

Die Kirchensynode möge beschließen:

Resolution¹ -

**Krankenhäuser sicher finanzieren, medizinische Versorgung entbürokratisieren und
Gesundheit auf dem Land dauerhaft gewährleisten**

Die XII. Kirchensynode der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau hat angesichts drohender Versorgungsengpässe und Schließungen von Krankenhäusern besonders in ländlichen Regionen auf ihrer 13. Tagung folgende Resolution beschlossen:

- Die Synode der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau fordert die Bundesländer auf, ihren gesetzlich vorgeschriebenen Finanzierungsverpflichtungen für Krankenhäuser in vollem Umfang nachzukommen. Unzureichende Förderung durch die Länder stellt seit vielen Jahren die größte wirtschaftliche Herausforderung für Krankenhäuser dar. Dadurch können notwendige Investitionen nicht getätigt oder müssen durch Personaleinsparungen finanziert werden. Selbst Instandhaltungen müssen aus oft knappen Eigenmitteln bestritten werden.
- Vom Bundesgesetzgeber fordert die Synode der EKHN eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung: Derzeit sind die laufenden Betriebskosten durch die Vergütung nach Fallpauschalen (diagnosis related groups, DRG) nicht ausreichend gedeckt. Das Krankenhausfinanzierungssystem muss weiterentwickelt werden, indem unterschiedliche Kostenstrukturen der Krankenhäuser in den DRG-Fallpauschalen berücksichtigt und die Kosten der notwendigen Vorhaltung gedeckt werden. Die wirtschaftliche Lage von Krankenhäusern in von Unterversorgung bedrohten Regionen muss dabei gesondert berücksichtigt werden.
- Ebenso notwendig ist ein Abbau des Missverhältnisses von erforderlicher Kontrolldokumentation und ungerechtfertigter Leistungsdokumentation in den Krankenhäusern: Diese werden derzeit durch immer neue gesetzliche Regelungen belastet. Damit es wieder möglich wird, mit ausreichend Zeit Patientinnen und Patienten zu versorgen, müssen sowohl Pflegende, Ärztinnen und Ärzte als auch die Krankenhausverwaltungen von überbordender Bürokratie entlastet werden.
- Die starre Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung muss aufgehoben werden. Sie verhindert eine nahtlose und Ressourcen schonende Versorgung von Patientinnen und Patienten und verursacht zusätzliche Finanzierungsprobleme. Besonders in ländlichen Gebieten muss daher Krankenhäusern ein Zugang zur ambulanten Versorgung ermöglicht werden. Dazu ist eine leistungsgerechte und sektorenübergreifende Vergütung sicherzustellen.

¹ Vorlage erarbeitet vom Ausschuss für Diakonie und Gesellschaftliche Verantwortung unter Vorsitz von Dr. Gunter Volz und Beratung von Dagmar Jung (Diakonie Hessen), Tim Allendörfer (Agaplesion gAG), OKR Christian Schwindt (Zentrum Gesellschaftliche Verantwortung) und Andreas Lipsch (Diakonie Hessen) im Auftrag des Kirchensynodalvorstands).

Impulspapier zur Lage der Krankenhäuser unter Berücksichtigung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum

Der Kirchensynodalvorstand (KSV) hat gemäß dem beschlossenen Antrag zur Änderung der Pfliegeresolution auf der 11. Tagung der XII. Kirchensynode den Ausschuss für Diakonie und Gesellschaftliche Verantwortung (ADGV) beauftragt, für die 13. Tagung der XII. Kirchensynode im November 2021 eine Resolution zur Situation in den Krankenhäusern vorzubereiten. Hierbei wurde, wie im Ursprungsauftrag des KSV, die Situation der Versorgung auf dem Lande mitbedacht und im folgenden Impulspapier in den Kontext der Situation in den Krankenhäusern einbezogen.

