

Die Arbeit des Medizinischen Dienstes

Zahlen, Daten, Fakten 2025



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 GBA	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 2025“ informieren wir Sie über die vielfältige Begutachtungs- und Beratungstätigkeit des Medizinischen Dienstes. Mit unserer Arbeit tragen wir dazu bei, dass alle Versicherten die Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nach objektiven medizinischen und pflegfachlichen Kriterien erhalten. Dabei gilt es, die Ressourcen der Solidargemeinschaft verantwortungsvoll einzusetzen: Medizinisch notwendige und qualitätsgesicherte Leistungen sollen gewährleistet, nicht erforderliche Leistungen hingegen vermieden werden. Zentrale Voraussetzung für die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes ist die Unabhängigkeit der Gutachterinnen und Gutachter. Bei jeder Begutachtung bilden ausschließlich die fachliche Expertise und die sozialmedizinische Bewertung die Entscheidungsgrundlage.

Ein wertschätzender und respektvoller Umgang mit den Versicherten ist dabei selbstverständlich. Die positiven Ergebnisse der jährlichen Versichertenbefragung zur Zufriedenheit mit der Pflegebegutachtung bestätigen, dass die Versicherten das kompetente und respektvolle Auftreten der Gutachterinnen und Gutachter schätzen.

Das Aufgabenspektrum des Medizinischen Dienstes reicht weit über die Einzelfallbegutachtungen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung hinaus. Mit seinen Prüfungen leistet der Medizinische Dienst einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität. Dazu zählen beispielsweise Strukturprüfungen in Krankenhäusern und Qualitätsprüfungen in der Pflege.

Auch der Systemberatung kommt eine wichtige Bedeutung zu. Die fachliche Expertise der Kompetenz-Centren und der Sozialmedizinischen Expertengruppen wird unter anderem in die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) eingebracht. Auch auf diese Weise gibt der Medizinische Dienst wertvolle Impulse für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.

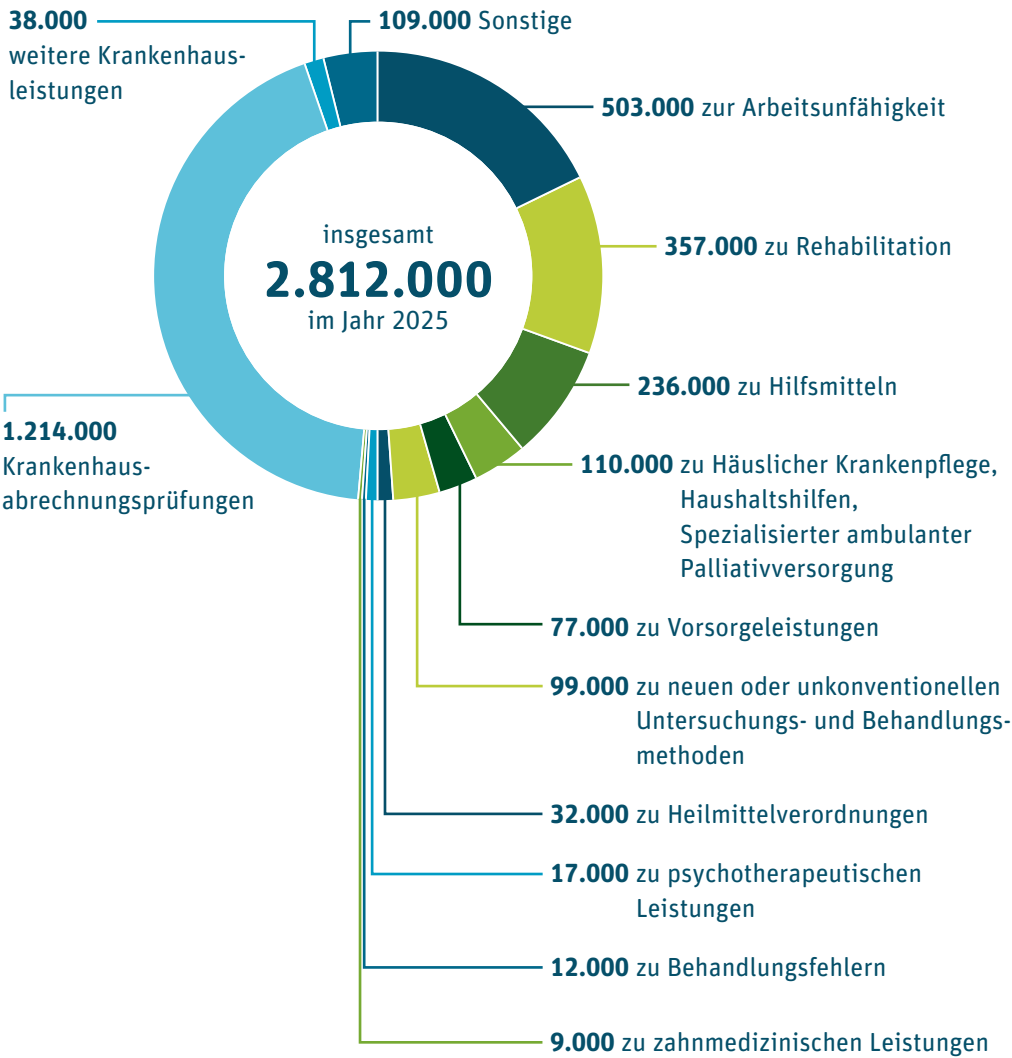
Die Broschüre „Zahlen, Daten, Fakten“ zeigt die Aufgaben und den Umfang der Tätigkeiten des Medizinischen Dienstes im Auftrag der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

Wir wünschen Ihnen eine informative und interessante Lektüre.

