

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund
nach § 53d Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB XI

Personalbedarfsermittlung für die Begutachtung in der sozialen Pflegeversicherung (RL PBE-SPV)



Diese Richtlinie wurde vom Medizinischen Dienst Bund unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste und des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erstellt und nach § 283 Absatz 3 SGB V in Verbindung mit § 53d Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB XI am 20. Juni 2024 erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Richtlinie am 27. Juni 2024 genehmigt.

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KöR)
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: md-bund.de

Vorwort

Die Medizinischen Dienste haben die Aufgabe, die Aufträge der Kranken- und Pflegekassen für ihre Versicherten, als unabhängige Sachverständige, bundesweit einheitlich, fristgemäß und in einer hohen Qualität zu erledigen. Die ihnen obliegenden Aufgaben müssen unter der Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots erfüllt werden. Eine angemessene Personalausstattung der Medizinischen Dienste ist dafür eine wesentliche Voraussetzung. Um diesen gesetzlichen Auftrag zu erfüllen, hat der Medizinische Dienst Bund 2022 erstmals eine Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung für die Begutachtung in der sozialen Pflegeversicherung mit einheitlichen aufgabenbezogenen Richtwerten erlassen.

Die Richtlinien aus dem Jahr 2022 und aus dem Jahr 2023 wurden jeweils auf ein Jahr befristet mit dem Ziel, die Richtlinien weiterzuentwickeln. Nach der Genehmigung der Richtlinie durch das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2022 wurde entsprechend einer Maßgabe des Bundesministeriums für Gesundheit mit einer begleitenden Evaluation begonnen, sodass die Ergebnisse dieser Evaluation in die Richtlinienversion 2023 und in die jetzt vorliegende dritte Version der Richtlinie einfließen konnten. Zur Fortschreibung der Richtlinie und Umsetzung weiterer Schritte und diesbezüglicher zeitlicher Vorgaben wurde ein Konvergenzplan erarbeitet (vgl. Inhalte im Kapitel 4 Evaluation und Fortentwicklung). Es hat sich gezeigt, dass die schrittweise Umsetzung dieser Vorgaben zielführend ist, sodass auch die Richtlinie 2024 wieder bis zum 30. Juni 2025 befristet ist und demgemäß weitere Anpassungen gemäß der im Konvergenzplan festgelegten Etappen geprüft und gegebenenfalls umgesetzt werden sollen.

Wir danken den Expertinnen und Experten innerhalb und außerhalb der Medizinischen Dienste für Ihre im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie eingebrachte fachliche Expertise.

Essen im Juli 2024

Dr. Stefan Gronemeyer

Vorstandsvorsitzender

Carola Engler

Stv. Vorstandsvorsitzende

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	4
Präambel	5
Glossar	6
1 Geltungsbereich	7
2 Personalbedarfsermittlung in den Medizinischen Diensten	8
2.1 Aufgabenbezogene Richtwerte	9
2.1.1 Grundzeit je Produkt	10
2.1.1.1 Direkte Grundzeit	10
2.1.1.2 Zusammenhangstätigkeiten	11
2.1.2 Verteilzeiten	12
2.1.3 Ermittlung der aufgabenbezogenen Richtwerte	13
2.2 Prognostizierte Begutachtungsbedarfe	13
2.3 Jahresarbeitszeit	14
2.4 Führungskräftebedarfsermittlung	15
3 Personalbedarfsermittlung und regionale Aufgabenwahrnehmung	18
4 Evaluation und Fortentwicklung	20
5 Inkrafttreten	22
Anlage 1: Aufgabenbezogene Richtwerte	23
Anlage 2: Weitere Begutachtungsanlässe im Aufgabenbereich Begutachtung (in abschließender Aufzählung)	24

Präambel

Der Medizinische Dienst Bund koordiniert und fördert gemäß § 53d Absatz 1 SGB XI die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in pflegefachlichen und organisatorischen Fragen. Demgemäß erlässt der Medizinische Dienst Bund nach § 53d Absatz 2 Nummer 2 SGB XI Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste in der sozialen Pflegeversicherung.

Kernelement der Leistungen der Medizinischen Dienste sind Prüfungen von Krankenhausabrechnungen, Strukturprüfungen, sozialmedizinische und pflegefachliche Gutachten und Stellungnahmen, die von Gutachterinnen und Gutachtern aus den Bereichen Medizin, Pflege und anderen Gesundheitsberufen erstellt werden. Um diese Aufgaben effektiv wahrnehmen zu können, benötigen die Medizinischen Dienste eine angemessene Personalausstattung.

Der föderalen Struktur des Staates entsprechend, sind die Medizinischen Dienste als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts in den Ländern ausgestaltet. Damit entspricht die Aufstellung der Medizinischen Dienste der generellen Struktur des deutschen Gesundheitswesens, in dem die Versorgung – unter Beachtung von übergreifenden Vorgaben – regional gestaltet und erbracht wird. Die föderale Struktur bildet die öffentlichen Aufgaben der Medizinischen Dienste in Begutachtung, Prüfung und Beratung insoweit systemkonform ab. Bei den grundsätzlich auf Landesebene ausgestalteten Versorgungs- und Qualitätssicherungsstrukturen im Gesundheitswesen hängt die Leistungsfähigkeit der Medizinischen Dienste in ihrem Zuständigkeitsbereich vor allem von der Kenntnis und Nähe zu regionalen Ansprechpartnern und Strukturen ab.

Für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste gibt der Medizinische Dienst Bund in Form von Richtlinien, Handbüchern, Produktkatalogen und Begutachtungsanleitungen einen weitreichend definierten Rahmen vor. Dennoch bedingt es die Situation vor Ort, dass die Aufgabenwahrnehmung nie ganz identisch auf eine einheitliche Art und Weise erfolgt.

Ziel der vorliegenden Richtlinie ist es, eine angemessene Personalausstattung der Medizinischen Dienste mit gutachterlich tätigem Personal (im Folgenden auch als Gutachterinnen und Gutachter bezeichnet) zu ermitteln, damit die Begutachtungsaufgaben im Bereich der sozialen Pflegeversicherung effektiv und sachgerecht in einer guten Qualität wahrgenommen werden können. Von zentraler Bedeutung für die Berechnung des Personalbedarfes sind gemäß § 53d Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB XI einheitliche aufgabenbezogene Richtwerte. Eine Flexibilisierung ist unter den in Kapitel 3 aufgeführten Bedingungen möglich.

