4%	31,1%	0,0%
Leistungen zur stationären Rehabilita- tion nach § 40 SGB V	316.677	74,3	60,6 %	4,6 %	32,7 %	2,2 %
Erstanträge	257.679	60,5	55,5%	3,6%	38,4%	2,5%
Verlängerungsanträge	58.998	13,8	82,8%	8,8%	7,6%	0,8%
Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V	54.996	12,9	65,5 %	2,0 %	30,8 %	1,7 %
Erstanträge	54.550	12,8	65,4%	2,0%	30,8%	1,8%
Verlängerungsanträge	446	0,1	77,1%	2,2%	19,3%	1,3%
Leistungen zur medizinischen Rehabilita- tion nach § 41 SGB V	1.005	0,2	51,4 %	8,3 %	38,0 %	2,3 %
Erstanträge	968	0,2	50,2%	8,6%	38,8%	2,4%
Verlängerungsanträge	37	0,0	83,8%	0,0%	16,2%	0,0%
Ergänzende Leistungen zur Rehabilita- tion: Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke nach § 43 Absatz 1 Nr. 2 SGB V	566	0,1	26,0 %	3,9 %	50,5 %	19,6 %
Ergänzende Leistungen zur Rehabilita- tion: Sozialmedizinische Nachsorgemaß- nahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche nach § 43 Absatz 2 SGB V	1.373	0,3	55,5 %	5,0 %	37,4 %	2,2 %

Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	einges- chränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Rehasport/Funktionstraining nach § 64 SGB IX	9.925	2,3	28,9 %	0,9 %	68,6 %	1,6 %
Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Vor- sorge	159	0,0	36,5 %	4,4 %	37,1 %	22,0 %
Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Rehabilitation	3.705	0,9	40,9 %	3,9 %	25,0 %	30,3 %
Mitaufnahme eines Kindes bei Maßnah- men nach § 24 oder § 41 SGB V	100	0,0	59,0 %	2,0 %	21,0 %	18,0 %
Gesamt	426.242	100,0	60,3 %	4,1 %	33,2 %	2,4 %

Tabelle 51: Begutachtungsergebnisse Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte, 2025

Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Absauggeräte	283	0,1	51,2 %	11,3 %	31,1 %	6,4 %
Adaptationshilfen	816	0,3	43,1 %	20,2 %	26,8 %	9,8 %
Applikationshilfen	3.698	1,6	77,9 %	7,2 %	10,9 %	4,0 %
Badehilfen	459	0,2	51,2 %	24,4 %	19,6 %	4,8 %
Bandagen	101	0,0	29,7 %	17,8 %	46,5 %	5,9 %
Bestrahlungsgeräte	67	0,0	32,8 %	14,9 %	44,8 %	7,5 %
Blindenhilfsmittel	1.832	0,8	42,1 %	25,7 %	22,7 %	9,6 %
Einlagen	5.690	2,4	34,4 %	41,2 %	22,8 %	1,6 %
Elektrostimulationsgeräte	29.142	12,4	43,1 %	29,9 %	19,6 %	7,4 %
Gehhilfen	2.500	1,1	45,3 %	25,5 %	24,6 %	4,6 %
Hilfsmittel gegen Dekubitus	1.668	0,7	46,5 %	25,4 %	22,5 %	5,6 %
Hilfsmittel bei Tracheostoma	130	0,1	56,2 %	11,5 %	20,0 %	12,3 %
Hörhilfen	6.379	2,7	41,3 %	19,1 %	33,1 %	6,5 %
Inhalations- und Atemtherapiegeräte	15.297	6,5	44,4 %	27,2 %	20,0 %	8,4 %
Inkontinenzhilfen	1.474	0,6	51,0 %	22,0 %	19,9 %	7,1 %
Kommunikationshilfen	4.079	1,7	46,0 %	24,6 %	24,0 %	5,4 %
Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	14.425	6,1	35,7 %	17,4 %	42,7 %	4,2 %
Kranken- und Behindertenfahrzeuge	29.935	12,7	39,7 %	34,3 %	18,5 %	7,5 %
Krankenpflegeartikel	4.200	1,8	33,1 %	23,8 %	37,9 %	5,2 %
Lagerungshilfen	1.109	0,5	44,3 %	20,1 %	30,4 %	5,2 %
Messgeräte Für Körperzustände/ -funktionen	8.121	3,4	44,3 %	14,1 %	33,5 %	8,1 %
Mobilitätshilfen	4.851	2,1	37,0 %	24,7 %	32,2 %	6,1 %
Orthesen/Schienen	19.575	8,3	47,0 %	27,4 %	20,8 %	4,8 %
Beinprothesen	2.897	1,2	40,0 %	37,7 %	11,9 %	10,4 %
Sehhilfen	2.168	0,9	38,3 %	30,6 %	22,9 %	8,2 %
Sitzhilfen	4.509	1,9	37,3 %	28,3 %	28,9 %	5,5 %
Sprechhilfen	13	0,0	69,2 %	15,4 %	7,7 %	7,7 %
Stehhilfen	1.085	0,5	51,2 %	30,5 %	14,3 %	4,1 %

Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Stomaartikel	115	0,0	60,9 %	13,0 %	11,3 %	14,8 %
Hilfsmittel zur Insulintherapie	22.320	9,5	39,3 %	10,9 %	38,6 %	11,2 %
Schuhe	22.263	9,4	55,5 %	24,9 %	17,7 %	1,9 %
Therapeutische Bewegungsgeräte	15.558	6,6	41,6 %	10,0 %	46,5 %	1,9 %
Toilettenhilfen	952	0,4	39,2 %	24,7 %	30,4 %	5,8 %
Haarersatz	572	0,2	22,4 %	30,9 %	39,0 %	7,7 %
Epithesen	231	0,1	57,6 %	7,8 %	27,3 %	7,4 %
Augenprothesen	44	0,0	65,9 %	13,6 %	9,1 %	11,4 %
Brustprothesen	526	0,2	48,1 %	15,8 %	31,7 %	4,4 %
Armprothesen	790	0,3	33,2 %	32,2 %	23,0 %	11,6 %
Evaluation durchgeführter Hilfsmittel- versorgung	347	0,1	30,5 %	18,2 %	7,8 %	43,5 %
Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV	5.159	2,2	30,5 %	12,8 %	43,3 %	13,4 %
Digitale Gesundheitsanwendungen	312	0,1	45,8 %	5,4 %	23,1 %	25,6 %
Gesamt	235.692	100,0	43,0 %	23,8 %	26,8 %	6,4 %

Tabelle 52: Begutachtungsergebnisse Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte, 2024

Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Absauggeräte	257	0,1	44,4 %	14,8 %	31,9 %	8,9 %
Adaptationshilfen	876	0,4	43,8 %	12,4 %	33,3 %	10,4 %
Applikationshilfen	4.126	1,8	75,2 %	5,8 %	13,1 %	5,9 %
Badehilfen	521	0,2	55,9 %	17,1 %	21,9 %	5,2 %
Bandagen	135	0,1	37,8 %	8,1 %	45,9 %	8,1 %
Bestrahlungsgeräte	93	0,0	29,0 %	12,9 %	37,6 %	20,4 %
Blindenhilfsmittel	2.083	0,9	41,0 %	16,6 %	28,0 %	14,4 %
Einlagen	5.645	2,4	33,8 %	26,5 %	37,0 %	2,7 %
Elektrostimulationsgeräte	25.684	11,1	42,3 %	18,3 %	30,9 %	8,4 %
Gehhilfen	2.782	1,2	49,4 %	18,7 %	25,6 %	6,4 %
Hilfsmittel gegen Dekubitus	1.598	0,7	50,4 %	17,4 %	26,7 %	5,5 %
Hilfsmittel bei Tracheostoma	107	0,0	65,4 %	4,7 %	17,8 %	12,1 %
Hörhilfen	6.541	2,8	39,6 %	11,3 %	42,2 %	6,8 %
Inhalations- und Atemtherapiegeräte	15.761	6,8	46,9 %	18,2 %	24,6 %	10,3 %
Inkontinenzhilfen	1.574	0,7	49,2 %	13,9 %	28,2 %	8,8 %
Kommunikationshilfen	4.534	2,0	47,4 %	19,9 %	27,4 %	5,3 %
Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	14.096	6,1	35,8 %	13,9 %	46,2 %	4,2 %
Kranken- und Behindertenfahrzeuge	28.399	12,3	40,0 %	25,6 %	26,1 %	8,3 %
Krankenpflegeartikel	4.511	1,9	36,1 %	17,2 %	40,9 %	5,9 %
Lagerungshilfen	1.235	0,5	45,3 %	12,9 %	36,3 %	5,6 %
Messgeräte Für Körperzustände/ -funktionen	12.455	5,4	42,8 %	10,2 %	37,1 %	9,9 %
Mobilitätshilfen	5.059	2,2	39,0 %	17,3 %	37,8 %	6,0 %
Orthesen/Schienen	19.031	8,2	44,7 %	22,6 %	27,1 %	5,6 %
Beinprothesen	2.909	1,3	37,1 %	29,3 %	20,0 %	13,6 %
Sehhilfen	2.104	0,9	39,1 %	26,4 %	26,3 %	8,2 %
Sitzhilfen	5.617	2,4	40,0 %	19,8 %	34,6 %	5,7 %
Sprechhilfen	13	0,0	46,2 %	23,1 %	23,1 %	7,7 %
Stehhilfen	1.465	0,6	54,9 %	20,2 %	20,8 %	4,0 %

Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Stomaartikel	89	0,0	61,8 %	9,0 %	16,9 %	12,4 %
Hilfsmittel zur Insulintherapie	17.260	7,5	50,3 %	6,4 %	33,3 %	10,0 %
Schuhe	22.654	9,8	55,7 %	16,5 %	24,8 %	3,0 %
Therapeutische Bewegungsgeräte	13.992	6,0	39,8 %	7,5 %	49,5 %	3,2 %
Toilettenhilfen	938	0,4	39,3 %	18,4 %	36,8 %	5,4 %
Haarersatz	705	0,3	27,5 %	25,5 %	39,9 %	7,1 %
Epithesen	257	0,1	55,3 %	7,4 %	28,0 %	9,3 %
Augenprothesen	54	0,0	55,6 %	20,4 %	16,7 %	7,4 %
Brustprothesen	469	0,2	40,3 %	17,3 %	37,3 %	5,1 %
Armprothesen	756	0,3	25,4 %	27,9 %	30,0 %	16,7 %
Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgung	328	0,1	28,0 %	12,8 %	9,8 %	49,4 %
Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV	4.799	2,1	27,1 %	9,3 %	50,8 %	12,8 %
Digitale Gesundheitsanwendungen	52	0,0	38,5 %	7,7 %	34,6 %	19,2 %
Gesamt	231.564	100,0	43,9 %	16,9 %	32,1 %	7,1 %

Tabelle 53: Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler, 2025

Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Behandlungs- bzw. Pflege- fehler			Andere Antwort
			nicht gegeben	teilweise gegeben	gegeben	
Verdacht auf medizinischen Be- handlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V, § 116 SGB X und gemeinsam)	13.722	69,7	67,3 %	0,0 %	25,1 %	7,5 %
Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V, § 116 SGB X und gemeinsam)	1.347	6,8	63,5 %	0,0 %	31,0 %	5,5 %
Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 66 SGB V, § 116 SGB X und gemeinsam)	1.214	6,2	40,7 %	0,2 %	47,4 %	11,7 %
Abgrenzung Kostenträgerschaft/ Ersatzanspruch nach § 102 ff. SGB X	2.401	12,2	28,4 %	3,3 %	39,7 %	28,7 %
Sonstige Anlässe zu Ansprüchen gegenüber/von Dritten	792	4,0	31,4 %	1,5 %	48,9 %	18,2 %
Verdacht auf Mängel an Zahnersatz einschl. Zahnkronen	203	1,0	17,2 %	4,9 %	56,2 %	21,7 %
Gesamt	19.679	100,0	58,7 %	0,6 %	29,9 %	10,8 %

Tabelle 54: Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler, 2024

Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Behandlungs- bzw. Pflege- fehler			Andere Antwort
			nicht gegeben	teilweise gegeben	gegeben	
Verdacht auf medizinischen Be- handlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V, § 116 SGB X und gemeinsam)	14.419	70,3 %	64,3 %	0,0 %	24,2 %	11,5 %
Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V, § 116 SGB X und gemeinsam)	1.251	6,1 %	57,7 %	0,1 %	31,0 %	11,2 %
Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 66 SGB V, § 116 SGB X und gemeinsam)	1.251	6,1 %	33,6 %	0,1 %	49,9 %	16,5 %
Abgrenzung Kostenträgerschaft/ Ersatzanspruch nach § 102 ff. SGB X	2.558	12,5 %	28,4 %	3,3 %	39,7 %	28,7 %
Sonstige Anlässe zu Ansprüchen gegenüber/von Dritten	802	3,9 %	31,4 %	1,5 %	48,9 %	18,2 %
Verdacht auf Mängel an Zahnersatz einschl. Zahnkronen	241	1,2 %	17,2 %	4,9 %	56,2 %	21,7 %
Gesamt	20.522	100,0	56,1 %	0,5 %	28,6 %	14,8 %

Tabelle 55: Begutachtungsergebnisse Zahnmedizin, 2025

Zahnmedizin Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen	4.595	53,0	25,5 %	26,4 %	43,0 %	5,0 %
Implantate einschließlich Suprakonstruktion	308	3,6	20,1 %	15,6 %	54,9 %	9,4 %
Aufschiebbarkeit Zahnersatz und andere Versorgungen, Ruhen des Leistungsanspruchs	287	3,3	12,5 %	8,7 %	76,0 %	2,8 %
Konservierend-chirurgische Behandlung	128	1,5	3,9 %	9,4 %	79,7 %	7,0 %
Kieferbruch/Aufbissbehelfe/ Unterkieferprotrusionsschiene	78	0,9	10,3 %	6,4 %	76,9 %	6,4 %
Kieferorthopädie	2.664	30,7	29,2 %	27,3 %	37,8 %	5,7 %
Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen	118	1,4	55,9 %	24,6 %	16,1 %	3,4 %
Sonstige Anlässe zur Zahnmedizin	490	5,7	16,9 %	11,8 %	64,9 %	6,3 %
Gesamt	8.668	100,0	25,5 %	24,4 %	44,6 %	5,4 %

Tabelle 56: Begutachtungsergebnisse Zahnmedizin, 2024

Zahnmedizin Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen	6.102	58,7	25,4 %	17,5 %	53,6 %	3,6 %
Implantate einschließlich Suprakonstruktion	350	3,4	22,6 %	6,9 %	62,3 %	8,3 %
Aufschiebbarkeit Zahnersatz und andere Versorgungen, Ruhen des Leistungsanspruchs	182	1,8	4,9 %	3,3 %	87,4 %	4,4 %
Konservierend-chirurgische Behandlung	108	1,0	6,5 %	8,3 %	74,1 %	11,1 %
Kieferbruch/Aufbissbehelfe/ Unterkieferprotrusionsschiene	107	1,0	24,3 %	6,5 %	60,7 %	8,4 %
Kieferorthopädie	2.927	28,2	30,4 %	9,1 %	56,0 %	4,5 %
Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen	154	1,5	34,4 %	29,9 %	32,5 %	3,2 %
Sonstige Anlässe zur Zahnmedizin	458	4,4	18,6 %	10,5 %	59,6 %	11,4 %
Gesamt	10.388	100,0	26,0 %	14,2 %	55,4 %	4,5 %

