

Stellungnahme



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0220(40)
gel. VB zur öAnhör. am 30.11.
2016_HHVG
30.11.2016

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zu dem

- Entwurf eines Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) der Bundesregierung (18/10186)
- Antrag „Versorgung durch Heilmittelerbringer stärken – Valide Datengrundlage zur Versorgung und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern schaffen“ der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (18/8399)
- Antrag „Versorgung verbessern – Kompetenzen von Heilmittelerbringern ausbauen“ der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (18/10247)

28.11.2016

Heil- und Hilfsmittelversorgung verbessern – einseitige Belastungen der Versicherten verhindern

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Knut Lambertin
Referatsleiter Gesundheitspolitik/KV

knut.lambertin@dgb.de

Telefon: +49 30 - 24060-706
Telefax: +49 30 - 24060-226
Mobil: +49 160 - 90772957

Henriette-Herz-Platz 2
10178 Berlin

www.dgb.de

Der DGB begrüßt die Leistungsverbesserungen, die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf beabsichtigt sind. Der DGB unterstützt eine versichertenorientierte Gesundheitspolitik.

Unter dem derzeitigen Verteilungsregime in der Gesundheitspolitik werden jedoch die Versicherten erneut einseitig belastet – zu Gunsten der Leistungserbringer wegen des Wegfalls der Lohnsummenanbindung und der Arbeitgeber wegen der eingefrorenen GKV-Beitragsätze.

Die Regelungen zur Sozialversicherungsfreiheit bei bestimmter Nebentätigkeit von Ärzten und die Regelungen zur Schnittstelle Flexirente und Krankengeld weist der DGB als unsozial zurück.

Allgemeine Bewertung

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) und seine Mitgliedsgewerkschaften haben über sechs Millionen Mitglieder. Sie vertreten die Interessen der abhängig Beschäftigten und ihrer Angehörigen auch in ihren Rollen als Krankenversicherte sowie als Patientinnen und Patienten. Vor diesem Hintergrund werden der vorliegende Gesetzesentwurf und die weiteren Anträge sowie die Änderungsanträge bewertet.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung will der Gesetzgeber eine weitere Flexibilisierung der Preisfindung für Heilmittelleistungen erreichen und eine Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Versorgung mit Hilfsmitteln, insbesondere im Hinblick auf die Qualität, vorantreiben.

Der DGB fordert, an der Grundlohnrate als Richtwert und dem Grundsatz der Beitragsstabilität im Heilmittelbereich festzuhalten. Unter dem derzeitigen Verteilungsregime mit eingefrorenem Arbeitgeberbeitrag werden alle zusätzlichen Kostensteigerungen über die Arbeitnehmer-Zusatzbeiträge einseitig finanziert. Derzeit zahlen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Durchschnitt 8,4 Prozent Beitragssatzpunkte von ihrem Lohn an die gesetzlichen Krankenkassen, die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber lediglich 7,3 Prozent. Damit tragen die abhängig Beschäftigten derzeit durchschnittlich 358 Euro pro Jahr als Arbeitnehmer-Zusatzbeitrag mehr als die Arbeitgeber. Nach Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes sollen die Arbeitnehmer-Zusatzbeiträge aufgrund der politisch bedingten Ausgabensteigerungen jährlich um bis zu 0,3 Prozentpunkte steigen. Für das Jahr 2017 der Bundestagswahl hat die Regierungskoalition diesen Anstieg des durchschnittlichen Arbeitnehmer-Zusatzbeitrages durch einen steuerfinanzierten Sonderzuschuss von 1,5 Milliarden Euro verhindert. Ab 2018 werden bei unbegrenzter Ausgabendynamik und disparitärer Beitragsfinanzierung die durchschnittlichen Arbeitnehmer-Zusatzbeiträge bis 2021 zwischen 829 und 910 Euro jährlich betragen.

