

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund
nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V

**Richtlinie Personalbedarfsermittlung
für die Begutachtung in der
gesetzlichen Krankenversicherung
(RL-PBE KV)**



IMPRESSUM

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 ordnungsgemäßer Durchführung des Beteiligungs- und Anhörungsverfahrens nach § 283 Absatz 2 Satz 2 SGB V gemäß des § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V am 13. Juli 2022 erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Richtlinie am 25. Juli 2022 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

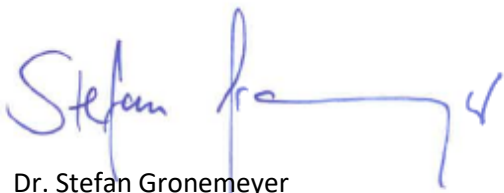
Eine angemessene Personalausstattung ist eine wesentliche Voraussetzung für die Medizinischen Dienste, um Ihre Leistungen in der Krankenversicherung auf hohem Qualitätsniveau und zeitgerecht zu erbringen. Davon profitieren insbesondere die Versicherten, die auf die Leistungen des Solidarsystems setzen.

Um eine angemessene Personalausstattung der Medizinischen Dienste sicherzustellen, hat der Gesetzgeber durch das am 1. Januar 2020 in Kraft getretene MDK-Reformgesetz geregelt, dass der Personalbedarf der Medizinischen Dienste künftig anhand einheitlicher aufgabenbezogener Richtwerte ermittelt wird. Dazu hat der Medizinische Dienst Bund die vorliegende Richtlinie zu erlassen. Die Ermittlung des Personalbedarfs nach der vorliegenden Richtlinie erfolgt nach einheitlichen Kriterien unter Rückgriff auf bewährte Instrumente der Personalbedarfsermittlung wie das Handbuch des Bundesministeriums des Innern und für Heimat (BMI) für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlungen (ORG-Handbuch).

Für ihre engagierte Mitwirkung ist allen Stellungnehmenden zu danken, die im Stellungnahmeverfahren wertvolle Hinweise übermittelt haben. Die Richtlinie wird begleitend evaluiert und auf dieser Grundlage regelmäßig überarbeitet werden.

Besonderer Dank gilt auch der Facharbeitsgruppe zur Personalbedarfsermittlung, die bereits seit dem Frühjahr 2020 die Grundlagen für das in dieser Richtlinie beschriebene Verfahren entwickelt und die Richtlinie insoweit maßgeblich gestaltet hat. Ohne diese Arbeiten wäre die Umsetzung der Personalbedarfsermittlung nach dieser Richtlinie nicht möglich.

Essen im Juli 2022



Dr. Stefan Gronemeyer
Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund

Inhaltsverzeichnis

IMPRESSUM	2
Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	4
Präambel	5
1 Geltungsbereich	6
2 Analytische aufgabenbezogene Personalbedarfsermittlung	7
2.1 Datenmodell	7
2.2 Führungsaufgaben	8
2.3 Prognostizierter Begutachtungsbedarf.....	10
2.4 Aufgabenbezogene Richtwerte	11
2.4.1 Grundzeit je Aufgabe	11
2.4.1.1 Direkte Grundzeit	11
2.4.1.2 Zusammenhangstätigkeiten	12
2.4.2 Verteilzeit.....	13
2.4.3 Ermittelte aufgabenbezogene Richtwerte.....	13
2.5 Jahresarbeitszeit	15
3 Einflussfaktoren bei der Ermittlung des Personalbedarfs	17
4 Evaluation und Fortentwicklung	18
5 Inkrafttreten	19
Anlage: Aufgabenbezogene Richtwerte	20

Präambel

Der Medizinische Dienst ist der unabhängige Beratungs- und Begutachtungsdienst für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Er steht dafür, dass die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung nach objektiven Kriterien allen gesetzlich Versicherten zu gleichen Bedingungen zugutekommen. Die Arbeit des Medizinischen Dienstes trägt wesentlich dazu bei, dass Versicherte entsprechend ihres Bedarfs versorgt werden. Die Ressourcen sollen für Leistungen verwendet werden, deren Nutzen und Qualität nachgewiesen sind.

Kernelement der Leistungen der Medizinischen Dienste sind Prüfungen von Krankenhausabrechnungen und Strukturprüfungen und sozialmedizinische und pflegfachliche 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 in den Ländern eine angemessene Personalausstattung. Diese muss den jeweiligen Anforderungen, die sich dem einzelnen Medizinischen Dienst in seiner Region stellen, entsprechen. Gleichzeitig muss die Ermittlung des Personalbedarfs in den Medizinischen Diensten nach einheitlichen Grundsätzen erfolgen.

