

# POSITIONSPAPIER

## Reformempfehlungen für ein robustes und menschliches Gesundheitswesen

Eine gute Gesundheitsversorgung für alle Menschen in Deutschland ist heute eine Selbstverständlichkeit. Damit das auch in Zukunft so bleibt, müssen die knappen Ressourcen effizient eingesetzt werden. Darüber hinaus ist es eine gemeinschaftliche gesellschaftliche Aufgabe, zu prüfen, ob die Versorgungs- und Sicherstellungsaufträge der Leistungserbringer mit den gewachsenen Strukturen und Prozessen im Gesundheitswesen erbracht werden können.

Bereits vor der Corona-Pandemie zeigten verschiedene Analysen die Folgen des hohen Reformstaus bei den Krankenhausstrukturen und der Krankenhausfinanzierung für das Gesundheitssystem. Besonders betroffen ist die stationäre Patientenversorgung. Hier hat die Corona-Pandemie die Auswirkungen des Reformstaus schonungslos offengelegt.

Der steigende Anteil chronisch erkrankter und multimorbider älterer Menschen und die Sicherung der Gesundheitsversorgung in dünn besiedelten und ländlichen Räumen sind Herausforderungen, die politisches Handeln dringend notwendig machen.

Die unzureichende Krankenhausplanung und die geringe Entscheidungskraft der Länder hat dazu geführt, dass im stationären Bereich ressourcenintensive Doppelstrukturen

aufgebaut wurden. Darüber hinaus gibt es seit Jahren keine tragfähige politische Lösung für die den Krankenhäusern zustehenden Länderinvestitionskosten<sup>1</sup> von jährlich drei bis vier Milliarden Euro.<sup>2</sup> Wir fordern, Patientinnen und Patienten wieder in den Mittelpunkt der stationären Versorgung zu rücken und als Souveräne ihrer Gesundheitsversorgung zu respektieren. Eine zunehmend von Wirtschaftlichkeit und Zeitnot geprägte Krankenhausversorgung verliert die Zuwendung zu den Menschen, die Krankenhaushilfe benötigen. Die Arbeitsbelastung in den Krankenhäusern ist in Deutschland sehr hoch.<sup>3</sup> Im europäischen Vergleich werden zu viele Patientinnen und Patienten stationär behandelt.

Die Möglichkeiten der Digitalisierung müssen stärker ausgeschöpft werden. Die Digitalisierung bietet das Potenzial, Daten vernetzt zu nutzen und zugleich Patientinnen und Patienten die Hoheit über ihre Gesundheitsdaten zu geben. Darüber hinaus ermöglicht die Digitalisierung, die Kommunikation zwischen den Versorgenden zu verbessern. Patientinnen und Patienten bietet sie verbesserte Informationsmöglichkeiten und trägt damit zu einer stärkeren Souveränität der betroffenen Menschen bei. Die Digitalisierung kann Orientierung in einem komplexen Gesundheitssystem geben und die Eigenverantwortung gerade in der wichtigen Krankheitsprävention stärken.

- <sup>1</sup> In 2017 lag die durchschnittliche bundesweite Investitionsfördermittelquote (Anteil der Investitionsfördermittel der Länder an den bereinigten Krankenhauskosten) bei 3,3 Prozent. Das waren 91,3 Mrd. Euro. Im Jahr 2003 lag sie bei 5,1 Prozent und 55,7 Mrd. Euro. Allerdings variiert die Investitionsfördermittelquote je nach Haushaltslage des Landes zwischen 1,6 (Sachsen-Anhalt) und 4,2 Prozent (Baden-Württemberg) für das Jahr 2017.
- <sup>2</sup> Bundesrechnungshof: Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung vom 10.09.2020 [https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/2020/krankhaeuser-seit-jahren-unterfinanziert-und-ineffizient/@@download/langfassung\\_pdf](https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/2020/krankhaeuser-seit-jahren-unterfinanziert-und-ineffizient/@@download/langfassung_pdf) (Zugriff 08.02.2021)
- <sup>3</sup> Auf einen vollzeitbeschäftigten Krankenhausarzt kommen im Jahr 124 Fälle, auf eine vollzeitbeschäftigte Pflegekraft 60 Fälle. Beide Werte sind deutlich höher als in den anderen EU-15 Ländern; Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP): WIP Analysen 03/2020: [http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user\\_upload/WIP\\_Analyse\\_3\\_2020\\_Vergleich\\_Gesundheitssysteme\\_Covid19.pdf](http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/WIP_Analyse_3_2020_Vergleich_Gesundheitssysteme_Covid19.pdf) (Zugriff 09.02.2022)

