Medizinischer Dienst
Mecklenburg-Vorpommern

Begutachtung und Beratung

im Jahr 2025

Jahresbericht des Medizinischen Dienstes Mecklenburg-Vorpommern

IMPRESSUM

Herausgeber

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

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

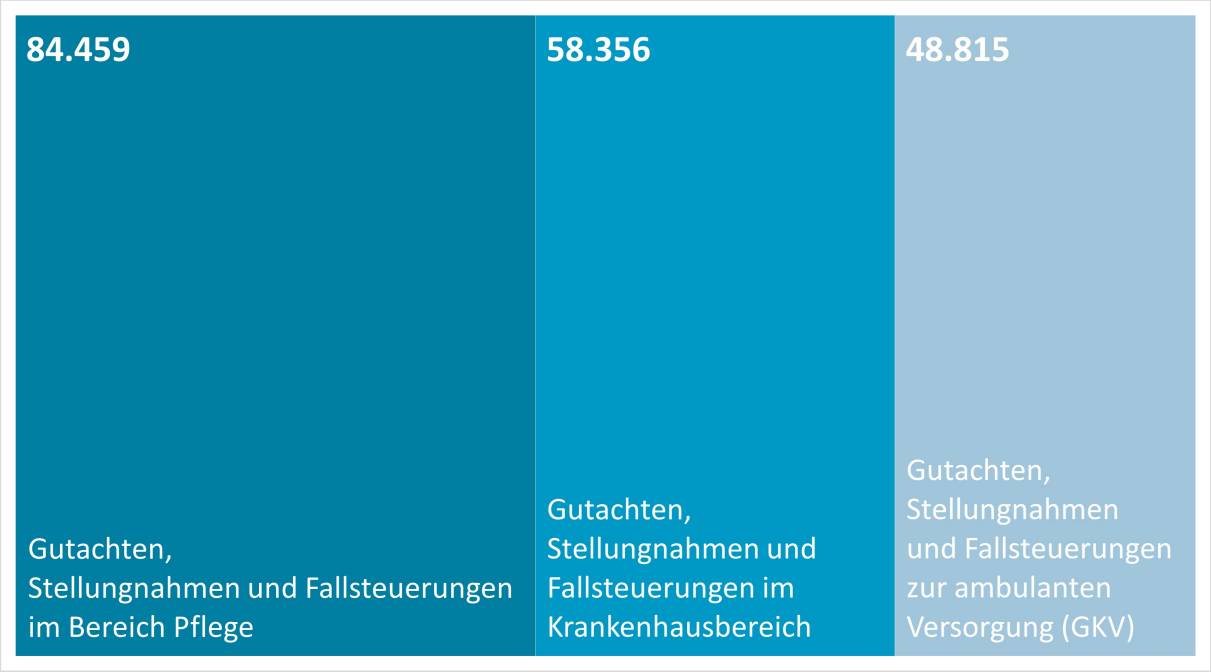
Schwerin, September 2026

Inhaltsverzeichnis

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 2025 haben die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes Mecklenburg-Vorpommern über 191.630 Einzelfall bezogene Gutachten, Stellungnahmen und Fallsteuerungen zu Fragen der Kranken- und Pflegeversicherung erstellt.



Überwiegend (in 160.786 Fällen) 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.

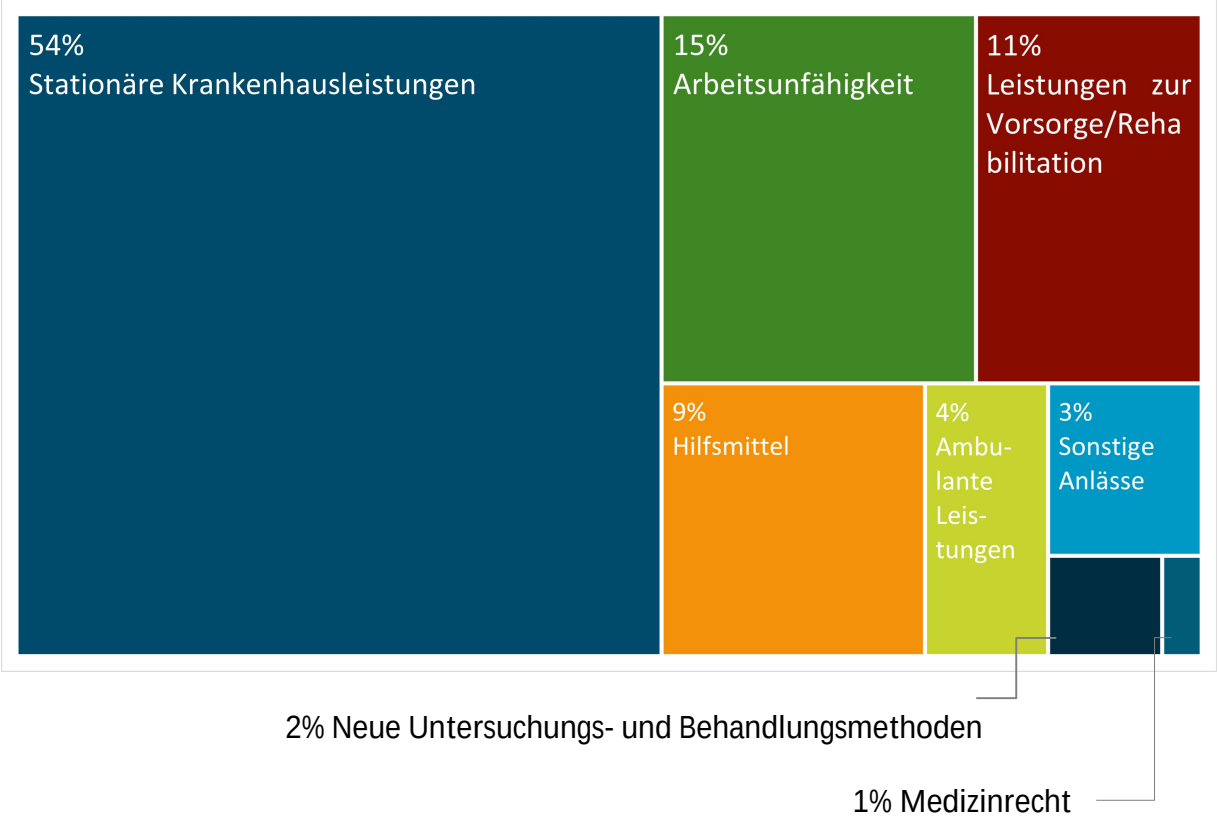
In 30.844 Fällen erstellten unsere Gutachterinnen und Gutachter Fallsteuerungen. Fallsteuerungen werden erstellt, wenn im Zuge der Fallauswahl eine ausführliche Begutachtung empfohlen wird, oder wenn eine Prüfung ergibt, dass weitere Unterlagen nötig sind, um eine fundierte Empfehlung aussprechen zu können.
Auch Fallsteuerungen können aufwändige Leistungen sein – etwa wenn umfangreiche Unterlagen zu sichten sind.

Verteilung auf Themen der Gesetzlichen Krankenversicherung

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

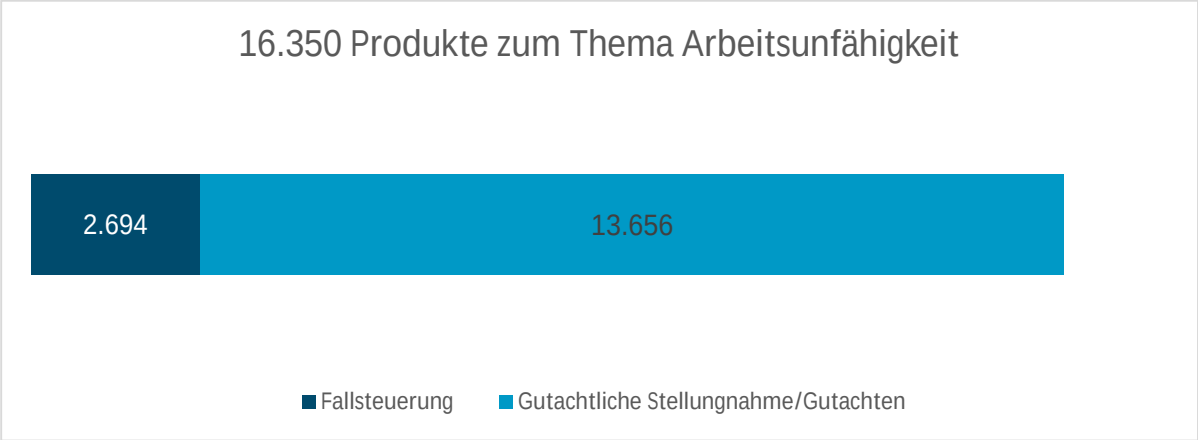
Der Krankenhausbereich mit den Prüfungen von Krankenhausabrechnungen war hier das mit Abstand auftragsstärkste Arbeitsfeld.

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

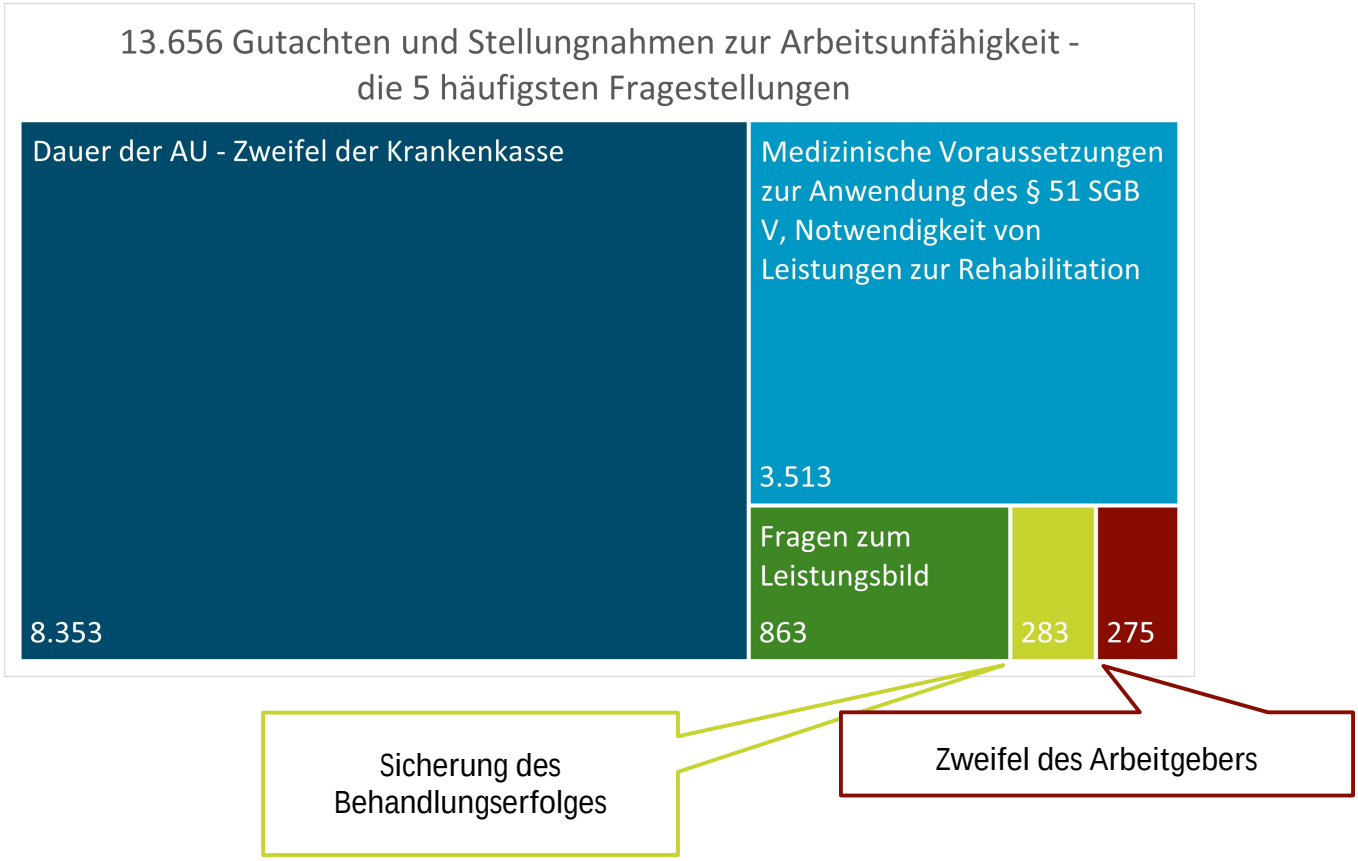
1.1 Arbeitsunfähigkeit (AU)

