

**Stellungnahme**  
**des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.**  
**zu dem Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches**  
**Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige,**  
**Pflegevorsorgefonds (5. SGB XI - ÄndG)**

**I) Vorbemerkung**

Im Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm) sind 250 regionale Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen, in denen etwa 28.000 Mitgliedsfamilien organisiert sind. Der überwiegende Teil der vertretenen Menschen ist von einer frühkindlichen cerebralen Bewegungsstörung betroffen. Dabei handelt es sich sowohl um körperbehinderte Menschen, deren Leben sich kaum von dem nichtbehinderter unterscheidet, als auch um Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen, die ein Leben lang auf Hilfe, Pflege und Zuwendung angewiesen sind.

Grundsätzlich begrüßt der bvkm die mit dem 5. SGB XI – ÄndG verbundene Zielsetzung, dass in einem ersten Schritt die Leistungen der Pflegeversicherung zur Stärkung der häuslichen Pflege, insbesondere durch Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege und neue ambulanten Wohnformen ausgeweitet und flexibilisiert werden sollen. Positiv ist auch, dass die Sach- und Geldleistungen der Pflegeversicherung orientiert an der Preisentwicklung der letzten drei Jahre angepasst werden sollen. Zwingend erforderlich ist jedoch die angekündigte Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes in einem zweiten Schritt noch in dieser Legislaturperiode.

Die folgende Stellungnahme des bvkm beschränkt sich auf Ausführungen zu den neuen Regelungen der Flexibilisierung der Verhinderungspflege, auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 43a SGB XI sowie auf die beabsichtigte Änderung, dass zusätzlich zu dem Leistungsbetrag nach § 45 b SGB XI die Hälfte des für die Leistungen der ambulanten Pflegesachleistung vorgesehenen Betrages für ein Angebot der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen eingesetzt werden kann.

## **II) Zu § 39 SGB XI - ÄndG: Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson**

Aus der Sicht des bvkm ist es zu begrüßen, dass der Anspruch auf Verhinderungspflege flexibel gestaltet und ausgebaut werden soll. Hier ist insbesondere die Ausweitung des Anspruchs auf Verhinderungspflege auf bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr und die geplante Flexibilisierung dahingehend, dass künftig ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege zusätzlich bis zu 50 % des Kurzzeitpflegebetrages nach § 42 Abs. 2 S. 2 SGB XI-ÄndG für häusliche Verhinderungspflege genutzt werden kann, positiv zu bewerten. Nach Auffassung des bvkm greifen diese Verbesserungen aber im Ergebnis noch zu kurz. Die Verhinderungspflege muss genauso flexibel ausgestaltet werden, wie dies im Gesetzesentwurf für die Leistungen der Kurzzeitpflege in § 42 Abs. 2 SGB XI-ÄndG vorgesehen ist. Durch die volle Flexibilität wäre gewährleistet, dass alle Menschen mit Behinderung die Möglichkeit hätten, den für die Kurzzeitpflege vorgesehenen Betrag auch tatsächlich auszuschöpfen. Nach wie vor läuft der Anspruch auf Kurzzeitpflege nämlich auch für viele Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ins Leere. Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Aufhebung der Altersgrenze in § 42 Abs. 3 SGB XI-ÄndG wird daran nichts ändern. Zwar sieht § 42 Abs. 3 SGB XI-ÄndG die Möglichkeit vor, dass behinderte Menschen in begründeten Einzelfällen Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen erhalten können. Bundesweit ist jedoch festzustellen, dass in derartigen Einrichtungen nicht genügend Plätze für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen. Gerade in den Schulferien, wenn insbesondere berufstätige Eltern die Plätze dringend benötigen, gibt es für Kinder mit Behinderung nicht genügend Unterbringungsmöglichkeiten. Die wenigen vorhandenen Plätze werden in der Praxis oft schon ein Jahr im Voraus vergeben. Um Eltern mit pflegebedürftigen Kindern die dringend notwendige Entlastung zu verschaffen und Betreuungsengpässe abzufedern, sollte daher die Möglichkeit geschaffen werden, den Betrag der Verhinderungspflege um den Betrag der Kurzzeitpflege voll aufzustocken. Auch die Höchstdauer der Verhinderungspflege sollte dementsprechend auf bis zu acht Wochen erhöht werden.

## **III) § 43a SGB XI – ÄndG: Inhalt der Leistung**

§ 43a SGB XI regelt, dass sich die Pflegekassen an den Kosten für Pflegebedürftige, die in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe leben, zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 SGB XI genannten Aufwendungen in Höhe von zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgeltes beteiligen müssen. Nach § 43a S. 2 SGB XI sind die Aufwendungen der Pflegekasse im Einzelfall jedoch je auf einen Betrag in Höhe von 256,00 € Kalendermonat beschränkt. Im Rahmen des 5. Pflegeänderungsgesetzes ist geplant, den Betrag von 256,00 € auf monatlich 266,00 € anzuheben. Da auch die angepasste Leistung in Höhe von 266,00 € monatlich bei weitem nicht ausreicht, um den Pflegebedarf von Versicherten, die in einer

vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe leben, zu decken, ist nach Auffassung des bvkm – spätestens im Zusammenhang mit der Schaffung eines Bundesteilhabegesetzes – die Aufhebung des § 43a SGB XI zwingend erforderlich, um die gegenwärtige Benachteiligung von Menschen mit Behinderung abzuschaffen.

Nach Auffassung des bvkm ist jedoch bereits im Rahmen des 5. Pflegeänderungsgesetzes zwingend eine Klarstellung in § 43a SGB XI dahingehend erforderlich, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V von dem Leistungsspektrum des § 43a SGB XI nicht umfasst sind. Hintergrund für unsere Initiative ist der Fall eines jungen Menschen mit Behinderung, der in einer Einrichtung der Behindertenhilfe lebte. Nach einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes und einem Krankenhausaufenthalt konnte der junge Mensch mit Behinderung jedoch nicht mehr in seine ehemalige Wohneinrichtung zurück kehren, da die durch die Erkrankung erforderlich gewordenen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege in der Einrichtung nicht finanziert und demgemäß nicht erbracht werden konnten, obwohl die Einrichtung Willens und in der Lage gewesen wäre, die erforderlichen Leistungen zu erbringen. Durch die ungeklärte Finanzierung hat der junge Mensch mit Behinderung im konkreten Fall seinen Lebensmittelpunkt verloren. Die Problematik der in der Praxis ungeklärten Finanzierung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe betrifft jedoch nicht nur solche Bewohner, bei denen aufgrund einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes durch eine Krankheit eine ständige Überwachung der Vitalzeichen und bei Bedarf eine Intervention medizinisch zwingend erforderlich wird (z.B.: Tracheostoma, Herz-Kreislauf-Instabilität, Störungen der Temperaturregulation, Appalisches Syndrom). Auch Pflegebedürftige mit einem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die in einem Wohnheim der Behindertenhilfe leben möchten, können von der Einrichtung aufgrund ihres zusätzlichen Bedarfes an medizinischer Behandlungspflege und der fehlenden Finanzierung nicht aufgenommen werden. Auch weil Menschen mit Behinderung immer älter werden, ist davon auszugehen, dass der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der Zukunft ansteigen wird.

Die Finanzierung medizinischer Behandlungspflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe im Rahmen der häuslichen Krankenpflege scheitert in der Praxis häufig daran, dass sich die möglichen Leistungsträger für unzuständig erklären. Der Träger der Eingliederungshilfe, welcher die Kosten des vollstationären Wohnens in einer Einrichtung der Behindertenhilfe im Rahmen der Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft trägt (§ 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX), beruft sich häufig auf die zwischen dem Wohnheim und dem Eingliederungshilfeträger geschlossene Leistungsvereinbarung (§§ 75 ff. SGB XII), die regelmäßig einen Leistungsausschluss des Eingliederungshilfeträgers für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung der

Behindertenhilfe vorsieht oder er beruft sich auf den Nachranggrundsatz gemäß § 2 Abs. 1 SGB II. Die Krankenkassen, welche grundsätzlich nach § 37 SGB V eine medizinische Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erbringen könnten, berufen sich in der Regel zum einen darauf, dass vollstationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe keine geeigneten Orte für häusliche Krankenpflege im Sinne von § 37 Abs. 1 SGB V darstellen würden. Zum anderen lehnen die Krankenkassen die Leistung ab, weil der Leistungsanspruch für medizinische Behandlungspflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe bereits durch die Pflegekasse aufgrund des in § 43a SGB XI genannten Betrages von derzeit 256 € (nach der Reform: 266 €) abgegolten sei. Dieser reicht der Höhe nach jedoch regelmäßig bei weitem nicht aus, um den Bedarf von Bewohnern an medizinischer Behandlungspflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe zu decken.

Für eine gesetzliche Klarstellung im Rahmen des 5. Pflegeänderungsgesetzes dahingehend, dass Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe ausdrücklich nicht von § 43a SGB XI umfasst sind spricht, dass auch der Gesetzgeber bei der Einführung des § 43a SGB XI die medizinische Behandlungspflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe gerade nicht ausschließen wollte. Beim Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes sollte die Behandlungspflege nach dem Willen des Gesetzgebers zunächst nur vorübergehend eine Art „Gaststatus“ als Teil der allgemeinen Pflege haben (vgl. Kassler Kommentar, § 43 SGB XI, Rn. 22). Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 wurden die Aufwendungen für die Behandlungspflege schließlich nicht den Krankenkassen, sondern auf Dauer den Pflegekassen zugewiesen. Im Gegenzug sollten dafür die Krankenkassen ihre Präventions- und Rehaleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit verbessern (vgl. BT-Drs. 16/3100, S. 185f). Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurde jedoch § 37 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V neu gefasst und die häusliche Krankenpflege auch an „sonstigen geeigneten Orten“ zugelassen. Die gesetzliche Neuregelung sollte vor allem Lücken im „Zwischenbereich von ambulanter und stationärer Versorgung“ schließen (zum Ganzen: BT-Drs. 16/3100, S. 104). Mit dem neu eingefügten § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V soll für Personen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege der Anspruch nach § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V auch dann gewährt werden, obwohl sich diese Versicherten in vollstationärer Pflege befinden. Hintergrund der Regelung war, dass wegen der begrenzten Kostenübernahme der Pflegeversicherung in diesen Fällen den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sehr hohe Eigenanteile verbleiben, die häufig eine Sozialhilfebedürftigkeit verursachen. Zweck der Neuregelung ist es, diese Situation zu mildern (vgl. BT-Drs. 16/3100, S. 105). Durch die Neufassung des § 37 SGB V sollte nach dem Willen des Gesetzgebers darüber hinaus auch gewährleistet sein, dass bezüglich der Frage, ob einem pflegebedürftigen Menschen Leistungen der medizinische Behandlungspflege in einer stationären Einrichtung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege im

konkreten Fall durch die Krankenkasse zu finanzieren ist, eine Prüfung des Einzelfalles stattfindet. Die vom Gesetzgeber gewollte Einzelfallprüfung findet in der Praxis jedoch gerade nicht statt, weil die Krankenkassen auf den in § 43a SGB XI genannten Festbetrag und die Abgeltung der medizinischen Behandlungspflege durch die Pflegekassen verweisen.

Auch nach den Hinweisen des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V kann die medizinischer Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gerade auch an sonstigen geeigneten Orten erbracht werden, an dem sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an dem die häusliche Krankenpflege zuverlässig durchgeführt werden kann, § 2 S. 2 HKP-RL. Nach § 2 Abs. 2 S. 3 HKP-RL können insbesondere auch betreute Wohnformen geeignete Orte im Sinne von § 2 S. 2 HKP-RL sein – also auch Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Ferner sollte in § 55 SGB XII (vormals § 40a BSHG) als Entsprechung und Ergänzung zu §§ 13 Abs. 2, 43a SGB XI die langjährige Auseinandersetzung um das Verhältnis von Eingliederungshilfe und Pflege dahingehend geklärt werden, dass die stationäre Eingliederungshilfe auch Pflegeleistungen beinhaltet. Eine Aussage dahingehend, dass damit zugleich auch medizinische Behandlungspflegemaßnahmen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege mit abgedeckt sein sollen, lässt sich den Materialien zu § 40a BSHG (BT-Drs. 14/5074, S. 124) bzw. § 55 SGB XII (BT-Drs. 15/1514, S. 62) jedoch gerade nicht entnehmen und ist aus dem historischen Zusammenhang nicht zu unterstellen.

Da auch der Gesetzgeber eine medizinische Behandlungspflege in einer Einrichtung der Behindertenhilfe im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V nicht ausschließen wollte, sich die Krankenkassen aber dennoch in der Praxis auf § 43a SGB XI berufen und ausführen, der Leistungsanspruch für medizinische Behandlungspflege sei durch den in § 43a SGB XI genannten Betrag bereits abgedeckt, ist in § 43a SGB XI eine Klarstellung erforderlich. Diese verhindert, dass Menschen mit Behinderung aufgrund der ungeklärten Finanzierungssituation im Hinblick auf notwendige Maßnahmen medizinischer Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nicht (mehr) in einer Einrichtung der Behindertenhilfe leben können und ihren Lebensmittelpunkt verlieren, obwohl dies ihrem Wunsch entspricht und dort eine medizinische Behandlungspflege grundsätzlich möglich ist.

Eine gesetzliche Klarstellung ist darüber hinaus auch erforderlich, weil das Problem der fehlenden Finanzierungsmöglichkeit medizinischer Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe auch durch die höchstrichterliche Rechtsprechung nicht gelöst werden konnte. Die Rechtsfrage, ob gesetzliche Krankenkassen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V auch Leistungen der medizinischen

Behandlungspflege in Wohnstätten der Behindertenhilfe gemäß § 43a SGB XI erbringen müssen, lag zuletzt dem Bundessozialgericht am 10.11.2011 vor (Az.: B 8 SO 16/09 R). In diesem Verfahren erklärte sich die Krankenkasse jedoch mittels eines Anerkenntnisses dazu bereit, die seit dem 01.04.2007 entstandenen Kosten des Klägers für medizinische Behandlungspflege durch die Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege in dem Wohnheim der Behindertenhilfe zu übernehmen. Dies führte dazu, dass von Seiten des Bundessozialgerichts kein (Grundsatz-)Urteil über diese Rechtsfrage gefällt werden konnte. Dies ist vor allem deshalb unbefriedigend, weil viele erstinstanzliche Verfahren zu dieser Thematik vor den Sozialgerichten anhängig sind, die aufgrund der erwarteten Grundsatzentscheidung des BSG ruhend gestellt wurden. Allerdings hat das BSG in seinen rechtlichen Erwägungen in der mündlichen Verhandlung ausführlich zu dieser Frage Stellung genommen (vgl. Terminbericht Nr. 28/11 des BSG vom 10.06.2011). Der 8. Senat des BSG führte aus, er sehe in der Rechtsänderung und Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises in § 37 SGB V zum 01.04.2007 ein Indiz dafür, dass für behinderte Menschen, die in Wohnstätten der Behindertenhilfe leben und betreut werden, ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege gegenüber der Krankenkasse in Betracht komme. Will die Einrichtung keine Behandlungspflege erbringen und einen ambulanten Pflegedienst mit der Behandlungspflege der Bewohner beauftragen, ist für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse jedoch nach den Ausführungen des BSG Voraussetzung, dass die Einrichtung weder aufgrund des geltenden Landesrahmenvertrages, noch aufgrund der Leistungsvereinbarung mit dem Sozialhilfeträger oder durch den zwischen dem Bewohner und der Einrichtung geschlossenen Heimvertrag verpflichtet sei, Leistungen der Behandlungspflege zu erbringen. Liege eine derartige Verpflichtung nicht vor, könnten auch stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe als „sonstige geeignete Orte“ anzusehen sein, was zur Kostentragungspflicht der Krankenkassen für erbrachte Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege an Versicherte durch ambulante Dienste in stationären Einrichtungen führe.

Auch nach der Rechtsprechung ist die Erbringung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe im Rahmen des § 37 SGB V möglich. Dies verhindert jedoch nicht, dass sich Krankenkassen auch weiterhin darauf berufen, die medizinische Behandlungspflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe sei durch den von der Pflegekasse geleisteten Betrag gemäß § 43a S. 2 SGB XI abgedeckt. Eine gesetzliche Klarstellung in § 43a SGB XI, dass Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege von dem Leistungsspektrum des § 43a SGB XI nicht umfasst sind, würde daher die Lebenssituation und das Wunsch- und Wahlrecht von Menschen mit Behinderung dahingehend, wo und wie sie leben möchten, verbessern. Darüber hinaus würde eine gesetzliche Klarstellung helfen, zeit- und kostenaufwändige Gerichtsverfahren zu vermeiden.

Der bvkm schlägt daher folgende gesetzliche Klarstellung in § 43a SGB XI im Rahmen des 5. SGB XI-ÄndG vor:

### **§ 43a SGBXI – ÄndG Inhalt der Leistung**

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts, **mit Ausnahme der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V**. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

### **IV) § 45b SGB XI – ÄndG: Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, Verordnungsermächtigung**

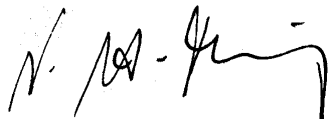
Aus der Sicht des bvkm ist es zu begrüßen, dass zusätzlich zu dem Leistungsbetrag nach § 45 b SGB XI zukünftig die Hälfte des für die Leistungen der ambulanten Pflegesachleistung vorgesehenen Betrages für ein Angebot der niedrighwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b Abs. 1 S. 6 Nr. 4 SGB XI eingesetzt werden kann. Hierdurch wird die Sachleistung zu einer Art Sachleistungsbudget und Pflegebedürftigen, die Sachleistungen in Anspruch nehmen, eine weitere Flexibilisierung der Inanspruchnahme verschiedener Leistungen ermöglicht.

Die im neuen § 45b Abs. 3 SGB XI getroffene Bestimmung, dass bei einer Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen unter Nutzung des neuen Sachleistungsbudgets die Anrechnungsfreiheit der zusätzlichen Leistungen bei den Fürsorgeleistungen der Pflege nach § 13 Abs. 3a SGB XI entfällt, sollte nach Auffassung des bvkm gesetzlich klarer formuliert werden. Die aktuelle Formulierung ist missverständlich, da offen bleibt, ob auch der Leistungsbetrag, der im Sachleistungsbudget durch die Leistungen nach § 45b SGB XI eingebracht wird, auf die Fürsorgeleistungen der Hilfe zur Pflege angerechnet wird. Wäre dies der Fall, würden Pflegebedürftige, welche die neue Leistung des Sachleistungsbudgets in Anspruch nehmen, gegenüber Pflegebedürftigen, welche die niedrighwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen lediglich im Umfang der Leistung des § 45b SGB XI in Anspruch nehmen, benachteiligt. Für den letzteren Personenkreis gilt

nämlich die Anrechnungsfreiheit des § 13 Abs. 3a SGB XI auch weiterhin.

Nach Auffassung des bvkm ist in diesem Zusammenhang jedoch bedauerlich, dass der Referentenentwurf generell keine neuen Spielräume zur Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung als „klassisches“ Persönliches Budget eröffnet. Der bvkm hält an seiner langjährigen Forderung fest, dass die Sachleistungen der Pflegeversicherung im Rahmen eines Persönlichen Budgets als Geldleistung zu gewähren sind. Die in § 35 a SGB XI geregelte Gutscheinelösung widerspricht der Grundidee des Persönlichen Budgets. Die Abschaffung des Gutscheinsystems würde generell erheblich mehr Flexibilität bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung schaffen.

Düsseldorf, den 21. Juli 2012



Norbert Müller-Fehling  
Geschäftsführer



Sebastian Tenbergen, LL.M.  
Referent für Sozialrecht und Sozialpolitik