

Lilly-Fokusveranstaltung am 16. Juni in Berlin
-Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante onkologische Patientenversorgung-

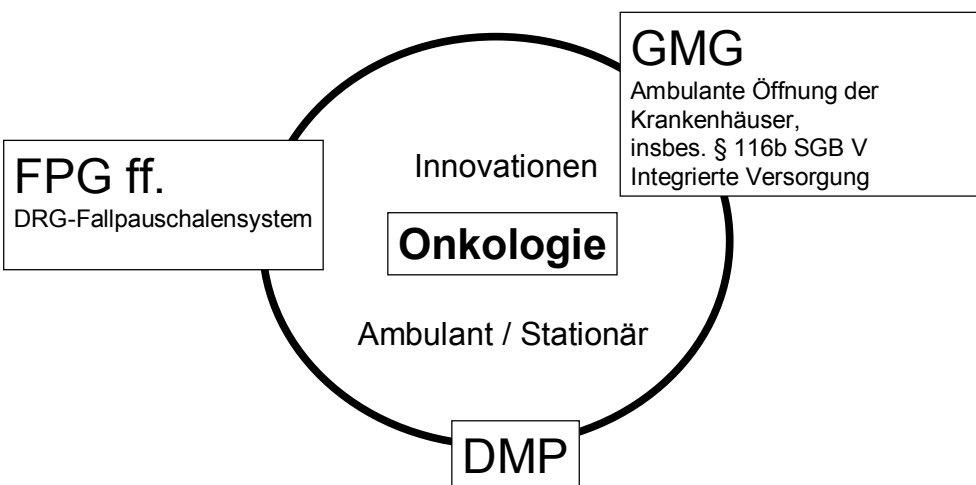
Worum geht es im GMG?

- um mehr Öffnung

Dr. med. Bernhard Rochell

BUNDESÄRZTEKAMMER
(Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern)

Neue gesetzliche Rahmenbedingungen



© Ro/Me/Ro 16.06.2004

© Ro/Me/Ro 16.06.2004

©



So nutzen Sie Ihre Vorteile

Bitte wenden Sie sich vor einer Krankenhausbehandlung an unser Beratungsteam, damit Sie von den verschiedenen Sonderkonditionen profitieren können. Zudem haben wir weitere Preisvergleiche unter www.hek.de bereitgestellt. Oder rufen Sie uns an unter: 01802-000783 (zum Ortstarif)



Besondere HEK-Vertragspartner

Mit folgenden Krankenhäusern haben wir individuelle Verträge geschlossen:

- Albertinen Diakoniewerk
- Amalie Sieveking-Krankenhaus
- Diakonie Alten Eichen
- Krankenhaus Elim
- Tagesklinik Altonaer Straße

Kontakt

Auch für weitere Fragen zu diesem Thema steht Ihnen das Krankenhauszentrum der HEK gern zur Verfügung.

Sie erreichen uns zwischen 8 und 18 Uhr unter:

01802-000783 (zum Ortstarif)

WIR LEISTEN MEHR, ALS SIE ERWARTEN!



Hamburger Krankenhäuser im Preisvergleich - Ihr Vorteil

HEK-Hanseatische Krankenkasse
Wandsbeker Zollstraße 86-90 · 22041 Hamburg



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

© RoMe/Ro 16.06.2004

Vorteile für HEK-Versicherte

Alle reden von KOSTENTRASPARENZ – die HEK setzt sie tatsächlich um.

Mit dieser Broschüre erhalten Sie die Möglichkeit zu vergleichen, wie viel die gleiche Leistung in unterschiedlichen Krankenhäusern kostet.

Die günstigsten Angebote können sogar die Besten sein. Denn die HEK hat mit den Krankenhäusern ALTEN EICHEN und ELIM für ihre Versicherten folgende Sonderkonditionen vereinbart:

- Unterbringung vorzugsweise in ZWEIBETZIMMERN (Organisation über die HEK)
- STRENGE QUALITÄTSKRITERIEN:
 - Täglich Oberarztvisite
 - Genaue Vorabinformation über die geplanten Behandlungsschritte
 - Keine unnötigen Doppeluntersuchungen
 - Entlassung erst bei optimalen Wundverhältnissen
- KOSTENFREIE NACHUNTERSUCHUNG auf Wunsch 2 bis 3 Wochen nach der Entlassung

Was kosten Krankenhausbehandlungen in Hamburg - Preisvergleich

	Behandlung Herzschwäche	Gallenblasenoperation
Israelitisches Krankenhaus	2.159,- Euro	2.878,- Euro
Krankenhaus Elim	2.168,- Euro	2.889,- Euro
Diakonie Alten Eichen	2.368,- Euro	3.156,- Euro
Krankenhaus Mariahilf	2.453,- Euro	3.269,- Euro
Asklepios Westklinikum	2.626,- Euro	3.500,- Euro
Bethesda – AK Bergedorf	2.670,- Euro	3.558,- Euro
Albertinen Diakoniewerk	2.732,- Euro	3.641,- Euro
AK Barmbek	2.950,- Euro	3.931,- Euro
AK Altona	2.987,- Euro	3.980,- Euro
Marienkrankenhaus	3.025,- Euro	4.032,- Euro
AK Wandsbek	3.088,- Euro	4.116,- Euro
Klinikum Nord	3.201,- Euro	4.266,- Euro
AK Eilbek	3.209,- Euro	4.277,- Euro
AK St. Georg	3.463,- Euro	4.615,- Euro
Uniklinik Eppendorf	*	*

Preisklasse: H08A, F02B

*Für das Universitätsklinikum Eppendorf und weitere Hamburger Krankenhäuser liegen derzeit noch keine Preise vor

	Gebärmutteroperation
Krankenhaus Elim	2.713,- Euro
Krankenhaus Mariahilf	3.070,- Euro
Bethesda - AK Bergedorf	3.341,- Euro
Albertinen Diakoniewerk	3.419,- Euro
AK Barmbek	3.692,- Euro
AK Altona	3.738,- Euro
Marienkrankenhaus	3.786,- Euro
AK Wandsbek	3.865,- Euro
Klinikum Nord	4.006,- Euro

Preisklasse: M04B
Preis: Stand 01.02.04

Vorteile für Ihren Arzt

- Auch IHR BEHANDELNDER ARZT hat durch diese Sonderkonditionen VORTEILE, die für IHRE WEITERBEHANDLUNG sehr wichtig sind:
- Arzneimittel werden als Wirkstoff genau benannt
- Entlassungsbriege liegen dem Hausarzt spätestens 1 Woche nach Ihrer Entlassung vor

	Prostataoperation
Albertinen Diakoniewerk	2.970,- Euro
AK Barmbek	3.207,- Euro
AK Altona	3.247,- Euro
Marienkrankenhaus	3.289,- Euro
AK Eilbek	3.489,- Euro

Preisklasse: M02Z

Weitere Pluspunkte

- Eine Erstattung der Praxisgebühr ist bei Behandlung in besonderen Vertragskrankenhäusern möglich.
- Tragen Sie dazu bei, dass die HEK auch im nächsten Jahr die Beitragsätze wieder senken kann. Gehen Sie also nicht einfach in das nächst gelegene Krankenhaus, sondern vergleichen Sie Preise und Sonderkonditionen.

Wir beraten Sie gern.

IHRE HEK

© RoMe/Ro 16.06.2004

Die Herausforderung ist mehr denn je

© Ro/Me/Ro 16.06.2004



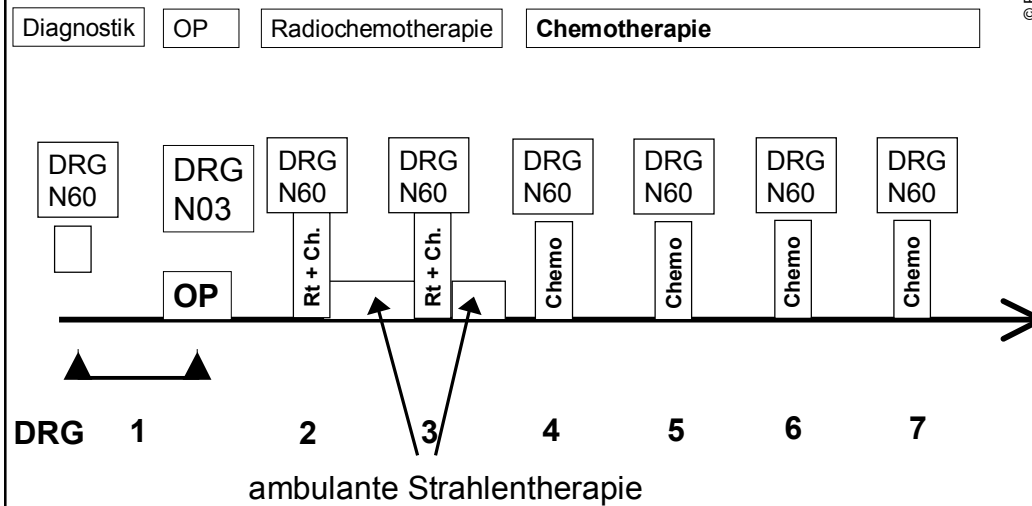
Fähigkeit zur Lösung dieses Zielkonfliktes wird
künftig maßgeblich
den Erfolg der Kliniken bestimmen!

Reaktion von Krankenhäusern

© Ro/Me/Ro 16.06.2004

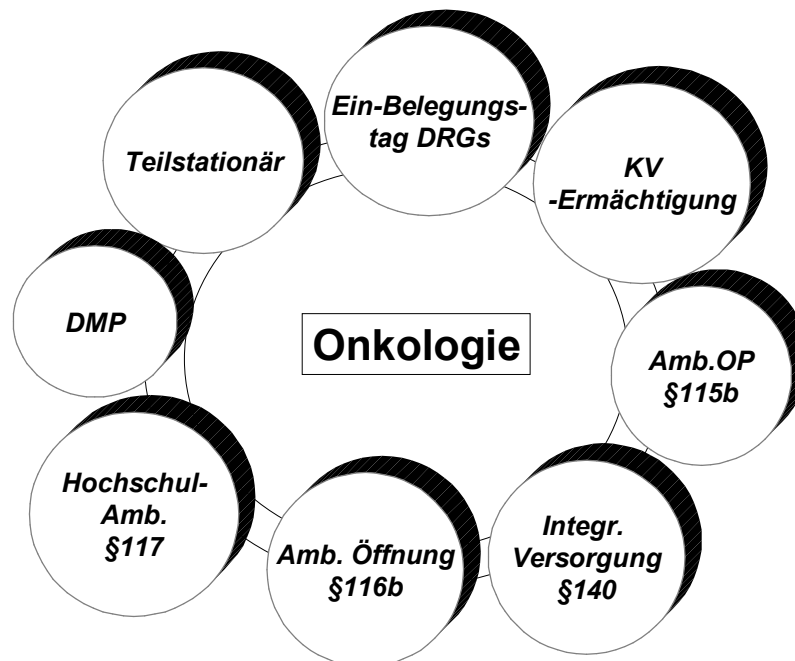
- Verweildauerverkürzung
- Teilkompensation durch Fallzahlerhöhung?
- Freiwerdende Betten neu nutzen
- Kooperation mit „Anschlussversorgern“ im Rahmen der strukturierten Vor- und Nachsorge
- Eigene Kurzzeitpflege einrichten, um stationäre Akutbehandlung schnell beenden zu können
- „Cost shifting“
- Diversifizierung der „Produktpalette“
- Vermarktung privater Zusatzleistungen

Falldefinition bei mehrzeitiger Behandlung ? Beispiel: Zervixkarzinom - Therapieverlauf



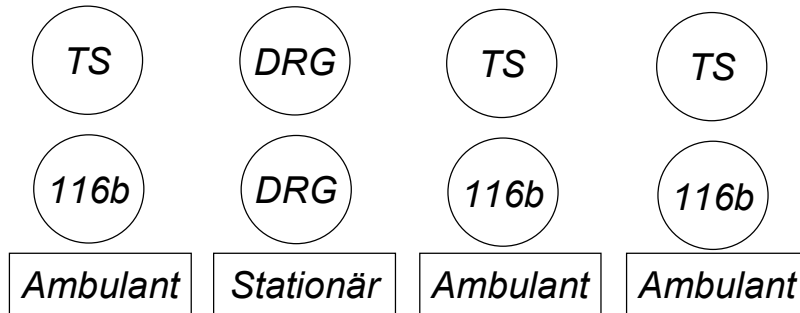
© Ro/Me/Ro 16.06.2004

Versorgungsmodelle an der ambulanten-stationären Schnittstelle: Klare Abgrenzungen?



© Ro/Me/Ro 16.06.2004

Mögliche Versorgungsformen



Integrierte Versorgung nach § 140 ff

© Ro/Me/Ro 16.06.2004

Hochspezialisierte Leistungen etc.,
§ 116b Abs. 2, 3 SGB V

© Ro/Me/Ro 16.06.2004

Hochspezialisierte Leistungen etc.

➤ Vertragspartner

- ❖ Krankenhaus – Einzelkrankenkasse **oder**
- ❖ Krankenhaus – Landesverbände der Krankenkassen bzw. Verbände der Ersatzkassen

➤ Vertragsinhalt

- ❖ Ambulante
 - Erbringung hochspezialisierter Leistungen
 - Behandlung seltener Erkrankungen
 - Behandlung von Erkrankungen mit seltenen Krankheitsverläufen
- ❖ Enumerativ aufgeführte Katalogleistungen
 - Fortschreibung des Kataloges durch Gemeinsamen Bundesausschuss
- ❖ Vergütung der Leistungen unmittelbar durch die Krankenkassen nach Maßgabe vergleichbarer vertragsärztlicher Vergütungen

© Ro/Me/Ro 16.06.2004

§ 116 b Ambulante Behandlung im Krankenhaus

(3) Zur ambulanten Behandlung folgender hochspezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen können in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung mit Krankenhäusern Verträge geschlossen werden:

1. hochspezialisierte Leistungen
 - CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
 - Brachytherapie.
2. seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen

 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit HIV/AIDS
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen
 - spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4)
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Tuberkulose
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Mucoviszidose
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Hämophilie
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen
 - Diagnostik und Therapie von Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Anfallsleiden
 - Diagnostik und Versorgung von Patienten im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie
 - Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden.

Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten als Mindestanforderungen die Anforderungen nach § 135 entsprechend.

© Ro/Me/Ro 16.06.2004

Referentenentwurf eines 2. FPÄndG vom 28.05.2004

Einführung einer Legaldefinition für teilstationäre Leistungen

© Ro/Me/Ro 16.06.2004

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022, 3054), wird wie folgt geändert:

1. In § 39 Abs. 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Teilstationär ist eine Behandlung, die insbesondere auf Grund ihrer Komplexität oder bestehender Risiken in einem Krankenhaus erbracht werden muss, ohne eine vollstationäre Aufnahme zu erfordern; sie wird im Rahmen eines stationären Behandlungskonzeptes in der Regel an mehreren aufeinander folgenden Tagen oder Nächten sowie für eine bestimmte Behandlungsperiode mit tageweisen Unterbrechungen (Intervallbehandlung) in einem direkten Bezug zu einer Fachabteilung des Krankenhauses durchgeführt.“

Integrierte Versorgung

§§ 140a ff. SGB V

© Ro/Me/Ro 16.06.2004

Integrierte Versorgung

Unabhängigkeit von etablierten Finanzierungsformen und Zulassungsbeschränkungen

© Ro/Me/Ro 16.06.2004

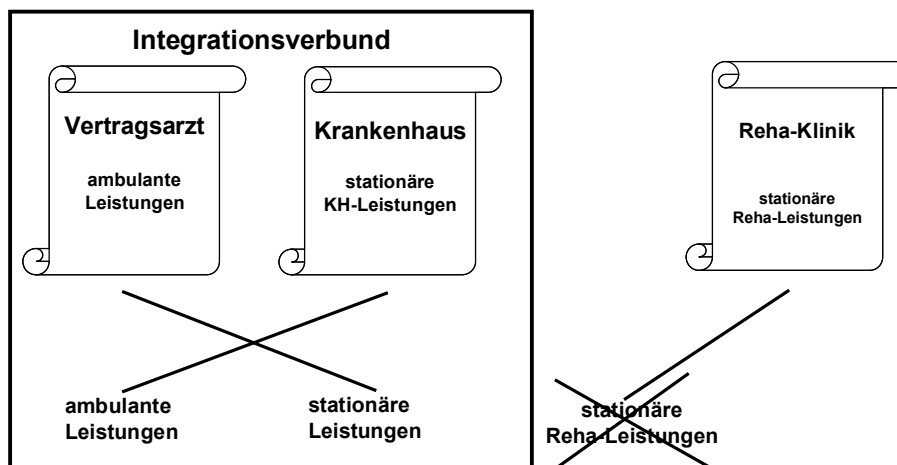
§ 140 b Verträge zu integrierten Versorgungsformen

4) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen insoweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 gilt für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen werden nicht. Die Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.

Integrierte Versorgung

Keine Bindung an den Zulassungsstatus bei der Leistungserbringung
Keine Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität bei bis zum 31.12.2006 geschlossenen Verträgen

© Ro/Me/Ro 16.06.2004



Integrierte Versorgung

Vergütung, § 140c Abs. 1 SGB V

© Ro/Me/Ro 16.06.2004

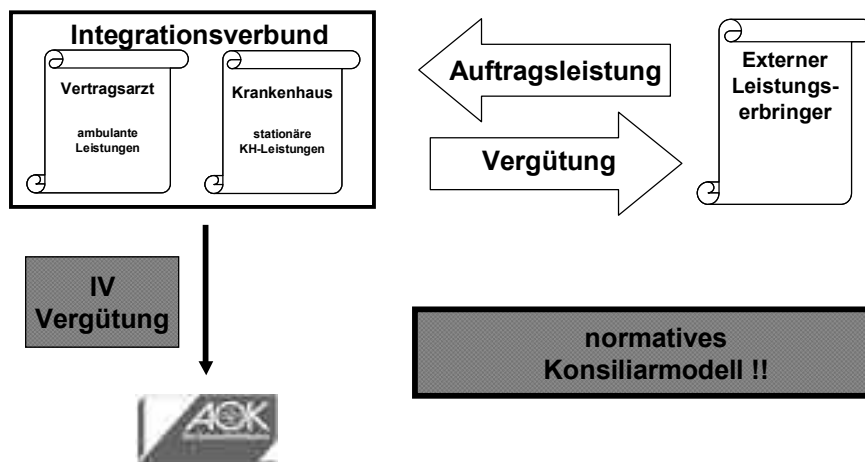
- Freie Vereinbarung des Leistungsangebotes (Versorgungsauftrags)
- Freie Vereinbarung der Vergütung
 - ❖ Keine Orientierung an Richtpreisen etc.
 - ❖ Keine Bindung an bestehende Finanzierungssysteme
 - DRG, EBM, GOÄ etc.
 - ❖ ggf. einzelleistungsbezogen oder pauschaliert

- Vollständige Abgeltung **aller Leistungen** im Rahmen des vereinbarten **Versorgungsauftrags**
 - ❖ Auch bei „Überweisung“ an Nicht-IV-Partner
 - ❖ Risikobeschränkung durch Bindung an Überweisung bzw. an vertraglich vereinbarte Fallkonstellationen

Integrierte Versorgung

§ 140c Abs. 1 SGB V: Leistungen Dritter

© Ro/Me/Ro 16.06.2004



Integrierte Versorgung § 140d SGB V, Anschubfinanzierung, Bereinigung

© Ro/Me/Ro 16.06.2004

Leistungsabgrenzung

- ◆ Nur über den Gesamtbetrag hinausgehende Leistungen werden über die IV vergütet
 - Abgrenzung nicht mehr auf Budgetebene (Bereinigung), sondern in Vergütungsvereinbarung zur IV
 - IV-Leistungen im Fallmengengerüst des Krankenhausbudgets identifizieren und vom „übrigen“ Fallmengengerüst separieren
 - ❖ nur für IV-Leistungen gesonderte Vergütung, unabhängig, ob konkrete Wahl eines Einzelleistungsbezugs, einer Leistungspauschalierung oder insgesamt einer Übernahme von IV-Budgetverantwortung

Cave: Wegfall der Budgetbereinigung im KHEntgG und BPfIV befristet auf 2004 - 2006

Integrierte Versorgung: Budget

Tabellarische Aufstellung des zu erwartenden Budgets für IV (1%-Regelung nach § 140d SGB V)			
Die Berechnung des IV-Budgets basiert auf Daten aus KV45 (Jahr 2002)			
	IV-Budget in €		
	Ärztliche Behandlung (inkl. amb. OP)	Krankenhausbehandlung	Gesamt
AOK-West			
Baden-Württemberg	14.124.580	26.385.010	40.509.590
Bayern	15.458.370	31.335.660	46.794.030
Berlin	2.800.400	9.814.330	12.614.730
Bremen	804.560	1.884.770	2.689.330
Hamburg	1.091.470	2.658.470	3.749.940
Hessen	5.816.910	13.354.960	19.171.870
Niedersachsen	6.940.650	16.880.830	23.821.480
Rheinland	7.562.130	17.475.330	25.037.460
Rheinland-Pfalz	3.913.350	8.858.030	12.771.380
Saarland	964.710	2.923.000	3.887.710
Schleswig-Holstein	2.436.750	5.871.720	8.308.470
Westfalen-Lippe	5.929.250	16.165.720	22.094.970
Gesamt	67.843.130	153.607.830	221.450.960
AOK-Ost			
Brandenburg	2.027.200	7.769.980	9.797.180
Mecklenburg-Vorpommern	1.653.830	5.482.460	7.136.290
Sachsen	4.838.510	14.548.190	19.386.700
Sachsen-Anhalt	2.246.730	8.793.670	11.040.400
Thüringen	2.388.530	8.253.450	10.641.980
Gesamt	13.154.800	44.847.750	58.002.550
AOK-Gesamt	80.997.930	198.455.580	279.453.510

Quelle: v. Stackelberg, AOK-BV

Integrierte Versorgung - Ausblick

© RoMe/Ro 16.06.2004

ÄRZTE ZEITUNG
 Update: 22.01.2004

Schnellsuche: **go!**

EXKLUSIV FÜR

[HOME](#)
[MEDIZIN](#)
[POLITIK & GESUNDHEIT](#)
[COMPUTER](#)
[RECHT](#)
[MAGAZIN](#)
[FÜR ÄRZTE](#)

POLITIK
 Gesundheitsystem bei uns
Siehe auch:
 ▶ Arzneiversorgung
 ▶ Gesundheitsreform
 ▶ Krankenkassen

SUCHE IM THEMA
 Gesundheitsystem bei uns
 go!

Praxis-Serie
Gesundheits-Reform
Tips für die Praxis
 Aktuell im Bereich "Für Ärzte": So machen Sie das Beste aus dem GMG
 Praxistips zum Umgang mit dem GKV-Modernisierungs-Gesetz (GMG) ▶▶▶

SERVICE

Home > Politik & Gesundheit > Gesundheitssystem bei uns
 Ärzte Zeitung, 22.01.2004

"Ein Prozent des Budgets - das reicht nicht aus"
 Berlins AOK-Chef fordert mehr Geld für die integrierte Versorgung / Anforderungen an Ärzte wie bei einem DMP
 BERLIN. Ärzte, die sich an der integrierten Versorgung beteiligen, werden von den Krankenkassen durch zusätzliche Honorare gelockt. Bei der vertraglichen Umsetzung sind die Kassen die entscheidenden Player, die Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben außen vor. Angela Mißbeck, Mitarbeiterin der "Ärzte Zeitung", sprach mit dem Vorstandsvorsitzenden der Hauptstadt-AOK Rolf Dieter Müller über seine Forderungen an Projekte integrierter Versorgung.
 Ärzte Zeitung: Herr Müller, halten Sie die gesetzlichen Regelungen bei der Integrierten Versorgung für ausreichend?
 Müller: Die Anschubfinanzierung reicht nicht aus. Mit einem Prozent des Krankenhausbudgets und einem Prozent der Gesamtvergütung läßt sich wirkliche integrierte Versorgung für den Patienten nicht umsetzen.

Druckversion
 Versenden

Exklusiv für Ärzte
Special zur Reform

 Die Gesundheitsreform tritt ab 1. Januar in Kraft. Ärztinnen und Ärzte müssen dann besonders viele neue Regeln beachten. Deshalb hat die "Ärzte Zeitung" ein umfangreiches Special für Sie zusammengestellt. Lesen Sie im Ärztebereich, wie Sie die neue Reform in der Praxis bewältigen.
 Mehr Infos ▶▶▶
 Gleich zum Reform-Special ▶▶▶

© RoMe/Ro 16.06.2004

Medizinische Versorgungszentren aus Krankenhaussicht*

© Ro/Me/Ro 16.06.2004

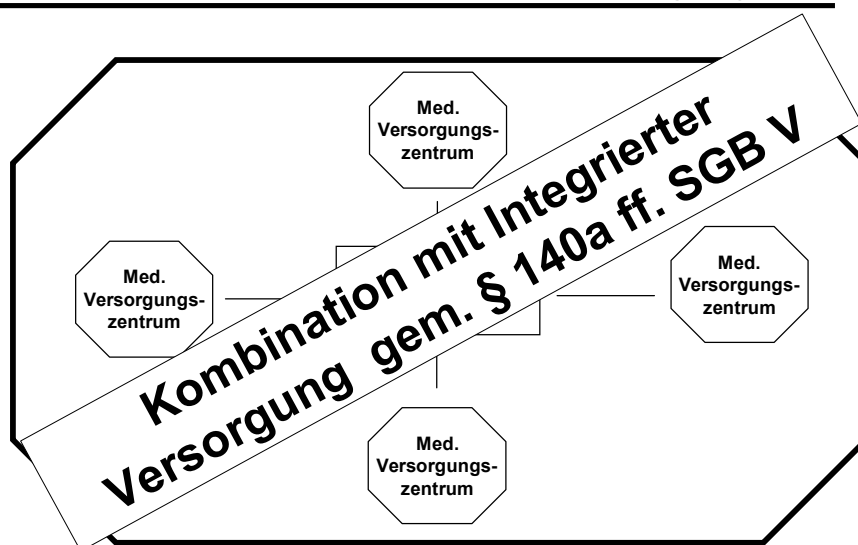
- Bildung von Holdingstrukturen durch den Krankenhausträger
- Übernahme von bisher im Krankenhaus durchgeführten ambulant möglichen Behandlungen durch das Versorgungszentrum (Fehlbelegung!)
- Übernahme der Betreuung im low-care-Bereich
- Übernahme und damit langfristige Bindung von Vertragsarztsitzen an das Versorgungszentrum und damit an das Krankenhaus

* Theilmann, „Der Weg zur Integration ambulanter Leistungen in das Krankenhaus ist frei“, f&w 6/2003

Integrierte Versorgung

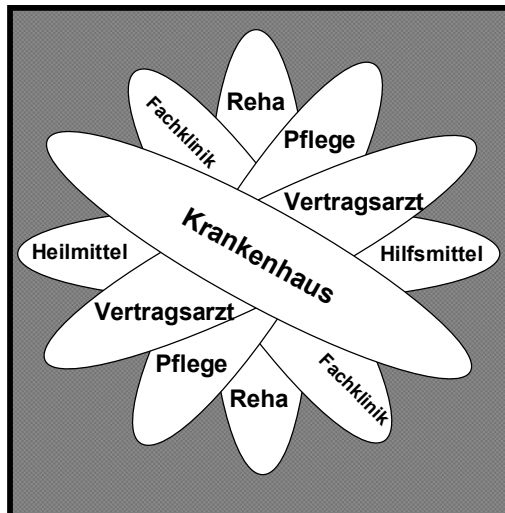
Einstieg in die ambulante Versorgung durch Angliederung von durch Krankenhäuser betriebene Versorgungszentren

© Ro/Me/Ro 16.06.2004



„Managed care“ als künftige Regelversorgung ?

© Roßme/Ro 16.06.2004



- Zusammenschluss von Leistungserbringern zu einer einheitlichen Organisationsform (Anbieterverbund), die eine gezielte Steuerung von Versorgungsprozessen sowie ein übergreifendes medizinisches und ökonomisches Controlling ermöglicht
- Zusammenfassung eines für die Regelversorgung größerer Bevölkerungsgruppen erforderlichen Spektrums ambulanter und stationärer Leistungen unter einer gemeinsamen Vertrags- und Führungsstruktur
- Einschreibung von Versicherten in den Anbieterverbund sowie Übernahme eines vertraglich begrenzten Versorgungsauftrags durch den Verbund

Aussetzung der sektoralen Regelwerke und Budgetvorgaben !!

* von Stillfried: „Leistungsvergütung in der integrierten Versorgung als Sonderfall des Grundsatzes „Geld folgt der Leistung“ Krankenhaus-Report 2000

POLITIK

Gesundheitssystem bei uns

Siehe auch:

Arzneiversorgung

Gesundheitsreform

Krankenkassen

SUCHE IM THEMA

Gesundheitssystem bei uns

go!

Praxis-Serie

Gesundheits-Reform

Tips für die Praxis

Aktuell im Bereich "Für Ärzte": So machen Sie das Beste aus dem GMG

Praxistips zum Umgang mit dem GKV-Modernisierungs-Gesetz (GMG) >>>

SERVICE

Abo-Service

Ihr Weg zu uns

Home > Politik & Gesundheit > Gesundheitssystem bei uns

Ärzte Zeitung, 22.01.2004

Nur ein Managertyp kann in integrierter Versorgung bestehen

Fallstricke bei Gründung eines Versorgungszentrums

BERLIN (hak). Juristische und ökonomische Zwänge könnten niedergelassenen Ärzten den Einstieg in die von der Politik gewünschte integrierte Versorgung verbauen.

Das wurde gestern auf einem Kongreß des Bundesverbandes Managed Care (BMC) deutlich. Besonders für die Gründung medizinischer Versorgungszentren seien noch längst nicht alle Fragen geklärt, sagte Rechtsanwalt Dr. Peter Wigge.

Unklar sei, ob diese Zentren auch privatärztliche Leistungen erbringen und abrechnen dürfen. Unklar sei darüber hinaus auch, ob Ärzte gleichzeitig im Versorgungszentrum und am Krankenhaus angestellt sein dürfen.

Ökonomen warnten vor der Illusion, ein Zentrum zu gründen und in die integrierte Versorgung einzusteigen, sei einfach. Der Start eines Versorgungszentrums sei nur in Kooperation mit einer Kasse ratsam, sagte Wilhelm Schröder vom IGES-Institut in Berlin. Derjenige, der solche Pläne hege, sollte neben einem finanzkräftigen Kapitalgeber über ausreichende Managementkompetenz verfügen.

Druckversion

Versenden

Exklusiv für Ärzte

Special zur Reform

Die Gesundheitsreform tritt ab 1. Januar in Kraft. Ärztinnen und Ärzte müssen dann besonders viele neue Regeln beachten. Deshalb hat die "Ärzte Zeitung" ein umfangreiches Special für Sie zusammengestellt. Lesen Sie im Arztbereich, wie Sie die neue Reform in der Praxis bewältigen.

Mehr Infos >>>

Gleich zum Reform-Special >>>

Sind Sie Ärztin?

Sind Sie Arzt?

Dann Klicken Sie hier!

© Roßme/Ro 16.06.2004

Neue Versorgungsformen

Wer spielt mit?

© Ro/Me/Ro 16.06.2004

Ambulant Vertragsarzt	Ambulant Krankenhaus	Stationär Krankenhaus	Reha Ambulant/stationär
--------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------

§ 115b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anmeldung bei Landesverbänden
§ 116b		<input type="checkbox"/>		Einzelvertragliche Regelung
DMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bundesweite Vorgaben /GemBA, BMGS) Stark reglementiert
Integrierte Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einzelvertragliche Regelung

Handlungsnotwendigkeiten

© Ro/Me/Ro 16.06.2004

- Klare Strukturen schaffen
- Bedarf und aktuelle Therapieschemata berücksichtigen
- Schnittstellen klar definieren
- Teilstationär, Tagesfall-DRGs und Ambulante Behandlung durch klare einheitliche Vergütungsform ersetzen

Fazit für die Qualitätssicherung

© Ro/Me/Ro 16.06.2004

Mit zunehmender Unschärfe der Schnittstellen zwischen den tradierten Versorgungssektoren wird eine streng sektorale oder auf einzelne IV-Modelle begrenzte Qualitätssicherung nicht ausreichen.

Die Antwort kann hier nur eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung und Versorgungsforschung geben!