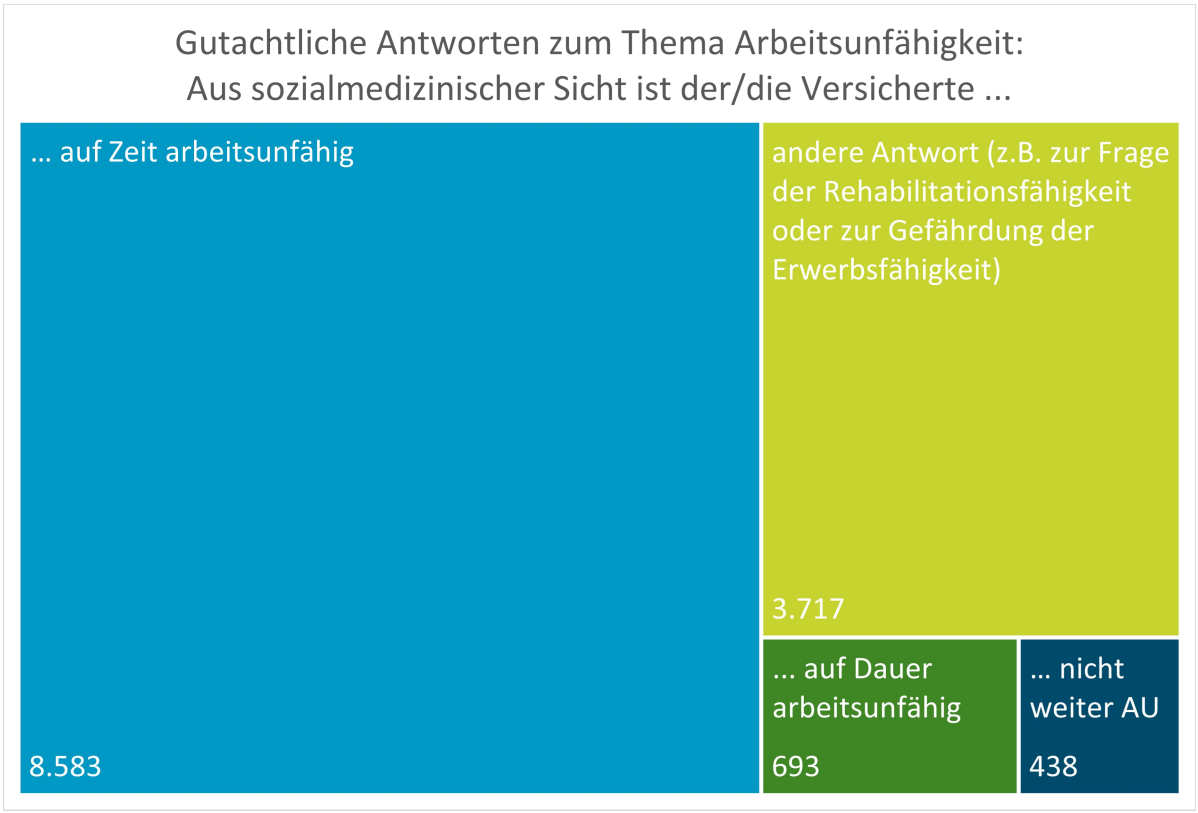


Der Medizinische Dienst wird mit Begutachtungen beauftragt, die die aktuelle Arbeitsunfähigkeit von gesetzlich Krankenversicherten betreffen. In bestimmten Fällen müssen Krankenkassen eine attestierte Arbeitsunfähigkeit überprüfen lassen. Das betrifft zum Beispiel medizinische Unklarheiten, wenn sichergestellt 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. Die Zahl der fallabschließenden Begutachtungen in diesem Arbeitsfeld hat gegenüber dem Vorjahr um 15,7 % zugenommen.

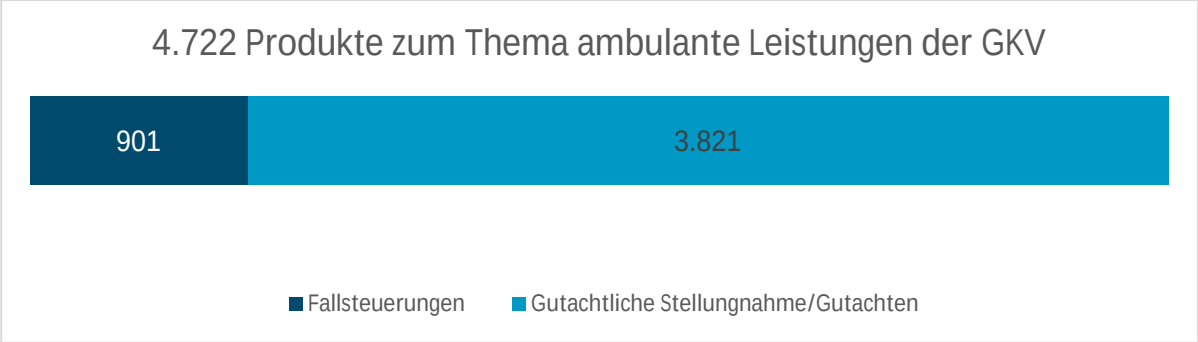
Typische Fragestellung bei Langzeit-Arbeitsunfähigkeit:

Kann mit einer stufenweisen Wiedereingliederung die Rückkehr ins Arbeitsleben gelingen?


13.656 Gutachten und Stellungnahmen zur Arbeitsunfähigkeit - die 5 häufigsten Fragestellungen
Dauer der AU - Zweifel der Krankenkasse
8.353
Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation
3.513
Fragen zum Leistungsbild
863
283
275
Sicherung des Behandlungserfolges
Zweifel des Arbeitgebers


Gutachtliche Antworten zum Thema Arbeitsunfähigkeit: Aus sozialmedizinischer Sicht ist der/die Versicherte ...
... auf Zeit arbeitsunfähig
8.583
andere Antwort (z.B. zur Frage der Rehabilitationsfähigkeit oder zur Gefährdung der Erwerbsfähigkeit)
3.717
... auf Dauer arbeitsunfähig
693
... nicht weiter AU
438

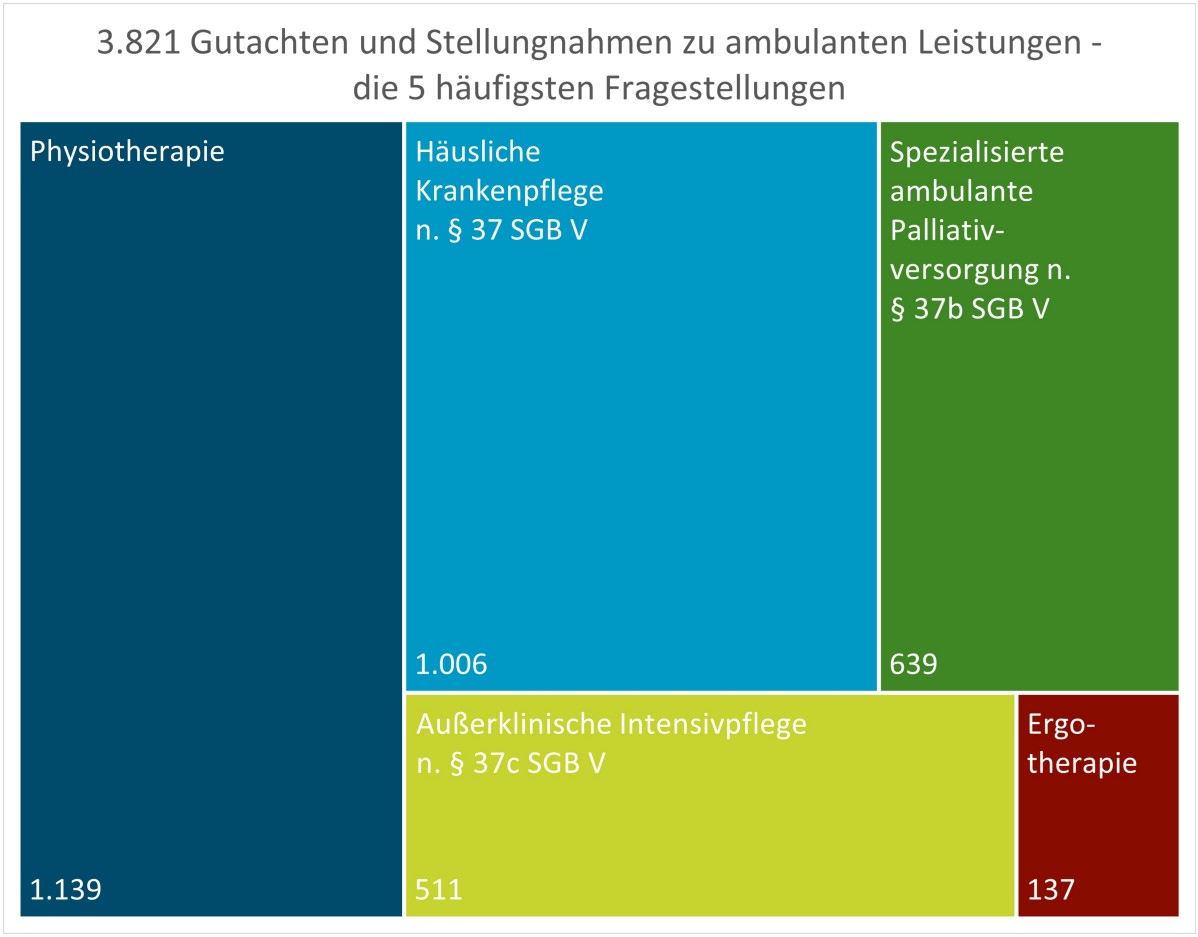
1.2 Ambulante Leistungen der GKV

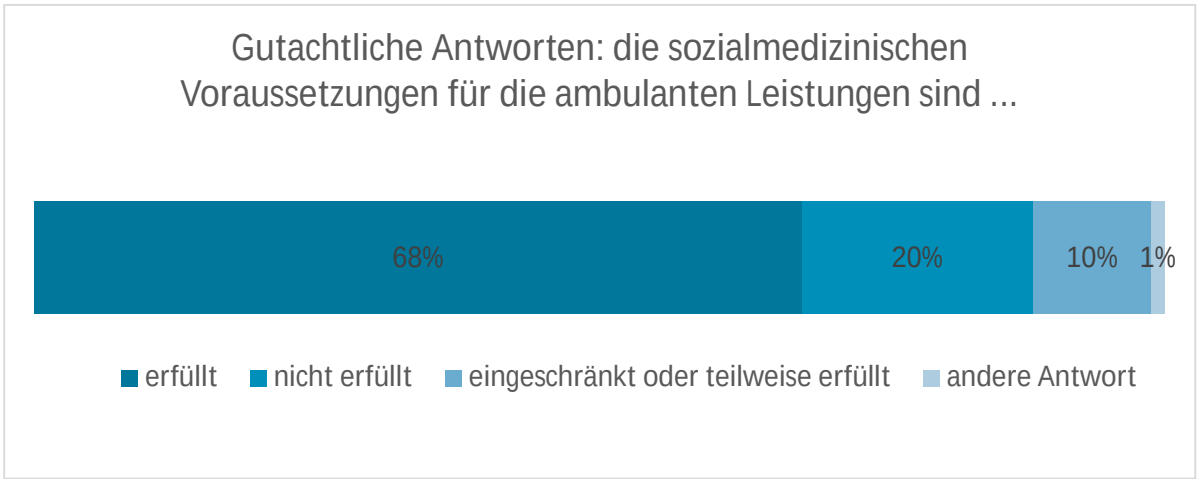


Der Medizinische Dienst beantwortet viele verschiedene Fragestellungen der Krankenkassen, die ambulante Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) betreffen. Ein großes Arbeitsfeld sind Heilmittel (z.B. Physio- und Ergotherapie, Logopädie). Aber auch die häusliche Krankenpflege, Außerklinische Intensivpflege (AKI) und spezialisierte Palliativversorgung gehören zu den ambulanten Leistungen.
Begutachtungsaufträge zu häuslicher Krankenpflege, Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung und Außerklinischen Intensivpflege nahmen zu. Insgesamt ist die Zahl der fallabschließenden Begutachtungen in diesem Arbeitsfeld gegenüber dem Vorjahr rückläufig. Es wurden 8,1 % weniger Gutachten und gutachtliche Stellungnahmen erstellt. Das lag an einem deutlich reduzierten Auftragsaufkommen für Begutachtungen zu Physio- und Ergotherapie.