Der DGB begrüßt die Zielsetzung des Gesetzesentwurfs eine Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Bereich der Hilfsmittelversorgung herbeizuführen. Der Entwurf enthält den Vorschlag, auch Mitgliedern und Familienversicherten anderer Kassen wesentliche Vertragsinhalte im Internet zugänglich zu machen, um einen Vergleich zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen. Der DGB sieht diese Regelung als förderlicher für den Qualitätswettbewerb an als Preissignale.



Eine Aufwandsentschädigung der Patientenorganisationen für die Benennung von Patientenorganisationsvertretern stellt eine Ungleichbehandlung anderer Organisationen dar.

Bezüglich der fachfremden Änderungsanträge sticht vor allem die Regelung zur Beschneidung des Krankengeldes hervor. Diese Leistungsverminderung lehnt der DGB strikt ab. Dies gilt auch für die Sozialversicherungsfreiheit bei bestimmten ärztlichen Nebentätigkeiten.

— Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Bundestags-Drucksache 18/8399 nehmen wir im nächsten Teil Stellung.

—

Bewertung im Einzelnen

Zu Art. 1, Nr. 1. bis 3. „Verbandmittel, Hilfsmittel und Leistungsanspruch“ (§§ 31, 33, 37 SGB V):

Der Gesetzgeber verfolgt mit den Regelungen, die Versorgung mit Verbandmitteln eindeutiger zu regeln.

Der DGB begrüßt vor allem, dass die Bereitstellung mit Hilfsmitteln in die zu erbringenden, notwendigen Versorgungsleistungen einbezogen wird. Die Regelung, dass die Wundversorgung in der häuslichen Krankenpflege auch an anderen Orten erfolgen kann wird grundsätzlich unterstützt. Jedoch müssen neue Doppelstrukturen vermieden werden.

Zu Art. 1, Nr. 8 „Aufhebung der Grundlohnsummenbindung“ (§ 125 SGB V):

Der DGB fordert, an der Grundlohnrate als Richtwert und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität im Heilmittelbereich festzuhalten.

Unter dem derzeitigen Verteilungsregime mit eingefrorenem Arbeitgeberbeitrag werden alle zusätzlichen Kostensteigerungen über die Arbeitnehmer-Zusatzbeiträge einseitig finanziert. Derzeit zahlen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im durchschnitt 8,4 Prozent Beitragssatzpunkte von ihrem Lohn an die gesetzlichen Krankenkassen, die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber lediglich 7,3 Prozent. Damit tragen die abhängig Beschäftigten derzeit durchschnittlich 358 Euro pro Jahr als Arbeitnehmer-Zusatzbeitrag mehr als die Arbeitgeber. Nach Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes sollen die Arbeitnehmer-Zusatzbeiträge aufgrund der politisch bedingten Ausgabensteigerungen jährlich um bis zu 0,3 Prozentpunkte steigen. Für das Jahr 2017 der Bundestagswahl hat die Regierungskoalition diesen Anstieg des durchschnittlichen Arbeitnehmer-Zusatzbeitrages durch einen steuerfinanzierten Sonderzuschuss von 1,5 Milliarden Euro verhindert. Ab 2018 werden bei unbegrenzter Ausgabendynamik und disparitätischer Beitragsfinanzierung die durchschnittlichen Arbeitnehmer-Zusatzbeiträge bis 2021 zwischen 829 und 910 Euro jährlich betragen.

Die Ausgabendynamik im Heilmittelbereich ist im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen seit Jahren besonders intensiv. Einerseits ist sie durch soziodemographischen Mengenentwicklungen begründet, andererseits auch auf Struktureffekte und Vergütungsanhebungen zurückzuführen. Nach Berechnungen der BKKen sind die Heilmittelausgaben in den letzten 5 Jahren um insgesamt 1,5 Milliarden Euro angestiegen, was einem Anstieg um 30 Prozent entspricht. Im gleichen Zeitraum

sind die Bruttolöhne der abhängig Beschäftigten jedoch nur um 9,8 Prozent gestiegen.

Eingedenk der Ausgaben- und Preisdynamik im Heilmittelbereich, die bereits vorgenommenen Flexibilisierungsmöglichkeiten sowie Preisuntergrenzen für Heilmittel durch den Gesetzgeber in den letzten Jahren, lehnt der DGB auch eine befristete Entkopplung der Vergütung der Heilmittelerbringer von der Grundlohnsumme ab. Der DGB befürchtet, dass hiermit eine Vorentscheidung für andere Leistungsbereiche geschaffen wird, um den Grundsatz der Beitragssatzstabilität insgesamt in Frage zu stellen.

Der DGB kritisiert, dass die Regierungskoalition ohne Rücksicht auf die beschränkten Lohnfortschritte und das bestehende gesundheitspolitische Verteilungsregime weiter zu Ungunsten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer umverteilt.

Der DGB fordert die weitere Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung – auch über die Heilmittelbranche hinaus – sowie die Verpflichtung der Krankenkassen, höhere Honorare nicht nur an die Heilmittelerbringer an den Beitritt zu Branchentarifverträgen zu koppeln. Der DGB verweist auf das Gebot der Beitragssatzstabilität gem. § 71 SGB V.

Zu Art. 1, Nr. 10 „Hilfsmittelverträge“ (§ 127 SGB V):

Der Gesetzgeber will mit diesen Regelungen erreichen, dass den Versicherten eine hinreichende Auswahl an Hilfsmittelprodukten zur Auswahl gestellt werden muss.

Der DGB begrüßt die Regelungen, die zu erhöhten Auswahl an aufzahlungsfreien Produkten und einer Erhöhung der Versorgungsstandards beitragen sollen.

Der Entwurf enthält den Vorschlag, auch Mitgliedern und Familienversicherten anderer Kassen wesentliche Vertragsinhalte im Internet zugänglich zu machen, um einen Vergleich zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen.

Der DGB sieht diese Regelung als förderlicher als für den Qualitätswettbewerb an als Preissignale. Der DGB unterstützt die Regelungen zur schriftlichen Dokumentation der Beratung durch die Leistungserbringer.

Zu Art. 1, Nr. 15 „Geld für Patientenorganisationsvertreter“ (§ 140f SGB V):

Der Gesetzgeber will den Patientenorganisationen eine Aufwandsentschädigung für jeden benannten Interessenvertreter einräumen, d. h. pro Kopf pro Jahr 50 Euro.

Bereits seit einiger Zeit werden Patienten-Interessen ideologisch von den Interessen der gesetzlich Krankenversicherten abgetrennt, was die Versichertenseite der sozialen Selbstverwaltung in Misskredit bringt. Weder werden jedoch diese Herausforderungen für die soziale Selbstverwaltung genannt, noch Lösungen dafür angeboten. Dabei werden zwei unterschiedliche Modelle der Demokratie gegeneinander ausgespielt. Die gemeinsame advokatorische oder paternalistische Vertretung von unterschiedlichen Patientenorganisationen oder die gemeinsame, selbstorganisierte Vertretung der Krankenversicherten durch die soziale Selbstverwaltung. Der DGB fordert die Regierungskoalition auf, diese Politik zu beenden.

Der DGB fordert stattdessen eine gesetzliche Klarstellung, dass Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes durch den Verwaltungsrat beschlossen werden müssen.

Zu Änderungsantrag 1 „Krankengeld“ (Änderung zu Art. 1 0a, 0b, und 1c neue (§§ 5, 24i SGB V und § 20 SGB XI):

Der Gesetzgeber will mit dieser Regelung Versorgungslücken beim Krankengeld schließen.

Der DGB begrüßt diese Regelung, die Versorgungslücken zwischen dem Bezug des Krankengeldes und dem Bezug des Arbeitslosengeldes sowie dem Bezug des Mutterschaftsgeldes schließt.

Zu Änderungsantrag 2 „Krankengeld“ (Änderung zu Art. 1 Nummern 3a und 3b – neu (§§ 50, 51 SGB V):

Der Gesetzgeber verfolgt mit dem Flexirentengesetz das Ziel, Beschäftigung und Teilrente attraktiver zu gestalten. Die Gewerkschaften haben dieses Vorhaben als eine Möglichkeit zur Gestaltung von abgesicherten Übergängen begrüßt. Die freie Kombinierbarkeit aus Teilrente und Lohn soll den Beschäftigten die Möglichkeit eröffnen, ihre Erwerbstätigkeit zu reduzieren und den Lohnausfall teilweise durch die Altersrente auszugleichen.

Da die Beschäftigten in diesen Fällen einen wesentlichen Teil ihres Einkommens aus dem Lohn bestreiten, ist es für die Gewerkschaften von entscheidender Bedeutung, dass das Erwerbseinkommen bei Krankheit und Arbeitslosigkeit auch regulär abgesichert ist. In seiner Stellungnahme wie auch in der Anhörung hat der DGB darauf hingewiesen, dass es im geltenden Sozialrecht Regelungslücken bei der sozialen Absicherung bei der Kombination von Teilrente und Erwerbseinkommen gibt. Aus Sicht des DGB ist diese Absicherungslücke im Sinne der Beschäftigten zu schließen.

Der nun vorliegende Änderungsantrag soll die Regelungslücke im Falle des Krankengelds nun sogar noch ausweiten. Dies konterkariert jeden Versuch der Sozialpartner, mit der Teilrente Arbeiten bis zur Rente auch bei reduzierter Arbeitszeit zu ermöglichen. Aus Sicht des DGB und der Gewerkschaften ist dies inakzeptabel. Sinnvoller wäre es stattdessen sicherzustellen, dass Krankengeld auch dann gezahlt wird, wenn die Vollrente nachträglich in eine Teilrente abgeändert wird.

Im Einzelnen soll

durch 3a) der rückwirkend auftretende Anspruch auf Krankengeld, regelmäßig für bis zu 18 Monate, ausgeschlossen und

durch 3b) bei erwerbstätigen Teilrentnern durch eine Verweisbarkeit auf eine größere Teil-/ Vollrente das Krankengeld auf gegebenenfalls vier Woche verkürzt bzw. teilweise in Anrechnung gebracht werden.

zur Änderung durch Nummer 3b

Die Änderung des § 50 Abs. 1 Satz 1 verhindert, dass rückwirkend ein Anspruch auf Krankengeld entsteht. Dies bedeutet, dass regelmäßig für bis zu 18 Monate kein Krankengeld auflebt, da die Rentenbescheide zum 1. Juli eines Jahres rückwirkend zum 1. Januar des Vorjahres aufgehoben werden und eine Teilrente gegebenenfalls erst ab Juli durch die Neubescheidung festgestellt wird. Da Krankengeld für längstens 78 Wochen ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit gewährt wird, kann dies bei Fortbestehen der Erkrankung unter Umständen den weitgehenden Verlust des Anspruchs auf Krankengeld bedeuten.

Dies trifft außerdem gerade jene Personen, die einen deutlich größeren Teil ihres Einkommens als ursprünglich geplant aus Erwerbstätigkeit bestritten haben. Dabei werden die Menschen dann mit der Situation konfrontiert, dass ihre Rente rückwirkend, mit entsprechenden Rückforderungen gemindert wird und ihnen gleichzeitig ein Ausgleich durch Krankengeld verweigert wird. Eine Verhaltensänderung ist naturgemäß rückwirkend nicht mehr möglich. Die soziale Situation der ggf. immer noch erkrankten Person wird dadurch erheblich gefährdet. Zumal für den Fall der andauernden Erkrankung die automatischen Regelungen des § 34 SGB VI zur Gewährung einer Vollrente ab 1. Juli führen wird, aus welchem sich dann ein Anspruchsverlust sowohl auf Krankengeld wie auch auf Arbeitslosengeld nach § 145 SGB III ergeben würde.

Zu bedenken ist auch, dass das Dispositionsrecht in diesen Fällen durch den § 34 Abs. 3e beschränkt ist, da ein Anspruch auf eine andere als die ursprünglich beschiedene Rentenhöhe zu wechseln nur zulässig ist, sofern sich das Einkommen auf Jahresbasis um mehr als 10 Prozent verändert. Und auch dann ändert sich die Teilrente regelmäßig erst für die Zukunft, da im Rahmen des Flexirentengesetzes auch

der § 100 Abs. 2 gestrichen wurde und eine rückwirkende Änderung durch Antrag des Versicherten damit ausgeschlossen wurde. Auch lässt die bisherige Erfahrung mit der Hinzuverdienstregelung sowie die öffentliche Darstellung der neuen Hinzuverdienstregelung als „flexibel“ und gleitend vermuten, dass die wenigsten Beschäftigten eine Änderung des Hinzuverdienstes rechtzeitig melden werden. Regelmäßig dürften die Versicherten erst durch Ablehnung der Krankenkasse realisieren, dass aus ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung kein Krankengeldanspruch entstanden ist.

Auch die Begründung des Änderungsantrags kann nicht überzeugen. Die Vermutung, dass es sich nur um wenige Fälle handeln würde, ist an sich noch kein Grund, erkrankten Menschen die soziale Absicherung ersatzlos zu streichen.

Änderungen durch Nummer 3b:

Durch Einfügung des neuen Abs. 1a in § 51 SGB V sollen künftig Personen mit einer Frist von vier Wochen aufgefordert werden können, eine größere Teil- und ggf. gar die Vollrente zu beantragen. Dadurch wird der Krankengeldanspruch gemindert oder unter Umständen sogar zerstört. Dieses Verfahren erinnert frappierend an die Diskussion zur Verschärfung der Mitwirkungspflichten im SGB II im Frühjahr dieses Jahres. Durch die hier vorgesehen Änderungen würden dann nicht Erwerbslose sondern Kranke auf eine andere Sozialleistung verwiesen und schärfer als im SGB II obwohl Krankengeld keine subsidiäre Leistung ist. Damit würden Versicherte trotz erfolgter Beitragszahlung unter Umständen ihren Krankengeldanspruch vollständig verlieren. Dabei wird der Antrag zur selbsterfüllenden Prophezeiung, da bei Aberkennung des Krankengeldes der Hinzuverdienst automatisch geringer ausfällt und somit schneller ein Vollrentenanspruch ausgelöst wird, welcher eben zum Verlust des Krankengelds führen würde.

Ferner trifft dies Personen, die weniger als erwartet verdient haben bzw. verdienen werden. Dabei greift die Prognose zum Ende des Kalenderjahres erheblich zu kurz und wendet die Absicht des Flexirentengesetzes gegen die Betroffenen. Der Gesetzgeber zielt ja gerade darauf ab, den Jahresverdienst statt der monatlichen Betrachtungsweise in den Mittelpunkt zu stellen, um unterjährige auch erhebliche Einnahmeschwankungen zu ermöglichen. Ein Beispiel wäre: eine Person die zwar im Großteil des Jahres nur 525 Euro Lohn bezieht, der Großteil des Jahreszuverdienst aber planmäßig erst im Weihnachtsgeschäft im Dezember erwirtschaftet werden soll. Diese Person könnte durch die Neuregelung nun zum Antrag auf Vollrente aufgefordert werden und würde ggf. rückwirkend mit der Spitzabrechnung zum 1. Juli aufgrund des Verdienstes im Dezember wo sie wieder genesen war, wieder in eine Teilrente zurückgestuft. Ihr würde damit prospektiv der Krankengeldanspruch verweigert, welcher ihr dann auch retrospektiv aufgrund der Neuregelungen im Abs. 1



verweigert würde. Auf absurderem Weg kann ein Mensch wohl kaum seinen Krankengeldanspruch verlieren.

Der DGB lehnt diese massive Leistungsver schlechterung für die abhängig Beschäftigten ab.

Zu Änderungsantrag 3 „Beiträge von Selbständigen“ (Änderungen zu Art. 1 Nrn. 16a ff. und Art. 2 - §§ 226, 231, 237, 240, 243 SGB V; § 2 RSAV, § 45 KVLG):

Der Gesetzgeber will hiermit die Bemessung der Beiträge der Selbständigen neu regeln.

Der DGB begrüßt diese Änderungen, die eine Orientierung der GKV-Beiträge an den tatsächlichen Einkünften der Selbständigen sicherstellen sollen.

Zu Änderungsantrag 7 „Beiträge von Ärzten im Rettungsdienst“ (Änderungen zu Art. 1a f. - §§ 23c SGB IV, 2 und 125 SGB VII):

Der Gesetzgeber will regeln, dass Ärzte, die in Nebentätigkeit im Rettungsdienst tätig sind, nicht beitragspflichtig zu den Sozialversicherungen sind und dennoch Unfallversichert nach SGB VII sind.

Der DGB kritisiert, dass es bei Nebentätigkeiten bestimmter Berufsgruppen keine Bevorzugung bei der Sozialversicherungspflicht geben darf. Nach Auffassung des DGB sind Sonderregelungen im Bereich der Sozialversicherungspflicht kein geeignetes Mittel Anreize für Tätigkeiten zu schaffen, für die ein besonderes öffentliches Interesse besteht. Dies stellt eine Verletzung des Solidarprinzips dar. Erkennbares Ziel des Änderungsantrages ist es, den öffentlichen Trägern den Arbeitgeberanteil an den Sozialversicherungsbeiträgen zu ersparen und gleichzeitig den im Rettungsdienst Beschäftigten Ärzten ein niedrigeres Verdienstangebot für diese Tätigkeit machen zu können, welches den im Rettungsdienst Beschäftigten Ärzten einen angeblichen Verdienstvorteil in Aussicht zu stellen. Bei genauer Betrachtung erweist sich dieser angebliche Vorteil für die im Rettungsdienst Beschäftigten Ärzte jedoch als Nachteil. Sie mindern damit z. B. ihre Ansprüche in der gesetzlichen Rentenversicherung, bei Bezug von Krankengeld und bei Arbeitslosigkeit.

Eine Subventionierung öffentlicher Aufgaben ist nicht Aufgabe der Sozialversicherung. Sofern für die im Rettungsdienst Beschäftigten Ärzte Anreize geschaffen werden sollen, gibt es dem Gesetzgeber frei, diese über steuerrechtliche Regelungen für Tätigkeiten von besonderem öffentlichem Interesse zu schaffen und im Übrigen die öffentlichen Träger durch bundeseinheitliche Regelungen entsprechend zu entlasten.



Zum Antrag „Versorgung durch Heilmittelerbringer stärken – Valide Datengrundlage zur Versorgung und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern schaffen“
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:

Die Antragstellerin will das Bundesgesundheitsministerium mit einer Studie zur Situation der Heilmittelerbringung in Deutschland beauftragen.

Der DGB begrüßt, dass das Gesundheitssystem mit der wirtschaftlichen Lage in Zusammenhang gebracht wird. Auch die Finanzierung dieser Studie aus den Mitteln für Ressortforschung findet die Unterstützung des DGB.

Eine Arbeitsgruppe zu Themen der Heilmittelerbringer macht aus Sicht des DGB nur Sinn, wenn die Gewerkschaften an dieser beteiligt werden. Andernfalls ist ein Übergewicht der Arbeitgeber-Interessen fest zu stellen.

Folgende Punkte sollten in der Studie und Arbeitsgruppe ebenfalls berücksichtigt werden:

- Vergütungs- sowie Einkommenssituation, inkl. Tarifbindung der verschiedenen Heilmittelerbringer – sowohl auf die Arbeitgeber (inkl. OT-Mitgliedschaften) als auch auf die Beschäftigten bezogen und nach Heilmittelerbringergruppen getrennt;
- Konzentration bzw. Verflechtung der Heilmittelerbringer – Feststellung der Eigner;
- Evaluation des bisherigen Vertragswettbewerbs im Heilmittelbereich;
- regionale Verteilung, Tätigkeitsort, Versorgungsschwerpunkte;
- Verbindung der Versorgungsqualität mit der Wirtschaftlichkeit der Heilmittelversorgung.

Zu den Ausbildungsaspekten verweisen wir auf die zuständige Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft.