

Black Box Psychiatrie

–
Was wissen wir
über die Versorgungsqualität
in der Psychiatrie?

Berlin, 21. November 2011
BpTK

Dr. med. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

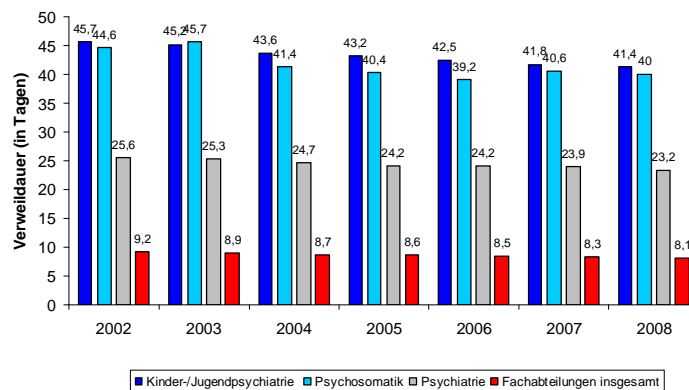
Agenda

- 1 Vergütung und Qualität
- 2 Messung von Qualität
- 3 Darstellung und Publikation

Parallelwelten

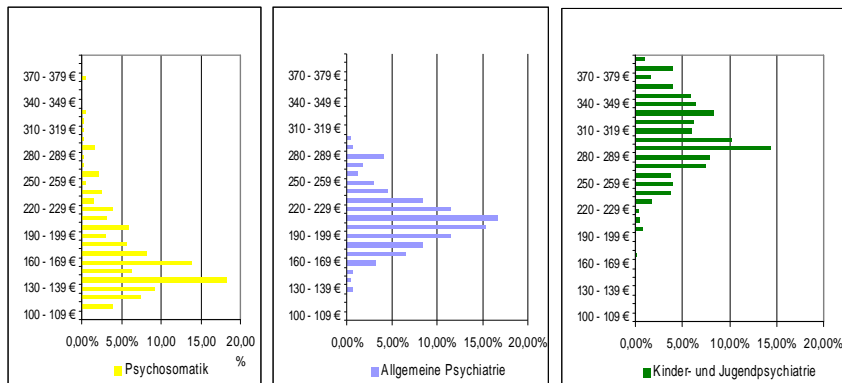
- è Vergütungsfragen und Qualitätsfragen sind bislang in Deutschland streng getrennt.
- è Budget- und Krankenhausplanungsrecht kennen keine Qualität.
- è QS-Verfahren sind explizit von Vergütungsfragen getrennt.

Wie kann Leistungsgerechtigkeit in der Vergütung umgesetzt werden?



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

Tagesgleiche Pflegesätze (Häufigkeitsverteilung gewichtet nach Abrechnungstagen 2008)



Quelle: Entgeltstrukturdatei der Krankenkassen (ESE-DB) 2008, eigene Darstellung

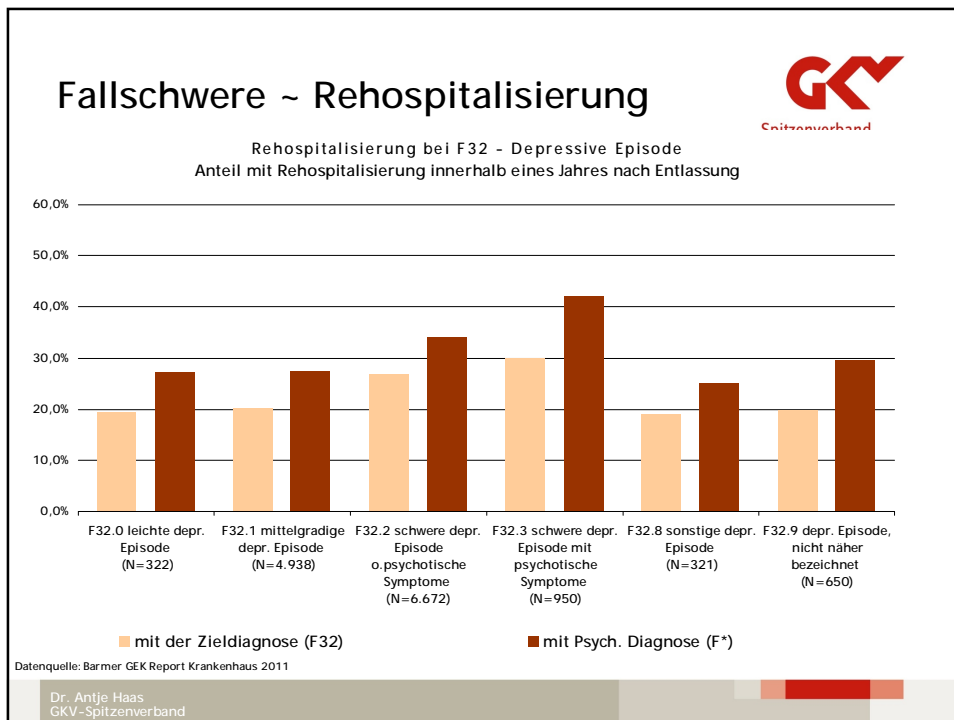
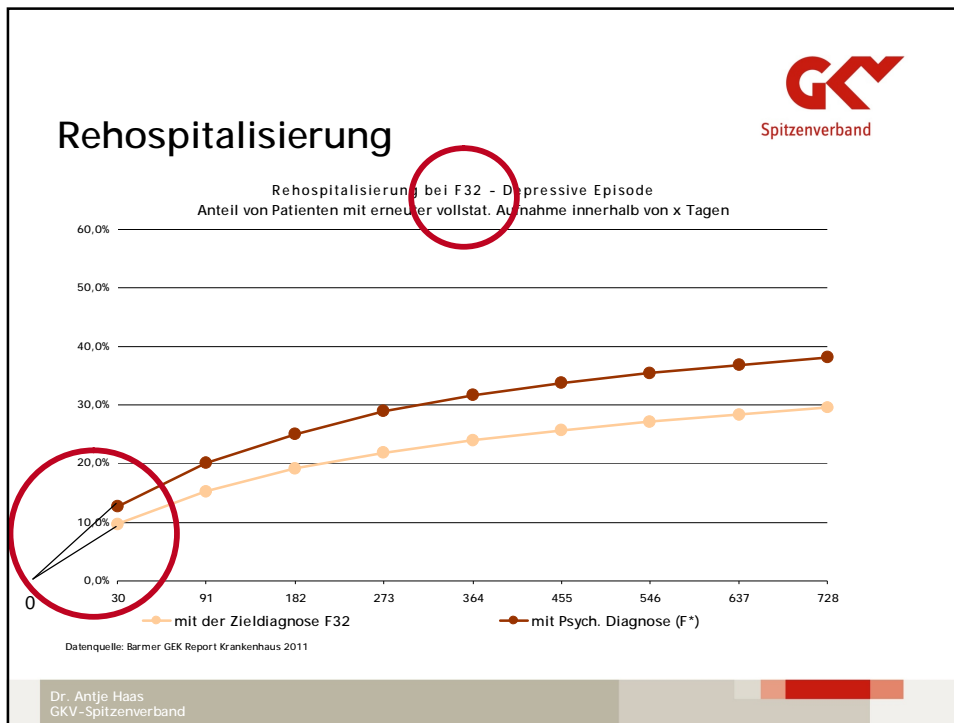
Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

