Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege



04.05.2009

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung

arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (AMG-E) Drucksache BT-Drs. 16/12256 sowie zur Stellungnahme des Bundesrates BT-Drs. 16

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) bedankt sich für die Möglichkeit, Stellung nehmen zu können.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) bedankt sich für die Möglichkeit, zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (AMG) sowie zur Stellungnahme des Bundesrates (BT-Drs. 16/12677) Stellung nehmen zu können.

1. Zu Artikel 12a – neu (Öffnung der Krankenpflegeausbildungen für Haupt- schulabschlüsse)

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf sieht eine Absenkung der schulischen Qualifikation auf den Hauptschulabschluss als Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung in der Krankenpflege vor. Bisher war ein Realschulabschluss bzw. ein Hauptschulabschluss zusammen mit einer 2 jährigen Berufsausbildung oder einer einjährigen Krankenpflegehelferausbildung Zugangsvoraussetzung.

Bewertung

Der Pflegeberuf hat eine hohe gesellschaftliche Bedeutung. In den kommenden Jahren und Jahrzehnten werden aufgrund der demografischen und epidemiologischen Entwicklung vermehrt gut ausgebildete Pflegekräfte benötigt.

Dabei sind die Anforderungen an Beschäftigte in der Pflege in den letzten Jahren gestiegen. Aufgrund der Senkung der Patientenverweildauer im Krankenhaus bei einer Steigerung der Patientenfallzahl und einem

massiven Pflegestellenabbau in den Krankenhäusern sind der Leistungsdruck und die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals gestiegen. Pflegeberufe sind anspruchsvolle und komplexe Berufe mit hohen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung, wie dies auch gesetzlich in §135a SGB V geregelt ist. Das Gutachten des Sachverständigenrats zur Kooperation und Verantwortung im Gesundheitswesen 2007 fordert, dass die Qualität sogar gesteigert werden soll. Um dieses Ziel erreichen zu können, ist es auch im Pflegebereich erforderlich, hoch qualifizierte Bewerber/innen zu bekommen. Mit dem vorliegenden Antrag werden somit die Empfehlungen des zweiten Pflegegipfels am 2. April 2009, die Qualität der pflegerischen Arbeit am Patienten zu erhöhen, konterkariert.

Durch die in Art. 6 Abs. 8 des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes begründete Möglichkeit, ärztliche Tätigkeiten auf das Pflegepersonal zu übertragen, entstehen neue, mit mehr Verantwortung verbundene Aufgaben für Krankenpflegekräfte. Durch das in Krankenhäusern sich auch in der Pflege etablierende System des Fallmanagements (Case Management) von Patienten kommt der Prozesssteuerung in der Pflege eine zentrale Bedeutung zu. Diese komplexen Fallbearbeitungen, welche von den Auszubildenden natürlich in der Ausbildung erlernt, erprobt und später im Examen abgeprüft werden müssen, erfordern zwangsläufig ein Bewerberklientel für die Krankenpflegeausbildung mit entsprechenden Kompetenzen für die Bewältigung dieser Aufgaben. Mit der Forderung der Öffnung der Krankenpflegeausbildungen für Hauptschulabschlüsse muss diese Bewerbergruppe somit näher in den Blick genommen werden. Als

problematisch sind der niedrigere Bildungsstand und das niedrigere Alter (Lebenserfahrung) der Bewerber/innen mit Hauptschulabschluss zu sehen, denn nach Meinung der Einrichtungs- und Fachschulleitungen sind die Anforderungen an Fachkräfte inzwischen so hoch, dass die Zugangsvoraussetzungen eher erhöht denn abgesenkt werden sollten. Die Fachschulen melden mit dieser Schülerklientel verbundene Schwierigkeiten bei der Berufbildungsfähigkeit. Bereits bei den aktuellen Zugangsvoraussetzungen ist der Bewerberpool von einem qualitativen Defizit geprägt. Viele Schulen haben durch knappe finanzielle und personelle Ressourcen auch nicht die Möglichkeit, schwächere Schüler individuell zu fördern, damit diese überhaupt berufsfähig ausgebildet werden können. Eine steigende Quote an Ausbildungsabbrechern und Wiederholern von Prüfungen trägt damit nicht zu einer Erhöhung der Beschäftigung im Gesundheitswesen bei.

