

Antrag

der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Katja Dörner, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Dr. Franziska Brantner, Kai Gehring, Tabea Rößner, Ulle Schauws, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer, Kerstin Andreae, Sven-Christian Kindler, Markus Kurth, Brigitte Pothmer, Corinna Rüffer, Markus Tressel und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gute Pflege braucht sichere und zukunftsfeste Rahmenbedingungen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Mit dem Entwurf eines Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) der Regierungskoalition der CDU/CSU und SPD soll die überfällige Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgen. Ein Erfolg im Sinne einer Verbesserung der pflegerischen Versorgung ist keinesfalls garantiert. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird man sehr genau beobachten und evaluieren müssen.

Das PSG II reiht sich ein in eine Vielzahl von Gesetzen zur Pflege in dieser Legislaturperiode. Dennoch bleiben zentrale Probleme weiterhin ungelöst. Es fehlt eine zufriedenstellende Antwort auf den immer akuter werdenden Personalmangel in der Pflege. Zwar ist mit dem PSG II geplant, bis Mitte des Jahres 2020 ein Personalbemessungsverfahren zu entwickeln und zu erproben. Dieser Zeithorizont ist zu lang. Außerdem lässt die Bundesregierung völlig im Unklaren, ob es tatsächlich zur Einführung dieses Verfahrens kommen wird.

Um eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung zu sichern ist es unerlässlich, dass Maßnahmen ergriffen werden um mehr Menschen für die Pflegeberufe zu gewinnen und die häufig belastende Tätigkeit dauerhaft attraktiv zu gestalten. Dazu müssen die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen verbessert werden.

Es fehlt ein Konzept für eine dauerhaft tragfähige Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung. Trotz der Anhebung des Beitragssatzes um insgesamt 0,5 Prozent (ca. 6 Milliarden Euro jährlich) in zwei Stufen 2015 und 2017 ist die Finanzierung nur bis maximal 2022 gesichert. Trotz der steigenden Beitragsbelastung bleibt es bei der unsolidarischen Zerteilung in soziale und private Pflegeversicherung. So können sich auch weiterhin die wirtschaftlich leistungsstärksten und im Durchschnitt auch jüngeren und gesündesten Bevölkerungsgruppen dem Solidarausgleich entziehen.

Der sog. „Pflegevorsorgefonds“, der nach einschlägiger Expert*innenmeinung keinerlei nachhaltige Finanzierungswirkung hat, bleibt bestehen. In den Fonds fließen jährlich 1,2 Milliarden Euro an Beitragsmitteln, die für andere, dringende Aufgaben fehlen.

Die bereits bestehenden Schnittstellen zwischen SGB IX, XI und XII werden im

PSG II komplett ausgeblendet. Das ist besonders erstaunlich, da mit dem neuen, teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff ein Weg beschritten wird, mit dem es behindertenpolitisch bereits Erfahrungen gibt. Die Bundesregierung vergibt die Chance, Regelungen zu harmonisieren und Ungleichbehandlungen abzubauen.

Es fehlt eine Weiterentwicklung der Pflegeberatung. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird ein stärkerer Fokus auf die Erhaltung der Selbständigkeit und auf die Aktivierung eigener Kompetenzen der pflegebedürftigen Personen gelegt. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, brauchen die Betroffenen Möglichkeiten einer unabhängigen und individuellen Pflegeberatung sowie eines neutralen Case-Managements (Assistenz-Managements).

Es fehlt an ambulant ausgerichteten, wohnortnahen Quartierskonzepten. Dort liegt die Zukunft der Pflege. Die von der Bundesregierung initiierte Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rollen der Kommunen in der Pflege ist gescheitert.

Es fehlt eine ausreichende Unterstützung pflegender Angehöriger. Auch durch die 2015 in Kraft getretenen Novellen der Gesetze zur Pflegezeit und Familienpflegezeit wird etwa die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf nur unwesentlich erleichtert. Entlastungsangebote für Pflegepersonen sind zu gering ausgebaut und zu wenig bekannt. Dies lässt auf einen Mangel an Beratungsangeboten auch für diesen Personenkreis schließen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung vor diesem Hintergrund auf,

