

Stellungnahme der BAGFW zur Richtlinie zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V (QSKV-RL)

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahmen	Bewertung
1	Präambel	<p>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 zu gewährleisten. Sie fördert damit auch die Vergleichbarkeit der Produkte der Medizinischen Dienste.</p> <p>Hierzu wird ein bundeseinheitliches Qualitätssicherungsverfahren etabliert, das eine Beurteilung der Begutachtungs- und Prüfungsqualität ermöglicht und Verbesserungspotentiale aufzeigt. Diese Richtlinie legt das Qualitätssicherungsverfahren für die fachlich-inhaltliche und formale Qualität der Produkte fest und gibt dieses für alle Medizinischen Dienste verbindlich vor.</p>	<p>Die hier vorgegebenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung beziehen sich fast ausschließlich auf die durch die Medizinischen Dienste erstellten Gutachten und damit auf die Ergebnisqualität. Vorgaben zur Bewertung der Struktur- und Prozessqualität fehlen hingegen weitgehend. Welche Unterlagen in den Begutachtungsprozess einfließen wird beispielsweise in der Bewertung der erstellten Gutachten nicht berücksichtigt.</p>	
2	Geltungsbereich	<p>Diese Richtlinie regelt die bundesweit einheitliche Umsetzung der Qualitätssicherung der Begutachtung und Prüfung der Medizinischen Dienste für die gesetzliche 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.</p> <p>Diese Richtlinie ist für die Medizinischen Dienste und den Sozialmedizinischen Dienst der Knappschaft-Bahn-See verbindlich. Sie umfasst Vorgaben für die kontinuierliche dienstinternen und für die bundesweit übergreifende Durchführung der Qualitätssicherung sowie für die Berichterstattung über die Ergebnisse.</p>		
3	Prüfkonzept	Die Qualitätsprüfung berücksichtigt folgende methodische und fachliche Anforderungen:		
3.1	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.		
3.2	Umfang der Qualitätssicherung	<p>Das Qualitätssicherungsverfahren wird sukzessive in allen Begutachtungs- und Prüfungsbereichen für die gesetzliche Krankenversicherung ausgerollt. <u>Grundlage der Qualitätssicherung sind in Schriftform vorliegende Gutachten und Prüfberichte, die unter Berücksichtigung und Dokumentation der relevanten Unterlagen erstellt wurden.</u> Diese Originalunterlagen stehen im Rahmen der Qualitätssicherung nicht zur Verfügung. Aktuell sind folgende Bereiche implementiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsunfähigkeit • Stationäre Leistungen und Krankenhausabrechnungsprüfungen (PG II) • Ambulante Leistungen • Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung • Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation • Hilfsmittel und hilfsmittelnahe Medizinprodukte GKV • Behandlungsfehler • Zahnmedizin • Sonstige Anlässe <p>Weitere Begutachtungsbereiche werden sukzessiv in die Qualitätsprüfung einbezogen.</p>		
4	Qualitätsanforderungen	<p>Die Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste und des Sozialmedizinischen Dienstes der Knappschaft-Bahn-See basiert auf einheitlichen und unter den Medizinischen Diensten konsentierten Qualitätsanforderungen. Für die einzelfallbezogene Begutachtung und Prüfung durch die Dienste gelten die folgenden grundsätzlichen Qualitätsanforderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 relevanten gesetzlichen Regularien, die höchstgerichtliche Rechtsprechung, 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. 	<p>Wünschenswerten wären Angaben dazu, wie sichergestellt werden soll, dass die Mitarbeitenden der Medizinischen Dienste, die Gutachten erstellen, über den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand verfügen, welche Qualifikation sie hierfür mitbringen und welche Fort- und Weiterbildungen ggf. und in welcher Frequenz erforderlich sind.</p>	

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahmen	Bewertung
		<ul style="list-style-type: none"> 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 Anforderungen des Datenschutzes sind erfüllt. 		
5	Angewandtes Verfahren	<p>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.</p> <p>Die Qualitätssicherung ist als kontinuierlicher Qualitätszyklus mit regelmäßiger Qualitätsmessung und -bewertung konzipiert, der das Lernen vom Anderen ermöglicht.</p> <p>Die zu prüfenden Gutachten sind bezüglich der versichertenbezogenen Angaben anonymisiert und bezüglich der Namen der Gutachterinnen und Gutachter pseudonymisiert.</p> <p>Jeder Medizinische Dienst muss sicherstellen, dass keine Prüferin oder kein Prüfer eigene Gutachten bewertet.</p> <p>Die bundesweit übergreifende Qualitätssicherung erfolgt in einem doppelblinden Verfahren. Dies beinhaltet, dass die Identifikation der oder des Geprüften ebenso wie die Identifikation der Prüferin oder des Prüfers während der Qualitätssicherung nicht möglich ist.</p> <p>Die Prüfenden verfügen über die für eine sachgerechte Prüfung erforderlichen fachlichen, technischen und zeitlichen Ressourcen.</p> <p>Die Prüfenden unterliegen in ihrer Qualitätssicherung – bis auf die Beachtung der vorgegebenen Prüfsystematik – keiner Weisung.</p> <p>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.</p>	<p>Es fehlt in der Richtlinie eine konkrete Beschreibung, was der kontinuierliche Qualitätszyklus beinhaltet und genau ein grundsätzlich auf jeden Fall erstrebenswertes "Lernen vom Anderen" gewährleistet werden soll.</p> <p>An dieser Stelle wäre es hilfreich genauer auszubuchstabieren, welche vor allem fachlichen Ressourcen die Prüfenden mitbringen müssen (siehe auch Anmerkung unter Punkt 4). Zudem fehlen Angaben dazu, wie die ausreichende Ausstattung mit Ressourcen sichergestellt werden soll.</p>	
5.1	Funktionen und Stellen im Verfahren	<ul style="list-style-type: none"> 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 unabhängiges Fachgremium 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 Berichterstattung 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 Kompetenzzentrum Hilfsmittelverzeichnis und Foren sind gemeinsame Einrichtungen der Medizinischen Dienste, in denen die fachliche Beratungs- und Begutachtungskompetenz gebündelt wird. 	<p>Hier wäre es wünschenswert, andere Begrifflichkeiten zu benutzen, da ein Gremium, das sich aus leitenden Ärzt:innen der Medizinischen Dienste zusammensetzt, nicht als unabhängig bezeichnet werden kann.</p>	

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahmen	Bewertung
		<p>• Geschäftsstelle 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, die zeitgerechte Einstellung der zu prüfenden Gutachten in anonymisierter und pseudonymisierter Form sowie der zeitgerechten Bewertung in der einheitlichen IT-Form durch die Medizinischen Dienste, 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 Berichterstattung 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.</p>		
		<p>• 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.</p>		
		<p>• 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.</p>	<p>Multiplikator:innenschulungen sind hier grundsätzlich ein geeignetes Verfahren, auch hier wäre jedoch eine Konkretisierung wünschenswert, vor allem bezüglich der Frequenz, des Umfangs und der Verbindlichkeit der Schulungen.</p>	
5.2	Qualitätskriterien	<p>Das Bewertungsinstrument beinhaltet allgemeine und fachliche 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Struktur und Vollständigkeit • Formale Verständlichkeit • Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit • Datenschutz und Mitteilungspflichten <p>Die allgemeinen Qualitätskriterien werden auf Basis einheitlicher und verbindlicher Regelungen durch weitere, auf den konkreten Begutachtungsanlass bezogene Qualitätskriterien ergänzt. Diese bilden die anlassgruppenspezifischen Qualitätskriterien innerhalb der einzelnen Begutachtungs- und Prüfungssegmente ab, in denen die Medizinischen Dienste gutachterlich tätig sind (z. B. Begutachtung zur Arbeitsunfähigkeit). Die anlassgruppenspezifischen 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.</p> <p>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 anlassgruppenspezifischen Qualitätskriterien und die optionalen Qualitätskriterien widerspruchsfrei zu den allgemeinen Qualitätskriterien formuliert sind.</p>	<p>Hier wäre eine Klarstellung hilfreich, dass die Qualitätsanforderung "formale Verständlichkeit" beinhalten muss, dass die Gutachten in einer einfachen und klar für die Versicherten verständlichen Sprache geschrieben sein müssen.</p> <p>Die hier nur benannten fachlichen Qualitätskriterien, die die allgemeinen Qualitätskriterien ergänzen sollen, sollten entweder bereits in der Richtlinie genauer ausbuchstabiert werden oder es sollte auf die genaue Stelle, an der sie definiert werden, verwiesen werden.</p> <p>Diese Option sollte nicht notwendigerweise Gegenstand der vorliegenden Richtlinie sein. Der Zusatznutzen weiterer Kriterien zum dienstinternen Gebrauch bleibt unklar.</p>	
5.3	Prüfsystematik	<p>Die Prüfsystematik besteht aus verschiedenen Bewertungsgraden, die wie folgt definiert und farblich kodiert sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „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. <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Option „trifft nicht zu“ (neutral) Sofern ein Qualitätskriterium auf die zugrunde liegende Fallkonstellation nicht anwendbar ist, wird mit „trifft nicht zu“ kodiert. 	<p>Die Folgen der Aufdeckung mangelhafter Gutachten für die individuellen Versicherten sind nicht benannt. Hier sollte es einen Weg geben, den versicherten Begutachteten eine erneute Begutachtung zu ermöglichen.</p> <p>Dass eine Begründung erforderlich ist, wenn Qualitätskriterien als „nicht erfüllt“ oder „Verbesserungspotential“ bewertet werden, ist zu begrüßen. Hilfreich für den Qualitätssicherungsprozess wäre darüber hinaus auch das Aufzeigen von "Best-Practice-Beispielen" zur Diskussion in den QS-Gremien und zur Weiterentwicklung des QS-Prozesses.</p>	

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahmen	Bewertung
5.4	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. Fragen der Kunden- und Versichertenorientierung sind zu berücksichtigen.	Dass Fragen der Kunden- und Versichertenorientierung in der Weiterentwicklung und Evaluation des QS-Prozesses zu berücksichtigen sind, ist zu begrüßen. Genaue Vorgaben dazu, wie dies umgesetzt werden soll, wären hier jedoch hilfreich.	
5.5	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.		
6	Ablauf des Verfahrens	Die Medizinischen Dienste stellen die zu prüfenden Gutachten in für die versichertenbezogenen Angaben anonymisierter und für die Namen der Gutachterinnen und Gutachter pseudonymisierter Form 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 kommuniziert. Die Prüferinnen und Prüfer identifizieren Verbesserungspotentiale in der Begutachtung und der Prüfung der 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.	Bezüglich des Verfahrens sollte erwogen werden, ob eine Begutachtung durch mehrere Personen unabhängig voneinander nicht zielführender wäre. Hier wäre wünschenswert, Konsequenzen für Gutachter:innen, die mangelhafte Bewertungen erhalten, bereits in der Richtlinie festzuhalten, beispielsweise obligatorische Schulungen.	
6.1	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 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.		
6.2	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.		
6.3	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.)		

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahmen	Bewertung
7	Statistische Auswertungen	<p>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 Ergebniswerten 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Die Häufigkeit der Bewertungsunterschiede von „erfüllt“ zu „nicht erfüllt“ eines Kriteriums zu einem 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.</p> <p>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.</p>	<p>Hilfreich wäre es, auch eine statistische Auswertung der von den Gutachter:innen beschriebenen Mängel in den Gutachten vorzunehmen. Zudem sollte die Auswertung auch getrennt für die einzelnen Begutachtungs- und Prüfbereiche erfolgen. Erstrebenswert wäre zudem eine nach Merkmalen der Versicherten (zB Alter, Einkommen, GdB) stratifizierte Auswertung, um einschätzen zu können, ob sich diesbezüglich Unterschiede in der Qualität der Begutachtung zeigen.</p>	
8	Kontinuierliche Qualitätsverbesserung	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Konsensuskonferenz. Zusätzlich wird eine Stellvertretung benannt. Die Geschäftsstelle QSKV bereitet die Konsensuskonferenzen vor, führt Protokoll und dokumentiert die Ergebnisse.</p> <p>Gegenstand der Konsensuskonferenzen sind insbesondere Gutachten, 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.</p>	<p>Hier wäre eine Festlegung, wie häufig Konsensuskonferenzen und Schulungsveranstaltungen stattfinden, wünschenswert.</p>	
9	Berichte	<p>Gem. § 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 für die Gesetzliche 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.</p>		
10	Inkrafttreten	<p>Diese Richtlinie tritt am TT. Monat Jahr in Kraft. Die Veröffentlichung erfolgt auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes Bund (www.md-bund.de). Die Richtlinie ist ab dem Tag ihres Inkrafttretens anzuwenden.</p>		

Nr.	Abschnitt der Richtlinie	Richtlinientext	Stellungnahmen	Bewertung
-----	-----------------------------	-----------------	----------------	-----------

Berlin, 02.05.2022

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:
Dr. Maike Grube (maike.grube@diakonie.de)
Erika Stempfle (erika.stempfle@diakonie.de)
Annette Klede (annette.klede@diakonie.de)