Wir erinnern daran, dass das Bildungsniveau der deutschen Kranken- und Altenpflege im europäischen Vergleich angehoben werden sollte, denn in fast allen Ländern ist die Pflegeausbildung auf Hochschulniveau angesiedelt. Die Richtlinie 2005/36/EG legt die wechselseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen der Heilberufe fest. Diese sehen wir als gefährdet an, denn im außerdeutschen Raum sind Abitur bzw. Sekundarstufe II die Zugangsvoraussetzung zur Pflegeausbildung. Die aktuelle gesetzliche Regelung in Deutschland orientiert sich im europäischen Vergleich nur an den Minimalanforderungen, somit wäre die vorgeschlagene Änderung rechtlich überhaupt nur schwer durchzusetzen.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sind der Auffassung, dass jeder, der geeignet ist, den Pflegeberuf erlernen können soll. Befürwortet wird die bisherige Zugangsregelung, die den Hauptschulabschluss mit einer einjährigen (Pflege-)Helferausbildung verbindet. Zu verbessern ist die Durchlässigkeit zwischen der Helferausbildung und Krankenpflegeausbildung sowie die individuelle Förderung, um diese Durchlässigkeit nutzen zu können.

Weder bildungsökonomisch noch moralisch ist es zu verantworten, wenn Hauptschüler in großer Zahl die Ausbildung beginnen und dann an komplexen und anspruchsvollen Lerninhalten oder der Praxis scheitern.

Die BAGFW sieht die Absenkung der Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung in der Krankenpflege hinsichtlich der Ziele der Nachwuchssicherung für die Pflegeberufe und der Gewährleistung einer angemessenen Pflegequalität als nicht zukunftsweisend an.

Die im Änderungsantrag 1 vorgesehene Einfügung eines Artikel 12a Krankenpflegegesetz soll ersatzlos gestrichen werden. Gefordert ist eine erhöhte Durchlässigkeit zwischen Helferausbildung und Krankenpflegeausbildung und eine stärkere individuelle Förderung, um diesen Weg beschreiten zu können.

2. Zu Artikel 15 Nr. 01 - neu (Leistungsanspruch bei Beitragsverzug)

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf stellt klar, dass bei Beitragsrückständen sich die Ruhensanordnung allein auf das zur Zahlung verpflichtete Mitglied bezieht. Folglich bleibt der Leistungsanspruch mitversicherter Familienangehöriger hiervon unberührt.

Bewertung

Bislang war in der Praxis unklar, ob sich die Ruhenswirkung im Falle von Beitragsrückständen des zahlungspflichtigen Mitglieds auch auf die Leistungsansprüche der familienversicherten Personen, insbesondere der Kinder, auswirkt. Die BAGFW hatte sich dafür eingesetzt, dass Kinder und

Ehepartner in diesen Fällen den vollen Versicherungsschutz behalten. Zwar wurde diese Rechtsansicht vom Bundesministerium für Gesundheit geteilt, doch blieben in der Praxis Rechtsunsicherheiten.

Die BAGFW begrüßt die nun eindeutige Regelung, dass die Ruhenswirkung nach § 16 Abs. 3a S. 2 SGB V nur das zahlungspflichtige Mitglied erfasst.

3. Zu Artikel 15 Nr. 02 - neu (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in stationären Hospizen)

Gesetzentwurf

Versicherte sollen auch im Rahmen der stationären Hospizversorgung einen Rechtsanspruch auf die ärztlichen Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erhalten.

