

Versicherungs medizin

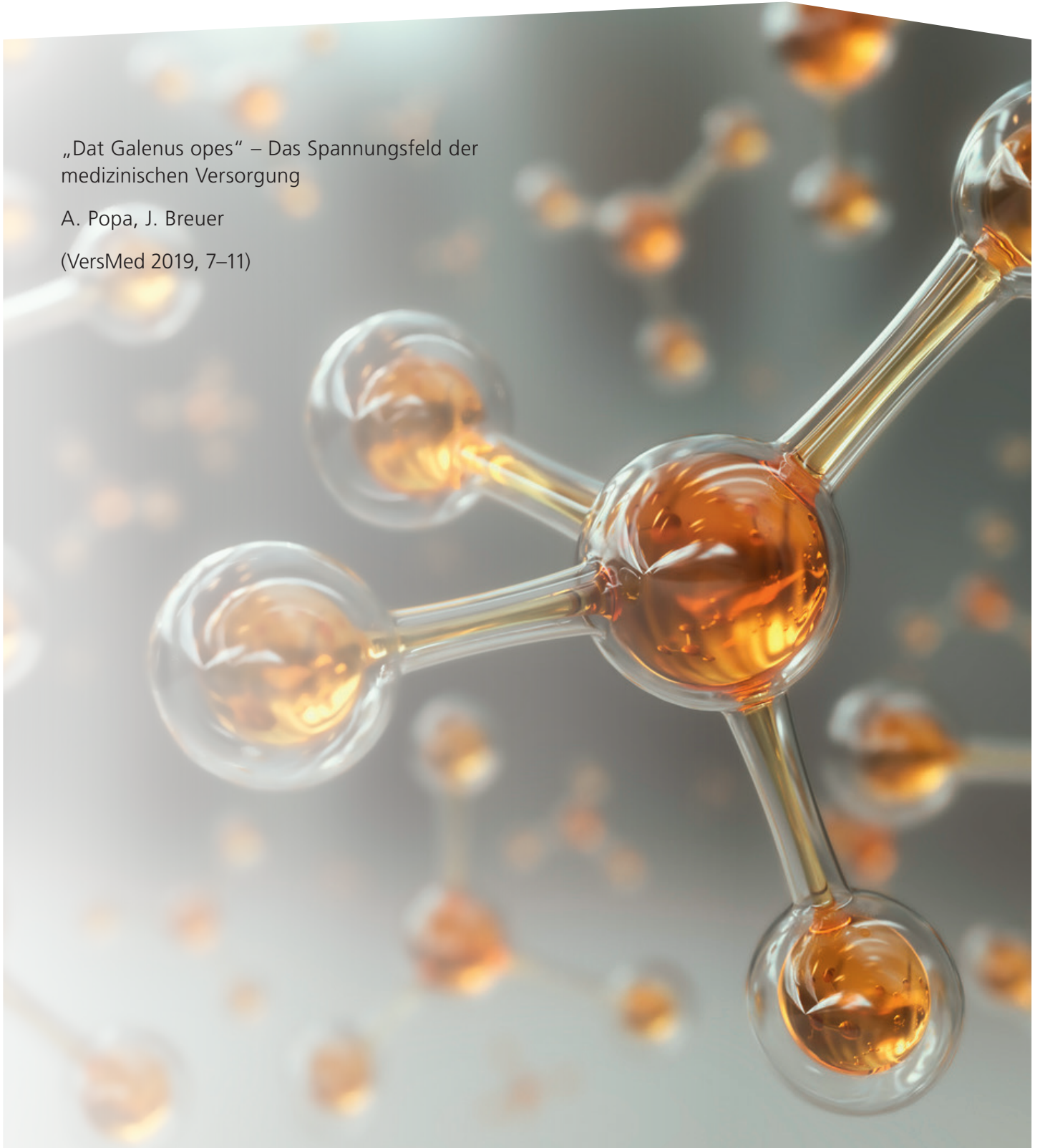
European Journal of Insurance Medicine

71. Jahrgang | **HEFT 1** – 2019

„Dat Galenus opes“ – Das Spannungsfeld der
medizinischen Versorgung

A. Popa, J. Breuer

(VersMed 2019, 7–11)



„Dat Galenus opes“ – Das Spannungsfeld der medizinischen Versorgung

Systemüberschreitende Aufgabenzuordnung als Gegenstand der Versicherungsmedizin

Dr. Andrea Popa und Prof. Dr. Joachim Breuer, Lübeck

Aus der Universität zu Lübeck, Lehrstuhl für Versicherungsmedizin (Prof. Dr. Joachim Breuer)

ZUSAMMENFASSUNG

Die Medizin ist seit jeher von Gegensätzen durchzogen. In komplexen Sozialversicherungssystemen ist es zunehmend leicht geworden, den Blick für das große Ganze zu versperren und sich im Detail zu verlieren. Der widerstreitende Dualismus, den die Medizin innehat, wird in den Diskussionen über Beitragspflicht, Bemessungsgrenzen und Behandlungsmethoden übersehen und gerät zunehmend in Vergessenheit. Wir erforschen die verschiedenen Rollen, die die Versicherungssysteme im Rahmen des Sozialversicherungssystems heutzutage eingenommen haben. Am Beispiel des Referentenentwurfs des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts zeigen wir auf, welche Auswirkungen die Auflösung systemischer Aufgabenzuweisung auf die medizinische Versorgung der einzelnen Versicherten haben und wie diesen entgegengesteuert werden kann.

SUMMARY

„Dat Galenus opes“ – The Duality of Medicine Insurance Medicine and the Cross-System Division of Health Care

In times of complex medical and social security systems, it is easy to become lost in details and lose perspective of the basic premises governing these systems. The duality of medicine, e.g., life and death or sickness and health, has become lost in discussions of DRGs, payment reimbursement schemes, and case mix indices. We examine the five independent branches of insurance that together build the foundation of the German social insurance system, and consider the roles they play in securing the livelihood of the millions of insured in Germany. Using the case of the recently presented draft of legislation governing social reimbursement, e.g., for victims of violent crime, we explore the effects that a cross-system division of care may have on the medical care of those who are publicly insured.

STICHWORTE: VERSICHERUNGSMEDIZIN, SYSTEMÜBERSCHREITENDE AUFGABENZUORDNUNG, SOZIALENTSCHÄDIGUNGSRECHT, SOZIALVERSICHERUNGSSYSTEM, KRANKENVERSICHERUNG, UNFALLVERSICHERUNG

EINLEITUNG

Leben und Tod, Krankheit und Gesundheit, Heil und Unheil – die Medizin ist seit jeher von Gegensätzen und einem widerstreitenden Dualismus durchzogen. Schon in der Antike spielte auch Geld eine wesentliche Rolle im Streben nach Gesundheit – Plinius d. Ä. warf den Ärzten im Römischen Reich vor, am Leid der Patienten reich werden zu wollen [1]. Nicht umsonst ist also der uralte Spruch „dat Galenus opes, dat Justinianus honores, pauper Aristoteles cogitur ire pedes“ entstanden. Dieser Spruch bringt den dauerhaft im Heilberuf verankerten Dualismus auf den Punkt: Auf der einen Seite folgen Ärzte dem Ruf der altruistischen Humanität, die Heilung und das Wohl der Menschen zu fördern; auf der anderen Seite spielt die realistische Notwendigkeit des Geldverdiensts eine Rolle, indem der praktizierende Arzt seinen Lebensunterhalt durch seinen Erwerb sichern möchte [3]. Auch in der Beziehung zum Patienten setzt sich der Dualismus des Arztberufs fort: Zum einem

begegnet der Arzt seinem Patienten auf medizinischer Ebene, um das körperliche Leid zu behandeln. Gleichzeitig aber ist der Arzt ebenfalls Mensch und muss seinem Patienten auf menschlicher Ebene begegnen, um dessen Lebenskontext zu verstehen und dies dann auch in seiner Behandlung zu berücksichtigen [3].

Die Einführung der Sozialversicherung in Deutschland, beginnend mit der Krankenversicherung im Jahr 1883, brachte sowohl für die Ärzte als auch die Patienten insoweit weitreichende Veränderungen und Konsequenzen mit sich. Zum einen sorgte die Sozialversicherung dafür, dass der generelle Zugang zur Gesundheitsversorgung schlagartig erleichtert wurde. Menschen, die sich sonst nie einen Arztbesuch hätten leisten können oder wollen, konnten plötzlich einen Arzt oder ein Krankenhaus aufsuchen und mussten sich sogar in manchen Fällen medizinisch versorgen lassen, was zu einer Änderung des Lebenskontextes der Versicherten führte. Gleichzeitig hat der Staat durch diese Gesetzgebung Institutionen und

Rahmenbedingungen geschaffen, deren Vorschriften Folge zu leisten sind und die sich nicht nur auf die Rechtsstellung des Versicherten auf der einen Seite, sondern auf der anderen Seite wiederum auf die gesamte medizinische Tätigkeit auswirken, z. B. mit der Einrichtung der sogenannten Kassenärzte oder der Einführung von unterschiedlichen Bezahlssystemen.

Da die Gesetze der Sozialversicherung die Freiheit des ärztlichen Handelns steuern und auch den Lebenskontext des Patienten beeinflussen, sollte – nein: muss! – ein jeder Arzt mit diesen veränderten Rahmenbedingungen vertraut sein, um sie „zum Wohle seiner Kranken“, verwenden zu können [3 S. 11]. Zumal, damals wie heute, die Mehrheit der Menschen den Rahmenbedingungen der gesetzlichen Sozialversicherung unterliegt. Welche genauen Folgen (Sozial-)Versicherungssysteme und die damit verbundenen Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung haben, ist klassischer Untersuchungsgegenstand der Versicherungsmedizin.

DAS DEUTSCHE SOZIALVERSICHERUNGSSYSTEM HEUTE

Von der Gesetzeskonzeption her sind alle Menschen in Deutschland krankenversichert, die meisten über die

gesetzliche Krankenversicherung [4]. Ziel ist in allen Fällen, die mit einer Krankheit verbundenen Kosten zu decken und so gegen die mit der Krankheit einhergehenden finanziellen Risiken zu versichern [4, 5]. Gehen die Menschen einer abhängigen Erwerbstätigkeit nach, sind sie währenddessen von der gesetzlichen Unfallversicherung geschützt [6]. Werden sie im Laufe ihres Erwerbslebens arbeitslos, so greift die Arbeitslosenversicherung, um den Lebensunterhalt zu sichern und neue Arbeit zu finden [7]. Beim Erreichen des Rentenalters wird aufgrund eingezahlter Beiträge eine Alterssicherung durch die gesetzliche Rentenversicherung sichergestellt [8]. Schließlich greift im Fall der Pflegebedürftigkeit unterstützend die Pflegeversicherung ein, um die erforderlichen Pflegemaßnahmen zu ermöglichen [9]. Diese fünf Versicherungssysteme bilden die heutige Grundlage der Sozialversicherung in Deutschland. Sie sichern die Bevölkerung in Deutschland gegen zentrale Daseinsrisiken ab und erbringen Sachleistungen (gemäß dem Solidaritätsprinzip, also gleiche Leistung für alle Versicherten) oder beitragsabhängige Geldleistungen (wie beispielsweise bei Renten oder Krankengeld) im Schadensfall. Die Versicherungssysteme werden auf verschiedene Weise finanziert und auch die Zielsetzung und die Handlungsfelder



Abbildung 1: Die fünf Säulen der Sozialversicherung: Zielsetzungen, Finanzierung und Handlungsfelder

der jeweiligen Versicherungssysteme werden durch unterschiedliche Gesetze beschrieben und verankert (s. Abbildung 1 [10]).

Bei der Darstellung des „Sozialversicherungs-Netzes“ (Abbildung 1) wird oftmals verdrängt, dass den unterschiedlichen Systemen unterschiedliche Zielsetzungen zugrunde liegen. Während z. B. die Rentenversicherung primär auf Sicherung des Lebensunterhalts nach Beendigung der Erwerbstätigkeit ausgerichtet ist, sichert die Arbeitslosenversicherung die finanzielle Grundlage beim Verlust des Arbeitsplatzes während der Erwerbsphase. Die klare Trennung der jeweiligen Zuständigkeiten unter den Systemen der Sozialversicherung in Deutschland wird des Öfteren unter Schnittstellenproblematiken erörtert. Sie ist es jedoch, die es andererseits ermöglicht, diese unterschiedlichen Zielsetzungen ohne Widersprüche zu verfolgen und umzusetzen. Wird die Abgrenzung unklar oder verschwindet sogar, könnte es zu Konflikten aufgrund der divergenten Zielsetzungen der verschiedenen Systeme kommen, die sich letztendlich in den Versicherungsleistungen an die Versicherten widerspiegeln.

MEDIZINISCHE VERSORGUNG IM SPANNUNGSFELD DER KRANKEN- UND UNFALLVERSICHERUNG

Das Konfliktpotenzial aufgrund von Systemgrenzen in der Sozialversicherung kann besonders plastisch am Beispiel der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung dargestellt werden. Beide wurden mit der Absicht gegründet, Versicherte gegen finanzielle Ausfälle zu schützen – die Krankenversicherung bei Krankheit; die Unfallversicherung bei Arbeitsunfällen, Wegeunfällen und Berufskrankheiten. Beiden Versicherungssystemen liegen auch Leistungskataloge zugrunde, nach denen Versicherte bei Bedarf Leistungen erhalten. Beide haben durch ihre Leistungsvorschriften einen direkten Einfluss auf die medizinische Versorgung von Versicherten. Des Weiteren haben auch beide Versicherungssysteme ihre Daseinsberechtigung in Sozialgesetzbüchern verankert.

Allerdings bestehen auch erhebliche Unterschiede zwischen den beiden Versicherungssystemen. Die Versorgung von Versicherten durch die gesetzliche Krankenversicherung wird durch das sogenannte Wirtschaftlichkeitsgebot geleitet. § 12 SGB V erläutert, dass die erbrachten Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein sollen; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ [11]. Diese Zielsetzung der Wirtschaftlichkeit liefert die Grundlage der Rahmenbedingungen des ärztlichen Handelns für die Versorgung von gesetzlich Versicherten im Krankheitsfall.

Im Gegensatz dazu ist es die Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung, „mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte

Gesundheitsgefahren zu verhüten“ sowie nach deren Eintritt die Leistungsfähigkeit und Berufstätigkeit „mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen“ [12]. Während die Krankenversicherung die Wirtschaftlichkeit der Versorgung an erster Stelle der Zielsetzung der Versorgung vorsieht, ist bei der Unfallversicherung die Wiederherstellung der Gesundheit oberstes Gebot, mit einer nachrangigen Gewichtung der Wirtschaftlichkeit. Die unterschiedliche Zielsetzung der Systeme hat ihren Ursprung im Ausgangspunkt der Versicherung: während die Krankenversicherung als Solidargruppe das Risiko der Krankheit allgemein trägt, ist die Unfallversicherung mit ihrer solidarischen Haftungsgruppe der Arbeitgeber auf den Schadensausgleich der gesundheitlichen Folgen eines in der Arbeitswelt resultierenden Nachteils ausgerichtet.

Ein weiterer Punkt, der die Unterschiede der beiden Versicherungssysteme in Ursprung und Zielsetzung hervorhebt, wird durch § 19 SGB IV gekennzeichnet: die gesetzliche Krankenversicherung erbringt Leistungen auf Antrag, soweit keine abweichende Regelung vorhanden ist. Die gesetzliche Unfallversicherung indes erbringt Leistungen von Amts wegen, also von sich aus, ohne dass ein Antrag gestellt werden muss [13]. Ob ein Antrag zu stellen ist, um Leistungen zu erhalten oder nicht – dieser Unterschied bestimmt auch die Dynamik der Leistungserbringung und ist für die Handlungsbestimmung der beiden Systeme unerlässlich. Auf den ersten Blick sind die genannten Unterschiede lediglich Merkmale, die dazu dienen die Versicherungssysteme systematisch voneinander abzugrenzen. Da sowohl die Krankenversicherung als auch die Unfallversicherung unterschiedliche Zielsetzungen und Versichertenprofile bedienen, könnte dies zu der Annahme verleiten, dass diese Merkmale für die Versicherten nichts weiter als Formalitäten darstellen, die einfach erledigt werden müssen.

Welche Konsequenzen diese formellen Grundsatzunterschiede in der Praxis haben können, vor allem für die medizinische Versorgung der Versicherten sowie die amtliche Bereitstellung der erforderlichen Leistungen, lassen sich am Beispiel der entfachten Diskussion um den Referentenentwurf vom November 2018 zum neuen Sozialentschädigungsrecht erläutern [14].

HERAUSFORDERUNG DER SYSTEMÜBERSCHREITENDEN AUFGABENZUORDNUNG AM BEISPIEL DES SOZIALENTSCHÄDIGUNGSRECHTS

Nach der Terrorattacke auf dem Weihnachtsmarkt Breitscheidplatz in Berlin im Dezember 2016 arbeitete die Bundesregierung mit Hochdruck an der Neuordnung des Sozialen Entschädigungsrechts, dessen Schwerpunkt die Entschädigung von Opfern von Gewalttaten bildet. Das neue SGB XIV (vor der Nummer XIII hatte die Politik abergläubischen Respekt! [15]) soll

eine Verbesserung des Sozialentschädigungsrechts für Opfer von Gewalttaten darstellen, indem es die Definition der Gewalt auf das moderne Kriminalitätsbild (einschließlich Terrorattacken und psychische Gewalt wie Stalking) anpasst. Vor allem aber sollen die Rahmenbedingungen der Hilfeleistungen auf die Bedürfnisse der Opfer von Gewalttaten angepasst werden, um schnelle Hilfe (z. B. Trauma-Ambulanzen als „Schnelle Hilfen“ und psychotherapeutische Behandlung) in Notsituationen zu ermöglichen [14].

Im November 2018 wurde der Referentenentwurf veröffentlicht. Kurz darauf begannen Organisationen, Einrichtungen, Einzelpersonen, sogar ganze Institute Stellungnahmen zum Gesetzentwurf zu veröffentlichen [16–18]. Kritisiert wurde vor allem die kleinteilige Verteilung der einzelnen Leistungen auf individuelle Träger aus der Sozialversicherung und Verwaltung sowie den damit für die Betroffenen einhergehenden bürokratischen Alptraum, der befürchtet wird, sich breitzumachen, sollte das System wie im Referentenentwurf beschrieben, tatsächlich eingeführt werden [16]. Der erst jüngst im neuen Bundesteilhabegesetz fortentwickelte Gedanke des trägerübergreifenden Wirkens schien konterkariert. Man will Gutes, organisiert es aber schlecht, da man Grundstrukturen vergisst!

Ein Beispiel wird diesbezüglich immer wieder aufgegriffen: die Bereitstellung der medizinischen Versorgung durch mehrere Versicherungssysteme der Sozialversicherung [19]. Vorgesehen ist, dass die Krankenkassen die Verantwortung für die Regelversorgung übernehmen, die Versorgungsbehörden die Zuständigkeit für Leistungen aus der Zusatzversorgung innehalten und dass die Unfallversicherung die Hilfsmittelversorgung sichert. Begründet wird dies damit, dass die Betroffenen sich an die Versicherung durch die Krankenkassen „gewöhnt“ hätten und die Unfallversicherung nachweislich einen hohen Standard in der Rehabilitation habe. Dass es aber um die Versorgung von oft schwer traumatisierten Menschen geht, die ganzheitlich versorgt werden müssen, um ein möglichst erfolgreiches Behandlungsergebnis zu erzielen, scheint in Vergessenheit geraten zu sein [20]. Dabei liegt es nahe, die medizinische Versorgung aus einer Hand zu gestalten, um die Schnittstellenproblematik auf ein Minimum zu reduzieren und den Bedürfnissen der Opfer gerecht zu werden. Dieser Gedanke des Fallmanagements findet zwar zunehmend Einkehr in die Krankenkassen, ist aber struktur- und zielbedingt längst in der medizinischen Versorgung der Unfallversicherung vorhanden [21]. Wenn man also Zuordnungen der Betroffenen zu einem Sozialsystem vornimmt, dann muss der jeweilige gesamte Prozess und die Struktur einer Versicherung in Bezug genommen werden, da nur hierauf die Ergebnisqualität beruht – und eben nicht nur in dem Teilaspekt einer Hilfsmittelversorgung!

Eine Vermischung von Versorgungsleistungen, die von unterschiedlichen Versicherungssystemen bereitgestellt werden

und die von der gesetzlichen Grundlage her unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen, verkennt die unterschiedlichen Auswirkungen auf die Inhalte der medizinischen Versorgung durch die jeweiligen Systeme. Die Unfallversicherung leistet hervorragende Hilfsmittelversorgung *als Teil* des Systems Unfallversicherung. Der Versorgungsgedanke, der dahinter steckt, nämlich die Wiederherstellung der Gesundheit „mit allen geeigneten Mitteln“ erfordert eine bestmögliche Versorgung der Versicherten, um dieses Ziel zu erreichen – die Wirtschaftlichkeit spielt eine Rolle, aber im Verhältnis zur Zielerreichung eine nachrangige.

Die Zielsetzung der Krankenkassen ist eine andere, nämlich eine „wirtschaftliche, ausreichende, notwendige und zweckmäßige“ Versorgung bereitzustellen. Ob dabei die Kritik, dass Krankenkassen aus Kostengründen an der Qualität der Hilfsmittelversorgung sparen [22], gerechtfertigt ist, sei hier dahingestellt – jedenfalls ist die Zielsetzung beider Systeme divergent! Bei der Zusammenführung der beiden Systeme in ein und demselben Versicherungsfall stellen sich viele Fragen: welches System wird Vorrang haben, wenn die medizinische Versorgung von Opfern von Gewalttaten kleinteilig bereitgestellt wird? Nach welchen Prinzipien wird wann gehandelt? Wer übernimmt die Koordination des medizinischen Versorgungsprozesses der Opfer? Oder signifikant überzeichnet ausgedrückt: kann man einen Stumpf wirtschaftlich ausreichend versorgen und die Prothese mit allen geeigneten Mitteln anpassen?

FAZIT

Ziel dieses Beitrags ist nicht, eine endgültige Antwort auf diese Fragen zu liefern, sondern auf die zugrunde liegende Trennung der Versicherungssysteme und deren Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der Versicherten aufmerksam zu machen. Mit der Einführung des Sozialversicherungssystems wurde in Deutschland vielen Menschen ermöglicht, an einer Gesundheitsversorgung teilzuhaben, die sonst nicht medizinisch versorgt wurden. Gleichzeitig wurden auch verschiedene Rahmenbedingungen durch unterschiedliche Versicherungssysteme erschaffen, die grundlegend unterschiedliche Zielsetzungen in ihren Handlungen vorsehen. Diese beeinflussen wiederum die Lebenskontexte von Versicherten und wirken sich auf die medizinische Versorgung der Versicherten aus, indem sie die ärztliche Behandlung beeinflussen. Der Dualismus der Medizin ist vielleicht nicht mehr so offensichtlich wie zu Zeiten des Römischen Reichs, aber das Spannungsfeld der Versicherungsmedizin, also die Auswirkungen von Systemen auf die medizinische Versorgung, ist geblieben.

* Galen (die Arzneikunst) gibt Schätze, Justinian (die Rechtsgelehrsamkeit) Ehrenstellen, der arme Aristoteles (die Philosophie) muss zu Fuß gehen [2].

Anschrift der Verfasser:

Dr. Andrea Popa

Universität zu Lübeck

Lehrstuhl für Versicherungsmedizin

Ratzeburger Allee 160

23562 Lübeck

Literatur

1. Heinz W, Medizin und Religion in der Spätantike in Mystik und Natur: zur Geschichte ihres Verhältnisses von Altertum bis zur Gegenwart. de Gruyter, Editor. 2009. p. 7–37.
2. Meyers Konversations-Lexikon, Verlag des Bibliographischen Instituts, Editor. 1885–1892: Leipzig und Wien.
3. Grober J, Einführung in die Versicherungsmedizin – Vorlesungen für Studierende und Ärzte. 1907. Weimar: R. Wagner Sohn.
4. VDEK, V.d.E. Daten zum Gesundheitswesen: Versicherte. 2017. https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html (zuletzt abgerufen am 22. 2. 2019).
5. BGM, B. Aufgaben und Organisation der GKV. 2019 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html> (zuletzt abgerufen am 22. 2. 2019).
6. BMAS, B.f.A.u.S. Überblick über die Unfallversicherung 2016 <https://www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Gesetzliche-Unfallversicherung/ueberblick-gesetzliche-unfallversicherung.html> (zuletzt abgerufen am 22. 2. 2019).
7. BMAS, B.f.A.u.S. Arbeitslosengeld. 2016 <https://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsmarkt/Arbeitslosengeld/arbeitslosengeld.html> (zuletzt abgerufen am 22. 2. 2019).
8. BMAS, B.f.A.u.S. Gesetzliche Rentenversicherung. 2017 <https://www.bmas.de/DE/Themen/Rente/Gesetzliche-Rentenversicherung/gesetzliche-rentenversicherung-art.html> (zuletzt abgerufen am 22. 2. 2019).
9. BGM, B. Die Pflegeversicherung. 2018 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung.html> (zuletzt abgerufen am 22. 2. 2019).
10. BpB, B.f.p.B. Sozialversicherung. 2016 <https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/lexikon-der-wirtschaft/20660/sozialversicherung> (zuletzt abgerufen am 22. 2. 2019).
11. V, S., Fünftes Buch (V)–Gesetzliche Krankenversicherung. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 2 G vom 11. 12. 2018 I 2387, 2014.
12. VII, S., Siebtes Buch Gesetzliche Unfallversicherung. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 4 G vom 11. 12. 2018 I 2387, 1997.
13. IV, S., Viertes Buch Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung. Stand: Neugefasst durch Bek. vom 12. 11. 2009 I 3710, 3973; 2011 I 363; Zuletzt geändert durch Art. 2 G vom 11. 12. 2018 I 2384, 2009.
14. BMAS, B.f.A.u.S., Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts. 2018.
15. AFP, Bundesminister Heil will „Unglückszahl“ 13 für neues Sozialgesetzbuch vermeiden, in Zeit Online. 2019.
16. BFF, B.F.u.F.i.D. Stellungnahme des bff zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales für ein Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts. 2019 <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/aktuelles/nachrichten/nachricht/stellungnahme-des-bff-zum-referentenentwurf-des-bundesministeriums-fuer-arbeit-und-soziales-fuer-ein-gesetz-zur-regelung-des-soz.html> (zuletzt abgerufen am 22. 2. 2019).
17. Schepker R, Fegert JM. Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zu einem Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (SGB XIV). 2019 <http://www.dgkjp.de/aktuelles/1490-gemeinsame-stellungnahme-zum-referentenentwurf-des-bundesministeriums-fuer-arbeit-und-soziales-zu-einem-gesetz-zur-regelung-des-sozialen-entschaedigungsrechts-sgb-xiv> (zuletzt abgerufen am 22. 2. 2019).
18. DBSV, D.B.-u.S.e.V. DBSV-Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Regelung des sozialen Entschädigungsrechts vom 30. 11. 2018 (SER). 2019 <https://www.dbsv.org/stellungnahme/SER.html> (zuletzt abgerufen am 22. 2. 2019).
19. Ring W. Stellungnahme des WEISSEN RINGS zu dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts. 2018 <https://weisser-ring.de/media-news/meldungen/05-02-2019> (zuletzt abgerufen am 22. 2. 2019).
20. Kranig A, Neuordnung des Sozialen Entschädigungsrechts – Zusammenführung mit der Gesetzlichen Unfallversicherung. SGB Die Sozialgerichtsbarkeit 2019(02/2019): p. 65–76.
21. Koczy-Rensing G, Rehabilitationsmanagement in der gesetzlichen Unfallversicherung. Trauma und Berufskrankheit, 2010. 12(1): p. 55–58.
22. Winnat C. Drücken sich die Kassen um die Qualität? 2017 https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/recht/article/942330/hilfsmittelversorgung-druecken-kassen-qualitaet.html (zuletzt abgerufen am 22. 2. 2019).