1. zügig umfassende Maßnahmen gegen den Personalmangel in der Pflege zu ergreifen. Insbesondere muss schnellstmöglich ein bundeseinheitliches und verbindliches Instrument zur Personalbemessung in stationären Pflegeeinrichtungen und bei ambulanten Pflegediensten entwickelt und eingeführt werden, das es ermöglicht, die Anzahl der benötigten Pflegekräfte objektiv aus dem tatsächlichen Pflegebedarf abzuleiten;
2. die Aufgabengestaltung zwischen den Gesundheitsberufen neu zu gestalten, zur Aufwertung der Pflegeberufe gezielt ihre Kompetenzen zu erweitern, unter anderem durch die stärkere Umsetzung der Modellprojekte nach § 63 Abs. 3c SGB V und auf eine bessere Zusammenarbeit der Gesundheits- und Pflegeberufe untereinander hinzuwirken;
3. das geplante Gesetz zur Pflegeberufsreform dahingehend zu überarbeiten, dass von einer vollständigen Zusammenführung der Pflegeberufe abgesehen wird und die spezifischen Fachkenntnisse der einzelnen Pflegeberufe erhalten bleiben und weiterhin in der Ausbildung vermittelt werden. Im Zusammenwirken mit den Ländern soll gezielt in die Schaffung von Ausbildungsplätzen investiert werden;
4. eine Pflege-Bürgerversicherung einzuführen und die Leistungen der Pflege-Bürgerversicherung regelmäßig zu zwei Dritteln an die Lohn- und zu einem Drittel an die Inflationsentwicklung anzupassen;
5. den Pflegevorsorgefonds nach den §§ 131ff. SGB XI ersatzlos zu streichen und die dafür vorgesehenen Beitragssatzmittel zur Finanzierung aktuell notwendiger Leistungen zu verwenden;
6. zur Lösung bestehender bzw. Vermeidung neuer Schnittstellenprobleme eine Harmonisierung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) mit den Leistungen für Menschen mit Behinderungen nach dem SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe) und dem SGB XII (Eingliederungshilfe) bzw. dem neuen Bundesteilhabegesetz anzustreben. Es gilt eine Reihe von Ungleichbehandlungen zu beheben: So sollten etwa Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen für

- Menschen mit Behinderungen nach § 43a SGB XI künftig zumindest die Leistungen erhalten, die bei der Pflege in der eigenen Häuslichkeit bewilligt würden;
7. im Zusammenwirken mit Ländern und Kommunen die Pflegeberatung so weiterzuentwickeln, dass alle Pflegeversicherten eine leicht erreichbare bzw. aufsuchende, unabhängige und individuelle Pflege- und Wohnberatung, Unterstützung und Begleitung durch ein neutrales und unabhängiges Case-Management (Assistenz-Management) für ein passgenaues Pflegesetting in Anspruch nehmen können;
 8. im Zusammenwirken mit Ländern und Kommunen die pflegerischen Versorgungsstrukturen konsequent nach den Prinzipien der Nutzer*innenorientierung, des Quartiersbezugs sowie „ambulant vor stationär“ auszurichten sowie Kommunen und Regionen eine stärkere Rolle bei der Planung, Steuerung und Gestaltung der pflegerischen Versorgung zu ermöglichen;
 9. zielgerichtete Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger zu ergreifen. So soll unabhängig von der Betriebsgröße ein Rechtsanspruch auf eine bis zu dreimonatige gesetzliche Pflegezeit mit einer steuerfinanzierten Lohnersatzleistung eingeführt werden. Der Anspruch auf die Pflegezeit soll nach einem erweiterten Familienbegriff auch für Personen ohne verwandtschaftliche Beziehung gelten. Entlastende ambulante Angebote, wie etwa der Rehabilitation, der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege sollen bekannter gemacht und ausgebaut werden.

Berlin, den 22. September 2015

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Zu 1:

In den allermeisten stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten besteht ein chronischer Personalmangel, der die Betriebe, vor allem aber die Pflegekräfte vor extreme, zum Teil unzumutbare dauerhafte Belastungssituationen stellt und die Sicherung der qualitativ hochwertigen Versorgung von Pflegebedürftigen gefährdet. Nach Berechnungen der Bertelsmann-Stiftung werden bis 2030, je nach Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen und der Pflegeorganisation, bis zu 500.000 Vollzeitkräfte in der Langzeitpflege fehlen (https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf).

