



BAG GPV

Bundesarbeitsgemeinschaft
Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.

BAG GPV e.V. · Oppelner Straße 130 · 53119 Bonn

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Telefon 0228 3907637
Telefax 0228 3907639
E-Mail: info@bag-gpv.de
Internet: www.bag-gpv.de

Stellungnahme zum Bundesteilhabegesetz

Die BAG GPV hat die Kabinettsvorlage zum Bundesteilhabegesetz (BTHG) unter der Fragestellung beleuchtet, welche Konsequenzen sich daraus für **psychisch erkrankte bzw. seelisch behinderte Menschen** ergeben. Dabei sehen wir den Gesetzentwurf (GE) als Umsetzung einer von der Konferenz der Arbeits- und Sozialminister seit vielen Jahren angeregten Reform der Eingliederungshilfe. Ein wesentlicher Kern der Forderungen der ASMK war die Trennung der fachlichen Leistung von den unterhaltssichernden Leistungen. Vor dem Hintergrund der Psychiatriereformen, die in Deutschland seit den 1970er Jahren in Gang gesetzt wurden, hat die BAG GPV diese Forderung stets begrüßt. Denn für eine zeitgemäße psychiatrische Versorgung ist entscheidend, dass Menschen die für sie individuell notwendigen Hilfen in ihrem vertrauten Lebensraum erhalten und die Leistungen nicht abhängig von einer Wohnform (z.B. einem Heim) sind. Hilfen müssen immer wieder auf die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse angepasst werden. Dabei ist typisch für psychisch erkrankte Menschen, dass sie sehr oft keine aktiv Nachfragenden nach Hilfen sind. Psychische Erkrankungen sind noch immer mit Scham und Schuldgefühlen belegt und die Menschen fühlen sich stigmatisiert. Manche psychischen Erkrankungen bringen es mit sich, dass die Betroffenen sich nicht krank und hilfebedürftig fühlen, sondern ganz andere Wahrnehmungen von sich haben, sich zum Beispiel in einer Manie oder einem Wahn stark und mächtig fühlen.

Hilfen für psychisch erkrankte Menschen müssen daher auch nachgehend ausgestaltet sein und auch die Menschen erreichen, die ihnen misstrauisch oder ablehnend gegenüberstehen. Vertrauen muss durch beharrliches Zugehen und mit ausreichend Zeit erworben werden. Dies erfordert von den Leistungserbringern auch die Bereitschaft, im Rahmen einer regionalen Versorgungsverpflichtung auch den Menschen Hilfen zugänglich zu machen, die sie nicht selbst aktiv nachfragen. Wo dies nicht geschieht, erhöhen sich die Risiken, dass Menschen in der Wohnungslosigkeit, in geschlossenen Einrichtungen oder gar in Gefängnissen oder im Maßregelvollzug landen.

Hinzu kommt, dass das System der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen sehr komplex ist, da eine psychische Erkrankung oft zeitgleich viele Lebensbereiche berührt und damit verschiedene Leistungsträger und viele Anbieter von Hilfen zugleich anspricht, bzw. ansprechen müsste.

Regionen

GPV Berlin-Reinickendorf
GPV Bielefeld
GPV Bochum
GPV Bodenseekreis
GPV Borken
GPV Duisburg
GPV Ennepe-Ruhr-Kreis

Qualitätsverbund Hamburg-Nord
GPV Kreis Herford
GPV im Landkreis Heidenheim
GPV Ilm-Kreis
GPV Main-Kinzig-Kreis
GPV Mainz
GPV Mayen-Koblenz/Koblenz

GPV im Kreis Mettmann
GPV Mönchengladbach
GPV Landkreis Ravensburg
GPV Landkreis Reutlingen
GPV Rheinisch-Bergischer Kreis
GPLV Landkreis Saalfeld-Rudolstadt
GPV Solingen

GPV Kreis Steinfurt
GPV Stuttgart
GPV Kreis Viersen
GPV Weimar / Weimarer Land

geschäftsführender Vorstand:

Matthias Rosemann (Vorsitzender), Jessica Odenwald (stellv. Vorsitzende), Dr. Klaus Obert (stellv. Vorsitzender), Edwin Stille (Schriftführer), Nils Greve (Finanzverwalter)

Bankverbindung: Vereinsregister:

Sparkasse KölnBonn; SWIFT-BIC COLSDE 33; IBAN DE 72 3705 0198 1929 6142 02
8601 Amtsgericht Bonn

Neben der Behandlung im medizinischen Sinne sind oft auch Hilfestellungen bei der Erhaltung von Schule oder Arbeitsplatz erforderlich, oft sind familiäre oder nachbarschaftliche Beziehungen gestört und nicht selten sind die Menschen in der Folge ihrer Erkrankung arbeitslos, mittellos, verarmt und einsam.

Diese Umstände führen fast regelhaft dazu, dass Hilfen erst in akut zugespitzten Situationen nachgefragt werden. Für ein selbstbestimmtes Nachfrageverhalten fehlt dann oft die Zeit, und die psychische und soziale Verfassung der Betroffenen und meist auch der Menschen ihres sozialen Umfeldes sind wenig geeignet, ihnen ein Auftreten als selbstbewusste Verbraucher zu ermöglichen.

Diesen besonderen Bedarfen psychisch erkrankter und seelisch behinderter Menschen muss ein modernes Rehabilitationsrecht gerecht werden. Und vor diesem Hintergrund bewerten wir den vorliegenden Entwurf des BTHG.

Wir begrüßen ausdrücklich die darin enthaltenen Verbesserungen der Leistungen, zu denen insbesondere die neuen Regelungen zur Anrechnung von Einkommen und Vermögen zählen. Die im Entwurf vorgesehenen Vorschriften schaffen künftig deutlich mehr Anreize, einer Beschäftigung oder Arbeitstätigkeit nachzugehen und damit an wesentlichen Teilen normalen gesellschaftlichen Lebens teilzuhaben. Auch die Regelungen zur verbesserten Zusammenarbeit der Träger der Rehabilitation und Teilhabe nähren die Hoffnung, dass sich Leistungen künftig besser abstimmen und verzahnen lassen. Wir begrüßen die Stärkung der Rolle der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, würden uns allerdings wünschen, dass auch dort die Verbände von Menschen mit Behinderungen repräsentiert werden sollten, wie das etwa im Gemeinsamen Bundesausschuss nach dem SGB V der Fall ist.

Verschiedene Aspekte des Gesetzes bereiten uns aber zum Teil sehr große Sorgen.

1. **Das Verhältnis von Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe**

wird durch den Gesetzentwurf vollständig neu bestimmt. Bisher können beide Leistungen nebeneinander treten, wenn die Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit betreut werden. Ein Nachteil ergab sich bisher in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe, da die Pflegekassen dort die erforderlichen Pflegeleistungen mit einem pauschalen Betrag abgelten (§ 43 a SGB XI).

Der GE bestimmt nun das Verhältnis für die ambulanten Hilfen neu. Künftig sollen Leistungen der Eingliederungshilfe nachrangig gegenüber denen der Pflege sein (§ 91 Abs 3 SGB IX E). In der Begründung wird dazu ausgeführt, dass auch weiterhin die Leistungen aus einer Hand kommen sollen.

Das entspricht nicht der Wirklichkeit. Heute erhalten Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit Leistungen der Eingliederungshilfe und daneben, wenn sie pflegebedürftig sind, auch Leistungen der Pflege. Oft handelt es sich um unterschiedliche Anbieter, die sich dann gut miteinander abstimmen müssen.

Nach dem vorliegenden GE wäre das nicht mehr möglich. Das hätte in vielen Fällen deutliche Nachteile für die Betroffenen zur Folge, da sich die Art der Unterstützung sehr verändert. Noch schwerer wiegt aber, dass die Träger der Eingliederungshilfen mit großer Wahrscheinlichkeit in all den Fällen, in denen auch eine Pflegebedürftigkeit vorliegen könnte, die Antragssteller auf die Pflegeversicherung verweisen werden. Von den Pflegekassen darf man annehmen, dass sie ihrerseits den Vorrang in der Eingliederungshilfe sehen werden. Es ist also zu erwarten, dass die betroffenen Menschen sich zunächst an