Im Rahmen der Anwendung der Richtlinie werden den Medizinischen Diensten etwaige Abweichungen ihrer regional ermittelten Begutachtungszeiten von den aufgabenbezogenen Richtwerten sowie Discrepanzen zwischen den in dem jeweiligen Medizinischen Dienst aktuell verfügbaren Personalressourcen und dem errechneten Personalbedarf transparent gemacht. Dies ermöglicht Feststellungen, in welchen Aufgabenbereichen ein Medizinischer Dienst unter- bzw. überdurchschnittlich viel Personal einsetzt. Damit kann die Richtlinie dazu beitragen, dass entsprechende Bedarfe an Prozessoptimierungen in den jeweiligen Medizinischen Diensten im Sinne eines „Voneinander Lernens“ identifiziert und umgesetzt werden können.

Die Richtlinie ist eng verbunden mit weiteren Richtlinien nach § 53d Absatz 2 SGB XI.

Glossar

aufgabenbezogener Richtwert¹	Arbeitszeitwert für ein Produkt, der aus der durchschnittlichen direkten Grundzeit für ein Produkt ermittelt wird. Der aufgabenbezogene Richtwert beinhaltet zudem Zusammenhangstätigkeiten und Verteilzeiten.
Direkte Grundzeit	Die direkte Grundzeit entspricht dem gutachterlichen Zeitaufwand für die unmittelbaren Tätigkeiten bei der Produkterstellung. Die direkte Grundzeit umfasst die Produkterstellungszeit für das jeweilige Produkt und die Wegezeiten.
Erledigungsart	Eine Erledigungsart bezeichnet ein Verfahren, mit welchem ein Begutachtungs- oder Beratungsauftrag bearbeitet bzw. erledigt wird. Bei versichertenbezogenen Begutachtungen sind dies Begutachtungen mit Befunderhebung oder nach Aktenlage.
Grundzeit	Die Grundzeit beinhaltet die direkte Grundzeit (Produkterstellungszeit und Wegezeit) und die Zusammenhangstätigkeiten.
Produkt	Die Produkte der Medizinischen Dienste sind ihre Begutachtungs- und Beratungsleistungen.
Produkterstellungszeit	Produkterstellungszeit ist die Zeit der eigentlichen Begutachtungen inkl. aller Vor- und Nachbearbeitungen.
Verteilzeiten	Unter Verteilzeiten werden während der Arbeitszeit aufgewendete Zeiten verstanden, die nicht unmittelbar zur Erfüllung einer konkret übertragenen Aufgabe gehören.
Wegezeiten	Die Zeit der Anreise zum Begutachtungsort und die Rückreise vom Begutachtungsort bzw. Weiterreise zur / zum nächsten Versicherten, wenn Begutachtung nicht in der Beratungsstelle oder Heim-Arbeitsplatz erfolgt.
Zusammenhangstätigkeiten	Zusammenhangstätigkeiten sind alle direkt mit einer Aufgabe zusammenhängenden Tätigkeiten, bspw. Vor- sowie Nachbereitungen von Terminen.

¹ Ausnahme in der SPV: Siehe Kapitel 2.1 Aufgabenbezogene Richtwerte.

1 Geltungsbereich

Diese Richtlinie regelt die Personalbedarfsermittlung der Medizinischen Dienste für die ihnen übertragenen Begutachtungsaufgaben in der sozialen Pflegeversicherung anhand von einheitlichen aufgabenbezogenen Richtwerten gemäß § 53d Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB XI.

Die vorliegende Richtlinie ist gemäß § 53d Absatz 2 Satz 6 SGB XI für die Medizinischen Dienste verbindlich. Für die gesetzliche Krankenversicherung wird die Personalbedarfsermittlung durch die Richtlinie gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V geregelt.

2 Personalbedarfsermittlung in den Medizinischen Diensten

Die Ermittlung des Personalbedarfes durch die Medizinischen Dienste erfolgt auf Grundlage anerkannter Verfahren zur Personalbedarfsermittlung. Anerkannte Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfes sind insbesondere die im Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat und des Bundesverwaltungsamtes (ORG-Handbuch) beschriebenen Instrumente. Das im Folgenden dargestellte Ermittlungsverfahren orientiert sich an den Vorgaben des ORG-Handbuchs.

Zentraler Baustein der Ermittlung des gutachterlichen Personalbedarfes sind einheitliche aufgabenbezogene Richtwerte. Damit diese Richtwerte berechnet werden können, sind von den einzelnen Medizinischen Diensten produktbezogene direkte Grundzeiten zu erheben, aus denen der Medizinische Dienst Bund **einheitliche aufgabenbezogene Richtwerte** berechnet; Führungskräfte bleiben hier zunächst außen vor (siehe Kapitel 2.1). Die direkte Grundzeit (Gutachterzeit) umfasst die Produkterstellungszeit und ggf. die Wegezeit.

Ein zweiter Baustein für die Berechnung des gutachterlichen Personalbedarfes sind die jährlich **prognostizierten Begutachtungsbedarfe**, die für die Aufgaben der Medizinischen Dienste ein prospektives Produktvolumen für den Zeitraum des zu ermittelnden Personals ausweisen (siehe Kapitel 2.2).

Ein dritter Baustein sind die **Nettojahresarbeitszeiten**, die von den Medizinischen Diensten unter Berücksichtigung ihrer Vor-Ort-Situation zur Berechnung des gutachterlichen Personalbedarfes zugrunde gelegt werden (siehe Kapitel 2.3).

Die Ermittlung des gutachterlichen Personalbedarfes (ohne Führungskräfte) erfolgt basierend auf den genannten Bausteinen, indem die aufgabenbezogenen Richtwerte mit dem jeweiligen prospektiven Produktvolumen multipliziert und durch die Nettojahresarbeitszeit einer Normalarbeitskraft geteilt werden.

Die aufgeführte Methodik findet für fast alle der von den Medizinischen Diensten erstellten Produkte Anwendung². Darüber hinaus gibt es weitere Aufgabenbereiche, die aufgrund der untergeordneten quantitativen Bedeutung und Heterogenität der Begutachtungsfelder von jedem Medizinischen Dienst individuell ermittelt und mit einem entsprechenden Personalbedarf belegt werden. Die so ermittelten Bedarfe werden zu den nach der oben aufgeführten Systematik ermittelten Personalbedarfe addiert.

Abschließend erfolgt die Ermittlung des Gesamtpersonalbedarfes, indem die benötigten **Führungskräftebedarfe** ermittelt werden (siehe Kapitel 2.4).

² Im zweiten Halbjahr 2023 deckten die berücksichtigten Produkte 99 Prozent der Zeitaufwände des eingesetzten gutachterlichen Personals ab.