Ziel der vorliegenden Richtlinie ist es, dass bei den Medizinischen Diensten eine Personalbedarfsermittlung für die gutachterlichen, prüfenden und beratenden Aufgaben (im Folgenden als Begutachtungsaufgaben bezeichnet) nach einheitlichen Kriterien erfolgt, um daraus eine angemessene Personalausstattung mit gutachterlich tätigem Personal (im Folgenden als Gutachterinnen und Gutachter bezeichnet) zur Wahrnehmung dieser Aufgaben ableiten zu können. Diese Richtlinie unterliegt einer kontinuierlichen Weiterentwicklung und ist zunächst für ein Jahr befristet. Bei der Weiterentwicklung sollen die bisher einer weiteren Prüfung unterzogenen Hinweise und Änderungsvorschläge aus dem Stellungnahmeverfahren sowie Erkenntnisse aus der praktischen Anwendung der Richtlinie in den Medizinischen Diensten genutzt werden.

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 – orientiert an 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 sowie von einer Personalausstattung ab, die diesen regionalen Bedingungen entspricht.

Ausweislich der Begründung zum MDK-Reformgesetz von 2019 bedeutet der Erlass dieser Richtlinie durch den Medizinischen Dienst Bund einen Beitrag zur organisatorischen Selbständigkeit der Medizinischen Dienste, die nun die Aufgabe erhalten, ihren Personalbedarf nach einheitlichen Kriterien zu ermitteln und das Ergebnis umzusetzen. Bundesweite aufgabenbezogene Richtwerte bilden hierfür einen Orientierungsrahmen. Aufgrund der unterschiedlichen Struktur der Medizinischen Dienste sind begründete Abweichungen möglich.

1 Geltungsbereich

Diese Richtlinie regelt die Personalbedarfsermittlung der Medizinischen Dienste für die ihnen übertragenen Begutachtungsaufgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung anhand einer aufgabenbezogenen Richtwertermittlung gemäß § 283 Absatz 2 Seite 1 Nr. 4 SGB V. Ziel der Richtlinie und der in ihr dargestellten einheitlichen Personalbedarfsermittlung ist es, die Sicherstellung einer Aufgabenerledigung der Medizinischen Dienste im Bereich der Begutachtung im Rahmen des SGB V durch eine entsprechende Personalausstattung zu unterstützen. Die vorliegende Richtlinie ist für die Medizinischen Dienste verbindlich und gilt für alle Medizinischen Dienste. Für die Soziale Pflegeversicherung wird die Personalbedarfsermittlung durch die Richtlinie gemäß § 53d Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XI geregelt.

2 Analytische aufgabenbezogene Personalbedarfsermittlung

Die Ermittlung des Personalbedarfs 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. Dies sind insbesondere analytische Berechnungsmethoden, bei denen der Personalbedarf auf der Basis von Ist-Daten ermittelt wird, die mittels quantitativer Erhebungstechniken erhoben wurden. Das im Folgenden dargestellte Ermittlungsverfahren orientiert sich an den Vorgaben des ORG-Handbuchs.

2.1 Datenmodell

Die Berechnung des Personalbedarfs erfolgt unter Einbeziehung von prognostizierten Daten zum Auftragsvolumen, soweit verfügbar und belastbar. Der Personalbedarf wird nach Anlassgruppen und Produktarten differenziert. Die Personalbedarfsermittlung hat sich an den nach 2.4.3 ermittelten aufgabenbezogenen Richtwerten zu orientieren.

Die Medizinischen Dienste können aufgrund ihrer unterschiedlichen Struktur und infolge der Regionalität ihrer Aufgabenwahrnehmung von den bundesdurchschnittlichen Richtwerten begründet abweichen. Der Personalbedarf wird auf der Grundlage

- der in die Personalbedarfsermittlung **einzubeziehenden Aufgaben**
- des prognostizierten **Begutachtungsbedarfs** (Fallzahl),
- der durchschnittlich benötigten **Produktzeit** (aufgabenbezogener Richtwert) und
- **der Jahresarbeitszeit** einer Normalarbeitskraft (Vollzeitäquivalent nach Tarif der Medizinischen Dienste: 38,5 Std./Woche)

ermittelt.

Die Ermittlung der durchschnittlichen Produktzeit für den Richtwert erfolgt gemäß der Richtlinie § 283 Absatz 2 Nr. 7 SGB V zur einheitlichen statistischen Erfassung.

Die Aufgaben der Medizinischen Dienste sind in den §§ 275 ff. SGB V festgelegt. Sie lassen sich in sogenannte Anlassgruppen differenzieren. Anlassgruppen fassen Begutachtungsanlässe zusammen. Begutachtungsanlässe sind die aufgrund einer gesetzlichen Aufgabenzuweisung erfolgenden sozialmedizinischen Begutachtungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ihren Personalbedarf ermitteln die Medizinischen Dienste anhand der aufgabenbezogenen Richtwerte. Aufgabenbezogene Richtwerte werden für nachfolgende Anlassgruppen, die zusammen den wesentlichen Aufwand für die Einzelfallbegutachtung abbilden, ermittelt:

- Arbeitsunfähigkeit
- Krankenhausleistungen
- Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation

- Ambulante Leistungen
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung
- Hilfsmittel GKV

Die Zeiten für weitere Begutachtungsanlässe¹ werden aufgrund der Heterogenität der Begutachtungsfelder und der quantitativ untergeordneten Bedeutung von jedem Medizinischen Dienst individuell ermittelt.

Des Weiteren werden die aufgabenbezogenen Richtwerte nach der Art der Erledigungen durch die Medizinischen Dienste anhand von Produktgruppen differenziert. Danach werden bei der Personalbedarfsermittlung folgende Produktgruppen berücksichtigt:

- Sozialmedizinische Fallsteuerung
- Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) - fallabschließend
- Kurzgutachten
- Gutachten nach Aktenlage in der Beratungsstelle/BBZ
- Gutachten mit Befunderhebung in der Beratungsstelle/dem BBZ
- Gutachten nach Aktenlage während eines Krankenhaus-/Einrichtungsbesuchs
- Gutachten mit Befunderhebung während eines Haus-/Krankenhaus-/Einrichtungsbesuchs

Die im zweiten Halbjahr 2021 angelaufenen neuen Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen in Krankenhäusern sowie Beratungsleistungen, Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V und Tätigkeiten in übergreifenden Gremien werden bei den Medizinischen Diensten individuell berücksichtigt.

2.2 Führungsaufgaben

Bei der Bewältigung der gesetzlichen Aufgaben nach §§ 275 ff. SGB V werden die Medizinischen Diensten durch die gemeinsamen Werte Unabhängigkeit, Verantwortung, Dienstleistungsorientierung, Qualität und Kompetenz geprägt. Die Führungskräfte nehmen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle ein. Die gemeinsamen Werte, Normen und Einstellungen der Gutachterinnen und Gutachter sind von Beginn an durch die Führungskräfte geprägt und begleiten sie in den Entscheidungen, Handlungen und ihrem Verhalten.

Zu den Führungsaufgaben in den Medizinischen Diensten zählen:

- Ärztliche Leitung, medizinische und sozialmedizinische Fachaufsicht, Steuerung, Koordination, Optimierung der Abläufe in der Region/Abteilung im kontinuierlichen Austausch mit der Geschäftsbereichsleitung und Ärztlichen Leitung
- Wahrnehmung der fachlichen und sozialmedizinischen Supervision in der Region und Sicherstellung der Förderung des Know-how-Transfers, Zusammenarbeit mit den ärztlichen Fachreferentinnen und Fachreferenten
- Teilnahme an der Planung und Umsetzung der Unternehmensziele und strategischen Vorgaben des Vorstandes und der Ärztlichen Leitung in der Abteilung

¹ Bei den weiteren Anlässen handelt es sich um die beiden definierten Anlassgruppen "Ansprüche gegenüber/von Dritten" und "sonstigen Anlässe". Diese können anderen Anlassgruppen nicht zugeordnet werden und umfassen ca. vier Prozent der Produkte (Stand 2021).