Tabelle 57: Begutachtungsergebnisse Sonstige Anlässe, 2025

Sonstige Anlässe Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Hospizleistungen nach § 39 a SGB V	18.974	19,1	90,4 %	0,6 %	7,4 %	1,5 %
Med. Indikation eines geplanten operativen Eingriffs/plastisch-chirurgische Eingriffe	47.873	48,2	29,3 %	15,0 %	51,9 %	3,8 %
Bariatrische Chirurgie	2.767	2,8	67,4 %	2,0 %	28,0 %	2,6 %
Behandlung bei Transsexualismus	7.767	7,8	30,6 %	5,5 %	31,1 %	32,9 %
Kryokonservierung	113	0,1	20,4 %	1,8 %	58,4 %	19,5 %
Sonstige Fragen zur med. Indikation einer Behandlungsmaßnahme	1.751	1,8	26,2 %	14,2 %	43,1 %	16,6 %
Humangenetische Untersuchungsleistungen bei onkologischen Fragestellungen	2.766	2,8	23,8 %	10,7 %	60,5 %	5,0 %
Humangenetische Untersuchungsleistungen im Rahmen der Diagnostik seltener Erkrankungen	38	0,0	5,3 %	5,3 %	78,9 %	10,5 %
Sonstige Fragen zu humangenetischen Untersuchungsleistungen	69	0,1	23,2 %	5,8 %	59,4 %	11,6 %
Übergangspflege im Krankenhaus §39e SGB V	2	0,0	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Sonstige Anlässe zur SFB und zu Sozialmedizinischen Gutachten	4.893	4,9	54,4 %	4,5 %	19,8 %	21,3 %
Fahrtkosten bei ambulanten oder stat. Behandlungen nach § 60 SGB V	12.334	12,4	42,9 %	7,9 %	41,7 %	7,5 %
Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten	66	0,1	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
Gesamt	99.413	100,0	44,8 %	9,6 %	38,4 %	7,3 %

Tabelle 58: Begutachtungsergebnisse Sonstige Anlässe, 2024

Sonstige Anlässe Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Hospizleistungen nach § 39 a SGB V	18.313	19,0	91,9 %	0,5 %	6,2 %	1,4 %
Med. Indikation eines geplanten operativen Eingriffs/plastisch-chirurgische Eingriffe	46.468	48,2	32,6 %	11,8 %	51,9 %	3,8 %
Bariatrische Chirurgie	3.644	3,8	68,7 %	1,5 %	27,7 %	2,1 %
Behandlung bei Transsexualismus	7.022	7,3	54,5 %	9,7 %	26,2 %	9,5 %
Kryokonservierung	135	0,1	25,9 %	2,2 %	51,1 %	20,7 %
Sonstige Fragen zur med. Indikation einer Behandlungsmaßnahme	1.628	1,7	27,4 %	7,9 %	50,4 %	14,3 %
Humangenetische Untersuchungsleistungen bei onkologischen Fragestellungen	2.920	3,0	28,5 %	9,5 %	54,6 %	7,4 %
Humangenetische Untersuchungsleistungen im Rahmen der Diagnostik seltener Erkrankungen	51	0,1	7,8 %	2,0 %	70,6 %	19,6 %
Sonstige Fragen zu humangenetischen Untersuchungsleistungen	79	0,1	31,6 %	2,5 %	46,8 %	19,0 %
Übergangspflege im Krankenhaus §39e SGB V	2	0,0	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Sonstige Anlässe zur SFB und zu Sozialmedizinischen Gutachten	4.796	5,0	55,3 %	3,3 %	19,9 %	21,5 %
Fahrtkosten bei ambulanten oder stat. Behandlungen nach § 60 SGB V	11.302	11,7	43,8 %	6,8 %	40,6 %	8,7 %
Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten	84	0,1	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
Gesamt	96.444	100,0	49,0 %	7,9 %	37,5 %	5,5 %

Tabelle 59: Anzahl der Qualitätskontrollen nach Kontrollgegenstand und Grund der Prüfung, 2025

Kontrollgegenstand nach Abschnitt der Richtlinie	Anzahl gesamt	davon:				
		Anhalts- punkte	Stich- probe	Anlass- bezogen	Erneute Kontrolle nach MD-QK- RL § 15 Teil A Absatz 4	Keine Anga- be mög- lich
Kontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL (QS-Anforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V)	127	3	25	21	77	1
Kontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL (QS-Anforderungen nach § 136c Absatz 4 SGB V)	282	12	235	0	35	0
Kontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL (QS-Anforderungen nach § 136a Absatz 5 SGB V)	164	0	0	163	1	0
Kontrollen nach Abschnitt 5 Teil B MD-QK-RL (Einhaltung QS-Anforderungen nach § 136a Absatz 2 SGB V)	260	1	259	0	0	0
Durchgeführte Kontrollen gesamt	833	16	519	184	113	1

Tabelle 60 : Anzahl der Qualitätskontrollen nach Kontrollgegenstand und Grund der Prüfung, 2024

Kontrollgegenstand nach Abschnitt der Richtlinie	Anzahl gesamt	davon:				
		Anhalts- punkte	Stich- probe	Anlass- bezogen	Erneute Kontrolle nach MD-QK- RL § 15 Teil A Absatz 4	Keine Anga- be mög- lich
Kontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL (QS-Anforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V)	1348	1	0	1208	139	0
Kontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL (QS-Anforderungen nach § 136c Absatz 4 SGB V)	282	4	242	0	35	1
Kontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL(QS-Anforderungen nach § 136a Absatz 5 SGB V)	88	0	0	87	1	0
Kontrollen nach Abschnitt 5 Teil B MD-QK-RL(Einhaltung QS-Anforderungen nach § 136a Absatz 2 SGB V)	260	0	259	0	1	0
Durchgeführte Kontrollen gesamt	1978	5	501	1295	176	1

Tabelle 61: Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL, 2025

Richtlinie/Beschluss	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
QFR -RL	17	88,2 %	11,8 %	0,0 %
QBAA-RL	14	57,10 %	35,70 %	7,10 %
MHI-RL	14	92,9 %	7,1 %	0,0 %
KiHe-RL	2	100,00 %	0,00 %	0,00 %
KiOn-RL	2	50,00 %	50,00 %	0,00 %
QSFFx-RL	64	71,90 %	26,60 %	1,60 %
QS-RL BLVR	8	87,50 %	0,00 %	12,50 %
QS Lungendeneravierung bei COPD	0	-	-	-
QS-RL Liposuktion	4	75,00 %	25,00 %	0,00 %
QS-RL LDR-Brachytherapie	0	-	-	-
QS-B SZT In-vitro	1	100,00 %	0,00 %	0,00 %
QS-B SZT MM	1	100,00 %	0,00 %	0,00 %
Gesamt	127	76,40 %	21,30 %	2,40 %

Tabelle 62: Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL, 2024

Richtlinie/Beschluss	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
QFR -RL	144	47,3 %	47,9 %	4,8 %
QBAA-RL	92	64,1 %	35,9 %	0,0 %
MHI-RL	52	59,6 %	30,8 %	9,6 %
KiHe-RL	8	12,5 %	62,5 %	25,0 %
KiOn-RL	12	83,3 %	16,7 %	0,0 %
QSFFx-RL	953	66,7 %	33,2 %	0,1 %
QS-RL BLVR	24	70,8 %	16,7 %	12,5 %
QS Lungendeneravierung bei COPD	1	100,0 %	0,0 %	0,0 %
QS-RL Liposuktion	20	60,0 %	30,0 %	10,0 %
QS-RL LDR-Brachytherapie	2	100,0 %	0,0 %	0,0 %
QS-B SZT In-vitro	17	64,7 %	35,3 %	0,0 %
QS-B SZT MM	23	56,5 %	39,1 %	4,3 %
Gesamt	1348	63,9 %	34,6 %	1,6 %

Tabelle 63: Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL Notfallstufenregelungen, 2025

Präzisierte Kontrollgegenstände Notfallstufenregelungen	Anzahl durchge- führte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderun- gen erfüllt	Anforderun- gen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
Stufe 1: Basisnotfallversorgung	119	74.8 %	23.5 %	0.8 %
Stufe 2: Erweiterte Notfallversorgung	59	71.2 %	28.8 %	0.0 %
Stufe 3: Umfassende Notfallversorgung	35	77.1 %	20.0 %	2.9 %
Modul Notfallversorgung Kinder	3	100.0 %	0.0 %	0.0 %
Modul Spezialversorgung	45	82.2 %	17.8 %	0.0 %
Modul Schlaganfallversorgung	6	100.0 %	0.0 %	0.0 %
Modul Durchblutungsstörungen am Herzen	5	100.0 %	0.0 %	0.0 %
Gesamt	282	76.2 %	22.7 %	0.7 %

Tabelle 64: Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL Notfallstufenregelungen, 2024

