

# QUALITÄTSBERICHT 2014

GESICHERTE QUALITÄT IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG



 **KVRLP**

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG  
RHEINLAND-PFALZ

# INHALT

VORWORT	3
ENTWICKLUNG GENEHMIGUNGSPFLICHTIGER LEISTUNGEN	4
SCHWERPUNKT ZEHN JAHRE DMP DIABETES MELLITUS	6
QUALITÄTSSICHERUNG	14
GENEHMIGUNGSBEREICHE VON A–Z IM ÜBERBLICK	16
STICHPROBENPRÜFUNGEN IM ÜBERBLICK	20
RECHTSGRUNDLAGEN	21
QUALITÄTSMANAGEMENT	26
QUALITÄTSZIRKEL	28
FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG	30
IMPRESSUM	31



**Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,**

in Rheinland-Pfalz versorgen täglich rund 7.000 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten ihre Patienten auf medizinisch hohem Niveau. Dies unterstützen bundesweit und regional vereinbarte Qualitätsstandards für die Erbringung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen, die Voraussetzung für die Preisvereinbarungen mit den Kassen sind.

Diese Qualität zu prüfen, weiterzuentwickeln und nachhaltig zu sichern, ist eine der Aufgaben der KV RLP. Dazu setzt sie auf ein Netz aus Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie passgenaue Fortbildungskonzepte, Förderung von praxisindividuellem Qualitätsmanagement sowie die intensive Zusammenarbeit mit Qualitätszirkeln, Qualitätssicherungskommissionen und kooperiert mit den Ärzte- und Psychotherapeutenkammern.

Da Qualität bedeutet, die Dinge immer ein wenig besser zu machen, präsentieren wir Ihnen den Qualitätsbericht in kompakterer Form.

Der Schwerpunkt befasst sich mit dem Thema „Zehn Jahre DMP am Beispiel Diabetes mellitus Typ 2 – eine Bilanz“. Die bisherigen Ergebnisse können sich sehen lassen: Vergleichende Studien haben ergeben, dass DMP-Teilnehmer im Vergleich zu Nicht-DMP-Teilnehmern einen deutlich reduzierten Bluthochdruck und stabilere Blutzuckermesswerte aufweisen. Zehn Jahre nach Einführung von Disease-Management-Programmen sind diese Programme in der rheinland-pfälzischen Versorgungslandschaft inzwischen etabliert.

Eine kompetente Qualitätssicherung wäre ohne das fundierte Fachwissen und persönliche Engagement der zahlreichen Kolleginnen und Kollegen in den Qualitätssicherungskommissionen und weiteren beratenden Gremien undenkbar. Dafür möchte ich an dieser Stelle meinen Dank aussprechen.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre und laden Sie ein, mit uns einen intensiven Dialog über die Ergebnisse zu führen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

**Dr. Klaus Sackenheim**  
Mitglied des Vorstandes der KV RLP

## ENTWICKLUNG GENEHMIGUNGSPFLICHTIGER LEISTUNGEN

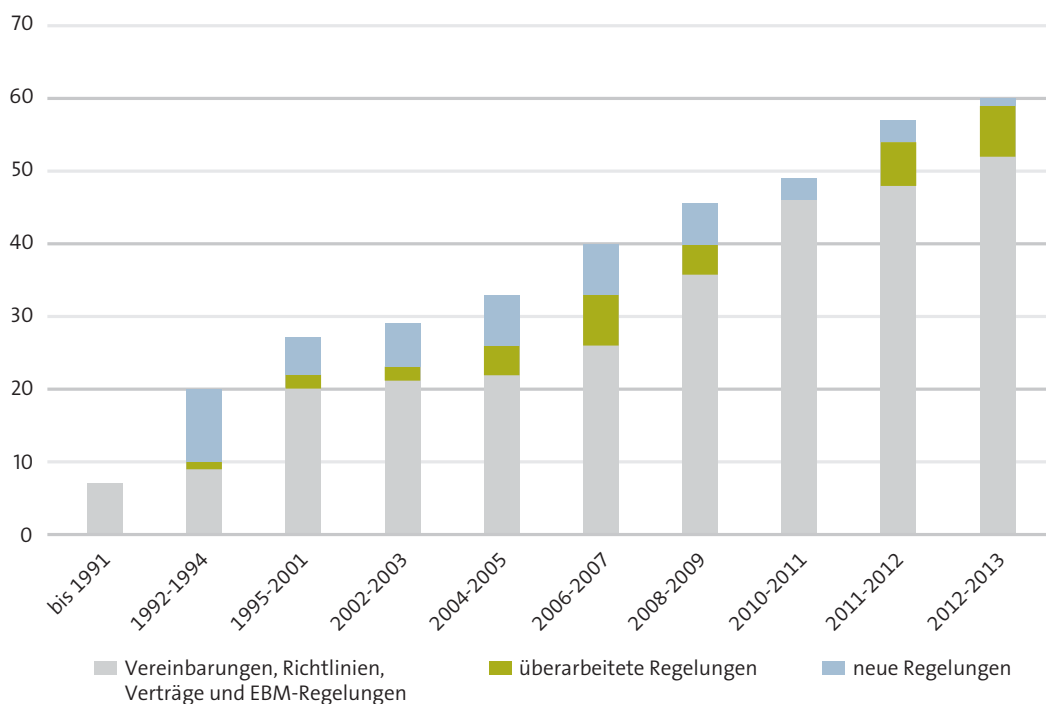
1

Die Qualität in der ambulanten Versorgung zu prüfen, weiterzuentwickeln und nachhaltig zu sichern, ist eine der Kernaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz. Dazu setzt sie auf ein Netz aus Qualitätssicherungsmaßnahmen, passgenauem Fortbildungskonzept, die Förderung von praxisindividuellem Qualitätsmanagement sowie die intensive Zusammenarbeit mit Qualitätszirkeln, Qualitätssicherungskommissionen, Ärzte- und Psychotherapeutenkammern.

Über 7.000 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten versorgen in Rheinland-Pfalz die Patienten auf einem medizinisch hohen Niveau. Bundesweite und regional vereinbarte Qualitätsstandards sorgen dafür, dass jeder Patient alles Notwendige, Zweckmäßige und Ausreichende an medizinischen Leistungen erhält – und das mit einer gesicherten und

geprüften Qualität. Mehr als ein Drittel aller Leistungen in der ambulanten Versorgung ist genehmigungspflichtig. Das heißt: Um diese Leistungen erbringen und zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen zu dürfen, müssen Ärzte und Psychotherapeuten fest definierte fachliche, apparative, räumliche, personelle und organisatorische Mindestanforderungen erfüllen. Um in diesen Fällen die Genehmigung auch dauerhaft zu erhalten, werden teilweise in regelmäßigen Abständen Prüfungen vorgenommen. Durch dieses Verfahren wird ein beständig hohes Maß an Qualität garantiert. Basis dafür sind bundesweit und regional geltende Qualitätssicherungsvereinbarungen und -richtlinien. Deren Umsetzung obliegt der KV RLP, zum Teil unter Einbindung der Krankenkassen und deren Verbände.

Entwicklung genehmigungspflichtiger Leistungen





**Genehmigungspflichtige Leistungen 2012-2013**

Akupunktur
Ambulante Operationen
Apherese
Arthroskopie
Balneophototherapie
Chirotherapie
Computertomographie
Diabetischer Fuß
Diagnostische Radiologie
Dialyse
DMP Asthma/COPD
DMP Brustkrebs
DMP Diabetes mellitus Typ 1
DMP Diabetes mellitus Typ 2
DMP Koronare Herzkrankheit
Früherkennungsuntersuchungen Kinder
Funktionsstörung der Hand
Hausarztzentrierte Versorgung
Hautkrebs-Screening
Histopathologie
Herzschrittmacher-Kontrolle
HIV/Aids
Homöopathie
Hörgeräteverordnung Erwachsenen
Hörgeräteverordnung Kinder
Interventionelle Radiologie
Invasive Kardiologie
Kernspintomographie
Kernspintomographie Mamma
Knochendichtemessung
Koloskopie
Künstliche Befruchtung

Labor spezielle Untersuchung
Langzeit-EKG
Mammographie
Mammographie-Screening
Medizinische Rehabilitation
Molekulargenetik
Magnetresonanz-Angiographie
MRSA
Neugeborenen-Screening
Neuropsychologische Therapie
Nuklearmedizin
Onkologie
Onkologische Nachsorge
Otoakustische Emissionen
Photodynamische Therapie
Phototherapeutische Keratektomie
Polygraphie (Schlafapnoe)
Psychotherapie
Röntgentherapie
Schmerztherapie
Schwangerschaftsabbruch
Sozialpsychiatrie
Soziotherapie
Stoßwellenlithotripsie
Strahlentherapie
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
Übende und suggestive Techniken
Ultraschalldiagnostik
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
Vakuumbiopsie der Brust
Zytologie

Vereinbarungen, Richtlinien, Verträge und EBM-Regelungen
  überarbeitete Regelungen
  neue Regelungen

## ZEHN JAHRE DMP DIABETES MELLITUS

2

### **DMP DIABETES MELLITUS TYP 2 – EINE BILANZ**

Disease Management Programme (DMP) sind mittlerweile ein fester Bestandteil der ambulanten Versorgung. Absicht des Gesetzgebers ist es, die Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen zu verbessern. Die Organisationsstruktur des deutschen Gesundheitswesens war in der Vergangenheit primär auf die Therapie einzelner Symptome ausgerichtet, sodass ein chronisch kranker Patient mehrere Anlaufstellen für verschiedene Aspekte seiner Krankheit hatte und dadurch der Informationsfluss zwischen den Behandlern aufgrund der mangelnden Koordination stockte. Bei strukturierten Behandlungsprogrammen steht eine individuell optimierte leitliniengerechte Therapie im Vordergrund, die eine kontinuierliche ärztliche Behandlung umfasst.

Um die Behandlungen bundesweit strukturiert, evidenzbasiert und wirtschaftlich sinnvoll sicherzustellen, wurden DMP im Jahr 2001 im § 137 f des Sozialgesetzbuches V verankert.

DMP haben das Ziel, die Qualität der Versorgung chronisch kranker Versicherter zu verbessern. Insbesondere sollen die durch chronische Krankheiten bedingten Folgeschäden und Komplikationen bei den Betroffenen vermieden werden. DMP sollen helfen, eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen und bestehende Versorgungsmängel wie Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem abzubauen. Klare Versorgungsstrukturen tragen dazu bei, die Behandlung chronisch Kranker zu optimieren und die interdisziplinäre Vernetzung zwischen den Ärzten der verschiedenen Versorgungsebenen zu fördern.

### **ENGE KOORDINATION**

In DMP steuern überwiegend Hausärzte die Behandlung ihrer Patienten über den gesamten

Verlauf einer chronischen Krankheit. Dies beinhaltet eine enge Koordination zwischen haus- und fachärztlicher sowie stationärer Versorgung. Die Teilnahme an einem DMP ist für Ärzte und Patienten freiwillig. Im gesamten Bundesgebiet nahmen Ende 2013 rund sechs Millionen Patienten und damit neun Prozent aller gesetzlich Krankenversicherten an einem DMP teil.

### **DMP IN RHEINLAND-PFALZ**

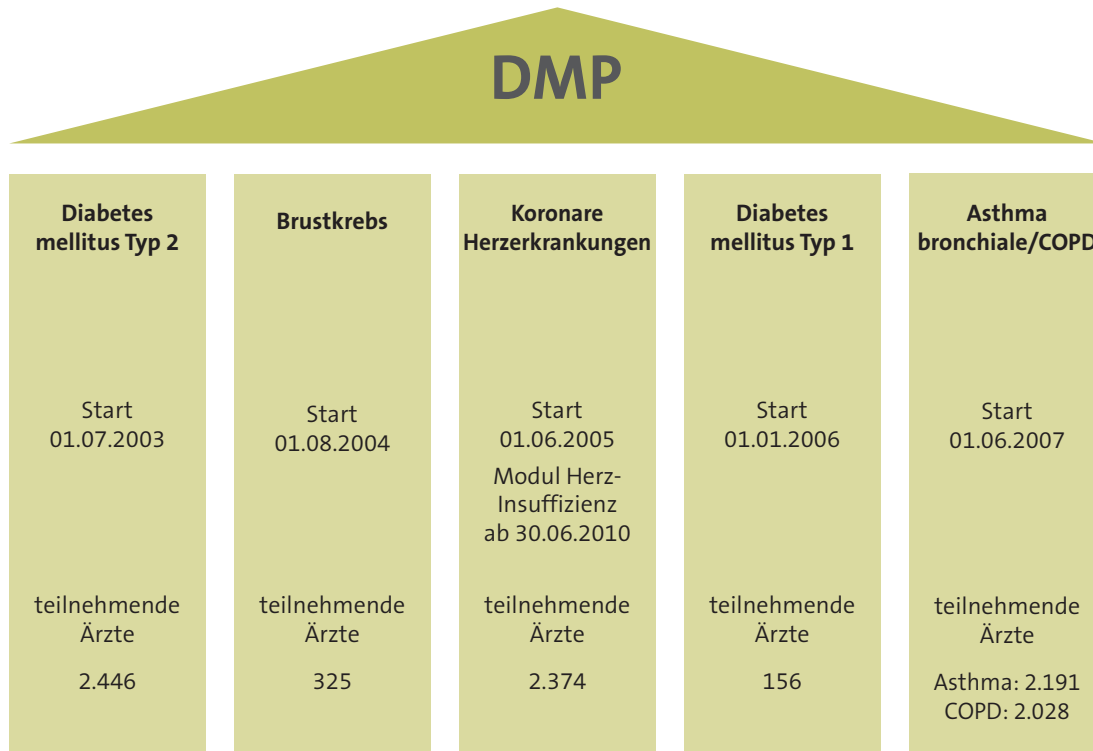
Im Jahr 2003 wurde in Rheinland-Pfalz der erste Vertrag zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 mit den gesetzlichen Krankenkassen beziehungsweise den Verbänden vdek, BKK, IKK, LKK (jetzt SVLFG) und der Bundesknappschaft geschlossen. Mit den genannten Vertragspartnern wurden weitere Vereinbarungen zu den Krankheitsbildern Koronare Herzkrankheit, Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen geschlossen. Im Vergleich zu den anderen Bundesländern gibt es in Rheinland-Pfalz eine Besonderheit: Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland beteiligt sich nicht an den DMP-Verträgen mit den Betriebs-/Ersatzkassen und der KV RLP.

### **DEFINITION DMP**

Disease Management Programme sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Die Behandlungs- und Betreuungsprozesse von Patienten werden über den gesamten Verlauf einer chronischen Krankheit und über die Grenzen der einzelnen Ärzte hinweg koordiniert und auf der Grundlage wissenschaftlich gesicherter aktueller Erkenntnisse (medizinische Evidenz) optimiert.



**Beginn der DMP-Verträge in Rheinland-Pfalz**



Stand Teilnehmerzahlen: 31. Dezember 2013

**REGELMÄSSIGE DOKUMENTATION**

Um die Qualität der Behandlungsprogramme sicherzustellen und die Versorgungsziele für einen Patienten festzulegen, werden im Rahmen der DMP von Arzt und Versicherten regelmäßig gemeinsam individuelle Ziele vereinbart und teilweise in einem Dokumentationsbogen festgehalten. Daneben enthält dieser auch andere wichtige Parameter, die zur Evaluation des Programms dienen. Die Qualität dieser Dokumentationsdaten ist maßgebend für die Darstellung der Behandlungsrealität in den Praxen sowie letztlich für die Beurteilung des DMP-Nutzens.

**ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION**

Die elektronische Dokumentation (eDMP) ist für alle koordinierend teilnehmenden Ärzte verpflichtend. Die Daten der Erst- und Folgedokumentation können wahlweise auf einem Datenträger eingereicht oder online an die für die Weiterverarbeitung

beauftragte Datenstelle übermittelt werden. Durch eDMP wird das Dokumentationsverfahren effizienter: Die zertifizierte Software prüft alle Eintragungen schon bei der Eingabe auf Plausibilität und Vollständigkeit, sodass zeitaufwendige Korrekturen vermieden werden.

**GEMEINSAME DATENSTELLE**

In Rheinland-Pfalz haben die DMP-Vertragspartner eine gemeinsame Datenstelle für DMP gegründet und mit der Umsetzung der notwendigen indikationsübergreifenden Datenverarbeitung beauftragt. Unter anderem nimmt die Datenstelle die erstellten Dokumentationen entgegen, prüft die Vollständigkeit der Unterlagen, leitet notwendige Korrekturprozesse ein und stellt den von den Krankenkassen beauftragten Evaluationsstellen regelmäßig die für die Evaluation notwendigen pseudonymisierten Daten zur Verfügung.

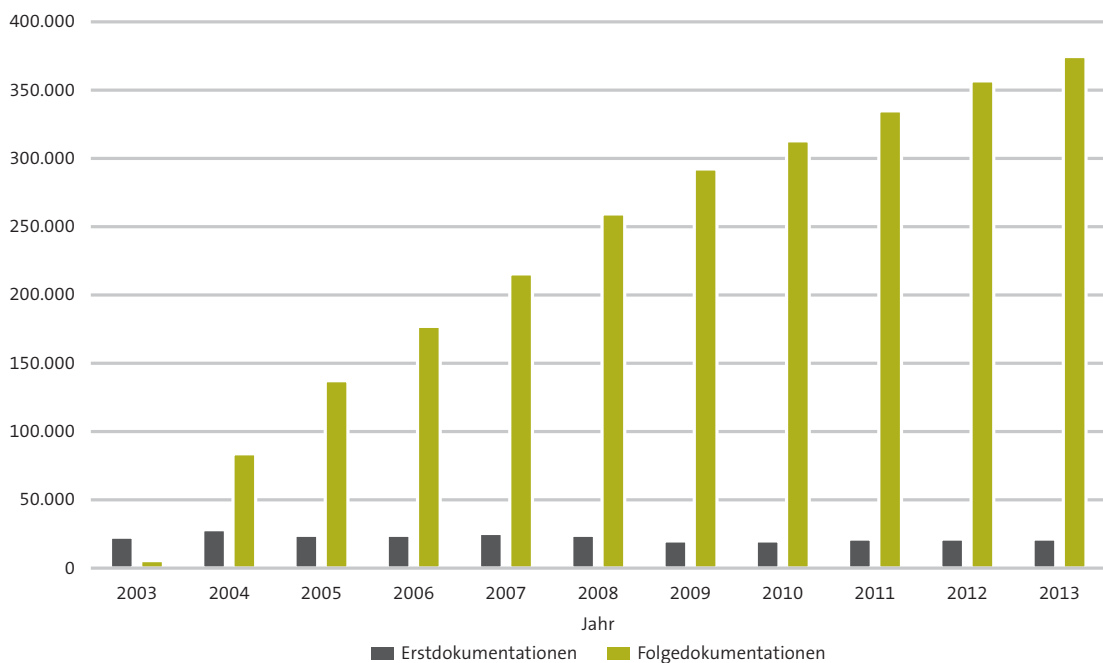
Jede am DMP teilnehmende Praxis erhält für ihre Dokumentationen eine Rückmeldung in Form eines halbjährlichen Feedbackberichtes. Zusätzlich wird regelmäßig ein Gesamtbericht für Rheinland-Pfalz erstellt, der von der jeweiligen DMP-Qualitätssicherungskommission analysiert wird. Hinweise und Optimierungsvorschläge der Kommissionen werden an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) weitergegeben. Dieser entwickelt im Auftrag des Gesetzgebers Vorgaben zu Behandlungsstandards, Strukturen und Abläufen für Leistungen, die im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) definiert sind.

Die Ergebnisse der Kommissionen tragen somit zur Weiterentwicklung der DMP auf Bundesebene bei.

### DATEN FÜR DIE VERSORGUNGSFORSCHUNG

Auch die Versorgungsforschung in Rheinland-Pfalz profitiert von der Datenbasis aus DMP-Dokumentationen. So liegen für 2013 über 375.000 Folgedokumentationen zum Diabetes mellitus Typ 2 vor, welche in Absprache mit den Vertragspartnern pseudonymisiert für Forschungszwecke bereitgestellt werden können.

#### Dokumentationszahlen in Rheinland-Pfalz (ohne AOK)







### DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Der Diabetes mellitus stellt die häufigste endokrine Erkrankung dar. Wissenschaftlichen Studien zufolge leiden derzeit sieben bis acht Prozent der Erwachsenen in Deutschland unter einer Form von Diabetes. Zusätzlich gehen Experten davon aus, dass bei drei bis vier Prozent der Deutschen Diabetes noch nicht erkannt wurde. Somit wären über zehn Prozent der Bevölkerung an einem Diabetes erkrankt, der überwiegende Teil davon an Typ-2-Diabetes. Die Prävalenz des Typ-2-Diabetes steigt mit zunehmendem Alter und hat während der vergangenen Jahrzehnte in Deutschland stets zugenommen.

**169.000** Patienten nehmen an dem Vertrag der KV RLP an einem oder mehreren DMP teil, davon über **102.000** Patienten alleine am DMP Diabetes mellitus Typ 2. Die Versorgung der Diabetiker in Rheinland-Pfalz wurde im Jahr 2013 von **2.105** Hausärzten, **198** diabetologisch qualifizierten Ärzten und **142** Schwerpunktpraxen sichergestellt. Diese Teilnehmerzahlen unterstreichen die Bedeutung des DMP

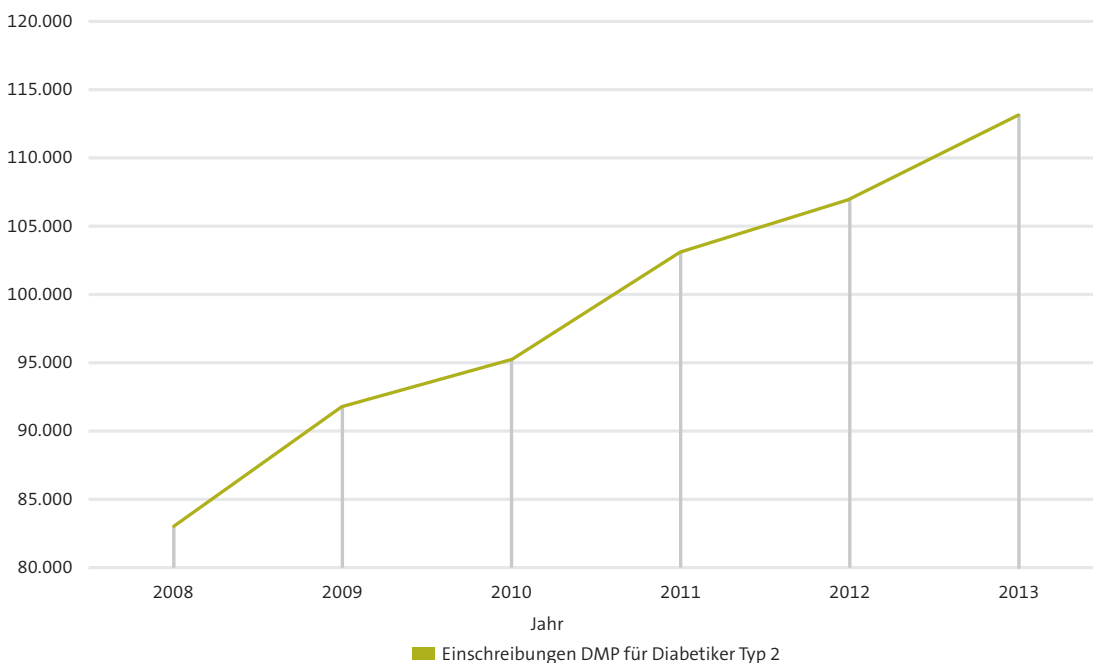
Diabetes mellitus Typ 2 in der rheinland-pfälzischen Versorgungslandschaft.

### WICHTIGE ZIELE DES DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

- Kontinuierliche Betreuung der Diabetiker mit regelmäßigen Kontrolluntersuchungen
- Vermeidung und Reduktion krankheitsbedingter Folgeschäden und Komplikationen (zum Beispiel diabetisches Fußsyndrom)
- Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität
- Qualifizierte flächendeckende Versorgung der Diabetiker
- Effizientere Leistungserbringung
- Interdisziplinäre Behandlung
- Klare Versorgungsstrukturen

Das Programm beinhaltet Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung des Diabetes Typ 2. Die medizinischen Inhalte der DMP werden regelmäßig vom G-BA an die neuesten medizinischen Erkenntnisse auf Basis evidenzbasierter Leitlinien angepasst.

**Zahl der eingeschriebenen Diabetiker im DMP Diabetes mellitus Typ 2 – Entwicklung von 2008-2013**



## **ABGESTUFTE DIABETOLOGISCHE VERSORGUNG**

Die ambulante Versorgung der Diabetiker erfolgt im DMP auf drei Ebenen:

### **Versorgungsebene A**

Der Hausarzt übernimmt die Basisversorgung der Diabetiker und koordiniert die Behandlung.

### **Versorgungsebene B**

Der diabetologisch qualifizierte Arzt führt Schulungen von Typ-2-Diabetikern ohne und mit Insulinbehandlung durch und ist ebenfalls koordinierend und mitbehandelnd tätig.

### **Versorgungsebene C**

Die diabetologische Schwerpunktpraxis oder der entsprechend qualifizierte ermächtigte Krankenhausarzt führt insbesondere Schulungen und Einstellungen von Typ-2-Diabetikern mit supplementärer Insulintherapie, intensiver Insulintherapie und Pumpenträgern durch. In Ausnahmefällen kann die diabetologische Schwerpunktpraxis auch koordinierend tätig werden.

## **DIABETESSCHULUNGEN ERHÖHEN EIGENVERANTWORTUNG**

Ein wichtiger Bestandteil des DMP Diabetes Typ 2 ist die Einbindung von Patientenschulungen zur Förderung der Eigenverantwortung des Diabetespatienten. Rund die Hälfte der Typ-2-Diabetiker könnte ohne Medikamente gut behandelt werden, das heißt durch Ernährungsumstellung, Gewichtsabnahme, spezielle Schulung und Bewegung. Das Wissen über die chronische Erkrankung, deren Verlauf und Beeinflussbarkeit ist unverzichtbare Grundlage für die Therapieplanung. Die Schulungsteilnehmer sollen befähigt werden, ihre individuellen Probleme möglichst eigenständig zu lösen. Nicht der Arzt trägt die Hauptverantwortung für das Gelingen der Diabetestherapie im Alltag, sondern der geschulte Patient (Empowerment). Aufgabe des Arztes ist, den Patienten zum Therapieerfolg zu befähigen, etwa durch Schulungen und als regelmäßig begleitender Ratgeber.

Auch bei Verordnung von Tabletten oder Insulin bedarf es einer Unterweisung im Rahmen strukturierter Behandlungs- und Schulungsprogramme. Genauso wichtig ist die zielorientierte Behandlung der Diabetiker, bei denen über 70 Prozent eine arterielle Hypertonie aufweisen.

Wesentliche Bestandteile der Therapie und Schulung können auch kompetent von Diabetes-Beraterinnen und Diabetes-Assistentinnen durchgeführt werden.

Bei der Festsetzung von Behandlungszielen achtet der Arzt auf die Bedürfnisse des Patienten und berücksichtigt dessen individuelle Situation. Die wichtigste Voraussetzung für den Therapieerfolg ist allerdings das Mitwirken des Patienten, zum Beispiel durch Einhalten von Verhaltensregeln (Patienten-Compliance).

## **POSITIVE BILANZ DER DMP**

Die Ergebnisse der bundesweiten Evaluation zeigen eine positive Tendenz. Dazu hat das Bundesversicherungsamt (BVA) für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 unter anderem folgende Aussage getroffen: „...Aus den vorliegenden medizinischen Daten kann die Hypothese abgeleitet werden, dass die an DMP teilnehmenden Patienten von der Teilnahme deutlich profitieren.“

Der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, Dr. jur. Rainer Hess, hat in Bezug auf die bisherigen Ergebnisse der DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Typ 1 darauf hingewiesen, dass auf Basis vergleichender Studien mittlerweile gesicherte Erkenntnisse vorliegen, die bei DMP-Teilnehmern im Vergleich zu Nicht-DMP-Teilnehmern eine deutliche Reduzierung des Bluthochdrucks, stabile Blutzuckermesswerte und eine angemessene Arzneimittelbehandlung zeigten. Auch Rückmeldungen aus teilnehmenden Praxen bestätigen zum Teil positive Auswirkungen auf die Prozessqualität, beispielsweise auf Patientenschulungen, aber auch auf die regelmäßige Kontrolle der Augen, Füße und des HbA1c-Wertes.



Kritisch hinterfragt wird, in welchem Umfang die DMP für die positiven Effekte verantwortlich sind, ob die DMP für alle Patientengruppen einen nachweisbaren Patientennutzen bringen und gesundheitsökonomisch sinnvoll sind. Dies konnte bislang nicht abschließend beantwortet werden. Der Grund: Die Versorgungslage in der Zeit vor den DMP wurde nicht detailliert dokumentiert, deshalb sind Rückschlüsse auf Veränderungen aufgrund der Programme nur schwer nachvollziehbar. Dennoch können positive Effekte unterstellt werden. Zum Beispiel beeinflussen optimierte Behandlungsstrukturen und weiterqualifiziertes Praxispersonal auch die Behandlung von Diabetes-Patienten – unabhängig von einer DMP-Teilnahme. Einige positive Entwicklungen zeigen auch die Berichte zur Qualitätssicherung.

„Die DMP sind eine gute Möglichkeit für alle Patienten, mit ihrer jeweiligen Erkrankung so umzugehen, dass eine möglichst lange Überlebenszeit bei bestmöglicher Lebensqualität resultiert. Besonders Patienten, denen es nicht so leichtfällt, die Komplexität ihrer eigenen Erkrankung zu überschauen, haben durch DMP einen echten Vorteil. Dies sollte genutzt werden, auch wenn eine deutliche Behandlungskostenersparnis nicht nachgewiesen werden könnte“, zieht Dr. Peter Heinz, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV RLP, Bilanz.

Nach zehn Jahren lässt sich feststellen, dass sich die DMP in der rheinland-pfälzischen Versorgungslandschaft etabliert haben. Viele der anfangs gesteckten Ziele wurden erreicht. Positiv ist außerdem zu bewerten, dass der G-BA plant, zukünftig neue Disease Management Programme zu entwickeln.

Außerdem werden aufgrund der zum 1. Juli 2014 in Kraft getretenen DMP-Anforderungen-Richtlinie die bereits bestehenden DMP hinsichtlich neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse aktualisiert.

 **Richtlinien:**

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > Informationsarchiv > Richtlinien

 **Gutachten:**

Über-, Unter- und Fehlversorgung  
[www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de) > Gutachten

 **Inhalte und Evaluationsergebnisse:**

[www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) > Weitere Themen > Disease Management Programme > Zulassung Disease Management Programme (DMP)

AG Epidemiologie der Deutschen Diabetes Gesellschaft: [www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de) > Stellungnahmen

Deutsches Ärzteblatt Nr. 58, Typ-2-Diabetes: Prävalenz und Relevanz angeborener und erworbener Faktoren für die Prädiktion, S. 37

diabetesDE: Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2013, Deutsche Diabetes-Hilfe, S. 39

[www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) > Weitere Themen > Disease Management Programme > Ergebnisse der DMP-Evaluation > Ergebnisse der DMP-Evaluation zur Indikation Diabetes mellitus Typ 2

## STEPHAN MAXEINER IM INTERVIEW



Der Nutzen von DMP ist in der ärztlichen Fachwelt durchaus umstritten. Eine positive Bilanz der Programme zieht Stephan Maxeiner, Vorsitzender der Diabeteskommission Rheinland-Pfalz und Inhaber einer diabetologischen Schwerpunktpraxis in Bosenheim.

**Herr Maxeiner, Ihre diabetologische Schwerpunktpraxis nimmt bereits seit 2003 am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teil. Welche Erfahrungen haben Sie in den vergangenen zehn Jahren in Ihrer Praxis mit den Disease Management Programmen gemacht?**

Meine Erfahrungen sind durchweg positiv. Seit Beginn der DMP haben sich qualitativ hochwertige Versorgungsstrukturen etablieren können. Über 140 diabetologische Schwerpunktpraxen versorgten im Jahr 2013 die Diabetiker in Rheinland-Pfalz.

Die Qualität der Diabetikerversorgung hat sich im Laufe der Jahre positiv entwickelt. Viele Patienten lassen sich leichter motivieren, die regelmäßigen Untersuchungstermine wahrzunehmen, sodass schon frühzeitig auftretende Komplikationen erkannt und behandelt werden können. Außerdem werden Patientenschulungen nahezu flächendeckend angeboten. Die zusätzlichen Vergütungen für Dokumentation und Schulung ermöglichen es uns,

qualifiziertes Personal wie Diabetesberaterinnen und -assistentinnen zu beschäftigen und damit die Versorgung von Menschen mit Diabetes langfristig zu verbessern.

**Warum ist die Schulung von Diabetespatienten ein wichtiger Bestandteil des DMP?**

Schulung ist nicht nur ein wesentlicher, sondern der zentrale Bestandteil einer Diabetikerbehandlung! Patienten, die eine Schulung ablehnen, erreichen in der Regel die Therapieziele nicht.

Mehr als bei vielen anderen chronischen Erkrankungen können Patienten mit Diabetes schon allein durch Änderung ihres Lebensstils den Verlauf der Erkrankung beeinflussen. Ziel ist es, Folgeerkrankungen zu vermeiden und dadurch langfristig die Lebensqualität der Patienten zu erhalten. Durch Patientenschulungen lernen die Diabetiker, mit ihrer Erkrankung umzugehen, und werden motiviert, sich aktiv an dem Behandlungsprozess zu beteiligen. Nur im Rahmen der DMP haben Diabetiker einen Anspruch auf eine strukturierte Patientenschulung.

**Welche Bedeutung hat die Diabeteskommission Rheinland-Pfalz?**

Die Diabeteskommission ist hierzulande eine wichtige Institution und wurde von der für das DMP Diabetes mellitus zuständigen Qualitätssicherungskommission mit der Qualitätssicherung der rheinland-pfälzischen Fußambulanzen betraut. Diese unterliegen einheitlichen Kriterien und gewährleisten somit, dass die Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom eine qualitativ hochwertige und standardisierte Versorgung erhalten.

Außerdem organisiert die Diabeteskommission in regelmäßigen Abständen ein landesweites Treffen der diabetologischen Schwerpunktpraxen. Diese Termine werden häufig frequentiert, um sich mit Kollegen über aktuelle Entwicklungen im Bereich Diabetes auszutauschen. Unter anderem referieren hier auch Mitarbeiter und Vorstände der KV RLP zu aktuellen Themen und stehen als Ansprechpartner zur Verfügung.



Als unabhängiges Gremium erarbeitet die Diabeteskommission auch Empfehlungen für die Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus. In erster Linie richten sich die Empfehlungen an Ärzte, die diese als Entscheidungshilfe heranziehen können.

**Wo sehen Sie für die Zukunft noch Handlungsbedarf beziehungsweise was halten Sie noch für verbesserungswürdig?**

Das Ansammeln der Mengen von Dokumentationsdaten lässt die Vermutung aufkommen, DMP sei ein großes Datengrab. Über die wenig aussagekräftigen Feedback-Berichte hinaus sollte es möglich sein, zum Beispiel Langzeitverläufe von vielen Tausend Patienten auszuwerten. Zurzeit liegen jedoch nur wenig aussagefähige Evaluationsergebnisse vor.

Die Behandlungsprogramme sollen regelmäßig dem aktuellen wissenschaftlichen Stand der Medizin angepasst werden. Dem kommt der G-BA nur sehr zeitverzögert nach. Zum Beispiel ist eine Auswertung

bezüglich der Anwendungshäufigkeit von Inkretinen nicht möglich, da im Dokumentationsbogen keine Angaben hierzu gemacht werden können. Es wäre daher aus meiner Sicht sinnvoller, die Frage nach der Medikation völlig herauszunehmen. Gleichfalls könnte die Abfrage aller Items, die im Feedback-Bericht nicht ausgewertet werden können, entfallen. Eine Reduzierung auf den Datensatz des Gesundheitspasses Diabetes mellitus wäre optimal, da dieser bereits vor Jahrzehnten evaluiert wurde.

**Haben sich die DMP aus Ihrer Sicht bewährt?**

Unbedingt. Ohne die DMP wäre der hohe Betreuungsaufwand der meist multimorbiden Menschen mit Diabetes mellitus nicht zu leisten. Gegenüber den davor bestehenden Strukturverträgen zeigen sie tatsächlich umsetzbare strukturierte Behandlungspfade auf, garantieren ein Höchstmaß an Qualitätssicherung und sind nicht zuletzt geeignete Instrumente, um direkte Geldflüsse zwischen Krankenkassen und Ärzten auf Eurobasis zu regulieren.

## QUALITÄTSSICHERUNG

3

Die Sicherung der Qualität ärztlicher Tätigkeit ist zentrale Voraussetzung für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung auf hohem Leistungsniveau. Qualitätssicherung der ärztlichen Leistung hat zum Ziel, die Qualität des Arbeitsprozesses und des Arbeitsergebnisses zu wahren oder zu erhöhen.

Qualität gibt somit an, in welchem Maße die ärztliche Arbeit bestehenden Anforderungen entspricht. Zur Beurteilung der Güte von Diagnosen und Behandlungen wird Qualität in drei Kriterien kategorisiert:

- **Strukturqualität:** Sie umfasst die strukturellen Voraussetzungen einer Praxis, um genehmigungspflichtige Leistungen erbringen zu dürfen. Zu diesen Voraussetzungen zählen die fachlichen Qualifikationen ebenso wie die apparativ-technischen, räumlichen, personellen und organisatorischen Anforderungen. Die KV RLP prüft diese Voraussetzungen und erteilt im Anschluss die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen. Leitgedanke ist, dass eine gesicherte Struktur die Basis für eine qualitativ hochwertige Behandlung ist.
- **Prozessqualität:** Sie beschreibt die Qualität der Abläufe in der Praxis. Sie umfasst alle Maßnahmen, die im Laufe einer Patientenversorgung ergriffen oder nicht ergriffen werden. Zentrale Fragen zur Prozessqualität sind beispielsweise: Wie wird diagnostiziert und therapiert? Wie ist die Terminvergabe in der Praxis geregelt? Wie wird für hygienische Verhältnisse gesorgt? Und vor allen Dingen: Wie ist der Patient in den Behandlungsprozess einbezogen?
- **Ergebnisqualität:** Sie bezieht sich auf die Resultate ärztlicher Behandlung. Sie beschreibt, inwieweit Leistungsziele tatsächlich erreicht

wurden. Hier setzt die Aufgabe der KV RLP an. In verschiedenen Leistungsbereichen wurden Kriterien entwickelt, wonach die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung und Behandlung in Stichproben überprüft werden.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität stehen in einem engen wechselseitigen Beziehungsgeflecht und hängen voneinander ab.

### QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN

Die Prüfung von Qualität ärztlicher Leistungen macht nicht nur strukturierte Genehmigungs- und Prüfverfahren notwendig, sondern braucht auch ärztlichen Sachverstand. Nach dem Peer-Review-Prinzip begutachten Ärzte desselben Fachbereichs die Qualität der erbrachten Leistungen. Dazu hat die KV RLP 43 leistungsbezogene Qualitätssicherungskommissionen eingerichtet und mit 255 erfahrenen Ärzten für die medizinische Beurteilung besetzt. Teilweise nehmen auch Kassenvertreter an den Kommissionssitzungen teil.

#### Die zentralen Aufgaben der Kommissionen sind:

- Beratung des Vorstands der KV RLP bei grundsätzlichen Fragestellungen
- Beratung der Mitglieder
- Beratung der Abteilung Qualitätssicherung
- Vorbereitung der Entscheidung durch die KV RLP bei Genehmigungsanträgen
- Durchführung von Kolloquien
- Durchführung von Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben)

Durch die intensive Zusammenarbeit der Kommissionen und der KV RLP werden medizinischer Sachverstand und strukturierte Verwaltung sinnvoll als Qualitätssicherungsmaßnahme vereint.



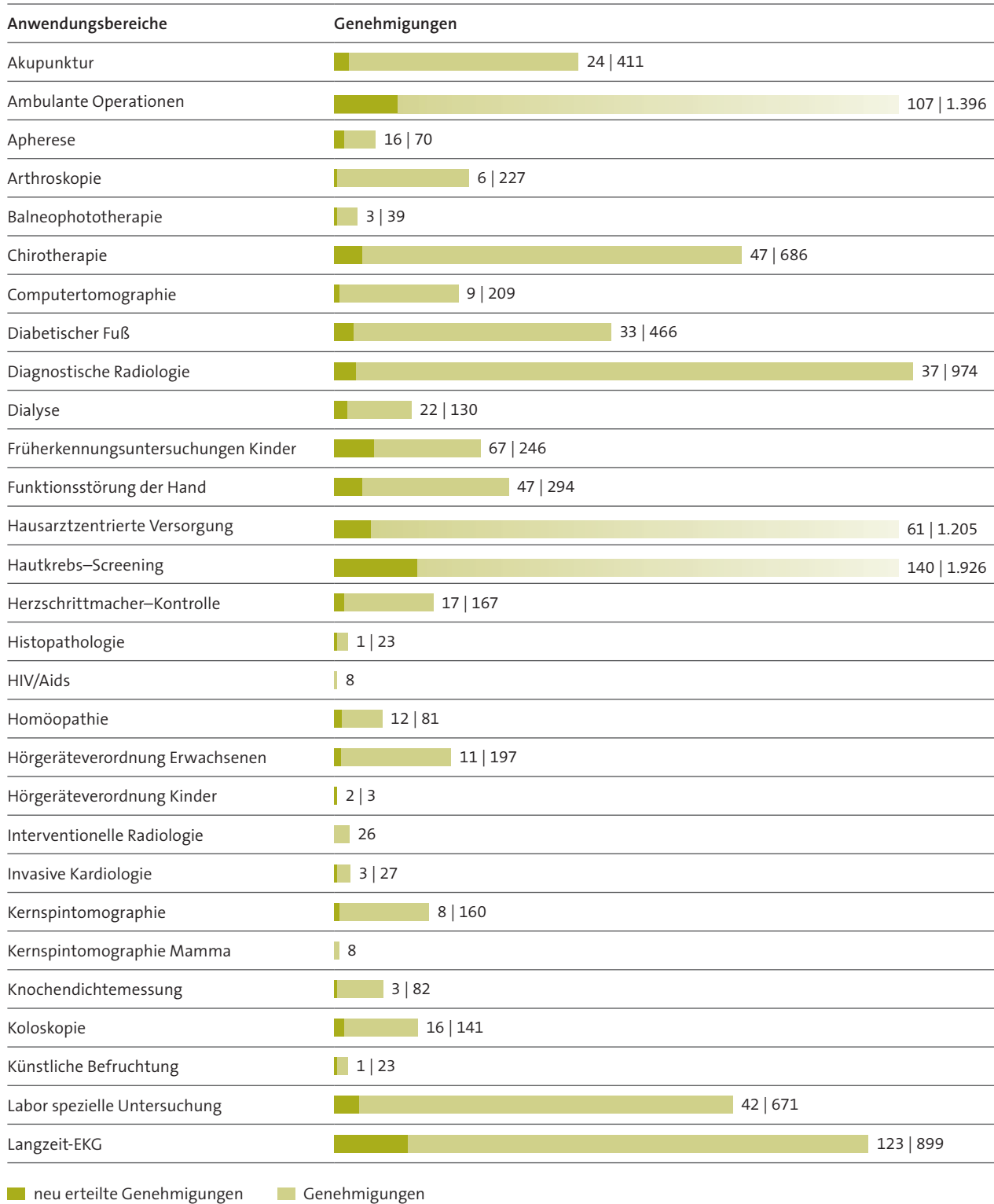
## INSTRUMENTE

Um die Qualität dieser medizinischen Leistungen fortlaufend zu prüfen und dadurch sicherzustellen, wendet die KV RLP verschiedene Instrumente an.

- **Benchmarkberichte:** Durch die Bereitstellung von anonymen Benchmarkberichten ist ein Vergleich der Behandlungsqualität zwischen mehreren Praxen möglich. Dabei werden die von den Ärzten erstellten Dokumentationen ausgewertet und zurückgespiegelt. Dieses Rückmeldesystem hilft dem einzelnen Arzt, seine eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern.
- **Beratung:** Darüber hinaus bieten die KV RLP und die Qualitätssicherungskommissionen allen Mitgliedern eine eingehende Beratung zur Verbesserung von Dokumentationsberichten an.
- **Eingangsprüfung:** In einigen Bereichen erfolgt eine Eingangsprüfung zum Nachweis der fachlichen Befähigung. Dies betrifft die kurative Mammographie mit einer Fallsammlungsprüfung und die Zervix-Zytologie mit einer Präparateprüfung.
- **Fortbildung | Qualitätszirkel:** Neben der gesetzlichen Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung enthalten auch viele bundeseinheitliche und regionale Verträge Vorgaben zur Fortbildung, zum Beispiel in Disease Management Programmen, in der Onkologie- oder der Schmerztherapievereinbarung. Nur Vertragsärzte, die diesen Vorgaben nachkommen, dürfen an den Verträgen teilnehmen. Zu den anerkannten Fortbildungsmaßnahmen zählen auch die regelmäßigen Qualitätszirkelsitzungen.
- **Frequenzregelung:** Nur Ärzte, die eine Leistung entsprechend häufig erbringen, dürfen diese in der vertragsärztlichen Versorgung ausführen und abrechnen. Dieses Instrument wird insbesondere bei solchen Maßnahmen zur Voraussetzung gemacht, bei denen die Häufigkeit der Durchführung einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung mit sich bringt.
- **Genehmigung:** Die KV RLP prüft im Rahmen von Genehmigungsverfahren die fachliche Befähigung des Arztes sowie das Einhalten von räumlichen und apparativen Voraussetzungen in der Praxis sowie organisatorischer und personeller Vorgaben.
- **Hygieneprüfung:** Regelmäßige Hygieneprüfungen sind bei Darmspiegelungen vorgeschrieben. Die Überprüfung erfolgt zweimal im Jahr durch ein von der KV RLP beauftragtes Hygieneinstitut.
- **Kolloquium:** Kolloquien sind kollegiale Fachgespräche zwischen niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten sowie der zuständigen Qualitätssicherungskommission. Sie können entweder bereits im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Prüfung der fachlichen Befähigung oder im Rahmen von Prüfverfahren zur Klärung von Auffälligkeiten erforderlich sein.
- **Selbstüberprüfung:** Für den Erhalt ihrer Genehmigung sind mammographierende Ärzte verpflichtet, alle zwei Jahre eine Selbstüberprüfung vorzunehmen. Ziel ist es, bei der Befundung der Röntgenaufnahmen die eigene Treffsicherheit zu kontrollieren und zu schulen.

## GENEHMIGUNGSBEREICHE VON A–Z IM ÜBERBLICK

4







Ablehnungen	Widerrufe	Beendigungen
		27
		93
		8
		18
		9
		22
		61
		16
		76
		48
		166
1		119
		4
		3
		1
		10
		8
		3
		2
		3
		17
		2
1		26
1		79

Auf den folgenden Seiten werden die Qualitäts-sicherungsbereiche der ambulanten Versorgung in einer kompakten Übersicht vorgestellt. Genehmigungspflichtige Leistungen können im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erst erbracht und abgerechnet werden, wenn die KV diese genehmigt hat.

Zum 31. Dezember 2013 lagen der KV RLP mehr als 26.600 personenbezogene Genehmigungen (hellgrüne Darstellung) in den aufgeführten Bereichen vor. Im Berichtsjahr 2013 wurden insgesamt 2.374 Anträge zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen bei der KV RLP gestellt. Davon wurden über 99 Prozent der Anträge positiv beschieden, da die fachlichen, apparativen, räumlichen, personellen sowie organisatorischen Voraussetzungen durch den Antragssteller erfüllt waren (dunkelgrüne Darstellung). Dies zeigt, dass Ärzte und Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz in der Regel über eine ausgezeichnete Qualifikation und Erfahrung verfügen. Nur 0,8 Prozent der Anträge wurden abgelehnt, da die erforderlichen Voraussetzungen für die Erteilung der Genehmigung nicht erfüllt waren.

Die Anzahl der Beendigungen spiegelt unter anderem die Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten wieder, die freiwillig auf ihre Genehmigung verzichten haben. Ebenso ist in der Anzahl der Statuswechsel der Ärzte und Psychotherapeuten, also beispielsweise die Änderung der Praxisstruktur oder der Wechsel von der Anstellung in die Zulassung, enthalten.

Anwendungsbereiche	Genehmigungen
Mammographie	2   129
Mammographie–Screening	5   78
Medizinische Rehabilitation	164   1.877
Molekulargenetik	5   105
MR–Angiografie	5   150
MRSA	121   770
Neuropsychologische Therapie	4   4
Nuklearmedizin	3   82
Onkologie	4   170
Onkologische Nachsorge	187   1.251
Otoakustische Emissionen	15   177
Photodynamische Therapie	11
Phototherapeutische Keratektomie	4
Polygraphie (Schlafapnoe)	23   218
Psychosomatische Grundversorgung	233   3.317
Psychotherapie	92   1.234
Röntgentherapie	10   33
Schmerztherapie	6   69
Schwangerschaftsabbruch	15
Sozialpsychiatrie	3   23
Soziotherapie	2   134
Stoßwellenlithotripsie	9   66
Strahlentherapie	4   63
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	10   85
Übende und suggestive Techniken	41   775
Ultraschalldiagnostik	512   4.511
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte	37   411
Vakuumbiopsie der Brust	1   8
Zytologie	44

■ neu erteilte Genehmigungen    ■ Genehmigungen



Ablehnungen	Widerrufe	Beendigungen
		4
		6
1		■ 82
		■ 24
		2
		■ 97
		3
		3
		■ 201
		9
		1
1		8
		■ 241
		■ 63
		4
2		4
		1
		8
		7
		3
		9
		■ 52
9	3	■ 453
		■ 31
		1
2		7

## STICHPROBENPRÜFUNGEN IM ÜBERBLICK

5

### STICHPROBENPRÜFUNG IM JAHR 2013

Die KV RLP prüft die Qualität bestimmter Leistungen durch Zufallsstichproben. Dazu werden Vertragsärzte aufgefordert, schriftliche und gegebenenfalls bildliche Patientendokumentationen einzureichen, die von den entsprechenden Kommissionen überprüft werden. Da im Vertragsarztrecht bisher keine Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Nuklearmedizin und Strahlentherapie festgelegt sind,

übernimmt die Ärztliche Stelle (ÄS) die Sicherung der Ergebnisqualität. Sie wurde vom Gesetzgeber eingerichtet und ist in Rheinland-Pfalz eine gemeinsame organisatorische Einheit der KV RLP und Landesärztekammer Rheinland-Pfalz. Die Ärztliche Stelle wirkt darauf hin, dass die gesetzlichen Vorgaben der Röntgen- und Strahlenschutzverordnung umgesetzt werden.

### Dokumentationsprüfungen (Ärzte) im Jahr 2013

Akupunktur	21		19   2
Dialyse	2		2
HIV/AIDS	1		1
Koloskopie	80		70   10
Onkologie	15		10   5
Polypektomien	80		73   7
Ultraschalldiagnostik	144		112   32
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte	86		72   14
Vakuumbiopsie der Brust	1		1
Zytologie	28		20   8

■ bestanden    ■ nicht bestanden

Arthroskopie	7		4   2   1
Computertomographie	32		32
Diagnostische Radiologie	326		233   71   18   4
Kernspintomographie	10		8   1   1
Magnetresonanz-Angiographie	32		31   1
Mammographie	56		46   2   8
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	139		103   23   4   9

■ keine Beanstandungen    ■ geringe Beanstandungen  
 ■ erhebliche Beanstandungen    ■ schwerwiegende Beanstandungen



## RECHTSGRUNDLAGEN

Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ihrer Leistungen verpflichtet. Darüber hinaus müssen sich die Niedergelassenen an Maßnahmen zur Qualitätssicherung beteiligen und ein internes Qualitätsmanagement einführen. Die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen in der Qualitätssicherung bestehen darin, Maßnahmen

zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Aufgrund ihrer zentralen Bedeutung für das Gesundheitswesen ist die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Versorgung im fünften Sozialgesetzbuch festgelegt. Für einige Genehmigungsbereiche gibt es noch weitere Rechtsgrundlagen, die nachfolgend aufgeführt sind:

6

Akupunktur	<p>§ 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten)</p> <p>§ 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)</p> <p>§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)</p>
Ambulante Operationen	<p>§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen, einschließlich der notwendigen Anästhesien)</p> <p>§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)</p>
Apherese	<p>§ 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren)</p>
Arthroskopie	<p>§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen)</p> <p>§ 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie, QBA-RL)</p> <p>§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)</p>
Balneophototherapie	<p>§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Balneophototherapie)</p> <p>§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)</p>
Chirotherapie	Bestimmungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
Computertomographie	<p>§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)</p> <p>§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)</p> <p>§ 136 SGB V (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik)</p> <p>§ 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung)</p>
Diabetischer Fuß	Bestimmungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
Diagnostische Radiologie	<p>§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)</p> <p>§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)</p> <p>§ 136 SGB V (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik)</p> <p>§ 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung)</p>

Dialyse	<p>§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren)</p> <p>§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)</p> <p>BMV-Ä/EKV Anlage 9.1 (Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten)</p> <p>§ 136 SGB V (Richtlinie zur Sicherung der Qualität in der Dialysebehandlung)</p>
DMP Asthma /COPD	§ 137 f SGB V in Verbindung mit der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) sowie der DMP-Richtlinie
DMP Brustkrebs	
DMP Diabetes mellitus Typ 1	
DMP Diabetes mellitus Typ 2	
DMP Koronare Herzkrankheit	
Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern	§ 73 c SGB V (Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung)
Funktionsstörung der Hand	Bestimmungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
Hausarztzentrierte Versorgung	§ 73 b SGB V (Vertrag zur präventionsorientierten Hausarztzentrierten Versorgung)
Hautkrebs–Screening	<p>§ 25 Abs. 4 Satz 2 Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen</p> <p>§ 73 c SGB V (Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung)</p> <p>§ 92 Abs. 1 SGB V (Richtlinien des Unterausschusses Methodenbewertung)</p>
Herzschrittmacher–Kontrolle	<p>§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers)</p> <p>§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)</p>
Histopathologie	<p>§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs–Screenings)</p> <p>§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)</p>
HIV/ Aids	<p>§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung)</p> <p>§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)</p>
Homöopathie	§ 73 c SGB V (Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung)
Hörgeräteversorgung Erwachsenen	<p>§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung)</p> <p>§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)</p>
Hörgeräteversorgung Kinder	<p>§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung)</p> <p>§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)</p>
Interventionelle Radiologie	<p>§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Interventionellen Radiologie)</p> <p>§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)</p>
Invasive Kardiologie	<p>§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung)</p> <p>§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)</p>



Kernspintomographie	§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie)
Kernspintomographie der Mamma	§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung) § 92 Abs. 1 (Richtlinien des Unterausschusses Methodenbewertung) § 136 SGB V (Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie) § 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung)
Knochendichtemessung	§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) § 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)
Koloskopie	§ 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Koloskopie) § 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)
Künstliche Befruchtung	§ 92 Abs. 1 (Richtlinien des Unterausschusses Methodenbewertung)
Labor-Spezielle Untersuchungen	§ 135 Abs. 2 SGB V (Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen) § 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinie der KBV für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung)
Langzeit-EKG	§ 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchung) § 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)
Mammographie	§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Kurativen Mammographie) § 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)
Mammographie-Screening	Anlage 9.2 BM-Ä / EKV (Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening)
Medizinische Rehabilitation	§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) § 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)
Molekulargenetik	§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen) § 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)
MR-Angiographie	§ 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie) § 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung) § 92 Abs. 1 (Richtlinien des Unterausschusses Methodenbewertung)
MRSA	§ 87 Abs. 2a SGB V (Vergütungsvereinbarung) EBM
Neugeborenen Screening	§ 92 Abs. 1 (Richtlinien des Unterausschusses Methodenbewertung)
Neuropsychologische Therapie	§ 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

Nuklearmedizin	§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) § 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)
Onkologie	Anlage 7 BMV-Ä / EKV (Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten)
Onkologische Nachsorge	Vertrag zur Regelung der onkologischen Nachsorge in Rheinland-Pfalz
Otoakustische Emissionen	§ 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung)
Photodynamische Therapie	§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund) § 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)
Phototherapeutische Keratektomie	§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie) § 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)
Polygraphie (Schlafapnoe)	§ 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen) § 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung) § 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung)
Psychosomatische Grundversorgung	§ 82 Abs. 1 SGB V, Anlage 1 BMV-Ä/EKV (Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung) § 92 Abs. 6a SGB V, Anlage 1 BMV-Ä/EKV (Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie)
Psychotherapie	§ 82 Abs. 1 SGB V, Anlage 1 BMV-Ä/EKV (Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung) § 92 Abs. 6a SGB V, Anlage 1 BMV-Ä/EKV (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie)
Röntgentherapie	§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) § 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)
Schmerztherapie	§ 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten) § 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)
Schwangerschaftsabbruch	§ 92 Abs. 1b (Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch)
Sozialpsychiatrie	§ 82 Abs. 1, § 85 Absatz 2, und § 43a SGB V, Anlage 11 EKV (Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen)
Soziotherapie	§ 37a i.V. m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V (Richtlinie über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung)
Stoßwellenlithotripsie	§ 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 4: Stoßwellentherapie bei Harnsteinen)
Strahlentherapie	§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) § 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)





Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	<p>§ 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger)</p> <p>§ 5 Abs. 11 BtMVV (Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger)</p>
Übende und suggestive Techniken	<p>§ 82 Abs. 1 SGB V, Anlage 1 BMV-Ä/EKV (Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung)</p> <p>§ 92 Abs. 6a SGB V, Anlage 1 BMV-Ä/EKV (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie)</p>
Ultraschalldiagnostik	<p>§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik)</p>
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte	<p>§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)</p>
Vakuumbiopsie der Brust	<p>§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust § 75 Abs. 7 SGB V)</p> <p>§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)</p>
Zytologie	<p>§ 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu zytologischen Untersuchungen von Abstrichen der Zervix Uteri)</p> <p>§ 75 Abs. 7 SGB V (Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung)</p>

## QUALITÄTSMANAGEMENT

7

Qualitätsmanagement – kurz QM – ist das zentrale Instrument für einen strukturierten Praxisablauf und gilt als Markenzeichen einer Praxis. Es schafft Transparenz und Übersichtlichkeit und sorgt für eine klare Aufgabenverteilung mit genau geregelten Verantwortlichkeiten. Arbeitsabläufe werden optimiert und Fehlerquellen vermieden. So profitieren Praxisinhaber, Mitarbeiter und Patienten gleichermaßen von einer optimierten Patientenversorgung, einer noch wirtschaftlicher geführten Praxis und einem verbesserten Betriebsklima. Während Ärzte und Psychotherapeuten noch vor wenigen Jahren die gesetzliche Pflicht zur Einführung eines praxisinternen Qualitätsmanagements als zeit- und kostenintensive Bürokratie empfunden haben, wird QM heute in vielen rheinland-pfälzischen Praxen positiv wahrgenommen und umgesetzt.

Ab dem Zeitpunkt ihrer Niederlassung haben Vertragsärzte und -psychotherapeuten als auch Medizinische Versorgungszentren (MVZs) fünf Jahre Zeit, ein praxisinternes QM einzuführen und im Anschluss weiterzuentwickeln. So schreibt es die

„Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung – ÄQM-Richtlinie“ vor, in der der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die grundsätzlichen Anforderungen festgelegt hat. Hiernach ist die KV RLP verpflichtet, jährlich mindestens 2,5 Prozent zufällig ausgewählte MVZs, Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu einer schriftlichen Darlegung des erreichten Einführungs- und Entwicklungsstands des einrichtungsinternen QMs ihrer Praxis aufzufordern. Gleichzeitig unterstützt die KV RLP ihre Mitglieder in allen Phasen der Einführung und Weiterentwicklung mit einem umfangreichen Fortbildungs- und Serviceangebot.

### STAND 2013 IN RHEINLAND-PFALZ

Auf Basis der ÄQM-Richtlinie befragte die KV RLP in 2013 150 zufällig ausgewählte Ärzte, Psychotherapeuten und MVZs von insgesamt 5.890 Praxen, davon sieben ermächtigte Ärzte und zwei MVZs, zum Einführungs- und Entwicklungsstand ihres einrichtungsinternen QM-Systems – das entspricht einer Stichprobe von 2,5 Prozent. 140 Einrichtungen (93,33 Prozent) gaben eine Rückmeldung.

#### Ergebnis der 150 Fragebögen:

	Soll	Phasenkonform (oder bereits weiter)	Nicht phasenkonform (oder keine Auskunft)
Phase I	10 Praxen	10 (100 %)	0
Phase II	15 Praxen	14 (93,33 %)	1
Phase III	4 Praxen	4 (100 %)	0
Phase IV	121 Praxen	97 (80,17 %)	24



**Phase I (Planung):** In der ÄQM-Richtlinie ist für diese Phase ein Zeitraum von zwei Jahren festgelegt. In dieser Zeit müssen die Praxen den Ist-Zustand schriftlich bewerten und konkrete Ziele für das praxiseigene QM festlegen.

Nach dem Datum ihrer Niederlassung sollten zehn Praxen der Stichprobe im Jahr 2013 in dieser Phase sein. Alle Praxen erfüllen diesen Zeitplan fristgerecht, wobei sich eine Praxis bereits in der fortlaufenden Weiterentwicklung befindet und damit dem Zeitplan des G-BA weit voraus ist.

**Phase II (Umsetzung):** In dieser Phase sollen innerhalb von zwei weiteren Jahren konkrete Maßnahmen ergriffen und umgesetzt werden, die sich aus der schriftlichen Selbstbewertung und der Zielfestlegung in Phase I ergeben haben. Diese Maßnahmen müssen alle Grundelemente unter Verwendung aller Instrumente beinhalten, zum Beispiel Notfallmanagement, Patientenbefragung, Implementierung eines Risiko- und Beschwerdemanagements.

Nach dem Datum ihrer Niederlassung sollten 15 Praxen der Stichprobe im Jahr 2013 in dieser Phase sein. Fünf Praxen liegen im Zeitplan, eine Praxis liegt nicht im Soll und die weiteren neun Praxen haben ihr QM bereits erfolgreich eingeführt und entwickeln es nun weiter. Damit sind sie zwei Schritte weiter als zeitlich erforderlich.

**Phase III (Überprüfung):** Diese Phase darf maximal ein Jahr in Anspruch nehmen. In dieser Zeit muss die Praxis mit einer erneuten Selbstbewertung den Stand der Einführung und der Zielerreichung überprüfen. Sie dient dazu, Stärken bewusst zu machen und Verbesserungspotenziale aufzuzeigen.

Nach dem Datum ihrer Niederlassung sollten vier Praxen der Stichprobe im Jahr 2013 in dieser Phase sein. Alle Praxen liegen über dem Zeitplan und befinden sich bereits in der fortlaufenden Weiterentwicklung.

**Phase IV (Fortlaufende Weiterentwicklung):** Das praxisinterne QM gilt als erfolgreich eingeführt, wenn alle Phasen der Einführung und Umsetzung durchlaufen sind. Daran schließt die fortlaufende Weiterentwicklung an, um gewonnene Qualitätsstandards auszubauen, gesteckte Qualitätsziele dauerhaft zu erreichen sowie neue Ziele zu setzen. Qualitätsmanagement ist auch nach der Einführung ein dauerhafter Prozess in der Praxis.

Nach dem Datum ihrer Niederlassung mussten 121 Praxen im Jahr 2013 in dieser Phase sein. Mehr als 80 Prozent, also 97 Praxen aus der Stichprobe, befinden sich bereits in diesem Prozess.

## BILANZ

Wie weit die Einführung eines QMs in rheinland-pfälzischen Praxen fortgeschritten ist, belegen diese zusammengefassten Zahlen für das Jahr 2013: Insgesamt sind 125 der 150 befragten Praxen – also 83,33 Prozent – im beziehungsweise über dem Zeitplan des G-BA. Mit diesen Ergebnissen beweisen rheinland-pfälzische Praxen sowohl besonderes Engagement und ausdauernde Disziplin bei der Umsetzung der bundesweit geltenden Richtlinie zum Qualitätsmanagement als auch Qualität auf höchstem Niveau zum Wohl der Patienten.

 Nähere Informationen: [www.kv-rlp.de/32057](http://www.kv-rlp.de/32057)

## QUALITÄTSZIRKEL

8

Seit ihrer Einführung 1993 spielen die Qualitätszirkel eine zentrale Rolle in der Qualitätssicherung der ambulanten Versorgung. Sie sind ein auf Selbstverantwortung und eigener Motivation basierendes Verfahren zur Evaluation, Sicherung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität im Sinne eines selbst lernenden Systems.

Qualitätszirkel sind freiwillige und regelmäßige Treffen von Ärzten und Psychotherapeuten zum fachlichen Austausch in selbst gewählten Themen. Sie dienen – im Gegensatz zu Schulungen – weniger der Vermittlung von neuem medizinischem Fachwissen. Ziel ist vielmehr, durch systematische Dokumentation und Diskussion Versorgungsroutinen im Praxisalltag bewusst zu machen, um so Verhaltensänderungen zu ermöglichen.

Für die Anerkennung als Qualitätszirkel und damit als Voraussetzung für den Erhalt von Fortbildungspunkten gelten laut der Leitlinie zur Anerkennung, Durchführung und Gestaltung von Qualitätszirkeln (QZ-Leitlinie) folgende Kriterien:

- Der Zirkel wird durch einen oder zwei von der KV RLP anerkannte(n) Moderator(en) geleitet.
- Es nehmen in der Regel fünf bis 20 Personen teil.
- Die teilnehmenden Ärzte können gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtung sein.
- Gemeinsame Qualitätszirkel von Ärzten und Psychotherapeuten sind möglich, zum Teil auch unter Einbeziehung anderer an der Versorgung beteiligter Personen, zum Beispiel Praxispersonal oder Hospizschwestern.
- Es gibt mindestens vier Sitzungen im Jahr.
- Die Sitzungen werden strukturiert dokumentiert.
- Die Sitzungen sollen mindestens 60 Minuten dauern.
- Die Sitzungen sollten frei von Sponsoring sein.
- Die Fortbildungsmaßnahme wird durch die KV RLP, Landesärzte- oder Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz anerkannt.

In Rheinland-Pfalz engagierten sich in 2013 fast 5.000 Mitglieder in insgesamt 357 Zirkeln im

haus- und fachärztlichen sowie psychotherapeutischen Bereich und anderen übergreifenden Themen – zum Beispiel im Qualitätsmanagement. Die KV RLP fördert diese engagierte Zirkelarbeit in finanzieller und organisatorischer Hinsicht: Sie bildet Moderatoren aus, vermittelt die Arbeit mit Modulen, realisiert Moderatorentreffen, stellt hierfür Räumlichkeiten an allen Standorten der KV RLP zur Verfügung und vermittelt Kontakte für neue und interessierte Mitglieder. Weiterhin meldet die KV RLP die Fortbildungspunkte der Teilnehmer von Qualitätszirkelsitzungen an die zuständige Ärzte-/ Psychotherapeutenkammer. Mit diesem Leistungspaket fördert die KV RLP seit 2004 erfolgreich eine aktive Zirkelarbeit in Rheinland-Pfalz.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Qualitätszirkelarbeit ist die Unterstützung durch die ausgebildeten Qualitätszirkel-Tutoren der KV RLP. Sie kümmern sich um die Aus- und Weiterbildung der Moderatoren, unterstützen diese in fachlichen und kommunikativen Fragen und beraten den Vorstand sowie die Fachabteilungen. Der Tutoren-Lenkungsausschuss der KV RLP besteht derzeit aus sieben KV-Mitgliedern, die eine entsprechende Tutoren-Weiterbildung bei der KBV absolviert haben.

### Qualitätszirkelarbeit in 2013

Zirkelteilnehmer gesamt	4.974
Anzahl der Qualitätszirkel nach Zirkelarten	357
Anzahl hausärztliche Qualitätszirkel	69
Anzahl fachärztliche Qualitätszirkel	185
Anzahl psychotherapeutische Qualitätszirkel	72
Anzahl sonstige Qualitätszirkel	6
Anzahl berufsgruppenübergreifende Qualitätszirkel	9
Anzahl fachgebietsübergreifende Qualitätszirkel	15
Anzahl sektorenübergreifende Qualitätszirkel	1
Anzahl aktive Moderatoren	395
Anzahl aktive Tutoren	7
Moderatorenausbildung	2
Moderatorenfortbildung	6



## Qualitätszirkellandkarte für Rheinland-Pfalz



Kartographie: Markus Steinmetz, KV RLP

Daten: KV RLP, EasyMap

Stand: 10/2014



# Anzahl der Qualitätszirkel

Welcher Qualitätszirkel passt?

Informationen über die bestehenden Qualitätszirkel sowie Formulare zur Qualitätszirkelarbeit:  
[www.kv-rlp.de/70483](http://www.kv-rlp.de/70483)


## FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG

9

Die Pflicht zur fachlichen Fortbildung nach § 95d des fünften Sozialgesetzbuchs besteht für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten seit 2004. Um der Fortbildungsverpflichtung nachzukommen, sind alle fünf Jahre gegenüber der KV RLP mindestens 250 Fortbildungspunkte nachzuweisen. Dieser Nachweis ist grundsätzlich durch ein Kammerzertifikat zu führen. Fortbildungspunkte können erworben werden durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen wie Vorträgen, Seminaren und Fachtagungen, die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln, das Literaturstudium oder die Nutzung von Online-Fortbildungsangeboten.

Dass sich fast alle Ärzte und Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz regelmäßig und umfassend fortbilden, konnte auch 2013 wieder bestätigt werden.

Über 97 Prozent der Ärzte und Psychotherapeuten haben ihre kontinuierliche Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen belegt. Dabei bilden sich beide Berufsgruppen gleichermaßen gut fort. Mit diesen Ergebnissen fiel die Bilanz in Rheinland-Pfalz ähnlich positiv aus wie in den vergangenen Jahren. Die KV RLP musste nur in wenigen Fällen ihrer gesetzlichen Pflicht zur Kürzung des Honorars aufgrund fehlender Fortbildungspunkte nachkommen. Die von der Kürzung betroffenen Ärzte und Psychotherapeuten haben nun die Gelegenheit, die fehlenden Fortbildungspunkte bis 2015 nachzuholen.

 Weitere Informationen zur Fortbildungsverpflichtung:  
[www.kv-rlp.de/211497](http://www.kv-rlp.de/211497).

### Fortbildungsstand in 2013

	Anzahl Nachweispflichtige	Erfüllt	Nicht erfüllt
Gesamt	302	294 (97,35 %)	8
davon Ärzte	284	276 (97,18 %)	8
davon Psychotherapeuten	18	18 (100 %)	0

## IMPRESSUM

### Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP)  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Isaac-Fulda-Allee 14  
55124 Mainz

### Redaktion

verantwortlich (i. S. d. P.)  
Dr. Sigrid Ultes-Kaiser, Vorsitzende des Vorstands  
Dr. Peter Heinz, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands  
Dr. Klaus Sackenheim, Mitglied des Vorstands

Abteilungen Kommunikation (Redaktionsleitung)  
und Qualitätssicherung der KV RLP

### Bildnachweis

© michaeljung/shutterstock.com (Titelbild)  
© click\_and\_photo/fotolia.com  
© Vivian Seefeld/fotolia.com

**Auflage:** 500 Exemplare

**Stand der Daten:** Dezember 2013

**Erscheinungsweise:** einmal im Jahr

### Umsetzung

Imprimerie Centrale  
15, Rue du Commerce  
L-1351 Luxembourg,  
Internet: [www.ic.lu](http://www.ic.lu)

### Hinweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

Für den – auch teilweisen – Nachdruck von Texten, Grafiken und dergleichen ist das schriftliche Einverständnis der KV RLP Voraussetzung.

**Kassenärztliche Vereinigung  
Rheinland-Pfalz (KV RLP)**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Isaac-Fulda-Allee 14  
55124 Mainz

**Kontakt**

Telefon 06131 326-326  
Telefax 06131 326-4327  
service@kv-rlp.de  
www.kv-rlp.de



**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG  
RHEINLAND-PFALZ**