



Medizinischer
Dienst

Die Arbeit des Medizinischen Dienstes

Zahlen, Daten, Fakten 2024



Inhalt

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

15

Medizinische Dienste
in Deutschland

Medizinischer Dienst Bund —●—
mit Sitz in Essen



Liebe Leserinnen und Leser,

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

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

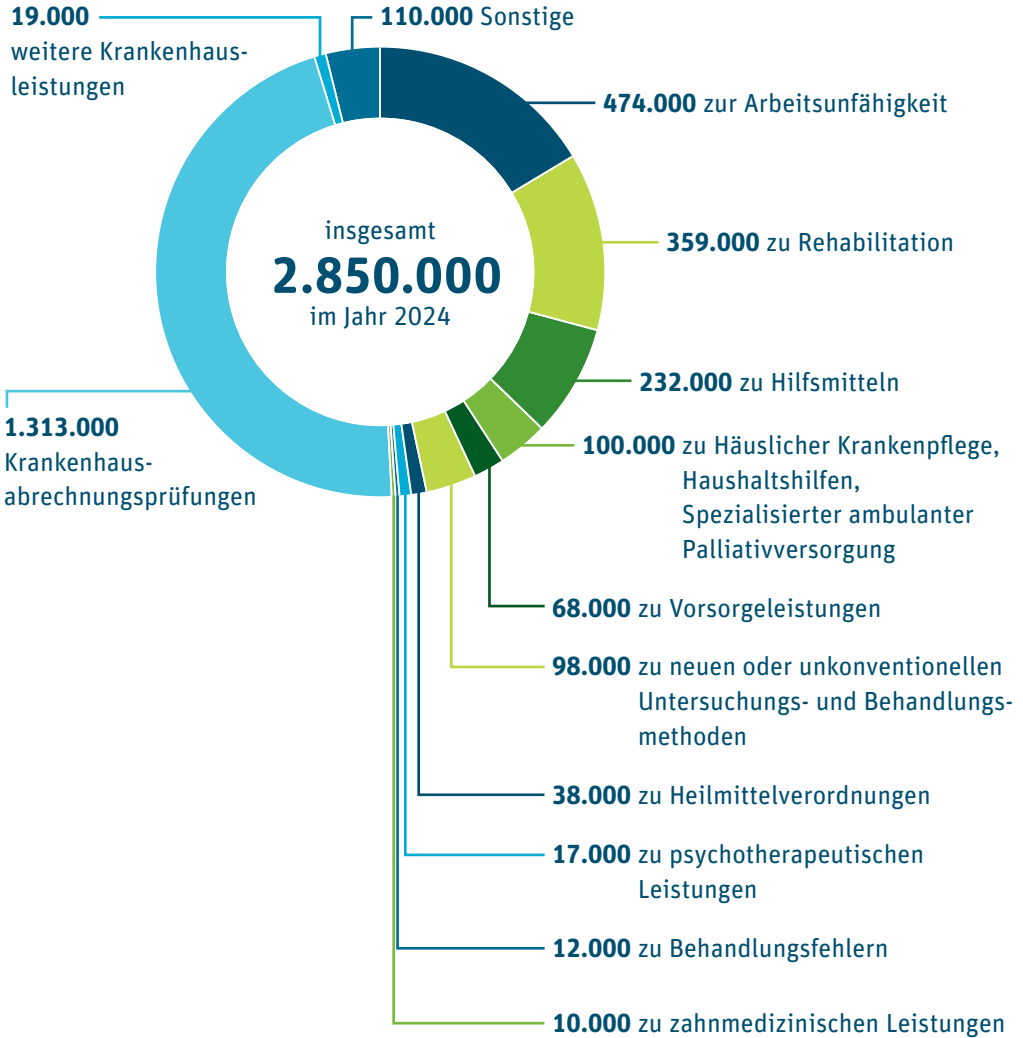
Zu den Kernaufgaben des Medizinischen Dienstes gehören nicht nur die Einzelfallbegutachtungen im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Der Medizinische Dienst leistet mit seinen Prüfungen einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität: zu nennen sind z. B. die Strukturprüfungen im Krankenhaus sowie die Qualitätsprüfungen in der Pflege. Eine weitere wichtige Aufgabe erfüllt der Medizinische Dienst mit der Systemberatung. Die Expertise der Kompetenz-Centren und der Sozialmedizinischen Expertengruppen fließt in die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein. Dabei geben die Expertinnen und Experten des Medizinischen Dienstes wichtige Impulse zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.

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

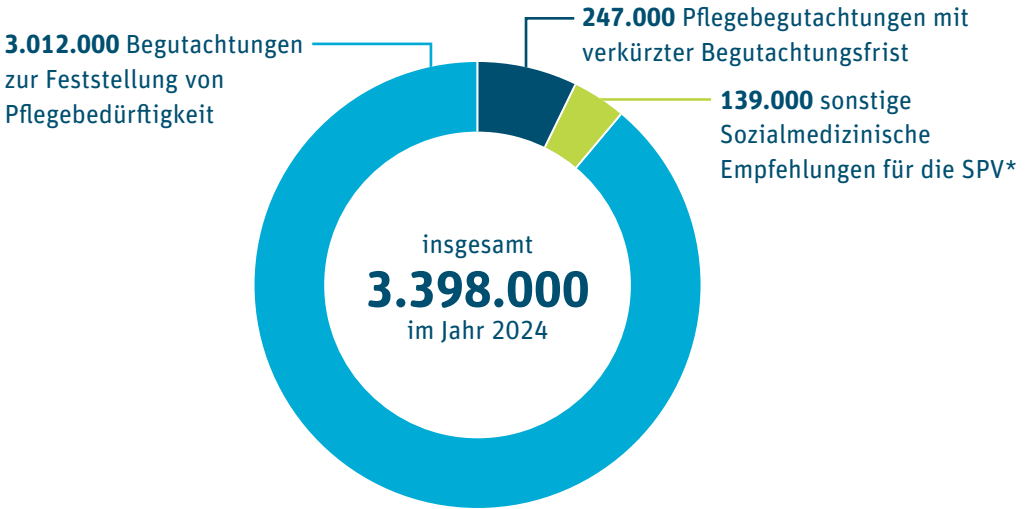
Dr. Stefan Gronemeyer
Vorstandsvorsitzender
Medizinischer Dienst Bund

Leistungen auf einen Blick

Sozialmedizinische Empfehlungen für die Krankenversicherung

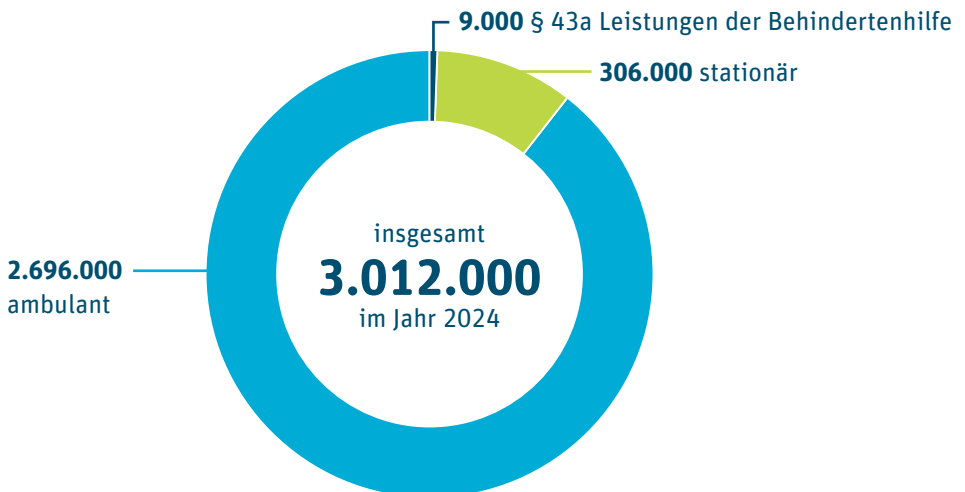


Sozialmedizinische Empfehlungen für die Pflegeversicherung

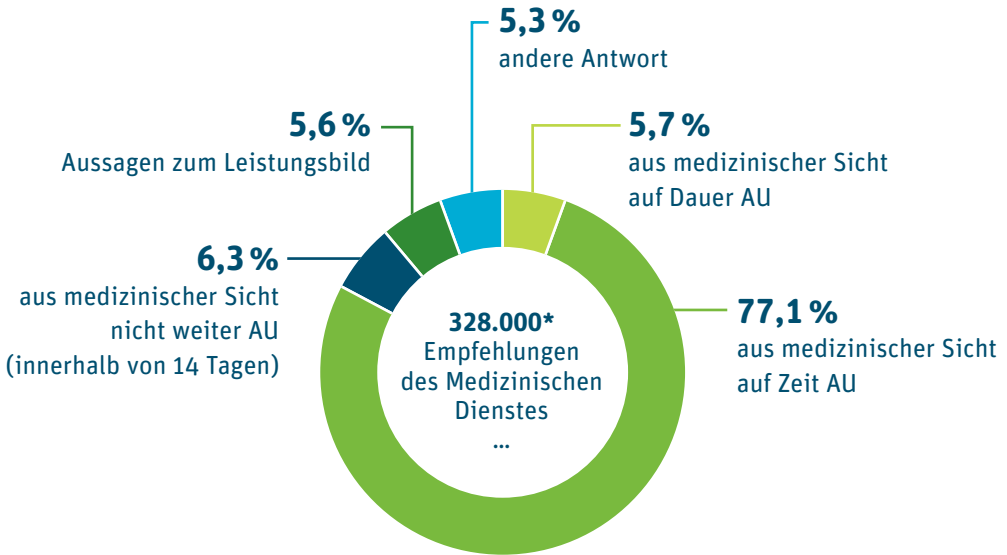


* (Pflegehilfsmittel; wohnumfeldverbessernde Maßnahmen; Teilstationäre Pflege/Kurzzeitpflege bei bestehender Pflegebedürftigkeit und sonstiges)

Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach beantragter Leistung



Sozialmedizinische Empfehlung bei Arbeitsunfähigkeit



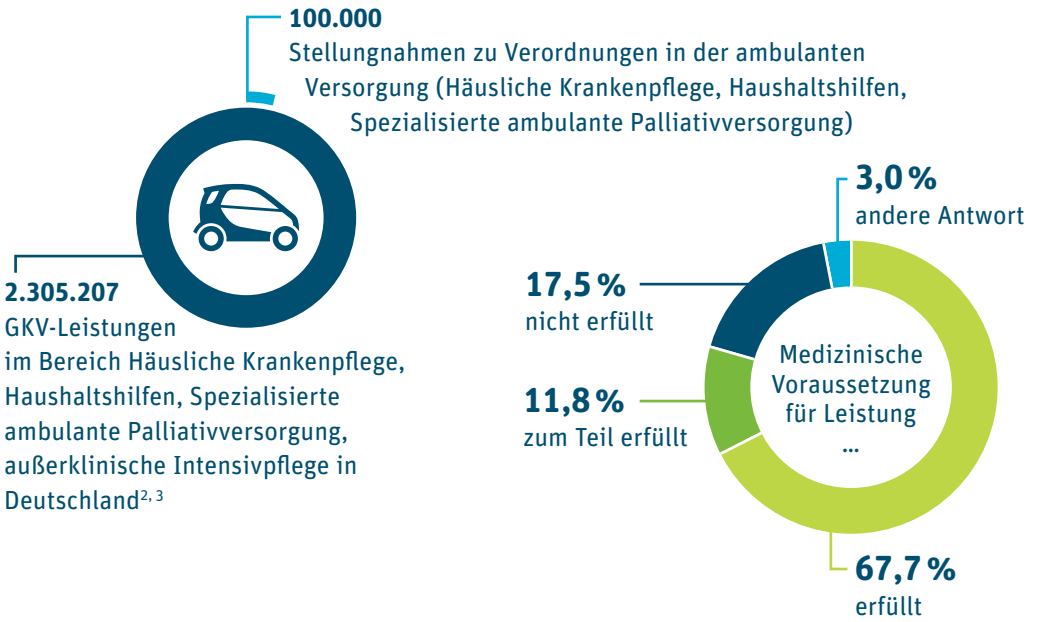
*Darüber hinaus wurden 145.851 Prüfungen der medizinischen Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation durchgeführt, die einen anderen Ergebnisschlüssel aufweisen. In 55,8% dieser Prüfungen waren die medizinischen Voraussetzungen zur Leistungsgewährung erfüllt, in 44,2% nicht erfüllt.

Typische Fragestellung bei einer Langzeit-AU:

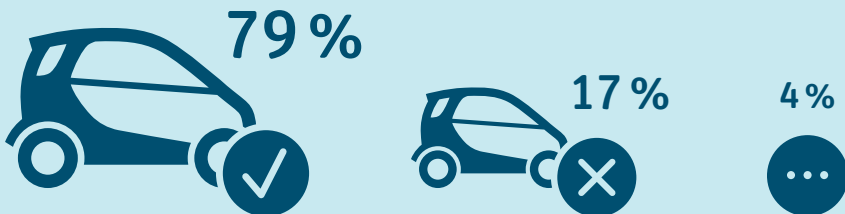
Kann die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch eine stufenweise Wiedereingliederung ermöglicht werden?

Sozialmedizinische Empfehlung im Bereich

Ambulante Leistungen



Fokus: Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V



Stellungnahmen: 47.998

In 79 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für die Häusliche Krankenpflege erfüllt (63,4%) oder teilweise erfüllt (15,9%). Bei gut 17 Prozent der Fälle lagen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen nicht vor.

Typische Fragestellung:

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

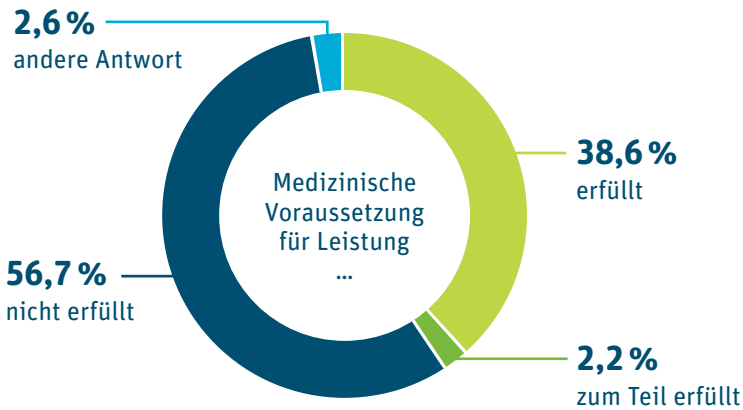
Sozialmedizinische Empfehlung zu

Heilmitteln



*Es ist zu berücksichtigen, dass nur ein geringer Teil der Heilmittelverordnungen durch den Medizinischen Dienst geprüft wird, da der Großteil der Verordnungen keine genehmigungspflichtigen Antragsleistungen umfasst. Der Medizinische Dienst wird v. a. dann beauftragt, wenn sozialmedizinische Fragen zur langfristigen Heilmittelversorgung zu klären sind.

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



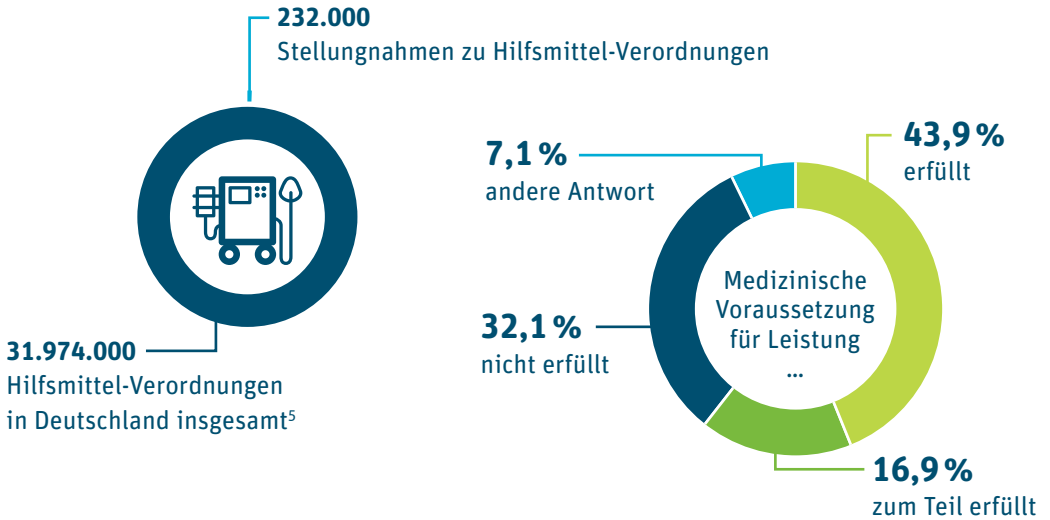
Typische Fragestellung:

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

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

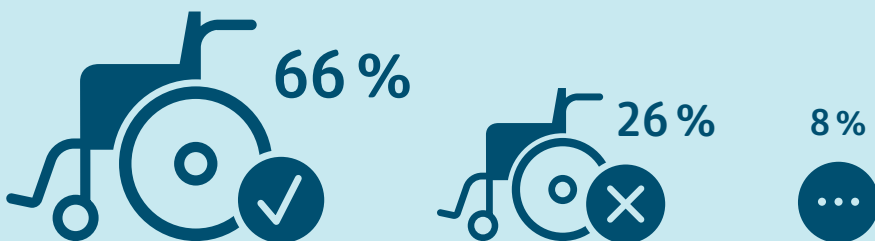
Sozialmedizinische Empfehlung zu

Hilfsmitteln



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

Fokus: Kranken- und Behindertenfahrzeuge



Stellungnahmen: 28.399

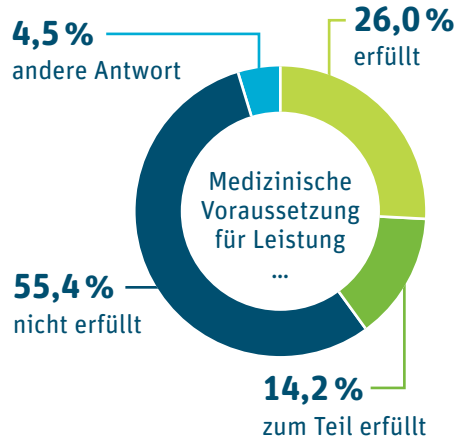
In gut 66 Prozent waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsübernahme der Krankenkasse erfüllt (40 %) oder zum Teil erfüllt (25,6 %). In 26,1 Prozent der Fälle lagen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für solche Hilfsmittel nicht vor.

Typische Fragestellung:

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

Sozialmedizinische Empfehlung zu

Zahnmedizinischen Leistungen



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

Fokus: Kieferorthopädie



Stellungnahmen: 2.927

In 39 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für kieferorthopädische Leistungen erfüllt (30,4%) oder teilweise erfüllt (9,1%). In 56,0 Prozent der Fälle lagen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für die geplanten Leistungen nicht vor.

Typische Fragestellung:

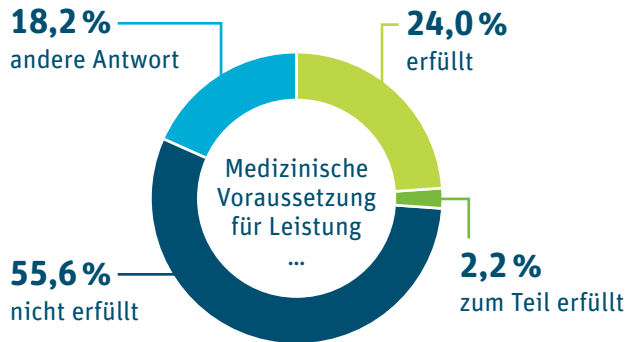
Sind die angegebenen Befunde richtig? Entspricht die geplante kieferorthopädische Versorgung den Richtlinien; ist sie zweckmäßig und wirtschaftlich?

Sozialmedizinische Empfehlung zu

Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

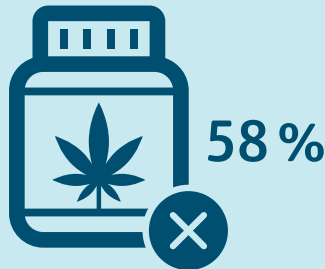
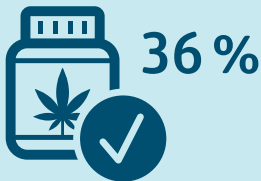
98.000

Stellungnahmen zu NUB*



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

Fokus: Cannabinoide



Stellungnahmen: 18.822

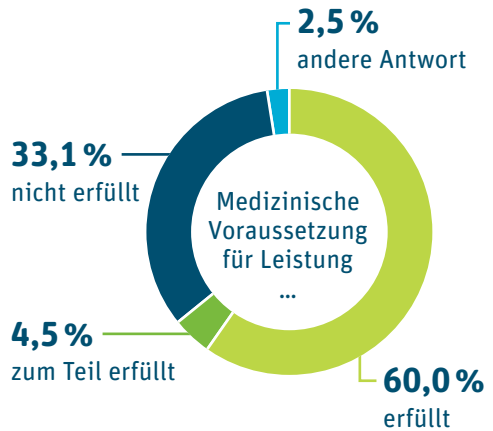
In knapp 36 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für die Behandlung mit Cannabinoiden erfüllt (34,4%) oder teilweise erfüllt (1,7%). In gut 58 Prozent der Fälle liegen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für eine solche Behandlung nicht vor.

Typische Fragestellung:

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

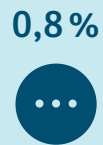
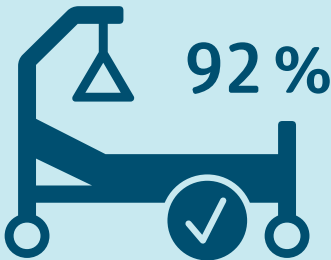
Sozialmedizinische Empfehlung zu

Rehabilitationsleistungen



* einschließlich Verlängerungsanträge

Fokus: Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V, Verlängerungsanträge



Stellungnahmen: 58.998

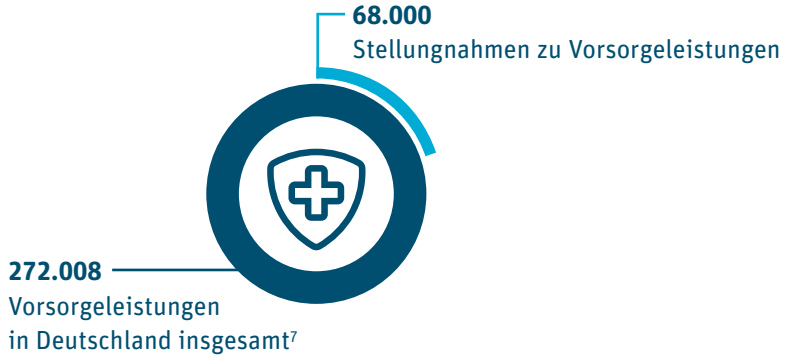
In ca. 92 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für eine Verlängerung der stationären Rehamaßnahme erfüllt (82,8%) oder teilweise erfüllt (8,8%). In 7,6 Prozent der Fälle lagen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für eine Verlängerung nicht vor.

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

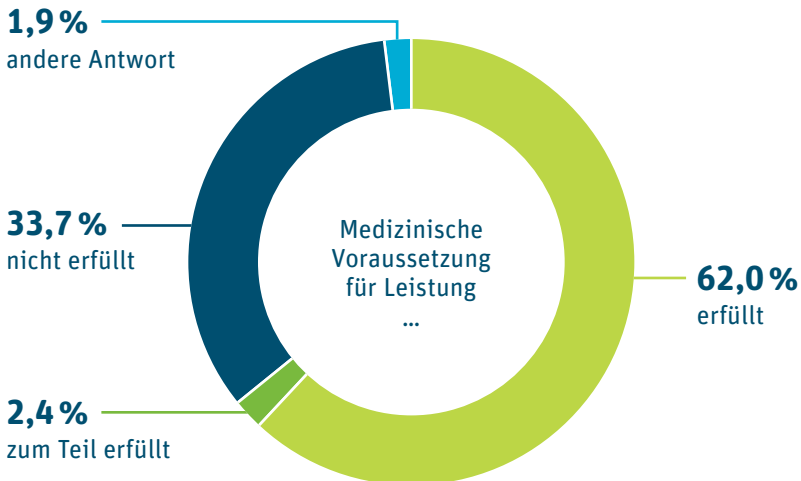
Ist die beantragte Verlängerung medizinisch notwendig, um das Rehabilitationsziel zu erreichen?

Sozialmedizinische Empfehlung zu

Vorsorgeleistungen

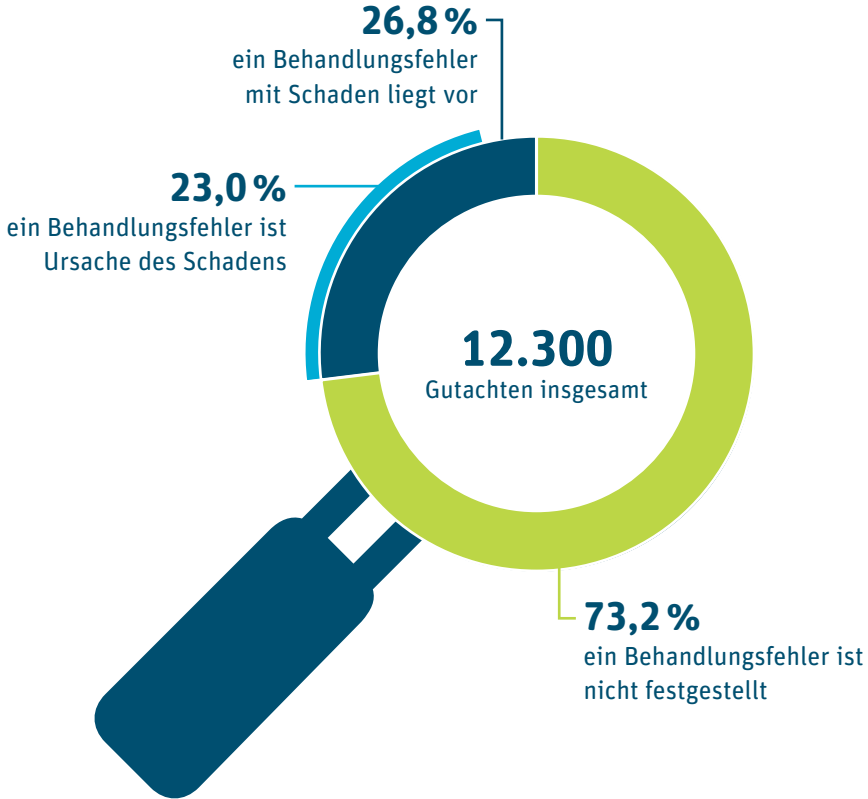


Vorsorgeleistungen umfassen überwiegend Mutter- oder Vater-/Kind-Vorsorgeleistungen. Des Weiteren gehören stationäre Vorsorgeleistungen insbesondere für Kinder und Jugendliche sowie ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten dazu.



Begutachtung von

Behandlungsfehler-Vorwürfen



Bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler können sich Versicherte an ihre Krankenkasse wenden. Die Krankenkassen sollen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen unterstützen. Anspruch auf Schadensersatz besteht nur dann, wenn ein Behandlungsfehler nachweislich Ursache des Schadens war. Um dies aufzuklären, beauftragen die Krankenkassen ein Sachverständigengutachten beim Medizinischen Dienst. Das Gutachten ist für Versicherte kostenlos und kann vor Gericht oder gegenüber dem Behandelnden bzw. der Haftpflichtversicherung verwendet werden.

Typische Fragestellung:

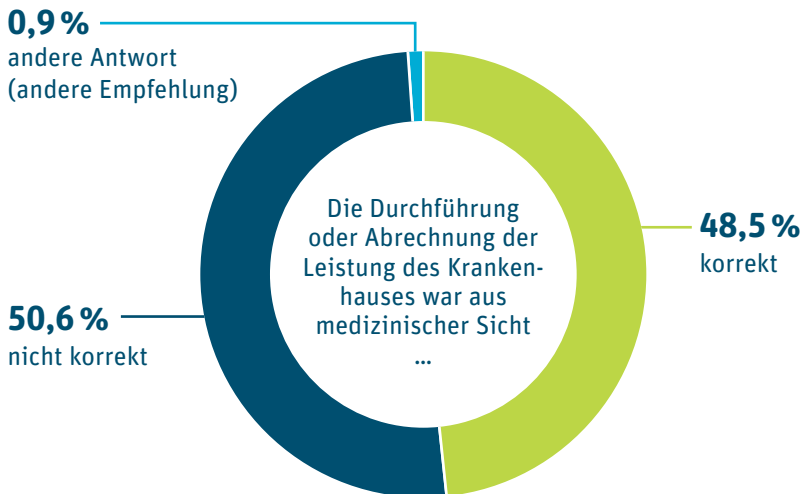
Ist der Behandlungsfehler Ursache des entstandenen Schadens?

Prüfung von

Krankenhausabrechnungen



Bestehen aus Sicht einer Krankenkasse Auffälligkeiten in der Abrechnung einer Krankenhausbehandlung, so ist die Krankenkasse nach § 275 des Fünften Sozialgesetzbuches verpflichtet, die Abrechnung durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen. Die Gesamtzahl der zulässigen Prüfungen ist von der Qualität der Abrechnungen eines Krankenhauses abhängig. Krankenhäuser, bei denen wenige Abrechnungen zu beanstanden sind, werden in geringerem Umfang geprüft als solche mit vielen Beanstandungen.

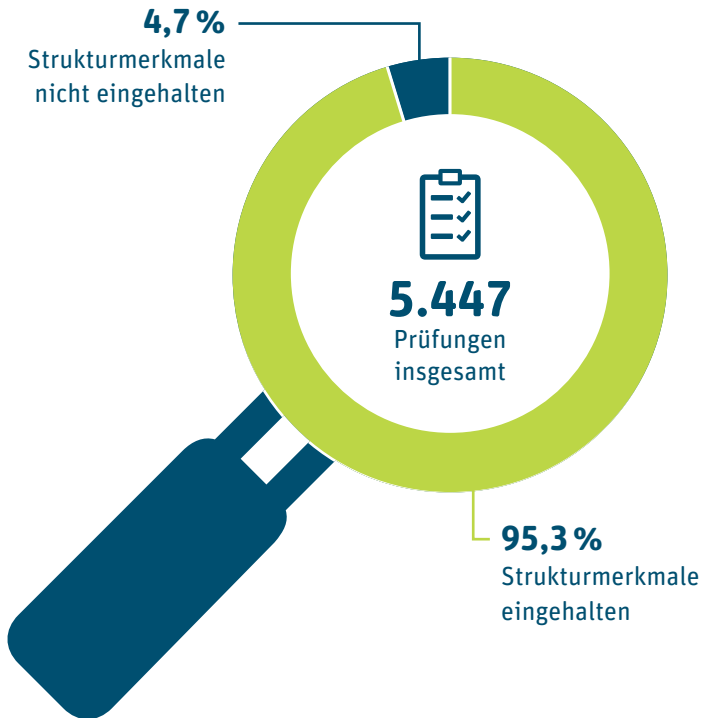


Typische Fragestellungen:

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

Ergebnisse der

Krankenhaus-Strukturprüfungen



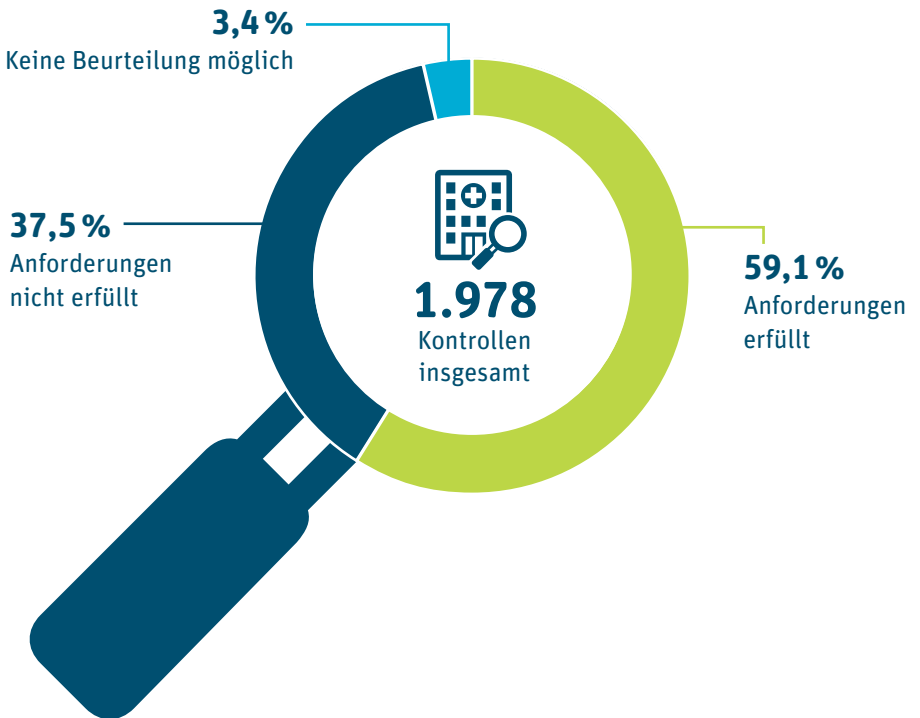
Der Medizinische Dienst führt seit 2021 OPS-Strukturprüfungen durch. Dabei prüft der Medizinische Dienst im Auftrag der Krankenhäuser, ob sie die personellen und technischen Voraussetzungen für bestimmte Leistungen wie z. B. akute Schlaganfallbehandlung erfüllen. Sind die Voraussetzungen erfüllt, erhält das Krankenhaus eine Bescheinigung. Dies ist Voraussetzung dafür, dass die Krankenhäuser die Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen können. Die zu prüfenden Strukturmerkmale sind im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) festgelegt, der jährlich vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegeben wird. Der OPS-Katalog 2024 enthält insgesamt 54 vergütungsrelevante Codes mit Strukturmerkmalen, die durch den Medizinischen Dienst zu prüfen sind.

Typische Fragestellung:

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

Prüfung der

Qualitäts-Vorgaben des G-BA

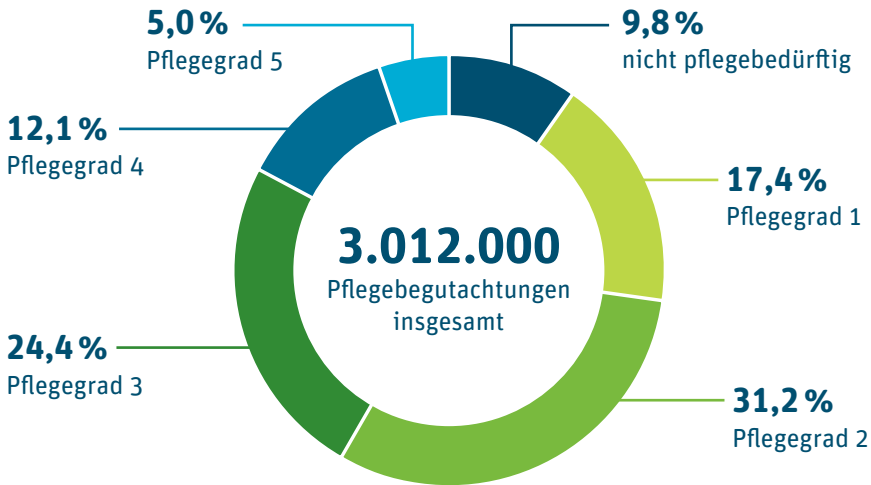


Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt verbindliche Qualitätsvorgaben für Krankenhäuser. Diese in Richtlinien festgelegten Qualitätsanforderungen werden auf Basis der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie des G-BA im Auftrag der Krankenkassen vom Medizinischen Dienst überprüft. In der Regel werden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

Ergebnisse der

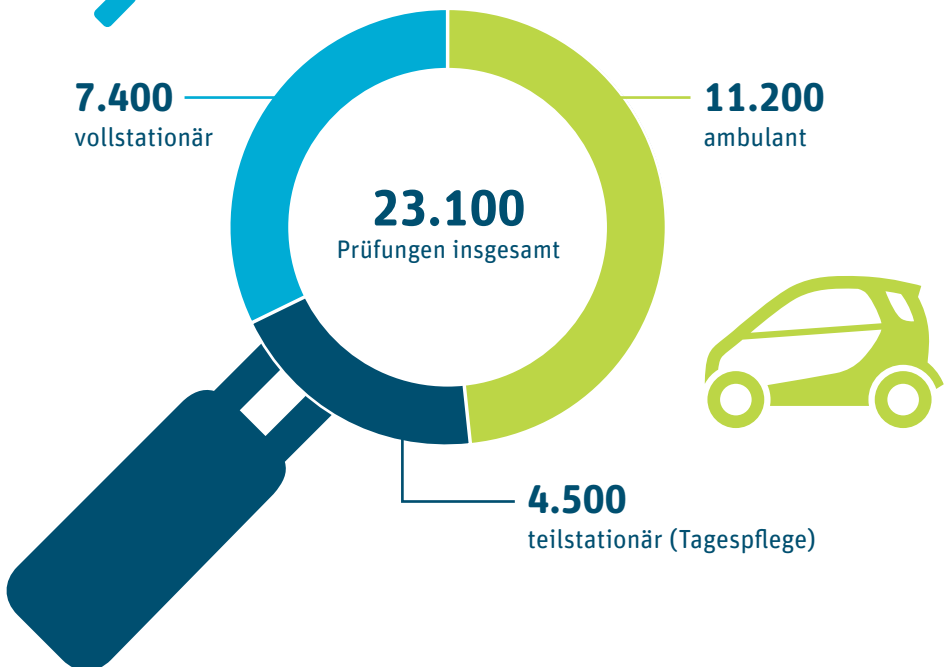
Pflegebegutachtungen

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



Pflege-Qualitätsprüfungen

Alle ambulanten Pflegedienste und Pflegeheime werden in der Regel einmal im Jahr geprüft. Dabei werden 90 Prozent der Prüfungen vom Medizinischen Dienst und 10 Prozent vom Prüfdienst der privaten Krankenversicherung (Careproof) durchgeführt.