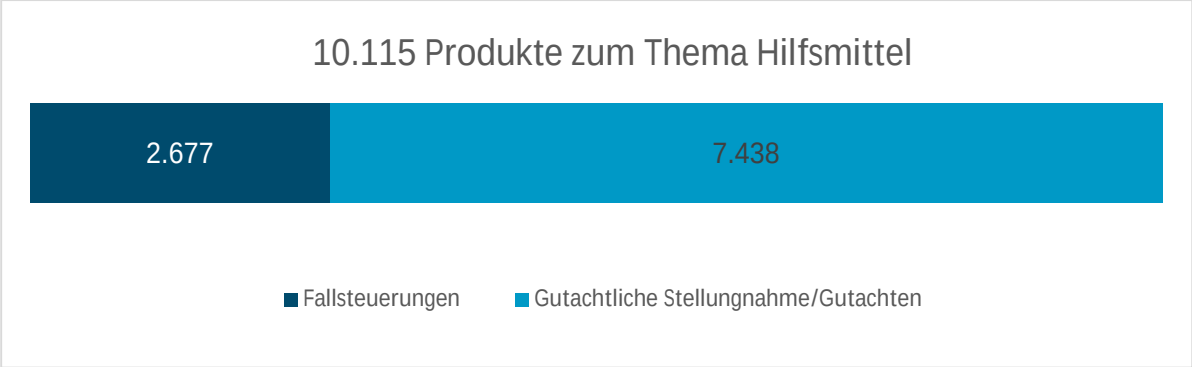
Typische Fragestellung zu ambulanten Leistungen der GKV:

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


3.821 Gutachten und Stellungnahmen zu ambulanten Leistungen - die 5 häufigsten Fragestellungen
Physiotherapie
1.139
Häusliche Krankenpflege n. § 37 SGB V
1.006
Spezialisierte ambulante Palliativ-versorgung n. § 37b SGB V
639
Außerklinische Intensivpflege n. § 37c SGB V
511
Ergo-therapie
137


Gutachtliche Antworten: die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die ambulanten Leistungen sind ...
68%
20%
10%
1%
erfüllt
nicht erfüllt
eingeschränkt oder teilweise erfüllt
andere Antwort

1.3 Hilfsmittel

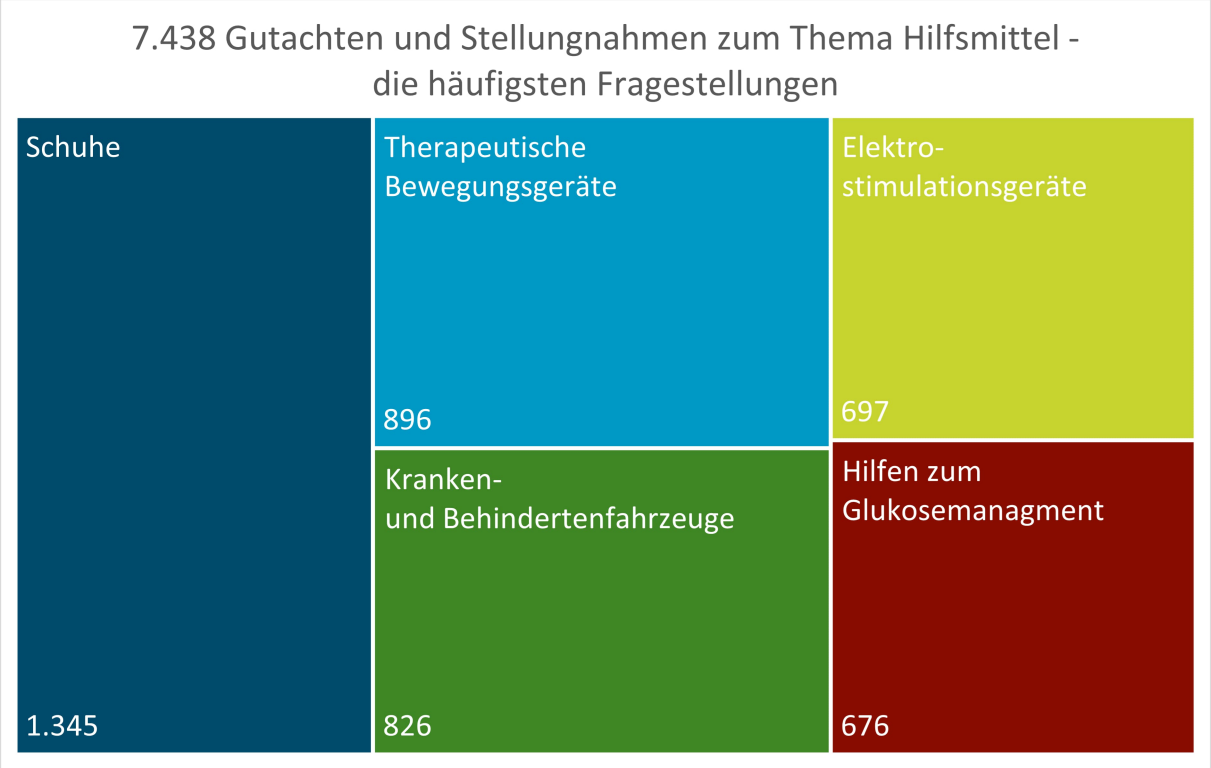


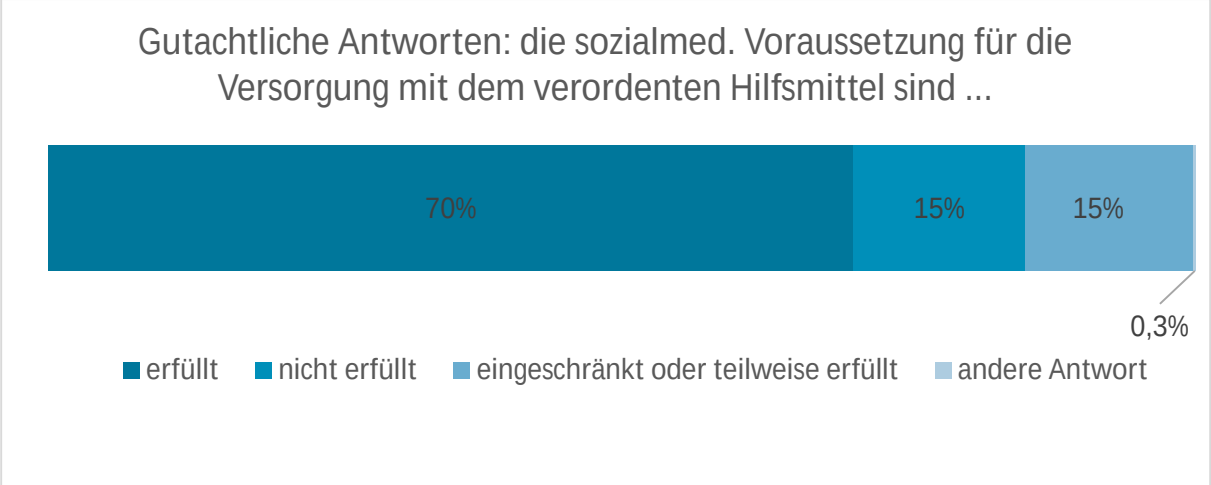
Hilfsmittel sind medizinische, orthopädische oder andere Hilfen, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine bereits vorhandene Behinderung ausgleichen. Dazu gehören zum Beispiel Rollatoren und Rollstühle, Stoma-Artikel, Insulinpumpen oder Prothesen. 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 vorzubeugen oder seine/ihre Behinderung auszugleichen. Die Beauftragung zu Hilfsmittelthemen wächst seit mehreren Jahren stetig an. In 2025 wurden 9,2 % mehr Gutachten und gutachtliche Stellungnahmen in diesem Arbeitsfeld erstellt. Deutlich zugenommen haben die Begutachtungen zu Hilfsmitteln zum Glukosemanagement – diese haben die Orthesen von Platz 5 der häufigsten Begutachtungsthemen verdrängt. Aber auch die Zahl der Begutachtungen zum Thema Orthesen ist gegenüber dem Vorjahr angewachsen.

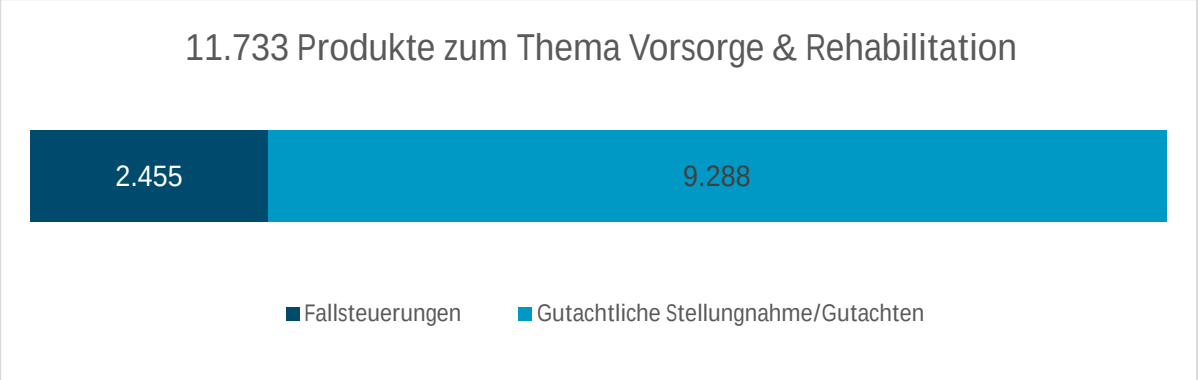
Typische Fragestellung zu einem Hilfsmittel:

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?


7.438 Gutachten und Stellungnahmen zum Thema Hilfsmittel - die häufigsten Fragestellungen
Schuhe
1.345
Therapeutische Bewegungsgeräte
896
Elektro-stimulationsgeräte
697
Kranken- und Behindertenfahrzeuge
826
Hilfen zum Glukosemanagment
676


Gutachtliche Antworten: die sozialmed. Voraussetzung für die Versorgung mit dem verordenten Hilfsmittel sind ...
70%
15%
15%
0,3%
erfüllt
nicht erfüllt
eingeschränkt oder teilweise erfüllt
andere Antwort

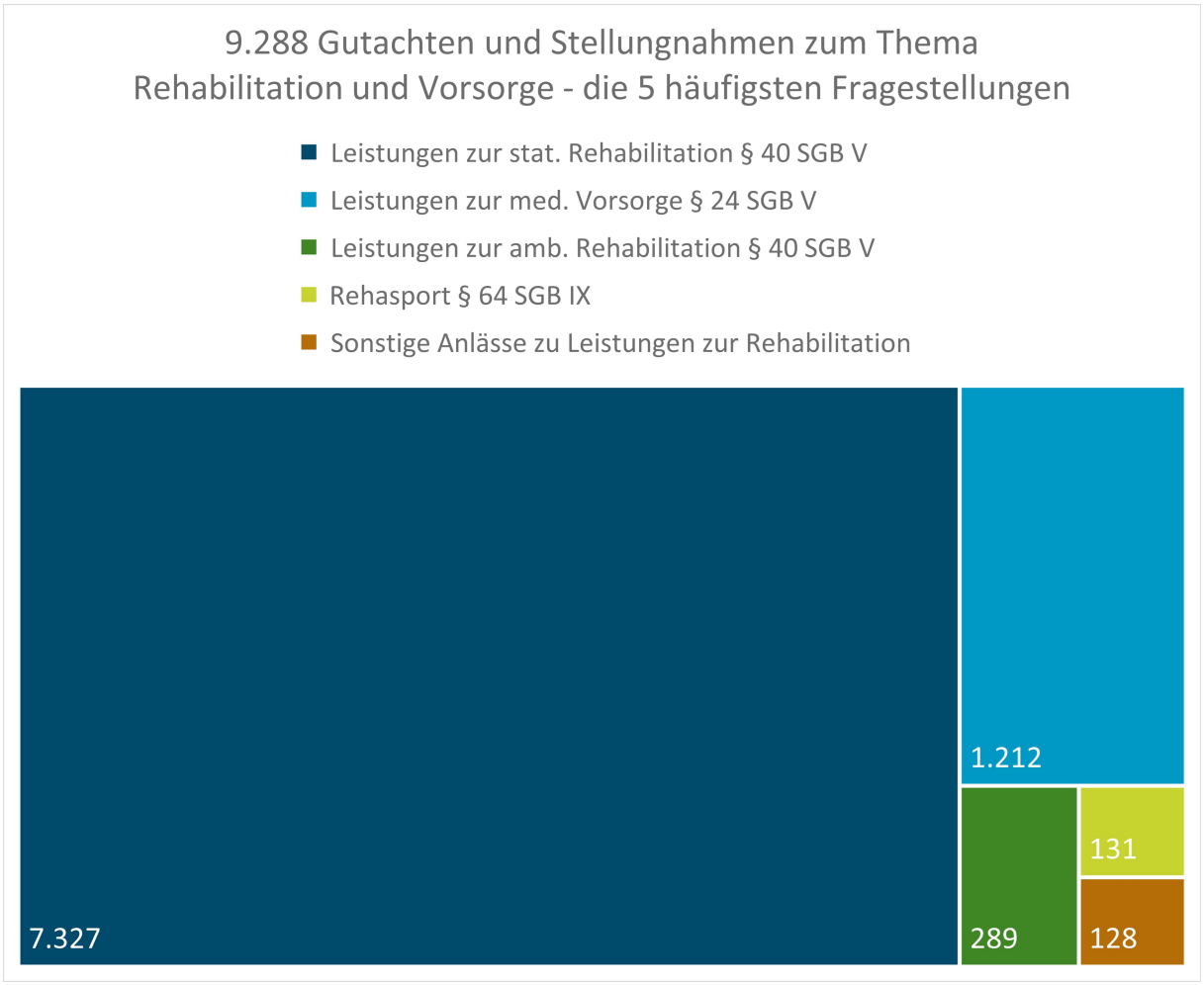
1.4 Rehabilitation und Vorsorge

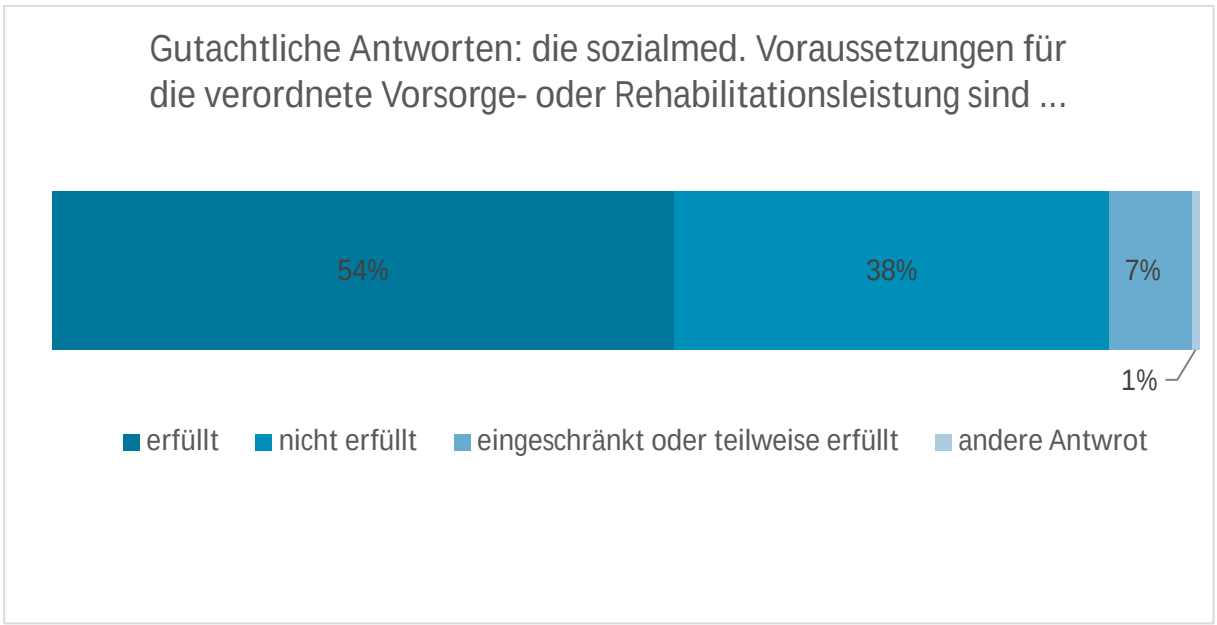


Rehabilitation und Vorsorge sind verschiedene aufeinander abgestimmte therapeutische Maßnahmen, die von einem multiprofessionellen Team erbracht werden. Ziel dieser Leistungen ist es, gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu vermindern oder ganz zu beseitigen. Der Medizinische 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. Die Beauftragung zu den Themen Rehabilitation und Vorsorge sind gegenüber dem Vorjahr rückläufig. Dies hat vor allem mit Umstrukturierungen auf Krankenkassenseite zu tun, durch die ein Teil der bisher in M-V bearbeiteten Aufträge weggefallen ist. Gegenüber dem Vorjahr wurden 17,5 % weniger Gutachten und Stellungnahmen zu diesem Themenfeld erstellt.

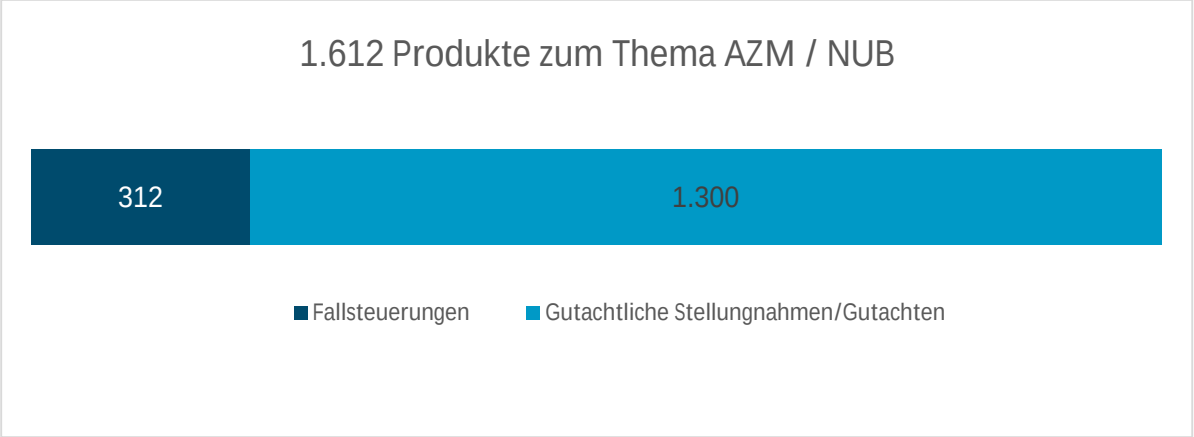
Typische Fragestellung zu einer Rehabilitationsmaßnahme:

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


9.288 Gutachten und Stellungnahmen zum Thema 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
Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Rehabilitation
7.327
1.212
289
131
128


Gutachtliche Antworten: die sozialmed. Voraussetzungen für die verordnete Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung sind ...
54%
38%
7%
1%
erfüllt
nicht erfüllt
eingeschränkt oder teilweise erfüllt
andere Antwrot

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

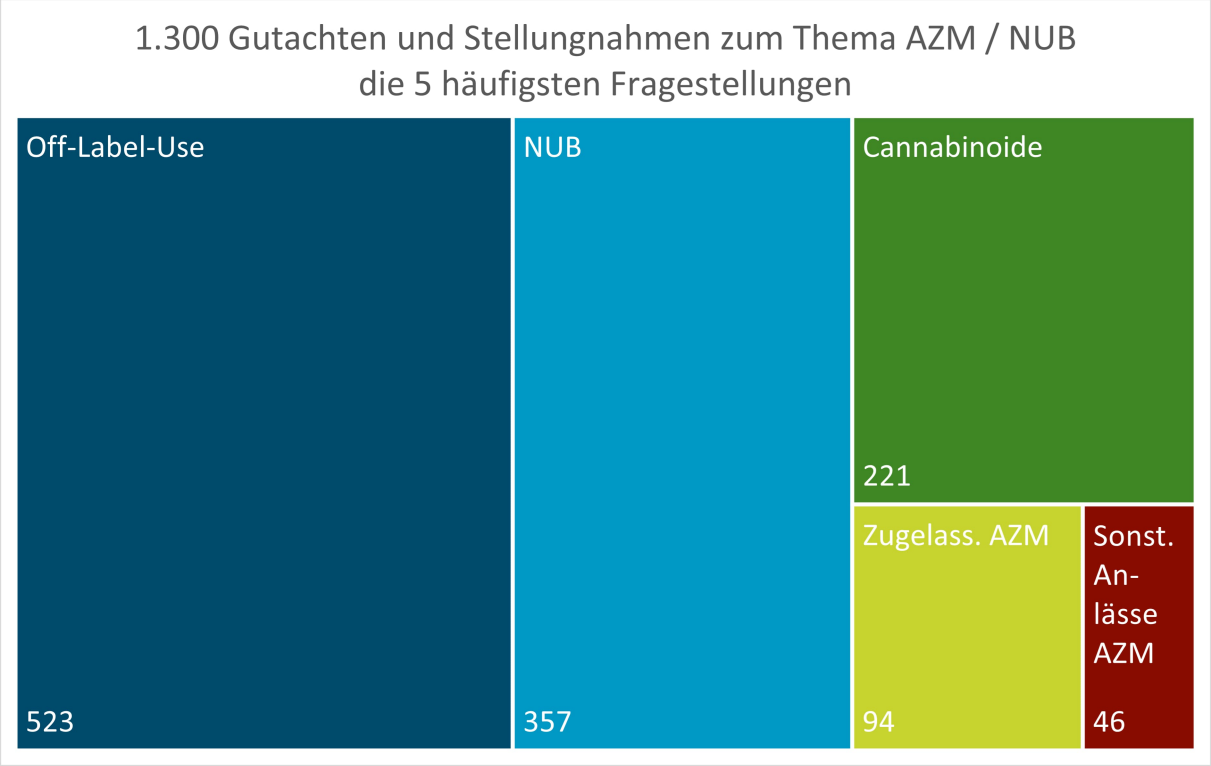


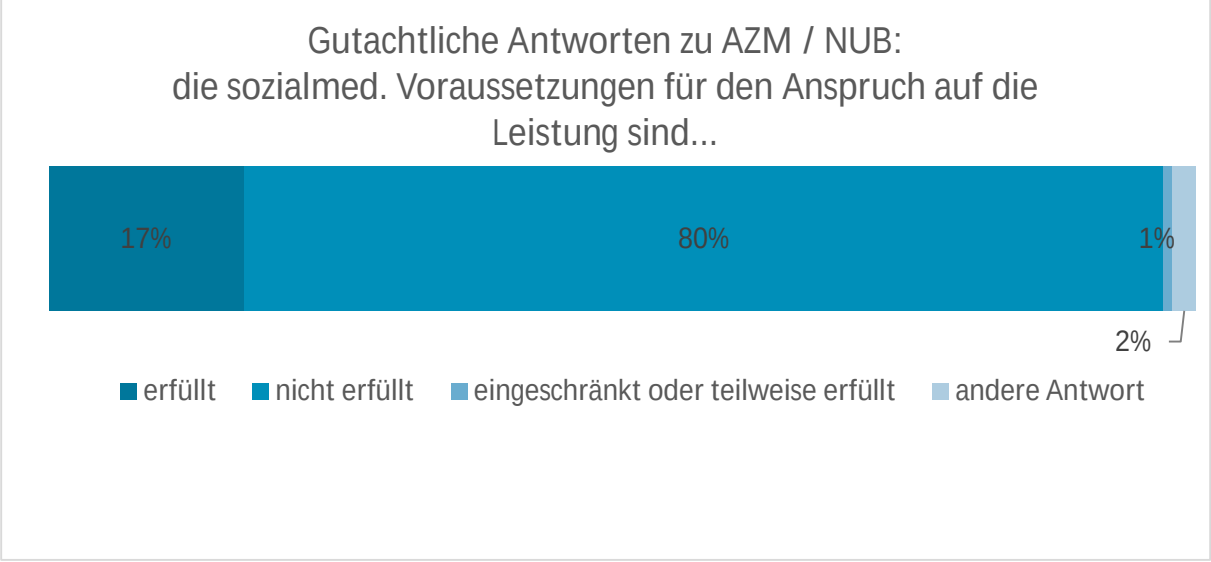
Begutachtungen zum Thema Arzneimittel betreffen zum Beispiel die Frage, ob die Krankenkasse die Kosten übernehmen muss, wenn ein Medikament für ein Krankheitsbild eingesetzt werden soll, für das es nicht oder bisher noch nicht zugelassen wurde (Off-Label-Use).

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.

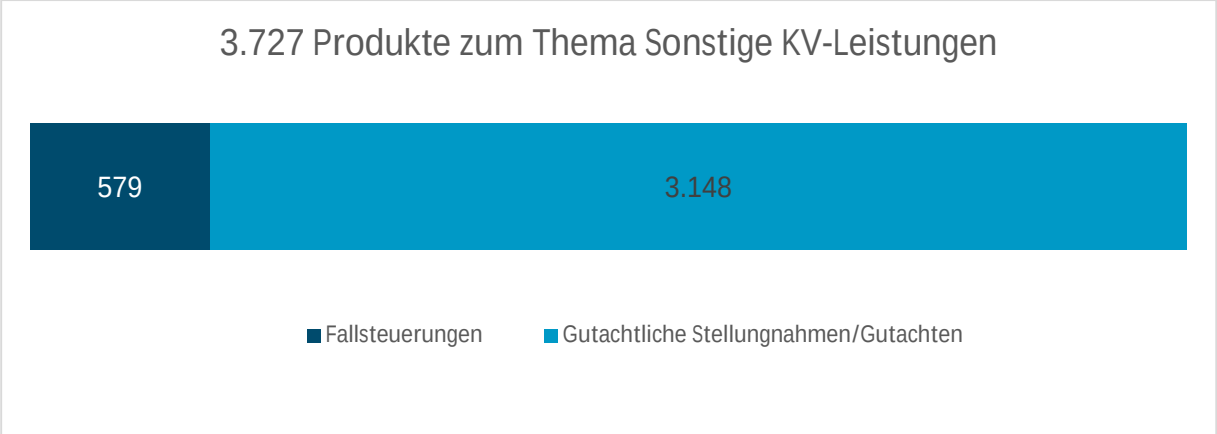
Die Gutachterinnen und Gutachter müssen die komplexen gesetzlichen Rahmenbedingungen, die aktuelle wissenschaftliche Erkenntnislage und die individuelle Situation des oder der Versicherten in ihrer Beurteilung berücksichtigen.

Bei den Auftragszahlen in diesem Themenfeld sehen wir wiederkehrend geringe Schwankungen: Neuentwicklungen auf dem Arzneimittelmarkt und neue Therapieformen können in diesem Bereich zu Auftragssteigerungen führen. Werden neue Medikamente oder Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen, kann die Beauftragung zu diesen Anlässen wieder sinken. Gegenüber dem Vorjahr nahmen die Begutachtungen zu Off-Label-Use zu, die Begutachtungen zu Cannabinoiden und Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) nahmen ab. 2025 lag die Zahl der Gutachten und Stellungnahmen in diesem Themenfeld 9 % unter dem Vorjahreswert.


1.300 Gutachten und Stellungnahmen zum Thema AZM / NUB
die 5 häufigsten Fragestellungen
Off-Label-Use
523
NUB
357
Cannabinoide
221
Zugelass. AZM
94
Sonst. An-lässe AZM
46

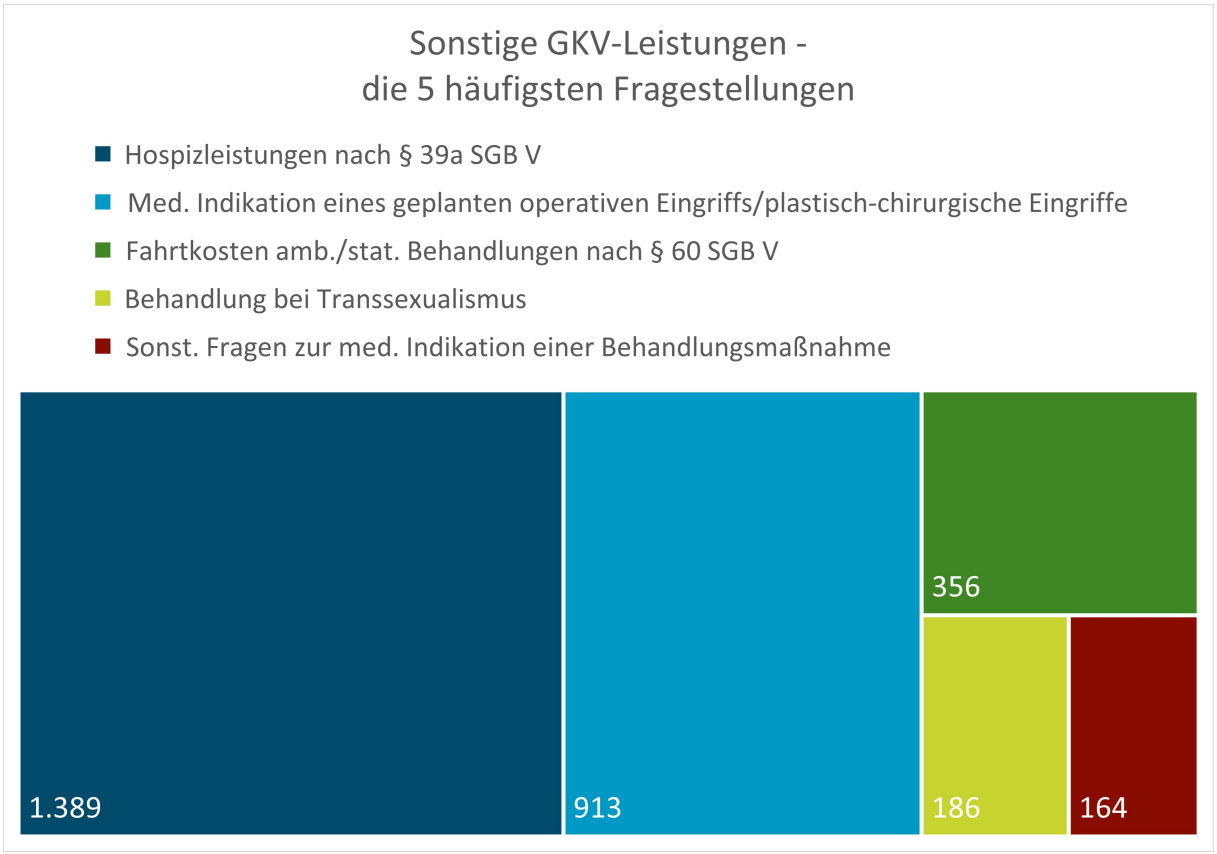

Gutachtliche Antworten zu AZM / NUB:
die sozialmed. Voraussetzungen für den Anspruch auf die Leistung sind...
17%
80%
1%
2%
erfüllt
nicht erfüllt
eingeschränkt oder teilweise erfüllt
andere Antwort

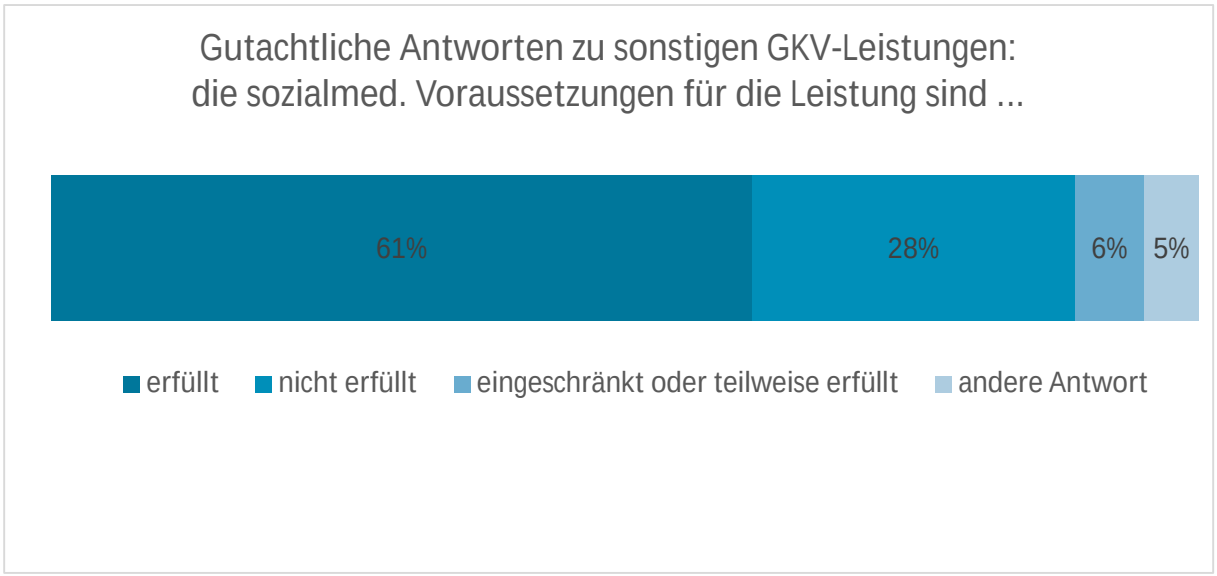
1.6 Sonstige GKV-Leistungen



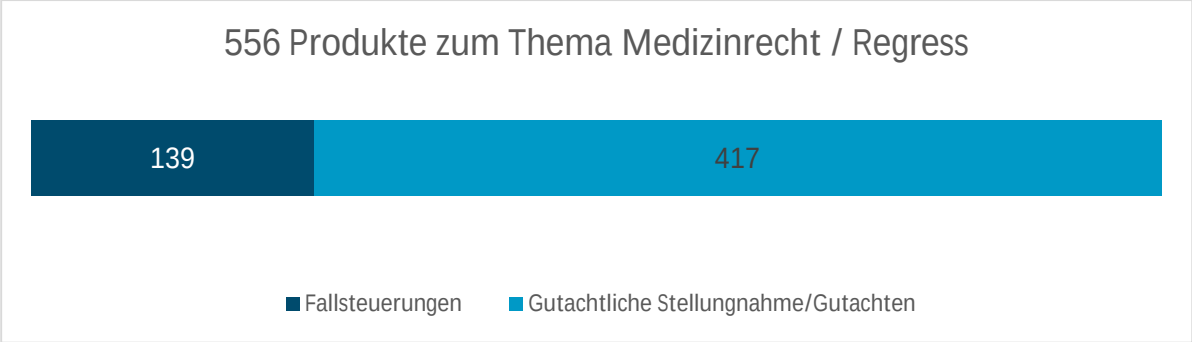
Übernimmt die Krankenkasse die Kosten eines Aufenthaltes im Hospiz? Ist eine plastisch-chirurgische Operation medizinisch notwendig? Hat der oder die Versicherte Anspruch auf Übernahme der Fahrtkosten zu einer Behandlung? Das sind typische Fragestellungen im Themenfeld „Sonstige GKV-Leistungen“. Auch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

Die Zahl der Gutachten und Stellungnahmen in diesem Themenfeld lag 1 % unter dem des Vorjahreswert.


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
1.389
913
356
186
164

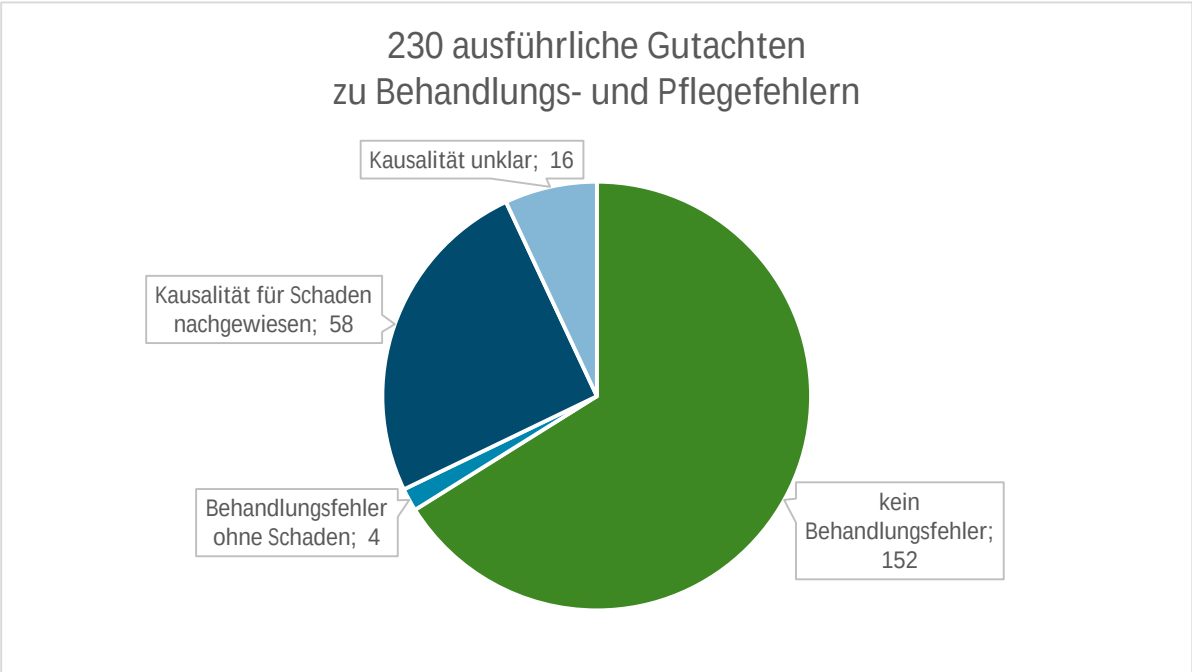

Gutachtliche Antworten zu sonstigen GKV-Leistungen:
die sozialmed. Voraussetzungen für die Leistung sind ...
61%
28%
6%
5%
erfüllt
nicht erfüllt
eingeschränkt oder teilweise erfüllt
andere Antwort

1.7 Medizinrecht / Regress



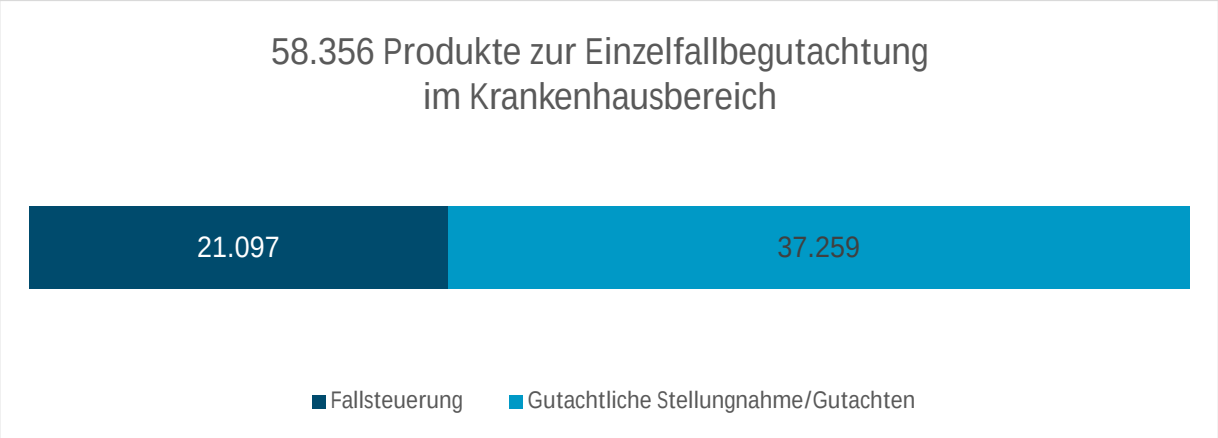
Zum Thema Medizinrecht gehören Fragen zur Abgrenzung der Kostenträgerschaft und zu Ersatzansprüchen. Das größte Arbeitsfeld sind jedoch Begutachtungen zu vermuteten Behandlungs- oder Pflegefehlern. Gesetzlich krankenversicherte Patienten und Patientinnen, die vermuten, einen Behandlungs- oder Pflegefehler 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 2025 hat der Medizinische Dienst 230 ausführliche Gutachten zu vermuteten Behandlungs- oder Pflegefehlern erstellt. In 152 Fällen ergab die Prüfung, dass kein Behandlungsfehler vorlag. In 58 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



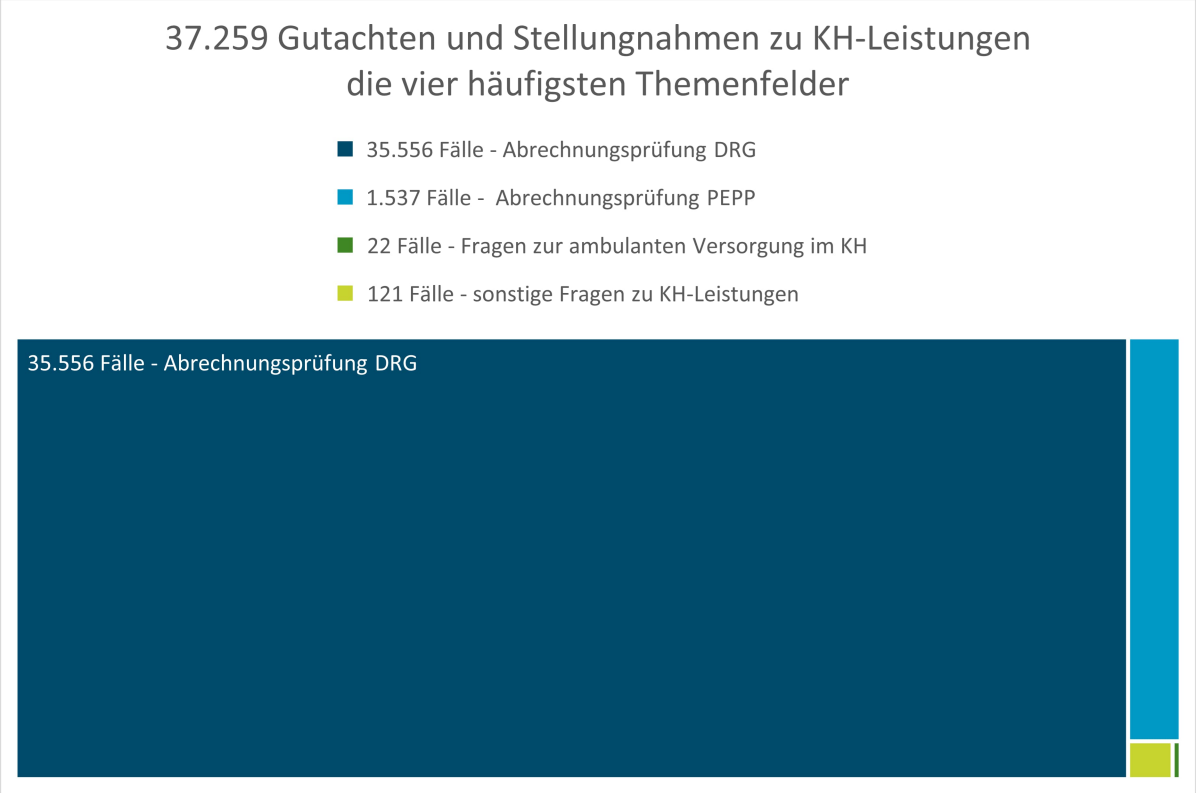
Bei der Einzelfallbegutachtung im Krankenhausbereich geht es vor allem um die Prüfung von Krankenhausabrechnung nach Fallpauschalen (DRG/PEPP). Wie viele Rechnungen die Krankenkassen dem Medizinischen Dienst pro Krankenhaus vorlegen dürfen, richtet sich nach gesetzlich geregelten Prüfquoten.

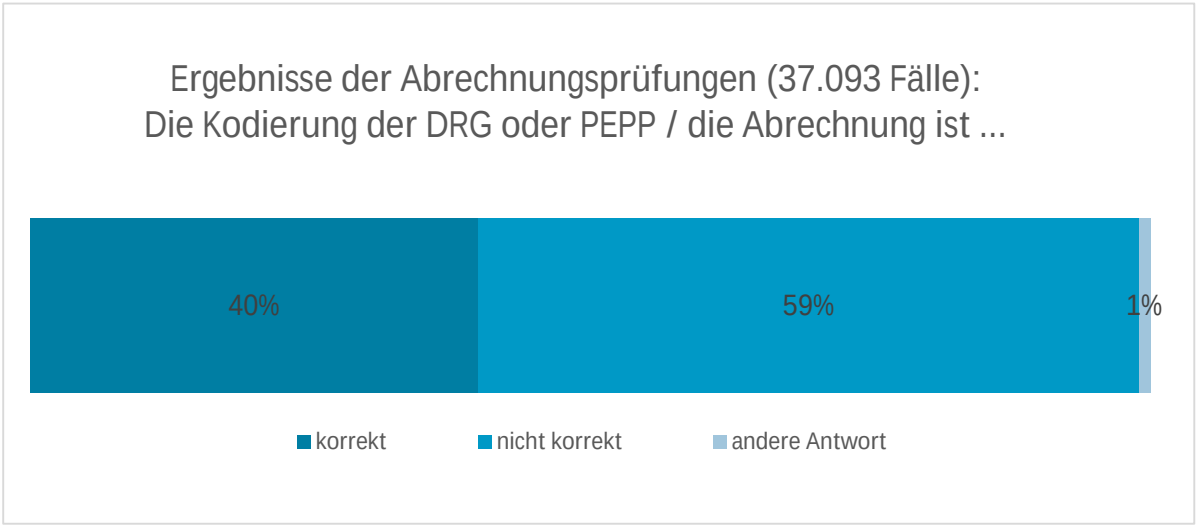
Wenige Begutachtungsaufträge betreffen außerdem vor- und nachstationäre Behandlungen oder ambulante Versorgung im Krankenhaus.

