

Bericht über die Tätigkeit und Personalausstattung der Medizinischen Dienste 2022-2023

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: www.md-bund.de

Stand: 31.05.2024

Titelfotos

© Medizinischer Dienst

Titelgestaltung

fountain studio, fountainstudio.de

Vorwort

Der Medizinische Dienst ist der unabhängige sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Mit seiner Arbeit trägt er wesentlich dazu bei, dass die Versicherten eine nach objektiven medizinischen und pflegefachlichen Kriterien bedarfsge- rechte Versorgung mit den Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung erhalten.

Mittels des hier vorliegenden Berichts informiert der Medizinische Dienst Bund gemäß § 278 Absatz 4 Satz 1 SGB V über die Tätigkeit und das hierfür eingesetzte Personal der Medizinischen Dienste. Die Berichterstattung ermöglicht einen detaillierten Einblick in das Aufgabenspektrum der Medizinischen Dienste und umfasst neben den durchgeführten Begutachtungen nach § 275 SGB V, auch Informationen zu den in § 275a bis d SGB V vorgeschriebenen Qualitätskontrollen in Krankenhäusern, den Quali- täts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege, den Prüfungen nach Krankenhausbehandlung, der Prüfung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern, sowie der systema- tische Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen. Neben der Anzahl durchgeführter Be- gutachtungen, Prüfungen und Kontrollen, stellt der Bericht auch die Ergebnisse derselben dar und gibt einen Überblick über das in den jeweiligen Begutachtungsbereichen eingesetzte gutachterliche Perso- nal. Damit wird Transparenz über den Umfang, die Arbeitsweise und die Ergebnisse der Arbeit der Medizinischen Dienste geschaffen.

Das Verfahren zur Umsetzung der regelmäßigen Berichterstattung der 15 Medizinischen Dienste ist in einer Richtlinie zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse (§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 SGB V) und einer Richtlinie zur regelmäßigen Berichterstattung (§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 8 SGB V) beschrieben. Der Bericht umfasst dabei den Zeitraum von jeweils zwei Jahren. Er wird dem Bundesministerium für Gesundheit am 1. Juni 2024 vorgelegt und am 1. September 2024 auf den Seiten des Medizinischen Dienstes Bund veröffentlicht. Der vorliegende Bericht informiert umfangreich über die 2022 und 2023 von den Medizinischen Diensten geleisteten sozialmedizinischen Begutach- tungen, Beratungen und Prüfungen, die den Krankenkassen in Form von fachlich unabhängigen sozialme- dizinischen Stellungnahmen und Gutachten übermittelt werden und führt diese strukturiert zusammen.

Besonderer Dank gilt den Medizinischen Diensten, die die Daten der Jahre 2022 und 2023 aufbereitet und dem Medizinischen Dienst Bund zur Verfügung gestellt haben. Ohne dies wäre die Umsetzung der Berichterstattung nicht möglich.

Essen im Mai 2024



Dr. Stefan Gronemeyer
Vorstandsvorsitzender
Medizinischer Dienst Bund

Inhalt

Vorwort	3
Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	10
1 Versichertenbezogene Begutachtung und Beratung für die gesetzlichen Krankenkassen	11
1.1 Arbeitsunfähigkeit	14
1.2 Krankenhausleistungen	18
1.3 Ambulante Leistungen	20
1.4 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	28
1.5 Vorsorge/Reha	30
1.6 Hilfsmittel GKV	33
1.7 Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler	36
1.8 Zahnmedizinische Leistungen	38
1.9 Sonstige Anlässe	41
2 Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst nach § 275a SGB V	43
3 Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung nach § 275b SGB V	47
4 Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c SGB V	48
5 Prüfung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern nach § 275d SGB V	58
6 Systematische Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen	64
7 Personelle Ausstattung der Medizinischen Dienste	75
8 Tabellenanhang	77

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Versichertenbezogene Stellungnahmen der Medizinischen Dienste im Jahr 2023 nach Anlassgruppen.....	13
Tabelle 2:	Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach §275a-d im Jahr 2023	13
Tabelle 3:	Begutachtungsergebnisse Arbeitsunfähigkeit, 2023	17
Tabelle 4:	Begutachtungsergebnisse: Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation, 2023.....	17
Tabelle 5:	Begutachtungsergebnisse Krankenhausleistungen, 2023	19
Tabelle 6:	Begutachtungsergebnisse ambulante Leistungen, 2023.....	27
Tabelle 7:	Begutachtungsergebnisse neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel, 2023	29
Tabelle 8:	Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation, 2023	32
Tabelle 9:	Begutachtungsergebnisse Hilfsmittel, 2023	34
Tabelle 10:	Begutachtungsergebnisse Behandlungs-/Pflegefehler (Ansprüche ggü./von Dritten), 2023.....	37
Tabelle 11:	Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Zahnmedizin, 2023.....	40
Tabelle 12:	Begutachtungsergebnisse Sonstige Anlässe, 2023	42
Tabelle 13:	Anzahl der Qualitätskontrollen nach Kontrollgegenstand und Grund der Prüfung, 2023	43
Tabelle 14:	Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL, 2023.....	44
Tabelle 15:	Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL Notfallstufenregelungen, 2023.....	45
Tabelle 16:	Ergebnisse Kontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL je Anlage ATMP-QS-RL/Arzneimittel, 2023	46
Tabelle 17:	Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 5 Teil B MD-QK-RL PPP, 2023	46
Tabelle 18:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Häufigkeit Fragestellungen, 2023.....	50
Tabelle 19:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Ergebnisse, 2023.....	52

Tabelle 20:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Häufigkeit Fragestellungen, 2023.....	55
Tabelle 21:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Ergebnisse, 2023.....	56
Tabelle 22:	Anzahl durchgeführter Strukturprüfungen nach Antragsart, 2023.....	59
Tabelle 23:	Anzahl und Ergebnisse durchgeführter Strukturprüfungen nach OPS-Kode, 2023.....	60
Tabelle 24:	QSKV – Ergebnisse der dienstinternen Qualitätssicherung in den Jahren 2022 und 2023	67
Tabelle 25:	QSKV – Ergebnisse der bundesweit-übergreifenden Qualitätssicherung in den Jahren 2022 und 2023	70
Tabelle 26:	Personal der MD/des MD Bund am Stichtag 31.12.2023.....	75
Tabelle 27:	Ressourceneinsatz gutachterliches Personal der Medizinischen Dienste für Beratungen und Begutachtungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2023	76
Tabelle 28:	Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2023 nach Anlassgruppen	77
Tabelle 29:	Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2022 nach Anlassgruppen	77
Tabelle 30:	Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2023 nach Anlassgruppe, Erledigungsart und Erledigungsort	78
Tabelle 31:	Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2022 nach Anlassgruppe, Erledigungsart und Erledigungsort	79
Tabelle 32:	Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2023 nach Auftraggeber	80
Tabelle 33:	Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2022 nach Auftraggeber	81
Tabelle 34:	Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2023 nach Anteil extern erstellter Produkte	82
Tabelle 35:	Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2022 nach Anteil extern erstellter Produkte	82
Tabelle 36:	Begutachtungen im Jahr 2023 nach Anlassgruppe und durchschnittlicher Erledigungsdauer.....	83
Tabelle 37:	Begutachtungen im Jahr 2022 nach Anlassgruppe und durchschnittlicher Erledigungsdauer.....	84
Tabelle 38:	Begutachtungsergebnisse Arbeitsunfähigkeit, 2023	85

Tabelle 39:	Begutachtungsergebnisse Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation, 2023.....	85
Tabelle 40:	Begutachtungsergebnisse Arbeitsunfähigkeit, 2022	86
Tabelle 41:	Begutachtungsergebnisse Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation, 2022.....	86
Tabelle 42:	Begutachtungsergebnisse Krankenhausleistungen, 2023	87
Tabelle 43:	Begutachtungsergebnisse Krankenhausleistungen, 2022	88
Tabelle 44:	Begutachtungsergebnisse ambulante Leistungen, 2023.....	89
Tabelle 45:	Begutachtungsergebnisse ambulante Leistungen, 2022.....	90
Tabelle 46:	Begutachtungsergebnisse Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, 2023.....	91
Tabelle 47:	Begutachtungsergebnisse Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, 2022.....	92
Tabelle 48:	Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation, 2023	93
Tabelle 49:	Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation, 2022	94
Tabelle 50:	Begutachtungsergebnisse Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte, 2023.....	95
Tabelle 51:	Begutachtungsergebnisse Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte, 2022.....	97
Tabelle 52:	Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler, 2023	99
Tabelle 53:	Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler, 2022	100
Tabelle 54:	Begutachtungsergebnisse Zahnmedizin, 2023	101
Tabelle 55:	Begutachtungsergebnisse Zahnmedizin, 2022	101
Tabelle 56:	Begutachtungsergebnisse Sonstige Anlässe, 2023	102
Tabelle 57:	Begutachtungsergebnisse Sonstige Anlässe, 2022	103
Tabelle 58:	Anzahl der Qualitätskontrollen nach Kontrollgegenstand und Grund der Prüfung, 2023	104
Tabelle 59:	Anzahl der Qualitätskontrollen nach Kontrollgegenstand und Grund der Prüfung, 2022	104
Tabelle 60:	Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL, 2023.....	105

Tabelle 61:	Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL, 2022.....	105
Tabelle 62:	Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL Notfallstufenregelungen, 2023.....	106
Tabelle 63:	Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL, 2022.....	106
Tabelle 64:	Ergebnisse Qualitätskontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL, 2023	107
Tabelle 65:	Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL, 2022.....	107
Tabelle 66:	Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 5 Teil B MD-QK-RL PPP, 2023	107
Tabelle 67:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Häufigkeit Fragestellungen, 2023.....	108
Tabelle 68:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Ergebnisse, 2023.....	109
Tabelle 69:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Häufigkeit Fragestellungen, 2022.....	111
Tabelle 70:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Ergebnisse, 2022.....	112
Tabelle 71:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Häufigkeit Fragestellungen, 2023.....	114
Tabelle 72:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Ergebnisse, 2023.....	115
Tabelle 73:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Häufigkeit Fragestellungen, 2022.....	117
Tabelle 74:	Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Ergebnisse, 2022.....	118
Tabelle 75:	Anzahl durchgeführter Strukturprüfungen nach Antragsart, 2023	119
Tabelle 76:	Anzahl durchgeführter Strukturprüfungen nach Antragsart, 2022	120
Tabelle 77:	Anzahl und Ergebnisse durchgeführter Strukturprüfungen nach OPS-Kode, 2023.....	121
Tabelle 78:	Anzahl und Ergebnisse durchgeführter Strukturprüfungen nach OPS-Kode, 2022.....	125
Tabelle 79:	QSKV – dienstinterne Bewertung, 2022 und 2023	129
Tabelle 80:	QSKV – bundesweit-übergreifende Bewertung, 2022 und 2023	132

Tabelle 81: Personal der Medizinischen Dienste/des Medizinischen Dienst Bund am Stichtag 31.12.2023	135
Tabelle 82: Personal der Medizinischen Dienste/des Medizinischen Dienst Bund am Stichtag 31.12.2022	135
Tabelle 83: Personal der Medizinischen Dienste/des Medizinischen Dienst Bund im Jahresdurchschnitt 2023.....	136
Tabelle 84: Personal der Medizinischen Dienste/des Medizinischen Dienst Bund im Jahresdurchschnitt 2022.....	136
Tabelle 85: Ressourceneinsatz gutachterliches Personal der Medizinischen Dienste für Beratungen und Begutachtungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2023	137
Tabelle 86: Ressourceneinsatz gutachterliches Personal der Medizinischen Dienste für Beratungen und Begutachtungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2022	137

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ergebnisse der versichertenbezogenen Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes bei Fragen zur Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2023	15
Abbildung 2: Begutachtungsergebnisse Krankenhausleistungen, 2023	18
Abbildung 3: Begutachtungsergebnisse ambulante Leistungen, 2023	21
Abbildung 4: Begutachtungsergebnisse Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel, 2023	28
Abbildung 5: Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation, 2023	30
Abbildung 6: Begutachtungsergebnisse Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte, 2023	33
Abbildung 7: Begutachtungsergebnisse Behandlungs-/Pflegerfehler (Ansprüche ggü./von Dritten), 2023	36
Abbildung 8: Begutachtungsergebnisse Zahnmedizin, 2023	39
Abbildung 9: Begutachtungsergebnisse Sonstige Leistungen, 2023	41
Abbildung 10: Begutachtungsergebnisse DRG gesamt, 2023	50
Abbildung 11: Begutachtungsergebnisse PEPP, 2023	54
Abbildung 12: QSKV-Themenkomplexe	65

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. Zu den Kernaufgaben zählen die Beratung und Begutachtung im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen in allen medizinischen Fragen. 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.

Wenn der Medizinische Dienst von einer Krankenkasse mit einer versichertenbezogenen Stellungnahme beauftragt wird, entscheiden die fachlich unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter zunächst darüber, auf welche Weise die Fragestellung der Kasse am besten erledigt werden sollte. Unterschieden wird bei den Erledigungsarten zwischen diesen drei sogenannten „Produkten“:

- fallabschließende sozialmedizinische Fallberatung (SFB),
- Kurzgutachten,
- Gutachten.

Ein Gutachten ist eine ausführliche schriftliche Stellungnahme, in der der Gutachter oder die Gutachterin die Fragen der Krankenkasse bezüglich einer versicherten Person beantwortet. In dem Gutachten wird der Sachverhalt geschildert, sozialmedizinisch bewertet und beurteilt. Das daraus folgende Ergebnis wird anschließend unter Nennung der einbezogenen Dokumente, wie beispielsweise Befundberichte, begründet. Ein Gutachten ermöglicht der Krankenkasse eine Entscheidung über den Sachverhalt und ist somit fallabschließend. Kurzgutachten und Sozialmedizinische Fallberatungen unterscheiden sich von Gutachten nur hinsichtlich des Umfangs, mit dem der Sachverhalt dargestellt wird. In allen drei Fällen handelt es sich um versichertenbezogene, fallabschließende Produkte, die den Krankenkassen eine Entscheidung über den Sachverhalt ermöglichen.

Im Jahr 2023 haben die Medizinischen Dienste bundesweit insgesamt 2.954.489 gutachtliche Stellungnahmen abgegeben. Etwa 50% davon betrafen Fragen der Krankenkassen zu Krankenhausleistungen. Den größten Anteil an den versichertenbezogenen Stellungnahmen hatten Gutachten mit 57,8%, gefolgt von sozialmedizinischen Fallberatungen (32,5%) und Kurzgutachten (9,7%).

Die Begutachtungen des Medizinischen Dienstes können auf der Basis von vorliegenden Informationen oder durch eine Befunderhebung im persönlichen Kontakt mit dem oder der Versicherten durchgeführt werden. 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 – wie zum Beispiel in einem Krankenhaus – stattfinden. Um die Mitwirkungspflichten der oder des Versicherten in Grenzen zu halten – wie es § 65 Absatz 1 Nummer 3 SGB I vorsieht –, sollte eine persönliche Befunderhebung möglichst nur dann erfolgen, wenn die für den Medizinischen Dienst notwendigen Informationen nicht auf einem anderen, für die versicherte Person weniger

aufwändigen Weg beschafft werden können. Dieses Vorgehen gewährleistet eine für die versicherte Person möglichst aufwandsarme Begutachtung und einen möglichst schnellen Zugang zu der von ihr benötigten Leistung. Die Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes wählen diejenige Begutachtungsart aus, die geeignet ist, den Einzelfall angemessen und für die Versicherten so aufwandsarm wie möglich zu beurteilen. Die Entscheidung für eine bestimmte Begutachtungsart erfolgt auf Basis der geltenden Vorgaben, gesetzlichen Bestimmungen, Richtlinien oder Begutachtungsanleitungen. Diesem Prinzip entsprechend haben die Medizinischen Dienste im Jahr 2023 die Mehrheit ihrer Begutachtungen auf Basis von vorliegenden Informationen ohne eine persönliche Befunderhebung abgegeben.

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 den folgenden Hauptanlassgruppen gegliedert:

- Arbeitsunfähigkeit
- Krankenhausleistungen
- Ambulante Leistungen
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung
- Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation
- Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV
- 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 Qualitätskontrollen in Krankenhäusern nach § 275a SGB V, die Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes in Krankenhäusern nach § 275d SGB V sowie die Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen 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 2023 nach Anlassgruppen

Anlassgruppe	Anzahl versichertenbezogene Stellungnahmen
Arbeitsunfähigkeit	482.385
Krankenhausleistungen	1.443.561
Ambulante Leistungen	163.915
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	89.746
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	407.191
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	237.661
Zahnmedizin	9.917
Ansprüche gegenüber/von Dritten	21.474
Sonstige Anlässe	98.639
Versichertenbezogene Stellungnahmen gesamt	2.954.489

Tabelle 2: Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a-d im Jahr 2023

	Anzahl an Prüfungen
Qualitätskontrollen in Krankenhäusern nach § 275a SGB V	1.639
Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege nach § 275b SGB V	9
Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V	1.422.516
Prüfung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern nach § 275d SGB V	13.151

1.1 Arbeitsunfähigkeit

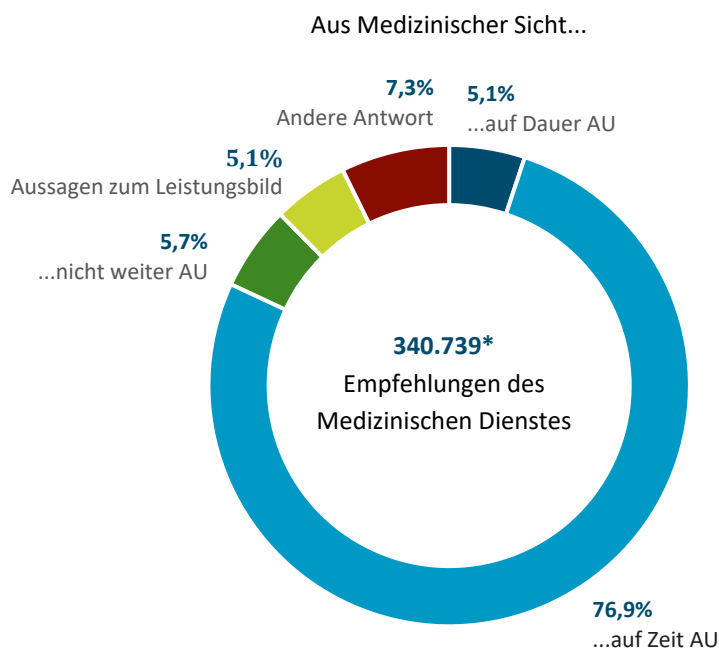
Die Krankenkassen sind verpflichtet, zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit, eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. 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 (Grundsicherung für Arbeitssuchende) gilt, dass eine arbeits-tägliche dreistündige Arbeitszeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als Mindestanforderung gewährleistet sein muss, um eine Arbeitsunfähigkeit aufheben zu können.

Aufgrund ihrer Tragweite für Versicherte und ihrer arbeits- und sozialrechtlichen sowie wirtschaftlichen Bedeutung bildet die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der in engem Zusammenhang hiermit auftretenden Fragestellungen einen Schwerpunkt in der Begutachtungspraxis der Medizinischen Dienste.

Im Begutachtungsbereich „Arbeitsunfähigkeit“ haben die Medizinischen Dienste im Jahr 2023 annähernd 500.000 gutachtliche Stellungnahmen abgegeben. Eine Befunderhebung im persönlichen Kontakt mit der oder dem Versicherten war nur im Ausnahmefall notwendig (8,1%), da die Krankenkassen entweder bereits aussagekräftige Unterlagen zur Verfügung gestellt hatten oder solche vom Medizinischen Dienst angefordert werden konnten. Im Vergleich beider Begutachtungsarten zeigt sich, dass die Empfehlung zur Beendigung einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit bei Begutachtungen nach Aktenlage seltener ausgesprochen wurde als bei Begutachtungen im persönlichen Kontakt mit den Versicherten. In beiden Fällen wird jedoch überwiegend das Weiterbestehen einer Arbeitsunfähigkeit empfohlen.



* Darüber hinaus wurden 141.646 Prüfungen der medizinischen Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation durchgeführt, die einen anderen Ergebnisschlüssel aufweisen (siehe Tabelle 4).

Abbildung 1: Ergebnisse der versichertenbezogenen Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes bei Fragen zur Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2023

Der Begutachtungsbereich (Anlassgruppe) „Arbeitsunfähigkeit“ wird in neun Begutachtungsanlässe gegliedert. Häufigster Anlass für die Einschaltung des Medizinischen Dienstes im Jahr 2023 waren Zweifel der Krankenkasse an der Dauer der Arbeitsunfähigkeit (46,5%). In den meisten Stellungnahmen (ca. 83%) haben die Gutachterinnen und Gutachter eine weiterhin andauernde Arbeitsunfähigkeit bestätigt (Ergebnis: „auf Zeit AU“). In diesen Fällen kann ein genauer Zeitpunkt für die Wiederaufnahme der Bezugstätigkeit nicht festgelegt werden, mit einer Rückkehr in das Berufsleben ist jedoch zu rechnen. Bei 6,6% dieser 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. 5% 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 (2,8% der AU-Begutachtungsanlässe). In 11,4% 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 Beziehenden von Arbeitslosengeld II wurde im Jahr 2023 in 18% der Fälle festgestellt, dass ein für eine Vermittlung in Arbeit ausreichendes Leistungsvermögen bestand.

Die Frage nach der „Sicherung des Behandlungserfolges“ wurde 2023 in rund 5% der 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 als auch eine Operation oder eine Rehabilitation sein.

Der zweithäufigste Begutachtungsanlass im Begutachtungsfeld der Arbeitsunfähigkeit war 2023 in ca. 29% der Fälle die Frage nach den sozialmedizinischen Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V und zur Notwendigkeit von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben – berufliche Rehabilitation – (LTA).

Ist nach ärztlichem Gutachten die Erwerbsfähigkeit einer oder eines Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert, kann die Krankenkasse gemäß § 51 SGB V der oder dem Versicherten eine zehnwöchige Frist setzen, innerhalb derer sie oder er einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zu LTA zu stellen hat. Kommt die versicherte Person der Aufforderung nicht nach, entfällt mit Fristablauf der Anspruch auf Auszahlung des Krankengeldes – selbst bei unstrittig fortbestehender AU. Bei späterer Antragstellung lebt der Anspruch wieder auf. Waren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben nicht erfolgreich oder sind diese primär nicht aussichtsreich, um eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abzuwenden, gelten Anträge auf Leistungen zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation als Antrag auf Rente. In ca. 52% der Fälle wurde gutachtlich die Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation und somit die medizinischen Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 bestätigt.

Die dritthäufigsten Begutachtungsanlässe waren 2023 mit ca. 40.000 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 aber 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 ca. 3% der Anlässe aus. Die STWE dient dazu, Versicherte, die geistig, seelisch und körperlich dazu in der Lage sind, ihre Arbeit in reduzierter bzw. veränderter Form aufzunehmen, 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 2023 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, 2023

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	26.262	5,4	2,2%	84,8%	5,2%	1,4%	6,5%
Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten	3.498	0,7	0,6%	2,7%	0,6%	0,7%	95,4%
Fragen zum Leistungsbild	40.125	8,3	3,7%	51,3%	6,8%	32,7%	5,4%
Dauer der AU – Zweifel der Krankenkasse	224.218	46,5	6,6%	82,8%	4,9%	1,2%	4,5%
AU – Zweifel des Arbeitgebers	13.648	2,8	11,4%	77,4%	0,3%	0,1%	10,8%
Arbeitsunfähigkeit bei ALG II	100	0,0	18,0%	56,0%	4,0%	12,0%	10,0%
Stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V	15.835	3,3	2,0%	85,7%	4,1%	2,0%	6,2%
Sonstige Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit	17.053	3,5	4,2%	54,5%	8,3%	3,7%	29,3%

* auf Dauer AU für die letzte Tätigkeit

Tabelle 4: Begutachtungsergebnisse: Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation, 2023

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	141.646	29,4	52,1%	47,9%

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 KHEntgG, sondern im Rahmen der vertraglichen Ausgestaltung der §§ 115a bzw. 115b und 116b SGB V vergütet.

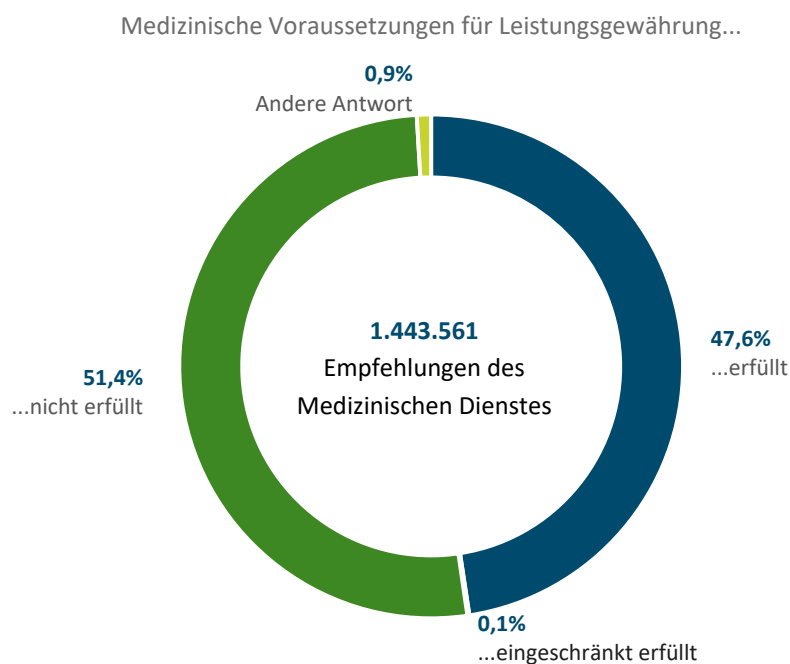


Abbildung 2: Begutachtungsergebnisse Krankenhausleistungen, 2023

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 4.4 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. Begutachtungsaufträge in 2023 betrafen daher nur noch Leistungen, die 2022 erbracht worden sind.

Der Schwerpunkt der Begutachtung von Leistungen der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V liegt in der Überprüfung von Behandlungsdiagnosen und -Indikationen.