2.1 Aufgabenbezogene Richtwerte

Die Medizinischen Dienste haben die Aufgabe, pflegefachliche und sozialmedizinische Fragestellungen der sozialen Pflegekassen kompetent und zeitnah zu beantworten. Gemäß dem gesetzlichen Auftrag zur Erstellung dieser Richtlinie sind die Inhalte nach einer Unterteilung entsprechend der Aufgabenbereiche Begutachtungen, Qualitätsprüfungen und Qualitätssicherung zu erstellen.

Qualitätssicherung im Sinne einer MD-internen Qualitätssicherung ist nach dem ORG Handbuch Teil der Zusammenhangstätigkeiten und wird als Bestandteil der Zusammenhangstätigkeiten mit einem pauschalen Aufschlag von neun Prozent des Aufwands der direkten Arbeiten am Produkt berücksichtigt. Der Aufgabenbereich der Begutachtung umfasst im Wesentlichen Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit gem. §§ 15 ff. SGB XI.

Aufgabenbezogene Richtwerte werden für nachfolgende Aufgabenbereiche, die zusammen den wesentlichen Aufwand der gutachterlichen Tätigkeiten der Medizinischen Dienste abbilden, ermittelt:

- Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit
- Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten
- Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen
- Qualitätsprüfungen in teilstationären Pflegeeinrichtungen

Die aufgabenbezogenen Richtwerte für den Bereich Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit sind nach der Art der Erledigungen durch die Medizinischen Dienste anhand von Produkten, die in den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit definiert sind und sich nach dieser in Umfang und Aufwand der Begutachtung unterscheiden, differenziert. Für den Bereich der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird ausschließlich die Produkterstellungszeit berücksichtigt. Die Wegezeit wird von den Medizinischen Diensten individuell ermittelt und den aufgabenbezogenen Richtwerten hinzugerechnet. Folgende Produkte werden bei der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt:

- Gutachten nach Hausbesuch
- Gutachten nach strukturiertem Telefoninterview
- Gutachten nach Aktenlage (1): Persönliche Befunderhebung nicht möglich oder nicht zumutbar
- Gutachten nach Aktenlage (2): Ausnahmebedingt bei eindeutiger Informationslage³
- Gutachten in Fällen mit verkürzter Begutachtungsfrist

³ Eine ausnahmebedingte Begutachtung nach Aktenlage ist nach Punkt 6.1.3 der Richtlinien zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches möglich, wenn bei Höherstufungs- oder Rückstufungsanträgen, Widerspruchsgutachten oder Wiederholungsbegutachtungen eine eindeutige Informationslage vorliegt. Eindeutig bedeutet, dass alle Informationen vorliegen, die erforderlich sind, um die Kriterien der Module 1 bis 6 der Pflegebegutachtung fachlich zu bewerten.

Für alle Produkte werden die aufgabenbezogenen Richtwerte zusätzlich differenziert in normale Gutachten (inklusive Erstgutachten (nach Eilbegutachtung), Gutachten nach Rückstufungs-/ Höherstufungsantrag und Wiederholungsbegutachtungen) sowie Gutachten nach Widerspruch und Sozialgerichtsgutachten, die in der Regel einen höheren Aufwand in der Bearbeitung erfordern.

Die Zeiten für weitere Begutachtungsanlässe werden aufgrund der quantitativ untergeordneten Bedeutung und Heterogenität der Begutachtungsfelder von jedem Medizinischen Dienst individuell ermittelt. Unter die weiteren Begutachtungsanlässe des Aufgabenbereichs Begutachtung zählen die in Anlage 2 in abschließender Aufzählung aufgeführten Anlasschlüssel.

Für den Bereich Qualitätsprüfungen werden die aufgabenbezogenen Richtwerte für ambulante Pflegedienste, teilstationäre Pflegeeinrichtungen und stationäre Pflegeeinrichtungen nach den folgenden Produkten differenziert, die sich ebenfalls in Umfang und Aufwand der Begutachtung unterscheiden:

- Regelprüfungen und Wiederholungsprüfungen sowie
- Anlassprüfungen.

Die Qualitätsprüfungen in ambulanten/sozialen Betreuungsdiensten werden bei den Medizinischen Diensten aufgrund der untergeordneten quantitativen Bedeutung individuell berücksichtigt.

2.1.1 Grundzeit je Produkt

Die Grundzeit je Produkt setzt sich aus den direkten Grundzeiten zur Arbeit an den Produkten und den mit den jeweiligen Aufgaben verbundenen Zusammenhangstätigkeiten zusammen.

2.1.1.1 Direkte Grundzeit

Die direkte Grundzeit beinhaltet die direkte Arbeit am Produkt, fallbezogene Recherchen (Produkterstellungszeit) und Wegezeiten. Die Erfassung der Wegezeiten bei Hausbesuchen für Begutachtungen zur Pflegebedürftigkeit erfolgt getrennt von der Produkterstellungszeit. Ein maßgeblicher Einflussfaktor ist der Schwierigkeitsgrad der zu begutachtenden Fälle. Die Wegezeiten hingegen hängen stark von den jeweiligen räumlichen Strukturen (Stadt – Land) ab. Die direkte Grundzeit für die Arbeiten am einzelnen Produkt beinhaltet folgende Arbeitsschritte:

- Bewertung der Unterlagen durch die Gutachterin / den Gutachter
- Beratungen der Versicherten und Angehörigen, sofern gesetzlich vorgesehen
- Einholen von Stellungnahmen bei Fachgutachter/-innen, sofern gesetzlich vorgesehen
- Einholen weiterer Informationen z. B. bei Leistungserbringern, Kostenträgern
- Informationsrecherche (z. B. Literatur/Internet) (unmittelbar für die Erstellung des einzelnen Produktes und in Abgrenzung zum Lesen von Fachliteratur unter Kapitel 2.1.1.2)
- Untersuchung der/des Versicherten
- Schreibarbeiten der Gutachterin / des Gutachters im Zusammenhang mit der Gutachtenerstellung
- Diktat, Überprüfung und Korrekturen des Gutachtens

- Freigabe des Gutachtens
- Wegezeit

Die Erfassung der durchschnittlichen direkten Grundzeiten erfolgt gemäß der Richtlinie zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste sowie des hierfür eingesetzten Personals⁴. Die direkten Grundzeiten werden von den einzelnen Medizinischen Diensten erfasst und zum Zwecke der jährlichen Aktualisierung der aufgabenbezogenen Richtwerte an den Medizinischen Dienst Bund gemeldet. Sie stellen die Basis für die Ermittlung des Personalbedarfs dar.

