

Qualitätsbericht über die Ergebnisse
der internen und übergreifenden Qualitätsprüfungen
der Medizinischen Dienste

Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)

Kontinuierliche Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung 2025



IMPRESSUM

Bearbeitung

Jana Klose, Medizinischer Dienst Bund

Bernhard Fleer, Medizinischer Dienst Bund

Ingo Kowalski, Medizinischer Dienst Bund

Unter Mitarbeit der Unterarbeitsgruppe
der Fach-Arbeitsgruppe Qualitätssicherung Pflegebegutachtung (Fach-AG QSPB)

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

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	5
1 Einleitung	6
2 Verfahren und Konzeption der Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung 2025.....	7
2.1 Das Verfahren der Qualitätssicherung.....	7
2.2 Bewertungssystematik.....	9
2.3 Gegenstand der Qualitätssicherung	10
2.4 Inhaltliche Kriterien der Qualitätsprüfung.....	11
3 Ergebnisse der Qualitätsprüfungen 2025	13
3.1 MD-interne Prüfungen.....	13
3.1.1 Gutachten aufgrund eines Haus-/Einrichtungsbesuchs.....	15
3.1.2 Gutachten aufgrund eines strukturierten Telefoninterviews	17
3.1.3 Gutachten aufgrund von Aktenlagen	19
3.2 MD-übergreifende Prüfungen	21
3.2.1 Gutachten aufgrund eines Haus-/Einrichtungsbesuchs.....	21
3.2.2 Gutachten aufgrund eines strukturierten Telefoninterviews	23
3.2.3 Gutachten aufgrund von Aktenlagen	25
4 Ergebnisse der Konsensuskonferenzen	27
5 MD-übergreifende Audits.....	28
5.1 Ergebnisse der MD-übergreifenden Audits	29
5.2 Versichertenbefragung im Rahmen der MD-übergreifenden Audits	30
6 Begleitende interne Qualitätssicherung der Medizinischen Dienste	33
7 Fazit.....	38
8 Anlage	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Mengengerüst der MD-internen Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung des Verfahrens 2025	14
Tabelle 2:	Ergebnisse der MD-internen Prüfung für Gutachten nach Haus-/Einrichtungsbesuch.....	16
Tabelle 3:	Ergebnisse der MD-internen Prüfung für Gutachten nach strukturiertem Telefoninterview	18
Tabelle 4:	Ergebnisse der MD-internen Prüfung für Gutachten nach Aktenlage	20
Tabelle 5:	Ergebnisse der MD-übergreifenden Prüfung – Gutachten nach Haus-/Einrichtungsbesuch – Vergleich zwischen MD-interner und MD-übergreifender Prüfung	22
Tabelle 6:	Ergebnisse der MD-übergreifenden Prüfung – Gutachten nach strukturiertem Telefoninterview – Vergleich zwischen MD-interner Prüfung und MD-übergreifender Prüfung.....	24
Tabelle 7:	Ergebnisse der MD-übergreifenden Prüfung – Gutachten nach Aktenlage – Vergleich zwischen MD-interner und MD-übergreifender Prüfung	26

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Begleitende interne Qualitätssicherung der Medizinischen Dienste.....	33
--	----

1 Einleitung

Die Qualitätssicherung der Medizinischen Dienste (MD) und des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (SMD der DRV KBS) – im Folgenden als Medizinische Dienste¹ bezeichnet – zielt darauf ab, die Qualität im Bereich der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit gemäß dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) zu sichern, fortlaufend zu verbessern und eine einheitliche Umsetzung der Pflegebegutachtung zu gewährleisten. Hierzu setzen die Medizinischen Dienste das Verfahren der kontinuierlichen Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung (KQP) um, das insbesondere auf der Grundlage der dokumentierten Angaben in den Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eine Analyse der Begutachtungsqualität ermöglicht und auch mögliche Entwicklungspotenziale identifiziert.

Die KQP im Jahr 2025 und die Auswertung der entsprechenden Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht erfolgten auf Grundlage der *Richtlinien des Spitzendverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung (QSRi) vom 6. September 2016* (s. Anlage 1). Diese Richtlinien bildeten damit für das Berichtsjahr 2025 den maßgeblichen fachlichen und verfahrensbezogenen Rahmen für die MD-internen und MD-übergreifenden Qualitätsprüfungen sowie die MD-übergreifenden Audits inklusive der Versichertenbefragung.

Die auf Grundlage der QSRi entwickelte Prüfsystematik wurde unter Beteiligung pflegewissenschaftlicher Expertise weiterentwickelt.

Das Prüfverfahren besteht aus drei Teilen:

1. einer kontinuierlichen internen und übergreifenden Qualitätsprüfung von Gutachten (Pflegegutachten) der Medizinischen Dienste²,
2. einem MD-übergreifenden Audit der Pflegebegutachtung und
3. einer Befragung der Versicherten, die am Auditverfahren beteiligt waren.

Alle Regelungen wurden in der übergreifenden Fach-Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung“ (Fach-AG QSPB) beschlossen und abgestimmt. Die Fach-AG QSPB besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Medizinischen Dienste, des SMD der DRV KBS, des GKV-SV und des MD Bund.

¹ Darunter werden die Medizinischen Dienste und der Sozialmedizinische Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See verstanden.

² Bezeichnet als MD-interne und MD-übergreifende Qualitätsprüfung.

2 Verfahren und Konzeption der Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung 2025

2.1 Das Verfahren der Qualitätssicherung

Die Prüfkonzepktion, die Prüfkriterien und der jährliche Qualitätsbericht werden von der Fach-AG QSPB erarbeitet.

Der Schwerpunkt der Prüfung liegt auf den MD-internen Qualitätsprüfungen. Jeder Medizinische Dienst prüft im laufenden Jahr ambulante und stationäre Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Die Stichprobengröße richtet sich dabei nach dem Begutachtungsvolumen des jeweiligen Medizinischen Dienstes des vorangegangenen Jahres und beträgt mindestens 0,5 Prozent (siehe Kapitel 3.1). Die Prüfungen erfolgen hierbei im monatlichen oder vierteljährlichen Rhythmus auf Grundlage randomisierter Stichprobenziehungen.

Aus dem Pool der bereits MD-intern geprüften Gutachten werden per Zufallsprinzip von jedem Medizinischen Dienst 96 (48³) Gutachten nach Haus-/Einrichtungsbesuch und strukturiertem Telefoninterview in die MD-übergreifende Qualitätsprüfung einbezogen. Dies erfolgt über eine vom MD Bund bereitgestellte Datenbank. Um, orientiert an der geplanten Anzahl der Begutachtungsarten der Medizinischen Dienste, eine ausreichend große Stichprobe je Produktart sicherzustellen, erfolgt die Festlegung einer Quote (72 Gutachten nach Haus-/Einrichtungsbesuch und 24 Gutachten nach strukturiertem Telefoninterview). Zudem sieht die Prüfkonzepktion vor, dass jeder Medizinische Dienst 32 (16) per Aktenlage erstellte Gutachten – gemäß den hierfür festgelegten Fallkonstellationen (siehe Kapitel 2.3) – pro Jahr zur übergreifenden Prüfung in die Datenbank „Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung“ der Fach-AG QSPB einbringt. Das Einstellen der Gutachten nach Haus-/Einrichtungsbesuch und strukturiertem Telefoninterview in die Datenbank der Fach-AG QSPB erfolgt vierteljährlich (24/12). Die Aktenlagegutachten werden ebenfalls vierteljährlich (8/4), zusätzlich zur Jahresstichprobe in die Datenbank eingestellt.

Das Verfahren der MD-übergreifenden Qualitätsprüfung wird vollständig über die Datenbank realisiert, indem die zu prüfenden Gutachten nach dem Zufallsprinzip an die Medizinischen Dienste verteilt werden. Dabei erfolgt die Übermittlung ohne die jeweilige MD-interne Prüfbewertung und anonymisiert mit maskierten personenbezogenen Angaben. Dabei ist sichergestellt, dass kein Medizinischer Dienst eigene Gutachten zur MD-übergreifenden Prüfung erhält. Die Medizinischen Dienste melden ihre übergreifenden Qualitätsbewertungen dann über die Datenbank zurück – hierfür haben sie bis zum Ende des dem Prüfquartal folgenden Quartals Zeit. Dadurch erhält auch jeder Medizinische Dienst das Ergebnis der übergreifenden Qualitätsprüfung seiner Gutachten. Auf diese Weise erfolgt eine kontinuierliche Evaluation des Verfahrens und die einheitliche Umsetzung der Prüfkonzepktion wird sichergestellt. Dieser Untersuchungsteil wird auch „identische Stichprobe“ genannt.

³ Reduzierte Anzahl für den Medizinischen Dienst Bremen und Medizinischen Dienst Saarland. Dies bezieht sich auch auf die folgenden Angaben zur Anzahl der Gutachten in diesem Absatz.

Um den direkten Austausch der Prüferinnen und Prüfer bei diesem Prüfverfahren zu ermöglichen, werden von den MD-internen Qualitätsbewertungen abweichende Prüfergebnisse zu der MD-übergreifenden Prüfung und besondere Fallkonstellationen im Rahmen von zwei Konsensuskonferenzen diskutiert (siehe Kapitel 4).

2.2 Bewertungssystematik

Die Bewertungssystematik wurde mit wissenschaftlicher Begleitung entwickelt. Der Schwerpunkt der Bewertung innerhalb der MD-internen und MD-übergreifenden Qualitätsprüfungen liegt auf inhaltlichen Aspekten der Gutachten. Die Bewertungen erfolgen hinsichtlich der

- Kompetenz in der Darstellung der beurteilungsrelevanten Inhalte,
- Kompetenz in der Bewertung der dargestellten Inhalte,
- Kompetenz in der Ableitung der Empfehlungen und
- allgemeinen Prüfkriterien.

Diese Prüfbereiche werden einer dreistufigen Bewertung wie folgt unterzogen:

Bewertungskategorien:

- **1 „erfüllt“** = „es bleiben keine Fragen offen“. Die Darstellungen, Bewertungen und Empfehlungen lassen sich aus dem Inhalt des Gutachtens ohne Widersprüche nachvollziehen.
- **2 „noch erfüllt“** = Die Darstellungen, Bewertungen und Empfehlungen beinhalten einzelne Unklarheiten und/oder Unvollständigkeiten. Die gutachterlichen Feststellungen sind jedoch zutreffend und noch nachvollziehbar.
- **3 „nicht erfüllt“** = „es bleiben entscheidende Fragen offen“. Die Darstellungen sind sehr lückenhaft oder nicht eindeutig. Es bestehen erhebliche Unklarheiten und/oder Unvollständigkeiten, die so groß sind, dass keine konsistenten Bewertungen und Empfehlungen ableitbar sind. Die gutachterlichen Feststellungen sind unzutreffend oder nicht nachvollziehbar.

Die Bewertungskategorien 1 „erfüllt“ und 2 „noch erfüllt“ stehen für ein fachlich nachvollziehbares Gutachten und daher für eine erfüllte Qualitätsanforderung.

2.3 Gegenstand der Qualitätssicherung

Geprüft werden Gutachten, deren formaler Aufbau und inhaltliche Ausgestaltung in den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit – Begutachtungs-Richtlinien (BRi) festgelegt sind.

In den QSRI ist vorgesehen, dass die Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit aus dem ambulanten und stationären Bereich sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern Bestandteil der randomisierten Stichprobenziehungen in den Medizinischen Diensten sind. Damit sind Erstgutachten, Gutachten nach Änderungsantrag, Wiederholungs- und Widerspruchsgutachten Gegenstand der Prüfung.

Die Begutachtung mittels eines Haus-/Einrichtungsbesuches stellt den Regelfall zur Erstellung eines Gutachtens dar. Gutachten nach strukturiertem Telefoninterview können bei definierten Fallkonstellationen angefertigt werden (siehe BRi, Kapitel 6.1.2). Für Gutachten nach Aktenlage gelten ebenfalls definierte Fallkonstellationen, in denen aus den vorliegenden Unterlagen bereits eindeutige Informationen für eine sachgerechte, sozialmedizinische Beurteilung hervorgehen (siehe BRi, Kapitel 6.1.3).

Gutachten, die einer verkürzten Bearbeitungs-/Begutachtungsfrist sowie einem Sozialgerichtsverfahren unterliegen und Gutachten für Antragstellende, die zwischen Antragstellung und Begutachtung verstorben sind, sowie Gutachten bei stationärer Hospizversorgung, ambulanter Palliativpflege und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV), sind nicht Bestandteil der MD-internen und MD-übergreifenden Qualitätsprüfungen.

2.4 Inhaltliche Kriterien der Qualitätsprüfung

Da sowohl für Gutachten nach Haus-/Einrichtungsbesuch, nach strukturiertem Telefoninterview und für Gutachten nach Aktenlage die gleichen Qualitätskriterien gelten, wird eine einheitliche Prüfmatrix verwendet. Für die Qualitätsprüfung von Gutachten nach Aktenlage entfallen in der Prüfmatrix im Einklang mit den BRi einzelne Prüfkriterien in den Prüfbereichen.

Folgende Bereiche werden geprüft:

Im Prüfbereich **Kompetenz in der Darstellung der beurteilungsrelevanten Inhalte** sind folgende Qualitätsanforderungen definiert: Gesamtbild möglich, Darstellung vollständig, sachlich und fachlich widerspruchsfrei (Bewertungen und Empfehlungen sind hieraus ableitbar). Für die Prüfung von Gutachten nach Aktenlage entfallen die Prüfkriterien „Vorhandene Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel, Nutzung (Pkt. 1.3)“ sowie „Pflegerrelevante Aspekte der Versorgungs- und Wohnsituation (Pkt. 1.4)“.

Kompetenz in der Darstellung der beurteilungsrelevanten Inhalte	
	Pflegerrelevante Fremdbefunde und Vorgeschichte (Pkt. 1.1 - 1.2)
	Vorhandene Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel, Nutzung (Pkt. 1.3)
	Pflegerrelevante Aspekte der Versorgungs- und Wohnsituation (Pkt. 1.4)
	Gutachterlicher Befund und pflegebegründende Diagnosen (Pkt. 2 - 3)

Im Prüfbereich **Kompetenz in der Bewertung der dargestellten Inhalte** sind folgende Qualitätsanforderungen definiert: Gutachterliche Bewertungen sind korrekt und widerspruchsfrei. Für die Prüfung von Gutachten nach Aktenlage entfällt das Prüfkriterium „Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen (Pkt. 6.1–6.2)“.

Kompetenz in der Bewertung der dargestellten Inhalte	
Module (Pkt. 4.1 - 4.6)	Modul 1 inkl. 4.1.B
	Modul 2
	Modul 3
	Modul 4
	Modul 5
	Modul 6
Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen (Pkt. 6.1 - 6.2)	

Im Prüfbereich **Kompetenz in der Ableitung der Empfehlungen** sind folgende Qualitätsanforderungen definiert: Gutachterliche Empfehlungen sind korrekt und widerspruchsfrei (inhaltlich und fachlich). Für die Prüfung von Gutachten nach Aktenlage entfallen die Prüfkriterien „Pflegeaufwand der Pflegepersonen (Pkt. 5.2)“ sowie „Rehaempfehlung (Pkt. 7.2–7.3)“.

Kompetenz in der Ableitung der Empfehlungen
Pflegegrad (Pkt. 5.1)
Pflegeaufwand der Pflegepersonen (Pkt. 5.2)
Rehaempfehlung (Pkt. 7.2 - 7.3)
Weitere Empfehlungen und Hinweise an die Pflegekasse (Ableitung aus Punkt 5.3, Pkt. 8 - 9)

Im **Prüfbereich Allgemeine Prüfkriterien** sind folgende Qualitätsanforderungen definiert: Erfüllung allgemeiner/formaler Anforderungen.

Allgemeine Prüfkriterien
Verständlichkeit
Wertneutrale Sprache
Vollständigkeit des Formulargutachtens

3 Ergebnisse der Qualitätsprüfungen 2025

Geprüft wurde die Qualität der Gutachten in den vier dargestellten Prüfbereichen „Kompetenz in der Darstellung der beurteilungsrelevanten Inhalte“, „Kompetenz in der Bewertung der dargestellten Inhalte“, „Kompetenz in der Ableitung der Empfehlungen“ und „Allgemeine Prüfkriterien“ (siehe Kapitel 2.4). Eine Qualitätsbewertung der Kategorien „noch erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ war im Rahmen der Prüfung im Kommentarfeld des Prüfbereiches immer zu erläutern.

In der Regel stellten sich die in den Gutachten nach Haus-/Einrichtungsbesuch, strukturiertem Telefoninterview sowie nach Aktenlage dokumentierten und bewerteten Sachverhalte so eindeutig dar, dass die hieraus resultierenden Empfehlungen und Feststellungen plausibel und unstrittig waren, was auch in den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen zum Ausdruck kam.

3.1 MD-interne Prüfungen

Grundlage der MD-internen Prüfungen ist eine wissenschaftlich festgelegte Stichprobe von 0,5 Prozent des Begutachtungsvolumens des Vorjahres.

In Tabelle 1 sind die Anzahl der im Jahr 2024 durchgeführten Begutachtungen und die daraus errechneten Stichprobengrößen der Medizinischen Dienste zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit der Auswertungen für das Verfahren 2025 als Mindestsollgröße dokumentiert. Unabhängig von diesen festgelegten Stichprobengrößen werden in den Medizinischen Diensten darüber hinaus intern entsprechend der QSRI zusätzliche Gutachten geprüft.

Tabelle 1: Mengengerüst der MD-internen Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung des Verfahrens 2025

Soll-Stichprobe für die MD-interne Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung 2025		
Medizinischer Dienst	durchgeführte Regelbegutachtungen 2024 gemäß 6.1.1, 6.1.2 und 6.1.3 der Begutachtungs-Richtlinien	davon 0,5% (Sollstichprobengröße 2025)
Baden-Württemberg	350.255	1.751
Bayern	369.995	1.850
Berlin-Brandenburg	226.886	1.134
Bremen	25.240	126
Hessen	219.394	1.097
Mecklenburg-Vorpommern	73.716	369
Niedersachsen	322.190	1.611
Nord	145.151	726
Nordrhein	390.357	1.952
Rheinland-Pfalz	152.747	764
Saarland	39.355	197
Sachsen	181.831	909
Sachsen-Anhalt	108.304	542
Thüringen	97.266	486
Westfalen-Lippe	309.425	1.547
SMD der DRV KBS	126.314	632
Gesamt	3.138.426	15.693

Die Ergebnisdarstellung der Qualitätsprüfungen in den Tabellen 2, 3 und 4 erfolgt auf der Ebene einzelner Prüfkriterien der Prüfbereiche.

Für die Darstellung der Ergebnisse werden die Bewertungskategorien auf die zentrale Aussage verdichtet, ob eine Qualitätsanforderung erfüllt ist. Dies erhöht die Verständlichkeit der Ergebnisse und macht die Qualitätsbewertung für die Lesenden eindeutig nachvollziehbar. Geprüft wurden insgesamt 11.015 Gutachten nach Haus-/Einrichtungsbesuch, 2.467 Gutachten nach strukturiertem Telefoninterview und 2.211 Gutachten nach Aktenlage⁴.

⁴ Der SMD der DRV KBS führte im Jahr 2025 keine Begutachtungen nach Aktenlage im Sinne der QSRI durch.

3.1.1 Gutachten aufgrund eines Haus-/Einrichtungsbesuchs

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Darstellung der beurteilungsrelevanten Inhalte“ wurde das Kriterium „Pflegerrelevante Fremdbefunde und Vorgeschichte“ zu 99,8 Prozent mit den Bewertungskategorien 1 und 2 bewertet. Das Kriterium „Vorhandene Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel, Nutzung“ erhielt zu 100 Prozent Graduierungen mit 1 oder 2 und das Kriterium „Pflegerrelevante Aspekte der Versorgungs- und Wohnsituation“ wurde bei 100 Prozent der geprüften Gutachten mit 1 oder 2 bewertet. Das Kriterium „Gutachterlicher Befund und pflegebegründende Diagnosen“ erhielt zu 99,6 Prozent eine Bewertung mit 1 oder 2.

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Bewertung der dargestellten Inhalte“ wurden die Modulkriterien (Module 1 bis 6) und das Kriterium „Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen“ geprüft. Im „Modul 1“ (inkl. 4.1.B) erhielten 99,5 Prozent und im „Modul 2“ 99,1 Prozent der geprüften Gutachten eine Bewertung mit 1 oder 2. In den „Modulen 3 und 4“ wurden die Gutachten zu 99,7 Prozent und 98,0 Prozent mit 1 oder 2 bewertet. 99,4 Prozent beziehungsweise 97,9 Prozent der geprüften Gutachten wurden in den „Modulen 5 beziehungsweise 6“ mit einer 1 oder 2 bewertet. Das Kriterium „Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen“ erhielt zu 97,4 Prozent eine Bewertung mit 1 oder 2.

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Ableitung der Empfehlungen“ wurde bei den einzelnen Kriterien im folgenden Umfang mit 1 oder 2 bewertet: „Pflegegrad“ 96,7 Prozent, „Pflegeaufwand der Pflegepersonen“ 99,9 Prozent, „Rehaempfehlung“ 99,9 Prozent und „Weitere Empfehlungen und Hinweise an die Pflegekasse“ ebenfalls 99,9 Prozent.

Unter den „Allgemeinen Prüfkriterien“ wurden alle Kriterien – „Verständlichkeit“, „Wertneutrale Sprache“ und „Vollständigkeit des Formulargutachtens“ – bei 100 Prozent der Gutachten mit den Bewertungskategorien 1 und 2 bewertet.

Hieraus lässt sich ableiten, dass bei allen intern geprüften Gutachten nach Haus-/Einrichtungsbesuch die Qualitätsanforderungen erfüllt waren.

Tabelle 2: Ergebnisse der MD-internen Prüfung für Gutachten nach Haus-/Einrichtungsbesuch

Ergebnisse der MD-internen Prüfung für Gutachten nach HAUS-/EINRICHTUNGSBESUCH		
Prüfbereiche/Prüfkriterien		Qualitätsanforderung erfüllt (1 + 2)
Kompetenz in der Darstellung der beurteilungsrelevanten Inhalte		
1. Pflegerelevante Fremdbefunde und Vorgeschichte (Pkt. 1.1 - 1.2)		99,8%
2. Vorhandene Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel, Nutzung (Pkt. 1.3)		100,0%
3. Pflegerelevante Aspekte der Versorgungs- und Wohnsituation (Pkt. 1.4)		100,0%
4. Gutachterlicher Befund und pflegebegründende Diagnosen (Pkt. 2 und 3)		99,6%
Kompetenz in der Bewertung der dargestellten Inhalte		
5. Module (Pkt. 4.1 - 4.6)	Modul 1 inkl. 4.1.B	99,5%
	Modul 2	99,1%
	Modul 3	99,7%
	Modul 4	98,0%
	Modul 5	99,4%
	Modul 6	97,9%
6. Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen (Pkt. 6.1 - 6.2)		97,4%
Kompetenz in der Ableitung der Empfehlungen		
7. Pflegegrad (Pkt. 5.1)		96,7%
8. Pflegeaufwand der Pflegepersonen (Pkt. 5.2)		99,9%
9. Rehaempfehlung (Pkt. 7.2 - 7.3)		99,9%
10. Weitere Empfehlungen und Hinweise an die Pflegekasse (Ableitung aus Punkt 5.3, Pkt. 8 - 9)		99,9%
Allgemeine Prüfkriterien		
11. Verständlichkeit		100,0%
12. Wertneutrale Sprache		100,0%
13. Vollständigkeit des Formulargutachtens		100,0%

3.1.2 Gutachten aufgrund eines strukturierten Telefoninterviews

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Darstellung der beurteilungsrelevanten Inhalte“ wurde das Kriterium „Pflegerrelevante Fremdbefunde und Vorgeschichte“ zu 99,3 Prozent mit den Bewertungskategorien 1 und 2 bewertet. Das Kriterium „Vorhandene Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel, Nutzung“ erhielt zu 100 Prozent Graduierungen mit 1 oder 2 und das Kriterium „Pflegerrelevante Aspekte der Versorgungs- und Wohnsituation“ wurde bei 99,8 Prozent der geprüften Gutachten mit 1 oder 2 bewertet. Das Kriterium „Gutachterlicher Befund und pflegebegründende Diagnosen“ erhielt zu 99,6 Prozent eine Bewertung mit 1 oder 2.

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Bewertung der dargestellten Inhalte“ wurden die Modulkriterien (Module 1 bis 6) und das Kriterium „Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen“ geprüft. Im „Modul 1“ (inkl. 4.1.B) erhielten 99,2 Prozent und im „Modul 2“ 98,5 Prozent der geprüften Gutachten eine Bewertung mit 1 oder 2. In den „Modulen 3 und 4“ wurden die Gutachten zu 99,6 Prozent und 97,1 Prozent mit 1 oder 2 bewertet. 99,4 Prozent beziehungsweise 97,3 Prozent der geprüften Gutachten wurden in den „Modulen 5 beziehungsweise 6“ mit einer 1 oder 2 bewertet. Das Kriterium „Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen“ erhielt zu 96,7 Prozent eine Bewertung mit 1 oder 2.

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Ableitung der Empfehlungen“ wurde bei den einzelnen Kriterien im folgenden Umfang mit 1 oder 2 bewertet: „Pflegegrad“ 95,5 Prozent, „Pflegeaufwand der Pflegepersonen“ 99,9 Prozent, „Rehaempfehlung“ 99,9 Prozent und „Weitere Empfehlungen und Hinweise an die Pflegekasse“ 99,9 Prozent.

Unter den „Allgemeinen Prüfkriterien“ wurde das Kriterium „Verständlichkeit“ bei 99,9 Prozent der Gutachten mit den Bewertungskategorien 1 und 2, also guter Qualität beurteilt. Bei dem Kriterium „Wertneutrale Sprache“ wurden 100 Prozent der Gutachten mit 1 und 2 Graduierungen bewertet. In Bezug auf das Kriterium „Vollständigkeit des Formulargutachtens“ erfolgte ebenfalls bei 99,9 Prozent der Gutachten eine Bewertung mit 1 oder 2.

Hieraus lässt sich ableiten, dass die Qualitätsanforderungen bei allen intern geprüften Gutachten nach strukturiertem Telefoninterview erfüllt waren.

Tabelle 3: Ergebnisse der MD-internen Prüfung für Gutachten nach strukturiertem Telefoninterview

Ergebnisse der MD-internen Prüfung für Gutachten nach STRUKTURIERTEM TELEFONINTERVIEW		
Prüfbereiche/Prüfkriterien		Qualitätsanforderung erfüllt (1 + 2)
Kompetenz in der Darstellung der beurteilungsrelevanten Inhalte		
1. Pflegerelevante Fremdbefunde und Vorgeschichte (Pkt. 1.1 - 1.2)		99,3%
2. Vorhandene Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel, Nutzung (Pkt. 1.3)		100,0%
3. Pflegerelevante Aspekte der Versorgungs- und Wohnsituation (Pkt. 1.4)		99,8%
4. Gutachterlicher Befund und pflegebegründende Diagnosen (Pkt. 2 und 3)		99,6%
Kompetenz in der Bewertung der dargestellten Inhalte		
5. Module (Pkt. 4.1 - 4.6)	Modul 1 inkl. 4.1.B	99,2%
	Modul 2	98,5%
	Modul 3	99,6%
	Modul 4	97,1%
	Modul 5	99,4%
	Modul 6	97,3%
6. Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen (Pkt. 6.1 - 6.2)		96,7%
Kompetenz in der Ableitung der Empfehlungen		
7. Pflegegrad (Pkt. 5.1)		95,5%
8. Pflegeaufwand der Pflegepersonen (Pkt. 5.2)		99,9%
9. Rehaempfehlung (Pkt. 7.2 - 7.3)		99,9%
10. Weitere Empfehlungen und Hinweise an die Pflegekasse (Ableitung aus Punkt 5.3, Pkt. 8 - 9)		99,9%
Allgemeine Prüfkriterien		
11. Verständlichkeit		99,9%
12. Wertneutrale Sprache		100,0%
13. Vollständigkeit des Formulargutachtens		99,9%

3.1.3 Gutachten aufgrund von Aktenlagen

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Darstellung der beurteilungsrelevanten Inhalte“ wurde das Kriterium „Pflegerrelevante Fremdbefunde und Vorgeschichte“ zu 98,4 Prozent mit den Bewertungskategorien 1 und 2 bewertet. Das Kriterium „Gutachterlicher Befund und pflegebegründende Diagnosen“ erhielt zu 99,9 Prozent eine Bewertung mit 1 oder 2.

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Bewertung der dargestellten Inhalte“ wurden die Modulkriterien (Module 1 bis 6) und das Kriterium „Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen“ geprüft. Im „Modul 1“ (inkl. 4.1.B) erhielten 98,6 Prozent und im „Modul 2“ 98,3 Prozent der geprüften Gutachten eine Bewertung mit 1 oder 2. In den „Modulen 3 und 4“ wurden die Gutachten zu 99,5 Prozent und 97,8 Prozent mit 1 oder 2 bewertet. 99,3 Prozent beziehungsweise 97,5 Prozent der geprüften Gutachten wurden in den „Modulen 5 beziehungsweise 6“ mit einer 1 oder 2 bewertet.

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Ableitung der Empfehlungen“ wurde bei den einzelnen Kriterien im folgenden Umfang mit 1 oder 2 bewertet: „Pflegegrad“ 98,0 Prozent, und „Weitere Empfehlungen und Hinweise an die Pflegekasse“ 100 Prozent.

Unter den „Allgemeinen Prüfkriterien“ wurde das Kriterium „Verständlichkeit“ bei 100 Prozent der Gutachten mit den Bewertungskategorien 1 und 2, also guter Qualität beurteilt. Bei dem Kriterium „Wertneutrale Sprache“ wurden 100 Prozent der Gutachten mit 1 und 2 Graduierungen bewertet. In Bezug auf das Kriterium „Vollständigkeit des Formulargutachtens“ erfolgte ebenfalls bei 99,9 Prozent der Gutachten eine Bewertung mit 1 oder 2.

Hieraus lässt sich ableiten, dass bei allen intern geprüften Gutachten nach Aktenlage die Qualitätsanforderungen erfüllt waren.

Tabelle 4: Ergebnisse der MD-internen Prüfung für Gutachten nach Aktenlage

Ergebnisse der MD-internen Prüfung für Gutachten nach AKTENLAGE		
Prüfbereiche/Prüfkriterien		Qualitätsanforderung erfüllt (1 + 2)
Kompetenz in der Darstellung der beurteilungsrelevanten Inhalte		
1. Pflegerelevante Fremdbefunde und Vorgeschichte (Pkt. 1.1 - 1.2)		98,4%
4. Gutachterlicher Befund und pflegebegründende Diagnosen (Pkt. 2 und 3)		99,9%
Kompetenz in der Bewertung der dargestellten Inhalte		
5. Module (Pkt. 4.1 - 4.6)	Modul 1 inkl. 4.1.B	98,6%
	Modul 2	98,3%
	Modul 3	99,5%
	Modul 4	97,8%
	Modul 5	99,3%
	Modul 6	97,5%
Kompetenz in der Ableitung der Empfehlungen		
7. Pflegegrad (Pkt. 5.1)		98,0%
10. Weitere Empfehlungen und Hinweise an die Pflegekasse (Ableitung aus Punkt 5.3, Pkt. 8 - 9)		100,0%
Allgemeine Prüfkriterien		
11. Verständlichkeit		100,0%
12. Wertneutrale Sprache		100,0%
13. Vollständigkeit des Formulargutachtens		99,9%

Die Prüfkriterien 2, 3, 6, 8 und 9 sind nicht abgebildet, da diese im Einklang mit den BRI bei Begutachtungen nach Aktenlage entfallen.

3.2 MD-übergreifende Prüfungen

In der MD-übergreifenden Prüfung wurden die Qualitätsbewertungen der Stichprobe der MD-internen Prüferinnen und Prüfer mit denen von Prüferinnen und Prüfern eines anderen Medizinischen Dienstes verglichen. Durch das übergreifende Verfahren wurde die Einheitlichkeit der Anwendung der Prüfanleitung evaluiert, hierbei handelt es sich um die Prüfung der korrekten Anwendung des Prüfverfahrens (Peer-Review-Verfahren).

In den Tabellen 5, 6 und 7 wird abgebildet, in wie viel Prozent eine Übereinstimmung zwischen MD-interner und MD-übergreifender Prüfung besteht. Zu beachten ist dabei, dass einige Prüfkriterien für die Qualitätsprüfung von Gutachten nach Aktenlagen entfallen (siehe Kapitel 2.4).

Geprüft wurden 1.080 Gutachten nach Haus-/Einrichtungsbesuch, 360 Gutachten nach strukturiertem Telefoninterview und 448 Gutachten nach Aktenlage⁵.

3.2.1 Gutachten aufgrund eines Haus-/Einrichtungsbesuchs

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Darstellung der beurteilungsrelevanten Inhalte“ wurden bei den einzelnen Kriterien folgende übereinstimmende Bewertungen festgestellt: „Pflegerrelevante Fremdbefunde und Vorgeschichte“ 100 Prozent, „Vorhandene Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel, Nutzung“ 100 Prozent, „Pflegerrelevante Aspekte der Versorgungs- und Wohnsituation“ 100 Prozent und „Gutachterlicher Befund und pflegebegründende Diagnosen“ 99,6 Prozent.

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Bewertung der dargestellten Inhalte“ konnte bei den Modulkriterien folgende übereinstimmende Bewertungen festgestellt werden: „Modul 1 (inkl. 4.1.B)“ 99,4 Prozent, „Modul 2“ 98,6 Prozent, „Modul 3“ 99,6 Prozent, „Modul 4“ 97,1 Prozent, „Modul 5“ 99,7 Prozent und „Modul 6“ 95,1 Prozent. Das Kriterium „Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen“ weist eine Übereinstimmung in den Bewertungen von 94,0 Prozent auf.

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Ableitung der Empfehlungen“ zeigten sich bei den einzelnen Kriterien folgende übereinstimmende Bewertungen: „Pflegegrad“ 94,6 Prozent, „Pflegeaufwand der Pflegepersonen“ 99,7 Prozent, „Rehaempfehlung“ 99,5 Prozent und „Weitere Empfehlungen und Hinweise an die Pflegekasse“ ebenfalls 99,6 Prozent.

Im Prüfbereich „Allgemeine Prüfkriterien“ wurden bei den einzelnen Kriterien folgende übereinstimmende Bewertungen festgestellt: „Verständlichkeit“ 100 Prozent, „Wertneutrale Sprache“ 100 Prozent und „Vollständigkeit des Formulargutachtens“ 100 Prozent.

Hieraus lässt sich ableiten, dass bei allen übergreifend geprüften Gutachten nach Haus-/Einrichtungsbesuch eine hohe Übereinstimmung zwischen internem und übergreifendem Prüfergebnis vorlag.

⁵ Der SMD der DRV KBS führte im Jahr 2025 keine Begutachtungen nach Aktenlage im Sinne der QSRi durch.

Tabelle 5: Ergebnisse der MD-übergreifenden Prüfung – Gutachten nach Haus-/Einrichtungsbesuch – Vergleich zwischen MD-interner und MD-übergreifender Prüfung

Ergebnisse der MD-übergreifenden Prüfung - Gutachten nach HAUS-/EINRICHTUNGSBESUCH - Vergleich zwischen MD-interner und MD-übergreifender Prüfung		
Prüfbereiche/Prüfkriterien		Übereinstimmung*
Kompetenz in der Darstellung der beurteilungsrelevanten Inhalte		
1. Pflegerelevante Fremdbefunde und Vorgeschichte (Pkt. 1.1 - 1.2)		100,0%
2. Vorhandene Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel, Nutzung (Pkt. 1.3)		100,0%
3. Pflegerelevante Aspekte der Versorgungs- und Wohnsituation (Pkt. 1.4)		100,0%
4. Gutachterlicher Befund und pflegebegründende Diagnosen (Pkt. 2 und 3)		99,6%
Kompetenz in der Bewertung der dargestellten Inhalte		
5. Module (Pkt. 4.1 - 4.6)	Modul 1 inkl. 4.1.B	99,4%
	Modul 2	98,6%
	Modul 3	99,6%
	Modul 4	97,1%
	Modul 5	99,7%
	Modul 6	95,1%
6. Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen (Pkt. 6.1 - 6.2)		94,0%
Kompetenz in der Ableitung der Empfehlungen		
7. Pflegegrad (Pkt. 5.1)		94,6%
8. Pflegeaufwand der Pflegepersonen (Pkt. 5.2)		99,7%
9. Rehaempfehlung (Pkt. 7.2 - 7.3)		99,5%
10. Weitere Empfehlungen und Hinweise an die Pflegekasse (Ableitung aus Punkt 5.3, Pkt. 8 - 9)		99,6%
Allgemeine Prüfkriterien		
11. Verständlichkeit		100,0%
12. Wertneutrale Sprache		100,0%
13. Vollständigkeit des Formulargutachtens		100,0%

*Übereinstimmende Qualitätsbewertung MD-intern und MD-übergreifend (1-1; 1-2; 2-1; 2-2; 3-3)

3.2.2 Gutachten aufgrund eines strukturierten Telefoninterviews

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Darstellung der beurteilungsrelevanten Inhalte“ wurden bei den einzelnen Kriterien folgende übereinstimmende Bewertungen festgestellt: „Pflegerrelevante Fremdbefunde und Vorgeschichte“ 98,6 Prozent, „Vorhandene Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel, Nutzung“ 100 Prozent, „Pflegerrelevante Aspekte der Versorgungs- und Wohnsituation“ 100 Prozent und „Gutachterlicher Befund und pflegebegründende Diagnosen“ 98,6 Prozent.

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Bewertung der dargestellten Inhalte“ konnte bei den Modulkriterien folgende übereinstimmende Bewertungen festgestellt werden: „Modul 1 (inkl. 4.1.B)“ 99,2 Prozent, „Modul 2“ 99,2 Prozent, „Modul 3“ 99,7 Prozent, „Modul 4“ 95,3 Prozent, „Modul 5“ 99,2 Prozent und „Modul 6“ 93,1 Prozent. Das Kriterium „Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen“ weist eine Übereinstimmung in den Bewertungen von 95,3 Prozent auf.

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Ableitung der Empfehlungen“ zeigten sich bei den einzelnen Kriterien folgende übereinstimmende Bewertungen: „Pflegegrad“ 93,1 Prozent, „Pflegeaufwand der Pflegepersonen“ 99,4 Prozent, „Rehaempfehlung“ 99,2 Prozent und „Weitere Empfehlungen und Hinweise an die Pflegekasse“ ebenfalls 99,4 Prozent.

Im Prüfbereich „Allgemeine Prüfkriterien“ wurden bei den einzelnen Kriterien folgende übereinstimmende Bewertungen festgestellt: „Verständlichkeit“ 100 Prozent, „Wertneutrale Sprache“ 100 Prozent und „Vollständigkeit des Formulargutachtens“ 100 Prozent.

Hieraus lässt sich ableiten, dass eine hohe Übereinstimmung bei allen übergreifend geprüften Gutachten nach strukturiertem Telefoninterview zwischen internem und übergreifendem Prüfergebnis vorlag.

Tabelle 6: Ergebnisse der MD-übergreifenden Prüfung – Gutachten nach strukturiertem Telefoninterview – Vergleich zwischen MD-interner Prüfung und MD-übergreifender Prüfung

Ergebnisse der MD-übergreifenden Prüfung - Gutachten nach STRUKTURIERTEM TELEFONINTERVIEW - Vergleich zwischen MD-interner und MD-übergreifender Prüfung		
Prüfbereiche/Prüfkriterien		Übereinstimmung*
Kompetenz in der Darstellung der beurteilungsrelevanten Inhalte		
1. Pflegerelevante Fremdbefunde und Vorgeschichte (Pkt. 1.1 - 1.2)		98,6%
2. Vorhandene Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel, Nutzung (Pkt. 1.3)		100,0%
3. Pflegerelevante Aspekte der Versorgungs- und Wohnsituation (Pkt. 1.4)		100,0%
4. Gutachterlicher Befund und pflegebegründende Diagnosen (Pkt. 2 und 3)		98,6%
Kompetenz in der Bewertung der dargestellten Inhalte		
5. Module (Pkt. 4.1 - 4.6)	Modul 1 inkl. 4.1.B	99,2%
	Modul 2	99,2%
	Modul 3	99,7%
	Modul 4	95,3%
	Modul 5	99,2%
	Modul 6	93,1%
6. Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen (Pkt. 6.1 - 6.2)		95,3%
Kompetenz in der Ableitung der Empfehlungen		
7. Pflegegrad (Pkt. 5.1)		93,1%
8. Pflegeaufwand der Pflegepersonen (Pkt. 5.2)		99,4%
9. Rehaempfehlung (Pkt. 7.2 - 7.3)		99,2%
10. Weitere Empfehlungen und Hinweise an die Pflegekasse (Ableitung aus Punkt 5.3, Pkt. 8 - 9)		99,4%
Allgemeine Prüfkriterien		
11. Verständlichkeit		100,0%
12. Wertneutrale Sprache		100,0%
13. Vollständigkeit des Formulargutachtens		100,0%

*Übereinstimmende Qualitätsbewertung MD-intern und MD-übergreifend (1-1; 1-2; 2-1; 2-2; 3-3)

3.2.3 Gutachten aufgrund von Aktenlagen

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Darstellung der beurteilungsrelevanten Inhalte“ wurden bei den einzelnen Kriterien folgende übereinstimmende Bewertungen festgestellt: „Pflegerrelevante Fremdbefunde und Vorgeschichte“ 97,8 Prozent und „Gutachterlicher Befund und pflegebegründende Diagnosen“ 100 Prozent.

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Bewertung der dargestellten Inhalte“ zeigten sich bei den Modulkriterien folgende übereinstimmende Bewertungen: „Modul 1 (inkl. 4.1.B)“ 97,5 Prozent, „Modul 2“ 96,0 Prozent, „Modul 3“ 99,1 Prozent, „Modul 4“ 95,5 Prozent, „Modul 5“ 98,9 Prozent und „Modul 6“ 95,3 Prozent.

Im Prüfbereich „Kompetenz in der Ableitung der Empfehlungen“ konnten bei den einzelnen Kriterien folgende übereinstimmende Bewertungen festgestellt werden: „Pflegegrad“ 96,0 Prozent und „Weitere Empfehlungen und Hinweise an die Pflegekasse“ 99,8 Prozent.

Im Prüfbereich „Allgemeine Prüfkriterien“ wurden bei den Kriterien „Verständlichkeit“ zu 99,6 Prozent, „Wertneutrale Sprache“ zu 100 Prozent und „Vollständigkeit des Formulargutachtens“ zu 100 Prozent übereinstimmende Bewertungen festgestellt.

Hieraus lässt sich ableiten, dass bei allen übergreifend geprüften Gutachten nach Aktenlage eine hohe Übereinstimmung zwischen internem und übergreifendem Prüfergebnis vorlag.

Tabelle 7: Ergebnisse der MD-übergreifenden Prüfung – Gutachten nach Aktenlage – Vergleich zwischen MD-interner und MD-übergreifender Prüfung

Ergebnisse der MD-übergreifenden Prüfung - Gutachten nach AKTENLAGE - Vergleich zwischen MD-interner und MD-übergreifender Prüfung		
Prüfbereiche/Prüfkriterien		Übereinstimmung*
Kompetenz in der Darstellung der beurteilungsrelevanten Inhalte		
1. Pflegerelevante Fremdbefunde und Vorgeschichte (Pkt. 1.1 - 1.2)		97,8%
4. Gutachterlicher Befund und pflegebegründende Diagnosen (Pkt. 2 und 3)		100,0%
Kompetenz in der Bewertung der dargestellten Inhalte		
5. Module (Pkt. 4.1 - 4.6)	Modul 1 inkl. 4.1.B	97,5%
	Modul 2	96,0%
	Modul 3	99,1%
	Modul 4	95,5%
	Modul 5	98,9%
	Modul 6	95,3%
Kompetenz in der Ableitung der Empfehlungen		
7. Pflegegrad (Pkt. 5.1)		96,0%
10. Weitere Empfehlungen und Hinweise an die Pflegekasse (Ableitung aus Punkt 5.3, Pkt. 8 - 9)		99,8%
Allgemeine Prüfkriterien		
11. Verständlichkeit		99,6%
12. Wertneutrale Sprache		100,0%
13. Vollständigkeit des Formulargutachtens		100,0%

Die Prüfkriterien 2, 3, 6, 8 und 9 sind nicht abgebildet, da diese im Einklang mit den BRI bei Begutachtungen nach Aktenlage entfallen.

*Übereinstimmende Qualitätsbewertung MD-intern und MD-übergreifend (1-1; 1-2; 2-1; 2-2; 3-3)

4 Ergebnisse der Konsensuskonferenzen

Die Vor- und Nachbereitung der Konsensuskonferenzen erfolgt durch den MD Bund unter Mitwirkung der Medizinischen Dienste. Es werden im internen und übergreifenden Prüfverfahren divergente Gutachten nochmals geprüft und einer Einigung zugeführt. Gegenstand der Konsensuskonferenzen waren die zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Gutachten aus dem Prüfwahl 2025, bei denen Abweichungen zwischen MD-interner und MD-übergreifender Bewertung bestanden. Eine Abweichung lag vor, wenn eine Prüffrage intern mit „erfüllt“ oder „noch erfüllt“ und übergreifend mit „nicht erfüllt“ bewertet wurde. Es wurden Gutachten beraten, bei denen der geprüfte Medizinische Dienst der übergreifenden Bewertung und ihrer Begründung nicht folgen konnte, sowie Gutachten, die vom übergreifend Prüfenden als konsensusrelevant gekennzeichnet wurden.

Zudem konnte die übergreifende Prüferin beziehungsweise der übergreifende Prüfer sowie die interne Prüferin beziehungsweise der interne Prüfer Grundsatzfragen über das von dem eigenen Medizinischen Dienst benannte Mitglied der Fach-AG QSPB – unabhängig von der Bewertung – zur Diskussion in die Konsensuskonferenzen einbringen. Eine Grundsatzfrage ist eine konkrete Fragestellung, die grundlegende Prinzipien des Prüfverfahrens oder der BRi berührt. Sie geht über Bewertungsprobleme eines Gutachtens im Einzelfall hinaus. Die Klärung einer Grundsatzfrage dient dazu, eine einheitliche, über den Einzelfall hinausgehende Vorgehensweise für die Qualitätsprüfungen zu regeln, gegebenenfalls unter Einbindung weiterer Gremien.

Von 1.888 übergreifend geprüften Gutachten wurden 62 Gutachten für das gesamte Jahr 2025 in die Konsensuskonferenzen eingebracht. Die hierfür gemeldeten Gutachten nebst den Ergebnissen der MD-internen und MD-übergreifenden Prüfung konnten zuvor über die Datenbank der Fach-AG QSPB durch die Mitglieder der Fach-AG QSPB eingesehen werden. Hiervon konnten 51 Gutachten abschließend in den Unterarbeitsgruppen der Konsensuskonferenz konsentiert werden. Eine Konsentierung von elf Gutachten mit besonders komplexen Fallkonstellationen konnte nach einer intensiven Fachdiskussion im Plenum der Fach-AG QSPB erreicht werden.

5 MD-übergreifende Audits

Im Berichtszeitraum 2025 wurden insgesamt 46 Begutachtungen im Hausbesuch von einer Auditorin oder einem Auditor eines anderen Medizinischen Dienstes begleitet. Ziel der Audits war es zu überprüfen, ob die beim Hausbesuch vorgefundene Pflege- und Versorgungssituation in dem zugehörigen Gutachten von der Gutachterin beziehungsweise dem Gutachter sachgerecht dargestellt und bewertet wurde. Sie dienen zudem einem fachlich-kollegialen und MD-übergreifenden Austausch unter den Gutachterinnen und Gutachtern der Medizinischen Dienste zu grundsätzlichen oder spezifischen fachlichen Fragestellungen im Bereich der Pflegebegutachtung. Hier werden Vorgehensweisen bei der Bewertung der Pflegesituation und der Erhebung im Gutachten gemeinsam betrachtet. Durch den fachlich-kollegialen Austausch können aus dem Einzelfall prozessbezogen relevante Entwicklungspotenziale und wesentliche fachliche Themeninhalte zur Pflegebegutachtung für weitere Fachgremien und Arbeitsgruppen abgeleitet werden.

Die Auditierung erfolgte in Form einer begleitenden Beobachtung. Das hierfür entwickelte Auditkonzept beinhaltet ein zweistufiges Bewertungsverfahren.

Im ersten Schritt wurde hierbei anhand einer Auditmatrix – weitgehend deckungsgleich mit den Prüfbereichen der internen und übergreifenden Prüfung (außer den Prüfkriterien 5–8 und 13) – mit den Kategorien 1 – „erfüllt“, 2 – „noch erfüllt“ oder 3 – „nicht erfüllt“ bewertet, inwieweit die im Folgenden genannten Qualitätsanforderungen innerhalb des Hausbesuches erfüllt wurden:

- Die Begutachtung wurde so durchgeführt, dass sämtliche Informationen, die für die Erstellung des Gutachtens notwendig sind, erhoben wurden.
- Fachlich und situativ gebotene Empfehlungen wurden beim Hausbesuch ausgesprochen.
- Allgemeine beziehungsweise formale Anforderungen (zum Beispiel verständliche und wertneutrale Sprache) wurden im Hausbesuch erfüllt.

Im zweiten Schritt wurde das zugehörige Gutachten entsprechend der aktuellen Prüfanleitung 2025 qualitätsgeprüft. Dabei wurde anhand der Auditmatrix – analog zu den Prüfbereichen der internen und übergreifenden Prüfung – mit den Kategorien 1 – „erfüllt“, 2 – „noch erfüllt“ oder 3 – „nicht erfüllt“ bewertet, ob das Gutachten den im Folgenden genannten Qualitätsanforderungen entspricht:

- Das Gutachten spiegelt die Ist-Situation und Beobachtungen des Auditors beziehungsweise der Auditorin während des Audits wider.
- Die gutachterlichen Beratungen und Empfehlungen sind korrekt und widerspruchsfrei.
- Allgemeine beziehungsweise formale Anforderungen (Vollständigkeit des Formulargutachtens, verständliche und wertneutrale Sprache) im Gutachten wurden erfüllt.

5.1 Ergebnisse der MD-übergreifenden Audits

Auditiert wurden sowohl die Durchführung der Begutachtung im Hausbesuch als auch die daraus resultierende Erstellung des Gutachtens. Die Ergebnisse zeigen durchgängig ein sehr hohes Qualitätsniveau: In allen 13 Prüfkriterien konnten die Qualitätsanforderungen (Bewertungskategorien 1 und 2 entsprechen „Qualitätsanforderung erfüllt“) zu 100 Prozent erfüllt werden – sowohl beim Hausbesuch als auch im Gutachten. Daher wird auf eine tabellarische Darstellung zu den einzelnen Prüfkriterien verzichtet.

In allen Hausbesuchen konnten die Qualitätsanforderungen bei der Erfassung der Informationen, die für die Erstellung des Gutachtens notwendig sind, beispielsweise die Erhebung der pflegerelevanten Vorgeschichte, stets erfüllt werden. Auch bei fachlich und situativ gebotenen Empfehlungen waren die Qualitätsanforderungen im Rahmen aller Hausbesuche erfüllt. Die Ausdrucksform der Gutachterinnen beziehungsweise Gutachter war stets wertneutral und verständlich. Alle beurteilungsrelevanten Inhalte und Bewertungen aus den überprüften Gutachten ließen sich unter Berücksichtigung der beim Hausbesuch vorgefundenen Ist-Situation nachvollziehen. Darüber hinaus zeigten die in den Gutachten ausgesprochenen Empfehlungen ebenfalls, dass auch hier die Qualitätsanforderungen erfüllt waren, so war zum Beispiel die Ableitung der Rehabilitationsempfehlungen bei allen Gutachten nachvollziehbar. In Bezug auf die allgemeinen Prüfkriterien wurden alle Gutachten verständlich und wertneutral ausformuliert.

Die durchgeführten Audits machen deutlich, dass MD-übergreifend eine sehr gute Qualität sowie Einheitlichkeit innerhalb der Pflegebegutachtung vorliegt. Darüber hinaus berichteten die Auditorinnen und Auditoren über einen fachlich-kollegialen Austausch, der jederzeit respektvoll und konstruktiv war. Vereinzelt konnten dabei auch Entwicklungspotenziale aufgezeigt werden.

Die Ergebnisse zeigen somit, dass die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den geprüften Fällen den bundesweit einheitlichen Qualitätsanforderungen zuverlässig entsprach.

5.2 Versichertenbefragung im Rahmen der MD-übergreifenden Audits

Zu jedem Audit fand eine Befragung der begutachteten Person statt. Hierzu wurde der gleiche Fragebogen wie bei der bundesweiten Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung der Medizinischen Dienste genutzt und im Hausbesuch ausgehändigt. Die im Rahmen des Audits begutachteten Personen wurden gebeten, an der Befragung teilzunehmen und den ausgefüllten Bogen zur Auswertung an den Medizinischen Dienst Bund zu schicken. Die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie die Gewährleistung der Anonymität wurden erläutert. Es gingen insgesamt 21 Fragebögen beim Medizinischen Dienst Bund ein, was einer Rücklaufquote von 46 Prozent entspricht. Aufgrund der geringen Fallzahl wird im Folgenden auf die Darstellungen von prozentualen Häufigkeiten verzichtet.

Mit Hilfe der geschlossenen Fragen im Bogen sollte das Ausmaß der Zufriedenheit (zufrieden, teilweise zufrieden, unzufrieden) in den Bereichen: Gesamtzufriedenheit, Informationen über die Pflegebegutachtung, den persönlichen Kontakt und die Gesprächsführung der Gutachterin beziehungsweise des Gutachters beurteilt werden. Zusätzlich wurde darum gebeten, den Stellenwert der Einschätzungskriterien (wichtig, teilweise wichtig, unwichtig) hinsichtlich der Begutachtung zu bewerten. Darüber hinaus sollten auch Angaben dazu gemacht werden, wer den Fragebogen ausgefüllt hat (pflegebedürftige Person, Angehörige, private Pflegeperson, gesetzliche Betreuungsperson).

Ergebnisse der Versichertenbefragung im Rahmen der MD-übergreifenden Audits

Bei der Auswertung der 21 eingegangenen Fragebögen haben 11 pflegebedürftige Personen, 5 Angehörige beziehungsweise private Pflegepersonen, 1 gesetzliche Betreuungsperson sowie beide Personengruppen gemeinsam (3 Nennungen) den Fragebogen ausgefüllt. Letztere Gruppe wurde mit jeweils 1 Nennung pro Frage gewertet. Bei 1 Fragebogen wurde hierzu keine Angabe gemacht.

Zur Gesamtzufriedenheit machten 21 befragte Personen Angaben. Davon waren 20 grundsätzlich mit der Begutachtung zufrieden und 1 befragte Person gab an, teilweise zufrieden zu sein. Die Kriterien des Fragebogens wurden zudem von mehr als der Hälfte der befragten Personen als wichtig erachtet.

Die meisten befragten Personen fühlten sich angemessen über die Pflegebegutachtung informiert. So empfanden alle befragten Personen das Anmeldeschreiben zur Begutachtung als verständlich. Zur Relevanz machten diesbezüglich 9 befragte Personen eine Angabe. Für 8 ist ein verständliches Anmeldeschreiben wichtig, für 1 befragte Person teilweise wichtig. Mit der Bereitstellung von Informationen zur Pflegebegutachtung in Verbindung mit einer Kurzinformation waren 19 von 21 befragten Personen zufrieden und 1 teilweise zufrieden. Für 7 von 9 befragten Personen, die eine Angabe zur Relevanz machten, sind die Informationen zur Pflegebegutachtung wichtig und für 2 teilweise wichtig. Zudem wurden Angaben zur Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Ansprechpartnerin beziehungsweise des Ansprechpartners aus dem Medizinischen Dienst gemacht. Hierzu erfolgte von 19 befragten Personen eine Angabe, bei der 19 vermerkten, zufrieden gewesen zu sein. Insgesamt 8 von 10 befragten Personen äußerten, dass für sie die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft wichtig seien. Zur Erreichbarkeit der Medizinischen Dienste bei Rückfragen trafen 13 befragte Personen eine Aussage. Zufrieden waren hiermit 12 befragte Personen und 1 befragte Person teilweise zufrieden. In Bezug auf die Relevanz der Erreichbarkeit der Medizinischen Dienste bei Rückfragen machten 8 befragte Personen eine Angabe und schätzten dies für sich als wichtig ein.

Die Mehrheit der befragten Personen war mit dem persönlichen Kontakt zur Gutachterin beziehungsweise zum Gutachter in allen Bereichen zufrieden. Hinsichtlich einer angemessenen persönlichen Vorstellung machten 20 Personen eine Angabe, davon waren alle zufrieden. Zur Relevanz einer angemessenen Vorstellung äußerten sich 11 befragte Personen. Für 10 ist dieser Aspekt wichtig, für 1 Person teilweise wichtig. In Bezug auf die Einhaltung des angekündigten Begutachtungszeitraums machten insgesamt 20 befragte Personen die Angabe, dass sie hiermit zufrieden seien. Insgesamt 10 befragte Personen äußerten sich dazu, ob ihnen die Einhaltung des angekündigten Begutachtungszeitraumes wichtig sei. Für 6 befragte Personen ist die Einhaltung des angekündigten Begutachtungszeitraumes wichtig, für 3 teilweise wichtig und für 1 Person unwichtig. Die meisten der befragten Personen empfanden das Vorgehen der Gutachterin beziehungsweise des Gutachters als gut und verständlich dargestellt (20 Nennungen). Alle befragten Personen waren hiermit zufrieden. Eine verständliche Erläuterung des Vorgehens empfanden 13 befragte Personen als wichtig. Die meisten der befragten Personen gaben an, dass durch die Begutachtenden ausreichend auf die individuelle Pflegesituation eingegangen wurde (18 Nennungen). Mit 2 Nennungen wurde sich hierzu als teilweise zufrieden geäußert. Zu der Wichtigkeit machten diesbezüglich 13 befragte Personen eine Angabe. Für 12 befragte Personen ist das Eingehen auf die individuelle Pflegesituation relevant, für 1 Person teilweise relevant. Zu dem Eingehen der Gutachterin beziehungsweise des Gutachters auf die bereitgelegten Unterlagen äußerten sich 20 befragte Personen. Davon waren 18 damit zufrieden und 2 Personen teilweise zufrieden. Zur Relevanz diesbezüglich machten 13 befragte Personen eine Angabe. Für 11 Personen ist es wichtig, für 2 Personen teilweise wichtig. Darüber hinaus waren 19 von 20 befragten Personen mit der Zeit, die sich für die Besprechung wichtiger Punkte mit den Begutachtenden genommen wurde, zufrieden und 1 Person teilweise zufrieden. Davon gaben 12 an, dass ihnen dieser Aspekt wichtig sei, 1 Person empfand es als teilweise wichtig.

Das persönliche Auftreten der Gutachterin beziehungsweise des Gutachters wurde in der Regel als positiv empfunden. 19 befragte Personen empfanden die Begutachtenden als respektvoll und einfühlsam und waren zufrieden. Teilweise zufrieden war 1 befragte Person in diesem Bereich. Diesbezüglich gaben 11 befragte Personen an, dass ihnen ein respektvoller und einfühlsamer Umgang wichtig sei, für 2 war es teilweise wichtig. Mit einer verständlichen Ausdrucksweise waren 20 befragte Personen zufrieden. Davon gaben 12 befragte Personen an, dass ihnen dies wichtig sei, für 1 Person war es teilweise wichtig. Zugleich wurden die Gutachterinnen und Gutachter durch 19 befragte Personen als kompetent wahrgenommen. Diesbezüglich war 1 befragte Person mit der Kompetenz teilweise zufrieden. Zur Relevanz von kompetenten Gutachterinnen und Gutachtern machten 13 befragte Personen eine Angabe. Für 12 befragte Personen war dies wichtig, für 1 Person teilweise wichtig. Die Beratung und Information durch die Gutachterinnen und Gutachter zur Verbesserung der Pflegesituation wurde von 20 befragten Personen beantwortet. Davon waren 15 der befragten Personen hiermit zufrieden, 4 teilweise zufrieden und 1 unzufrieden. Zur Wichtigkeit von Beratung und Information machten 13 befragte Personen Angaben. Für 12 befragte Personen waren diese Aspekte wichtig, für 1 Person teilweise wichtig. Zur Vertrauenswürdigkeit der Gutachterinnen und Gutachter äußerten sich 20 befragte Personen. Von ihnen gaben 19 an, zufrieden zu sein, und 1 Person war teilweise zufrieden. Für 13 befragte Personen ist die Vertrauenswürdigkeit wichtig.

Die befragten Personen hatten im Fragebogen zudem die Möglichkeit, auf die Frage „*Was können wir bei der Pflegebegutachtung besser machen? Schreiben Sie uns bitte Ihre Anregungen!*“ im Freitext zu antworten. Ein Feedback gaben dazu 5 von ihnen: Dass sie über den Begutachtungstermin nur telefonisch informiert worden sei, äußerte 1 Person, und eine weitere Person merkte an, dass sie dankbar für eine gute Beratung und den Erhalt nützlicher Hinweise zur Verbesserung ihrer Pflegesituation gewesen wäre. Die Möglichkeit, eigene Verbesserungsvorschläge zu formulieren, nutzte 1 Person und

äußerte, dass es schöner wäre, wenn der Begutachtungszeitpunkt genauer angegeben werden könne. Zudem gab es 2 positive Rückmeldungen: Für 1 Person war im Rahmen der Begutachtung alles in Ordnung und eine Weitere gab an, dass sie mit der Begutachtung sehr zufrieden gewesen sei und man es nicht hätte besser machen können.

Die Versichertenbefragung im Kontext der MD-übergreifenden Audits macht deutlich, dass der persönliche Kontakt, das Auftreten der Gutachterinnen und Gutachter und die Bereitstellung von Informationen über die Begutachtung für die befragten Personen wichtig sind und überwiegend positiv empfunden wurden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die dargestellten Ergebnisse mit denen der jährlich bundesweit von den Medizinischen Diensten durchgeführten „Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes“ korrelieren. In gemeinsamer Betrachtung mit den sehr guten Ergebnissen der MD-übergreifenden Audits kann damit im gesamten Begutachtungsprozess einheitlich von einer hohen fachlichen und sozialen Kompetenz der Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste ausgegangen werden.

6 Begleitende interne Qualitätssicherung der Medizinischen Dienste

Die Medizinischen Dienste setzen in der Pflegebegutachtung eine Vielzahl von Maßnahmen ein, um die Qualität ihrer Gutachten kontinuierlich zu sichern und weiterzuentwickeln. Neben dem bundesweit einheitlichen Verfahren der kontinuierlichen Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung (KQP) haben die Medizinischen Dienste im Berichtsjahr 2025 ergänzende, dienstintern entwickelte Maßnahmen durchgeführt. Diese reichen von Fortbildungen und strukturierten Einarbeitungsprogrammen über individuelle und strukturelle Qualitätssicherungsformate bis hin zu IT-gestützten Prüfinstrumenten sowie spezialisierten Maßnahmen für besondere Begutachtungsbereiche. Die nachfolgende Grafik und dazugehörige Zusammenfassung geben einen Überblick über diese Aktivitäten.



Abbildung 1: Begleitende interne Qualitätssicherung der Medizinischen Dienste

Fortbildung und Qualifizierung der Gutachterinnen und Gutachter

Besonders relevant ist die Fort- und Weiterbildung der in der Pflegebegutachtung tätigen Gutachterinnen und Gutachter. Alle Medizinischen Dienste führen regelmäßige interne Fortbildungen zu pflegfachlichen Schwerpunktthemen durch – in Präsenz, online oder als Kombination beider Formate. Die Themen orientieren sich an den Bedarfen der Mitarbeitenden sowie an aktuellen Entwicklungen in der Begutachtungspraxis und sind Voraussetzung für die weitere berufliche Entwicklung innerhalb der Medizinischen Dienste. Behandelt werden beispielsweise die Begutachtung von Menschen mit Demenz, mit psychischen Erkrankungen, mit Post-COVID-19-Syndrom sowie von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen, Autismus-Spektrum oder ADHS. Darüber hinaus finden Schulungen zu Themen wie Kindeswohlgefährdung, außerklinische Intensivpflege (AKI) und Wundversorgung statt.

Ergänzend nutzen die Medizinischen Dienste die Fortbildungsangebote des Medizinischen Dienstes Bund, an denen die Gutachterinnen und Gutachter nach Bedarf oder verpflichtend teilnehmen. Hierzu zählt unter anderem der Zertifikatslehrgang, der auf eine bundesweit einheitliche und qualitativ hochwertige Kompetenzentwicklung in der Pflegebegutachtung abzielt. Jährliche Fachtagungen für die Gutachterinnen und Gutachter bieten darüber hinaus einen überregionalen Rahmen für Fachvorträge, Workshops sowie den kollegialen Austausch. In einigen Medizinischen Diensten existieren zusätzlich spezialisierte Fortbildungsformate für erfahrene Gutachterinnen und Gutachter, die der Vertiefung und Auffrischung gutachterlicher Kernkompetenzen dienen. Berufsgruppenübergreifende Veranstaltungen im Rahmen interner Fach- und Jahrestage ergänzen das Angebot und fördern den interdisziplinären Austausch.

Kommunikative Kompetenzen werden ebenfalls systematisch gestärkt: Schulungen zur Gesprächsführung im Hausbesuch, Deeskalationstrainings sowie Kurse zu gewaltfreier Kommunikation und Konfliktmanagement sind feste Bestandteile des Fortbildungsportfolios der Medizinischen Dienste.

Einarbeitung neuer Gutachterinnen und Gutachter

Alle Medizinischen Dienste verfügen über strukturierte Konzepte zur Einarbeitung neuer Gutachterinnen und Gutachter. Ziel ist eine einheitliche und fachlich fundierte Vorbereitung auf die gutachterliche Tätigkeit nach den BRi und den gesetzlichen Vorgaben des SGB XI. Die Programme sind in Aufbau und Dauer unterschiedlich gestaltet, folgen jedoch durchgängig einer klaren Systematik: Theoretische Grundlagen werden in Seminarblöcken vermittelt, ergänzt durch praktische Phasen, Fallbeispiele, Rollenspiele und Selbstlerneinheiten. Verbreitet sind Blended-Learning-Formate, die Präsenz- und Online-Elemente miteinander verbinden.

Ein zentrales Element vieler Einarbeitungsprogramme ist die Hospitation: Erfahrene Teamleitungen sowie erfahrene Gutachterinnen und Gutachter begleiten neue Gutachterinnen und Gutachter bei Hausbesuchen und geben strukturiertes Feedback. Die Beobachtungen fließen in die weitere Qualifizierung und gegebenenfalls in Anpassungen der Einarbeitungskonzepte ein. Mentoring-Programme ergänzen die formale Einarbeitung: Erfahrene Gutachterinnen und Gutachter begleiten neue Kolleginnen und Kollegen individuell und führen regelmäßige Feedbackgespräche. Zur Qualitätssicherung der Begleitung erhalten diese Mentorinnen und Mentoren selbst Schulungen zu ihrer Rolle und Aufgabe. Die Wirksamkeit der Einarbeitungsmaßnahmen wird von den Medizinischen Diensten evaluiert – etwa durch standardisierte Online-Befragungen nach Abschluss der Probezeit, durch Abschlussberichte zur Hospitationsbegleitung oder durch den strukturierten Abgleich der Einarbeitungsergebnisse mit den Ergebnissen der KQP.

Individuelle dienstinterne Qualitätssicherungsmaßnahmen

Über die strukturierten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie die Einarbeitung neuer Gutachterinnen und Gutachter hinaus setzen die Medizinischen Dienste gezielte individuelle Maßnahmen ein, um die Qualität der Begutachtungen fallbezogen zu sichern. Die kollegiale Fallberatung ist dabei eines der am häufigsten genannten Instrumente: Bei fachlich anspruchsvollen Fallkonstellationen können Gutachterinnen und Gutachter Beratungen durch Fachbereichsleitungen, Teamleitungen oder erfahrene Kolleginnen und Kollegen in Anspruch nehmen. Dies fördert sowohl die individuelle Problemlösungskompetenz als auch eine einheitliche Vorgehensweise bei der Gutachtenerstellung.

Mehrere Medizinische Dienste sehen vor, dass bei wiederholten Auffälligkeiten in der KQP – insbesondere, wenn wiederholt Qualitätsanforderungen nicht erfüllt werden – gezielte Fachgespräche zwischen Prüferin oder Prüfer und der betroffenen Gutachterin oder dem betroffenen Gutachter stattfinden. Ziel ist es, Fehlerquellen zu identifizieren und gemeinsam geeignete Maßnahmen zur Verbesserung zu entwickeln. Nach einer KQP-Prüfung erhalten Gutachterinnen und Gutachter in der Regel eine individuelle Rückmeldung zu den Ergebnissen, die als Grundlage für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess dient.

Regelhafte Hospitationen, bei denen alle Gutachterinnen und Gutachter bei ihrer Begutachtungstätigkeit begleitet werden, sind in mehreren Medizinischen Diensten als festes Qualitätsinstrument verankert. Sie dienen dazu, unerwünschte Vorgehensweisen frühzeitig zu erkennen, Stärken gezielt zu fördern und eine gleichförmige Begutachtungsqualität sicherzustellen. Ergänzend führen einige Medizinische Dienste interne Auditierungen durch, bei denen Gutachterinnen und Gutachter unmittelbar im Hausbesuch begleitet und bewertet werden. Darüber hinaus haben mehrere Medizinische Dienste Konsensgremien oder Schlichtungsverfahren etabliert, die bei fachlichem Dissens zwischen prüfender und begutachtender Person eine objektive und transparente Klärung ermöglichen.

Strukturelle dienstinterne Qualitätssicherungsmaßnahmen

Neben den individuellen Maßnahmen pflegen alle Medizinischen Dienste strukturelle Formate des Austauschs und der Qualitätssicherung. Regelmäßige Teambesprechungen bieten Raum für Fallreflexionen, die Multiplikation fachübergreifender Beschlüsse sowie die Klärung organisatorischer Fragen. Fachvorträge durch Teammitglieder oder ärztliche Kolleginnen und Kollegen sind in vielen Medizinischen Diensten fester Bestandteil dieser Zusammenkünfte. Auf Leitungsebene finden Teamleitersitzungen statt, in denen fachliche und organisatorische Themen abgestimmt sowie anstehende Änderungen in Richtlinien oder Arbeitsabläufen besprochen werden.

Die internen Ergebnisse der KQP werden regelmäßig ausgewertet, aufgearbeitet und in die internen Schulungsstrukturen eingebunden. Dabei erfolgt eine systematische Analyse definierter Kennzahlen – etwa der Prüfervarianz, der Quote der Gutachten mit erfüllten Qualitätsanforderungen oder der Häufung bestimmter Fehlertypen – um Abweichungen frühzeitig zu erkennen und gegenzusteuern. Treffen der intern KQP-Prüfenden dienen dem fachlichen Austausch, der Vorstellung neuer Verfahrensanpassungen sowie der gemeinsamen Fallbesprechung. Mehrere Medizinische Dienste setzen ein Rotationsverfahren ein, um neue Prüferinnen und Prüfer strukturiert in das KQP-Verfahren einzuarbeiten und dessen einheitliche Umsetzung sowie Akzeptanz zu stärken. Darüber hinaus kooperieren die Medizinischen Dienste fachlich eng mit der Sozialmedizinischen Expertengruppe Pflege (SEG 2) der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste, um aktuelle fachliche Entwicklungen und Begutachtungsstandards zeitnah aufzunehmen und in die interne Qualitätsarbeit einzubinden.

IT-gestützte Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die Medizinischen Dienste nutzen digitale Instrumente zur Unterstützung ihrer Qualitätssicherung. Dazu gehören interne Lernplattformen, auf denen Gutachterinnen und Gutachter eigenständig Kurse zu pflegfachlichen Themen absolvieren können, sowie „intranetbasierte“ Informationssysteme, über die stets aktuell gehaltene Arbeitshilfen, Richtlinien und Begutachtungsmaterialien intern bereitstehen. Im Bereich des KQP-Verfahrens wurden bestehende Datenbanken weiterentwickelt: Anwenderfreundlichkeit verbessert, Suchfunktionen optimiert und weitere Automatismen integriert. Interne FAQ-Datenbanken ermöglichen es Gutachterinnen und Gutachtern fachliche Fragen zeitnah zu klären. Festgelegte interne Strukturen und Prozesse – etwa für Rückfragen zur KQP-Organisation – schaffen einen verlässlichen Rahmen. Die Wirksamkeit von Schulungsmaßnahmen wird durch standardisierte digitale Teilnehmerbefragungen evaluiert, deren Ergebnisse in die Weiterentwicklung der Formate einfließen. Mehrere Medizinische Dienste stellen zudem asynchrone E-Learning-Angebote bereit, die es Gutachterinnen und Gutachtern ermöglichen, Schulungsinhalte individuell und zeitlich flexibel zu wiederholen. In einigen Medizinischen Diensten werden IT-gestützte Ausfüll- und Strukturhilfen für die Gutachtenformulare eingesetzt, um die Plausibilität und Nachvollziehbarkeit der Begutachtungsableitungen zu verbessern.

Qualitätssicherung in der Begutachtung von Kindern und Jugendlichen sowie der Widerspruchsbegutachtung

Die Begutachtung von Kindern und Jugendlichen sowie die Widerspruchsbegutachtung stellen besondere Anforderungen an die Gutachterinnen und Gutachter. Die Medizinischen Dienste tragen dem durch spezifische Qualifizierungsmaßnahmen Rechnung. Neue Gutachterinnen und Gutachter erhalten in der Regel erst nach einer längeren Einarbeitungsphase und dem Nachweis eines entsprechenden fachlichen Wissens Zugang zu diesen Spezialgebieten. Die Befähigung zur Begutachtung von Kindern und Jugendlichen erfolgt über gezielte Schulungen mit anschließender Begleitung durch Mentorinnen oder Mentoren; die ersten Begutachtungen werden eng begleitet und qualitätsgesichert überprüft.