Bewertung

Die Krankenkassen haben es im Rahmen der Verhandlungen zur Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 S. 4 SGB V ausdrücklich abgelehnt, die ärztliche Leistung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b auch Versicherten in stationären Hospizen zu gewähren. Begründet wurde diese Position damit, dass ein Leistungsanspruch weder aus § 37b noch aus dessen Ausgestaltung durch die SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abgeleitet werden könne, denn die Versorgung mit SAPV stelle ausschließlich auf den vertrauten häuslichen Bereich sowie auf stationäre Pflegeeinrichtungen, nicht jedoch auf stationäre Hospize, ab. Eine über die vertragsärztliche Versorgung hinausgehende, im Einzelfall notwendige spezialisierte ambulante Palliativversorgung habe das Hospiz zu gewährleisten. Der Anspruch des Versicherten auf die ärztliche Teilleistung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sei bereits mit dem Zuschuss nach § 39a SGB V abgegolten.

Da die medizinischen Leistungen stationärer Hospize grundsätzlich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sichergestellt werden, bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung, dass Patient/innen in stationären Hospizen in gleicher Weise wie Patient/innen im häuslichen Bereich Anspruch nicht nur auf die ärztliche Leistung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV), sondern auch auf die der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) haben müssen. Andernfalls

verlören sie bei Übersiedlung aus dem häuslichen Bereich in ein stationäres Hospiz den bisherigen Rechtsanspruch auf ärztliche Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Das stationäre Hospiz stellt in der letzten Lebensphase die Häuslichkeit des Patienten dar. Daher darf es keine Ungleichbehandlung von Patient/innen in der vertrauten häuslichen Umgebung, im Pflegeheim und im stationären Hospiz geben.

Die BAGFW begrüßt daher die vorgeschlagene Gesetzesänderung, für die sie sich seit langem nachdrücklich ausgesprochen hatte.

4. Zu Artikel 15 Nr. 03 - neu (Finanzierung ambulanter und stationärer Hospize)

· Finanzierung stationärer Hospize (§ 39a Abs. 1 SGB V)

Gesetzentwurf

Die Finanzierung der stationären Hospize wird auf eine neue Grundlage

gestellt. Die Höhe des Zuschusses durch die Krankenkasse wird künftig nicht mehr in der jeweiligen Satzung einer Krankenkasse festgelegt, sondern unter Anrechnung der Leistungen aus der Pflegeversicherung auf 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten bei Erwachsenenhospizen und auf 95 Prozent bei Kinderhospizen im Rahmen des Gesetzes festgesetzt.

Bewertung

Positiv zu bewerten ist, dass die Gesetzesänderung auf eine Vollfinanzierung der Leistungen abzielt. Zwar waren auch bisher schon 90 Prozent des Tagesbedarfssatzes der stationären Hospize unter Anrechnung der Leistungen der Krankenkasse zuschussfähig. Jedoch war gesetzlich nur ein Mindestzuschuss in Höhe von 6 vom 100 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV festgelegt, auf dessen Grundlage die Krankenkassen die Höhe ihres tatsächlich geleisteten Zuschusses in ihren Satzungen selbst festsetzen konnten. Dies hat dazu geführt, dass der Zuschuss der Krankenkassen einschließlich der Leistungen aus der Pflegekasse zurzeit lediglich etwa 60 Prozent der stationären Hospizkosten abdeckt. Etwa 30 Prozent der Kosten müssen die Hospize selbst als Eigenanteil aufbringen; 10 Prozent der Kosten trägt der Hospizgast.

Der Gesetzentwurf, der eine 90prozentige bzw. 95prozentige Finanzierung der zuschussfähigen Kosten vorsieht, ist daher ein Schritt in die richtige Richtung. Aus Sicht der BAGFW sollen 90 bzw. 95 Prozent des tatsächlich anfallenden Tagesbedarfssatzes aus Mitteln der Krankenkassen unter Beteiligung der Pflegekassen aufgebracht werden. Am Eigenanteil von 10 Prozent bzw. 5 Prozent soll weiterhin festgehalten werden, um das dem Hospizgedanken entsprechende bürgerschaftliche Engagement zu würdigen und zu fördern. Auf die Versicherten soll kein gesonderter Eigenanteil mehr entfallen.

