

**Vereinbarung nach § 137d Abs. 3 SGB V
zu den grundsätzlichen Anforderungen
an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement
für die Erbringung von
ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V**

zwischen

dem GKV-Spitzenverband

und

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

und

dem Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbstständigen in der Physiotherapie
dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V.
dem Deutschen Heilbäderverband e. V.
dem Deutschen Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten /
Krankengymnasten e.V.
dem Kneipp-Bund e.V.
dem Verband Deutscher Badeärzte e. V.
dem Verband Deutscher Kurörtlicher Betriebe e. V.
dem Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen
Berufe e. V.

- im Weiteren Vereinbarungspartner genannt –

Mit den in diesem Dokument verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

Präambel

Von den Vereinbarungspartnern sind nach § 137d Abs. 3 SGB V die grundsätzlichen Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement nach § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V zu vereinbaren. Die Vorgaben sind für Einrichtungen / (selbständige) Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort nach § 23 Abs. 2 SGB V erbringen, verbindlich.

Für nach §§ 9 und 10 an den Kurarztverträgen teilnehmende Vertragsärzte gilt diese Vereinbarung nicht. Die Umsetzung von Qualitätsmanagementmaßnahmen ist in der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung in der jeweils geltenden Fassung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V geregelt.

Aufgrund der individuellen Ausgangsbedingungen der einzelnen Einrichtungen / (selbständigen) Leistungserbringer und der kurortspezifischen Ausgestaltung des Versorgungsangebotes definiert die Vereinbarung nur grundsätzliche Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement.

Die grundsätzlichen Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement haben insbesondere zum Ziel, die Ergebnisqualität und damit die Versorgung der Patienten zu verbessern. Insofern sind Leistungsinhalte und Leistungserbringung immer im Kontext zur Gesamtbehandlung der Patienten zu sehen.

§ 1 Grundsätze

- (1) Ambulante Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V sollen dazu beitragen, eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen, Krankheiten zu verhüten, deren Verschlimmerung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- (2) Die ambulanten Vorsorgeleistungen müssen bedarfsgerecht, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden. Sie müssen aus medizinischen Gründen für die Versorgung des Versicherten notwendig sein. Die Abgabe dieser Vorsorgeleistungen erfolgt auf der Basis eines von einem verantwortlichen Kurarzt ausgestellten individuellen Vorsorgeplanes.
- (3) Für die Leistungserbringung gelten die jeweiligen Zulassungsbedingungen. Soweit im Rahmen der ambulanten Vorsorgeleistungen Heilmittel verordnet werden, die in den Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses genannt sind, sind die dort vorgegebenen Qualitätsanforderungen zu berücksichtigen. Sonstige gesetzliche Vorschriften und die Regelungen im Kurarztvertrag sind einzuhalten.

§ 2

Ziel und Inhalt des (einrichtungs-) internen Qualitätsmanagements

- (1) Qualitätsmanagement ist ein Instrument der Organisationsentwicklung und kommt in erster Linie dem Patienten zu Gute. Es dient letztlich der Gesamtorganisation des betrieblichen Geschehens und ist insofern Bestandteil der Leistungserbringung als Ganzes. Qualitätsmanagement ist in seiner Gesamtheit eine Aufgabe der Einrichtung / des (selbständigen) Leistungserbringers und ein Ausdruck von Verantwortung für den Patienten im Sinne einer Kooperation aller an der Versorgung Beteiligten.
- (2) Zum internen Qualitätsmanagement zählt insbesondere:
 - Verbindliches Einrichtungskonzept und Leitbild
 - ICF-basierte Behandlungskonzepte
 - Verantwortlichkeiten für das interne Qualitätsmanagement
 - Mitarbeiterbeteiligung aller Ebenen und Bereiche
 - Kontinuierliche Dokumentation, Überwachung und Steuerung von Vorsorge-Prozessen
 - Regelmäßige Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der Patienten sowie der am Behandlungsablauf Beteiligten
 - Beschwerdemanagement
 - Fehlermanagement
 - Interne Ergebnismessung und -analyse
 - Regelmäßige Selbstüberprüfung aller wesentlichen Prozesse
- (3) Die wesentlichen Inhalte eines internen Qualitätsmanagements sind in der als Anlage 1 beigefügten Übersicht enthalten. Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Ausschließlichkeit.
- (4) Ziel des Qualitätsmanagements ist die patientenorientierte Prozess- und Ergebnisoptimierung. Das Ziel kann nur erreicht werden, wenn es durch alle Beteiligten mit Leben gefüllt und sowohl im Außenverhältnis in der täglichen Arbeit mit Patienten und Angehörigen als auch im Innenverhältnis für die Beteiligten untereinander spürbar wird.

§ 3

Grundsätzliche Anforderungen

- (1) Alle an der Versorgung Beteiligten haben sich im Bewusstsein ihrer Verantwortung für die Beachtung und Realisierung der Regelungen zum Qualitätsmanagement einzusetzen und sich – soweit erforderlich – miteinander abzustimmen.
- (2) In Einrichtungen sind die Mitarbeiter zielgerichtet über Qualitätsmanagement zu informieren mit dem Ziel, ihre Aufgaben fachgerecht wahrzunehmen und ein verstärktes Qualitätsbewusstsein entwickeln zu können. Notwendige Fortbildungen sollten mit Unterstützung der Leitung durchgeführt werden.
- (3) Maßnahmen des Qualitätsmanagements müssen, wie alle anderen Leistungen auch, der Forderung nach Effektivität und Wirtschaftlichkeit genügen. Die Erarbeitung von Maßnahmen zum internen Qualitätsmanagement erfordert eine kritische Überprüfung und

Beurteilung der alltäglichen Arbeitsabläufe und ist Voraussetzung für die funktionelle Ausgestaltung.

- (4) Ausgehend von den heterogenen Strukturen und den kurortsspezifischen Besonderheiten ist ein Optimum an Qualitätsmanagement zu realisieren, das einrichtungsintern und organisatorisch handhabbar sein muss.

§ 4 Nachweis eines (einrichtungs-) internen Qualitätsmanagements

- (1) Die Einrichtungen / (selbständigen) Leistungserbringer sind verpflichtet, die Einführung und Implementierung eines systematischen (einrichtungs-) internen Qualitätsmanagements nachzuweisen. Als Nachweis führen die Einrichtungen / (selbständigen) Leistungserbringer alle drei Jahre eine Selbstbewertung bezüglich der grundsätzlichen Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement für die Erbringung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V nach Anlage 1 durch, die schriftlich zu dokumentieren ist. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können die schriftliche Selbstbewertung einer Überprüfung unterziehen.
- (2) Die Vereinbarungspartner erstellen Vorgaben zur schriftlichen Dokumentation des Selbstbewertungsberichts nach Abs. 1 (Anlage 3).
- (3) Sofern eine Einrichtung / (selbständiger) Leistungserbringer ein Qualitätsmanagement-Verfahren eingeführt hat, welches die Anforderungen nach Anlage 2 erfüllt, ersetzt dies die Verpflichtung zur schriftlichen Selbstbewertung nach Absatz 1.
- (4) Der Nachweis nach Abs. 1 oder Abs. 3 ist erstmalig zwei Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung vorzulegen.
- (5) Jede Einrichtung / jeder (selbständige) Leistungserbringer kann den Nachweis nach Abs. 1 oder Abs. 3 öffentlich zugänglich machen.

§ 5 Sonstige Anforderungen

- (1) Jeder Mitarbeiter einer Einrichtung und jeder (selbständige) Leistungserbringer muss die für seine Berufsgruppe vorgeschriebenen Qualifikationsanforderungen erfüllen, um Leistungen am Patienten erbringen zu können. Insbesondere ist die Fortbildungsverpflichtung im Heilmittelbereich gemäß den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V einzuhalten.
- (2) Die Leistungserbringung durch Einrichtungen oder (selbständige) Leistungserbringer ist in geeigneter Weise nachvollziehbar zu dokumentieren. Das Zusammenwirken der an der Behandlung Beteiligten soll möglichst vom primären Behandler koordiniert werden. Wichtige Erkenntnisse über den gesundheitlichen Zustand des Patienten, die eine Änderung des Vorsorgeplanes oder der Verordnung erforderlich machen, sind dem veranlassenden Kurarzt mitzuteilen.

- (3) Die Einrichtung bzw. der (selbständige) Leistungserbringer ist für die operative Umsetzung des Vorsorgeplanes verantwortlich. Der Mitarbeiter hat sich bei der Abgabe von Leistungen an den Vorsorgeplan oder die Verordnung des Kurarztes (Kurarztvertrag nach § 73 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 2 Abs. 5 EKV oder § 2 Abs. 4 BMV) zu halten. Bestehen Unklarheiten bezüglich der Leistung, der Vollständigkeit der Verordnung und/oder der Abgabe, hat er diese mit dem veranlassenden Kurarzt vor der Leistungserbringung abzuklären.

§ 6 Inkrafttreten

- (1) Die Vereinbarung tritt zum 01.09.2010 in Kraft.
- (2) Die Partner der Vereinbarung werden in angemessenen Zeitabständen überprüfen, ob die Vereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und neuer Erkenntnisse angepasst werden muss. Ist eine Anpassung erforderlich, erklären sich die Vereinbarungspartner bereit, unverzüglich an der Verabschiedung einer neuen Vereinbarung mitzuwirken. Dies gilt auch bei Gesetzesänderungen, soweit sie die Vereinbarung betreffen.
- (3) Die Vereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner zum Schluss eines Kalenderjahres mit Frist von einem Jahr, frühestens zum 31.12.2011, schriftlich gegenüber den anderen Vereinbarungspartnern gekündigt werden. Bei Kündigung eines Vereinbarungspartners bleibt die Vereinbarung für die übrigen Vereinbarungspartner unverändert bestehen.

.....
Protokollnotiz zu § 6 Abs. 3 Bei Kündigung durch eine der drei Vereinbarungsparteien (GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesverbände der Leistungserbringer) besteht die Verpflichtung innerhalb von sechs Wochen neue Vereinbarungsverhandlungen unter Berücksichtigung des Kündigungsgrundes aufzunehmen.