

**Vereinbarung  
zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement  
in der  
stationären Vorsorge und Rehabilitation  
nach § 137d Abs. 1 und 1a SGB V**

**zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen**

AOK-Bundesverband

Bundesverband der Betriebskrankenkassen

IKK-Bundesverband

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Bundesknappschaft

See-Krankenkasse

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. – VdAK –

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

**und den für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisationen**

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation für Kinder und Jugendliche Bundesrepublik Deutschland

Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V. (BDPK)

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V.

Deutscher Caritasverband e.V.

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) e.V.

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.

Fachverband Sucht e.V.

Deutsches Müttergenesungswerk (MGW)

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. (DPWV)

Deutsches Rotes Kreuz e.V.

Verband der Kurbeherbergungsbetriebe Deutschlands e.V.

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.

## **Präambel**

Die Vereinbarungspartner setzen sich für eine bedarfsgerechte, am individuellen Vorsorge- bzw. Rehabilitationsbedarf des Patienten ausgerichtete, qualifizierte und wirksame Versorgung mit stationären medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen ein. Die Qualitätssicherung stellt dabei ein wesentliches Element für eine effektive und effiziente Versorgung dar, ermöglicht den Versicherten eine qualitätsgesicherte Behandlung und bildet die Grundlage für qualitätsorientierten Wettbewerb. In diesem Sinn werden die nachstehenden Anforderungen an die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung und die Grundsätze für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vereinbart. Damit bildet die Vereinbarung eine wichtige Grundlage für einheitliche Anforderungen an die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement im stationären Vorsorge- und Rehabilitationsbereich.

## **§ 1**

### **Ziele und Inhalte der Vereinbarung**

(1) Die Vereinbarung gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände sowie für die nach §§ 111, 111a SGB V zugelassenen stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Sie regelt die Erfordernisse des § 137d Abs. 1 und 1a SGB V.

(2) Die Vereinbarung trägt dafür Sorge, dass stationäre medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen mit Hilfe geeigneter Maßnahmen zur Qualitätssicherung ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und zielgerichtet erbracht werden, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen, insbesondere der rehabilitationsmedizinischen Erkenntnisse entsprechen und kontinuierlich weiterentwickelt werden.

(3) Die Inhalte der Vereinbarung berücksichtigen die Regelungsinhalte der Gemeinsamen Empfehlung nach § 20 SGB IX vom 27. März 2003.

(4) Maßnahmen der Qualitätssicherung für Leistungen der ambulanten medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation werden in einer gesonderten Vereinbarung gemäß § 137d Abs. 2 SGB V geregelt.

(5) Leistungen zur stationären medizinischen Vorsorge bzw. Rehabilitation im Sinne dieser Vereinbarung sind die Leistungen nach § 23 Abs. 4 SGB V bzw. §§ 40 Absatz 2, 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie § 24 Abs. 1 bzw. § 41 Abs. 1 SGB V.

(6) Für eine weiter gehende Konkretisierung und Abgrenzung der Begriffe Vorsorge und Rehabilitation wird auf die entsprechenden Regelungen des SGB IX sowie die jeweils aktuelle Fassung der "Gemeinsamen Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111a (alt) SGB V, vom 12. Mai 1999" (§ 111b (neu) SGB V) verwiesen.

## **§ 2**

### **Definition von Qualität und Zielbestimmung von Qualitätssicherung**

(1) Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation haben die erforderliche Qualität, wenn sie die Ziele der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation erreichen, ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und zielgerichtet sind und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen, insbesondere der rehabilitationsmedizinischen Erkenntnisse entsprechen.

(2) Ziel der externen Qualitätssicherung ist es, mittels geeigneter Verfahren die Qualität der Leistungserbringung transparent zu machen, sie objektiv zu bewerten und zu vergleichen und auf diese Weise zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen beizutragen. Dies ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sich Versicherte, Leistungsträger, soweit ein berechtigtes Interesse besteht, und die Einrichtungen selbst über die Qualität informieren können und Qualität zu einer relevanten Entscheidungsgrundlage für alle Beteiligten wird.

