

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

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



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 Nummer 4 SGB V am 20. Juni 2024 erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Richtlinie am 28. Juni 2024 genehmigt.

Herausgeber

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

Vorwort

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

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

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

Essen im Juli 2024

Dr. Stefan Gronemeyer

Vorstandsvorsitzender

Carola Engler

Stv. Vorstandsvorsitzende

Inhaltsverzeichnis

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

Präambel

Der Medizinische Dienst Bund koordiniert und fördert gemäß § 283 Absatz 1 Satz 1 SGB V die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in medizinischen und organisatorischen Fragen. Demgemäß erlässt der Medizinische Dienst Bund nach § 283 Absatz 2 SGB V Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Kernelemente der Leistungen der Medizinischen Dienste sind Prüfungen von Krankenhausabrechnungen, Strukturprüfungen, 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 eine angemessene Personalausstattung.

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

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

Ziel der vorliegenden Richtlinie ist es, eine angemessene Personalausstattung der Medizinischen Dienste mit gutachterlich tätigem Personal (im Folgenden auch als Gutachterinnen und Gutachter bezeichnet) zu ermitteln, damit die Begutachtungsaufgaben im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung effektiv und sachgerecht in einer guten Qualität wahrgenommen werden können. Von zentraler Bedeutung für die Berechnung des Personalbedarfs sind gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V einheitliche aufgabenbezogene Richtwerte. Eine Flexibilisierung ist unter den in Kapitel 3 aufgeführten Bedingungen möglich.

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

Die Richtlinie ist eng verbunden mit weiteren Richtlinien nach § 283 Absatz 2 SGB V. Unmittelbar relevant ist die Richtlinie zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste sowie des hierfür eingesetzten Personals für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 SGB V, da sie die Grundlagen zur Datenerhebung für die Personalbedarfsermittlung festlegt. Auch die Richtlinien zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 SGB V sind inhaltlich verbunden.

Glossar

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

1 Geltungsbereich

Diese Richtlinie regelt die Personalbedarfsermittlung der Medizinischen Dienste für die ihnen übertragenen Begutachtungsaufgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung anhand von einheitlichen aufgabenbezogenen Richtwerten gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V.

Die vorliegende Richtlinie ist gemäß § 283 Absatz 2 Satz 5 SGB V für die Medizinischen Dienste verbindlich. Für die soziale Pflegeversicherung wird die Personalbedarfsermittlung durch die Richtlinie gemäß § 53d Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB XI geregelt.

2 Personalbedarfsermittlung in den Medizinischen Diensten

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

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

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

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

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

Die aufgeführte Methodik findet für fast alle der von den Medizinischen Diensten erstellten Produkte Anwendung¹. Darüber hinaus gibt es weitere Aufgabenbereiche, die aufgrund der untergeordneten quantitativen Bedeutung und Heterogenität der Begutachtungsfelder von jedem Medizinischen Dienst individuell ermittelt und mit einem entsprechenden Personalbedarf belegt werden. Die so ermittelten Bedarfe werden zu den nach der oben aufgeführten Systematik ermittelten Personalbedarfe addiert.

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

2.1 Aufgabenbezogene Richtwerte

Die Medizinischen Dienste haben die Aufgabe, sozialmedizinische Fragestellungen der gesetzlichen Krankenkassen kompetent und zeitnah zu beantworten. Die Aufgaben der Medizinischen Dienste sind

¹ Im zweiten Halbjahr 2023 deckten die berücksichtigten Produkte 88 Prozent der Zeitaufwände des eingesetzten gutachterlichen Personals ab.

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.

Aufgabenbezogene Richtwerte werden für nachfolgende Anlassgruppen, die zusammen den wesentlichen Aufwand für die Einzelfallbegutachtung abbilden, ermittelt:

- Arbeitsunfähigkeit
- Krankenhausleistungen
- Ambulante Leistungen
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung
- Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation
- Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV

Die Zeiten für weitere Begutachtungsanlässe werden aufgrund der quantitativ untergeordneten Bedeutung und Heterogenität der Begutachtungsfelder von jedem Medizinischen Dienst individuell ermittelt. Bei den weiteren Anlässen handelt es sich um die beiden definierten Anlassgruppen „Ansprüche gegenüber/von Dritten“ und „sonstige Anlässe“. Die Anlässe dieser Anlassgruppen sind in Anlage 2 in abschließender Aufzählung aufgeführt.