Präzisierte Kontrollgegenstände Notfallstufenregelungen	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderun- gen erfüllt	Anforderun- gen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
Stufe 1: Basisnotfallversorgung	116	58.6 %	41.4 %	0.0 %
Stufe 2: Erweiterte Notfallversorgung	57	64.9 %	35.1 %	0.0 %
Stufe 3: Umfassende Notfallversorgung	32	71.9 %	25.0 %	3.1 %
Modul Schwerverletztenversorgung	2	100.0 %	0.0 %	0.0 %
Modul Notfallversorgung Kinder	50	74.0 %	24.0 %	2.0 %
Modul Spezialversorgung	11	100.0 %	0.0 %	0.0 %
Modul Schlaganfallversorgung	7	100.0 %	0.0 %	0.0 %
Modul Durchblutungsstörungen am Herzen	7	28.6 %	71.4 %	0.0 %
Gesamt	282	66.3 %	33.0 %	0.7 %

**Tabelle 65: Ergebnisse Qualitätskontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL
je Anlage ATMP-QS-RL/Arzneimittel, 2025**

Präzierte Kontrollgegenstände ATMP-QS-RL	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderun- gen erfüllt	Anforderun- gen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien	100	96.0 %	4.0 %	0.0 %
Onasemnogen-Abeparvovec (Zolgensma®)	22	100.0 %	0.0 %	0.0 %
Tabelecleucel	13	84.6 %	0.0 %	15.4 %
Gentherapeutika bei Hämophilie	14	100.0 %	0.0 %	0.0 %
Eladocogene exuparvovec	2	100.0 %	0.0 %	0.0 %
Exagamglogen autotemcel	13	100.0 %	0.0 %	0.0 %
Gesamt	164	96.3 %	2.4 %	1.2 %

**Tabelle 66: Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL
je Anlage ATMP-QS-RL/Arzneimittel, 2024**

Präzierte Kontrollgegenstände ATMP-QS-RL	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderun- gen erfüllt	Anforderun- gen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien	50	96.0 %	4.0 %	0.0 %
Onasemnogen-Abeparvovec (Zolgensma®)	18	100.0 %	0.0 %	0.0 %
Tabelecleucel	12	91.7 %	8.3 %	0.0 %
Gentherapeutika bei Hämophilie	8	100.0 %	0.0 %	0.0 %
Gesamt	88	96.6 %	3.4 %	0.0 %

Tabelle 67: Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 5 Teil B MD-QK-RL PPP je Einrichtung PPP-RL, 2025

Richtlinie/Beschluss	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
Erwachsenenpsychiatrie	145	14.5 %	84.1 %	1.4 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	61	18.0 %	82.0 %	0.0 %
Psychosomatik	54	42.6 %	53.7 %	3.7 %
Gesamt	260	21.2 %	77.3 %	1.5 %

Tabelle 68: Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 5 Teil B MD-QK-RL PPP je Einrichtung PPP-RL, 2024

Richtlinie/Beschluss	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
Erwachsenenpsychiatrie	166	15.7 %	80.7 %	3.6 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	57	17.5 %	78.9 %	3.5 %
Psychosomatik	37	0.0 %	2.7 %	97.3 %
Gesamt	260	13.8 %	69.2 %	16.9 %

Tabelle 69: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Häufigkeit Fragestellungen, 2025

Fragestellung	Anzahl	Anteil	Rang
05 War die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer bzw. das Erreichen der UGVD medizinisch begründet?	419.888	35,4 %	1
01 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	347.480	29,3 %	2
03 Bestand die Notwendigkeit der vollstationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	262.524	22,2 %	3
13 Ist/ sind die Prozedur(en) korrekt?	256.595	21,7 %	4
12 Ist/ sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt	206.551	17,4 %	5
04 War die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in vollem Umfang medizinisch begründet?	177.817	15,0 %	6
11 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	175.255	14,8 %	7
18 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt? (Anlagen 2/5, 4/6 FPV)?	69.638	5,9 %	8
99 Sonstige Fragen DRG	42.350	3,6 %	9
14 Ist die Anzahl der Beatmungstunden korrekt?	28.820	2,4 %	10
22 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	10.775	0,9 %	11
06 War die Überschreitung der Mittleren Verweildauer bzw. das Erreichen der MVD medizinisch begründet?	5.755	0,5 %	12
17 Sind die abgerechneten sonstigen Entgelte korrekt (§ 6 KHEntgG)?	5.027	0,4 %	13
24 War die Mitaufnahme einer Begleitperson medizinisch begründet?	2.685	0,2 %	14
23 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	1.465	0,1 %	15
02 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	1.122	0,1 %	16
15 War die Verlegung in ein anderes KH medizinisch notwendig?	966	0,1 %	17
19 Ist/ sind der/die abgerechnete(n) Zuschläge korrekt?	941	0,1 %	18
09 War Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	513	0,0 %	19
26 Waren die Verlegung in dieses Krankenhaus und dort die gesamte Dauer der stationären Behandlung medizinisch erforderlich (Verlegung oder "Verbringung")?	451	0,0 %	20
07 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	320	0,0 %	21
96 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (DRG)	21	0,0 %	22

Tabelle 70: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Ergebnisse, 2025

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
05 War die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer bzw. das Erreichen der UGVD medizinisch begründet?	54,6 %	43,8 %	1,5 %	0,0 %
01 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	28,2 %	71,1 %	0,6 %	0,0 %
03 Bestand die Notwendigkeit der vollstationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	48,3 %	50,1 %	1,6 %	0,0 %
13 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	28,0 %	70,5 %	1,5 %	0,0 %
12 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt	40,5 %	56,2 %	3,2 %	0,0 %
04 War die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in vollem Umfang medizinisch begründet?	42,0 %	55,6 %	2,4 %	0,0 %
11 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	30,9 %	68,6 %	0,5 %	0,0 %
18 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt? (Anlagen 2/5, 4/6 FPV)?	26,7 %	69,4 %	3,9 %	0,0 %
99 Sonstige Fragen DRG	22,3 %	43,2 %	34,4 %	0,1 %
14 Ist die Anzahl der Beatmungstunden korrekt?	17,5 %	80,6 %	1,9 %	0,0 %
22 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	49,1 %	48,6 %	2,3 %	0,0 %
06 War die Überschreitung der Mittleren Verweildauer bzw. das Erreichen der MVD medizinisch begründet?	23,9 %	71,3 %	4,8 %	0,0 %
17 Sind die abgerechneten sonstigen Entgelte korrekt (§ 6 KHEntgG)?	43,2 %	43,7 %	12,8 %	0,3 %
24 War die Mitaufnahme einer Begleitperson medizinisch begründet?	49,7 %	46,5 %	3,8 %	0,0 %
23 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	38,6 %	55,0 %	5,9 %	0,4 %
02 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	22,6 %	73,2 %	4,1 %	0,1 %
15 War die Verlegung in ein anderes KH medizinisch notwendig?	40,0 %	54,9 %	5,2 %	0,0 %
19 Ist/sind der/die abgerechnete(n) Zuschläge korrekt?	19,0 %	76,3 %	4,7 %	0,0 %
09 War Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	12,9 %	76,0 %	10,7 %	0,4 %

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
26 Waren die Verlegung in dieses Krankenhaus und dort die gesamte Dauer der stationären Behandlung medizinisch erforderlich (Verlegung oder "Verbringung")?	38,6 %	50,1 %	11,3 %	0,0 %
07 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	44,1 %	44,4 %	11,6 %	0,0 %
96 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (DRG)	38,1 %	33,3 %	28,6 %	0,0 %

Tabelle 71: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Häufigkeit Fragestellungen, 2024

