

Antrag

der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, Herbert Behrens, Karin Binder, Heidrun Bluhm, Eva Bulling-Schröter, Roland Claus, Nicole Gohlke, Dr. Rosemarie Hein, Sigrid Hupach, Kerstin Kassner, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Cornelia Möhring, Sabine Leidig, Ralph Lenkert, Michael Leutert, Dr. Gesine Löttsch, Thomas Lutze, Birgit Menz, Norbert Müller (Potsdam), Harald Petzold (Havelland), Dr. Petra Sitte, Dr. Kirsten Tackmann, Azize Tank, Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Katrin Werner, Birgit Wöllert, Jörn Wunderlich, Hubertus Zdebel und der Fraktion DIE LINKE.

Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Altersarmut hat auch ein regionales Gesicht. Die gleiche Leistung der Pflegeversicherung oder die gleiche Rentenhöhe führt nicht auch zu gleicher Qualität der Pflegeleistungen an unterschiedlichen Orten innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Pflegemängel erwachsen auch aus kommunalen Angebotsdefiziten. Die wenigsten Menschen erhalten die Unterstützung, die sie sich wünschen und benötigen und die sie so lange wie möglich am sozialen Leben teilhaben lässt.

Mit der Pflegeversicherung wurde 1995 die Marktregulierung als Steuerungsprinzip in der Pflege eingeführt. Die Pflegekassen unterliegen einem Kontrahierungszwang mit allen geeigneten, leistungsfähigen und wirtschaftlich arbeitenden Leistungsanbietern, unabhängig von der jeweiligen örtlichen Bedarfslage. Im Ergebnis wuchsen die Pflegekapazitäten schneller als die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf (vgl. Rothgang/Sünderkamp/Weiß: „Die Rolle privater Anbieter in der Pflegeversorgung“, S. 10). Die Zahl privater Pflegedienste im ambulanten Bereich wuchs besonders schnell. Nahezu zwei Drittel der insgesamt 12.700 ambulanten Pflegedienste waren im Jahr 2013 in privater Trägerschaft. Nur knapp ein Drittel hatte freigemeinnützige und weniger als 2 Prozent öffentliche Träger (vgl. Barmer Pflegereport 2015, S. 112).

Die pflegerische Bedarfsplanung sowie der Vorrang öffentlicher und freigemeinnütziger Träger vor privaten wurden faktisch abgeschafft (vgl. Rothgang et al. ebd., S. 11). Kommunen können auf Planung und Ausgestaltung von qualifizierter Pflege kaum noch Einfluss nehmen.

Die in den vergangenen Jahren in Kraft getretenen Pflegegesetze setzen verstärkt auf ambulante und häusliche Pflege. Trotz einer rasant gestiegenen Zahl privater Leis-

tungserbringer werden jedoch viele gesetzlich vorgesehene Angebote von den Versicherten gar nicht in Anspruch genommen. Neue gesetzliche Regelungen sind oft unbekannt und schrecken durch bürokratischen Aufwand ab. Gemäß einer Meldung der Deutschen Stiftung Patientenschutz in der „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ (FAZ) vom 7. März 2016 werden 1,8 Millionen pflegebedürftige Menschen zu Hause betreut. Davon nutzen nur 67.000 Leistungen der Tages- und Nachtpflege, das sind gerade einmal 3,7 Prozent. Eugen Brysch von der Deutschen Stiftung Patientenschutz konstatierte: „Für Angehörige sind Pflege- und Familienpflegezeit ein Flop. Von 375.000 Anspruchsberechtigten haben 242 ein Darlehen beantragt. Das ist nicht mal ein Promille“ (vgl. FAZ vom 7. März 2016).

Ungeklärte Schnittstellen zwischen Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) sowie der Eingliederungshilfe im künftigen Bundesteilhabegesetz erschweren den Zugang zu gesetzlichen Leistungsansprüchen zusätzlich und führen zu gravierenden Ungleichbehandlungen, beispielsweise in der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen. „Das SGB IX, das die Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger bei den Leistungen zur Teilhabe regelt, gilt nicht für die Pflegekassen. Der positive Ansatz der Pflegestützpunkte, der diesem Mangel abhelfen sollte, kann wegen der fehlenden Verknüpfung mit dem SGB IX und der Beschränkung auf die Pflege im engeren Sinne keine durchgreifende Wirksamkeit entfalten.“ (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe/Friedrich-Ebert-Stiftung, Studie „Gute Pflege vor Ort“, S. 12).