Vergütungssystem und Qualität



- è Wiederaufnahmerate als Indikator für Behandlungsqualität
- è Fallzusammenführung als Garantieregelung gegen „blutige Entlassung“
- è Bedeutung in einem fallpauschalierten System klar.
- è Rolle bei tagespauschalierter Vergütung?

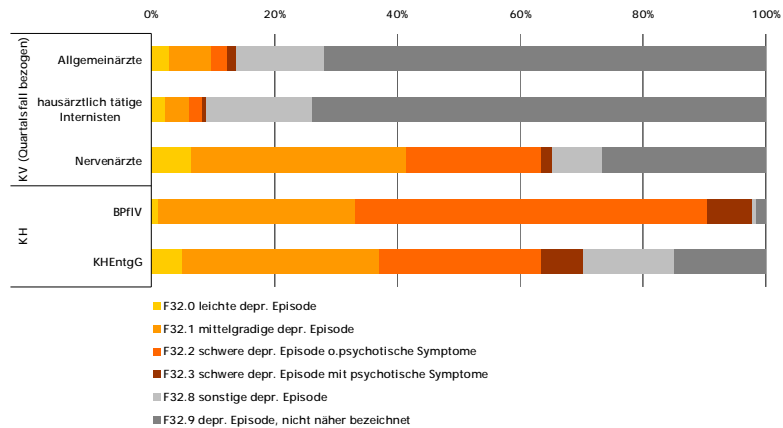
Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband



Fallschwere und Diagnosesicherheit



Kodierspezifität bei F32 - Depressive Episode



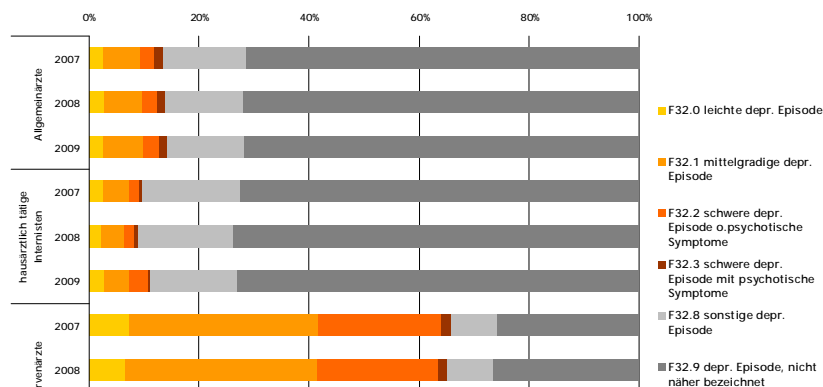
Datenquelle: KV: ZI-ADT Panel Nordrhein 2008, KH: 301 Daten 2008 (ca. 80% der GKV Patienten)

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

Diagnosesicherheit ambulant unter weitgehender Abwesenheit von Standardisierung



Kodierspezifität bei F32 - Depressive Episode - KV 2006 - 2009



Datenquelle: KV: ZI-ADT Panel Nordrhein 2008 aus G-BA Modellprojekt Versorgungsorientierung Depression 2011

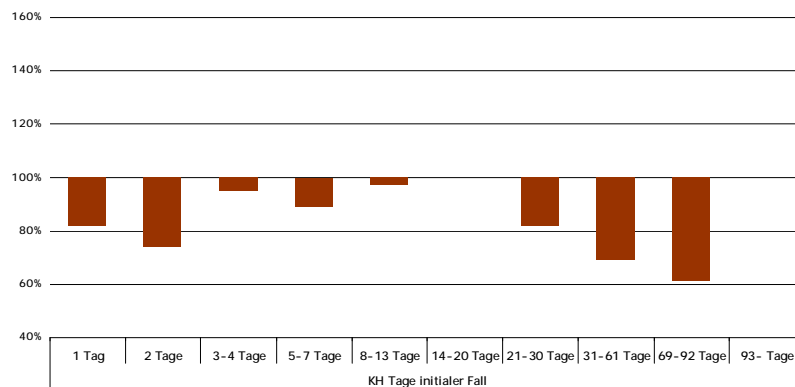
Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

aDKR – Mangel an Bürokratie?

- è Keine ambulanten DKR bedeutet nicht Mangel an Bürokratie.
- è Bedeutet Mangel an Einheitlichkeit der Handhabung und Genauigkeit, die über die „Hinweise“ im ICD hinausreicht.
- è Das Fehlen einer Konvention verursacht Mangel an Aussagekraft.
- è u.U. mangelnde Vergleichbarkeit bei der Verwendung von Routinedaten für QS-Zwecke.
- è Konsequenz – Doppelerfassung von Daten erwünscht?

Wiederaufnahmeraten ~ VWD

Rehospitalisierung innerhalb eines Jahres nach Verweildauer
relativ bezogen auf 14-20 Tage Aufenthalt bei initialen Fall



Datenquelle: Barmer GEK Report Krankenhaus 2011, multifaktorielle logistische Regression ausgew. psych Diagnosen (F32,F33,34,F41,F43, F45)

Wirkung eines regionalen Psychriatriebudgets im Kreis Steinburg



Patienten pro Behandlungsart in %	2002 (vor Einführung RB)	2007 (5. Jahr nach Einführung RB)	Differenz
ambulant	14,1 %	22,8 %	+ 8,7 %
ambulant + stationär	9,5 %	7,8 %	- 1,7 %
ambulant + teilstationär	1,6 %	2,8 %	+ 1,2 %
ambulant + teilstationär + stationär	2,7 %	5,2 %	+ 2,5 %
stationär	69,8 %	53,9 %	- 15,9 %
teilstationär	0,8 %	1,8 %	+ 1,0 %
teilstationär + stationär	1,5 %	5,7 %	+ 4,2 %

RB = regionales Budget

Quelle: Daten des Klinikums Itzehoe, Deister 2011

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

PsychEntgG – Referentenentwurf 07.11.2011



QS im G-BA:

- è Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.
- è Verfahren der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung spätestens mit Beginn der Konvergenzphase für die Krankenhäuser verbindlich anzuwenden.
- è Ergebnisse sind transparent nach Außen (z. B. in Qualitätsberichten der Krankenhäuser) darzustellen.

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

Referentenentwurf PsychEntgG

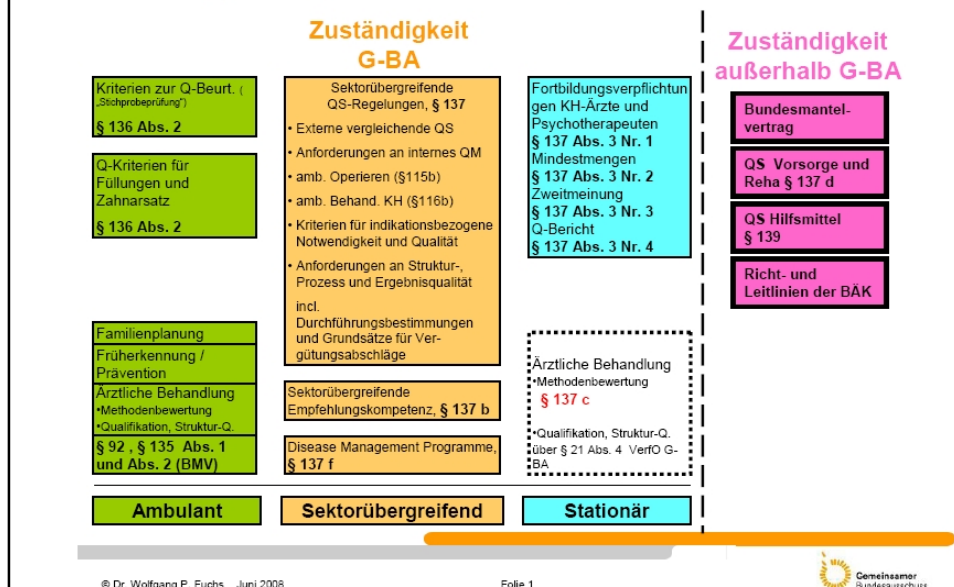
- è 2013 - 2014 Optionsjahre
- è 2013 - 2016 Budgetneutralität
- è 2017 - 2021 Konvergenzphase
- è ab 2022 Preissystem
- è Nebeneinander von Tagespauschalen, alternativen Abrechnungseinheiten, Modellvorhaben

Agenda

- 1 Vergütung und Qualität
- 2 Messung von Qualität
- 3 Darstellung und Publikation

QS-Dominanz des G-BA

QS-Regelungen im GKV-System – GKV-WSG

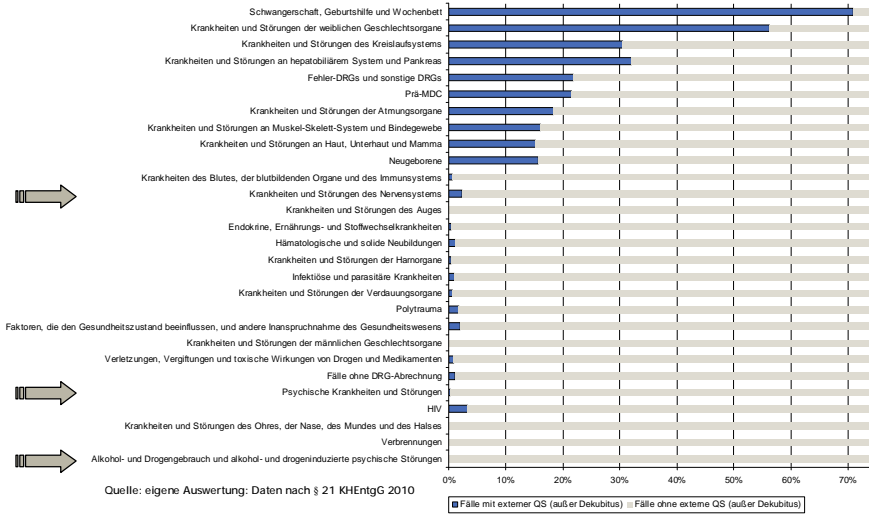


Gegenwärtige QS Krankenhaus durch den G-BA aufwändig + ohne Psych



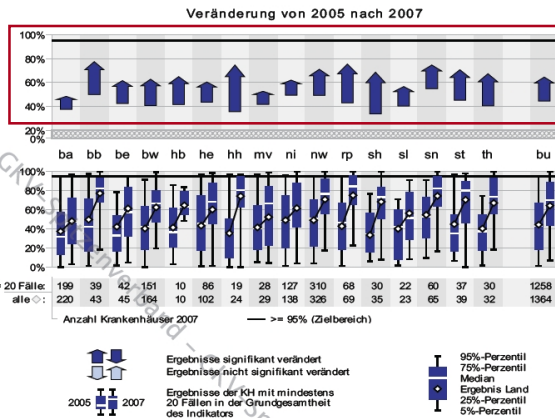
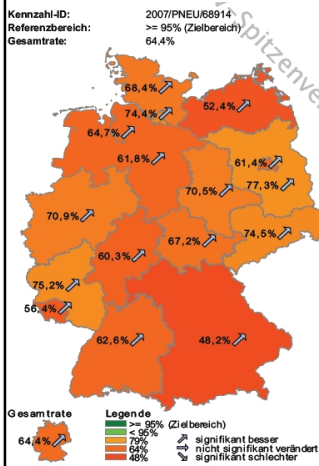
- è Dominanz der operativen Fächer (kein einziges BQS-/AQUA-Verfahren in der Psychiatrie)
- è (noch) Extradatenerfassung mit händischen Recherchen zu Verlaufsdaten (Mortalität und Transplantatfunktion bei Organtransplantation)
- è Aggregierte statistische Berichterstattung mit Geodarstellung durch das QS-Institut des G-BA AQUA
- è Publikationspflicht von ausgewählten Qualitätsindikatoren u.a. durch Kassen und Kassenverbände mit einrichtungsbefugten Vergleichsmöglichkeiten

Beteiligung an QS-Verfahren in 17b QS-Abdeckung je MDC



Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

Klinische Stabilitätskriterien zur Entlassung bei ambulant erworbener Pneumonie



Die Ergebnisse 2005 und 2007 basieren auf vergleichbaren Berechnungsgrundlagen.

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

GKV
Spitzenverband

Krankenhaus	Krankenhaus gesamt	Patienten	Qualitätskennzahl	Strukturkennzahl	Prozesskennzahl	Ergebniskennzahl
Park-Klinik Weißensee, Berlin	Krankenhaus gesamt	7	222	213	95,9 %	92,4 98,1
Vitas Krankenhaus für Geriatrie, Berlin	Krankenhaus gesamt	9	100	92	92,0 %	84,8 96,5
Dominikus-Krankenhaus GmbH, Berlin	Krankenhaus gesamt	10	108	104	96,3 %	98,7 99,0
EGZB gGmbH, Berlin	Krankenhaus gesamt	10	42	41	97,6 %	87,1 99,9

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

GKV
Spitzenverband

Verweildauerentwicklung (Fachgebiete 2002 – 2008, Indexdarstellung)

Jahr	Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Psychotherapeutische Medizin	Psychiatrie und Psychotherapie	Fachabteilungen insgesamt
2002	1,00	1,00	1,00	1,00
2003	1,02	0,98	0,98	0,96
2004	0,95	0,93	0,95	0,94
2005	0,94	0,91	0,94	0,93
2006	0,93	0,88	0,94	0,92
2007	0,91	0,91	0,91	0,90
2008	0,91	0,91	0,91	0,89

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

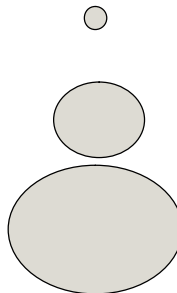
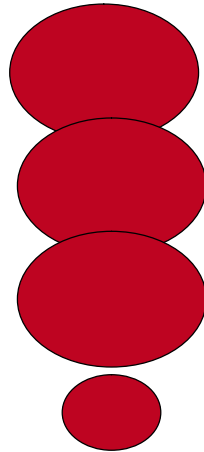
Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

Übergang sektorbezogene in eine sektorübergreifende QS



QSKH/135/2...

Qesü



2011

2012

2013

2014

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

23

Wer bestimmt, welches Fachgebiet ein süQS-Verfahren bekommt?



- è Vorbereitung der Entscheidung durch die AG „Themenfindung“ und Priorisierung
- è Auswahl in Beschlussform durch das Plenum
- è 3 bis 7 sektorübergreifende QS-Verfahren entwickelt AQUA pro Jahr innerhalb des Vertrags
- è für 2010: PCI, Katarakt, Konisation, KRK, Endoprothesen-Hüfte+Knie, Arthroskopie Knie
- è für 2011: u.a. Nosokomiale Infektionen, QS Psychische Erkrankungen

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

Beauftragung der Entwicklung einer süQS in den Psych-Fächern



- è Auftragsformulierung an das QS-Institut in eigener Arbeitsgruppe des G-BA, erstes Treffen 2.11.2011
- è Vor-Entscheidungen zu
 - Entwicklung von diagnoseübergreifenden Generalindikatoren
 - diagnosespezifische Indikatoren (Depression, Schizophrenie, Sucht, Demenz)
 - ereignisspezifische Indikatoren
 - therapiebezogene Qualitätsindikatoren?
 - abteilungsspezifische Indikatoren?
- è AQUA: Entwicklung eines QI-Sets mit Angaben zu Datenquellen und Empfehlung zu Publikationseignung

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

Eckpunkte der Beauftragung



- è Welche Patienten benötigen vorrangig ein QS- Verfahren?
- è Welche Therapiemodalitäten benötigen vorrangig ein QS- Verfahren?
- è Welche Vergütungsformen benötigen vorrangig ein QS- Verfahren?
- è Welche Indikatorarten sollen genutzt werden?

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

GKV-Positionen zur Auftragsformulierung I



- è Fokussierung auf die Schwerkranken.
- è Mix aus generischen und indikationsspezifischen Indikatoren.
- è To ist der Index-KH-Aufenthalt.
- è SüQS ist der Weg durch die Versorgungskette bis in den vertragsärztlichen Bereich.
- è Psychiatrie und Psychosomatik gemeinsam in QS-Verfahren, wo vergleichbare Morbidität behandelt wird.
- è Indikationsqualität und Ergebnisqualität sind Schwerpunkte.
- è Prozessqualität dort, wo Korrelation mit Behandlungsergebnis.
- è Strukturqualität stellt keinen Schwerpunkt dar.

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

GKV-Positionen zur Auftragsformulierung II



Konsens:

- è Einbezug der Patienten- und Angehörigenperspektive
- è wo immer möglich, Routinedatenverwendung
- è Einbezug von Entlassungsmanagement, Schnittstellenbewältigung

Probleme:

- è Horizont über SGB V hinaus wünschenswert, aber Umsetzung angesichts fehlender Zuständigkeit des G-BA problematisch
- è Darstellung innerhalb Pat.befragung technisch möglich, aber keine Veränderungssensitivität im SD und im Gesamtverfahren
- è Evidenz von Behandlungsmethoden für Solldefinition notwendig

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

QS und Methodenbewertung



- è Neue Technologien add-on oder substitutiv?
- è Diversifizierung der Fragestellungen ohne spiritus rector
- è Wissenschaftsbewertung über Publikationsquantitäten und impact factors, Einwerbung von Drittmitteln
- è Folge ist mangelnde Klärung des Stellenwertes innerhalb diagnostischer und therapeutischer Algorithmen, des Wertes für differentialtherapeutische Entscheidungen, der Übernahme in die Regelfinanzierung, der Übernahme in amtliche Kataloge

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

Verbotsvorbehalt im Krankenhaus - mit Erwartung der Evaluation



- è Zugang zu Innovationen im Krankenhaus privilegiert
- è Privileg mit Erwartung beschleunigter wissenschaftlicher Bewertung verbunden. Erwartung nicht erfüllt.
- è NUB-Verfahren in Somatik mit lediglich ökonomischer Bewertung nicht ausreichend für ausreichenden Anreiz zur Evaluation.
- è Routineversorgung im Krankenhaus mit neuen Methoden, deren Nutzen und Risiken nicht immer ausreichend erforscht sind.

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

30

Aufwandsreduktion bei der Datenerfassung



- è Aussagekraft der QS durch den Aufwand bei Extradatenerfassung begrenzt.
- è Wenn Routinedaten für Qualitätssicherungszwecke zugelassen und konfiguriert werden, könnte der Aufwand reduziert werden.
- è Was sind Routinedaten?
 - Kassenstammdaten zu Versichertenzeiten (Sterbedaten)
 - Abrechnungsdaten zu Behandlungsleistungen
 - statistische Daten z.B. für destatis
 - nicht unbedingt BADO
- è Kein vollständiger Ersatz durch Routinedaten möglich.

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

GKV-Initiative zu aufwandsarmer Erfassung



- è Gesetzesänderungs- und Verfahrensvorschläge
 - zur Verpflichtung und Legitimation von Erfassung und Übermittlungspflicht für KK
 - zur Verwendung von Routinedaten
- è AG ICD und AG OPS des DIMDI: Etablierung von Instrumenten zur Leistungsabbildung in den amtlichen Katalogen, die zur QS des G-BA geeignet sind (poA als ZKZ)
- è Quinth-Projekt zur Güte-Analyse von Qualitätsindikatoren

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

Qualitätsindikatoren-Thesaurus des GKV-Spitzenverbands



**Quinth mit öffentlichen Bereichen
im Internet **seit März 2011****

Teile der Datenbank für die Kassen
per Extranet
seit Oktober 2010

Interne Datenbank
für Mitarbeiter
des GKV-SV
seit April 2010

<http://quinth.gkv-spitzenverband.de>

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

The screenshot shows the web application interface for the Quinth quality indicators database. The browser address bar shows the URL: <http://sbk-quinth-web/quinth/content/suche.php>. The page header includes the GKV logo and navigation links: Home, FAQ, Kontakt, Login. On the left, there are menu options: Indikatoren-Übersicht, Standard-Abfragen, Indikatoren-Suche, and Individuelle Abfragen. A legend on the left lists actions like 'Eintrag erweitern', 'Fenster reduzieren', 'Sortierung', 'Gibstern', 'Indikator / Kennzahl anzeigen', 'Indikator / Kennzahl bearbeiten', 'PDF anzeigen / drucken', 'aktueller Datensatz', 'Information (Tooltip)', and 'Auswahl löschen'. The main content area displays a search results table with columns for 'ID/Nr.' and 'Indikatorname'. The table shows 27 results, with the first few being:

ID/Nr.	Indikatorname
2	Dokumentation der Diagnosekriterien bei ADHS
3	Wiedervorstellung nach Erstverschreibung einer ADHS-Medikation
4	Folgekontakte bei ADHS
5	Schulische Unterstützung von ADHS-Patienten
26	Überprüfung bei Dauermedikation bei Patienten mit vier oder mehr Dauermedikamenten
28	Anteil von Patienten mit Polymedikation (täglich mindestens 6 ärztlich verordnete Medikamente)
32	Screening auf das Vorliegen einer Depression innerhalb von drei Monaten nach Erstdiagnose der Demenz
36	Labordiagnostik bei Patienten mit einer neu diagnostizierten Demenz
37	Medikationsüberprüfung bei Patienten mit neu diagnostizierter Demenz
38	Information über Unterstützungsangebote für Patienten mit Demenz
40	Dokumentation der Diagnosekriterien bei Depression
41	Einschätzung Fallschwere bei Patienten mit Depression
42	Symptombesserung unter Medikation bei Depression
43	Anteil der Patienten mit einer diagnostizierten Depression
45	Screening auf Depression bei Patienten mit neu diagnostizierter KHK und/oder Diabetes
47	Beurteilung des Suizidrisikos bei Patienten mit Depression
94	Standardverfahren zur Dokumentation von Medikamentenallergien
85	Nachbesprechung kritischer Ereignisse in der Arztpraxis
86	Prüfung der Haltbarkeit von Notfallmedikamenten
87	Durchführung einer Patientenbefragung

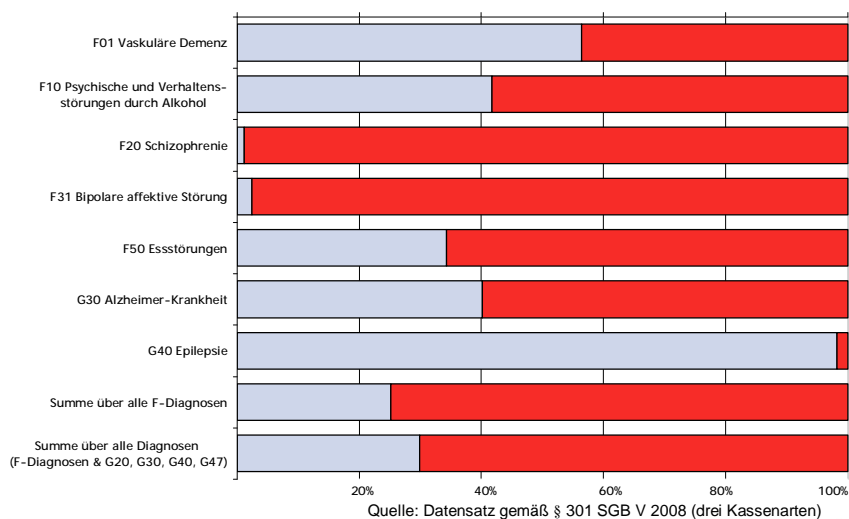
Beispiele für individuelle Abfragekriterien



- è Welche psychiatrischen Qualitätsindikatoren beinhalten fallübergreifende Kennzahlen?
- è Welche Qualitätsindikatoren in der Psychosomatik sind mit einer Rechenformel hinterlegt?
- è Welche sektorübergreifenden Kennzahlen sind im Rahmen einer Einpunktmessung zu charakterisieren?
- è Welche sektorübergreifenden Kennzahlen sind in der Wartezeit von einem Jahr mit Mehrpunktmessung > 4 Messzeitpunkten verbunden?
- è Zu welchen Qualitätsindikatoren in der KJP gibt es Konsequenzen in der Vergütung?
- è Welche Qualitätsindikatoren zur Schizophrenie werden ambulant und stationär analog angewendet?
- è Welche Qualitätsindikatoren sind innerhalb eines Jahres messbar bei Suizidversuch (nach Ereignis, nach Intervention, nach Entlassung)

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

Arbeitsteilung: Behandlungsfälle in 17 b und 17 d



Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

□ 17b-Fälle ■ 17d-Fälle

Psych-Patienten in 17b-DRG



MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen			MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psych		
U40Z	A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen	V40Z	A	Qualifizierter Entzug
U60A	M	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	V60A	M	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholaabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit
U60B	M	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	V60B	M	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholaabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, mit Entzugssyndrom
U61Z	M	Schizophrenie, wahnhafte und	V60C	M	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholaabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne Entzugssyndrom
U63Z	M	Schwere affektive Störungen	V61Z	M	Drogenintoxikation und -entzug
U64Z	M	Angststörungen oder andere affektive Störungen	V63Z	M	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit
U66Z	M	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen, psychische Reaktionen oder psychische Reaktionen in der Kindheit	V64Z	M	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit

Gesamtfallzahl 2008:

€ MDC19 94.271

€ MDC20 158.021

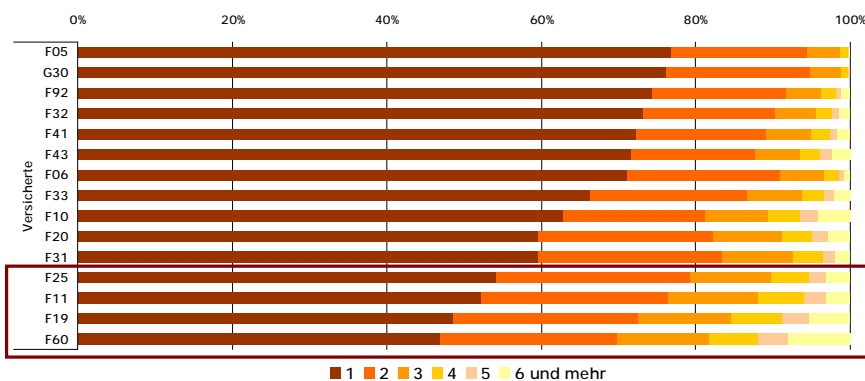
Auszug FPV2011
Begleitforschung 2008

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

Behandlungsketten und Zeitpauschalen – Vers. 17d-Bereich und psychiatrische HDg.



Häufigkeit vollstationärer psychiatrischer Aufenthalte bei TOP15 HDg.



Quelle: Auswertung GKV-Spitzenverband von Abrechnungsdaten für 2008 (ca. 80% aller GKV-Versicherten) vollstat. Fälle mit Hauptdiagnose F* G20 G30 G40 G47 im Entgeltbereich nach § 17d KHG.

Anreize von Pauschalen

è Zeitpauschalen

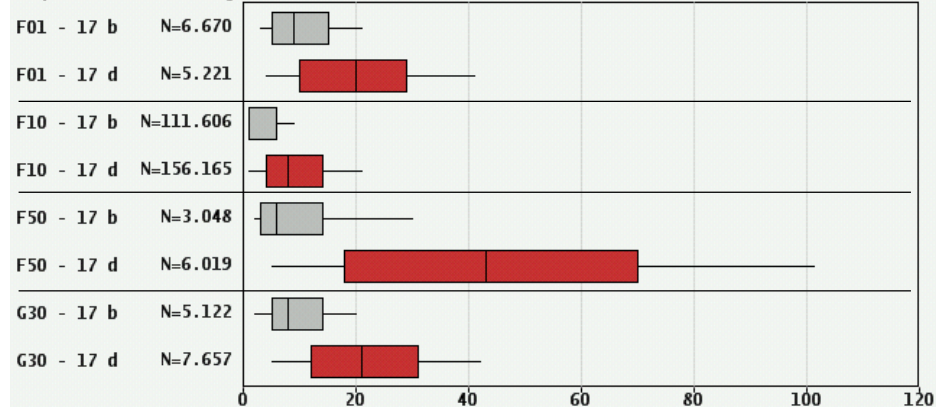
- Varianten: Quartal / Jahr / mehrere Jahre
- nicht für Patienten mit nur einem Aufenthalt – die meisten!
- häufige Wechsel vollstationär – teilstationär – PIA

è Fallpauschalen

- è Kostenminimierungsanreiz erhöht den Bedarf an qualitätssichernden Elementen

Verweildauern von Patientengruppen mit regelhafter Behandlung in beiden Bereichen 17 d-Psych und 17 b-DRG

Boxplot VMD nach HDiag



Quelle: Datensatz gemäß § 301 SGB V 2008 (drei Kassenarten)

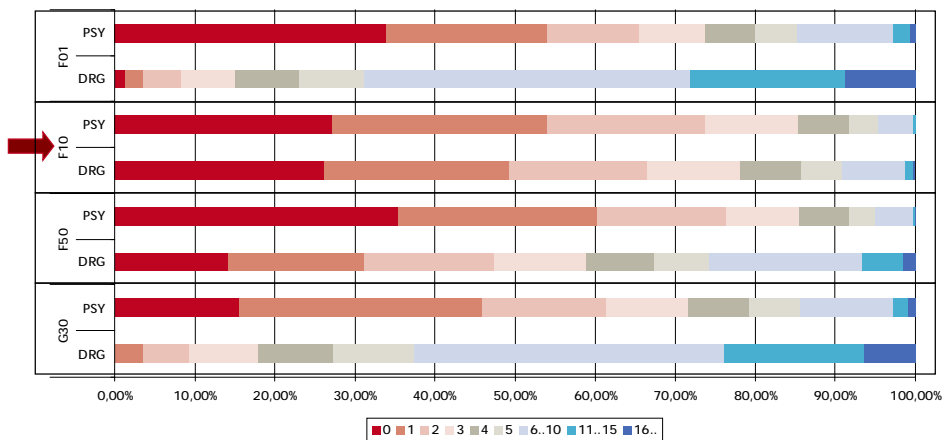
Multimorbidität Risikoadjustierung



- è Multimorbidität macht Behandlung langdauernder und vermutlich aufwändiger
- è ...ein gutes Behandlungsergebnis ungewisser.
- è ...Risikoadjustierung der Messung von Behandlungsqualität unerlässlich.
- è Voraussetzung für Aufwandsarmut durch Verwendung von Abrechnungsdaten ist eine korrekte und vollständige Kodierung von Nebendiagnosen im stationären und ambulanten Psychiatriesektor.
- è willkommener Integrationsanreiz der Teilfächer

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

Anzahl der Nebendiagnosen: Morbiditätsunterschiede oder Unterkodierung?



Quelle: Datensatz gemäß § 301 SGB V 2008 (drei Kassenarten)

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

Depression als Pilotprojekt des G-BA zur Versorgungsorientierung



- è Ziele:
 - Verbesserung der Versorgungsorientierung des G-BA
 - und seiner Ressourcenallokation
 - thematische Integration aller Unterausschüsse (BP, SV, AM, MB, QS, PT)
- è Diskussion im G-BA über Depression als ausschuss-
übergreifendes Thema
- è Kontroverse zu dieser Form der Arbeitsorganisation
angesichts der Regelungskompetenzen und des
Analyseaufwands

Ausgewählte Ergebnisse des G-BA- Modellprojekts zur Depression

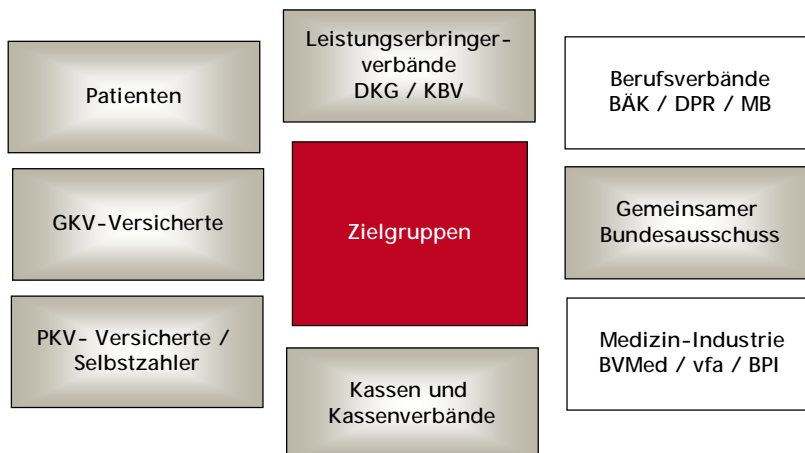


- è Leitliniengerechte Therapie verbessert das Behandlungsergebnis
- è Hinweise auf unzureichende Leitlinienorientierung in der
hausärztlichen Versorgung Depressiver und hoher
Fortbildungsbedarf (insbesondere Medikation)
- è Nur 1/3 der hochgradig Depressiven erhielt irgendeine Form der
Medikation
- è Wenige Menschen mit Major-Depression nehmen Antidepressiva,
dafür umso mehr Menschen ohne Major-Depression
- è Hinweise, dass gerade ältere Menschen mit Depression kaum eine
adäquate antidepressive Medikation und Psychotherapie erhalten

Agenda

- 1 Leistung, Vergütung und Qualität
- 2 Messung von Qualität
- 3 Darstellung und -publikation von Behandlungsqualität

Keiner ist alleiniger Adressat!

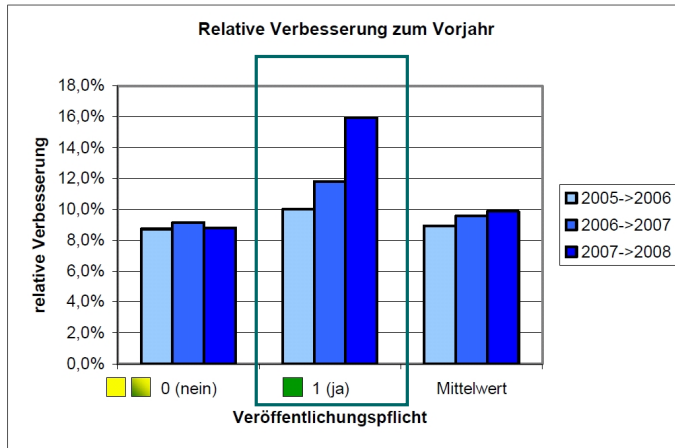


Multiple Adressaten

- è Veröffentlichung ist für die Öffentlichkeit, nicht nur für Patienten
- è einweisende Ärzte
- è verlegende Krankenhäuser
- è Krankenkassen, die IV-Verträge vereinbaren
- è mangelnde Laienverständlichkeit ist ein Mangel, aber nicht zwingend ein Ausschlussargument gegen die Publikation des QI-Ergebnisses

Hat die Veröffentlichungspflicht
in den Qualitätsberichten
Auswirkungen auf die
Entwicklung der Ergebnisse?

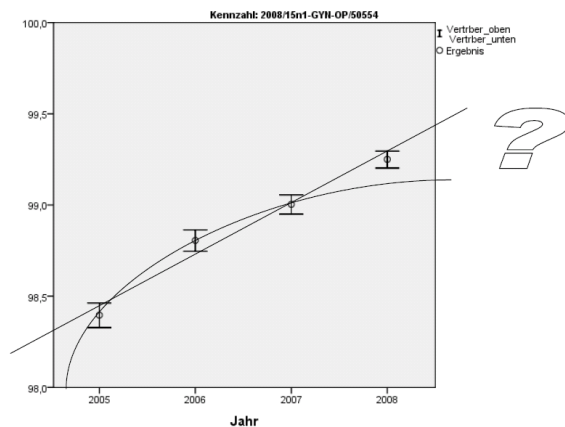
Ja, sie hat!



B. Fischer, BQS 2009

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

Nach Erreichung des Optimums
Aussetzung bzw. Rotation möglich



Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie

B. Fischer, BQS 2009

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

Einrichtungsvergleichende Berichtspflicht für süQS?



- è einrichtungsvergleichende Berichte bisher nur für Krankenhäuser verpflichtend
- è nicht in ambulanter QS nach BMT-V
- è (noch) nicht für zu entwickelnde süQS-Verfahren des G-BA
- è PsychEntgG-Referentenentwurf:
 - einrichtungsvergleichende Berichtspflicht süQS auch für ambulante Leistungserbringer (?)
 - Offen ob und wie Aggregationsgrad

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.gkv-spitzenverband.de

Dr. med. Antje Haas
GKV-Spitzenverband
Abteilung Krankenhäuser
Referatsleiterin QS KH
Mittelstraße 51
10117 Berlin
antje.haas@gkv-spitzenverband.de
Tel.: 030-206288-2206

Dr. Antje Haas
GKV-Spitzenverband

52