Tabelle 5: Begutachtungsergebnisse Krankenhausleistungen, 2023

Krankenhausleistungen Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach der Bundespflegerverordnung	55	0,0	38,2%	12,7%	32,7%	16,4%
Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz	1.356.913	94,0	46,9%	0,0%	52,4%	0,7%
Zahnmedizinische Krankenhausbe- handlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz	450	0,0	50,7%	0,0%	49,1%	0,2%
Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a SGB V	370	0,0	7,0%	0,8%	83,8%	8,4%
Ambulantes Operieren im Kranken- haus nach § 115b SGB V	2.508	0,2	19,4%	13,4%	56,5%	10,6%
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	3.919	0,3	19,0%	11,8%	50,9%	18,3%
Psychiatrische/psychosomatische In- stitutsambulanzen nach § 118 SGB V	121	0,0	55,4%	7,4%	26,4%	10,7%
Geriatrische Institutsambulanzen	1	0,0	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sonstige ambulante Krankenhaus- behandlung	450	0,0	16,7%	3,6%	73,1%	6,7%
Krankenhausleistungen in psychiatri- schen und psychosomatischen Ein- richtungen mit Abrechnung nach tagesbezogenen Pauschalen	65.153	4,5	66,6%	0,0%	32,5%	0,9%
Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie	935	0,1	59,1%	0,0%	39,6%	1,3%
Sonstige Anlässe zu stationären Leistungen	12.686	0,9	42,0%	8,1%	34,0%	15,9%

1.3 Ambulante Leistungen

Zu den ambulanten Leistungen werden alle außerhalb des Krankenhauses zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund einer (zahn-)ärztlichen Verordnung erbrachten Leistungen (verordnete Leistungen) mit Ausnahmen von Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation gezählt. Aufgabe des Medizinischen Dienstes ist es, zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung gegeben sind. Er prüft hierbei, ob eine Erkrankung im Sinne des SGB V besteht, ob die Leistung anerkannt ist und die sozialmedizinischen Voraussetzungen erfüllt sind.

Einen Schwerpunkt stellte mit ca. 36.000 Begutachtungen die Begutachtung verordneter Heilmittel dar. Hierunter fallen einzelne Maßnahmen der Physiotherapie, der podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, der Ergotherapie und der Ernährungstherapie. Bei insgesamt ca. 37.810.000 Verordnungen¹ jährlich (2022) entscheidet in aller Regel die Krankenkasse ohne Einbeziehung des Medizinischen Dienstes über die Leistungsgewährung. In lediglich 0,1% der Fälle wurde der Medizinische Dienst 2022 mit einer sozialmedizinischen Bewertung einer Heilmittelverordnung beauftragt. Aufgabe der Gutachterin oder des Gutachters ist es, in diesen Fällen zu bewerten, ob das Behandlungsziel durch die verordneten Heilmittel (Art und Menge), durch andere Heilmittel oder ggf. auch durch andere Maßnahmen zu erreichen ist. Hierbei sind eventuell andere erforderliche Maßnahmen, wie eigenverantwortliche Maßnahmen, Hilfsmittel, Arzneimittel oder andere Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufzuzeigen.

Ein wesentlicher Teil der Begutachtungen zu verordneten Heilmitteln (18,1%) bezieht sich auf die Überprüfung der sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine beantragte physiotherapeutische Leistung. Grundlage für die Beurteilung ist die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die häufigste Fragestellung betrifft die Feststellung eines langfristigen Heilmittelbedarfs. Hierzu listet die Heilmittel-Richtlinie Diagnosen in Verbindung mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe des Heilmittelkataloges auf, bei deren Vorliegen von schweren und dauerhaften funktionellen oder strukturellen Schädigungen und einem langfristigen Behandlungsbedarf mit Heilmitteln auszugehen ist. Ein Genehmigungsverfahren ist für diese Fallkonstellationen nicht durchzuführen. Damit soll sichergestellt werden, dass Menschen mit schweren Behinderungen oder chronischen Erkrankungen die fortlaufend benötigten Heilmittel auch erhalten. Wird in der Verordnung dagegen als verbodnungsbegründend eine nicht gelistete Diagnose genannt, prüft der Medizinische Dienst, ob die Schwere und Dauerhaftigkeit der vorliegenden Schädigung oder Summe von Schädigungen mit einer aus einer der gelisteten Diagnosen resultierenden Schädigung vergleichbar sind. Vor diesem Hintergrund ist die gemessen an den 37 Mio. Verordnungen verhältnismäßig geringe Anzahl der durch die Medizinischen Dienste durchgeführten Begutachtungen zu erklären.

¹ Bundesbericht-HIS_202204.pdf (gkv-heilmittel.de), aufgerufen am 21.12.2023

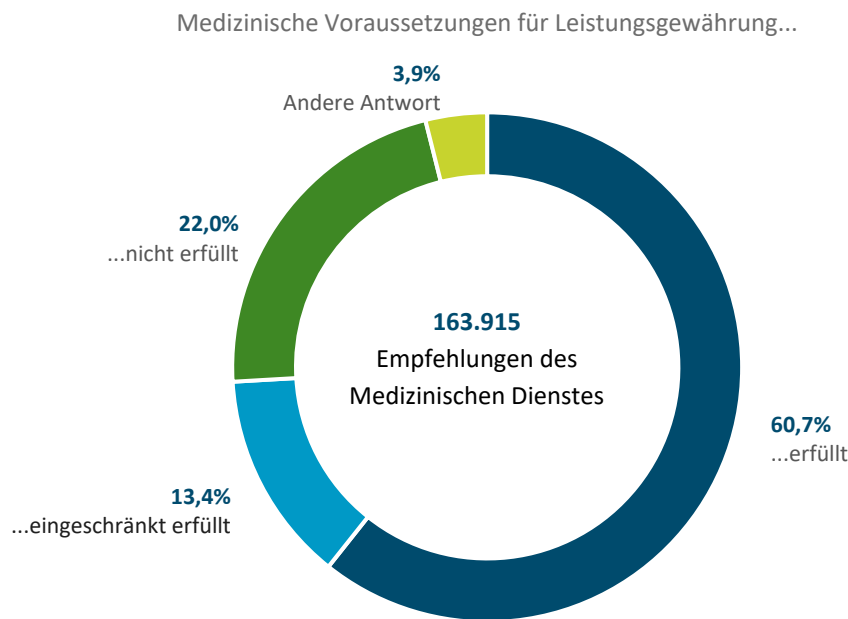


Abbildung 3: Begutachtungsergebnisse ambulante Leistungen, 2023

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 den Erkrankten 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 unterschieden 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.

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 nach 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 2023 hat der Medizinische Dienst 59.448 Gutachten zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erstellt. Dies entspricht einem Anteil von 36,3% an allen Begutachtungen zu ambulanten Leistungen. 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 worden ist.

Bei der Begutachtung wird geprüft, ob die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung erfüllt sind. In 62,4% der Gutachten haben die Gutachterinnen und Gutachter festgestellt, dass die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung der häuslichen Krankenpflege erfüllt sind. Bei 23,8% der Gutachten wurde festgestellt, dass die sozialmedizinischen Voraussetzungen eingeschränkt erfüllt sind. 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 sind, weil eine Wundheilung zu einem früheren Zeitpunkt zu erwarten und eine tägliche Wundversorgung nicht erforderlich ist.

In 9,4% 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.

4,4% der Gutachten enthielten das Ergebnis „andere Antwort“. Diese Antwort wird angegeben, 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.

Anspruch auf außerklinische Intensivpflege haben Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Dieser liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft 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.

Versicherte erhalten die Leistung 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. Berechtigten Wünschen der Versicherten zum Ort, an dem die Leistung erbracht werden soll, ist zu entsprechen. 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.

Die Feststellung, ob die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege erfüllt sind und ob die medizinische und pflegerische Versorgung am Leistungsort sichergestellt ist, trifft die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst. Die Krankenkasse hat ihre Feststellung jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung durch den Medizinischen Dienst zu veranlassen.

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 ab dem 31. Oktober 2023 ihre Gültigkeit verloren.

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 eine Beatmungsentwöhnung oder Entfernung der Kanüle infrage kommt oder die Therapie optimiert werden könnte.

Im Jahr 2023 hat der Medizinische Dienst 8.201 Begutachtungen zur außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V durchgeführt. Dies entspricht einem Anteil von 5,0% an allen Gutachten zu ambulanten Leistungen.

In 67,7% der Gutachten wurde festgestellt, dass die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung der außerklinischen Intensivpflege erfüllt waren. Bei 7,7% der Gutachten wurde festgestellt, dass die sozialmedizinischen Voraussetzungen eingeschränkt erfüllt waren. Das kann zum Beispiel zutreffen, wenn im Rahmen der Begutachtung nachvollziehbar ist, dass es mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich zu lebensbedrohlichen Situationen kommen kann und dass daher die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist und gleichzeitig Hinweise auf ein Weaningpotential vorliegen und es Hinweise darauf gibt, dass die Pflege am Leistungsort nicht sichergestellt ist.

In 18,9% 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 ist, jedoch planbare, punktuelle behandlungspflegerische Maßnahmen ausreichend sind.

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 5,8% 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 2023 hat der Medizinische Dienst 1.705 Begutachtungen zur Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V erstellt. Dies entspricht einem Anteil von 1,0% an allen Gutachten zu ambulanten Leistungen.

Auch hier prüfen die Gutachterinnen und Gutachter bei der Begutachtung, ob die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistung der Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit erfüllt sind. Das war in 80,5% der Begutachtungen der Fall. Bei 2,1% 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 13,1% 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 4,2% 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 SAPV wird im multiprofessionellen Setting durchgeführt. Das Team besteht aus Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachkräften, die eine palliativmedizinische bzw. palliativpflegerische Zusatzausbildung haben.

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 Pflegekräften abgestimmtes, palliatives Versorgungskonzept erfordert. Ein komplexes Symptomgeschehen ist dadurch gekennzeichnet, dass regelhaft ineinandergreifende, sich gegenseitig ungünstig beeinflussende klinische Konstellationen vorliegen, wobei eine kurzfristig variierende Symptomatik eine sehr zeitnahe Umstellung und Anpassung der Therapie erforderlich macht. 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 Palliativpatientinnen und -patienten 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 ca. 25.000 Stellungnahmen im Jahr 2023 stellt die Begutachtung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V mit 15% den dritthäufigsten Begutachtungsanlass aus der Anlassgruppe der verordneten ambulanten Leistungen dar. Die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung waren in 82% der Fälle erfüllt.

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 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 der 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 Medizinische 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.

Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass Verordnungen im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfs nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen.

Im Jahr 2023 haben die Medizinischen Dienste 35.625 versichertenbezogene Stellungnahmen zu Heilmittelverordnungen aus dem vertragsärztlichen Bereich abgegeben. Der größte Anteil der Begutachtungsaufträge entfiel dabei auf den Bereich der Physiotherapie. Dies entspricht auch der Verteilung der Anteile der jeweiligen Leistungsbereiche auf Bundesebene. Der größte Leistungsbereich mit der höchsten Anzahl an Verordnungen und abgegebener Leistungen entfällt auf den Bereich der Physiotherapie. (GKV-HIS 2022; Heilmittelbericht 2022/2023 WIdO, Wissenschaftliches Institut der AOK).

In 40 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.

Tabelle 6: Begutachtungsergebnisse ambulante Leistungen, 2023

Ambulante Leistungen Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Physiotherapie	29.743	18,1	36,8%	2,6%	58,3%	2,3%
Podologische Therapie	158	0,1	30,4%	3,8%	54,4%	11,4%
Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	1.632	1,0	55,6%	2,9%	37,3%	4,2%
Ergotherapie	3.947	2,4	51,1%	2,3%	43,8%	2,8%
Ernährungstherapie	145	0,1	26,9%	3,4%	63,4%	6,2%
Zahnärztlich verordnete Heilmittel	487	0,3	24,0%	2,3%	70,8%	2,9%
Psychotherapie nach § 27 Absatz 1 SGB V	16.642	10,2	71,3%	13,9%	10,1%	4,8%
Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V	59.448	36,3	62,4%	23,8%	9,4%	4,4%
Außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V	8.201	5,0	67,7%	7,7%	18,9%	5,8%
Haushaltshilfen nach §§ 24h und 38 SGB V	10.734	6,5	55,5%	15,4%	21,9%	7,1%
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V	25.091	15,3	82,1%	7,0%	9,7%	1,2%
Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39 SGB V	1.705	1,0	80,5%	2,1%	13,1%	4,2%
Sonstige Anlässe zu ambulanten Leistungen	4.352	2,7	40,7%	8,8%	38,9%	11,5%
Soziotherapie nach § 37a SGB V	1.630	1,0	70,7%	5,9%	21,5%	2,0%

1.4 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ Arzneimittel

Bei der Begutachtung Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs/Arzneimittel) wird die Anwendung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, die entweder nicht oder nicht gesichert der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen, sozialmedizinisch geprüft. Gemeinsamkeit der Prüfung von NUBs und Arzneimitteln ist – neben der Beachtung gesetzlicher Rahmenbedingungen, untergesetzlicher Normen und ständiger Rechtsprechung durch das Bundessozialgericht (BSG) – auch die Berücksichtigung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin zu den prüfungsgegenständlichen NUBs und Arzneimitteln.

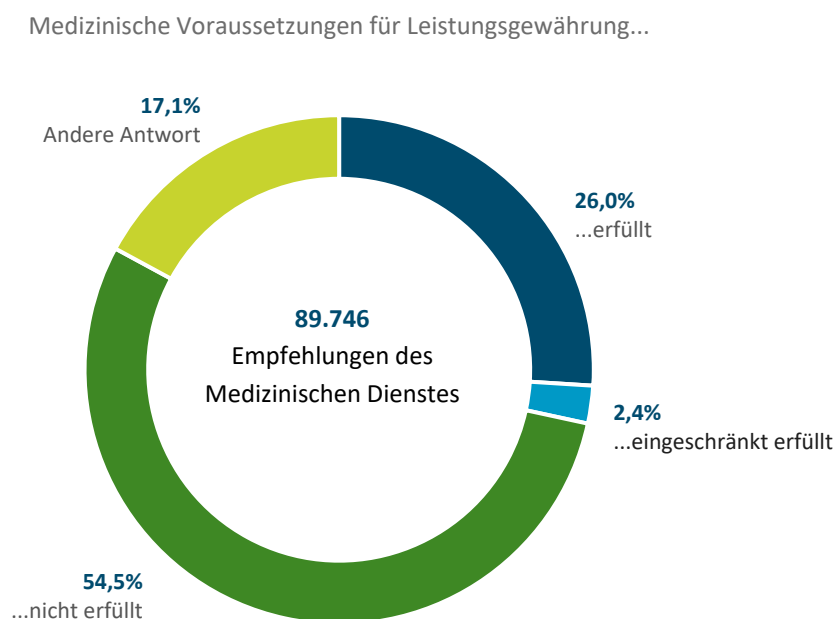


Abbildung 4: Begutachtungsergebnisse Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel, 2023

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 sogenannter Hochrisiko-Produkte bilden einen Schwerpunkt in der Begutachtungstätigkeit der Medizinischen Dienste.

Im Jahr 2023 haben die Medizinischen Dienste insgesamt 89.746 Gutachten zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimitteln erstellt. Vergleicht man die Begutachtungszahlen mit den GKV-Ausgaben für Arzneimittel (16,9% der GKV-Gesamtausgaben in 2022²), nehmen die Begutachtungen von NUBs/Arzneimitteln durch die Medizinischen Dienste mit 3,0% der versichertenbezogenen Stellungnahmen quantitativ eine vergleichsweise geringe Bedeutung ein. Das liegt vor allem daran,

² Bundesgesundheitsministerium, Gesetzliche Krankenversicherung, Kennzahlen und Faustformeln, 2023 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2023Bund_August_2023.pdf

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.

33,3% der Begutachtungen haben sich im Jahr 2023 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 19,8% aller Begutachtungen in diesem Begutachtungsbereich ausmachen.

Tabelle 7: Begutachtungsergebnisse neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel, 2023

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	27.297	30,4	17,7%	2,5%	65,7%	14,0%
Zugelassene Arzneimittel	4.710	5,2	23,9%	1,5%	43,8%	30,8%
Zulassungsüberschreitender Arzneimitteleinsatz	29.892	33,3	26,7%	2,8%	47,0%	23,6%
Einzelimportierte Arzneimittel nach § 73 Absatz 3 AMG	1.835	2,0	28,3%	2,0%	48,4%	21,3%
Rezepturarzneimittel, die den Methoden zuzurechnen sind	1.685	1,9	21,0%	3,6%	56,2%	19,2%
Cannabinoide	17.725	19,8	41,4%	1,4%	53,3%	3,8%
Sonstige Anlässe zur Arzneimittelversorgung	5.095	5,7	17,4%	3,3%	50,9%	28,4%
Neue und/oder nicht zugelassene Heil- und Hilfsmittel	530	0,6	33,2%	1,9%	55,7%	9,2%
Sonstige Anlässe zu neuen/oder nicht zugelassenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	977	1,1	12,7%	2,6%	67,1%	17,6%

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 regelmäßig bei Anträgen auf Verlängerungen 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 20.7.2008 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.

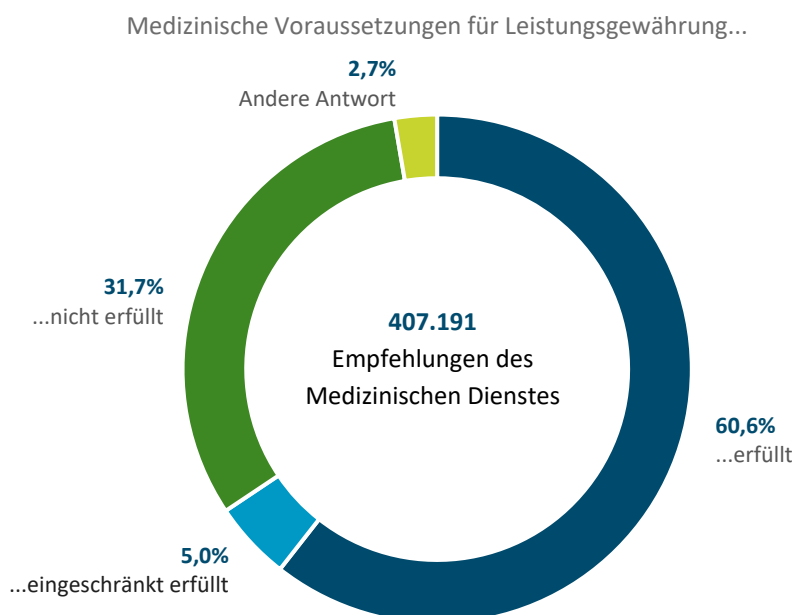


Abbildung 5: Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation, 2023

2023 wurden in allen Leistungsbereichen der Vorsorge und Rehabilitation insgesamt 407.191 versichertenbezogene Stellungnahmen erstellt. Der Hauptanteil dieser Stellungnahmen (75 %) entfiel auf den Bereich der stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V mit 305.463 Fällen. Das entspricht auch den Leistungsfällen in 2022 der KG 5 Statistik³, hier entfielen 71% der Fälle auf den Bereich der stationären Rehabilitation. Eine Differenzierung nach Anträgen zur Anschlussrehabilitation oder Anträge aus dem vertragsärztlichen Bereich erfolgt in der vorliegenden Statistik nicht.

Für die stationäre Rehabilitation nach § 40 SGB V wurden in 61,0% der Fälle die sozialmedizinischen Voraussetzungen als erfüllt, in 31% als nicht erfüllt, in 5,6% als eingeschränkt erfüllt angesehen. Bei

³ Gesetzliche Krankenversicherung: Leistungsfälle und -tage von ambulanten und stationären Kuren, Müttervorsorge- und Müttergenesungskuren, Krankengeld bei Kuren: https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=1765

dem mit 31% vergleichsweise hohen Anteil an Fällen, bei denen die sozialmedizinischen Voraussetzungen aus gutachtlicher Sicht nicht erfüllt waren, gilt es zu berücksichtigen, dass es sich hier oft um vorzeitige Anträge auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation oder um Widersprüche handelt. Die Gutachterin oder der Gutachter hat bei vorzeitigen Anträgen neben Indikation und Dringlichkeit der beantragten Leistung den Erfolg der in den vergangenen vier Jahren vor Antragstellung durchgeführten ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen und die Umsetzung der im Rehabilitationsentlassbericht empfohlenen Maßnahmen in die Prüfung einzubeziehen. In der Gesamtschau lässt sich aus sozialmedizinischer Sicht oftmals nicht die besondere medizinische Dringlichkeit für die beantragte Leistung feststellen.

Versichertenbezogene Stellungnahmen zu Anträgen auf Leistungen nach § 24 SGB V (Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter) standen 2023 mit 48.421 Fällen an zweiter Stelle der Begutachtungsfälle.

In der KG 5-Statistik 2022 entfallen 13% der Leistungsfälle auf Maßnahmen nach §§ 24/41 SGB V, diese stellen auch hier den zweitgrößten Bereich dar. In 67% der Fälle lagen die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung vor, in 28,4% nicht. Auch hier werden den Medizinischen Diensten insbesondere vorzeitige Anträge oder Widersprüche zur Begutachtung vorgelegt. Verlängerungsanträge von medizinischen Leistungen nach §§ 24, 40, 41 SGB V werden in hohem Umfang (durchschnittlich 82,1%) positiv bewertet.

Im Bereich der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation werden die meisten versichertenbezogenen Stellungnahmen zum Rehabilitationssport/Funktionstraining erstellt (10.525 Fälle). Rehabilitationssport und Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe gefördert und sollen Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Menschen motivieren und in die Lage versetzen, selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining 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 miteinzubeziehen, 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 z.B. Herzsport (BAR Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining 2022).

Typischerweise 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 genommenen Rehasport/oder Funktionstraining nur selten aus sozialmedizinischer Sicht vor, womit sich der hohe Anteil von 69,6% „medizinische Voraussetzung nicht erfüllt“, begründet.

Tabelle 8: Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation, 2023

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	7.839	1,9%	46,4%	1,3%	50,1%	2,2%
Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V	23.270	5,7%	68,8%	5,5%	23,2%	2,4%
Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V	3.672	0,9%	48,1%	9,1%	39,7%	3,1%
Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V	305.463	75,0%	61,0%	5,6%	31,0%	2,4%
Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V	48.421	11,9%	67,0%	2,3%	28,4%	2,3%
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V	1.134	0,3%	48,3%	8,4%	39,4%	3,9%
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke nach § 43 Absatz 1 Nr. 2 SGB V	633	0,2	22,9%	5,5%	56,6%	15,0%
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Sozialmedizinische Nachsorge- maßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche nach § 43 Absatz 2 SGB V	1.388	0,3	58,6%	9,2%	30,5%	1,7%
Rehasport/Funktionstraining nach § 64 SGB IX	10.525	2,6	27,5%	1,3%	69,6%	1,6%
Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Vorsorge	208	0,1	38,9%	4,3%	33,2%	23,6%
Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Rehabilitation	3.650	0,9	41,4%	3,3%	24,4%	30,8%
Mitaufnahme eines Kindes bei Maß- nahmen nach § 24 oder § 41 SGB V	988	0,2	43,0%	3,7%	40,2%	13,1%

1.6 Hilfsmittel GKV

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 Krankbehandlung 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 an Versicherte abgegeben werden, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, aber die geforderten Qualitätskriterien erfüllen. Dies trifft insbesondere auf Hilfsmittel zu, 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.

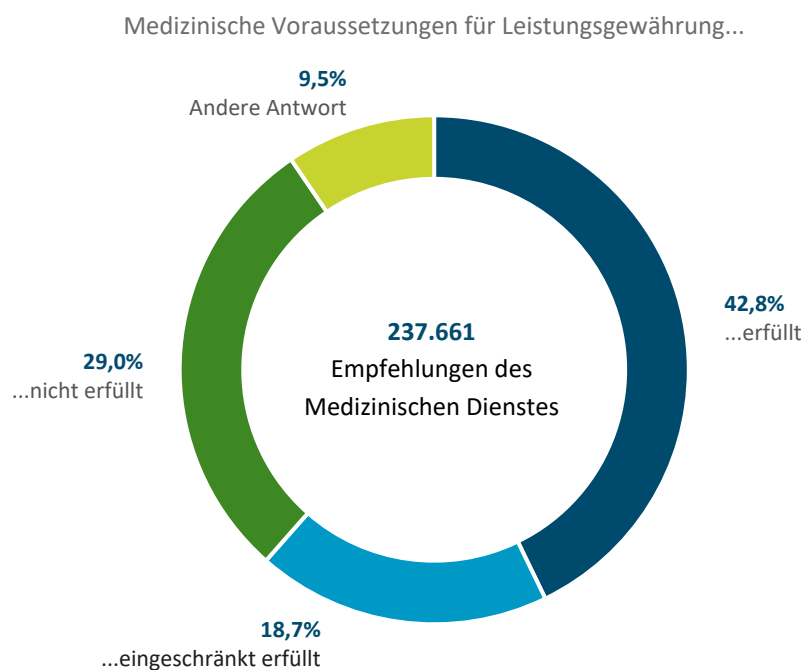


Abbildung 6: Begutachtungsergebnisse Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte, 2023

Bei der sozialmedizinischen Begutachtung binden die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste auch Mitarbeitende anderer Fachdisziplinen mit ein und greifen bspw. 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.

2023 wurden insgesamt 237.661 Begutachtungen durchgeführt, davon waren in 42,8% der Fälle die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt, in 18,7% der Fälle waren sie eingeschränkt erfüllt und in 29,0% der Fälle waren sie nicht erfüllt. In 9,5% der Fälle wurde eine „andere Antwort“ gegeben.

Eine Besonderheit bei den Begutachtungen im Jahr 2023 bildeten die aufkommenden Insulinpumpentherapiesysteme, auch AID (Automatische Insulin-Dosierung) -Systeme genannt. Bei diesen Systemen werden kontinuierliche Glukosemessgeräte und Insulinpumpen miteinander gekoppelt, der Glukosewert steuert die Insulinabgabe. Im Zuge der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses wurden diese neuen Systeme im Juni 2023 in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen. Dadurch entstand ein hoher Beratungsbedarf der Krankenversicherungen in diesem Bereich, der sich in der neuen Produktgruppe der Hilfsmittel zur Insulintherapie und der vorherigen Produktgruppe Applikationshilfen niederschlägt.

Seit 2021 beauftragen die Krankenkassen die Medizinischen Dienste auch mit der Begutachtung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), diese spielen aber mit 0,1% der Aufträge im Bereich Hilfsmittel-Begutachtung eine untergeordnete Rolle.

Tabelle 9: Begutachtungsergebnisse Hilfsmittel, 2023

Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Medizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Absauggeräte	368	0,2	59,0%	7,3%	19,6%	14,1%
Adaptationshilfen	933	0,4	46,3%	18,5%	22,7%	12,4%
Applikationshilfen	5.638	2,4	66,5%	10,6%	11,2%	11,7%
Badehilfen	700	0,3	56,7%	17,6%	20,0%	5,7%
Bandagen	171	0,1	39,8%	6,4%	44,4%	9,4%
Bestrahlungsgeräte	133	0,1	19,5%	5,3%	50,4%	24,8%
Blindenhilfsmittel	1.912	0,8	41,2%	15,6%	26,3%	16,8%
Einlagen	5.981	2,5	34,2%	33,9%	27,4%	4,4%
Elektrostimulationsgeräte	24.779	10,4	41,7%	21,9%	25,3%	11,1%
Gehhilfen	3.138	1,3	46,9%	21,5%	24,3%	7,3%
Hilfsmittel gegen Dekubitus	1.723	0,7	50,3%	18,7%	24,7%	6,3%
Hilfsmittel bei Tracheostoma	136	0,1	62,5%	6,6%	23,5%	7,4%
Hörhilfen	6.765	2,8	37,8%	10,3%	41,6%	10,3%
Inhalations- und Atemtherapiegeräte	17.284	7,3	45,9%	19,4%	21,7%	13,0%
Inkontinenzhilfen	1.651	0,7	47,3%	11,9%	31,3%	9,6%
Kommunikationshilfen	4.262	1,8	43,7%	21,8%	25,7%	8,8%
Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	14.932	6,3	34,0%	14,7%	44,6%	6,8%
Kranken- und Behindertenfahrzeuge	28.307	11,9	38,6%	29,7%	22,3%	9,4%
Krankenpflegeartikel	5.307	2,2	37,9%	17,7%	37,2%	7,2%
Lagerungshilfen	1.392	0,6	44,3%	13,3%	34,3%	8,2%

Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Medizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Messgeräte für Körperzustände/- funktionen	19.258	8,1	43,6%	9,2%	34,3%	13,0%
Mobilitätshilfen	5.588	2,4	38,5%	19,9%	33,2%	8,4%
Orthesen/Schienen	18.703	7,9	42,8%	20,7%	25,3%	11,1%
Beinprothesen	3.136	1,3	34,4%	32,0%	16,4%	17,3%
Sehhilfen	2.246	0,9	37,2%	22,7%	25,9%	14,2%
Sitzhilfen	5.866	2,5	40,3%	22,2%	30,9%	6,7%
Sprechhilfen	27	0,0	55,6%	3,7%	25,9%	14,8%
Stehhilfen	1.608	0,7	54,2%	23,0%	15,7%	7,1%
Stomaartikel	134	0,1	58,2%	7,5%	17,2%	17,2%
Hilfsmittel zur Insulintherapie	6.757	2,8	60,7%	11,3%	17,1%	10,9%
Schuhe	24.437	10,3	54,4%	19,8%	21,5%	4,3%
Therapeutische Bewegungsgeräte	15.460	6,5	35,5%	7,4%	51,1%	6,0%
Toilettenhilfen	1.040	0,4	39,9%	20,9%	32,6%	6,6%
Haarersatz	929	0,4	26,2%	27,4%	36,1%	10,3%
Epithesen	250	0,1	46,8%	10,8%	30,0%	12,4%
Augenprothesen	40	0,0	65,0%	10,0%	10,0%	15,0%
Brustprothesen	497	0,2	29,2%	14,3%	42,7%	13,9%
Armprothesen	812	0,3	28,2%	23,8%	28,0%	20,1%
Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgung	353	0,1	31,7%	9,9%	8,2%	50,1%
Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV	4.890	2,1	29,8%	8,4%	50,4%	11,4%
Digitale Gesundheitsanwendungen	118	0,0	42,8%	18,7%	29,0%	9,5%

1.7 Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler

Die Medizinischen Dienste können von den gesetzlichen Krankenkassen mit der Erstellung eines sozialmedizinischen oder pflegfachlichen Sachverständigengutachtens beauftragt werden, wenn der Verdacht auf das Vorliegen eines Behandlungs- oder Pflegefehlers besteht. Rechtsgrundlage sind § 66 SGB V (Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern) und § 116 SGB X (Ansprüche gegen Schadenersatzpflichtige). Isolierte Gutachtaufträge auf der Basis von § 66 SGB V oder § 116 SGB X werden insgesamt etwas seltener erteilt als gemeinsame Gutachtaufträge.

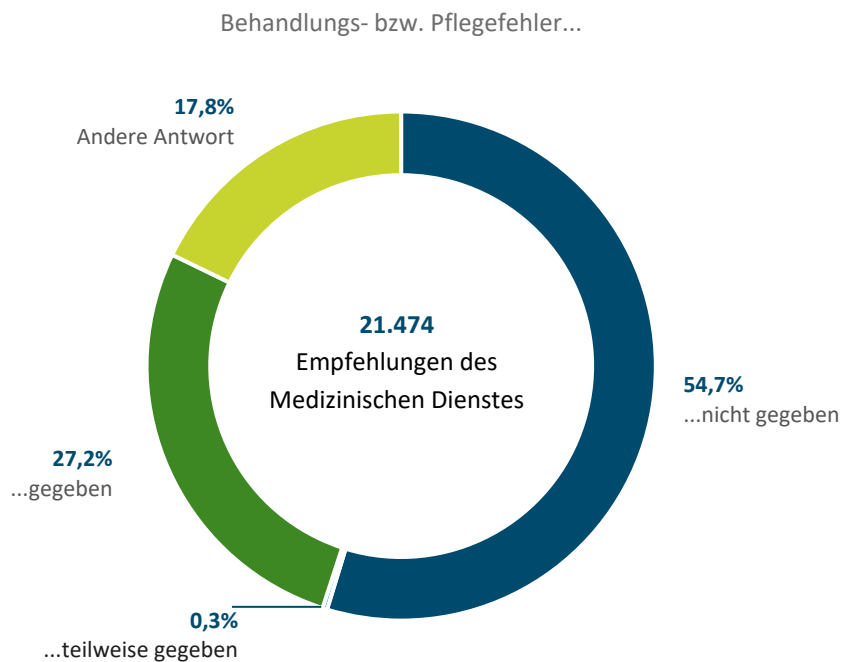


Abbildung 7: Begutachtungsergebnisse Behandlungs-/Pflegefehler (Ansprüche ggü./von Dritten), 2023

In der Summe der Anlässe wurde der Verdacht auf Vorliegen eines Behandlungs- oder Pflegefehlers mit einem daraus resultierenden Schaden in ca. einem Viertel der Fälle (27%) bestätigt. Bei knapp 55% der Stellungnahmen wurde das Vorliegen eines Behandlungs- oder Pflegefehlers eindeutig verneint. In einem sehr geringen Teil der Fälle (0,3%) 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 Schadensersatz. 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 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 vor⁴. Die Jahresstatistik zur Behandlungsfehler-Begutachtung wird auf der Homepage des Medizinischen Dienst Bund (www.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. Dies führt zu einer seit einigen Jahren relativ stabilen Zahl von 12.000 bis 14.000 abgeschlossenen Erstgutachten pro Jahr.

In der Mehrheit der 12.438 Gutachten im Jahr 2023 wurde kein Behandlungsfehler festgestellt, in rund einem Viertel der Fälle lag ein Behandlungsfehler mit Schaden vor – doch nur in 21,5% aller Fälle war der entstandene Schaden ursächlich auf den Behandlungsfehler zurückzuführen.

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie schlagen sich nur sukzessive in der Behandlungsfehler-Begutachtung nieder. Vereinzelt tauchen Fälle mit Pandemie-Bezug in der Begutachtungspraxis auf. Da die zeitliche Latenz zwischen dem Auftreten eines Behandlungsfehlers und der Feststellung bzw. Verfolgung desselben bis zum abschließenden gutachtlichen Ergebnis jedoch mitunter mehrere Jahre betragen kann, machen sich diese Fälle nur langsam in der Jahresstatistik bemerkbar. Zudem wurden gerade in der ersten Phase der Pandemie viele (potenziell fehleranfällige) Routineeingriffe abgesagt oder verschoben, sodass die Auswirkungen der Corona-Pandemie in Bezug auf die Fallzahlen der Behandlungsfehler-Begutachtung uneinheitlich sind.

Tabelle 10: Begutachtungsergebnisse Behandlungs-/Pflegefehler (Ansprüche ggü./von Dritten), 2023

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)	15.004	69,9	62,9%	0,0%	23,1%	14,0%
Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V, § 116 SGB X und gemeinsam)	1.399	6,5	62,5%	0,0%	25,5%	11,9%
Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 66 SGB V, § 116 SGB X und gemeinsam)	1.043	4,9	28,6%	0,2%	51,3%	19,9%
Abgrenzung Kostenträgerschaft/ Ersatzanspruch nach § 102 ff. SGB X	2.844	13,2	34,9%	1,7%	38,5%	24,9%
Sonstige Anlässe zu Ansprüchen gegenüber/von Dritten	947	4,4	9,7%	1,4%	26,4%	62,5%
Verdacht auf Mängel an Zahnersatz einschl. Zahnkronen	237	1,1	21,1%	3,8%	55,7%	19,4%

⁴ Behandlungsfehlerstatistik: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/2024/2024_08_22/24_08_22_PK_BHF_Jahresstatistik_2023.pdf

1.8 Zahnmedizinische Leistungen

Bei den zahnärztlichen Leistungen stehen konservierend-chirurgische Leistungen im Vordergrund. Dabei handelt es sich unter anderem um Füllungen, Untersuchungen einschließlich Röntgenaufnahmen, Wurzelkanalbehandlungen und Früherkennungsuntersuchungen/Individualprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen. Diese Leistungen umfassen 58% der zahnmedizinischen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Zahnersatz sowie Kronen machen etwa 23% der Ausgaben aus, kieferorthopädische Leistungen 8%, Parodontitisbehandlung 7% und die Therapie mit Aufbiss- und Unterkieferprotrusionsschienen 4%. Insgesamt lagen die GKV-Ausgaben für diese ambulanten zahnärztlichen Leistungen im Jahr 2022 bei knapp 17 Mrd. Euro.⁵ Darüber hinaus werden zahnärztliche und kieferchirurgische Leistungen in Krankenhäusern erbracht.

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

- Zahnersatz und Zahnkronen
- Parodontologie
- Kieferorthopädie
- Schienentherapie
- Implantatversorgung
- Zahnärztliche Behandlungen im Ausland
- „Außervertragliche“ Leistungen, für die kein direkter Leistungsanspruch besteht
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen bei Ruhen des Leistungsanspruchs
- Unaufschiebbarkeit einer Zahnersatz-Versorgung 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 die geplante Versorgung medizinisch notwendig und zweckmäßig ist.

Des Weiteren kann der Medizinische Dienst nach § 275 Absatz 4 SGB V die Krankenkassen bei der Beratung ihrer Versicherten unterstützen. Beispielsweise äußert sich der Medizinische Dienst im Rahmen seiner Gutachten auch zu privat zu tragenden Mehrkosten bei Zahnfüllungen nach § 28 Absatz 2 SGB V, kieferorthopädischen Mehr- und Zusatzleistungen nach § 29 Absatz 2 SGB V sowie Mehrkosten für gleich- und andersartigen Zahnersatz nach § 55 Absätze 4 und 5 SGB V. Der Medizinische Dienst beurteilt auch 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. Dann können die Krankenkassen diese Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung erbringen.

⁵ Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Jahrbuch 2023. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung, S. 23, S. 26, <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 Beratung der Versicherten, der Qualitätssicherung, bei Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse der Ärzte und Krankenkassen, vor allem der Prüfungsausschüsse (§ 275 Absatz 4 SGB V).

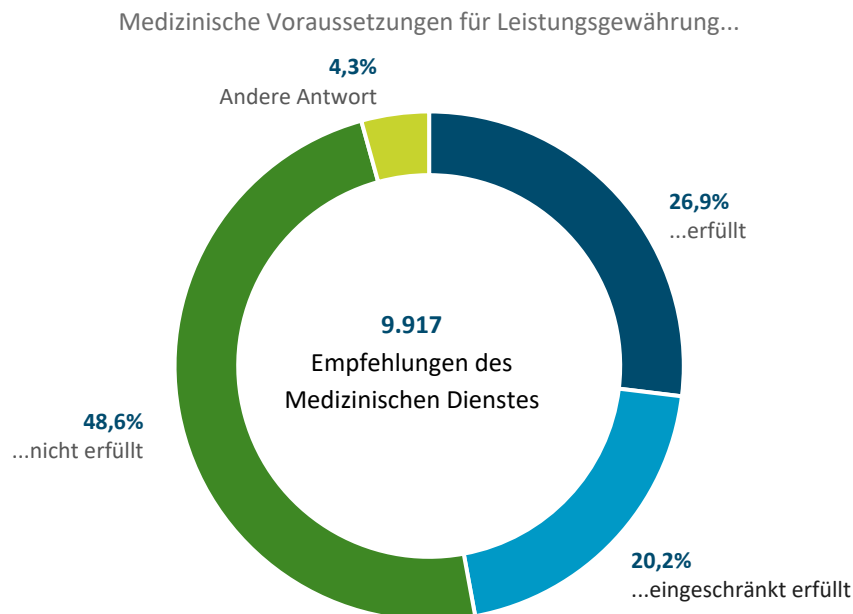


Abbildung 8: Begutachtungsergebnisse Zahnmedizin, 2023

Die zahnmedizinischen Begutachtungszahlen der Medizinischen Dienste (9.917 Stellungnahmen im Jahr 2023) sind geringer als die in anderen Begutachtungsfeldern. Dies ist dadurch bedingt, dass die Krankenkassen alternativ ein zweites Begutachtungssystem, das bundesmantelvertraglich vereinbart ist, nutzen können. Bei diesem werden überwiegend Zahnärztinnen und Zahnärzte, die nebenberuflich Gutachten erstellen, von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Krankenkassen(verbänden) bestellt.

Zahnmedizinische Gutachten der Medizinischen Dienste basieren überwiegend auf Unterlagen wie Heil- und Kostenplänen, Röntgenaufnahmen, Kiefermodellen, Fotoaufnahmen, fach(zahn)ärztlichen Befundberichten oder Angaben, welche anderen Behandlungen durchgeführt oder beantragt wurden. Bei etwa einem Fünftel der Begutachtungen laden die Zahnärztinnen und Zahnärzte der Medizinischen Dienste die Versicherten zu einer Untersuchung ein, um die Situation abzuklären. Wie die Statistik „Erledigungsart“ 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, bei denen Zweifel bestehen, ob die geplante Behandlung sachgerecht ist. Je nach den Besonderheiten des Begutachtungsgebiets ergeben sich Unterschiede bei den Ergebnissen der Begutachtung. So waren die sozialmedizinischen Voraussetzungen für kieferorthopädische Leistungen im Jahr 2023 bei 55,2% der Begutachtungsfälle erfüllt oder teilweise erfüllt – im letztgenannten Fall sind Planungsänderungen ratsam – und zu 39,7% nicht erfüllt; bei den verbleibenden Fällen gab es „andere Antworten“. Dabei wurden aus sozialmedizinischer Sicht alternative Behandlungsmöglichkeiten empfohlen, oder es konnte aufgrund

fehlender Unterlagen keine Empfehlung abgegeben werden. Beim Zahnersatz lagen in 46,8% der Fälle die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Versorgung vollständig oder teilweise vor.

Im Vergleich zu anderen Begutachtungsbereichen ist die verhältnismäßig geringe Quote von als erfüllt angesehenen medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung im Bereich der Zahnmedizin damit zu erklären, dass die Medizinischen Dienste vermehrt nur mit Begutachtungen beauftragt werden, bei denen Zweifel bestehen, ob die geplante Behandlung sachgerecht ist. Beurteilt die Krankenkasse die notwendigen Voraussetzungen für die Genehmigung einer beantragten Leistung für gegeben, bewilligt sie entsprechende Leistungen, ohne zuvor den Medizinischen Dienst mit einer Begutachtung zu beauftragen.

Abgesehen von den hier abgebildeten Zahlen zahnmedizinischer Begutachtungen finden sich Begutachtungen auch unter zahnmedizinischer Krankenhausbehandlung, zahnärztlich verordneten Heilmitteln, vermuteten zahnmedizinischen Behandlungsfehlern, Mängeln an Zahnersatz einschließlich Zahnkronen, neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie sonstigen Begutachtungsanlässen.

Tabelle 11: Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Zahnmedizin, 2023

Zahnmedizin Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Zahnersatz	5.778	58,3	25,4%	21,4%	50,6%	2,6%
Implantate einschließlich Suprakonstruktion	362	3,7	26,5%	8,6%	59,4%	5,5%
Aufschiebbarkeit Zahnersatz u. a. Versorgungen, Ruhen des Leistungsanspruchs	187	1,9	8,6%	5,3%	83,4%	2,7%
Konservierend-chirurgische Behandlung	122	1,2	9,0%	7,4%	74,6%	9,0%
Kieferbruch/Aufbissbehelfe	99	1,0	33,3%	9,1%	47,5%	10,1%
Kieferorthopädie	2.802	28,3	33,0%	22,3%	39,7%	5,0%
Behandlung von Parodontopathien	158	1,6	31,6%	34,8%	29,1%	4,4%
Sonstige Anlässe zur Zahnmedizin	409	4,1	18,3%	8,9%	54,1%	18,7%

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 oder zu plastischer Chirurgie und zu Hospizleistungen nach § 29a SGB V ein.

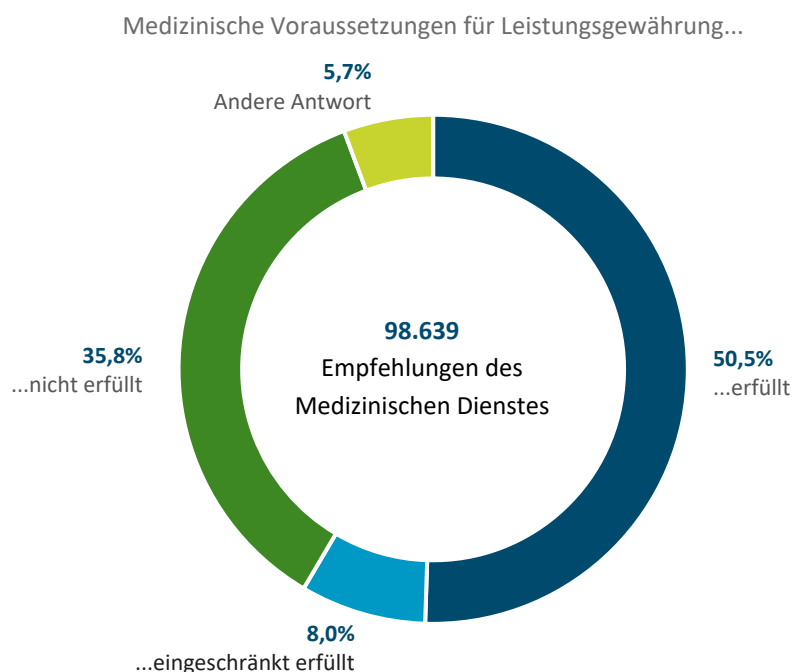


Abbildung 9: Begutachtungsergebnisse Sonstige Leistungen, 2023

Im Zeitverlauf gibt es zunehmend mehr Begutachtungsanlässe, die Fragen zur Behandlung bei Transsexualismus beinhalten. Hierunter fallen Fragen, die Störungen der Geschlechtsidentität und damit im Zusammenhang stehende Maßnahmen betreffen. Dabei kann es sich sowohl um operative, beispielsweise plastische Eingriffe als auch um nicht-operative Maßnahmen handeln. 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.

Im Jahr 2023 erstellten die Medizinischen Dienste rund 6.000 Stellungnahmen, die den Bereich Transsexualismus betreffen. In mehr als der Hälfte der Fälle (55,9%) sahen die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes die sozialmedizinischen Voraussetzungen zur Gewährung der beantragten Leistung als erfüllt an, in weiteren 9,2% der Fälle waren die sozialmedizinischen Voraussetzungen zumindest eingeschränkt erfüllt. Rund ein Drittel der Stellungnahmen kommen zu dem Ergebnis, dass die sozialmedizinischen Voraussetzungen, die eine Leistungsgewährung begründen, nicht erfüllt sind.

Die verbindliche Grundlage der Begutachtung stellt die Begutachtungsanleitung „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus gemäß ICD-10, F64.0“ dar. Diese enthält alle für die Begutachtung von geschlechtsangleichenden Maßnahmen 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.

Zu den sonstigen Anlässen zählen zudem Fragen zur Fahrtkostenübernahme bei stationären oder ambulanten Behandlungen nach § 60 SGB V, die insgesamt 11,9% der Begutachtungstätigkeit in diesem Feld ausmachen.

Tabelle 12: Begutachtungsergebnisse Sonstige Anlässe, 2023

Sonstige Anlässe Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Hospizleistungen nach § 39a SGB V	19.690	20,0	92,8%	0,4%	5,2%	1,6%
Med. Indikation eines geplanten operativen Eingriffs/plastisch-chirurgische Eingriffe	45.316	45,9	33,8%	12,1%	49,7%	4,4%
Bariatrische Chirurgie	5.284	5,4	67,9%	2,4%	27,0%	2,6%
Behandlung bei Transsexualismus	6.321	6,4	55,9%	9,2%	29,2%	5,7%
Kryokonservierung	140	0,1	35,7%	2,1%	29,3%	32,9%
Sonstige Fragen zur med. Indikation einer Behandlungsmaßnahme	1.943	2,0	17,7%	18,7%	52,3%	11,3%
Humangenetische Untersuchungsleistungen bei onkologischen Fragestellungen	2.685	2,7	21,0%	8,9%	61,1%	9,0%
Humangenetische Untersuchungsleistungen im Rahmen der Diagnostik seltener Erkrankungen	52	0,1	5,8%	3,8%	53,8%	36,5%
Sonstige Fragen zu humangenetischen Untersuchungsleistungen	102	0,1	29,4%	4,9%	35,3%	30,4%
Sonstige Anlässe zur SFB und zu Sozialmedizinischen Gutachten	4	0,0	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Fahrtkosten bei ambulanten oder stat. Behandlungen nach § 60 SGB V	5.242	5,3	45,0%	6,5%	39,4%	9,1%
Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten	11.756	11,9	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%

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 2023 wurden 1.614 Kontrollen von den Medizinischen Diensten mit einem Kontrollbericht abgeschlossen (durchgeführte Kontrollen). Tabelle 13 gibt einen Überblick über die Anzahl der Kontrollen 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 13: Anzahl der Qualitätskontrollen nach Kontrollgegenstand und Grund der Prüfung, 2023

Kontrollgegenstand nach Abschnitt der Richtlinie	Anzahl gesamt	davon:			
		Anhaltspunkte	Stichprobe	Anlassbezogen	Erneute Kontrolle nach MD-QK-RL § 15 Teil A Absatz 4
Kontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL (QS-Anforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V)	890	2	25	805	58
Kontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL (QS-Anforderungen nach § 136c Absatz 4 SGB V)	285	3	268	1	13
Kontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL (QS-Anforderungen nach § 136a Absatz 5 SGB V)	147	0	0	144	3
Kontrollen nach Abschnitt 5 Teil B MD-QK-RL (Einhaltung QS-Anforderungen nach § 136a Absatz 2 SGB V)	292	8	284	0	0
Durchgeführte Kontrollen gesamt	1.614	13	577	950	74

Kontrollen nach Abschnitt 1 (Richtigkeit der Dokumentation im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung) wurden nicht beauftragt. Erstmals wurde nach Abschnitt 5 Teil B der MD-QK-RL die Einhaltung Personalanforderungen der PPP-RL geprüft.

Die meisten der 1.614 durchgeführten Kontrollen waren anlassbezogene Kontrollen (58,9%). Stichprobenprüfungen wurden in 35,7% und anhaltspunktbezogene Kontrollen in 0,8% der Fälle durchgeführt. Stichprobenprüfungen wurden im Jahr 2023 bei Kontrollen nach den Abschnitten 3 und 5 Teil B der MD-QK-RL (Einhaltung Qualitätsanforderungen Notfallstufenregelungen und Einhaltung der

Personalanforderungen PPP-RL) durchgeführt. Fast alle Kontrollen erfolgten angemeldet vor Ort. Lediglich ca. 7% der Kontrollen wurden im rein schriftlichen Verfahren durchgeführt. Unangemeldete Kontrollen wurden auch im Jahr 2023 nicht beauftragt.

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 Lungendenergieabgabe 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
12. Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom

Tabelle 14: Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL, 2023

Richtlinie/Beschluss	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
QFR -RL	180	63,3%	35,6%	1,1%
QBAA-RL	300	57,0%	43,0%	0,0%
MHI-RL	207	58,0%	35,3%	6,8%
KiHe-RL	11	54,5%	45,5%	0,0%
KiOn-RL	35	74,3%	25,7%	0,0%
QSFFx-RL	0	-	-	-
QS-RL BLVR	54	85,2%	13,0%	1,9%

Richtlinie/Beschluss	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
QS Lungendenergie bei COPD	6	66,7%	16,7%	16,7%
QS-RL Liposuktion	72	69,4%	25,0%	5,6%
QS-RL LDR-Brachytherapie	8	87,5%	12,5%	0,0%
QS-B SZT In-vitro	5	60,0%	20,0%	20,0%
QS-B SZT MM	12	66,7%	25,0%	8,3%
Gesamt	890	62,4%	34,9%	2,7%

Im Jahr 2023 wurden 890 Kontrollen bei elf der oben genannten Strukturqualitätsrichtlinien durchgeführt. 90,4% dieser Prüfungen waren eine anlassbezogene Kontrolle. Dieser Beauftragungsgrund spiegelt 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 ist.

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 15: Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL Notfallstufenregelungen, 2023

Präzisierte Kontrollgegenstände Notfallstufenregelungen	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
Stufe 1: Basisnotfallversorgung	110	70,9%	29,1%	0,0%
Stufe 2: Erweiterte Notfallversorgung	57	70,2%	28,1%	1,8%
Stufe 3: Umfassende Notfallversorgung	39	76,9%	23,1%	0,0%
Modul Notfallversorgung Kinder	57	68,4%	31,6%	0,0%
Modul Spezialversorgung	12	100,0%	0,0%	0,0%
Modul Schlaganfallversorgung	5	100,0%	0,0%	0,0%
Modul Durchblutungsstörungen am Herzen	5	20,0%	80,0%	0,0%
Gesamt	285	71,9%	27,7%	0,4%

Nachdem im Jahr 2022 die stichprobenhafte Überprüfung pandemiebedingt ausgesetzt war, wurden im Jahr 2023 94% der 285 Kontrollen im Stichprobenverfahren durchgeführt. Die Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der pro Modul durchgeführten Kontrollen und ihre Ergebnisse.

Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL

Abschnitt 4 des „Besonderen Teils“ 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 CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien und Onasemnogen-Abeparvovec bei spinaler Muskelatrophie.

**Tabelle 16: Ergebnisse Kontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL je Anlage
ATMP-QS-RL/Arzneimittel, 2023**

Präzisierte Kontrollgegenstände ATMP-QS-RL	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
ATMP-QS-RL – CAR-T-Zellen	108	94,4%	5,6%	0,0%
ATMP-QS-RL – Onasemnogen-Abeparvovec spinale	39	97,4%	2,6%	0,0%
Gesamt	147	95,2%	4,8%	0,0%

Im Jahr 2023 erfolgten insgesamt 147 Kontrollen nach Abschnitt 4 der MD-QK-RL. 144 dieser Kontrollen waren anlassbezogen. Weitergehende Informationen zu den im Jahr 2023 durchgeführten Kontrollen finden sich in dem Bericht „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“.⁶

Abschnitt 5 Teil B MD-QK-RL

Der im August 2022 in Kraft getretene Abschnitt enthält Vorgaben zur Überprüfung der Anforderungen der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL).

Tabelle 17: Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 5 Teil B MD-QK-RL PPP, 2023

Richtlinie/Beschluss	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
PPP-RL gem. § 3 Buchstabe c der Richtlinie – Erwachsenenpsychiatrie	175	21,7%	73,1%	5,1%
PPP-RL gem. § 3 Buchstabe c der Richtlinie – Kinder- und Jugendpsychiatrie	64	23,4%	73,4%	3,1%
PPP-RL gem. § 3 Buchstabe c der Richtlinie – Psychosomatik	53	3,8%	0,0%	96,2%
Gesamt	292	18,8%	59,9%	21,2%

⁶ Der Bericht für das Jahr 2023 lag zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht vor. Der Bericht für das Jahr 2022 kann hier abgerufen werden: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5637/2023-07-27_Bericht_MD-Bund_QK_2022.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) wurde die Leistung der außerklinischen Intensivpflege in einen neuen Leistungsanspruch nach § 37c SGB V überführt. In diesem Zusammenhang wurden auch die Rahmenbedingungen für Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege neugestaltet. Dies hatte auch Auswirkungen auf die Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V. Die Vorgaben für Qualitätsprüfungen von Leistungserbringern der häuslichen Krankenpflege und für Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege wurden unterschiedlich ausgestaltet.

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.

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.

Der Medizinische Dienst berichtet dem Medizinischen Dienst Bund über seine Erfahrungen mit den nach § 275b SGB V durchzuführenden Prüfungen, über die Ergebnisse seiner Prüfungen sowie über seine Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung in der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege. Der Medizinische Dienst Bund hat die Erfahrungen und Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu den nach § 275b SGB V durchzuführenden Prüfungen sowie die Ergebnisse dieser Prüfungen in den Bericht nach § 114a Absatz 6 SGB XI einzubeziehen. Vor diesem Hintergrund werden in dem hier vorliegenden Bericht keine Ergebnisse zu den Prüfungen nach § 275b SGB V dargestellt, und es 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 – sowie den durchgeführten Behandlungen, kodiert nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS. Hinzu kommen 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 2022 wurden bundesweit etwa 16,8 Millionen Krankenhausbehandlungen durchgeführt⁷. Der Medizinische Dienst hat etwa 1,3 Millionen Krankenhausabrechnungen geprüft. In etwas über der Hälfte der geprüften Fälle wurde eine nicht korrekte Abrechnung (52,4%) festgestellt. Hauptgründe waren eine nicht angemessene Behandlungsdauer im Krankenhaus und eine nicht korrekte Verschlüsselung von Diagnosen. 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 Rechnerkorrektur war eine nicht angemessene Behandlungsdauer im Krankenhaus.

2018 lag die Zahl der Krankenhausabrechnungsprüfungen noch bei 2,58 Millionen. Mit dem „Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen“ hatte der Gesetzgeber 2020 mit Einführung des neuen § 275c SGB V die Krankenhausabrechnungsprüfung grundlegend reformiert. Mit dem Ziel, die Zahl der Prüfungen insgesamt deutlich zu senken, wurden Prüfquoten für die Abrechnungsprüfung von vollstationären Krankenhausbehandlungen eingeführt. 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 Beanstandungen. Zwar lässt sich in den letzten Jahren tatsächlich ein Rückgang der Menge der Abrechnungsprüfungen beobachten, die geprüften

⁷ Zahl der Krankenhaus-Behandlungen 2022 - Statistisches Bundesamt (destatis.de) (aufgerufen am 29.4.2024)

Abrechnungen betreffen jedoch zunehmend mehr und komplexere Fragen, sodass die Prüfungen durch den Medizinischen Dienst insgesamt aufwändiger geworden sind.

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 nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder Krankheitsverlauf erforderlich ist, 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 in diesem Zusammenhang 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 23 Fragen und für das PEPP-System 21 Fragen gültig. Die Fragen können einzeln, aber auch in Kombination gestellt werden und werden im Rahmen der Begutachtung jeweils getrennt beantwortet.

Im Jahr 2023 wurden im Durchschnitt 1,75 Fragen (DRG) bzw. 2,03 Fragen (PEPP) zu jeder zu prüfenden Abrechnung gestellt. Tabelle 16 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.
- 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 krankenhausspezifisch 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. Festgelegt 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 1.357.363 DRG-Prüfungen im Jahr 2023 waren die Rechnungen in...

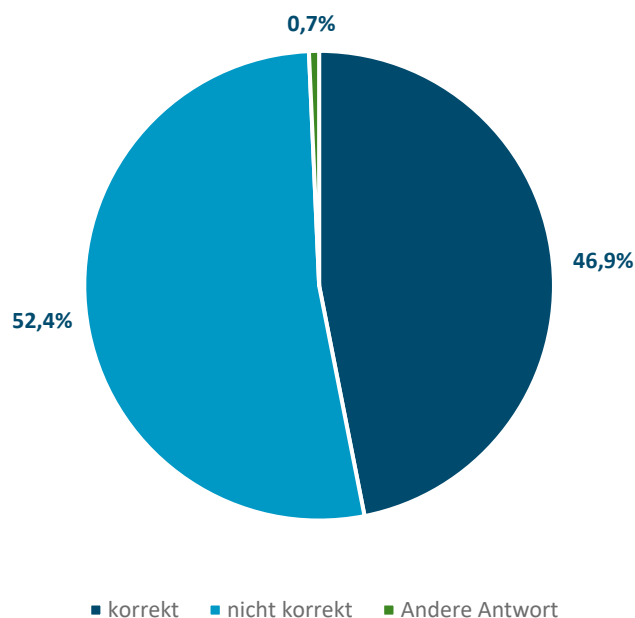


Abbildung 10: Begutachtungsergebnisse DRG gesamt, 2023

Tabelle 18: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Häufigkeit Fragestellungen, 2023

Fragestellung	Anzahl	Anteil	Rang
05 War die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer bzw. das Erreichen der UGVD medizinisch begründet?	419.244	30,9%	1
13 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	311.147	22,9%	2
01 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	298.190	22,0%	3

Fragestellung	Anzahl	Anteil	Rang
03 Bestand die Notwendigkeit der vollstationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	284.403	21,0%	4
12 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	277.345	20,4%	5
11 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	215.438	15,9%	6
04 War die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in vollem Umfang medizinisch begründet?	212.866	15,7%	7
10 Ist die DRG korrekt?	128.294	9,5%	8
18 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt (Anlagen 2/5, 4/6 FPV)?	103.761	7,6%	9
14 Ist die Anzahl der Beatmungsstunden korrekt?	45.690	3,4%	10
99 Sonstige Fragen DRG	45.139	3,3%	11
22 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	20.694	1,5%	12
17 Sind die abgerechneten sonstigen Entgelte korrekt (§ 6 KHEntgG)?	6.492	0,5%	13
06 War die Überschreitung der Mittleren Verweildauer bzw. das Erreichen der MVD medizinisch begründet?	3.022	0,2%	14
24 War die Mitaufnahme einer Begleitperson medizinisch begründet?	2.788	0,2%	15
23 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	1.860	0,1%	16
09 War Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	1.094	0,1%	17
02 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	998	0,1%	18
15 War die Verlegung in eine anderes KH medizinisch notwendig?	820	0,1%	19
26 Waren die Verlegung in dieses Krankenhaus und dort die gesamte Dauer der stationären Behandlung medizinisch erforderlich (Verlegung oder "Verbringung")?	501	0,0%	20
96 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (DRG)	308	0,0%	21
07 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	252	0,0%	22
19 Ist/sind der/die abgerechnete(n) Zuschläge korrekt?	218	0,0%	23

Die Indikation zu einer stationären Krankenhausbehandlung konnte 2023 in etwa 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 alleinige Frage nach einer korrekten DRG (Frage 10) erfüllt diese Anforderung nicht und muss daher in Kombination mit konkreten Auffälligkeiten gestellt werden. 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.

Wurde die Frage nach der korrekten DRG gestellt, führte eine Änderung der Kodierung durch die Gutachterin und den Gutachter des Medizinischen Dienstes in 30% der Fälle auch zu einer anderen als der abgerechneten DRG. Die Hälfte der geprüften Nebendiagnosen war korrekt kodiert, bei den Prozeduren wurden etwa 30% korrigiert. Die Anzahl der Beatmungsstunden wurde in etwa 17% der Fälle korrigiert.

Tabelle 19: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Ergebnisse, 2023

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
05 War die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer bzw. das Erreichen der UGVD medizinisch begründet?	55,8%	42,6%	0,9%	0,6%
13 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	28,1%	69,8%	1,7%	0,4%
01 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	28,7%	70,4%	0,6%	0,3%
03 Bestand die Notwendigkeit der vollstationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	44,3%	53,9%	1,3%	0,4%
12 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	39,8%	55,3%	3,7%	1,1%
11 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	31,7%	67,5%	0,5%	0,2%
04 War die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in vollem Umfang medizinisch begründet?	41,9%	56,1%	1,5%	0,5%
10 Ist die DRG korrekt?	30,1%	63,9%	5,8%	0,2%
18 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt (Anlagen 2/5, 4/6 FPV)?	27,3%	68,1%	3,5%	1,0%
14 Ist die Anzahl der Beatmungsstunden korrekt?	16,7%	81,4%	1,6%	0,3%
99 Sonstige Fragen DRG	24,3%	44,9%	28,0%	2,8%
22 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	47,1%	45,8%	6,0%	1,1%
17 Sind die abgerechneten sonstigen Entgelte korrekt (§ 6 KHEntgG)?	38,2%	45,8%	13,4%	2,5%

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
06 War die Überschreitung der Mittleren Verweildauer bzw. das Erreichen der MVD medizinisch begründet?	28,3%	66,8%	3,1%	1,8%
24 War die Mitaufnahme einer Begleitperson medizinisch begründet?	46,6%	48,9%	3,6%	1,0%
23 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	36,4%	58,3%	4,3%	1,0%
09 War Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	10,8%	79,4%	8,0%	1,8%
02 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	30,1%	56,2%	5,4%	8,3%
15 War die Verlegung in eine anderes KH medizinisch notwendig?	54,0%	33,4%	5,2%	7,3%
26 Waren die Verlegung in dieses Krankenhaus und dort die gesamte Dauer der stationären Behandlung medizinisch erforderlich (Verlegung oder "Verbringung")?	37,1%	49,1%	9,8%	4,0%
96 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (DRG)	10,1%	69,5%	20,5%	0,0%
07 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	35,7%	53,2%	8,7%	2,4%
19 Ist/sind der/die abgerechnete(n) Zuschläge korrekt?	27,1%	66,1%	6,0%	0,9%

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

Fragestellungen zu KHEntG nach § 17d KHG (PEPP)

Prüfungen bei Krankenhausbehandlung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen machten im Jahr 2023 insgesamt 4,5% aller Krankenhausabrechnungsprüfungen aus. 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 etwa 20% aller Fragen aus. Die Indikation zur stationären Aufnahme wurde in 20% hinterfragt.

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). Jede zehnte Frage

wurde zur korrekten Abrechnung der ergänzenden Tagesentgelte gestellt. Tabelle 21 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 die gesamte Verweildauer eines Falls nicht bestätigen. Eine untere oder obere Grenzverweildauer ist anders als im DRG-System im PEPP-System nicht definiert.

Etwa 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 alleinige Frage nach einer korrekten PEPP (Frage 52) erfüllt diese Anforderung nicht und muss daher in Kombination mit konkreten Auffälligkeiten gestellt werden. 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.

Wurde die Frage nach der korrekten PEPP gestellt, führte eine von der Gutachterin oder dem Gutachter geänderte Kodierung in etwa 16% der Prüffälle zu einer anderen als der abgerechneten PEPP. Etwa ein Fünftel der geprüften Nebendiagnosen war nicht korrekt kodiert; bei den Prozeduren wurden etwa 38% korrigiert. Die korrekte Abrechnung von Zusatzentgelten (Anlage 3, 4 PEPPV) konnte in 72% der Fälle bestätigt werden. Die nicht mit einer Bewertungsrelation versehenen, also unbewerteten, krankenhaushausindividuell zu vereinbarenden PEPP-Entgelte zu vollstationärer, teilstationärer Versorgung oder stationsäquivalenter Behandlung (§ 6-Entgelte) waren in etwa einem Viertel der Fälle nicht korrekt abgerechnet.

Von 65.153 PEPP-Prüfungen waren die Rechnungen in.....

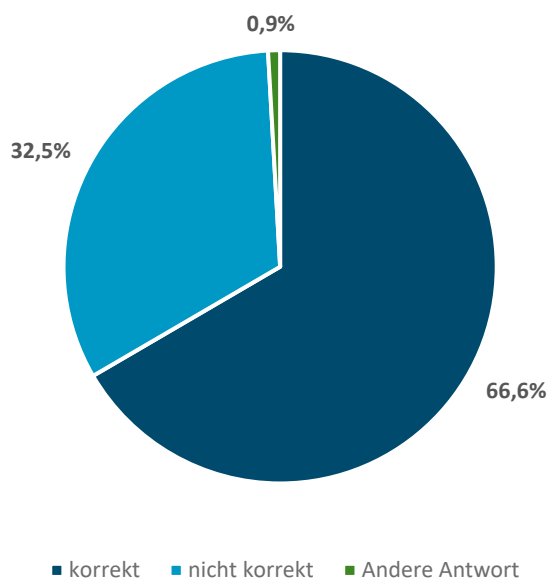


Abbildung 11: Begutachtungsergebnisse PEPP, 2023

**Tabelle 20: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V,
PEPP-Häufigkeit Fragestellungen, 2023**

Fragestellung	Anzahl	Anteil	Rang
43 Bestand die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	53.770	82,5%	1
55 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	17.220	26,4%	2
54 Ist /sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	15.550	23,9%	3
41 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	12.744	19,6%	4
53 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	11.027	16,9%	5
59 Sind die abgerechneten Ergänzenden Tagesentgelte (Anlage 5 PEPPV) korrekt?	7.211	11,1%	6
56 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt (Anlagen 3, 4 PEPPV)?	6.448	9,9%	7
52 Ist die PEPP korrekt?	4.252	6,5%	8
98 Sonstige Fragen PEPP	2.519	3,9%	9
57 Sind die abgerechneten § 6-Entgelte (Anlage 1b, 2b, 6b PEPPV) korrekt?	703	1,1%	10
60 Wurden die Anforderungen an die Dokumentation entsprechend der Vereinbarung nach § 115d Absatz 2 SGB V (StäB) eingehalten?	303	0,5%	11
48 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	271	0,4%	12
46 War die Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	141	0,2%	13
50 Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?	99	0,2%	14
42 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	82	0,1%	15
51 Wurde der Patient entsprechend der Erkrankung in der richtigen Fachabteilung (Psychiatrie/Psychosomatik) behandelt?	77	0,1%	16
45 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	49	0,1%	17
44 War die Verlegung in ein anderes KH medizinisch notwendig?	11	0,0%	18

Fragestellung	Anzahl	Anteil	Rang
97 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (PEPP)	10	0,0%	19
49 Bestand die Notwendigkeit zum Wechsel der Fachabteilung bei der Wiederaufnahme innerhalb der Fristen nach § 2 PEPPV?	9	0,0%	20
47 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	6	0,0%	21

Tabelle 21: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Ergebnisse, 2023

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 ...?	18,7%	79,7%	1,1%	0,5%
55 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	37,8%	57,5%	3,4%	1,3%
54 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	19,2%	71,2%	7,8%	1,8%
41 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	7,2%	91,6%	1,0%	0,2%
53 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	15,3%	83,7%	0,7%	0,3%
59 Sind die abgerechneten Ergänzenden Tagesentgelte (Anlage 5 PEPPV) korrekt?	36,6%	55,9%	0,5%	7,0%
56 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt (Anlagen 3, 4 PEPPV)?	23,3%	72,0%	2,8%	1,9%
52 Ist die PEPP korrekt?	15,8%	80,6%	3,3%	0,3%
98 Sonstige Fragen PEPP	17,0%	47,1%	33,9%	2,0%
57 Sind die abgerechneten § 6-Entgelte (Anlage 1b, 2b, 6b PEPPV) korrekt?	26,6%	65,7%	4,8%	2,8%
60 Wurden die Anforderungen an die Dokumentation entsprechend der Vereinbarung nach § 115d Absatz 2 SGB V (StäB) eingehalten?	11,9%	79,5%	5,6%	3,0%
48 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	13,3%	80,8%	4,1%	1,8%
46 War die Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	2,1%	92,9%	3,5%	1,4%

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
50 Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?	32,3%	60,6%	7,1%	0,0%
42 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	17,1%	79,3%	3,7%	0,0%
51 Wurde der Patient entsprechend der Erkrankung in der richtigen Fachabteilung (Psychiatrie/ Psychosomatik) behandelt?	3,9%	89,6%	2,6%	3,9%
45 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	12,2%	67,3%	8,2%	12,2%
44 War die Verlegung in ein anderes KH medizinisch notwendig?	9,1%	90,9%	0,0%	0,0%
97 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (PEPP)	20,0%	80,0%	0,0%	0,0%
49 Bestand die Notwendigkeit zum Wechsel der Fachabteilung bei der Wiederaufnahme innerhalb der Fristen nach § 2 PEPPV?	0,0%	77,8%	11,1%	11,1%
47 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%

5 Prüfung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern nach § 275d SGB V

Durch das am 1. Januar 2020 in Kraft getretene MDK-Reformgesetz 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) 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).

Nach § 275d SGB V haben Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen des OPS durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie die Leistung abrechnen. Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst ein Gutachten über die Ergebnisse der Strukturprüfung und bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung. 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.

Grundlage der Begutachtung ist die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V (StrOPS-RL). Die StrOPS-RL legt die Einzelheiten zu Ablauf und Fristen der OPS-Strukturprüfungen fest. Krankenhäuser beantragen 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 in der Regel eine Gültigkeit von einem oder zwei Jahren. Bei welchen OPS-Kodes die Gültigkeitsdauer ein Jahr beträgt, ist in der StrOPS-RL 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. Dem Berichtszeitraum liegen die StrOPS-RL OPS Version 2022 und 2023 zugrunde.

Die StrOPS-RL 2022 sah vor, dass Krankenhäuser bei vorgesehener erstmaliger Erbringung einer Leistung die Leistungserbringung auch unterjährig beginnen können. Hatte das Krankenhaus zum Zeitpunkt der Antragstellung die Leistung noch nicht erbracht, erfolgte ein zweizeitiges Prüfverfahren. Dieses bestand aus einer auf einem Planungskonzept basierenden Planungsprüfung und einer Strukturprüfung, nachdem die Leistung drei Monate lang erbracht worden ist. Mit dem neuen § 275d Absatz 1a SGB V wurde eine Rechtsgrundlage für die erstmalige Abrechnung bzw. für die erstmalige und erneute Leistungserbringung von OPS-Kodes geschaffen. Zeitlich begrenzt sind in den genannten Fällen seit 2023 Abrechnungen ohne vorangehende Prüfung durch den Medizinischen Dienst möglich. Vor diesem Hintergrund konnten Anträge zur Planungsprüfung letztmalig bis zum 30. April 2024 gestellt werden (Übergangsregelung).

Im Jahr 2022 war eine Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung nur noch für im Jahr 2021 beantragte Prüfungen und nur bis zum 30. Juni 2022 möglich. Die Praxiserfahrungen hatten

gezeigt, dass Wiederholungsprüfungen in großem Umfang parallel zu einem Widerspruch des Erstantrages beantragt wurden, was zu Rechtsunsicherheiten geführt hat.

Allgemeine Hinweise zu den dargestellten Ergebnissen

Bei den am Ende des Berichts dargestellten Jahresstatistiken handelt es sich um eine summarische Darstellung der von den 15 Medizinischen Diensten in den Jahren 2022 und 2023 durchgeführten Strukturprüfungen, die mit Versand eines positiven oder negativen Bescheides zur Einhaltung oder Nichteinhaltung von OPS-Strukturmerkmalen abgeschlossen wurden. Als Datum des Abschlusses einer Prüfung wurde das Versanddatum des Bescheides herangezogen.

Maßgeblich für die Jahres-Zuordnung war das Antragsjahr der Prüfung. Das heißt, dass in 2022 beantragte Prüfungen dem Jahr 2022 zugeordnet wurden, auch wenn sie ggf. erst im 1. Quartal 2023 mit einem Bescheid abgeschlossen wurden.

Turnusgemäße Prüfungen wurden im Jahr 2023 mit 92,8% am häufigsten beantragt (12.213 Prüfungen). Es handelt sich um 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 2022 (7.512 Prüfungen) deutliche höhere Anzahl turnusgemäßer Prüfungen im Jahr 2023 erklärt sich dadurch, dass OPS-Kodes mit zweijähriger Laufzeit der Bescheinigung im Jahr 2022 nicht begutachtet wurden.

Eine Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen erfolgte in 97 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. Nur die vom Krankenhaus gemeldeten, vorübergehend nicht eingehaltenen Strukturmerkmale begutachtet dann der Medizinische Dienst.

Tabelle 22: Anzahl durchgeführter Strukturprüfungen nach Antragsart, 2023

	Anzahl	Anteil
Anzahl durchgeführter Prüfungen gesamt	13.167	100%
Turnusgemäße Prüfung	12.213	92,8%
Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V	97	0,7%
Erstmalige oder erneute Leistungserbringung	415	3,2%
Antrag zur Planungsprüfung	82	0,6%
Strukturprüfung nach Planungsprüfung	144	1,1%
Antrag bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes	6	0,0%
Begutachtung nach Widerspruch Antragsjahr der Ausgangsprüfung 2022	144	1,1%
Begutachtung nach Widerspruch Antragsjahr der Ausgangsprüfung 2023	53	0,4%

In den Jahren 2022 und 2023 waren insgesamt 54 abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen zu überprüfen.

Zu beachten ist, dass pandemiebedingt im Zeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2022 einzelne Strukturmerkmale des OPS entsprechend der Auflistung des BfArM gemäß § 25 Absatz 2 KHG von der Prüfung von Strukturmerkmalen ausgeschlossen waren. Betroffen waren die OPS-Kodes zur Intensivmedizin (8-980, 8-98d, 8-98f), zur Beatmungsentwöhnung (8-718.8, 8-718.9), zur Schlaganfallbehandlung (8-98b.2, 8-98b.3, 8-981.2, 8-981.3) sowie die Hygienekodes (8-987.0, 8-987.1, 8-98g.0, 8-98g.1). Ist eine Begutachtung gemäß § 25 Absatz 4 Satz 3 KHG ausgeschlossen, gilt das entsprechende Strukturmerkmal als eingehalten.

Die 54 im Jahr 2023 geprüften OPS-Kodes wurden in sieben Kategorien zusammengefasst und in den folgenden Tabellen die Anzahl und Ergebnisse summarisch dargestellt (alle Antragsarten).

Tabelle 23: Anzahl und Ergebnisse durchgeführter Strukturprüfungen nach OPS-Kode, 2023

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	705	95,6%	4,4%
8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	349	98,0%	2,0%
8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	85	95,3%	4,7%
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	532	99,2%	0,8%
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	208	99,0%	1,0%
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	291	96,2%	3,8%
8-98h.0	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst	130	95,4%	4,6%
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	210	94,8%	5,2%
8-559	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation	91	97,8%	2,2%
8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	263	99,2%	0,8%
8-981.2	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	233	87,1%	12,9%
8-981.3	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien u. intrakraniellen Eingriffen	184	92,9%	7,1%

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
8-98b.2	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes	102	90,2%	9,8%
8-98b.3	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes	105	87,6%	12,4%
Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern (Hygienekodes)				
8-98g.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	83	95,2%	4,8%
8-98g.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	1.252	99,3%	0,7%
8-987.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE): Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	83	94,0%	6,0%
8-987.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE): Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	1.237	99,4%	0,6%
Intensivmedizinische Komplexbehandlung, Beatmungsentwöhnung (Weaning)				
8-718.8	Beatmungsentwöhnung (Weaning) bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	286	95,8%	4,2%
8-718.9	Beatmungsentwöhnung (Weaning) bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	73	91,8%	8,2%
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1.105	98,9%	1,1%
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)	83	86,7%	13,3%
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	847	91,5%	8,5%
Psychiatrische und psychosomatische Behandlungen				
9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie	92	100,0%	0,0%
9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	926	99,4%	0,6%
9-61	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	518	99,8%	0,2%

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	572	98,6%	1,4%
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	191	95,8%	4,2%
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	54	98,1%	1,9%
9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)	35	100,0%	0,0%
9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	367	99,7%	0,3%
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	324	99,4%	0,6%
9-67	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	251	99,2%	0,8%
9-68	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	47	100,0%	0,0%
9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen	23	100,0%	0,0%
9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen	72	97,2%	2,8%
9-801	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	18	88,9%	11,1%
Teilstationäre pädiatrische Leistungen				
1-221	Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit	38	100,0%	0,0%
1-945	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit	218	99,1%	0,9%

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie	Anzahl Prü- fungen	Strukturmerk- male	
		eingehalten	nicht eingehalten
1-999.3 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit	109	100,0%	0,0%
5-709.0: Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen	30	100,0%	0,0%
8-01a Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen	132	99,2%	0,8%
8-644 Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von internem Herzschrittmacher, Stimulationssystem zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder implantiertem Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen	28	100,0%	0,0%
8-934 Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekanntem Ausmaßes bei Kindern	72	100,0%	0,0%
9-985 Teilstationäre pädiatrische Behandlung	100	100,0%	0,0%
Sonstige Komplexbehandlungen			
8-975.2 Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung	8	87,5%	12,5%
8-977 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems	73	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	177	98,9%	1,1%
8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker (Qualifizierter Entzug)	19	89,5%	10,5%
8-986 Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung	13	100,0%	0,0%
8-988 Spezielle Komplexbehandlung der Hand	53	96,2%	3,8%

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 Gutachten. Die interne QS führt jeder Medizinische Dienst vierteljährlich für seine Gutachten durch.
- Die bundesweit-übergreifende Qualitätssicherung, bei der eine Teilstichprobe der Gutachten aus der internen QS eines Medizinischen Dienstes im folgenden Quartal durch zufällig ausgewählte andere Medizinische Dienst geprüft wird.

Bei der dienstinternen und bei der bundesweit-übergreifenden Qualitätssicherung wird geprüft, ob die einzelfallbezogene Begutachtung und Prüfung 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 Gutachten 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 Gutachten 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 12: 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“ meint, dass Mindestanforderungen an die Qualität des Gutachtens zwar erfüllt sind, jedoch Verbesserungsmöglichkeiten bestehen. „Nicht erfüllt“ bedeutet, dass das Gutachten Mängel aufweist, die dazu führen, dass das Gutachten nicht den definierten Qualitätsanforderungen entspricht. 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 bundesweit-übergreifenden QS ausgewertet. Sofern ein Gutachten in der dienstinternen QS anders bewertet wird als in der übergreifenden QS, wird über einen Konsensprozess entsprechend dem Peer-Review-Verfahren angestrebt, zu einer einheitlichen Bewertung zu kommen. Bleiben auch danach unterschiedliche Bewertungen bestehen, wird das Gutachten einer Konsensuskonferenz vorgelegt, in der alle Medizinischen Dienste vertreten sind. Diese entscheidet über die abschließende Bewertung und legt damit das Qualitätsverständnis für das künftige Vorgehen bei vergleichbaren Begutachtungen und Prüfungen fest. Jeder Medizinische Dienst kann jederzeit die Bewertung seiner Gutachten einsehen und auf Mängel schnell mit Verbesserungen reagieren. Gutachten mit dem Ergebnis

„Verbesserungspotenzial“ 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 Gutachten jedes Begutachtungsbereichs an das QSKV-Portal – die für alle Medizinischen Dienste einheitliche IT-Plattform. Das QSKV-Portal teilt jedem Gutachten dieser Liste automatisch eine pseudonymisierte Nummer zu und zieht aus allen vergebenen Nummern die Zufallsstichprobe für die interne QS. Aus dieser Gutachten-Stichprobe werden nach demselben Prinzip nochmals mindestens 10% der Gutachten für die übergreifende Qualitätssicherung ausgewählt. Ebenfalls automatisch werden jedem Medizinischen Dienst diejenigen Gutachten 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 14. März 2024 für den Berichtszeitraum 2022 und am 2. April 2024 für den Berichtszeitraum 2023 von der Geschäftsstelle QSKV beim Medizinischen Dienst Bund durch Datenabzug aus der gemeinsamen IT-Plattform gemäß § 278 Absatz 4 Nummer 3 exportiert. Für den Bezug zum Jahresbericht ist das Freigabedatum des Gutachtens 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 2023 den Konsensprozess noch nicht vollständig und die Ergebnisse des 4. Quartals 2023 den Konsensprozess noch gar nicht durchlaufen. Das Quartal 3 des Jahres 2023 fließt daher mit der zunächst primären, übergreifenden Qualitätsbewertung in die Ergebnisdarstellung ein. Der Prüfzeitraum des 4. Quartals 2023 läuft zum Zeitpunkt der Berichterstellung. Das 4. Quartal 2023 ist daher in den Ergebnistabellen noch nicht enthalten. In Zukunft werden zusätzlich zu den Sozialmedizinischen Gutachten auch die neu definierten Sozialmedizinischen Gutachtlichen Stellungnahmen in die QSKV aufgenommen werden.

Die folgenden Tabellen enthalten die Ergebnisse der dienstinternen und der bundesweit-übergreifenden Qualitätssicherung für die Jahre 2022 und 2023 getrennt nach den Hauptanlassgruppen (entspricht „Begutachtungsbereichen“). Die Ergebnisse werden für die vier Themenkomplexe als gewichtetes Mittel gebildet und als Bundeswert ausgewiesen. Der Begutachtungsbereich „Ambulante Leistungen“ ist seit Oktober 2022 und der Begutachtungsbereich „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung“ seit dem Jahr 2023 Gegenstand der Qualitätssicherung. Entsprechend dieser Zeiten sind die Ergebnisse dieser Begutachtungsbereiche in den Tabellen enthalten.

Tabelle 24: QSKV – Ergebnisse der dienstinternen Qualitätssicherung in den Jahren 2022 und 2023

Dienstinternes Prüfergebnis ¹	Bewertung ²	Themenkomplex ³ Struktur und Vollständigkeit	Themenkomplex ³ Formale Verständlichkeit	Themenkomplex ³ Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit	Themenkomplex ³ Datenschutz und Mitteilungspflichten
Begutachtungsbereich⁴ Arbeitsunfähigkeit n=626 (2022); n=569 (2023)					
% erfüllt	2022	94,3	89,3	88,3	93,4
	2023	95,3	92,0	89,3	95,8
% Verbesserungspotential	2022	3,0	8,2	8,5	5,1
	2023	3,1	6,5	8,4	3,7
% nicht erfüllt	2022	2,7	2,6	3,2	1,6
	2023	1,6	1,5	2,2	0,5
Begutachtungsbereich Stationäre Leistungen und Krankenhausabrechnungsprüfungen n=920 (2022); n=810 (2023)					
% erfüllt	2022	97,5	97,0	96,6	98,5
	2023	98,0	96,9	97,4	99,1
% Verbesserungspotential	2022	2,0	2,3	2,2	1,2
	2023	1,2	2,8	2,1	0,9
% nicht erfüllt	2022	0,6	0,7	1,2	0,3
	2023	0,9	0,3	0,4	0,0
Begutachtungsbereich Ambulante Leistungen n=196 (Oktober-Dezember 2022); n=547 (2023)					
% erfüllt	2022	91,8	90,6	90,3	93,8
	2023	95,9	94,3	94,2	98,1
% Verbesserungspotential	2022	5,2	8,0	8,8	6,2
	2023	3,6	5,1	4,3	1,7
% nicht erfüllt	2022	2,7	1,4	0,9	0,0
	2023	0,4	0,7	1,5	0,2
Begutachtungsbereich Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation n=656 (2022); n=626 (2023)					
% erfüllt	2022	93,2	92,5	89,7	95,9
	2023	94,1	91,4	88,6	96,9
% Verbesserungspotential	2022	5,0	5,9	7,3	3,2
	2023	3,0	5,9	8,9	2,6
% nicht erfüllt	2022	1,8	1,7	3,0	0,9
	2023	2,9	2,7	2,5	0,5

Dienstinternes Prüfergebnis ¹	Bewertung ²	Themenkomplex ³ Struktur und Vollständigkeit	Themenkomplex ³ Formale Verständigkeit	Themenkomplex ³ Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit	Themenkomplex ³ Datenschutz und Mitteilungspflichten
Begutachtungsbereich Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV n=629 (2022); n=562 (2023)					
% erfüllt	2022	91,4	93,2	92,5	97,8
	2023	93,8	95,1	94,5	99,4
% Verbesserungspotential	2022	6,7	5,0	4,9	1,7
	2023	3,5	3,9	4,3	0,6
% nicht erfüllt	2022	1,9	1,7	2,6	0,4
	2023	1,7	1,0	1,1	0,0
Begutachtungsbereich Behandlungsfehler n=562 (2022); n=255 (2023)					
% erfüllt	2022	95,1	98,2	98,0	98,8
	2023	97,6	98,8	99,3	99,7
% Verbesserungspotential	2022	3,6	1,5	1,7	0,9
	2023	2,2	1,2	0,6	0,3
% nicht erfüllt	2022	1,2	0,3	0,3	0,3
	2023	0,2	0,1	0,2	0,0
Begutachtungsbereich Zahnmedizin n=231 (2022); n=182 (2023)					
% erfüllt	2022	92,1	96,4	95,9	99,6
	2023	88,9	95,8	94,9	98,4
% Verbesserungspotential	2022	5,7	3,5	3,7	0,4
	2023	9,6	3,2	3,6	1,6
% nicht erfüllt	2022	2,2	0,1	0,4	0,0
	2023	1,5	0,9	1,6	0,0
Begutachtungsbereich Sonstige Anlässe⁵ n=549 (2022); n=472 (2023)					
% erfüllt	2022	91,6	92,0	89,3	97,6
	2023	95,8	94,4	94,0	98,1
% Verbesserungspotential	2022	5,4	6,4	8,7	2,0
	2023	3,2	4,9	5,0	1,9
% nicht erfüllt	2022	3,0	1,6	1,9	0,3
	2023	1,0	0,7	1,0	0,0

Dienstinternes Prüfergebnis ¹	Bewertung ²	Themenkomplex ³ Struktur und Vollständigkeit	Themenkomplex ³ Formale Verständlichkeit	Themenkomplex ³ Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit	Themenkomplex ³ Datenschutz und Mitteilungspflichten
Begutachtungsbereich Neue Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung n=533 (2023)					
% erfüllt	2022	-	-	-	-
	2023	96,4	94,5	91,3	99,0
% Verbesserungspotential	2022	-	-	-	-
	2023	2,7	4,6	6,9	0,6
% nicht erfüllt	2022	-	-	-	-
	2023	0,9	0,9	1,8	0,3

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 25: QSKV – Ergebnisse der bundesweit-übergreifenden Qualitätssicherung
in den Jahren 2022 und 2023**

Bundesweit über- greifendes Prüfergebnis ¹	Bewer- tung ²	Themenkom- plex ³ Struktur und Vollständig- keit	Themenkom- plex ³ Formale Verständlichkeit	Themenkom- plex ³ Sozialme- dizinische Plau- sibilität und Nachvollzieh- barkeit	Themenkom- plex ³ Daten- schutz und Mitteilungs- pflichten
Begutachtungsbereich⁴ Arbeitsunfähigkeit n=626 (2022); n=569 (2023)					
% erfüllt	2022	91,1	84,6	83,0	93,7
	2023	93,5	87,7	85,5	94,1
% Verbesse- rungspotential	2022	6,2	11,4	14,1	5,1
	2023	4,4	9,8	12,2	4,7
% nicht erfüllt	2022	2,7	4,0	3,0	1,2
	2023	2,2	2,5	2,3	1,2
Begutachtungsbereich Stationäre Leistungen und Krankenhausabrechnungsprüfungen n=920 (2022); n=810 (2023)					
% erfüllt	2022	95,4	95,4	95,2	98,7
	2023	95,7	96,5	96,1	98,8
% Verbesse- rungspotential	2022	3,3	3,5	4,0	1,2
	2023	2,3	3,0	3,1	1,2
% nicht erfüllt	2022	1,3	1,1	0,8	0,1
	2023	2,0	0,5	0,8	0,0
Begutachtungsbereich Ambulante Leistungen n=196 (Oktober-Dezember 2022); n=547 (2023)					
% erfüllt	2022	91,0	92,3	90,0	97,7
	2023	93,2	91,5	92,0	97,3
% Verbesse- rungspotential	2022	7,3	6,4	7,9	2,3
	2023	4,5	7,1	7,0	2,5
% nicht erfüllt	2022	1,8	1,2	2,1	0,0
	2023	2,4	1,3	1,0	0,2
Begutachtungsbereich Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation n=656 (2022); n=626 (2023)					
% erfüllt	2022	90,6	90,9	86,9	96,1
	2023	91,8	90,8	86,3	96,9
% Verbesse- rungspotential	2022	6,6	7,1	10,5	3,2
	2023	5,5	7,4	11,2	2,7
% nicht erfüllt	2022	2,7	2,0	2,7	0,7
	2023	2,6	1,8	2,4	0,4

Bundesweit übergreifendes Prüfergebnis ¹	Bewertung ²	Themenkomplex ³ Struktur und Vollständigkeit	Themenkomplex ³ Formale Verständlichkeit	Themenkomplex ³ Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit	Themenkomplex ³ Datenschutz und Mitteilungspflichten
Begutachtungsbereich Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV n=629 (2022); n=562 (2023)					
% erfüllt	2022	88,1	90,8	89,1	96,9
	2023	92,8	91,9	90,3	98,0
% Verbesserungspotential	2022	8,5	6,7	8,3	3,1
	2023	5,7	6,6	7,7	1,8
% nicht erfüllt	2022	3,4	2,5	2,6	0,0
	2023	1,5	1,5	2,1	0,2
Begutachtungsbereich Behandlungsfehler n=562 (2022); n=255 (2023)					
% erfüllt	2022	89,8	95,2	93,7	97,6
	2023	92,9	97,6	96,9	98,9
% Verbesserungspotential	2022	8,2	4,5	5,5	2,4
	2023	6,9	2,4	2,9	1,1
% nicht erfüllt	2022	2,0	0,3	0,9	0,0
	2023	0,3	0,0	0,3	0,0
Begutachtungsbereich Zahnmedizin n=231 (2022); n=182 (2023)					
% erfüllt	2022	83,2	90,8	84,6	97,8
	2023	86,7	94,3	86,7	100
% Verbesserungspotential	2022	11,4	8,3	11,2	2,2
	2023	9,8	5,2	10,2	0,0
% nicht erfüllt	2022	5,3	1,0	4,2	0,0
	2023	3,6	0,5	3,1	0,0
Begutachtungsbereich Sonstige Anlässe⁵ n=549 (2022); n=472 (2023)					
% erfüllt	2022	87,7	88,3	84,8	95,9
	2023	92,9	90,0	87,3	94,6
% Verbesserungspotential	2022	8,5	8,9	11,9	3,4
	2023	5,7	8,5	9,8	4,8
% nicht erfüllt	2022	3,8	2,7	3,4	0,6
	2023	1,4	1,4	2,9	0,6

Bundesweit übergreifendes Prüfergebnis ¹	Bewertung ²	Themenkomplex ³ Struktur und Vollständigkeit	Themenkomplex ³ Formale Verständlichkeit	Themenkomplex ³ Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit	Themenkomplex ³ Datenschutz und Mitteilungspflichten
Begutachtungsbereich Neue Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung n=533 (2023)					
% erfüllt	2022	-	-	-	-
	2023	93,6	93,5	86,4	96,1
% Verbesserungspotential	2022	-	-	-	-
	2023	3,9	5,9	10,7	3,6
% nicht erfüllt	2022	-	-	-	-
	2023	2,5	0,7	3,0	0,3

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“, wurden fälschlich unterlassene Wortschwärzungen als „nicht erfüllt“ oder „Verbesserungspotential“ dienstintern im Sinne eines Verstoßes bewertet. Dabei handelte sich nicht um Verletzungen im Sinne des gesetzlich notwendigen Schutzes von Sozialdaten, sondern um mangelnde Schwärzungen im Rahmen des Prozessablaufes der Qualitätssicherung. Im Rahmen des Konsensprozesses wurden schlussfolgernd in der bundesweit-übergreifenden Bewertung diese dienstinternen Bewertungen korrigiert und Hinweise zur Effektivitätssteigerung im Prozessablauf gegeben. Andere „nicht erfüllt“ Bewertungen ergaben sich aus der Einschätzung, dass noch mehr Datensparsamkeit möglich gewesen wäre. Ebenso ist es vorgekommen, dass irrelevante Ausführungen fälschlich im Themenkomplex „Datenschutz und Mitteilungspflichten“ bewertet wurden, obgleich der Aspekt der erforderlichen Stringenz im Themenkomplex „Verständlichkeit“ verortet ist.

Arbeitsunfähigkeit

Die Anforderungen an die „Struktur und Vollständigkeit“ sowie den „Datenschutz“ wurden 2023 bei bundesweit übergreifenden Gutachtenbewertungen bei 93,5 und 94,1% der Gutachten aus dem Bereich „Arbeitsunfähigkeit“ als „erfüllt“ angesehen. Bei den Anforderungen an die „Formale Verständlichkeit“ und „Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit“ lag die Bewertung „erfüllt“ bei 87,7 und 85,5%. Verbesserungspotenziale wurden bei 9,8 und 12,2% gesehen. Die aufgezeigten Verbesserungspotenziale begründen sich vielfach in der Widerspiegelung von dynamischen Krankheitsverläufen, der hohen Bedeutung von Kontextfaktoren und komplexen Anfragen der Krankenkassen in den Gutachten, denen mit gegebenenfalls anzufordernden, aktuellen Befundberichten und deren nachvollziehbarer gutachtlicher Darstellung und Empfehlung zu begegnen ist. Die Verbesserungspotenziale waren Gegenstand von Schulungen, um die Darstellung auch dieser Gutachteninhalte weiter zu optimieren.

Stationäre Leistungen und Krankenhausabrechnungsprüfungen

In der bundesweit übergreifenden Gutachtenbewertung 2023 wurde in allen vier Themenkomplexen mit 95,2 bis maximal 98,7% ein hoher Anteil für „erfüllte“ Anforderungen festgestellt. Verbesserungspotential ergibt sich im Hinblick auf eine erforderliche Anpassung an untergesetzliche Normen und die Nachvollziehbarkeit eines Gutachtens durch konkrete Benennung der dem Gutachten zugrunde

liegenden Unterlagen bzw. der vom Krankenhaus nicht vorgelegten Unterlagen. Damit hat der Bereich, in dem die Medizinischen Dienste die meisten Begutachtungen und Prüfungen durchführen, zugleich am besten in der Qualitätssicherung abgeschnitten.

Ambulante Leistungen

In allen vier Themenkomplexen sind 2023 für die Gutachten in der bundesweit übergreifenden Gutachtenbewertung 91,5 bis 97,3% erfüllte Anforderungen bewertet worden. Der Begutachtungsbereich beinhaltet viele kleine, aber fachlich sehr unterschiedliche Begutachtungsanlässe, bei denen aufgrund der jeweiligen speziellen fachlichen Schwerpunkte der darzulegenden Sachverhalte eine Aufteilung in psychiatrisch-psychotherapeutische Anlässe und somatisch-medizinische Anlässe zu überlegen ist.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung

Dieser Begutachtungsbereich ist wie erwähnt erst im Januar 2023 in die Qualitätssicherung integriert worden. Daher beziehen sich die Ergebnisse nur auf das Jahr 2023. Die Bewertungen der Gutachten für die Themenkomplexe „Struktur und Vollständigkeit“, „Formale Verständlichkeit“ und „Datenschutz“ ergaben bundesweit übergreifend 93,6, 93,5 und 96,1% erfüllte Anforderungen. Bzgl. der Anforderungen an die „Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit“ liegen die Bewertungen für erfüllte Anforderungen bei 86,4% und bei 10,7% für „Verbesserungspotential“. Die aufgezeigten Verbesserungspotentiale begründen sich vielfach in der Bedeutung der Darlegung von aktueller Datenlage und Therapiealternativen.

Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation

Die Anforderungen an die „Struktur und Vollständigkeit“, die „Formale Verständlichkeit“ und an „Datenschutz und Mitteilungspflichten“ waren 2023 für Gutachten in der bundesweit übergreifenden Bewertung mit 90,8 bis 96,9% erfüllt. Die Anforderungen an die „Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit“ waren in 86,3% erfüllt. Verbesserungspotenzial wurde hier in 11,2% gesehen, wobei dieses sich vor allem auf Funktionsdiagnosen und Kontextfaktoren bezieht. Deren Bedeutung wurde in Schulungen nochmals besonders hervorgehoben.

Hilfsmittel und Hilfsmittelnahe Medizinprodukte

Die Anforderungen an die „Struktur und Vollständigkeit“, „Formale Verständlichkeit“ und an „Datenschutz und Mitteilungspflichten“ waren 2023 in der bundesweit übergreifenden Bewertung mit 91,9 bis 98,0% erfüllt. Die Anforderungen an die „Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit“ waren bei 90,3% der Gutachten erfüllt. In 7,7% lag Verbesserungspotenzial 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 Begutachtung aus. Denn in diesen Fällen finden sich Angaben zu Indikation und Zweckbestimmung des Hilfsmittels ausschließlich in der Gebrauchsanweisung des Herstellers. Eine obligatorische Aufnahme dieser Informationen in das Hilfsmittelverzeichnisses wird vom GKV-Spitzenverband geprüft.

Behandlungsfehler

Im Begutachtungsbereich Behandlungsfehler wurde zum 01.01.2023 die fälschlich oberhalb der 0,5% liegende Stichprobe durch Verringerung angepasst. Die Themenkomplexe liegen 2023 bei den

bundesweit übergreifenden Gutachtenbewertungen für erfüllte Anforderungen bei 92,9 bis maximal 98,9%. Das Verbesserungspotential von 6,9% im Themenkomplex „Struktur und Vollständigkeit“ begründet sich bei den teilweise sehr umfangreichen und am Individualfall ausgerichteten Gutachten vielfach in einer unterschiedlichen Verortung der geforderten Gutachtenelemente.

Zahnmedizin

Die Anforderungen an die „Formale Verständlichkeit“ und „Datenschutz und Mitteilungspflichten“ waren 2023 in den bundesweit übergreifenden Gutachtenbewertungen bei 94,3 und 100% erfüllt. In den Themenkomplexen „Struktur und Vollständigkeit“ und „Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit“ wurden Werte für erfüllte Anforderungen von jeweils 86,7% und von 11,4 bzw. 11,2% für Verbesserungspotential erreicht.

Mitte des Jahres 2021 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die systematische Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen sowie die leistungsrechtlichen Voraussetzungen in der PAR-Richtlinie neu geregelt. Daher ist zu vermuten, dass diese Neuerungen gerade in der Anfangszeit zu Interpretationsspielräumen geführt haben. Insgesamt ist die Begutachtung im Bereich Zahnmedizin komplex. Im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses wurden die Ergebnisse der Qualitätssicherung zahnmedizinischer Gutachten genutzt, um über Schulungen die Darstellung und Nachvollziehbarkeit der Gutachtenelemente zu optimieren.

Sonstige Anlässe

Die Anforderungen an die „Struktur und Vollständigkeit“, „Formale Verständlichkeit und „Datenschutz und Mitteilungspflichten“ sind 2023 bei den bundesweit übergreifenden Gutachtenbewertungen bei 90,0 bis 94,6% erfüllt. Der Themenkomplex „Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit“ liegt mit den Bewertungen für erfüllte Anforderungen bei 87,3% und zeigt einen Wert von 11,9% für „Verbesserungspotential an. Dies liegt vielfach an den breitgefächerten Anlässen, die unter „sonstige Anlässe“ zusammengefasst sind, der starken Prägung dieses Begutachtungsbereiches durch den „Krankheitswert“ sowie an den Auswirkungen der jeweils aktuellen höchstrichterlichen Rechtsprechung, die in den Gutachten auszuweisen ist.

7 Personelle Ausstattung der Medizinischen Dienste

Zu den Kernaufgaben der Medizinischen Dienste 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 2023 auf die fachliche Expertise von knapp 12.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zurückgreifen.

Innerhalb der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste waren 11.972 Personen beschäftigt, die sich auf die Bereiche des gutachtlich tätigen Personals, Assistenzen und des Verwaltungspersonals verteilen. Mit einem Anteil von 62,7% wurden dabei mehr als die Hälfte der 10.588,6 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 zusammen.

Die von Kranken- und Pflegekassen beauftragten Begutachtungen wurden 2023 von 2.506 Ärztinnen und Ärzten (2.127,9 Vollzeitstellen), 4.895 pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachtern (4.387,6 Vollzeitstellen) sowie 137 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus nichtärztlichen Heil- und Gesundheitsberufen (124,1 Vollzeitstellen) - beispielsweise Apothekerinnen und Apotheker oder Dipl. Psychologinnen und Psychologen - durchgeführt sowie von 513 Kodierfachkräften (456,4 Vollzeitstellen). 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. 1.097 Ärztinnen und Ärzte verfügen zudem über eine Zusatzqualifikation im Bereich Sozialmedizin.

Tabelle 26: Personal der MD/des MD Bund am Stichtag 31.12.2023

	Vollzeitäquivalent	in %	Personen	in %
Ärztliches Personal	2.127,9	20,1%	2.506	20,9%
Pflegfachliche Gutachter/innen	4.387,6	41,4%	4.895	40,9%
Nichtärztliches Personal in Heil- und Gesundheitsberufen	124,1	1,2%	137	1,1%
Kodierfachkräfte	456,4	4,3%	513	4,3%
Assistenz	2.477,3	23,4%	2.813	23,5%
Verwaltungspersonal	1.015,3	9,6%	1.108	9,3%
Gesamt	10.588,6	100%	11.972	100%

Auch das pflegfachlich gutachtlich tätige Personal bringt Expertise aus verschiedenen Fachbereichen mit: Neben Altenpflegerinnen und Altenpflegern, Krankenschwestern und Krankenpflegern haben 1.408 Personen berufliche Erfahrungen in der Leitung eines Pflegedienstes oder Pflegeheims, einer Station oder eines Wohnbereichs.

Zum gutachterlichen Personal, das für Begutachtungen und Beratungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt werden, 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 u.a.) und Ko-dierfachkräfte. Pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter hingegen werden für Begutachtung- und Beratungsaufgaben für die Soziale Pflegeversicherung eingesetzt.

Das gutachterliche Personal für Begutachtungen und Beratungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde im Jahr 2023 zu rund 95% in der Einzelfallbegutachtung eingesetzt. Für Qualitätskontrollen in Krankenhäusern nach § 275a SGB V und die Prüfung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern nach § 275d SGB V wurden 2,4% bzw. 2,8% der gutachterlichen Ressourcen verwendet. In der Einzelfallbegutachtung waren die personalintensivsten Aufgabenfelder die Begutachtungen zu Krankenhausleistungen (inkl. der Abrechnungsprüfungen) mit rund 43%, Begutachtungen zur Arbeitsunfähigkeit (12%) sowie Begutachtungen zu Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation (11%).

Tabelle 27: Ressourceneinsatz gutachterliches Personal der Medizinischen Dienste für Beratungen und Begutachtungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2023

Ressourceneinsatz gutachterliches Personal GKV 2023	
Einzelfallbegutachtung	Anteil
Arbeitsunfähigkeit	12,1%
Krankenhausleistungen	43,0%
Ambulante Leistungen	5,9%
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	6,5%
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	10,9%
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	9,8%
Zahnmedizin	0,2%
Ansprüche gegenüber/von Dritten	2,4%
Sonstige Anlässe	3,8%
Qualitätskontrollen in Krankenhäusern nach § 275a SGB V	2,4%
Prüfung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern nach § 275d SGB V	2,8%

8 Tabellenanhang

Tabelle 28: Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2023 nach Anlassgruppen

Anlassgruppe	Anzahl	in %	SFB – fallabschließend	Kurzgutachten	Gutachten
Arbeitsunfähigkeit	482.385	16,3	67,0%	21,1%	11,9%
Krankenhausleistungen	1.443.561	48,9	6,1%	0,2%	93,7%
Ambulante Leistungen	163.915	5,5	59,7%	18,2%	22,0%
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	89.746	3,0	16,0%	10,0%	73,9%
Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation	407.191	13,8	71,5%	14,5%	13,9%
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	237.661	8,0	40,3%	25,8%	34,0%
Zahnmedizin	9.917	0,3	18,4%	24,7%	56,9%
Ansprüche gegenüber/von Dritten	21.474	0,7	18,9%	13,8%	67,3%
Sonstige Anlässe	98.639	3,3	45,5%	16,5%	38,1%
Gesamt	2.954.489	100,0	32,5%	9,7%	57,8%

Tabelle 29: Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2022 nach Anlassgruppen

Anlassgruppe	Anzahl	in %	SFB – fallabschließend	Kurzgutachten	Gutachten
Arbeitsunfähigkeit	595.783	19,0	71,4%	17,1%	11,5%
Krankenhausleistungen	1.533.110	48,9	5,3%	0,2%	94,5%
Ambulante Leistungen	171.475	5,5	56,9%	22,4%	20,7%
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	86.894	2,8	11,5%	12,2%	76,3%
Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation	373.388	11,9	66,5%	17,6%	15,9%
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	242.465	7,7	37,6%	30,5%	32,0%
Zahnmedizin	9.098	0,3	17,4%	23,8%	58,8%
Ansprüche gegenüber/von Dritten	23.574	0,8	17,7%	14,8%	67,5%
Sonstige Anlässe	102.235	3,3	37,8%	22,7%	39,5%
Gesamt	3.138.022	100,0	31,8%	10,3%	57,9%

Tabelle 30: Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2023 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	Begutachtung nach Aktenlage im digitalen Kontakt
Arbeitsunfähigkeit	482.385	16,3	86,8%	4,8%	1,1%	0,0%	3,3%	4,0%
Krankenhausleistungen	1.443.561	48,9	76,2%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	3,7%
Ambulante Leistungen	163.915	5,5	97,0%	0,7%	0,1%	2,0%	0,0%	0,1%
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ Arzneimittel	89.746	3,0	99,9%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	407.191	13,8	99,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	237.661	8,0	97,6%	1,3%	0,4%	0,6%	0,0%	0,2%
Zahnmedizin	9.917	0,3	72,1%	27,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Ansprüche gegenüber/ von Dritten	21.474	0,7	95,1%	0,7%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Sonstige Anlässe	98.639	3,3	94,9%	5,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Gesamt	2.954.489	100,0	85,5%	1,2%	10,0%	0,2%	0,5%	2,5%

Tabelle 31: Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2022 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	595.783	19,0	85,2%	2,4%	9,1%	0,0%	3,3%
Krankenhausleistungen	1.533.110	48,9	80,2%	0,0%	19,8%	0,0%	0,1%
Ambulante Leistungen	171.475	5,5	99,1%	0,1%	0,5%	0,3%	0,0%
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	86.894	2,8	99,9%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	373.388	11,9	99,8%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	242.465	7,7	94,9%	1,0%	3,6%	0,5%	0,0%
Zahnmedizin	9.098	0,3	77,9%	22,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Ansprüche gegenüber/von Dritten	23.574	0,8	95,4%	0,6%	4,0%	0,0%	0,0%
Sonstige Anlässe	102.235	3,3	96,1%	3,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt	3.138.022	100,0	86,8%	0,7%	11,7%	0,1%	0,7%

Tabelle 32: Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2023 nach Auftraggeber

Anlassgruppe	Anzahl	in %	AOK	BKK	IKK	VDEK	BKN	LKK	Bahn-BKK	ARGE	Sonstige
Arbeitsunfähigkeit	482.385	16,3	31,2%	14,0%	8,2%	45,9%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%
Krankenhausleistungen	1.443.561	48,9	38,6%	13,8%	8,1%	37,2%	0,0%	1,0%	0,9%	0,1%	0,2%
Ambulante Leistungen	163.915	5,5	31,6%	17,9%	6,5%	40,5%	0,0%	2,1%	1,2%	0,0%	0,2%
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	89.746	3,0	28,0%	19,3%	9,1%	40,5%	0,2%	1,0%	1,3%	0,0%	0,5%
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	407.191	13,8	34,1%	17,7%	8,5%	37,7%	0,0%	1,1%	0,6%	0,0%	0,2%
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	237.661	8,0	36,1%	15,3%	11,4%	36,1%	0,0%	0,5%	0,4%	0,0%	0,2%
Zahnmedizin	9.917	0,3	26,6%	33,8%	14,0%	24,0%	0,0%	0,1%	0,3%	0,0%	1,3%
Ansprüche gegenüber/von Dritten	21.474	0,7	37,0%	13,3%	9,4%	38,0%	0,0%	0,5%	1,4%	0,0%	0,3%
Sonstige Anlässe	98.639	3,3	36,5%	17,9%	9,3%	34,0%	0,1%	0,6%	1,0%	0,0%	0,5%
Gesamt	2.954.489	100,0	35,7%	15,1%	8,4%	38,8%	0,0%	0,9%	0,8%	0,1%	0,2%

Tabelle 33: Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2022 nach Auftraggeber

Anlassgruppe	Anzahl	in %	AOK	BKK	IKK	VDEK	BKN	LKK	Bahn-BKK	ARGE	Sonstige
Arbeitsunfähigkeit	595.783	19,0	32,1%	14,8%	8,2%	44,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%
Krankenhausleistungen	1.533.110	48,9	38,5%	12,9%	8,2%	38,3%	0,0%	0,8%	1,0%	0,1%	0,1%
Ambulante Leistungen	171.475	5,5	34,6%	17,6%	6,7%	37,4%	0,0%	2,0%	1,5%	0,0%	0,1%
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	86.894	2,8	27,5%	19,4%	9,6%	40,7%	0,3%	0,9%	1,3%	0,0%	0,3%
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	373.388	11,9	34,3%	17,4%	9,3%	37,2%	0,0%	1,1%	0,7%	0,0%	0,1%
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	242.465	7,7	36,4%	15,8%	10,7%	35,8%	0,0%	0,7%	0,5%	0,0%	0,0%
Zahnmedizin	9.098	0,3	26,7%	28,9%	17,4%	25,2%	0,0%	0,1%	0,3%	0,0%	1,3%
Ansprüche gegenüber/von Dritten	23.574	0,8	36,1%	12,9%	10,0%	38,9%	0,0%	0,6%	1,5%	0,0%	0,1%
Sonstige Anlässe	102.235	3,3	38,2%	17,7%	9,8%	32,2%	0,1%	0,5%	1,0%	0,0%	0,4%
Gesamt	3.138.022	100,0	36,1%	14,7%	8,6%	38,9%	0,0%	0,8%	0,9%	0,1%	0,1%

Tabelle 34: Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2023 nach Anteil extern erstellter Produkte

Anlassgruppe	Anzahl	in %	Intern	Extern
Arbeitsunfähigkeit	482.385	16,3	96,4%	3,6%
Krankenhausleistungen	1.443.561	48,9	91,4%	8,6%
Ambulante Leistungen	163.915	5,5	95,4%	4,6%
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	89.746	3,0	98,7%	1,3%
Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation	407.191	13,8	99,1%	0,9%
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	237.661	8,0	97,8%	2,2%
Zahnmedizin	9.917	0,3	26,3%	73,7%
Ansprüche gegenüber/von Dritten	21.474	0,7	49,8%	50,2%
Sonstige Anlässe	98.639	3,3	97,8%	2,2%
Gesamt	2.954.489	100,0	93,9%	6,1%

Tabelle 35: Versichertenbezogene Stellungnahmen im Jahr 2022 nach Anteil extern erstellter Produkte

Anlassgruppe	Anzahl	in %	Intern	Extern
Arbeitsunfähigkeit	595.783	19,0	97,3%	2,7%
Krankenhausleistungen	1.533.110	48,9	90,6%	9,4%
Ambulante Leistungen	171.475	5,5	96,8%	3,2%
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	86.894	2,8	99,2%	0,8%
Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation	373.388	11,9	99,3%	0,7%
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	242.465	7,7	98,8%	1,2%
Zahnmedizin	9.098	0,3	29,5%	70,5%
Ansprüche gegenüber/von Dritten	23.574	0,8	52,1%	47,9%
Sonstige Anlässe	102.235	3,3	98,7%	1,3%
Gesamt	3.138.022	100,0	93,9%	6,1%

Tabelle 36: Begutachtungen im Jahr 2023 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	57.592	74,9%	15,1%	4,3%	5,7%	22,8
Krankenhausleistungen	1.353.163	2,2%	3,5%	6,4%	88,0%	169,8
Ambulante Leistungen	36.139	87,0%	8,9%	2,1%	2,1%	16,8
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ Arzneimittel	66.358	89,8%	6,0%	2,5%	1,7%	14,7
Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation	56.782	84,6%	9,9%	3,2%	2,3%	15,8
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	80.700	81,3%	12,1%	3,8%	2,8%	18,9
Zahnmedizin	5.642	51,9%	34,1%	10,4%	3,7%	32,2
Ansprüche gegenüber/ von Dritten	14.457	21,4%	27,3%	20,0%	31,4%	75,2
Sonstige Anlässe	37.548	82,6%	11,9%	3,3%	2,2%	17,8
Gesamt	1.708.381	18,4%	5,2%	5,9%	70,5%	138,7

Tabelle 37: Begutachtungen im Jahr 2022 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	68.656	74,1%	15,0%	6,2%	4,7%	21,3
Krankenhausleistungen	1.448.843	2,2%	4,4%	6,1%	87,2%	187,6
Ambulante Leistungen	35.504	87,1%	7,6%	2,4%	2,8%	15,9
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	66.266	90,8%	5,7%	2,2%	1,3%	13,5
Leistungen zur Vorsorge/ Rehabilitation	59.463	85,6%	9,6%	3,1%	1,7%	13,9
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	77.536	77,7%	14,5%	4,4%	3,4%	21,0
Zahnmedizin	5.351	55,8%	31,3%	9,5%	3,3%	31,0
Ansprüche gegenüber/ von Dritten	15.917	20,3%	25,2%	18,4%	36,1%	82,1
Sonstige Anlässe	40.416	83,4%	10,0%	3,6%	3,0%	17,7
Gesamt	1.817.952	17,9%	5,9%	5,8%	70,4%	153,7

Tabelle 38: Begutachtungsergebnisse Arbeitsunfähigkeit, 2023

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	26.262	5,4	2,2%	84,8%	5,2%	1,4%	6,5%
Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten	3.498	0,7	0,6%	2,7%	0,6%	0,7%	95,4%
Fragen zum Leistungsbild	40.125	8,3	3,7%	51,3%	6,8%	32,7%	5,4%
Dauer der AU – Zweifel der Krankenkasse	224.218	46,5	6,6%	82,8%	4,9%	1,2%	4,5%
AU – Zweifel des Arbeitgebers	13.648	2,8	11,4%	77,4%	0,3%	0,1%	10,8%
Arbeitsunfähigkeit bei ALG II	100	0,0	18,0%	56,0%	4,0%	12,0%	10,0%
Stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V	15.835	3,3	2,0%	85,7%	4,1%	2,0%	6,2%
Sonstige Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit	17.053	3,5	4,2%	54,5%	8,3%	3,7%	29,3%
Gesamt	340.739		5,7%	76,9%	5,1%	5,1%	7,3%

* auf Dauer AU für die letzte Tätigkeit

Tabelle 39: Begutachtungsergebnisse Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation, 2023

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	141.646	29,4	52,1%	47,9%

Tabelle 40: Begutachtungsergebnisse Arbeitsunfähigkeit, 2022

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	32.041	5,4	2,4%	82,5%	5,0%	1,3%	8,9%
Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten	5.689	1,0	0,5%	2,6%	0,4%	0,5%	96,0%
Fragen zum Leistungsbild	40.817	6,9	4,0%	48,3%	5,8%	35,1%	6,7%
Dauer der AU – Zweifel der Krankenkasse	298.743	50,1	6,2%	82,8%	3,9%	1,2%	6,0%
AU – Zweifel des Arbeitgebers	15.229	2,6	12,5%	75,7%	0,2%	0,2%	11,4%
Arbeitsunfähigkeit bei ALG II	139	0,0	14,4%	48,9%	2,2%	16,5%	18,0%
Stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V	18.396	3,1	2,0%	83,5%	3,4%	1,7%	9,3%
Sonstige Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit	19.000	3,2	4,1%	55,1%	6,4%	3,6%	30,8%
Gesamt	430.054		5,6%	77,0%	4,1%	4,5%	8,9%

Tabelle 41: Begutachtungsergebnisse Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation, 2022

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	165.729	27,8	50,6%	49,4%

Tabelle 42: Begutachtungsergebnisse Krankenhausleistungen, 2023

Krankenhausleistungen Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach der Bundespfllegesatzverordnung	55	0,0	38,2%	12,7%	32,7%	16,4%
Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz	1.356.913	94,0	46,9%	0,0%	52,4%	0,7%
Zahnmedizinische Krankenhausbe- handlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz	450	0,0	50,7%	0,0%	49,1%	0,2%
Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a SGB V	370	0,0	7,0%	0,8%	83,8%	8,4%
Ambulantes Operieren im Kranken- haus nach § 115b SGB V	2.508	0,2	19,4%	13,4%	56,5%	10,6%
Ambulante spezialfachärztliche Ver- sorgung nach § 116b SGB V	3.919	0,3	19,0%	11,8%	50,9%	18,3%
Psychiatrische/psychosomatische In- stitutsambulanzen nach § 118 SGB V	121	0,0	55,4%	7,4%	26,4%	10,7%
Geriatrische Institutsambulanzen	1	0,0	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sonstige ambulante Krankenhausbehandlung	450	0,0	16,7%	3,6%	73,1%	6,7%
Krankenhausleistungen in psychiatri- schen und psychosomatischen Ein- richtungen mit Abrechnung nach tagesbezogenen Pauschalen	65.153	4,5	66,6%	0,0%	32,5%	0,9%
Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie	935	0,1	59,1%	0,0%	39,6%	1,3%
Sonstige Anlässe zu stationären Leistungen	12.686	0,9	42,0%	8,1%	34,0%	15,9%
Gesamt	1.443.561	100,0	47,6%	0,1%	51,4%	0,9%

Tabelle 43: Begutachtungsergebnisse Krankenhausleistungen, 2022

Krankenhausleistungen Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach der Bundespflegesatzverordnung	134	0,0	22,4%	5,2%	38,8%	33,6%
Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz	1.439.173	93,9	46,7%	0,0%	52,4%	0,9%
Zahnmedizinische Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz	509	0,0	42,2%	0,0%	57,6%	0,2%
Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a SGB V	586	0,0	6,7%	2,0%	83,6%	7,7%
Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V	3.455	0,2	15,2%	13,7%	55,6%	15,5%
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	3.627	0,2	19,8%	10,9%	52,5%	16,8%
Psychiatrische/psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V	222	0,0	50,9%	6,8%	31,5%	10,8%
Geriatrische Institutsambulanzen	5	0,0	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sonstige ambulante Krankenhausbehandlung	450	0,0	17,1%	0,9%	59,8%	22,2%
Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit Abrechnung nach tagesbezogenen Pauschalen	72.205	4,7	64,4%	0,0%	34,6%	1,0%
Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie	783	0,1	63,6%	0,0%	36,3%	0,1%
Sonstige Anlässe zu stationären Leistungen	11.961	0,8	43,0%	7,9%	34,3%	14,8%
Gesamt	1.533.110	100,0	47,3%	0,1%	51,5%	1,1%

Tabelle 44: Begutachtungsergebnisse ambulante Leistungen, 2023

Ambulante Leistungen Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Physiotherapie	29.743	18,1	36,8%	2,6%	58,3%	2,3%
Podologische Therapie	158	0,1	30,4%	3,8%	54,4%	11,4%
Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	1.632	1,0	55,6%	2,9%	37,3%	4,2%
Ergotherapie	3.947	2,4	51,1%	2,3%	43,8%	2,8%
Ernährungstherapie	145	0,1	26,9%	3,4%	63,4%	6,2%
Zahnärztlich verordnete Heilmittel	487	0,3	24,0%	2,3%	70,8%	2,9%
Psychotherapie nach § 27 Absatz 1 SGB V	16.642	10,2	71,3%	13,9%	10,1%	4,8%
Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V	59.448	36,3	62,4%	23,8%	9,4%	4,4%
Außerklinische Intensiv- pflege nach § 37c SGB V	8.201	5,0	67,7%	7,7%	18,9%	5,8%
Haushaltshilfen nach §§ 24h und 38 SGB V	10.734	6,5	55,5%	15,4%	21,9%	7,1%
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V	25.091	15,3	82,1%	7,0%	9,7%	1,2%
Kurzzeitpflege bei feh- lender Pflegebedürftig- keit nach § 39 SGB V	1.705	1,0	80,5%	2,1%	13,1%	4,2%
Sonstige Anlässe zu am- bulanten Leistungen	4.352	2,7	40,7%	8,8%	38,9%	11,5%
Soziotherapie nach § 37a SGB V	1.630	1,0	70,7%	5,9%	21,5%	2,0%
Gesamt	163.915	100,0	60,7%	13,4%	22,0%	3,9%

Tabelle 45: Begutachtungsergebnisse ambulante Leistungen, 2022

Ambulante Leistungen Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Physiotherapie	30.635	17,9	35,5%	2,4%	60,1%	2,0%
Podologische Therapie	169	0,1	33,7%	2,4%	52,7%	11,2%
Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	1.469	0,9	50,7%	2,0%	43,4%	3,9%
Ergotherapie	3.676	2,1	48,5%	2,7%	45,7%	3,1%
Ernährungstherapie	117	0,1	26,5%	5,1%	52,1%	16,2%
Zahnärztlich verordnete Heilmittel	405	0,2	26,4%	1,7%	70,1%	1,7%
Psychotherapie nach § 27 Absatz 1 SGB V	14.188	8,3	63,9%	15,5%	15,1%	5,5%
Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V	68.725	40,1	60,4%	24,5%	9,3%	5,8%
Außerklinische Intensiv- pflege nach § 37c SGB V	4.721	2,8	65,4%	5,7%	21,1%	7,8%
Haushaltshilfen nach §§ 24h und 38 SGB V	13.073	7,6	55,4%	17,0%	20,5%	7,2%
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V	25.753	15,0	81,6%	6,8%	9,9%	1,7%
Kurzzeitpflege bei feh- lender Pflegebedürftig- keit nach § 39 SGB V	1.639	1,0	79,5%	3,1%	13,4%	4,1%
Sonstige Anlässe zu am- bulanten Leistungen	5.256	3,1	46,8%	10,2%	33,3%	9,6%
Soziotherapie nach § 37a SGB V	1.649	1,0	69,6%	5,5%	23,0%	2,0%
Gesamt	171.475	100,0	58,6%	14,5%	22,3%	4,6%

Tabelle 46: Begutachtungsergebnisse Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, 2023

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	27.297	30,4	17,7%	2,5%	65,7%	14,0%
Zugelassene Arzneimittel	4.710	5,2	23,9%	1,5%	43,8%	30,8%
Zulassungsüberschreitender Arzneimittleinsatz	29.892	33,3	26,7%	2,8%	47,0%	23,6%
Einzelimportierte Arzneimittel nach § 73 Absatz 3 AMG	1.835	2,0	28,3%	2,0%	48,4%	21,3%
Rezepturarzneimittel, die den Methoden zuzurechnen sind	1.685	1,9	21,0%	3,6%	56,2%	19,2%
Cannabinoide	17.725	19,8	41,4%	1,4%	53,3%	3,8%
Sonstige Anlässe zur Arzneimittelversorgung	5.095	5,7	17,4%	3,3%	50,9%	28,4%
Neue und/oder nicht zugelassene Heil- und Hilfsmittel	530	0,6	33,2%	1,9%	55,7%	9,2%
Sonstige Anlässe zu neuen/oder nicht zugelassenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	977	1,1	12,7%	2,6%	67,1%	17,6%
Gesamt	89.746	100,0	26,0%	2,4%	54,5%	17,1%

Tabelle 47: Begutachtungsergebnisse Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, 2022

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	25.965	29,9	17,2%	2,8%	65,7%	14,4%
Zugelassene Arzneimittel	4.091	4,7	23,7%	2,0%	39,7%	34,5%
Zulassungsüberschreitender Arzneimittleinsatz	28.808	33,2	27,4%	4,4%	43,7%	24,5%
Einzelimportierte Arzneimittel nach § 73 Absatz 3 AMG	1.551	1,8	30,9%	2,8%	44,7%	21,5%
Rezepturarzneimittel, die den Methoden zuzurechnen sind	2.375	2,7	23,9%	4,2%	59,5%	12,4%
Cannabinoide	17.376	20,0	42,9%	1,8%	50,7%	4,5%
Sonstige Anlässe zur Arzneimittelver- sorgung	4.530	5,2	12,9%	2,2%	50,5%	34,5%
Neue und/oder nicht zugelassene Heil- und Hilfsmittel	561	0,6	32,4%	3,4%	53,1%	11,1%
Sonstige Anlässe zu neuen/oder nicht zugelassenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	1.637	1,9	12,2%	3,1%	68,1%	16,7%
Gesamt	86.894	100,0	26,2%	3,1%	52,8%	17,8%

Tabelle 48: Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation, 2023

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	7.839	1,9%	46,4%	1,3%	50,1%	2,2%
Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V	23.270	5,7%	68,8%	5,5%	23,2%	2,4%
Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V	3.672	0,9%	48,1%	9,1%	39,7%	3,1%
Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V	305.463	75,0%	61,0%	5,6%	31,0%	2,4%
Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V	48.421	11,9%	67,0%	2,3%	28,4%	2,3%
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V	1.134	0,3%	48,3%	8,4%	39,4%	3,9%
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke nach § 43 Absatz 1 Nr. 2 SGB V	633	0,2	22,9%	5,5%	56,6%	15,0%
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche nach § 43 Absatz 2 SGB V	1.388	0,3	58,6%	9,2%	30,5%	1,7%
Rehasport/Funktionstraining nach § 64 SGB IX	10.525	2,6	27,5%	1,3%	69,6%	1,6%
Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Vorsorge	208	0,1	38,9%	4,3%	33,2%	23,6%
Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Rehabilitation	3.650	0,9	41,4%	3,3%	24,4%	30,8%
Mitaufnahme eines Kindes bei Maßnahmen nach § 24 oder § 41 SGB V	988	0,2	43,0%	3,7%	40,2%	13,1%
Gesamt	407.191	100,0	60,6%	5,0%	31,7%	2,7%

Tabelle 49: Begutachtungsergebnisse Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation, 2022

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	6.826	1,8%	48,1%	1,4%	48,4%	2,2%
Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V	22.515	6,0%	67,1%	5,9%	24,6%	2,4%
Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V	3.021	0,8%	46,7%	8,7%	40,6%	3,9%
Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V	284.511	76,2%	62,0%	5,6%	29,9%	2,5%
Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V	39.660	10,6%	67,2%	2,3%	28,2%	2,3%
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V	1.193	0,3%	50,0%	8,1%	36,6%	5,2%
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke nach § 43 Absatz 1 Nr. 2 SGB V	511	0,1	29,0%	3,9%	54,2%	12,9%
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche nach § 43 Absatz 2 SGB V	1.587	0,4	55,6%	9,1%	33,6%	1,8%
Rehasport/Funktionstraining nach § 64 SGB IX	7.841	2,1	25,6%	1,5%	70,1%	2,8%
Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Vorsorge	216	0,1	42,6%	2,3%	25,9%	29,2%
Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Rehabilitation	3.198	0,9	41,2%	3,3%	22,7%	32,8%
Mitaufnahme eines Kindes bei Maßnahmen nach § 24 oder § 41 SGB V	2.309	0,6	61,5%	1,9%	25,8%	10,8%
Gesamt	373.388	100,0	61,4%	5,1%	30,6%	2,8%

Tabelle 50: Begutachtungsergebnisse Hilfsmittel und hilfsmittelnaher Medizinprodukte, 2023

Hilfsmittel und hilfsmittelnaher Medizinprodukte GKV Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Absauggeräte	368	0,2	59,0%	7,3%	19,6%	14,1%
Adaptationshilfen	933	0,4	46,3%	18,5%	22,7%	12,4%
Applikationshilfen	5.638	2,4	66,5%	10,6%	11,2%	11,7%
Badehilfen	700	0,3	56,7%	17,6%	20,0%	5,7%
Bandagen	171	0,1	39,8%	6,4%	44,4%	9,4%
Bestrahlungsgeräte	133	0,1	19,5%	5,3%	50,4%	24,8%
Blindenhilfsmittel	1.912	0,8	41,2%	15,6%	26,3%	16,8%
Einlagen	5.981	2,5	34,2%	33,9%	27,4%	4,4%
Elektrostimulationsgeräte	24.779	10,4	41,7%	21,9%	25,3%	11,1%
Gehhilfen	3.138	1,3	46,9%	21,5%	24,3%	7,3%
Hilfsmittel gegen Dekubitus	1.723	0,7	50,3%	18,7%	24,7%	6,3%
Hilfsmittel bei Tracheostoma	136	0,1	62,5%	6,6%	23,5%	7,4%
Hörhilfen	6.765	2,8	37,8%	10,3%	41,6%	10,3%
Inhalations- und Atemtherapiegeräte	17.284	7,3	45,9%	19,4%	21,7%	13,0%
Inkontinenzhilfen	1.651	0,7	47,3%	11,9%	31,3%	9,6%
Kommunikationshilfen	4.262	1,8	43,7%	21,8%	25,7%	8,8%
Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	14.932	6,3	34,0%	14,7%	44,6%	6,8%
Kranken- und Behindertenfahrzeuge	28.307	11,9	38,6%	29,7%	22,3%	9,4%
Krankenpflegeartikel	5.307	2,2	37,9%	17,7%	37,2%	7,2%
Lagerungshilfen	1.392	0,6	44,3%	13,3%	34,3%	8,2%
Messgeräte Für Körperzustände/- funktionen	19.258	8,1	43,6%	9,2%	34,3%	13,0%
Mobilitätshilfen	5.588	2,4	38,5%	19,9%	33,2%	8,4%
Orthesen/Schienen	18.703	7,9	42,8%	20,7%	25,3%	11,1%
Beinprothesen	3.136	1,3	34,4%	32,0%	16,4%	17,3%
Sehhilfen	2.246	0,9	37,2%	22,7%	25,9%	14,2%
Sitzhilfen	5.866	2,5	40,3%	22,2%	30,9%	6,7%
Sprechhilfen	27	0,0	55,6%	3,7%	25,9%	14,8%
Stehhilfen	1.608	0,7	54,2%	23,0%	15,7%	7,1%
Stomaartikel	134	0,1	58,2%	7,5%	17,2%	17,2%

Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Hilfsmittel zur Insulintherapie	6.757	2,8	60,7%	11,3%	17,1%	10,9%
Schuhe	24.437	10,3	54,4%	19,8%	21,5%	4,3%
Therapeutische Bewegungsgeräte	15.460	6,5	35,5%	7,4%	51,1%	6,0%
Toilettenhilfen	1.040	0,4	39,9%	20,9%	32,6%	6,6%
Haarersatz	929	0,4	26,2%	27,4%	36,1%	10,3%
Epithesen	250	0,1	46,8%	10,8%	30,0%	12,4%
Augenprothesen	40	0,0	65,0%	10,0%	10,0%	15,0%
Brustprothesen	497	0,2	29,2%	14,3%	42,7%	13,9%
Armprothesen	812	0,3	28,2%	23,8%	28,0%	20,1%
Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgung	353	0,1	31,7%	9,9%	8,2%	50,1%
Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV	4.890	2,1	29,8%	8,4%	50,4%	11,4%
Digitale Gesundheitsanwendungen	118	0,0	51,7%	0,0%	33,9%	14,4%
Gesamt	237.661	100,0	42,8%	18,7%	29,0%	9,5%

Tabelle 51: Begutachtungsergebnisse Hilfsmittel und hilfsmittelnaher Medizinprodukte, 2022

Hilfsmittel und hilfsmittelnaher Medizinprodukte GKV Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Absauggeräte	426	0,2	65,5%	8,2%	15,7%	10,6%
Adaptationshilfen	751	0,3	40,3%	16,4%	28,4%	14,9%
Applikationshilfen	9.351	3,9	60,1%	11,9%	16,1%	11,9%
Badehilfen	786	0,3	57,0%	17,8%	19,6%	5,6%
Bandagen	273	0,1	39,2%	7,0%	45,1%	8,8%
Bestrahlungsgeräte	121	0,0	22,3%	6,6%	46,3%	24,8%
Blindenhilfsmittel	2.277	0,9	41,5%	15,7%	25,6%	17,2%
Einlagen	6.328	2,6	33,8%	31,9%	28,4%	5,8%
Elektrostimulationsgeräte	24.082	9,9	43,6%	17,8%	26,4%	12,2%
Gehhilfen	3.150	1,3	47,4%	17,7%	25,5%	9,5%
Hilfsmittel gegen Dekubitus	2.709	1,1	54,9%	14,5%	23,9%	6,7%
Hilfsmittel bei Tracheostoma	107	0,0	58,9%	5,6%	22,4%	13,1%
Hörhilfen	6.355	2,6	34,8%	8,7%	42,0%	14,6%
Inhalations- und Atemtherapiegeräte	16.955	7,0	42,4%	17,6%	24,0%	16,1%
Inkontinenzhilfen	1.639	0,7	49,2%	12,3%	29,0%	9,4%
Kommunikationshilfen	4.318	1,8	42,2%	19,3%	27,5%	11,0%
Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	16.543	6,8	34,0%	15,2%	40,5%	10,2%
Kranken- und Behindertenfahrzeuge	28.086	11,6	40,4%	23,5%	24,8%	11,3%
Krankenpflegeartikel	6.057	2,5	40,1%	16,0%	35,9%	8,0%
Lagerungshilfen	1.449	0,6	43,7%	12,0%	34,6%	9,7%
Messgeräte Für Körperzustände/- funktionen	18.618	7,7	47,5%	8,0%	32,3%	12,2%
Mobilitätshilfen	5.772	2,4	38,2%	17,0%	35,0%	9,8%
Orthesen/Schienen	19.745	8,1	41,4%	19,0%	25,4%	14,2%
Beinprothesen	3.746	1,5	34,2%	30,1%	16,3%	19,4%
Sehhilfen	2.314	1,0	36,0%	21,9%	26,6%	15,5%
Sitzhilfen	5.785	2,4	41,5%	18,7%	31,8%	8,0%
Sprechhilfen	33	0,0	39,4%	21,2%	24,2%	15,2%
Stehhilfen	1.557	0,6	52,0%	22,1%	16,8%	9,1%
Stomaartikel	125	0,1	57,6%	11,2%	18,4%	12,8%

Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Schuhe	25.341	10,5	51,4%	19,2%	22,7%	6,8%
Therapeutische Bewegungsgeräte	17.744	7,3	34,3%	8,9%	49,5%	7,3%
Toilettenhilfen	1.037	0,4	44,1%	15,8%	34,0%	6,1%
Haarersatz	1.047	0,4	29,4%	24,4%	34,5%	11,7%
Epithesen	266	0,1	46,2%	10,9%	28,9%	13,9%
Augenprothesen	42	0,0	38,1%	31,0%	21,4%	9,5%
Brustprothesen	440	0,2	28,0%	17,3%	38,0%	16,8%
Armprothesen	742	0,3	30,5%	22,4%	22,4%	24,8%
Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgung	388	0,2	28,4%	13,1%	11,3%	47,2%
Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV	5.671	2,3	34,9%	9,8%	42,8%	12,5%
Digitale Gesundheitsanwendungen	289	0,1	65,1%	0,0%	31,8%	3,1%
Gesamt	242.465	100,0	42,4%	16,9%	29,6%	11,2%

Tabelle 52: Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler, 2023

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)	15.004	69,9	62,9%	0,0%	23,1%	14,0%
Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V, § 116 SGB X und gemeinsam)	1.399	6,5	62,5%	0,0%	25,5%	11,9%
Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 66 SGB V, § 116 SGB X und gemeinsam)	1.043	4,9	28,6%	0,2%	51,3%	19,9%
Abgrenzung Kostenträgerschaft/ Ersatzanspruch nach § 102 ff. SGB X	2.844	13,2	34,9%	1,7%	38,5%	24,9%
Sonstige Anlässe zu Ansprüchen gegenüber/von Dritten	947	4,4	9,7%	1,4%	26,4%	62,5%
Verdacht auf Mängel an Zahner- satz einschließlich Zahnkronen	237	1,1	21,1%	3,8%	55,7%	19,4%
Gesamt	21.474	100,0	54,7%	0,3%	27,2%	17,8%

Tabelle 53: Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler, 2022

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)	15.913	67,5	64,2%	0,0%	21,3%	14,4%
Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V, § 116 SGB X und gemeinsam)	1.267	5,4	58,5%	0,1%	24,8%	16,7%
Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 66 SGB V, § 116 SGB X und gemeinsam)	1.211	5,1	31,6%	0,0%	45,0%	18,9%
Abgrenzung Kostenträgerschaft/ Ersatzanspruch nach § 102 ff. SGB X	3.755	15,9	35,6%	1,1%	36,0%	27,3%
Sonstige Anlässe zu Ansprüchen gegenüber/von Dritten	1.203	5,1	15,2%	1,3%	32,2%	51,3%
Verdacht auf Mängel an Zahner- satz einschließlich Zahnkronen	225	1,0	21,8%	3,6%	52,0%	22,7%
Gesamt	23.574	100,0	54,9%	0,3%	26,0%	18,8%

Tabelle 54: Begutachtungsergebnisse Zahnmedizin, 2023

Zahnmedizin Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Zahnersatz	5.778	58,3	25,4%	21,4%	50,6%	2,6%
Implantate einschließlich Suprakonstruktion	362	3,7	26,5%	8,6%	59,4%	5,5%
Aufschiebbarkeit Zahnersatz und andere Versorgungen, Ruhen des Leistungsanspruchs	187	1,9	8,6%	5,3%	83,4%	2,7%
Konservierend-chirurgische Behandlung	122	1,2	9,0%	7,4%	74,6%	9,0%
Kieferbruch/Aufbissbehelfe	99	1,0	33,3%	9,1%	47,5%	10,1%
Kieferorthopädie	2.802	28,3	33,0%	22,3%	39,7%	5,0%
Behandlung von Parodontopathien	158	1,6	31,6%	34,8%	29,1%	4,4%
Sonstige Anlässe zur Zahnmedizin	409	4,1	18,3%	8,9%	54,1%	18,7%
Gesamt	21.675	100,0	54,2%	0,3%	26,9%	18,5%

Tabelle 55: Begutachtungsergebnisse Zahnmedizin, 2022

Zahnmedizin Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Zahnersatz	4.848	53,3	25,1%	20,4%	51,1%	3,3%
Implantate einschließlich Suprakonstruktion	371	4,1	23,2%	10,2%	56,9%	9,7%
Aufschiebbarkeit Zahnersatz und andere Versorgungen, „Ruhen des Leistungsanspruchs“	251	2,8	10,0%	6,4%	79,7%	4,0%
Konservierend-chirurgische Behandlung	134	1,5	22,4%	6,0%	65,7%	6,0%
Kieferbruch/Aufbissbehelfe	169	1,9	16,6%	7,1%	75,1%	1,2%
Kieferorthopädie	2.655	29,2	34,5%	23,0%	37,2%	5,3%
Behandlung von Parodontopathien	167	1,8	37,7%	19,8%	38,3%	4,2%
Sonstige Anlässe zur Zahnmedizin	503	5,5	18,3%	8,9%	54,1%	18,7%
Gesamt	9.098	100,0	27,0%	19,3%	48,7%	5,0%

Tabelle 56: Begutachtungsergebnisse Sonstige Anlässe, 2023

Sonstige Anlässe Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Hospizleistungen nach § 39a SGB V	19.690	20,0	92,8%	0,4%	5,2%	1,6%
Med. Indikation eines geplanten operativen Eingriffs/plastisch-chirurgische Eingriffe	45.316	45,9	33,8%	12,1%	49,7%	4,4%
Bariatrische Chirurgie	5.284	5,4	67,9%	2,4%	27,0%	2,6%
Behandlung bei Transsexualismus	6.321	6,4	55,9%	9,2%	29,2%	5,7%
Kryokonservierung	140	0,1	35,7%	2,1%	29,3%	32,9%
Sonstige Fragen zur med. Indikation einer Behandlungsmaßnahme	1.943	2,0	17,7%	18,7%	52,3%	11,3%
Humangenetische Untersuchungsleistungen bei onkologischen Fragestellungen	2.685	2,7	21,0%	8,9%	61,1%	9,0%
Humangenetische Untersuchungsleistungen im Rahmen der Diagnostik seltener Erkrankungen	52	0,1	5,8%	3,8%	53,8%	36,5%
Sonstige Fragen zu humangenetischen Untersuchungsleistungen	102	0,1	29,4%	4,9%	35,3%	30,4%
Sonstige Anlässe zur SFB und zu Sozialmedizinischen Gutachten	4	0,0	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Fahrtkosten bei ambulanten oder stat. Behandlungen nach § 60 SGB V	5.242	5,3	45,0%	6,5%	39,4%	9,1%
Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten	11.756	11,9	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Gesamt	98.639	100,0	50,5%	8,0%	35,8%	5,7%

Tabelle 57: Begutachtungsergebnisse Sonstige Anlässe, 2022

Sonstige Anlässe Versichertenbezogene Stellungnahmen	Anzahl	in %	Med. Voraussetzungen für Leistungsgewährung ...			Andere Antwort
			erfüllt	eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	
Hospizleistungen nach § 39a SGB V	21.067	20,6	93,9%	0,4%	4,3%	1,5%
Med. Indikation eines geplanten operativen Eingriffs/plastisch-chirurgische Eingriffe	44.252	43,3	33,9%	10,7%	49,2%	6,2%
Bariatrische Chirurgie	7.235	7,1	66,0%	2,1%	27,4%	4,6%
Behandlung bei Transsexualismus	5.813	5,7	55,2%	11,8%	28,5%	4,5%
Kryokonservierung	180	0,2	38,3%	3,3%	27,2%	31,1%
Sonstige Fragen zur med. Indikation einer Behandlungsmaßnahme	1.861	1,8	18,2%	16,0%	51,5%	14,3%
Humangenetische Untersuchungsleistungen bei onkologischen Fragestellungen	2.679	2,6	24,9%	7,8%	58,2%	9,1%
Humangenetische Untersuchungsleistungen im Rahmen der Diagnostik seltener Erkrankungen	91	0,1	3,3%	0,0%	69,2%	27,5%
Sonstige Fragen zu humangenetischen Untersuchungsleistungen	125	0,1	22,4%	1,6%	54,4%	21,6%
Sonstige Anlässe zur SFB und zu Sozialmedizinischen Gutachten	5.919	5,8	50,7%	3,0%	22,0%	24,3%
Fahrtkosten bei ambulanten oder stat. Behandlungen nach § 60 SGB V	12.891	12,6	44,6%	7,0%	38,8%	9,5%
Gesamt	102.235	100,0	51,5%	7,1%	34,5%	6,9%

Tabelle 58: Anzahl der Qualitätskontrollen nach Kontrollgegenstand und Grund der Prüfung, 2023

Kontrollgegenstand nach Abschnitt der Richtlinie	Anzahl gesamt	davon:			
		Anhalts- punkte	Stich- probe	Anlass- bezo- gen	Erneute Kontrolle nach MD-QK- RL § 15 Teil A Absatz 4
Kontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL (QS-Anforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V)	890	2	25	805	58
Kontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL (QS-Anforderungen nach § 136c Absatz 4 SGB V)	285	3	268	1	13
Kontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL (QS-Anforderungen nach § 136a Absatz 5 SGB V)	147	0	0	144	3
Kontrollen nach Abschnitt 5 Teil B MD-QK-RL (Einhaltung QS-Anforderungen nach § 136a Absatz 2 SGB V)	292	8	284	0	0
Durchgeführte Kontrollen gesamt	1.614	13	577	950	74

Tabelle 59 :Anzahl der Qualitätskontrollen nach Kontrollgegenstand und Grund der Prüfung, 2022

Kontrollgegenstand nach Abschnitt der Richtlinie	Anzahl gesamt	davon:			
		Anhalts- punkte	Stich- probe	Anlass- bezo- gen	Keine Angabe möglich
Kontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL (QS-Anforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V)	348	1	0	347	0
Kontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL (QS-Anforderungen nach § 136c Absatz 4 SGB V)	23	3	17	0	3
Kontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL (QS-Anforderungen nach § 136a Absatz 5 SGB V)	53	0	0	53	0
Durchgeführte Kontrollen gesamt	424	14	577	955	76

Tabelle 60: Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL, 2023

Richtlinie/Beschluss	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
QFR -RL	180	63,3%	35,6%	1,1%
QBAA-RL	300	57,0%	43,0%	0,0%
MHI-RL	207	58,0%	35,3%	6,8%
KiHe-RL	11	54,5%	45,5%	0,0%
KiOn-RL	35	74,3%	25,7%	0,0%
QSFFx-RL	0	-	-	-
QS-RL BLVR	54	85,2%	13,0%	1,9%
QS Lungendenergie bei COPD	6	66,7%	16,7%	16,7%
QS-RL Liposuktion	72	69,4%	25,0%	5,6%
QS-RL LDR-Brachytherapie	8	87,5%	12,5%	0,0%
QS-B SZT In-vitro	5	60,0%	20,0%	20,0%
QS-B SZT MM	12	66,7%	25,0%	8,3%
Gesamt	890	62,4%	34,9%	2,7%

Tabelle 61. Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 2 Teil B MD-QK-RL, 2022

Richtlinie/Beschluss	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
QFR-RL	49	67,3%	32,7%	0,0%
QBAA-RL	66	74,2%	25,8%	0,0%
MHI-RL	82	86,6%	13,4%	0,0%
KiHe-RL	7	57,1%	42,9%	0,0%
KiOn-RL	12	75,0%	25,0%	0,0%
QS-RL Liposuktion	48	56,3%	41,7%	2,1%
QS-RL BLVR	52	67,3%	26,9%	5,8%
QS-RL LDR-Brachytherapie	29	75,9%	20,7%	3,4%
QS Lungendenergie bei COPD	3	66,7%	33,3%	0,0%
Gesamt	348	72,4%	26,1%	1,4%

Tabelle 62: Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL Notfallstufenregelungen, 2023

Präzisierte Kontrollgegenstände Notfallstufenregelungen	Anzahl durchge- führte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderun- gen erfüllt	Anforderun- gen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
Stufe 1: Basisnotfallversorgung	110	70,9%	29,1%	0,0%
Stufe 2: Erweiterte Notfallversorgung	57	70,2%	28,1%	1,8%
Stufe 3: Umfassende Notfallversorgung	39	76,9%	23,1%	0,0%
Modul Notfallversorgung Kinder	57	68,4%	31,6%	0,0%
Modul Spezialversorgung	12	100,0%	0,0%	0,0%
Modul Schlaganfallversorgung	5	100,0%	0,0%	0,0%
Modul Durchblutungsstörungen am Herzen	5	20,0%	80,0%	0,0%
Gesamt	285	71,9%	27,7%	0,4%

Tabelle 63: Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL, 2022

Präzisierte Kontrollgegenstände Notfallstufenregelungen	Anzahl durchge- führte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %	
		Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt
Stufe 1: Basisnotfallversorgung	13	61,5%	38,5%
Stufe 2: Erweiterte Notfallversorgung	5	80,0%	20,0%
Stufe 3: Umfassende Notfallversorgung	1	100,0%	0,0%
Modul Schwerverletztenversorgung	0	-	-
Modul Notfallversorgung Kinder	2	100,0%	0,0%
Modul Spezialversorgung	1	100,0%	0,0%
Modul Schlaganfallversorgung	0	-	-
Modul Durchblutungsstörungen am Herzen	1	100,0%	0,0%
Kontrollen nach § 3 Absatz 2 Satz 3	0	-	-
Gesamt	23	73,9%	26,1%

Tabelle 64: Ergebnisse Qualitätskontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL, 2023

Präzisierte Kontrollgegenstände ATMP-QS-RL	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
ATMP-QS-RL – CAR-T-Zellen	108	94,4%	5,6%	0,0%
ATMP-QS-RL – Onasemnogen-Abeparvovec spinale	39	97,4%	2,6%	0,0%
Gesamt	147	95,2%	4,8%	0,0%

Tabelle 65: Ergebnisse der Qualitätskontrollen nach Abschnitt 4 Teil B MD-QK-RL, 2022

Präzisierte Kontrollgegenstände ATMP-QS-RL	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %	
		Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt
CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien	51	96,1%	3,9%
Onasemnogen-Abeparvovec (Zolgensma®)	4	75,0%	25,0%
Gesamt	55	94,5%	5,5%

Tabelle 66: Ergebnisse der Kontrollen nach Abschnitt 5 Teil B MD-QK-RL PPP, 2023

Richtlinie/Beschluss	Anzahl durchgeführte Kontrollen	Ergebnis der Kontrollen in %		
		Anforderungen erfüllt	Anforderungen nicht erfüllt	Keine Beurteilung möglich
PPP-RL gem. § 3 Buchstabe c der Richtlinie – Erwachsenenpsychiatrie	175	21,7%	73,1%	5,1%
PPP-RL gem. § 3 Buchstabe c der Richtlinie – Kinder- und Jugendpsychiatrie	64	23,4%	73,4%	3,1%
PPP-RL gem. § 3 Buchstabe c der Richtlinie – Psychosomatik	53	3,8%	0,0%	96,2%
Gesamt	292	18,8%	59,9%	21,2%

**Tabelle 67: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V,
DRG-Häufigkeit Fragestellungen, 2023**

Fragestellung	Anzahl	Anteil	Rang
05 War die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer bzw. das Erreichen der UGVD medizinisch begründet?	419.244	30,9%	1
13 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	311.147	22,9%	2
01 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	298.190	22,0%	3
03 Bestand die Notwendigkeit der vollstationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	284.403	21,0%	4
12 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	277.345	20,4%	5
11 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	215.438	15,9%	6
04 War die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in vollem Umfang medizinisch begründet?	212.866	15,7%	7
10 Ist die DRG korrekt?	128.294	9,5%	8
18 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt (Anlagen 2/5, 4/6 FPV)?	103.761	7,6%	9
14 Ist die Anzahl der Beatmungsstunden korrekt?	45.690	3,4%	10
99 Sonstige Fragen DRG	45.139	3,3%	11
22 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	20.694	1,5%	12
17 Sind die abgerechneten sonstigen Entgelte korrekt (§ 6 KHEntgG)?	6.492	0,5%	13
06 War die Überschreitung der Mittleren Verweildauer bzw. das Erreichen der MVD medizinisch begründet?	3.022	0,2%	14
24 War die Mitaufnahme einer Begleitperson medizinisch begründet?	2.788	0,2%	15
23 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	1.860	0,1%	16
09 War Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	1.094	0,1%	17
02 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	998	0,1%	18
15 War die Verlegung in eine anderes KH medizinisch notwendig?	820	0,1%	19
26 Waren die Verlegung in dieses Krankenhaus und dort die gesamte Dauer der stationären Behandlung medizinisch erforderlich (Verlegung oder "Verbringung")?	501	0,0%	20
96 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (DRG)	308	0,0%	21
07 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	252	0,0%	22
19 Ist/sind der/die abgerechnete(n) Zuschläge korrekt?	218	0,0%	23

Tabelle 68: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Ergebnisse, 2023

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
05 War die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer bzw. das Erreichen der UGVD medizinisch begründet?	55,8%	42,6%	0,9%	0,6%
13 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	28,1%	69,8%	1,7%	0,4%
01 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	28,7%	70,4%	0,6%	0,3%
03 Bestand die Notwendigkeit der vollstationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	44,3%	53,9%	1,3%	0,4%
12 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	39,8%	55,3%	3,7%	1,1%
11 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	31,7%	67,5%	0,5%	0,2%
04 War die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in vollem Umfang medizinisch begründet?	41,9%	56,1%	1,5%	0,5%
10 Ist die DRG korrekt?	30,1%	63,9%	5,8%	0,2%
18 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt (Anlagen 2/5, 4/6 FPV)?	27,3%	68,1%	3,5%	1,0%
14 Ist die Anzahl der Beatmungsstunden korrekt?	16,7%	81,4%	1,6%	0,3%
99 Sonstige Fragen DRG	24,3%	44,9%	28,0%	2,8%
22 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	47,1%	45,8%	6,0%	1,1%
17 Sind die abgerechneten sonstigen Entgelte korrekt (§ 6 KHEntG)?	38,2%	45,8%	13,4%	2,5%
06 War die Überschreitung der Mittleren Verweildauer bzw. das Erreichen der MVD medizinisch begründet?	28,3%	66,8%	3,1%	1,8%
24 War die Mitaufnahme einer Begleitperson medizinisch begründet?	46,6%	48,9%	3,6%	1,0%
23 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	36,4%	58,3%	4,3%	1,0%
09 War Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	10,8%	79,4%	8,0%	1,8%
02 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	30,1%	56,2%	5,4%	8,3%
15 War die Verlegung in eine anderes KH medizinisch notwendig?	54,0%	33,4%	5,2%	7,3%
26 Waren die Verlegung in dieses Krankenhaus und dort die gesamte Dauer der stationären Behandlung medizinisch erforderlich (Verlegung oder "Verbringung")?	37,1%	49,1%	9,8%	4,0%

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
96 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (DRG)	10,1%	69,5%	20,5%	0,0%
07 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	35,7%	53,2%	8,7%	2,4%
19 Ist/sind der/die abgerechnete(n) Zuschläge korrekt?	27,1%	66,1%	6,0%	0,9%

**Tabelle 69: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V,
DRG-Häufigkeit Fragestellungen, 2022**

Fragestellung	Anzahl	Anteil	Rang
05 War die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer bzw. das Erreichen der UGVD medizinisch begründet?	438.161	30,5%	1
13 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	327.605	22,8%	2
01 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	314.108	21,9%	3
12 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	293.536	20,4%	4
03 Bestand die Notwendigkeit der vollstationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	287.502	20,0%	5
11 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	233.729	16,3%	6
04 War die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in vollem Umfang medizinisch begründet?	202.748	14,1%	7
10 Ist die DRG korrekt?	158.252	11,0%	8
18 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt (Anlagen 2/5, 4/6 FPV)?	108.740	7,6%	9
14 Ist die Anzahl der Beatmungsstunden korrekt?	47.241	3,3%	10
99 Sonstige Fragen DRG	44.548	3,1%	11
22 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	22.924	1,6%	12
17 Sind die abgerechneten sonstigen Entgelte korrekt (§ 6 KHEntgG)?	6.805	0,5%	13
06 War die Überschreitung der Mittleren Verweildauer bzw. das Erreichen der MVD medizinisch begründet?	3.957	0,3%	14
24 War die Mitaufnahme einer Begleitperson medizinisch begründet?	2.868	0,2%	15
23 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	2.516	0,2%	16
02 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	1.548	0,1%	17
09 War Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	1.093	0,1%	18
15 War die Verlegung in eine anderes KH medizinisch notwendig?	777	0,1%	19
26 Waren die Verlegung in dieses Krankenhaus und dort die gesamte Dauer der stationären Behandlung medizinisch erforderlich (Verlegung oder "Verbringung")?	665	0,0%	20
07 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	347	0,0%	21
19 Ist/sind der/die abgerechnete(n) Zuschläge korrekt?	167	0,0%	22
96 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (DRG)	34	0,0%	23

Tabelle 70: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, DRG-Ergebnisse, 2022

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
05 War die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer bzw. das Erreichen der UGVD medizinisch begründet?	53,8%	44,3%	0,9%	0,9%
13 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	29,1%	68,5%	1,7%	0,6%
01 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	28,3%	70,3%	0,6%	0,8%
12 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	41,9%	52,6%	4,1%	1,3%
03 Bestand die Notwendigkeit der vollstationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	44,8%	53,2%	1,2%	0,8%
11 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	32,9%	66,2%	0,5%	0,4%
04 War die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in vollem Umfang medizinisch begründet?	41,0%	56,6%	1,7%	0,7%
10 Ist die DRG korrekt?	30,3%	66,4%	3,1%	0,2%
18 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt (Anlagen 2/5, 4/6 FPV)?	28,5%	65,9%	4,0%	1,5%
14 Ist die Anzahl der Beatmungsstunden korrekt?	20,4%	77,1%	2,1%	0,4%
99 Sonstige Fragen DRG	25,6%	38,8%	33,1%	2,5%
22 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	50,3%	40,6%	7,9%	1,2%
17 Sind die abgerechneten sonstigen Entgelte korrekt (§ 6 KHEntg)?	34,9%	48,9%	12,8%	3,5%
06 War die Überschreitung der Mittleren Verweildauer bzw. das Erreichen der MVD medizinisch begründet?	28,7%	66,7%	3,0%	1,6%
24 War die Mitaufnahme einer Begleitperson medizinisch begründet?	48,3%	46,3%	4,5%	0,9%
23 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	39,5%	53,3%	5,3%	1,9%
02 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	28,3%	60,3%	5,7%	5,7%
09 War Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	13,4%	77,0%	7,8%	1,8%
15 War die Verlegung in eine anderes KH medizinisch notwendig?	55,0%	35,0%	5,7%	4,4%
26 Waren die Verlegung in dieses Krankenhaus und dort die gesamte Dauer der stationären Behandlung medizinisch erforderlich (Verlegung oder "Verbringung")?	41,5%	44,7%	7,2%	6,6%

Fragestellung	Ergebnis			
	nicht bestätigt	bestätigt	andere Antwort	keine Antwort
07 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	37,2%	49,6%	9,2%	4,0%
19 Ist/sind der/die abgerechnete(n) Zuschläge korrekt?	31,7%	58,1%	8,4%	1,8%
96 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (DRG)	26,5%	41,2%	23,5%	8,8%

**Tabelle 71: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V,
PEPP-Häufigkeit Fragestellungen, 2023**

Fragestellung	Anzahl	Anteil	Rang
43 Bestand die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	53.770	82,5%	1
55 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	17.220	26,4%	2
54 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	15.550	23,9%	3
41 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	12.744	19,6%	4
53 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	11.027	16,9%	5
59 Sind die abgerechneten Ergänzenden Tagesentgelte (Anlage 5 PEPPV) korrekt?	7.211	11,1%	6
56 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt (Anlagen 3, 4 PEPPV)?	6.448	9,9%	7
52 Ist die PEPP korrekt?	4.252	6,5%	8
98 Sonstige Fragen PEPP	2.519	3,9%	9
57 Sind die abgerechneten § 6-Entgelte (Anlage 1b, 2b, 6b PEPPV) korrekt?	703	1,1%	10
60 Wurden die Anforderungen an die Dokumentation entsprechend der Vereinbarung nach § 115d Absatz 2 SGB V (StäB) eingehalten?	303	0,5%	11
48 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	271	0,4%	12
46 War die Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	141	0,2%	13
50 Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?	99	0,2%	14
42 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	82	0,1%	15
51 Wurde der Patient entsprechend der Erkrankung in der richtigen Fachabteilung (Psychiatrie/Psychosomatik) behandelt?	77	0,1%	16
45 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	49	0,1%	17
44 War die Verlegung in ein anderes KH medizinisch notwendig?	11	0,0%	18
97 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (PEPP)	10	0,0%	19
49 Bestand die Notwendigkeit zum Wechsel der Fachabteilung bei der Wiederaufnahme innerhalb der Fristen nach § 2 PEPPV?	9	0,0%	20
47 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	6	0,0%	21

Tabelle 72: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Ergebnisse, 2023

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 ...?	18,7%	79,7%	1,1%	0,5%
55 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	37,8%	57,5%	3,4%	1,3%
54 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	19,2%	71,2%	7,8%	1,8%
41 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	7,2%	91,6%	1,0%	0,2%
53 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	15,3%	83,7%	0,7%	0,3%
59 Sind die abgerechneten Ergänzenden Tagesentgelte (Anlage 5 PEPPV) korrekt?	36,6%	55,9%	0,5%	7,0%
56 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt? (Anlagen 3, 4 PEPPV)	23,3%	72,0%	2,8%	1,9%
52 Ist die PEPP korrekt?	15,8%	80,6%	3,3%	0,3%
98 Sonstige Fragen PEPP	17,0%	47,1%	33,9%	2,0%
57 Sind die abgerechneten § 6-Entgelte (Anlage 1b, 2b, 6b PEPPV) korrekt?	26,6%	65,7%	4,8%	2,8%
60 Wurden die Anforderungen an die Dokumentation entsprechend der Vereinbarung nach § 115d Absatz 2 SGB V (StäB) eingehalten?	11,9%	79,5%	5,6%	3,0%
48 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	13,3%	80,8%	4,1%	1,8%
46 War die Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	2,1%	92,9%	3,5%	1,4%
50 Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?	32,3%	60,6%	7,1%	0,0%
42 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	17,1%	79,3%	3,7%	0,0%
51 Wurde der Patient entsprechend der Erkrankung in der richtigen Fachabteilung (Psychiatrie/Psychosomatik) behandelt?	3,9%	89,6%	2,6%	3,9%
45 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	12,2%	67,3%	8,2%	12,2%
44 War die Verlegung in ein anderes KH medizinisch notwendig?	9,1%	90,9%	0,0%	0,0%
97 Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren (PEPP)	20,0%	80,0%	0,0%	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%	77,8%	11,1%	11,1%
47 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%

**Tabelle 73: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V,
PEPP-Häufigkeit Fragestellungen, 2022**

Fragestellung	Anzahl	Anteil	Rang
43 Bestand die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung nach § 39 SGB V für die gesamte Dauer vom ... bis ...?	56.643	78,4%	1
55 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	19.179	26,6%	2
54 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	15.800	21,9%	3
41 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	14.037	19,4%	4
53 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	12.202	16,9%	5
59 Sind die abgerechneten Ergänzenden Tagesentgelte (Anlage 5 PEPPV) korrekt?	6.827	9,5%	6
52 Ist die PEPP korrekt?	6.606	9,1%	7
56 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt (Anlagen 3, 4 PEPPV)?	3.647	5,1%	8
98 Sonstige Fragen PEPP	3.454	4,8%	9
57 Sind die abgerechneten § 6-Entgelte (Anlage 1b, 2b, 6b PEPPV) korrekt?	888	1,2%	10
48 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	341	0,5%	11
46 War die Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	223	0,3%	12
60 Wurden die Anforderungen an die Dokumentation entsprechend der Vereinbarung nach § 115d Absatz 2 SGB V (StäB) eingehalten?	161	0,2%	13
50 Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?	137	0,2%	14
51 Wurde der Patient entsprechend der Erkrankung in der richtigen Fachabteilung (Psychiatrie/Psychosomatik) behandelt?	108	0,1%	15
45 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	93	0,1%	16
42 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	87	0,1%	17
44 War die Verlegung in ein anderes KH medizinisch notwendig?	28	0,0%	18
49 Bestand die Notwendigkeit zum Wechsel der Fachabteilung bei der Wiederaufnahme innerhalb der Fristen nach § 2 PEPPV?	12	0,0%	19
47 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	11	0,0%	20

Tabelle 74: Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V, PEPP-Ergebnisse, 2022

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 ...?	19,3%	78,5%	1,3%	0,8%
55 Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?	43,4%	52,2%	3,0%	1,5%
54 Ist/sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt?	23,9%	65,1%	7,8%	3,2%
41 Bestand die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung?	8,1%	90,3%	1,1%	0,5%
53 Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?	18,0%	80,9%	0,6%	0,5%
59 Sind die abgerechneten Ergänzenden Tagesentgelte (Anlage 5 PEPPV) korrekt?	39,4%	48,5%	0,8%	11,3%
52 Ist die PEPP korrekt?	16,9%	78,4%	3,9%	0,8%
56 Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt (Anlagen 3, 4 PEPPV)?	25,9%	67,0%	3,8%	3,3%
98 Sonstige Fragen PEPP	10,5%	41,7%	44,8%	2,9%
57 Sind die abgerechneten § 6-Entgelte (Anlage 1b, 2b, 6b PEPPV) korrekt?	37,3%	51,1%	3,3%	8,3%
48 Bestand im behandelnden Krankenhaus bis zur Verlegung die Notwendigkeit der stationären KH-Behandlung?	19,1%	71,8%	6,7%	2,3%
46 War die Fallzusammenfassung durch das KH korrekt?	1,3%	96,0%	1,8%	0,9%
60 Wurden die Anforderungen an die Dokumentation entsprechend der Vereinbarung nach § 115d Absatz 2 SGB V (StäB) eingehalten?	13,7%	65,2%	3,1%	18,0%
50 Bestand die medizinische Notwendigkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Volljährigkeit?	35,8%	54,0%	9,5%	0,7%
51 Wurde der Patient entsprechend der Erkrankung in der richtigen Fachabteilung (Psychiatrie/Psychosomatik) behandelt?	9,3%	82,4%	4,6%	3,7%
45 Bestand zum Entlassungszeitpunkt noch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung?	36,6%	39,8%	6,5%	17,2%
42 War die Behandlung in diesem KH notfallmäßig erforderlich?	20,7%	74,7%	4,6%	0,0%
44 War die Verlegung in ein anderes KH medizinisch notwendig?	7,1%	67,9%	14,3%	10,7%

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?	8,3%	58,3%	25,0%	8,3%
47 Ist die getrennte Abrechnung der Behandlungsfälle korrekt?	45,5%	36,4%	18,2%	0,0%

Tabelle 75: Anzahl durchgeführter Strukturprüfungen nach Antragsart, 2023

Prüfungen	Anzahl	Anteil
Turnusgemäße Prüfung	12.213	92,8%
Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V	97	0,7%
Erstmalige oder erneute Leistungserbringung	422	3,2%
Antrag zur Planungsprüfung	82	0,6%
Strukturprüfung nach Planungsprüfung	144	1,1%
Antrag bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes	6	0,0%
Begutachtung nach Widerspruch Antragsjahr der Ausgangsprüfung 2022	150	1,1%
Begutachtung nach Widerspruch Antragsjahr der Ausgangsprüfung 2023	53	0,4%
Anzahl durchgeführter Prüfungen gesamt	13.167	100%

Tabelle 76: Anzahl durchgeführter Strukturprüfungen nach Antragsart, 2022

Prüfungen	Anzahl	Anteil
Turnusgemäße Prüfung	7.512	84,9%
Erstmalige oder erneute Beantragung einer Prüfung	549	6,2%
Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung für in 2021 beantragte Prüfungen	146	1,6%
Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen	15	0,2%
Erneute oder erstmalige Leistungsvereinbarung - Planungsprüfung	189	2,1%
Erneute oder erstmalige Leistungsvereinbarung - Strukturprüfung nach Planungsprüfung	34	0,4%
Zusätzliche Station/Einheit, Umzug - Planungsprüfung	8	0,1%
Zusätzliche Station/Einheit, Umzug - Strukturprüfung nach Planungsprüfung	2	0,0%
Erlassene Widerspruchsbescheide: Antragsjahr der Ausgangsprüfung 2021	234	2,6%
Erlassene Widerspruchsbescheide: Antragsjahr der Ausgangsprüfung 2022	164	1,9%
Anzahl durchgeführter Prüfungen gesamt	8.853	100%

Tabelle 77: Anzahl und Ergebnisse durchgeführter Strukturprüfungen nach OPS-Kode, 2023

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	705	95,6%	4,4%
8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	349	98,0%	2,0%
8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	85	95,3%	4,7%
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	532	99,2%	0,8%
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	208	99,0%	1,0%
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	291	96,2%	3,8%
8-98h.0	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst	130	95,4%	4,6%
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	210	94,8%	5,2%
8-559	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation	91	97,8%	2,2%
8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	263	99,2%	0,8%
8-981.2	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	233	87,1%	12,9%
8-981.3	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien u. intrakraniellen Eingriffen	184	92,9%	7,1%
8-98b.2	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes	102	90,2%	9,8%
8-98b.3	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes	105	87,6%	12,4%
Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern (Hygienekodes)				
8-98g.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	83	95,2%	4,8%

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
8-98g.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	1.252	99,3%	0,7%
8-987.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE): Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	83	94,0%	6,0%
8-987.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE): Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	1.237	99,4%	0,6%
Intensivmedizinische Komplexbehandlung, Beatmungsentwöhnung (Weaning)				
8-718.8	Beatmungsentwöhnung (Weaning) bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	286	95,8%	4,2%
8-718.9	Beatmungsentwöhnung (Weaning) bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	73	91,8%	8,2%
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1.105	98,9%	1,1%
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)	83	86,7%	13,3%
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	847	91,5%	8,5%
Psychiatrische und psychosomatische Behandlungen				
9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie	92	100,0%	0,0%
9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	926	99,4%	0,6%
9-61	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	518	99,8%	0,2%
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	572	98,6%	1,4%
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	191	95,8%	4,2%

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	54	98,1%	1,9%
9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)	35	100,0%	0,0%
9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	367	99,7%	0,3%
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	324	99,4%	0,6%
9-67	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	251	99,2%	0,8%
9-68	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	47	100,0%	0,0%
9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen	23	100,0%	0,0%
9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen	72	97,2%	2,8%
9-801	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	18	88,9%	11,1%
Teilstationäre pädiatrische Leistungen				
1-221	Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit	38	100,0%	0,0%
1-945	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit	218	99,1%	0,9%
1-999.3	Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit	109	100,0%	0,0%
5-709.0	Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen	30	100,0%	0,0%

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
8-01a	Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen	132	99,2%	0,8%
8-644	Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von internem Herzschrittmacher, Stimulationssystem zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder implantiertem Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen	28	100,0%	0,0%
8-934	Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekanntes Ausmaßes bei Kindern	72	100,0%	0,0%
9-985	Teilstationäre pädiatrische Behandlung	100	100,0%	0,0%
Sonstige Komplexbehandlungen				
8-975.2	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung	8	87,5%	12,5%
8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems	73	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	177	98,9%	1,1%
8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker (Qualifizierter Entzug)	19	89,5%	10,5%
8-986	Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung	13	100,0%	0,0%
8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand	53	96,2%	3,8%

Tabelle 78: Anzahl und Ergebnisse durchgeführter Strukturprüfungen nach OPS-Kode, 2022

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	725	93,2%	6,8%
8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	83	84,3%	15,7%
8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	59	88,1%	11,9%
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	147	91,2%	8,8%
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	226	93,4%	6,6%
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	314	91,7%	8,3%
8-98h.0	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst	130	93,8%	6,2%
8-98h.1	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst	8	100,0%	0,0%
Neurologisch-neurochirurgische Komplexbehandlungen, Frührehabilitation				
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	232	88,4%	11,6%
8-559	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation	36	91,7%	8,3%
8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	53	94,3%	5,7%
8-981.2	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	248	87,9%	12,1%
8-981.3	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	181	89,5%	10,5%
8-98b.2	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes	117	89,7%	10,3%
8-98b.3	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes	123	84,6%	15,4%
Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern (Hygienekodes)				
8-98g.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	88	75,0%	25,0%

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
8-98g.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	1.018	99,2%	0,8%
8-987.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE): Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	80	75,0%	25,0%
8-987.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE): Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	999	99,1%	0,9%
Intensivmedizinische Komplexbehandlung, Beatmungsentwöhnung (Weaning)				
8-718.8	Beatmungsentwöhnung (Weaning) bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	314	91,4%	8,6%
8-718.9	Beatmungsentwöhnung (Weaning) bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	93	79,6%	20,4%
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1.019	97,2%	2,8%
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)	103	71,8%	28,2%
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	899	85,8%	14,2%
Psychiatrische und psychosomatische Behandlungen				
9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie	34	100,0%	0,0%
9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	105	87,6%	12,4%
9-61	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	51	92,2%	7,8%
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	111	90,1%	9,9%
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	49	69,4%	30,6%

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	69	87,0%	13,0%
9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)	32	78,1%	21,9%
9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	27	92,6%	7,4%
9-64a	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind	14	92,9%	7,1%
9-65	Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	25	76,0%	24,0%
9-67	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	19	78,9%	21,1%
9-68	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	54	79,6%	20,4%
9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen	4	50,0%	50,0%
9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen	76	93,4%	6,6%
9-801	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	23	95,7%	4,3%
Teilstationäre pädiatrische Leistungen				
1-221	Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit	70	100,0%	0,0%
1-945	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit	74	87,8%	12,2%
1-999.3	Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit	137	99,3%	0,7%
5-709.0	Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen	50	100,0%	0,0%
8-01a	Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen	95	97,9%	2,1%

Geriatrische und palliative Komplexbehandlungen, Schmerztherapie		Anzahl Prüfungen	Strukturmerkmale	
			eingehalten	nicht eingehalten
8-644	Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von internem Herzschrittmacher, Stimulationssystem zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder implantiertem Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen	42	100,0%	0,0%
8-934	Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekanntem Ausmaßes bei Kindern	135	99,3%	0,7%
9-985	Teilstationäre pädiatrische Behandlung	132	99,2%	0,8%
Sonstige Komplexbehandlungen				
8-975.2	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung	9	55,6%	44,4%
8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems	32	93,8%	6,3%
8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung	15	73,3%	26,7%
8-984	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	39	74,4%	25,6%
8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker (Qualifizierter Entzug)	14	64,3%	35,7%
8-986	Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung	5	80,0%	20,0%
8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand	16	87,5%	12,5%

Tabelle 79: QSKV – dienstinterne Bewertung, 2022 und 2023

Dienstinternes Prüfergebnis	Bewertung	Themenkomplex Struktur und Vollständigkeit	Themenkomplex Formale Verständlichkeit	Themenkomplex Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit	Themenkomplex Datenschutz und Mitteilungspflichten
Begutachtungsbereich Arbeitsunfähigkeit n=626 (2022); n=569 (2023)					
% erfüllt	2022	94,3	89,3	88,3	93,4
	2023	95,3	92,0	89,3	95,8
% Verbesserungspotential	2022	3,0	8,2	8,5	5,1
	2023	3,1	6,5	8,4	3,7
% nicht erfüllt	2022	2,7	2,6	3,2	1,6
	2023	1,6	1,5	2,2	0,5
Begutachtungsbereich Stationäre Leistungen und Krankenhausabrechnungsprüfungen n=920 (2022); n=810 (2023)					
% erfüllt	2022	97,5	97,0	96,6	98,5
	2023	98,0	96,9	97,4	99,1
% Verbesserungspotential	2022	2,0	2,3	2,2	1,2
	2023	1,2	2,8	2,1	0,9
% nicht erfüllt	2022	0,6	0,7	1,2	0,3
	2023	0,9	0,3	0,4	0,0
Begutachtungsbereich Ambulante Leistungen n=196 (Oktober-Dezember 2022); n=547 (2023)					
% erfüllt	2022	91,8	90,6	90,3	93,8
	2023	95,9	94,3	94,2	98,1
% Verbesserungspotential	2022	5,2	8,0	8,8	6,2
	2023	3,6	5,1	4,3	1,7
% nicht erfüllt	2022	2,7	1,4	0,9	0,0
	2023	0,4	0,7	1,5	0,2
Begutachtungsbereich Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation n=656 (2022); n=626 (2023)					
% erfüllt	2022	93,2	92,5	89,7	95,9
	2023	94,1	91,4	88,6	96,9
% Verbesserungspotential	2022	5,0	5,9	7,3	3,2
	2023	3,0	5,9	8,9	2,6
% nicht erfüllt	2022	1,8	1,7	3,0	0,9
	2023	2,9	2,7	2,5	0,5

Dienstinternes Prüfergebnis	Bewer- tung	Themenkom- plex Struktur und Vollstän- digkeit	Themenkom- plex Formale Verständlich- keit	Themenkomplex Sozialmedizini- sche Plausibilität und Nachvoll- ziehbarkeit	Themenkom- plex Daten- schutz und Mitteilungs- pflichten
Begutachtungsbereich Hilfsmittel und hilfsmittelnahе Medizinprodukte GKV n=629 (2022); n=562 (2023)					
% erfüllt	2022	91,4	93,2	92,5	97,8
	2023	93,8	95,1	94,5	99,4
% Verbesse- rungspotential	2022	6,7	5,0	4,9	1,7
	2023	3,5	3,9	4,3	0,6
% nicht erfüllt	2022	1,9	1,7	2,6	0,4
	2023	1,7	1,0	1,1	0,0
Begutachtungsbereich Behandlungsfehler n=562 (2022); n=255 (2023)					
% erfüllt	2022	95,1	98,2	98,0	98,8
	2023	97,6	98,8	99,3	99,7
% Verbesse- rungspotential	2022	3,6	1,5	1,7	0,9
	2023	2,2	1,2	0,6	0,3
% nicht erfüllt	2022	1,2	0,3	0,3	0,3
	2023	0,2	0,1	0,2	0,0
Begutachtungsbereich Zahnmedizin n=231 (2022); n=182 (2023)					
% erfüllt	2022	92,1	96,4	95,9	99,6
	2023	88,9	95,8	94,9	98,4
% Verbesse- rungspotential	2022	5,7	3,5	3,7	0,4
	2023	9,6	3,2	3,6	1,6
% nicht erfüllt	2022	2,2	0,1	0,4	0,0
	2023	1,5	0,9	1,6	0,0
Begutachtungsbereich Sonstige Anlässe n=549 (2022); n=472 (2023)					
% erfüllt	2022	91,6	92,0	89,3	97,6
	2023	95,8	94,4	94,0	98,1
% Verbesse- rungspotential	2022	5,4	6,4	8,7	2,0
	2023	3,2	4,9	5,0	1,9
% nicht erfüllt	2022	3,0	1,6	1,9	0,3
	2023	1,0	0,7	1,0	0,0

Dienstinternes Prüfergebnis	Bewertung	Themenkomplex Struktur und Vollständigkeit	Themenkomplex Formale Verständlichkeit	Themenkomplex Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit	Themenkomplex Datenschutz und Mitteilungspflichten
Begutachtungsbereich Neue Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung n=533 (2023)					
% erfüllt	2022	-	-	-	-
	2023	96,4	94,5	91,3	99,0
% Verbesserungspotential	2022	-	-	-	-
	2023	2,7	4,6	6,9	0,6
% nicht erfüllt	2022	-	-	-	-
	2023	0,9	0,9	1,8	0,3

Tabelle 80: QSKV - bundesweit-übergreifende Bewertung, 2022 und 2023

Bundesweit übergreifendes Prüfergebnis	Bewer- tung	Themenkom- plex Struktur und Vollstän- digkeit	Themenkom- plex Formale Verständlich- keit	Themenkomplex Sozialmedizini- sche Plausibilität und Nachvoll- ziehbarkeit	Themenkom- plex Daten- schutz und Mitteilungs- pflichten
Begutachtungsbereich Arbeitsunfähigkeit n=626 (2022); n=569 (2023)					
% erfüllt	2022	91,1	84,6	83,0	93,7
	2023	93,5	87,7	85,5	94,1
% Verbesse- rungspotential	2022	6,2	11,4	14,1	5,1
	2023	4,4	9,8	12,2	4,7
% nicht erfüllt	2022	2,7	4,0	3,0	1,2
	2023	2,2	2,5	2,3	1,2
Begutachtungsbereich Stationäre Leistungen und Krankenhausabrechnungsprüfungen n=920 (2022); n=810 (2023)					
% erfüllt	2022	95,4	95,4	95,2	98,7
	2023	95,7	96,5	96,1	98,8
% Verbesse- rungspotential	2022	3,3	3,5	4,0	1,2
	2023	2,3	3,0	3,1	1,2
% nicht erfüllt	2022	1,3	1,1	0,8	0,1
	2023	2,0	0,5	0,8	0,0
Begutachtungsbereich Ambulante Leistungen n=196 (Oktober-Dezember 2022); n=547 (2023)					
% erfüllt	2022	91,0	92,3	90,0	97,7
	2023	93,2	91,5	92,0	97,3
% Verbesse- rungspotential	2022	7,3	6,4	7,9	2,3
	2023	4,5	7,1	7,0	2,5
% nicht erfüllt	2022	1,8	1,2	2,1	0,0
	2023	2,4	1,3	1,0	0,2
Begutachtungsbereich Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation n=656 (2022); n=626 (2023)					
% erfüllt	2022	90,6	90,9	86,9	96,1
	2023	91,8	90,8	86,3	96,9
% Verbesse- rungspotential	2022	6,6	7,1	10,5	3,2
	2023	5,5	7,4	11,2	2,7
% nicht erfüllt	2022	2,7	2,0	2,7	0,7
	2023	2,6	1,8	2,4	0,4

Bundesweit übergreifendes Prüfergebnis	Bewertung	Themenkomplex Struktur und Vollständigkeit	Themenkomplex Formale Verständlichkeit	Themenkomplex Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit	Themenkomplex Datenschutz und Mitteilungspflichten
Begutachtungsbereich Hilfsmittel und hilfsmittelnaher Medizinprodukte GKV n=629 (2022); n=562 (2023)					
% erfüllt	2022	88,1	90,8	89,1	96,9
	2023	92,8	91,9	90,3	98,0
% Verbesserungspotential	2022	8,5	6,7	8,3	3,1
	2023	5,7	6,6	7,7	1,8
% nicht erfüllt	2022	3,4	2,5	2,6	0,0
	2023	1,5	1,5	2,1	0,2
Begutachtungsbereich Behandlungsfehler n=562 (2022); n=255 (2023)					
% erfüllt	2022	89,8	95,2	93,7	97,6
	2023	92,9	97,6	96,9	98,9
% Verbesserungspotential	2022	8,2	4,5	5,5	2,4
	2023	6,9	2,4	2,9	1,1
% nicht erfüllt	2022	2,0	0,3	0,9	0,0
	2023	0,3	0,0	0,3	0,0
Begutachtungsbereich Zahnmedizin n=231 (2022); n=182 (2023)					
% erfüllt	2022	83,2	90,8	84,6	97,8
	2023	86,7	94,3	86,7	100
% Verbesserungspotential	2022	11,4	8,3	11,2	2,2
	2023	9,8	5,2	10,2	0,0
% nicht erfüllt	2022	5,3	1,0	4,2	0,0
	2023	3,6	0,5	3,1	0,0
Begutachtungsbereich Sonstige Anlässe n=549 (2022); n=472 (2023)					
% erfüllt	2022	87,7	88,3	84,8	95,9
	2023	92,9	90,0	87,3	94,6
% Verbesserungspotential	2022	8,5	8,9	11,9	3,4
	2023	5,7	8,5	9,8	4,8
% nicht erfüllt	2022	3,8	2,7	3,4	0,6
	2023	1,4	1,4	2,9	0,6

Bundesweit übergreifendes Prüfergebnis	Bewer- tung	Themenkom- plex Struktur und Vollstän- digkeit	Themenkom- plex Formale Verständlich- keit	Themenkomplex Sozialmedizini- sche Plausibilität und Nachvoll- ziehbarkeit	Themenkom- plex Daten- schutz und Mitteilungs- pflichten
Begutachtungsbereich Neue Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung n=533 (2023)					
% erfüllt	2022	-	-	-	-
	2023	93,6	93,5	86,4	96,1
% Verbesse- rungspotential	2022	-	-	-	-
	2023	3,9	5,9	10,7	3,6
% nicht erfüllt	2022	-	-	-	-
	2023	2,5	0,7	3,0	0,3

Tabelle 81: Personal der Medizinischen Dienste/des Medizinischen Dienst Bund am Stichtag 31.12.2023

	Vollzeitäquivalent	in %	Personen	in %
Ärztliches Personal	2.127,9	20,1%	2.506	20,9%
Pflegefachliche Gutachter/innen	4.387,6	41,4%	4.895	40,9%
Nichtärztliches Personal in Heil- und Gesundheitsberufen	124,1	1,2%	137	1,1%
Kodierfachkräfte	456,4	4,3%	513	4,3%
Assistenz	2.477,3	23,4%	2.813	23,5%
Verwaltungspersonal	1.015,3	9,6%	1.108	9,3%
Gesamt	10.588,6	100%	11.972	100%

Tabelle 82: Personal der Medizinischen Dienste/des Medizinischen Dienst Bund am Stichtag 31.12.2022

	Vollzeitäquivalent	in %	Personen	in %
Ärztliches Personal	2.072	20,4%	2.419	21,1%
Pflegefachliche Gutachter/innen	4.040	39,8%	4.522	39,5%
Nichtärztliches Personal in Heil- und Gesundheitsberufen	108	1,1%	118	1,0%
Kodierfachkräfte	459	4,5%	510	4,5%
Assistenz	2508	24,7%	2.842	24,8%
Verwaltungspersonal	956	9,4%	1.049	9,2%
Gesamt	10.144	100%	11.460	100%

Tabelle 83: Personal der Medizinischen Dienste/des Medizinischen Dienst Bund im Jahresdurchschnitt 2023

	Vollzeitäquivalent	in %	Personen	in %
Ärztliches Personal	2.099,5	20,2%	2.457	20,9%
Pflegefachliche Gutachter/innen	4.237,0	40,8%	4.735	40,3%
Nichtärztliches Personal in Heil- und Gesundheitsberufen	118,5	1,1%	130	1,1%
Kodierfachkräfte	457,9	4,4%	513	4,4%
Assistenz	2.490,1	24,0%	2.830	24,1%
Verwaltungspersonal	990,3	9,5%	1.080	9,2%
Gesamt	10.393,1	100,0%	11.746	100,0%

Tabelle 84: Personal der Medizinischen Dienste/des Medizinischen Dienst Bund im Jahresdurchschnitt 2022

	Vollzeitäquivalent	in %	Personen	in %
Ärztliches Personal	2.087,6	20,9%	2.435	21,5%
Pflegefachliche Gutachter/innen	3.950,7	35,9%	4.430	39,1%
Nichtärztliches Personal in Heil- und Gesundheitsberufen	105,6	1,1%	115	1,0%
Kodierfachkräfte	453,4	4,5%	505	4,5%
Assistenz	2.469,1	24,7%	2.819	24,9%
Verwaltungspersonal	935,0	9,3%	1.028	9,1%
Gesamt	10.001,6	100,0%	11.332	100,0%

Tabelle 85: Ressourceneinsatz gutachterliches Personal der Medizinischen Dienste für Beratungen und Begutachtungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2023

Ressourceneinsatz gutachterliches Personal GKV 2023	
Einzelfallbegutachtung	Anteil
Arbeitsunfähigkeit	12,1%
Krankenhausleistungen	43,0%
Ambulante Leistungen	5,9%
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	6,5%
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	10,9%
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	9,8%
Zahnmedizin	0,2%
Ansprüche gegenüber/von Dritten	2,4%
Sonstige Anlässe	3,8%
Qualitätskontrollen in Krankenhäusern nach § 275a SGB V	2,4%
Prüfung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern nach § 275d SGB V	2,8%

Tabelle 86: Ressourceneinsatz gutachterliches Personal der Medizinischen Dienste für Beratungen und Begutachtungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2022

Ressourceneinsatz gutachterliches Personal GKV 2022	
versichertenbezogene Stellungnahmen (PGS, PG1 und PG2)	Anteil
Arbeitsunfähigkeit	13,2%
Krankenhausleistungen	47,3%
Ambulante Leistungen	4,5%
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittel	6,0%
Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation	9,5%
Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV	9,5%
Zahnmedizin	0,2%
Ansprüche gegenüber/von Dritten	2,6%
Sonstige Anlässe	3,8%
Qualitätskontrollen in Krankenhäusern nach § 275a SGB V	0,6%
Prüfung von Strukturmerkmalen in Krankenhäusern nach § 275d SGB V	2,8%