

Das Psych-Entgeltsystem aus Sicht der GKV

Nationales DRG-Forum
Berlin 26.03.2010

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

Gang der Handlung

- 1 Grundlagenvereinbarung von DKG, PKV und GKV
- 2 Weiterentwicklung des OPS
- 3 Daten zur psychiatrischen Versorgung
- 4 Tage, Fälle oder Patienten
- 5 Fahrplan 2010 – 2013



Spitzenverband

„Psych–Grundlagenvereinbarung“

- Gesetzesvorgabe: Selbstverwaltungspartner vereinbaren Grundstrukturen bis Ende 2009
- Zahlreiche Diskussionsrunden. Keine Einigung in der Jahresmitte über Initialmaßnahmen
- Einigung im Spitzengespräch am 17.11.2009
- Quelle: www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie.gkvnet

Neue Psych-Entgelte am Start

*Die Einigung auf Grundstrukturen
aus Sicht der Krankenkassen*



Psych DRG

■ Dr. A. Haas, Dr. W.-D. Leber

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) sind neue Regelungen für die Vergütung von stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik geschaffen worden. Der neue § 17 d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) enthält einen umfangreichen Entwicklungsauftrag für die Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten mit budgetneutraler Umsetzung für das Jahr 2013. Die Entwicklung und Anpassung des Systems wird im Wesentlichen durch das DRG-Institut (InEK) zu leisten sein. Als Ausgangspunkt sind die Behandlungsbereiche der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zu nutzen.

Die neuen Entgelte sind 2013 budgetneutral einzuführen. Der Zeitplan, der sich aus dieser gesetzlichen Vorgabe ergibt, ist eng (Abb. 1). Das System muss in 2012 auf der Basis



Januar 2010

Eckpunkte der Psych-Entgelt-Vereinbarung vom 30.11.2009

- Erwähnung der Psych-PV-Umsetzung unter Wahrung der Rechtspositionen
- InEK-Beauftragung analog zum DRG-System
- Datenübermittlung Psych-PV via 301
- Zeitplan gemäß gesetzlicher Vorgabe
- Gemeinsame Initiative gegenüber BMG zwecks OPS-Revision zum 01.07.2010

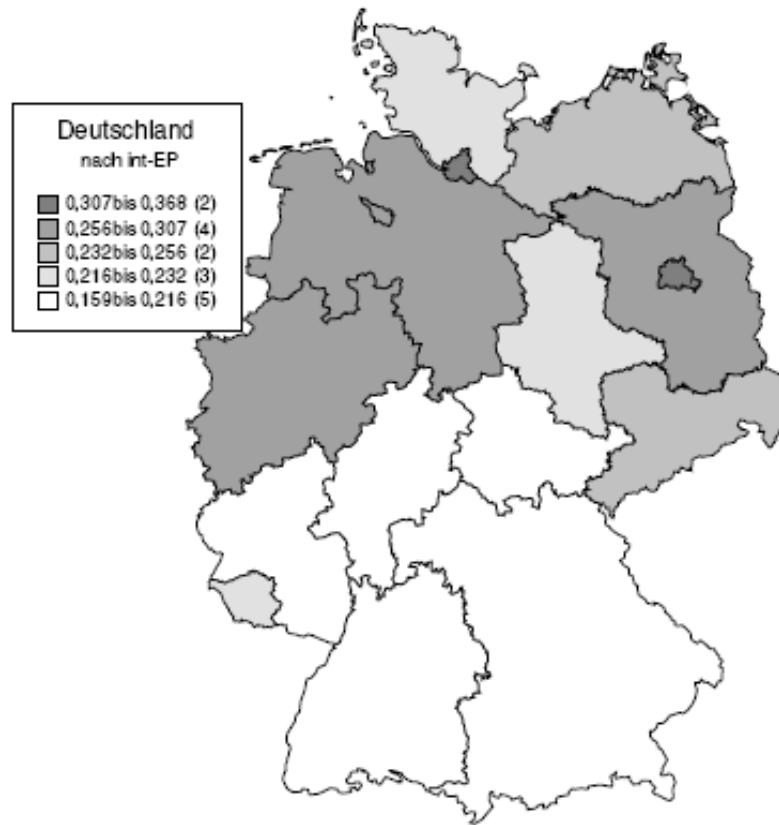
OPS–Kodierung bis 01.07.2010 sanktionsfrei

- § 1 Abs. 6: „Die Vertragspartner treten kurzfristig an das Bundesministerium für Gesundheit heran, um eine unterjährige Revision der OPS–Kodes für den Geltungsbereich nach § 17 d KHG des amtlichen OPS Version 2010 mit einer Reduktion des Dokumentations– und Administrationsaufwandes zum 1. Juli 2010 zu erreichen. Aus diesem Grunde wird im 1. Halbjahr 2010 auf Sanktionen bei fehlender oder fehlerhafter Übermittlung der OPS 9–60 bis 9–69 sowie 1–903 und 1–904 verzichtet. Die Rechnung darf nicht aus diesem Grund abgewiesen werden.“
- Achtung!
- Der OPS ist nicht ausgesetzt.
 - Die Sanktionsfreiheit bezieht sich nicht auf Psych–PV–Ziffern.
 - Die Nichtkodierung ist „rechtswidrig, aber straffrei“.
 - Allen Häusern kann man die Kodierung nur empfehlen, insbesondere den Kalkulationshäuern.

§ 3 Psych-PV-Einstufung

- ➔ Kodierung und Übermittlung via 301-DTA ab 01.01.2010
- ➔ § 3 Abs. 2:
„... Die Vertragspartner beabsichtigen zum Zwecke der Systementwicklung eine ergänzende gemeinsame Empfehlung für die Psych-PV-Eingruppierung bis Ende 2009 bereitzustellen.“
- ➔ Ausschließliche Verwendung für das neue Vergütungssystem, also
 - nicht für Verhandlung der Krankenhausbudgets
 - nicht für Einzelfallprüfung

Regionale Variabilität der Intensivbehandlung



Erwachsene in A2/S2/G2

→ Bedarfsillustration
für Psych-PV-
Einstufungskriterien

Fritze, 2009
Daten einer Kooperationsgemeinschaft von im Jahr
1991 81 und 2008 248 Einrichtungen



Spitzenverband

Empfehlungen zur Psych-PV

„Gemeinsame Empfehlung zur Eingruppierung in die Behandlungsgruppen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) für die Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems gemäß § 17 d KHG“

vom 18.12.2009

Quelle: www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie.gkvnet

§ 4 Kodierrichtlinien

- ➔ „... Die erste Ausfertigung dieser Richtlinien wird zur Anwendung und Schulung ab 01.01.2010 veröffentlicht.“
- ➔ Stress in der Selbstverwaltung
- ➔ „Deutsche Kodierrichtlinie Psychiatrie/Psychosomatik 2010“ im Januar 2010 veröffentlicht
- ➔ Quelle: www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie.gkvnet

§ 5 Kalkulation

- Im Grundsatz wie bei der DRG-Kalkulation incl. Finanzierung
- Pretest im 1. Halbjahr 2010
Probekalkulation auf Basis des 2. Halbjahres 2010
„Erstkalkulation auf Basis von 2011“
- Kalkulationshandbuch im 2. Halbjahr 2010
- 17 b/17 d-Mischeinrichtungen sollen beide Bereiche kalkulieren (Ausnahmeregelung, falls Betten ganz überwiegend im 17 d-Bereich)

§ 7 Teilstationäre Leistungen

- Im somatischen Bereich ist keine Abbildung gelungen, aber in der Psychiatrie sind alle hoffnungsfroh.
- „Nach übereinstimmender Einschätzung der Vertragspartner stellen die teilstationären Leistungen einen wichtigen Bestandteil in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung dar. Sie sind daher von Beginn an bei der Entwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems zu berücksichtigen.“

§ 8 PIAs

- ➔ Konsens: PIAs erst später einbeziehen

- ➔ Gegen eine schnelle PIA–Einbeziehung spricht:
 - Der Fallbegriff ist anders (Quartal).
 - Bei der PIA–Abgrenzung gibt es die KBV als weiteren Verhandlungspartner. Für die Vergütung gibt es keine klare bundespolitische Gesetzesvorgabe.
 - Ambulante Leistungen haben bei DRGs auch nicht funktioniert.

- Eine bundesweit einheitliche Dokumentation soll zwischen den Vertragspartnern vereinbart werden.



Spitzenverband

§ 9 Begleitforschung

→ Diesmal rechtzeitig.

Gang der Handlung

- 1 Grundlagenvereinbarung von DKG, PKV und GKV
- 2 Weiterentwicklung des OPS
- 3 Daten zur psychiatrischen Versorgung
- 4 Tage, Fälle oder Patienten
- 5 Fahrplan 2010 – 2013

OPS 2010

- ➔ Konsens: Eine OPS-Erweiterung ist zur Abbildung der psychiatrischen Versorgung notwendig.
- ➔ Tendenz zum zweistufigen Vorgehen: erste Erweiterung für 2010, zweite Erweiterung für 2011
- ➔ Seit Frühjahr 2009 Diskussion in diversen Konstellationen (BMG, DIMDI, InEK, DKG, GKV, Fachgesellschaften, ...)
- ➔ Finale Entscheidung und Bekanntmachung durch DIMDI

Abbildung psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Leistungen im OPS-Katalog 2010

Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17 b KHG

wie bisher, z.B. psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapien
9-40...9-41

Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17 d KHG

Neu ab 2010, ausschließlich für „§ 17 d“
9-60...9-69

Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psych-PV liegen

Neu ab 2010, unabhängig von der Stichtagserhebung zur Personalbemessung: Übermittlung der Einstufung bei Aufnahme und bei jedem Wechsel als OPS : 9-98...9-99

Psych-PV-Gruppen im OPS 2010

	Allgemeine Psychiatrie		Abhängigkeits- kranke		Geronto- psychiatrie	
Regelbehandlung	9-980.0	A1	9-981.0	S1	9-982.0	G1
Intensivbehandlung	9-980.1	A2	9-981.1	S2	9-982.1	G2
Rehabilitation	9-980.2	A3	9-981.2	S3	9-982.2	G3
Langdauer Behandl.	9-980.3	A4	9-981.3	S4	9-982.3	G4
Psychotherapie	9-980.4	A5	9-981.4	S5	9-982.4	G5
Tagesklinik Behandl.	9-980.5	A6	9-981.5	S6	9-982.5	G6

Psych-OPS 2010 (Ausschnitt 1)

- **9-60 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen**
- Exkl.: Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61)
- Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62)
- Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63)
- Hinw.: Ein erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-640), eine kriseninterventionelle Behandlung (9-641) und eine aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen beim Erwachsenen (1-903) sind gesondert zu kodieren
- Ein Kode aus diesem Bereich ist in der Regel einmal pro Woche anzugeben. Als erste Woche gilt die Zeitspanne vom Tag der Aufnahme bis zum Ablauf der ersten 7 Tage, usw. Erfolgt eine Versorgung an weniger als 7 Tagen (z.B. aufgrund einer Entlassung oder eines Wechsels zwischen Regelbehandlung, Intensivbehandlung oder psychotherapeutischer Komplexbehandlung) werden auch dann die Leistungen der jeweiligen Berufsgruppen berechnet und entsprechend der Anzahl der erreichten Therapieeinheiten kodiert
- Sofern Therapieverfahren an Wochenenden, Feiertagen, Aufnahme- oder Entlassungstagen erbracht werden, sind diese ebenfalls zu berücksichtigen
- Als Einzeltherapie gilt eine zusammenhängende Therapie von mindestens 25 Minuten. Dies entspricht einer Therapieeinheit
- Gruppentherapien dauern ebenfalls mindestens 25 Minuten. Dies entspricht einer ¼ Therapieeinheit. Bei Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 9 Patienten begrenzt
- **Therapiedauer** Einzeltherapie Gruppentherapie Mindestens 25 min 1 Therapieeinheit ¼ Therapieeinheit Mindestens 50 min 2 Therapieeinheiten ½ Therapieeinheit Mindestens 75 min 3 Therapieeinheiten ¾ Therapieeinheit u.s.w.
- Leistungen, die durch Mitarbeiter in Ausbildung erbracht werden (Psychologen im Praktikum (PiP, PiA), (Kinder-)Krankenpflegeschüler, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter im Anerkennungs-jahr etc.) werden bei der Berechnung der Therapieeinheiten nicht berücksichtigt
- Für die Kodierung sind die durch die jeweilige Berufsgruppe erbrachten Therapieeinheiten zu addieren. Es ist für jede Berufsgruppe der entsprechende Kode anzugeben
- Ein Kode aus diesem Bereich ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden
- Mindestmerkmale:
- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:
 - Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
 - Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut oder Diplom-Psychologe)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeut, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
 - Pflegefachkräfte
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Supportive Einzelgespräche
 - Einzelpsychotherapie
 - Gruppenpsychotherapie
 - Angehörigengespräche (z.B. Psychoedukation)
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung, Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierte Psychopharmakotherapie
- Als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten und Pflegefachkräfte gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Bezugstherapeutengespräche
 - Behandlung durch die spezialisierte psychiatrische Pflege (z.B. alltagsbezogene Trainings, Aktivierungsbehandlung)
 - Ergotherapeutische Behandlungsverfahren
 - Spezielle psychosoziale Interventionen (z.B. Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining)
 - Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)
 - Physio- oder Bewegungstherapie (z.B. Sporttherapie)
 - Sensorisch fokussierte Therapien (z.B. Genussgruppe, Snoezelen)
 - Entspannungsverfahren (z.B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Autogenes Training oder psychophysiologischen Techniken wie Biofeedback)
 - Logopädie (z.B. bei Schluckstörungen)
 - Übende Verfahren und Hilfekoordination zur Reintegration in den individuellen psychosozialen Lebensraum
- Die psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung umfasst ärztliche und psychologische Gespräche (z.B. Visite) und die somatische und psychiatrische Grundpflege. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Anwendung der Verfahren der ärztlich-psychologischen Berufsgruppen und der anderen Berufsgruppen

Psych-OPS 2010 (Ausschnitt 2)

- **9-602** Anzahl der durch Spezialtherapeuten erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
- 9-602.0 ¼ bis 2 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.1 Mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.2 Mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.3 Mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.4 Mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.5 Mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.6 Mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.7 Mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.8 Mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.9 Mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.a Mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.b Mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche
- 9-602.c Mehr als 24 Therapieeinheiten pro Woche

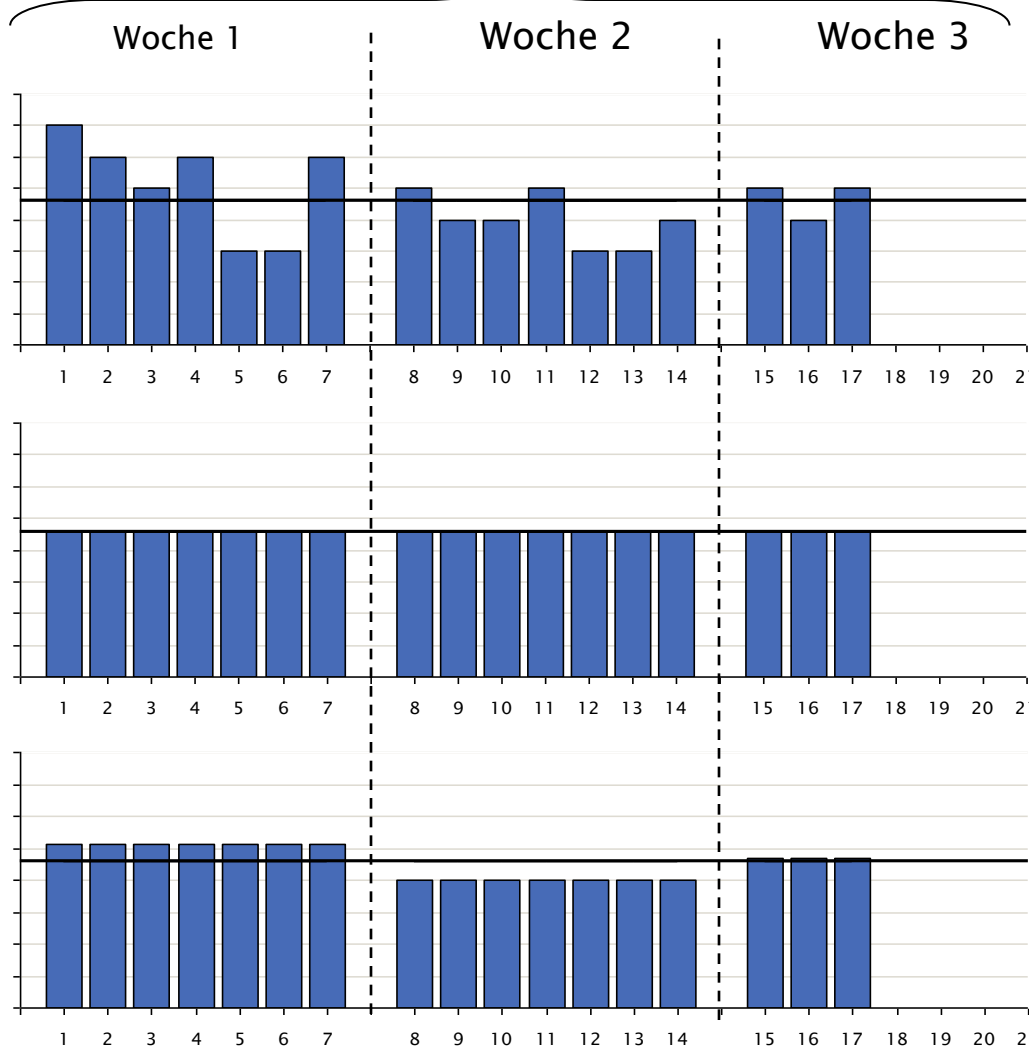
Vergütungsvarianten der Tagespauschale

Tages-, Wochen- oder Fallgroupierung



Spitzenverband

Beispiel: Patient verbleibt 17 Tage



Tagespauschale:
täglich wechselnd

Tagespauschale:
pro Fall (Gesamtdurchschnitt)

Tagespauschale:
pro Fall (Wochendurchschnitt)

Unterjährige OPS–Revision 2010?

→ Vorbedingungen des BMG:

- gemeinsamer Vorschlag der Selbstverwaltung
- Überleitbarkeit der Codes vor und nach dem 01.07.2010
- Frist 15.02.2010

→ Gemeinsamer Vorschlag von GKV, PKV und DKG:

- Therapieeinheiten unabhängig von Komplexcodes
- Zusammenfassung von Berufsgruppen

→ Unterjährige OPS–Revision noch unklar

Leistungsabbildung zu stark inputorientiert

- Kodes in „25-Minuten-Schritten“ zwar sehr exakt, aber inhaltsleer
- kein Ansatzpunkt für QS-Verfahren
- Anreizproblematik: Maximierung des Personaleinsatzes belohnt, kein Anreiz zur Kostensenkung, Selbstkostendeckung in neuem Gewand
- Achtung: Inputorientierung lässt sich durch OPS-Revision in 2010 nicht lösen.

GKV-Vorschlag zum OPS 2011

Beispiel 1: Anorexia nervosa

Gewichtszunahme bei Patienten mit Anorexia nervosa

Der Kode orientiert sich am Body-Mass-Index (BMI). Der Kode ist wöchentlich zu kodieren.

X-xxx5.0	BMI von 12 auf 13
X-xxx5.1	BMI von 13 auf 14
X-xxx5.2	BMI von 14 auf 15
X-xxx5.3	BMI von 15 auf 16
X-xxx5.4	BMI von 16 auf 17
X-xxx5.5	BMI von 17 auf 18

GKV-Vorschlag zum OPS 2011

Beispiel 2: Desensibilisierung

Systematische Desensibilisierung bei Angst- und Zwangserkrankungen

Motivation, Beziehungsaufbau, graduiertes Expositionstraining

X-XX0.0	1 Tag
X-XX0.1	2 - 7 Tage
X-XX0.2	8 - 14 Tage
X-XX0.3	15 Tage und mehr

GKV-Vorschlag zum OPS 2011

Beispiel 3: Depression

Wechsel des Schweregrades der Symptome bei depressiven Störungen

Dem Kode liegt die Hamilton-Depressions-Scala zugrunde. Der Kode ist bei depressiven Störungen verpflichtend anzugeben.