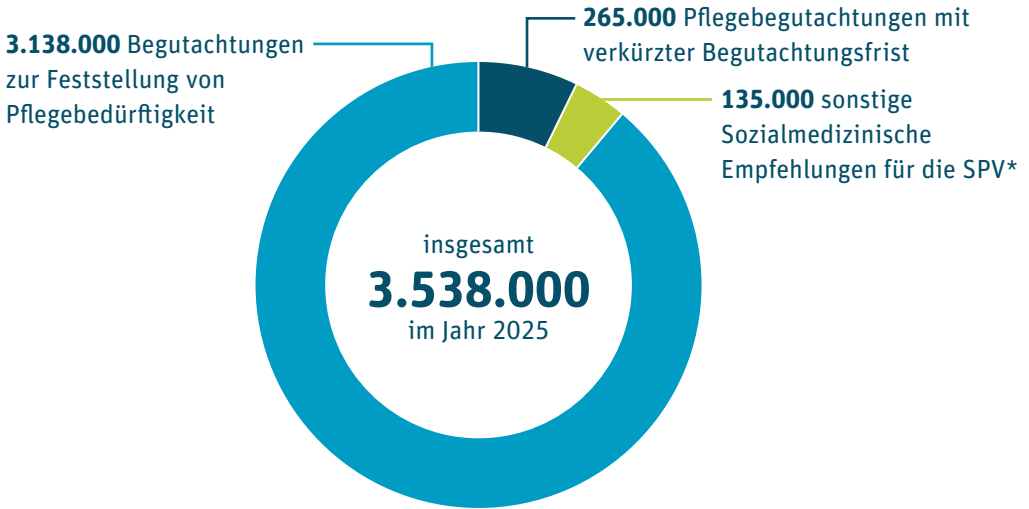
Dr. Stefan Gronemeyer
Vorstandsvorsitzender
Medizinischer Dienst Bund

Leistungen auf einen Blick

Sozialmedizinische Empfehlungen für die Krankenversicherung

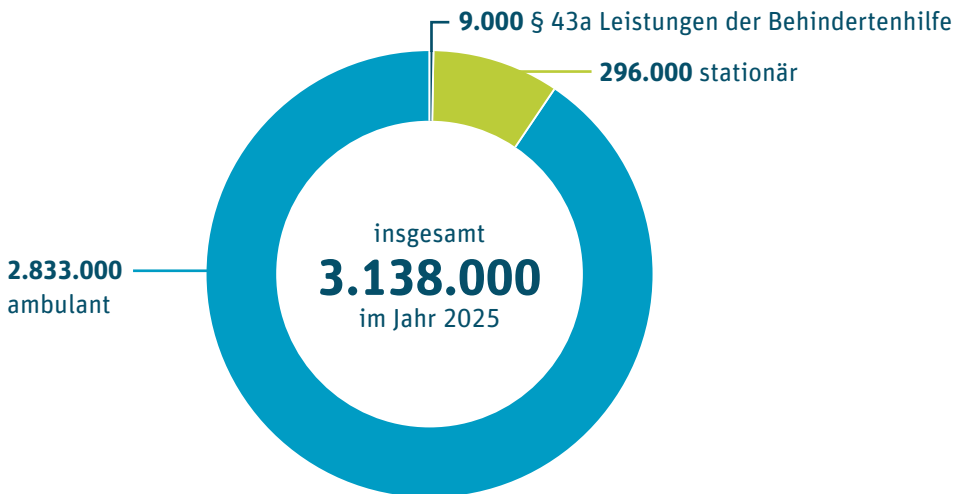


Sozialmedizinische Empfehlungen für die Pflegeversicherung



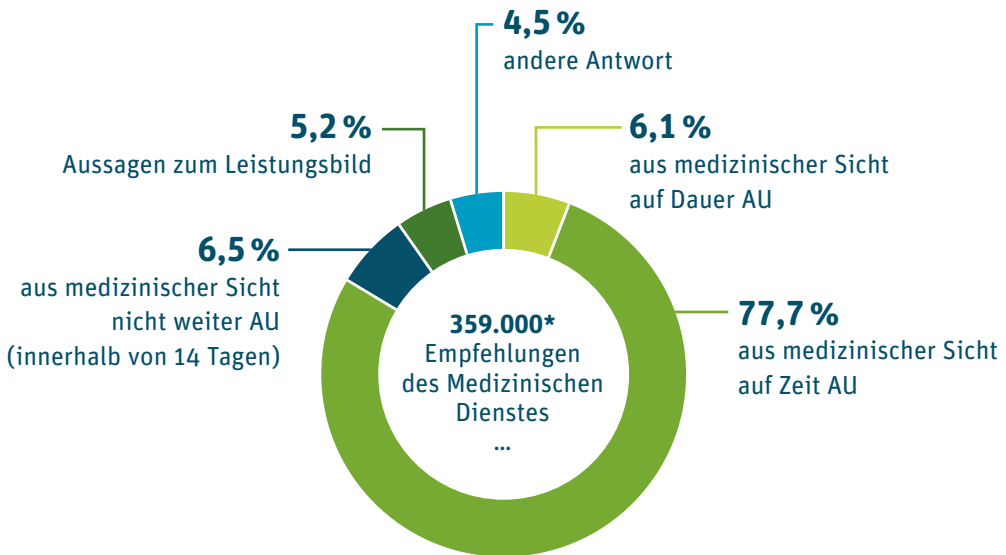
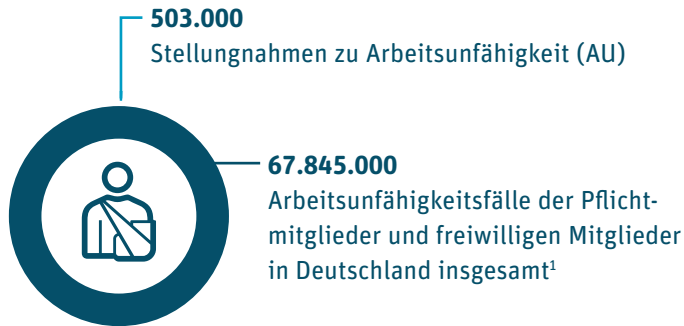
* (Pflegehilfsmittel; wohnumfeldverbessernde Maßnahmen; Teilstationäre Pflege/Kurzzeitpflege bei bestehender Pflegebedürftigkeit und sonstiges)

Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach beantragter Leistung



Sozialmedizinische Empfehlung bei

Arbeitsunfähigkeit

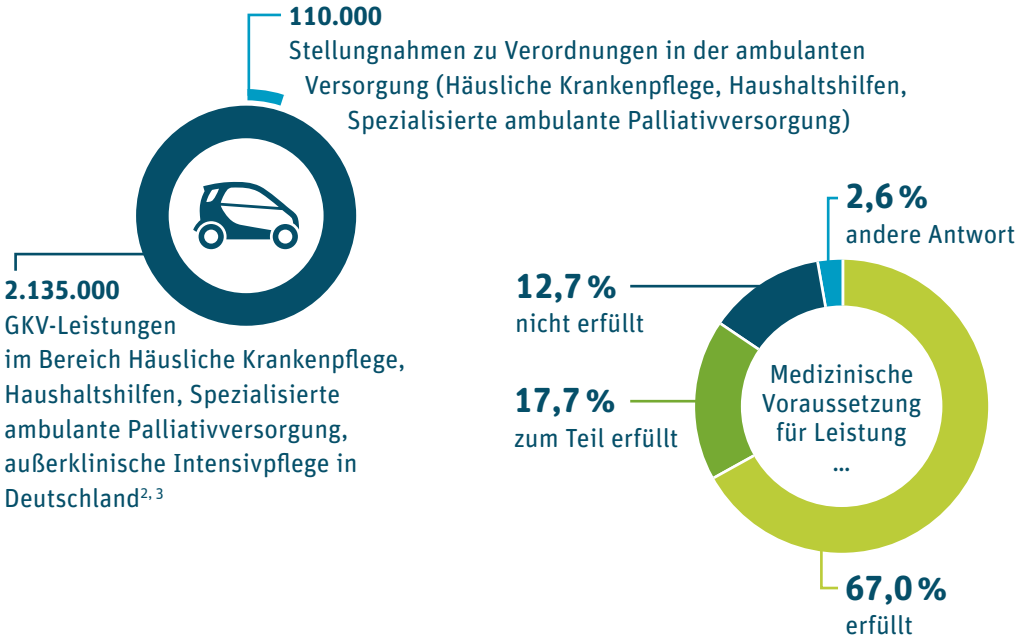


*Zusätzlich wurden 143.000 Prüfungen der medizinischen Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation, durchgeführt, die einen anderen Ergebnisschlüssel aufweisen. In 59,5% dieser Prüfungen waren die medizinischen Voraussetzungen zur Leistungsgewährung erfüllt, in 40,5% nicht erfüllt.

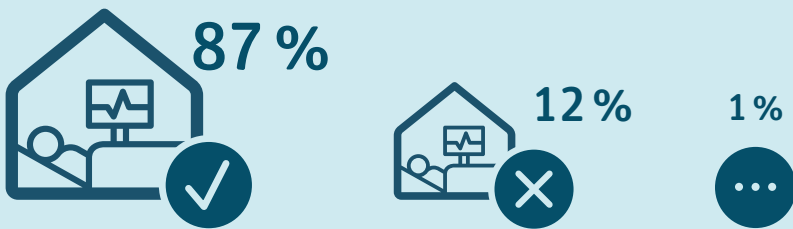
Typische Fragestellung bei einer Langzeit-AU:

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

Ambulante Leistungen



Fokus: Außerklinische Intensivpflege



Stellungnahmen: 20.247

In knapp 87 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege erfüllt (74,9 %) oder teilweise erfüllt (11,7 %). Bei gut 12 Prozent der Fälle lagen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen nicht vor.

Typische Fragestellung:

Besteht bei der versicherten Person ein Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege?

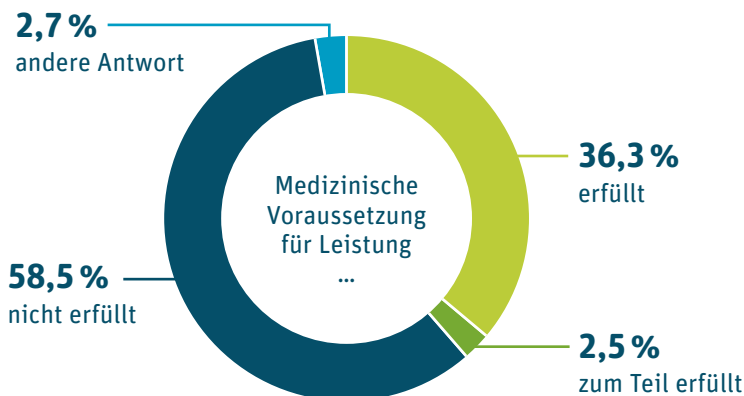
Sozialmedizinische Empfehlung zu

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.

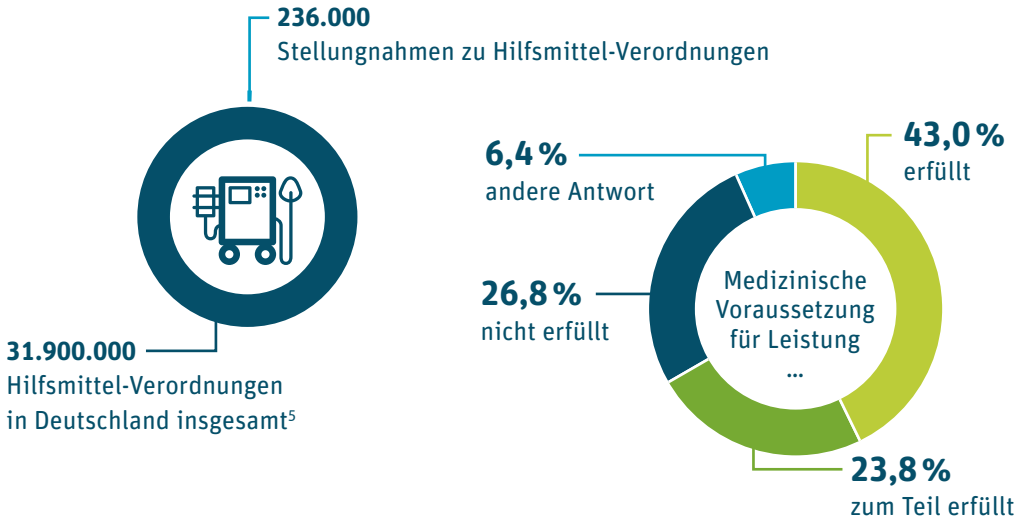


Typische Fragestellung:

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 GBA sind Diagnosen gelistet, bei denen von einem langfristigen Heilmittelbedarf ausgegangen wird.

