

# Sammenligning af det danske og det tyske sundhedsvæsen

## DOKUMENTKONTROL

Projekt	ACCESS & ACCELERATION
Arbejdsplan	A3.2 Kommunikations- og videnplatform
Nøgleord	Dansk sundhedspleje, tysk sundhedspleje, finansiering af sundhedssystemer i D/DK
Forfatter	Katharina Rubahn*, Thea Syse, Florian Ege *Syddansk Universitet

## INDHOLD

1. Resumé.....	3
2. Overblik .....	3
3. Danmark.....	4
Statens rolle [1].....	4
Elektroniske patientjournaler [2].....	4
Det primære sundhedsvæsen .....	4
Det sekundære sundhedsvæsen .....	5
Akutmedicinske tjenester .....	5
Langtidspleje og social støtte [4].....	5
Hjemmeplejetjenester .....	5
De danske hospitaler [4] .....	6
Tilgængelige data .....	6
Styrelsen for patientsikkerhed.....	6
Kontrol af omkostninger .....	6
Indkøb og medicinpriser [4].....	7
4. Tyskland .....	7
Statens rolle [7].....	7
Hvad er dækket? .....	8
Administrative mekanismer for direkte patientbetalinger til udbydere [9] .....	8
Lægevagten .....	8
Forvaltning af sundhedsvæsenet [9] .....	8
Det primære sundhedsvæsen [9].....	8
Det sekundære sundhedsvæsen [9] .....	9
Langtidspleje og social støtte .....	9
Patientsikkerhed .....	9
Yderligere links til det tyske system .....	9
5. Sammenligning af de to systemer [12] [7] .....	9
6. References .....	11

## 1. Resumé

Dette dokument beskriver de forskellige danske og tyske sundhedsvæsner bed henblik på følgende aspekter:

- Statens rolle
- Det primære sundhedsvæsen
- Det sekundære sundhedsvæsen
- Akutmedicinske tjenester
- Langtidspleje og social støtte
- Hospitaler
- Kvalitetskontrol
- Indkøb og priser

Dette overblik skal give dig en grundlæggende forståelse for de to systemer og deres økonomiske grundlag. Vi vil gerne støtte alle aktører hen over grænsen, der har en interesse i regionens forretningsliv. Med forretning mener vi ikke kun virksomheder, men også uddannelse, forskning, innovation og praktiserende fagfolk i og udover programregionen.