Personenzentrierte Pflege wird vor Ort gestaltet. Hier benötigen Menschen mit Unterstützungsbedarf, vor allem alte und chronisch kranke Menschen, Menschen mit Pflegebedarf und Menschen mit Behinderungen passgenaue Versorgungs- und Unterstützungsangebote. Sie brauchen sektorenübergreifend medizinische und pflegerische Versorgung, übergreifende Informationen aus einer Hand, aufsuchende Beratung und Unterstützung, kurze Entscheidungswege und vertraute Ansprechpartner. Hier kennen sich die Menschen als Familien, Nachbarn, Freunde, Fachkräfte und bürgerschaftlich Engagierte. Hier können individuelle Bedarfe konkret und komplex erfasst sowie Unterstützungsleistungen personenbezogen kombiniert und koordiniert werden.

Die Steuerpolitik der Bundesregierung zu Lasten der Länder und Kommunen verhindert zunehmend den Aufbau einer kommunalen Infrastruktur, insbesondere im ländlichen Raum, die die Teilhabe für Menschen mit Einschränkungen außerhalb der Häuslichkeit, aber wohnortnah ermöglicht. Altersgerechtes und alternatives Wohnen wird ungenügend gefördert. Gemeinschaftliche kulturelle Angebote sind nicht finanzierbar oder nicht erreichbar ohne passenden öffentlichen Nahverkehr. Barrierefreie Einkaufsmöglichkeiten und Arztpraxen fehlen. Freiwillige soziale Leistungen wurden in vielen Kommunen gekürzt oder gestrichen.

Viele Kommunen haben die Altenhilfeplanung aufgegeben. Für private Anbieter rechnet sich die ambulante Versorgung in der Fläche nicht. Alternative kommunale Leistungserbringer stehen nicht mehr zur Verfügung. Kultursensible und genderspezifische Pflegeleistungen fehlen. Bürgerschaftliches Engagement kann professionelle ambulante Pflege nicht ersetzen. Pflegenden Angehörigen tragen oft die Hauptverantwortung, weil professionelle Pflege für viele Familien zu teuer ist oder nicht angeboten wird. Zugleich wachsen die finanziellen Belastungen der Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Familien (vgl. Barmer GEK Pflegereport 2015, S. 110).

Die soziale Ungleichheit wächst, viele Menschen mit Pflegebedarf und viele Kommunen werden zunehmend belastet. Trotz der Leistungsverbesserungen in den vergangenen Jahren bleibt der Wert der Leistungen der Pflegeversicherung hinter den Kostensteigerungen zurück. So verschlechtern sich Pflegequalität und Personalausstattung durch Lohndumping und Unterqualifizierung. Dennoch verzichtete die Bun-

desregierung im Pflegestärkungsgesetz II auf jegliche Rahmenvorgaben zur Personalausstattung für den erhöhten Pflegeaufwand durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Es fehlt nicht nur eine regelgebundene Anpassung der Pflegesätze an die Kostenentwicklung. Die Teilkostendeckung der Pflegeversicherung, die Konkurrenz der Leistungsanbieter um niedrige Pflegekosten und wachsende Altersarmut zwingen immer mehr Menschen mit Pflegebedarf, Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII in Anspruch zu nehmen. Die Zahl der Leistungsbezieherinnen und -bezieher stieg von 2004 bis 2014 von 328.324 auf 452.514. Davon lebten 71 Prozent in Pflegeheimen. Zwei Drittel waren Frauen. Die Ausgaben der örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe erhöhten sich im gleichen Zeitraum von 3,15 auf 4,01 Milliarden Euro (vgl. www.gbe-bund.de). Das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik in Köln geht davon aus, dass durch die Umstellung auf das neue Begutachtungsverfahren die Hilfe zur Pflege „in gleichem Maße zusätzlich belastet wird wie die Pflegeversicherung, d. h. um jährlich 14 Prozent der Ausgaben (...) zuzüglich einmalig 17 Prozent der Ausgaben für vier Jahre“ der Überleitung (vgl. Dr. D. Engels „Kurzstudie zu den Auswirkungen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes auf die Träger der Sozialhilfe“, S. 9). Die Bundesregierung hat – trotz ausdrücklicher Forderung durch den Bundesrat – weder den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem Pflegestärkungsgesetz II auf den Leistungsbereich des SGB XII übertragen, noch die Ungleichbehandlung von anerkannt pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen behoben.