In diesem Themenfeld nahm die Beauftragung um 5,6 % zu, womit der Anstieg auf eine starke Zunahme bei den Fallsteuerungen zurückzuführen ist. Stärker als in den Vorjahren machten die Krankenkassen wieder bei der Fallauswahl Gebrauch von der Unterstützung des Medizinischen Dienstes Mecklenburg-Vorpommern.

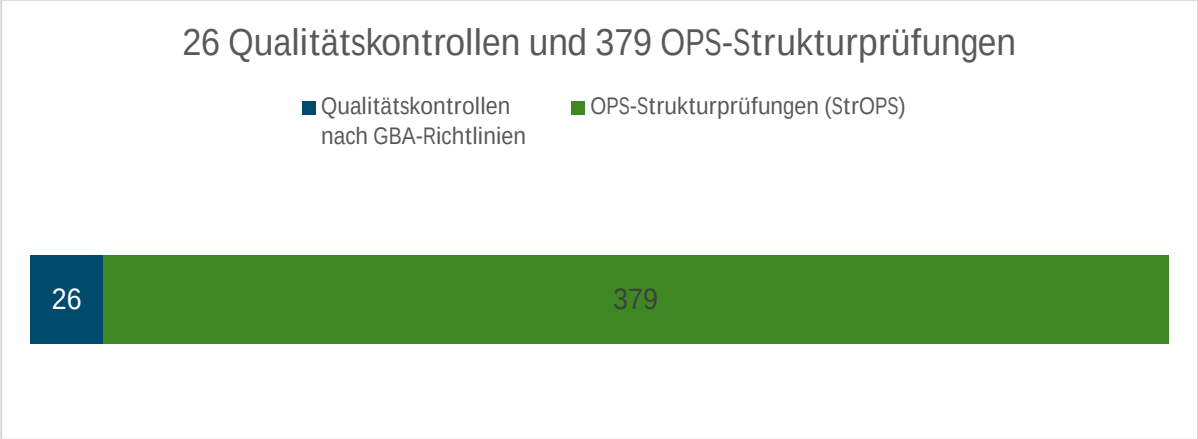
Typische Fragen einer DRG-Abrechnungsprüfung:

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?


37.259 Gutachten und Stellungnahmen zu KH-Leistungen
die vier häufigsten Themenfelder
35.556 Fälle - Abrechnungsprüfung DRG
1.537 Fälle - Abrechnungsprüfung PEPP
22 Fälle - Fragen zur ambulanten Versorgung im KH
121 Fälle - sonstige Fragen zu KH-Leistungen
35.556 Fälle - Abrechnungsprüfung DRG

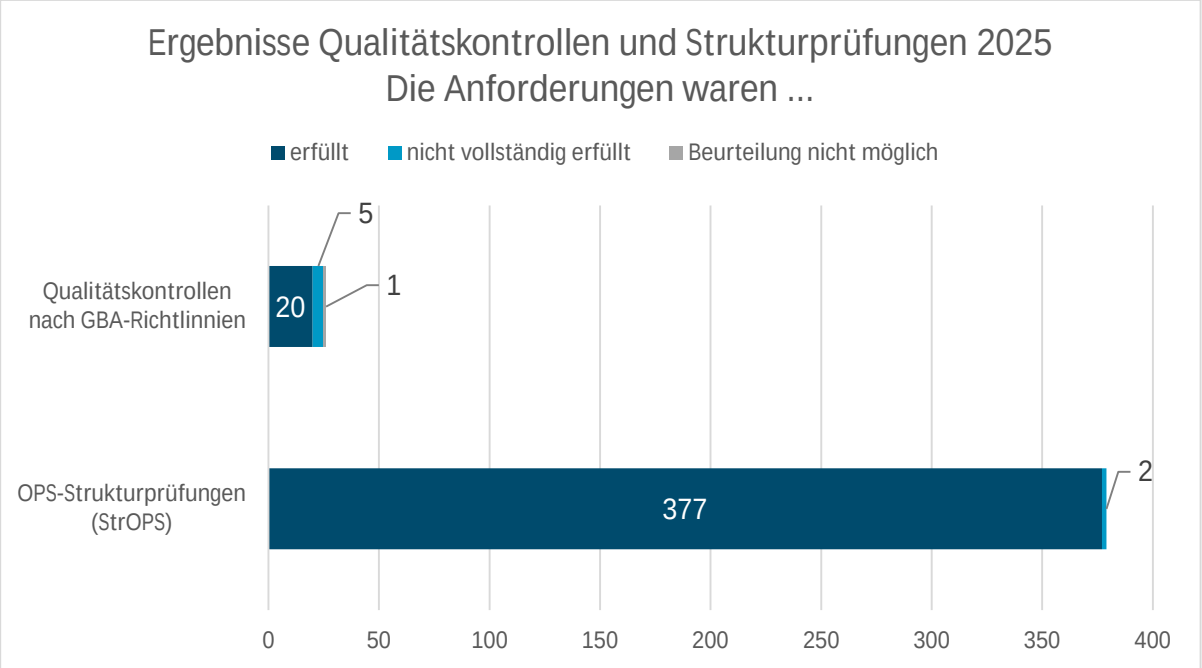

Ergebnisse der Abrechnungsprüfungen (37.093 Fälle):
Die Kodierung der DRG oder PEPP / die Abrechnung ist ...
40%
59%
1%
korrekt
nicht korrekt
andere Antwort

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. 2025 wurden 379 Strukturprüfungen vorgenommen (2024: 118).

Außerdem gelten für Krankenhäuser Qualitätsvorgaben, die sich aus Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ergeben. Ob diese Vorgaben erfüllt sind, wird vom Medizinischen Dienst im Auftrag der GKV kontrolliert. Im Jahr 2025 wurden 26, teils sehr aufwändige, Qualitätskontrollen vorgenommen (2024: 60). Wie viele Kontrollen beauftragt



werden, hängt von einer Stichproben-Ziehung ab. Dabei ermittelt das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) jährlich bundesweit, welche Krankenhäuser für die Kontrollen der Notfall-Stufen an der Reihe sind.

Bereits im Jahr 2025 angelaufen sind auch Vorbereitungen zu den aufwändigen Leistungsgruppenprüfungen im Kontext der Krankenhausreform. Daten aus jüngeren Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen dürfen für diese Prüfungen genutzt werden.

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. Auch die Unterstützung der Krankenkassen bei Budgetverhandlungen zählt zu den Beratungen.

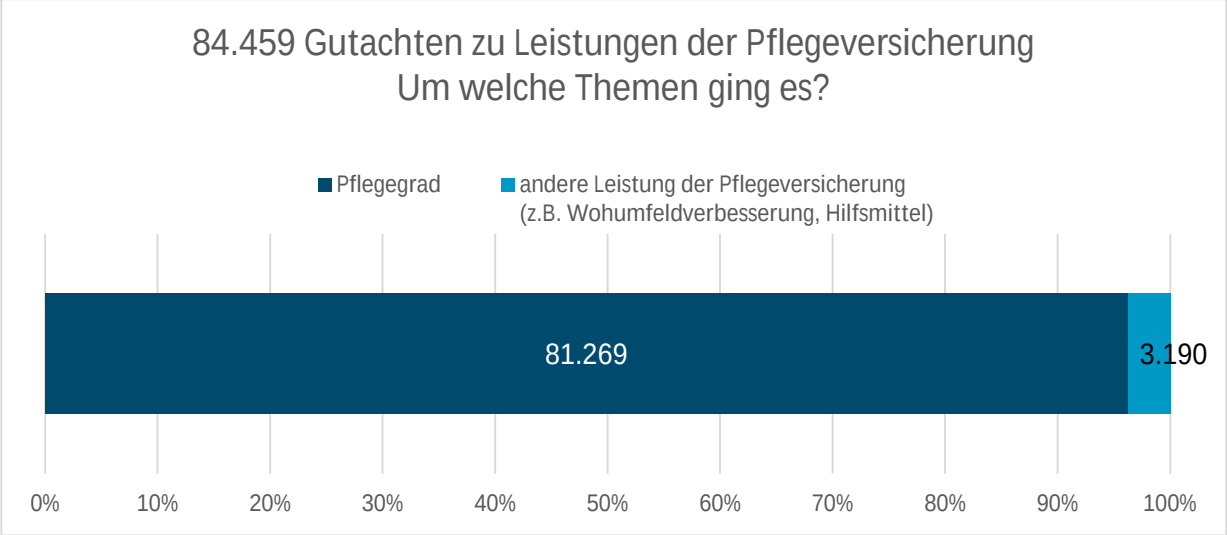
Inklusive der Vorbereitung der Leistungsgruppenprüfungen wurden im Jahr 2025 mindestens 177 Personentage (2024: 70) für solche Beratungsaufgaben aufgewandt.

Der Zeitaufwand für Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen nach G-BA-Richtlinien ist in dieser Berechnung nicht berücksichtigt.

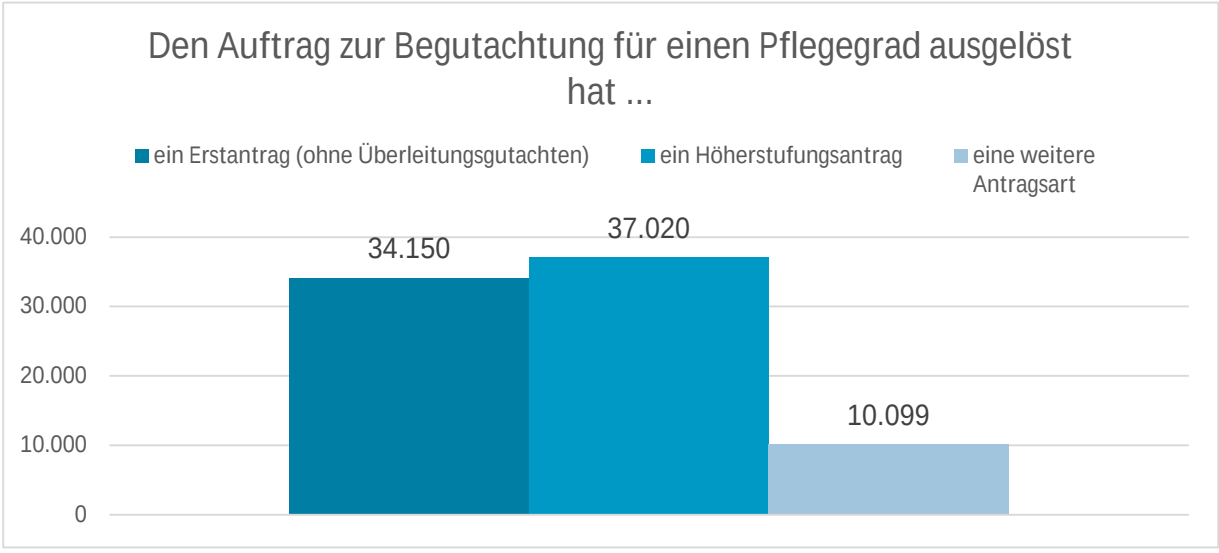
Ein Personentag entspricht 100 % eines Arbeitstages mit 7,7 Stunden.