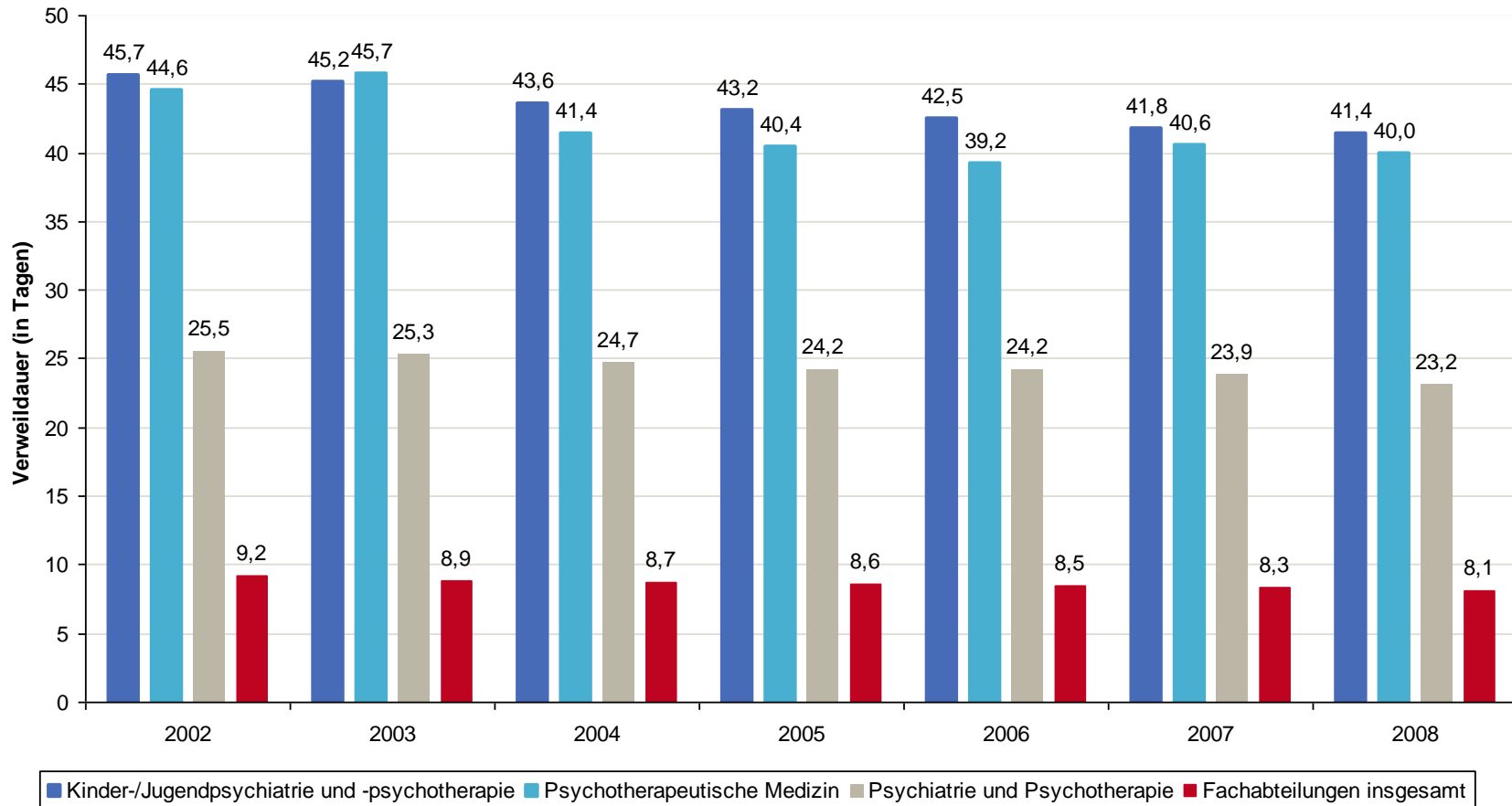
- X-XXX2.1 Wechsel von schwer in mittelschwer (HAMD < 24)
- X-XXX2.2 Wechsel von mittelschwer in leicht (HAMD < 16)
- X-XXX2.3 Erreichen der Vollremission (HAMD < 8)

Gang der Handlung

- 1 Grundlagenvereinbarung von DKG, PKV und GKV
- 2 Weiterentwicklung des OPS
- 3 Daten zur psychiatrischen Versorgung
- 4 Tage, Fälle oder Patienten
- 5 Fahrplan 2010 – 2013

Verweildauerentwicklung (1)

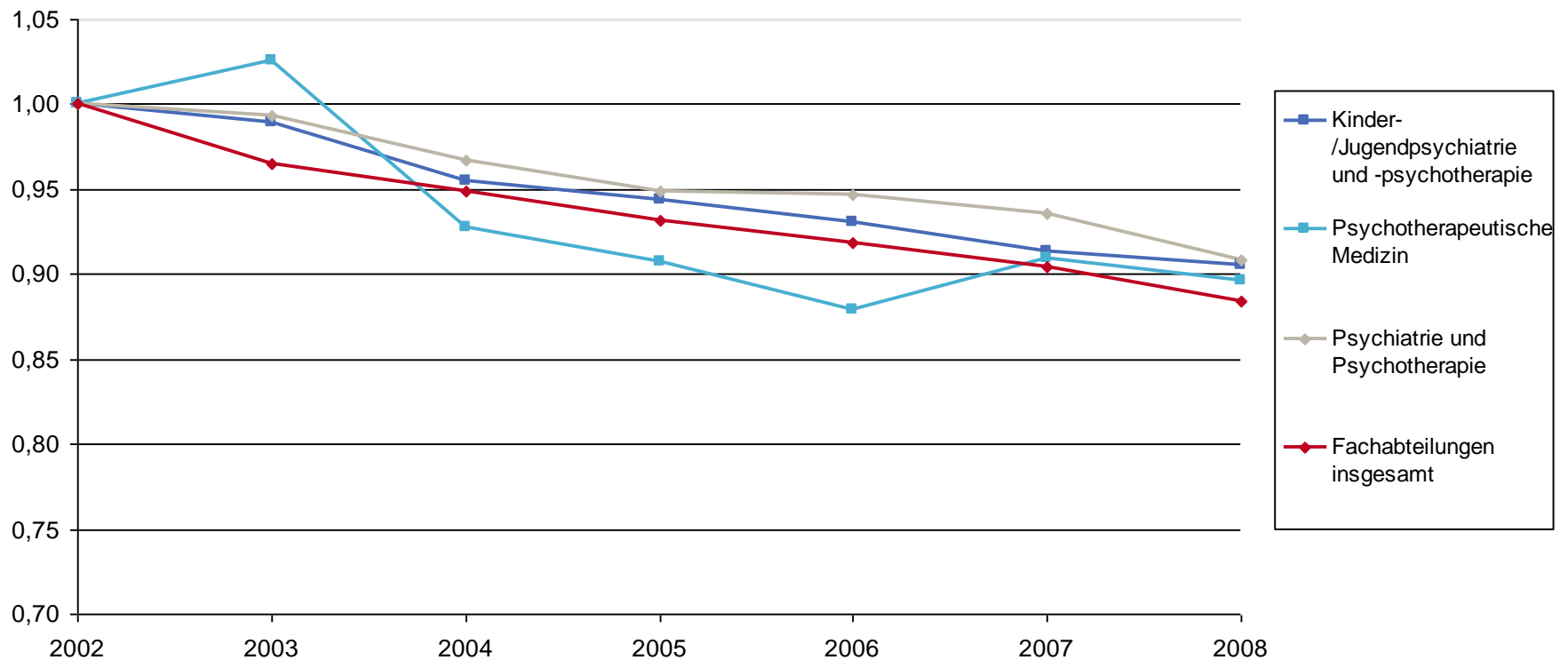
Psychiatrische Fachabteilungen vs. Fachabteilungen insgesamt



Quelle: destatis, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1.1 der Jahre 2002–2008, eigene Darstellung

Verweildauerentwicklung (2)

Psychiatrische Fachabteilungen vs. Fachabteilungen insgesamt



Quelle: destatis, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1.1 der Jahre 2002–2008, eigene Darstellung

Auswertung von 301-Daten

→ Abrechnungsdaten von zwei Kassenarten nach § 301 SGB V für Versicherte, die im Zeitraum 2008 bis 1. Halbjahr 2009 behandelt wurden.

→ Abgrenzungskriterien:

- alle Krankenhausfälle mit F-Diagnose (Haupt- oder Nebendiagnose)
- alle Krankenhausfälle mit Behandlung in psychiatrischer Fachabteilung (nach § 301-Schlüssel)

→ Zahlen:

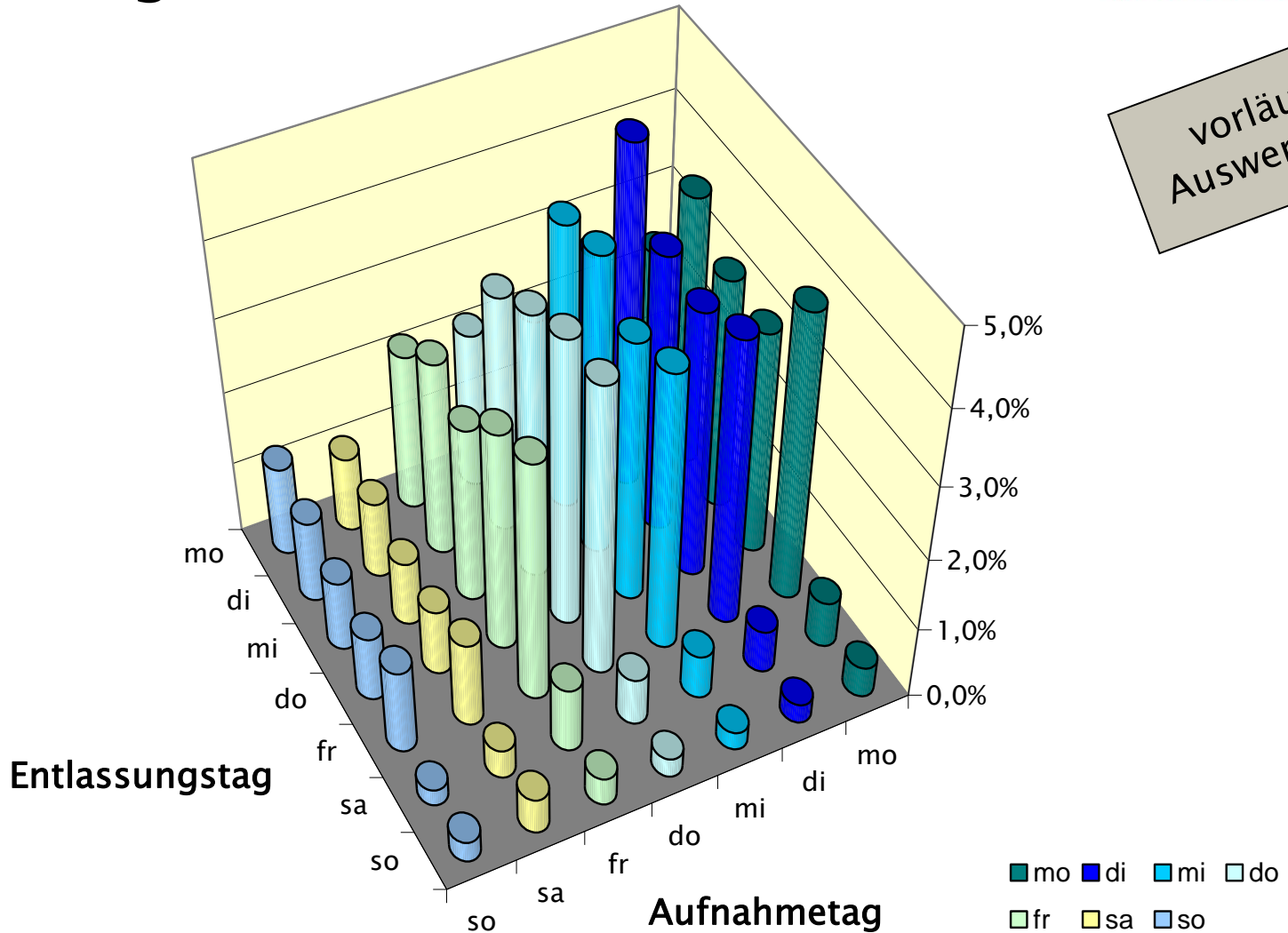
- | | |
|---------------------------------|--|
| - 38 Mio. Versicherte | (über die Hälfte aller GKV-Versicherten) |
| - 1,9 Mio. stationär Behandelte | (0,7 Mio. mit F-HD) (87.000 teilstationär) |
| - 2,7 Mio. Fälle | (1 Mio. mit F-HD) (113.000 teilstationär) |
| - 40 Mio. Tage | (20 Mio. mit F-HD) (3 Mio. teilstationär) |

Aufnahme und Entlassung nach Wochentag



Spitzenverband

vorläufige
Auswertungen

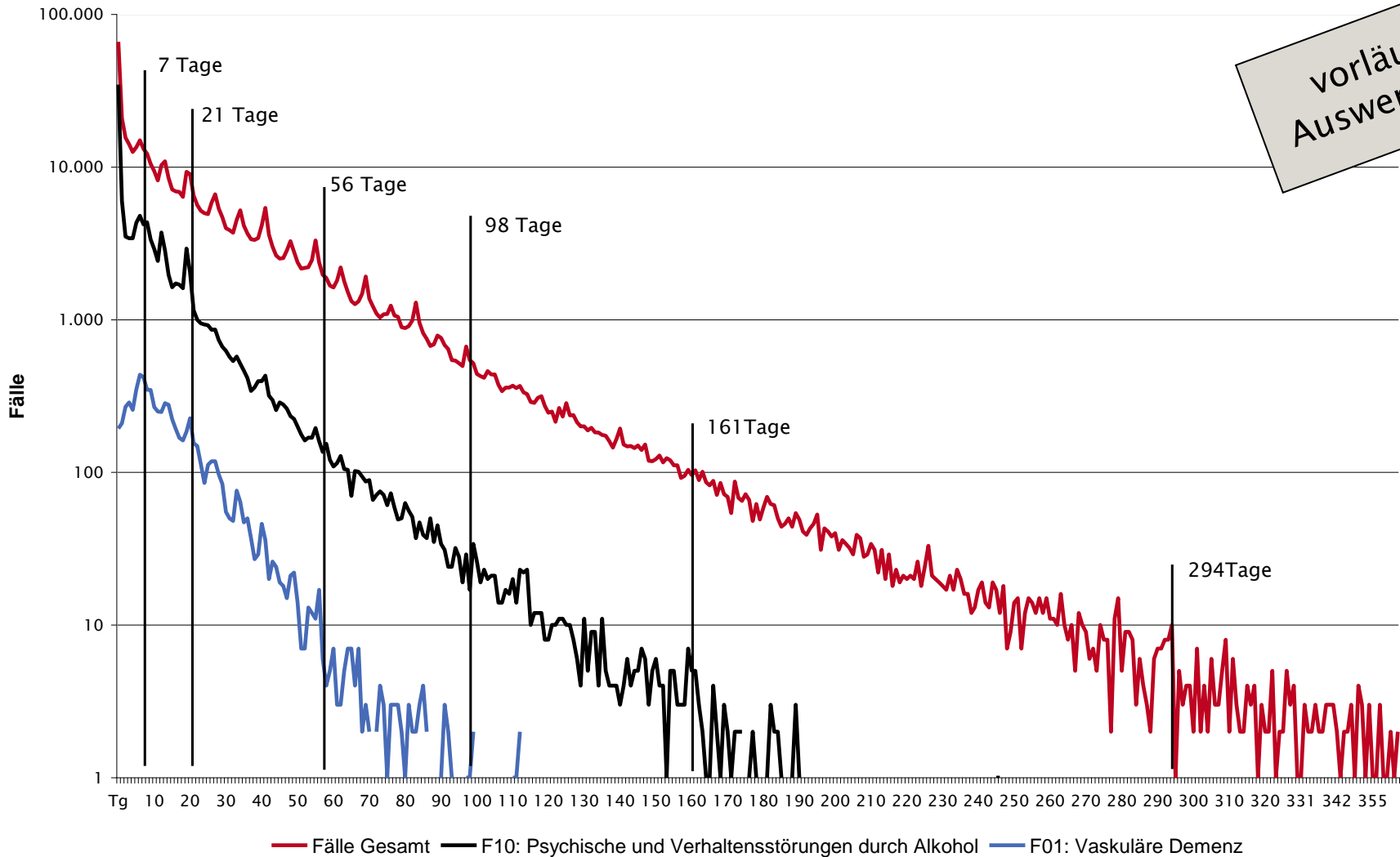


Behandlung im Wochenrhythmus Behandlungstage je Versicherten



Spitzenverband

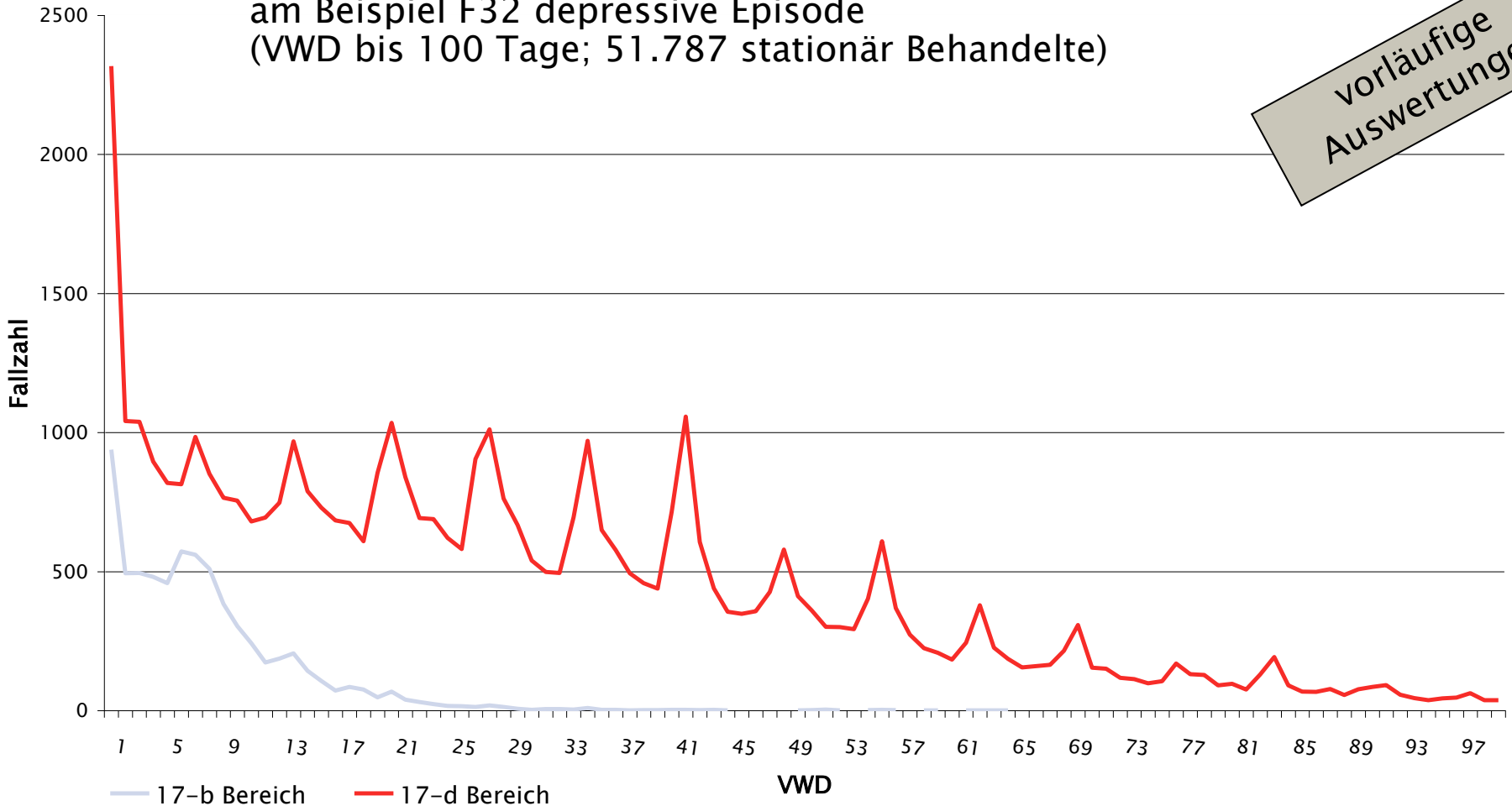
vorläufige
Auswertungen



Unterschiede in der Behandlung zwischen 17 b und 17 d

am Beispiel F32 depressive Episode
(VWD bis 100 Tage; 51.787 stationär Behandelte)

vorläufige
Auswertungen

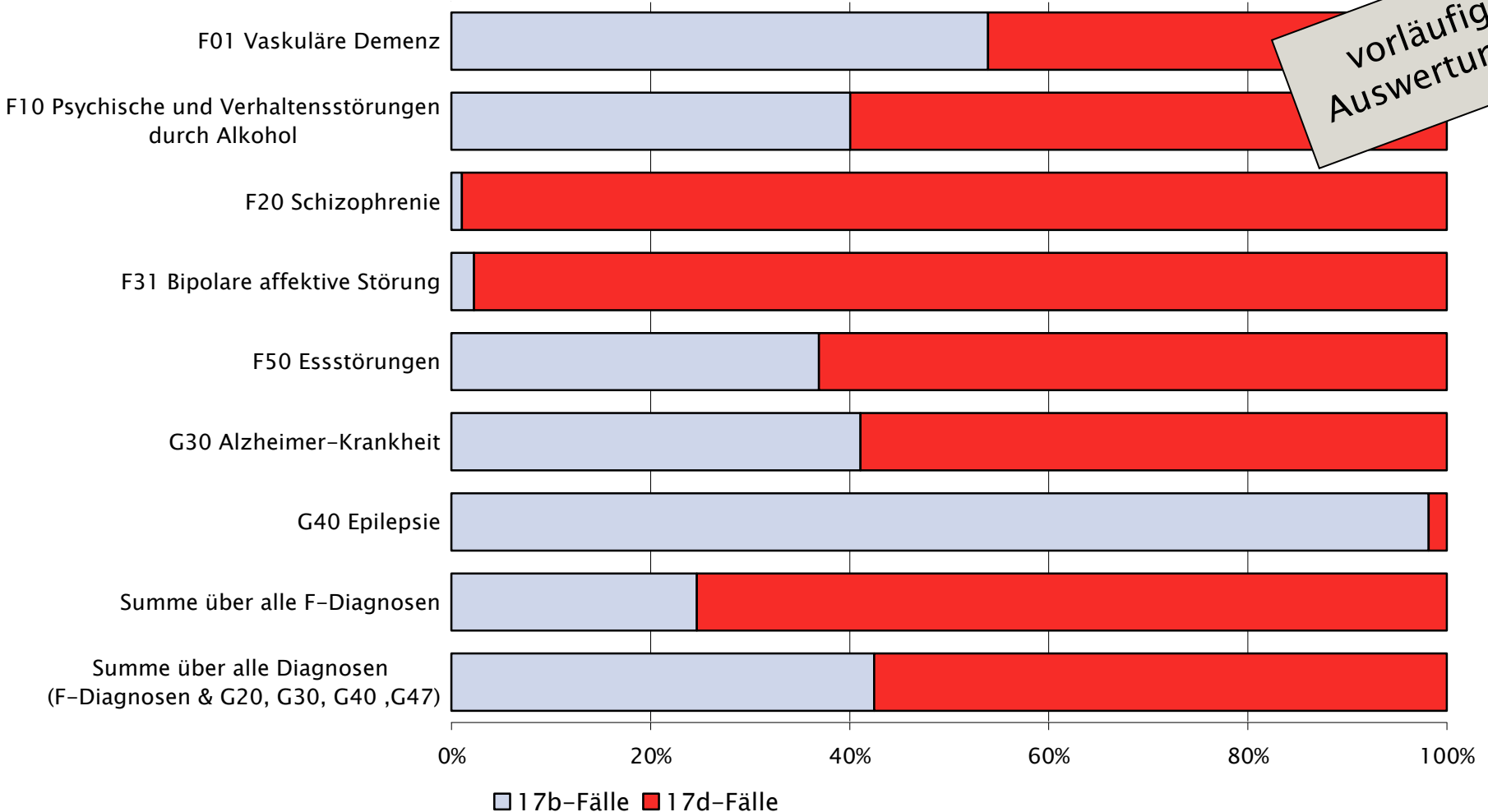


Arbeitsteilung Behandlungsfälle in 17 b und 17 d



Spitzenverband

vorläufige
Auswertungen



Kombinierte Versorgung Personen mit Fällen gleicher Hauptdiagnose in 17 b- und 17 d- Häusern (2008)

vorläufige
Auswertungen

Anzahl 17d-Fälle \ Anzahl 17b-Fälle	Anzahl 17b-Fälle						
	ohne	1	2	3	4	5	
ohne		132	8	2	0,5	0,2	
1	273	19	3	0,6	0,3	0,1	
2	63	6	1	0,4	0,2	0,1	
3	22	3	0,7	0,2	0,1	0,1	
4	9	1	0,4	0,2	0,1	0,0	
5	5	1	0,2	0,1	0,1	0,0	

Anzahl Versicherte in 1.000

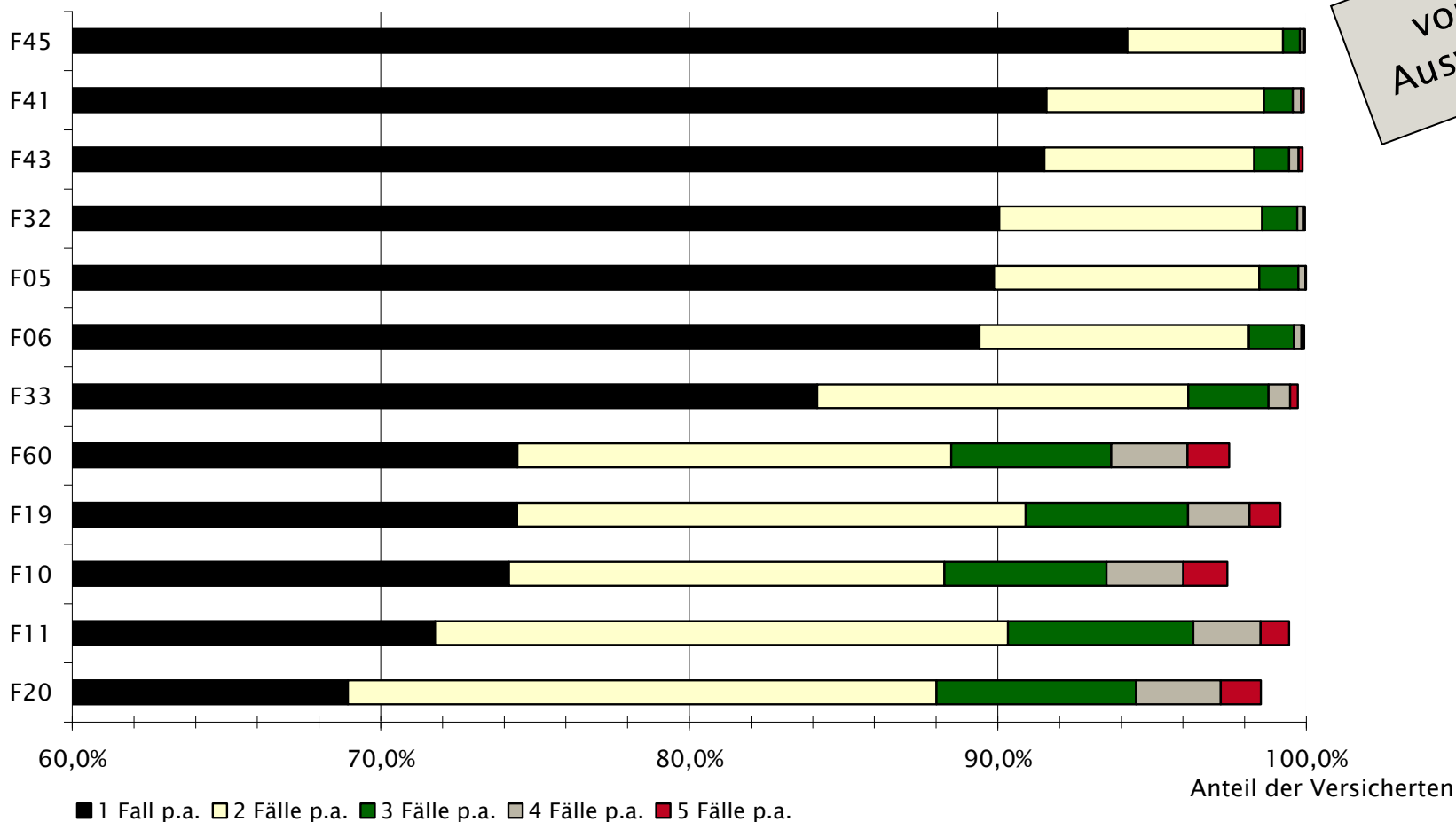
Behandlungsketten?

vollstationäre Behandlungsfälle von Patienten mit der jeweils gleichen Hauptdiagnose im Jahre 2008



Spitzenverband

vorläufige
Auswertungen



Top 12 Diagnosen (80 % der Versicherten)

Gang der Handlung

- 1 Grundlagenvereinbarung von DKG, PKV und GKV
- 2 Weiterentwicklung des OPS
- 3 Daten zur psychiatrischen Versorgung
- 4 Tage, Fälle oder Patienten
- 5 Fahrplan 2010 – 2013

Fatale Anreizwirkung

Wer ein tagespauschalierendes System mit Anreiz zur Maximierung von Psychiatrie-Tagen schafft und wer dann noch ein Abrechnungssystem mit Anreiz zu Maximierung des Aufwands je Tag schafft, der braucht sich nicht wundern, wenn am Ende zu wenig Geld für die Kranken zur Verfügung steht.

Alternative Abrechnungseinheiten

- Tagespauschale
- Fallpauschale
- Jahrespauschale
- Regionalbudget

Anmerkungen zur Anreizwirkung alternativer Abrechnungspauschalen



- Das Regionalbudget eignet sich für die indonesische Inselwelt – für sonst nichts.
- Nicht alle psychiatrischen Krankheiten sind gleich.
- Wer Jahrespauschalen will, muss den Kreis der „unheilbar psychisch Kranken“ definieren.
- Wer ein Bett bezahlt, wenn es nicht benutzt wird, veruntreut Beitragsgelder.

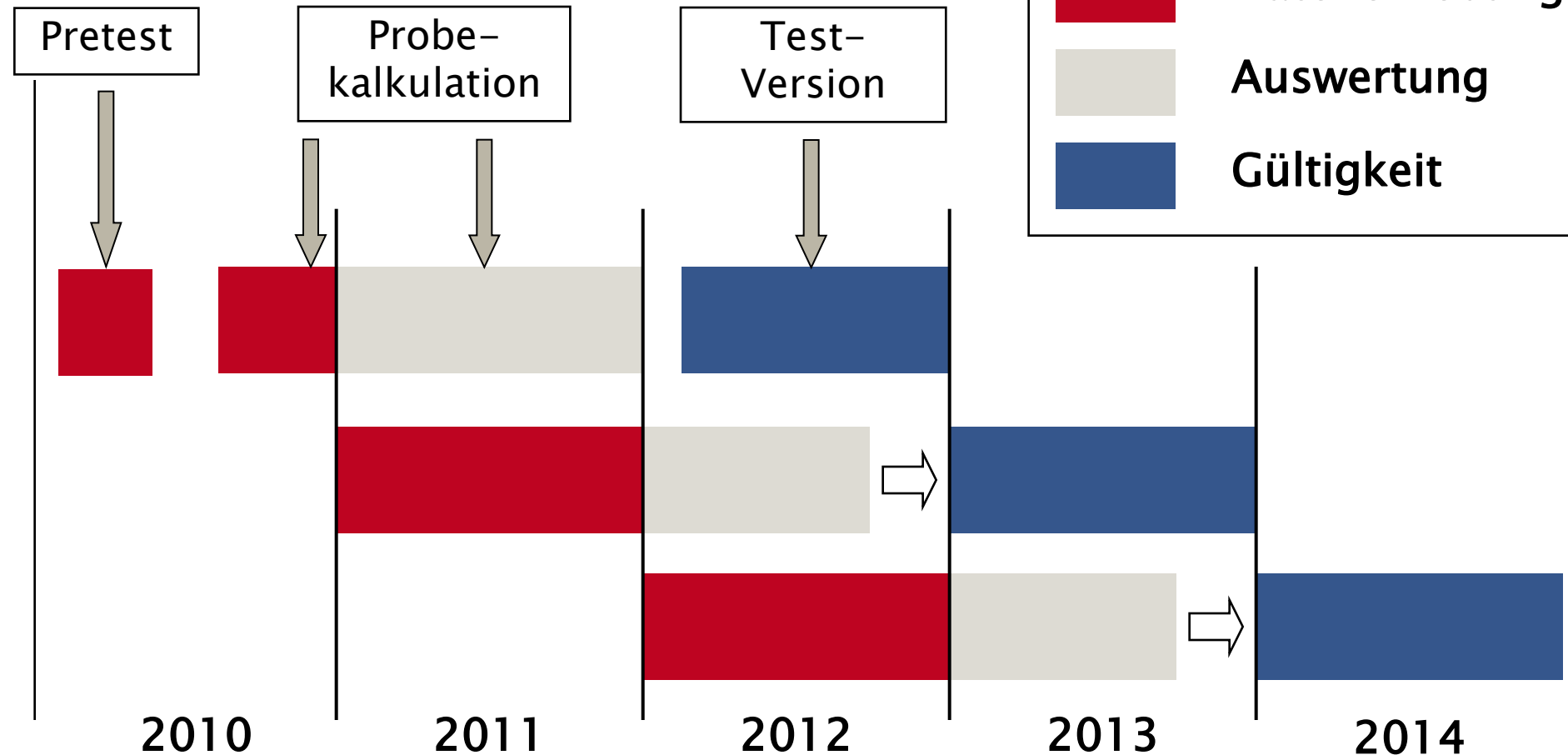
Gang der Handlung

- 1 Grundlagenvereinbarung von DKG, PKV und GKV
- 2 Weiterentwicklung des OPS
- 3 Daten zur psychiatrischen Versorgung
- 4 Tage, Fälle oder Patienten
- 5 Fahrplan 2010 – 2013

Entwicklung Psych-Entgelte



Spitzenverband



Zwischenfazit

- Der gesetzliche Auftrag ist vergleichsweise klar und realistisch.
- Das eigentliche Problem, nämlich die Vergütungssystematik nach dem budgetneutralen Übergang, hat der Gesetzgeber noch nicht angefasst.
- Blockaden in der Selbstverwaltung und Irritationen via Bundesrat sind nicht unwahrscheinlich. Immerhin: Es ist gelungen, fristgerecht einen Grundlagenvertrag abzuschließen.
- Die empirische Aufarbeitung ist erst ganz am Anfang.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.GKV-Spitzenverband.de