

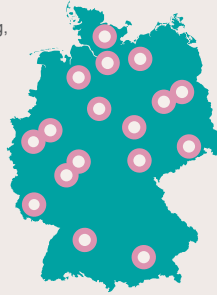
VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG IST QUALITÄTSVERSORGUNG!

System der ambulanten Qualitätssicherung und -förderung

KBV und 17 regionale KVen

Körperschaften mit hoheitlichen Aufgaben (Sicherstellungsauftrag, Gewährleistungspflicht) und Interessenvertretung

- KBV vereinbart Qualitätsstandards im BMV/EBM mit GKV-SV
- KVen haben gesetzliche Verpflichtung zur Förderung der Qualität



Institutionalisierte QS der KVen, zum Beispiel:

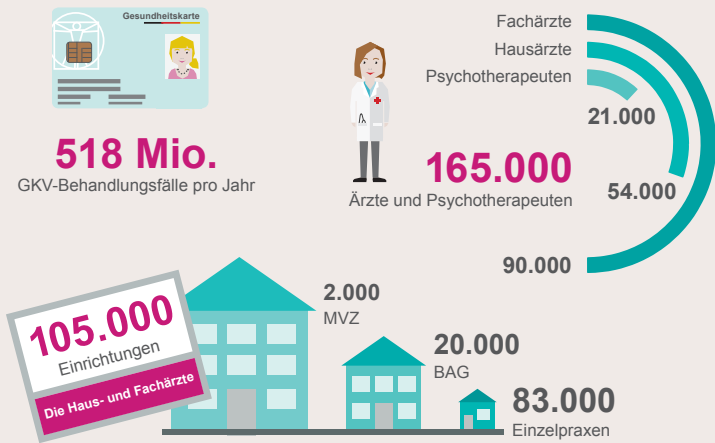
14.000
Einzelfallprüfungen der ärztlichen Dokumentation zu über **145.000** Patienten

Die 17 KVen sind Mitglieder der KBV

Abnahmeprüfung von insgesamt **120.000** Ultraschallsystemen

3.300 besonders erfahrene Ärzte arbeiten ehrenamtlich in QS-Kommissionen

Grunddaten zur ambulanten Versorgung



Grunddaten zur stationären Versorgung



Nationale Versorgungsleitlinien (NVL)

- ÄZQ – Aufgaben:**
- Entwicklung von NVL (z. B. Diabetes, Kreuzschmerz)
 - Evidenzbasierte Medizin
 - Patienteninformation und -leitlinien
 - Patientensicherheit, CIRSmedical



Besonderheiten der ambulanten Versorgung

- vielfach chronische Erkrankungen mit langen Behandlungsverläufen
- Multimorbidität
- häufig Verdachtsdiagnosen / uneindeutige Beschwerdebilder
- psychosoziale Komponente
- häufige Arzt-Patienten-Kontakte
- Schnittstellenmanagement / Koordination
- wiederholte, intensive Kommunikation

Methodische Herausforderungen:

- oft keine klaren Endpunkte der Behandlung
- niedrige „Ereignis“-raten

Ø 840 Behandlungsfälle pro Arzt/Psychotherapeut im Quartal



Verpflichtende Maßnahmen der QS

Vereinbarungen + Anlagen BMV (KBV/GKV-SV) sowie Richtlinien (G-BA)

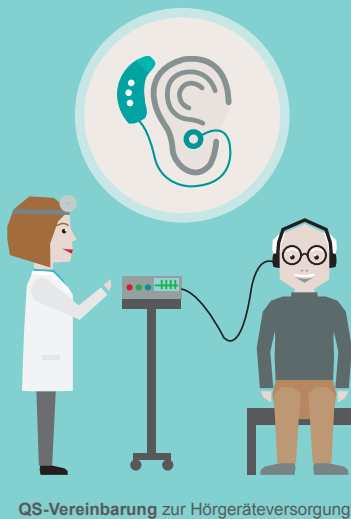
50 Leistungsbereiche

- sanktionsbewehrt bis zum Genehmigungszug

- Beispiele:**
- Koloskopie
 - Ultraschall
 - Hörgeräteversorgung
 - Ambulantes Operieren
 - Schmerztherapie

- Instrumente:**
- Einzelfallprüfungen mittels Stichprobe
 - Frequenzregelungen (Mindestmengen)
 - gerätebezogene Prüfungen
 - Praxisbegehungen
 - Kolloquien
 - Re-Zertifizierungen
 - Rückmeldesysteme/Feedbackberichte

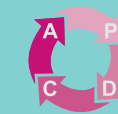
⊕ Zusätzlich sQS-RL (G-BA)



Qualitätsmanagement/ QEP®

Einrichtungsinernes QM:

- patientenorientierte Prozessoptimierung
- für alle Praxen/MVZ verpflichtend
- insgesamt 26.000 Stichprobenprüfungen durch KVen, Bewertung durch QM-Kommissionen

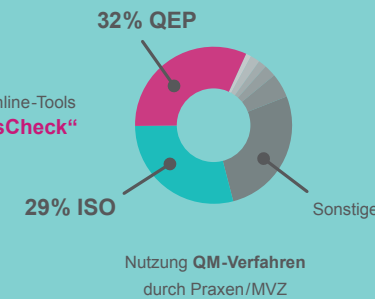
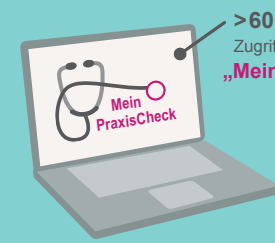


Unterstützungsangebote der KBV/KVen:

- QEP-Einführungsseminar®: > 32.000 Teilnehmer
- QEP-Qualitätsziel-Katalog®
- QEP-Manual®
- optionale Zertifizierung

Patientenbefragung

- Qualität aus Patientenperspektive (ZAP)



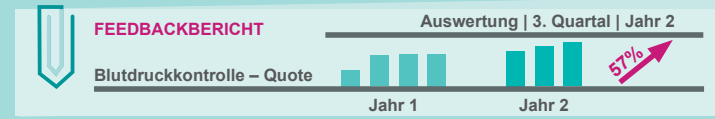
Qualitätsmessung und Transparenz

Externe Transparenz

- jährliche Qualitätsberichte der KBV und 17 KVen

AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

- 48 QI zu Aspekten ambulanter Versorgungsqualität



Qualitätszirkel/ Peer Review

Selbstbestimmte, freiwillige Lehr-Lern-Gruppen

Ziel: kritische Reflexion und Weiterentwicklung eigener Tätigkeit, Versorgungsqualität und Patientensicherheit

9.200 Qualitätszirkel

64.000 Teilnehmer

> 30 Module



Qualifikation/ Zugangsvoraussetzung

Ich habe mich **12 Jahre** qualifiziert!

Facharztanerkennung bzw. Abschluss in einem Psychotherapie-RL-Verfahren (Facharztstatus)

- Weiterbildungsordnung definiert Mindestzahlen

Akkreditierung/Qualifikationsnachweise für genehmigungspflichtige Leistungen



50% der Leistungen des EBM sind spezifisch qualitätsgesichert und sanktionsbewehrt

Nachweis einer kompetenzsichernden Fortbildung

- 250 CME-Fortbildungspunkte in fünf Jahren
- sanktionsbewehrt

98% CME-Erfüllungsgrad

Disease Management Programme (DMP)

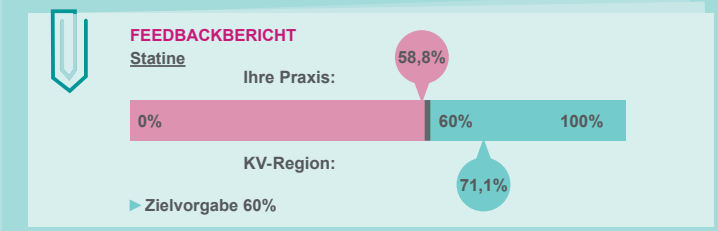
Strukturierte, evidenzbasierte Versorgungsprogramme für chronisch Erkrankte mit Zielvorgaben

- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit (KHK) mit Modul Herzinsuffizienz
- Diabetes mellitus Typ 1
- Asthma bronchiale
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

6,5 Mio. DMP-Patienten insgesamt

Messung mit Qualitätsindikatoren

Feedbackberichte für Ärzte



Peer Review

Vor-Ort-Besuch in der Praxis durch Kollegen und fachlicher Austausch zum Praxishandeln in strukturiertem Prozess

- Bezugsjahr ist in der Regel 2014
- Zahlenangaben gerundet
- Abkürzungen s. Rückseite

VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG IST QUALITÄTSVERSORGUNG!

System der ambulanten Qualitätssicherung und -förderung



KBV

KBV und 17 regionale KVen

Die KBV ist die politische Interessenvertretung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten auf Bundesebene. Als **Körperschaft des öffentlichen Rechts** ist sie Teil der ärztlichen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die 17 regionalen KVen sind die Mitglieder der KBV. Die KBV ist **Vertragspartner** der gesetzlichen Krankenkassen und sonstiger Träger der Krankenversicherung. Zentrale Aufgabe der KVen und der KBV ist die **Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung** (§ 75 SGB V). Im **System der ambulanten Qualitätssicherung und -förderung** nehmen KBV und KVen eine Schlüsselstellung ein (§ 135b SGB V).

Grunddaten zur ambulanten Versorgung

Die vertragsärztliche Versorgung wird durch niedergelassene Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten, angestellte Ärzte/Psychotherapeuten sowie ermächtigte Krankenhausfachärzte sichergestellt. 2014 waren dies ca. **90.000 Fachärzte, 54.000 Hausärzte** sowie **21.000 psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**. Sie versorgen ihre Patienten in Einzelpraxen und zunehmend in kooperativen Strukturen (z. B. BAG oder MVZ). Jährlich gibt es mehr als **518 Mio. Behandlungsfälle** (Behandlung eines Patienten durch eine Praxis in einem Quartal) zu Lasten der GKV. Das sind etwa **30-mal** so viele wie im Krankenhaus.

Dabei unterliegt die Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung einem **Erlaubnisvorbehalt**: Eine Leistung darf nur abgerechnet werden, wenn sie vom G-BA in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen wurde. Im Gegensatz dazu besteht im stationären Sektor ein **Verbotsvorbehalt**: Eine Leistung darf so lange abgerechnet werden, so lange sie nicht aus dem Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen wurde. Anders als im stationären Sektor, der durch Krankenkassen und Länder dual finanziert wird, müssen im vertragsärztlichen Sektor alle **Investitionskosten** aus der ärztlichen Vergütung finanziert werden.

Rechtsnormen

Die Tätigkeit der Vertragsärzte/-psychotherapeuten als selbständige Freiberufler unterliegt mehr als **200 Rechtsnormen** (Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, Verträge, Vereinbarungen). Zu den wichtigsten zählen: SGB V, Zulassungsverordnung, Berufsordnungen, Hygieneverordnungen, Datenschutzgesetze Bund/Länder, Bundesmantelvertrag. Der Bereich der Qualitätssicherung und -förderung wird im Wesentlichen durch das **SGB V** geregelt. Zentrale Paragraphen hierzu sind: § 75 Sicherstellung/Gewährleistung, § 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den G-BA (QS-Vereinbarungen KBV/GKV-SV), § 135a Verpflichtung zur QS/QM, § 135b Förderung der Qualität durch KVen/Qualitätsziele/Qualitätsprüfung, § 136 Richtlinien und Beschlüsse zur QS durch den G-BA, § 136a Umsetzung der QS und Qualitätsdarstellung/QM-RL, § 137a Qualitätsinstitut, § 137b Aufträge des G-BA an das Qualitätsinstitut, § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten.

Als Normgeber im Gesundheitswesen erlässt der **G-BA** sektorspezifische und künftig zunehmend sektorenübergreifende QS-Richtlinien zur Ausgestaltung der medizinischen Versorgung.

Qualifikation/Zugangsvoraussetzung

Voraussetzung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung ist eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt bzw. eine abgeschlossene Ausbildung zum Psychotherapeuten (**Facharztstatus bzw. Fachkundenachweis**) gemäß Weiterbildungsordnungen der Berufskammern. Die Dauer der Aus- und Weiterbildung liegt für Fachärzte i. d. R. zwischen 12-14 Jahren. Darüber hinaus unterliegen Vertragsärzte und -psychotherapeuten sowohl durch ihre Berufsordnungen als auch durch das SGB V der Pflicht zu einer **kontinuierlichen, kompetenzsichernden Fortbildung**. Alle fünf Jahre müssen sie gegenüber ihrer KV mindestens 250 Fortbildungspunkte nachweisen. Anders als im stationären Sektor schreibt das Gesetz bei Nicht-Erfüllung der Fortbildungspflicht **Sanktionen** in Form von Honorarkürzungen bis hin zum Entzug der vertragsärztlichen Zulassung vor. Etwa die Hälfte der abrechenbaren EBM-Leistungen unterliegen spezifischen Qualitätsanforderungen, die gegenüber der KV nachgewiesen werden müssen (**Akkreditierung/Genehmigungsvorbehalt**).

Besonderheiten der ambulanten Versorgung

Das **Spektrum der ambulanten Versorgung** erstreckt sich von haus- und fachärztlicher Grundversorgung bis hin zu hochspezialisierten Leistungen. In die über **100.000 Praxen** (meist Einzelpraxen) kommen häufig Patienten mit unklaren Beschwerdebildern. Die Zuordnung zu einer eindeutigen klinischen Diagnose ergibt sich oft erst aus der weiteren Verlaufsbeobachtung. Typisch ist die intensive Beziehung zu diesen Patienten mit häufigen Arzt-Patienten-Kontakten, teilweise über sehr lange Zeiträume. Viele Patienten sind

chronisch und/oder mehrfach erkrankt. Damit verbunden sind eine wiederholte, zeitintensive Arzt-Patienten-**Kommunikation und Koordinationsaufgaben** an den Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen. Für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung spielen zudem **psychosoziale Aspekte** eine wichtige Rolle.

Für die **Messung und Darstellung** der Versorgungsqualität ergeben sich aus diesen Charakteristika besondere Herausforderungen. So lassen sich häufig keine klaren Endpunkte der Behandlung definieren. Komplikationen und Krankheitsfolgen (z. B. Schlaganfälle, Herzinfarkte) können aufgrund niedriger Ereignisraten und der uneindeutigen Zuschreibbarkeit (d. h., wer trägt die Verantwortung für das Ergebnis) nicht zur Messung der Behandlungsqualität einer einzelnen Praxis herangezogen werden. Messungen mittels regionaler QI haben diese Einschränkungen nicht und können für eine **regionenbezogene Qualitätsförderung** eingesetzt werden.

Qualitätssicherung und -förderung müssen **auf die Besonderheiten** der ambulanten Versorgung **zugeschnitten** sein, damit sie wirkungsvoll und nachhaltig sind. **Freiwillige Qualitätsinitiativen** sind Ausdruck der intrinsischen Motivation der Niedergelassenen zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität. Daher sollte solchen Eigeninitiativen der Vorrang vor verpflichtenden Maßnahmen gegeben werden bzw. sollten sie mit diesen ausgewogen kombiniert werden. Nur in manchen Fällen können methodische Ansätze aus der stationären QS auf die ambulante Versorgungssituation übertragen werden.

Verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung

Weite Teile der ambulanten Versorgung unterliegen einer verpflichtenden Qualitätssicherung. Im Fokus stehen dabei eine **effektive, effiziente und sichere Patientenbehandlung**. Die KVen setzen die Vorgaben zur QS entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag um. Dabei nutzen sie ein breites Spektrum unterschiedlicher Instrumente, die zielgerichtet ausgewählt und kombiniert werden.

Grundlagen der meisten QS-Maßnahmen im vertragsärztlichen Bereich sind **bundesweit einheitliche QS-Vereinbarungen** gemäß § 135 Abs. 2 SGB V. Geschlossen werden sie von den **Partnern des BMV (KBV/GKV-SV)**. Fester Bestandteil solcher Vereinbarungen ist die Festlegung von Anforderungen an die Versorgungsqualität, insbesondere zur Strukturqualität (z. B. Nachweis besonderer Qualifikationsvoraussetzungen, Gerätequalität, Praxisausstattung), aber auch zu prozess- und ergebnisbezogenen Kriterien. Die Einhaltung der Vorgaben wird regelhaft und systematisch durch die KVen überprüft. **Sanktionen** sind im Regelwerk definiert und reichen von Wiederholungsprüfungen, Auflagen zur Mängelbeseitigung, Nichtvergütung der Leistungen bzw. Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen bis hin zum Widerruf der Abrechnungsgenehmigung (2012: 700, 2013: 1.000, 2014: 700 Widerrufe). QS-Regelungen bestehen aktuell für ca. **50 Leistungsbereiche** (z. B. zytologische Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung, spezialisierte Versorgung von Patienten mit HIV/Aids, Hörgeräteversorgung oder Versorgung chronisch Schmerzkranker). Hinzu kommen die sechs Krankheitsbilder der DMP. Kompetenzzentren des KV-Systems wie das **CoC „Hygiene und Medizinprodukte“** unterstützen die Niedergelassenen bei der Umsetzung der Qualitätsanforderungen.

Zusätzlich gibt es Vorgaben zur QS durch **Richtlinien des G-BA** (z. B. QM-RL, Q-Beurteilungs-RL zu verschiedenen Verfahren der bildgebenden Diagnostik, Qualitätsprüfungs-RL vertragsärztliche Versorgung, QS-RL zu Dialyse-Behandlungen). Neben der etablierten sektorspezifischen Qualitätssicherung legen komplexe Versorgungspfade und die Vernetzung der Versorgungsstrukturen eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Betrachtung nahe. Der Gesetzgeber hat den G-BA verpflichtet, dazu entsprechende Regelungen (sektorenübergreifende QS-Richtlinien) zu erlassen.

Qualitätsmanagement/QEP®

Alle Praxen und MVZ sind **verpflichtet**, einrichtungsintern QM einzuführen und weiterzuentwickeln. Die **QM-Kommissionen** der KVen prüfen den Umsetzungsstand durch Stichproben, deren Ergebnisse an den G-BA berichtet werden.

Zur Förderung der ambulanten Versorgungsqualität gemäß § 135b SGB V haben KBV und KVen ein spezifisch auf die ambulante Versorgung zugeschnittenes QM-Verfahren entwickelt: **„QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen“**^{em}. Ca. **ein Drittel** aller Praxen und MVZ nutzt QEP als Grundlage für ihr internes QM. KBV und KVen stellen dazu zahlreiche **Unterstützungsangebote** zur Verfügung: Einführungsseminare und Schulungen, QEP-Qualitätsziel-Katalog, QEP-Manual, Broschüre „PraxisWissen QM“ oder Online-Tools „Mein PraxisCheck“ (Themen bislang: Informationssicherheit, Hygienemanagement, Impfen). Diese Webapplikation wurde mehr als 60.000 Mal genutzt. (www.kbv.de/qep) Für die Durchführung von **Patientenbefragungen** zur Patientenzufriedenheit stehen validierte Fragebogen zur Verfügung. Künftig wird eine elektronisch gestützte Durchführung und Auswertung möglich sein.

Disease Management Programme

DMP sind **strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen** nach § 137f SGB V. Die Versorgung verläuft nach standardisierten Vorgaben, alle Schritte der Behandlung werden auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien aufeinander abgestimmt. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist die **Mitarbeit der Patienten**. Dazu legen Ärzte und Patienten **gemeinsam Therapieziele** fest und stimmen den Behandlungsverlauf ab. Die Qualitätssicherung basiert auf einer standardisierten Dokumentation und **Datenerhebung** zum Behandlungsverlauf. Über **Feedbackberichte** erhalten die Ärzte Informationen über die Versorgung der eigenen Patienten, auch im **Vergleich zu anderen Praxen** der jeweiligen KV-Region. Die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme werden vom G-BA beschlossen und regional in Verträgen zwischen Krankenkassen und KVen umgesetzt.

Derzeit existieren DMP für die **Indikationen** Diabetes mellitus Typ 2 (4,0 Mio. eingeschriebene Versicherte), Asthma bronchiale (0,9 Mio.), Brustkrebs (0,1 Mio.), Koronare Herzkrankheit (KHK) inkl. Modul Herzinsuffizienz (1,8 Mio.), Diabetes mellitus Typ 1 (0,2 Mio.) sowie Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) (0,7 Mio.). Insgesamt sind mehr als **6,5 Mio. Patienten** in DMP eingeschrieben (z. T. Mehrfacheinnahme). Für Ärzte und Patienten ist die Teilnahme an DMP freiwillig. Für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 besitzen beispielsweise mehr als 48.000 Vertragsärzte eine Teilnahmegenehmigung.

Qualitätsmessung und Transparenz

Über das **Messen, Bewerten und Darstellen** von Qualitätsaspekten können Qualitätsverbesserungspotenziale identifiziert und Veränderungen eingeleitet werden (PDCA-Zyklus). KVen und KBV bieten mit ihren **Qualitätsberichten** seit mehr als zehn Jahren eine gut etablierte externe Qualitätstransparenz. Zu **mehr als 50 Themen** und Leistungsbereichen der vertragsärztlichen Versorgung wird jährlich detailliert über Art, Umfang und Ergebnis von Qualitätsförderungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen sowohl auf Bundesebene als auch auf KV-Ebene transparent berichtet.

Ferner hat die KBV mit dem Indikatorenset **„AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“** ein Set von 48 validen QI für die ambulante Versorgung bereitgestellt. Die Besonderheiten ambulanter Versorgung sowie fehlende technische Voraussetzungen limitieren jedoch die Verwendung von Qualitätsindikatoren zur Messung der Versorgungsqualität. Bestimmte Aspekte und die öffentliche Darstellung von Ergebnissen einzelner Einrichtungen erfordern hohe methodische Standards.

Qualitätszirkel/Peer Review

Vertragsärztliche Qualitätszirkel gelten seit über 20 Jahren als eine anerkannte, auf **ärztlicher Eigeninitiative** beruhende Methode der QS und Fortbildung. Im **Austausch mit Kollegen** reflektieren Ärzte und Psychotherapeuten ihre Versorgungstätigkeit mit dem Ziel der kontinuierlichen Weiterentwicklung von **Qualität und Patientensicherheit**. QZ basieren auf dem Gedanken des Peer Reviews. Die KBV unterstützt QZ durch ein Konzept der Aus- und Fortbildung von Qualitätszirkel-Tutoren und -Moderatoren, das im **KBV-Handbuch QZ** niedergelegt ist. Mehr als **30 thematische Module** (z. B. Patientenfallkonferenz, Pharmakotherapie, Kultursensible Versorgung, Hygienemanagement) inkl. didaktischer Materialien stehen zur Verfügung. Bundesweit engagieren sich knapp **7.000 Moderatoren** in ca. **9.200 Zirkeln**, an denen ca. **64.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten** teilnehmen. **Peer Review mit Vor-Ort-Besuch in der Praxis** durch Fachkollegen dient ebenfalls der strukturierten, kritischen (Selbst-)Reflexion. Die KBV unterstützt die Etablierung dieser Methode in der ambulanten Versorgung durch Empfehlungen für Praxen, Arztnetze und QZ sowie die Förderung von Projekten.

Nationale VersorgungsLeitlinien

Das **Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)** ist ein gemeinsames Kompetenzzentrum von KBV und BÄK und stellt evidenzbasierte Informationsangebote zur Verfügung. Dazu zählt das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL), an dem sich außerdem die AWMF beteiligt. Nationale VersorgungsLeitlinien sind **evidenzbasierte ärztliche Entscheidungshilfen** für die strukturierte medizinische Versorgung. Aktuell gibt es NVL zu den Themen Asthma, COPD, Diabetes (Fuß- und Netzhautkomplikationen, Neuropathie, Nierenerkrankungen, strukturierte Schulungsprogramme und Therapie), Herzinsuffizienz, Chronische KHK, Krebsschmerz und Unipolare Depression. Zu jeder NVL werden eine Kurzfassung, eine **Patientenleitlinie**, ein Leitlinienreport und Praxishilfen publiziert. Im Portal **Patientensicherheit-Online.de** veröffentlicht das ÄZQ aktuelle Informationen und Projekte zum Thema Patientensicherheit. Dazu gehört **CIRSmederal.de** – eine freiwillige Initiative der Ärzteschaft. Das anonyme Berichts- und Lernsystem ermöglicht, von kritischen Ereignissen und Fehlern zu berichten und daraus zu lernen. (www.aezq.de)

Abkürzungen	
<i>Ambulant</i> =	vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung
<i>Stationär</i> =	nur Krankenhausversorgung
ÄK:	Ärztekammer
AWMF:	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
AQUIK:	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
ASV:	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
BAG:	Berufsausübungsgemeinschaft
BÄK:	Bundesärztekammer
BMV:	Bundesmantelvertrag Ärzte
CIRSmederal:	Critical Incident Reporting-System des ÄZQ
CME:	Continuing Medical Education
CoC:	Kompetenzzentrum
DMP:	Disease Management Programm
EBM:	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA:	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV:	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV:	Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung
KBV:	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV:	Kassenärztliche Vereinigung
MVZ:	Medizinisches Versorgungszentrum
PDCA:	Plan-Do-Check-Act-Zyklus nach Deming
PK:	Psychotherapeutenkammer
Q:	Qualität
QF:	Qualitätsförderung
QI:	Qualitätsindikator
QM:	Qualitätsmanagement
QS:	Qualitätssicherung
QZ:	Qualitätszirkel
SGB V:	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
RL:	Richtlinie
VO:	Verordnung
ZAP:	Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientensicht

Impressum

Kassenärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.

Januar 2016

Copyright © by Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2 | 10623 Berlin

Dezernat 7 | Dr. med. Franziska Diel

dez7@kbv.de | www.kbv.de

Gestaltung:

SCHÖN UND MIDDELHAUFE | Studio für Gestaltung

www.schoenundmiddelhaufe.de