## 2. Overblik

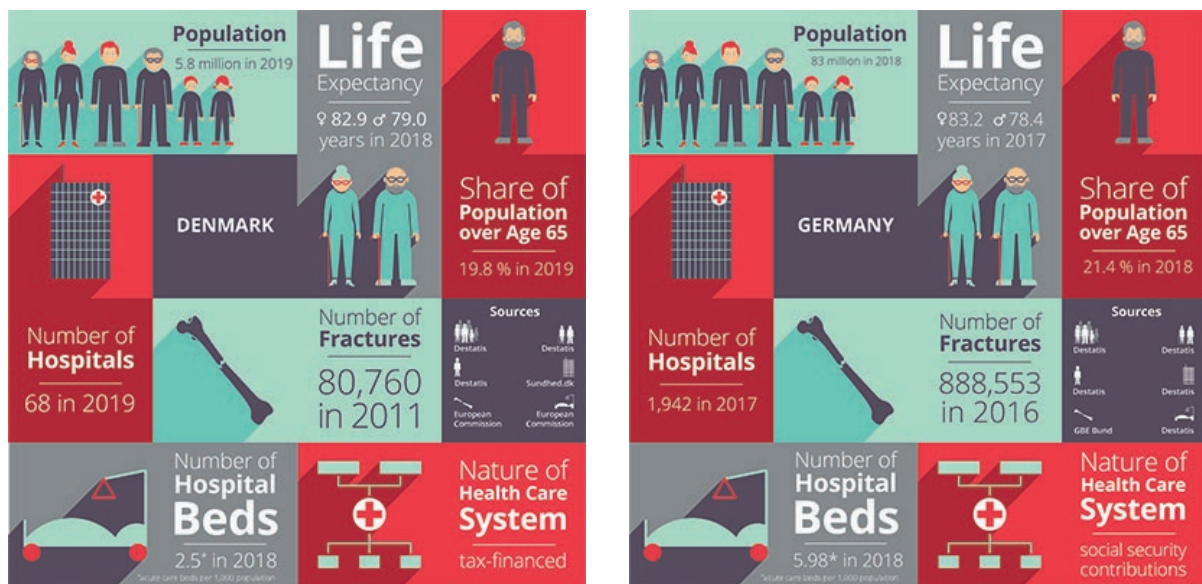


Figure 1 Healthcare systems sketch kindly provided by BFCC Interreg B project, updated as indicated.

### 3. Danmark

#### Statens rolle [1]

Sundhedsydelser i Danmark leveres i vid udstrækning af regionsrådene i de [fem regioner](#) med koordinering og regulering fra [den danske regering](#), mens de 98 [kommuner](#) har ansvaret for [plejehjemmene](#), hjemmeplejen og [skolesundhedsplejen](#). Visse specialiserede hospitalstjenester administreres centralt.

Regionerne ejer, forvalter og finansierer hospitaler og finansierer størstedelen af de ydelser, der leveres af de privatpraktiserende læger, kontorbaserede specialister, fysioterapeuter, tandlæger og farmaceuter. Kommunerne er ansvarlige for at finansiere og levere pleje på plejehjem, sygeplejersker, sundhedsplejersker, visse tandlægeydelser, skolesundhedspleje, hjemmepleje og behandling af stof- og alkoholmisbrug. Kommunerne er også ansvarlige for generelle forebyggelses- og rehabiliteringsopgaver. Regionerne er ansvarlige for specialiseret rehabilitering. [1]

Der er to forsikringsgrupper. Mere end 99% af patienterne er dækket af forsikringen i gruppe 1. De har adgang til behandlere i deres distrikt.

Er man forsikret i gruppe to, kan man opsøge en hvilken som helst praktiserende læge eller speciallæge. Dog kan man blive opkrævet egenbetaling i forbindelse med disse besøg. Borgere med denne type forsikring udgør mindre end 1% af befolkningen.

Sundhedsvæsenet finansieres hovedsageligt af en national sundhedsafgift på skattepligtig indkomst.

#### Elektroniske patientjournaler [2]

Informationsteknologi (IT) bruges på alle niveauer i sundhedssystemet som en del af en national strategi understøttet af Sundhedsdatastyrelsen. Hver region anvender sit eget elektroniske patientjournalssystem til hospitaler i overensstemmelse med nationale kompatibilitetsstandarder. Danske praktiserende læger fik en topplacering i en vurdering af den samlede implementering af elektroniske patientjournaler i 2014. Alle borgere i Danmark har et unikt elektronisk personnummer, der bruges i alle offentlige registre, herunder sundhedsdatabaser. Regeringen har implementeret et elektronisk medicinkort, der indeholder kodede oplysninger om hver enkelt patients recepter og medicinering. Disse oplysninger kan tilgås af patienten selv og alle relevante sundhedsfagfolk. De praktiserende læger har også adgang til en online medicinsk håndbog med opdaterede oplysninger om diagnose og behandlingsanbefalinger.

De praktiserende læger bruger elektroniske patientjournaler (EMR) og elektronisk receptudstedelse til udveksling af klinisk kommunikation (EDI) ved hjælp af [MedCom](#)<sup>1</sup>-netværket.

#### Det primære sundhedsvæsen [1]

---

<sup>1</sup> MedCom er ejet og finansieret af Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL. MedComs rolle er at bidrage til udvikling, test, formidling og kvalitetssikring af elektronisk kommunikation og information i sundhedssektoren for at sikre kontinuiteten i plejen. MedCom udvikler standarder og profiler til udveksling af sundhedsrelaterede data i hele den danske sundhedssektor.

## Sammenligning af det danske og tyske sundhedsvæsen

Regionerne bestemmer antallet og placeringen af de praktiserende læger, og deres gebyrer og arbejdsvilkår forhandles centralt mellem lægernes [fagforening](#) og regeringen. Den kommunale sundhedstjeneste leverer [sundhedsplejersker](#), hjemmesygeplejersker og [skolesundhedspleje](#). Hver praktiserende læge har i gennemsnit 1600 patienter i Danmark [1]. Borgerne får tildelt en praktiserende læge og har adgang til gratis lægehjælp, herunder konsultation hos speciallæger ved hjælp af en henvisning fra egen læge. Hver borger er i kontakt med det primære sundhedsvæsen i gennemsnit syv gange om året. 10% af befolkningen bruger ikke det primære sundhedsvæsen inden for et år. Langt de fleste medicinske tilfælde håndteres af de praktiserende læger uden henvisning til yderligere undersøgelser eller specialiseret behandling. [3]

### Det sekundære sundhedsvæsen [2]

Hospitalspleje leveres hovedsageligt af hospitaler ejet og administreret af [regionerne](#). Dette ligner modellerne i andre skandinaviske lande.

### Akutmedicinske tjenester

Ambulancebehandlere og paramedicinere vil ofte yde hjælp, der traditionelt set betragtes som 'hospitalsbehandling'. Dataanalyser, telemedicin og PoC-teknologier er blevet en integreret del af ambulancebehandlingen. I livstruende situationer vil en lægebemandet akutbil normalt sendes ud.

### Langtidspleje og social støtte [4]

Alle kommuner tilbyder deres ældre borgere forebyggende hjemmebesøg. Den enkelte kommune kan beslutte at fokusere den forebyggende indsats på særlige emner, eksempelvis ensomhed, faldforebyggelse, sikkerhed, ernæring, fysisk aktivitet osv.

Den nationale regering fastlægger en budgetgrænse for hvert distrikt og kommune, mens lokale ledere formulerer politikker og tjenester inden for disse begrænsninger i henhold til de særlige behov i samfundet.

Plejehjem er ofte rådsdrevet, og selv private institutioner inspiceres af lokale myndigheder og modtager statsstøtte for at holde priserne på samme niveau som de statslige institutioner.

Hvis en ældre borger ikke længere kan klare sig selv i hjemmet, tilbydes vedkommende en af flere boligmuligheder i ældreplejen.

### Hjemmeplejetjenester [5]

Hjemmeplejetjenester er målrettet ældre borgere, der bor derhjemme, men ikke er i stand til at klare hverdagen alene. Hjemmepleje opdeles i to kategorier: praktisk hjælp (f.eks. rengøring og vasketøj) og personlig pleje (f.eks. bad og barbering). Kommunerne leverer disse tjenester gratis. Ældre borgere kan også modtage måltidstjenester på baggrund af en vurdering af individuelle behov. I 2015 modtog omkring 12% af alle ældre over 65 år hjemmepleje.

For at fremme brugerindflydelsen skal alle kommuner oprette seniorråd. Disse råd vælges for fire år, og alle borgere over 60 år har ret til at stemme eller stille op til rådet. Kommunen skal konsultere seniorrådet i enhver sag, der er relevant for den ældre befolkning i kommunen.

## De danske hospitaler [4]

Hospitalerne skal overveje midler til at øge effektiviteten og produktiviteten for at kunne behandle flere patienter uden at øge omkostningerne. I Danmark er målet at reducere patienternes opholdstid på et hospital.

Der er foretaget enorme investeringer i automatiseringsprocesser og digital hjælp. En hjørnesten i den danske hospitalsstruktur er 16 hospitalsbyggeriprojekter, *Superhospitalsprogrammet*, hvor en række mindre hospitaler slås sammen til færre, højt specialiserede hospitaler. Det overordnede mål er en 2% årlig stigning i den samlede hospitalsproduktivitet. Superhospitalerne sigter mod en øget effektivitet på op til 8%.