Für eine angemessene Personalausstattung gibt es keine ausreichend verbindlichen Regelungen. Daher sind gesetzliche Regelungen notwendig, die eine verbindliche Personalbemessung und damit die Anzahl der Pflegekräfte festlegen. Es muss sichergestellt werden, dass die für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vorgesehenen zusätzlichen Beitragsmittel in zusätzliche Leistungen für pflegebedürftige Personen und damit zum überwiegenden Teil in mehr Personal investiert werden. Durch die vorgesehene, im Grundsatz zu begrüßende Ausweitung der Leistungen der Pflegeversicherung wird es mehr anspruchsberechtigte Personen geben. Die neuen Leistungen selbst dürften teilweise zeitintensiver sein als die gegenwärtigen, da sie explizit auf Aktivierung und Teilhabe angelegt sind. Sie müssen von qualifiziertem Pflegepersonal erbracht werden. Die Einführung von Personalbemessungsvorgaben ist daher für die Sicherung einer hochwertigen qualitätsgesicherten Pflege als auch für die Stärkung und Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs unerlässlich.

Zusätzlich zu einer ausreichenden Personalausstattung sind motivierende Arbeitsbedingungen und teamorientierte Organisationsstrukturen wichtige Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Versorgung in der Pflege. Dazu gehören eine familienfreundliche Arbeitszeitorganisation ebenso wie auskömmliche und langfristige Anstellungsverhältnisse sowie Betreuungsmöglichkeiten für Kinder.

Zu 2:

Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat wiederholt eine stärkere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe angemahnt. Dies gilt im Gesundheits- und im Pflegebereich gleichermaßen. Damit verbunden ist auch eine Aufwertung des Pflegeberufs, indem Pflegekräfte, sobald sie die dazu notwendige Qualifikation erworben haben, bestimmte Tätigkeiten selbstständig ausüben dürfen. Die Möglichkeit dazu steht schon lange im Gesetz – in Form von Modellprojekten nach § 63 Abs. 3c SGB V. In der Realität werden diese Modellprojekte seit Jahren von den Kassen systematisch boykottiert.

Zu 3:

Statt einer sinnvollen Reform der Pflegeausbildung, plant die Bundesregierung, die Pflegeausbildung zu generalisieren, d. h., die drei Ausbildungen in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sowie Altenpflege zu einer generalistischen Ausbildung mit einem einheitlichen Berufsabschluss zusammenzulegen. Da diese Ausbildung jedoch nicht länger dauern wird, als die gegenwärtigen Ausbildungen, droht ein Verlust an spezifischen Fachwissen und pflegerischen Kompetenzen bei den zukünftigen generalisierten Pflegekräften. Das stellt eine Abwertung statt einer Aufwertung des Berufs dar. Zudem gehen damit unwägbare finanzielle und strukturelle Umsetzungsprobleme einher, zu denen die Bundesregierung zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine umfassenden Informationen erteilen geschweige denn Lösungsansätze anbieten kann (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Finanzielle Auswirkungen der geplanten Reform der Pflegeausbildung“, BT-Drs. 18/5897). Um die zweifelsohne vorhandenen Gemeinsamkeiten in den Pflegeberufen angemessen zu berücksichtigen und den Austausch zu erleichtern, wäre es sinnvoller, die Pflegeschüler*innen für eineinhalb bis zwei Jahre gemeinsam auszubilden und daran eine Spezialisierung anzuschließen.

Zu 4:

Eine nachhaltige Finanzierung der Pflege ist angesichts der demografischen Entwicklung, die u.a. mit einer steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen einhergehen wird, unabdingbar. Das hätte zuallererst oder zumindest doch parallel in Angriff genommen werden müssen, um eine solide Basis für alle notwendigen Leistungsverbesserungen zu schaffen. Dies muss nun zügig nachgeholt werden.

Wie auch in der Krankenversicherung ist die Zweiteilung in soziale und private Pflegeversicherung (SPV/PPV) ungerecht und unbegründet. Sie sollen daher in einer Pflege-Bürger*innenversicherung zusammengeführt werden. Da SPV und PPV seit jeher einen identischen Leistungskatalog aufweisen, ist der Übergang in eine Bürger*innenversicherung zügig umsetzbar. In der Pflege-Bürger*innenversicherung nach dem Modell der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN sind alle Bürgerinnen und Bürger Mitglied. Alle Einkunftsarten – auch Vermögenseinkommen, Gewinne und Mieteinkünfte – werden in die Finanzierung der Pflegeversicherung einbezogen. Damit durch die Heranziehung weiterer Einkommensarten nicht vor allem kleine und mittlere Einkommensbezieher*innen belastet werden, sind für die zusätzlichen Einkommensarten Freigrenzen einzuräumen. Die Beitragsbemessungsgrenze wird auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung (West) angehoben. Die Beiträge auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung werden weiterhin paritätisch finanziert. Die Pflege-Bürger*innenversicherung kann auch durch private Versicherungsunternehmen angeboten werden, die sich dem Wettbewerb mit den gesetzlichen Kassen stellen müssen. Die Regeln, die dabei gelten, sind: Umlagefinanzierung, einkommensbezogene Beiträge, einheitlicher Leistungskatalog, Kontrahierungszwang, Diskriminierungsverbot.