Zur Arbeitsgruppe gehörten die Mitglieder des ADGV, Detlef Baßin, Gundi Bäßler, Dieter Eller, Klaus Faller, Andreas Heidrich, Ulrike Hofmann, Frank Puchtler, Brigitte Tesch und Dr. Gunter Volz, sowie Dagmar Jung (Diakonie Hessen), Tim Allendörfer (Agaplesion gAG), OKR Christian Schwindt (Zentrum Gesellschaftliche Verantwortung) und Andreas Lipsch (Diakonie Hessen).

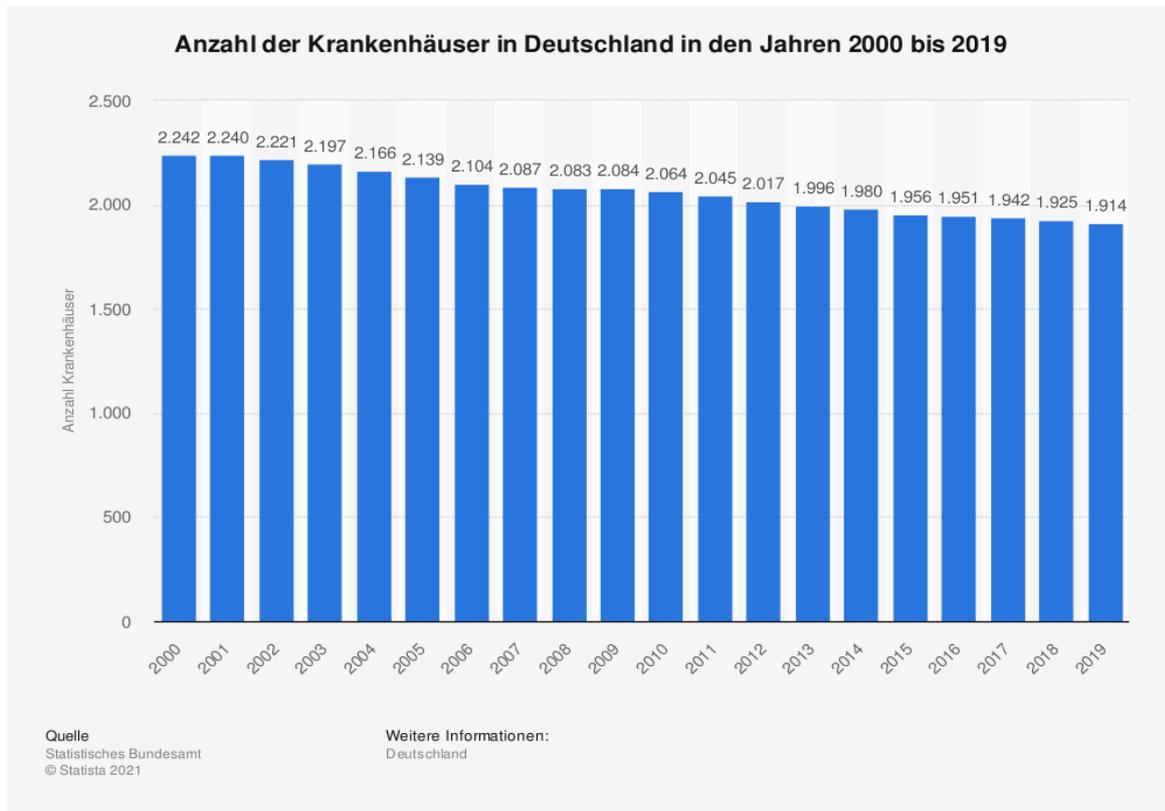
In der Bevölkerung haben Krankenhäuser ein hohes Ansehen. Die räumliche Nähe und gute Erreichbarkeit eines Krankenhauses, um auch im Notfall schnell und fachlich umfassend stationär behandelt zu werden, gehört zur gegenwärtigen Standardvorstellung einer guten Gesundheitsinfrastruktur in Deutschland.