Fragestellung	Anzahl	Anteil	Rang
05 War die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer bzw. das Erreichen der UGVD medizinisch begründet?	413.255	33,0%	1
01 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	320.823	25,6%	2
13 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	278.359	22,2%	3
03 Bestand die Notwendigkeit der vollstationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	258.669	20,7%	4
12 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt	238.275	19,0%	5
04 War die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in vollem Umfang medizinisch begründet?	202.341	16,2%	6
11 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	191.529	15,3%	7
18 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt? (Anlagen 2/5, 4/6 FPV)?	77.914	6,2%	8
99 Sonstige Fragen DRG	42.599	3,4%	9
14 Ist die Anzahl der Beatmungstunden korrekt?	32.008	2,6%	10
22 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	12.742	1,0%	11
17 Sind die abgerechneten sonstigen Entgelte korrekt (§ 6 KHEntgG)?	5.775	0,5%	12
06 War die Überschreitung der Mittleren Verweildauer bzw. das Erreichen der MVD medizinisch begründet?	2.788	0,2%	13
24 War die Mitaufnahme einer Begleitperson medizinisch begründet?	2.694	0,2%	14
23 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	1.421	0,1%	15
02 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	932	0,1%	16
09 War Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	798	0,1%	17
15 War die Verlegung in ein anderes KH medizinisch notwendig?	759	0,1%	18
26 Waren die Verlegung in dieses Krankenhaus und dort die gesamte Dauer der stationären Behandlung medizinisch erforderlich (Verlegung oder "Verbringung")?	456	0,0%	19
07 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	342	0,0%	20
19 Ist/sind der/die abgerechnete(n) Zuschläge korrekt?	99	0,0%	21
96 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (DRG)	60	0,0%	22

Tabelle 72: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Ergebnisse, 2024

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
05 War die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer bzw. das Erreichen der UGVD medizinisch begründet?	54,7%	43,6%	1,3%	0,3%
01 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	28,8%	70,3%	0,8%	0,0%
03 Bestand die Notwendigkeit der vollstationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	26,9%	71,1%	1,7%	0,2%
13 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	43,6%	54,5%	1,6%	0,3%
12 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt	38,7%	56,5%	4,7%	0,1%
04 War die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in vollem Umfang medizinisch begründet?	41,5%	56,5%	2,0%	0,0%
11 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	30,9%	68,4%	0,6%	0,1%
18 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt? (Anlagen 2/5, 4/6 FPV)?	27,6%	68,0%	4,1%	0,2%
99 Sonstige Fragen DRG	22,5%	46,2%	30,1%	1,2%
14 Ist die Anzahl der Beatmungstunden korrekt?	16,2%	81,8%	2,0%	0,0%
22 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	44,2%	52,4%	3,4%	0,0%
06 War die Überschreitung der Mittleren Verweildauer bzw. das Erreichen der MVD medizinisch begründet?	43,2%	38,8%	15,9%	2,1%
17 Sind die abgerechneten sonstigen Entgelte korrekt (§ 6 KHEntG)?	29,4%	65,0%	5,5%	0,1%
24 War die Mitaufnahme einer Begleitperson medizinisch begründet?	46,4%	49,5%	4,2%	0,0%
23 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	34,8%	59,9%	4,6%	0,8%
02 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	27,5%	66,4%	6,0%	0,1%
15 War die Verlegung in ein anderes KH medizinisch notwendig?	11,8%	75,1%	12,8%	0,4%
19 Ist/sind der/die abgerechnete(n) Zuschläge korrekt?	62,5%	27,9%	9,2%	0,4%
09 War Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	41,7%	39,5%	11,6%	7,2%
26 Waren die Verlegung in dieses Krankenhaus und dort die gesamte Dauer der stationären Behandlung medizinisch erforderlich (Verlegung oder "Verbringung")?	40,9%	50,0%	8,8%	0,3%

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
07 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	39,4%	43,4%	16,2%	1,0%
96 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (DRG)	5,0%	23,3%	70,0%	1,7%

Tabelle 73: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Häufigkeit Fragestellungen, 2025

Fragestellung	Anzahl	Anteil	Rang
43 Bestand die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	38.588	82,9 %	1
55 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	13.308	28,6 %	2
41 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	11.423	24,5 %	3
54 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	9.428	20,3 %	4
53 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	7.118	15,3 %	5
59 Sind die abgerechneten Ergänzenden Tagesentgelte (Anlage 5 PEPPV) korrekt?	6.359	13,7 %	6
56 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt? (Anlagen 3, 4 PEPPV)	2.638	5,7 %	7
98 Sonstige Fragen PEPP	1.189	2,6 %	8
44 War die Verlegung in ein anderes KH medizinisch notwendig?	662	1,4 %	9
60 Wurden die Anforderungen an die Dokumentation entsprechend der Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 SGB V (StäB) eingehalten?	571	1,2 %	10
48 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH – Behandlung?	324	0,7 %	11
42 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	276	0,6 %	12
57 Sind die abgerechneten § 6-Entgelte (Anlage 1b, 2b, 6b PEPPV) korrekt?	127	0,3 %	13
50 Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?	94	0,2 %	14
46 War die Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	87	0,2 %	15
51 Wurde der Patient entsprechend der Erkrankung in der richtigen Fachabteilung (Psychiatrie/Psychosomatik) behandelt?	39	0,1 %	16
45 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	17	0,0 %	17
47 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	12	0,0 %	18
49 Bestand die Notwendigkeit zum Wechsel der Fachabteilung bei der Wiederaufnahme innerhalb der Fristen nach § 2 PEPPV?	6	0,0 %	19
97 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (PEPP)	0	0,0 %	20

,Tabelle 74:Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Ergebnisse, 2025

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
43 Bestand die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	21,1 %	77,2 %	1,7 %	0,0 %
55 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	35,9 %	61,3 %	2,7 %	0,0 %
41 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	8,6 %	90,5 %	0,9 %	0,0 %
54 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	22,0 %	70,8 %	4,1 %	3,0 %
53 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	15,3 %	83,9 %	0,7 %	0,1 %
59 Sind die abgerechneten Ergänzenden Tagesentgelte (Anlage 5 PEPPV) korrekt?	38,8 %	56,8 %	4,3 %	0,0 %
56 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt? (Anlagen 3, 4 PEPPV)	20,1 %	73,6 %	6,3 %	0,0 %
98 Sonstige Fragen PEPP	17,9 %	55,5 %	26,2 %	0,3 %
44 War die Verlegung in ein anderes KH medizinisch notwendig?	21,8 %	78,1 %	0,2 %	0,0 %
60 Wurden die Anforderungen an die Dokumentation entsprechend der Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 SGB V (StäB) eingehalten?	21,5 %	73,2 %	4,6 %	0,7 %
48 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	14,2 %	79,9 %	4,9 %	0,9 %
42 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	5,1 %	92,0 %	2,9 %	0,0 %
57 Sind die abgerechneten § 6-Entgelte (Anlage 1b, 2b, 6b PEPPV) korrekt?	19,7 %	64,6 %	15,7 %	0,0 %
50 Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?	23,4 %	74,5 %	2,1 %	0,0 %
46 War die Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	2,3 %	93,1 %	4,6 %	0,0 %
51 wurde der Patient entsprechend der Erkrankung in der richtigen Fachabteilung (Psychiatrie/Psychosomatik) behandelt?	10,3 %	89,7 %	0,0 %	0,0 %
45 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	11,8 %	88,2 %	0,0 %	0,0 %
47 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	33,3 %	33,3 %	33,3 %	0,0 %

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
49 Bestand die Notwendigkeit zum Wechsel der Fachabteilung bei der Wiederaufnahme innerhalb der Fristen nach § 2 PEPPV?	0,0 %	66,7 %	33,3 %	0,0 %
97 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (PEPP)				

Tabelle 75: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Häufigkeit Fragestellungen, 2024

Fragestellung	Anzahl	Anteil	Rang
43 Bestand die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	43.389	83,6%	1
55 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	14.167	27,3%	2
54 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	11.394	21,9%	3
41 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	10.787	20,8%	4
53 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	8.313	16,0%	5
59 Sind die abgerechneten Ergänzenden Tagesentgelte (Anlage 5 PEPPV) korrekt?	6.425	12,4%	6
56 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt? (Anlagen 3, 4 PEPPV)	3.053	5,9%	7
98 Sonstige Fragen PEPP	1.138	2,2%	8
60 Wurden die Anforderungen an die Dokumentation entsprechend der Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 SGB V (StäB) eingehalten?	386	0,7%	9
57 Sind die abgerechneten § 6-Entgelte (Anlage 1b, 2b, 6b PEPPV) korrekt?	371	0,7%	10
48 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH – Behandlung?	236	0,5%	11
46 War die Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	124	0,2%	12
50 Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?	89	0,2%	13
45 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	58	0,1%	14
42 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	47	0,1%	15
51 Wurde der Patient entsprechend der Erkrankung in der richtigen Fachabteilung (Psychiatrie/Psychosomatik) behandelt?	32	0,1%	16
44 War die Verlegung in ein anderes KH medizinisch notwendig?	14	0,0%	17
49 Bestand die Notwendigkeit zum Wechsel der Fachabteilung bei der Wiederaufnahme innerhalb der Fristen nach § 2 PEPPV?	6	0,0%	18
47 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	5	0,0%	19
97 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (PEPP)	2	0,0%	20

Tabelle 76: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Ergebnisse, 2024

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
43 Bestand die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	19,0%	79,2%	1,8%	0,1%
55 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	34,0%	61,6%	4,2%	0,1%
54 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	20,3%	69,7%	5,9%	4,1%
41 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	6,9%	91,8%	1,3%	0,0%
53 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	14,9%	83,9%	1,1%	0,1%
59 Sind die abgerechneten Ergänzenden Tagesentgelte (Anlage 5 PEPPV) korrekt?	35,1%	58,1%	6,7%	0,0%
56 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt? (Anlagen 3, 4 PEPPV)	20,7%	72,2%	6,7%	0,4%
98 Sonstige Fragen PEPP	13,9%	58,7%	25,4%	2,0%
60 Wurden die Anforderungen an die Dokumentation entsprechend der Vereinbarung nach § 115d Abs. 2 SGB V (StäB) eingehalten?	8,0%	85,2%	6,0%	0,8%
57 Sind die abgerechneten § 6-Entgelte (Anlage 1b, 2b, 6b PEPPV) korrekt?	18,6%	70,6%	10,2%	0,5%
48 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH – Behandlung?	17,8%	75,0%	4,2%	3,0%
46 War die Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	2,4%	91,1%	6,5%	0,0%
50 Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?	18,0%	75,3%	4,5%	2,2%
45 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	24,1%	44,8%	31,0%	0,0%
42 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	17,0%	72,3%	8,5%	2,1%
51 Wurde der Patient entsprechend der Erkrankung in der richtigen Fachabteilung (Psychiatrie/Psychosomatik) behandelt?	3,1%	90,6%	6,3%	0,0%
44 War die Verlegung in ein anderes KH medizinisch notwendig?	7,1%	78,6%	14,3%	0,0%

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
49 Bestand die Notwendigkeit zum Wechsel der Fachabteilung bei der Wiederaufnahme innerhalb der Fristen nach § 2 PEPPV?	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
47 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%
97 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (PEPP)	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%

Tabelle 77: Anzahl durchgeführter Strukturprüfungen nach Antragsart, 2025

Prüfungen	Anzahl	Anteil
Turnusgemäße Prüfung	11915	94.8 %
Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen	5	0.0 %
Prüfung bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung	527	4.2 %
Prüfung bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes	0	0.0 %
Begutachtung nach Widerspruch	120	1.0 %
Anzahl durchgeführter Prüfungen gesamt	12.567	100 %

Tabelle 78: Anzahl durchgeführter Strukturprüfungen nach Antragsart, 2024¹²

Prüfungen	Anzahl	Anteil
Turnusgemäße Prüfung	4892	88.4 %
Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen	38	0.7 %
Prüfung bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung	456	8.2 %
Prüfung bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes	0	0.0 %
Begutachtung nach Widerspruch	148	2.7 %
Anzahl durchgeführter Prüfungen gesamt	5534	100 %

¹² Wie bereits in Kapitel 5 angemerkt weicht diese Zahl vom StrOPS Bericht 2024 ab, da das Bescheiddatum als Bezugsvariable verwendet wurde. Wie auch im StrOPS Bericht 2024 wurde ein Fall ausgeschlossen, da durch technische Schwierigkeiten in einem Fall keine Daten übermittelt werden konnten.

Tabelle 79: Anzahl und Ergebnisse durchgeführter Strukturprüfungen nach OPS-Kode, 2025

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			Eingehalten	nicht eingehalten
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	658	98.6 %	1.4 %
8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	323	99.4 %	0.6 %
8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	74	100.0 %	0.0 %
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	526	99.4 %	0.6 %
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	202	98.5 %	1.5 %
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	277	98.6 %	1.4 %
8-98h.0	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst	147	99.3 %	0.7 %
8-98h.1	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst	6	100.0 %	0.0 %
Neurologisch-neurochirurgische Komplexbehandlungen, Frührehabilitation				
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	194	97.9 %	2.1 %
8-559	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation	85	98.8 %	1.2 %
8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	251	99.6 %	0.4 %
8-981.2	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	212	97.2 %	2.8 %
8-981.3	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	177	95.5 %	4.5 %
8-98b.2	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes	87	96.6 %	3.4 %
8-98b.3	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes	100	96.0 %	4.0 %

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			Eingehalten	nicht eingehalten
Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern (Hygienekodes)				
8-98g.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	77	98.7 %	1.3 %
8-98g.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	1155	98.2 %	1.8 %
8-987.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE): Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	75	98.7 %	1.3 %
8-987.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE): Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	1160	98.0 %	2.0 %
Intensivmedizinische Komplexbehandlung, Beatmungsentwöhnung (Weaning)				
8-718.8	Beatmungsentwöhnung (Weaning) bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	287	98.6 %	1.4 %
8-718.9	Beatmungsentwöhnung (Weaning) bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	58	98.3 %	1.7 %
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1040	99.3 %	0.7 %
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)	74	93.2 %	6.8 %
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	777	96.0 %	4.0 %
Psychiatrische und psychosomatische Behandlungen				
9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie	95	100.0 %	0.0 %
9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	933	99.6 %	0.4 %
9-61	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	516	100.0 %	0.0 %

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			Eingehalten	nicht eingehalten
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	561	99.3 %	0.7 %
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	170	98.8 %	1.2 %
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	41	100.0 %	0.0 %
9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)	28	100.0 %	0.0 %
9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	362	100.0 %	0.0 %
9-64a	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind	15	100.0 %	0.0 %
9-65	Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	314	100.0 %	0.0 %
9-67	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	245	100.0 %	0.0 %
9-68	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	43	100.0 %	0.0 %
9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen	22	100.0 %	0.0 %
9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen	90	100.0 %	0.0 %
9-801	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	23	100.0 %	0.0 %
Teilstationäre pädiatrische Leistungen				
1-221	Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit	44	100.0 %	0.0 %

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			Eingehalten	nicht eingehalten
1-945	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit	212	99.1 %	0.9 %
1-999.3	Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit	111	100.0 %	0.0 %
5-709.0:	Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen	31	100.0 %	0.0 %
8-01a	Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen	113	100.0 %	0.0 %
8-644	Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von internem Herzschrittmacher, Stimulationssystem zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder implantiertem Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen	24	100.0 %	0.0 %
8-934	Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekannten Ausmaßes bei Kindern	78	100.0 %	0.0 %
9-985	Teilstationäre pädiatrische Behandlung	98	100.0 %	0.0 %
Sonstige Komplexbehandlungen				
8-975.2	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung	10	100.0 %	0.0 %
8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems	64	100.0 %	0.0 %
8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung	52	100.0 %	0.0 %
8-984.3	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit Diabetes mellitus	173	98.3 %	1.7 %
8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker (Qualifizierter Entzug)	17	100.0 %	0.0 %
8-986	Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung	14	100.0 %	0.0 %
8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand	46	97.8 %	2.2 %

Tabelle 80: Anzahl und Ergebnisse durchgeführter Strukturprüfungen nach OPS-Kode, 2024

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	658	95.4 %	4.6 %
8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	70	95.7 %	4.3 %
8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	37	100.0 %	0.0 %
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	135	99.3 %	0.7 %
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	195	98.5 %	1.5 %
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	282	96.8 %	3.2 %
8-98h.0	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst	134	95.5 %	4.5 %
8-98h.1	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst	5	100.0 %	0.0 %
Neurologisch-neurochirurgische Komplexbehandlungen, Frührehabilitation				
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	189	98.9 %	1.1 %
8-559	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation	38	97.4 %	2.6 %
8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	60	96.7 %	3.3 %
8-981.2	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	218	92.2 %	7.8 %
8-981.3	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	171	93.0 %	7.0 %
8-98b.2	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes	106	89.6 %	10.4 %
8-98b.3	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes	103	87.4 %	12.6 %