die Eingliederungshilfe wenden, sich dort dem Begutachtungsverfahren unterziehen, dann die Ablehnung erhalten und die gleiche Prozedur bei der Pflegekasse erleben werden. Da die Pflegeleistungen nicht zu den Leistungen der Teilhabe und Rehabilitation zählen, auf die die Fristenregelungen des Teils 1 des SGB IX anzuwenden sind, sind die Leistungsträger nicht zu einer Klärung verpflichtet, sondern jeder entscheidet für sich allein. Lange Zeiträume ohne Leistungen werden die Folge sein. Schon heute sind aus der Praxis Fälle bekannt, in denen die Abstimmung zwischen verschiedenen Leistungsträgern über mehrere Monate dazu führt, dass sich der Klärungsprozess hinzieht und Bürger in dieser Zeit keine Leistungen erhalten. Dies kann in vielen Fällen dramatische Folgen haben. Dieses Szenario ist nicht unwahrscheinlich, sondern schon heute erlebbar. Es würde sich dramatisch verschärfen.

Eine mögliche Lösung bestünde darin, die Formulierungen im Gesetz so zu verändern, dass sich Pflegekasse und Träger der Eingliederungshilfe zwingend im Rahmen der Gesamtplanung miteinander verständigen müssen und beide Leistungen nebeneinander erbracht werden können, wenn diese Abstimmung erfolgt ist (§ 117 SGB IX E).

2. Als BAG GPV hatten wir die Erwartung, dass die **Trennung der fachlichen Leistungen von den unterhaltssichernden Leistungen** (längerfristig betrachtet) zur Aufhebung der stationären Einrichtungen (Heimen) im finanzierungstechnischen Sinne führt. Damit hätte auch der § 43 a SGB XI seine Grundlage verloren und die Pflegeversicherung hätte in jedem Fall ihren Teil der Leistung erbringen müssen. Nun sehen wir die stationären Einrichtungen wieder festgeschrieben und sogar noch erweitert. Der GE führt zwar in der Eingliederungshilfe zu einer Trennung der fachlichen Leistungen von den unterhaltssichernden Leistungen, bleibt aber auf halbem Wege stehen. Denn die Regelungen zur Finanzierung der Kosten der Unterkunft im zukünftigen Sozialhilferecht schaffen neue rechtliche Fiktionen von Unterkunft. Nach Artikel 13 Nr. 16 des GE wird unterschieden zwischen
 - a. „Wohnungen“, die Leistungsberechtigte bewohnen,
 - b. „persönlichen Wohnräumen und zusätzlichen Räumen zur gemeinschaftlichen Nutzung“ und
 - c. „stationären Einrichtungen“.

Diese Unterscheidung wird getroffen, da die Teile der Kosten der Unterkunft, die eine im GE definierte angemessene Höhe übersteigen, auch künftig wieder der Fachleistung zugerechnet werden sollen. Damit werden auf diesem Weg die Kosten erneut nicht tatsächlich getrennt und es wird zusätzlich eine dritte Kategorie einer institutionalisierten Wohn- und Lebensform geschaffen. Das Gesetz gibt keinen Anhaltspunkt, wie z. B. persönlich begründete Wohngemeinschaften von Wohngemeinschaften, die aus Gründen der Leistungserbringung gebildet werden, unterschieden werden sollen.

Die Folgen sind vielfältig:

Es werden neue Institutionen geschaffen und gefördert. Diese Förderung wird nach sich ziehen, dass Wohnraumanbieter (Vermieter) in solchen Wohnformen die Möglichkeit sehen, höhere Mieten zu erzielen, was umgekehrt zum Anwachsen institutionalisierter Wohnformen führen wird.

Die vorrangigen Leistungsträger werden, wie bis heute erlebbar, die Häuslichkeit in Frage stellen und Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder der häuslichen Pflege verweigern und auf den § 43a SGB XI verweisen. Nach dem zukünftigen § 43 a SGB XI (Entwurf zum PSG III) werden auch Wohngemeinschaften unter dessen Regelungen fallen. Auch das wird zu Abgrenzungsfragen führen, wann eine Wohngemeinschaft selbst gewählte Lebensform ist und wann sie unter die Regelungen des oben genannten Buchstaben b fällt.

Für die Leistungserbringer schafft dies das Dilemma, den Wunsch der betroffenen Menschen, über einen eigenen Miet- oder Untermietervertrag zu verfügen und damit auf die Regelungen zur Übernahme der Kosten der Unterkunft angewiesen zu sein, gegen eine gesicherte Finanzierung der Kosten der Unterkunft in Form einer Institution wie z.B. eines Heims, bei dem höhere Kosten der Unterkunft als Teil der Maßnahme anerkannt werden, abzuwägen.

Für die Menschen mit seelischer Behinderung zieht dies die Folge nach sich, dass die fachlichen Hilfen an die Unterkunft gebunden sind und sie den Wohnort aufgeben müssen, wenn sie die Hilfen nicht mehr benötigen oder wollen. Das konterkariert einen wesentlichen Teil der Bemühungen in der Reform der Psychiatrie der letzten 20 Jahre!

3. Der GE sieht differenzierte **Regelungen zur Bedarfsermittlung** vor. Sie schlagen sich nieder im Teil 1 unter dem Aspekt der Teilhabepflicht, des Teilhabepflichtplans und der Teilhabepflichtkonferenz und im Teil 2 unter dem Aspekt der Gesamtplanung, des Gesamtplans und der Gesamtplankonferenz. Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Menschen mit Behinderungen durchgängig an den Hilfeplanungsprozessen zu beteiligen sind. Seit den 1990er Jahren haben wir in der psychiatrischen Versorgung Verfahren zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung entwickelt. Auf der Grundlage eines Vorschlags der Aktion Psychisch Kranke e.V., der im Rahmen eines Projekts des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelt worden war („Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan“), haben sich in sehr vielen Bundesländern entsprechende Verfahren etabliert. Ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens ist, den individuellen Hilfebedarf zu ermitteln und mit dem betreffenden Menschen zu verhandeln. Denn nicht alle Menschen sind bereit, Hilfen sogleich anzunehmen. Umgekehrt bringen manche Erkrankungen ein Gefühl von Hilflosigkeit mit sich, das dazu einlädt, ihnen mehr Hilfe zuzuwenden, als für die Erhaltung der Selbstständigkeit zuträglich ist. Hilfebedarf ist bei psychisch erkrankten Menschen nicht statisch, sondern Schwankungen unterworfen.

Hilfeplanung muss eingebunden sein in das regionale Hilfesystem. Daher ist das im GE vorgesehene Verfahren, dass der Träger der Eingliederungshilfe mit dem behinderten Menschen isoliert vom Leistungsgeschehen den Bedarf analysiert und den Gesamtplan aufstellt, eine Fiktion. Was nützt ein Gesamtplan für eine Leistung in einer Tagesstätte, wenn das Angebot nicht oder nicht zeitnah oder nicht in geeigneter Form zur Verfügung steht?

Ferner sind einige Menschen nur durch beharrliche nachgehende Hilfe dazu zu bewegen, einen Antrag auf Leistungen zu stellen. Auch dies kann vom Träger der Eingliederungshilfe nicht sichergestellt werden, wenn er den betreffenden Menschen nicht kennt.

Die Sicherstellung der Versorgung, das zeigen vielfältige und auch gut dokumentierte Erfahrungen, gelingt nur in einem Aushandlungsprozess zwischen dem individuellen Hilfe-

bedarf und dem vorhandenen Hilfesystem. Bundesweit haben sich dazu die Hilfeplan-konferenzen bewährt, die z.B. im Rheinland oder in Berlin auch systematisch seitens der Träger der Eingliederungshilfe verankert wurden und in vielen anderen Regionen Deutschlands (u.a. Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Thüringen) erfolgreich praktiziert werden.

Dazu müssten die Regelungen der Gesamtplanung die Einbeziehung der fachlichen Kompetenzen der Versorgungsregion (z.B. in Gestalt der Sozialpsychiatrischen Dienste) vorsehen (in den §§ 119 und 121 SGB IX E).

4. Der GE stellt für die Leistungen zu sozialer Teilhabe die **Assistenzleistungen** in den Mittelpunkt. Die Regelungen des zukünftigen § 78 SGB IX enthalten eine kurze Beschreibung, was unter der Assistenzleistung zu verstehen ist. Wir sehen in der Erweiterung der Beschreibung des Kabinettsentwurfs gegenüber dem Referentenentwurf eine Entwicklung. Dennoch zeigt der Umfang der Begründung zum § 78, dass der Begriff missverständlich ist. Er ist nur für bestimmte Leistungen und nur für bestimmte Zielgruppen geeignet. Wir würdigen die Absicht des GE, durch die Einführung dieses Begriffs die Position des Leistungsempfängers zu stärken. Für den Personenkreis der Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen erreicht dieser Begriff aber nur einen kleinen Teil der erforderlichen Leistungen. Nicht selten gehört zu den Aufgaben der Eingliederungshilfe auch, den Bezug zur Realität wieder herzustellen und Menschen auch auf Pflichten und Aufgaben aufmerksam zu machen. Korrekturen zu geben, Regeln zu vermitteln und diese auch manchmal zu setzen sowie die Konfrontation mit den Folgen eines Verhaltens sind für Fachkräfte vertraute Tätigkeiten im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischen Behinderungen.

Wenn dies nicht im Gesetzestext selbst verankert ist, sondern nur in der Begründung zum Ausdruck gebracht wird, sehen wir mit Sorge den Auseinandersetzungen mit den Trägern der Eingliederungshilfe entgegen. Mögliche Folgen können dann sein, dass Menschen notwendige Leistungen nicht erhalten und z.B. Menschen die Wohnungen verlieren.

Wir schlagen vor, den Begriff der Assistenz zumindest um den der „Unterstützung bei der Lebensführung“ zu ergänzen.

5. Der **Zugang zu Leistungen** wird für Menschen mit seelischen Behinderungen erschwert. Dies ist zwar nicht die Absicht des GE, aber seine Folge. Zum einen wird für die Eingliederungshilfe im § 99 SGB IX E der Kreis der Menschen mit Behinderungen eingeengt auf die Menschen, „deren Beeinträchtigung die Folge einer Schädigung der Körperfunktion und –struktur sind“, zum anderen müssen fünf von neun Lebensbereichen betroffen sein. Beide Elemente der Einschränkung beziehen sich auf die ICF, eine international anerkannte Struktur zur Beschreibung von Beeinträchtigungen und Behinderungen. Sie sind also nicht falsch. Nur wer sich damit vertieft beschäftigt hat, weiß, dass unter die „Körperfunktion und –struktur“ auch psychische Funktionen zu fassen sind. Wir müssen aber auf längere Sicht davon ausgehen, dass die Träger der Eingliederungshilfe nicht flächendeckend wissenschaftlich rehabilitativ ausgebildete Fachkräfte für die Bewilligung einer Leistung der Eingliederungshilfe einsetzen können. Auf absehbare Zeit werden den Trägern der Eingliederungshilfe, insbesondere den Kommunen diese Fachkräfte nicht in

ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Daher ist eine Klarstellung durch die Ergänzung „... einschließlich der psychischen Funktionen“ notwendig.

Auch die neun Lebensbereiche sind Überschriften aus der ICF, die – ohne deren Kenntnis – aus dem Gesetzestext heraus nur schwer verständlich sind. Psychische Erkrankungen können auch durch die Wirkung auf weniger als fünf Lebensbereiche ausgeprägte Einschränkungen entfalten, die ein selbstbestimmtes Leben massiv behindern.

Mögliche Folgen der im GE enthaltenen Regelungen wären, dass psychisch erkrankte Menschen nicht den Zugang zu notwendigen Leistungen erhalten.

6. Der **Zugang zur Hilfen im Bereich Arbeit und Beschäftigung** ist für den Träger der Eingliederungshilfe auf den Arbeitsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen, Leistungen bei anderen Leistungsanbietern und auf das Budget für Arbeit (§ 111 i. V. mit §§ 60 und 61 SGB IX E) beschränkt. Damit bleibt der Gesetzentwurf hinsichtlich dieses für psychisch erkrankte Menschen besonders bedeutsamen Lebensbereichs deutlich hinter den Erwartungen der Fachöffentlichkeit zurück.

Die mit dem Budget für Arbeit verbundenen Möglichkeiten stellen aber immerhin eine neue Option dar, die zukünftig genutzt werden könnte. Eingeschränkt wird diese Option jedoch, dass ausdrücklich keine Verpflichtung besteht, diese Leistungen den anspruchsberechtigten Bürgern zugänglich zu machen (§ 61 Abs. 5 SGB IX E). Es bleibt damit eher zufällig, in welchen Regionen Deutschlands psychisch erkrankte Menschen diese Möglichkeiten erhalten und in welchen nicht. Damit entfernen wir uns noch weiter von der Schaffung gleicher Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderungen in Deutschland.

7. Die Regelungen, dass die **Kosten für eine Leistung** nur dann übernommen werden dürfen, wenn sie die anderer, kostengünstigerer Leistungsanbieter nicht unverhältnismäßig übersteigen (§ 104 SGB IX E), sehen wir unter dem Aspekt der Versorgungsverpflichtung mit großer Sorge.

Es ist nachvollziehbar, dass die Träger der Eingliederungshilfe vergleichbaren Leistungen zu günstigeren Preisen den Vorzug geben sollen. Es darf aber nicht eintreten, dass Kostenträger in Ballungsräumen psychisch kranke Menschen ins Umland verweisen, wenn dort preislich günstigere Anbieter tätig sind. Die Folge davon wäre ein Verschiebesystem von Menschen in andere Regionen, von dem diejenigen am meisten betroffen wären, die sich nicht dagegen zur Wehr setzen können. Genau dies ist aber zu erwarten, wenn z.B. tarifliche Vergütungen der Mitarbeitenden, die nach Grundlage des GE nicht als unwirtschaftlich angesehen werden dürfen, zu höheren Preisen für Leistungen führen. Damit wird ein Anreiz geschaffen, größere Einrichtungen in ländlichen Räumen zu günstigeren Preisen zu schaffen, die dann in Konkurrenz zu denen in Städten und Ballungsräumen treten. Bereits jetzt sind solche Verdrängungen von ganzen Gruppen von Menschen durch die Mieten (Kosten der Unterkunft) zu beobachten. Diese Dynamik darf nicht noch weiter gesteigert werden.

Die Folge solcher Verdrängungen wäre die Preisgabe des Systems von gemeinsamer Versorgungsverpflichtung der Anbieter in einer Region. Stattdessen würden wieder Selektionsmechanismen bedient werden, bei denen sich die Anbieter dann die Menschen aus-

suchen können, mit denen sie gern arbeiten wollen, und die Menschen, die besondere Herausforderungen an das Hilfesystem darstellen, Gefahr laufen, keine ausreichende Hilfe zu erhalten.

Die Lösung ist einfach: Der Vergleich von Kosten bei der Bewilligung von Leistungen muss daher bezogen sein auf eine Versorgungsregion, im psychiatrischen Sinne auf eine Pflichtversorgungsregion, das sind in der Regel die kommunalen Gebietskörperschaften.

Abschließend erlauben wir uns noch einen Hinweis.

In den Jahren nach der Reform des Bundessozialhilfegesetzes (1996), in denen die sog. Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf gesetzlich normiert worden waren, an denen sich die Vergütungen für die Leistungen zu orientieren haben, haben sich psychiatrische Fachverbände für die Etablierung von angemessenen, praxisnahen und personenzentrierten Verfahren für die Hilfeplanung engagiert. Auf dieses Engagement konnten die Leistungsträger bei der Etablierung neuer Prozesse der Bedarfsermittlung zurückgreifen. Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, dass zukünftig die Bundesländer allein und ohne Einbeziehung von entsprechend qualifizierten Fachverbänden die Instrumente zur Bedarfsermittlung festlegen sollen (§ 118 SGB IX GE). Wir würden uns wünschen, dass hier auch weiterhin auf den Fach- und Sachverstand der Verbände zurückgegriffen werden soll.

Bonn, 29.08.2016
für den Vorstand der BAG GPV

Matthias Rosemann