In der direkten Grundzeit wird weder die persönliche noch die sachliche Verteilzeit oder Zusammenhangstätigkeiten mitberücksichtigt.

2.1.1.2 Zusammenhangstätigkeiten

Neben der zur Aufgabenerledigung erforderlichen direkten Grundzeit sind alle direkt mit einer Aufgabe verbundenen Tätigkeiten zu berücksichtigen. Hierbei handelt es sich um planbare und wiederkehrende Tätigkeiten, die im Organisationshandbuch definiert sind und in einem unmittelbaren Zusammenhang mit den (Fach-)Aufgaben der Gutachterinnen und Gutachter stehen. Die Zusammenhangstätigkeiten sind der Grundzeit zuzurechnen.

Zu diesen Zusammenhangstätigkeiten zählen:

- Qualitätssicherung, intern sowie MD-übergreifend
- Input bei Weiterentwicklung und Release von IT- Programmen und die Testung von Anwendungen (z. B. Branchensoftware MDconnect)
- Stakeholdergespräche
- Information, Beratung und Beantwortung von Fragen von Versicherten und Leistungserbringern, inklusive Beschwerden
- planmäßige Besprechungen und Rücksprachen in allgemeinen dienstlichen Angelegenheiten (z. B. Referatsbesprechungen; bei der Referatsleitung ist dieser Zeitbedarf in Führung und Leitung enthalten)
- Beauftragungen/Bestellungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Fachaufgabe stehen
- regelmäßige Abstimmung unter Beschäftigten (z. B. zwischen Referatsleitung und deren Vertretung)
- allgemeine, nicht fallbezogene Informationsbeschaffung (z. B. Lesen von Fachliteratur, Internetrecherche, etc.)
- Vor- und Nachbereitungstätigkeiten, wie z. B. Dienstreise buchen und abrechnen, Videokonferenz/Telefonkonferenz vorbereiten und nachbereiten

⁴ Die Regelungen der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 2 Nummer 7 SGB V zur einheitlichen statistischen Erfassung sind analog anzuwenden. Die dort aufgeführten Datengrundlagen und Produktdefinitionen sind auch für die Erfassung von Leistungen nach dem SGB XI verbindlich.

- Einarbeitung von neuen Beschäftigten
- Teilnahme an Tagungen, Kongressen, Messen im Rahmen einer Referententätigkeit
- allgemeine Rüstzeiten (z. B. Wege zum Arbeitsplatz bei Dienstbeginn und Dienstende, PC hochfahren, Schutzkleidung anlegen)
- Konsile
- administrative Aufgaben

Die Zeiten für Zusammenhangstätigkeiten werden als Zuschlag in Höhe von pauschal 9 Prozent des Aufwands der direkten Arbeiten am Produkt abgegolten. Der Zuschlag wird als Aufwand zur direkten Grundzeit hinzugerechnet.

Nachfolgende Aufgaben sollten laut ORG-Handbuch für jeden Dienst individuell erfasst werden und bei der Berechnung der Jahresarbeitszeit berücksichtigt werden (siehe Kapitel 2.3):

- Teilnahme an Maßnahmen/Angeboten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (soweit eine Zeitgutschrift der Arbeitszeit erfolgt bzw. das Angebot innerhalb der Arbeitszeit wahrgenommen wird)
- Teilnahme an Personalversammlungen, gegebenenfalls mit Vor- und Nachbereitungszeit
- Mitarbeitendengespräche mit Vorgesetzten
- Beurteilungsgespräche/Gespräche zur leistungsorientierten Bezahlung nach dem Tarifvertrag der Medizinischen Dienste (bei Führungskräften fallen diese Zeiten unter Führen und Leiten)

In den Zusammenhangstätigkeiten werden weder die persönliche noch die sachliche Verteilzeit mitberücksichtigt.

2.1.2 Verteilzeiten

Unter Verteilzeiten fallen alle während der Arbeitszeit aufgewendeten Zeiten, die nicht unmittelbar zur Erfüllung der konkret übertragenen Aufgaben gehören. Unterschieden werden (unplanbare) sachliche und persönliche Verteilzeiten. In den ermittelten Grundzeiten sind keinerlei Verteilzeiten enthalten.

Die sachliche Verteilzeit wird als Zuschlag in Höhe von fünf Prozent der Grundzeit pauschal abgegolten. Sie entfällt zu einem großen Teil auf technisch bedingte Unterbrechungen oder Störungen. Die sachliche Verteilzeit wird in der Verteilzeit mitberücksichtigt und beinhaltet folgende Aufgaben:

- störungsbedingte Unterbrechung des Arbeitsablaufes wie IT-Störungen, Telefongespräche, anderweitige Dienstgespräche, die nicht in unmittelbarem und ausschließlichem Zusammenhang mit der Fachaufgabe stehen
- dienstlich bedingte Wartezeiten
- unplanmäßige Besprechungen und Rücksprachen zu dienstlichen Themen
- Regelmäßige Information zu MD-Neuigkeiten über das Intranet
- Betrieblich interne Sonderaufgaben und Arbeitsgruppen

Die persönliche Verteilzeit wird als Zuschlag in Höhe von fünf Prozent der Grundzeit pauschal mitberücksichtigt und beinhaltet folgende Aufgaben:

- Besprechungen und Rücksprachen in persönlichen Angelegenheiten (z. B. mit Personalreferat, Personalrat)
- Persönliche Verrichtungen
- Entspannungszeiten

Insgesamt summieren sich die Verteilzeiten auf zehn Prozent der Grundzeit und werden bei der Ermittlung der aufgabenbezogenen Richtwerte aufgeschlagen.

2.1.3 Ermittlung der aufgabenbezogenen Richtwerte

Die Ermittlung der aufgabenbezogenen Richtwerte erfolgt durch den Medizinischen Dienst Bund. Die Datengrundlage liefern die Medizinischen Dienste. Sie übermitteln dem Medizinischen Dienst Bund

- die kumulierten direkten Grundzeiten⁵ pro Produkt und
- die Anzahl der erstellten Produkte.

Bei der Berechnung der aufgabenbezogenen Richtwerte werden nur intern erstellte Produkte berücksichtigt. Die durch externe Gutachterinnen und Gutachter erstellten Produkte und Zeiten sind vor der Übermittlung der Daten an den Medizinischen Dienst Bund in Abzug zu bringen.