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern (Hygienekodes)				
8-98g.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	14	85.7 %	14.3 %
8-98g.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	232	93.5 %	6.5 %
8-987.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE): Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	15	86.7 %	13.3 %
8-987.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE): Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	223	92.8 %	7.2 %
Intensivmedizinische Komplexbehandlung, Beatmungsentwöhnung (Weaning)				
8-718.8	Beatmungsentwöhnung (Weaning) bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	283	97.5 %	2.5 %
8-718.9	Beatmungsentwöhnung (Weaning) bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	63	92.1 %	7.9 %
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	204	92.2 %	7.8 %
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)	76	90.8 %	9.2 %
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	795	89.6 %	10.4 %
Psychiatrische und psychosomatische Behandlungen				
9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie	33	100.0 %	0.0 %
9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	65	98.5 %	1.5 %

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
9-61	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	33	100.0 %	0.0 %
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	89	98.9 %	1.1 %
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	33	100.0 %	0.0 %
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	48	100.0 %	0.0 %
9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)	31	100.0 %	0.0 %
9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	24	100.0 %	0.0 %
9-64a	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind	13	100.0 %	0.0 %
9-65	Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	25	96.0 %	4.0 %
9-67	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	16	100.0 %	0.0 %
9-68	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	41	100.0 %	0.0 %
9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen	1	100.0 %	0.0 %
9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen	76	98.7 %	1.3 %
9-801	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	23	95.7 %	4.3 %

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
Teilstationäre pädiatrische Leistungen				
1-221	Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit	65	100.0 %	0.0 %
1-945	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit	68	98.5 %	1.5 %
1-999.3	Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit	111	100.0 %	0.0 %
5-709.0	Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen	45	100.0 %	0.0 %
8-01a	Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen	54	100.0 %	0.0 %
8-644	Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von internem Herzschrittmacher, Stimulationssystem zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder implantiertem Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen	35	100.0 %	0.0 %
8-934	Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekannten Ausmaßes bei Kindern	100	100.0 %	0.0 %
9-985	Teilstationäre pädiatrische Behandlung	107	100.0 %	0.0 %
Sonstige Komplexbehandlungen				
8-975.2	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung	5	100.0 %	0.0 %
8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems	23	100.0 %	0.0 %
8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung	9	100.0 %	0.0 %
8-984	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	31	96.8 %	3.2 %
8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker (Qualifizierter Entzug)	7	85.7 %	14.3 %
8-986	Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung	3	100.0 %	0.0 %
8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand	14	85.7 %	14.3 %

Tabelle 81: QSKV – dienstinterne Bewertung, 2024 und 2025

Dienstinternes Prüfergebnis ¹¹	Bewertung ¹²	Themenkomplex Struktur und Vollständigkeit ¹³	Themenkomplex Formale Verständlichkeit ¹³	Themenkomplex Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit ¹³	Themenkomplex Datenschutz und Mitteilungspflichten ¹³
Begutachtungsbereich 14 Arbeitsunfähigkeit n=687 (2024); n=510 (2025)					
% erfüllt	2024	97,8	91,3	91,4	95,9
	2025	98,0	92,6	88,5	98,2
% Verbesserungspotential	2024	1,3	7,1	6,4	2,9
	2025	1,0	5,7	8,8	1,4
% nicht erfüllt	2024	0,9	1,6	2,2	1,2
	2025	1,0	1,7	2,7	0,4
Begutachtungsbereich Stationäre Leistungen und Krankenhausabrechnungsprüfungen n=917 (2024); n=660 (2025)					
% erfüllt	2024	98,5	97,5	97,8	99,7
	2025	98,3	97,8	98,1	99,4
% Verbesserungspotential	2024	1,2	2,0	1,5	0,2
	2025	1,3	1,9	1,5	0,6
% nicht erfüllt	2024	0,3	0,5	0,7	0,1
	2025	0,4	0,3	0,4	0,0
Begutachtungsbereich Ambulante Leistungen n=656 (2024); n=551 (2025)					
% erfüllt	2024	97,7	93,4	93,6	98,6
	2025	98,6	94,1	93,8	98,4
% Verbesserungspotential	2024	1,7	5,6	5,1	1,2
	2025	0,8	4,9	4,9	1,6
% nicht erfüllt	2024	0,6	1,0	1,3	0,2
	2025	0,6	1,0	1,3	0,0
Begutachtungsbereich Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation n=648 (2024); n=527 (2025)					
% erfüllt	2024	96,5	93,2	89,8	97,4
	2025	98,3	92,8	88,1	98,1
% Verbesserungspotential	2024	1,9	5,1	7,3	2,3
	2025	0,7	6,2	10,1	1,5
% nicht erfüllt	2024	1,6	1,7	2,9	0,3
	2025	1,0	1,0	1,8	0,4

Dienstinternes Prüfergebnis ¹¹	Bewertung ¹²	Themenkomplex Struktur und Vollständigkeit ¹³	Themenkomplex Formale Verständlichkeit ¹³	Themenkomplex Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit ¹³	Themenkomplex Datenschutz und Mitteilungspflichten ¹³
Begutachtungsbereich Hilfsmittel und hilfsmittelnähe Medizinprodukte GKV n=666 (2024); n=509 (2025)					
% erfüllt	2024	97,6	96,0	95,7	98,8
	2025	97,2	95,4	91,8	98,2
% Verbesserungspotential	2024	1,4	3,4	3,5	1,2
	2025	1,9	3,5	5,6	1,6
% nicht erfüllt	2024	1,0	0,6	0,8	0,0
	2025	0,9	1,1	2,6	0,2
Begutachtungsbereich Behandlungsfehler n=316 (2024); n=243 (2025)					
% erfüllt	2024	97,7	98,7	98,4	99,7
	2025	97,2	98,0	99,2	100
% Verbesserungspotential	2024	2,1	1,3	1,4	0,3
	2025	2,7	2,0	0,8	0,0
% nicht erfüllt	2024	0,2	0,0	0,2	0,0
	2025	0,1	0,0	0,0	0,0
Begutachtungsbereich Zahnmedizin n=136 (2024); n=181 (2025)					
% erfüllt	2024	93,5	97,0	94,1	100
	2025	95,4	97,7	96,9	98,9
% Verbesserungspotential	2024	5,1	2,5	5,0	0,0
	2025	3,3	1,9	2,8	0,6
% nicht erfüllt	2024	1,4	0,5	0,9	0,0
	2025	1,3	0,4	0,3	0,5
Begutachtungsbereich Sonstige Anlässe¹⁵ n=610 (2024); n=528 (2025)					
% erfüllt	2024	96,6	93,7	92,9	97,9
	2025	97,4	95,3	94,6	98,9
% Verbesserungspotential	2024	2,7	5,7	5,0	2,1
	2025	2,1	4,0	4,5	0,7
% nicht erfüllt	2024	0,7	0,6	2,1	0,0
	2025	0,5	0,7	0,9	0,4

Begutachtungsbereich Neue Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung n=653 (2024); n=517 (2025)					
% erfüllt	2024	98,1	96,9	92,1	97,7
	2025	98,1	95,9	91,5	97,9
% Verbesserungspotential	2024	1,3	2,6	6,7	2,3
	2025	1,0	3,2	6,2	1,5
% nicht erfüllt	2024	0,6	0,5	1,2	0,0
	2025	0,9	0,9	2,3	0,6