Das bestehende System der Pflegeversicherung bedarf der Neuausrichtung. Durch eine Pflegevollversicherung auf der Basis solidarischer Einnahmensicherung kann pflegebedingte Armut verhindert werden. Inklusiv ausgestaltete kommunale und regionale Rahmenbedingungen würden gleichwertig hohe und bezahlbare Pflegequalität an allen Lebensorten sichern. Die sozialstaatliche Steuerung in der Pflege ist zurückzugewinnen und gerecht auszugestalten. Maßstab muss ein teilhabeorientiertes, inklusives Alters-, Gesundheits- und Behinderungsverständnis sein, zu dem Pflege als Sorgearbeit gehört. „Pflege ist der Aspekt des Lebens, an dem sich die Solidarität und Humanität unserer Gesellschaft im Umgang mit hilfsbedürftigen Menschen – alten wie jungen, gesunden und kranken, behinderten und nicht behinderten – beweist.“ („Gute Pflege vor Ort“, ebd., S. 5).

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, Maßnahmen zu ergreifen und Gesetzentwürfe vorzulegen,

1. um gleichwertige Lebensbedingungen in der Pflege für jeden Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf und gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in allen Regionen zu schaffen, mit dem Ziel, jeder und jedem zu jeder Zeit eine bedarfsdeckende Versorgung in hoher Qualität unabhängig vom Lebensort oder von der sozialen Situation zu sichern.

a) Die Leistungsausgestaltung des Pflegestärkungsgesetzes II ist ohne Abstriche in den Leistungsbereich des SGB XII zu überführen. Pflegebedürftige Menschen, die Sozialhilfe beziehen, dürfen leistungsrechtlich nicht schlechter gestellt werden als pflegebedürftige Menschen ohne Sozialhilfebezug. Die Finanzierung der Leistungsausgestaltung des Pflegestärkungsgesetzes II im Siebten Kapitel des SGB XII wird analog zu § 46a Viertes Kapitel SGB XII geregelt.

b) Über die Pflegesatzverhandlungen, insbesondere über Höhe und Ausgestaltung der Pflegesätze und der Investitionskostenzuschüsse für Menschen mit Pflegebedarf wird Transparenz geschaffen.

- c) Die Pflegekommission nach § 13 Arbeitnehmer-Entsendegesetz (AEntG) wird umgehend neu einberufen, um die Entlohnung an den erhöhten Pflegeaufwand infolge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs anzupassen. Die Pflegekommission wird mit Vertretern der Pflegekassen und von Interessenverbänden der Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Angehörigen erweitert.
 - d) Der Pflegemindestlohn wird im Zuge der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 auf 12,50 Euro je Arbeitsstunde gleichermaßen in allen Bundesländern angehoben. Verstöße gegen den Pflegemindestlohn werden wirksamer sanktioniert. Die Schutzfunktion des Arbeitszeitgesetzes für die Beschäftigten in der Pflege, insbesondere zur Einhaltung der Ruhezeiten, ist zu sichern.
 - e) Die Pflegekassen werden als Rehabilitationsträger im § 6 SGB IX und gleichlautend im SGB XI sowie im Bundesteilhabegesetz verankert. Kosten der medizinischen Rehabilitation sind von den Krankenkassen, Kosten der geriatrischen Rehabilitation von den Pflegekassen zu tragen.
 - f) Der gemäß § 17a SGB XI einberufene Beirat zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird beauftragt, Empfehlungen zur Personalausstattung, zu den fachlichen Anforderungen für Unterstützungsleistungen nach den §§ 45a bis 45d SGB XI (neu) sowie zur notwendigen Beratungsqualität zur Verfügung zu stellen und deren Umsetzung zu evaluieren.
 - g) Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V dürfen nicht als Sachleistungsbeträge über das SGB XI mitfinanziert werden. Der Anspruch auf verrichtungsbezogene, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen (medizinische Behandlungspflege) nach § 37 SGB V wird vollumfänglich als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt. Das gilt auch in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe.
 - h) Bisherige Leistungen der Eingliederungshilfe dürfen nicht unter Berufung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in Pflegeleistungen umgewandelt werden. Pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen dürfen Leistungen der Eingliederungshilfe nicht unter Verweis auf vorliegende Pflegebedürftigkeit verwehrt werden;
2. um die öffentliche Steuerungshoheit für eine flächendeckende und bedarfsgerechte Pflegeversorgung zurückzugewinnen und Eckpunkte für eine verbindliche Pflegebedarfsplanung zu entwickeln und umzusetzen.
 - a) Der Bedarf an ambulanten und stationären Pflegeleistungen ist wissenschaftlich fundiert und unter Berücksichtigung von unbezahlter Pflegearbeit zu ermitteln. Bei erwiesenen Lücken in der professionellen Pflege sind aus Mitteln der Pflegekassen auch Maßnahmen der Versorgungssteuerung zu entwickeln und anzuwenden. Infrage kommen etwa Niederlassungsanreize, Vergütungsregelungen und Fortbildungen.
 - b) Der Landespflegeausschuss nach § 8a SGB XI wird zusammen mit dem Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V unter breiter Einbeziehung von Leistungserbringerinnen und -erbringern der Pflege, der Pflegekassen sowie der Kommunen so weiterentwickelt, dass er den Sicherstellungsauftrag für eine bedarfsgerechte und flächendeckende Pflege übernehmen kann. Vertreterinnen und Vertreter zu pflegender Menschen und bürgerschaftlich engagierte Unterstützer werden verbindlich beteiligt. Der Sicherstellungsauftrag beinhaltet auch Standards der Qualitätssicherung und zur Personalausstattung, sowohl stationär als auch ambulant, sowie Maßnahmen für Prävention und Rehabilitation.
 - c) Der Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI wird so ausgestaltet, dass er bundeseinheitliche und verbindliche Richtlinien für die Sicherstellung der Pflegeversorgung erarbeiten kann. Dabei erhalten Vertreterinnen und Vertreter