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: Orthesen



Stellungnahmen: 19.575

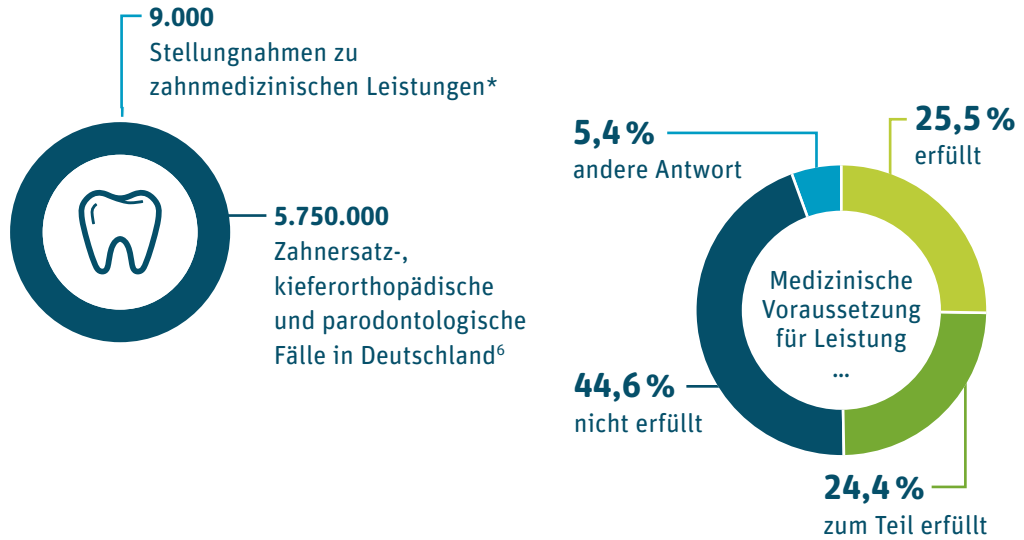
In gut 74 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für Orthesen erfüllt (47,0 %) oder teilweise erfüllt (27,4 %). Bei knapp 21 Prozent der Fälle lagen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen nicht vor.

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: Zahnersatz



Stellungnahmen: 4.595

In knapp 52 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für Zahnersatz erfüllt (25,5 %) oder teilweise erfüllt (26,4 %). Bei 43 Prozent der Fälle lagen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen nicht vor.

Typische Fragestellung:

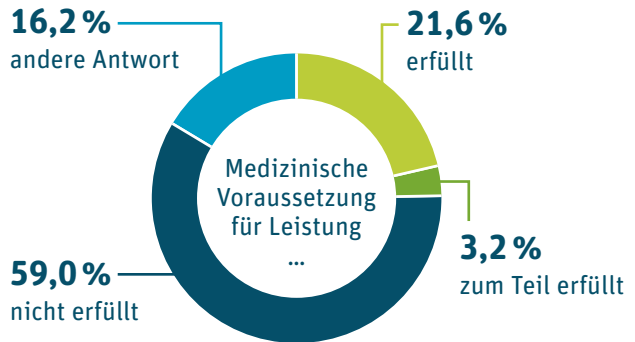
Ist der geplante Zahnersatz notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich?

Sozialmedizinische Empfehlung zu

Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

99.000

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: 13.434

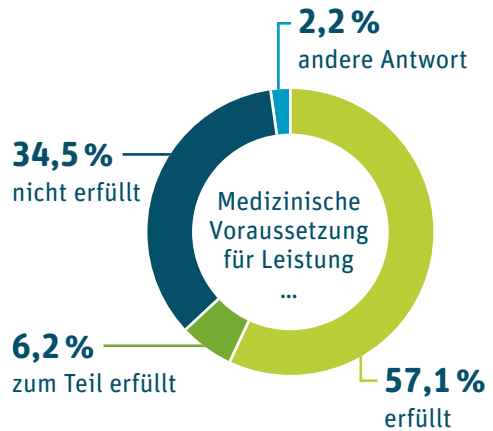
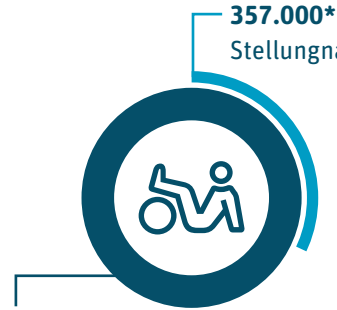
In knapp 36 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für Cannabinoide erfüllt (31,4 %) oder teilweise erfüllt (4,3 %). Bei gut 61 Prozent der Fälle lagen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen nicht vor.

Typische Fragestellung:

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

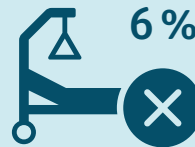
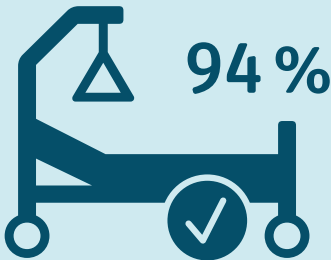
Sozialmedizinische Empfehlung zu

Rehabilitationsleistungen



* einschließlich Verlängerungsanträge

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



Stellungnahmen: 63.223

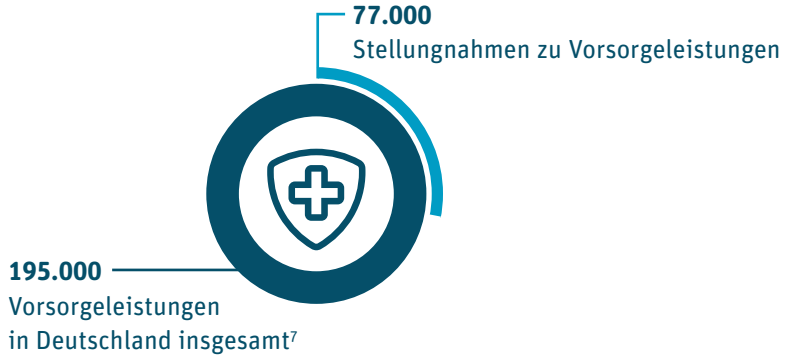
In knapp 94 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für eine Verlängerung der stationären Rehamaßnahme erfüllt (82,8%) oder teilweise erfüllt (10,8%). Bei knapp 6 Prozent der Fälle lagen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen nicht vor.