Tabelle 82: QSKV – bundesweit-übergreifende Bewertung, 2024 und 2025

Bundesweit über- greifendes Prüfergebnis ¹¹	Bewer- tung ¹²	Themenkom- plex Struktur und Vollstän- digkeit ¹³	Themenkom- plex Formale Verständlich- keit ¹³	Themenkomplex Sozialmedizini- sche Plausibili- tät und Nach- vollziehbarkeit ¹³	Themenkom- plex Daten- schutz und Mitteilungs- pflichten ¹³
Begutachtungsbereich⁴ Arbeitsunfähigkeit n=687 (2024); n=510 (2025)					
% erfüllt	2024	95,3	88,7	84,1	92,8
	2025	95,0	89,7	81,1	98,0
% Verbesserungspotential	2024	3,5	8,6	12,7	6,7
	2025	3,1	7,8	15,6	1,5
% nicht erfüllt	2024	1,2	2,7	3,2	0,5
	2025	1,9	2,5	3,3	0,5
Begutachtungsbereich Stationäre Leistungen und Krankenhausabrechnungsprüfungen n=917 (2024); n=660 (2025)					
% erfüllt	2024	96,6	96,7	96,1	99,1
	2025	97,0	96,4	96,6	98,6
% Verbesserungspotential	2024	2,3	2,4	3,3	0,8
	2025	2,4	3,2	3,1	1,2
% nicht erfüllt	2024	1,1	0,9	0,6	0,1
	2025	0,6	0,4	0,3	0,2
Begutachtungsbereich Ambulante Leistungen n=656 (2024); n=551 (2025)					
% erfüllt	2024	94,6	89,3	88,9	97,1
	2025	95,1	90,3	86,9	97,7
% Verbesserungspotential	2024	4,2	9,4	9,6	2,7
	2025	3,4	7,7	11,1	1,8
% nicht erfüllt	2024	1,2	1,3	1,5	0,2
	2025	1,5	2,0	2,0	0,5
Begutachtungsbereich Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation n=648 (2024); n=527 (2025)					
% erfüllt	2024	95,1	90,1	87,3	95,2
	2025	95,8	92,7	86,2	97,0
% Verbesserungspotential	2024	3,6	8,2	10,1	3,7
	2025	2,8	6,3	11,3	2,3
% nicht erfüllt	2024	1,3	1,7	2,6	1,1
	2025	1,4	1,0	2,5	0,7

Begutachtungsbereich Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV n=666 (2024); n=509 (2025)					
% erfüllt	2024	95,1	92,8	93,1	97,7
	2025	94,8	92,2	85,7	98,3
% Verbesserungspotential	2024	3,8	6,0	5,7	1,9
	2025	4,1	6,8	11,0	1,7
% nicht erfüllt	2024	1,1	1,2	1,2	0,4
	2025	1,1	1,0	3,3	0,0
Begutachtungsbereich Behandlungsfehler n=316 (2024); n=243 (2025)					
% erfüllt	2024	93,8	97,6	96,8	100
	2025	94,4	96,9	96,2	98,8
% Verbesserungspotential	2024	5,5	2,3	2,9	0,0
	2025	5,3	3,0	3,3	0,6
% nicht erfüllt	2024	0,7	0,1	0,3	0,0
	2025	0,3	0,1	0,5	0,6
Begutachtungsbereich Zahnmedizin n=136 (2024); n=181 (2025)					
% erfüllt	2024	86,8	94,8	90,2	99,2
	2025	91,5	93,4	89,4	100
% Verbesserungspotential	2024	9,6	4,8	9,0	0,8
	2025	6,6	5,5	8,7	0,0
% nicht erfüllt	2024	3,6	0,4	0,8	0,0
	2025	1,9	1,1	1,9	0,0
Begutachtungsbereich Sonstige Anlässe¹⁵ n=610 (2024); n=528 (2025)					
% erfüllt	2024	94,2	90,1	85,5	96,0
	2025	94,0	92,3	89,1	96,0
% Verbesserungspotential	2024	4,9	8,2	10,8	3,8
	2025	4,9	6,5	8,6	3,7
% nicht erfüllt	2024	0,9	1,7	3,7	0,2
	2025	1,1	1,2	2,3	0,3

Begutachtungsbereich Neue Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung n=653 (2024); n=517 (2025)					
% erfüllt	2024	95,6	92,6	85,1	97,0
	2025	94,7	91,5	82,6	96,8
% Verbesserungspotential	2024	2,9	6,7	12,5	2,3
	2025	3,7	7,2	13,6	2,7
% nicht erfüllt	2024	1,5	0,7	2,4	0,7
	2025	1,6	1,3	3,8	0,5

Tabelle 83: Personal der Medizinischen Dienste/des Medizinischen Dienst Bund am Stichtag 31.12.2025

	Vollzeitäquivalent	in %	Personen	in %
Ärztliches Personal	2.148,3	19,3 %	2.544	20,1 %
Pflegefachliche Gutachter/innen	4.851,7	43,5 %	5.485	43,3 %
Nichtärztliches Personal in Heil- und Gesundheitsberufen	142,6	1,3 %	157	1,2 %
Kodierfachkräfte	474,8	4,3 %	543	4,3 %
Assistenz	2.412,9	21,7 %	2.731	21,5 %
Verwaltungspersonal	1.110,4	10,0 %	1.217	9,6 %
Gesamt	11.140,6	100 %	12.677	100 %

Tabelle 84: Personal der Medizinischen Dienste/des Medizinischen Dienst Bund am Stichtag 31.12.2024

	Vollzeitäquivalent	in %	Personen	in %
Ärztliches Personal	2.135,4	19,4 %	2.513,0	20,1 %
Pflegefachliche Gutachter/innen	4.739,5	43,0 %	5.324,0	42,7 %
Nichtärztliches Personal in Heil- und Gesundheitsberufen	138,4	1,3 %	153,0	1,2 %
Kodierfachkräfte	423,9	3,8 %	477,0	3,8 %
Assistenz	2.502,2	22,7 %	2.830,0	22,7 %
Verwaltungspersonal	1.081,2	9,8 %	1.183,0	9,5 %
Gesamt	11.020,6	100,0 %	12.480,0	100,0 %

Tabelle 85: Personal der Medizinischen Dienste / des Medizinischen Dienst Bund im Jahresdurchschnitt 2025

	Vollzeitäquivalent	in %	Personen	in %
Ärztliches Personal	2.148,3	19,4 %	2.539,6	20,2 %
Pflegefachliche Gutachter/innen	4.820,7	43,4 %	5.432,9	43,1 %
Nichtärztliches Personal in Heil- und Gesundheitsberufen	141,5	1,3 %	157,3	1,2 %
Kodierfachkräfte	483,1	4,4 %	552,4	4,4 %
Assistenz	2.404,7	21,7 %	2.714,6	21,5 %
Verwaltungspersonal	1.097,6	9,9 %	1.205,6	9,6 %
Gesamt	11.095,9	100,0 %	12.602,4	100,0 %

Tabelle 86: Personal der Medizinischen Dienste / des Medizinischen Dienst Bund im Jahresdurchschnitt 2024

	Vollzeitäquivalent	in %	Personen	in %
Ärztliches Personal	2.139,2	19,8 %	2.513,4	20,5 %
Pflegefachliche Gutachter/innen	4.575,9	42,3 %	5.135,7	41,9 %
Nichtärztliches Personal in Heil- und Gesundheitsberufen	129,9	1,2 %	143,3	1,2 %
Kodierfachkräfte	432,8	4,0 %	486,5	4,0 %
Assistenz	2.490,9	23,0 %	2.825,9	23,1 %
Verwaltungspersonal	1.044,5	9,7 %	1.141,4	9,3 %
Gesamt	10.813,1	100,0 %	12.246,3	100,0 %

Tabelle 87: Ressourceneinsatz gutachterliches Personal der Medizinischen Dienste für Beratungen und Begutachtungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2025

Ressourceneinsatz gutachterliches Personal GKV 2025	Anteil
Einzelfallbegutachtung	
Arbeitsunfähigkeit	14,0 %
Krankenhausleistungen	36,1 %
Ambulante Leistungen	7,6 %
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	7,2 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	10,3 %
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	10,3 %
Zahnmedizin	0,3 %
Ansprüche gegenüber/von Dritten	2,6 %
Sonstige Anlässe	4,3 %
Qualitätskontrollen in Krankenhäusern nach § 275a SGB V	1,3 %
Prüfung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern nach § 275d SGB V	2,5 %
Übrige Beratungsleistungen	3,6 %

Tabelle 88: Ressourceneinsatz gutachterliches Personal der Medizinischen Dienste für Beratungen und Begutachtungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2024

Ressourceneinsatz gutachterliches Personal GKV 2024	Anteil
Einzelfallbegutachtung	
Arbeitsunfähigkeit	12,6 %
Krankenhausleistungen	38,4 %
Ambulante Leistungen	7,4 %
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	7,1 %
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	10,0 %
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	9,9 %
Zahnmedizin	0,3 %
Ansprüche gegenüber/von Dritten	2,3 %
Sonstige Anlässe	4,0 %
Qualitätskontrollen in Krankenhäusern nach § 275a SGB V	3,0 %
Prüfung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern nach § 275d SGB V	1,9 %
Übrige Beratungsleistungen	3,1 %