Zudem werden die Leistungen der Pflege-Bürger*innenversicherung im Gegensatz zur geltenden Rechtslage regelmäßig so angepasst (dynamisiert), dass ein Realwertverlust der Leistungen vermieden wird. Da sich die Pflegekosten zu etwa zwei Dritteln aus Personal- und zu etwa einem Drittel aus Sachkosten zusammensetzen, werden die Leistungen regelmäßig in diesem Verhältnis an die Lohn- und Inflationsentwicklung angepasst.

Ein im Auftrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN erstelltes Gutachten des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen (Prof. Dr. Heinz Rothgang, Dr. Robert Arnold u. a.: „Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten aus dem Zentrum für Sozial-

politik im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen“ (10/2011) ergibt, dass durch die Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger sowie Einkommensarten nicht nur die Solidarität im System gestärkt, sondern auch der Anstieg der Pflegeversicherungsbeiträge im Rahmen der demografischen Entwicklung zwar nicht vermeiden, aber deutlich gedämpft und auf ein überschaubares Maß reduziert werden kann.

Zu 5:

Der mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) eingeführte Pflegevorsorgefonds (§§ 131ff. SGB XI) leistet nach einhelliger Expert*innenmeinung keinen Beitrag zu einer nachhaltigen Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung. In den Fonds fließen bis zum Jahr 2035 jährlich 1,2 Mrd. Euro an Beitragsmitteln. Bis zum Jahr 2055 soll der Fonds dann entleert werden, um den Beitragssatz zur Pflegeversicherung senken zu können. Das funktioniert nicht. Zum einen wird die Zahl der Pflegebedürftigen zwar gegen Ende der 2050er Jahre wieder sinken, die der Beitragszahlerinnen und -zahler jedoch ebenfalls. Damit wird der Beitragssatz nach der Entleerung des Fonds im Jahr 2055 nicht etwa sinken, sondern sich auf einem konstant hohen Niveau einpendeln. Das angesparte Guthaben reicht zudem für einen nennenswerten Stabilisierungseffekt bei Weitem nicht aus. Darum sollten die im Fonds gebundenen Beitragsmittel für aktuell notwendige Leistungen zur Verfügung stehen. Dies betrifft beispielsweise die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs oder den notwendigen Ausbau ambulanter und teilstationärer Versorgungsangebote, was wiederum mit steigenden Personalbedarfen einhergehen wird.

Zu 6:

Die Reform des Pflegebegriffs muss mit einer Harmonisierung der Leistungen des SGB XI mit denen für Menschen mit Behinderungen nach dem SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe) und SGB XII (Eingliederungshilfe) bzw. dem künftigen Bundesteilhabegesetz einhergehen. Bestehende Schnittstellenprobleme zwischen diesen Gesetzbüchern und bestehende Leistungsbeschränkungen für Menschen mit Behinderungen müssen abgebaut und neue vermieden werden. Beispielhaft sei hier der § 43a SGB XI genannt. Leben pflegebedürftige Menschen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, übernimmt die soziale Pflegeversicherung nach § 43a SGB XI 10 Prozent des Heimentgelts, maximal jedoch 266 Euro im Monat. Der weitaus größere Betrag wird vom Sozialhilfeträger gezahlt. Bei stationärer Unterbringung in einer reinen Pflegeeinrichtung mit Versorgungsvertrag zahlt die Pflegekasse hingegen je nach Pflegestufe bis zu 1.995 Euro im Monat. Eine Anpassung dieser Pauschalleistung ist bei vergangenen Reformen nicht erfolgt und ist auch mit dem PSG II nicht vorgesehen. Sofern Menschen mit Behinderungen außerhalb eines nach dem SGB XI anerkannten Pflegeheimes Pflege benötigen, sind ihnen zumindest die Leistungen zur Verfügung zu stellen, die bei der Pflege in der eigenen Häuslichkeit bewilligt würden.

Zu 7:

Ein gelingendes, tragfähiges und individuell passgenaues Pflegearrangement aufzubauen, ist für Pflegebedürftige und ihre nahestehenden Personen eine komplexe, belastende Aufgabe. Diese wird nicht zwangsläufig einfacher, wenn künftig der Blick stärker zu Recht auf die Ressourcen, die Selbstständigkeit und die Aktivierung der Pflegebedürftigen gelenkt werden soll, wie mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Die Betroffenen brauchen daher Ansprechpartner*innen, die ihnen fachlich qualifiziert zur Seite stehen und denen sie vertrauen können. Deshalb muss diese Beratung, und das gilt vor allem für den Bereich der Einzelfallberatung, dem Grundsatz der Neutralität und Unabhängigkeit folgen. Obwohl das PSG II die Beratungsangebote quantitativ ausweitet, gibt es in Bezug auf die Unabhängigkeit keinerlei Verbesserungen. Zudem sollten sich Beratung, Unterstützung und Begleitung am Konzept des Case-Managements (Fall-, Assistenz-Managements) orientieren.

Zu 8:

In der Fachwelt ist kaum noch umstritten, dass individuell passgenaue, dauerhaft tragfähige Pflegearrangements und entsprechende Versorgungsstrukturen dezentral besser organisiert werden können. Quartiersorientierte, kleinräumige Ansätze erlauben es, auch wenn die Pflege durch die Familie zunehmend wegbricht, eine ambulante Versorgung in vertrauter Umgebung aufrechtzuerhalten. Die Ebene der Kommunen spielt in solchen Konzepten eine tragende Rolle. Die Bundesregierung schien die Notwendigkeit, diesen Bereich stärker zu beleuchten, zunächst erkannt zu haben. Im gemeinsamen Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD wurde

eine Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege vereinbart, die 2014 schließlich eingesetzt wurde. Allerdings hat diese AG bei Abschluss ihrer Arbeit im Mai 2015 keine Ergebnisse hervorgebracht, die die Erwartungen an eine Stärkung der Kommunen wirklich erfüllen. Es bleibt bei sehr schwachen, oberflächlichen Empfehlungen. Die kommunale Handlungsfähigkeit muss aber auf den Gebieten einer kooperativen und integrierten Altenhilfe-, Sozial- und Stadtplanung dringend gefördert werden. Dabei müssen Wege gefunden werden, die Kommunen zur Wahrnehmung dieser Aufgaben ggf. auch finanziell zu unterstützen.

Zu 9:

Mit dem Anfang 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf hat die Bundesregierung die sog. „Familienpflegezeit“ mit einem Rechtsanspruch versehen – allerdings erst für Beschäftigte in Betrieben mit über 25 Mitarbeiter*innen. Sowohl für die Pflegezeit als auch für die Familienpflegezeit können Arbeitnehmer*innen nun ein zinsloses Darlehen beantragen. Das heißt, die Auszeit muss mit einem Darlehen gleichsam selbst finanziert werden. Erste Daten der Bundesregierung zeigen, dass diese Art der Pflegezeit offenbar nicht den Bedürfnissen der Arbeitnehmer*innen entspricht. Die Angebote werden kaum in Anspruch genommen, die Daten bleiben damit weit unter den bereits sehr geringen Erwartungen, die die Bundesregierung seinerzeit selbst formuliert hat (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Stand der Umsetzung des Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“, BT-Drs. 18/5880). Das im Antrag vorgeschlagene Pflegezeit-Modell der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN böte drei Monate Zeit, sich sorgfältig um die Organisation einer dauerhaften Pflegesituation zu kümmern, eine Sterbebegleitung oder Pflegeaufgaben zu übernehmen. Während der Pflegezeit muss es eine Lohnersatzleistung geben, damit die Pflegezeit auch finanziell für alle Arbeitnehmer*innen abgesichert ist. Der Anspruch ist mit vollem Kündigungsschutz und Rückkehrrecht auf den gleichen Arbeitsplatz zu denselben Arbeitsbedingungen und derselben wöchentlichen Arbeitszeit verbunden. Der Anspruch gilt zudem unabhängig von der Zahl der Mitarbeiter*innen eines Betriebes.

Pflegende Angehörige oder nahestehende Personen, ob berufstätig oder nicht, brauchen vor allem auch sie entlastende Angebote. Deshalb müssen ambulante und teilstationäre Versorgungsangebote noch viel stärker ausgebaut und bekannt gemacht werden, zum Beispiel Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege. Auch die existierenden Möglichkeiten von Angeboten der Rehabilitation müssen bekannter gemacht und ausgebaut werden. Beim geforderten Auf- und Ausbau individueller und unabhängiger Beratungs- und Begleitungsstrukturen (s. o.) müssen ausdrücklich auch die Bedarfe pflegender Angehörige mitberücksichtigt werden.