Zur Berechnung der aufgabenbezogenen Richtwerte wird die Summe der kumulierten direkten Grundzeiten aller Medizinischen Dienste durch die Anzahl der Summe der erstellten Produkte dividiert. Den auf diese Weise ermittelten direkten Grundzeiten werden die Zusammenhangstätigkeiten durch einen Zuschlag von neun Prozent sowie anschließend die Verteilzeit durch einen Zuschlag von zehn Prozent hinzugerechnet. In der Summe werden dadurch die aufgabenbezogenen Richtwerte ermittelt, die im Anhang ausgewiesen sind.

2.2 Prognostizierte Begutachtungsbedarfe

Eine gute Prognosequalität ist essenziell für die Ermittlung auskömmlicher Personalbedarfe. Die in der Vergangenheit angefallene Arbeitsmenge wird im Rahmen des Berichtswesens der Medizinischen Dienste erfasst. Hierzu werden die Fallzahlen der unterschiedlichen Produkte einzeln erfasst. Zur Ab-

⁵ Erläuterungen aus Kapitel 2.1 „Aufgabenbezogene Richtwerte“ übergreifend.

schätzung des künftigen Begutachtungsbedarfes berücksichtigen die Medizinischen Dienste die Prognosen der Pflegekassen zur Auftragsentwicklung in den relevanten Leistungsbereichen⁶ sowie eigene Prognosen auf Grundlage von Trends, Hochrechnungen und anderweitiger Informationen.

Die Medizinischen Dienste haben den in dieser Form ermittelten Begutachtungsbedarf jährlich zu prognostizieren. Die Fallzahlen sind für die unterschiedlichen Produkte einzeln auszuweisen. Der jeweilige Medizinische Dienst legt sein prospektives Produktvolumen zugrunde, berücksichtigt darüber hinaus erwartete Änderungen im Produktmix oder neue/geänderte Aufgaben bzw. Erledigungsarten und ermittelt damit den Zeitbedarf unter Berücksichtigung der nach Kapitel 2.1.3 ermittelten aufgabenbezogenen Richtwerte für das erwartete Produktvolumen.

2.3 Jahresarbeitszeit

Ein maßgeblicher Baustein für die Personalbedarfsermittlung in Form der Ausweisung von voraussichtlich benötigten Vollzeitäquivalenten ist die Jahresarbeitszeit. Die Jahresarbeitszeit einer Normalarbeitskraft wird als abstrakte Größe herangezogen, um den Personalbedarf für die unter Kapitel 2.1 betrachteten Produkte zu berechnen. Sie charakterisiert die normale zeitliche Verfügbarkeit einer vollzeitbeschäftigten Person, d.h. das durchschnittlich zur Verfügung stehende Arbeitszeitangebot einer/eines Beschäftigten bezogen auf ein Arbeitsjahr.

Die Jahresarbeitszeitermittlung ist der folgenden Tabelle zu entnehmen. Ausgehend von den Jahrestagen (Punkt 1) stellt sie die Ermittlung der Nettojahresarbeitszeit in Tagen (Punkt 10) dar.

1.	Jahrestage	365
2.	abzüglich Samstage	52
3.	abzüglich Sonntage	52
4.	Verbleiben	261
5.	abzüglich Feiertage (örtlich ermittelter Wert)	
5.1	Feiertage , die immer auf einen Wochentag fallen: Karfreitag Ostermontag Christi Himmelfahrt Pfingstmontag Fronleichnam örtliche Feiertage (z. B. Buß- und Betttag in Sachsen) Summe	
5.2	Feiertage , die auch auf einen Wochentag fallen können: Neujahrstag (01.01.) Heilige Drei Könige (06.01.) Tag der Arbeit (01.05.)	

⁶ Die Mindeststandards für die Abfrage des prognostizierten Begutachtungsbedarfs bei den Pflegekassen durch die Medizinischen Dienste sind in einem Bedarfsabfragebogen festgeschrieben. Der Bedarfsabfragebogen sowie weitere Datengrundlagen gem. Richtlinie nach § 283 Abs. 1 Nr. 7 SGB V sind auf der Homepage des MD Bund abrufbar: <https://md-bund.de/richtlinien-publikationen/grundlagen-der-datenerhebung.html>.

	Mariä Himmelfahrt (15.08.)
	Tag der Deutschen Einheit (03.10.)
	Reformationstag (31.10.)
	Allerheiligen (01.11.)
	Erster Weihnachtsfeiertag (25.12.)
	Zweiter Weihnachtsfeiertag (26.12.)
	örtliche Feiertage
	Summe aus 5.2 / 7 x 5
5.3	Sonstige ggf. arbeitsfreie Tage , die auch auf einen Wochentag fallen können:
	Heiliger Abend (24.12.)
	Silvester (31.12.)
	Sonstige (z. B. Brauchtumstage)
	Summe aus 5.3 / 7 x 5
5.4	Summe aus Ziffer 5.1 bis 5.3
6.	verbleiben Ziffer 4 abzüglich Ziffer 5.4
7.	Ausfall durch Erkrankung (Bundeswert), Kuren und ähnliches
8.	verbleiben Ziffer 6 abzüglich Ziffer 7
9.	Ausfalltage (örtlich ermittelter Wert)
9.1	abzüglich Urlaub und ganztägige Dienstbefreiungen (Tage)
9.2	abzüglich Bildungsurlaub, Fort- und Weiterbildungstage
9.3	abzüglich Teilnahme an Personalversammlungen; Mitarbeiter/innen- und Beurteilungsgesprächen; Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements
9.4	Summe aus Ziffer 9.1 bis 9.3
10.	Nettoarbeitstage (Ziffer 8 abzüglich Ziffer 9.4)

Um die Nettojahresarbeitstage zu ermitteln, werden in einem ersten Schritt die arbeitsfreien Tage (Samstage, Sonntage, Feiertage) abgezogen (Punkt 2, 3, 5). Die Feiertagsregelungen (Punkt 5) sind individuell vom jeweiligen Medizinischen Dienst zu ermitteln und zum Abzug zu bringen.

In einem nächsten Schritt werden die Ausfalltage (Punkt 7 bis 9) abgezogen. Ausfalltage aufgrund von Erkrankungen (Punkt 7) sowie die Ausfalltage aufgrund von Urlauben, Fort- und Weiterbildungstagen und mitarbeiterbezogenen Themen (Punkt 9.1 bis 9.3) werden getrennt nach Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachkräfte) herangezogen. Die Ausfalltage (Punkt 9) sind individuell vom jeweiligen Medizinischen Dienst zu ermitteln. Zur Berechnung der Nettoarbeitstage des gutachterlichen Personals werden die nach Berufsgruppen ausgewiesenen Werte gewichtet in die Berechnung aufgenommen.