Mehrere Medizinische Dienste bieten spezialisierte Jahrestagungen zur Begutachtung von Kindern und Jugendlichen an, in denen aktuelle Themen – etwa die Begutachtung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung im Kontext chronischer Erkrankungen oder Behinderungen – aufgegriffen werden. Schulungsinhalte werden dabei nach dem Multiplikatorenprinzip an die Teams weitergegeben.

Ergänzend führen mehrere Medizinische Dienste regelmäßige Auffrischungsschulungen zur Widerspruchsbegutachtung durch, die aktuelle Anforderungen und relevante Neuerungen in den Blick nehmen. Für die Widerspruchsbegutachtung ist zudem eine spezifische Einarbeitung vorgesehen, die sowohl die Gutachtenerstellung auf Basis vorhandener Unterlagen als auch die Begutachtung mit persönlicher Befunderhebung umfasst.

Die Zusammenschau der zusätzlichen MD-internen Qualitätssicherungsmaßnahmen zeigt, dass die Medizinischen Dienste über die KQP hinaus gezielte individuelle Maßnahmen umsetzen, um die Qualität der Pflegebegutachtung sicherzustellen. Die Maßnahmen sind konsequent darauf ausgerichtet, eine bundesweit einheitliche, richtlinienkonforme und fachlich hochwertige Pflegebegutachtung zu gewährleisten.

Besonders deutlich wird dies in drei Bereichen: erstens in der systematischen Qualifizierung der Gutachterinnen und Gutachter über den gesamten Beschäftigungsverlauf hinweg, zweitens in der strukturierten und individuell begleiteten Einarbeitung neuer Kolleginnen und Kollegen sowie drittens in der konsequenten Nutzung der KQP-Ergebnisse als Grundlage für gezielte Qualitätssicherungsmaßnahmen im Sinne des PDCA-Zyklus. Die Vielfalt der eingesetzten Formate – von Präsenzs Schulungen über digitale Lernplattformen bis hin zu kollegialer Fallberatung und Hospitationen – verdeutlicht, dass Qualitätssicherung in der Pflegebegutachtung als Daueraufgabe verstanden und auf mehreren Ebenen gleichzeitig verankert wird. Dies zeigt, dass die Begutachtungsqualität der Medizinischen Dienste nicht allein durch die KQP, sondern auch durch ein ausgeprägtes internes Qualitätsbewusstsein getragen wird.

7 Fazit

Der Qualitätsbericht 2025 zeigt, dass die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste auch bei stetig steigenden Anforderungen an die Gutachtenerstellung und zunehmendem Auftragsvolumen unverändert die in den Prüfanforderungen definierten Qualitätsanforderungen erfüllt. Zur Validierung der MD-internen Qualitätsbewertungen wurde auch im Jahr 2025 das bewährte Instrument der MD-übergreifenden Prüfungen eingesetzt.

Die im Bericht dargestellten positiven Ergebnisse sind Ausdruck einer konstant guten Qualität. Bezeichnend hierfür ist, dass die internen Beurteilungen für die einzelnen Prüfkriterien im Rahmen der übergreifenden Überprüfung grundsätzlich bestätigt werden konnten.

Einen wichtigen Beitrag zur Optimierung der Prüfung und Begutachtung leisten darüber hinaus die MD-übergreifenden Audits und die intensive fachliche Diskussion von Gutachten im Rahmen der Konsensuskonferenzen. Eine wesentliche Erkenntnis der Konsensuskonferenzen ist, dass den analysierten Bewertungen vorwiegend besondere Fallkonstellationen zugrunde lagen, die nach einer intensiven Fachdiskussion einer einheitlichen Qualitätsbewertung zugeführt werden konnten.

8 **Anlage**

1. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung vom 06.09.2016 (QSRi)

Richtlinien
des GKV-Spitzenverbandes
zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung
für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung
vom 06.09.2016¹

Der GKV-Spitzenverband² hat unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

aufgrund des § 53a Satz 1 Nr. 1 und 4 SGB XI

am 06.09.2016 die nachstehenden Richtlinien zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung sowie über das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung beschlossen.

¹ Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Richtlinien mit Schreiben vom 30.09.2016 mit Auflagen genehmigt.

² Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 53 SGB XI.

1. Präambel

Der GKV-Spitzenverband hat die wirksame Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste zu regeln. Hierzu beschließt er für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung Richtlinien

- über die Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten,
- zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung,
- über die von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichte und Statistiken,
- zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung sowie über das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen,
- über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung.

Mit den Richtlinien zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung sowie über das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen kommt der GKV-Spitzenverband der Verpflichtung aus § 53a Satz 1 Nr. 4 SGB XI nach. Diese Richtlinien komplettieren die Richtlinien nach § 17 SGB XI und § 53a Satz 1 Nr. 2, 3 und 5 SGB XI.

2. Ziel der Richtlinien

Ziel dieser Richtlinien ist es, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit zu sichern und zu verbessern. Hierzu bedarf es eines bundeseinheitlichen Qualitätssicherungsverfahrens, das insbesondere auf der Grundlage der dokumentierten Angaben in den Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI eine Analyse der Begutachtungsqualität ermöglicht und auch mögliche Schwachstellen identifiziert.

Ein bundeseinheitliches Qualitätssicherungsverfahren steht nicht im Widerspruch zu dem Prinzip der Erfassung der individuellen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI.

3. Geltungsbereich

Diese Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und den Sozialmedizinischen Dienst der Knappschaft Bahn See – im Folgenden als Medizinische Dienste (MD) bezeichnet – sowie für die Pflegekassen (§ 46 SGB XI) verbindlich (§ 53a SGB XI). Regionale Abweichungen sind nicht zulässig.

4. Qualitätssicherungsverfahren

Die Medizinischen Dienste sind verpflichtet durch entsprechende Personalführungs- und Qualifizierungsmaßnahmen die Begutachtung auf einem hohen Qualitätsniveau durchzuführen und eine einheitliche Begutachtungspraxis auf Grundlage der Begutachtungs-Richtlinien (§§ 17 Abs. 1, 53a Satz 1 Nr. 2 SGB XI) sicherzustellen. Zur Sicherstellung einer einheitlichen qualitätsgesicherten Begutachtung führen die Medizinischen Dienste interne Qualitätssicherungsmaßnahmen durch.

Zur Begleitung dieser Maßnahmen wird sowohl innerhalb der Medizinischen Dienste als auch MD-übergreifend ein abgestimmtes Prüfverfahren der Qualitätssicherung nach gleichen Prüfkriterien durchgeführt und durch ein abgestimmtes Konzept miteinander verknüpft. Die Qualitätsprüfung der Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI erstreckt sich insbesondere auf die inhaltliche Überprüfung der dokumentierten Angaben und deren Bewertung.

Der Schwerpunkt des Prüfansatzes liegt auf der MD-internen Qualitätssicherung, deren einheitliche Umsetzung durch eine ergänzende MD-übergreifende Qualitätssicherung überprüft wird.

Die Erstellung und Evaluation des Konzeptes erfolgt auf Bundesebene durch die Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung" unter Leitung des MDS. Die Arbeitsgruppe besteht aus Vertretern des MDS, der Medizinischen Dienste und des GKV-Spitzenverbandes. Kommt im Einzelfall eine einvernehmliche Lösung zwischen den beteiligten Parteien zur Konzeption bzw. deren Umsetzung nicht zu Stande, obliegt dem GKV-Spitzenverband die abschließende Entscheidung.

5. MD-interne Qualitätssicherung

Jeder Medizinische Dienst verfügt über eine(n) verantwortliche(n) Mitarbeiter(in) für die Koordination und Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die interne Qualitätssicherung erfolgt durch besonders qualifizierte Ärzte und Pflegefachkräfte. Interessenskonflikte hinsichtlich Erstellung und Prüfung der Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI sind auszuschließen.

Jährlich sind mindestens 0,5 v. H. aller zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI erstellten Gutachten sowohl aus dem ambulanten als auch dem stationären Bereich einschließlich der Gutachten von Kindern auf Grundlage einer randomisierten Stichprobenziehung einer Qualitätsprüfung zu unterziehen. Der Umfang errechnet sich aus den zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI erstellten Gutachten des vorangegangenen Prüfzeitraumes.

Gegenstand der Qualitätsprüfung sind alle zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI erstellten Gutachten.

Der/Die für die Qualitätssicherung verantwortliche Mitarbeiter(in) stellt die Berichterstattung hinsichtlich der Qualitätsprüfung und die kontinuierliche Weiterleitung von Ergebnissen und Erkenntnissen im Zusammenhang mit der Qualitätsprüfung an den MDS sicher. Darüber hinaus berichten die Medizinischen Dienste dem MDS weiter gehende Problem-bereiche, die während der Qualitätsprüfung bzw. Begutachtung festgestellt wurden. Der MDS bereitet diese Berichte für die Beratungen mit dem GKV-Spitzenverband auf.

Die Berichtsstruktur und die erforderlichen Statistiken werden von der Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung" erarbeitet.

6. MD-übergreifende Qualitätssicherung

Jährlich sind 96 (48*) der zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI erstellten Gutachten je Medizinischen Dienst, die im Rahmen der MD-internen Qualitätssicherung geprüft wurden, einer übergreifenden Qualitätsprüfung zu unterziehen. Die Medizinischen Dienste leiten diese Gutachten – in denen die personenbezogenen Angaben anonymisiert sind – an den MDS weiter. Das Verfahren zur Auswahl der Gutachten erarbeitet die Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung".

Die auf Grundlage dieses Konzeptes von den Medizinischen Diensten an den MDS übermittelten Ergebnisse der übergreifenden Qualitätsprüfungen werden von diesem aufbereitet und der Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung" zur Verfügung gestellt. Auf dieser Grundlage erstellt die Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung" einen jährlichen Abschlussbericht bis zum 31.05. des Folgejahres über die MD-interne und MD-übergreifende Qualitätsprüfung.

7. Übergangsregelung

Um den umfangreichen Aufgaben der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 01.01.2017 gerecht zu werden, wird die Prüfquote im Rahmen der Qualitätsprüfung der Pflegebegutachtung für das Jahr 2016 um 25 % reduziert.

Ab dem 1. Januar 2017 finden die Qualitätsprüfungen wieder im unter den Punkten 5 und 6 geregelten Umfang statt.

8. In-Kraft-Treten

Die Richtlinien treten am 01.10.2016 in Kraft³.

* MDK Bremen und Saarland

³ Die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung vom 23.09.2004 treten mit Inkrafttreten dieser Richtlinien außer Kraft.