



Wir sind für Sie da!
Bundesverband für
Ergotherapeut:innen
Deutschland e.V.

DLOGO
DEUTSCHLAND
Selbstständige in der Logopädie e.V.

Gemeinsame Stellungnahme BED e.V.
und LOGO Deutschland e.V.

Zuzahlungen in der ambulanten Heilmittelversorgung

Historische Entwicklung, aktuelle Fehlsteuerung
und Lösung

BED – konkret

Zuzahlungen in der ambulanten Heilmittelversorgung

Seit 1977 zahlen GKV-Versicherte, die eine ambulante Heilmittelleistung benötigen, einen Eigenanteil für diese Leistung. Mit der Umstellung auf eine prozentuale Beteiligung ab 1988 werden GKV-Versicherte, die Heilmittelleistungen in Anspruch nehmen, im Vergleich zu allen anderen Leistungsbereichen unverhältnismäßig hoch mit Zuzahlungen belastet.

Der daraus resultierende Verzicht auf Heilmittelleistungen geht mit hohen Folgekosten für die Solidargemeinschaft und damit der Gesetzlichen Krankenversicherung einher.

Heilmittelerbringende verkürzen Arbeitsunfähigkeitszeiten, sorgen für die Rehabilitation nach Erkrankungen, sichern die Rückkehr an den Arbeitsplatz und reduzieren Pflegeaufwendungen von Erwerbstätigen bei Angehörigen.

Sie vermeiden teure Operationen, verringern Medikation, sorgen für eine geringere Inanspruchnahme ansonsten notwendiger Hilfsmittel und entlasten die Pflegekassen durch Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit sowie einem dadurch längeren Verbleib der Betroffenen in der eigenen Häuslichkeit.

Allein aufgrund von Arbeitsunfähigkeit betrug der Verlust an **Bruttowertschöpfung** nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2020 in Deutschland **144 Milliarden Euro**.

Heilmittelerbringende sind aufgrund dieser Tätigkeiten in der Prävention, Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege daher ein **Wirtschaftsfaktor**.

Es ist also dringend geboten, im Sinne einer zielgerichteten Versorgung diese Fehlsteuerung endlich zu bereinigen und die daraus resultierenden großen Kompensationspotenziale der Heilmittelerbringenden zu nutzen.



Die Fakten

- GKV-Versicherte, die Heilmittelleistungen in Anspruch nehmen, werden im Vergleich zu allen anderen Leistungsbereichen unverhältnismäßig hoch mit Zuzahlungen belastet.
 - Der Anteil der Zuzahlungen der Versicherten mit Heilmittelleistungen an den Zuzahlungen insgesamt betrug 2019 **17,3 %**, während Heilmittel nur **3,6 %** der GKV-Leistungsausgaben ausmachten.
- In nahezu allen anderen GKV-Leistungsbereichen werden Zuzahlungen in der Höhe begrenzt.
- Die Umstellung auf eine prozentuale Zuzahlung im Jahr 1988 erfolgte explizit aufgrund einer Mengenausweitung bei gleichbleibenden Preisen. Heute haben wir völlig andere Versorgungsrealitäten.
- GKV-Versicherte werden daher unverhältnismäßig stark an dringend notwendigen Honorarerhöhungen beteiligt.
- GKV-Versicherte werden unrechtmäßig an Ausgleichszahlungen aufgrund von Streitigkeiten bei Vertragsverhandlungen beteiligt.
- Die Anpassungen in der Gestaltung der Zuzahlungssystematik durch unterschiedliche Gesetze haben in der Vergangenheit die angedachte Zielsetzung verfehlt.
- Es gibt keinerlei Evidenz für einen gewünschten Steuerungseffekt bei der Inanspruchnahme von ambulanten Heilmittelleistungen durch die bisherige Praxis der Zuzahlungen.
- Einzig ein Finanzierungseffekt lässt sich darstellen, der jedoch nicht nur eklatant gegen das Solidaritätsprinzip verstößt, sondern auch bei weitem nicht an die Kompensationsmöglichkeiten der Heilmittelerbringenden heran reicht, die aus einer passgenauen Heilmittelversorgung resultieren.
- Die Änderungen durch das GMG 2004 hatten somit nachweislich nicht den gewünschten Effekt, behindern aber bis heute eine passgenaue Heilmittelversorgung.