Die Nettojahresarbeitszeit ergibt sich, indem die Nettojahresarbeitstage (Punkt 10) mit der im Tarifvertrag der Medizinischen Dienste vereinbarten wöchentlichen Arbeitszeit multipliziert werden.

2.4 Führungskräftebedarfsermittlung

Die Ermittlung des Führungskräftebedarfes für die mittlere und obere Führungsebene erfolgt auf Grundlage der summarischen Methode gemäß ORG-Handbuch. Mit Hilfe der summarischen Methode werden die Führungs- und Leitungsaufgaben pauschal ermittelt. Die Methode wird gewählt, da für eine Ermittlung der tatsächlich wahrgenommenen Aufgaben und deren Ausprägung in Stunden bzw.

Minuten bis dato keine konkreten Daten in den einzelnen Medizinischen Diensten vorliegen (aktuell werden nur die gutachterlichen Tätigkeiten inkl. Gremientätigkeit zeitlich erfasst).

Gemäß summarischer Methode werden die Führungskräftebedarfe wie folgt ermittelt:

In einem ersten Schritt wird eine Liste mit Führungsbedingungen festgelegt wobei in der vorliegenden Richtlinienversion aufgrund der Ergebnisse der Evaluation die Führungsbedingungen stärker an die Gegebenheiten in den Medizinischen Diensten angepasst wurden.

In einem zweiten Schritt werden die Führungsbedingungen mit einem Gewichtungsfaktor zwischen 1 und 3 belegt, um deren Bedeutung in den Medizinischen Diensten Rechnung zu tragen.

In einem dritten Schritt wird die Ausprägung der Führungsbedingungen bestimmt. Je komplexer/anspruchsvoller eine Führungsbedingung ist, desto mehr Punkte erhält sie.

Führungsbedingungen/Kriterien	Gewichtungs-Faktor	Ausprägung der Führungsbedingungen					Punkte gesamt
		Soll-Leitungsspanne = 200 bzw. 400/(Summe)(Punkte*Gewichtungsfaktor)					
		1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	5 Punkte	
Gleichartigkeit der Aufgaben der Beschäftigten	1/3	gleich	im wesentlichen gleich	ähnlich	leicht unterschiedlich	grundsätzliche verschieden	2/9
Schlanke, standardisierte Prozesse	2/2	Die Prozesse in der Organisations-einheit laufen alle standardisiert ab	Die Prozesse in der Organisationseinheit laufen überwiegend standardisiert ab	Die Prozesse laufen teilweise standardisiert ab	Die wenigstens Prozesse laufen standardisiert ab	Prozesse in der Organisationseinheit laufen in der Regel nicht standardisiert ab.	2/4
Koordination der unterstellten Beschäftigten (Einzelanweisung vs. standardisiertes Programm)	1/2	Seltene Abstimmung, Kontrolle und Genehmigung durch FK nötig	Etwas Abstimmung, Kontrolle und Genehmigung durch FK nötig	Teilweise Abstimmung, Kontrolle und Genehmigung durch FK nötig	Häufige Abstimmung, Kontrolle und Genehmigung durch FK nötig	Sehr hohe Abstimmung, Kontrolle und Genehmigung durch FK nötig	3/6
Notwendiger Bedarf an direkter Führung	2/3	Minimale Anweisungen	Begrenzte Anweisungen	Periodische Anweisungen	Häufige Anweisung	Kontinuierliche, enge Anweisung	4/6
Notwendige Abstimmungen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern	2/3	Minimale Abhängigkeiten im Arbeitsprozess	Geringe Abhängigkeiten im Arbeitsprozess	Deutliche Abhängigkeiten im Arbeitsprozess	Starke Abhängigkeiten im Arbeitsprozess	Zusammenhängender Arbeitsprozess	4/9
Qualifikation der Führungskraft	1/3	Sehr hoch	Hoch	Mittel	Gering	Sehr gering	2/6
Direkte Führungsebene: Führungskräfte führen Gutachterinnen und Gutachter (Leitungsspanne 200/17 = 11,8)					SOLL Leitungsspanne		11,8
Indirekte Führungsebene: Führungskräfte führen Führungskräfte (Leitungsspanne 400/40 = 10)							10,0

Zur Berechnung der Führungsspanne werden zunächst die Gewichtungsfaktoren der jeweiligen Führungsbedingungen mit dem entsprechenden Punktwert multipliziert und die Ergebnisse im Anschluss addiert. Anschließend wird der Wert 200 (für die mittlere Führungsebene) bzw. 400 (für die obere Führungsebene) durch die aufaddierten Ergebnisse geteilt. Dadurch ergibt sich eine Soll-Leitungsspanne für alle Medizinischen Dienste.

Gemäß dieser Bewertung liegt die Leitungsspanne bei 11,8 für gutachterlich tätiges Personal im Bereich der Pflegeversicherung. Führungskräfte, die Führungskräfte führen, haben anders ausgeprägte Führungsbedingungen. Die Bewertung für diese Führungsebene hat eine Leitungsspanne von 10,0 ergeben.

Auf den gemäß Kapitel 2.1 bis 2.3 ermittelten Personalbedarf an Gutachterinnen und Gutachtern ergibt sich somit ein Aufschlag für die Führungskräfte der mittleren Führungsebene von 8,5 Prozent. Der Personalbedarf der übergeordneten Führungsebene wird durch einen Aufschlag von 0,9 Prozent

auf den gutachterlichen Gesamtpersonalbedarf ermittelt. In Summe ist also ein Aufschlag für Führungskräfte in Höhe von 9,4 Prozent bezogen auf die Anzahl der Soll-Werte für Gutachterinnen und Gutachter anzusetzen.

Das Organisationshandbuch des Bundes und die darin aufgeführten Methoden zur Personalbedarfsermittlung beziehen sich auf die Ermittlung von Bedarfen innerhalb einer Organisation. Bei den Medizinischen Diensten liegt die Besonderheit vor, dass es sich um 15 Einzelorganisationen handelt, die strukturell mitunter sehr unterschiedlich aufgestellt sind, so dass sich allein daraus mitunter unterschiedliche Führungskräftebedarfe ergeben. Derartige Besonderheiten werden im Organisationshandbuch – und in den darin aufgeführten Methoden – nicht berücksichtigt, so dass perspektivisch eine Methode zur Anwendung kommen muss, die diesem Aspekt Rechnung trägt. Aus diesem Grund ist es den Medizinischen Diensten bis zur Anwendung einer neuen Ermittlungsmethodik gestattet, anstelle der Soll-Leitungsspannen eigene Planwerte zugrunde zu legen. Abweichungen sind entsprechend zu begründen.