- Systematisches Verfolgen und Interpretieren wichtiger Kennzahlen, Verantwortung für die Leistungsberichterstattung
- Planung der personellen und sächlichen Ressourcen in der Region unter Berücksichtigung strukturübergreifender Erfordernisse
- Mitwirkung bei der Personalgewinnung, Verantwortung für die Personalauswahl der Gutachterinnen und Gutachter
- Organisatorische Einarbeitung der Gutachterinnen und Gutachter (Mentor)
- Durchführung von regelmäßigen Teambesprechungen
- Umsetzung arbeitsrechtlicher Regelungen und Wahrnehmung der disziplinarischen Verantwortung für die unterstellten Gutachterinnen und Gutachter
- Sicherstellung und Überprüfung des Informationsflusses zwischen den Gutachterinnen und Gutachtern der Region/ Abteilung und der Geschäftsbereichsleitung sowie Vorstand, Ärztliche Leitung und Fachbereichen
- Durchführung von Mitarbeitergesprächen, Erläuterung von Erwartungen, Rückmeldungen zu den Arbeitsergebnissen der Gutachterinnen und Gutachter, Vermittlung des Anteils der Gutachterinnen und Gutachter und der Region/ Abteilung am Unternehmenserfolg
- Durchführung von Workshops mit den Mitarbeitern zur Weiterentwicklung, Teamentwicklung und Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten und Nachhalten der daraus resultierenden Maßnahmen
- Begleitung von Konfliktlösungsprozessen
- Leistungsbewertung der Gutachterinnen und Gutachter der Abteilung
- Verantwortung für das Fehlzeiten-/Gesundheitsmanagement in der Region, einschließlich des Führens von Rückkehrgesprächen und Nachhalten der Maßnahmen des BGM
- Aktive Förderung der Mitarbeiter in ihrer fachlichen und persönlichen Entwicklung einschließlich der Mitwirkung bei der Personalentwicklungsplanung und Fortbildungen
- Strukturen aufbauen, Prozesse gestalten und Orientierung geben
- Umsetzung von Veränderungsprozessen
- Steuerung und Überwachung der zugewiesenen Budgets, insbesondere Budget für externe Gutachterinnen und Gutachter, Verantwortung für die Richtigkeit der Honorarabrechnungen
- Aktive Mitwirkung bei der Repräsentation des Medizinischen Dienstes in der Öffentlichkeit, Vertretung des Medizinischen Dienstes in der MD-Gemeinschaft und deren Gremien sowie gegenüber externen Kundinnen und Kunden und Partnern
- Impulsgeber für die Gestaltung von gesetzlichen Regelungen, Richtlinien etc.
- Sonstige Aufgaben nach Anweisung des/der Vorgesetzten
- Strategische Kundengespräche sowie Gespräche zur Prozessoptimierung mit den Auftraggebern


Ausgehend von dem für gutachterliche Tätigkeiten ermittelten Personalbedarf wird der Bedarf an Führungskräften für die obere und mittlere Führungsebene anhand der im ORG-Handbuch aufgeführten summarischen Methode bestimmt. Die summarische Methode wird angewendet, da keine konkreten Daten zur Zeit- und Mengengröße für Führungsaufgaben in den einzelnen Medizinischen Diensten vorliegen.

Darüber hinaus nehmen Mitarbeitende in den verschiedenen Medizinischen Diensten in unterschiedlicher zeitlicher Ausprägung sowohl Führungs- als auch Gutachteraufgaben wahr. Dabei werden nur die gutachterlichen Tätigkeiten inkl. Gremientätigkeit zeitlich erfasst. Um diese organisatorisch bedingten Unterschiede zu berücksichtigen, sind in der Tabelle zur Ermittlung der Leitungsspanne die typischerweise geltenden Ausprägungen der Führungsbedingungen in den Medizinischen Diensten markiert. Dadurch ergibt sich für Führungskräfte, die Gutachterinnen und Gutachter führen, eine Leitungsspanne von 7,1. Führungskräfte, die Führungskräfte führen, haben

anders ausgeprägte Führungsbedingungen. Hierdurch ergibt sich für diese Führungsebene eine Leitungsspanne von 8,3.