I 2020 forventes den gennemsnitlige opholdslængde på de danske hospitaler at være mindre end tre dage og antallet af ambulante behandlinger forventes at være steget med 50% siden 2007.

## Tilgængelige data

Det nationale websted esundhed.dk giver adgang til benchmarkdata relateret til service, kvalitet og antal udførte behandlinger. Webstedet giver også adgang til data fra en række danske sundhedsregistre (se nedenfor) og information om udviklingen i farmaceutiske priser og refusionsniveauer. Patienter har adgang til flere personlige tjenester, såsom information om klinisk og organisatorisk kvalitet på et hospital samt undersøgelser af patientoplevelsen. [6]

På webstedet kan borgerne få adgang til en række personlige tjenester og data, såsom patientjournaler fra hospitaler (e-journaler) samt generel information om sundhed, sygdomme og patientrettigheder.

## Styrelsen for patientsikkerhed

Styrelsen for patientsikkerhed blev oprettet i 2015, da den daværende Sundhedsstyrelse blev opdelt i adskilte styrelser. Den modtager anonyme rapporter om ulykker og nær-vedulykker, som sundhedspersonale på alle niveauer er forpligtet til at indberette til de regionale myndigheder, der vurderer hændelserne. Oplysningerne offentliggøres i en årligt opdateret database med henblik på læring snarere end sanktioner.

## Kontrol af omkostninger [2]

Den overordnede ramme for kontrol med sundhedsudgifter er fastsat i budgetloven, der fastlægger budgetter for regioner og kommuner og foreskriver automatiske sanktioner, hvis de overskrides. Budgetloven suppleres med årlige aftaler mellem regionerne, kommunerne og regeringen med henblik på at koordinere politiske initiativer, der sigter mod at begrænse udgifterne, herunder direkte forsyningskontrol.

Bloktilskud til regionerne er betinget af en årlig stigning i produktiviteten på 2% på grundlag af diagnoserelaterede grupper og tilbageholdes, hvis produktiviteten ligger under målet. Selv om den aktivitetsbaserede del er lille, udgør den regionernes marginalindkomst og udgør et stærkt incitament. Endvidere er regionerne under pres for at levere gode resultater, da de kan reformeres, hvis de ikke leverer.

På regionalt niveau omfatter omkostningskontrollen på hospitalerne en kombination af globale budgetter og aktivitetsrelaterede incitamenter (se ovenfor).

## Indkøb og medicinpriser [4]

I Danmark kan medicinalvirksomhederne frit fastsætte de officielle priser på medicin. Medlemmer af Lægemedelindustriforeningen er dog underlagt en pris aftale mellem foreningen, Sundhedsministeriet og Danske Regioner. Procedurer for indkøb og prissætning varierer mellem hospitalssektoren og den primære sundhedssektor.

### Hospitalssektoren i Danmark

99% af al medicin, der bruges på de offentlige hospitaler, købes gennem den farmaceutiske indkøbstjeneste Amgros, der ejes af de fem regioner. Amgros gennemfører udbudsprocedurer og indkøber medicin til alle de offentlige hospitaler. Al hospitalsmedicin betales af regionerne, og alle behandlinger på de offentlige hospitaler, inklusiv medicin, leveres gratis til patienten.

### Den primære sundhedssektor

Den faktiske prissætning af medicin i den primære sundhedssektor varierer afhængigt af, om der er direkte konkurrerende produkter. Priserne på direkte konkurrerende lægemidler fra den generiske industri fastsættes på 14-dages auktioner. Efter hvert udbud indberetter medicinalvirksomhederne deres priser for de følgende to uger til Lægemedelstyrelsen. Disse oplysninger formidles til alle apoteker, hvorved priserne er de samme i hele Danmark. Systemet har vist sig at sikre prisgennemsigtighed og konkurrence på markedet. Lægemidler uden direkte konkurrerende produkter, hvortil Lægemedelstyrelsen yder refusion, er inkluderet i prisloftaftalen mellem Lægemedelindustriforeningen, Danske Regioner og Sundhedsministeriet.

## 4. Tyskland

### Statens rolle [7]

Tyskland har en lovpligtig sygeforsikring med 109 [8] konkurrerende non-profit-forsikringselskaber, der er finansieret af skatter. Personer med høj indkomst (over 60.750 €/år, 2019) og freelancere kan i stedet vælge en privat sygeforsikring, som også dækker tjenestemænd. Omkring 10% af befolkningen har en privat sygeforsikring. Der er omkring 50 konkurrerende virksomheder på markedet. [9]

Staten ejer de fleste universitetshospitaler, mens kommunerne spiller en rolle på folkesundhedsområdet og ejer omkring halvdelen af alle hospitalssenge. Imidlertid har de forskellige regeringsniveauer stort set ingen rolle i den direkte finansiering eller levering af sundhedsydelser. Regulering uddelegeres i vid udstrækning til selvstyrende foreninger inden for sygekasser og udbydersammenslutninger, der sammen repræsenteres af det vigtigste organ, Det Fælles Forbundsudvalg.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> **Det Fælles Forbundsudvalg** (tysk: *Gemeinsamer Bundesausschuss*) henviser til en gruppe tyske offentlige sundhedsstyrelser, der blev fusioneret i 2004 under en uafhængig formand. Det er bemyndiget til at udarbejde bindende regler på grundlag af lovforslag vedrørende sundhedsreformer vedtaget af lovgivere sammen med rutinemæssige beslutninger vedrørende sundhedsydelser i Tyskland.

Selvom udvalget ikke er en underordnet styrelse og er uafhængigt af Sundhedsministeriet, er statslige embedsmænd ansvarlige for at udøve juridisk kontrol med udvalgets beslutninger og retningslinjer. Som øverste beslutningsorgan udøver udvalget en direkte indflydelse på sundhedsydelserne for millioner af mennesker. [8]

På hospitalerne dækkes omkostninger, der er direkte forbundet med behandlingen af en patients diagnose, af patientens sygeforsikring, mens såkaldte 'investeringsomkostninger' såsom diagnostisk udstyr, ambulancebiler, bygningsvedligeholdelse osv. finansieres af den forbundsstat, hvor hospitalet er placeret.

### Hvad er dækket?

I Tyskland har patienterne frit læge- og sygehusvalg – omkostningerne betales direkte af sygekassen. I modsætning til den lovpligtige sygeforsikring skal en person ansøge om en privat sygeforsikring. Under en privat forsikring kan den forsikrede selv vælge dækning og beløb. Provisionen, der betales af en privat forsikring, er højere end den, der betales af den lovpligtige. [9]

I 2011 betalte patienter med en offentlig sygeforsikring privat ca. 1,5 milliarder euro for ydelser, mens 82% af lægerne tilbød deres patienter individuelle ydelser i deres praksisser, som ikke var dækket af patientens forsikring. Fordelene ved disse ydelser er omstridt. [8]

### Administrative mekanismer for direkte patientbetalinger til udbydere [9]

Læger, der er omfattet af den lovpligtige sygeforsikring og som arbejder i den ambulante pleje, fakturerer deres regionale sammenslutninger i henhold til en ensartet gebyrmodel. Foreningerne modtager penge fra sygekasserne i form af årlige basishonorarer. Egenbetaling eller betalinger for ydelser, der ikke er inkluderet i fordelskataloget, betales direkte til udbyderen. Under en privat sygeforsikring betaler patienterne forud og indsender erstatningskrav til forsikringselskabet med henblik på tilbagebetaling.

### Lægevagten [9]

Lægevagten administreres af de regionale sammenslutninger af akkrediterede læger i det lovpligtige sygeforsikringssystem for at sikre adgang til ambulante pleje døgnet rundt. Læger er forpligtet til at tage vagter uden for normal arbejdstid i deres praksis efter forskellige regionale forskrifter. I nogle områder (f.eks. Berlin) er lægevagten uddelegeret til hospitalerne. Patienten modtager efterfølgende et konsultationsnotat, som afleveres til vedkommendes egen læge. Vagtlægetjenesten er også tilgængelig via en landsdækkende telefonhotline (116 117 - *Ärztlicher Bereitschaftsdienst*). Betaling for ambulante lægevagtkonsultationer er baseret på de ovennævnte gebyrmodeller, igen med størrelsesforskelle i tilbagebetalingen fra den lovpligtige og private sygeforsikring.

### Forvaltning af sundhedsvæsenet [9]

De 16 delstatsregeringer fastlægger kapaciteten på hospitalerne, mens kapaciteten i den ambulante pleje er underlagt regler, der fastlægges af Det Fælles Forbundsudvalg. Det Fælles Forbundsudvalg har også indført normeringer for antallet af sygeplejersker og plejepersonale, der er på vagt.

Hospitalspleje betales pr. indlæggelse gennem et system med diagnoserelaterede grupper (DRG'er), som revideres hvert år, og aktuelt er baseret på ca. 1.200 DRG-kategorier. DRG'erne dækker også alle lægens omkostninger. Andre betalingssystemer som ydelsesbaseret betaling eller pakkebetalinger er endnu ikke implementeret på hospitalerne.

### Det primære sundhedsvæsen [9]

Lægerne i det primære sundhedsvæsen fungerer traditionelt set ikke som gatekeepere; patienter kan frit vælge og har direkte adgang til både primære og sekundære plejeudbydere. Der er i gennemsnit 211 patienter pr. praktiserende læge i Tyskland. [10]



## Det sekundære sundhedsvæsen [9]

Specialister leverer ydelser ambulant fra eget kontor eller på hospitaler. De 16 delstatsregeringer fastlægger kapaciteten på hospitalerne. Der er 650 offentlige hospitaler, 700 non-profit-hospitaler og ca. 600 privathospitaler. Det gennemsnitlige hospitalsophold er 7,8 dage.

## Langtidspleje og social støtte [5]

Langtidsplejeforsikring er obligatorisk og leveres normalt af det samme forsikringssselskab som sygesforsikringen og omfatter derfor en lignende offentlig-privat forsikringsopdeling. Alle med en fysisk eller psykisk sygdom eller handicap (som har bidraget i mindst to år) kan ansøge om ydelser, der: 1) afhænger af en evaluering af individuelle plejebehov fra den lægefaglige undersøgelseskomité inden for den lovpligtige sygeforsikring (der enten fører til et afslag eller en gruppering i aktuelt et af fem plejeniveauer); og 2) er begrænset til visse maksimumbeløb, afhængigt af plejeniveauet. Den støtteberettigede kan vælge mellem naturalydelser og kontante betalinger (ca. en fjerdedel af udgifterne til langtidsplejeforsikring går til disse kontante betalinger). Både hjemmepleje og institutionel pleje leveres næsten udelukkende af private udbydere, både med og uden profit for øje. Da ydelserne normalt kun dækker ca. 50% af omkostningerne til institutionel pleje, tilrådes folk at købe en supplerende privat langtidsplejeforsikring. Familieplejere får økonomisk støtte gennem fortsat betaling af op til 50% af plejeomkostningerne.

Hospicepleje er delvist dækket af langtidsplejeforsikringen, hvis den lægefaglige undersøgelseskomité inden for den lovpligtige sygeforsikring har fastlagt et plejeniveau. Medicinske ydelser eller palliativ pleje på hospice er dækket af den lovpligtige sygeforsikring. Antallet af indlæggelsesfaciliteter i hospiceplejen er vokset markant i løbet af de sidste 15 år til 235 hospitaler og 304 palliative afdelinger på landsplan i foråret 2016. [11] Den tyske lov om forbedring af hospice- og palliativ pleje blev vedtaget i 2015 med det formål at garantere pleje i underbetjente landdistrikter og sikre en stærkere forbindelse mellem langtidsplejefaciliteter og ambulant hospice- og palliativ pleje.

## Patientsikkerhed

Hospitalerne har ofte deres eget klagekontor. Ekspert- og voldgiftsudvalg hos lægeforeningerne bistår i tilfælde af klager. Den tyske koalition for patientsikkerhed (*Aktionsbündnis Patientensicherheit*) har arbejdsgrupper, der identificerer behov, informerer patienter og konsulterer sundhedspersonale.

## Yderligere link til det tyske system

<https://www.welfaretech.dk/projekter/digital-health-care-40>

Linket giver indblik i det tyske sundhedsmarked, da netværket WelfareTech afholdt en begivenhed i marts 2019 om emnet. Der er adgang til en video med omfattende information.

## 5. Sammenligning af de to systemer [12] [7]

Sammenfattende kan et hospital i Tyskland snarere sammenlignes med et profitcenter, mens det i Danmark mere er en social institution. Tyskland har over 200 sundhedsforsikringer sammenlignet med blot én enkelt i Danmark. Det tyske sundhedsvæsen kendetegnes af to væ-

sentlige egenskaber: 1) beslutningskompetencen er delt imellem delstaterne, forbundsregeringen og selvregulerede organisationer af indbetalere og udbydere; og 2) adskillelse af den lovpligtige sygeforsikring (inklusive den sociale langtidsplejeforsikring) og den private sygeforsikring (inklusive den private langtidsplejeforsikring). Den lovpligtige og den private sygeforsikring (såvel som de to langtidsplejeforsikringssystemer) gør brug af de samme udbydere – det vil sige, hospitaler og læger behandler både lovpligtigt og privat forsikrede patienter, i modsætning til hospitaler i mange andre lande. Private forsikringer har en vis indflydelse på det tyske marked, mens de spiller en mindre rolle på det danske marked.

Andelen af IKT i Danmark er meget højere, hvilket sikrer en bedre kontrol med processer og lettere overvågning af patienter.

## 6. References

- [1] Wikipedia, "Healthcare in Denmark," [Online]. Available: [https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare\\_in\\_Denmark](https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Denmark).
- [2] K. Vrangbaek, "The Commonwealth Fund," 2016. [Online]. Available: <https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/>.
- [3] T. Syse, Interviewee, [Interview]. 2020.
- [4] "Healthcare Denmark," Healthcare DENMARK is a public-private non-profit partnership, [Online]. Available: <https://www.healthcaredenmark.dk/information/reports/>.
- [5] Ministry of Health, 2017. [Online]. Available: [https://www.sum.dk/English/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx](https://www.sum.dk/English/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx).
- [6] Ministry of Health, [Online]. Available: <http://sundhed.dk>.
- [7] R. B. Miriam Blümel, "International Healthcare System Profiles," The Commonwealth Fund, 2016. [Online]. Available: <https://international.commonwealthfund.org/countries/germany/>.
- [8] "Healthcare in Germany," [Online]. Available: [https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare\\_in\\_Germany](https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Germany).
- [9] "Digital Healthcare 4.0," Welfare Tech, [Online]. Available: <https://www.welfare-tech.dk/projekter/digital-health-care-40>.
- [10] "Statista," 2020. [Online]. Available: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158847/umfrage/arztdichte-in-deutschland-seit-2009/>.
- [11] "Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.," 2016. [Online]. Available: [https://www.dhpv.de/tl\\_files/public/Service/statistik/20160411\\_Bericht\\_StatHospizePalliativ.pdf](https://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/statistik/20160411_Bericht_StatHospizePalliativ.pdf).
- [12] "bonebank," [Online]. Available: [https://www.bonebank.eu/app/download/7773277761/O5.2.1\\_Health-Reimbursement-Systems\\_DE-DA\\_Eckers\\_2018\\_10.pdf?t=1552916529](https://www.bonebank.eu/app/download/7773277761/O5.2.1_Health-Reimbursement-Systems_DE-DA_Eckers_2018_10.pdf?t=1552916529) page 5.