



Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg

Aufbau, Organisation und Aufgaben der Medizinischen Dienste Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg

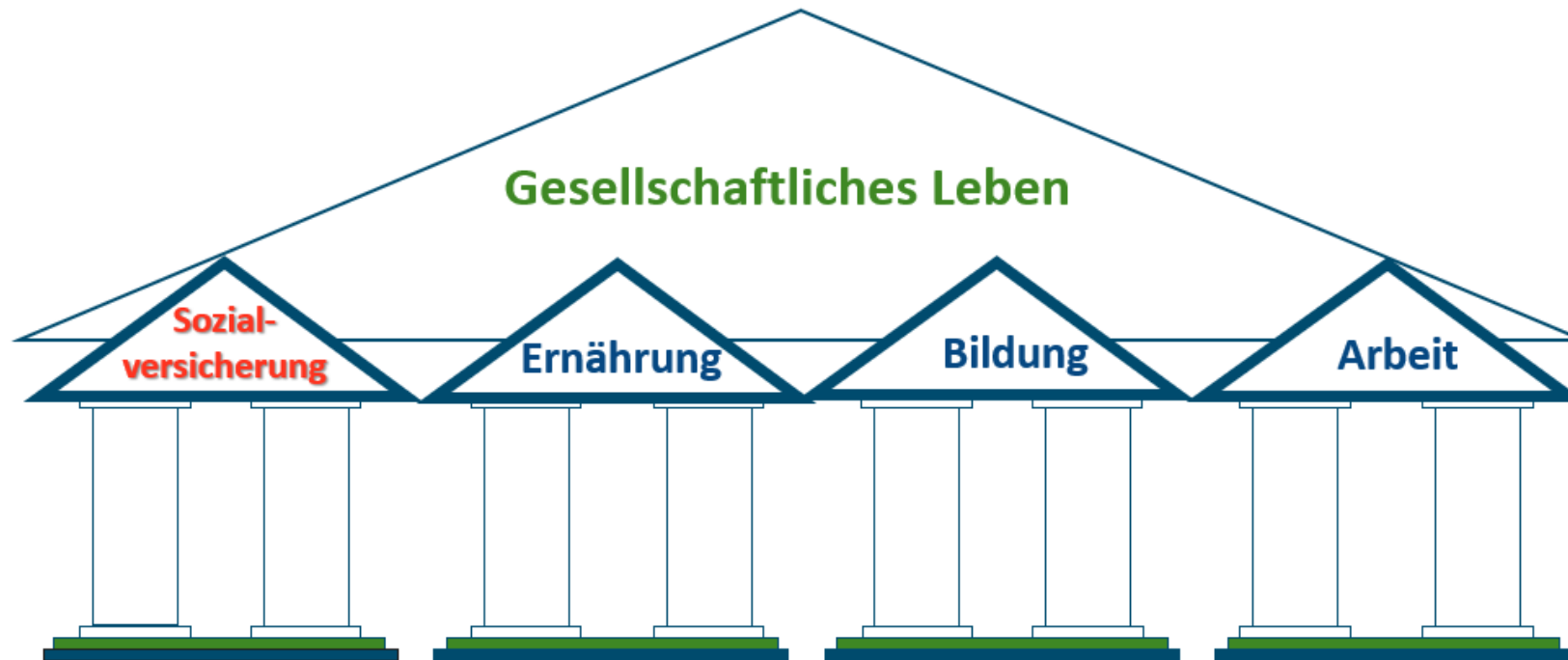
Zusatzweiterbildung Sozialmedizin / Aufbaukurs Modul VI / 16.-20.03.2026

SalusCon Akademie für Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen

19.03.2026



Aufgaben, Funktion und Bedeutung des MD



5 Säulen der Sozialversicherung:

Krankenversicherung

Unfallversicherung

Rentenversicherung

Pflegeversicherung

Arbeitslosenversicherung

Aufgaben, Funktion und Bedeutung des MD

Gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung



Das **Solidarprinzip** stellt sicher, dass die Gesundheitsversorgung für alle Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)/Soziale Pflegeversicherung (SPV) zugänglich und gerecht ist.

Unser Sozialsystem stabilisiert die Gesellschaft

Solidarprinzip

Grundlage aller Leistungen der GKV

§ 2 SGB V

„(1) [...] Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem **allgemein anerkannten Stand** der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den **medizinischen Fortschritt** zu berücksichtigen.“

§ 12 SGB V

„(1) Die Leistungen müssen **ausreichend, zweckmäßig** und **wirtschaftlich** sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“

§ 275 SGB V

Begutachtung und Beratung

Solidarprinzip

Grundlage aller Leistungen der GKV

→ **Wirksamkeit:**

Die medizinischen Maßnahmen müssen den aktuellen wissenschaftlichen Standards entsprechen und die gewünschten gesundheitlichen Ergebnisse erzielen.

→ **Sicherheit:**

Die Versorgung muss sicher sein und das Risiko von vermeidbaren Schäden minimieren.

→ **Patientenorientierung:**

Die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten sollen berücksichtigt werden, und die Versorgung soll respektvoll und würdevoll erfolgen.

→ **Rechtzeitigkeit:**

Die notwendigen medizinischen Leistungen müssen zum richtigen Zeitpunkt verfügbar sein.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

§ 92 Absatz 1 SGB V

→ **Funktion:**

Der G-BA ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen.

→ **Zusammensetzung:**

Der G-BA besteht aus Vertretern der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen sowie Patientenvertretern, die ein Mitberatungs- und Antragsrecht haben.

→ **Aufgaben:**

Der G-BA bewertet und prüft Behandlungs- und Untersuchungsmethoden und legt Qualitätsstandards fest.

→ Er legt fest, welche medizinischen Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden und sorgt dafür, dass diese Leistungen qualitätsgesichert und wirtschaftlich erbracht werden.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) und Medizinischer Dienst

→ Richtlinien:

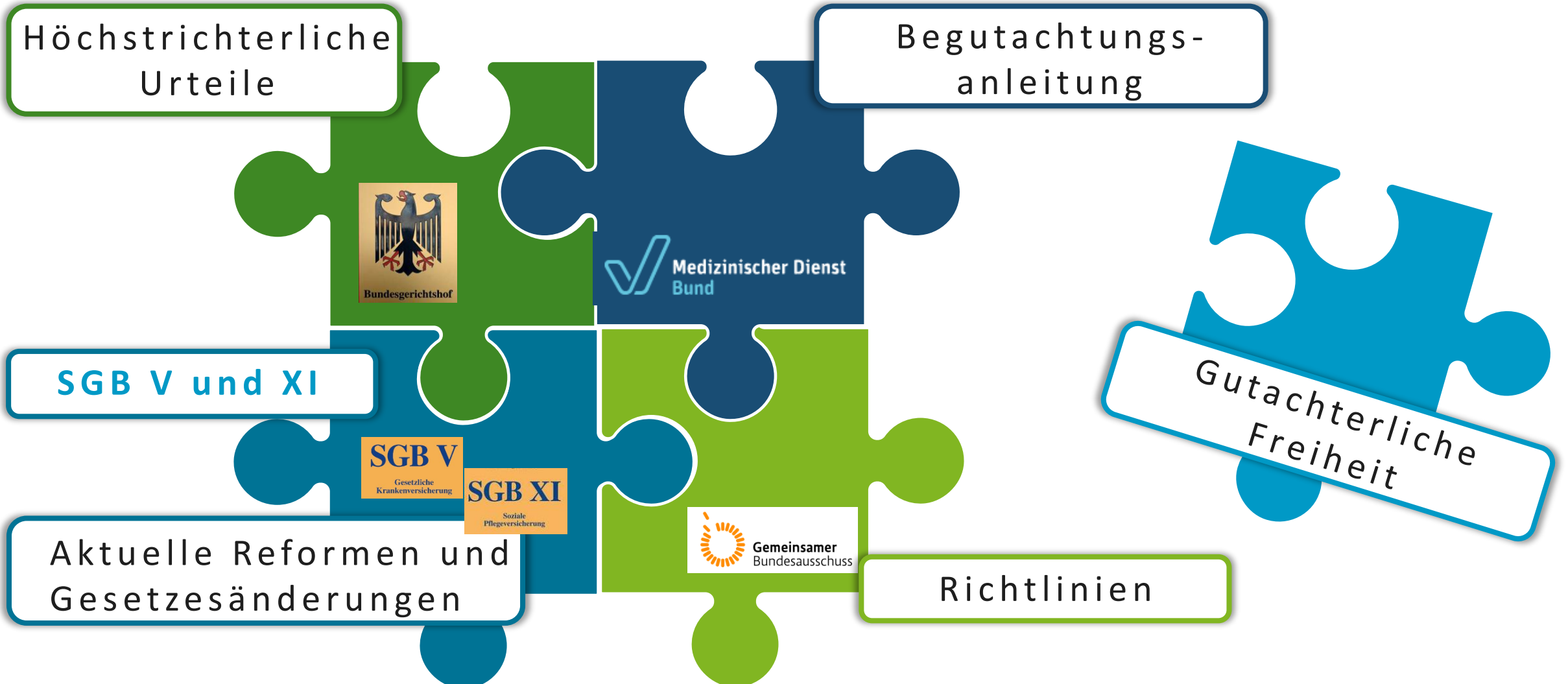
Der G-BA erstellt Richtlinien, die auch die Arbeit der MD beeinflussen, z. B. durch Vorgaben zur Begutachtung und Bewertung und Bewertung von Leistungen.

→ Umsetzung:

Der MD setzt diese Richtlinien in der Praxis um, indem er Gutachten erstellt und die Krankenkassen bei der Entscheidungsfindung unterstützt.

Diese Zusammenarbeit stellt sicher, dass die medizinische Versorgung in Deutschland sowohl qualitativ hochwertig als auch wirtschaftlich ist (§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot).

Rechtliche Abhängigkeiten in der sozialmedizinischen Begutachtung



Aufgaben, Funktion und Bedeutung des MD

Fachlich unabhängige Unterstützung

- Gutachterinnen und Gutachter
 - sind in ihrer medizinischen und pflegerischen Bewertung unabhängig
 - an den aktuellen Stand der Wissenschaft gebunden
 - bewegen sich trotz gutachterlicher Freiheit innerhalb eines Rahmens durch sozialrechtliche Vorgaben und Gesetze.
- Die Gutachten des Medizinischen Dienstes haben empfehlenden Charakter.
- Den Leistungsentscheid trifft die Krankenkasse.
- Eine Verpflichtung der Kranken- und Pflegekassen zur Berücksichtigung der Gutachten besteht nicht.

Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

15 Medizinische Dienste in Deutschland

Besonderheiten:

- Fusion MD Berlin-Brandenburg
- Fusion MD Nord
(Schleswig-Holstein und Hamburg)
- Nordrhein-Westfalen
MD Nordrhein und MD Westfalen-Lippe



Gesetzlicher Auftrag

§ 275 SGB V Begutachtung und Beratung

Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen, oder wenn es ... erforderlich ist, **den MD mit einer sozialmedizinischen Stellungnahme zu beauftragen:**

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur **Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung**, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der **ordnungsgemäßen Abrechnung**, aber auch
2. zur **Einleitung von „Leistungen zur Teilhabe“** für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen der verschiedenen Rehabilitationsträger, die im SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen benannt sind
3. **bei Arbeitsunfähigkeit**
 - a) zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder
 - b) zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit

Überblick über die vielfältige Begutachtungs- und Beratungstätigkeit des Medizinischen Dienstes

1) Einzelfallbegutachtungen

- Anlässe / Beauftragung für bspw. Rehabilitation, AU, Hilfsmittel, Arzneimittel und Behandlungsmethoden, Feststellung eines Pflegegrades wie auch mögliche Behandlungsfehler

2) System- und Grundsatzberatung

- grundsätzliche medizinische oder versorgungsbezogene Fragestellungen mit dem Ziel: Qualität, Einheitlichkeit, Nachvollziehbarkeit und Weiterentwicklung der Versorgung
- Auftraggeber sind z. B. Krankenkassen oder ihre Verbände, Ministerien, G-BA ...
- dient der Erörterung, Abwägung und Empfehlung auf übergeordneter Ebene mit Teilnahme an Gremien, Ausschüssen und Fachkommissionen
- sozialmedizinische Beratung bei Vertrags- oder Richtlinienprozessen
- fachliche Unterstützung von Verhandlungen auf Seiten der Kassen

Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg



Der Medizinische Dienst Berlin-Brandenburg

Standorte des MD BB

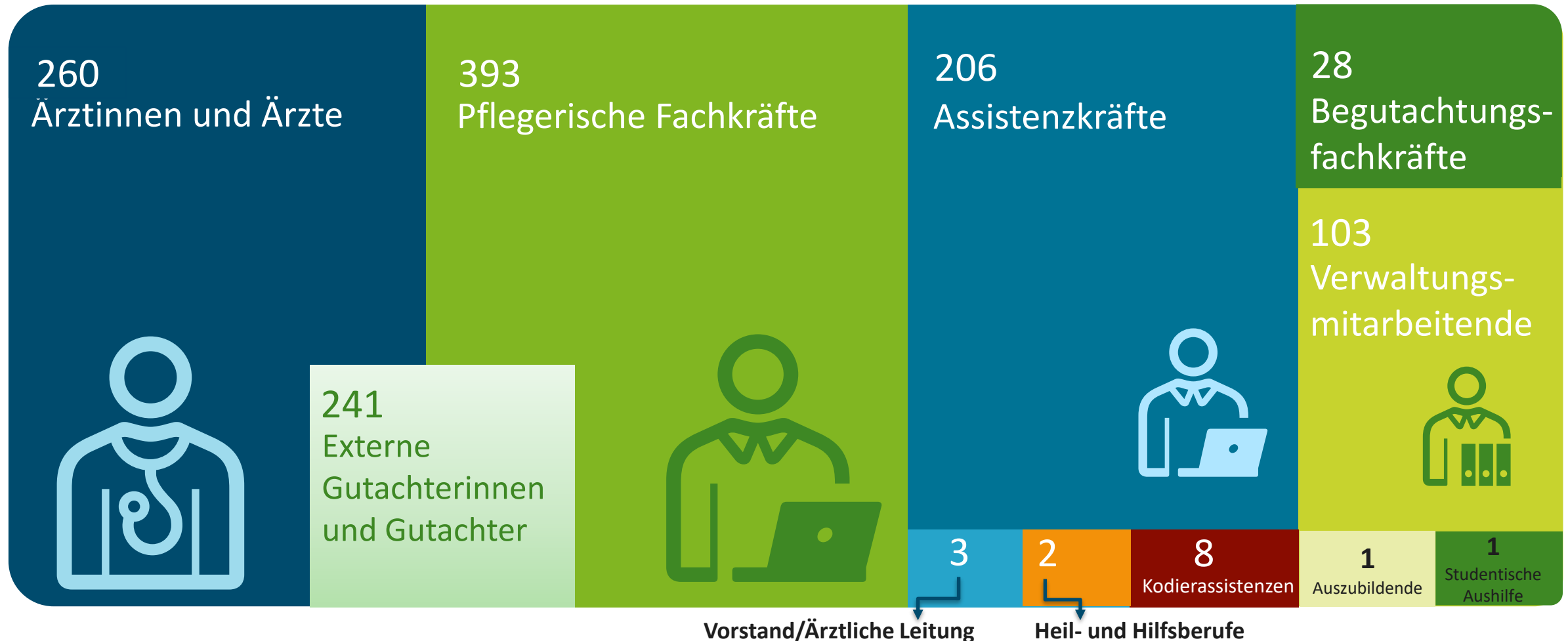


Der Medizinische Dienst Berlin-Brandenburg

Berufsgruppen

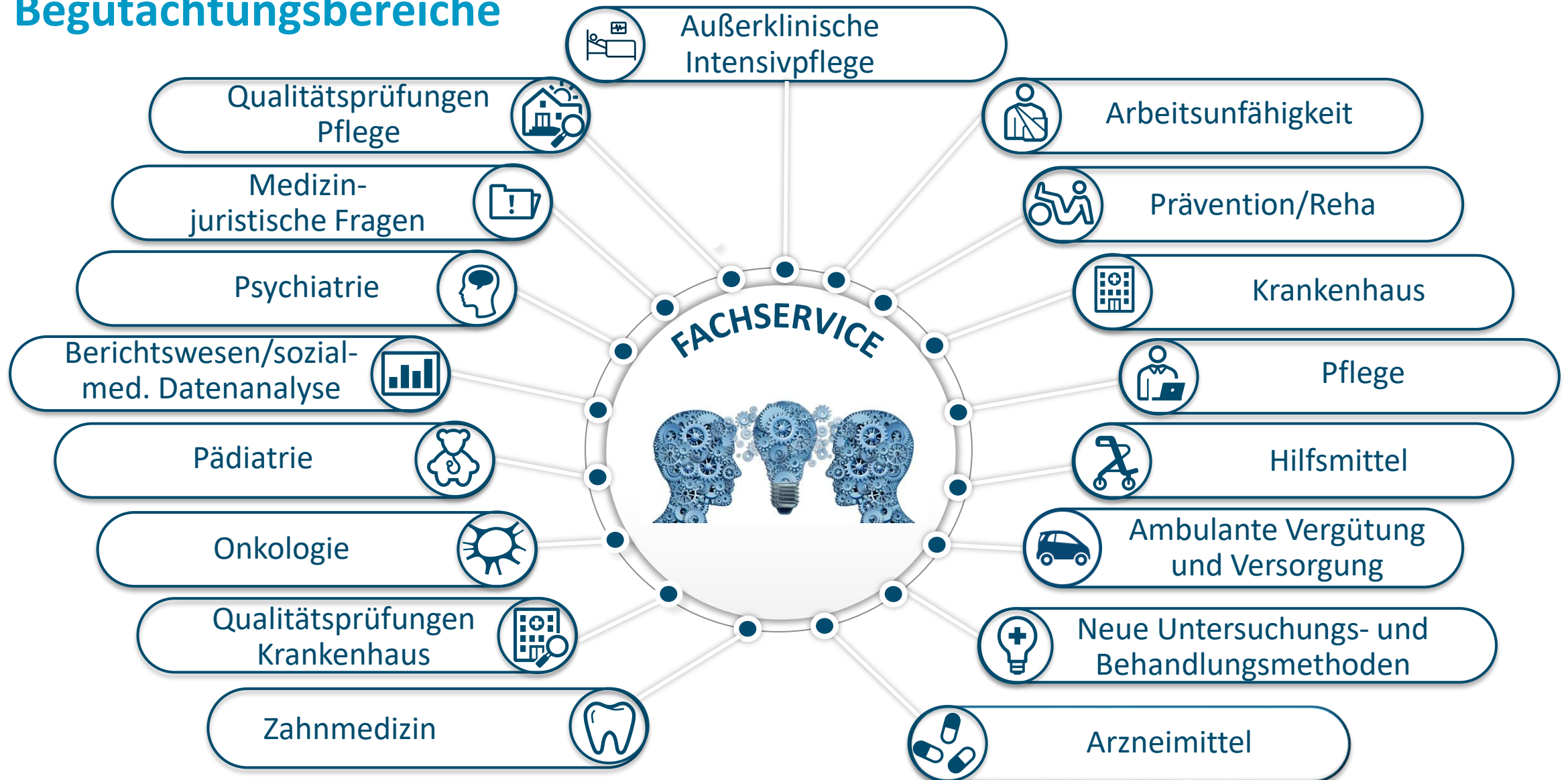
Mitarbeitende: 1005

(Stand: 01/2026)



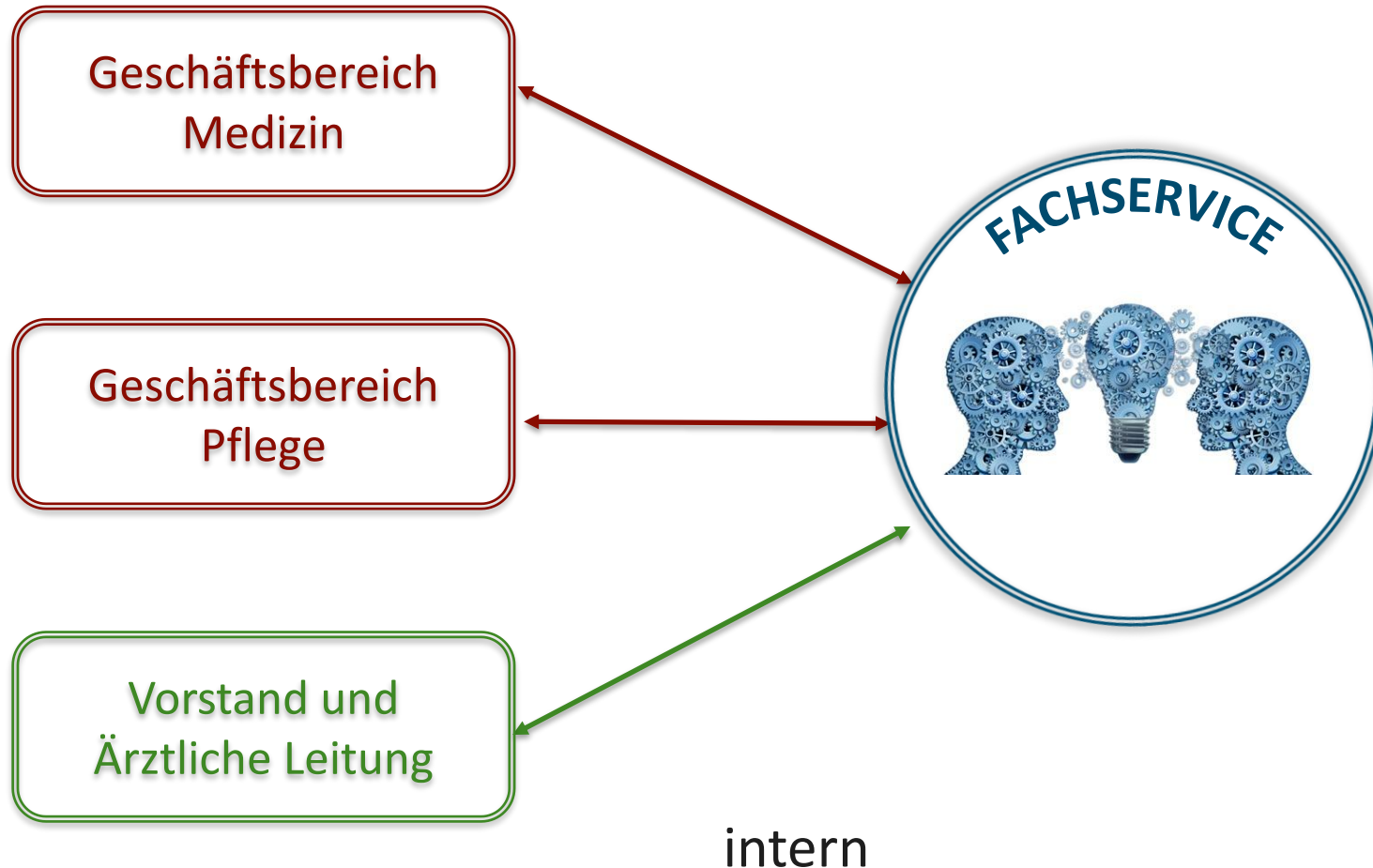
Organisation des Medizinischen Dienstes

Begutachtungsbereiche



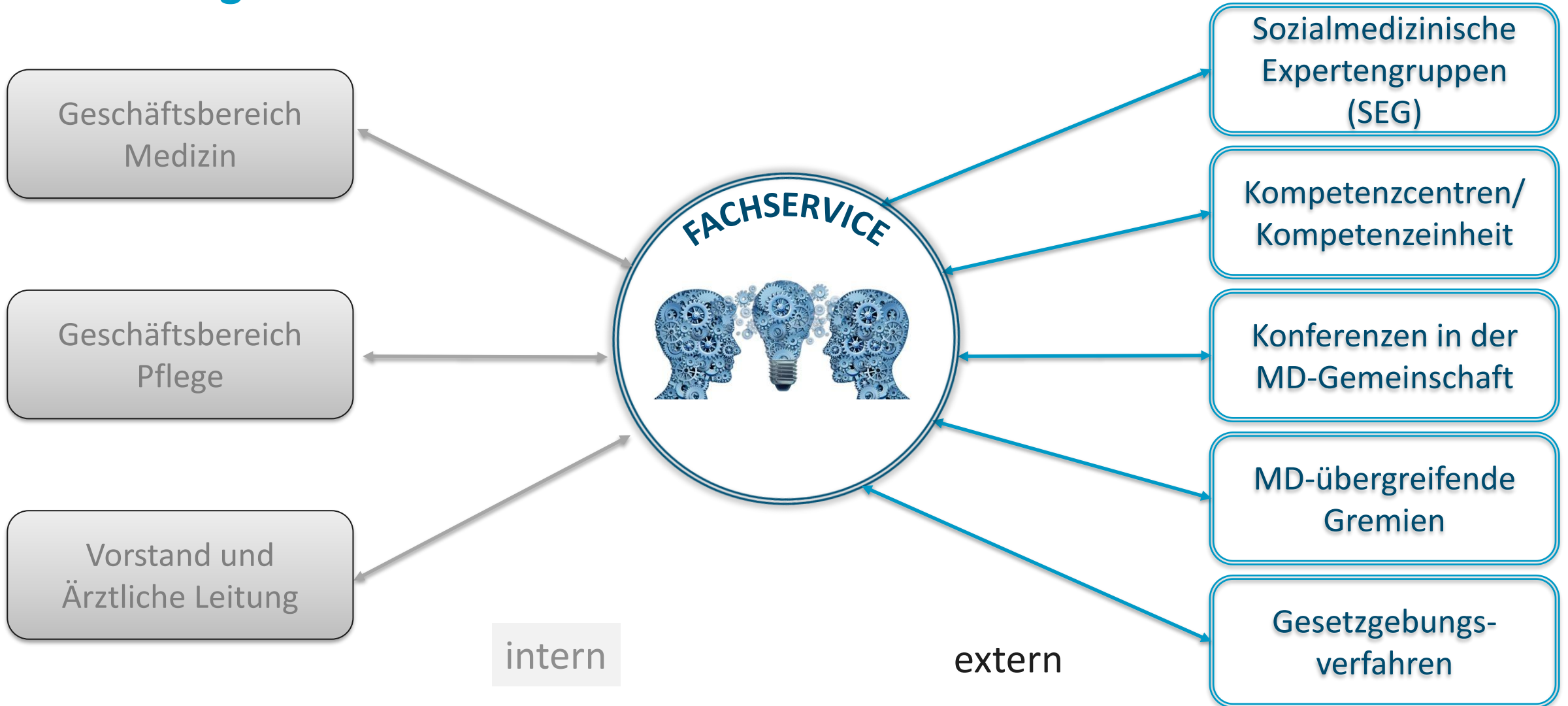
Organisation des Medizinischen Dienstes

Vernetzung im gesamten Unternehmen



Organisation des Medizinischen Dienstes

Vernetzung in der MD-Gemeinschaft

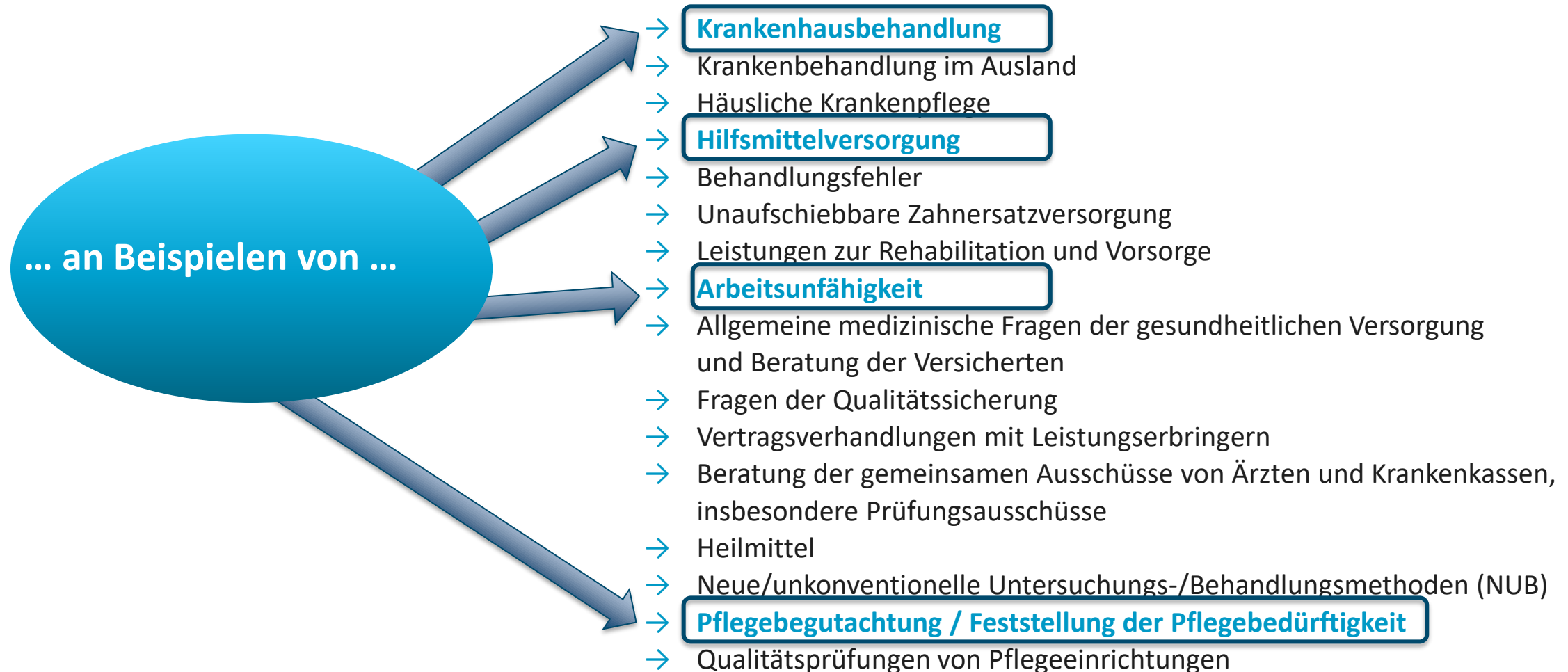


Abgeschlossene Aufträge (Produkte) nach Anlass der Begutachtung 2025

Gesamt 609.396
inkl. Pflege 256.000



Antragsverfahren, Prüfungen, Bewilligung von Leistung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung



Begutachtung bei Krankenhausbehandlung

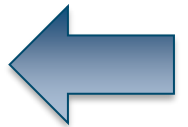
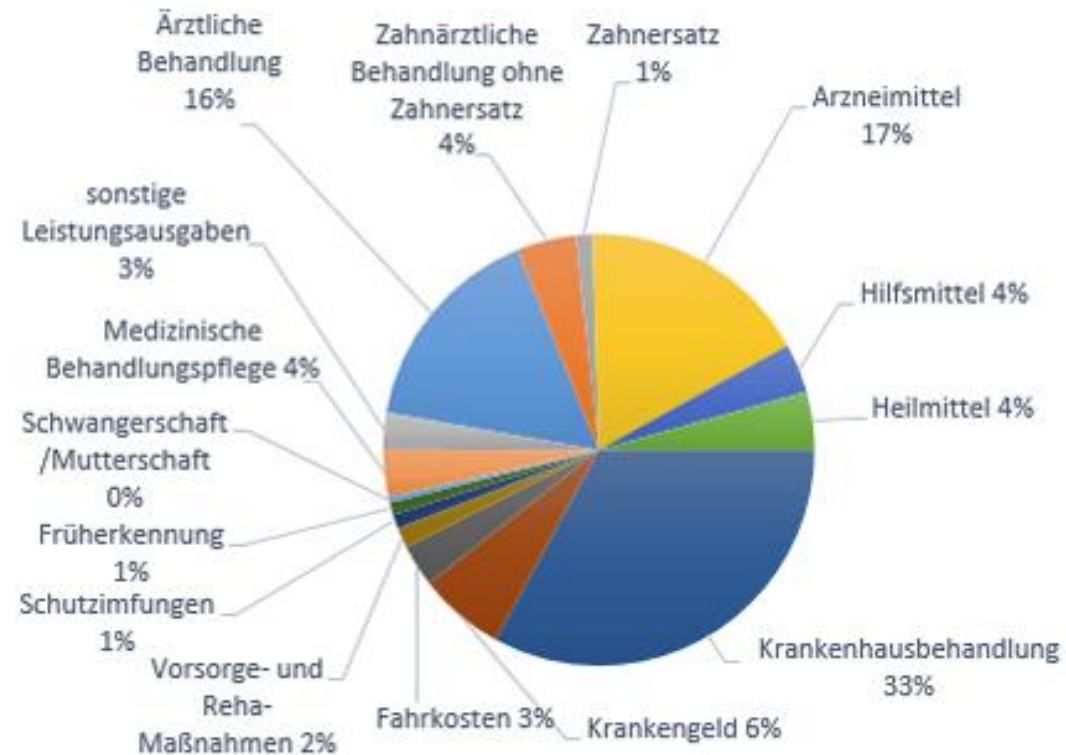


Begutachtung bei Krankenhausbehandlung

Leistungsbereiche der GKV-Ausgaben

Anteile an den Ausgaben insgesamt im 1.-3. Quartal 2025

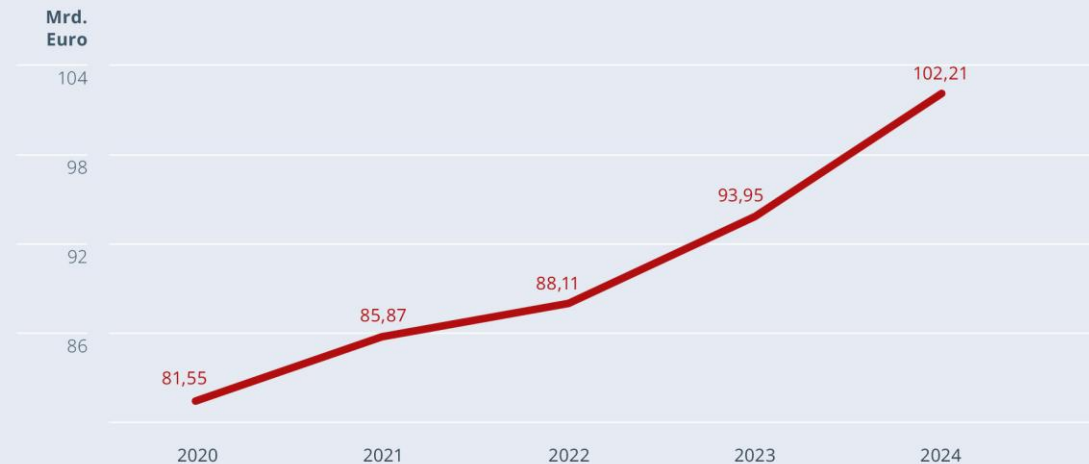
Ärztliche Behandlung	16%
Zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz	4%
Zahnersatz	1%
Arzneimittel	17%
Hilfsmittel	4%
Heilmittel	4%
Krankenhausbehandlung	33%
Krankengeld	6%
Fahrtkosten	3%
Vorsorge- und Reha-Maßnahmen	2%
Schutzimpfungen	1%
Früherkennung	1%
Schwangerschaft/Mutterschaft	0%
Medizinische Behandlungspflege	4%
sonstige Leistungsausgaben	3%
Leistungsausgaben insgesamt	100%



Begutachtung bei Krankenhausbehandlung

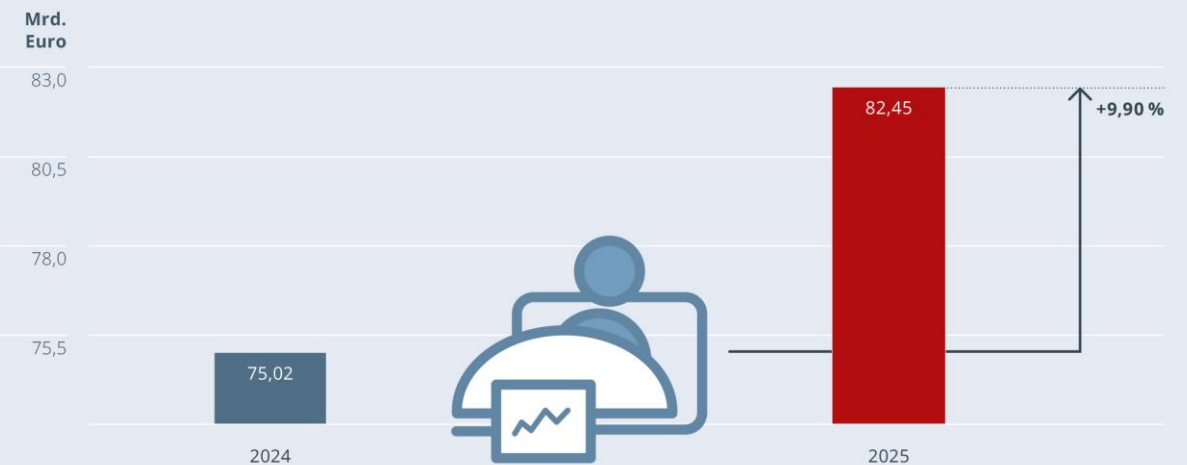
Gesetzliche und Begutachtungsgrundlagen

**Ausgaben für Krankenhausbehandlung (insgesamt)
2020–2024**



Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

**Ausgaben für Krankenhausbehandlung (insgesamt)
1.–3. Quartal 2025 im Vergleich zum 1.–3. Quartal 2024**



Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KV 45 1.–3. Quartal

Quelle: GKV SV Kennzahlen

Begutachtung bei Krankenhausbehandlung

Gesetzliche und Begutachtungsgrundlagen

- Krankenhausbehandlung: § 39 SGB V
- Einzelfall-Abrechnungsprüfung: § 275c SGB V
- OPS-Strukturprüfungen: § 275d SGB V
- Qualitätskontrollen: § 275a SGB V
- Mitwirkungspflicht: § 276 SGB V
- Krankenhausversorgungsgesetz KHVVG § 115g ff / 135e / 135f SGB V u.a.
- Fallpauschalenvereinbarung
- G-DRG-Definitionshandbücher, Deutsche Kodierrichtlinien
- ICD-10 GM, OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel)
- Veröffentlichte Kodierempfehlungen der SEG4
- Begutachtungsempfehlungen des MD BB

Begutachtung bei Krankenhausbehandlung

Ablauf



Krankenseinweisung durch
Vertragsärztin/-arzt gemäß
Krankenhausbehandlungs-Richtlinien
des G-BA



Krankenseinweisung
im Notfall



Im Krankenhaus: Feststellung der
stationären Behandlungsbedürftigkeit

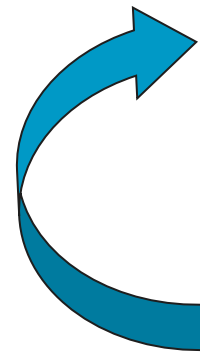


Stationäre Behandlung
danach



Rechnung an die Krankenkasse

Krankenkasse begleicht
Rechnung



Begutachtung bei Krankenhausbehandlung im Einzelfall bei Auffälligkeiten



Krankenkasse begleicht Rechnung



**Medizinischer
Dienst**

Auffälliger Einzelfall:

- ✓ Notwendigkeit stationärer Behandlung?
- ✓ Dauer der Behandlung?
- ✓ Abrechnung (DRG, Zusatzentgelte?)

Prüfung nach

- ✓ Aktenlage oder
- ✓ Gutachten nach
Krankenhausbegehung

Begutachtung bei Krankenhausbehandlung im Einzelfall bei Auffälligkeiten



Leistungsentscheidung der **Krankenkasse**



Gutachten des
Medizinischen Dienstes
zu Fragen der
stationären Krankenhausbehandlung

Prüfung von Krankenhausabrechnungen 2024



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?

Quelle: ["Zahlen, Daten, Fakten 2024" – MD Bund](#)

Begutachtung bei Krankenhausbehandlung

Krankenhausreform (KHVVG)

Ziel und Zweck des KHVVG:

- Inkrafttreten am 05.12.2024, stellt eine Änderung des SGB V dar
- **Verbesserung der Behandlungsqualität:** stationäre Versorgung, Pflegesituation (durch Sicherstellung von Pflegestandards) und Reform der Vergütungsstruktur
- **Sektorenübergreifende Versorgung** (z.B. zur Förderung der „Ambulantisierung“)
- Vermeidung unnötiger Schließungen von Krankenhäusern, flächendeckende Versorgung
- **Effizienzsteigerung:** Die Reform zielt darauf ab, die Krankenhausversorgung effizienter zu gestalten und Bürokratie abzubauen (?)
 - Gesundheitsleistungen sollen vorrangig von spezialisierten Kliniken erbracht werden
 - Kleinere Krankenhäuser sollen weniger Leistungen anbieten und sich auf bestimmte Behandlungen konzentrieren

Begutachtung bei Krankenhausbehandlung

Krankenhausreform (KHVVG)

Wichtige Regelungen:

- Statt 100 % Vergütung über Fallpauschalen künftig nur noch 40 % über Fallpauschalen, 60 % über **Vorhaltepauschalen**, dadurch Verringerung des ökonomischen Drucks auf die Krankenhäuser
- Qualität der stationären Versorgung soll verbessert werden durch Einführung von **65 Leistungsgruppen** (LG), für die jeweils bundeseinheitliche Qualitätskriterien als Mindestanforderungen festgelegt sind.
- Vorhaltepauschalen richten sich danach, welche der Leistungsgruppen (LG) dem Krankenhaus **vom Land zugewiesen** wurden (Ziel: Konzentration von Leistungen), soll bis Ende 2026 abgeschlossen sein.
- Umwandlung von Krankenhäusern in **sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen** (Level 1i), die ambulante, stationäre und pflegerische Leistungen anbieten (Ziel: wohnortnahe Grundversorgung)
- Ausnahmeregelungen, z. B. Erhaltung von sog. **Sicherstellungshäusern**
- Einführung einer ärztlichen Personalbemessung, Maßnahmen zur Entbürokratisierung (?)

Begutachtung bei Krankenhausbehandlung

Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG)

Ziel und Zweck des KHAG:

- Beschluss des Gesetzentwurfs am 06.03.2026
- Reform der Krankenhausversorgung durch Anpassung der bestehenden Regelungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Effizienzsteigerung
- Anpassung der Ausnahmeregelungen: Krankenhäuser dürfen in Ausnahmefällen **bis zu sechs Jahre** von den bundeseinheitlichen Vorgaben abweichen, um z.B. auf dem Land die wohnortnahe Versorgung zu sichern
- Umgestaltung der Finanzierung des **Transformationsfonds** (50 Milliarden €) mit Überarbeitung der Qualitätskriterien und Leistungsgruppen
 - Jetzt **61 Leistungsgruppen** (mit spezifischen Anforderungen an Personal und Ausstattung)
 - **Anpassung der Qualitätsvorgaben**, damit die Kliniken die erforderlichen Standards erfüllen können
- **Verbessert oder verwässert?** Man darf auf die weiteren Entwicklungen gespannt sein



Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung



Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Definition eines Hilfsmittels (G-BA)

Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg

Hilfsmittel sind **Gegenstände**, die im Einzelfall erforderlich sind, um durch ersetzende, unterstützende oder entlastende Wirkung den **Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen**.

Zu ihnen gehören:

- Seh- und Hörhilfen (Brillen, Hörgeräte)
- Körperersatzstücke (Prothesen)
- orthopädische Hilfsmittel (orthopädische Schuhe, Rollstühle)
- Inkontinenz- und Stoma-Artikel
- andere Hilfsmittel

Hilfsmittel können auch technische Produkte sein, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika in den menschlichen Körper einzubringen (zum Beispiel bestimmte Spritzen, Inhalationsgeräte oder Applikationshilfen).

(Quelle G-BA: [Hilfsmittel - Gemeinsamer Bundesausschuss \(g-ba.de\)](https://www.g-ba.de))

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Definition eines Hilfsmittels (Sozialgesetzbuch)

→ Begriff „Hilfsmittel“ laut Sozialrecht im Sozialgesetzbuch definiert:

→ SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, § 33

→ SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung, § 31

→ SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, § 47

→ Verfahrensordnung des GKV-Spitzenverbands, Kapitel C I.1

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Allgemeine Informationen

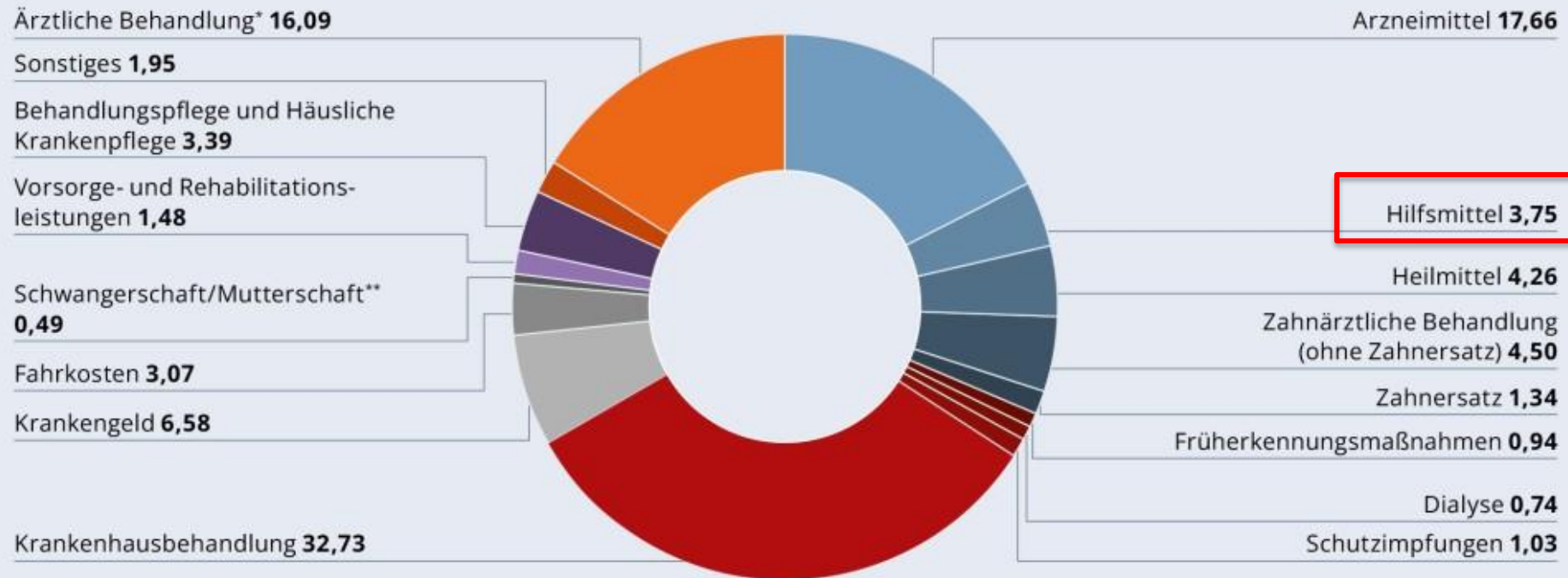
Ausgaben für Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den Jahren 2019 bis 2023 *(in Milliarden Euro)*



Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Allgemeine Informationen

Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2024 in Prozent



* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.

** ohne stationäre Entbindung

Summen können rundungsbedingt abweichen.

Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Allgemeine Informationen

- In Deutschland werden **jährlich etwa 30 Millionen Hilfsmittel-Verordnungen** ausgestellt.
- Der **Medizinische Dienst** nimmt zu etwa **ein Prozent** davon Stellung, also zu rund 238.000 Fällen.
- Genehmigungsquote durch KK > **95 %**
- **30 %** ablehnende sozialmedizinische Empfehlung durch MD

Kassenart	Krankenkasse	Genehmigungsquote 2021 in Prozent	Genehmigungsquote 2023 in Prozent
AOK	AOK Bayern	95,2	98,9
	AOK NordWest	96,0	98,9
	AOK Rheinland/Hamburg	94,1	92,6
	AOK Plus	95,0	95,7
Ersatzkassen	Techniker	Keine Angabe	98,3
	BARMER	98,7	98,8
	DAK	96,0	95,0
	KKH	96,0	96,0
IKK	IKK classic	96,0	95,0
BKK	Siemens BKK	98,8	99,8
	Audi BKK	94,8	99,0

Quelle: [Hilfsmittelreport 2025 des bifg](#) (Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung) – Transparenzberichte 2021 und 2023, Ergebnisse veröffentlichender Krankenkassen (Auswahl)

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Rechtsgrundlagen – SGB V Gesetzliche Krankenversicherung

- Im SGB V werden die Ziele der Krankenbehandlung, Vorsorge und Teilhabe am Alltagsleben (medizinische Rehabilitation) und deren Qualitätssicherung erfasst.
- Relevant in diesem Kontext sind die §§
 - 2 „Leistungen (mit Wissenschaftsgebot)“,
 - 12 „Wirtschaftlichkeitsgebot“,
 - 23 „Medizinische Vorsorgeleistungen“,
 - 27 „Krankenbehandlung“,
 - 33 „Hilfsmittel“,**
 - 70 „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“,
 - 139 „Hilfsmittelverzeichnis, QS bei Hilfsmitteln“
- **§ 275 SGB V regelt die Grundlagen für die Arbeit der Medizinischen Dienste**

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Rechtsgrundlagen – SGB V Gesetzliche Krankenversicherung

§ 33 SGB V „Hilfsmittel“

- (1) Versicherte haben **Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln**, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu **sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen**, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. ... **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.

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Grundlagen der Hilfsmittelbegutachtung – Sozialgesetzbuch V



Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg

§ 33 SGB V „Hilfsmittel“

- (1) ... Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Abs. 1 unberührt. Der **Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und**, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit **notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen**.

Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen.

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Grundlagen der Hilfsmittelbegutachtung – Hilfsmittel-Richtlinie



Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Verordnung von Hilfsmitteln in der
vertragsärztlichen Versorgung

(Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL)

in der Fassung vom 21. Dezember 2011/15. März 2012
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 10.04.2012 B2)
in Kraft getreten am 1. April 2012

zuletzt geändert am 20. Februar 2025
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.05.2025 B2)
in Kraft getreten am 16. Mai 2025

Quelle: www.g-ba.de

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Grundlagen der Hilfsmittelbegutachtung – Hilfsmittel-Richtlinie

A.	Allgemeines.....	4
§ 1	Ziel der Richtlinie	4
§ 2	Begriffsbestimmungen	4
§ 3	Versorgungsanspruch.....	4
§ 4	Hilfsmittelverzeichnis	5
§ 5	Maßgaben der Krankenkassen und Zusammenwirken weiterer Beteiligter	6
§ 6	Allgemeine Verordnungsgrundsätze.....	6
§ 6a	Verordnung von Hilfsmitteln im Rahmen des Entlassmanagements	8
§ 6b	Verordnung von Hilfsmitteln mit einem Sicherheitsmechanismus	9
§ 7	Inhalt der Verordnung.....	9
§ 8	Abgabe von Hilfsmitteln.....	10
§ 9	Ärztliche Abnahme von Hilfsmitteln	10
§ 10	Informationspflichten.....	10
§ 11	Information der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.....	10
§ 11a	– aufgehoben.....	11
B.	Sehhilfen	12
C.	Hörhilfen	19

Quelle: www.g-ba.de

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Grundlagen der Hilfsmittelbegutachtung – Hilfsmittel-Richtlinie

§ 1 Ziel der Richtlinie

(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie dient der **Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und**

NEU: Dabei wird den besonderen Erfordernissen der **Versorgung von Kindern und Jugendlichen** sowie behinderter oder **von Behinderung bedrohter Menschen** und psychisch Kranker Rechnung getragen. Gleiches gilt gemäß §§ 2a und 2b SGB V für die besonderen Belange **chronisch kranker Menschen** sowie geschlechts- und altersspezifischen Besonderheiten bei der Versorgung der Versicherten.

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Grundlagen der Hilfsmittelbegutachtung – Hilfsmittel-Richtlinie

§ 4 Hilfsmittelverzeichnis

- (1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt **gemäß § 139 SGB V** ein **systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufgeführt sind**. Das Hilfsmittelverzeichnis ist **nicht abschließend**.
- (2) Das Hilfsmittelverzeichnis gliedert sich in Produktgruppen. In jeder Produktgruppe wird eine systematische Unterteilung in Anwendungsorte, Untergruppen und Produktarten vorgenommen. Einzelprodukte sind unter den Produktarten subsumiert. Hilfsmittel ähnlicher oder gleicher Funktion bzw. medizinischer Zweckbestimmung sind jeweils in einer Produktart subsumiert. Für jede Produktart ist ein Indikationsrahmen angegeben.

[Richtlinie \(g-ba.de\)](https://www.g-ba.de)

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Hilfsmittelverzeichnis



Hilfsmittelverzeichnis

StartseiteProduktsuche

Hilfsmittelverzeichnis

Der GKV-Spitzenverband erstellt gemäß § 139 SGB V ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis und (gleichzeitig handelnd als GKV-Spitzenverband der Pflegekassen) als Anlage dazu ein Pflegehilfsmittelverzeichnis und Pflegekassen umfassende Hilfsmittel aufgeführt. Das Hilfsmittelverzeichnis gliedert sich in Anlehnung an das jeweilige Therapieziel in 38 unterschiedliche Produktgruppen. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis besteht

Auf den folgenden Seiten dieses Webportals haben Sie die Möglichkeit, direkt im Hilfsmittelverzeichnis zu recherchieren. Detaillierte Informationen zu den einzelnen Recherchemöglichkeiten sowie zum Aufbau des Link „Hilfe“ in der Kopfzeile).

Übersicht über die Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnis

☐ Nicht besetzte Produkteinträge einblenden

Suche

- + 01 - Absauggeräte
- + 02 - Adaptionshilfen
- + 03 - Applikationshilfen
- + 04 - Bade- und Duschhilfen
- + 05 - Bandagen
- + 06 - Bestrahlungsgeräte
- + 07 - Blindenhilfsmittel
- + 08 - Einlagen
- + 09 - Elektrostimulationsgeräte
- + 10 - Gehhilfen
- + 11 - Hilfsmittel gegen Dekubitus
- + 12 - Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie
- + 13 - Hörhilfen
- + 14 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte

Hilfsmittelverzeichnis des GKV- Spitzenverbandes

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Hilfsmittelverzeichnis

Fortschreibungen der Produktgruppen

Unter Berücksichtigung des jeweiligen Therapieziels gliedert sich das Hilfsmittelverzeichnis in 38, das Pflegehilfsmittelverzeichnis in 4 Produktgruppen. Beide Verzeichnisse werden gemäß der Verfahrensordnung fortlaufend aktualisiert und fortgeschrieben.

Turnusmäßig werden Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses mindestens alle fünf Jahre, Produktgruppen des Pflegehilfsmittelverzeichnisses mindestens alle drei Jahre überprüft und, sofern erforderlich, fortgeschrieben. Darüber hinaus können unterfristig auch anlassbezogen Fortschreibungen durchgeführt werden.

Ziel einer jeden Fortschreibung ist die Verbesserung der Qualität der Hilfsmittelversorgung im Sinne der Versicherten.

Fortschreibungsbedarf kann sich für eine Produktgruppe ergeben aufgrund neuer versorgungsrelevanter medizinischer und technischer Erkenntnisse und Entwicklungen, z. B. durch innovative Produkte, Normenänderungen, neue Fertigungstechniken, neue Prüfverfahren, eine veränderte Rechtslage oder neue Erkenntnisse zum medizinischen Nutzen. Die Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer sowie die maßgeblichen Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten werden in Stellungnahme- und Anhörungsverfahren an den Fortschreibungen der Produktgruppen beteiligt.

Gegenüber dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages legt der GKV-Spitzenverband einmal jährlich zum 1. März einen Bericht über die im Berichtszeitraum durchgeführten Fortschreibungen vor.

Quelle: [GKV-Spitzenverband](#)

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Hilfsmittelverzeichnis

→ Gliederung nach:

- Produktgruppe
- Anwendungsort
- Untergruppe
- Produktart
- Einzelprodukt



Quelle: [KBV](#)

→ jedes Produkt hat eine zehnstellige Positionsnummer

→ Produktgruppe 1-38: Hilfsmittel ; bis PG 33 alphabetisch sortiert und fortlaufend besetzt von „01 Absauggeräte“ bis „33 Toilettenhilfen“.

→ Produktgruppe 50-54: Pflegehilfsmittel; Pflegeversicherung zuständig

→ Produktgruppe 99: Verschiedenes

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Rechtsgrundlagen – Zusammenfassung

- bei der Verordnung von Hilfsmitteln gibt es **keine Richtgrößen**.
- alle Hilfsmittelverordnungen unterliegen dem **Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V**
- arztbezogene **Einzelfallprüfungen nach §106 SGB V** möglich
 - Prüfungsstelle kann theoretisch in diesem Rahmen **Regresse** aussprechen.
- Hilfsmittel werden (wie Arzneimittel) auf Muster 16 verordnet:
 - Diagnose, Verordnungsdatum und genaue Bezeichnung des Hilfsmittels laut Hilfsmittelverzeichnis (falls gelistet) oder Produktartbezeichnung
 - Angaben, die für individuelle Versorgung und Therapie (laut § 7 der Hilfsmittel-Richtlinie) notwendig sind



Das Bild zeigt ein Formular für die Verordnung von Hilfsmitteln, das als 'Muster 16' bezeichnet wird. Es ist ein orangefarbenes Formular mit verschiedenen Feldern für die Erfassung von Patientendaten, Versicherungsdaten und der Verordnung selbst. Ein großer, diagonaler Wasserzeichen-Text 'MUSTER' ist über das Formular gelegt. Die Felder sind wie folgt strukturiert:

- Krankenkasse bzw. Kostenträger:** Felder für Name, Vorname des Versicherten, geb. am, Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Prüfung.
- Hilfsmittel:** Felder für Name, Vorname des Versicherten, geb. am, Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Prüfung.
- Verordnung:** Felder für Name, Vorname des Versicherten, geb. am, Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Prüfung.
- Vertragsarztstempel:** Felder für Name, Vorname des Versicherten, geb. am, Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Prüfung.
- Unterschrift des Arztes:** Felder für Name, Vorname des Versicherten, geb. am, Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Prüfung.

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Weg des Hilfsmittels zum Versicherten

1. Versicherte wendet sich mit dem Rezept an seine Krankenkasse.
2. diese nennt einen Hilfsmittelanbieter, der mit der Kasse einen Versorgungsvertrag hat (z. B. ein bestimmtes Sanitätshaus)
3. hier Auswahl des geeigneten Hilfsmittels, Erstellung eines Kostenvoranschlags für die Krankenkasse
4. Prüfung des Kostenvoranschlags durch die Krankenkasse
 - Möglichkeit an dieser Stelle den Medizinischen Dienst mit einer Begutachtung zu beauftragen
 - meist bei besonders komplexen oder aufwändigen Versorgung

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Weg des Hilfsmittels zum Versicherten

5. Begutachtung der Hilfsmittelverordnung durch den Medizinischen Dienst
- auf der Grundlage der ausgestellten Verordnung und der dazugehörigen ärztlichen Unterlagen
 - sind diese nicht aussagekräftig genug, werden weitere Unterlagen beantragt (eventuell persönliche Begutachtung)

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

Weg des Hilfsmittels zum Versicherten

5. Begutachtung der Hilfsmittelverordnung durch den Medizinischen Dienst

- im Mittelpunkt der Begutachtung steht die Frage, ob das beantragte Hilfsmittel erforderlich ist, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, eine Behinderung auszugleichen oder die Pflege zu erleichtern:
 - Stimmt die medizinische Indikation für das verordnete Hilfsmittel?
 - Passt das verordnete Hilfsmittel sowohl zu Ihrer Lebenssituation als auch zum formulierten Behandlungsziel?
 - Ist vielleicht ein anderes Hilfsmittel oder eine andere Maßnahme besser geeignet?
 - Sollte ein bereits verordnetes Hilfsmittel repariert oder angepasst werden?