Krankenhäuser sind aber auch seit vielen Jahren dem Vorwurf ausgesetzt, größter Kostentreiber im Gesundheitswesen zu sein, gleichzeitig kämpfen sie um eine angemessene Finanzierung ihrer Versorgungsleistungen, um wirtschaftlich arbeiten zu können. Dies scheint paradox gerade im Hinblick auf die gemeinnützigen Einrichtungen, zu denen die evangelischen Krankenhäuser zählen. Sie verknüpfen Wirtschaftlichkeit gerade nicht damit, Gewinne für Investoren berücksichtigen zu müssen, wie dies für privat-gewerbliche, meist in Konzernstrukturen eingebundene Einrichtungen gilt.

Auf Basis aktueller Daten des Verbands der Ersatzkassen (vdek) vom 24.06.21 lagen die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei 260,3 Milliarden Euro. Dabei beliefen sich die reinen Leistungsausgaben auf rund 248,9 Milliarden Euro. „Den größten Anteil der Leistungsausgaben stellt der Krankenhaussektor dar. Insgesamt musste die GKV hierfür 81,5 Milliarden Euro aufbringen. Dies entspricht einem Anteil von 32,8 Prozent an allen Leistungsausgaben und ist nahezu doppelt so hoch wie die ambulante ärztliche Versorgung mit einem Volumen von 44,0 Milliarden Euro und einem Anteil von 17,7 Prozent. Den drittgrößten Ausgabensektor stellt der Arzneimittelbereich mit 43,3 Milliarden Euro und einem Anteil von 17,4 Prozent dar.“ (vdek-Daten vom 21.10.2021, abgerufen unter https://www.vdek.com/presse/daten/d_versorgung_leistungsausgaben.html)

Laut dem Statistischen Bundesamt waren im Jahr 2019 1914 Krankenhäuser in Betrieb. Zehn Jahre vorher waren es noch 170 Häuser mehr. Gleichzeitig sind die Fallzahlen stetig angestiegen. Von Schließungen betroffen waren vor allem die gemeinnützigen und die öffentlichen Krankenhäuser, während private Klinikbetreiber und -ketten expandierten. Der starke Rationalisierungsdruck führte unabhängig von der Trägerschaft zu einem steten Absinken der durchschnittlichen Patientenverweildauer, die 2019 bei 7,2 Tagen lag. Als größter Kostenfaktor in deutschen Krankenhäusern werden die Personalkosten ausgemacht, mit mehr als 70 % der Gesamtkosten. Im Jahr 2018 entfielen auf die Personalkosten rund 66,5 Milliarden Euro.

Wie stark die unter Kostendruck und Wettbewerb stehende Krankenhauslandschaft in ihrem strukturellen Überleben von den aktuellen Finanzierungsgrundlagen bestimmt wird, verdeutlichen die nachfolgenden Ausführungen.



Die Krankenhausfinanzierung ist komplex. Betrachtet werden sollen hier die Faktoren, die den Hauptanteil an der finanziell bedrohlichen Lage nicht nur evangelischer Krankenhäuser darstellen:

An erster Stelle ist hier die unzureichende Investitionskostenfinanzierung zu nennen:

- Die Krankenhäuser werden gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz dadurch wirtschaftlich gesichert, dass ihre Investitionskosten von den Ländern übernommen und die Betriebskosten – insbesondere Personal- und Sachkosten – aus den Fallpauschalen vergütet werden („Duale Finanzierung“).
- Die Fördermittel für Investitionen müssten jedoch so bemessen werden, dass sie die betriebswirtschaftlich notwendigen Investitionskosten der Krankenhäuser decken. Seit vielen Jahren reichen aber die von den Ländern zur Verfügung gestellten Fördermittel dafür nicht aus.
- Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat in ihrer „Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2020“ (April 2021) erneut auf den Bedarf an zusätzlichen Fördermitteln hingewiesen. Danach wird nur etwa die Hälfte der erforderlichen Fördermittel von den Ländern zur Verfügung gestellt; bundesweit fehlen jedes Jahr über 3 Milliarden Euro. Außerdem ist keine Anpassung an die im Lauf der Jahre gestiegenen Baupreise erfolgt.

- Die Länder, auch Hessen und Rheinland-Pfalz, haben in den vergangenen Jahren die Krankenhausfördermittel zwar teilweise deutlich aufgestockt. Jedoch zeigt sich immer noch eine große Lücke zwischen notwendigen und zur Verfügung gestellten Fördermitteln. Auch die vom Bund bereitgestellten Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds und dem Krankenhauszukunftsfonds für gezielte Vorhaben können die Lücke nicht dauerhaft schließen.
- Die Krankenhäuser sind dadurch gezwungen, Überschüsse aus Fallpauschalen bzw. anderen Vergütungen zu erwirtschaften oder aus Eigenmitteln aufzubringen bzw. aus der Aufnahme von Fremdkapital, um ausreichend in den notwendigen Erhalt und die Weiterentwicklung der baulichen Infrastruktur investieren zu können. Das ist häufig nicht oder nur durch Einsparungen bei den Personalstellen möglich, denn die Personalkosten machen den weitaus größten Teil der Betriebskosten aus, insbesondere die Kosten für Pflegepersonalstellen.
- Seit 2020 ist gesetzlich verankert, dass Pflegepersonalkosten aus dem Fallpauschalen-Budget auszugliedern sind, um eine sachgerechte Vergütung sicherzustellen (so zumindest die Theorie). Damit ist eine Möglichkeit genommen, Überschüsse aus diesem Bereich zu erzielen und ersatzweise für Investitionen einzusetzen, sofern dies überhaupt möglich wäre (Fachkräftemangel). Denn es werden nur noch solche Kosten im Pflegedienst - der größten Personalgruppe im Krankenhaus – finanziert, die auch nachgewiesen werden können.
- Letztlich führt die unzureichende Investitionskostenfinanzierung durch die Länder seit vielen Jahren nicht nur zu Gefährdungen für den baulich-technischen Betrieb der Krankenhäuser und ernsthaften wirtschaftlichen Problemen, sondern erhöht den Druck auf Pflege und Behandlung durch die zwangsläufig folgenden Personalstelleneinsparungen. Das hat erhebliche Auswirkungen auf die medizinische und pflegerische Versorgung, indem weniger Zeit für Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht.

Ebenfalls problematisch ist die Deckung der Betriebskosten durch die pauschalierte Vergütung (Fallpauschalen, eingeführt im Jahr 2003)

- Mit dem pauschalierten Fallpauschalensystem „diagnosis related groups“ (DRG) erhält jedes Krankenhaus dieselbe Vergütung für eine bestimmte stationäre Leistung. Die individuelle Kostensituation eines Krankenhauses wird dabei nicht ausreichend berücksichtigt, da die Kalkulationshäuser nur eine Stichprobe darstellen können und die Daten einem zeitlichen Versatz unterliegen. Die Kostenstrukturen der Krankenhäuser unterscheiden sich aber mitunter deutlich voneinander; Personalkosten und Kosten der Vorhaltung beispielsweise weichen je nach Größe, medizinischer Leistungsstruktur und Standort eines Krankenhauses stark von denen anderer Krankenhäuser ab. Auch das zwingt durch die einheitliche und pauschale Krankenhausvergütung zu Einsparungen, die sich letztlich auf die personelle Ausstattung auswirken. Gerade die Einsparungen bei den Betriebskosten,

insbesondere den Personalkosten, sind eine unmittelbare Folge der dargestellten Misere bei der Investitionskosten-Finanzierung.

- Während Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft im Fall von finanziellen Defiziten oder drohender Insolvenz unmittelbare Zuwendungen ihres Trägers i.d.R. aus Steuermitteln erhalten können, gibt es einen solchen Ausgleich für freigemeinnützige Krankenhausbetreiber nicht. Für sie sind Einsparungen unumgänglich. Kostensenkungen sind jedoch nur in begrenztem Umfang möglich, denn schließlich muss eine qualitativ sichere und hochwertige medizinische Versorgung sichergestellt werden, die wiederum eine bestimmte Personalausstattung notwendig macht.
- Als Lösung des Dilemmas wird die Erlössteigerung betrachtet, also eine kontinuierliche Leistungssteigerung von Jahr zu Jahr. Auch dem sind jedoch Grenzen gesetzt; die mögliche Leistungsmenge wird unter anderem durch das Krankheitsaufkommen begrenzt und die jeweilige *Vereinbarung von zusätzlichen Leistungen* gegenüber dem Vorjahr sind aufgrund starrer gesetzlicher Regelungen seit Jahren stark eingeschränkt.
- Diese Entwicklung führt dazu, dass die notwendigen Betriebskosten der Krankenhäuser nicht vollständig refinanziert werden können. Aktuell hat die Corona-Pandemie die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser weiter verschärft und macht die Notwendigkeit für eine Anpassung des Systems umso deutlicher. Ohne Ausgleichszahlungen für freigehaltene und leerstehende Bettenkapazitäten, die Verkürzung des Zahlungsziels für Krankenhausrechnungen, Zuschläge für pandemiebedingte Mehrkosten und andere Maßnahmen wäre die Zahlungsfähigkeit der Krankenhäuser nicht aufrechtzuerhalten gewesen.
- Die Existenz eines Großteils der Krankenhäuser ist auch jenseits der Pandemie durch die Kumulierung der Finanzierungsprobleme bedroht, diese haben aber einen neuen Gipfel durch die Covid-19-Einschnitte erreicht. Gerade im ländlichen Bereich führt dies zu einer Gefährdung und Einschränkung der Krankenhausversorgung. Patientinnen und Patienten müssten künftig u. U. weitere Wege zum nächsten Krankenhaus in Kauf nehmen und erreichen ärztliche Hilfe im Notfall nicht schnell genug.
- Allerdings haben verschiedene Studien auch gezeigt, dass für die Versorgung der Bevölkerung deutlich weniger Krankenhäuser als bisher ausreichen könnten. Realistisch zu erwarten ist, dass zukünftig viele Krankenhäuser geschlossen und Krankenhausstandorte konzentriert werden. Diese Entwicklung darf jedoch nicht allein von der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser abhängig gemacht werden. Entscheidend ist, dass die Steuerung stationärer Gesundheitsversorgung patientenorientiert erfolgt und unterversorgte Regionen bei diesem Strukturwandel besondere Beachtung finden. Dazu gehört insbesondere, die Alters- und Bevölkerungsentwicklung sowie die regionale Arbeitsmarktsituation zu berücksichtigen.

Die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser wird zudem durch eine überbordende, zermürbende Bürokratie auf die Probe gestellt:

- Zahlreiche neue Gesetze, Budgetbegrenzungen, Zu- und Abschlagsregelungen, Anforderungen an personelle und sächliche Ausstattung für bestimmte Behandlungen haben Komplexität und Formalismus des Krankenhausfinanzierungssystems im Lauf der Jahre deutlich erhöht. Mit vielen dieser neuen gesetzlichen Regelungen wurden die Krankenhäuser zu weiteren aufwändigen Dokumentationen und Nachweisen verpflichtet. Im Fall nicht fristgemäßer oder unvollständiger Datenmeldungen an die zuständigen Stellen drohen finanzielle Sanktionen.
- Das führt nicht nur in der Krankenhausverwaltung zu einem immer höheren Zeitaufwand für Dokumentationsaufgaben sondern auch in den ärztlichen und pflegerischen Berufen – neben der ohnehin schon aufwändigen Behandlungs- und Pflegedokumentation selbst. All das raubt wertvolle Zeit, die – ohnehin dezimiert durch die Personalknappheit – dringend für Untersuchung, Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten benötigt wird.
- Als Beispiel seien hier die Folgen der sanktionshinterlegten Pflegepersonaluntergrenzen-Regelung aufgezeigt: Auf jeder betroffenen Station, für jede Schicht sind Patientenzahlen, Einsatzzeiten und Qualifikationen im Pflegedienst sowie Ausnahmeregelungen zu dokumentieren und quartalsweise an die zuständigen Stellen zu liefern. Weiterhin sind vom Wirtschaftsprüfer testierte Jahresberichte darüber abzugeben und die pflegesensitiven Bereiche regelmäßig zu melden.
- Auch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem Fallpauschalen-System hat enorme bürokratische Folgen. Neben dargestellten Dokumentations- und Berichtspflichten sind aufwändige Pflegebudgetverhandlungen mit den Krankenkassen entstanden, die von Abgrenzungsstreitigkeiten und Schiedsstellenverfahren bestimmt werden.
- Auch die im gesetzlichen Auftrag beschlossenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für Krankenhäuser sorgen für erheblichen Bürokratiewuchs in bisher nicht gekanntem Ausmaß. Inzwischen sind von einem Krankenhaus pro Jahr bis zu 15 unterschiedliche Bestätigungen eines Wirtschaftsprüfers zur Vorlage bei den Krankenkassen vorgeschrieben – mit entsprechend hohem Arbeitsaufwand und hohen Kosten für Prüfung und Ausstellung.
- Überraschenderweise wird der *Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft* bei der Einführung der vielen neuen bürokratischen Nachweisverpflichtungen für die Krankenhäuser vom Gesetzgeber meist als gering bezeichnet. Das stellt sich in der Praxis deutlich anders dar. Hinzu kommt, dass der oft enorm große administrative Aufwand der Krankenhäuser – auch im ärztlichen und pflegerischen Bereich – keinerlei Gegenfinanzierung erfährt. Gerade von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften im Krankenhaus ist häufig zu hören, dass die zunehmende Dokumentationsverpflichtung immer unerträglicher wird, was auch als Beweggrund für einen Berufswechsel angeführt wird.

Ein notwendiger Schritt aus dem absehbaren Versorgungsdilemma könnte die Beseitigung starrer Schranken zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sein. Die sektorenübergreifende Versorgung ist ordnungspolitisch stärker zu würdigen. Ziel muss eine stärkere Durchlässigkeit im System ambulanter und stationärer Behandlung sein:

- In der Gesundheitsversorgung bestehen strikte Grenzen zwischen ambulanten und stationären Behandlungsangeboten. Ursachen dafür liegen unter anderem in den getrennt gewachsenen Strukturen und den sich stark voneinander unterscheidenden, nicht miteinander verzahnten Finanzierungssystemen von ambulanter ärztlicher Versorgung, Krankenhausbehandlung, ambulanter und stationärer Pflege sowie Rehabilitationsleistungen. Zwischen diesen Sektoren gibt es folglich nur eine geringe Vernetzung. Eine zielgerichtete und nahtlose Behandlung von Patientinnen und Patienten wird dadurch erschwert.
- Ambulante ärztliche Behandlungen werden in Krankenhäusern bisher nur sehr eingeschränkt zugelassen (z. B. in der Notfallambulanz, durch ambulante Operationen, durch persönliche Ermächtigung von Ärztinnen und Ärzten oder in der psychiatrischen Institutsambulanz), obwohl die medizinisch notwendigen Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten in Krankenhäusern größtenteils umfassend zur Verfügung stehen. Künftig wird die ambulante Versorgung aber weiter an Bedeutung gewinnen, weil zwischen gesetzlichen Krankenkassen, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung ein neuer Katalog ambulanter Operationen und stationsersetzender Behandlungen zu vereinbaren ist. Damit werden viele weitere, bisher im Krankenhaus durchgeführte Behandlungen absehbar nur noch ambulant erfolgen können. Um die hieraus zu erwartenden vielen zusätzlichen ambulanten Behandlungen im Gesundheitsversorgungssystem bewältigen zu können, müssen Krankenhäuser für die ambulante Versorgung geöffnet werden; eine Verzahnung bzw. gemeinsame Behandlung insbesondere zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den Krankenhäusern muss ermöglicht und vereinfacht werden.
- Die für ambulante Operationen und stationsersetzende Behandlungen gesetzlich vorgeschriebene Gleichstellung der Vergütung im Krankenhaus und im ambulanten Behandlungssektor ist allerdings nicht angemessen, weil die Krankenhäuser eine weitaus teurere Vorhaltung, zum Beispiel an Personal und diagnostischen Möglichkeiten, sicherstellen müssen. Viele Patientinnen und Patienten bedürfen trotz ambulanter Behandlung der Ausstattung eines Krankenhauses – gerade ältere Menschen und solche, deren Behandlung sich aufgrund von anderen bestehenden Krankheiten aufwändig gestaltet.

Die Versorgung im ländlichen Raum muss sichergestellt bleiben:

- Die demographische Entwicklung und der bestehende Fachkräftemangel werden zunehmend zu Versorgungsproblemen führen, besonders in strukturschwachen Regionen und in der ländlichen ärztlichen Versorgung. Gerade für Kliniken in ländlichen Gebieten ist die Transformation in Bezug auf (neue) zusätzliche Angebote in der Pflege sowie im ambulanten Bereich überlebensnotwendig. Diese Öffnungsnotwendigkeiten werden insbesondere in Bezug auf den ambulanten Markt erschwert, denn die Versorgungszugänge der Krankenhäuser sind durch die Ordnungspolitik und die zuständigen, beauftragten Körperschaften des öffentlichen Rechts begrenzt.
- Im ländlichen Raum bleibt Krankenhäusern neben den Bemühungen um den Erhalt des Zugangs zum ambulanten Feld in jedem Fall die Erschließung von zusätzlichen Pflegeangeboten, die mit der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen vertraglich vereinbart werden können. Dies gilt für die neue Übergangspflege ebenso, wie die Transformation von (herkömmlichen) Krankenhausbetten in flexibel nutzbare Betten für Kurzzeitpflegeangebote. Ein erstes Beispiel für eine gute Lösung ist die durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) neu eingeführte *Übergangspflege im Krankenhaus*. Damit können künftig im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung übergangsweise erforderliche stationäre Pflegeleistungen vom Krankenhaus erbracht werden, wenn solche Leistungen nicht oder nur mit unzumutbarem Aufwand von Pflegeeinrichtungen sichergestellt werden können. Die Etablierung von Tagespflege und/oder ambulanter Pflege ist überdies ebenfalls ein komplementäres Tätigkeitsfeld für die Häuser.
- Insgesamt gilt es, neue, sektorenoffene Gesundheitssystemstrukturen, beispielsweise regionale Behandlungszentren oder regionale, sektorenübergreifende Vergütungsmodelle zu entwickeln und diese ordnungspolitisch zu ermöglichen. Das beinhaltet auch, den Bereich der Prävention und Rehabilitation für Häuser im ländlichen Raum zu erschließen und zwar sowohl für die ambulante und stationäre Anschlussheilbehandlung, die Rehabilitation sowie Heilverfahren.

Weitergehende Informationen

<https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/investitionsfinanzierung/>

https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2020_DKG_Bestandsaufnahme_KHPlanung_Investitionsfinanzierung.pdf_.pdf

https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2021/2021-04-27-PM-DKG_zur_Bestandsaufnahme.pdf

Literatur

§ 140a SGB V – Besondere Versorgung

§ 115b SGB V in der Fassung des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) vom 11. Juli 2021

§ 120 Abs. 3b SGB V in der Fassung des GVWG vom 11. Juli 2021

§ 39e SGB V, § 132m SGB V in der Fassung des GVWG vom 11. Juli 2021

<https://dekv.de/positionen/menschen-brauchen-zuwendung-gesundheitspolitische-positionen-fuer-die-20-legislaturperiode-des-deutschen-bundestages-des-dekv-2/>