3 Personalbedarfsermittlung und regionale Aufgabenwahrnehmung

Die Personalbedarfsrichtlinie sieht vor, die Personalbedarfsplanung in den Medizinischen Diensten auf Grundlage einheitlicher aufgabenbezogener Richtwerte vorzunehmen, um sicherzustellen, dass die zu erbringenden Leistungen der Medizinischen Dienste im Bereich der sozialen Pflegeversicherung nach einheitlichen Kriterien und in einer vergleichbaren Qualität allen gesetzlich Versicherten zu gleichen Bedingungen zugutekommen. Die Personalausstattung der Dienste muss gleichzeitig den regionalen Bedingungen Rechnung tragen.

Die Berücksichtigung der regionalen Bedingungen macht es erforderlich, dass die Dienste trotz des Erfordernisses einer Personalbedarfsplanung nach einheitlichen Richtwerten mit entsprechenden Begründungen von diesen Richtwerten abweichen können.

Weichen die Medizinischen Dienste bei einzelnen Richtwerten innerhalb eines Korridors von maximal plus/minus fünf Prozent ab, ist dies begründungsfrei möglich. Übersteigt der angesetzte Planungswert den begründungsfreien Korridor, so ist die Abweichung insbesondere anhand der folgenden Einflussfaktoren zu begründen.

Siedlungsgeographie

Der Medizinische Dienst hat als regional organisierter medizinischer Begutachtungsdienst die Strukturen auf der Landesebene zu berücksichtigen. Die jeweiligen siedlungsgeographischen Gegebenheiten (z. B. Verhältnis ländlicher vs. urbaner Raum) können den Personalbedarf beeinflussen. Dies ist insbesondere dann bei der Ermittlung des Personalbedarfes zu berücksichtigen, wenn Begutachtungen außerhalb der Dienststelle in ländlichen oder infrastrukturell wenig erschlossenen Zuständigkeitsbereichen erfolgen, die lange Wegezeiten erfordern.

Zusammenwirken der Akteure in der Region

Abhängig vom Zusammenwirken der Akteure im Zuständigkeitsbereich eines Medizinischen Dienstes kommt es je nach Kooperationsmöglichkeiten mit den Leistungserbringern oder spezifischen Vereinbarungen mit den Pflegekassen zu unterschiedlichen Aufwänden bei den einzelnen Medizinischen Diensten.

Prozessinnovationen

Die Medizinischen Dienste agieren in einem sehr dynamischen Umfeld. So können beispielsweise Gesetzesänderungen weitreichende Folgen für die Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste haben und in der Folge stark veränderte Zeitaufwände nach sich ziehen, die sich noch nicht in den auf Vergangenheitsdaten basierenden aufgabenbezogenen Richtwerten widerspiegeln.

Auch die voranschreitende Digitalisierung sorgt dafür, dass sich prozessuale Veränderungen bei der Aufgabenwahrnehmung ergeben, die sich erst zeitverzögert in den Zeitaufwänden niederschlagen. Vorstellbar ist auch, dass einzelne Dienste weitreichende Umstrukturierungen vornehmen, in deren Folge sich Prozesse und damit Bearbeitungszeiten ändern. Die vorgenannten und vergleichbaren Fak-

toren können einen derartigen (kurzfristigen) Einfluss auf die Zeitaufwände haben, dass es in der Planung ggf. notwendig sein könnte, für ein Jahr eigene Planungswerte in ausgewählten Bereichen zugrunde zu legen. Etwaige Abweichungen und deren Dauer sind ausführlich zu begründen.

4 Evaluation und Fortentwicklung

Die Richtlinie zur einheitlichen Personalbedarfsermittlung dient, wie beschrieben, der Sicherstellung einer Aufgabenerledigung der Medizinischen Dienste durch eine angemessene Personalausstattung und fördert im Rahmen der Anwendung der Richtlinie den Austausch der Medizinischen Dienste über ihren Personaleinsatz, die Richtwerte und dahinterstehende Prozesse und unterstützt damit Prozessverbesserungen in den Medizinischen Diensten im Rahmen eines „Voneinander Lernens“.

In der vorliegenden Richtlinie ist eine Fortschreibung gemäß der in einem Konvergenzplan⁷ festgelegten Umsetzungsschritte und Zeitvorgaben sowie eine Aktualisierung der aufgabenbezogenen Richtwerte vorgesehen. Bei der Fortschreibung der Richtlinie sind insbesondere die Ergebnisse der im Jahr 2023 durchgeführten Evaluation, so beispielsweise im Hinblick auf eine Festlegung einheitlicher methodischer Grundlagen für die Ermittlung der Begutachtungszeiten, zu beachten. Zielsetzung ist es aus heutiger Sicht, spätestens in der Aktualisierung der Richtlinie 2026 die im Konvergenzplan identifizierten wesentlichen Schritte verbindlich zu machen.

Nachfolgende Maßnahmen sind in der hier vorliegenden Fortschreibung der Richtlinie bereits umgesetzt worden bzw. werden in den nächsten Aktualisierungen der Richtlinie schrittweise fortgesetzt:

- Ein Bedarfsabfragebogen steht den Medizinischen Diensten zur Verfügung, mit welchem die voraussichtlichen Begutachtungsbedarfe bei den Kranken- und Pflegekassen abgefragt werden können. Die Bedarfsabfrage bei den Kranken- und Pflegekassen kommt für die Haushaltsplanungen 2025 erstmalig zur Anwendung.
- Das Konzept Zeiterfassung⁸ ist aktualisiert worden. Das Konzept empfiehlt die Ermittlung der produktbezogenen Bearbeitungszeiten mittels permanenter IT-gestützter Zeiterfassung. Für die Medizinischen Dienste, bei denen bislang keine permanente Zeiterfassung erfolgt, sind nunmehr Kriterien für eine stichprobenhafte Zeiterfassung, wie bspw. die Anzahl der einzubeziehenden Gutachterinnen und Gutachter oder der Erhebungszeitraum, verbindlich geregelt. Sofern die Ermittlung der produktbezogenen Bearbeitungszeiten per Stichprobe erfolgt, sind die Zeiten jährlich zu aktualisieren.
- Das Konzept Zeiterfassung sieht nunmehr eine ausdifferenzierte Erfassung der Produkterstellungs- und Wegezeiten vor. Für die Medizinischen Dienste, bei denen Grund- und Wegezeiten bislang nicht getrennt ermittelt wurden, wird eine Erfassung der Wegezeiten ab dem ersten Quartal 2024 erfolgen. Die Erfassung der Wegezeiten wird zunächst bei Hausbesuchen für Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit erfolgen. Die aktualisierten Richtwerte für die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit beinhalten nur noch die reinen Produkterstellungszeiten. Bei den Qualitätsprüfungen nach § 114 ff. nach SGB XI fallen eben-

⁷ Der Konvergenzplan der Richtlinie ist auf der Homepage des MD Bund veröffentlicht: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/Richtlinien_MDS_MD_Bund/PBE_GKV/23-11-10_Konvergenzplan_Veroeffentlichung.pdf.