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

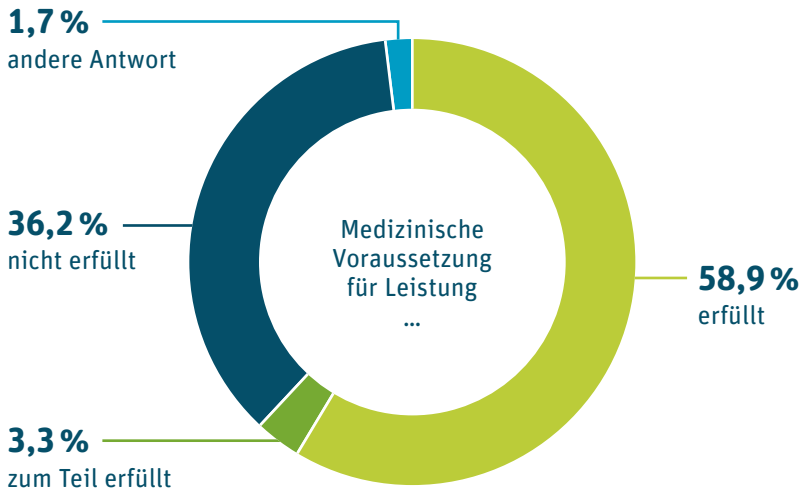
Ist die beantragte Verlängerung medizinisch notwendig, um das Rehabilitationsziel zu erreichen?

Sozialmedizinische Empfehlung zu

Vorsorgeleistungen

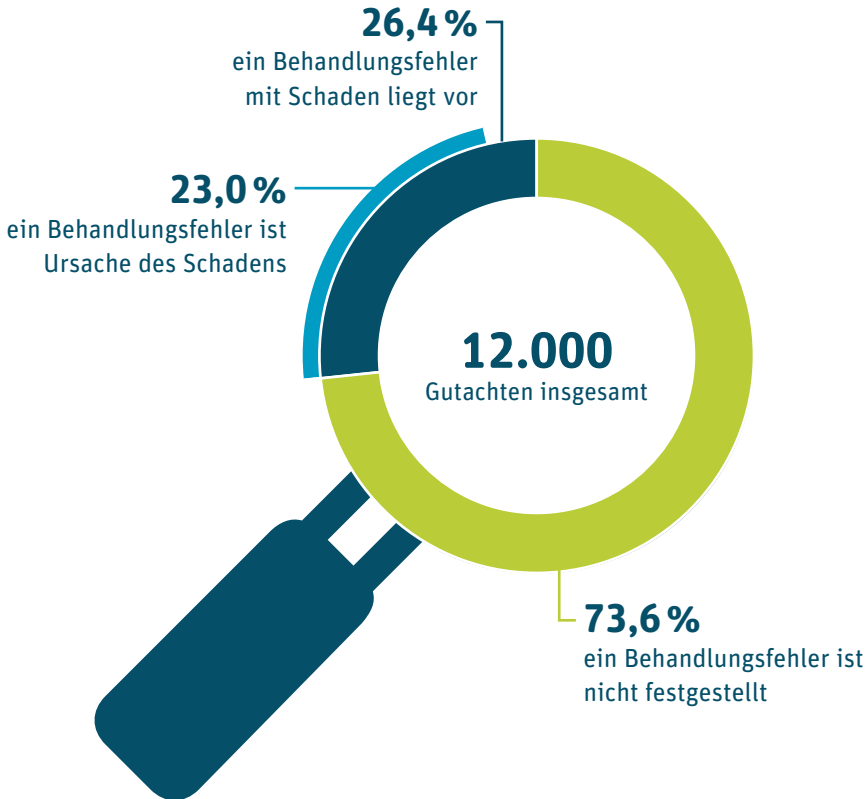


Vorsorgeleistungen umfassen überwiegend Mutter- oder Vater-/Kind-Vorsorgeleistungen. Des Weiteren gehören stationäre Vorsorgeleistungen insbesondere für Kinder und Jugendliche sowie ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten dazu.



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:

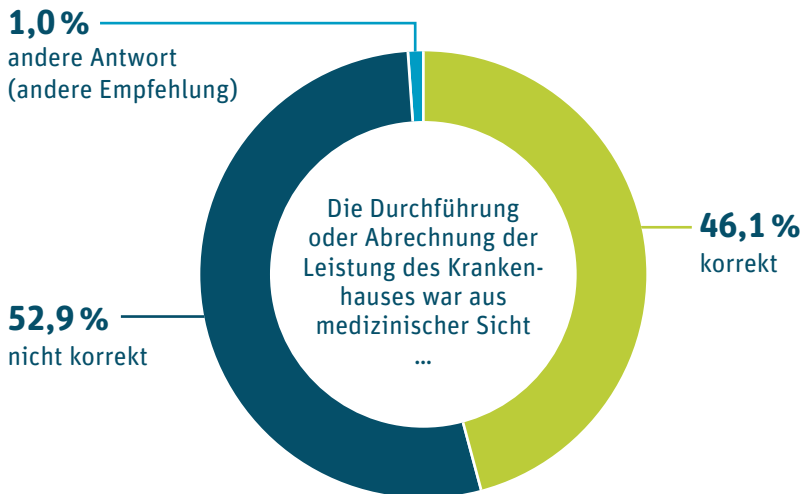
Ist der Behandlungsfehler Ursache des entstandenen Schadens?

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.

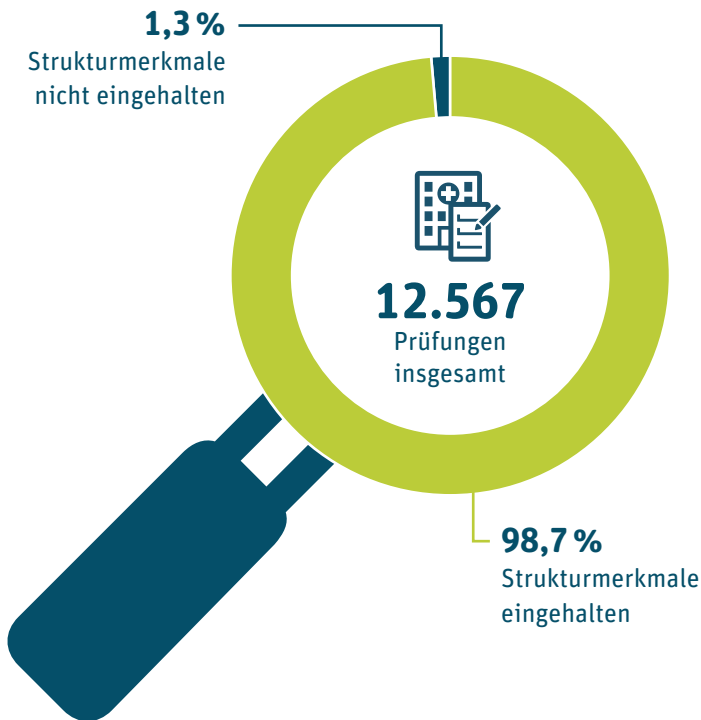


Typische Fragestellungen:

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

Ergebnisse der

Krankenhaus-Strukturprüfungen



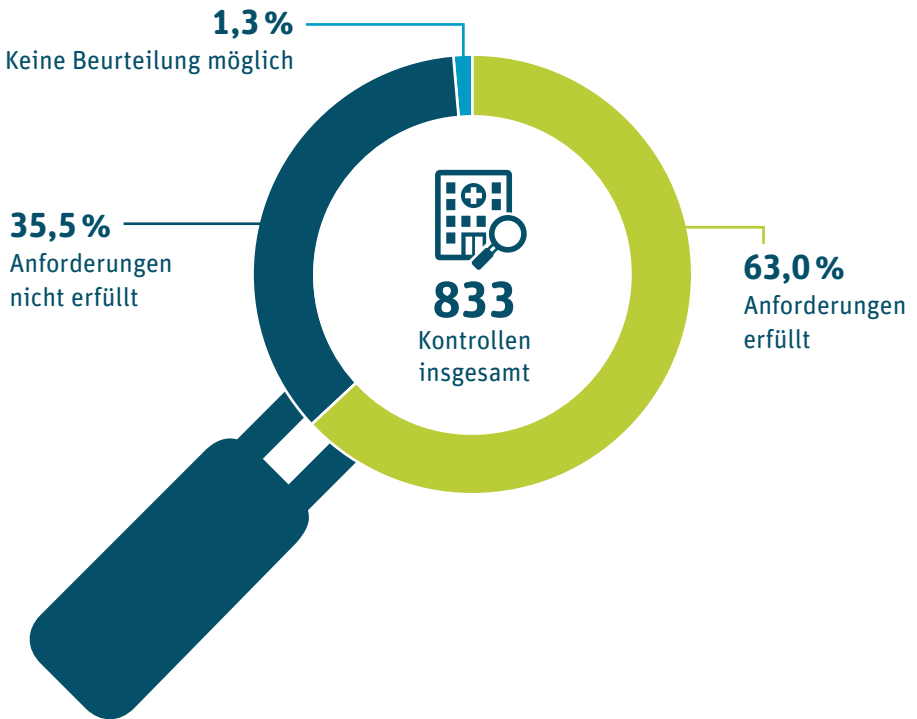
Der Medizinische Dienst führt seit 2021 OPS-Strukturprüfungen durch. Dabei prüft der Medizinische Dienst im Auftrag der Krankenhäuser, ob sie die personellen und technischen Voraussetzungen für bestimmte Leistungen wie z. B. akute Schlaganfallbehandlung erfüllen. Sind die Voraussetzungen erfüllt, erhält das Krankenhaus eine Bescheinigung. Dies ist Voraussetzung dafür, dass die Krankenhäuser die Leistung mit den Krankenkassen abrechnen. 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 2025 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 GBA

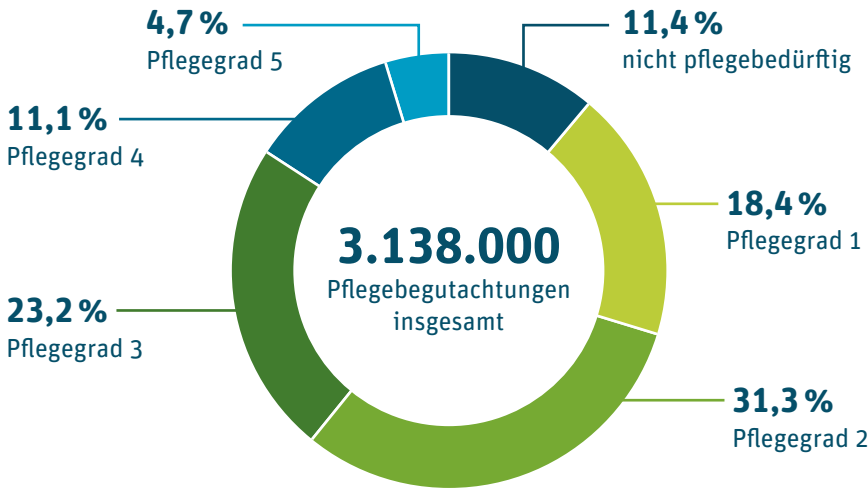


Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) beschließt verbindliche Qualitätsvorgaben für Krankenhäuser. Diese in Richtlinien festgelegten Qualitätsanforderungen werden auf Basis der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie des GBA im Auftrag der Krankenkassen vom Medizinischen Dienst überprüft. In der Regel werden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

Ergebnisse der

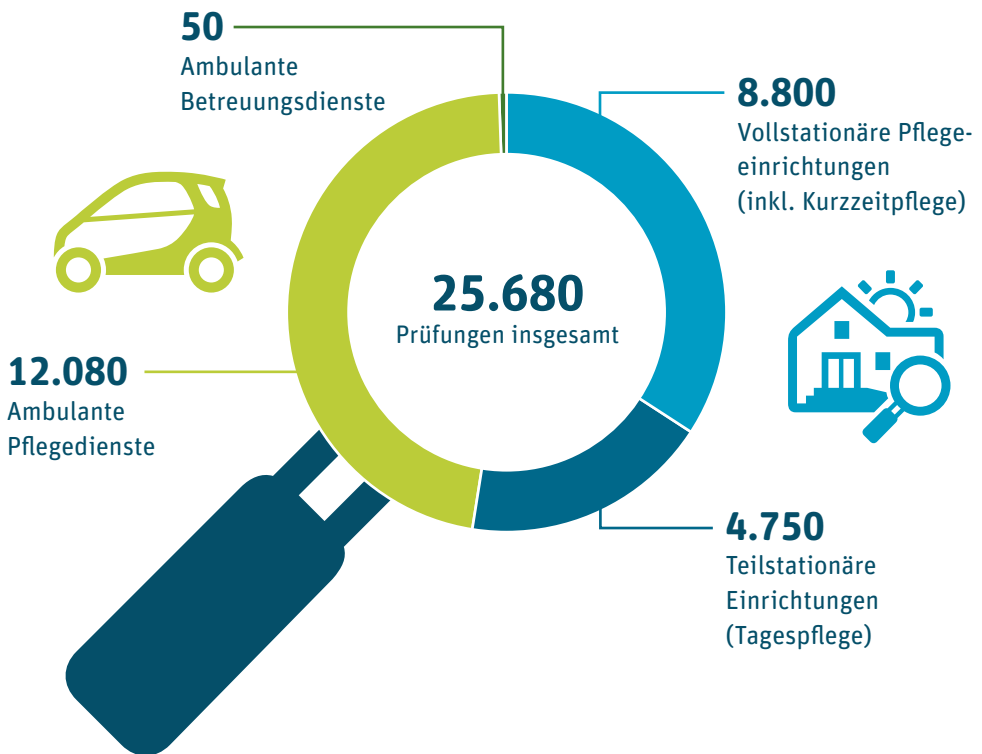
Pflegebegutachtungen

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

Die Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes in zugelassenen ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen bilden eine wichtige Grundlage zur Sicherstellung einer hochwertigen Pflege. Alle ambulanten Pflegedienste sowie teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen werden in der Regel einmal im Jahr geprüft. Einrichtungen mit guten Prüfungsergebnissen werden alle zwei Jahre geprüft. Bei den Qualitätsprüfungen wird geschaut, ob die Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI und darauf aufbauenden Vereinbarungen und Verträgen eingehalten werden und die Versorgung nach dem anerkannten Stand des Wissens erfolgt. Dabei werden 90 Prozent der Prüfungen vom Medizinischen Dienst und 10 Prozent vom Prüfdienst der privaten Krankenversicherung (Careproof) durchgeführt.



Zusätzlich wurden im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung 175 Qualitätsprüfungen in Einrichtungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege durchgeführt. Die Qualitätsprüfungen des Prüfdienstes der privaten Krankenversicherung sind in der Statistik/Grafik nicht enthalten.

Ergebnisse der

Versichertenbefragung Pflegebegutachtung

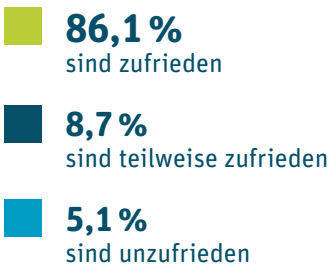
Der Medizinische Dienst ist stets daran interessiert, die Zufriedenheit der Versicherten mit der Pflegebegutachtung in einer jährlichen Befragung festzustellen, um Hinweise für mögliche Verbesserungspotenziale zu gewinnen. Zu diesem Zweck erhält ein zufällig ausgewählter Teil der persönlich begutachteten Versicherten (Zufallsstichprobe) die Möglichkeit, die Arbeit des Medizinischen Dienstes anonym in einem Fragebogen zu bewerten.

Die Befragungsergebnisse werden von einer unabhängigen wissenschaftlichen Institution ausgewertet und in einem bundesweiten Bericht veröffentlicht⁹.

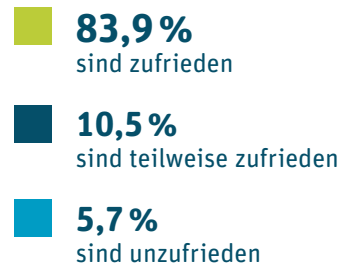
Die Ergebnisse zeigen, dass eine große Mehrheit der Befragten sowohl mit der Pflegebegutachtung im Hausbesuch als auch mit dem strukturierten Telefoninterview zufrieden sind.

Gesamtzufriedenheit

Hausbesuch



Telefoninterview





Informationen über die Pflegebegutachtung

Hier wurde bewertet, wie zufrieden die Versicherten mit der Erreichbarkeit und Freundlichkeit bei Rückfragen waren. Zudem wurde gefragt, wie zufrieden die Versicherten mit den allgemeinen Informationen zur Pflegebegutachtung vor allem mit Blick auf das Ankündigungsschreiben des Medizinischen Dienstes waren.



Der Kontakt

Dabei wurde der direkte und persönliche Kontakt der Versicherten mit den Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes bewertet, insbesondere deren Auftreten und Eingehen auf die persönliche Situation.



Die Gesprächsführung

Hier wurde insbesondere das Einfühlungsvermögen und die Kompetenz der Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes bewertet.



