



Medizinischer
Dienst

Die Arbeit des Medizinischen Dienstes

Zahlen, Daten, Fakten 2020



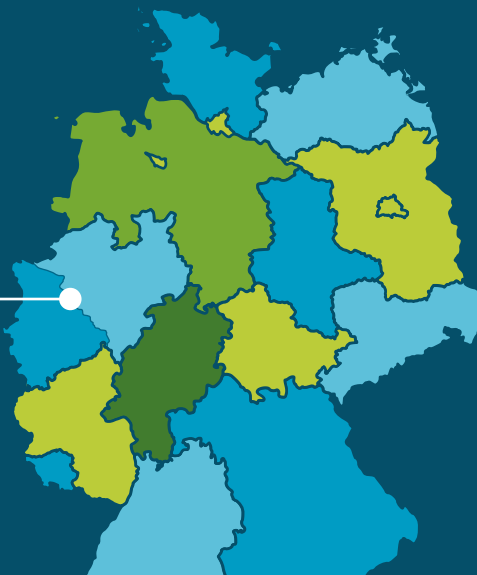
Inhalt

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
Pflegeversicherung	
Ergebnisse der Pflegebegutachtungen	14
Pflege-Qualitätsprüfungen	16
Ergebnisse der Versicherten-Befragung	18
Kompetenz-Centren leisten Systemberatung	20
Sozialmedizinische Expertengruppen leisten Grundsatzberatung	22
Personal	24
Kosten	26

15

Medizinische Dienste
in Deutschland

MDS e.V.
mit Sitz in Essen



Liebe Leserinnen und Leser,

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

Das Pandemiejahr 2020 hat auch für die Arbeit der Medizinischen Dienste besondere Herausforderungen mit sich gebracht. Um die besonders verletzbare Gruppe der pflegebedürftigen Menschen vor Infektionen zu schützen, mussten neue Wege der Begutachtung gefunden und Hygienekonzepte entwickelt werden. So konnte ab März 2020 die Pflegebegutachtung mittels vorliegender Unterlagen und strukturiertem Telefoninterview erfolgen. Damit wurde sichergestellt, dass die Pflegebedürftigen trotz Pandemie einen zeitnahen Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhielten.

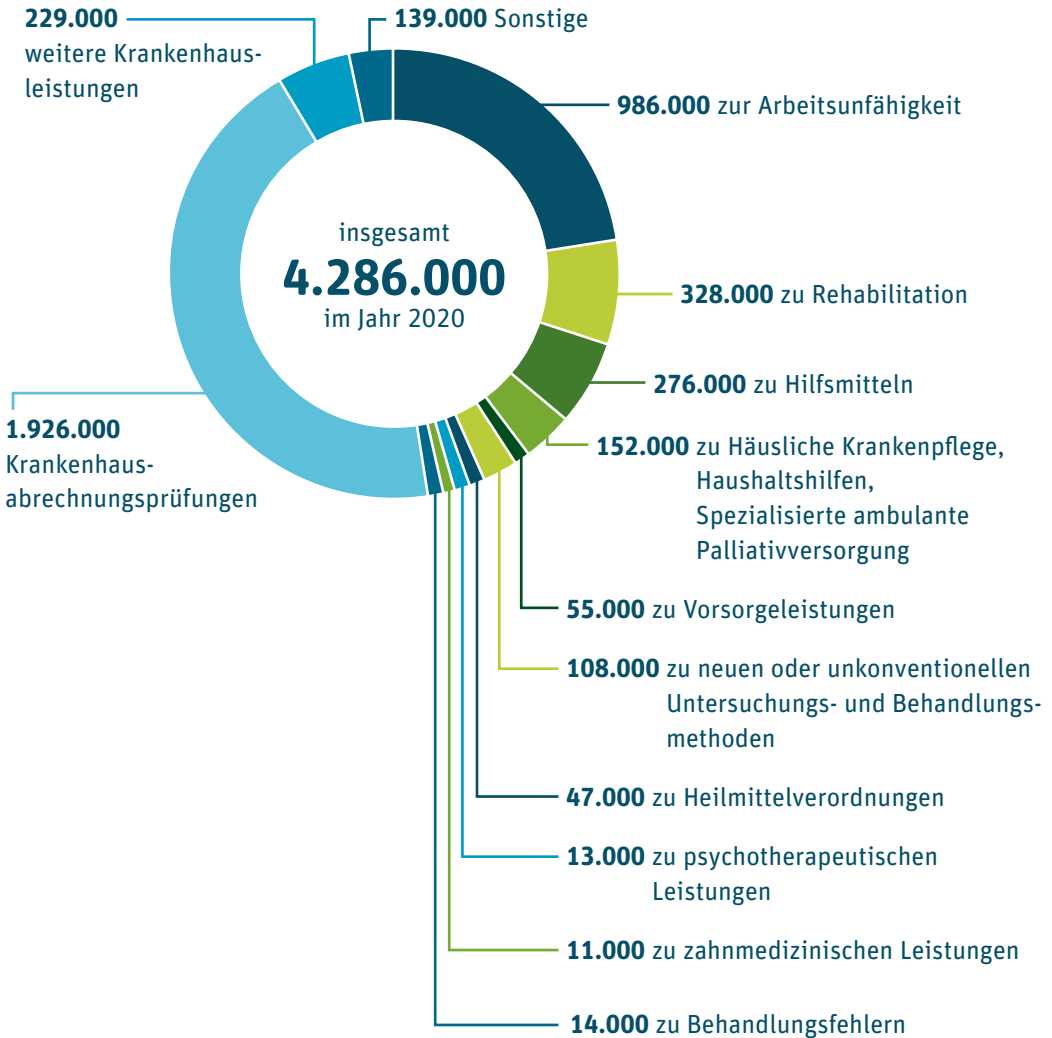
Viele Versicherte mieden aus Sorge vor einer SARS-CoV-2-Infektion die Versorgung. Operationen in den Krankenhäusern mussten verschoben werden, um Kapazitäten für Patientinnen und Patienten mit einer Covid-19-Erkrankung zu schaffen. Gleichzeitig wurden Prüfaufgaben des Medizinischen Dienstes in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen eingeschränkt, um einerseits das Infektionsrisiko für Patienten, Pflegebedürftige und Beschäftigte zu vermindern und andererseits die Versorgung vor Ort zu entlasten. Dies wurde mit entsprechenden Bundesgesetzen flankiert. In der Folge führte dies insgesamt zu weniger Beratungen und Begutachtungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Corona-Jahr erforderte auf vielen Ebenen neue Wege und Kooperationen, um der Bedrohung gemeinsam zu begegnen. So unterstützten zeitweise bis zu 800 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Krisenstäbe und die Versorgung. Nun zeichnet sich allmählich eine Entspannung der Pandemiesituation ab. So hoffen wir, dass sich dies weiter fortsetzt und die Arbeit der Medizinischen Dienste für eine gute Versorgung der Versicherten bald wieder uneingeschränkt aufgenommen werden kann.

Dr. Stefan Gronemeyer
Geschäftsführer des MDS

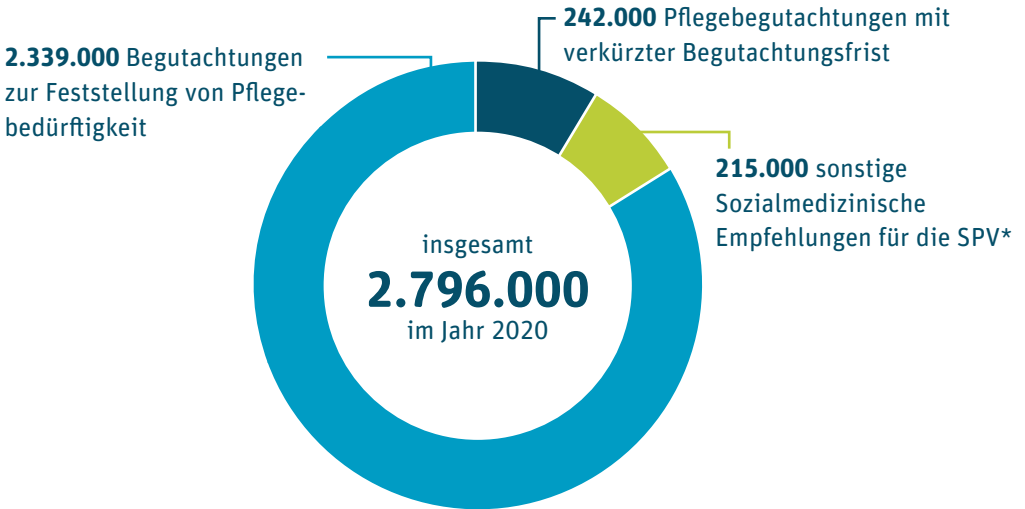
Leistungen auf einen Blick

Sozialmedizinische Empfehlungen für die Krankenversicherung



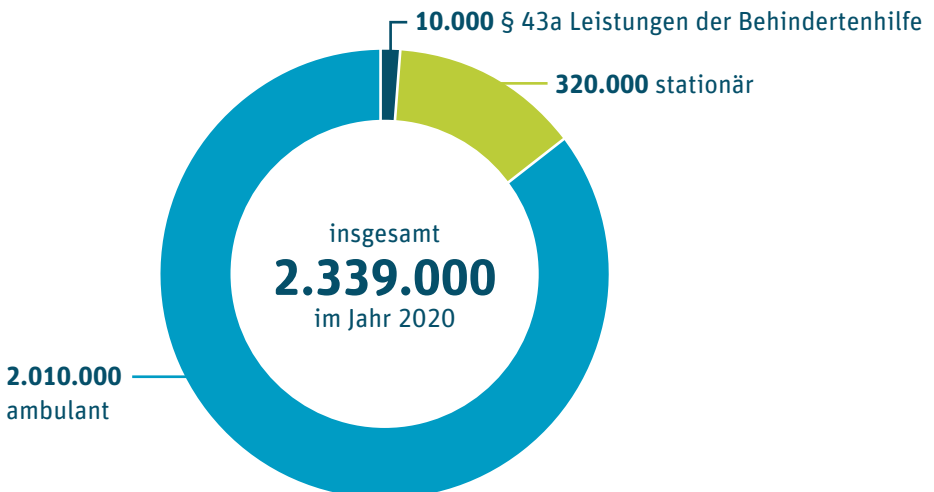
Im Pandemiejahr wurde die Prüftätigkeit des Medizinischen Dienstes eingeschränkt. So z. B. im Bereich der Abrechnungsprüfungen. Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wollte der Gesetzgeber die stationäre Versorgung in der Pandemie sicherstellen und hat die maximal zulässige Prüfquote bei Krankenhausabrechnungsprüfungen auf fünf Prozent für das Jahr 2020 festgelegt. So erfolgten 2020 etwa ein Drittel weniger Prüfungen als in 2019.

Sozialmedizinische Empfehlungen für die Pflegeversicherung

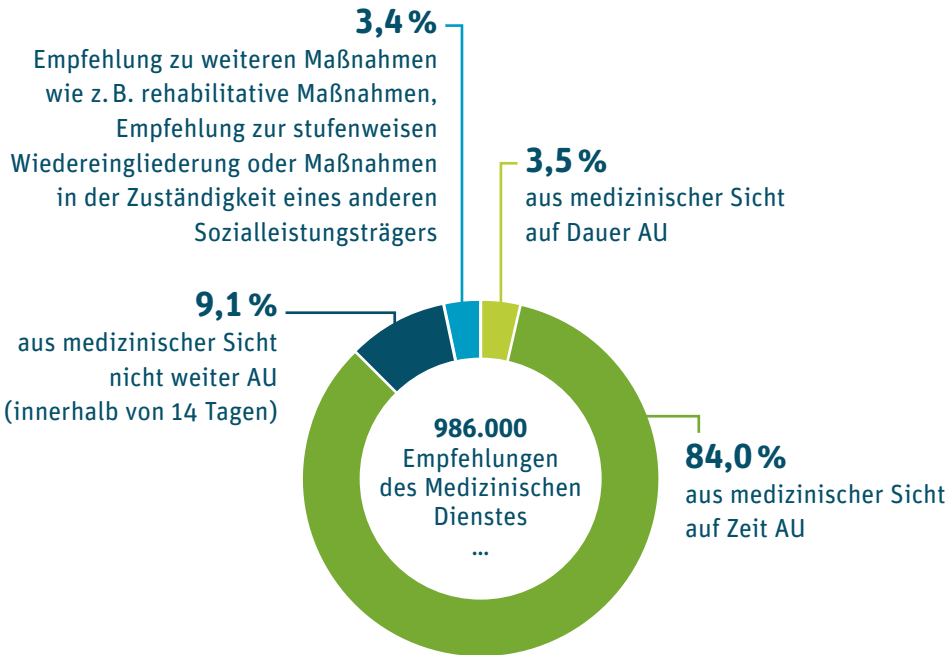


* (Pflegehilfsmittel; Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen; Teilstationäre Pflege/Kurzzeitpflege bei bestehender Pflegebedürftigkeit und sonstiges)

Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach beantragter Leistung



Sozialmedizinische Empfehlung bei Arbeitsunfähigkeit

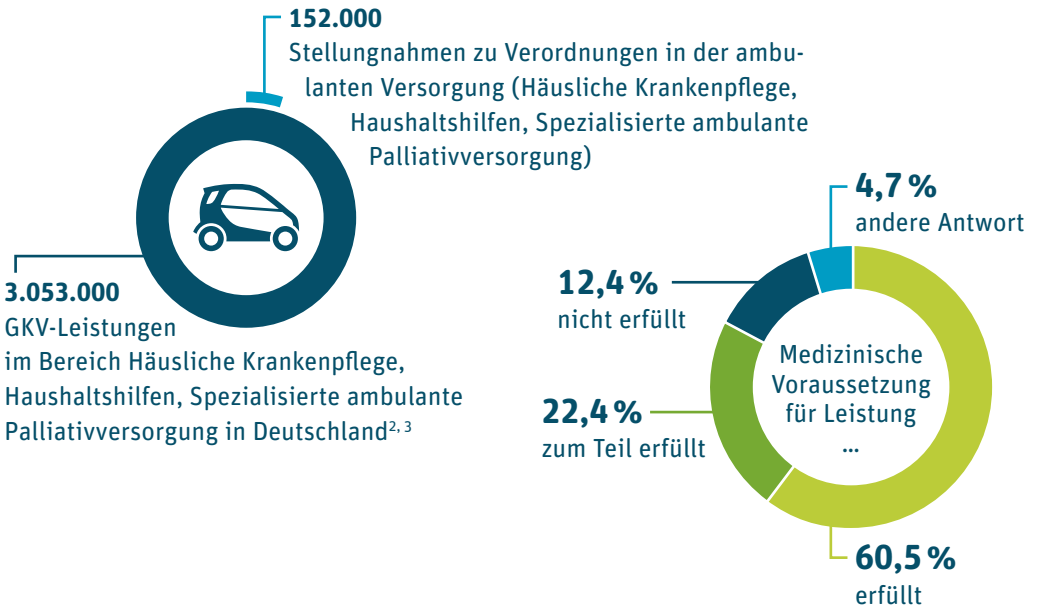


Typische Fragestellung bei einer Langzeit-AU:

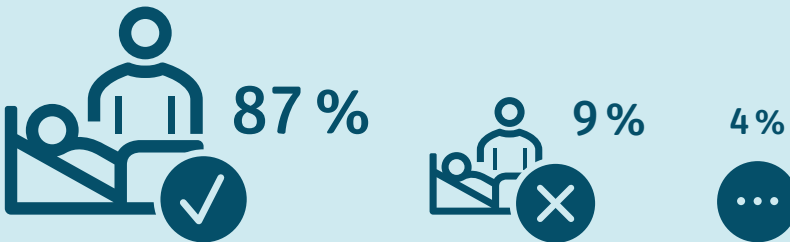
Kann die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch eine stufenweise Wiedereingliederung ermöglicht werden?

Sozialmedizinische Empfehlung im Bereich

Ambulante Leistungen



Fokus: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37 b SGB V



24.954 Stellungnahmen

Bei 87 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung erfüllt (81,7%) oder teilweise erfüllt (5,4%). Bei gut 9 Prozent der Fälle lagen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen nicht vor.

Typische Fragestellung:

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

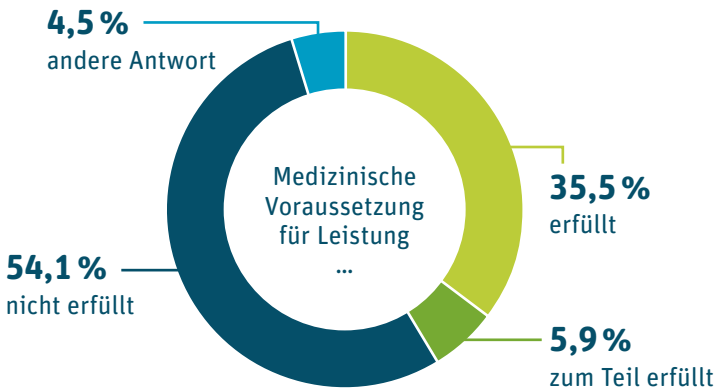
Sozialmedizinische Empfehlung zu

Heilmitteln



*Es ist zu berücksichtigen, dass nur ein geringer Teil der Heilmittelverordnungen durch den Medizinischen Dienst geprüft wird, da der größte Teil der Verordnungen keine genehmigungspflichtigen Antragsleistungen sind. Der Medizinische Dienst wird vorwiegend in die Begutachtung zu Fragen des langfristigen Heilmittelbedarfs eingeschaltet.

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



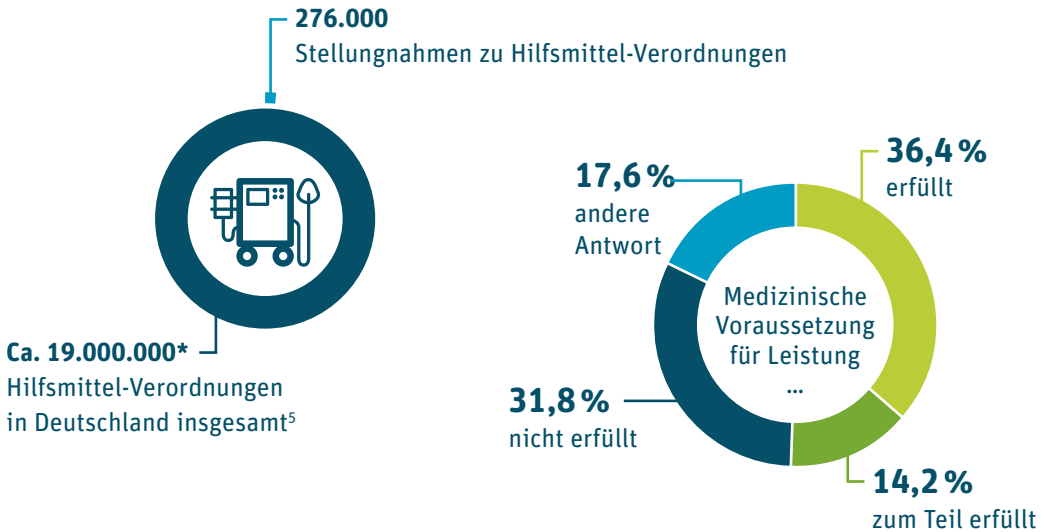
Typische Fragestellung:

Sind Schwere und Dauerhaftigkeit der vorliegenden Schädigung vergleichbar mit einer Diagnose aus Anlage 2* zur Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses?

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

Sozialmedizinische Empfehlung zu

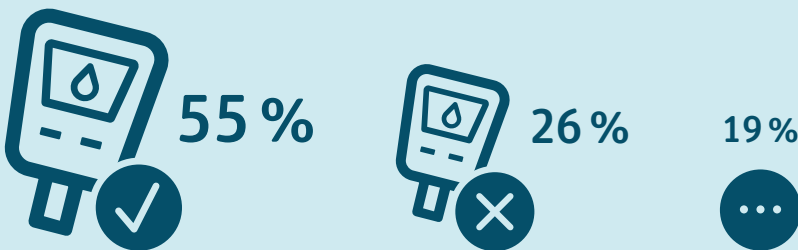
Hilfsmitteln



* Anzahl der GKV-Versicherten, die 2018 eine Hilfsmittelverordnung erhalten haben

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

Fokus: Messgeräte für Körperzustände und -funktionen



Stellungnahmen: 20.106

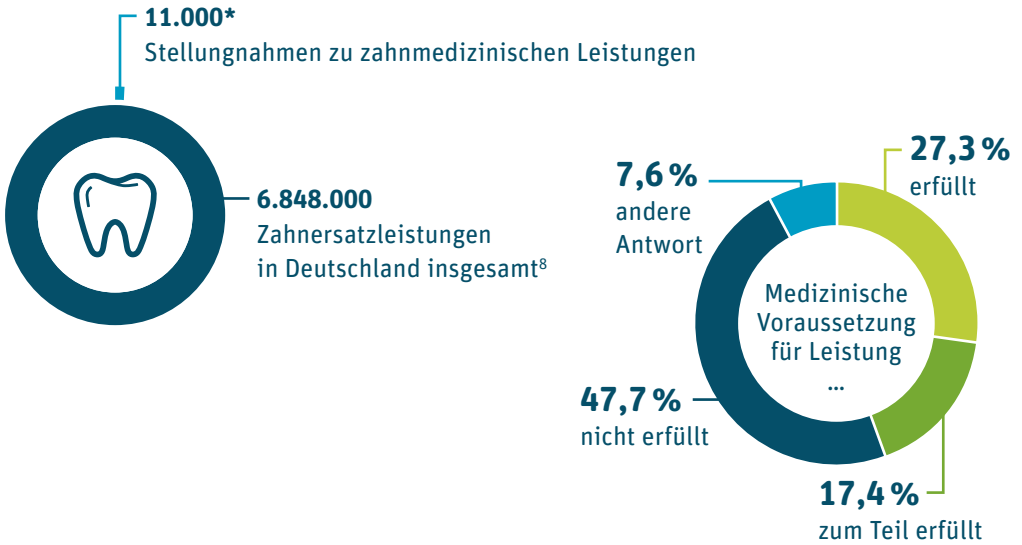
In gut 55 Prozent waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für eine Leistung der Krankenkasse erfüllt (47,7 %) oder zum Teil erfüllt (7,4 %). In knapp 26 Prozent der Fälle lagen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für die speziellen Messgeräte nicht vor.

Typische Fragestellung:

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

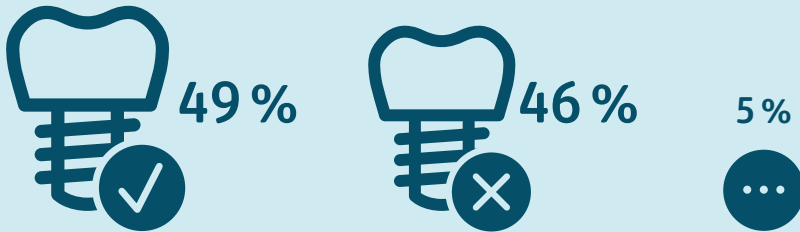
Sozialmedizinische Empfehlung zu

Zahnmedizinischen Leistungen



* ohne Gutachten zu Krankenhausleistungen und Mängel- und Behandlungsfehlergutachten

Fokus: Zahnersatz



Stellungnahmen: 5.867

In 49 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für Zahnersatzleistungen erfüllt (32,7%) oder teilweise erfüllt (16,8%). In knapp 46 Prozent der Fälle lagen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für solche Leistungen nicht vor.

Typische Fragestellung:

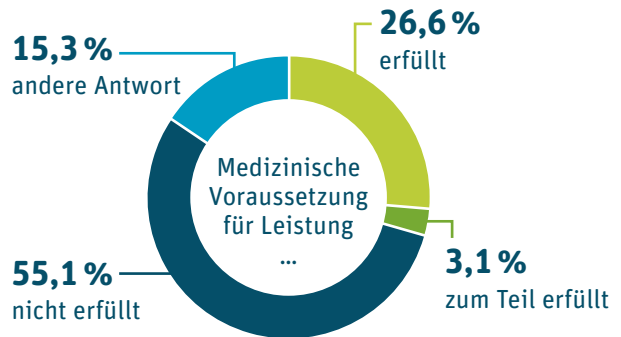
Ist der geplante Zahnersatz notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich?

Sozialmedizinische Empfehlung zu

Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

108.000

Stellungnahmen zu NUB



Fokus: Cannabinoide



45 %



49 %

6 %



Stellungnahmen: 23.213

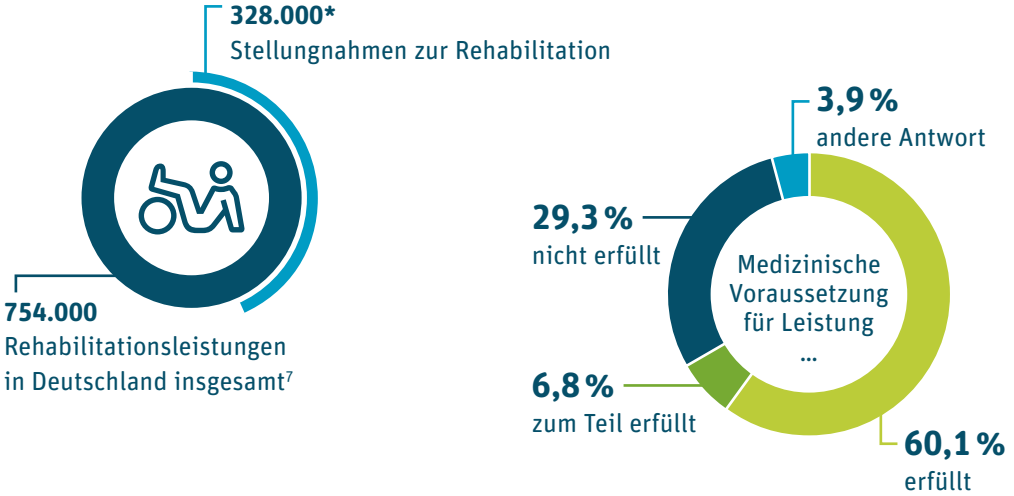
In knapp 45 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für die Behandlung mit Cannabinoiden erfüllt (43 %) oder teilweise erfüllt (1,6 %). In gut 49 Prozent der Fälle liegen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für eine solche Behandlung nicht vor.

Typische Fragestellung:

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

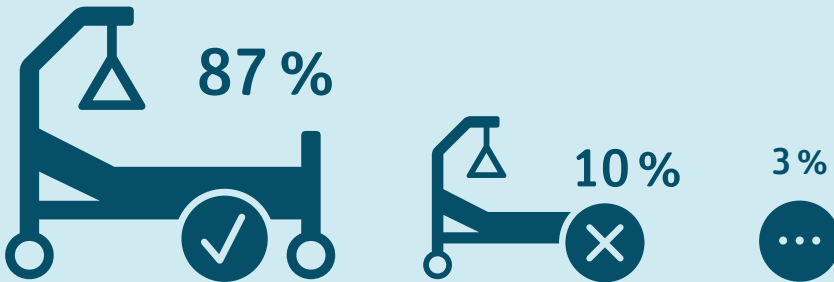
Sozialmedizinische Empfehlung zu

Rehabilitationsleistungen



* einschließlich Verlängerungsanträge

Fokus: Verlängerungsanträge zur stationären Rehabilitation



Stellungnahmen: 71.523

In gut 87 Prozent der Fälle waren die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für eine Verlängerung der stationären RehaMaßnahme erfüllt (73,5 %) oder teilweise erfüllt (13,8 %). In über 10 Prozent der Fälle liegen die (sozial-)medizinischen Voraussetzungen für eine Verlängerung nicht vor.

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

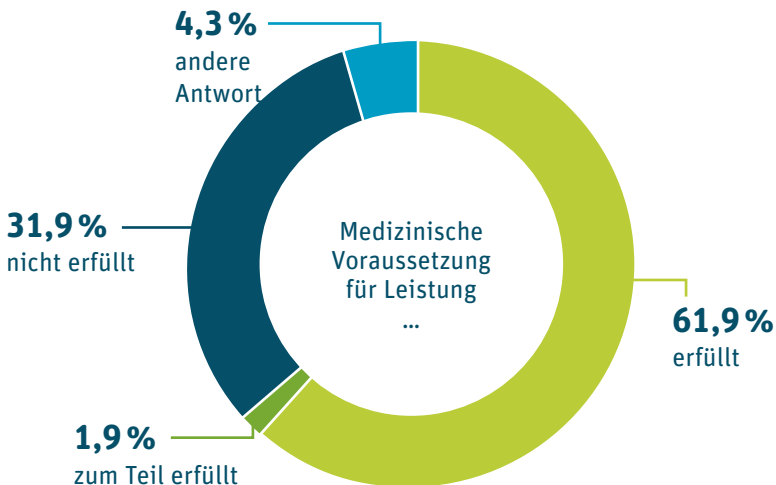
Ist die beantragte Verlängerung medizinisch notwendig, um das Rehabilitationsziel zu erreichen?