⁸ Die Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund zur statistischen Erfassung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V verweist auf das Konzept, welches auf der Homepage des MD Bund veröffentlicht ist.

falls Wegezeiten an. Deren Erfassung findet im zweiten Quartal 2024 statt, so dass diese aufgabenbezogenen Richtwerte im Rahmen der Richtlinienfortschreibung in 2025 ebenfalls nur noch die reinen Produkterstellungszeiten beinhalten werden.

- Im zweiten Halbjahr 2023 wurde eine Bestandsaufnahme zum Einsatz von Führungskräften in den Medizinischen Diensten durchgeführt und zu Beginn des Jahres 2024 ausgewertet. Die Bestandsaufnahme stützt sich auf strukturierte Interviews mit allen Medizinischen Diensten, auf die Analyse der Aufbauorganisation sowie auf eine Sichtung ausgewählter Stellenbeschreibungen für alle Führungsebenen im Begutachtungsbereich. Auf Basis der Bestandsaufnahme wird derzeit an einem neuen Konzept für die Ermittlung des Führungskräftebedarfs gearbeitet, damit eine methodische Anpassung der Führungskräftebedarfsermittlung, wie im Konvergenzplan vorgesehen, in die Richtlinienversion 2025 Eingang finden kann.
- Die Anlage mit den aufgabenbezogenen Richtwerten ist um einen Richtwert zur Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit für Gutachten nach strukturiertem Telefoninterview erweitert worden.

5 Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt zum 1. Juli 2024 in Kraft. Die Veröffentlichung erfolgt auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes Bund ([md-bund.de](https://www.md-bund.de)).

Die Richtlinie ist ab dem Tag ihres Inkrafttretens anzuwenden. Sie gilt bis zum 30. Juni 2025.

Anlage 1: Aufgabenbezogene Richtwerte

Tabelle Aufgabenbezogene Richtwerte und Korridor (- 5 Prozent/+ 5 Prozent); Angaben in Stunden. Der zugrunde liegende Erhebungszeitraum für die hier vorliegende Version basiert auf dem Zeitraum 01.07.2023 bis 31.12.2023 für die Richtwerte zur Durchführung der Qualitätsprüfungen. Den Richtwerten für die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit liegt der Erhebungszeitraum 01.01.2024 bis 31.03.2024 zugrunde.

Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit		
Gutachten nach Hausbesuch⁴	Gutachten ³	1,69 (1,61-1,78)
	Gutachten nach Widerspruch	2,21 (2,10-2,32)
Gutachten nach strukturiertem Telefoninterview	Gutachten ³	1,50 (1,43-1,58)
Gutachten nach Aktenlage (1): Persönliche Befunderhebung nicht möglich oder nicht zumutbar ¹	Gutachten ³	0,44 (0,42-0,47)
	Gutachten nach Widerspruch	0,69 (0,65-0,72)
Gutachten nach Aktenlage (2): Ausnahmebedingt bei eindeutiger Informationslage ²	Gutachten ³	0,81 (0,77-0,85)
	Gutachten nach Widerspruch	1,00 (0,95-1,05)
Gutachten in Fällen mit verkürzter Begutachtungsfrist		0,20 (0,19-0,21)
Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten	Regel- und Wiederholungsprüfungen	34,64 (32,91-36,37)
	Anlassprüfungen	52,23 (49,62-54,84)
Qualitätsprüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen	Regel- und Wiederholungsprüfungen	46,18 (43,87-48,49)
	Anlassprüfungen	64,66 (61,43-67,90)
Qualitätsprüfungen in teilstationären Pflegeeinrichtungen	Regel- und Wiederholungsprüfungen	16,43 (15,60-17,25)
	Anlassprüfungen	25,42 (24,15-26,99)

¹ Nicht möglich bedeutet zum Beispiel, wenn die antragstellende Person verstorben ist oder wenn eine persönliche Begutachtung der antragsstellenden Person wegen einer stationäre Hospizversorgung oder ambulanten Palliativversorgung nicht zumutbar ist. Vgl. Begutachtungsrichtlinie Kapitel 6.1.2.

² Aktenlagen in Ausnahmefällen bei eindeutiger Informationslage. Vgl. Begutachtungsrichtlinie Kapitel 6.1.2.

³ Inklusive Erstgutachten (nach Eilbegutachtung); Gutachten nach Rückstufungsantrag; Gutachten nach Höherstufungsantrag; Wiederholungsbegutachtungen, wenn diese bei den Gutachtenarten laut Begutachtungsrichtlinie Kapitel 6 zulässig sind.

⁴ Diese Werte beinhalten keine Wegezeiten.

Anlage 2: Weitere Begutachtungsanlässe im Aufgabenbereich Begutachtung (in abschließender Aufzählung)

Diese Anlage bezieht sich auf Unterpunkt 2.1 (Aufgabenbezogene Richtwerte).

- Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI bei bestehender Pflegebedürftigkeit
- Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI
- Teilstationäre Pflege nach § 41 SGB XI
- Notwendigkeit der Tages- und Nachtpflege neben Leistungen nach § 38 a (38a Absatz 1 Satz 2 SGB XI)
- Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 SGB XI
- Technische Pflegehilfsmittel“ nach § 40 Absatz 1 bis 3 SGB XI
- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 SGB XI
- Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 40 Absatz 4 SGB XI
- Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen
- Anträge auf Leistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz
- Anträge auf vorläufige Leistungen der Rehabilitation nach § 32 SGB XI
- Anträge auf häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- Fragen zum Umfang der Pfllegetätigkeit bei Personen, die vorrangig nach einem anderen Gesetz Pflegeleistungen erhalten
- Überprüfung der Pflegequalität im Einzelfall auf gesetzlicher Grundlage beruhende Fragestellungen, die sich durch die übrigen Schlüssel nicht abbilden lassen