Medizinischer Dienst
Mecklenburg-Vorpommern

Begutachtung und Beratung

im Jahr 2024

Jahresbericht des Medizinischen Dienstes Mecklenburg-Vorpommern

IMPRESSUM

Herausgeber

Medizinischer Dienst Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Lessingstr. 33
19059 Schwerin
Telefon: 0385 48936-00
Telefax: 0385 48936-1999
E-Mail: info@md-mv.de
Internet: www.md-mv.de

Kontakt für Rückfragen:
k.schmidt@md-mv.de

Schwerin, Oktober 2025

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 3

Einzelfallbegutachtung auf einen Blick 4

Verteilung auf Themen der Gesetzlichen Krankenversicherung 5

Geschäftsbereich Sozialmedizin 6

1.1 Arbeitsunfähigkeit (AU) 6

1.2 Ambulante Leistungen der GKV 8

1.3 Hilfsmittel 10

1.4 Rehabilitation und Vorsorge 12

1.5 Arzneimittel (AZM) / neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) 14

1.6 Sonstige GKV-Leistungen 16

1.7 Medizinrecht / Regress 18

1.8 Krankenhaus 19

1.8.1 Einzelfallbegutachtung zu stationären Leistungen 19

1.8.3 Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen 21

1.9 Beratung (Gesetzliche Krankenversicherung) 22

Geschäftsbereich Pflegeversicherung 23

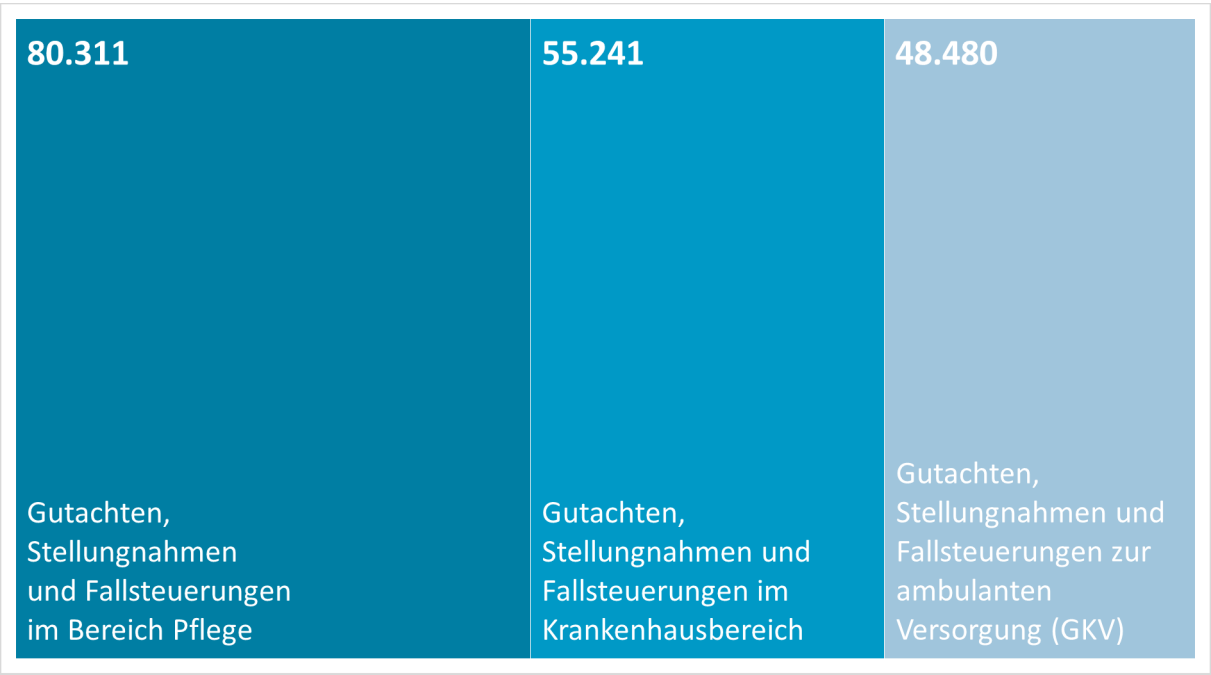
1.10 Pflegeeinzelfallbegutachtung 23

1.11 Qualitätsprüfung 25

1.12 Beratung (Soziale Pflegeversicherung) 26

Einzelfallbegutachtung auf einen Blick

Im Jahr 2024 haben die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes Mecklenburg-Vorpommern über 184.032 Einzelfall bezogene Gutachten, Stellungnahmen und Fallsteuerungen zu Fragen der Kranken- und Pflegeversicherung erstellt.



Überwiegend (rund 159.457 Mal) handelte es sich dabei um fallabschließende Empfehlungen. Das heißt: Auf Grundlage der Antwort unseres Gutachters oder unserer Gutachterin konnte die Kranken- oder Pflegeversicherung eine Leistungsentscheidung fällen.

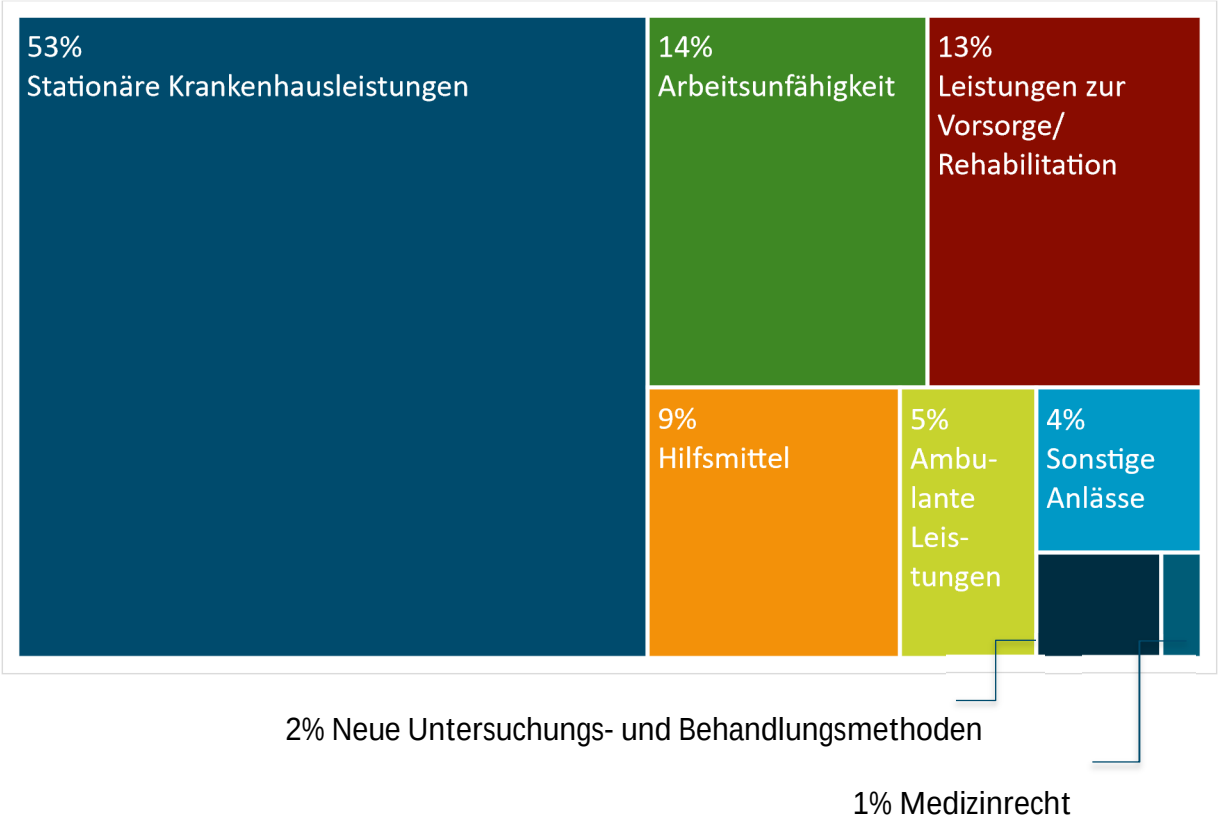
Rund 24.575 Mal erstellten unsere Gutachterinnen und Gutachter Fallsteuerungen. Fallsteuerungen werden erstellt, wenn im Zuge der Fallauswahl eine ausführliche Begutachtung empfohlen wird, oder wenn eine erste Prüfung ergibt, dass weitere Unterlagen nötig sind, um eine fundierte Empfehlung aussprechen zu können.
Auch Fallsteuerungen können aufwändige Leistungen sein - etwa wenn umfangreiche Unterlagen zu sichten sind.

Verteilung auf Themen der Gesetzlichen Krankenversicherung

103.721 Einzelfall bezogene Gutachten, Stellungnahmen und Fallsteuerungen erstellten die Gutachterinnen und Gutachter zu Fragen der gesetzlichen Krankenversicherung.

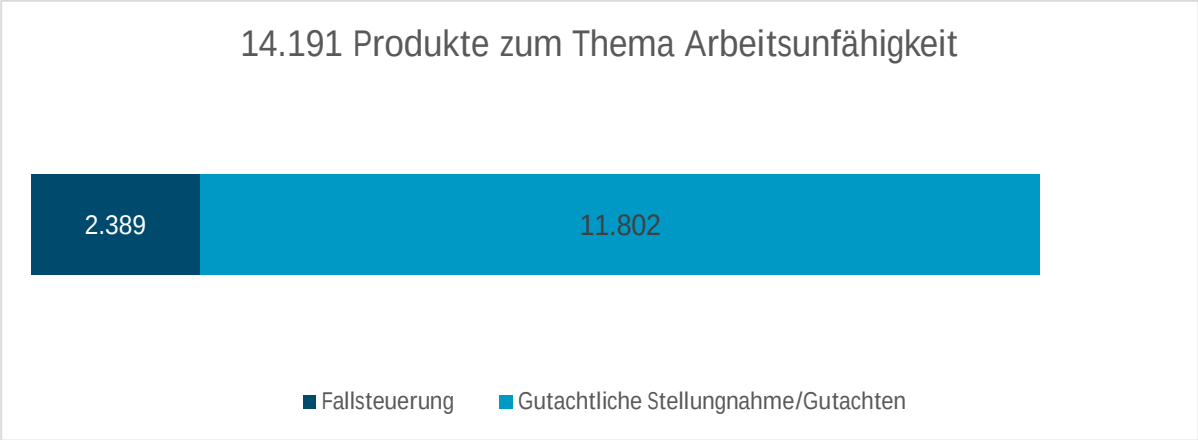
Der Krankenhausbereich mit den Prüfungen von Krankenhausabrechnungen war hier das mit Abstand auftragsstärkste Arbeitsfeld.

Im Bereich ambulante Krankenversorgung dominierten Fragen zur Arbeitsunfähigkeit und zu Vorsorge und Rehabilitation. Ein wachsendes Aufgabenfeld ist die Begutachtung zu Hilfsmitteln in der Krankenversorgung.



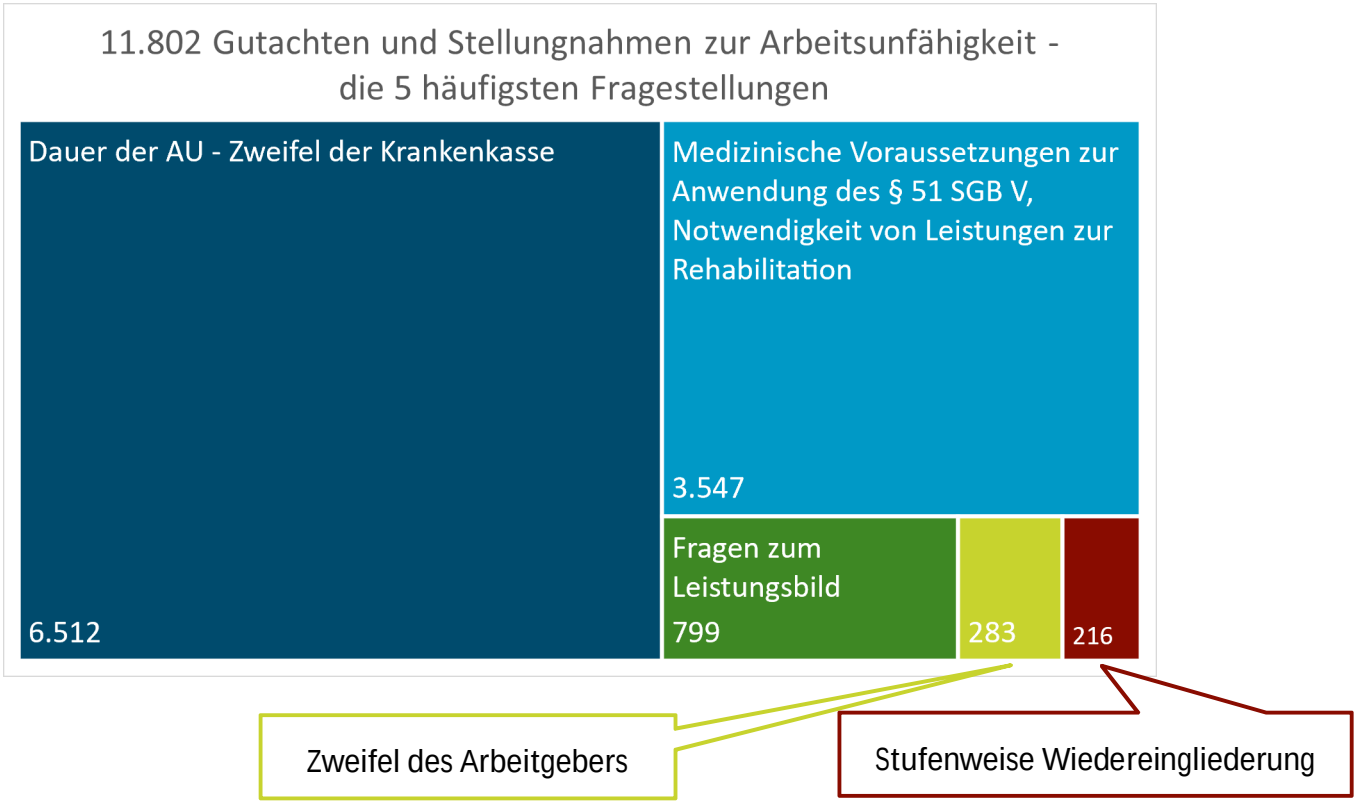
Geschäftsbereich Sozialmedizin

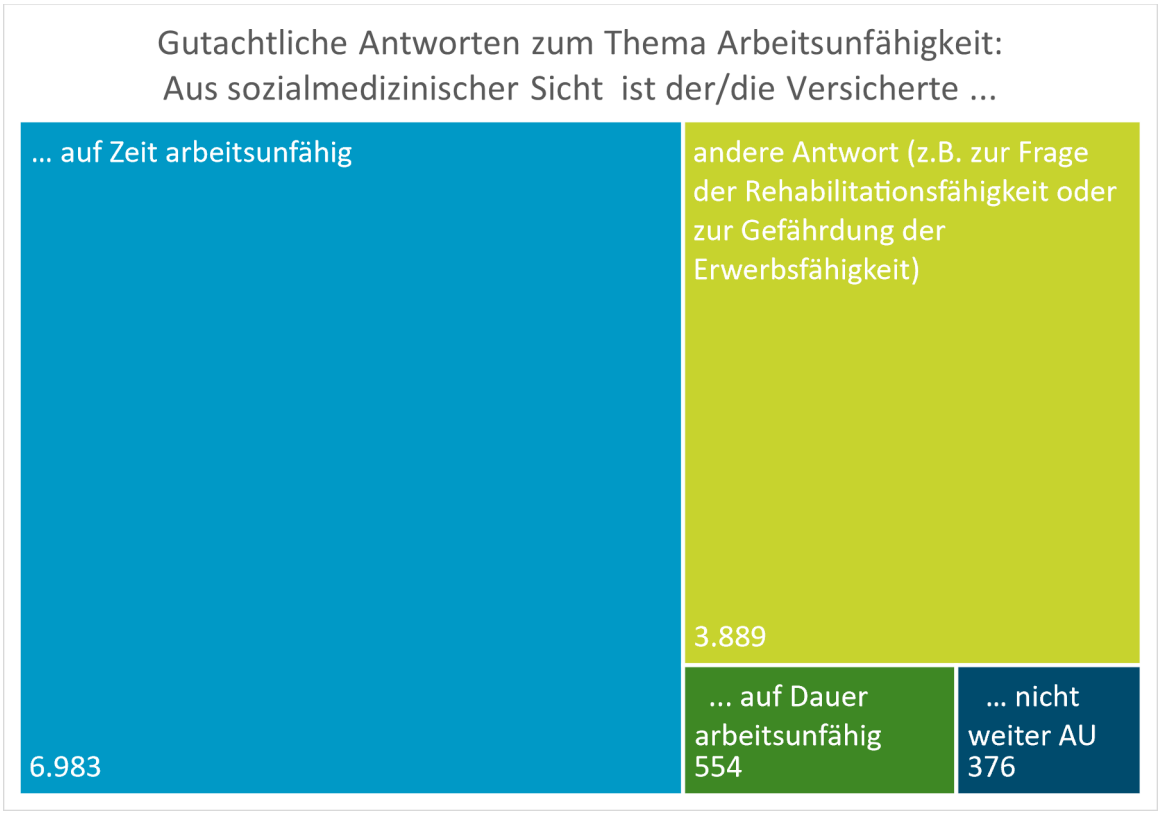
1.1 Arbeitsunfähigkeit (AU)



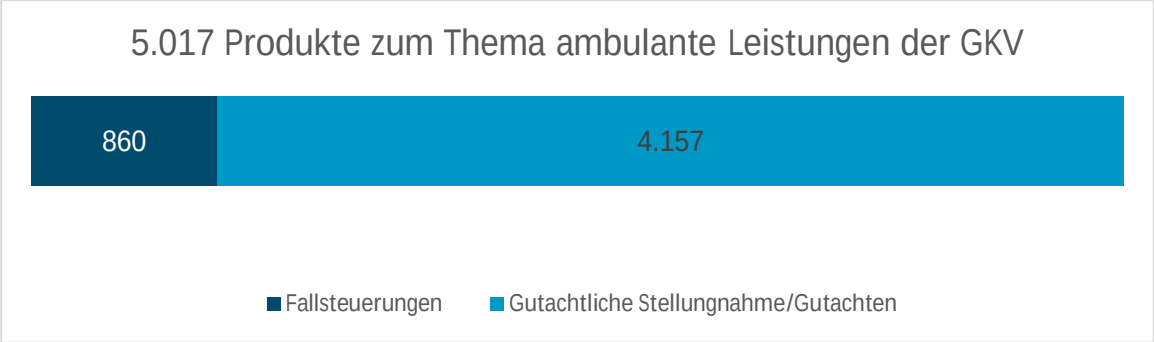
Der Medizinische Dienst wird mit Begutachtungen beauftragt, die die aktuelle Arbeitsunfähigkeit von gesetzlich Krankenversicherten betreffen. In bestimmten Fällen müssen Krankenkassen eine attestierte Arbeitsunfähigkeit überprüfen lassen. Das betrifft zum Beispiel medizinische Unklarheiten, wenn sichergestellt werden soll, dass alle Behandlungs- und Eingliederungsoptionen, ebenso die Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen, ausgeschöpft werden. Manchmal wenden sich auch Arbeitgeber an die Krankenkasse, weil sie Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit eines Beschäftigten haben und der Medizinische Dienst wird mit einer Begutachtung beauftragt.

> Typische Fragestellung bei Langzeit-Arbeitsunfähigkeit:
>
> Kann mit einer stufenweisen Wiedereingliederung die Rückkehr ins Arbeitsleben gelingen?


11.802 Gutachten und Stellungnahmen zur Arbeitsunfähigkeit - die 5 häufigsten Fragestellungen
Dauer der AU - Zweifel der Krankenkasse
6.512
Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation
3.547
Fragen zum Leistungsbild
799
283
216
Zweifel des Arbeitgebers
Stufenweise Wiedereingliederung


Gutachtliche Antworten zum Thema Arbeitsunfähigkeit: Aus sozialmedizinischer Sicht ist der/die Versicherte ...
... auf Zeit arbeitsunfähig
6.983
andere Antwort (z.B. zur Frage der Rehabilitationsfähigkeit oder zur Gefährdung der Erwerbsfähigkeit)
3.889
... auf Dauer arbeitsunfähig
554
... nicht weiter AU
376

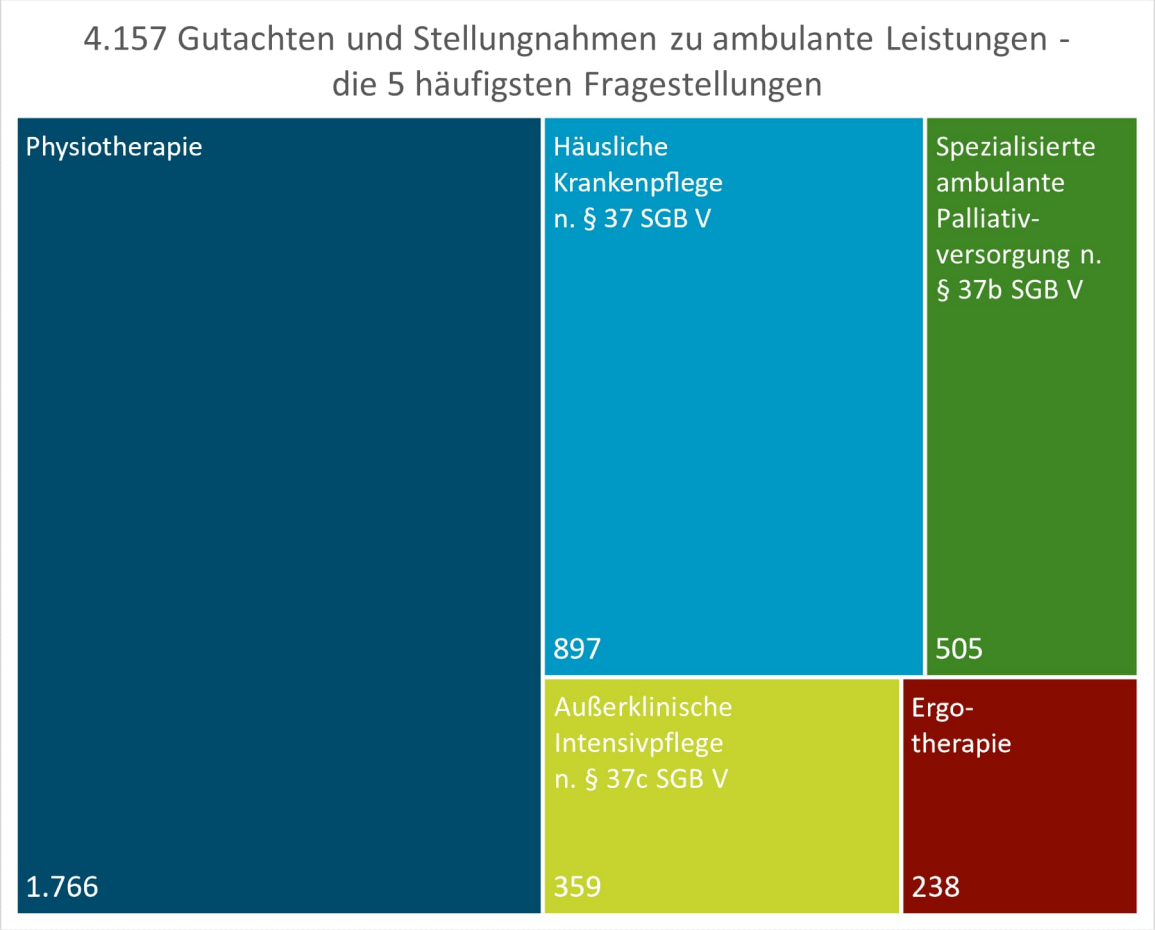
1.2 Ambulante Leistungen der GKV

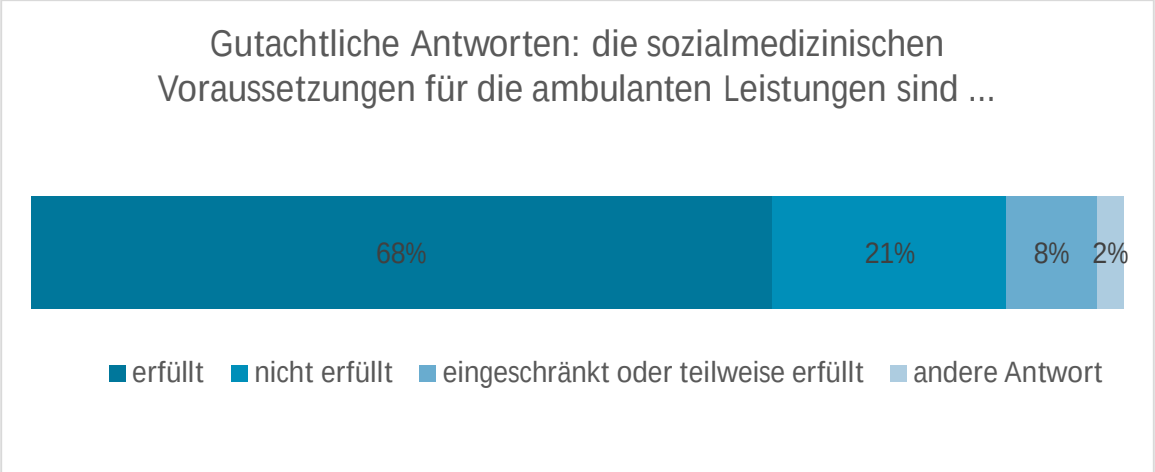


Der Medizinische Dienst beantwortet viele verschiedene Fragestellungen der Krankenkassen, die ambulante Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) betreffen. Ein großes Arbeitsfeld sind Heilmittel (z.B. Physio- und Ergotherapie, Logopädie). Aber auch die häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege (AKI) und spezialisierte Palliativversorgung gehören zu den ambulanten Leistungen.

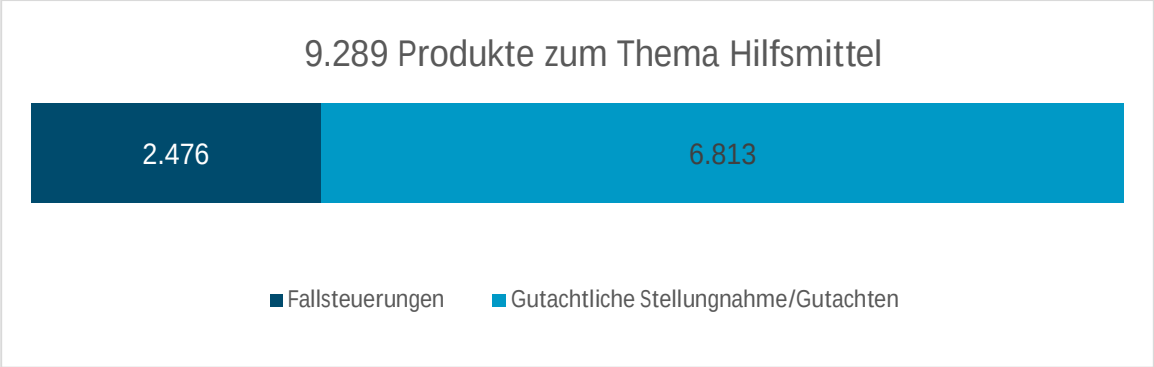
Typische Fragestellung zu ambulanten Leistungen der GKV:

Ist die medizinische und pflegerische Versorgung am Leistungsort der außerklinischen Intensivpflege sichergestellt? Liegen die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege vor?


4.157 Gutachten und Stellungnahmen zu ambulante Leistungen - die 5 häufigsten Fragestellungen
Physiotherapie
1.766
Häusliche Krankenpflege n. § 37 SGB V
897
Spezialisierte ambulante Palliativ-versorgung n. § 37b SGB V
505
Außerklinische Intensivpflege n. § 37c SGB V
359
Ergo-therapie
238


Gutachtliche Antworten: die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die ambulanten Leistungen sind ...
68%
21%
8%
2%
erfüllt
nicht erfüllt
eingeschränkt oder teilweise erfüllt
andere Antwort

1.3 Hilfsmittel

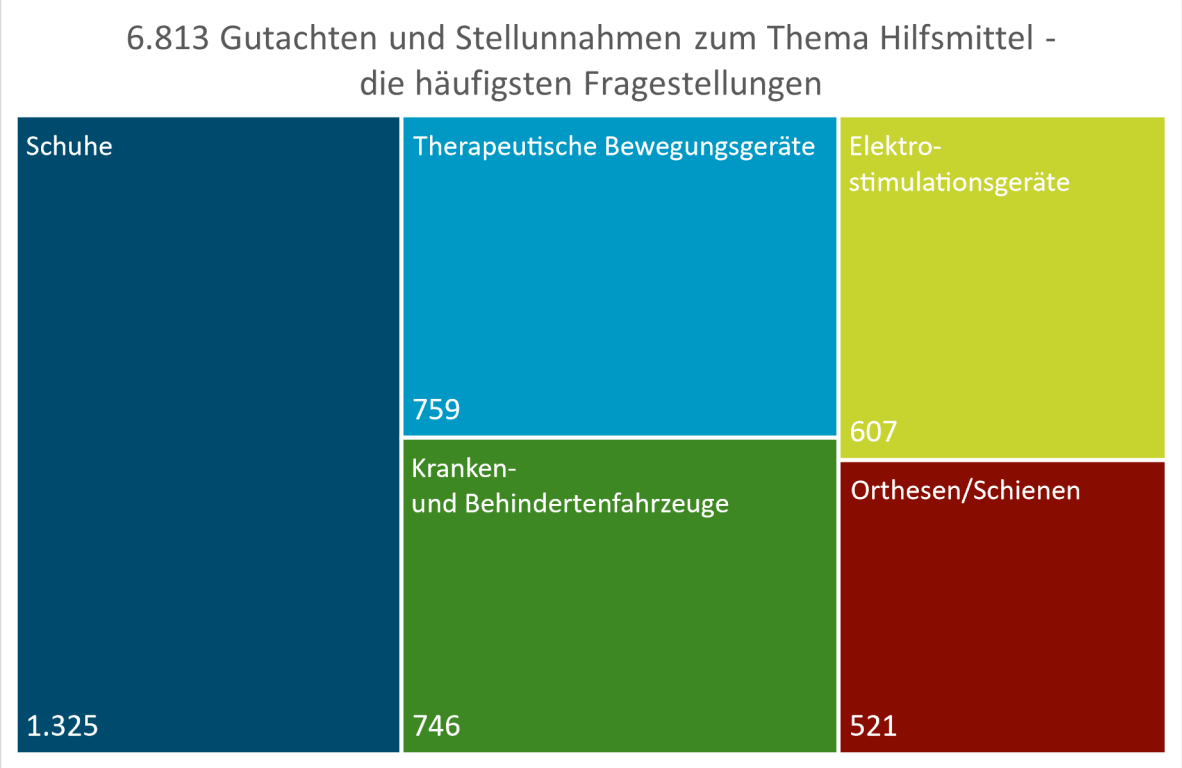


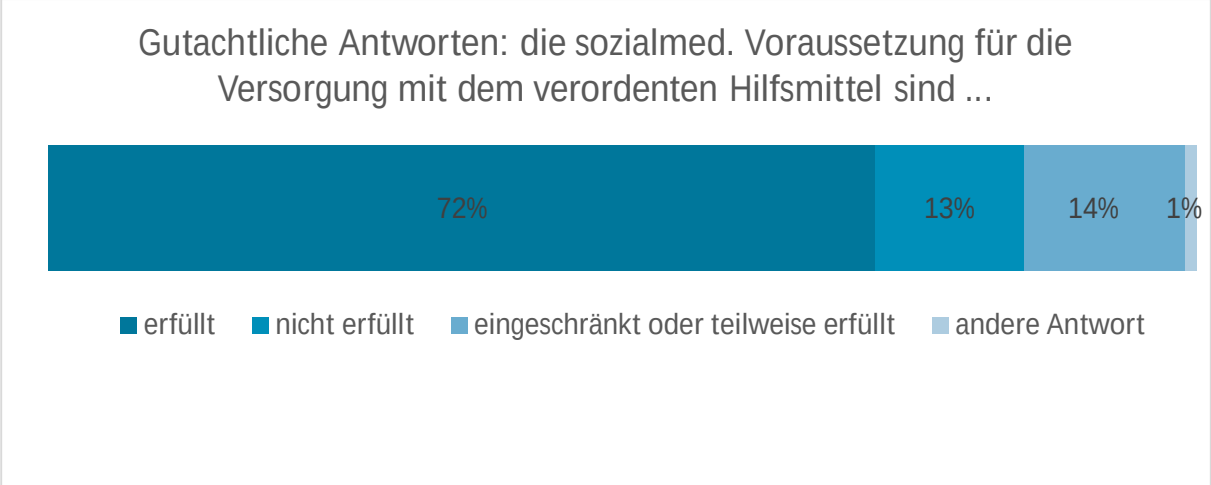
Hilfsmittel sind medizinische, orthopädische oder andere Hilfen, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine bereits vorhandene Behinderung ausgleichen. Dazu gehören zum Beispiel Rollatoren und Rollstühle, Stoma-Artikel, Insulinpumpen oder Prothesen. Das Hilfsmittelangebot wächst von Jahr zu Jahr.

Wird der Medizinische Dienst mit der Begutachtung zu diesem Thema beauftragt, geht es um die Frage, ob das verordnete Hilfsmittel medizinisch notwendig und geeignet ist, den Erfolg der Krankenbehandlung des oder der Versicherten zu sichern, einer Behinderung vorbeugen oder seine/ihre Behinderung ausgleichen.

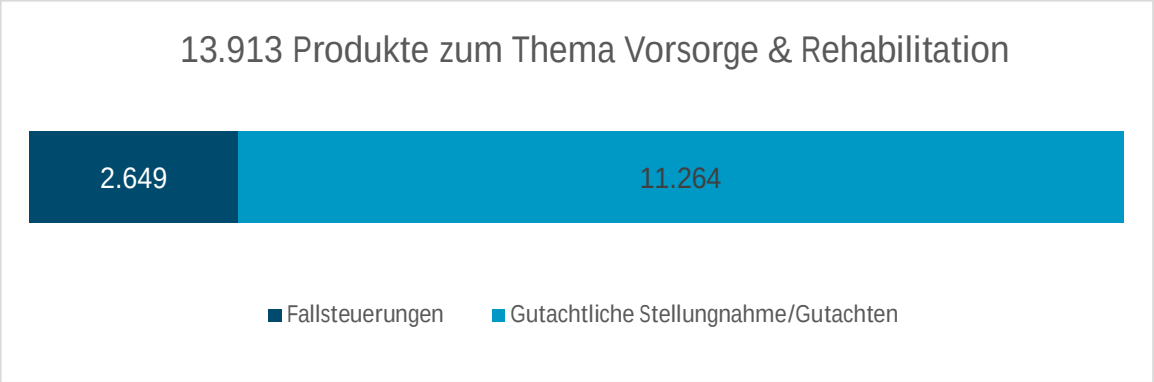
Typische Fragestellung zu einem Hilfsmittel:

Entspricht das verordnete Hilfsmittel, zum Beispiel ein Elektro-Rollstuhl, dem Bedarf des oder der Versicherten?
Ist das verordnete Hilfsmittel geeignet, einer Behinderung vorzubeugen oder sie auszugleichen? Ist ggf. eine alternative oder andere Versorgung erforderlich?


6.813 Gutachten und Stellunnahmen zum Thema Hilfsmittel - die häufigsten Fragestellungen
Schuhe
1.325
Therapeutische Bewegungsgeräte
759
Elektro-stimulationsgeräte
607
Kranken- und Behindertenfahrzeuge
746
Orthesen/Schienen
521


Gutachtliche Antworten: die sozialmed. Voraussetzung für die Versorgung mit dem verordenten Hilfsmittel sind ...
72%
13%
14%
1%
erfüllt
nicht erfüllt
eingeschränkt oder teilweise erfüllt
andere Antwort

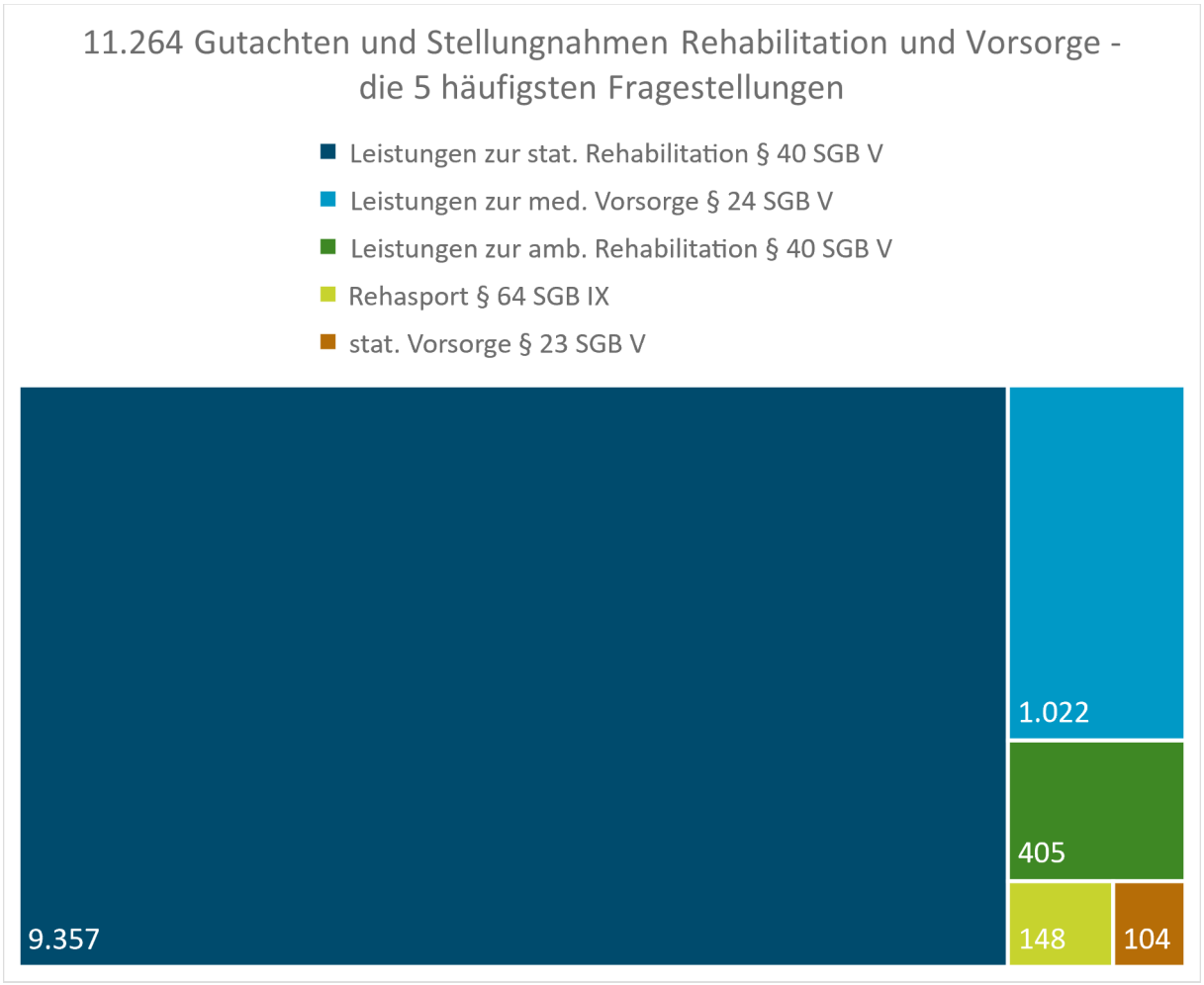
1.4 Rehabilitation und Vorsorge

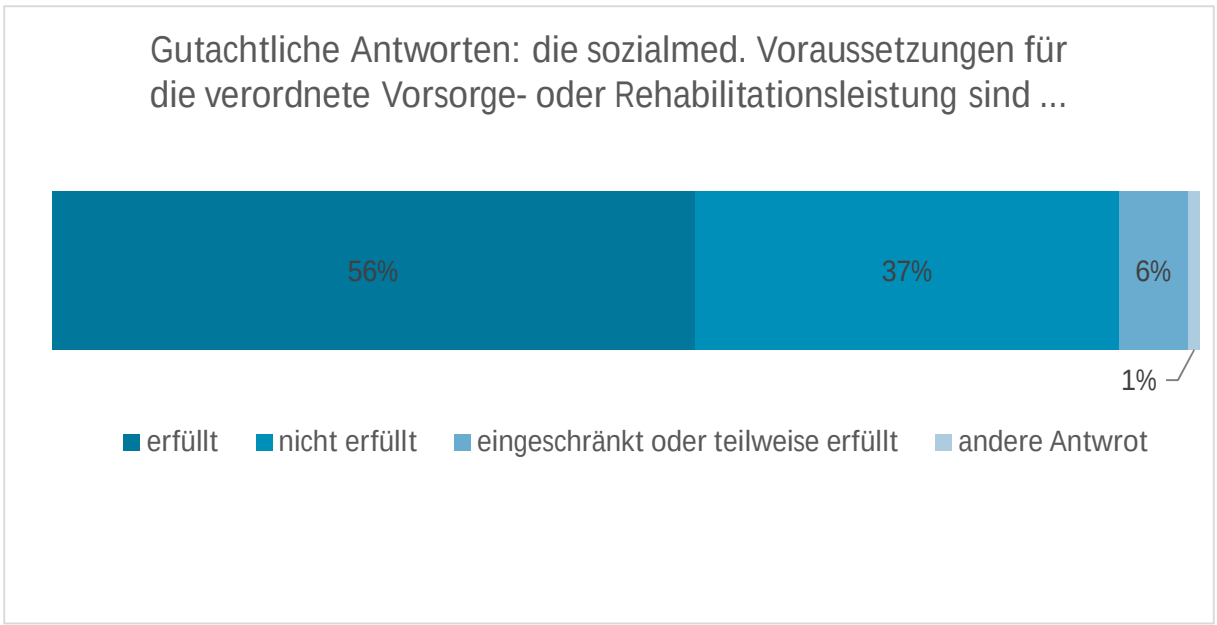


Rehabilitation und Vorsorge sind verschiedene aufeinander abgestimmte therapeutische Maßnahmen, die von einem multiprofessionellen Team erbracht werden. Ziel dieser Leistungen ist es, gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu vermindern oder ganz zu beseitigen. Der Medizinische Dienst nimmt sozialmedizinisch Stellung zu den Voraussetzungen und Erfolgsaussichten verordneter Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen. Manchmal stellt sich auch die Frage, ob anstelle der Krankenversicherung ein anderer Kostenträger, wie die Arbeitslosen- oder die Unfallversicherung für die nötige Rehabilitation zuständig ist und die Kosten übernimmt.

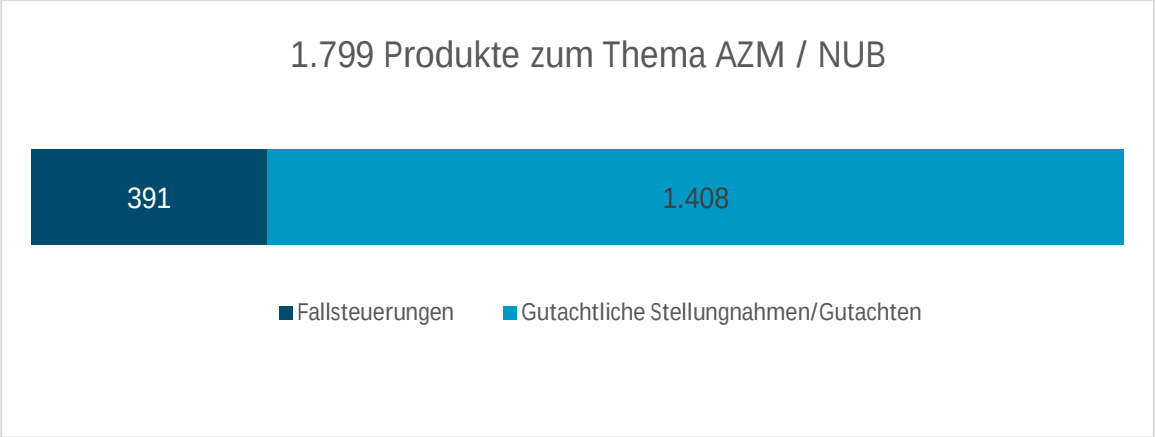
Typische Fragestellung zu einer Rehabilitationsmaßnahme:

Ist der oder die Versicherte gesundheitlich belastbar genug, das Behandlungsprogramm zu bewältigen? Kann eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden?


11.264 Gutachten und Stellungnahmen Rehabilitation und Vorsorge - die 5 häufigsten Fragestellungen
Leistungen zur stat. Rehabilitation § 40 SGB V
Leistungen zur med. Vorsorge § 24 SGB V
Leistungen zur amb. Rehabilitation § 40 SGB V
Rehasport § 64 SGB IX
stat. Vorsorge § 23 SGB V
9.357
1.022
405
148
104


Gutachtliche Antworten: die sozialmed. Voraussetzungen für die verordnete Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung sind ...
56%
37%
6%
1%
erfüllt
nicht erfüllt
eingeschränkt oder teilweise erfüllt
andere Antwrot

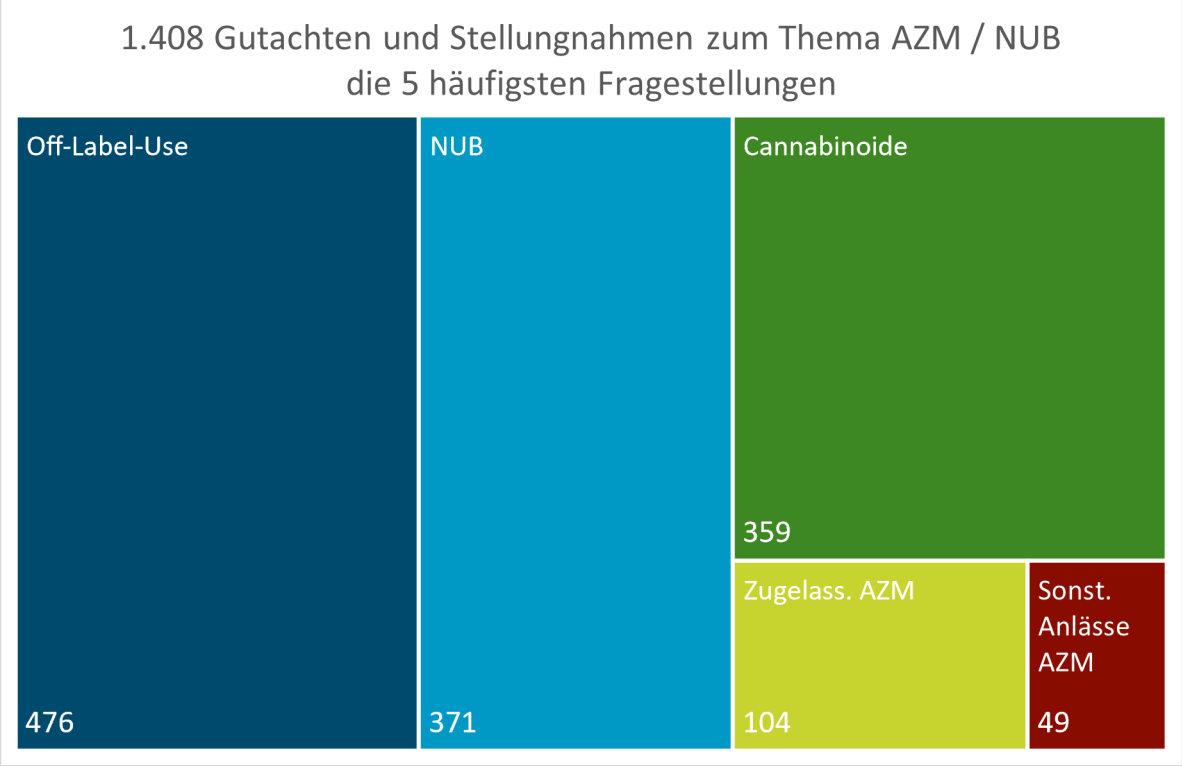
1.5 Arzneimittel (AZM) / neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

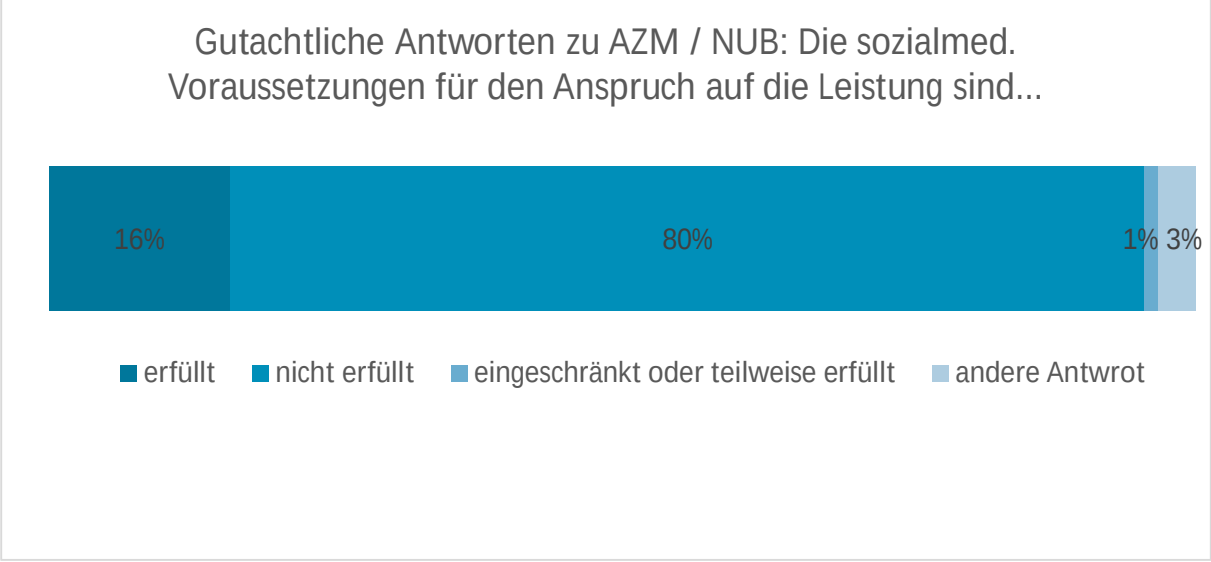


Begutachtungen zum Thema Arzneimittel betreffen zum Beispiel die Frage, ob die Krankenkasse die Kosten übernehmen muss, wenn ein Medikament für ein Krankheitsbild eingesetzt werden soll, für das es nicht oder bisher noch nicht zugelassen wurde (Off-Label-Use).

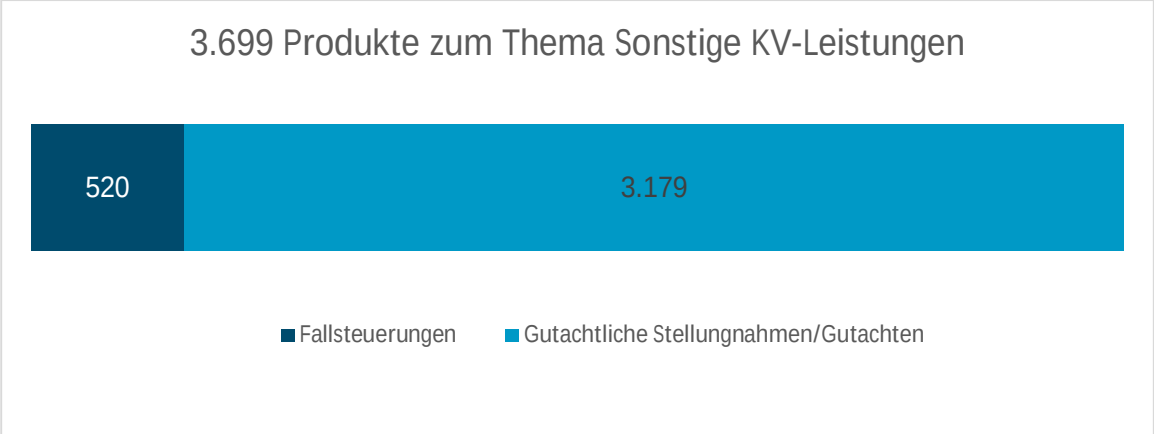
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden erst dann in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen, wenn ihr Nutzen und ihre Wirksamkeit nachgewiesen wurden. Im Ausnahmefall könnten Versicherte jedoch einen Anspruch darauf haben.

Die Gutachterinnen und Gutachter müssen die komplexen gesetzlichen Rahmenbedingungen, die aktuelle wissenschaftliche Erkenntnislage und die individuelle Situation des oder der Versicherten in ihrer Beurteilung berücksichtigen.

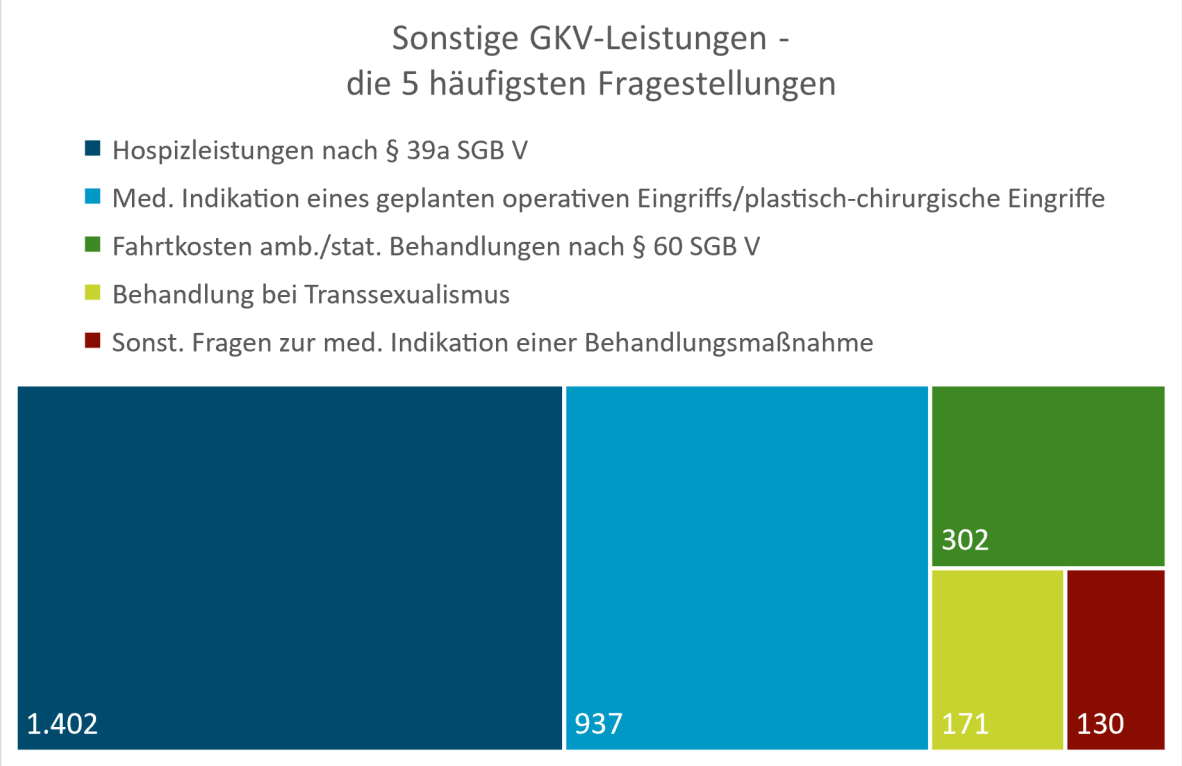

1.408 Gutachten und Stellungnahmen zum Thema AZM / NUB
die 5 häufigsten Fragestellungen
Off-Label-Use
476
NUB
371
Cannabinoide
359
Zugelass. AZM
104
Sonst. Anlässe AZM
49

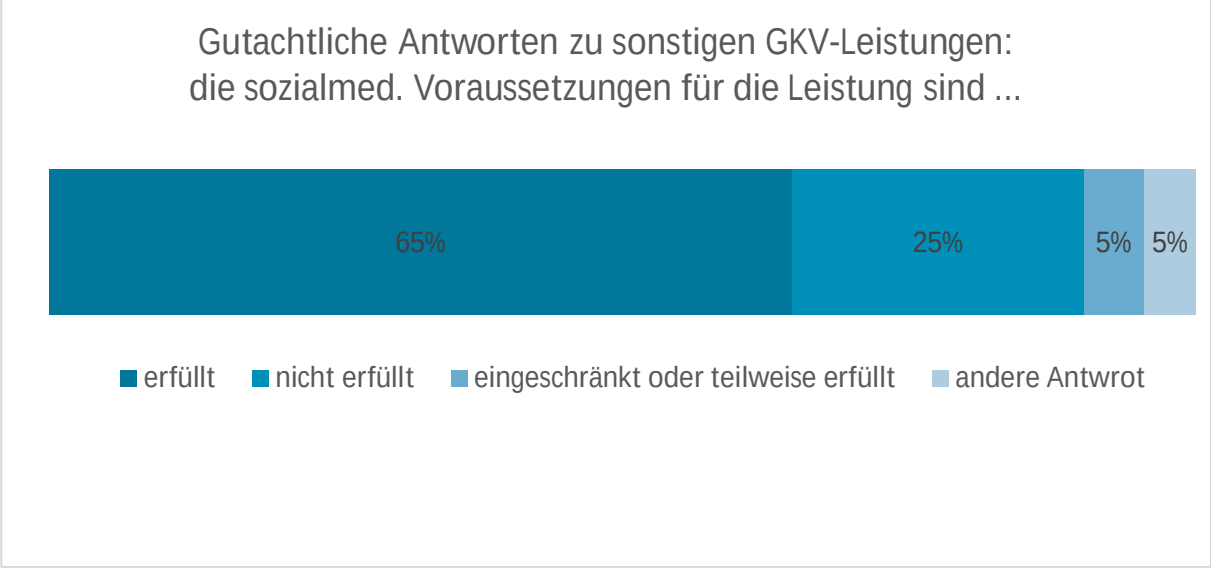

Gutachtliche Antworten zu AZM / NUB: Die sozialmed. Voraussetzungen für den Anspruch auf die Leistung sind...
16%
80%
1%
3%
erfüllt
nicht erfüllt
eingeschränkt oder teilweise erfüllt
andere Antwrot

1.6 Sonstige GKV-Leistungen

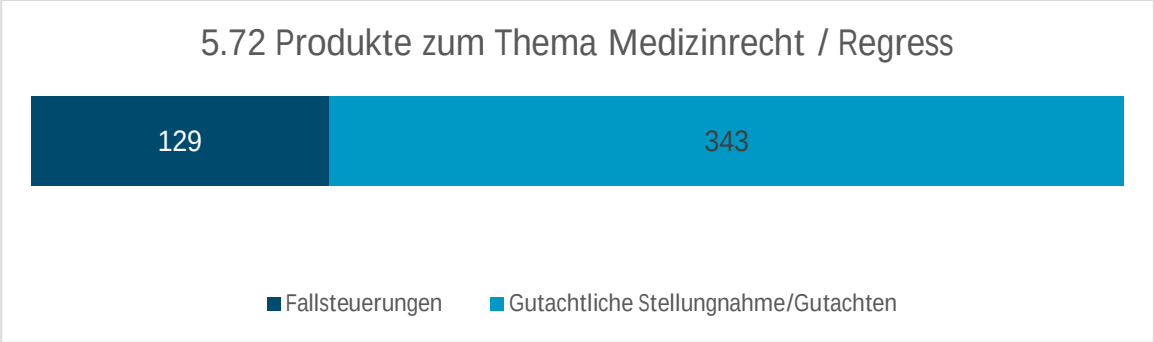


Übernimmt die Krankenkasse die Kosten eines Aufenthaltes im Hospiz? Ist ein plastisch-chirurgische Operation medizinisch notwendig? Hat der oder die Versicherte Anspruch auf Übernahme seiner Fahrtkosten zu einer Behandlung? Das sind typische Fragestellungen im Themenfeld „Sonstige GKV-Leistungen“. Auch Fragen zur zahnmedizinischen Versorgung werden hier zugeordnet, haben aber im Medinischen Dienst Mecklenburg-Vorpommern kein sehr großes Auftragsvolumen.

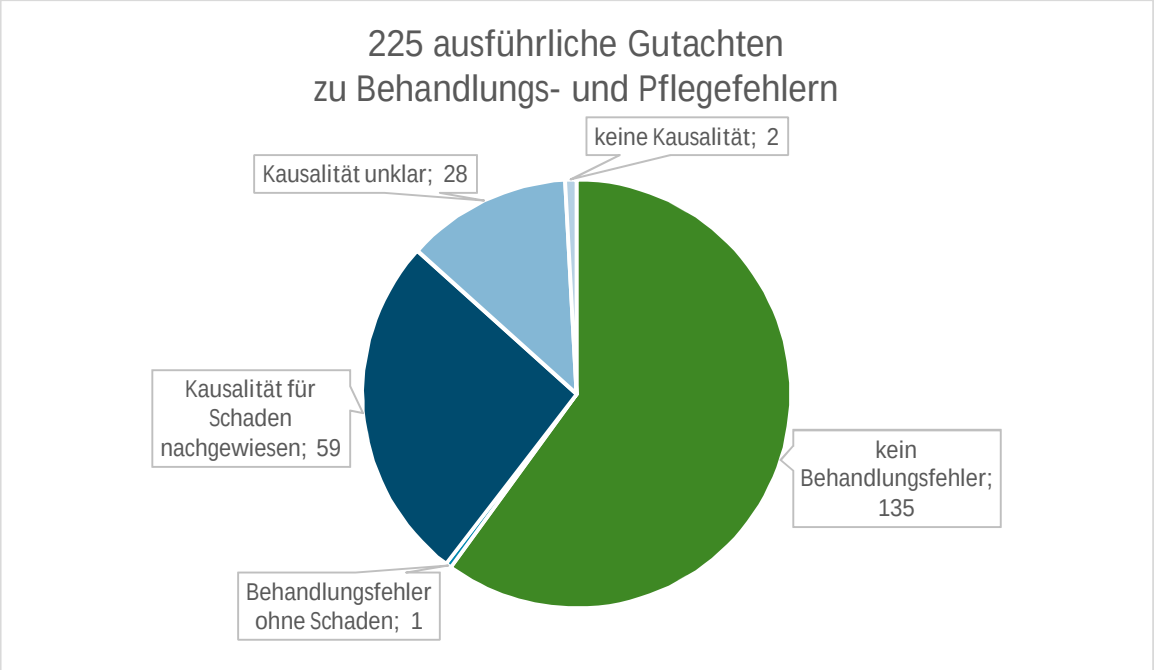

Sonstige GKV-Leistungen -
die 5 häufigsten Fragestellungen
Hospizleistungen nach § 39a SGB V
Med. Indikation eines geplanten operativen Eingriffs/plastisch-chirurgische Eingriffe
Fahrtkosten amb./stat. Behandlungen nach § 60 SGB V
Behandlung bei Transsexualismus
Sonst. Fragen zur med. Indikation einer Behandlungsmaßnahme
1.402
937
302
171
130


Gutachtliche Antworten zu sonstigen GKV-Leistungen:
die sozialmed. Voraussetzungen für die Leistung sind ...
65%
25%
5%
5%
erfüllt
nicht erfüllt
eingeschränkt oder teilweise erfüllt
andere Antwrot

1.7 Medizinrecht / Regress



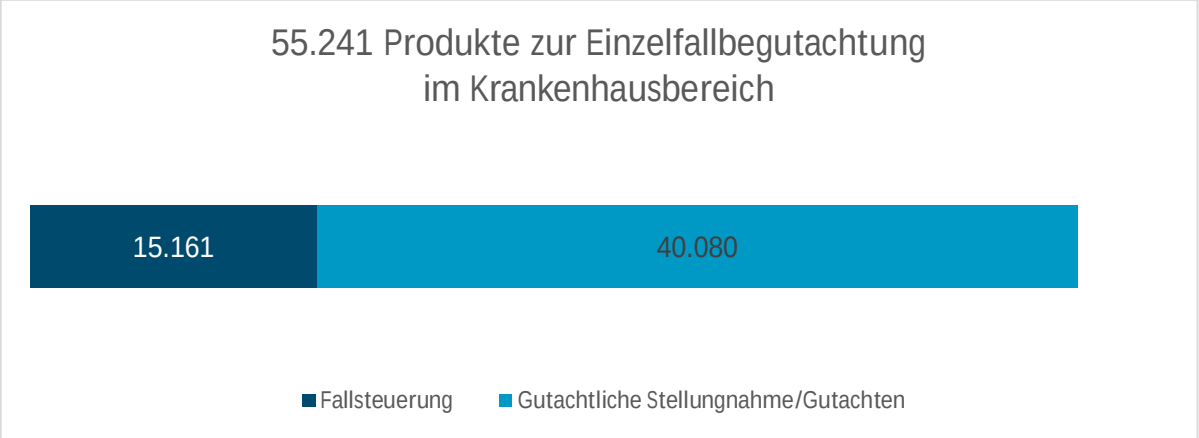
Zum Thema Medizinrecht gehören Fragen zur Abgrenzung der Kostenträgerschaft und zu Ersatzansprüchen. Das größte Arbeitsfeld sind jedoch Begutachtungen zu vermuteten Behandlungs- oder Pflegefehlern. Gesetzlich krankenversicherte Patienten und Patientinnen, die vermuten, einen Behandlungs- oder Pflegefehler erlitten zu haben, können sich an ihre Krankenkasse wenden. In deren Auftrag nimmt der Medizinische Dienst die nötige Begutachtung vor. Auch die Kranken- oder Pflegekasse selbst kann ein Gutachten in Auftrag geben, wenn sie Anhaltspunkte für einen Behandlungs- oder Pflegefehler entdeckt.



Im Jahr 2024 hat der Medizinische Dienst 225 ausführliche Gutachten zu vermuteten Behandlungs- oder Pflegefehlern erstellt. In 135 Fällen ergab die Prüfung, dass kein Behandlungsfehler vorlag. In 59 Fällen lag nach Überzeugung der Gutachterin oder des Gutachters ein Fehler vor, der auch ursächlich für einen erlittenen Schaden war.

1.8 Krankenhaus

1.8.1 Einzelfallbegutachtung zu stationären Leistungen

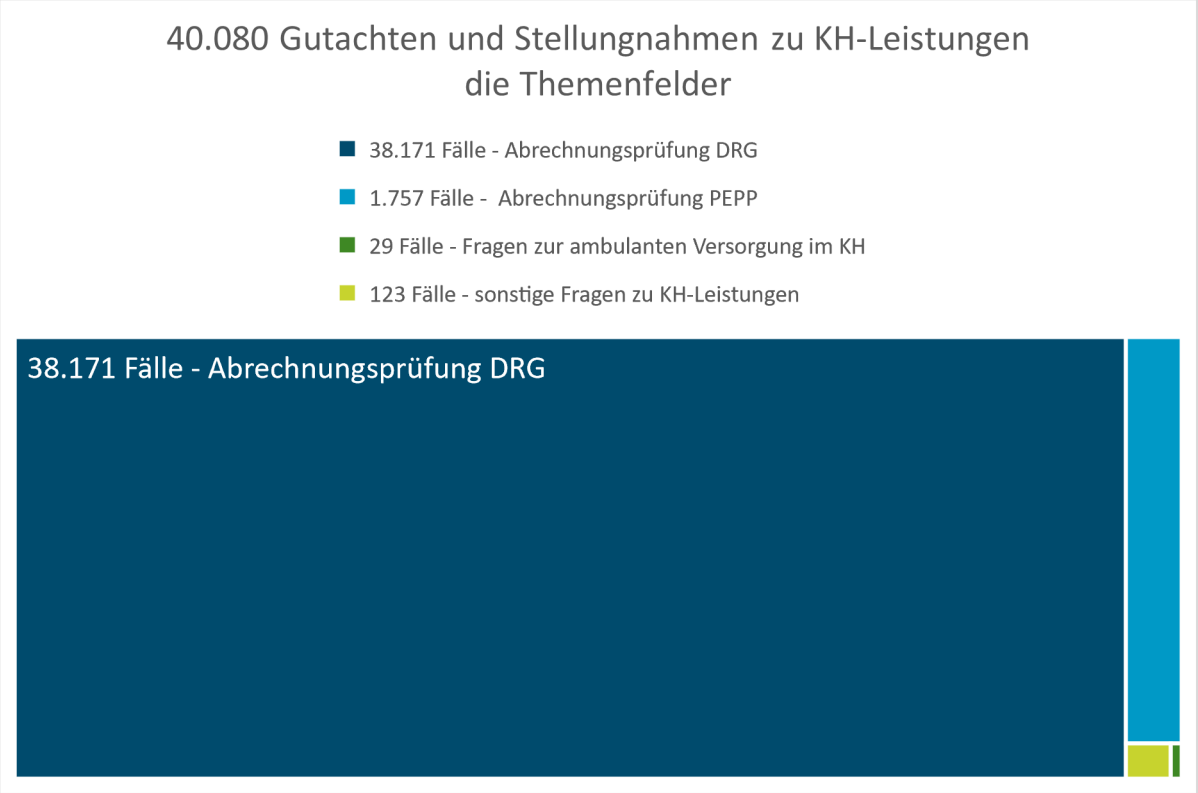


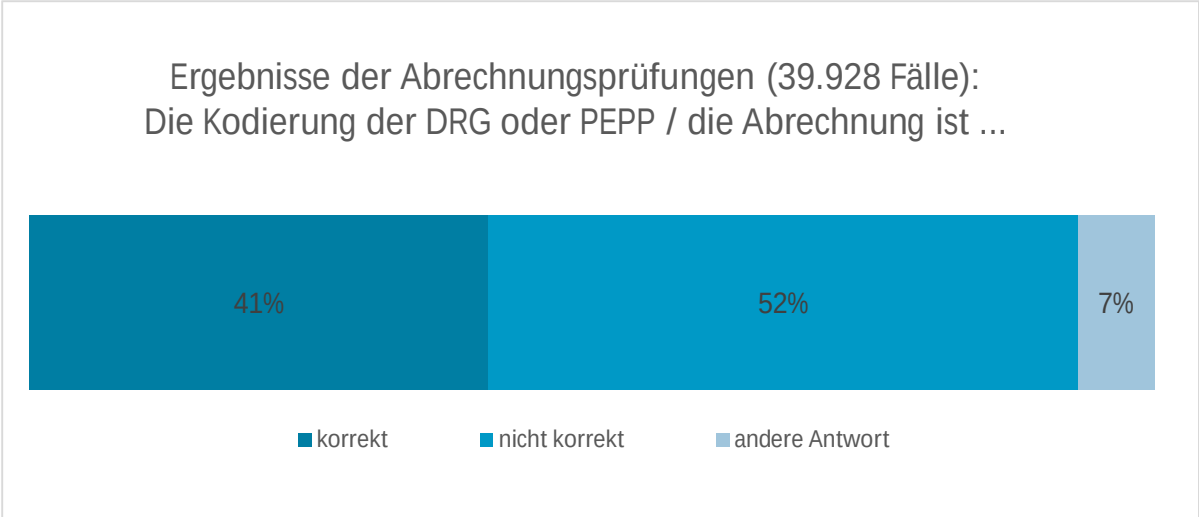
Bei der Einzelfallbegutachtung im Krankenhausbereich geht es vor allem um die Prüfung von Krankenhausabrechnung nach Fallpauschalen (DRG/PEPP). Wie viele Rechnungen die Krankenkassen dem Medizinischen Dienst pro Krankenhaus vorlegen dürfen, richtet sich nach gesetzlich geregelten Prüfquoten.

Wenige Begutachtungsaufträge betreffen außerdem vor- und nachstationäre Behandlungen oder ambulante Versorgung im Krankenhaus.

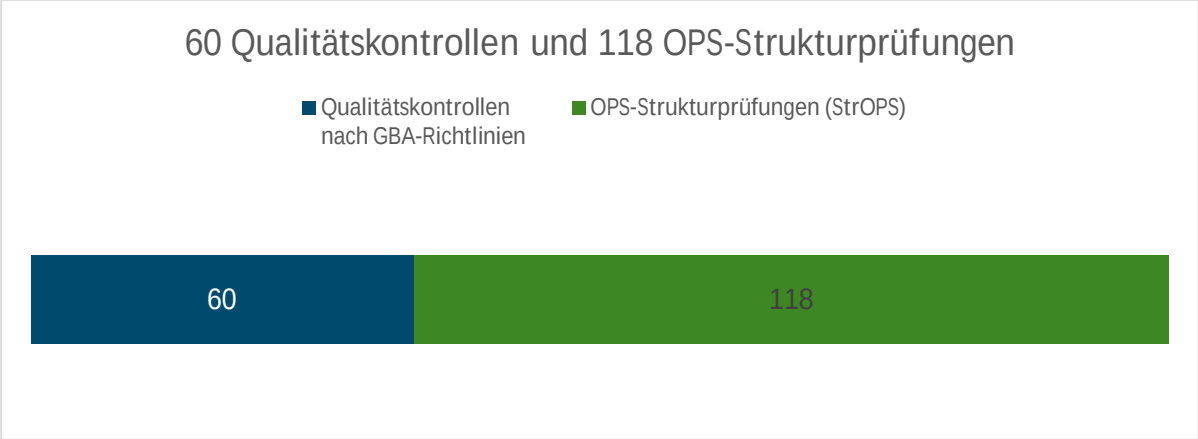
Typische Fragen einer DRG-Abrechnungsprüfung:

War die Krankenhausbehandlung notwendig oder hätte die operative Maßnahme ambulant erfolgen können? War der stationären Aufenthalt für die gesamte abgerechneten Dauer notwendig? Sind die Haupt- und Nebendiagnosen korrekt kodiert?


40.080 Gutachten und Stellungnahmen zu KH-Leistungen die Themenfelder
38.171 Fälle - Abrechnungsprüfung DRG
1.757 Fälle - Abrechnungsprüfung PEPP
29 Fälle - Fragen zur ambulanten Versorgung im KH
123 Fälle - sonstige Fragen zu KH-Leistungen
38.171 Fälle - Abrechnungsprüfung DRG

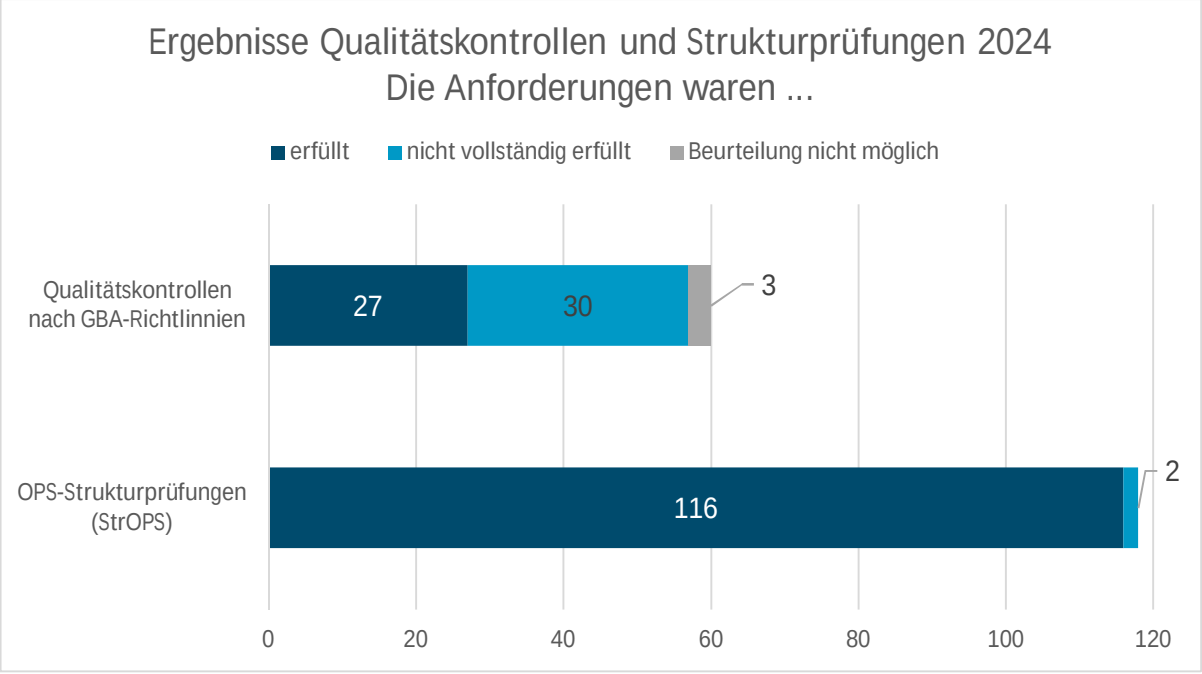

Ergebnisse der Abrechnungsprüfungen (39.928 Fälle): Die Kodierung der DRG oder PEPP / die Abrechnung ist ...
41%
52%
7%
korrekt
nicht korrekt
andere Antwort

1.8.3 Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen



Um die höhere Vergütung für bestimmte komplexe Prozeduren abrechnen zu dürfen, müssen Krankenhäuser die dafür festgelegten Strukturmerkmale erfüllen. Es geht dabei um Fragen der Personalausstattung und -qualifikation, aber auch um technische und räumliche Anforderungen. Ob die strukturellen Voraussetzungen für die Abrechnung einer Prozedur erfüllt sind, wird auf Antrag des Krankenhauses im Rahmen der OPS-Strukturprüfung (StrOPS) vom Medizinischen Dienst geprüft. 2024 wurden 118 Strukturprüfungen vorgenommen.

Außerdem gelten für Krankenhäuser Qualitätsvorgaben, die sich aus Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) ergeben. Auch ob die Kriterien diese Vorgaben erfüllt sind, wird vom Medizinischen Dienst im Auftrag der GKV kontrolliert. Im Jahr 2024 wurden 60 Qualitätskontrollen vorgenommen.



1.9 Beratung (Gesetzliche Krankenversicherung)

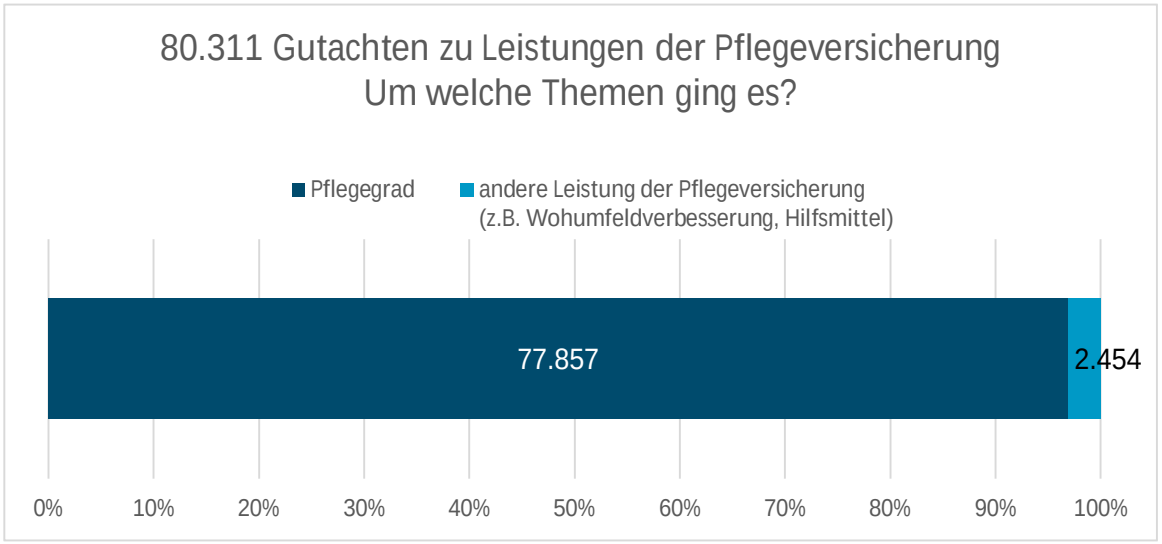
Der Medizinische Dienst ist nicht nur in der Einzelfallbegutachtung tätig, sondern berät die Krankenkassen auch zu Grundsatzfragen oder nimmt in ihrem Auftrag an Qualitäts-, Planungs- und Verhandlungsgremien teil. Dies sind zum Beispiel Qualitätskontrollen in Krankenhäusern und / oder ambulanten Einrichtungen, die die Landesgremien in Mecklenburg-Vorpommern gesetzlich festgelegt, durchführen müssen. Die Krankenkassen werden zum Beispiel bei Budgetverhandlungen unterstützt.

Im Jahr 2024 wurden mindestens 70 Personentage für solche Beratungsaufgaben aufgewandt.

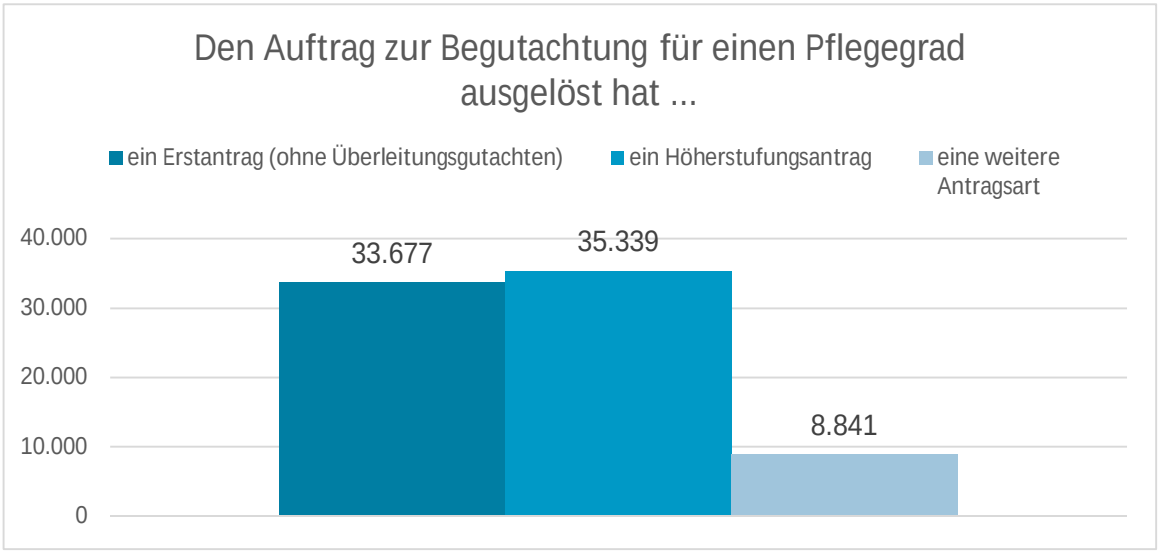
Ein Personentag entspricht 100% eines Arbeitstages mit 7,7 Stunden.

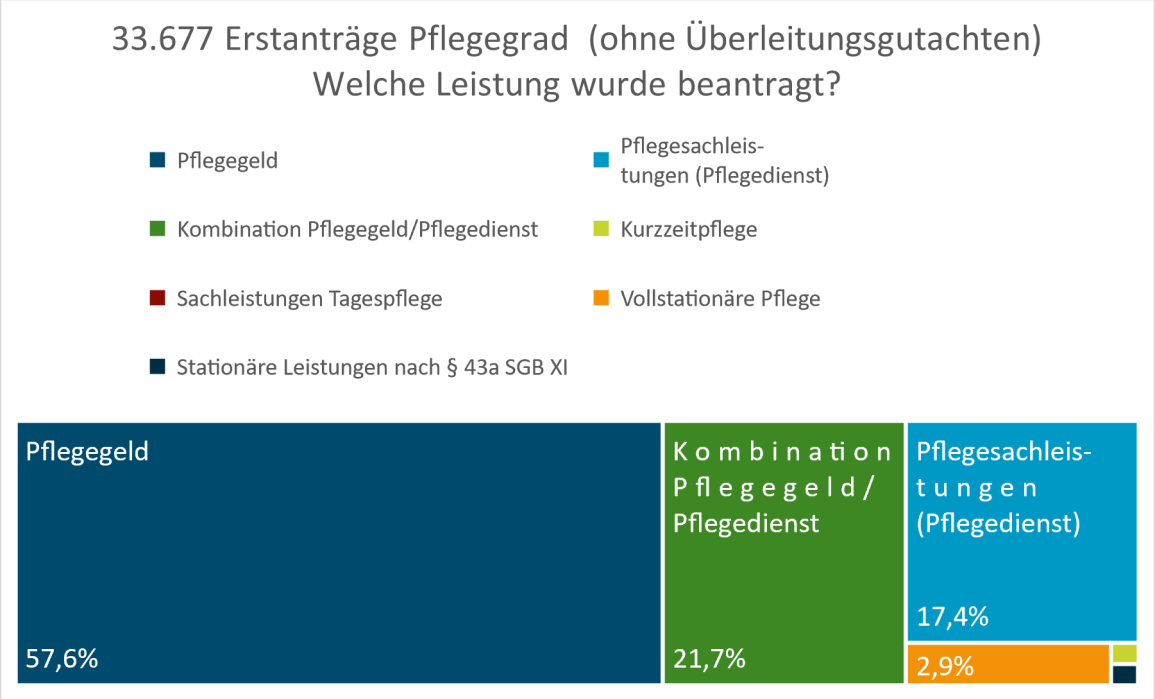
Geschäftsbereich Pflegeversicherung

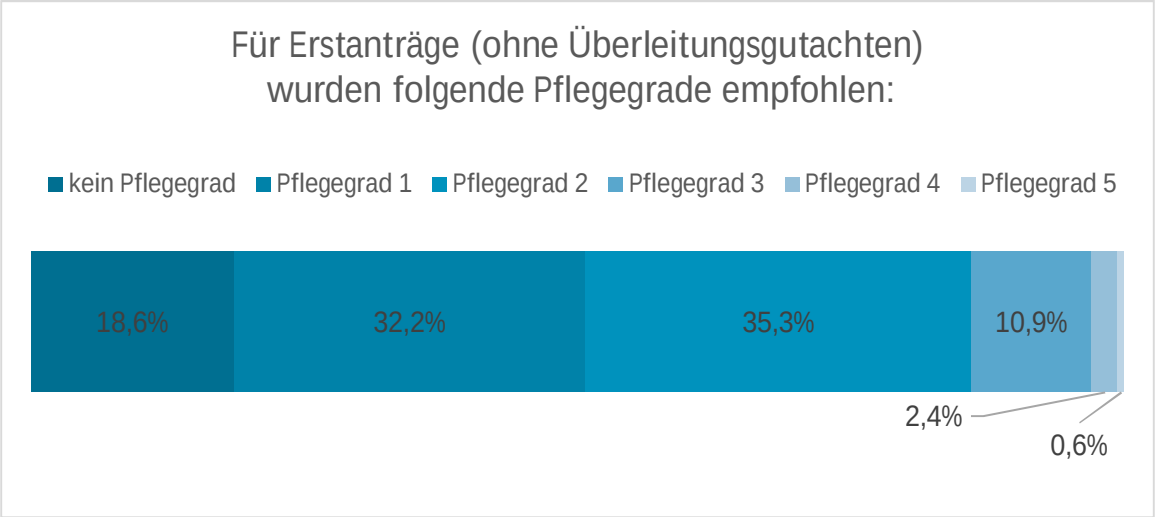
1.10 Pflegeeinzelfallbegutachtung



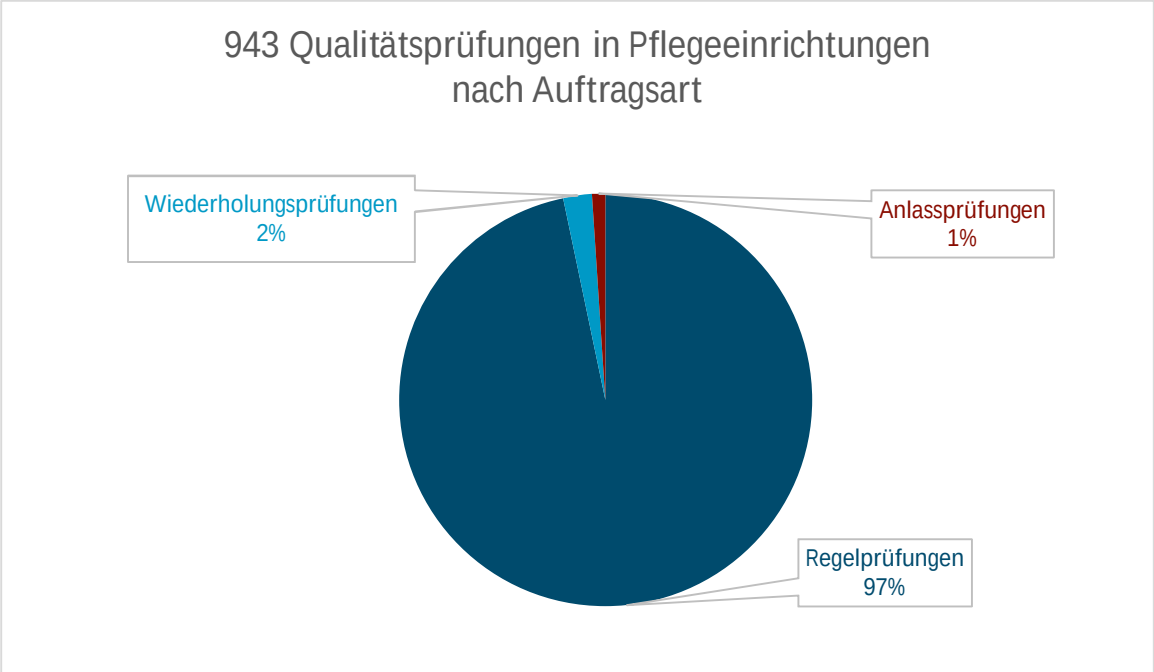
Wenn Menschen pflegebedürftig werden und Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch nehmen wollen, kommt die Begutachtung des Medizinischen Dienstes ins Spiel. Sie soll klären, wie hoch der Unterstützungsbedarf des oder der Versicherten ist und ob die Voraussetzungen für einen Pflegegrad vorliegen. Die Gutachterinnen und Gutachter empfehlen geeignete Heilmittel wie Physiotherapie und Ergotherapie und Pflegehilfsmittel oder Umbauten, die dem Versicherten mehr Selbstständigkeit ermöglichen oder die häusliche Pflege erleichtern.




33.677 Erstanträge Pflegegrad (ohne Überleitungsgutachten)
Welche Leistung wurde beantragt?
Pflegegeld
Pflegesachleis-tungen (Pflegedienst)
Kombination Pflegegeld/Pflegedienst
Kurzzeitpflege
Sachleistungen Tagespflege
Vollstationäre Pflege
Stationäre Leistungen nach § 43a SGB XI
Pflegegeld
57,6%
Kombination Pflegegeld/ Pflegedienst
21,7%
Pflegesachleis-tungen (Pflegedienst)
17,4%
2,9%


Für Erstanträge (ohne Überleitungsgutachten)
wurden folgende Pflegegrade empfohlen:
kein Pflegegrad
Pflegegrad 1
Pflegegrad 2
Pflegegrad 3
Pflegegrad 4
Pflegegrad 5
18,6%
32,2%
35,3%
10,9%
2,4%
0,6%

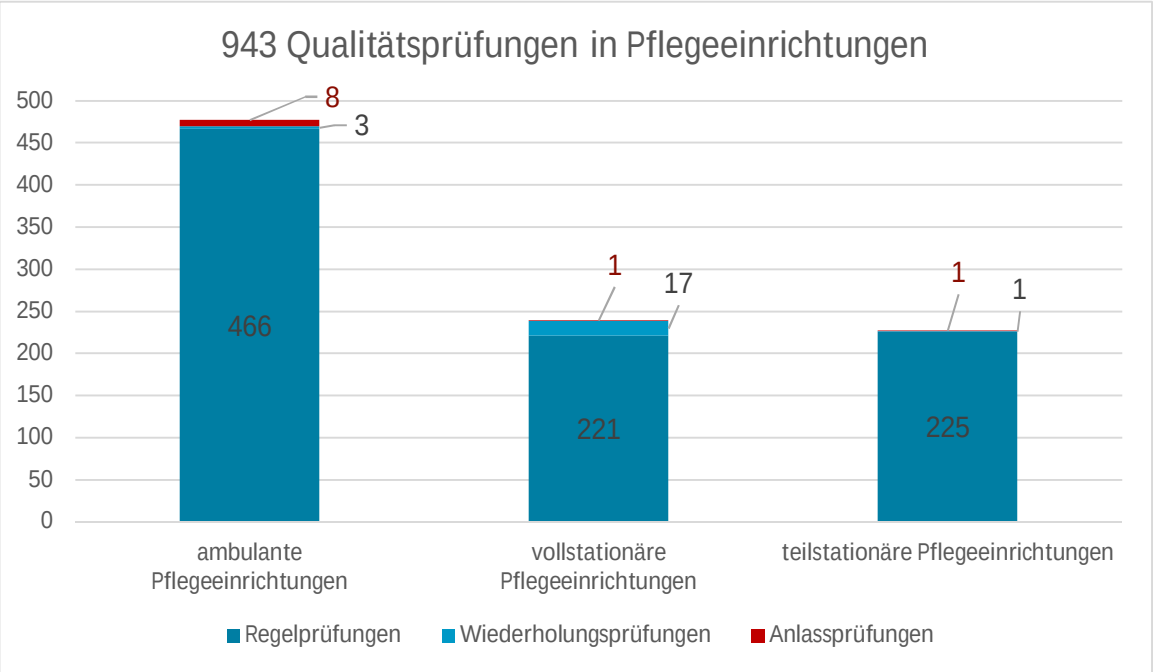
1.11 Qualitätsprüfung



Pflege muss sich an den individuellen Bedürfnissen der pflegedürftigen Menschen orientieren und auf der Basis medizinisch-pflegerischer Standards erfolgen. Ob diese Standards eingehalten werden, überprüft der Medizinische Dienst regelmäßig in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen sowie in Tagespflegeeinrichtungen.

Die Gutachterinnen und Gutachter im Fachbereich externe Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes Mecklenburg-Vorpommern haben 2024 alle beauftragten Prüfungen fristgerecht vorgenommen. Insgesamt haben sie 943 Prüfungen abgeschlossen.

912 Mal handelte sich um die im Jahr 2024 anfallenden Regelprüfungen, 21 Mal stand eine Wiederholungsprüfung an, um zu sicher zu gehen, dass frühere festgestellte Probleme behoben wurden. 10 Mal wurde der Medizinischen Dienst aus besonderem Anlass mit einer Prüfung beauftragt.



1.12 Beratung (Soziale Pflegeversicherung)

Der Medizinische Dienst ist nicht nur in der Einzelfallbegutachtung tätig, sondern berät die Pflegekassen auch zu Grundsatzfragen oder nimmt in ihrem Auftrag an Qualitäts-, Planungs- und Verhandlungsgremien teil.

Im Jahr wurden mindestens 22 Personentage für solche Beratungsaufgaben aufgewandt.

Ein Personentag entspricht 100% eines Arbeitstages mit 7,7 Stunden.