Das Ziel einer Vollfinanzierung, das in der Begründung zum Gesetzentwurf angegeben wird, wird jedoch nicht erreicht, wenn am kalendertäglichen Zuschuss in Höhe von 6 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV festgehalten wird, da hierdurch ein zu niedriger Tagesbedarfssatz intendiert ist, durch den die qualitativ hochwertige Versorgung und Begleitung in einem stationären Hospiz nicht sichergestellt werden kann. Erforderlich ist eine Erhöhung auf 7 vom Hundert, um im Rahmen von Verhandlungen mit den Krankenkassen höhere und damit wirklich kostendeckende Tagesbedarfssätze erzielen zu können. Zielführend wäre eine präzisierende Formulierung im Gesetz, dass die Krankenkasse 90 Prozent bzw. 95 Prozent des tatsächlich anfallenden Tagesbedarfsatzes nach Abzug der Leistungen der Pflegeversicherung übernimmt.

Um den Verwaltungsaufwand in der Finanzierung, welcher den Hospizen zur Zeit durch bis zu 5 und zukünftig bis zu 3 Kostenträgern (Krankenkassen, Pflegekassen, Spenden zur Finanzierung des Eigenanteils des Hospizes) entsteht, zu reduzieren, soll die Rechnungslegung künftig an die Krankenkasse erfolgen, welche den Zuschuss aus der Pflegeversicherung intern mit der Pflegekasse verrechnet.

Lösungsvorschlag

In § 39a Abs. 1 S. 2 SGB V wird der Gesetzestext durch die Worte „des Tagesbedarfssatzes“ präzisiert: „Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 90 vom Hundert *des Tagesbedarfssatzes*, bei Kinderhospizen 95 vom Hundert *des Tagesbedarfssatzes*.“

In Satz 3 wird die Zahl „6“ durch die Zahl „7“ ersetzt.

An Satz 3 wird folgender Satz 4 angefügt:

„Die Rechnungslegung für die von den Kranken- und Pflegekassen zu übernehmenden Kostenanteile erfolgt gegenüber der Krankenkasse“.

· Ambulante Hospizdienste (§ 39a Abs. 2 SGB V)

Gesetzentwurf

Ambulante Hospizdienste sollen auch für ihre Leistungen der qualifizierten ehrenamtlichen Sterbebegleitung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe durch die Krankenkassen gefördert werden.

Zudem wird die Finanzierung der ambulanten Hospizdienste auf eine neue Grundlage gestellt. Die Neuregelung sieht vor, dass Zuschüsse künftig pro Leistungseinheit gewährt werden. Diese bestimmt sich aus dem Verhältnis der Zahl ehrenamtlich Tätiger zur Anzahl der Sterbebegleitungen. Die Ausgaben der Krankenkassen sollen pro Leistungseinheit 11 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV betragen. Die Ausgaben dürfen dabei die Höhe der zuschussfähigen Personalkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten.

Bewertung

Nach dem gegenwärtig geltenden Förderverfahren für ambulante Hospizdienste haben die Krankenkassen pro Versichertem eine bestimmte Summe an Fördermitteln zur Verfügung zu stellen. Die Fördersumme wird in den einzelnen Bundesländern nach Antragstellung durch die Hospizdienste in einer komplizierten Berechnungsformel auf die ambulanten Hospizdienste umverteilt. Bei diesem Verfahren wissen die Dienste zu Beginn des laufenden Haushaltsjahres jedoch nicht, wie hoch der Förderanteil pro erbrachter Leistungseinheit (Punktwert) ausfallen wird. Damit können sie ihre Haushalte nicht verlässlich planen. Neu gegründete Dienste müssen sogar bis zu 18 Monate in Vorleistung treten, bevor sie eine Förderung erhalten. Zudem differiert die Fördersumme pro Leistungseinheit zwischen den Bundesländern zum Teil erheblich.

Das derzeitige Förderverfahren für ambulante Hospizdienste hat sich als nicht sachgerecht erwiesen, da ein erheblicher Anteil der gesetzlich zur Verfügung stehenden Fördersumme nicht an die Hospizdienste ausgezahlt wird, sondern in die Haushalte der Krankenkassen zurückfließt. Es handelt sich dabei bundesweit um eine Summe von 9 Mio. von insgesamt 28 Mio. Euro der zur Verfügung stehenden Mittel.

Seit dem vergangenen Jahr hat sich die Finanzierungsproblematik zugespitzt, weil die Anzahl der Sterbebegleitungen aufgrund der Einbeziehung der Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen insgesamt seit Inkrafttreten des GKV-WSG zum 01.04.2007 stark angestiegen ist. Während die Anzahl der Leistungseinheiten zugenommen hat, ist gleichzeitig aber die Fördersumme pro Leistungseinheit gesunken. So erhielten etwa 60 Prozent der Dienste 2008 durch das gegenwärtige Förderverfahren nicht ihre förderfähigen Personalkosten erstattet. Diese vom Gesetzgeber nicht intendierte Entwicklung hat die Existenz vieler Hospizdienste faktisch gefährdet. Daher bedarf es einer grundlegenden Reform der Finanzierung der ambulanten Hospizdienste.

Die vorgesehene gesetzliche Änderung stellt die Finanzierung der ambulanten Hospizdienste auf eine verlässliche und tragfähige Basis. Durch die vorgesehene Festsetzung des Zuschusses zu den Personalkosten auf den Wert von 11 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV wird der Zuschuss pro Leistungseinheit bundesweit einheitlich geregelt. Wenn mehr Sterbebegleitungen erbracht werden, steigt auch die Fördersumme des Dienstes bis maximal zur vollständigen Erstattung der anfallenden Personalkosten. Dadurch wird eine leistungsgerechte Förderung erzielt. Die Gesetzesformulierung stößt daher auf die ungeteilte Zustimmung der BAGFW.

In gleicher Weise begrüßen wir, dass ambulante Hospizleistungen künftig auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe erbracht werden können. Diese Einrichtungen stellen die vertraute Häuslichkeit der Versicherten dar. Die Angleichung des Haushaltsbegriffs in § 39a Abs. 2 S. 1 analog zu § 37b Abs. 1 S. 3 ist somit sachgerecht und entspricht einer langjährigen Forderung der Verbände der BAGFW.

5. Zu Nr. 48 der Stellungnahme des Bundesrates BT-Drs 16/12677 (§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG)

Der Bundesrat hat im Rahmen seiner Stellungnahme zum AMG-E auch zur Beitragslücke in der PKV gemäß § 12 Abs. 1c Satz 6 Versicherungsaufsichtsgesetz Stellung genommen und darum gebeten, im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens durch eine geeignete Regelung sicherzustellen, dass Hilfebedürftige nach dem SGB XII im Hinblick auf ihren Krankenversicherungsschutz keine Finanzierungslücken zur Begleichung ihrer Beitragspflichten hinnehmen müssen (BT-Drs. 16/12677, Nummer 48). Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung zu diesem Punkt darauf hingewiesen, dass derzeit geprüft werde, wie dem bestehenden Problem abgeholfen werden könne.

Die BAGFW, die im Gemeinsamen Monitoring der Bundesregierung mit den Wohlfahrtsverbänden wiederholt auf dieses Problem hingewiesen hat, ergreift daher gerne die Gelegenheit zur Stellungnahme und Unterbreitung nachstehenden Lösungsvorschlags:

Problem

Aus der Beratungspraxis wird fehlender Krankenversicherungsschutz besonders bei ehemals privat krankenversicherten Personen – Selbstständigen und Rentnern – gemeldet. Wenn sich deren Einkommenssituation (dramatisch) verschlechtert, können sie vielfach ihren Beitragsverpflichtungen nicht mehr nachkommen. Nicht selten sind auch Partner und Kinder betroffen, die in der PKV eine eigene Absicherung für den Krankheitsfall benötigen. Bislang werden die betroffenen Personen bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II in der GKV pflichtversichert und erhalten dadurch Krankenversicherungsschutz für die gesamte Familie.

Ab 1.1.2009 werden Bezieher von Arbeitslosengeld II nicht mehr versicherungspflichtig in der GKV, wenn sie unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert waren oder nicht krankenversichert waren und zu dem der PKV zugeordneten Personenkreis zählen (§ 5 Abs. 5a SGB V). Der zuständige Leistungsträger nach dem SGB

II zahlt in diesem Fall als Zuschuss zur privaten Krankenversicherung den Betrag, der auch für ALG II-Bezieher in der GKV zu tragen ist (§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II i.V.m.

§ 12 Abs. 1c Satz 6, 2. Hs. Versicherungsaufsichtsgesetz). Dieselbe Regelung gilt auch für versicherungsfreie Bezieher von Sozialgeld.

Der genannte Betrag wird die Prämie für den privaten Krankenversicherungsschutz im Basistarif auch bei Verringerung auf die Hälfte in der Regel nicht abdecken (vgl. § 12 Abs. 1c VAG). Die Prämie im Basistarif orientiert sich am durchschnittlichen Höchstbeitrag zur GKV, beträgt also bei Reduktion wegen drohender Bedürftigkeit ca. 285 €. Der Beitrag, den der SGB-II-Leistungsträger an die GKV zahlt, beträgt 129,54 €. Es ist also bei einem Einpersonenhaushalt mit einer Deckungslücke von ca. 155 € zu rechnen, die den Leistungsberechtigten für die Dauer des SGB II-Bezugs unter das Existenzminimum treibt. Sofern weitere Familienangehörige Sozialgeld beziehen und auf die Private Krankenversicherung verwiesen sind, was in (ehemals) Selbständigenhaushalten häufiger der Fall ist, erhöht sich die Deckungslücke entsprechend.

Bewertung

Bis zum 01.01.2009 sind Bezieher von Arbeitslosengeld II grundsätzlich versicherungspflichtig in der GKV. Die Neuregelung ab 1.1.2009 zielt darauf, die Versicherungskreise von GKV und PKV strikt zu trennen und dafür Sorge zu tragen, dass privat krankenversicherte Personen auch bei geringem Einkommen in der PKV verbleiben können und müssen.

Das geschilderte Problem entsteht durch die Begrenzung der Leistungspflicht des SGB-II-Leistungsträgers in Kombination mit einer begrenzten Reduktion der Prämie durch das Krankenversicherungsunternehmen. Dies führt bei den betroffenen SGB II? Leistungsberechtigten und ihren Bedarfsgemeinschaftsmitgliedern entweder zu einer dauerhaften Unterversorgung (Beitragszahlung aus den Regelsätzen) oder zu einer Verschuldung bei der Krankenversicherung.

Lösungsvorschläge

Dies ergibt folgende Wortlautänderung:

In § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Text angefügt: „der Versicherer kann in diesem Fall nur einen Beitrag in dieser Höhe verlangen.“

Falls diese Regelung nicht durchsetzbar ist, müsste der Beitrag über den Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende finanziert werden

---

Dateien

_AMG_Stellungnahme_040509.pdf 97 KB

Zum Seitenanfang

Veröffentlichungen

Aktuelle Meldungen
Stellungnahmen/Positionen
Stellungnahmen 2025
Pressemitteilungen
Publikationen