Sozialmedizinische Empfehlung zu

Vorsorgeleistungen

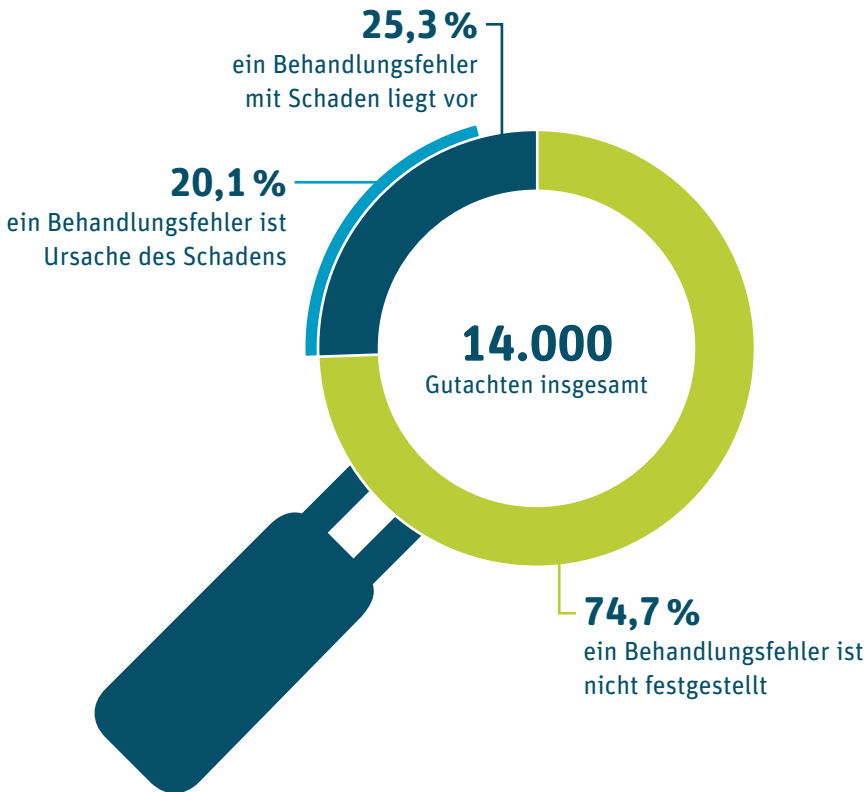


Vorsorgeleistungen umfassen überwiegend Mutter- oder Vater/Kind-Vorsorgeleistungen. Des Weiteren gehören stationäre Vorsorgeleistungen insbesondere für Kinder und Jugendliche sowie ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten dazu.



Begutachtung von

Behandlungsfehler-Vorwürfen



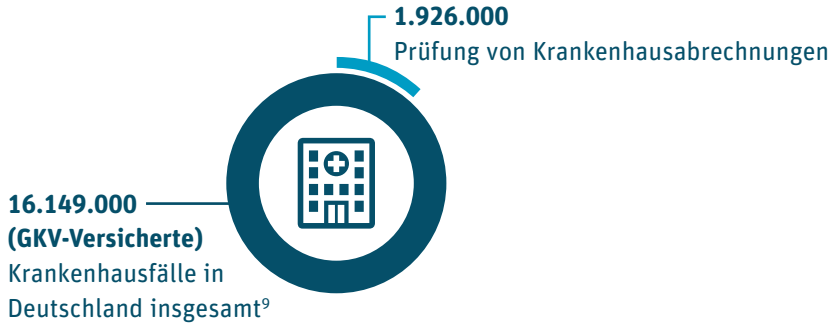
Bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler können sich Versicherte an ihre Krankenkasse wenden. Die Krankenkassen sollen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen unterstützen, die dann bestehen, wenn ein Behandlungsfehler einen Schaden nachweislich verursacht hat. Um diese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

Typische Fragestellung:

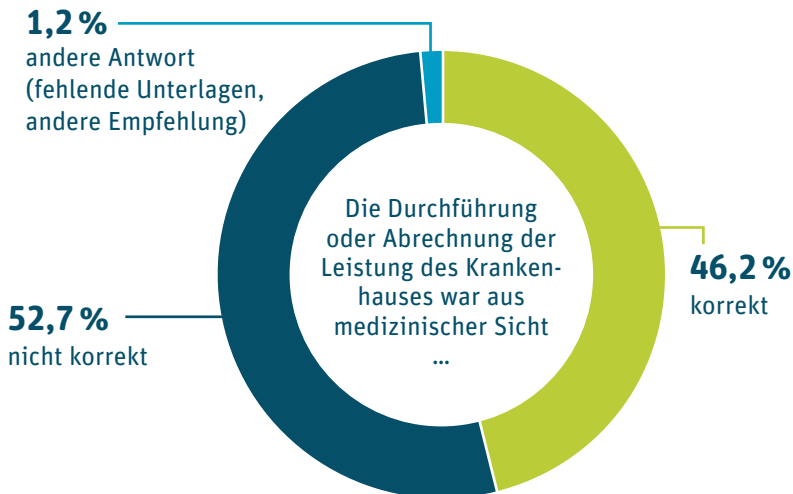
Liegt ein Behandlungsfehler vor, der einen Schaden verursacht hat?

Prüfung von

Krankenhausabrechnungen



Bereits mit dem MDK-Reformgesetz wurden für die Abrechnungsprüfungen Prüfquoten festgelegt, um die Anzahl der Abrechnungsprüfungen zu reduzieren. Hierbei wurde die Quotenhöhe an die Abrechnungsqualität gekoppelt. Um die Krankenhäuser während der Pandemie zu entlasten, hat der Gesetzgeber mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz für das Pandemiejahr 2020 die Prüfquoten zusätzlich gesenkt, so dass Prüfungen ausgesetzt wurden.



Typische Fragestellungen:

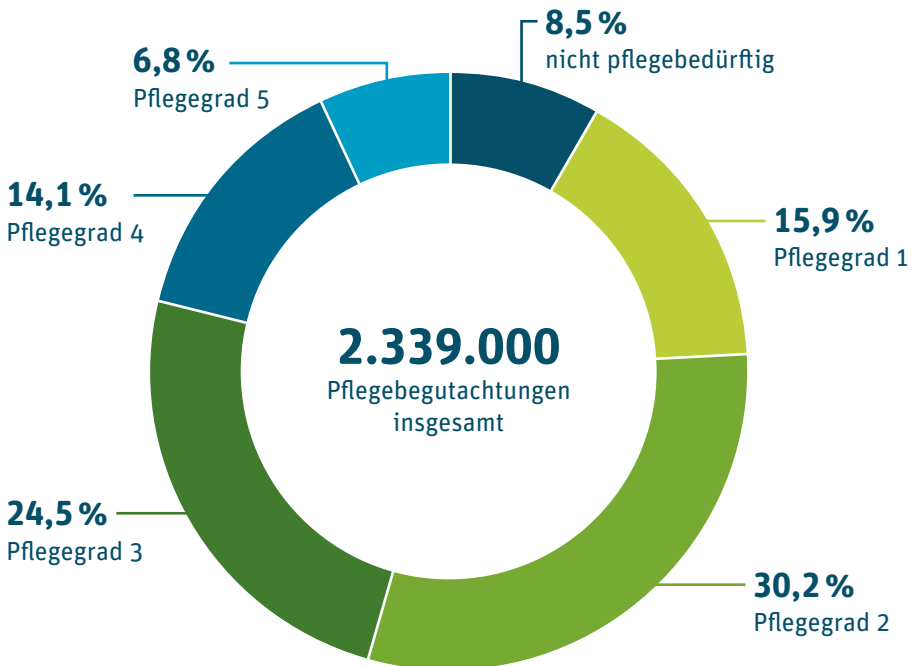
War die stationäre Behandlung erforderlich? War die Länge der Krankenhausbehandlung erforderlich? Wurden die Diagnosen und Therapien korrekt kodiert?

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 und Ärztinnen und Ärzten in der Häuslichkeit oder im Pflegeheim durchgeführt. Beim Hausbesuch stellt die Gutachterin oder der Gutachter fest, wie selbstständig die Antragsteller ihren Alltag gestalten können, wobei sie Unterstützung benötigen und mit welchen Einschränkungen und pflegerischen Herausforderungen sie zurechtkommen müssen. Auf Basis des Ergebnisses der Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes teilt die Pflegekasse den Versicherten den Pflegegrad und damit die Leistungen der Pflegeversicherung mit.



21,6%
persönliche
Begutachtung
im Hausbesuch



63,5%
Strukturiertes
Telefoninterview



14,9%
Gutachten nach
vorliegenden
Unterlagen



Um die besonders verletzbare Personengruppe der pflegebedürftigen Menschen vor Infektionen mit dem Coronavirus zu schützen, wurde im Pandemiejahr ab dem zweiten Quartal die Pflegebegutachtung mittels strukturiertem Telefoninterview und anhand vorliegender Unterlagen umgesetzt. Dabei konnten alle pflegetherapeutisch relevanten Informationen berücksichtigt werden. Knapp 1,5 Mio. Pflegebedürftige wurden telefonisch begutachtet und erhielten so zeitnah Zugang zu den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

Pflege-Qualitätsprüfungen

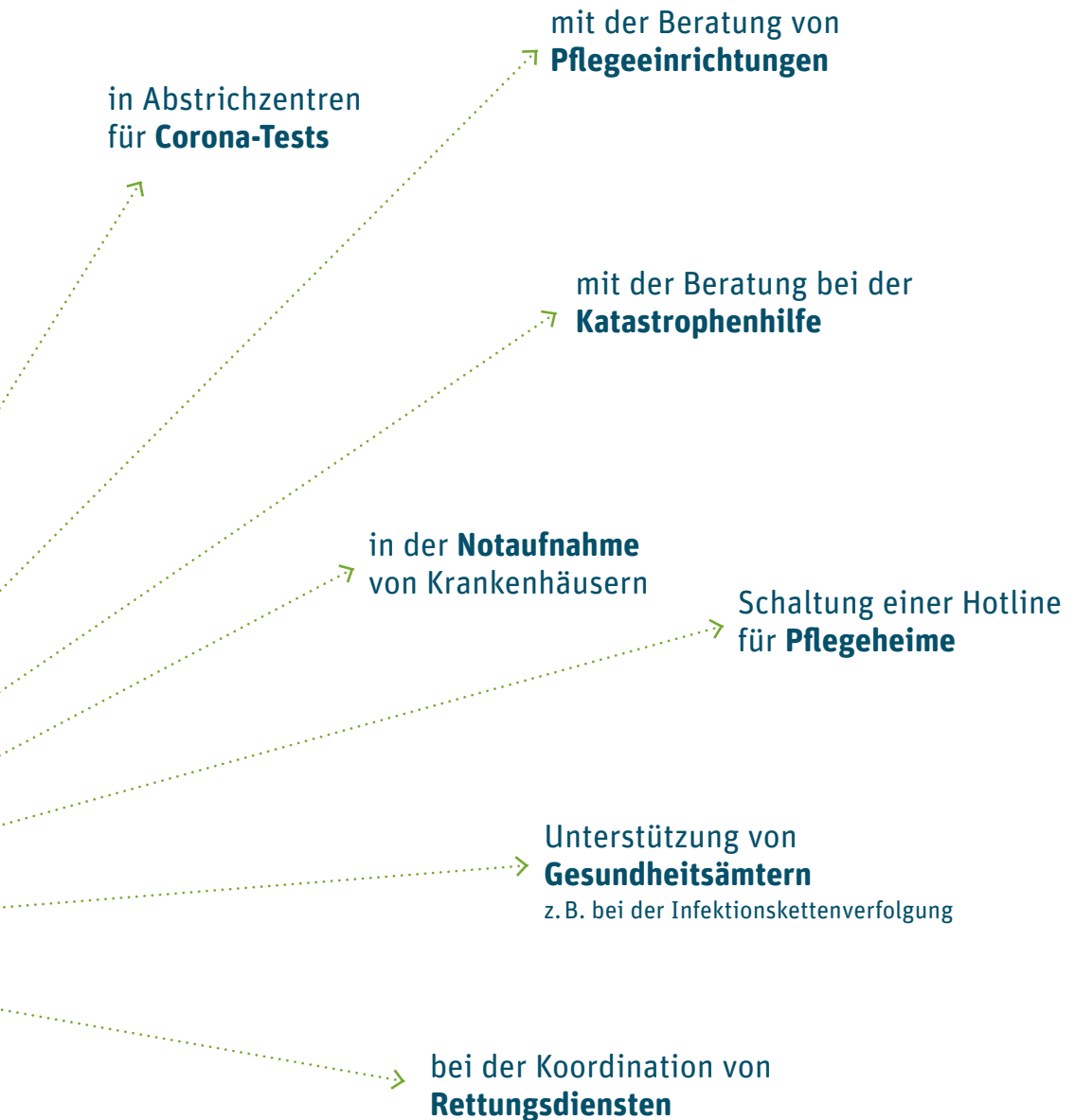
Alle ambulanten Pflegedienste und Pflegeheime sind üblicherweise einmal im Jahr zu prüfen. Dabei werden 90 Prozent der Einrichtungen vom Medizinischen Dienst und 10 Prozent vom Prüfdienst der privaten Krankenversicherung durchgeführt. Im Jahr 2019 gab es 24.500 Prüfungen – 12.500 in ambulanten Diensten und 12.100 in Pflegeheimen.



Im Jahr der Corona-Pandemie mussten die Qualitätsprüfungen erheblich eingeschränkt werden. Die von den Einrichtungen versorgten pflegebedürftigen Menschen gehören zur besonders verletzlichen Personengruppe der pflegebedürftigen Menschen, die vor den für sie besonders gefährlichen Infektionen mit dem Coronavirus geschützt werden mussten. Daher konnten die regulären Qualitätsprüfungen nur im ersten Quartal umgesetzt werden. Anlassprüfungen waren jedoch jederzeit möglich. 2020 fanden insgesamt 6.600 Qualitätsprüfungen statt. Dies wurde durch das Epilage-Fortgeltungsgesetz geregelt. Mit einem umfassenden Hygienekonzept wurde eine gute und sichere Arbeit für die Medizinischen Dienste im Umgang mit den besonders vulnerablen Personengruppen sichergestellt.

Um das Gesundheitswesen in der Pandemie zu unterstützen waren zeitweise über 800 Mitarbeitende aus dem Medizinischen Dienst in Gesundheitsämtern, kommunalen Krisenstäben, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern auf freiwilliger Basis tätig.



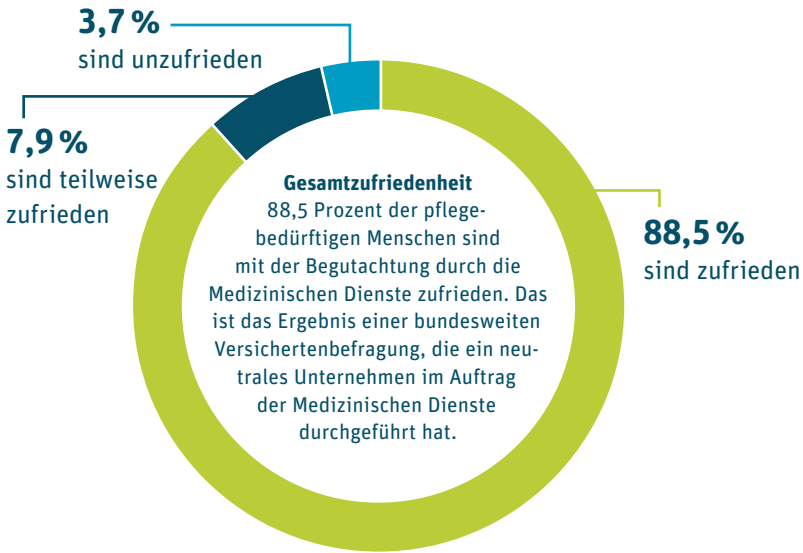


Ergebnisse der

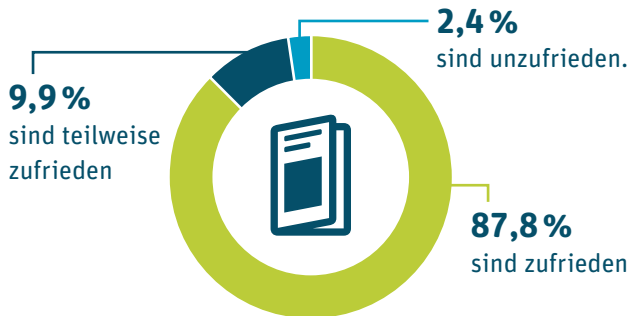
Versicherten-Befragung

Wie schneidet der Medizinische Dienst bei den Versicherten ab?

Jährlich können 2,5 Prozent der rund 2 Millionen Versicherten, bei denen der Medizinische Dienst eine Pflegebegutachtung zu Hause durchgeführt hat, die Arbeit des Medizinischen Dienstes bewerten. Hier die Ergebnisse der unabhängigen Versichertenbefragung¹²:

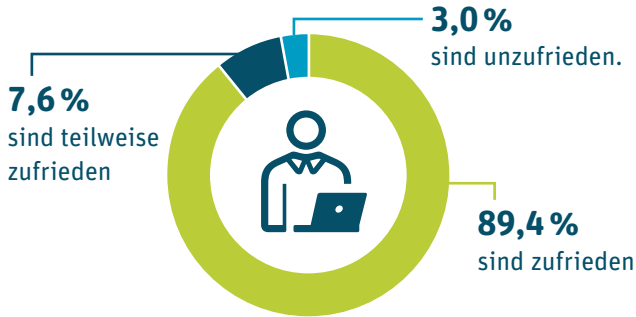


Informationen über die Pflegebegutachtung



In diesem Bereich wurde nach der Zufriedenheit mit den allgemeinen Informationen über die Pflegebegutachtung der Medizinischen Dienste gefragt. Fragen zum Anmeldeschreiben sowie zur Erreichbarkeit und zur Freundlichkeit bei Rückfragen wurden hier bewertet. Der durchschnittliche Wert von 87,8 Prozent zeigt: Die Versicherten sind mit diesem Bereich zufrieden.

Persönliches Auftreten



In diesem Bereich wurde nach dem Auftreten der Gutachterin bzw. des Gutachters der Medizinischen Dienste bei den Versicherten gefragt. Fragen zum Einfühlungsvermögen und zur Kompetenz wurden hier bewertet. 89,4 Prozent der Befragten sind damit ebenfalls sehr zufrieden.

Der persönliche Kontakt



In diesem Bereich wurde nach dem direkten und persönlichen Kontakt des Versicherten mit der Gutachterin bzw. dem Gutachter der Medizinischen Dienste gefragt. Fragen zum Verhalten und Eingehen auf die persönliche Situation wurden hier bewertet. Mit einer durchschnittlichen Zufriedenheit von 90,2 Prozent sind die Versicherten mit der persönlichen Beratung sehr zufrieden.



Die Fragebögen werden nur an die Versicherten versendet, die persönlich in der Häuslichkeit begutachtet wurden. Insofern konnten in 2020 weniger Fragebögen ausgewertet werden. Für das Jahr 2021 sind durch neu entwickelte Fragebögen auch Telefonbegutachtungen Gegenstand der Auswertung.

Kompetenz-Centren leisten Systemberatung

Die Medizinischen Dienste stellen für die Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)* mit ihrer Expertise wissenschaftliche Beratung und Unterstützung in Versorgungsfragen für das Krankenversicherungssystem bzw. den GKV-Spitzenverband bereit. Die Medizinischen Dienste sind an vielen Fragen der Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens beteiligt und leisten damit für über 70 Millionen Versicherte einen wichtigen Beitrag für eine gute Versorgung. Diese wichtige und anspruchsvolle Beratungsleistung wird kurz „**Systemberatung**“ genannt.

Systemberatung erfordert hohe Fachkompetenz und Erfahrung in den verschiedenen Versorgungsbereichen. Für besonders relevante Versorgungsbereiche haben die Medizinischen Dienste gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband zudem Kompetenz-Centren für Ausbau und Bündelung speziellen Expertenwissens aufgebaut. Die Kompetenz-Centren sind 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. Geleitet wird der G-BA durch unparteiische Vorsitzende, Patientenvertretungen haben Anhörungsrechte.





Kompetenz-Centrum Geriatrie

beim Medizinischen Dienst Nord

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



Kompetenz-Centrum Onkologie

beim Medizinischen Dienst Nordrhein

spezialisiert auf die Systemberatung zu neuen Methoden in der Krebsbehandlung



Kompetenz-Centrum Psychiatrie/Psychotherapie

bei den Medizinischen Diensten Mecklenburg-Vorpommern und Hessen

spezialisiert auf die Systemberatung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen



Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

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 MDS

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 MDS 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 der Regel in den Händen erfahrener Ärztinnen oder Ärzte der Medizinischen Dienste. Gesteuert werden die SEG gemeinschaftlich von den Medizinischen Diensten.





SEG 1 Leistungsbeurteilung/Teilhabe

beim Medizinischen Dienst Niedersachsen

Rehabilitation, Arbeitsunfähigkeit, Heilmittel



SEG 2 Pflege/Hilfebedarf

bei den Medizinischen Diensten Bayern und Westfalen-Lippe

Pflegebedürftigkeit, Behandlungsfehler in der pflegerischen Versorgung, 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

bei den Medizinischen Diensten Hessen und Berlin-Brandenburg

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

bei Medizinischen Dienst Bayern und MDS

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

Personal

Bei den Medizinischen Diensten sind insgesamt **10.828** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. Das entspricht **9.613** Vollzeitstellen.