Sozialmedizinische Bewertung der Hilfsmittelversorgung

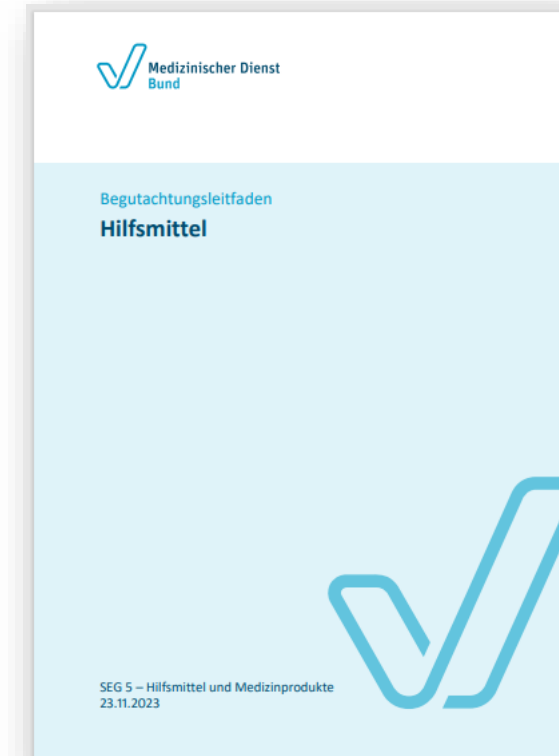
Begutachtung durch den Medizinischen Dienst

→ MD-Gemeinschaft und Vernetzung auf Bundesebene

- SEG 5 Hilfsmittel und Medizinprodukte (zahlreiche Arbeitsgemeinschaften)
- kontinuierliche Qualitätssicherung QSKV Modul Hilfsmittel intern und auf Bundesebene

→ Bundesweit einheitliche Begutachtung

- Begutachtungsleitfaden Hilfsmittel
- Begutachtungsanleitung Hilfsmittel in Arbeit
- Zahlreiche ergänzende Begutachtungsanleitungen
 - Hilfsmittel als untrennbarer Bestandteil einer NUB
 - Rechtsrahmen und Anforderungen an „Medizinprodukte als Hilfsmittel aus sozialmedizinischer Sicht“



Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit



Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung beim Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg

**Ausgaben für Krankengeld
2020–2024**

Mrd.
Euro

22
20
18
16

2020 2021 2022 2023 2024

15,96 16,61 17,95 19,11 20,55

Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1



**Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2024
in Prozent**

Ärztliche Behandlung* 16,09

Sonstiges 1,95

Behandlungspflege und Häusliche
Krankenpflege 3,39

Vorsorge- und Rehabilitations-
leistungen 1,48

Schwangerschaft/Mutterschaft**
0,49

Fahrtkosten 3,07

Krankengeld 6,58

Krankenhausbehandlung 32,73

Arzneimittel 17,66

Hilfsmittel 3,75

Heilmittel 4,26

Zahnärztliche Behandlung
(ohne Zahnersatz) 4,50

Zahnersatz 1,34

Früherkennungsmaßnahmen 0,94

Dialyse 0,74

Schutzimpfungen 1,03

* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.

** ohne stationäre Entbindung
Summen können rundungsbedingt abweichen.

Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

6,58 % der Ausgaben der GKV entfielen auf Krankengeldleistungen

Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung

Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen § 275 SGB V

Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen, oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, **verpflichtet**,

im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit (AU) von Versicherten,

- zur Prüfung von **AU-Fallkonstellationen mit medizinischen Unklarheiten** oder
- zur **Sicherstellung**, dass alle in Frage kommenden Optionen zur **Behandlung, aber auch Präventions- und Rehamaßnahmen** für den Einzelfall ausgeschöpft werden
- und auch, wenn seitens des Arbeitgebers oder der Krankenkasse **Zweifel an der AU** bestehen.

Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung

Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen § 275 SGB V

Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit

sind insbesondere in Fällen anzunehmen, in denen

- a) Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt oder
 - b) die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt festgestellt worden ist, der durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auffällig geworden ist.
- Der **Arbeitgeber** kann verlangen, dass die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt.

Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung

Verständnis Krankheit und Arbeitsunfähigkeit

Krankheit

- orientiert sich an der „Störung“ bzw. Einschränkung der Gesundheit bzw. an konkreten Krankheitskriterien
- kranken**behandlungsbedürftig** kann **Arbeitsunfähigkeit** zur Folge

Arbeitsunfähigkeit

- **sozialrechtlicher** Status
- keine „Krankschreibung“ i.S. einer Krankheitsfeststellung sondern „**Unfähigkeitsfeststellung**“ bzgl. der **Bezugstätigkeit**
- **Arbeitsunfähigkeit ist keine Diagnose, sondern der Abgleich der durch die Erkrankung bedingten Funktionseinschränkungen mit der aktuellen beruflichen Tätigkeit**
(bio-psycho-soziales Modell der ICF)

Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung

Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen



Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die
Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach
§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V

(Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie)

in der Fassung vom 14. November 2013
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 27.01.2014 B4)
in Kraft getreten am 28. Januar 2014

zuletzt geändert am 7. Dezember 2023
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 27.12.2023 B5)
in Kraft getreten am 7. Dezember 2023

sowie
zuletzt geändert am 7. Dezember 2023
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 20.02.2024 B1)
in Kraft getreten am 21. Februar 2024

Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des G BA
mit jeweils aktuellem Stand:

auch für die Leistungserbringer
und die Krankenkassen
als untergesetzliche Norm verbindlich!

Inhalt

§ 1	Präambel	3
§ 2	Definition und Bewertungsmaßstäbe	3
§ 3	Ausnahmetatbestände	4
§ 4	Verfahren zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit	5
§ 4a	Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen des Entlassmanagements	6
§ 5	Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit	6
§ 6	Zusammenwirken mit anderen Einrichtungen	8
§ 7	Stufenweise Wiedereingliederung	8
§ 8	– aufgehoben	8

Empfehlungen zur Umsetzung der stufenweisen Wiedereingliederung		9
---	--	---

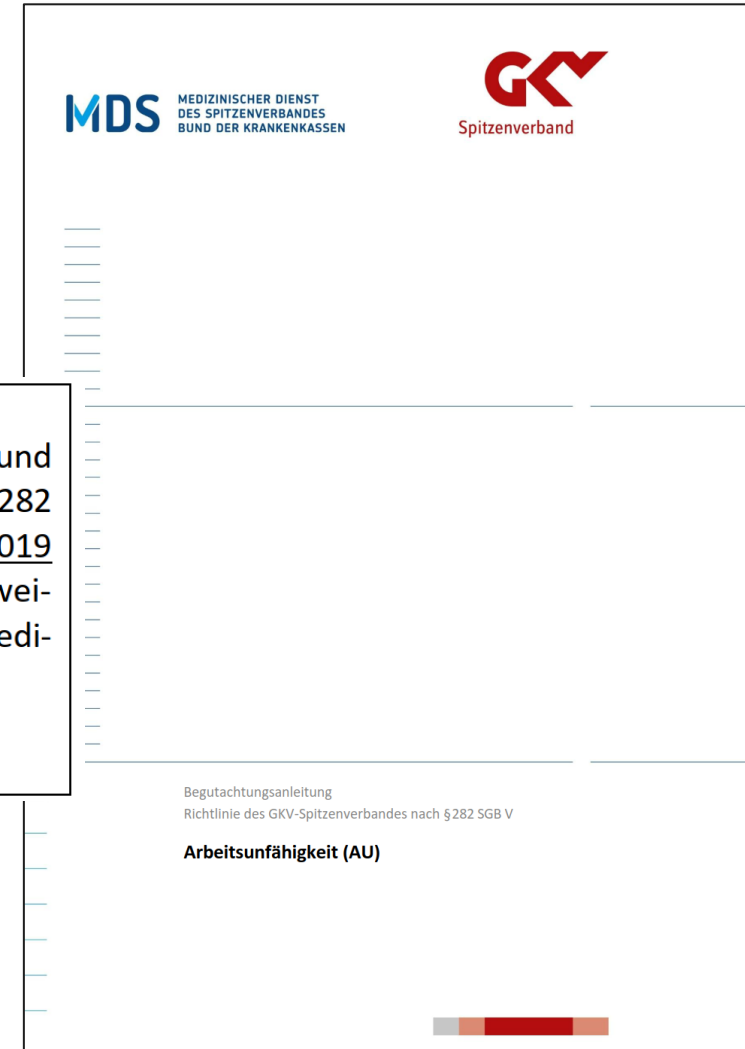
Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung

Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen

Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit

Die nachstehende Richtlinie wurde vom GKV-Spitzenverband nach Abnahme im MDS-Vorstand und nach Beratung im Beirat für Koordinierungsfragen der Medizinischen Dienste auf Grundlage von § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassen (die Aufgabe nach § 283 Absatz 2 Satz 3 SGB V in der bis zum 31.12.2019 gültigen Fassung wird entsprechend § 411 Absatz 2 Satz 1, Halbsatz 1 SGB V bis zum 31.12.2021 weiterhin durch den GKV-Spitzenverband wahrgenommen). Die Begutachtungsanleitung ist für die Medizinischen Dienste, die Krankenkassen und deren Verbände verbindlich.

Stand: 20.12.2021



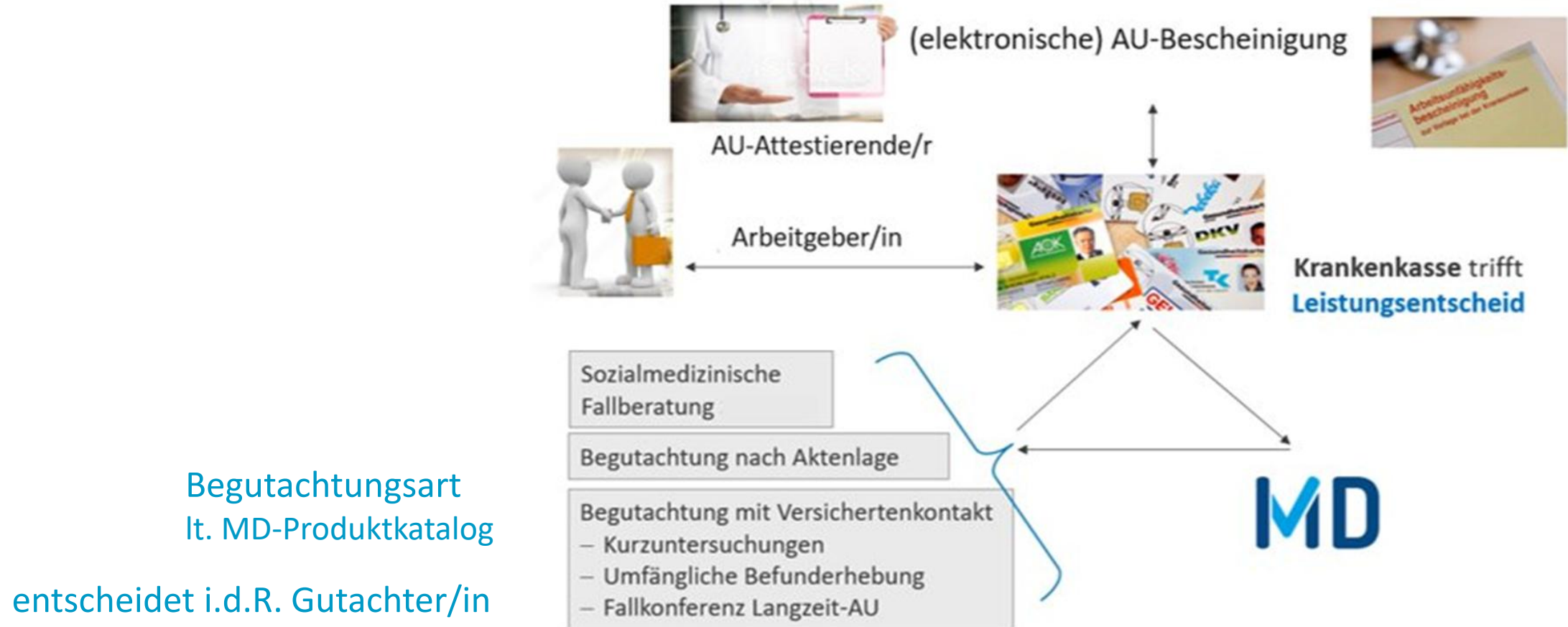
MDS MEDIZINISCHER DIENST
DES SPITZENVERBANDES
BUND DER KRANKENKASSEN

GKV
Spitzenverband

Begutachtungsanleitung
Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V

Arbeitsunfähigkeit (AU)

Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung Ablaufverfahren im MD BB



Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung

Zusammenarbeit mit den Krankenkassen

- Der Begutachtungsauftrag und Begutachtungsaufwand orientieren sich an der Frage der Krankenkasse. Die Entscheidung über die angemessene Art und den Umfang der Begutachtung trifft der Medizinische Dienst
- Kann die Frage der Krankenkasse im Rahmen der sozialmedizinischen Fallberatung nicht abschließend beantwortet werden, werden **entsprechend regionaler Festlegungen** Begutachtungen nach Aktenlage oder durch persönliche Befunderhebung veranlasst.
- Bei der Wahl des Produktes ist unter Beachtung der Fragestellung das effizienteste zu wählen.

Siehe **BGA AU**:

4.3 Beurteilung nach Aktenlage

4.4 Beurteilung mit persönlicher Befunderhebung

4.6 Besonderheiten bei Gutachten nach § 51 Abs. 1 SGB V

Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung

Antragsformulierung bei Beauftragung

Mögliche Fragestellungen:

- Dauer der AU
- Sicherung des Behandlungserfolges
- Zweifel an der AU durch Krankenkasse oder Arbeitgeber
- Aussagen zur Erwerbsfähigkeit: Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung § 51 Abs. 1 SGB V
- Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten
- Fragen zum Leistungsbild
- Sonstige Anlässe zur AU

Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung

Wahl der Begutachtungsart

Begutachtung nach Aktenlage

→ Möglich wenn:

- Informationsbasis ausreichend
- bereits Vorgutachten vorliegen
- kein zusätzlicher Erkenntnisgewinn durch körperliche Untersuchung zu erwarten ist

→ Vorteil:

- Ressourceneinsparung personell und zeitlich für Krankenkasse und MD
- Vermeidung von organisatorischen und körperlichen und psychischen Belastungen z. B. für weite Anreisewege für Versicherte

Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung

Wahl der Begutachtungsart

Begutachtung mit Versichertenkontakt

→ Möglich wenn:

- zusätzlicher Erkenntnisgewinn durch persönliche Befragung und/oder körperliche Untersuchung
- Befunde beziehungsweise Informationen zur AU präzisiert werden müssen
- Input/Motivation von Versicherten
- Frage nach Leistungsbild und Erwerbsfähigkeit (Reha oder Rente)
- Widerspruchsbegutachtung

→ Formen (s. Zuweisungskriterien MD BB):

- im Kassenkontingent ohne Vorberatung
- Vorberaten in der Fallberatung , auch einen anderen MD (Wohnortprinzip)
- ✓ Art: (Telefonisch), Video, Persönlich Vor-Ort Kurzuntersuchung, umfangreiche Befunderhebung)

Untersuchungsstelle Lise-Meitner-Straße 1



Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung

Ziel der AU-Begutachtung

- Reintegration in den Arbeitsprozess
- Vermeidung von Langzeit-AU durch Maßnahmen wie
 - stufenweise Wiedereingliederung
 - Facharztbezug
 - Empfehlung medizinischer Rehabilitation
 - Heil-, Hilfsmittelversorgung
 - Arbeitsplatzanpassung etc.
- Weichen zu anderen Sozialleistungsträgern stellen
 - GUV (Berufskrankheit, Unfallfolge)
 - Agentur für Arbeit (Vermittlung)
 - DRV (medizinischer oder berufsbezogener Rehabilitationsbedarf, Erwerbsminderung, LTA)

Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung

Schnittstelle DRV

Ist trotz der Krankenbehandlung zu Lasten der GKV eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Teilhabe am Erwerbsleben zu befürchten, so ist zu prüfen,

ob die **Erwerbsfähigkeit** gefährdet oder gemindert ist, also ob Leistungen zur

- medizinischen Rehabilitation oder
- Teilhabe am Arbeitsleben einzuleiten sind.

S c h n i t t s t e l l e zum Rentenversicherungsträger



Deutsche
Rentenversicherung

Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung

Ergebnisdokumentation

mögliche Ergebnisse der fallabschließenden gutachtlichen Stellungnahme **in Bezug auf die letzte Tätigkeit:**

- „nicht weiter AU“
- „AU auf Zeit“
- „AU auf Dauer“

Bei allen Ergebnissen muss, auch wenn nicht gezielt gefragt, eine **Aussage zur Erwerbsfähigkeit** getroffen werden:

- Es liegt eine *erhebliche Gefährdung* der Erwerbsfähigkeit vor.
- Es liegt eine *Minderung* der Erwerbsfähigkeit vor.
- Es liegen weder eine erhebliche Gefährdung noch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor.

Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung

Dokumentationsumfang

gemäß § 275 Abs. 6 SGB V

- „Jede fallabschließende gutachtliche Stellungnahme des MD ist in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen und
- **Mindestinhalt** jeder gutachtlichen fallabschließenden Stellungnahme sind
- die kurze Darstellung der Fragestellung und des **Sachverhalts**,
 - das **Ergebnis** der Begutachtung und
 - die **wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis**.

Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung

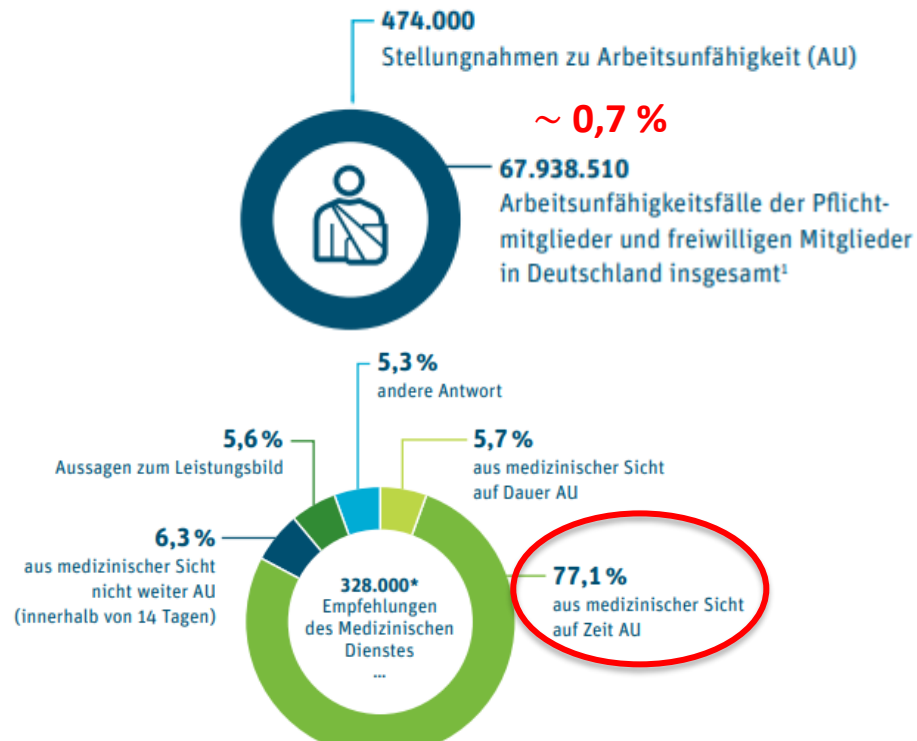
Vernetzung und Qualitätssicherung auf Bundesebene

- SEG 1 Arbeitsgremium
- Arbeitsgremium für kontinuierliche Qualitätssicherung „QSKV AU“

Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung bundesweit

Zahlen, Daten, Fakten 2024

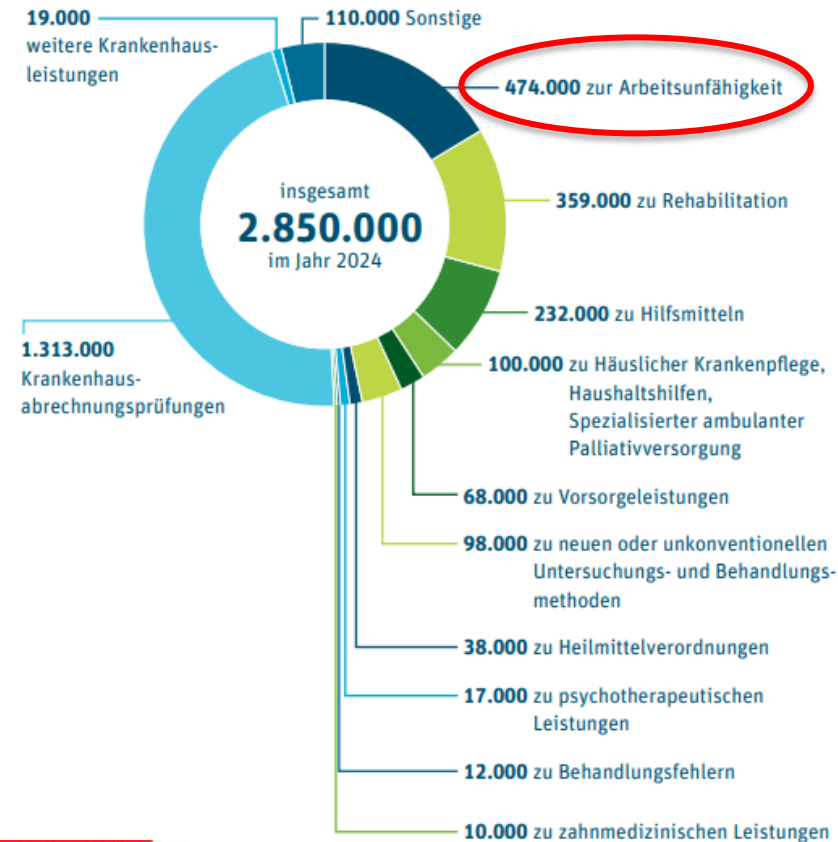
Sozialmedizinische Empfehlung bei Arbeitsunfähigkeit



*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.

Leistungen auf einen Blick

Sozialmedizinische Empfehlungen für die Krankenversicherung



17 % vom MD BB



Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg

Antragsverfahren, Prüfung, Bewilligung von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung



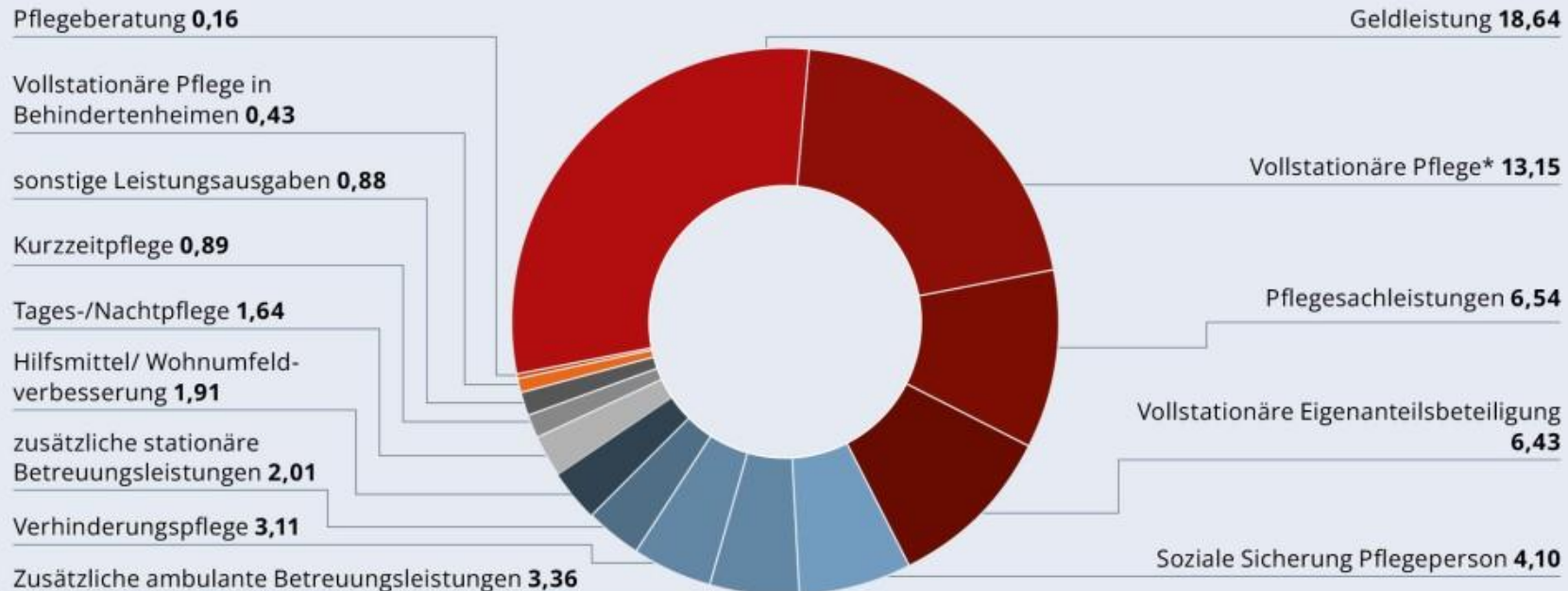
Antragsverfahren, Prüfung, Bewilligung von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

- Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)
- Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)
- Kombination von Geld- und Sachleistung (§ 38 SGB XI)
- Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)
- Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI)
- Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)
- Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)
- Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)

Antragsverfahren, Prüfung, Bewilligung von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Kennzahlen der sozialen Pflegeversicherung

Ausgaben nach Leistungsbereichen 2024 in Mrd. Euro



* mit vollstationären Vergütungszuschlägen für zusätzliches Personal.
Summen können rundungsbedingt abweichen.
Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik PV 45 unter Berücksichtigung des Ausgleichsfonds

Antragsverfahren, Prüfung, Bewilligung von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Aufgaben der MD-Gemeinschaft



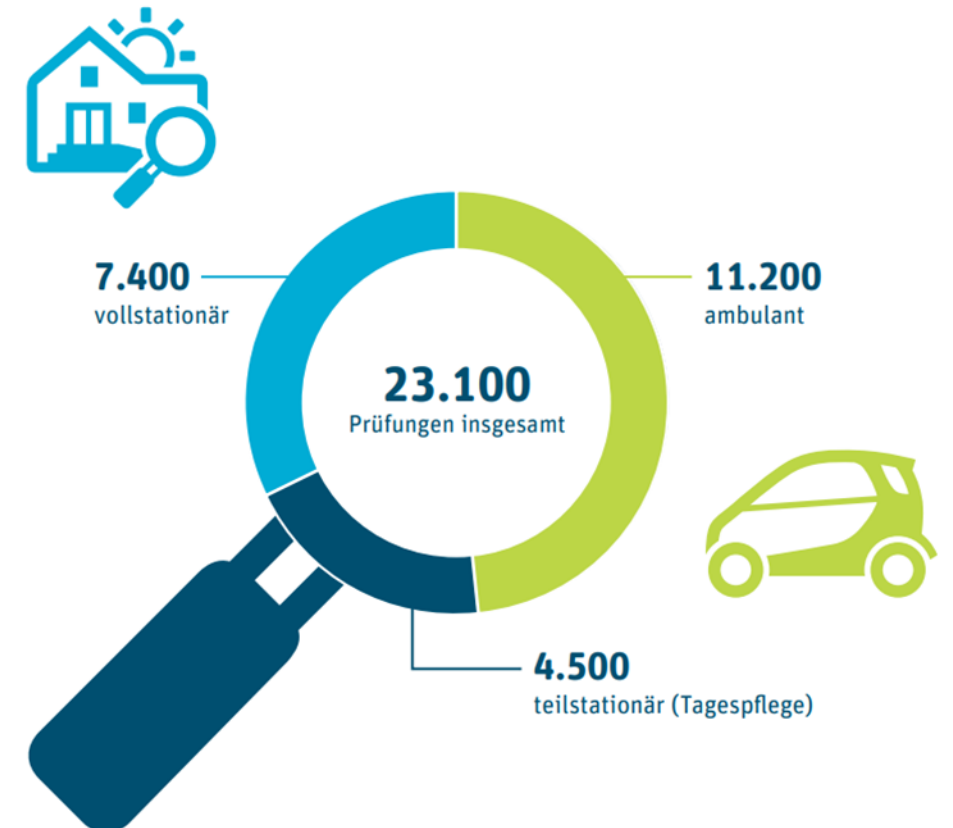
- 1) Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 114 ff. SGB XI
- 2) Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI

Antragsverfahren, Prüfung, Bewilligung von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Aufgaben der MD-Gemeinschaft

1) Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 114 ff. SGB XI

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.



Quelle: [„Fakten und Zahlen von 2024“ MD Bund](#)

Antragsverfahren, Prüfung, Bewilligung von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Aufgaben der MD-Gemeinschaft

1) Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 114 ff. SGB XI

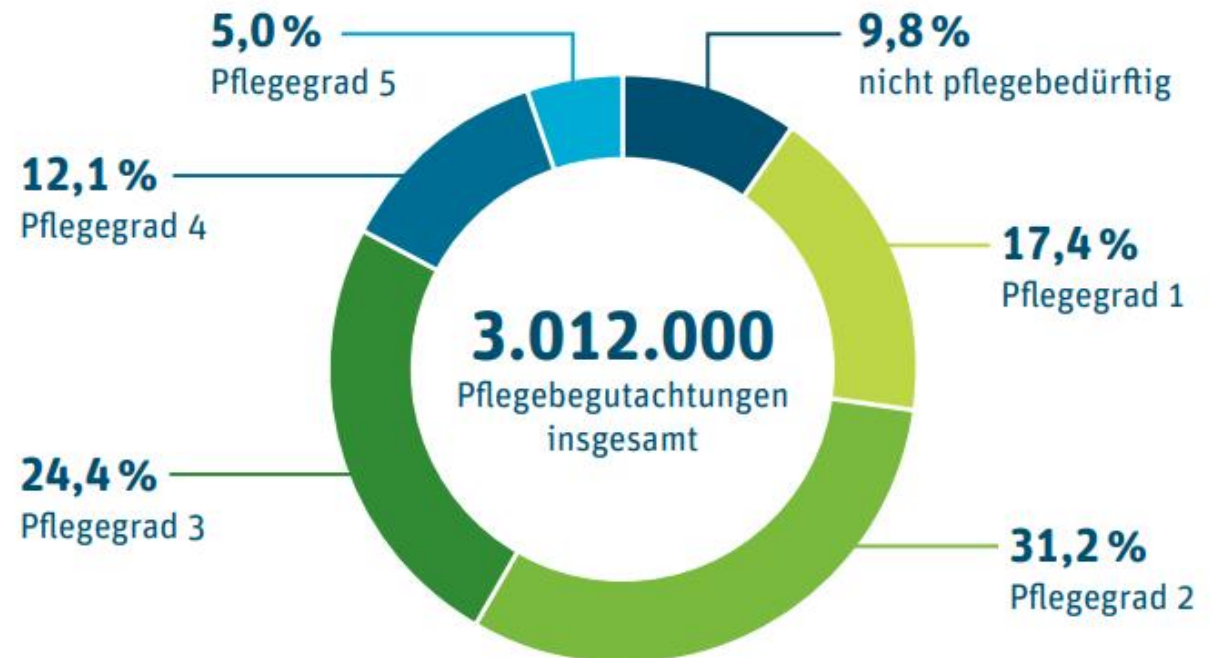
- ambulante Pflegedienste, Tagespflegen und Pflegeheime i.d.R. 1 x / Jahr / mit Anmeldung und ggf.
 - Anlassprüfungen – ohne vorherige Anmeldung
 - Abrechnungsprüfung
- Wurden die von dem Pflegedienst in Rechnung gestellten Leistungen tatsächlich erbracht?
Und wurden sie so erbracht, wie es vertraglich vereinbart war?
- Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach dem Krankenversicherungsgesetz (SGB V)
bei Leistungserbringern, die ausschließlich Leistungen der Häuslichen Krankenpflege anbieten. Dabei geht es vor allem um spezialisierte Pflegedienste, die außerklinische Intensivpflege wie zum Beispiel Beatmung anbieten.

Antragsverfahren, Prüfung, Bewilligung von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Aufgaben der MD-Gemeinschaft

2) Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI

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 teilt die Pflegekasse den Versicherten den Pflegegrad und damit die Leistungen der Pflegeversicherung mit.



Quelle: [„Fakten und Zahlen von 2024“ MD Bund](#)

Antragsverfahren, Prüfung, Bewilligung von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Aufgaben der MD-Gemeinschaft

2) Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI

dazu ist eine Begutachtung des Antragstellers in der Häuslichkeit durchzuführen
(§ 18 Abs. 2 Satz 1 SGB XI)



Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Seit Januar 2017 werden Pflegebedürftige und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wie Demenzkranke, längerfristig psychisch Erkrankte oder Menschen mit geistigen Behinderungen, je nach ihrer noch vorhandenen Selbständigkeit in die fünf

- **Pflegegrade** 1, 2, 3, 4 und 5 eingestuft und
- erhalten entsprechende Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

§ 14 SGB XI – Begriff der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen,

- die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.
- die körperliche, kognitive oder psychische Belastungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können.

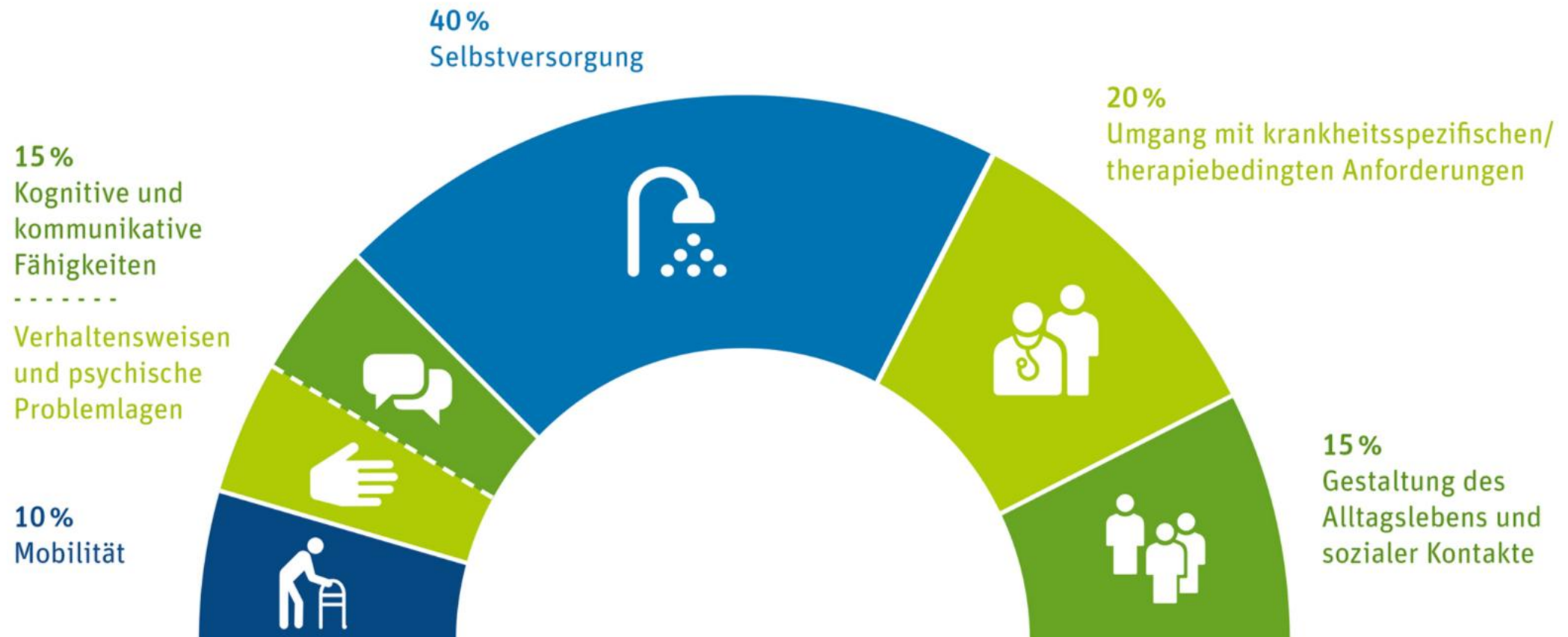
Die Pflegebedürftigkeit muss

- auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate und
- mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere, bestehen.

Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit – Bewertungsinstrument



Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Grundprozess der Pflegebegutachtung

Auftragserteilung

- Versicherte **beantragen** Leistungen bei der Pflegekasse
- Pflegekasse **beauftragt** den Medizinischen Dienst
- Medizinischer Dienst **sichtet die Unterlagen** und stimmt den Besuchstermin mit den Versicherten ab

Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Prozess der Pflegebegutachtung



Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Begutachtungsergebnis – Pflegegrad

Einstufungsempfehlung an die Pflegekasse → Leistungsentscheid/**Bescheid durch die Pflegekasse**

- PG 1** geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 2** erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 3** schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 4** schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 5** schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung





Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg

WIR LEBEN VERANTWORTUNG

Kontakt

Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg
Geschäftsbereich Fachservice

Dr. Roberta Bova-Kamphues (Hilfsmittel)
Dr. Christina Markwardt (Krankenhaus)
Dr. Heike Marschand (Arbeitsunfähigkeit)
Herr Ludger Waterkamp (Pflege)

Lise-Meitner-Straße 1, 10589 Berlin
Tel.: 030/202023-7011
E-Mail: geschaeftsbereich.fachservice@md-bb.org