Die Stärkung der Souveränität der Patientinnen und Patienten trägt zudem dazu bei, wesentliche Schwachpunkte der Qualitätssicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu beseitigen. Die bestehenden Regelungen des SGB V verfolgen maßgeblich die Sicherung einer Mindestqualität und die Entdeckung und Bestrafung „schwarzer Schafe“. Gut, richtig und umfassend informierte Patientinnen und Patienten stärken ein unmittelbares, am direkten Kontakt von Versorgten und Versorgenden ausgerichtetes Qualitätsmanagement.

Die Betroffenen können die ärztliche Entscheidung für eine Behandlung besser nachvollziehen und setzen diese entweder mit größerem Verständnis um oder hinterfragen sie kritisch. Das ermöglicht ein respektvolles und ehrliches Feedback.

Mit den vorliegenden Positionen möchte der Deutsche Sozialgerichtstag e.V. (DSGT) Impulse für eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems geben.

## Position 1

### Prävention und Gesundheitsförderung als zentrale Säule des Gesundheitssystems etablieren

Gesundheitliche Versorgung darf nicht erst mit Eintritt der Erkrankung beginnen. Viele stationär behandlungsbedürftige Krankenhausfälle könnten durch bewusste Gesundheitsförderung verhindert bzw. verzögert werden. Trotz vielfältiger Erweiterungen der Präventionsangebote der GKV kommen diese bisher nicht in dem notwendigen Maße bei den Bürgerinnen und Bürgern an. Prävention und Gesundheitsförderung muss daher künftig im Mittelpunkt des Gesundheitswesens und der verschiedenen Lebenswelten der Menschen stehen. Sie sind neben Kuration, Rehabilitation und Pflege die vierte Säule der Gesundheitssicherung. Leistungen der primären, sekundären und tertiären<sup>4</sup> Prävention sind im stationären und ambulanten Sektor auszuweiten. Weil Primärprävention nicht nur den Menschen hilft, sondern mittelfristig auch die Kassen entlasten kann, ist ein weitergehendes Engagement der Krankenkassen auch und gerade in Zeiten von Ausgabenbeschränkungen geboten. Das Bemühen, Qualität und Wirksamkeit dieser Interventionen in wissenschaftlichen Studien nachzuweisen, muss fortgeführt werden. Eine angemessene Qualitätssicherung und Evaluation

der Interventionen ist dringend geboten.<sup>5</sup> Regionale und kommunale Versorgungsmodelle wie Gesundheitslotsen, Community Health Nurse bzw. Gemeindefürsorgern und Gesundheitskioske sind niederschwellige Angebote, die Menschen helfen, passende Präventions- oder Versorgungsangebote zu finden. Bislang werden sie regional vereinzelt angeboten bzw. modellhaft erprobt.

Diese niederschwellige Unterstützung ist für vulnerable Patientengruppen besonders wichtig. Da ein Teil dieser Menschen nur schwer mit traditionellen Instrumenten erreicht und mobilisiert werden kann, sind auch aufsuchende gesundheitsfürsorgliche Angebote oder die Ansprache über Peer-Groups zu etablieren. Je nach lokaler Bedarfs- und Problemlage ist eine regionale Gestaltung anzustreben. Diese Strukturen müssen eng verzahnt und sowohl untereinander wie auch mit den kommunalen Gesundheitsämtern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst vernetzt sein. Regelmäßige Gesundheits- und Interventionsberichte sind in das regionale bevölkerungsbezogene Monitoring einzubeziehen.

4 Tertiärprävention sind Maßnahmen nach dem Auftreten einer Krankheit. Sie sollen Folge- und/oder Begleiterkrankungen minimieren, einer Verschlimmerung entgegenwirken und der größtmöglichen Wiederherstellung der Lebensqualität dienen.

5 SVR-Gutachten 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten\\_2009/Kurzfassung\\_2009.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2009/Kurzfassung_2009.pdf) (Zugriff: 09.02.2022)

Diese gesundheitsfürsorglichen Angebote stabilisieren und entlasten die nachgelagerten gesundheitlichen Leistungssysteme. Die Inanspruchnahme von evidenzbasierten Primärmaßnahmen wie Impfen oder Vorsorgeuntersuchungen tragen dazu bei, nicht notwen-

dige Diagnosen und Therapien zu reduzieren. Daher müssen gesundheitsfürsorgliche Angebote und evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen flächendeckend eingeführt und regelmäßig als Leistung des SGB V finanziert werden.

## Position 2

### Hürden für vernetzte, sektorenverbindende, interdisziplinäre Versorgung abbauen und ambulante Leistungen im Krankenhaus stärken

Kranke Menschen möchten auf allen Ebenen des Gesundheitswesens qualifiziert versorgt und empathisch sozial umsorgt werden. Doch die Realität sieht oft anders aus: Patientinnen und Patienten erleben Brüche zwischen der ambulanten und der stationären Leistungserbringung. Diese sind zum Großteil eine direkte oder indirekte Folge der unterschiedlichen Systematik und Möglichkeit für die Zulassung und die Finanzierung ambulant erbrachter Leistungen im Krankenhaus.

Eine bessere Koordinierung und Aufgabenteilung zwischen den Krankenhäusern, den Medizinischen Versorgungszentren, den verschiedenen Ambulanzen sowie den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den ambulanten Pflegediensten sowie den therapeutischen Berufen können Synergien freilegen. Dazu müssen die Anbieterkapazitäten und die freien Verfügbarkeiten möglichst tagesaktuell dargestellt werden. Damit würde zum Beispiel bei der Entlassung aus dem stationären Bereich bereits deutlich, wohin Patientinnen und Patienten entlassen oder überwiesen werden können.

In den letzten Jahren haben die sozialen Bedarfe in der gesundheitlichen und medizinischen Behandlung zugenommen. Um ihnen adäquat zu begegnen, ist es notwendig, eine vernetzte, sektorenverbindende und interdisziplinäre Versorgung sowie die Versorgung durch Teams unterschiedlicher Professionen zu stärken.

Dazu müssen auch die gesetzlichen Möglichkeiten zur ambulanten Leistungserbringung weiter gestärkt werden. Es

könnte zum einen durch eine Ausweitung der anspruchsberechtigten Indikationen, Versorgungsbereiche und Patientengruppen für die institutionellen Möglichkeiten nach §§ 116ff. SGB V erreicht werden. Zum anderen könnte die im Koalitionsvertrag von SPD, FDP und Bündnis 90/Die Grünen genannte Hybrid-DRG als neuer sektorengleicher Erstattungstatbestand für den stationären und ambulanten Sektor geregelt werden.

Es müsste ein Set an Leistungsgruppen und spezialisierten Leistungsgruppen definiert werden, bei dem es im Ermessen der Krankenhäuser steht, eine Leistung ambulant oder stationär zu erbringen. Die Erstattung wäre dann äquivalent. Durchaus geeignet scheinen dafür die Leistungsgruppen für die Bereiche Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie und Geriatrie, die der Stufe der Grundversorger zuzuordnen sind.

Hierbei ist es notwendig, einen Rahmen für eine integrierte und intersektorale Versorgung zu ermöglichen und die Gesundheitssystemarchitektur mit ihren Strukturen und Prozessen weiterzuentwickeln. Die Aufgaben, die Funktionen und die Verantwortlichkeiten für den Bund, die Länder und die Regionen sowie die Träger der Sozialversicherung sind klar zu definieren. Zudem sind ordnungspolitische Zielkonflikte aufzulösen und regulatorische Widersprüche weitestgehend zu vermeiden. Es muss gewährleistet sein, dass die unterschiedlichen Sozial- und Unterstützungssysteme ineinandergreifen und sich nicht konterkarieren.

## Position 3

### Zusammenführung der ambulanten Bedarfsplanung und Krankenhausplanung zu einer integrierten Versorgungsplanung

Eine Planung der stationären medizinischen Versorgung ohne Berücksichtigung der tatsächlichen ambulanten Versorgungssituation in der jeweiligen Region ist nicht zukunftsfähig. Ziel muss es daher sein, zu einer integrierten bevölkerungsbezogenen Versorgungsplanung von ambulantem und stationärem Sektor zu kommen, die jeweils die Situation des anderen Sektors einbezieht und bei Planungsentscheidungen berücksichtigt.

Die Struktur der Versorgungslandschaft muss sich an den Erfordernissen der Erkrankungen der Bevölkerung in den Regionen sowie an der Daseinsvorsorge ausrichten. Wettbewerbsinstrumente dürfen nur in einer Form existieren, die einen Wettbewerb um die bestmögliche qualitative Versorgung garantiert.

Notwendig dafür ist, bundesweit eine kleinräumige bevölkerungsbezogene Versorgungsbedarfsforschung in Form eines systematischen regionalen Monitorings und einer Datenauswertung zu etablieren. Das Monitoring soll Indikatoren-gestützt und möglichst objektiv den Zugang und die Versorgung erfassen<sup>6</sup>.

Die Ergebnisse des Monitorings dienen als Basis für die bundes- und landesweite sowie regionale Versorgungsplanung. Das stellt Transparenz gegenüber den Versorgungspartnern und der Öffentlichkeit her und unterstützt die Kommunikation mit den zuständigen Stellen. Das Monitoring kann auf Defizite hinweisen, die durch die Versorgungsformen adressiert werden können. Die Datenanalysen müssen bürgerverständlich aufbereitet und öffentlich zugänglich sein.

## Position 4

### Versorgungsstufen und Strukturfinanzierung des Bundes notwendig

Um eine zukunftsfähige, robuste und finanzierbare Krankenhausstruktur zu schaffen, sind deutliche Schritte von den Ländern und vom Bund notwendig. Eine derartige Krankenhausstruktur kann nur erreicht werden, wenn eine verlässliche Landesplanung mit bundesweiten Struktur-, Qualitäts- und Finanzierungsvorgaben gekoppelt wird. Dabei müssen Regelungskreise, Aufgaben, Funktionen und Verantwortlichkeiten für den Bund, die Länder und die Regionen klar definiert sein. Ein bundeseinheitlicher gesetz-

licher Rahmen sollte aus drei Versorgungsstufen - Grund- und Regelversorger, Regionalversorger und Maximal- und Schwerpunktversorger - bestehen und konsequent regional umgesetzt werden. Die Bedarfsplanung der Krankenhäuser muss verlässlich in den Regionen stattfinden und am lokalen Bedarf orientiert sein. Dies bietet die Möglichkeit, regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Voraussetzung dafür ist eine gute Balance zwischen Bund und Region.

6 Die Indikatoren sollten die Dimensionen umfassen: 1. Gesundheit der Bevölkerung; 2. Umsetzung von Maßnahmen zur Erreichung gesetzter Versorgungsziele; 3. Qualität, Angemessenheit, Kontinuität und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung sowie die Patientensicherheit; 4. Patientenzufriedenheit; 5. Berufszufriedenheit der Ärzte und des medizinischen Fachpersonals im Gesundheitswesen; 6. Effizienz und Leistungsfähigkeit der Einrichtungen vgl. dazu Nuti S, Noto G, Vola F, Vainieri M: Let's play the patients music: A new generation of performance measurement systems in healthcare. Management Decision 2018; 56(10): 2252–72.

Den drei Versorgungsstufen wird ein Set an Leistungsbereichen und -gruppen sowie Erreichbarkeit zugeordnet.

#### **Grund- und Regelversorger haben:**

- mindestens 3 Leistungsbereiche und -gruppen.
- einen hohen Vernetzungsgrad mit der Primärversorgung, ambulanten und rehabilitativen Leistungserbringern.
- einen hohen Anteil ambulanter Leistungen.
- einen hohen Anteil an Vorhaltekosten.

#### **Regionalversorger:**

- haben mindestens 5 Leistungsbereiche und -gruppen.
- übernehmen koordinierende Funktion für die Grund- und Regelversorger sowie die Maximalversorger.
- sind für das regionale Monitoring zuständig.
- haben einen mittleren Anteil an ambulanten Leistungen und Vorhaltekosten.

#### **Maximal- und Spezialversorger:**

- haben mindestens 7 Leistungsbereiche und -gruppen oder haben einen besonderen Versorgungsbereich mit hochspezialisierten Leistungen. Dazu zählen die G-BA Zentren, die Besonderen Einrichtungen und hochspezialisierte Fachkliniken.
- sind aktiv an Studien und Registern beteiligt.
- haben einen niedrigen Anteil ambulanter Leistungen und Vorhaltekosten.

Aufgrund der hohen Länderinvestitionslücke ist anzunehmen, dass der Bund stärker in die Strukturfinanzierung der Krankenhäuser einsteigt. Dieses Bundesengagement muss an die Bedingung gekoppelt sein, dass bundeseinheitliche Strukturvorgaben für die Versorgungsstufen in der Krankenhausplanung der Länder eingehalten werden.

Dafür ist es notwendig, die gesellschaftlichen und rechtlichen Voraussetzungen einer Grundgesetzänderung vorzubereiten.

## Position 5

### **Dokumentationseffizienz erhöhen**

Die Dokumentation von Indikatoren zur Bestimmung von Ergebnis- und Prozessqualität<sup>7</sup> ist sinnvoll, weil sie Patientinnen und Patienten valide Aussagen zu Krankenhäusern bietet und den Krankenhäusern valide Aussagen zur eigenen Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit im Vergleich mit anderen Krankenhäusern ermöglicht.

Die Möglichkeiten, integrierte Informationen über das Leistungsgeschehen zu gewinnen, können viel effizienter ausgeschöpft werden, wenn neue Informationsquellen erschlossen und vorhandene Daten besser genutzt werden. Dies gelingt, indem

- Patientenbefragungen mittels validierter Instrumente aufgebaut werden.

- die Anzahl der von den Ärztinnen und Ärzten zu dokumentierenden Indikatoren reduziert werden, wenn durch vereinzelte Stichprobenprüfungen ein gleichwohl aussagekräftiges Gesamtbild erreicht würde.

- der Dokumentationsaufwand durch digitale Lösungen (z. B. sprachgesteuerte Dokumentation; elektronische Dokumentationsassistenten) reduziert wird.

- eine breitere datenschutzkonforme Verwendung von bereits erhobenen Daten (Abrechnungsdaten und Informationen aus Vorbehandlungen) ermöglicht und damit Doppelerhebungen unnötig werden.

<sup>7</sup> Sie erfolgt derzeit auf Grundlage der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL).

## Position 6

### Digitalisierung beschleunigen und Daten breit nutzen

Die Souveränität der Patientinnen und Patienten zeigt sich in ihren Rechten und der Wertschätzung ihrer gesundheitlichen Probleme und Anliegen. Die Möglichkeit, eigene Gesundheitsdaten einzusehen und selbstbestimmt über diese zu verfügen, ist dafür ein Schlüssel. Dies kann über die vollständige Digitalisierung der Patientenakten und die Einbindung der Daten in die elektronische Patientenakte (ePA) erreicht werden. Den Versicherten wird so ermöglicht, alle Daten einzusehen, die ihren Gesundheitszustand betreffen, und Leistungserbringern Zugriff auf diese Daten zu ermöglichen.

Die hierfür getroffenen Regelungen (vor allem nach §§ 347 ff SGB V) sind zu überarbeiten,

- um höhere Akzeptanz und bessere Anreize für deren breite Einführung zu schaffen.
- um das Prinzip der Datensparsamkeit und das Recht der informationellen Selbstbestimmung nicht in Widerspruch zu der Schlüsselrolle zu setzen, welche die Digitalisierung der Prozesse im deutschen Gesundheitswesen für den optimalen Schutz von Leben und Gesundheit einnimmt.<sup>8</sup>
- um die Versicherten über verschiedene Servicefunktionen der ePA<sup>9</sup> verstärkt zu Akteuren in Bezug auf die eigene Gesundheit werden zu lassen.

## Position 7

### Verlässliche und verständliche Informationen über Krankheiten, Behandlungsmöglichkeiten und Krankenhäuser bereitstellen

Patientinnen und Patienten wünschen sich, umfassend informiert zu sein. Auch deswegen kommt dem Arzt-Patienten-Gespräch als Teil der sprechenden Medizin eine zentrale Bedeutung zu. Für den Therapieerfolg ist ein gemeinsames Verständnis über Erwartungen, Heilungschancen und Behandlungsmöglichkeiten wesentlich. Dafür bedarf es ausreichender Zeit, die Ärztinnen und Ärzte nicht immer haben. Parallel werden Patientinnen und Patienten heutzutage Gesundheitsinformationen angeboten, die einfach, jederzeit und überall verfügbar sind, beispielsweise im Internet. Dabei besteht für Patientinnen und Patienten die Herausforderung, zumeist ohne fachliche Expertise Quellen als vertrauenswürdig zu erkennen und Fakten richtig einzuordnen.

Der DSGT tritt dafür ein, dass Patientinnen und Patienten verlässliche und verständliche Informationen über ihre

Krankheit, deren Behandlungsmöglichkeiten und für die Behandlung in Betracht kommende Krankenhäuser niedrigschwellig zur Verfügung gestellt werden.

Dazu sind

- bereits bestehende Informationsangebote (gesundheitsinformation.de, Weiße Liste, washabich.de) zu erweitern und auf einer mit hohen Reputation versehenen unabhängigen Internetseite zusammenzuführen.
- Recherchen der für die Behandlung in Betracht kommenden Krankenhäuser und Vergleiche zwischen diesen auf Basis der erhobenen Ergebnis- und Prozessqualitätsdaten in demselben Portal zu ermöglichen und
- dort auch persönliche Ansprechpartner anzubieten.

<sup>8</sup> Vgl. Digitalisierung für Gesundheit, Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2021.

<sup>9</sup> Zu denken ist insbesondere an die vom Gutachten des Sachverständigenrates 2021 (vgl. Fn. 8) angeregten Funktionen wie: Empowerment und Selbstbestimmung (z.B. Zugriff auf Leitlinien, Übersetzungsfunktionen für Fachbegriffe), Verbesserte Kommunikation mit Arzt/Ärztin (z.B. 5-Fragen, geschützter Zugang zur Videosprechstunde), Organisations- und Selbstmanagementfunktionalitäten (z.B. Erinnerungsfunktionen, Schmerztagebuch)

## Raum für Ihre Notizen und Gedanken

A large light blue rectangular area containing 25 horizontal dotted lines, intended for handwritten notes and thoughts.

## Über den Deutschen Sozialgerichtstag e.V. (DSGT)

Der Deutsche Sozialgerichtstag e.V. (DSGT) ist ein interdisziplinärer Fachverband, dem Richterinnen und Richter, Ehrenamtliche Richterinnen und Richter, Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, Rentenberaterinnen und Rentenberater, Verfahrensbevollmächtigte von Verbänden, Vertreterinnen und Vertreter von Behörden, Medizinische Sachverständige, Angehörige der Rechtswissenschaft und Entscheidungsträger aus der Gesetzgebung angehören.

Der DSGT begleitet aktuelle Gesetzgebungsvorhaben und fördert den Erfahrungsaustausch unter seinen Mitgliedern. Der DSGT begreift das Sozialrecht als sozialstaatliche Aufgabe. Unter dieser Zielsetzung entwickelt er sozialpolitische Aktivitäten. Er unterstützt die einheitliche Rechtsanwendung und die wissenschaftliche Entwicklung sowie berufliche Fortbildung der Mitglieder. Die gesetzlichen Ziele des Sozialrechts sind Leitlinien für den Verein. Weitere Informationen zu Positionen und Publikationen zum DSGT unter: <https://www.sozialgerichtstag.de/>

### Impressum:

-  Deutscher Sozialgerichtstag e.V. Wetzlarer Straße 86, 14482 Potsdam
-  0331 740 60 86
-  [geschaeftsstelle@sozialgerichtstag.de](mailto:geschaeftsstelle@sozialgerichtstag.de)
-  [www.sozialgerichtstag.de](http://www.sozialgerichtstag.de)