Ärztinnen und Ärzte: **2.472**

2.128 Vollzeitstellen



Pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter: **3.983**

3.579 Vollzeitstellen



Heil- und Gesundheitsberufe: **113**

105 Vollzeitstellen



Kodierfachkräfte: **541**

497 Vollzeitstellen



Assistenzpersonal Gutachten: **2.786**

2.449 Vollzeitstellen

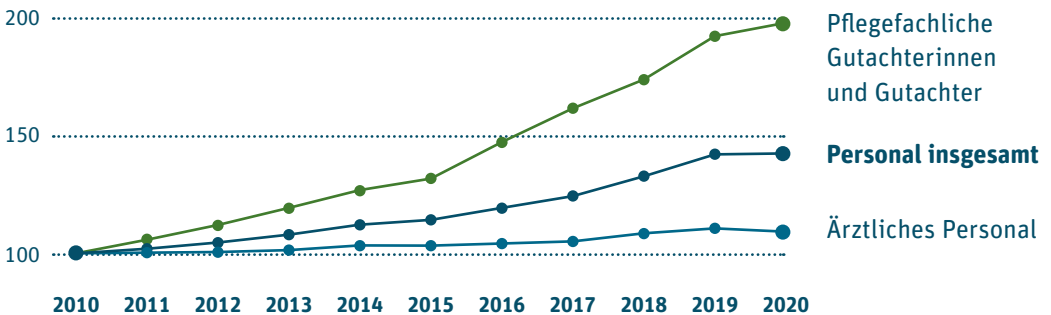


Verwaltungspersonal: **934**

853 Vollzeitstellen

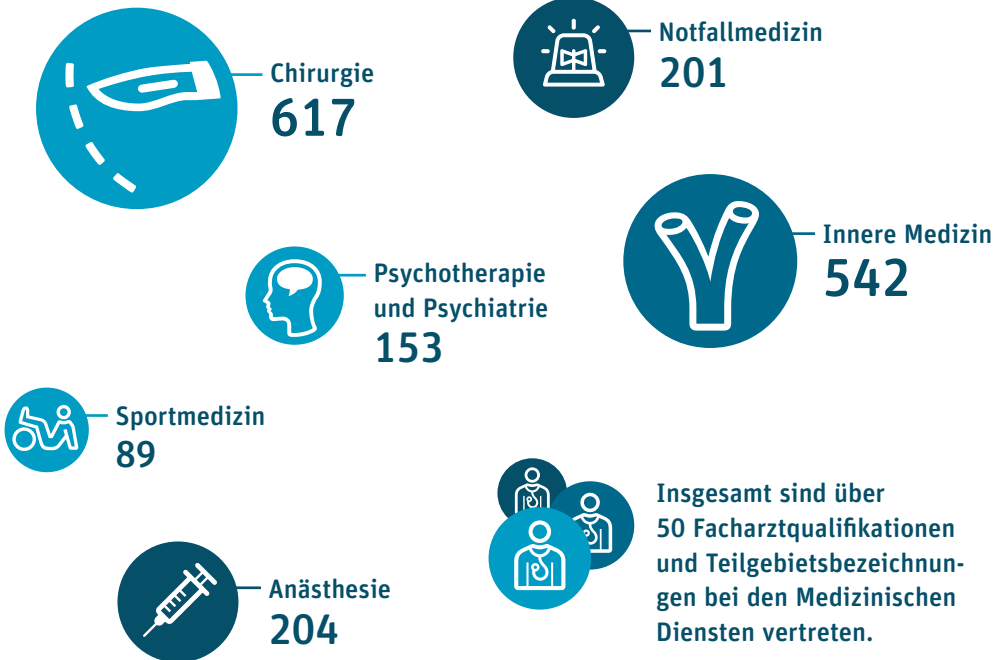
Personalentwicklung 2010–2020

Prozentuelle Entwicklung (Basis 2010 = 100 %)

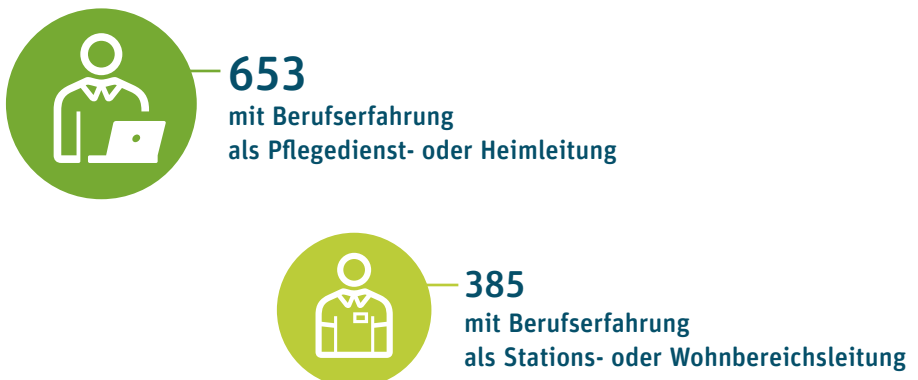


Beim Medizinischen Dienst gibt es eine breite Fachkompetenz.

Unter den 2.472 Ärztinnen und Ärzten des Medizinischen Dienstes sind zum Beispiel folgende medizinische Fachgebiete vertreten:



Unter den 3.983 Pflegefachkräften befinden sich



Kosten

Der Medizinische Dienst kostete im Jahr 2020 insgesamt 1,029 Mrd. Euro, die je zur Hälfte von der Krankenversicherung und von der Pflegeversicherung getragen werden.

1,029 Mrd. Euro^{10, 11}

Die Krankenkassen bezahlen nicht den einzelnen Auftrag. Für die Beratung der Kranken- und Pflegekassen erhält der Medizinische Dienst für jedes Mitglied einer Krankenkasse pauschal und unabhängig davon, womit und in welchem Umfang der Medizinische Dienst von der Kranken- oder Pflegekasse beauftragt wurde, einen bestimmten Euro-Beitrag pro Jahr (durchschnittlich 18,43 Euro pro Krankenkassenmitglied im Jahr 2020).



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

0,21 % Anteil
Medizinische Dienste

Leistungsausgaben
der GKV
248,7 Mrd. Euro¹⁰

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

1,13 % Anteil
Medizinische Dienste

Leistungsausgaben
der Pflegeversicherung
45,6 Mrd. Euro¹¹

Quellenverweise

Soweit nicht anders angegeben gilt: Datenquelle MDS; Jahr 2020

- 1 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 2, Gesetzliche Krankenversicherung, Leistungsfälle Arbeitsunfähigkeit 2019
- 2 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 2, Gesetzliche Krankenversicherung, Leistungsfälle Behandlungspflege, Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege 2019
- 3 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 3; Gesetzliche Krankenversicherung, Abrechnungsfälle spezialisierte ambulante Palliativversorgung 2019
- 4 **GKV-Spitzenverband**; Heilmittel-Schnellinformation (HIS) 2019
- 5 **Barmer**; Barmer Heil- und Hilfsmittelreport 2019; eigene Berechnung
- 6 **Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE-Bund)**; Ergebnisse der Statistik KG 5, Vorsorgekuren 2019
- 7 **Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE-Bund)**; Ergebnisse der Statistik KG 5, Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherungen 2019 (ambulante, stationäre und medizinische Rehabilitation)
- 8 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 3; Abrechnungsfälle zahnärztliche Leistungen, Zahnersatzleistungen insgesamt 2019
- 9 **BMG**; Ergebnisse der Statistik KG 2; Krankenhausfälle der gesetzlich Versicherten insgesamt 2019
- 10 **BMG**; KV45; Gesetzliche Krankenversicherung; Leistungsausgaben der GKV, Kosten Medizinischer Dienst (ohne KBS) vorläufige Rechnungsergebnisse des Jahres 2020
- 11 **BMG**; Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung 2019, Leistungsausgaben der Gesetzlichen Pflegeversicherung, Kosten Medizinischer Dienst
- 12 **MDS**; Versichertenbefragung zur MDK-Pflegebegutachtung 2020

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
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de

Grafische Gestaltung

fountain studio, Düsseldorf

Druck

inpuncto:asmuth druck + medien gmbh, Köln

Juni 2021



www.medizinischerdienst.de
www.mds-ev.de