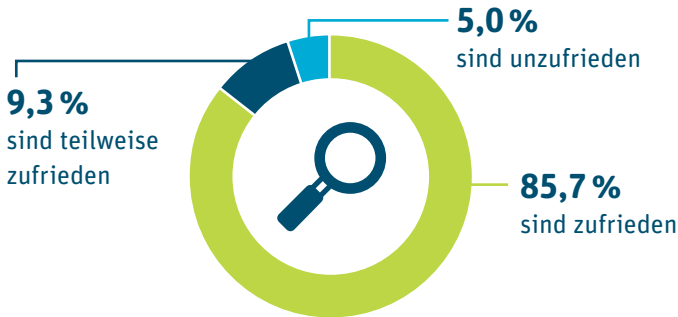


Ergebnisse der

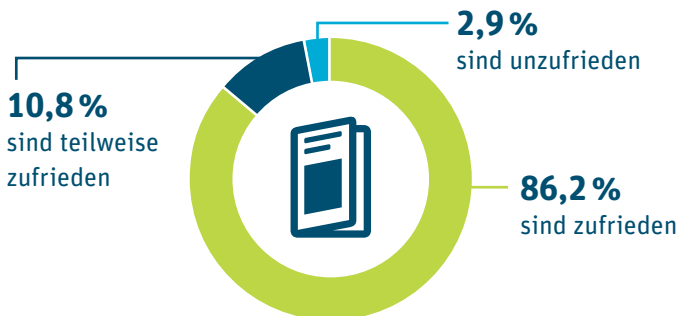
Versichertenbefragung Pflegebegutachtung

Jährlich kann ein Teil der im persönlichen Kontakt begutachteten Personen die Arbeit des Medizinischen Dienstes mit einem Fragebogen bewerten. Sie werden mittels einer Zufallsstichprobe ausgewählt und können – ohne Rückschluss auf ihre Person – an der Befragung teilnehmen. Die Fragebögen werden durch eine unabhängige wissenschaftliche Stelle ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass die befragten Personen mit der Pflegebegutachtung im Hausbesuch sowie mit strukturiertem Telefoninterview durch den Medizinischen Dienst zufrieden sind.

Gesamtzufriedenheit

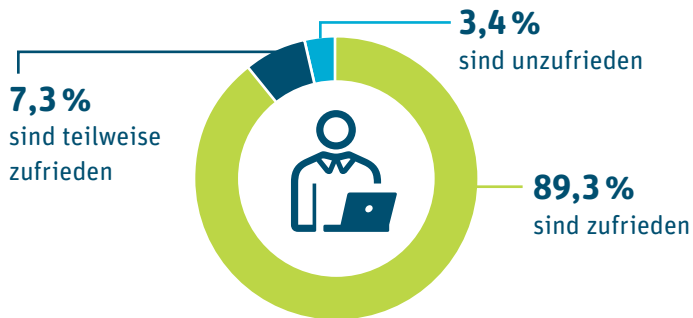


Informationen über die Pflegebegutachtung



In diesem Bereich wurde nach der Zufriedenheit mit den allgemeinen Informationen über die Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes gefragt. Fragen zum Anmeldeschreiben sowie zur Erreichbarkeit und zur Freundlichkeit bei Rückfragen wurden hier bewertet. Der durchschnittliche Wert von 86,5% im Hausbesuch und 85,6% im Telefoninterview zeigt: Die Versicherten sind mit diesem Bereich zufrieden.

Der Kontakt



In diesem Bereich wurde nach dem direkten und persönlichen Kontakt des Versicherten mit der Gutachterin bzw. dem Gutachter des Medizinischen Dienstes gefragt. Fragen zum Verhalten und Eingehen auf die persönliche Situation wurden hier bewertet. Mit einer durchschnittlichen Zufriedenheit von 89,3 Prozent sind die Versicherten mit der persönlichen Beratung zufrieden.

Die Gesprächsführung



In diesem Bereich wurde nach dem Auftreten der Gutachterin bzw. des Gutachters des Medizinischen Dienstes bei den Versicherten gefragt. Fragen zum Einfühlungsvermögen und zur Kompetenz wurden hier bewertet. 88,4% der im Hausbesuch begutachteten und 87,6% der im Telefoninterview begutachteten sind damit ebenfalls zufrieden.

Kompetenz-Centren leisten Systemberatung

Der Medizinische Dienst unterstützt mit seiner wissenschaftlichen Expertise die Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)* in Versorgungsfragen für das Krankenversicherungssystem bzw. den GKV-Spitzenverband. Der Medizinische Dienst ist an vielen Fragen der Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens beteiligt und leistet damit für über 70 Millionen Versicherte einen wichtigen Beitrag für eine gute Versorgung. Diese wichtige und anspruchsvolle Beratungsleistung wird „**Systemberatung**“ genannt.

Systemberatung erfordert hohe Fachkompetenz und Erfahrung in den verschiedenen Versorgungsbereichen. Für besonders relevante Versorgungsbereiche hat der Medizinische Dienst Kompetenz-Centren eingerichtet, in denen das Expertenwissen gebündelt wird. Die Kompetenz-Centren sind organisatorisch jeweils bei einem oder zwei Medizinischen Diensten angesiedelt. Jedes Kompetenz-Centrum verfügt über einen Pool von Expertinnen und Experten.

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





Kompetenz-Centrum Geriatrie

beim Medizinischen Dienst Nord

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



Kompetenz-Centrum Onkologie

beim Medizinischen Dienst Nordrhein

spezialisiert auf die Systemberatung zu neuen Methoden in der Krebsbehandlung



Kompetenz-Centrum Psychiatrie/Psychotherapie

bei den Medizinischen Diensten Mecklenburg-Vorpommern und Hessen

spezialisiert auf die Systemberatung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen



Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg

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



Kompetenzeinheit Hilfsmittelverzeichnis

beim Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg und Medizinischen Dienst Bund

spezialisiert auf die Beratung des GKV-Spitzenverbandes zum Hilfsmittelverzeichnis

Sozialmedizinische Expertengruppen leisten Grundsatzberatung

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

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





SEG 1 Leistungsbeurteilung/Teilhabe

beim Medizinischen Dienst Niedersachsen

Rehabilitation, Arbeitsunfähigkeit, Heilmittel



SEG 2 Pflege/Hilfebedarf

bei den Medizinischen Diensten Bayern und Westfalen-Lippe

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



SEG 4 Vergütung und Abrechnung

beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg

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



SEG 5 Hilfsmittel und Medizinprodukte

beim Medizinischen Dienst Hessen

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



SEG 6 Arzneimittelversorgung

beim Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe

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



SEG 7 Methoden- und Produktbewertungen

beim Medizinischen Dienst Bund

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

Personal

Beim Medizinischen Dienst sind bundesweit **12.480** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. Das entspricht **11.020** Vollzeitstellen.



Ärztinnen und Ärzte: **2.513**

2.135 Vollzeitstellen



Pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter: **5.324**

4.739 Vollzeitstellen



Heil- und Gesundheitsberufe: **153**

138 Vollzeitstellen



Kodierfachkräfte: **477**

424 Vollzeitstellen



Assistenzpersonal Gutachten: **2.830**

2.502 Vollzeitstellen

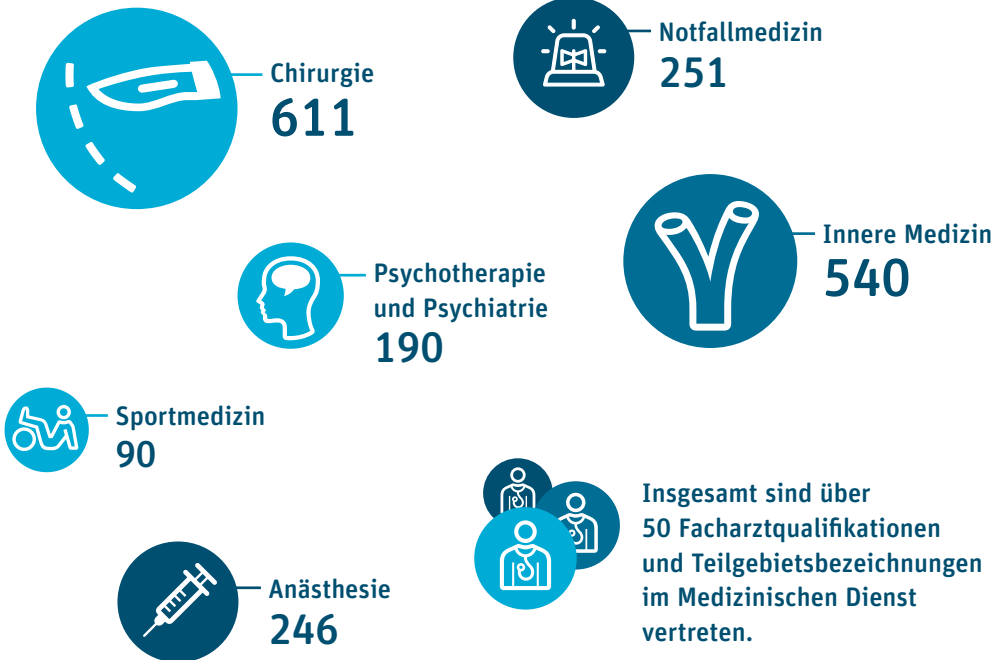


Verwaltungspersonal: **1.183**

1.081 Vollzeitstellen

Beim Medizinischen Dienst gibt es eine breite Fachkompetenz.

Unter den 2.513 Ärztinnen und Ärzten sind zum Beispiel folgende Fachgebiete vertreten:



Unter den 5.324 Pflegefachkräften befinden sich



Kosten

Der Medizinische Dienst kostete im Jahr 2024 insgesamt 1,214 Mrd. Euro, die je zur Hälfte von der Krankenversicherung und von der Pflegeversicherung getragen werden.

1,214 Mrd. Euro^{9, 10}

Die Krankenkassen bezahlen nicht den einzelnen Auftrag. Für die Beratung der Kranken- und Pflegekassen erhält der Medizinische Dienst für jedes Mitglied einer Krankenkasse pauschal und unabhängig davon, womit und in welchem Umfang der Medizinische Dienst von der Kranken- oder Pflegekasse beauftragt wurde, einen bestimmten Euro-Beitrag pro Jahr (durchschnittlich 20,75 Euro pro Krankenkassenmitglied im Jahr 2024).



607 Mio. Euro
Ausgaben der **Kranken-**
versicherung für den
Medizinischen Dienst

0,20%
Das ist der Anteil der
Leistungsausgaben der GKV
für den Medizinischen Dienst

607 Mio. Euro
Ausgaben der **Pflege-**
versicherung für den
Medizinischen Dienst

1,02%
Das entspricht dem Anteil
der Leistungsausgaben der SPV
für den Medizinischen Dienst

Leistungsausgaben
der GKV
311,7 Mrd. Euro⁹

Leistungsausgaben
der Pflegeversicherung
59,2 Mrd. Euro¹⁰

Quellenverweise

Soweit nicht anders angegeben gilt: Datenquelle MD Bund; Jahr 2024

- 1 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 2, Gesetzliche Krankenversicherung, Leistungsfälle Arbeitsunfähigkeit 2023
- 2 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 2, Gesetzliche Krankenversicherung, Leistungsfälle Behandlungspflege, Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege 2023
- 3 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 3; Gesetzliche Krankenversicherung, Abrechnungsfälle spezialisierte ambulante Palliativversorgung 2023
- 4 **GKV-Spitzenverband**; Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland (HIS) Januar–Dezember 2023
- 5 **GKV-Spitzenverband**; Fünfter Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen 2023
- 6 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 3; Abrechnungsfälle Zahnersatzleistungen 2023
- 7 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 5, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen 2023
- 8 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 2; Krankenhausfälle der gesetzlich Versicherten insgesamt 2023
- 9 **BMG; KV45**; Gesetzliche Krankenversicherung; Leistungsausgaben der GKV, Kosten Medizinischer Dienst (ohne KBS) vorläufige Rechnungsergebnisse des Jahres 2023
- 10 **BMG**; Zahlen und Fakten der Pflegeversicherung, Leistungsausgaben der Gesetzlichen Pflegeversicherung 2023
- 11 **Medizinischer Dienst Bund**; Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes 2024

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

Erläuterungen zur Begutachtung



Erfüllt

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

Teilweise erfüllt

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



Nicht erfüllt

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



Andere Antwort

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

Impressum

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
www.md-bund.de

Grafische Gestaltung

fountain studio, fountainstudio.de

Oktober 2025



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