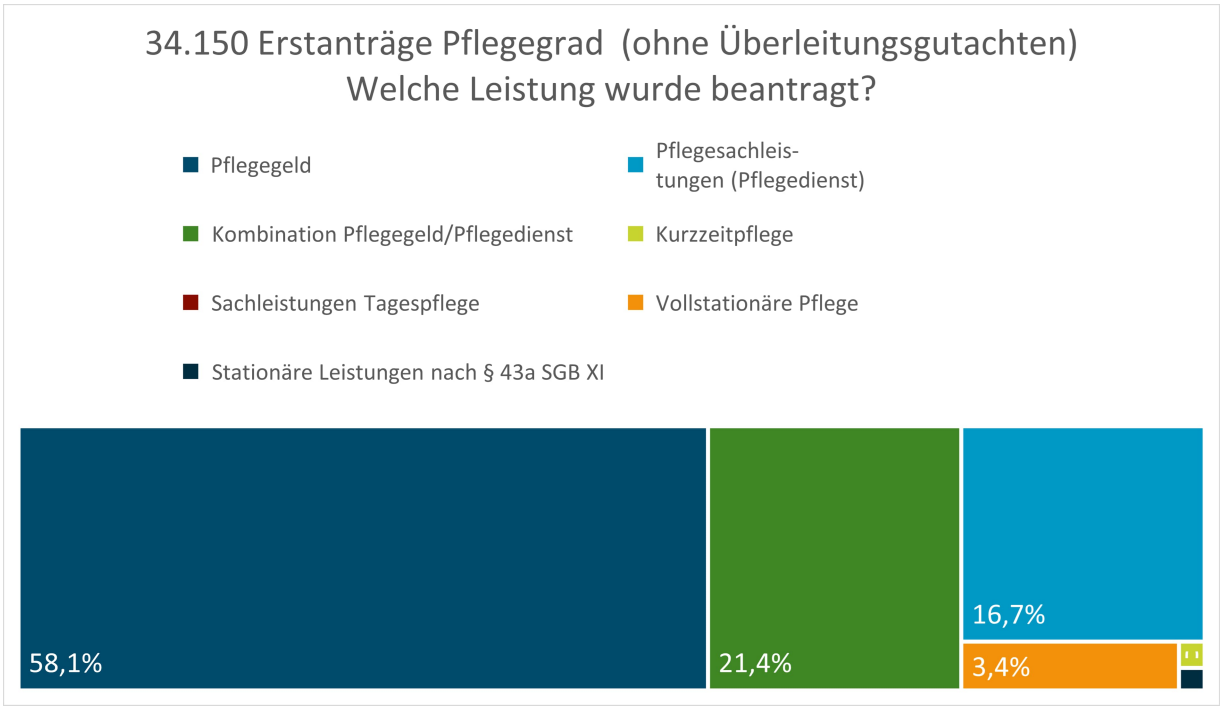
Geschäftsbereich Pflegeversicherung

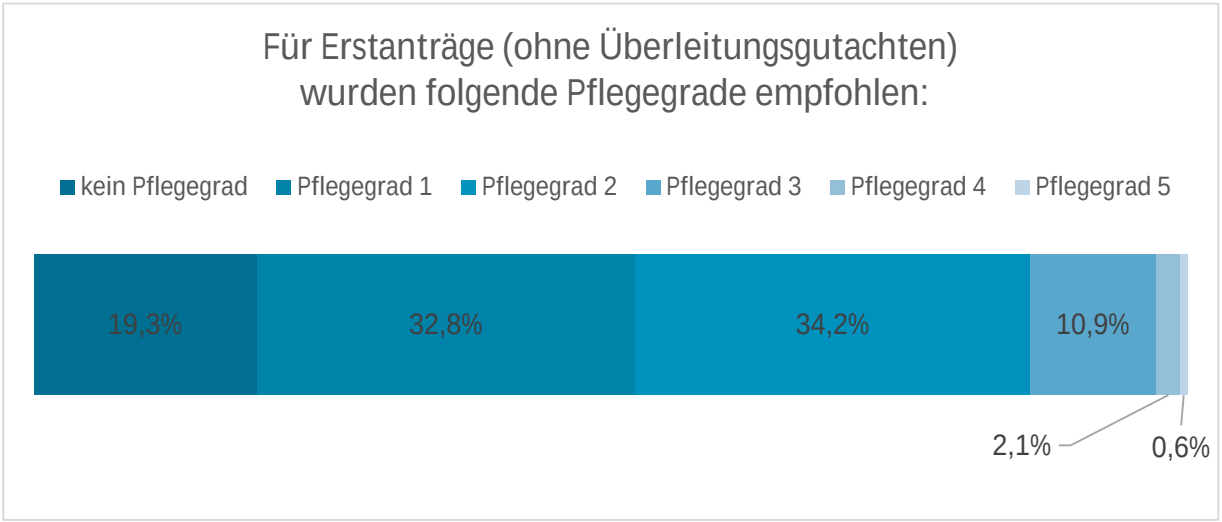
1.10 Pflegeeinzelfallbegutachtung



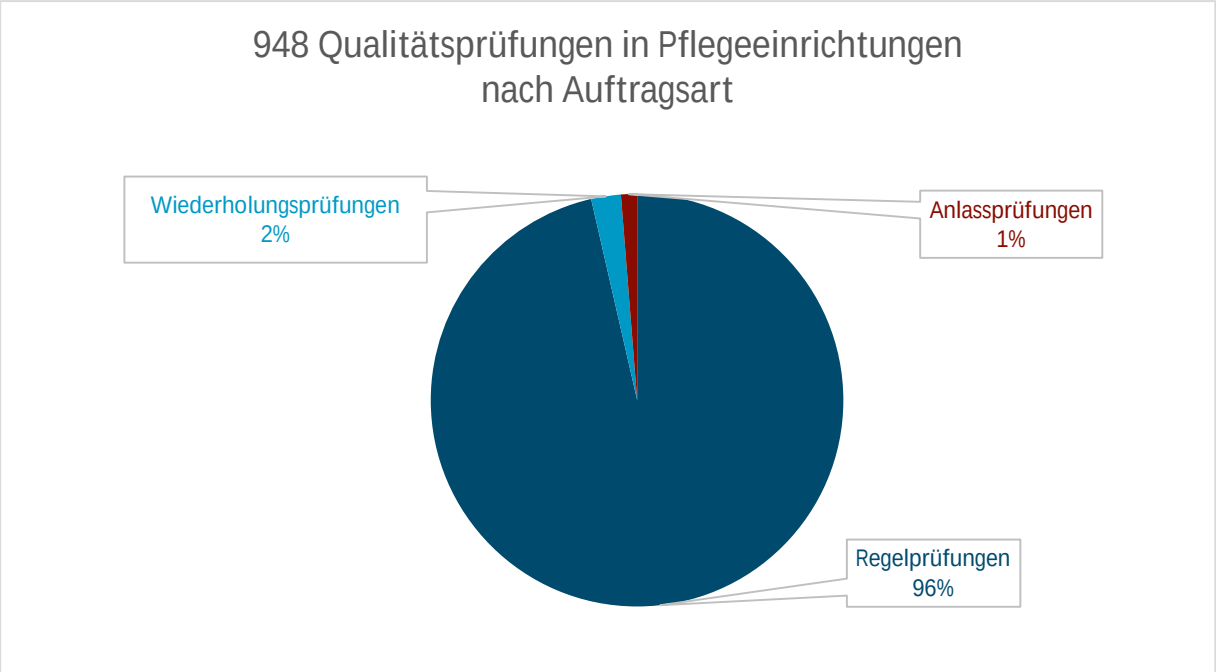
Wenn Menschen pflegebedürftig werden und Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch nehmen wollen, kommt die Begutachtung des Medizinischen Dienstes ins Spiel. Sie soll klären, wie hoch der Unterstützungsbedarf des oder der Versicherten ist und ob die Voraussetzungen für einen Pflegegrad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




34.150 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
58,1%
21,4%
16,7%
3,4%


Für Erstanträge (ohne Überleitungsgutachten)
wurden folgende Pflegegrade empfohlen:
kein Pflegegrad
Pflegegrad 1
Pflegegrad 2
Pflegegrad 3
Pflegegrad 4
Pflegegrad 5
19,3%
32,8%
34,2%
10,9%
2,1%
0,6%

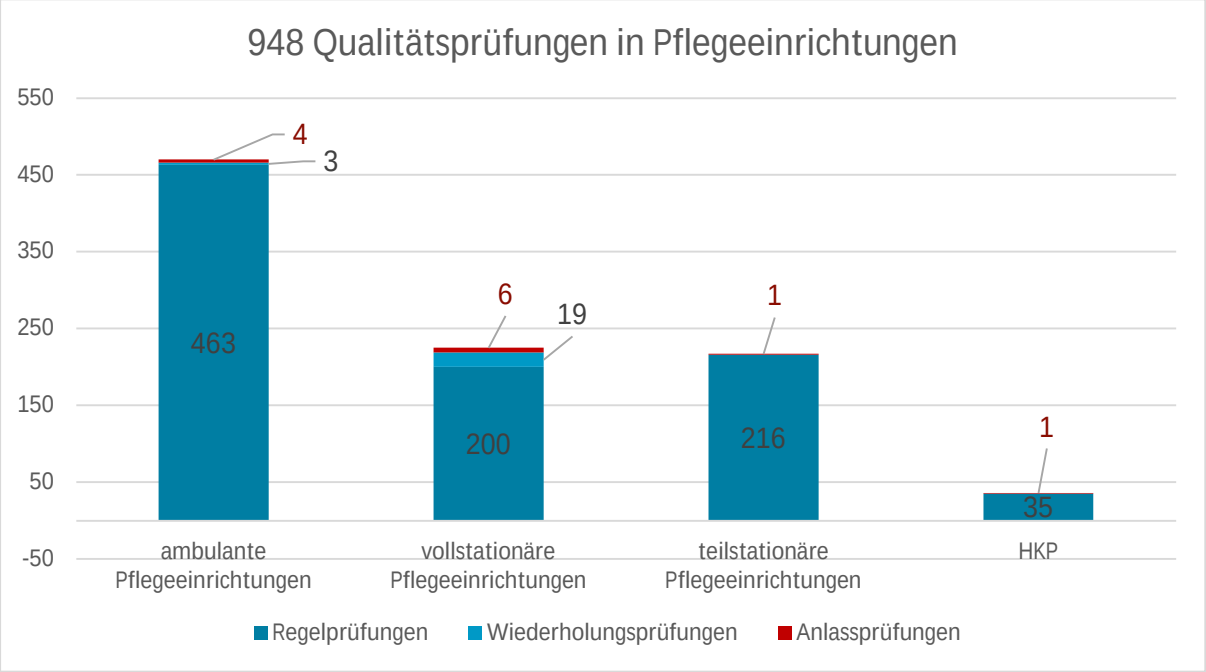
1.11 Qualitätsprüfung



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 2025 alle beauftragten Prüfungen fristgerecht vorgenommen. Insgesamt haben sie 948 Prüfungen abgeschlossen (2024: 943). Regelmäßig zu prüfen sind inzwischen auch ambulante Pflegedienste, die sich ganz auf häusliche Krankenpflege (HKP), eine Leistung der GKV, konzentrieren.

914-mal handelte sich um die im Jahr 2025 anfallenden Regelprüfungen, 22-mal stand eine Wiederholungsprüfung an, um sicher zu gehen, dass frühere festgestellte Probleme behoben wurden. 12-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 und Qualitätsprüfung 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.