- der Menschen mit Pflegebedarf ein Mitbestimmungsrecht mindestens über ein Benennungsrecht für ständige unparteiische Ausschussmitglieder.
- d) Die Bundesregierung beruft ein Expertengremium für Best-practice-Empfehlungen, um regionale Gesundheits- und Pflegekonferenzen einzurichten. Die Gesundheits- und Pflegekonferenzen bringen Vertreterinnen und Vertreter von Pflege- und Gesundheitsberufen, Kommunen, Patienten- und Behindertenvertretungen sowie weitere Bereiche mit Einfluss auf die öffentliche Gesundheitsförderung zusammen. Neben Versorgungsverbesserungen in der Pflege können insbesondere Maßnahmen für Prävention und zur Teilhabeentwicklung im öffentlichen Raum vereinbart werden. Die Konferenzen erhalten ein Vorschlagsrecht in den Landespflegeausschüssen. Ihre Vorschläge sind in die Zulassungsverfahren von Pflegeeinrichtungen nach § 69 SGB XI einzu beziehen. Ihre Kompetenzen werden bundeseinheitlich im SGB XI verankert.
 - e) Die Bundesregierung wirkt aktiv darauf hin, von den Kostenträgern und Leistungserbringern unabhängige Qualitätskontrollen unverzüglich zu verstärken. Die Heimaufsicht wird personell und finanziell gestärkt und die Heimbeiräte werden wirksam beteiligt. Bundeseinheitliche Prüfstandards werden auch für die ambulante Versorgung entwickelt. Unabhängige Beschwerdestellen auf Bundes- und Landesebene sind mit Befugnissen zum Schutz von Whistleblowern einzurichten und öffentlich zu finanzieren;
3. um die Pflege qualitativ zu verbessern und um Menschen mit Pflegebedarf sowie die Kommunen nachhaltig zu stärken, ist die finanzielle Ausstattung der Kommunen und der Pflegeversicherung solidarisch auszugestalten.
- a) Mit der im Pflegestärkungsgesetz II für 2018 vorgeschriebenen Einführung neuer Qualitätsstandards werden alle pflege- und betreuungsbedingten Leistungen aus den Pflegesätzen durch die Pflegeversicherung in voller Höhe übernommen. Das gilt auch für die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII.
 - b) Mit der Einführung der Pflegevollversicherung ist zu beginnen. Alle Menschen mit Pflegebedarf sollen die Gewissheit haben können, dass sämtliche im Pflegefall entstehenden Kosten im erforderlichen Maße finanziert werden. In einem ersten Schritt werden die Eigenanteile der Versicherten an den Pflegesätzen eingefroren und dann stufenweise bis zu ihrer Abschaffung abgebaut.
 - c) Um die Pflegevollversicherung zu finanzieren, wird das Nebeneinander von sozialer und privater Pflegeversicherung beendet und alle Einkommen werden in die solidarische Pflegeversicherung einbezogen. Der Pflege-Bahr wird abgeschafft. Für die Versicherten ist ein Rückabwicklungsrecht vorzusehen.
 - d) Mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist eine jährliche regelgebundene Dynamisierung zur Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung an die Steigerungen der Pflegekosten, insbesondere für Personal, Heimentgelte und ambulante Sachleistungen einzuführen. Diese Leistungsdynamisierung soll sich zu zwei Dritteln an der allgemeinen Lohnentwicklung und zu einem Drittel an der allgemeinen Preisentwicklung orientieren. Eine erstmalige Anpassung soll zum 1. Januar 2017 erfolgen.
 - e) Ein steuerfinanziertes Förderprogramm für die Entwicklung einer inklusiven Sozialraumgestaltung, für alternative gemeinschaftliche Wohnformen, für haushaltsnahe Unterstützungsleistungen und eine teilhabeorientierte Pflegeinfrastruktur ist aufzulegen.