Unsere Position:

- BED und LOGO Deutschland fordern deshalb eine Abschaffung der Zuzahlungen im Heilmittelbereich,
- oder behelfsmäßig eine Begrenzung in der Höhe auf maximal 10 Euro je Verordnung zur Aufhebung der Benachteiligung gegenüber anderen Leistungsbereichen.
- Entscheidungen der Schiedsstelle nach § 125 Abs. 6 SGB V dürfen nicht zu Lasten der Versicherten fallen.



Übersicht der Höhe und der Begrenzungen von Zuzahlungen innerhalb des GKV-Leistungsbereichs

Leistungsbereich	Höhe der Zuzahlung	Begrenzung
Heilmittel	10 % der Kosten sowie 10 € je Verordnung	keine
Hilfsmittel	10 % des Abgabepreises	mindestens 5 bzw. höchstens 10 € ; nicht mehr als die tatsächlichen Kosten
Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Inkontinenzmaterial)	10 % je Verbrauchseinheit	maximal 10 € pro Monat
Arzneimittel	10 % des Abgabepreises	mindestens 5 bzw. höchstens 10 € , nicht mehr als die tatsächlichen Kosten
Fahrkosten	pro Fahrt 10 % der Kosten	mindestens 5 bzw. höchstens 10 € , nicht mehr als die tatsächlichen Kosten
Häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung	begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr
Haushaltshilfe	10 % der kalendertäglichen Kosten	mindestens 5 bzw. höchstens 10 € , nicht mehr als die tatsächlichen Kosten
Krankenhausbehandlung	10 € pro Kalendertag	maximal 28 Tage pro Kalenderjahr
Soziotherapie	10 % der kalendertäglichen Kosten	mindestens 5 bzw. höchstens 10 € , nicht mehr als die tatsächlichen Kosten
Medizinische Rehabilitation (ambulant und stationär)	10 € pro Kalendertag	bei Anschlussrehabilitation begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr unter Anrechnung der Zuzahlung für Krankenhausbehandlung und der bereits an einen RV-Träger geleisteten Zuzahlung
Künstliche Befruchtung	50 %	keine
Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter	10 € pro Kalendertag	keine



(Quelle: vdek, online:

<https://www.vdek.com/vertragspartner/leistungen/zuzahlungen.html> – besucht 27.01.2023)

Historische Entwicklung der Zuzahlungen in der ambulanten Heilmittelversorgung

1977 (KV-Kostendämpfungsgesetz)	→	2,- DM je Verordnung
1982 (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz)	→	4,- DM je Verordnung
1988 (Gesundheitsreformgesetz)	→	10 % der Kosten
1997 (2. GKV-Neuordnungsgesetz)	→	15 % der Kosten
2004 (GKV-Modernisierungsgesetz)	→	10 % der Kosten + 10 € je Verordnung

1988: Änderung der bisherigen Zuzahlungspraxis im Bereich der Heilmittel je Behandlungsserie (Verordnungsblatt) durch das Gesundheits-Reformgesetz (GRG)

In der Gesetzesbegründung (Seite 173) wird dazu ausgeführt:

„Zu Absatz 3

Die Vorschrift erhält die bisher bestehende Zuzahlung für Heilmittel (§ 182 a Satz 1 Buchstabe b RVO) aufrecht, sieht allerdings eine Zuzahlung je Mittel (also z. B. für die einzelne Massage, Bestrahlung oder Übung) vor und nicht wie bisher je Anwendungsserie.

Sie trägt damit dem Umstand Rechnung, daß der überproportionale Anstieg der Ausgaben für Heilmittel weniger ein Preis- als ein Mengenproblem ist, dem durch eine Erhöhung der Zuzahlung begegnet werden muß.“

(Quelle: <https://dserver.bundestag.de/btd/11/022/1102237.pdf> – besucht 27.01.2023)

Der Intention der Bundesregierung für eine Änderung der Zuzahlungsregelung lag die Erkenntnis zugrunde, dass bei nahezu gleichbleibenden Preisen eine Mengenausweitung stattgefunden hat und man diese durch die Erhöhung der Zuzahlung je Behandlung (prozentuale Kostenbeteiligung) bremsen könne.

Nochmals deutlich: bei einer Umsatzsteigerung durch höhere Preise wäre eine prozentuale Kostenbeteiligung nicht in Erwägung gezogen worden!

Eine Reduzierung der Mengenausweitung konnte trotzdem erst sehr viel später ab dem Jahr 2013 -hier vermutlich mit den ersten spürbaren Auswirkungen des Fachkräftemangels - festgestellt werden.



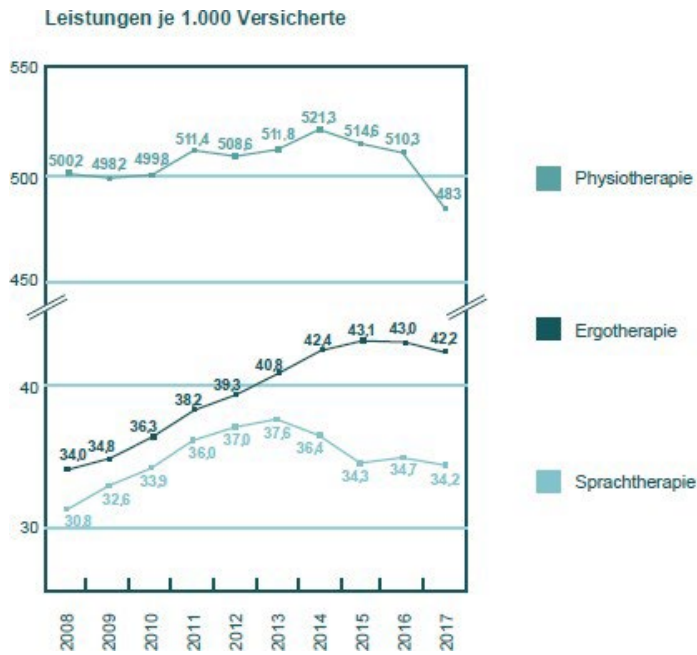


Abb. 4: Verordnete Leistungen je 1.000 Versicherte nach Leistungsbereichen (AOK, 2008 bis 2017)
Quelle: AOK-HIS 2018

(Quelle: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produnkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_hmb_2018.pdf, Seite 11 – besucht 27.01.2023)

1997: Verbleib im Leistungskatalog mit 15 % Zuzahlung erkaufte? Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV NOG)

Ende 1996 saß der Schreck tief bei den Heilmittelerbringenden. Gesundheitsminister Seehofer (CSU) legte einen Gesetzentwurf vor, der die Heilmittelversorgung über Nacht aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung verbannen sollte und lediglich als (freiwillige) Satzungsleistung deklarierte. Der entsprechende Satz in dem Entwurf kam eher beiläufig daher:

„Der Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln kann dagegen von der Krankenkasse im Satzungsweg ausgestaltet werden.“

(Quelle: <https://dserver.bundestag.de/btd/13/060/1306087.pdf>, Seite 21 – besucht 27.01.2023)

Der Vorschlag aus dem Gesetzentwurf wurde schlussendlich – auch nach heftigen Protesten der Leistungserbringer – verworfen. Allerdings wurde die Zuzahlung von 10 % auf 15 % angehoben.

1998: Nach Regierungswechsel im Zwischenschritt den Heilmittelbereich vergessen oder dem Finanzierungseffekt geopfert. Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SolG)

Die neue Rot-Grüne Regierungskoalition legte im November 1998 einen Gesetzentwurf vor, der eine Senkung der Zuzahlungen für Arzneimittel vorsieht, andere Leistungsbereiche jedoch unberührt lässt.

Im Gesetzentwurf wird dazu ausgeführt:

„Die mit dem Beitragsentlastungsgesetz und dem 1. GKV-Neuordnungsgesetz verbundenen Zuzahlungserhöhungen haben vor allem im Arzneimittelbereich für die Patientinnen und Patienten zu unvermeidbaren Mehrbelastungen geführt. Von der packungsgrößenabhängigen Zuzulungsanhebung von 3 DM, 5 DM und 7 DM auf 9 DM, 11 DM und 13 DM sind vor allem chronisch Kranke und ältere Personen betroffen. Zur Entlastung dieses Personenkreises wird die Zuzahlung ab 1. Januar 1999 für die Packungsgröße N1 von 9 DM auf 8 DM, für die Packungsgröße N2 von 11 DM auf 9 DM und für die Packungsgröße N3 von 13 DM auf 10 DM abgesenkt. [...] Eine darüber hinausgehende kurzfristige Absenkung der Zuzahlungsbeträge und damit verbundene Mehrausgaben wären mit der Notwendigkeit der Sicherung der Beitragsstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vereinbar.“

(Quelle: <https://dserver.bundestag.de/btd/14/000/1400024.pdf>, Seite 14 – besucht 27.01.2023)

Während man in der Debatte um das 2. GKV-NOG der Schwarz-Gelben Regierungskoalition noch vorgeworfen hatte, Zuzahlungen als reines Finanzierungsinstrument nutzen zu wollen, blieb man hier selbst dieser Linie treu.

2004: Änderung der bisherigen Zuzahlungspraxis im Bereich der Heilmittel von 15 % auf 10 % der Kosten zuzüglich 10 Euro pro Verordnungsblatt durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)

War man 1988 davon überzeugt, dass eine Änderung der Zuzahlungsregelung weg von der Behandlungsserie (Verordnungsblatt) hin zu einer prozentualen Beteiligung an der Behandlung selbst zu einer Mengenreduzierung führen würde, so griff die Koalition 2004 unter Federführung von Ministerin Ulla Schmidt auf eine Kombination beider Instrumente zurück. Versteckt wurde dieser Kunstgriff in der Gesetzesbegründung mit der lapidaren Ausführung:



„Durch die Änderung wird die Zuzahlung zu den Kosten des Heilmittels von 15 auf 10 % abgesenkt und zum Ausgleich eine zusätzliche Zuzahlung von 10 Euro je Verordnung eingeführt.“

(Quelle: <https://dserver.bundestag.de/btd/15/015/1501525.pdf>, Seite 84 – besucht 27.01.2023)

Im Hinblick auf die Zuzahlungen führte die Bundesgesundheitsministerin im Plenum dazu aus:

„Mit den vorliegenden Maßnahmen wird niemand überfordert. Es ist richtig, dass die Patienten und Patientinnen mehr Zuzahlungen als heute werden leisten müssen, aber für die Versicherten sinken die Beiträge. Es gilt für alle eine einkommensabhängige Überforderungsklausel. Es gibt besondere Erleichterungen für Familien und chronisch Kranke und – das kommt als neues Instrument hinzu – die Krankenkassen erhalten das Recht, Anreize für kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten der einzelnen Versicherten zu setzen. Damit hat es jeder Einzelne in der Hand, die jetzt vorgesehenen Zuzahlungen zu reduzieren. Ich bin überzeugt, dass dieser Weg richtig ist.“

(Quelle: <https://dserver.bundestag.de/btp/15/15058.pdf#P.4850>, Seite 4906 – besucht 27.01.2023)

Wenig später resümierten selbst die Kostenträger, dass die Ministerin hier in ihrer Einschätzung schief lag. Die BARMER führte in ihrem Heil- und Hilfsmittelreport 2006 zu den Auswirkungen der Änderungen durch das GMK aus:

„Die jetzige Regelung der Zuzahlung zu Heilmittelverordnungen legt fest, dass jeder Versicherte über 18 Jahre 10 % der Verordnungskosten plus 10 Euro pauschal pro Verordnung als Eigenleistung zu tragen hat.

Vor dem 1.1.2004 betrug die Zuzahlung noch 15 % der Kosten. Die Härtefallregelungen sehen jetzt vor, dass Versicherte von der Zuzahlung befreit sind, wenn die Eigenleistung 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens übersteigt. Die Belastungsgrenze für chronisch Kranke beträgt 1 %. Vor dem 1.1.2004 galten für die Zuzahlungsbefreiung bei Heilmitteln noch die Sozialklausel, Überforderungsklausel und Chronisch-Kranken-Klausel.

Damit sind seit 2004 wesentlich mehr Versicherte zuzahlungspflichtig. Für finanziell schlecht gestellte Patienten ist dies nach Aussagen einzelner Therapeuten ein Grund, auf eine Heilmittelverordnung zu verzichten oder die Behandlung abubrechen.

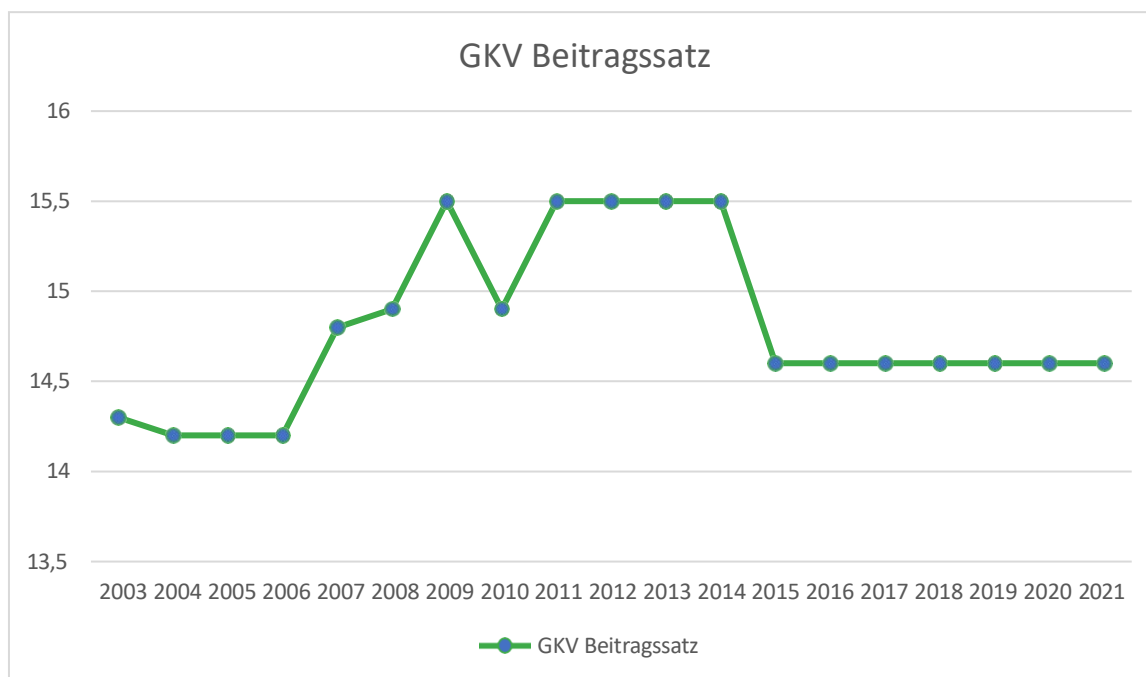


Tabelle II.4 Preise und Zuzahlung aus dem Bereich der Physiotherapie (VdAK)

Leistungsbezeichnung	Kosten für 6 Behandlungen	Zuzahlung vor dem 1.1.2004	Zuzahlung nach dem 1.1.2004	Zunahme/ Abnahme
Krankengymnastische Einzelbehandlung	84,60 €	12,69 €	18,46 €	+45%
Manuelle Therapie	94,08 €	14,11 €	19,42 €	+38%
Spezielle Krankengymnastik nach Bobath	149,70 €	22,46 €	25,- €	+11%

Mit dem neuen Heilmittelkatalog dürfen seit dem 1.7.2004 im Bereich der Physiotherapie größtenteils nur noch 6 Behandlungen pro Rezept verordnet werden. Das bedeutet eine Zunahme der Eigenleistung bei z.B. krankengymnastischer Einzelbehandlung von 45 %. Kostengünstigere Verordnungen sind also in der Zuzahlung für die Patienten um vieles teurer geworden, während kostenintensive Verordnungen günstiger geworden sind." (Quelle: <https://www.barmer.de/blob/38678/15d4186896d78a3806792da3e8871f14/data/gek-hehi-report-2006.pdf>, Seite 37 - besucht 27.01.2023)

Es stellt sich zwangsläufig die Frage, ob die Änderungen durch das GMG im Detail durchdacht waren, oder nicht tatsächlich der reine Finanzierungseffekt einkalkuliert wurde. Die von Ministerin Schmidt in Aussicht gestellte Beitragssenkung, die als Ausgleich für die höheren Belastungen ein wichtiges Argument in der politischen Debatte darstellte, blieb jedenfalls aus.



(Quelle:

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/162965/umfrage/entwicklung-der-beitragssaetze-in-der-gesetzlichen-krankenkasse/#professional> – besucht 27.01.2023)

Ebenso wenig hat die zuvor gewählte Umstellung der Zuzahlung auf die einzelne Behandlung zu einer Reduzierung der Behandlungsmengen geführt. Diese ausbleibende Steuerungswirksamkeit der Zuzahlungen speziell für den Bereich der ambulanten Heilmittelversorgung ist auch wenig verwunderlich, denn im Sinne einer modernen und effizienten Patientenversorgung sind diese Leistungen wie oben dargestellt unentbehrlich geworden. Zudem wird ihre Bedeutung im Zuge der demografischen Entwicklung immer wichtiger, allein vor dem Hintergrund der unausgeschöpften Potentiale zur Vermeidung und Reduzierung von Pflegezeiten.

Gesamtsumme der Zuzahlungen (in Tsd. Euro)

	2004	2010	2017	2018
Physiotherapie (inkl. physik. Therapie)	391.913	398.301	551.309	582.944
Ergotherapie	14.873	19.135	42.162	46.702
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	7.450	9.018	17.626	18.509

(Quelle: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/056/1905643.pdf> Schriftliche Frage an die Bundesregierung Abgeordnete Sabine Zimmermann (Zwickau) (DIE LINKE.), Antwort des Parlamentarischen Staatssekretärs Dr. Thomas Gebhart vom 2. November 2018 – Für 2018 GKV-HIS, Bundesbericht – besucht 27.01.2023)

Ab 2019 wurde die Systematik des HIS-Berichtes geändert. Eine Differenzierung der Zuzahlungen je Heilmittelbereich ist seither nicht mehr möglich. Wichtig wäre diese Differenzierung schon allein vor dem Hintergrund, dass Patient*innen durch Schiedssprüche in der Physiotherapie 2021 an Ausgleichszahlungen für entgangene Vergütungen beteiligt wurden.

Konkret wurden hier mit dem Schiedsspruch Zahlbeträge festgesetzt, wodurch zu den beschlossenen Vergütungserhöhungen für vier Monate eine zusätzliche Erhöhung von 12,58 % „on top“ als Ausgleich für die verspätete Entscheidung der Schiedsstelle gezahlt wurde. Patient*innen, die in diesen vier Monaten eine physiotherapeutische Leistung in Anspruch nehmen mussten, wurden demnach mit ihren Zuzahlungen an dieser Ausgleichszahlung beteiligt und bescherten den Krankenkassen somit zusätzliche Einnahmen.

(Quelle: <https://physio.de/community/news/der-neue-bundesweit-einheitliche-rahmenvertrag/99/10563/1> – besucht 27.01.2023)



Anteil Heilmittel an Zuzahlungen und Leistungsausgaben insgesamt

Zuzahlungen 2019 insgesamt	4.420.498.000 €
Zuzahlungen 2019 Heilmittel	762.772.000 €
Anteil Heilmittel an Zuzahlungen	17,3 %
GKV-Leistungen 2019 insgesamt	239.488.491.160 €
Ausgaben 2019 Heilmittel	8.724.418.109 €
Anteil Heilmittel an Leistungen	3,6 %

Effekte von Zuzahlungen in der Patientenversorgung

Obwohl in den politischen Diskussionen in der Vergangenheit immer wieder der reine Finanzierungseffekt von Zuzahlungen verneint wurde und man vielmehr Steuerungseffekte und stärkere Eigenverantwortung seitens der Patient*innen ins Feld führte, so ist das Gegenteil in der Literatur ausreichend belegt. Auch hier scheute sich selbst die BARMER in ihrem Heil- und Hilfsmittelreport 2010 nicht vor klaren Worten:

„In der Konsequenz bedeutet dies aber auch, dass die Zuzahlungen im Heil- und Hilfsmittel- sowie im Arzneimittelbereich auf eine relativ kleine Gruppe von Patienten entfallen, die auf Grund ihrer Krankheiten offensichtlich notwendigerweise behandelt werden müssen, ansonsten dürften die Vertragsärztinnen und -ärzte keine Verordnungen zu Lasten einer gesetzlichen Krankenkasse ausstellen. Dass diese Gruppe ausgerechnet auch den Hauptanteil der Zuzahlungen zu tragen hat und damit alle Versicherten entlastet – denn schließlich sind Zuzahlungen bis zur Überforderungsklausel Einnahmen der Kassen –, muss unter sozialen Aspekten der schon ohnehin bestehenden Belastung durch Krankheit und Behandlung immer wieder kritisch in Erinnerung gerufen werden. Wenn Ärztinnen und Ärzte aber Verordnungen ausstellen, gibt es kaum einen Spielraum dafür, dass Zuzahlungen als zusätzliche finanzielle Belastungen eine steuernde Wirkung entfalten können. Zuzahlungen sind daher in erster Linie zusätzliche Finanzierungsquellen zur Entlastung des Gesamtsystems mit Wirkung auf den Beitragssatz: Der kann nämlich dann für die Versicherten, die keine Leistungen in Anspruch nehmen, eher niedrig gehalten werden.“

(Quelle: <https://www.barmer.de/blob/307738/822b44388075af4faa74fdf80189a43b/data/barmer-gek-heil-und-hilfsmittel-report.pdf>, Seite 24 – besucht 27.01.2023)

Auch der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages kommt schon 2010 zu dem für Teile der Politik ernüchternden Ergebnis:

„Mehrere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die erwartete Steuerungswirkung der Selbstbeteiligung in der bisherigen Form gering ist, bzw. nicht festgestellt werden kann. Selbstbeteiligung hätte in diesem Fall eine reine Finanzierungsfunktion.“

(Quelle: <https://www.bundestag.de/resource/blob/412148/160394ca389b15b5f11003f633247b1d/WD-9-142-10-pdf-data.pdf>, Seite 4 – besucht 27.01.2023)



Fazit

Es mag verwegen erscheinen, gerade jetzt im Jahr 2023 in Zeiten scheinbar knapper GKV-Finzen die Forderung nach einer deutlichen Absenkung oder gar gänzlichen Abschaffung der Zuzahlungen in der ambulanten Heilmittelversorgung zu fordern.

Dies erschließt sich jedoch bei näherer Betrachtung durch die Erkenntnis, dass ein Verzicht auf Heilmittelleistungen mit hohen Folgekosten für die Solidargemeinschaft und damit der Gesetzlichen Krankenversicherung einhergeht und die kosteneinsparenden Kompensationseffekte eben jener Berufsgruppe ihre Wirkung durch die Zuzahlungen gar nicht erst entfalten kann.

Vor allem mit Blick auf die im Heilmittelbereich kommende Blanko-Verordnung nach § 125a SGB V müssen wir dringend weg von der Benachteiligung von Patient*innen und hin zu einer **zielgerichteten** Gesundheitsversorgung.

Mit der Blanko-Verordnung, unter Wegfall der Zuzahlungsbarriere, können die Leistungserbringenden auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patient*innen eingehen. Zum Wohle des Einzelnen **und** zugleich der gesamten Solidargemeinschaft.

Wir freuen uns auf die inhaltliche Debatte dazu.

Es grüßt Sie herzlichst

Ihr

BED e.V.



Christine Donner
Geschäftsführender Vorstand BED e.V.
E-Mail: c.donner@bed-ev.de



Volker Brünger
Referent des Vorstandes
E-Mail: politik@bed-ev.de

LOGO Deutschland e.V.



Diethild Remmert
1. Vorsitzende LOGO Deutschland e.V.
E-Mail: remmert@logo-deutschland.de