(3) Interne Qualitätsmanagementsysteme dienen vordringlich der einrichtungsinternen kontinuierlichen Problemerkennung, Schwachstellenanalyse und Quali-

tätsverbesserung sowie der Weiterentwicklung der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Leistungserbringung. Dabei werden die Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung berücksichtigt.

### **§ 3**

#### **Dimensionen der Qualität**

(1) Qualität umfasst die drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, wobei die verschiedenen Indikationen und Zielgruppen in der stationären Vorsorge und Rehabilitation mit ihren speziellen Behandlungsschwerpunkten besondere Berücksichtigung finden.

(2) Die Strukturqualität beschreibt Rahmenbedingungen des Leistungsprozesses. Hierzu zählen u. a.:

- konzeptionelle Merkmale/Leistungsspektrum
- räumliche und sachliche Ausstattung
- personelle Ausstattung
- Qualifikation, Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Einbindung in Versorgungsstrukturen einschließlich der Selbsthilfe
- interne Vernetzung (z.B. Teambesprechungen).

(3) Die Prozessqualität bezieht sich auf die ganzheitlichen, multidisziplinären und komplexen Leistungsprozesse in den stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und beinhaltet Art, Umfang und Intensität der verwendeten diagnostischen wie therapeutischen Verfahren und Methoden. Zur Prozessqualität gehören die Planung, Strukturierung und der Ablauf der Leistungserbringung sowie deren sachgerechte Durchführung. Hierzu zählen u.a.:

- interdisziplinäre Feststellung, Überprüfung und Fortschreibung des individuellen Vorsorge- bzw. Rehabilitationsbedarfs der Versicherten
- Vereinbarung individueller Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziele mit den Versicherten

- Erstellung eines Vorsorge- bzw. Rehabilitationsplans unter Berücksichtigung der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziele mit Angabe der jeweils notwendigen Leistungen (Inhalte, Methoden und Leistungsdichte) und ggf. einer Anpassung von Zielen und Leistungen je nach dem Verlauf der Maßnahme
- Dokumentation und Bewertung des Verlaufs der Maßnahme
- interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Einrichtungen sowie einrichtungsübergreifend
- kontinuierliche Abstimmung innerhalb des Teams
- kontinuierliche Abstimmung mit den Versicherten, ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen oder der Bezugspersonen
- Kooperation u.a. mit vor- und nachbehandelnden Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten, Konsiliarärzten, Konsiliardiensten, den in der Nachsorge eingebundenen Diensten und den Selbsthilfegruppen.

(4) Ergebnisqualität bezieht sich darauf, in welchem Ausmaß die mit der Leistungserbringung vereinbarten spezifischen Ziele erreicht wurden. Die Beurteilung des Erfolges geschieht u.a. durch:

- einen Soll-Ist-Vergleich zur Überprüfung der Ergebnisse anhand festgelegter Ziele
- den Grad der Zielerreichung durch die Einschätzung und Bewertung der Versicherten, ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen oder Bezugspersonen
- den Grad der Zielerreichung durch die Einschätzung und Bewertung von Experten (z.B. Arzt, Berater des Rehabilitationsträgers).

## § 4

### **Ziele und Grundsätze des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**

(1) Im Mittelpunkt des internen Qualitätsmanagements steht die Ergebnisqualität. Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements werden Qualitätsziele der Einrichtung festgelegt. Dabei werden die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung berücksichtigt.

(2) Die Verantwortlichkeit für das interne Qualitätsmanagement liegt in der Einrichtung auf der Leitungsebene. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Ebenen und Bereiche werden am Prozess der Sicherung und Weiterentwicklung von Qualität beteiligt.

(3) Voraussetzung für ein effektives internes Qualitätsmanagement, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert, ist das Schaffen entsprechender Qualitätsmanagementstrukturen in den Einrichtungen sowie ihre externe Überprüfung und Bewertung, die mindestens alle zwei Jahre erfolgen muss. Zu den Qualitätsmanagementstrukturen zählen insbesondere:

- Entwicklung eines Leitbildes
- verbindliches, schriftliches Einrichtungs- bzw. Klinikkonzept
- indikationsspezifische Behandlungskonzepte
- Entwicklung von Qualitätszielen auf Basis der internen Managementbewertung
- Bestellung eines qualifizierten Qualitätsbeauftragten mit den erforderlichen Ressourcen
- schriftliche Regelung von Verantwortlichkeiten
- systematisches Beschwerdemanagement
- systematisches Fehlermanagement
- kontinuierliche Dokumentation, Überwachung und Steuerung von Vorsorge- oder Rehabilitationsprozessen

- Verfahren zur internen Ergebnismessung und -analyse
- regelhafte Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der Versicherten sowie der am Behandlungsablauf Beteiligten
- regelhafte Selbstüberprüfung aller wesentlichen Prozesse (z.B. interne Audits oder Self-Assessment).

## **§ 5**

### **Ziele und Grundsätze der externen Qualitätssicherung**

(1) Externe Qualitätssicherung liegt in der gemeinsamen Verantwortung und im gemeinsamen Interesse der Vereinbarungspartner.

(2) Sie dient vor allem dazu, die Behandlungsqualität der Vorsorge und Rehabilitation zu stabilisieren und weiter zu entwickeln. Sie trägt dazu bei, durch den Einsatz geeigneter, bundeseinheitlich angewandter Instrumente und Verfahren die Qualität von Leistungen einrichtungsbezogen und einrichtungsübergreifend darzustellen.

(3) Externe Qualitätssicherung ist eine Voraussetzung für die bedarfsgerechte und an den Erfordernissen des Einzelfalles ausgerichtete Vorsorge und Rehabilitation. Sie trägt zur Transparenz des Leistungsgeschehens bei.

(4) Im Mittelpunkt der externen Qualitätssicherung steht die Ergebnisqualität. Die Ergebnisqualität wird von der Struktur- und der Prozessqualität beeinflusst und durch ihren Bezug darauf nachvollziehbar. Die Qualität einer Einrichtung lässt sich nur mit Hilfe aller drei Qualitätsdimensionen angemessen darstellen. Daher werden auch die strukturellen Gegebenheiten und die Ablaufprozesse in den Einrichtungen, die zur Erreichung der Ergebnisqualität beitragen, als qualitätsrelevante Merkmale gewertet. Grundlage hierfür sind bundeseinheitliche Qualitätskriterien, die den Einrichtungen im Vorfeld bekannt sein müssen.

## § 6

### Verfahren der externen Qualitätssicherung

- (1) Grundlage für einen kontinuierlichen Qualitätssicherungs- und -verbesserungsprozess ist ein routinemäßig angewandtes Verfahren zur Erfassung des Ist-Zustandes der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Erfassung wird in regelmäßigen Abständen wiederholt.
- (2) Die eingesetzten Instrumente der externen Qualitätssicherung tragen den indikations- und zielgruppenspezifischen Besonderheiten der jeweiligen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Rechnung.
- (3) Grundlegende Anforderung an das externe Qualitätssicherungsverfahren ist seine bundesweite Einheitlichkeit in seiner Ausgestaltung, Anwendung und Verbindlichkeit mit dem Ziel des Einrichtungsvergleiches und der Weiterentwicklung der Behandlungsqualität. Die Leistungserbringer sind im Rahmen der gesetzlichen Regelungen verpflichtet, sich an einem externen Qualitätssicherungsverfahren zu beteiligen.
- (4) Sofern eine Einrichtung aufgrund ihres Belegungsschwerpunktes am Qualitätssicherungsverfahren der Rentenversicherung teilnimmt, kann sie nicht verpflichtet werden, sich am externen Qualitätssicherungsverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen zu beteiligen (vgl. Gemeinsame Erklärung, Oktober 1999, **Anlage**). Näheres regelt der Gemeinsame Ausschuss nach § 10.
- (5) Zur Erfassung, Dokumentation und Sicherstellung der Strukturqualität werden Kriterienkataloge mit prospektiv festgelegten Anforderungen vor allem zur räumlichen, sächlichen und personellen Ausstattung der Einrichtungen verwendet (Strukturerhebungsbogen). Die Anforderungen sollen soweit wie möglich einrichtungsübergreifend einheitlich sein, aber die indikations- und zielgruppenspezifischen Erfordernisse berücksichtigen. Die Ausstattung wird anhand standardisierter Erhebungsbögen bei den Einrichtungen abgefragt und mit den festgelegten Anforderungen verglichen.

(6) Die Prozessqualität wird in regelmäßigen Abständen durch externe, unabhängige Gutachter anhand von prospektiv festgelegten Kriterien gemessen, die die verschiedenen Dimensionen der Prozessqualität erfassen, beschreiben und dokumentieren. Die Leitung der jeweiligen Einrichtung wird einbezogen. Die festgelegten Kriterien sollen einrichtungsübergreifend einheitlich sein, aber die indikations- und zielgruppenspezifischen Erfordernisse berücksichtigen.

(7) Wesentliche Zielgröße der externen Qualitätssicherung ist die Ergebnisqualität. Um eine möglichst umfassende Darstellung der Ergebnisqualität zu erhalten, werden sowohl die Versicherten, ggf. deren Angehörige oder Bezugspersonen, als auch die Leistungserbringer in die Beurteilung einbezogen.

(8) Um die Angaben der Einrichtungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu überprüfen, können darüber hinaus stichprobenhafte Überprüfungen, ggf. auch Visitationen durch externe, unabhängige Beauftragte durchgeführt werden. Die Leitung der jeweiligen Einrichtung wird einbezogen.

## **§ 7**

### **Vergleichende Qualitätsanalysen**

(1) Grundlage für vergleichende Qualitätsanalysen der Einrichtungen sind die im Rahmen des externen Qualitätssicherungsverfahrens routinemäßig erhobenen Daten in den Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

(2) Voraussetzung für vergleichende Qualitätsanalysen ist die Vergleichbarkeit der einbezogenen Einrichtungen. Als Grundlage für die Vergleiche müssen deshalb aussagefähige Indikatoren (sog. Prädiktoren) festgelegt und berücksichtigt werden, die einen systematischen Einfluss auf den Erfolg der Maßnahme haben und den Einrichtungen im Vorfeld bekannt sind, doch von der Einrichtung nicht beeinflusst werden können. Hierzu zählt insbesondere die Zusammensetzung der Patientenstruktur einer Einrichtung.

(3) Ziel der vergleichenden Qualitätsanalysen ist insbesondere

- eine Standortbestimmung für die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Vergleich zu anderen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
- die Rückmeldung als Input für das interne Qualitätsmanagement
- das Schaffen einer wesentlichen Entscheidungsgrundlage für die Vertragsgestaltung auf Landes- oder Ortsebene und für die transparente Belegungssteuerung der Leistungsträger
- die Förderung des qualitätsorientierten Wettbewerbes zwischen den Einrichtungen.

## **§ 8**

### **Grundsatz partnerschaftlicher Ausgestaltung**

(1) Verfahren und Instrumente der externen Qualitätssicherung benötigen bei den Leistungserbringern und den Leistungsträgern eine breite Akzeptanz. Das setzt voraus, dass die Vereinbarungspartner in ihrer gemeinsamen Verantwortung die Rahmenbedingungen, die Ausgestaltung und die Inhalte anerkennen. Daher wird die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Kriterien, Instrumente und Maßnahmen des externen Qualitätssicherungsverfahrens von den Vereinbarungspartnern gemeinsam abgestimmt und getragen.

(2) Die Aufwendungen für die Erfassung, Zusammenführung, Auswertung und Rückmeldung der Qualitätsdaten aus der externen Qualitätssicherung an die Einrichtungen werden durch die Einrichtungen getragen. Die (Weiter-) Entwicklungskosten tragen die Krankenkassen. Das Nähere regelt der Gemeinsame Ausschuss nach § 10.

(3) Die Auswahl, Einführung und Umsetzung interner Qualitätsmanagementsysteme liegt in der Eigenverantwortung der Einrichtungen und richtet sich nach den Vorgaben des § 4.

(4) Aufwendungen für interne Qualitätsmanagementsysteme sind im Hinblick auf ihre Zielsetzung, die internen Abläufe zu optimieren, grundsätzlich in den vor Ort vereinbarten Vergütungen der Einrichtungen enthalten. Weitergehende vergütungsrelevante Fragen in diesem Zusammenhang werden zwischen den Vertragspartnern auf Landes- oder Ortsebene abgestimmt.

## § 9

### **Grundlage und Ausgangspunkt der Weiterentwicklung des externen Qualitätssicherungsverfahrens**

(1) Grundlage und Ausgangspunkt für die künftige Gestaltung und Weiterentwicklung (vgl. § 10 Abs. 1) des einheitlichen und bundesweit verbindlichen externen Qualitätssicherungsverfahrens im Rahmen dieser Vereinbarung ist das "Qualitätssicherungsverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation", das zum Zeitpunkt dieser Vereinbarung bereits in zahlreichen Einrichtungen zum Einsatz kommt.

(2) Zum Einsatz kommen derzeit insbesondere folgende Instrumente und Verfahren, die jeweils indikations- und zielgruppenspezifisch ausgestaltet sind:

- *Strukturqualität:*  
Strukturerhebungsbogen mit prospektiv definierten Mindestanforderungen
- *Prozessqualität:*  
Peer-Review-Verfahren
- *Ergebnisqualität:*  
Patientenfragebogen, Arzt- /Therapeuten-Fragebogen
- *Patientenzufriedenheit:*  
Fragebogen zur Patientenzufriedenheit
- *Visitationen der Einrichtungen durch externe Begutachter.*

(3) Die in Absatz 2 genannten Qualitätssicherungs-Instrumente und die derzeitige organisatorische Ausgestaltung einschließlich des Berichtswesens und der finan-

ziellen Beteiligungsform werden solange angewendet, bis die Vereinbarungspartner eine Weiterentwicklung im Rahmen der Vorgaben dieser Vereinbarung beschließen.

(4) Bei allen Weiterentwicklungen des externen Qualitätssicherungsverfahrens nach dieser Vereinbarung sind die Entwicklungen von Qualitätssicherungsverfahren anderer Träger der medizinischen Rehabilitation, insbesondere der gesetzlichen Rentenversicherung und Unfallversicherung, angemessen zu berücksichtigen, um auf das übergeordnete Ziel eines trägerübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens aller Rehabilitationsträger hinzuwirken.

*Protokollnotiz zu § 9 Absatz 3: Von den in § 8 Absatz 2 genannten Aufwendungen tragen die Einrichtungen derzeit 12.300 € für einen Zeitraum von je drei Jahren.*

## **§ 10**

### **Durchführung und Weiterentwicklung des externen Qualitätssicherungsverfahrens**

(1) Die Vereinbarungspartner verpflichten sich zur Einrichtung eines Gemeinsamen Ausschusses, der sich aus allen Partnern dieser Vereinbarung zusammensetzt und auf Verlangen eines Vereinbarungspartners zusammentritt. Er berät und entscheidet über die Weiterentwicklung der bestehenden Instrumente und Verfahren der externen Qualitätssicherung. Dabei werden der Stand der Wissenschaft in der Medizin, insbesondere in der Rehabilitationsmedizin und in der Qualitätssicherungsforschung, die medizinische Praxis, die Erfahrung mit dem bestehenden Qualitätssicherungsverfahren sowie der Stand der Qualitätssicherungsverfahren anderer Träger der medizinischen Rehabilitation, insbesondere der Gesetzlichen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Unfallversicherung, angemessen berücksichtigt.

(2) Für eine Neu- und Weiterentwicklung der Instrumente und Verfahren der externen Qualitätssicherung werden auf der Grundlage des bisherigen Verfahrens (vgl. § 9) vom Gemeinsamen Ausschuss Expertengruppen berufen und beauftragt.

(3) Die Expertengruppen setzen sich zu gleichen Teilen aus Vertretern der Leistungserbringer (Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen der jeweiligen Indikationsbereiche) und der Leistungsträger (Spitzenverbände der Krankenkassen) zusammen. Die Experten werden vom Gemeinsamen Ausschuss benannt. Den Expertengruppen gehören zusätzlich als neutrale Mitglieder die Vertreter der jeweils beauftragten externen wissenschaftlichen Institute an, die das Verfahren der Qualitätssicherung und die Weiterentwicklung der Instrumente betreuen und begleiten. Die Expertengruppen berichten dem Gemeinsamen Ausschuss.

(4) Der Gemeinsame Ausschuss berät und entscheidet über die einheitliche Bewertung der im Rahmen der externen Qualitätssicherung erhobenen Daten sowie über ihre jeweiligen Verwendungszwecke.

(5) Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit, insbesondere bei den Kosten des Verfahrens, wird vom Gemeinsamen Ausschuss beachtet.

## **§ 11**

### **Auswertung und Konsequenzen der Ergebnisse des externen Qualitätssicherungsverfahrens**

(1) Die Ergebnisse zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden den betroffenen Einrichtungen sowie den Krankenkassen in übersichtlicher Form zugänglich gemacht. Das Nähere regelt der Gemeinsame Ausschuss nach § 10.

(2) Die Versicherten, ggf. auch ihre behandelnden Ärzte, können die relevanten Qualitätsergebnisse unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen anfordern. Die Ergebnisse werden ihnen in verständlicher Form zugänglich gemacht. Das Nähere regelt der Gemeinsame Ausschuss nach § 10.

(3) Die Qualitätsergebnisse aus dem einheitlichen externen Qualitätssicherungsverfahren bilden im Rahmen der gesetzlichen Regelungen die wesentliche Grundlage für die Belegungssteuerung und für die leistungsbezogenen Vergütungsverhandlungen auf Landes- oder Ortsebene.

(4) Über die rückgemeldeten Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsverfahren erfolgt ein Qualitätsdialog zwischen der Einrichtung und den Vertragspartnern nach § 111a Abs. 1, § 111 Abs. 2 SGB V. Ziel des Qualitätsdialoges ist die Sicherung und Weiterentwicklung der erforderlichen Qualität. Konsequenzen für die Belegungssteuerung werden nicht ohne vorherigen Qualitätsdialog gezogen.

(5) Jede Einrichtung kann ihre Ergebnisse der Öffentlichkeit zugänglich machen. Das Nähere regelt der Gemeinsame Ausschuss nach § 10.

## **§ 12**

### **Geltung der Vereinbarung**

(1) Die Vereinbarung tritt am 1. April 2004 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. Die insoweit nicht betroffenen Teile bleiben unberührt; dies gilt nicht, wenn die Gemeinsame Erklärung nach § 6 Absatz 4 Satz 1 geändert oder widerrufen wird.

(3) Die Vereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner zum Schluss eines Kalenderjahres mit einer Frist von einem Jahr, frühestens zum 31. Dezember 2005, schriftlich unter Angabe von Gründen gegenüber den Vereinbarungspartnern gekündigt werden. Bei Kündigung eines Vereinbarungspartners bleibt die Vereinbarung für die anderen Vereinbarungspartner unverändert bestehen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können die Vereinbarung nur gemeinsam kündigen.