Des Weiteren werden die aufgabenbezogenen Richtwerte nach der Art der Erledigung durch die Medizinischen Dienste und der Produktart differenziert. Bei der Personalbedarfsermittlung werden folgende Produkte berücksichtigt:

- Sozialmedizinische Fallsteuerung – (SFS-nicht fallabschließend)
- Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS-fallabschließend)
- Sozialmedizinisches Gutachten (SGA) nach Aktenlage im Medizinischen Dienst
- Sozialmedizinisches Gutachten (SGA) mit Befunderhebung im Medizinischen Dienst
- Sozialmedizinisches Gutachten (SGA) nach Aktenlage während eines Krankenhaus-/Einrichtungsbesuchs
- Sozialmedizinisches Gutachten (SGA) mit Befunderhebung während eines Haus-/Krankenhaus-/Einrichtungsbesuchs

Neben den aufgeführten Produkten zur Einzelfallbegutachtung werden aufgabenbezogene Richtwerte für Prüfungen von OPS-Strukturmerkmalen in Krankenhäusern nach § 275d SGB V ermittelt.

Qualitätskontrollen in Krankenhäusern nach § 275a SGB V, Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V sowie sonstige Beratungsleistungen werden aufgrund der quantitativ untergeordneten Bedeutung und der Heterogenität der Produkte von jedem Medizinischen Dienst individuell ermittelt.

2.1.1 Grundzeit je Produkt

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

2.1.1.1 Direkte Grundzeit

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

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

Die Erfassung der durchschnittlichen direkten Grundzeiten erfolgt gemäß der Richtlinie § 283 Absatz 2 Nummer 7 SGB V zur einheitlichen statistischen Erfassung. Die direkten Grundzeiten werden von den einzelnen Medizinischen Diensten erfasst und zum Zwecke der jährlichen Aktualisierung der aufgabenbezogenen Richtwerte an den Medizinischen Dienste Bund gemeldet. Sie stellen die Basis für die dargestellte Ermittlung des Personalbedarfs dar.

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

2.1.1.2 Zusammenhangstätigkeiten

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

Zu diesen Zusammenhangstätigkeiten zählen:

- Qualitätssicherung, intern sowie MD-übergreifend
- Input bei Weiterentwicklung und Release von IT-Programmen und die Testung von Anwendungen (z. B. Branchensoftware MDconnect)
- Stakeholdergespräche
- Information, Beratung und Beantwortung von Fragen von Versicherten und Leistungserbringern, inklusive Beschwerden

- planmäßige Besprechungen und Rücksprachen in allgemeinen dienstlichen Angelegenheiten (z. B. Referatsbesprechungen; bei der Referatsleitung ist dieser Zeitbedarf in Führung und Leitung enthalten)
- Beauftragungen/Bestellungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Fachaufgabe stehen
- regelmäßige Abstimmung unter Beschäftigten (z. B. zwischen Referatsleitung und deren Vertretung)
- allgemeine, nicht fallbezogene Informationsbeschaffung (z. B. Lesen von Fachliteratur, Internetrecherche, etc.)
- Vor- und Nachbereitungstätigkeiten, wie z. B. Dienstreise buchen und abrechnen, Videokonferenz/Telefonkonferenz vorbereiten und nachbereiten
- Einarbeitung von neuen Beschäftigten
- Teilnahme an Tagungen, Kongressen, Messen im Rahmen einer Referententätigkeit
- allgemeine Rüstzeiten (z. B. Wege zum Arbeitsplatz bei Dienstbeginn und Dienstende, PC hochfahren, Schutzkleidung anlegen)
- Konsile
- administrative Aufgaben

Die Zeiten für Zusammenhangstätigkeiten werden als Zuschlag in Höhe von pauschal 12 Prozent des Aufwands der direkten Arbeitszeiten am Produkt abgegolten. Der Zuschlag wird als Aufwand zur direkten Grundzeit hinzugerechnet.

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

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

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

2.1.2 Verteilzeiten

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

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

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

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

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

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

2.1.3 Ermittlung der aufgabenbezogenen Richtwerte

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

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

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

Zur Berechnung der aufgabenbezogenen Richtwerte wird die Summe der kumulierten direkten Grundzeiten aller Medizinischen Dienste durch die Anzahl der Summe der erstellten Produkte dividiert. Den auf diese Weise ermittelten direkten Grundzeiten werden die Zusammenhangstätigkeiten durch einen Zuschlag von 12 Prozent sowie anschließend die Verteilzeit durch einen Zuschlag von zehn Prozent hinzugerechnet. In der Summe werden dadurch die aufgabenbezogenen Richtwerte ermittelt, die im Anhang ausgewiesen sind.

2.2 Prognostizierte Begutachtungsbedarfe

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

schätzung des künftigen Begutachtungsbedarfes berücksichtigen die Medizinischen Dienste die Prognosen der Krankenkassen zur Auftragsentwicklung in den relevanten Leistungsbereichen² sowie eigene Prognosen auf Grundlage von Trends, Hochrechnungen und anderweitiger Informationen.

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

2.3 Jahresarbeitszeit

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

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

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

² Die Mindeststandards für die Abfrage des prognostizierten Begutachtungsbedarfs bei den Krankenkassen durch die Medizinischen Dienste sind in einem Bedarfsabfragebogen festgeschrieben. Der Bedarfsabfragebogen sowie weitere Datengrundlagen gem. Richtlinie nach § 283 Abs. 1 Nr. 7 SGB V sind auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Bund abrufbar: <https://md-bund.de/richtlinien-publikationen/grundlagen-der-datenerhebung.html>

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

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

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

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

2.4 Führungskräftebedarfsermittlung

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

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

Gemäß summarischer Methode werden die Führungskräftebedarfe wie folgt ermittelt:

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

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

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

Zur Berechnung der Führungsspanne werden zunächst die Gewichtungsfaktoren der jeweiligen Führungsbedingungen mit dem entsprechenden Punktwert multipliziert und die Ergebnisse im Anschluss addiert. Anschließend wird der Wert 200 (für die mittlere Führungsebene) bzw. 400 (für die obere Führungsebene) durch die aufaddierten Ergebnisse geteilt. Dadurch ergibt sich eine Soll-Leitungsspanne für alle Medizinischen Dienste.³

Das Organisationshandbuch des Bundes und die darin beschriebene summarische Methode zur Führungskräftebedarfsermittlung bezieht sich auf die Ermittlung von Bedarfen innerhalb einer Organisation. Bei den Medizinischen Diensten liegt die Besonderheit vor, dass es sich um 15 Einzelorganisationen handelt, die strukturell mitunter sehr unterschiedlich aufgestellt sind, so dass sich allein daraus mitunter unterschiedliche Führungskräftebedarfe ergeben. Derartige Besonderheiten werden im Organisationshandbuch nicht berücksichtigt, so dass perspektivisch eine Methode zur Anwendung kommen muss, die diesem Aspekt Rechnung trägt. Aus diesem Grund wird die Bedarfsermittlung der Führungskräfte in der vorliegenden Richtlinie wie folgt erfolgen:

Statt einer Soll-Leitungsspanne für alle Dienste im Bereich der direkten Führungsebene wird ein Führungsrahmen festgelegt, der auf Grundlage der Befragungen von Expertinnen und Experten der Medizinischen Dienste festgesetzt wurde und zwischen 8,0 bis 11,0 Gutachterinnen und Gutachtern pro Führungskraft in der direkten Führung liegt. Um den großen strukturellen wie prozessualen Unterschiedlichkeiten Rechnung zu tragen, soll es den Medizinischen Diensten bis zur Anwendung einer

³ Die Evaluation hat ergeben, dass die Medizinischen Dienste strukturell sehr unterschiedlich aufgestellt sind. Außerdem sind die Produkte im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich heterogener als in der sozialen Pflegeversicherung, in der eine hohe Standardisierung bei der Aufgabenerledigung vorherrscht. Dies spiegelt sich in unterschiedlichen Prozessen der einzelnen Dienste wider. Die Ausweisung einer für alle Dienste gültigen Soll-Leitungsspanne im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung würde diesen unterschiedlichen strukturellen und prozessualen Voraussetzungen kaum gerecht werden. Die durch das Organisationshandbuch vorgesehene und im Zuge der Neuermittlung von Leitungsspannen erfolgte Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern aus den Medizinischen Diensten zeigte, dass die Festlegung auf geeignete Führungsbedingungen, deren Gewichtung und Bewertung mitunter sehr unterschiedlich ausfällt, sodass eine allgemein gültige Soll-Leitungsspanne nicht sachgerecht ist.