Kompetenz-Centren leisten Systemberatung

Der Medizinische Dienst unterstützt mit seiner wissenschaftlichen Expertise die Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA)* 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 GBA ist zentrales Entscheidungsgremium für die Weiterentwicklung und Steuerung der medizinischen Versorgung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Der GBA 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 GBA 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 Expertengruppe 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 **12.677** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. Das entspricht **11.141** Vollzeitstellen.



Ärztinnen und Ärzte: **2.544**



Pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter: **5.485**



Heil- und Gesundheitsberufe: **157**



Kodierfachkräfte: **543**



Assistenzpersonal Gutachten: **2.731**

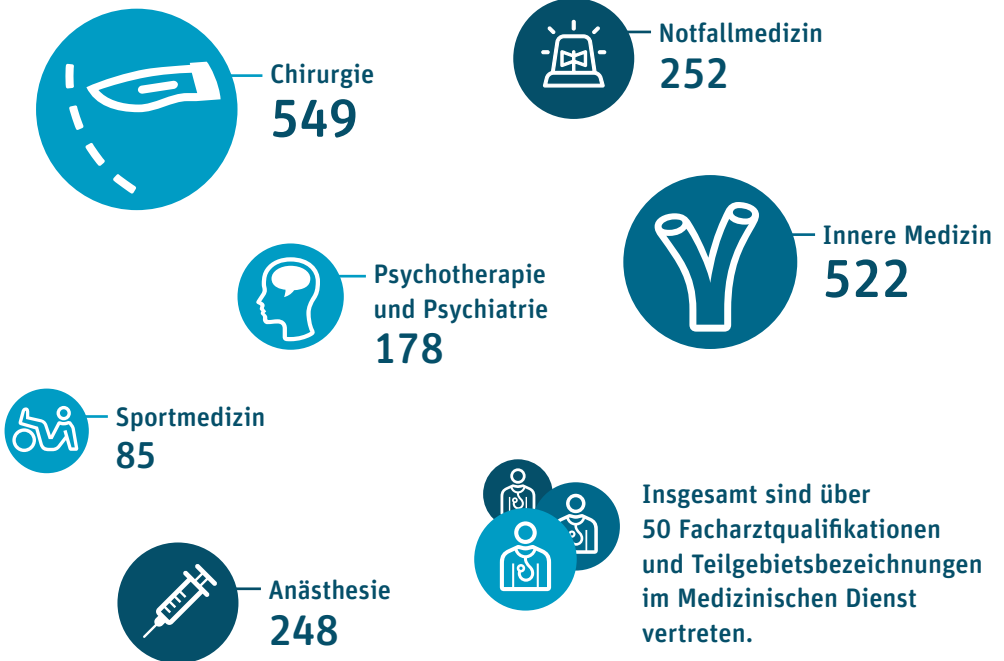


Verwaltungspersonal: **1.217**



Beim Medizinischen Dienst gibt es eine breite Fachkompetenz.

Unter den 2.544 Ärztinnen und Ärzten sind zum Beispiel folgende Fachgebiete vertreten:



Unter den 5.485 Pflegefachkräften befinden sich



Kosten

Der Medizinische Dienst kostete im Jahr 2025 insgesamt 1,322 Mrd. Euro, die je zur Hälfte von der Krankenversicherung und von der Pflegeversicherung getragen werden.

1,322 Mrd. Euro^{10, 11, 12}

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 22,94 Euro pro Krankenkassenmitglied im Jahr 2025).



661 Mio. Euro

Ausgaben der **Krankenversicherung** für den Medizinischen Dienst

0,20%

Das ist der Anteil der Leistungsausgaben der GKV für den Medizinischen Dienst

Leistungsausgaben
der GKV
328,3 Mrd. Euro¹⁰

661 Mio. Euro

Ausgaben der **Pflegeversicherung** für den Medizinischen Dienst

0,94%

Das entspricht dem Anteil der Leistungsausgaben der SPV für den Medizinischen Dienst

Leistungsausgaben
der Pflegeversicherung
70,4 Mrd. Euro¹¹

Quellenverweise

Soweit nicht anders angegeben gilt: Datenquelle MD Bund; Jahr 2025

- 1 **Bundesministerium für Gesundheit (BMG);** Ergebnisse der Statistik KG 2, Gesetzliche Krankenversicherung, Leistungsfälle Arbeitsunfähigkeit 2024
- 2 **BMG;** Ergebnisse der Statistik KG 2, Gesetzliche Krankenversicherung, Leistungsfälle Behandlungspflege, Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege 2024
- 3 **BMG;** Ergebnisse der Statistik KG 3; Gesetzliche Krankenversicherung, Abrechnungsfälle spezialisierte ambulante Palliativversorgung 2024
- 4 **GKV-Spitzenverband;** Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland (HIS) Januar–Dezember 2025
- 5 **GKV-Spitzenverband;** Achter Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Entwicklung der Mehrkosten bei Versorgung mit Hilfsmitteln Berichtszeitraum 2025
- 6 **BMG;** Ergebnisse der Statistik KG 3; Abrechnungsfälle Zahnersatzleistungen 2024
- 7 **BMG;** Ergebnisse der Statistik KG 5, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen 2024
- 8 **BMG;** Ergebnisse der Statistik KG 2; Krankenhausfälle der gesetzlich Versicherten insgesamt 2024
- 9 **Medizinischer Dienst Bund;** Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes 2025
- 10 **BMG; Ergebnisse der Statistik KJ 1;** Gesetzliche Krankenversicherung; Gesetzliche Krankenversicherung Endgültige Rechnungsergebnisse 2025, Kosten Medizinischer Dienst (ohne KBS)
- 11 **BMG;** Zahlen und Fakten der Pflegeversicherung, Leistungsausgaben der Gesetzlichen Pflegeversicherung 2025
- 12 **BMG;** Ergebnisse Statistik KM6, Anzahl der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung zum Stichtag 1. Juli 2025

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
Willy-Brandt-Platz 5
45127 Essen
www.md-bund.de

Grafische Gestaltung

fountain studio, fountainstudio.de

Oktober 2026



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