Führungsbedingungen	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	gleich	im wesentlichen gleich	ähnlich	leicht unterschiedlich	grundsätzliche verschieden	2 / 4
Komplexität der Aufgaben der Beschäftigten	2	Einfach, sich wiederholend	Routine	etwas komplex	komplex und variabel	hochkomplex	4 / 8
Planungsaufgaben der Führungskraft	3	So gut wie keine Planungsaufgaben (bis zu 2%)	Geringer Anteil an Planungsaufgaben (bis zu 20%)	Mittlerer Anteil an Planungsaufgaben (bis zu 30%)	Hoher Anteil an Planungsaufgaben (bis zu 40%)	Sehr hoher Anteil an Planungsaufgaben (40-60% oder sogar höher)	6 / 12
Neuartigkeit, Veränderungspotenzial der Aufgaben d. Beschäftigten	3	gleichbleibende Aufgabe	Routineaufgabe meist gleichbleibend	Relativ neue Aufgabe (<2 Jahre), teils standardisiert	Relativ neue Aufgabe (<1 Jahr), teils standardisiert	Neue Aufgabe, noch nicht standardisiert (<0,5 Jahre)	6 / 9
Delegationsgrad / Entscheidungsspielraum der Beschäftigten	3	Beschäftigte arbeiten selbständig, treffen Entscheidungen selbst	Beschäftigte arbeiten überwiegend selbständig, treffen Entscheidungen meist selbst	Beschäftigte arbeiten teilweise selbständig mit Entscheidungsbefugnis	Beschäftigte arbeiten überwiegend nicht selbständig, haben nur selten Entscheidungsbefugnisse	Beschäftigte arbeiten fast nie selbständig, Entscheidungen bleiben der Führungskraft vorbehalten	6 / 9
Schlanke, standardisierte Prozesse	2	Die Prozesse in der Organisationseinheit laufen alle standardisiert ab.	Die Prozesse in der Organisationseinheit laufen überwiegend standardisiert ab.	Die Prozesse laufen teilweise standardisiert ab.	Die wenigsten Prozesse laufen standardisiert ab	Prozesse in der Organisationseinheit laufen in der Regel nicht standardisiert ab.	4 / 6
Soll Leistungsspanne							7,1 / 8,3

 Direkte Ebene: Führungskräfte führen Gutachterinnen und Gutachter (Ergebnis: Leitungsspanne 200/28 = 7,14)

 Indirekte Ebene: Führungskräfte führen Führungskräfte (Ergebnis: Leitungsspanne 400/48 = 8,33)

Auf den ermittelten Personalbedarf an Gutachterinnen und Gutachtern ergibt sich somit ein Aufschlag für die direkten Führungskräfte von 14,0 Prozent sowie – bezogen auf die Gutachterinnen und Gutachter – ein Aufschlag von 1,68 Prozent für die übergeordnete Führungsebene. In Summe ist also ein Aufschlag für Führungskräfte in Höhe von 15,68 Prozent bezogen auf die Anzahl der Soll-Werte für Gutachterinnen und Gutachter anzusetzen. Von diesem Wert kann begründet abgewichen werden soweit die summarische Ermittlung der Leitungsspanne in einem Medizinischen Dienst zu einem abweichenden Punktergebnis in der Tabelle führt.

Je nach organisatorischen Erforderlichkeiten in den Medizinischen Diensten ist es sinnvoll und notwendig innerhalb der Gesamtzahl von Gutachterinnen und Gutachtern und Führungskräften das Verhältnis der einzelnen Gruppen untereinander anzupassen, ohne dass sich hierdurch die Gesamtzahl der Mitarbeitenden verändert. Eine solche Erfordernis kann sich durch eine unterschiedliche Anzahl von Standorten oder unterschiedliche Grade der Selbstorganisation von Teams ergeben.

2.3 Prognostizierter Begutachtungsbedarf

Die Medizinischen Dienste haben den zu erwartenden Begutachtungsbedarf jährlich zu prognostizieren. Die in der Vergangenheit angefallene Arbeitsmenge wird im Rahmen des Berichtswesens der Medizinischen Dienste erfasst. Hierzu werden die Fallzahlen der unterschiedlichen Produkte pro Anlassgruppe einzeln erfasst. Zur Abschätzung des künftigen Begutachtungsbedarfs berücksichtigen

die Medizinischen Dienste die bisherigen Trends sowie Informationen zur Auftragsentwicklung und beziehen Demografiefaktoren ein. So steigen das durchschnittliche Lebensalter in ländlichen Regionen im Vergleich zu Ballungsräumen und der Bedarf an Gesundheitsleistungen je Million Einwohner deutlich an. In Ballungszentren finden sich wiederum deutlich mehr Krankenhausbetten, da die Bevölkerung der umliegenden Regionen mitversorgt wird.

Der jeweilige Medizinische Dienst legt sein prospektives Produktvolumen zugrunde und berücksichtigt darüber hinaus erwartete Änderungen im Produktmix oder neue/geänderte Aufgaben bzw. Erledigungsarten und ermittelt damit den Zeitbedarf unter Berücksichtigung der nach 2.4.3 ermittelten aufgabenbezogenen Richtwerte für das erwartete Produktvolumen.

2.4 Aufgabenbezogene Richtwerte

Aufgabenbezogene Richtwerte beinhalten die Grundzeit je Aufgabe und Verteilzeiten.

2.4.1 Grundzeit je Aufgabe

2.4.1.1 Direkte Grundzeit

Die direkte Grundzeit beinhaltet zum einen die direkte Arbeit am Produkt und fallbezogene Recherchen und Fahrtzeiten. Ein maßgeblicher Einflussfaktor ist der Schwierigkeitsgrad der zu begutachtenden Fälle. Dieser hängt vom Auftragsverhalten der jeweiligen Krankenkassen ab und beeinflusst unmittelbar den Aufwand, der bei der jeweiligen Begutachtung entsteht. Komplexere Sachverhalte verursachen beispielsweise ein erhöhtes Besprechungsaufkommen oder umfangreichere Literaturrecherchen. Fahrtzeiten hingegen hängen stark von den jeweiligen räumlichen Strukturen (Stadt – Land) ab. Die Grundzeit für die direkten Arbeiten am einzelnen Produkt beinhaltet folgende Arbeitsschritte:

- Bewertung der Unterlagen durch die Gutachterin/ den Gutachter
- Beratungen der Versicherten und Angehörigen
- Einholen von Stellungnahmen bei Fachgutachtern
- Einholen weiterer Informationen z. B. bei Leistungserbringern, Kostenträgern
- Literaturrecherchen (unmittelbar für die Erstellung des einzelnen Produktes und in Abgrenzung zum Lesen von Fachliteratur unter 2.4.1.2)
- Untersuchung des Versicherten
- Schreibarbeiten der Gutachterin/ des Gutachters im Zusammenhang mit der Gutachtenerstellung
- Diktat, Überprüfung und Korrekturen des Gutachtens
- Freigabe des Gutachtens
- Fahrt zum Begutachtungsort und zurück

Die direkten Grundzeiten werden von den einzelnen Medizinischen Diensten erfasst und jährlich an den MD Bund gemeldet. Sie stellen die Basis für die unter 2.4.3 dargestellte Ermittlung dar.

2.4.1.2 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 unmittelbaren Zusammenhang mit den im Handbuch Berichtswesen aufgeführten (Fach-)Aufgaben stehen und der Grundzeit zugerechnet werden.

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 MD Connect)
- Prozessorientierte Kundengespräche
- Besprechungen und Rücksprachen in allgemeinen dienstlichen Angelegenheiten (z. B. Referatsbesprechungen; bei der Referatsleitung ist dieser Zeitbedarf in Führung und Leitung enthalten)
- planmäßige 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
- Einarbeitung von neuen Beschäftigten
- Betreuung von Auszubildenden (soweit nicht eigenständige Aufgabe als Beauftragte für Auszubildende)
- Teilnahme an Tagungen, Kongressen, Messen im Rahmen einer Referententätigkeit
- allgemeine Rüstzeiten (z. B. Wegezeiten zum Arbeitsplatz bei Dienstbeginn/-ende, PC hochfahren, Schutzkleidung anlegen)
- Konsile
- Administrative Aufgaben

Für dieses Aufgabenfeld ergibt sich ein Zeitaufwand von 12 Prozent des Aufwands der direkten Arbeiten am Produkt.

Nachfolgende Aufgaben sollten laut ORG-Handbuch für jeden Dienst individuell erfasst werden und bei der Berechnung der Jahresarbeitszeit berücksichtigt werden (siehe Kapitel 2.5):

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

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

2.4.2 Verteilzeit

Die Verteilzeit wird in den aufgabenbezogenen Richtwerten berücksichtigt. Sie beinhaltet sachliche und persönliche Verteilzeiten. In den ermittelten Grundzeiten sind keinerlei Verteilzeiten enthalten.

Die sachliche Verteilzeit (5 Prozent) umfasst alle Zeiten für unplanmäßige Störungen. Sie entfällt zu einem großen Teil auf technisch bedingte Unterbrechungen oder Störungen. Die interne Kommunikation und Datenverarbeitung der Medizinischen Dienste sowie die Kommunikation und Datenverarbeitung zwischen Krankenkassen und Medizinischen Diensten erfolgt nahezu ausschließlich IT-gestützt. Der Betrieb und Schutz von IT-Systemen unter Berücksichtigung des (Sozial-)Datenschutzes ist aufwendig und erhöht die IT-bedingten Ausfallzeiten (z. B. Sperrung von Benutzerkonten und Hardware, Notabschaltungen). 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 (5 Prozent) wird mitberücksichtigt und beinhaltet folgende Aufgaben:

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

Insgesamt summieren sich die verschiedenen Anteile der Verteilzeit auf 10 Prozent bezogen auf die Grundzeit und werden bei der Ermittlung der aufgabenbezogenen Richtwerte aufgeschlagen.

2.4.3 Ermittelte aufgabenbezogene Richtwerte

Die im Anhang aufgeführten aufgabenbezogenen Richtwerte (Anlage) werden auf Basis von Vergangenheitsdaten eines festgelegten Zeitraumes durch den Medizinischen Dienst Bund berechnet. Die Medizinischen Dienste liefern dem Medizinischen Dienst Bund dafür die kumulierten Produktzeiten und die Anzahl erstellter Produkte. Die Differenzierung der Angaben erfolgt gemäß der in Kapitel 2.1 aufgeführten Begutachtungsanlässe und Produktarten. Es werden dabei nur intern erstellte Produkte berücksichtigt, das heißt gekürzt um die durch externe Gutachterinnen und Gutachter erstellte Produkte.

Zur Berechnung durchschnittlicher Produktzeiten wird die Summe der kumulierten Produktzeiten aller Medizinischen Dienste durch die Anzahl der Summe der erstellten Produkte dividiert. Die so erzeugten durchschnittlichen Produktzeiten werden zur Berechnung der abgebildeten aufgabenbezogenen Richtwerte durch die Faktoren Zusammenhangstätigkeiten (12 Prozent) und Verteilzeit (10 Prozent) nacheinander ergänzt.

Differenziert nach Anlassgruppe und Produkt wurden anhand der beschriebenen Methodik die aufgabenbezogenen Richtwerte mit einem Korridor (+/- 5 Prozent) abgeleitet. Der Korridor basiert auf regional unterschiedlichen organisatorischen Aufstellungen der Medizinischen Dienste.

Eine Abweichung von einzelnen Richtwerten ist bei einer Abweichung außerhalb der angegebenen Korridore insbesondere anhand der unter Punkt 3 dargestellten Einflussfaktoren zu begründen.

2.5 Jahresarbeitszeit

Die Ermittlung der **Jahresarbeitszeit einer Normalarbeitskraft** erfolgt anhand der Vorgaben des ORG-Handbuchs. Sie wird nach folgendem Schema (Zahlen als Beispiel) ermittelt:

1.	Jahrestage	365
2.	abzgl. Samstage	52
3.	abzgl. 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.)	
	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 ganztätige Dienstbefreiungen (Tage)	
9.2	abzüglich Bildungsurlaub, Fort- und Weiterbildungstage	
9.3	abzüglich Teilnahme an Personalversammlungen; Mitarbeiter- und Beurteilungsgesprächen; Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements	
9.4	Summe aus 9.1 bis 9.3	
10.	Nettoarbeitstage (Ziffer 8 abzüglich Ziffer 9.4)	

Die Feiertagsregelung (Punkt 5) und Ausfalltage (Punkt 9) sind individuell vom jeweiligen Medizinischen Dienst zu ermitteln. Für Ausfall durch Erkrankung (Punkt 7) sowie Ausfalltage (Punkt 9) wird der Wert getrennt nach Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte, Kodierfachkräfte und andere) herangezogen. Grundlage zur weiteren Berechnung ist die tariflich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit des Tarifvertrages der Medizinischen Dienste (38,5 Stunden/Woche => 7,7 Std./Nettoarbeitstag).

3 Einflussfaktoren bei der Ermittlung des Personalbedarfs

Verschiedene Einflussfaktoren sind bei der Ermittlung des Personalbedarfs zu berücksichtigen:

Siedlungsgeographie

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

Anforderungen der beauftragenden Stellen

Der Medizinische Dienst nimmt auf Grundlage einer Vielzahl von gesetzlichen Regelungen sozialmedizinische Begutachtungen für das Gesundheitswesen vor. Hierbei kann der dem Medizinischen Dienst entstehende Aufwand sowohl durch die Art und Weise der Beauftragung als auch durch die Erledigungsart variieren.

Bei der Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste ist demgemäß eine Auftraggeber-spezifische Komponente zu berücksichtigen. Beispielsweise kann es bei einer überwiegenden Beauftragung von „Vollprüfungen“ bei der Krankenhausabrechnungsprüfung zu einem spezifischen Personalbedarf kommen. Dies ist bei der Personalbedarfsermittlung angemessen zu berücksichtigen.

Zusammenspiel der Akteure in der Region

Abhängig vom Zusammenspiel der Akteure im Zuständigkeitsbereich eines Medizinischen Dienstes kommt es je nach Kooperationsmöglichkeiten mit den Leistungserbringern oder spezifischen Vereinbarungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu unterschiedlichen Aufwänden beim Medizinischen Dienst.

4 Evaluation und Fortentwicklung

Die Richtlinie zur einheitlichen Personalbedarfsermittlung dient, wie beschrieben, der Sicherstellung einer Aufgabenerledigung der Medizinischen Dienste durch eine angemessene Personalausstattung.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt durch die regelmäßige Berichterstattung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung gemäß § 283 Absatz 2 Nr. 8 SGB V. In die Berichterstattung werden auch Informationen zu geleisteter Mehrarbeit und Tätigkeit externer Gutachterinnen und Gutachter aufgenommen.

Die Sicherung der Datenqualität, u. a. durch Audits, erfolgt entsprechend der Richtlinie gemäß § 283 Absatz 2 Nr. 7 SGB V.

Die Personalbedarfsermittlung und die aufgabenbezogenen Richtwerte sind in regelmäßigen Abständen, zunächst im jährlichen Rhythmus, erstmals am 1. Juli 2023, fortzuschreiben. Damit ist gewährleistet, dass Prozessverbesserungen einzelner Medizinischer Dienste den Anstoß zu Verbesserungen bei allen Medizinischen Diensten geben.

5 Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt am 3. August 2022 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 2023 und ist anhand der Ergebnisse der Evaluation fortzuschreiben.

Anlage: Aufgabenbezogene Richtwerte

Der zugrunde liegende Erhebungszeitraum für die hier vorliegende Version basiert auf dem Zeitraum 01.01.2022 bis 28.02.2022.

Aufgabenbezogene Richtwerte (in Stunden)	Arbeits- unfähigkeit	Krankenhaus- leistungen	Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation	Ambulante Leistungen	NUB*	Hilfsmittel GKV
Sozialmedizinische Fallsteuerung	0,35 (0,33-0,37)	0,12 (0,11-0,12)	0,33 (0,31-0,35)	0,45 (0,43-0,47)	0,52 (0,50-0,55)	0,42 (0,40-0,44)
Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) – fallabschließend	0,45 (0,42-0,47)	0,26 (0,25-0,28)	0,52 (0,49-0,55)	0,52 (0,49-0,55)	1,27 (1,21-1,34)	0,60 (0,57-0,63)
Kurzgutachten	0,72 (0,68-0,76)	0,87 (0,83-0,91)	0,65 (0,61-0,68)	0,75 (0,71-0,79)	1,68 (1,60-1,77)	0,96 (0,91-1,01)
Gutachten nach Aktenlage in der Beratungsstelle/BBZ	0,99 (0,94-1,04)	1,19 (1,13-1,25)	1,01 (0,96-1,06)	1,22 (1,16-1,28)	2,24 (2,13-2,35)	1,30 (1,23-1,36)
Gutachten mit Befunderhebung in der Beratungsstelle / dem BBZ	2,26 (2,15-2,38)	1,01 ¹ (0,96-1,06)	3,48 ¹ (3,30-3,65)	8,16 ¹ (7,75-8,57)	4,68 ¹ (4,45-4,91)	5,50 (5,23-5,78)
Gutachten nach Aktenlage während eines Krankenhaus- /Einrichtungsbesuchs	./. ²	0,53 (0,51-0,56)	./. ²	1,99 ¹ (1,89-2,09)	5,24 ¹ (4,97-5,50)	4,70 ¹ (4,47-4,94)
Gutachten mit Befunderhebung während eines Haus-/Krankenhaus- /Einrichtungsbesuchs	./. ²	0,30 ¹ (0,28-0,31)	./. ²	3,43 ¹ (3,26-3,60)	./. ²	9,14 (8,68-9,60)

¹ Die Berechnung dieses Richtwertes erfolgte auf Basis von weniger als 100 bundesweit erstellten Produkten im Erhebungszeitraum

² Im Erhebungszeitraum wurden keine Produkte erstellt

* Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung