

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	gemeinsame Stellungnahme des vdek, AOK-BV, BKK Dachverbandes, IKK e.V. und der SVLFG 08.05.2024
	Grundsätzliche Anmerkungen zur Richtlinie		<p>Der vdek, der AOK-BV, der BKK Dachverband, der IKK e.V. und die SVLFG haben nach intensiver Durchsicht des Entwurfs festgestellt, dass wesentliche vom BMG gesehene Bestandteile und im Konvergenzplan vorgesehene Anpassungen zur Weiterentwicklung noch nicht eingeflossen sind.</p> <p>Darüber hinaus halten der vdek, der BKK Dachverband, der IKK e.V. und die SVLFG an den bereits übermittelten Stellungnahmen vom 31.05.2022 und vom 12.05.2023 inhaltlich fest. Diese Anpassungsvorschläge sind aus Sicht der genannten Verbände weiterhin erforderlich.</p> <p>Die Richtlinie soll lt. dem BMG die Vorgabe einer bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung (Anordnung SGB V) beinhalten. Dabei sind vorgeschaltete Geschäftsprozessharmonisierungen, ein bundesweit einheitliches Datenmodell sowie eine angemessene Vereinheitlichung der Arbeitsschritte zu den Produktarten in allen MD für die Ermittlung von belastbaren Richtwerten für die Haushaltsaufstellungen der MD von zentraler Bedeutung. Bei der Geschäftsprozessharmonisierung soll die Orientierung sowohl anhand der produktiv stärkeren MD als auch an der geleisteten Qualität erfolgen. Hierbei ist eine Ausgewogenheit zwischen Produktivität und Qualität herzustellen.</p> <p>Aus Sicht der oben genannten Verbände bedeutet das nicht, dass gut aufgestellte MD ohne Not ihren Personalkörper erweitern müssen und damit weiteres Personal aus der Versorgung entziehen. Das gilt gleichermaßen für die PBE-GKV wie auch für die PBE-SPV.</p>
			<p>Das BMG sah dabei folgende notwendige Bestandteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeitnahe Überprüfung der Auswirkungen der aktuellen Richtlinie auf die Personalhaushalte der MD. - Datenmodell mit verbindlichen Vorgaben zur Erhebung und Übermittlung von Daten. - Vorgabe eines Prozesses für eine schrittweise Anpassung der Kernprozesse zur belastbaren Ermittlung der Richtwerte. - Best-Practice – Die regelmäßige Aktualisierung der Richtwerte sollen Maßnahmen zur Verbesserung der Prozesse in den MD auslösen. <p>Diese Bestandteile sollten bei der Erstellung eines Konvergenzplanes berücksichtigt werden. Der Konvergenzplan wurde von den MD aufgestellt und anschließend vom BMG genehmigt.</p> <p>Bei der Durchsicht des aktuellen Richtlinienentwurfs werden die oben aufgeführten Bestandteile nicht erreicht. Deshalb gilt es an dieser Stelle, diese Bestandteile in Erinnerung zu rufen.</p>

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	gemeinsame Stellungnahme des vdek, AOK-BV, BKK Dachverbandes, IKK e.V. und der SVLFG 08.05.2024
	Vorwort		<p>Das Vorwort sollte wie in der bisherigen Richtlinie die erreichten, nicht erreichten und angestrebten Ziele einschließlich der Zeitschiene des Konvergenzplans beinhalten. Insgesamt soll deutlich werden, dass sich die Richtlinie in einem Entwicklungsprozess befindet. Das Vorwort sollte dementsprechend mit dem Verwaltungsrat abgestimmt werden.</p>
	Glossar		<p>Die Produkterstellungszeit sollte in das Glossar aufgenommen und beschrieben werden.</p> <p>Besser wäre die eindeutige Definition von einzelnen Bausteinen wie Produkterstellungszeit, Wegezeit, Zusammenhangstätigkeit und Verteilzeiten. Die sich in Kombination dieser Bausteine ergebenen Werte (Formeln) sollten weder im Glossar noch in der Richtlinie zu neuen Begrifflichkeiten führen. Zusätzliche Zwischenergebnisse verkomplizieren die Richtlinie und sollten dieser entnommen werden (z.B. Grundzeit, direkte Grundzeit).</p>

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	gemeinsame Stellungnahme des vdek, AOK-BV, BKK Dachverbandes, IKK e.V. und der SVLFG 08.05.2024
	Präambel		<p>Die Präambel sollte um den markierten Satz ergänzt werden:</p> <p>... 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. <u>Das bedeutet nicht, dass gut aufgestellte MD ohne Not ihren Personalkörper erweitern müssen und damit weiteres Personal aus der Versorgung entziehen.</u> ...</p>
1	Geltungsbereich	<p>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.</p>	
2	Personalbedarfsermittlung in den Medizinischen Diensten	<p>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.</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p>	

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	gemeinsame Stellungnahme des vdek, AOK-BV, BKK Dachverbandes, IKK e.V. und der SVLFG 08.05.2024
		<p>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.</p> <p>Die aufgeführte Methodik findet für fast alle der von den Medizinischen Diensten erstellten Produkte Anwendung *. 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.</p> <p>Abschließend erfolgt die Ermittlung des Gesamtpersonalbedarfes, indem die benötigten Führungskräftebedarfe errechnet und aufaddiert werden (siehe Kapitel 2.4).</p> <p><i>* Fußnote: Im zweiten Halbjahr 2023 deckten die berücksichtigten Produkte 88 Prozent der Zeitaufwände des eingesetzten gutachterlichen Personals ab.</i></p>	<p>... Abschließend erfolgt die Ermittlung des Gesamtpersonalbedarfes, indem die benötigten Führungskräftebedarfe errechnet und aufaddiert <u>ermittelt</u> werden (siehe Kapitel 2.4).</p> <p>Die Führungskräftebemessung sollte aufgrund unterschiedlicher Führungsmodelle nicht zu viel Raum einnehmen. Vielmehr sollten gut funktionierende Führungsmodelle im Sinne eines Best-Practice als Vorbilder herangezogen werden.</p>
2.1	Aufgabenbezogene Richtwerte	<p>Die Medizinischen Dienste haben die Aufgabe, sozialmedizinische Fragestellungen der gesetzlichen Krankenkassen kompetent und zeitnah zu beantworten. 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.</p> <p>Aufgabenbezogene Richtwerte werden für nachfolgende Anlassgruppen, die zusammen den wesentlichen Aufwand für die Einzelfallbegutachtung abbilden, ermittelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Arbeitsunfähigkeit •Krankenhausleistungen •Ambulante Leistungen •Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung •Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation •Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV <p>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 „An-sprüche gegenüber/von Dritten“ und „sonstige Anlässe“. Die Anlässe dieser Anlassgruppen sind in Anlage 2 in abschließender Aufzählung aufgeführt.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Neben den aufgeführten Produkten zur Einzelfallbegutachtung werden aufgabenbezogene Richtwerte für Prüfungen von OPS-Strukturmerkmalen in Krankenhäusern nach § 275d SGB V ermittelt.</p> <p>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.</p>	

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	gemeinsame Stellungnahme des vdek, AOK-BV, BKK Dachverbandes, IKK e.V. und der SVLFG 08.05.2024
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.	Dieses Kapitel ist umzustrukturieren. In einem ersten Schritt sollten die Bausteine Produkterstellungszeit, Wegezeit, Zusammenhangstätigkeit und Verteilzeit aufgelistet werden. In einem zweiten Schritt werden diese Bausteine jeweils in einem Unterkapitel erläutert, damit klar ist, was sich hinter diesen Bausteinen verbirgt. Dadurch werden die Begrifflichkeiten Grundzeit und direkte Grundzeit entbehrlich. Die Summe der Bausteine ergibt den aufgabenbezogenen Richtwert. Die Bausteine der einzelnen MD sind entsprechend den Ausführungen des BMG von den einzelnen MD separat an den MD Bund zu melden und im Sinne der Vergleichbarkeit der Dienste für die Verwaltungsräte getrennt von einander darzustellen. In diesem Zuge melden die MD ebenfalls die für die Bemessung zu Grunde liegenden Fallzahlen sowie die sich daraus ergebenden SOLL-Personalkapazitäten. Nur so ist eine Vergleichbarkeit der einzelnen MD für die Verwaltungsräte gewährleistet.
2.1.1.1	Direkte Grundzeit	<p>Die direkte Grundzeit beinhaltet die direkte Arbeit am Produkt, fallbezogene Recherchen (Produkterstellungszeit) 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> •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 •Schreibarbeiten der Gutachterin / des Gutachters im Zusammenhang mit der Gutachtenerstellung •Diktat, Überprüfung und Korrekturen des Gutachtens •Freigabe des Gutachtens •Wegezeit <p>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.</p>	
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.	

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	gemeinsame Stellungnahme des vdek, AOK-BV, BKK Dachverbandes, IKK e.V. und der SVLFG 08.05.2024
		<p>Zu diesen Zusammenhangstätigkeiten zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •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 Vertre-tung) •allgemeine, nicht fallbezogene Informationsbeschaffung (z. B. Lesen von Fachliteratur, Internet-recherche, etc.) •Vor- und Nachbereitungstätigkeiten, wie z. B. Dienstreise buchen und abrechnen, Videokonfe-renz/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 hoch-fahren, Schutzkleidung anlegen) •Konsile •administrative Aufgaben 	
		<p>Die Zeiten für Zusammenhangstätigkeiten werden als Zuschlag in Höhe von pauschal 12 Prozent des Aufwands der direkten Arbeitszeiten am Produkt abgebolten. 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):</p> <ul style="list-style-type: none"> •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) <p>In den Zusammenhangstätigkeiten werden weder die persönliche noch die sachliche Verteilzeit berücksichtigt.</p>	
2.1.2	Verteilzeiten	<p>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.</p> <p>Die sachliche Verteilzeit wird als Zuschlag in Höhe von fünf Prozent der Grundzeit pauschal abgebolten. Sie entfällt zu einem großen Teil auf technisch bedingte Unterbrechungen oder Störungen. Die sachliche Verteilzeit wird in der Verteilzeit mitberücksichtigt und beinhaltet folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> •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 <p>Die persönliche Verteilzeit wird als Zuschlag in Höhe von fünf Prozent der Grundzeit pauschal mitberücksichtigt und beinhaltet folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Besprechungen und Rücksprachen in persönlichen Angelegenheiten (z. B. mit Personalreferat, Personalrat) •Persönliche Verrichtungen •Entspannungszeiten <p>Insgesamt summieren sich die Verteilzeiten auf zehn Prozent der Grundzeit und werden bei der Ermittlung der aufgabenbezogenen Richtwerte aufgeschlagen.</p>	

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	gemeinsame Stellungnahme des vdek, AOK-BV, BKK Dachverbandes, IKK e.V. und der SVLFG 08.05.2024
2.1.3	Ermittlung der aufgabenbezogenen Richtwerte	<p>Die Ermittlung der aufgabenbezogenen Richtwerte erfolgt durch den Medizinischen Dienst Bund. Die Datengrundlage liefern die Medizinischen Dienste. Sie übermitteln dem Medizinischen Dienst Bund</p> <ul style="list-style-type: none"> •die kumulierten direkten Grundzeiten pro Produkt und •die Anzahl der erstellten Produkte. <p>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 ausgewiesenen sind.</p>	
2.2	Prognostizierte Begutachtungsbedarfe	<p>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 Abschätzung des künftigen Begutachtungsbedarfes berücksichtigen die Medizinischen Dienste die Prognosen der Krankenkassen zur Auftragsentwicklung in den relevanten Leistungsbereichen* sowie eigene Prognosen auf Grundlage von Trends, Hochrechnungen und anderweitiger Informationen.</p> <p>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.</p> <p><i>* Fußnote: 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</i></p>	Eine Vollerhebung von differenzierten Prognosen aller Krankenkassen birgt das Risiko, ein Bürokratiemonster aufzubauen. Gleichwohl sollte die Möglichkeit bestehen, bedarfsgerechte Abfragen von Prognosen mit Krankenkassen zu vereinbaren.
2.3	Jahresarbeitszeit	<p>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.</p> <p>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.</p>	

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	gemeinsame Stellungnahme des vdek, AOK-BV, BKK Dachverbandes, IKK e.V. und der SVLFG 08.05.2024
		<p>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.)¶ 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¶</p>	
		<p>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. Nettoarbeitsstage (Ziffer 8 abzüglich Ziffer 9.4)¶</p>	

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	gemeinsame Stellungnahme des vdek, AOK-BV, BKK Dachverbandes, IKK e.V. und der SVLFG 08.05.2024
		<p>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.</p> <p>Die Nettojahresarbeitszeit ergibt sich, indem die Nettojahresarbeitstage (Punkt 10) mit der im Tarifvertrag der Medizinischen Dienste vereinbarten wöchentlichen Arbeitszeit multipliziert werden.</p>	<p>Den genannten Verbänden ist es nach wie vor wichtig, dass alle Berufsgruppen (z.B. auch die Assistenzkräfte) berücksichtigt und differenziert dargestellt werden.</p>
2.4	Führungskräftebedarfsermittlung	<p>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:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>In einem dritten Schritt wird die Ausprägung der Führungsbedingungen bestimmt. Je komplexer/anspruchsvoller eine Führungsbedingung ist, desto mehr Punkte erhält sie.</p> <p>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 *.</p> <p>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:</p>	<p>Die Methodik der Führungskräfteermittlung wurde noch nicht, wie im Konvergenzplan vorgesehen, überarbeitet. Daher ist fraglich, ob eine probeweise Ermittlung für 2025 stattfinden kann. Deshalb ist dieser Abschnitt entsprechend der oben aufgeführten Anmerkung zu Abschnitt 2 neu aufzuarbeiten. Mit dem Kapitel sollte ein "Werkzeugkoffer" angeboten werden, um sich im Sinne von best-practice einer Führungskräftebemessung nähern zu können.</p>

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 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:

** Fußnote: 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 mit-unter sehr unterschiedlich ausfällt, sodass eine allgemein gültige Soll-Leitungsspanne nicht sachgerecht ist.*

Führungsbedingungen/Kriterien	Gewichtungs-faktor	Ausprägung der Führungsbedingungen					Punkte-gesamt
		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 Planungsaufgaben (bis zu 30%)	Höherer Anteil an Planungsaufgaben (bis zu 40%)	Sehr hoher Anteil an Planungsaufgaben (40-60% oder sogar höher)	4/1
Neuartigkeit, Veränderungspotenzial der Aufgaben d. Beschäftigten	2/1	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)	4/1
Schlanke, standardisierte Prozesse	1/1	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.	2/1
Koordination der unterstellten Beschäftigten (Einzelanweisung vs. standardisiertes Programm)	2/1	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	4/1
Notwendiger Bedarf an direkter Führung	1/1	Minimale Anweisungen	Begrenzte Anweisungen	Periodische Anweisungen	Häufige Anweisung	Kontinuierliche, enge Anweisung	1/1
Qualifikation der Führungskraft	1/1	Sehr hoch	Hoch	Mittel	Gering	Sehr gering	2/1
1 Direkte Führungsebene: Führungskräfte führen GutachterInnen und Gutachter (Leitungsspanne 200/25 = 8,0)						SOLL Leitungsspanne	8,0
2 Indirekte Führungsebene: Führungskräfte führen Führungskräfte (Leitungsspanne 400/48 = 8,3)							8,3

Die d
Krank
Führ
Auf d
Führ
über
Sum
Gutach
Die P
Richt
Krank
zugut
Die B
nach
Weich
begrü
der fc
Siedl
Der M
Die je
Dies
ländli

d
er
l.

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	gemeinsame Stellungnahme des vdek, AOK-BV, BKK Dachverbandes, IKK e.V. und der SVLFG 08.05.2024
		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
4	Evaluation und Fortentwicklung	<p>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“.</p> <p>In der vorliegenden Richtlinie ist eine Fortschreibung gemäß der in einem Konvergenzplan 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.</p> <p>Nachfolgende Maßnahmen sind in der hier vorliegenden Fortschreibung der Richtlinie bereits umgesetzt worden bzw. werden in den nächsten Aktualisierungen der Richtlinie schrittweise fortgesetzt:</p>	Dieses Kapitel sollte auf den Konvergenzplan verweisen, wobei der Konvergenzplan als Anlage der Richtlinie beigefügt werden sollte.

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	gemeinsame Stellungnahme des vdek, AOK-BV, BKK Dachverbandes, IKK e.V. und der SVLFG 08.05.2024
		<p>•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.</p> <p>•Das Konzept Zeiterfassung* 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.</p> <p>•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 Intensivpflege) 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.</p>	
		<p>•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.</p> <p><i>* Fußnote: 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.</i></p>	

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	gemeinsame Stellungnahme des vdek, AOK-BV, BKK Dachverbandes, IKK e.V. und der SVLFG 08.05.2024
5	Inkrafttreten	Diese Richtlinie tritt rückwirkend zum XX.XX.XXXX in Kraft. Die Veröffentlichung erfolgt auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes Bund (md-bund.de). Die Richtlinie ist ab dem Tag ihres Inkrafttretens anzuwenden. Sie gilt bis zum XX.XX.XXXX	
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.	Der Erhebungszeitraum sollte zukünftig das komplette Kalenderjahr umfassen (01.01. bis 31.12.JJJJ).
		<i>Fußnote: 1 Die Berechnung dieses Richtwertes erfolgte auf Basis von weniger als 100 bundesweit erstellten Produkten im Erhebungszeitraum * Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden / Arzneimittelversorgung</i>	Die aufgabenbezogenen Richtwerte beinhalten maßgebliche Veränderungen fast aller Zeitspannen. Die Veränderungen der aufgabenbezogenen Richtwerte sollten stets erläutert werden, um für die nötige Transparenz bei der Personalbemessung zu sorgen. Die Berechnung von Richtwerten mit einer Basis von weniger als 100 bundesweit erstellten Produkten im Erhebungszeitraum sollte zur Nachvollziehbarkeit erläutert bzw. begründet werden (Fußnote 1).
Anlage 2	Weitere Begutachtungsanlässe (in abschließender Aufzählung)	Diese Anlage bezieht sich auf Unterpunkt 2.1 (Aufgabenbezogene Richtwerte). Diese Anlage bezieht sich auf Unterpunkt 2.1 (Aufgabenbezogene Richtwerte). <ul style="list-style-type: none"> • 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 Gutachten) • Fahrtkosten bei ambulanten oder stat. Behandlungen nach § 60 SGB V • Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten 	Es wird nicht deutlich, unter welchem Begutachtungsanlass die Begutachtung von Menschen mit Außerklinischer Intensivpflege nach § 37c SGB V berücksichtigt werden.

Aufgabenbezogene Richtwerte (in Stunden)	Arbeits- unfähig- keit	Kranken- haus-leis- tungen	Ambulante Leistungen	NUB*	Leistungen zur Vor- sorge und Rehabilita- tion	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 Stellung- nahme	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 Ak- tenlage 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 Befun- derhebung 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 Ak- tenlage während eines Krankenhaus- /Einrichtungsbesuchs	3,70 ² {3,51-3,88}	0,56 {0,53-0,59}	8,20 ² {7,79-8,61}	3,70 ² {3,51-3,88}	1,23 ¹ {1,17-1,29}	7,23 ² {6,87-7,59}
Gutachten mit Befun- derhebung während eines Haus-/Kranken- haus-/Einrichtungsb- esuchs	./.	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}

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	gemeinsame Stellungnahme des vdek, AOK-BV, BKK Dachverbndes, IKK e.V. und der SVLFG 08.05.2024
-----	--------------------------	-----------------	--

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)