neuen Ermittlungsmethodik darüber hinaus gestattet werden, anstelle der Nutzung des Führungsrahmens eigene Planwerte zugrunde zu legen. Abweichungen sind entsprechend zu begründen.

Die nachfolgende Tabelle stellt die Bewertungen für die untere Leitungsspanne des Führungsrahmens in der direkten Führungsebene (schwarz) sowie die Bewertung für die indirekte Führungsebene (grün) dar:

Führungsbedingungen/Kriterien	Gewichtungs-faktor	Ausprägung der Führungsbedingungen					Punkte gesamt
		Soll-Leitungsspanne = 200 bzw. 400/(Summe)(Punkte*Gewichtungsfaktor)					
		1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	5 Punkte	
Planungsaufgaben der Führungskraft	2/1	So gut wie keine Planungsaufgaben (bis zu 2%)	Geringer Anteil an Planungsaufgaben (bis zu 20%)	Mittlerer Anteil an Planungsaufgabe (bis zu 30%)	Hoher Anteil an Planungsaufgaben (bis zu 40%)	Sehr hoher Anteil an Planungsaufgaben (40-60% oder sogar höher)	6/3
Neuartigkeit, Veränderungspotenzial der Aufgaben d. Beschäftigten	2/3	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)	8/12
Schlanke, standardisierte Prozesse	1/3	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 wenigstens Prozesse laufen standardisiert ab	Prozesse in der Organisationseinheit laufen in der Regel nicht standardisiert ab.	2/9
Koordination der unterstellten Beschäftigten (Einzelanweisung vs. standardisiertes Programm)	2/2	Seltene Abstimmung, Kontrolle und Genehmigung durch FK nötig	Etwas Abstimmung, Kontrolle und Genehmigung durch FK nötig	Teilweise Abstimmung, Kontrolle und Genehmigung durch FK nötig	Häufige Abstimmung, Kontrolle und Genehmigung durch FK nötig	Sehr hohe Abstimmung, Kontrolle und Genehmigung durch FK nötig	4/6
Notwendiger Bedarf an direkter Führung	1/3	Minimale Anweisungen	Begrenzte Anweisungen	Periodische Anweisungen	Häufige Anweisung	Kontinuierliche, enge Anweisung	3/12
Qualifikation der Führungskraft	1/3	Sehr hoch	Hoch	Mittel	Gering	Sehr gering	2/6
Direkte Führungsebene: Führungskräfte führen Gutachterinnen und Gutachter (Leitungsspanne 200/25 = 8,0)						SOLL Leitungsspanne	8,0
Indirekte Führungsebene: Führungskräfte führen Führungskräfte (Leitungsspanne 400/48 =8,3)							8,3

Die dargestellte untere Leitungsspanne des Führungsrahmens für gutachterlich tätiges Personal liegt bei 8,0 im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Führungskräfte, die Führungskräfte führen, haben anders ausgeprägte Führungsbedingungen. Die Bewertung für diese Führungsebene hat eine Leitungsspanne von 8,3 ergeben.

Auf den gemäß Kapitel 2.1 bis 2.3 ermittelten Personalbedarf an Gutachterinnen und Gutachtern ergibt sich somit ein Aufschlag für die Führungskräfte der mittleren Führungsebene – unter Berücksichtigung des Führungsrahmens – von 9,1 bis 12,5 Prozent. Der Personalbedarf der übergeordneten Führungsebene wird durch einen Aufschlag von 1,1 bis 1,5 Prozent auf den gutachterlichen Gesamtpersonalbedarf ermittelt. In Summe ist also ein Aufschlag für Führungskräfte in Höhe von 10,2 bis 14,0 Prozent bezogen auf die Anzahl der Soll-Werte für Gutachterinnen und Gutachter anzusetzen.

3 Personalbedarfsermittlung und regionale Aufgabenwahrnehmung

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

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

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

Siedlungsgeographie

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

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 höheren Zeitbedarf kommen, der sich in einem erhöhten Personalbedarf widerspiegelt. Dies kann bei der Personalbedarfsermittlung durch die Zugrundelegung eines entsprechenden Zeitwertes angemessen berücksichtigt werden.

Zusammenwirken der Akteure in der Region

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

Prozessinnovationen

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

Auch die voranschreitende Digitalisierung sorgt dafür, dass sich prozessuale Veränderungen bei der Aufgabenwahrnehmung ergeben, die sich erst zeitverzögert in den Zeitaufwänden niederschlagen. Vorstellbar ist auch, dass einzelne Dienste weitreichende Umstrukturierungen vornehmen, in deren Folge sich Prozesse und damit Bearbeitungszeiten ändern. Die vorgenannten und vergleichbaren Faktoren können einen derartigen (kurzfristigen) Einfluss auf die Zeitaufwände haben, dass es in der Planung ggf. notwendig sein könnte, für ein Jahr eigene Planungswerte in ausgewählten Bereichen zugrunde zu legen. Etwaige Abweichungen und deren Dauer sind ausführlich zu begründen.

4 Evaluation und Fortentwicklung

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

In der vorliegenden Richtlinie ist eine Fortschreibung gemäß der in einem Konvergenzplan⁴ festgelegten Umsetzungsschritte und Zeitvorgaben sowie eine Aktualisierung der aufgabenbezogenen Richtwerte vorgesehen. Bei dieser Fortschreibung der Richtlinie sind insbesondere die Ergebnisse der im Jahr 2023 durchgeführten Evaluation, so beispielsweise im Hinblick auf eine Festlegung einheitlicher methodischer Grundlagen für die Ermittlung der Begutachtungszeiten zu beachten. Zielsetzung ist es aus heutiger Sicht, spätestens in der Aktualisierung der Richtlinie 2026 die im Konvergenzplan identifizierten wesentlichen Schritte verbindlich zu machen.

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

- Ein Bedarfsabfragebogen steht den Medizinischen Diensten zur Verfügung, mit welchem die voraussichtlichen Begutachtungsbedarfe bei den Kranken- und Pflegekassen abgefragt werden können. Die Bedarfsabfrage bei den Kranken- und Pflegekassen kommt für die Haushaltsplanungen 2025 erstmalig zur Anwendung.
- Das Konzept Zeiterfassung⁵ ist aktualisiert worden. Das Konzept empfiehlt die Ermittlung der produktbezogenen Bearbeitungszeiten mittels permanenter IT-gestützter Zeiterfassung. Für die Medizinischen Dienste, bei denen bislang keine permanente Zeiterfassung erfolgt, sind nunmehr Kriterien für eine stichprobenhafte Zeiterfassung, wie bspw. die Anzahl der einzubeziehenden Gutachterinnen und Gutachter oder der Erhebungszeitraum, verbindlich geregelt. Sofern die Ermittlung der produktbezogenen Bearbeitungszeiten per Stichprobe erfolgt, sind die Zeiten jährlich zu aktualisieren.
- Das Konzept Zeiterfassung sieht nunmehr eine ausdifferenzierte Erfassung der Produkterstellungs- und Wegezeiten vor. Für die Medizinischen Dienste, bei denen Grund- und Wegezeiten bislang nicht getrennt ermittelt wurden, wird eine Erfassung der Wegezeiten ab dem dritten Quartal 2024 erfolgen. Die Erfassung der Wegezeiten wird zunächst bei Abrechnungsprüfungen im Krankenhaus nach § 275c SGB V erfolgen. Für Qualitätskontrollen in Krankenhäusern, Strukturprüfungen von OPS-Komplexkodes und ambulante Leistungen (z. B. außerklinische In-

⁴ Der Konvergenzplan der Richtlinie ist auf der Homepage des MD Bund veröffentlicht: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/Richtlinien_MDS_MD_Bund/PBE_GKV/23-11-10_Konvergenzplan_Veroeffentlichung.pdf.

⁵ Die Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund zur statistischen Erfassung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V verweist auf das Konzept, welches auf der Homepage des MD Bund veröffentlicht ist.

tensivpflege) erfolgt die differenzierte Erfassung ab dem vierten Quartal 2024. Die entsprechenden aufgabenbezogenen Richtwerte werden im Rahmen der Richtlinienfortschreibung in 2025 dann nur noch die reinen Produkterstellungszeiten beinhalten.

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

5 Inkrafttreten

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

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

Anlage 1: Aufgabenbezogene Richtwerte

Tabelle Aufgabenbezogene Richtwerte und Korridor (- 5 Prozent / + 5 Prozent); Angaben in Stunden. Der zugrunde liegende Erhebungszeitraum für die hier vorliegende Version basiert auf dem Zeitraum 01.07.2023 bis 31.12.2023.

Aufgabenbezogene Richtwerte (in Stunden)	Arbeitsunfähigkeit	Krankenhausleistungen	Ambulante Leistungen	NUB*	Leistungen zur Vor- sorge und Rehabilitation	Hilfsmittel GKV
Sozialmedizinische Fallsteuerung	0,39 (0,37-0,41)	0,12 (0,11-0,12)	0,52 (0,49-0,54)	0,59 (0,56-0,62)	0,40 (0,38-0,42)	0,52 (0,49-0,55)
Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme	0,52 (0,50-0,55)	0,41 (0,39-0,43)	0,53 (0,50-0,55)	1,33 (1,27-1,40)	0,57 (0,54-0,60)	0,65 (0,62-0,68)
Gutachten nach Aktenlage im Medizinischen Dienst	1,03 (0,98-1,09)	1,14 (1,08-1,19)	1,34 (1,27-1,40)	2,39 (2,27-2,51)	1,05 (1,00-1,10)	1,45 (1,38-1,52)
Gutachten mit Befunderhebung im Medizinischen Dienst	2,42 (2,30-2,54)	2,45 ¹ (2,33-2,58)	9,41 (8,94-9,88)	4,66 ¹ (4,42-4,89)	2,45 ¹ (2,33-2,58)	6,44 (6,12-6,76)
Gutachten nach Aktenlage während eines Krankenhaus-/Einrichtungsbesuchs	3,70 ¹ (3,51-3,88)	0,56 (0,53-0,59)	8,20 ¹ (7,79-8,61)	3,70 ¹ (3,51-3,88)	1,23 ¹ (1,17-1,29)	7,23 ¹ (6,87-7,59)
Gutachten mit Befunderhebung während eines Haus-/Krankenhaus-/Einrichtungsbesuchs	./.	0,56 ¹ (0,53-0,59)	8,32 (7,91-8,74)	./.	4,76 ¹ (4,52-5,00)	7,82 (7,43-8,21)
Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen – Dokumentenprüfung				4,70 (4,46-4,93)		
Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen – Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung				18,52 (17,59-19,44)		
Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen – Vor-Ort-Prüfung				8,54 (8,12-8,97)		

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

* Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden / Arzneimittelversorgung

Anlage 2: Weitere Begutachtungsanlässe (in abschließender Aufzählung)

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

- Verdacht auf medizinischen/zahnmedizinischen Behandlungsfehler oder Pflegefehler nach § 66 SGB V
- Verdacht auf medizinischen/zahnmedizinischen Behandlungsfehler oder Pflegefehler nach § 116 SGB V
- Abgrenzung Kostenträgerschaft / Ersatzanspruch nach § 102 ff. SGB X
- Verdacht auf Mängel an Zahnersatz einschl. Zahnkronen
- Sonstige Anlässe zu Ansprüchen gegenüber/von Dritten
- Ambulante zahnärztliche Leistungen
- Stationäre und ambulante Hospizleistungen nach § 39a SGB V
- Fragen zur medizinischen Indikation einer geplanten Behandlungsmaßnahme
- Humangenetische Untersuchungsleistungen
- Übergangspflege im Krankenhaus § 39e SGB V
- Sonstige Anlässe zur SFS (Sozialmedizinische Fallsteuerung), SGS (Sozialmedizinische Stellungnahme) und SGA (Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme)
- Fahrtkosten bei ambulanten oder stat. Behandlungen nach § 60 SGB V
- Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten