

**Stellungnahme**  
**der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen**  
**(DVSG)**  
zum  
**Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der**  
**gesetzlichen Krankenversicherung**  
**(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)**  
**vom 21. Oktober 2014**

**Vorbemerkung**

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) ist ein Fachverband mit dem Ziel der Stärkung und Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit in den verschiedenen Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens. Die DVSG vertritt Fachkräfte der Sozialen Arbeit aus der Krankenhausversorgung, dem Rehabilitationsbereich, der Langzeitpflege, der Prävention und der ambulanten Beratung. Vor diesem Hintergrund nehmen wir zu ausgewählten Aspekten des vorgelegten Referentenentwurfs Stellung.

**Grundsätzliche Einschätzung des Entwurfs**

Die DVSG unterstützt die Ziele des Gesetzesentwurfs, die flächendeckende bedarfsgerechte und gut erreichbare medizinische Versorgung auf hohem Niveau sicherzustellen, sowie insbesondere die lückenlose und sektorenübergreifende Versorgung der Versicherten zu verbessern.

Problematisch bewertet die DVSG jedoch die folgenden Entwicklungen:

Die grundsätzliche Position, dass mehr Wettbewerb tatsächlich zu mehr Qualität in der Gesundheitsversorgung beiträgt, wird nicht mehr ausreichend geprüft, sondern als richtig anerkannt. Es ist zu fragen, ob die Gesundheitsversorgung durch die alleinige Steuerung der Krankenkassen tatsächlich flächendeckend verbessert wird. Die Ausweitung von Selektivverträgen und Zuschreibung neuer Zuständigkeiten an die Krankenkassen trägt u. E. vielmehr dazu bei, dass die Fragmentierung und damit einhergehende Schnittstellenprobleme zunehmen.

Eine qualitätsgesicherte, nachhaltige Gesundheitsversorgung kann nicht erreicht werden, wenn die Kassen wettbewerbsmäßig um Versicherte wetteifern müssen, um ihre Existenz zu sichern und gleichzeitig den Auftrag haben, ihre Leistungen qualitativ zum Wohle der Versicherten zu gestalten. Die Leistungsbewilligung und -steuerung allein den Kostenträgern zu übertragen, bleibt im Wettbewerb nicht ohne Folgen für Versicherte und Patienten.

Es fehlt ein Korrektiv, das die Interessen der Versicherten und Patienten offensiv vertritt - die durchaus unterstützenswerte strukturelle Verankerung von Unabhängigen Patientenberatungsstellen, Patientenbeauftragten, Anhörungsrechten u.Ä. kann dieses Defizit nicht wirklich ausgleichen.

Aus Sicht der DVSG wird das Thema Gesundheitsversorgung nach wie vor zu einseitig auf die Leistungsbereiche des SGB V und die medizinischen Aspekte von Gesundheit reduziert. Damit liegt der Fokus nur auf einem Teilbereich des zur Gesunderhaltung bzw. Bewältigung von Krankheitsfolgen und Teilhabesicherung i.S. des SGB IX erforderlichen Leistungs- und Versorgungsspektrums. Dies ist zwar systemimmanent, da es sich um eine Reform des SGB V handelt, greift allerdings im Sinne von Nachhaltigkeit und Patientenorientierung zu kurz. Daraus ergeben sich zwangsläufig neue und weiter bestehende Versorgungs- und Prozessbrüche, die eine nachhaltige Gesundheitsversorgung konterkarieren. Bedauerlicherweise enthält auch dieser Reformvorschlag keine zukunftsorientierten Systemanreize, die eine Verzahnung der verschiedenen Sektoren und Leistungssysteme über das SGB V hinaus fördern.

## **Zu ausgewählten Regelungen im Einzelnen**

### **Zu § 39, § 112 und §115**

#### **Entlassmanagement**

Die DVSG begrüßt die Intention des Gesetzgebers, Versorgungslücken beim Übergang vom stationären in den nachstationären<sup>1</sup> Versorgungsbereich zu überwinden und dazu beizutragen, dass Leistungslücken in jedem Fall wirkungsvoll geschlossen werden.

Die geplante **Erweiterung des Ordnungsrechts für Krankenhäuser für die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen** ist sehr positiv zu bewerten und wird wesentlich zu einer Stabilisierung der Übergangsversorgung beitragen, sofern sie von Seiten der Krankenkassen entsprechend bewilligt werden.

Kritisch möchten wir darauf hinweisen, dass beispielsweise die Verordnungen der häuslichen Krankenpflege weiterhin genehmigungspflichtig durch die Krankenkassen bleiben. Restriktive Bewilligungsverfahren, wie sie derzeit noch bei der Bewilligung von Verordnungen gem. § 37 SGB V in verschiedenen Regionen zu verzeichnen sind, widersprechen der Intention des Gesetzgebers.

Problematisch sieht die DVSG die Neuregelung, **die Krankenhäuser die Möglichkeit eröffnet, mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen.**

---

<sup>1</sup> Erforderlich ist auch die Sicherstellung der Anschlussversorgung ggf. in stationäre Pflege, die Vermittlung in Rehabilitation usw.

Wie das Positionspapier der DVSG<sup>2</sup> und zwei neuere Befragungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft<sup>3</sup> und der DVSG<sup>4</sup> zeigen, muss das Entlassungsmanagement für vielfältige Bedarfslagen der Patienten Lösungen finden, die neben den Fragen der medizinischen Weiterversorgung und der Kontinuität der medikamentösen Therapie weitere Dimensionen der Anschlussversorgung beinhalten:

- die Weiterversorgung in der Häuslichkeit unter Einbezug vorhandener familiärer, nachbarschaftlicher oder sozialstaatlicher Ressourcen,
- den Übergang in geeignete Rehabilitationsangebote,
- Zugangsprobleme zu gesundheitlichen und sozialstaatlichen Leistungen usw.

Die oben genannten Befragungen zeigen dann auch, dass Gründe für Entlassungsverzögerungen auf unterschiedlichsten Ebenen liegen können:

- Mangel an Weiterversorgungsmöglichkeiten,
- Verzögerungen in der Leistungsgewährung bei Anschlussmaßnahmen,
- dem Fehlen von Angehörigen, die Unterstützung in der Häuslichkeit übernehmen können,
- in der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit der Patienten usw.

Ein Versorgungsmanagement/Entlassmanagement kann nur gelingen, wenn Bedarfe nicht eindimensional wahrgenommen werden, sondern eine multiprofessionell abgestimmte Bedarfserhebung und Versorgungsplanung erfolgt und die weitere Versorgung sektorenübergreifend abgestimmt wird, in Augenhöhe mit dem Patienten und ggf. seinem sozialen Umfeld, wie auch den Vertragsärzten, sowie den vor- und nachstationär unterstützenden Dienste und Einrichtungen. Zur Sicherstellung einer reibungslosen sektorenübergreifenden Versorgung sind u.a. entsprechendes (sozialrechtliches) Fachwissen und Systemkenntnisse erforderlich, sowie die Abklärung mit ggf. mehreren potentiellen Kostenträgern (auch außerhalb des SGB V) mit unterschiedlichen Systemlogiken und bürokratischen Verfahren. Aus diesen Gründen ist die Formulierung konkreter und überprüfbarer Parameter hinsichtlich Qualifikation und Ausstattung unter Einbezug der Sozialen Arbeit zur Sicherstellung eines qualifizierten Entlassmanagements zwingend erforderlich.

Ebenso problematisch sieht die DVSG die Regelung in **§ 39 Absatz 1a: „Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1.“**

Die Begründung des Anspruchs auf Unterstützung des Entlassmanagements führt an, dass es Aufgabe der Krankenkasse sein soll, „gemeinsam mit dem Krankenhaus bereits rechtzeitig vor der Entlassung die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versor-

---

<sup>2</sup> Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2013): Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. DVSG Positionspapier. Berlin. Online verfügbar unter <http://dvsg.org/uploads/media/2013DVSG-PositionspapierEntlassungsmanagement.pdf>

<sup>3</sup> Blum, Karl (2014): Entlassmanagement im Krankenhaus. Abschlussbericht der DKI-Krankenhausbefragung im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut. Düsseldorf. Online verfügbar unter [http://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/entlassmanagement\\_im\\_krankenhaus.pdf](http://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/entlassmanagement_im_krankenhaus.pdf)

<sup>4</sup> Adolph, Holger; Haupt, Jessy; Kramer, Ulrike (2014): Entlassungsmanagement in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken: Wo liegen die Unterschiede? In: FORUM sozialarbeit + gesundheit (2), S. 36–40. Online verfügbar unter <http://dvsg.org/fileadmin/dateien/05Aktuelles/04Mitgliederbefragung/2013Teil2/FORUM%202014-2AdolphHauptKramer.pdf>

gung zu organisieren, etwa die notwendigen Leistungserbringer zu kontaktieren (z. B. Vertragsärzte, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste) und für deren zeitgerechten Einsatz zu sorgen.“

Die grundsätzliche Verpflichtung der Krankenkassen, die Krankenhäuser bei der Sicherstellung der nachstationären Versorgung der Patienten **kooperativ**, z.B. in Form von flexibler Lösungssuche und beschleunigten Prüfungs-/Bewilligungsverfahren, zu unterstützen, ist zu begrüßen. Wesentlich ist jedoch, dass die Steuerungshoheit der internen Prozesse beim Krankenhaus bleibt – und an den nachstationär steuernden Funktionen „andockt“.

Die DVSG hat sowohl grundsätzliche als auf versorgungspraktische erhebliche Bedenken gegenüber einer zu engen Einbindung der Krankenkassen in das Entlassmanagement:

Grundsätzliche Probleme bestehen darin, dass die Unterstützungsfunktion der Krankenkasse ausschließlich Leistungen nach SGB V beinhaltet. Damit wird man den beschriebenen gesetzbuchübergreifenden Bedarfslagen der Patienten nicht gerecht werden können und schlimmstenfalls neue Schnittstellen kreieren.

Weiterhin besteht für die Krankenkassen ggf. ein starker Anreiz, in für die Krankenkassen kostengünstige Lösungen zu steuern, um kurzfristige Spareffekte zu Lasten einer qualitätsgesicherten und patientenorientierten Gesundheitsversorgung zu erzielen.

Der Rechtsanspruch des Versicherten auf ein qualitativ gutes Entlassungsmanagement besteht letztlich gegenüber dem Krankenhaus. Es stellen sich Fragen wie die Patienten bei einem Fehler im Entlassungsmanagement auf Seiten der Krankenkasse hier Ansprüche geltend machen können oder ob dies weiterhin in der Gesamtverantwortung der Krankenhäuser bleibt.

Darüber hinaus stellt die stärkere Einbeziehung der Krankenkassen in den Prozess des Entlassungsmanagements ein versorgungspraktisches Problem dar. Das Entlassungsmanagement setzt krankenhauserintern wie auch sektorenübergreifend eine verzahnte Prozesssteuerung zur Sicherstellung der erforderlichen Anschlussversorgung in der Lebenswelt der Betroffenen voraus. Die rechtzeitige Einbindung interner Ansprechpartner (Ärztlicher Dienst, Sozialdienst, Case Management, Pflegeüberleitung, Therapeuten, u.Ä.) stellt schon jetzt eine große Herausforderung dar. Die Einbindung der Vielzahl von Krankenkassen mit jeweils eigener Verfahrenssystematik in den Entlassungsprozess im Krankenhaus bedeutet die Schaffung diverser zusätzlicher Schnittstellen und einen großen bürokratischen Mehraufwand.

Der Beitrag der Krankenkassen zur Unterstützung des Entlassungsmanagements sollte insbesondere darin liegen, die Anträge und Verordnungen zur Sicherung der nachstationären Versorgung schnellstmöglich zu entscheiden.

Die DVSG begrüßt ausdrücklich die neue Verortung der inhaltlichen Ausgestaltung des Entlassmanagement im § 115 (dreiseitige Verträge), anstatt wie bisher im § 112 (zweiseitige Verträge). Durch die Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen in die Vereinbarungen zu Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements werden die Anforderungen des ambulanten Bereichs an ein modernes Entlassmanagement stärker berücksichtigt. Dies führt voraussichtlich zu besser abgestimmten Überleitungsprozessen, von denen die Patienten deutlich profitieren würden.

## **Zu § 40**

### **Wunsch und Wahlrecht**

Eine Stärkung des Wunsch- und Wahlrechtes bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist grundsätzlich zu begrüßen. Die geplanten Änderungen sind jedoch nicht geeignet, zu einer eindeutigen Klärung der Ansprüche der Versicherten beizutragen.

Dass Patienten auch zertifizierte Kliniken ohne Vertrag nach § 111 SGB V zur Durchführung ihrer Rehabilitation wählen können, wird ausdrücklich begrüßt. Die Anzahl der qualifizierten, zur Wahl stehenden Einrichtungen wird dadurch für die Versicherten vergrößert.

Die Übernahme möglicher Mehrkosten führt allerdings zu einer Ungleichbehandlung von Menschen mit geringem Einkommen, wenn der Anspruch auf Kostenübernahme nicht auch in anderen Sozialgesetzen verankert wird.

Unklar bleibt, wie diese Regelung in der Praxis umgesetzt werden soll. Insbesondere die Entscheidung, in welchen Fällen die Krankenkassen den Wünschen der Versicherten entsprechen müssen, bleibt den Kostenträgern überlassen: was sind „berechtigte“ und was „unberechtigte“ Wünsche? Wenn die Krankenkassen bei ihrer Entscheidung namentlich auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht nehmen müssen: wie wird das ermittelt? Welche persönlichen Daten werden von den Versicherten gefordert, um die Berechtigung zu prüfen?

Es ist zu befürchten, dass ein solches Antrags- und Prüfverfahren zu einem bürokratischen Mehraufwand für die Versicherten und die Krankenkassen führen wird und in vielen Fällen die Gerichte diese Fragen im Einzelfall zu klären haben.

## **Zu § 44**

### **Fallmanagement Krankengeld**

Grundsätzlich ist die Einführung eines Rechtsanspruchs auf umfassende Prüfung, individuelle Beratung und Hilfestellung bezogen auf Leistungen und unterstützenden Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit für Bezieher von Krankengeld zu begrüßen.

Die Übertragung des Fallmanagements allein an die Krankenkassen lehnen wir aufgrund des hohen Risikos der einseitigen interessengesteuerten Beratung bzw. Steuerung jedoch entschieden ab.

Zahlreiche Fallbeispiele aus unserer Praxis zeigen, dass Versicherte im Krankengeldbezug häufig einen Beratungs- und Unterstützungsbedarf haben, da die Schwere der Erkrankung und die möglichen dauerhaften Folgen einer solchen Erkrankung Auswirkungen auf viele Lebensbereiche haben: Angefangen bei zum Teil erheblichen Einkommensverlusten und daraus resultierenden Unsicherheiten über die Aufrechterhaltung des Lebensstandards, der Sicherung der Unterkunft, der Ausbildung der Kinder bis zu Fragen andauernder Beeinträchtigungen, der Einschränkung oder Verlust der Erwerbsfähigkeit bis zur drohenden Dauerpflegebedürftigkeit.

Leistungen der Krankenversicherung spielen in diesen Fällen eine untergeordnete Rolle, während im Rahmen einer umfassenden Prüfung zur individuellen Beratung des Versicherten zwangsläufig Rechtsbereiche und Zuständigkeiten anderer Sozialleistungsträger berührt werden: zum Beispiel des SGB VI (Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, Leistungen der Erwerbsminderungsrenten), des SGB III bei arbeitslosen Krankengeldbeziehern, des SGB IX Schwerbehindertenrecht, insbesondere des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 bei schwerbehinderten Leistungsbeziehern sowie SGB XII bei Problemen der Existenzsicherung.

Die Übertragung dieser Aufgaben an die gesetzlichen Krankenkassen ist nicht im Interesse der Betroffenen, denn der Auftrag scheitert bereits an dem Interesse der Krankenkassen, Ausgaben für Krankengeldleistungen zu reduzieren. Die bisherigen Erfahrungen mit dem Fallmanagement der Krankenkassen zeigen, dass Krankengeldbezieher in unangemessener Weise (z.B. durch die Drohung mit Leistungsentzug) unter Druck gesetzt werden, dass ohne gesetzliche Grundlage Daten erhoben werden (Selbstauskunftsbögen), mit dem Argument, Ansprüche zu prüfen und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit beitragen zu wollen.

Die Praxis zeigt, dass die im Wettbewerb stehenden Kassen, ihr Handeln häufig nach den finanziellen Interessen richten und nicht an den Bedarfen und Bedürfnissen der Versicherten orientieren. Dieses Vorgehen bestätigen sowohl der *Bericht des Bundesbeauftragten für Datenschutz* vom 24.04.2013 und der *Monitor Patientenberatung 2014* der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland vom 01.07.2014.

Die Umsetzung eines umfassenden Rechtsanspruchs auf Beratung und Hilfestellung im Zusammenhang mit der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit kann nur in unabhängigen, neutralen und trägerübergreifenden Beratungsstellen gelingen. Dazu ist die Stärkung und Sicherung, ggf. auch die Erweiterung der bisherigen Beratungsstruktur erforderlich.

Eine unabhängige und neutrale Beratung erhalten Versicherte dann, wenn sie in einem Akutkrankenhaus von einem Sozialdienst beraten werden oder wenn sie aufgrund einer entsprechenden Indikation eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen und dort vom Sozialdienst beraten werden. Weitere Beispiele für individuelle, unabhängige und kompetente Beratung und psychosoziale Begleitung können hier die Unabhängigen Patientenberatungsstellen, die ambulanten Krebsberatungsstellen und ähnliche Beratungsstellen, sowie die gemeinsamen Servicestellen nach dem SGB IX oder die Pflegestützpunkte nach SGB XI sein, sofern die beiden letztgenannten systematisch weiterentwickelt und in ihrer Unabhängigkeit gestärkt werden.

## **Zu § 92a**

### **Einführung Innovationsfonds**

Der geplante Innovationsfonds soll neue Versorgungsformen fördern, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen und hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. Dazu sollen insbesondere sektorenübergreifenden Ansätze und auf eine Verbesserung der Versorgung oder eine Steigerung der Versorgungseffizienz ausgerichtete Vorhaben gefördert werden. Darüber hinaus soll Versorgungsforschung, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist, gefördert werden.

Die DVSG begrüßt die Einführung des Innovationsfonds und insbesondere die geplante Ausrichtung auf sektorenübergreifende Ansätze.

Aus Sicht der DVSG liegen Schnittstellenprobleme nicht nur dort, wo es sich um Übergänge innerhalb des SGB V zwischen stationärer / teilstationärer und ambulanter Versorgung handelt sowie zwischen Akutversorgung / Rehabilitation / Langzeitpflege und Palliativversorgung handelt. Aus Sicht der Patienten und ihrer Angehörigen ist die Perspektive auf weitere (Sozial-) Leistungssysteme zu erweitern. Dies beinhaltet u.a. die Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Teilhabesicherung im Sinne des SGB IX und Versorgungsangebote des Sozialsystems im Rahmen der Daseinsvorsorge. Hier liegen große Innovations-, Effizienz- und Verbesserungspotenziale zur Gestaltung einer nachhaltigen und qualitativen Gesundheitsversorgung.

Für die Ausgestaltung der Förderrichtlinien ist aus Sicht der Sozialen Arbeit deshalb sicherzustellen, dass

- auch Vorhaben förderfähig sind, die auf eine bessere Vernetzung von gesundheitlichen und sozialen Leistungen sowie sozialraumbezogenen Versorgungsmodellen zielen,
- dass auch Fragen der sektorenübergreifenden Vernetzung von patientenorientierter Beratung auch über das SGB V hinaus ausreichend Berücksichtigung finden,
- dass als Antragsteller für eine Förderung von Versorgungsforschung nicht nur universitäre Forschungseinrichtungen zum Zuge kommen, sondern auch Einrichtungen der Fachhochschulen und Hochschulen für angewandte Wissenschaften, damit auch Forschung aus dem Umfeld der akademisierten Pflege- und Therapieberufe sowie die Sozialen Arbeit Zugang zu den Fördermöglichkeiten erhalten.

### **Zu § 119 c**

#### **Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung**

Mit der Ermächtigung von medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung zur ambulanten Behandlung wird eine Versorgungslücke für Patienten dieser Zielgruppe geschlossen. Die bisherige Regelung, dass Patienten ab dem 18. Lebensjahr die Fachkompetenz in den sozialpädiatrischen Zentren nicht mehr in Anspruch nehmen können, stellte für diesen Personenkreis eine unzumutbare Härte dar. Insbesondere im ambulanten Bereich sind Arzt- und Facharztpraxen nicht ausreichend im Umgang mit diesem Personenkreis qualifiziert, so dass die Organisation und Koordination der Behandlung in der Regel aufwändig und trotzdem nicht immer erfolgreich sind.

Die geplante multidisziplinäre Ausrichtung der Behandlungszentren entspricht dem spezifischen Versorgungsbedarf der Zielgruppe, der u.a. medizinische Behandlung, verschiedene Therapieformen und psychosoziale Beratungsangebote umfasst.

Die DVSG begrüßt daher, dass der Gesetzgeber mit Einführung des § 119c eine Lücke schließt und so die Kontinuität der Behandlung für diesen Personenkreis gewährleistet ist.

### **Zu § 132**

#### **Versorgung mit Haushaltshilfe**

Die ausdrückliche Präzisierung der Sachleistung wird begrüßt.

Die Versorgung mit Haushaltshilfe stellt bereits heute einen wesentlichen Baustein im Versorgungssetting für Versicherten, insbesondere älteren Patienten, nach einem Kranken-

hausaufenthalt dar. Der Bedarf wird im Rahmen des demografischen Wandels weiter wachsen, so dass die Absicherung dieser Leistung durch selbstbeschaffte Haushaltshilfen in vielen Fällen nicht möglich sein wird.

Wird im Bedarfsfall diese Leistung von Vertragspartnern der Krankenkassen erbracht werden, können die Versicherten davon ausgehen, dass die vertraglich geregelten Inhalte und die geforderte Qualität der Sachleistung gewährleistet wird und sie nicht auf mitunter dubiose Anbieter zurückgreifen müssen.

Der Umgang mit kranken, hilfe- und pflegebedürftigen Patienten erfordert auch im Bereich der Haushaltshilfe eine Sachverständigkeit, die geeignet ist, das Versorgungssetting zu stärken, um die persönlichen Ressourcen zu optimieren und die Genesung zu forcieren. Mit dieser vertraglichen Regelung sollte auch die Finanzierung der Sachleistung in dem Umfang erfolgen, dass qualifiziertes Personal diese Haushaltshilfe in geeigneter Weise erbringen kann.

DVSG

November 2014