



Medizinischer Dienst
Bund

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund
nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V

QSKV-Richtlinie



IMPRESSUM

Diese Richtlinie wurde vom Medizinischen Dienst Bund – vormals Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) – unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste und des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erstellt und nach ordnungsgemäßer Durchführung des Beteiligungs- und Anhörungsverfahrens und Beratung mit den Medizinischen Diensten auf Grundlage von § 283 Abs. 2 Satz 2 SGB V aufgrund des § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V am 13. Juli 2022 erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Richtlinie am 7. September 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

Die Medizinischen Dienste erstellen im Auftrag der Krankenkassen jährlich mehrere Millionen gutachtliche Stellungnahmen. Dabei geht es vielfach um die sozialmedizinische Beurteilung von Leistungsansprüchen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung oder um Abrechnungsfragen. Die auftraggebenden Krankenkassen aber auch Versicherte, Patientinnen und Patienten und Leistungserbringende müssen sich darauf verlassen können, dass diese Leistungen in hoher Qualität erbracht werden. Die Qualitätssicherung besitzt in den Medizinischen Diensten daher einen hohen Stellenwert und wird von den einzelnen Medizinischen Diensten in den jeweiligen Bundesländern mit vergleichbaren Qualitätssicherungsinstrumenten seit vielen Jahren durchgeführt.

Zur Konzeptionierung einer übergreifenden Qualitätssicherung im Bereich der Begutachtung und Prüfung für die Krankenversicherung erfolgte im März 2017 auf Initiative der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Dienste die Gründung einer bundesweiten Arbeitsgruppe. Zielstellung dieser Arbeitsgruppe war die Entwicklung eines Konzeptes für ein einheitliches Prüfverfahren auf der Basis eines einheitlichen Qualitätsverständnisses.

Die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe wurden im Februar 2019 einem externen Review durch Herrn Professor Wilfried Jäckel (ehemaliger Direktor des Instituts für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin am Universitätsklinikum Freiburg, AQMS) unterzogen und entsprechend weiterentwickelt. Nach Beschluss der Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer der Medizinischen Dienste wird das Qualitätskonzept seit 2019 in allen Medizinischen Diensten bereits sukzessive umgesetzt.

Es handelt sich hierbei um ein Peer-Review-Verfahren, welches sich auf Grundlage des PDCA-Zyklus (ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess auf Grundlage der Prozessschritte „Plan“, „Do“, „Check“ und „Act“) und den Erfahrungen aus den bisherigen Qualitätssicherungssystemen der Medizinischen Dienste stetig weiterentwickelt. Verbesserungen können für die Produktqualität der Gutachten aber auch für das System der Qualitätsprüfung abgeleitet werden.

Das Konzept sieht die schrittweise Einführung der Qualitätssicherung in allen sozialmedizinischen Bereichen in Form von Modulen vor. Gestützt wird das Verfahren durch eine zentrale Softwarelösung, die Auswertungen und eine entsprechende Evaluation des Verfahrens ermöglicht. Neben einführenden Schulungen und einer fachbezogenen Begleitung durch die Mitglieder einer übergreifenden Qualitätskonferenz erfolgt die zentrale Koordination durch eine Geschäftsstelle beim Medizinischen Dienst Bund.

Die mit dem MDK-Reformgesetz eingeführte gesetzliche Verpflichtung, die Qualitätssicherung der Medizinischen Dienste in einer Richtlinie zu regeln, unterstützt die bisherige Qualitätssicherung der Medizinischen Dienste und erhöht die Einheitlichkeit und Verbindlichkeit der Umsetzung. Die hier vorliegende Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 SGB V regelt das Verfahren und das Zusammenspiel der Akteure sowie die Ergebnisdarstellung. Damit entsteht mehr Transparenz über die Tätigkeit der Medizinischen Dienste. Mit dieser Richtlinie soll eine gute Grundlage für die weitere Umsetzung der *Qualitätssicherung* der Medizinischen Dienste für die im Auftrag der *Krankenversicherung* erstellten Begutachtungen und Prüfungen (QSKV) geschaffen werden.

Unser besonderer Dank gilt den Mitgliedern der Arbeitsgruppe QSKV, die bereits seit 2017 die Grundlagen für das in dieser Richtlinie beschriebene Verfahren entwickelt haben. Ohne diese Arbeiten wäre

die zeitnahe Umsetzung der Qualitätssicherung nach dieser Richtlinie nicht möglich. Wir danken weiterhin allen an der Erarbeitung der Richtlinie beteiligten Expertinnen und Experten der Medizinischen Dienste sowie den zahlreichen Stellungnehmerinnen und Stellungnehmern, die uns im Beteiligungs- und Anhörungsverfahren wertvolle Hinweise übermittelt haben, für ihre engagierte Mitwirkung.

Essen im Juli 2022



Dr. Stefan Gronemeyer
Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	5
Präambel	6
1 Geltungsbereich	7
2 Prüfkonzept	8
2.1 Qualitätsverständnis	8
2.2 Umfang der Qualitätssicherung	8
3 Qualitätsanforderungen	9
4 Angewandtes Verfahren	10
4.1 Funktionen und Stellen im Verfahren.....	10
4.2 Qualitätskriterien.....	12
4.3 Prüfsystematik	13
4.4 Weiterentwicklung und Evaluation	13
4.5 Geschäftsstelle QSKV und IT-Unterstützung	13
5 Ablauf des Verfahrens	14
5.1 Dienstinterne Qualitätssicherung	14
5.2 Bundesweit übergreifende Qualitätssicherung	15
5.3 Verfahrenshandbuch	15
6 Statistische Auswertungen	16
7 Kontinuierliche Qualitätsverbesserung	17
8 Berichte	18
9 Inkrafttreten	19

Präambel

Die Qualitätssicherung der Medizinischen Dienste und des Sozialmedizinischen Dienstes der Knappschaft-Bahn-See zielt darauf ab, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Bereich der Begutachtung und Prüfung für die gesetzliche Krankenversicherung zu sichern, fortlaufend zu verbessern und eine einheitliche Qualität der sozialmedizinischen Begutachtung und Prüfung (im folgenden Produkte) zu gewährleisten. Sie fördert damit auch die Vergleichbarkeit der Produkte der Medizinischen Dienste. Es handelt sich um eine dienstinterne Qualitätssicherung, die durch eine bundesweit übergreifende Qualitätssicherung validiert wird. Hierzu wird ein bundeseinheitliches Qualitätssicherungsverfahren etabliert, das eine Beurteilung der Begutachtungs- und Prüfungsqualität ermöglicht und Verbesserungspotentiale aufzeigt. Diese Richtlinie legt gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 SGB V das Qualitätssicherungsverfahren für die allgemeine und begutachtungsbereichsspezifische Qualität der Produkte fest und gibt dieses für alle Medizinischen Dienste verbindlich vor. Dabei werden die unterschiedlichen Arten der Begutachtung (Aktenlage und persönliche Untersuchung) gleichermaßen in den Blick genommen.

Um die dynamische Entwicklung im Geschäft der Medizinischen Dienste zu berücksichtigen und eine Weiterentwicklung der Richtlinie prüfen zu können, soll darüber hinaus eine Evaluation der vorliegenden Richtlinie bis zum 30.06.2024 durchgeführt werden, so dass Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung aus dem Prüfungsjahr 2023 zur Aktualisierung der Richtlinie QSKV einbezogen werden können. Hierbei werden zwischenzeitlich eingegangene externe Hinweise und Anregungen im Rahmen der Prüfung einer Weiterentwicklung der Richtlinie berücksichtigt.

1 Geltungsbereich

Diese Richtlinie regelt die bundesweit einheitliche Umsetzung der Qualitätssicherung der Begutachtung und Prüfung der Medizinischen Dienste im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Soziale Pflegeversicherung wird die Qualitätssicherung der Begutachtung und Prüfung durch die Richtlinie gemäß § 53d Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB XI geregelt.

Diese Richtlinie ist für die Medizinischen Dienste und den Sozialmedizinischen Dienst der Knappschaft-Bahn-See verbindlich. Sie umfasst Vorgaben für die kontinuierliche dienstintern und für die bundesweit übergreifende Durchführung der Qualitätssicherung sowie für die Berichterstattung über die Ergebnisse.

2 Prüfkonzep

Die Qualitätsprüfung berücksichtigt folgende methodische und fachliche Anforderungen:

2.1 Qualitätsverständnis

Die dienstinterne und die bundesweit übergreifende Qualitätssicherung basieren auf einem von den Medizinischen Diensten konsentierten einheitlichen Qualitätsverständnis. Demnach ist Qualität die Erfüllung von zuvor festgelegten Anforderungen.

2.2 Umfang der Qualitätssicherung

Das Qualitätssicherungsverfahren wird sukzessive in allen Begutachtungs- und Prüfungsbereichen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerollt. Grundlage der Qualitätssicherung sind in Schriftform vorliegende Gutachten mit anonymisierten versichertenbezogenen Daten, und Prüfberichte, die unter Berücksichtigung und Dokumentation der relevanten Unterlagen erstellt wurden. Diese Unterlagen, welche im Begutachtungsprozess des jeweiligen Medizinischen Dienstes verwendet wurden, stehen im Rahmen der Qualitätssicherung nicht zur Verfügung. Aktuell sind folgende Bereiche implementiert:

- Arbeitsunfähigkeit
- Stationäre Leistungen und Krankenhausabrechnungsprüfungen (PG II)
- Ambulante Leistungen
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung
- Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation
- Hilfsmittel und hilfsmittelnaher Medizinprodukte GKV
- Behandlungsfehler
- Zahnmedizin
- Sonstige Anlässe (u. a. Bariatrische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Transsexualismus)

Weitere Begutachtungsbereiche werden sukzessiv in die Qualitätsprüfung einbezogen.

3 Qualitätsanforderungen

Die Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste und des Sozialmedizinischen Dienstes der Knappschaft-Bahn-See basiert auf einheitlichen und unter den Medizinischen Diensten konsentierten fachlich-inhaltlichen und formalen Qualitätsanforderungen. Für die einzelfallbezogene Begutachtung und Prüfung durch die Dienste gelten die folgenden grundsätzlichen Qualitätsanforderungen:

- Die Begutachtung und Prüfung ermöglicht der Auftraggeberin und dem Auftraggeber, im konkreten Einzelfall eine leistungsrechtliche Entscheidung zu treffen oder zeigt andere Handlungsoptionen auf.
- Die Ausführungen im Gutachten entsprechen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Sie beachten die Rechtslage, die für die jeweilige sozialmedizinische Fragestellung relevanten Richtlinien und Begutachtungsanleitungen.
- Die mit der Begutachtung und Prüfung verbundene Empfehlung und Beurteilung ist fachlich plausibel, unparteiisch, eindeutig, in sich ohne Widerspruch, nachvollziehbar und umsetzbar. Sie enthält keine Mutmaßungen oder subjektiven Wertungen. Anhand der Ausführungen im Gutachten und der im Gutachten dokumentierten Sachverhalte oder Befunde können die Adressatinnen und Adressaten die Schlussfolgerungen des Gutachtens nachvollziehen.
- Die Fragestellung ist genannt. Die Ausführungen des Gutachtens beantworten die Fragestellung oder verdeutlichen, aus welchen Gründen derzeit eine sachgerechte Antwort (noch) nicht möglich ist. Das Gutachten enthält keine unnötigen Redundanzen. Es ergibt sich eindeutig, welche Unterlagen und Informationen Basis der aktuellen Beurteilung sind. Zeitpunkt und Form der Begutachtung und Prüfung (Aktenlage oder persönliche Untersuchung) sind ersichtlich.
- Die gutachterlichen Ausführungen orientieren sich zielgerichtet an der konkreten Fragestellung der Auftraggeberin oder des Auftraggebers und beantworten die Fragestellung unter Verzicht auf hierfür irrelevante Ausführungen.
- Im Gutachten zu einem Widerspruchsfall ist klar ersichtlich, welche Punkte strittig sind bzw. auf welchen Sachverhalt sich der Widerspruch konkret bezieht und inwieweit und aus welchen Gründen die Gutachterin oder der Gutachter dem Widerspruch folgen oder nicht folgen kann.
- Die Antwort ist korrekt und verständlich gemäß Handbuch Berichtswesen verschlüsselt.
- Die sprachliche Abfassung des Gutachtens gewährleistet eine gute Verständlichkeit und Lesbarkeit.

Die datenschutzrechtlichen Anforderungen – insbesondere der Datenschutzgrundverordnung und des Sozialdatenschutzes bezogen auf die Inhalte des Gutachtens sind erfüllt.

4 Angewandtes Verfahren

Die Qualitätssicherung ist in Form eines strukturierten Peer-Review-Verfahrens angelegt. Dieses Verfahren ist ein im wissenschaftlichen Bereich etabliertes Prüfverfahren zur Qualitätssicherung. Es basiert auf der verblindeten Bewertung von Produkten durch geschulte Begutachtende anderer Medizinischer Dienste (Peers) anhand zuvor festgelegter einheitlicher Qualitätskriterien.

Die Qualitätssicherung ist als kontinuierlicher Qualitätszyklus mit regelmäßiger Qualitätsmessung und -bewertung konzipiert, der das Lernen vom Anderen ermöglicht.

Die zu prüfenden Gutachten und Prüfberichte sind bezüglich der Angaben, die sich auf die Begutachteten beziehen, anonymisiert und bezüglich der Namen der Gutachterinnen und Gutachter pseudonymisiert.

Jeder Medizinische Dienst muss sicherstellen, dass keine Prüferin oder kein Prüfer eigene Gutachten bewertet.

Die bundesweit übergreifende Qualitätssicherung erfolgt in einem doppelblinden Verfahren. Dies beinhaltet, dass die Identifikation der oder des Begutachteten ebenso wie die Identifikation der Prüferin oder des Prüfers während der Qualitätssicherung nicht möglich ist.

Die Prüfenden verfügen über die für eine sachgerechte Prüfung erforderlichen fachlichen Kenntnisse, sowie die technischen und zeitlichen Ressourcen.

Die Prüfenden unterliegen in ihrer Qualitätssicherung – bis auf die Beachtung der vorgegebenen Prüfsystematik und der Qualitätsanforderungen – keiner Weisung.

Zur begleitenden Evaluation dieser Maßnahmen wird sowohl dienstintern (innerhalb eines Medizinischen Dienstes) als auch bundesweit übergreifend (zwischen den Medizinischen Diensten) ein abgestimmtes Prüfverfahren der Qualitätssicherung nach einheitlichen Prüfkriterien (Qualitätskriterien) durchgeführt.

4.1 Funktionen und Stellen im Verfahren

Bei den folgend aufgeführten Konferenzen handelt es sich um Gremien, die in mehrmals im Jahr tagen.

- Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte

Der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte gehören die Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Dienste, des Medizinischen Dienstes Bund und eine Vertreterin oder ein Vertreter des Sozialmedizinischen Dienstes der Knappschaft-Bahn-See an. Sie fördert den Erfahrungsaustausch in der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste und dient der Zusammenarbeit in allen fachlichen Fragen.

Bezogen auf die QSKV ist die Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte insbesondere zuständig für die Sicherstellung der Einheitlichkeit der sozialmedizinischen Begutachtung und Prüfung einschließlich der Festlegung von Grundsätzen der internen Qualitätssicherung.

- Qualitätskonferenz

Die Qualitätskonferenz ist ein fachlich unabhängiges Gremium der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte und besteht aus benannten Vertreterinnen und Vertretern der Medizinischen Dienste. Aufgaben der Qualitätskonferenz sind die Erarbeitung von Empfehlungen zur inhaltlichen Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens, die fachliche Aus- und Bewertung der Ergebnisse, die Berichterstellung und Ableitung von weiteren Qualitätssicherungsmaßnahmen.

- Konsensuskonferenz

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Konsensuskonferenz sind Vertreterinnen und Vertreter der Medizinischen Dienste. Die Besprechungen werden fachbezogen moderiert. Die Konsensuskonferenzen dienen zur abschließenden Bewertung von Gutachten, die diskrepante Bewertungsergebnisse aufweisen. Änderungen strittiger übergreifender Bewertungen erfolgen ebenfalls durch die Konsensuskonferenz. Bei Abstimmungen in der Konsensuskonferenz hat jeder anwesende Dienst genau eine Stimme, unabhängig von der Anzahl der anwesenden Personen. Die Ergebnisse werden den Medizinischen Diensten zur Verfügung gestellt und dienen zur Weiterentwicklung des Systems.

- Kompetenzeinheiten

Sozialmedizinische Expertengruppen (SEG), Kompetenz-Centren (KC), die Kompetenzeinheit Hilfsmittelverzeichnis und Foren sind gemeinsame Einrichtungen der Medizinischen Dienste, in denen die fachliche Beratungs- und Begutachtungskompetenz gebündelt wird. Die Kompetenzeinheiten unterstützen fachbezogen die Qualitätskonferenz und die Konsensuskonferenzen sowie die Umsetzung der Erkenntnisse aus der Qualitätssicherung.

- Geschäftsstelle QSKV

Die beim Medizinischen Dienst Bund angesiedelte Geschäftsstelle QSKV unterstützt die Qualitätskonferenz insbesondere bei der Koordinierung und Organisation von Veranstaltungen sowie bei der konzeptionellen und organisatorischen Weiterentwicklung des Verfahrens. Darüber hinaus übernimmt die Geschäftsstelle das Controlling und Monitoring von Datenflüssen, der zeitgerechten Einstellung der zu prüfenden Gutachten sowie Prüfberichte in anonymisierter und pseudonymisierter Form sowie der zeitgerechten Bewertung in der einheitlichen IT-Form durch die Medizinischen Dienste, sowie die IT-gestützte Datenauswertung und das Erstellen von Berichten. Die Geschäftsstelle hält die Ergebnisse der Konsensuskonferenzen protokollarisch fest und dokumentiert die Weiterentwicklung des Bewertungsverfahrens, der Prüfanleitung und der einzelnen Qualitätskriterien im Zeitverlauf. Die Mitarbeitenden der Geschäftsstelle vermitteln und dokumentieren den engen fachlichen Dialog zwischen den Teilnehmenden der Konsensuskonferenzen, den Kompetenzeinheiten, dem Medizinischen Dienst Bund, der Qualitätskonferenz und den Leitenden Ärztinnen und Ärzten bei der gemeinsamen Ableitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen. Die Berichterstellung und Begleitevaluation sowohl der Ergebnisse der übergreifenden Qualitätssicherung als auch der übermittelten Ergebnisse der internen Qualitätssicherung aus den Medizinischen Diensten erfolgt durch die Geschäftsstelle QSKV in Kooperation und fachlicher Abstimmung mit der Qualitätskonferenz. Damit kommt der Geschäftsstelle eine Schlüsselrolle bei der Koordination der Qualitätssicherung zu.

- Verantwortliche für die Qualitätssicherung in den Medizinischen Diensten (QS-Verantwortliche)

Bei den QS-Verantwortlichen handelt es sich um erfahrene, mit der Qualitätssicherung betraute Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Dienste. Innerhalb der Medizinischen Dienste

bestehen spezifische Strukturen, um den regional unterschiedlichen Anforderungen gerecht zu werden.

- Multiplikatorenschulungen

Das vorliegende Verfahren zur Qualitätssicherung wird fachspezifischen QS-Verantwortlichen in den Medizinischen Diensten, insbesondere in der Entwicklungsphase in Form von Multiplikatorenschulungen vermittelt. Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen über den aktuellen Stand des sich weiterentwickelnden Systems inhaltlich und technisch informiert werden. Des Weiteren werden hier Ergebnisse und Bewertungen anhand von Mustergutachten in den fachspezifischen, sozialmedizinischen Themengruppen in Kleingruppen moderiert. Ziel dieser Veranstaltungen ist es, ein gemeinsames Qualitätsverständnis zu vermitteln und Anregungen für die zukünftige Weiterentwicklung des Systems zu sammeln. Das erworbene Wissen wird durch diese QS-Verantwortlichen auf Landesebene weitergegeben.

4.2 Qualitätskriterien

Das Bewertungsinstrument beinhaltet allgemeine und begutachtungsbereichsspezifische Qualitätskriterien. Die allgemeinen Qualitätskriterien gelten unabhängig von der konkreten Fragestellung für alle Begutachtungen und Prüfungen durch die Medizinischen Dienste. Die unter Punkt 4 bereits dargestellten konkreten Qualitätsanforderungen bilden für die allgemeinen Kriterien folgende Themenkomplexe ab:

- Struktur und Vollständigkeit
- Formale Verständlichkeit
- Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit
- Datenschutz und Mitteilungspflichten

Die allgemeinen Qualitätskriterien werden auf Basis einheitlicher und verbindlicher Regelungen durch weitere, auf den konkreten Begutachtungsanlass bezogene Qualitätskriterien ergänzt. Diese bilden die begutachtungsbereichsspezifischen Qualitätskriterien innerhalb der einzelnen Begutachtungs- und Prüfungssegmente ab, in denen die Medizinischen Dienste gutachterlich tätig sind (z. B. Begutachtung zur Arbeitsunfähigkeit). Die begutachtungsbereichsspezifischen Qualitätskriterien werden jeweils in enger Abstimmung mit der fachlich zuständigen Kompetenzeinheit der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste festgelegt und je nach Ergebnis der fachspezifischen Konsensuskonferenzen weiterentwickelt.

Optional können die Medizinischen Dienste Zusatzkriterien zum dienstinternen Gebrauch einführen. Sie werden ausschließlich vom jeweiligen Dienst verantwortet und sind nicht Gegenstand der übergreifenden Qualitätssicherung.

Es wird gewährleistet, dass die begutachtungsbereichsspezifischen Qualitätskriterien und die optionalen Qualitätskriterien widerspruchsfrei zu den allgemeinen Qualitätskriterien formuliert sind.

4.3 Prüfsystematik

Die Prüfsystematik besteht aus verschiedenen Bewertungsgraden, die wie folgt definiert und farblich kodiert sind:

- „erfüllt“ (grün) Die Anforderungen sind umfassend erfüllt. Alle Qualitätsanforderungen sind vollständig nachvollziehbar dargestellt.
- „Verbesserungspotential“ (gelb) Die Mindestanforderungen an die Qualität des Gutachtens sind erfüllt. Es bestehen allerdings Verbesserungsmöglichkeiten.
- „nicht erfüllt“ (rot) Die Mindestanforderungen an die Qualität des Gutachtens sind unterschritten. Es bestehen Mängel, die dazu führen, dass das Gutachten nicht mehr den definierten Qualitätsanforderungen entspricht.

Die Prüferinnen und Prüfer müssen die Bewertung eines Qualitätskriteriums mit „nicht erfüllt“ oder „Verbesserungspotential“ auf dem Prüfbogen nachvollziehbar begründen. Eine Erläuterung der Bewertung „erfüllt“ kann optional erfolgen.

- Option „trifft nicht zu“ (neutral) Sofern ein Qualitätskriterium auf die zugrunde liegende Fallkonstellation nicht anwendbar ist, wird mit „trifft nicht zu“ kodiert.

4.4 Weiterentwicklung und Evaluation

Empfehlungen zur Umsetzung, Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, der Qualitätskriterien und der Prüfsystematik erfolgen durch die Qualitätskonferenz, ein unabhängiges Fachgremium, das der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Dienste berichtet. Dadurch werden Impulse zur Weiterentwicklung der Qualität und der Qualitätssicherung zur Umsetzung gebracht und es erfolgt eine fortwährende Prüfung, inwieweit das System zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Prüfung weiterentwickelt und erweitert werden kann. Belange und Fragen der Versicherten und Kunden sind ebenfalls zu berücksichtigen.

4.5 Geschäftsstelle QSKV und IT-Unterstützung

Die administrative und organisatorische Unterstützung sowie die Koordination der Qualitätssicherung erfolgt durch eine Geschäftsstelle QSKV, die beim Medizinischen Dienst Bund angesiedelt ist.

Für die bundesweit übergreifende Qualitätssicherung sowie den Abgleich der bundesweit übergreifenden mit der dienstinternen Qualitätssicherung wird eine einheitliche IT-Plattform eingesetzt.

5 Ablauf des Verfahrens

Die Medizinischen Dienste stellen die zu prüfenden Gutachten sowie Prüfberichte, die bezüglich der Angaben, die sich auf die Begutachteten beziehen, anonymisiert sind und bezüglich der Namen der Gutachterinnen und Gutachter pseudonymisiert sind, in die einheitliche IT-Plattform ein, um die bundesweit übergreifende Qualitätssicherung sowie den Abgleich der bundesweit übergreifenden mit der dienstinternen Qualitätsbewertung vorzunehmen (Vgl. Abschnitt 6.1).

Zur Sicherstellung der Neutralität der Bewertung verläuft die bundesweit übergreifende Qualitätssicherung in einem doppelblinden Verfahren. Die Herkunft der Gutachten ist für die bundesweit übergreifende Prüferin oder den bundesweit übergreifenden Prüfer unkenntlich gemacht. Ebenso ist die Identität der bundesweit übergreifenden Prüferin oder des bundesweit übergreifenden Prüfers für den Herkunftsdienst unkenntlich gemacht.

Das Ergebnis der dienstinternen Qualitätsbewertung wird den geprüften Gutachterinnen und Gutachtern auf der individuellen Ebene unter Verwendung einer einheitlichen IT-Plattform kommuniziert. Die Prüfenden spiegeln identifizierte Verbesserungspotentiale in der Begutachtung und der Prüfung den geprüften Gutachterinnen und Gutachtern in nachvollziehbar begründeter Form kommentiert wieder. Insbesondere zu Verbesserungspotentialen wird ein wechselseitiger Austausch zwischen Prüfenden und geprüften Gutachterinnen und Gutachtern initiiert, der ebenfalls doppelblind erfolgen kann, da alle am Verfahren beteiligten Personen (z. B. Prüfende und geprüfte Gutachterinnen und Gutachter) pseudonymisiert teilnehmen.

Die Verfahrensbeteiligten der Medizinischen Dienste können anschließend auf der übergeordneten Ebene die jeweilige dienstinterne Bewertung, die zugehörigen bundesweit übergreifende Bewertung sowie die Kommentierungen zu Verbesserungspotentialen beider beteiligten Medizinischen Dienste zu jedem geprüften Gutachten einsehen. Die Identität der Prüfenden und der geprüften Gutachterinnen und Gutachter ist auf der Bewertung pseudonymisiert.

Die eigene kumulative Gutachtenqualität und das eigene Prüfverhalten werden jeweils im Bundesvergleich jedes einzelnen Medizinischen Dienstes zu jedem Qualitätskriterium transparent dargestellt und statistisch signifikante Abweichungen ausgewiesen.

5.1 Dienstinterne Qualitätssicherung

Kontinuierlich wird eine statistisch aussagefähige randomisierte Stichprobe von mindestens 0,5 % aller freigegebenen Gutachten nach Begutachtungsbereich stratifiziert automatisiert gezogen und der dienstinternen Qualitätssicherung zugeführt. Diese Stichprobe kann durch die Medizinischen Dienste nicht beeinflusst werden. Die jährliche Stichprobengröße wird zentral für jeden Dienst aus dem Mengengerüst der Vorjahre errechnet. Jeder Dienst benennt verantwortliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Koordination und Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen und stellt sicher, dass das Ergebnis der Qualitätsbewertung den geprüften Gutachterinnen und Gutachtern mit Hilfe einer einheitlichen IT-Plattform kommuniziert wird. Die Medizinischen Dienste bewerten die Ergebnisse der Qualitätssicherung, nutzen die Ergebnisse zur Stärkung der dienstinternen Qualitätssicherung und leiten erforderliche Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung der Begutachtung und Prüfung ab. Die Medizinischen Dienste stellen die Berichterstattung hinsichtlich der Qualitätssicherung an die

Geschäftsstelle QSKV und die dienstinterne Kommunikation der Ergebnisse und der daraus gewonnenen Erkenntnisse sicher.

5.2 Bundesweit übergreifende Qualitätssicherung

Die Geschäftsstelle QSKV koordiniert die Arbeit der Medizinischen Dienste in der Qualitätssicherung nach dieser Richtlinie. Kontinuierlich wird eine statistisch aussagefähige randomisierte Stichprobe von mindestens 10 % der dienstintern bewerteten Gutachten für die übergreifende Qualitätssicherung in einer einheitlichen IT-Plattform automatisiert gezogen und einer Zweitbewertung unterzogen. Dazu wird diese Teilstichprobe der intern bereits bewerteten Gutachten statistisch gleichmäßig verteilt anderen Medizinischen Diensten zur Bewertung vorgelegt. In der Regel erhält jeder Medizinische Dienst dabei genauso viele Gutachten zur Bewertung wie er selbst zur Verfügung stellt.

Für eine valide Messung der Gutachtenqualität ist es von maßgeblicher Bedeutung, dass alle Prüferinnen und Prüfer nach einheitlichen Maßstäben bewerten.

Die Qualitätskonferenz erhebt anhand strukturierter Abfragen die Erfahrungen der Medizinischen Dienste in der Anwendung der Qualitätskriterien und identifiziert in dieser qualitativen Evaluation Verbesserungspotentiale, welche zur Feinjustierung und Nachschärfung der Qualitätskriterien und des Verfahrensablaufs nutzbar gemacht werden.

5.3 Verfahrenshandbuch

Der Ablauf des Verfahrens ist in einem fortlaufend zu aktualisierenden Verfahrenshandbuch zu beschreiben, das auch die jeweils aktuellen Dokumente zu den Prüfinstrumenten enthält (Qualitätskriterien, Prüfbögen etc.)

6 Statistische Auswertungen

Um statistisch gesicherte Ergebnisse zu den Bewertungen in den Qualitätskriterien sowie der damit verbundenen Homogenität der Begutachtung und Prüfung zu erhalten, sind zusätzlich zu den Ergebnissen die Konfidenzintervalle für den Anteil der Gutachten mit den Bewertungen „erfüllt“, „Verbesserungspotenzial“ und „nicht erfüllt“ zu verwenden. Das Gleiche gilt für Übergangsmatrizen im Vergleich der internen und bundesweit übergreifenden Bewertung (z. B. Anteil von x % von „erfüllt“ zu „nicht erfüllt“ verändert). Bewertungsanteile ohne Informationen über die Streuung würden keine Trennung zwischen statistischem Rauschen und gesicherten Unterschieden ermöglichen. Überschneiden sich die Konfidenzintervalle zweier Medizinischer Dienste oder eines Medizinischen Dienstes mit dem bundesweit berechneten Konfidenzintervall (nicht disjunkte Intervalle), liegen keine statistisch signifikanten Unterschiede vor und damit ist eine Homogenität der Begutachtung und Prüfung und Qualitätssicherung sichergestellt.

Eine größere Stichprobe ergibt kleinere Konfidenzintervalle, die Trennschärfe von Intervallen wächst im Vergleich. Die Ergebnisse eines Jahres sind diesbezüglich aussagefähiger als Quartalsergebnisse. Auf der anderen Seite verändern sich die Anteile und Konfidenzintervalle durch die Maßnahmen der Qualitätssicherung. Das Zusammenlegen von mehr als einem oder gegebenenfalls zwei Jahren verdeckt Qualitätsverbesserungen in dieser Zeit und reduziert damit die Aussagefähigkeit.

Werden die dienstinternen Bewertungen eines Medizinischen Dienstes zu einem Qualitätskriterium mit den bundesweit übergreifenden Bewertungen zu den gleichen Gutachten in der statistischen Verteilung verglichen, ist eine einheitliche Bewertung durch nicht disjunkte Konfidenzintervalle bestimmt (statistische Beurteilung des Bewertungsinstrumentes). An dieser Stelle wird statistisch ausgewiesen, ob das Bewertungsinstrument weiter geschärft werden muss.

Die Konfidenzintervalle zu den Bewertungen der Gutachten zweier Medizinischen Dienste oder eines Medizinischen Dienstes und dem bundesweiten Konfidenzintervall in der bundesweit übergreifenden Bewertung dieser Gutachten geben Auskunft darüber, ob die Qualität der Begutachtung und Prüfung hoch, gleich und homogen ist (statistische Beurteilung der Begutachtungs- und Prüfungsqualität). Treten disjunkte Intervalle auf, können Maßnahmen zur Erhöhung der Homogenität der Begutachtungen und Prüfungen zwischen den Medizinischen Diensten und Schulungsmaßnahmen für die Gutachterinnen und Gutachter erforderlich sein. Die Lage der Konfidenzintervalle (gemessenen Anteile der Bewertungen) weist den erreichten Stand der Begutachtungs- und Prüfungsqualität aus.

Die Häufigkeit der Bewertungsunterschiede von „erfüllt“ zu „nicht erfüllt“ eines Kriteriums jeweils bezüglich der gleichen Gutachten und dessen Konfidenzintervall im Vergleich der dienstinternen und der bundesweit übergreifenden Bewertung ergeben prospektiv ergänzende Informationen zur Notwendigkeit der Schärfung von Bewertungskriterien sowie retrospektiv eine Erfolgskontrolle zu den ergriffenen Maßnahmen.

Die Konfidenzintervalle im Vergleich von allen Medizinischen Diensten in anonymisierter Form bezüglich eines Qualitätskriteriums liefern weitere Informationen über die Homogenität der Begutachtung und Prüfung. Zeitreihen zu den Konfidenzintervallen zu einem Medizinischen Dienst oder bundesweit zeigen den Effekt der QSKV-Maßnahmen. Disjunkte Intervalle weisen in diesem Fall eine statistisch gesicherte Qualitätssteigerung aus.

7 Kontinuierliche Qualitätsverbesserung

Zur Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens werden regelmäßig Schulungsveranstaltungen und Konsensuskonferenzen durchgeführt, die mit themenbezogen benannten Fachvertreterinnen und -vertretern der Medizinischen Dienste besetzt sind. Die Schulungsveranstaltungen werden bundesweit übergreifend und dienstintern zur nachhaltigen Implementierung des Verfahrens durchgeführt. Die Konsensuskonferenzen dienen insbesondere folgenden Zielen:

- Analyse der in ihrer Qualität diskrepant bewerteten Gutachten mit abschließender Festlegung des Bewertungsergebnisses
- Identifizierung von sozialmedizinischen Fragen, die einer gemeinsamen Klärung zugeführt werden müssen, um die Begutachtung und Prüfung zu harmonisieren
- Impulse zur Verbesserung und Konkretisierung des Qualitätssicherungsverfahrens
- Überprüfung der einheitlichen Anwendung der Prüfanleitung

Die Qualitätskonferenz benennt aus ihrer Mitte für jede Anlassgruppe eine Leitung der Konsensuskonferenz. Zusätzlich wird eine Stellvertretung benannt.

Die Geschäftsstelle QSKV bereitet die Konsensuskonferenzen vor, führt Protokoll und dokumentiert die Ergebnisse.

Gegenstand der Konsensuskonferenzen sind insbesondere Gutachten und Prüfberichte in anonymisierter bzw. pseudonymisierter Form, deren Qualität zwischen dienstinterner und bundesweit übergreifender Bewertung abweichend beurteilt wird und bei denen der geprüfte Medizinische Dienst auch in Kenntnis der übergreifenden Bewertung seine interne oder eine andere Bewertung aufrechterhält. Die Ergebnisse der in der Konsensuskonferenz diskutierten Gutachten mit diskrepanten Bewertungsergebnissen dokumentiert die Geschäftsstelle QSKV jeweils als abschließendes übergreifendes Bewertungsergebnis des Prüfgutachtens. Mit dieser Bewertung gehen die diskutierten Gutachten in die Berichterstattung ein.

8 Berichte

Gemäß § 278 Abs. 4 Nr. 3 SGB V berichten die Medizinischen Dienste zweijährlich an den Medizinischen Dienst Bund über die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Dazu bereitet die Geschäftsstelle QSKV die von den Medizinischen Diensten übermittelten Ergebnisse der dienstinternen und der übergreifenden Qualitätsprüfungen in Kooperation und fachlicher Abstimmung mit der Qualitätskonferenz auf. Der Medizinische Dienst Bund berichtet auf dieser Grundlage zweijährlich über die systematische Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste. Das Nähere zu der Berichterstattung durch den Medizinischen Dienst Bund regelt die Richtlinie nach § 283 Abs. 2 Nr. 8 SGB V.

9 Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt am 14. September 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.