Berlin, den 8. Juni 2016

Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

Begründung

Gute Pflege ist ein Menschenrecht. In der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ heißt es in Artikel 4: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung“. Die UN-Behindertenrechtskonvention gilt auch für Menschen mit Pflegebedarf. Artikel 19 dieser Konvention betont das Recht von Menschen mit Behinderungen, „mit den gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben“ (UN-Behindertenrechtskonvention, Art. 19).

Aus diesen Menschenrechtsverträgen – in der Bundesrepublik Deutschland geltendes Recht – erwächst die staatliche Verpflichtung, diese Rechte zu achten, zu schützen und zu gewährleisten. Insbesondere die Gewährleistung einer teilhabeorientierten Pflege muss wieder stärker Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge werden. Dies ist nur als gemeinschaftliche Aufgabe von Bund, Ländern und Kommunen zu sichern.

Teilhabeorientierte Pflege und Gewinnmaximierung schließen sich aus. Pflege vom Menschen her zu denken und menschenrechtlich auszugestalten, heißt zuerst, jedem Menschen mit Pflegebedarf die Gewissheit zu geben, dass alle pflegebedingten Kosten auch finanziert werden. Armut darf nicht von guter Pflege ausschließen. Pflege darf nicht arm machen. Der Weg dorthin ist die Abkehr von der Teilkostendeckung und der Übergang zu einer Pflegevollversicherung.

Mit der Pflegevollversicherung gewinnen alle. Menschen mit Pflegebedarf erhalten alle notwendigen Leistungen. Das Angebot steht in hoher Qualität zur Verfügung. Familienangehörige werden entlastet: weniger Leistungen müssen familiär erbracht werden. Gewinnen werden vor allem Frauen – sie stellen die Mehrheit der pflegenden Angehörigen und Beschäftigten in der Pflege. Mehr Zeit, Gesundheit und Lebensqualität schaffen Freiräume für Teilhabe und Gemeinsamkeit mit dem zu pflegenden Menschen. Angehörige müssen auch finanziell nicht mehr einspringen. Die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII kann gänzlich entfallen. Das entlastet neben den Menschen mit Pflegebedarf und ihren Familien auch die Kommunen.

Öffentliche Strukturen für eine selbstbestimmte und bedarfsgerechte Pflege werden ebenso gebraucht, um die großen regionalen Unterschiede in der Leistungserbringung abzubauen. Der Verfassungsauftrag, gleichwertige Lebensverhältnisse nach Artikel 72 Absatz 2 des Grundgesetzes zu sichern, muss auch in der Pflege – gemeinsam mit den Strukturen der Selbstverwaltung – erfüllt werden.

Die Pflegereformen der vergangenen Jahre haben ein Grundproblem des deutschen Pflegesystems nicht gelöst. Der angekündigte Paradigmenwechsel durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs blieb aus. Leistungsverbesserungen werden im Wesentlichen als Geldleistungen für die häusliche Pflege erbracht, ohne die Strukturen der Leistungserbringung zu stärken, nach einheitlichen Qualitätsmaßstäben auszurichten und die Personalausstattung sowie die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Die öffentliche Steuerungsfunktion für eine hochwertige Pflege wurde nicht weiterentwickelt. Häusliche Pflege wird ausgebaut, ohne die professionelle Leistungserbringung zu sichern und weitere finanzielle Belastungen der Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Familien zu verhindern. Die Sparpolitik der Bundesregierung geht einher mit einer drastischen Reduzierung der öffentlichen Daseinsvorsorge. In vielen Regionen fehlt eine auf Integration und Inklusion ausgerichtete öffentliche Infrastruktur.

Hauptursachen sind die fehlende Finanzierungsgrundlage für eine teilhabeorientierte Pflege und ausbleibende Investitionen in die öffentliche Infrastruktur. Nur die solidarische Pflegeversicherung (Bürgerinnen- und Bürgerversicherung) und die Stärkung der Finanzkraft der Kommunen durch eine steuerliche Umverteilung schaffen die nötigen Gestaltungsspielräume für ein würdevolles Altern, eine bedarfsgerechte Pflege und die Teilhabe aller Menschen am Leben in der Gemeinschaft.

