

Trägerverein: Verein zur Förderung von
Mitwirkung und Teilhabe älterer Menschen in
Thüringen e.V.



Moderne Pflegepolitik für Thüringen

Ein Thesenpapier zu Herausforderungen in der Pflege in Thüringen

Jena, Mai 2023

Dr. Jan Steinhaußen (Landesseniorenrat Thüringen)

steinhaussen@landesseniorenrat-thueringen.de

Inhalt

	Präambel	3
A.	Kurzfassung –	5
	Thesen und Forderungen für eine moderne Pflegepolitik in Thüringen	
B.	Langfassung –	9
	Thesen und Forderungen für einer modernen Pflegepolitik in Thüringen – erläuternde Perspektiven	
1.	Zur Situation	9
2.	Der (pflegebedürftige) Mensch und pflegende Angehörige im Mittelpunkt der Pflege(politik) – Exklusionsgefährdung von Menschen mit Pflegebedarf	11
3.	Die Pandemiebewältigung in der Pflege	13
4.	Moderne Pflegepolitik und Armut	15
5.	Diversität und die Notwendigkeit einer differenzierten Berichterstattung	18
6.	Pflegeplanung und Pflegepolitik	19
7.	Prävention und Gesundheitsförderung vor Pflegebedürftigkeit und in der Pflege	22
8.	Subsidiarität und kommunale Verantwortung für die Pflege	24
9.	Das Landesprogramm für das solidarische Zusammenwirken der Generationen (LSZ) – ein Landesprogramm für Pflege	29
10.	Interessenvertretungen von Menschen mit Pflegedarf sowie von Pflegerinnen	30
11.	Landesgremien für Pflege – Etablierung einer Landespflegekonferenz	32
12.	Die Pflegerinnen – „die letzte Seite“	34
13.	Literatur	40

Präambel

Der Landesseniorenrat ist qua Gesetz aufgefordert, Stellungnahmen zu Themen abzugeben, die für Seniorinnen und Senioren wichtig sind. Die Pflege ist für Ältere ein existentieller Bereich. Sie sind - statistisch gesehen wird mehr als jede zweite Person in Deutschland im Laufe ihres Lebens einmal pflegebedürftig! – von Pflege selbst betroffen. Und sie sind selbst Pflegenden.

Es geht aber nicht nur um die Älteren. Die meisten Menschen, die als Angehörige pflegen, sind im mittleren Alter. Auch die in professionellen Settings Pflegenden sind zumeist im mittleren Alter.

So gut wie alle, die mit Gegenständen der Pflege befasst sind, sind oder werden von Pflege betroffen sein. Jeder redet über seine Gegenwart und seine eigene Zukunft. „Wie wollen wir, wie möchte ich gepflegt werden?“ Die (potentielle) Betroffenheitsperspektive sollte Empathieressourcen für das Thema der Pflege freisetzen.

Die vorliegenden Thesen, die die bisherigen fortschreiben, erweitern die Perspektiven. Sie sind keine vordergründige Kritik an der Pflegepolitik in Thüringen. Eher konstatieren sie, dass eine solche nach wie vor nicht formuliert und profiliert ist. Wir halten das nach einer achtjährigen Regierungszeit, in der zweifellos wichtige sozialpolitische Projekte und Programme realisiert wurden, angesichts der Herausforderungen im Pflegebereich für einen bedenklichen Befund, zumal es an Hinweisen und Empfehlungen ganz gewiss nicht mangelte.

Insofern richten sie sich auf die unmittelbare Gegenwartsbewältigung sowie die Zukunft. Sie plädieren dafür, ohne dass ihnen ein apodiktischer Anspruch unterstellt werden darf, dass eine kohärente Landespolitik für die Pflege unter Einbeziehung der involvierten Akteure formuliert wird.

Das in der Überschrift verwendete Attribut „modern“ versteht sich als ein konträres Attribut zu „neoliberal“ und ist im Sinne von „liberal“ zu interpretieren. Die implizit unterstellte „neoliberale Rationalität“ der gegenwärtigen Pflegepolitik richtet sich nicht gegen die vielen privaten Dienstleister, die insbesondere im ländlichen Raum versuchen, gute Dienstleistungsangebote zu generieren, sondern sie charakterisiert ein Staatsverständnis, das die Pflege als Teil der kommunalen Daseinsvorsorge dem „Markt“ überlässt und seine Verantwortlichkeit überwiegend auf eine bürokratische Kontrollaufsicht beschränkt. „Modern“ bezieht sich hingegen auf eine Politik, die vom Menschen her denkt, die dessen individuelle Teilhabe und Selbstbestimmung stärkt, die partizipativ formuliert ist, die subsidiäre Impulse setzt, die Verantwortung übernimmt und Handlungsmacht demonstriert. Der Staat hat auf der Ebene des Bundeslandes für die Pflege kein Unterlassungsmandat. Er ist aufgefordert, sich den Problemen von in ihrer Teilhabe gefährdeten Menschen anzunehmen. Die Pflege ist ein inzwischen normaler Lebensabschnitt, für den die Teilhabegewährung ebenso normal ist oder sein müsste. Diesem Imperativ der Teilhabegewährung hat sich Politik zu verpflichten.

Das aktuelle Forderungs- und Diskussionspapier zu Themen der Pflege setzt die Diskussion aus den Jahren 2018 und 2021 fort. Der Landesseniorenrat hatte in diesen Jahren Thesen für eine moderne Pflegepolitik in Thüringen formuliert, die in verschiedenen Kontexten zirkulierten und diskutiert wurden. Sie wurden mit den sozialpolitischen Vertretern der Fraktionen des Thüringer Landtages diskutiert. Zu einer wirklichen Auseinandersetzung mit Vertretern des für Pflege zuständigen Ministeriums kam es aber nicht, was durchaus die Frage aufwirft, welchen Wert deliberative Bemühungen haben. Wir können unterstellen, dass die Pandemiebewältigung Ressourcen weitgehend absorbierte.

Das Forderungs- und Diskussionspapier formuliert Vorschläge und Forderungen. Diese sind nicht „aus der Luft gegriffen“. Die wesentlichen Quellen sind die profunden empirischen Untersuchungen und Studien der Kranken- und Pflegekassen, die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege sowie der Siebte Altenbericht. Insofern verwundert es, dass diese Dokumente in Thüringen offenbar keinen Nachklang und keine

Wirkung erzielen.

Die vorliegenden Thesen beziehen sich überwiegend auf den Freistaat Thüringen und seine Kommunen. Sie verstehen sich als Diskussionsbeitrag. Sie richten sich an die Landespolitik und -verwaltung, die für die Pflege Verantwortung tragen, des Weiteren an Verbände und Akteure in der Pflege, nicht zuletzt an Betroffene und pflegende Angehörige und deren Interessenvertretungen.

Kurzfassung

A. Thesen und Forderungen für eine moderne Pflegepolitik in Thüringen - Zusammenfassende Thesen und Forderungen

1. Zur Situation

In den letzten drei Jahren sind mit Bezug auf Thüringen im Bereich der Pflege verschiedene Prozesse in Gang gekommen, die sich auf struktureller und Verordnungsebene nachweisen lassen. Diese Veränderungen und Entwicklungen sind substantiell und zu würdigen. Sie sind aber nicht ausreichend. Die landespolitischen Aktivitäten werden den Herausforderungen in der Pflege nicht gerecht. Die Coronapandemie hat in verschiedener Hinsicht gravierende und systemische Schwächen des Pflegesystems offengelegt, die auf strukturelle Defizite in der Langzeitpflege weisen. Die Situation in der Langzeit- und in Teilen auch der Krankenhauspflege hat sich seit der Pandemie in Teilen dramatisch verschärft. Insofern gibt es Handlungsbedarf.

2. Exklusionsgefährdung von Menschen mit Pflegebedarf

Pflegebedürftige Menschen gehören zu einer der größten Gruppen von Menschen, deren Teilhabemöglichkeiten beschränkt und gefährdet sind. Sie sind häufig eher Teil einer ökonomischen Versorgungs- und Verwertungskette als das Ziel von Politik. Einen Menschen in einer existentiellen Situation auf einen Kundenstatus von standardisierten Leistungsangeboten zu reduzieren, beraubt ihn seiner Persönlichkeit. Er wird zum Objekt staatlich reglementierter Dienstleistungen.

Notwendig ist eine ganzheitliche Wahrnehmung von Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen, die deren Leben nicht auf die Pflege reduziert. Notwendig ist des Weiteren auf der Grundlage der UN-Behindertenrechtskonvention eine inklusive Pflegepolitik, die die individuellen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen wahr- und ernstnimmt.

3. Die Pandemiebewältigung in der Pflege

Die Exklusionsvalenzen des deutschen Pflegesystems haben sich während der Coronakrise verschärft. Ins Gewicht fielen Isolierungsmaßnahmen und Menschenrechtsbeschränkungen, die Reduktion von Versorgungsangeboten, eine medizinische und therapeutische Unterversorgung sowie die trotz gravierender Schutzmaßnahmen hohe Sterblichkeitsrate in Pflegeeinrichtungen. Die Pandemie hat verschiedene Schwächen des Pflegesystems offengelegt.

Notwendig ist, dass die für den Pflegebereich in Thüringen getroffenen Maßnahmen im Nachgang adäquat bewertet werden. Das schließt eine Fehleranalyse und eine Analyse der Menschenrechtsverletzungen im Pflegebereich ein. Notwendig ist des Weiteren, dass ein System von Schutzmaßnahmen entwickelt wird, das die humanitären Standards in Krisensituationen nicht außer Kraft setzt.

4. Moderne Pflegepolitik und Armut

Die gegenwärtige Konstruktion der Pflegeversicherung verweist auf verschiedene mit der Finanzierung der Pflegeversicherungen zusammenhängende Dilemmata, vor allem aber auf systemische Benachteiligungen und Ungerechtigkeiten insbesondere gegenüber Frauen, die Care-Arbeit leisten und die von Pflegebedürftigkeit und Pflege selbst viel stärker betroffen sind als Männer. Die Pflege wird ganz generell, ob man selbst gepflegt wird oder ob man Angehörige

pfllegt, zu einem Armutsrisiko, das in nicht geringem Umfang auch von Sozialhilfeträgern getragen werden muss, und führt zu einer eklatanten Teilhabegefährdung.

Solche Befunde sind nicht hinnehmbar. Notwendig ist aus unserer Sicht eine solidarische Reform der Pflegeversicherung, durch die hochaltrige Menschen aus Einkommenssicht nicht in strukturell verursachte Armut fallen. Wir erwarten eine Position des Freistaates, die auch hinsichtlich der Finanzierung von einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung ausgeht.

5. Diversität und die Notwendigkeit einer differenzierten Berichterstattung

Es fehlt – bezogen auf Thüringen, obwohl es verschiedenste Sozialberichte gibt – eine elaborierte Berichterstattung über die Lebenssituation von Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Angehörigen sowie über die aktuellen und künftigen Bedarfslagen. D. h., die Bereitstellung/Erhebung von Pflegedaten in Thüringen ist unzureichend. Auch die Sozialämter verfügen über keine adäquaten Instrumente, Pflegedaten im kommunalen Bereich zu erfassen. Die Kommunen wissen nicht, wer pflegebedürftig ist und wer Angehörige pflegt. Eine Auskunftspflicht von Dienstleistern besteht nicht. D. h., Sozialämter besitzen in der Regel keine Daten über den Auslastungsgrad von Pflegeeinrichtungen, über freie Plätze in Pflegeheimen, über den aktuellen Fachkräftebedarf, über die Kündigung von Pflegeverträgen wegen Personalmangels, über die Inanspruchnahme oder Nichtinanspruchnahme von Pflegeleistungen.

Notwendig ist sowohl auf Landes- als auch auf kommunaler Ebene eine differenzierte Berichterstattung über die Situation pflegebedürftiger Menschen und pflegender Angehöriger sowie über die Leistungsangebote in der Pflege und Pflegeprävention. Sie muss darstellen, wo es Angebotsdefizite, Gefährdungen, Unterversorgung, Investitionsbedarfe u. dgl. gibt. Sie ist gesetzlich zu regeln.

6. Pflegeplanung und Pflegepolitik

Während es für die wichtigsten sozialen Bereiche Planungsverpflichtungen gibt, fehlt diese für den Pflegebereich vollständig. Sie ist weder etabliert noch gibt für die kommunale Verwaltung überhaupt eine definierte Verantwortlichkeit für die Pflege oder eine Altenhilfe- bzw. Pflegeplanung. Sie ist notwendig, weil ein Fachkräftemangel besteht, die Angebotssteuerung nicht adäquat funktioniert und Teilhabegefährdungen drohen und bestehen. Vor diesem Hintergrund muss es eine Planungsverpflichtung für das Land und die Kommunen geben, die in einem Alten- und Pflegegesetz zu regeln ist. Eine adäquate Bedarfserhebung ist Voraussetzung für die Formulierung einer modernen Pflegepolitik, die in Thüringen nicht konturiert und formuliert ist. Es fehlen politische Leitziele, eine Pflegestrategie und Maßnahmen, die koordiniert umgesetzt werden.

Notwendig ist die Konturierung einer Landespflegepolitik. Sie muss fokussiert sein auf die häusliche Pflege, die Unterstützung pflegender Angehöriger und eine kommunale unterstützende Infrastruktur, alternative ambulante Wohnformen für die Langzeitpflege, auf Prävention sowie die Verhinderung und das Hinausschieben von Pflegebedürftigkeit auf ein höheres Lebensalter.

7. Prävention und Gesundheitsförderung vor Pflegebedürftigkeit und in der Pflege

Pflegepolitik nimmt ihren Ausgangspunkt nicht bei fatalistischen Pflegeszenarien, sondern bei Gesundheitsförderung und Prävention: „Prävention vor Rehabilitation vor Pflege“. Es geht um Prävention vor Pflegebedürftigkeit. Sie hat das Ziel, Pflege zu verhindern oder Pflegebedürftigkeit auf ein höheres Lebensalter hinauszuschieben. Des Weiteren geht es um Gesundheitsförderung

und Prävention in der Pflege sowohl für Pflegebedürftige als auch für Pflegende. Notwendig ist eine KEHRTWENDE der Pflegepolitik. „Eine Kehrtwende kann nur durch die konsequente Umsetzung gesundheitsförderlicher und präventiver sowie rehabilitativer Maßnahmen erreicht werden“ (Pflege-Report 2021, S. 100). Dabei erscheinen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere auch dann notwendig, wenn ein Pflegefall eingetreten ist.

8. Subsidiarität und kommunale Verantwortung für die Pflege

Pflegepolitik ist im Kern subsidiär. Subsidiarität stärkt demokratische und zivilgesellschaftliche Strukturen in den Kommunen. Sie orientiert auf die Familie, auf Nachbarschaften, Quartiere, Vereine und andere Formen der Selbstorganisation.

Die Kommunen spielen dabei, insbesondere aber für die Absicherung der Daseinsvorsorge eine entscheidende Rolle. Die Pflege gehört dazu. Handlungsfelder der Kommunen im Bereich der Pflege sind für die Kommunen: die Sicherstellung, den Ausbau und die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten örtlichen pflegerischen Versorgungsstruktur, die Entwicklung und Förderung einer lokalen Sorgeskultur und die Entwicklung neuer Pflegewohnformen, insbesondere ambulant betreute Wohngemeinschaften und betreute und mit Serviceleistungen verbundene Wohnformen. Sie haben in diesem Zusammenhang eine Planungs-, Sicherstellungs- und Vernetzungsverantwortung. Diese Aufgaben sind durch das Land gesetzlich zu regeln und durch ein entsprechendes Programm zu unterstützen.

9. Das Landesprogramm für das solidarische Zusammenwirken der Generationen (LSZ) – ein Landesprogramm für Pflege

Das Landesprogramm für das Solidarische Zusammenwirken der Generationen ist in seiner Systemlogik und Zielstellung ein deutschlandweit singuläres Förderprogramm, dessen Modernität sein subsidiärer Ansatz ist.

Angesichts der gravierenden Herausforderungen in der Pflege, der existentiellen Lebenslagen im hohen Alter, der Bedeutung der Sorgearbeit von pflegenden Angehörigen bei extremsten Belastungen sowie der dem Pflegebereich inhärenten Logik ist ein vergleichbares Landesprogramm für Pflege sinnvoll, das die Absicherung einer ergänzenden Pflegeinfrastruktur, die Unterstützung neuer Versorgungs- und Wohnformen sowie die Unterstützung von pflegenden Angehörigen zum Ziel hat.

10. Interessenvertretungen von Menschen mit Pflegebedarf sowie von Pflegenden Befunde

Menschen mit Pflegebedarf gehören zu der Gruppe von Menschen, die von Teilhabebeschränkungen am stärksten bedroht sind. Kommunikationsreduzierte, betreuungsarme und relativ geschlossene Pflegesettings (die häusliche Pflege ist hier inbegriffen) sind verbreitet. Gewaltphänomene sind keine marginale Erscheinung. Die Selbstvertretungsmöglichkeiten in sozialen Organisationen sind gering und entfalten entsprechend wenig Wirkung.

Notwendig ist, dass die Interessenvertretung von Menschen mit Pflegebedarf und pflegenden Angehörigen gesetzlich geregelt und gestärkt wird. Sie kann explizit im Thüringer Gesetz zur Stärkung der Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte von Senioren und im Thüringer Gesetz zur Inklusion und Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen geregelt werden. Alternativ und besser: in einem Altersstruktur- oder Pflegegesetz.

11. Landesgremien für Pflege

Es gibt ein landespolitisch relevantes Gremium, das auf Pflegepolitik Einfluss nehmen könnte: den Landespflegeausschuss. Er dient allerdings lediglich der Beratung über Gegenstände, die sich aus dem SGB XI ergeben. Er ist in seiner Zusammensetzung und inhaltlichen Orientierung in der bestehenden Weise nicht mehr zeitgemäß.

Deshalb bedarf es einer Landespflegekonferenz, die explizit politisch agiert, die dauerhaft etabliert und gesetzlich geregelt ist, die sich um existentielle Belange von Menschen auf einer politischen Ebene kümmert und die dem Gesetzgeber entsprechende strategische Optionen offeriert. Ihr gehören außer den Leistungserbringern und den Pflegekassen vor allem kommunale und zivilgesellschaftliche Akteure sowie Interessenvertretungen an, des Weiteren aber auch Vertreter der Hausärzte und Krankenhäuser. Anliegen einer Landespflegekonferenz wäre die Diskussion einer modernen, präventions- und inklusionsorientierten, auf die Rolle der Kommunen orientierenden Pflegepolitik mit dem Fokus auf deren kommunale Verantwortung in der Pflege und entsprechende Politikempfehlungen.

12. Die Pflegenden

Es geht um familial Sorgende, d. h., insbesondere um pflegende Angehörige, sowie professionell Pflegende. Es bedarf einer Hinwendung der Landespolitik zur häuslichen Pflege und zu ambulanten Versorgungssettings.

Ohne Angehörigenpflege geht im deutschen Pflegesystem nichts. Ca. 80 % der Pflegebedürftigen werden in Deutschland und Thüringen innerhalb der Familie gepflegt, betreut und versorgt. Notwendig ist der Anspruch auf eine Lohnersatzleistung, des Weiteren ein Rechtsanspruch auf unterstützende Leistungen, der landesgesetzlich zu regeln ist, weitere Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie, bedarfsgerechte Angebote für Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige, Rechtsinformationen und Möglichkeiten für den Erfahrungsaustausch, präventive Beratung und Begleitung bei Pflegegrad 1, um häusliche Pflegesettings zu ermöglichen und zu stabilisieren, den unkomplizierten Zugriff auf personelle Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungsressourcen, bei Notsituationen, nach Krankenhausaufenthalten, um Erholung und Freizeit zu ermöglichen u. a. m.

Der Mangel an Menschen, die beruflich Menschen pflegen und betreuen, ist eklatant.

Als Optionen galten und gelten:

- Gehaltssteigerungen, die Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Wertschätzung für Pflegende
- ein Imagewandel der Pflege
- die Fachkräftegewinnung im Ausland
- Zugangserleichterungen für Menschen, die im Pflegeberuf tätig sein wollen
- die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- eine konsequente Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“

Es geht aber auch um eine Gesamtstrategie, um die Förderung präventiver Potentiale und um eine neue Kultur des Pflegens.

Langfassung

B. Thesen und Forderungen für eine moderne Pflegepolitik in Thüringen – erläuternde Perspektiven

1. Zur Situation

Menschen mit Pflegebedarf sind wie kaum eine andere Bevölkerungsgruppe von Teilhabebeschränkungen bedroht und betroffen. Ihre Pflege wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zu einer der größten gesellschaftlichen Herausforderungen nicht nur für die Bundes-, sondern gleichermaßen für die Landes- und Kommunalpolitik. Sie bestehen u. E. unter anderem in

- der Humanisierung von Pflegesettings
- der Aufrechterhaltung familiärerer Pflegebereitschaft und der Verbesserung der Bedingungen für häusliche Pflege
- der Gewinnung von Menschen, die den Pflegeberuf ausüben
- der Absicherung adäquater, sektorenübergreifender, präventions- und inklusionsorientierter Pflegeangebote (vor allem in ländlichen Gegenden)
- der Aktivierung von Menschen aus der Zivilgesellschaft für die Pflege sowie
- der Finanzierung des Pflegesystems.

Die Herausforderungen sind vor dem Hintergrund des demografischen Wandels so fundamental, wie für kaum einen anderen sozialen Bereich. Sie sind derart, dass nicht über die Zukunft, sondern die unmittelbare Gegenwart verhandelt wird.

In den letzten drei Jahren sind mit Bezug auf Thüringen verschiedene Prozesse in Gang gekommen, die sich auf struktureller und Verordnungsebene nachweisen lassen:

- Innerhalb des TMASGFF gab es strukturelle Veränderungen, deren Sinn sich Außenstehenden nicht sofort erschließt. Die Pflege erscheint fachlich vor allem dem Sozialen, aber natürlich auch der Gesundheit verbunden. Die Pflege wurde jedenfalls der Abteilung 4 Gesundheit (jetzt Gesundheit und Pflege) zugeordnet. Mit dieser Zuordnung war die Bildung einer Referatsgruppe 4A Pflege, Heilberufe, ambulante Versorgung verbunden, die mit folgenden Referaten arbeitet:
 - o Referat 4A 1 – Heil- und Pflegeberufe,
 - o Referat 4A 2 – Ambulante Versorgung, Sicherung der ärztlichen Versorgung,
 - o Referat 4A 3 – Grundsatzangelegenheiten Pflege und Pflegeversicherung, Hospiz und
 - o Referat 4A4 – Pflegerische Strukturen
- In der Abteilung für Gesundheit wurde eine „Beauftragte für die Belange der Pflege und Patient:innen“ etabliert, die bei Beschwerden und Anliegen von Patienten und Pflegebedürftigen zwischen Leistungserbringern und Betroffenen vermittelt. Es handelt sich ausdrücklich nicht um eine Interessenvertretung für Patient*innen und Pflegebedürftige, sondern um ein Vermittlungsangebot.
- Geplant ist die Etablierung einer Zukunftswerkstatt zur Pflege, an der auch zivilgesellschaftliche Akteure, Interessenvertreter von Betroffenen und pflegende Angehörige mitwirken sollen. Ihr Anliegen soll die Erarbeitung eines Thüringer Pflegeentwicklungsplans sein.
- Das Thüringer Wohn- und Teilhabegesetz wird durch AGP Sozialforschung|Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung (zze) Freiburg evaluiert.

- Es wurde mit der neu verfassten ThürAUPAVO eine Verordnung etabliert, die Nachbarschaftshilfen im Sinne von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zulässt und fördert.
- Innerhalb des Landespflegeausschusses arbeitet eine Unterarbeitsgruppe zu Themen der Gewalt in der Pflege und zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, aus der eine instruktive Broschüre zur Prävention vor freiheitsentziehende Maßnahmen entstanden ist, des Weiteren Arbeitsgruppen zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, zum Ordnungsrecht und zur Personalbemessung, aus denen Impulse für die Pflegepolitik in Thüringen hervorgehen (können).

Diese Veränderungen und Entwicklungen sind wichtig und zu würdigen. Sie entsprechen in vielem dem, was Verbände und der Landessenorenrat seit vielen Jahren fordern. Der Landessenorenrat hatte seit 2018 ein landespolitisches Gremium gefordert, in dem über landespolitische Ziele einer Pflegepolitik unter Einbeziehung zivilgesellschaftlicher Akteure und Interessenvertreter von Betroffenen diskutiert wird. Er hatte sich mit anderen Verbänden für eine Novellierung der ThürAUPAVO eingesetzt, in der Nachbarschaftshilfen als niedrigschwelliges Betreuungsangebote anerkannt werden sollen. Viele Leistungserbringer setzen sich seit vielen Jahren für eine Entbürokratisierung der Pflege ein.

Aber reichen diese Veränderungen aus und haben sie die Situation von Pflegebedürftigen seit der Coronapandemie verbessert? Nein. In Thüringen ist eine kohärente Pflegepolitik u. E. nicht formuliert. Es gibt in Thüringen im Gegensatz zur Behindertenpolitik (UN-Behindertenrechtskonvention, Inklusionsgesetz), zur Familienpolitik (Familienförderungsgesetz, Landesfamilienrat, LSZ) und zur Gesundheitspolitik (Landesgesundheitskonferenz, Gesundheitszieleprozess) für den Pflegebereich keine Leitidee, keine Leitziele, keine Fachkonferenzen, keine strategischen Gespräche, keine oder kaum politische Präsenz in den Gremien. Nichts.

Die vorgenommenen Strukturveränderungen sowie die Etablierung einer Zukunftswerkstatt Pflege sind wichtig. Sie reichen aber nicht aus. Die landespolitischen Aktivitäten werden den Herausforderungen in der Pflege nicht gerecht.

Die Coronapandemie hat in verschiedener Hinsicht gravierende und systemische Schwächen des Pflegesystems offengelegt. Die SARS-CoV-2-Pandemie, so überschrieb der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ein Kapitel seines Berichts (Resilienz im Gesundheitswesen 2023), ist ein Brennglas, das die strukturellen Defizite in der Langzeitpflege zeigte. Wenn die strukturellen Defizite in der Langzeitpflege vor der Pandemie bereits latent und verdeckt vorhanden waren und während der Pandemie nur verstärkt wurden, impliziert das, dass sie, diese strukturellen Defizite, in der Langzeitpflege weiterhin wirken. Sie sind jedenfalls bisher mit Bezug auf Thüringen nicht annähernd adäquat aufgearbeitet worden.

Die Situation in der Langzeit- und in Teilen auch der Krankenhauspflege hat sich seit der Pandemie in Teilen dramatisch verschärft:

- Die Zuzahlungsleistungen für Pflegebedürftige in der stationären Pflege sind infolge der Tarifbindungen und Lohnkostensteigerungen derartig gestiegen, dass die Armuts- und Sozialhilfeempfängerquote von Pflegebedürftigen extrem gestiegen ist, was gleichermaßen Auswirkungen auf die Haushaltssituation der Kommunen hat. Keine der Kostensteigerungen für Pflegeheimbewohner hat Einfluss auf die Pflegequalität.
- Die Kostensteigerungen im ambulanten Bereich sind derartig, dass eine faktische Entwertung von Pflegeleistungen stattfindet, die durch die Dynamisierung des Pflegegeldes nicht kompensiert wird.

- Insbesondere in ländlichen Regionen fehlt es auf Grund des Fachkräftemangels an Pflegeangeboten. Gab es während der Coronapandemie vor allem einen Mangel an Angeboten in der Tagespflege, mangelt es inzwischen in verschiedenen Regionen Thüringens an Plätzen in Einrichtungen der Langzeitpflege. Ambulante Pflegedienste können Aufträge nicht mehr realisieren und müssen Pflegeverträge kündigen. Wenn ambulante Pflegedienste überlastet sind, fallen insbesondere jene Pflegebedürftigen aus dem Versorgungssetting heraus, deren Pflegebedarf am größten ist (Brief der Alzheimergesellschaft). Es fehlt zunehmend an Angeboten der Tagespflege, was Auswirkungen auf die Belastungen von Familien und pflegenden Angehörigen hat. Es fehlt elementar an Plätzen für eine Kurzzeitpflege, was Auswirkungen auf geplante Rehabilitationsmaßnahmen und die Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege hat.
- Die wenigsten Kommunen Thüringens können angesichts des „Marktversagens“ (es fehlt an Pflegekräften) auf eine Pflegebedarfsplanung zurückgreifen. Weder Pflegestützpunkte noch Pflegenetzwerke sind in Thüringen flächendeckend etabliert.

Die vorgesehenen Maßnahmen und bereits etablierten Strukturveränderungen werden an diesem Zustand zunächst nichts verändern. D. h., wir gehen von einem eklatanten Handlungsbedarf aus. Insofern bedarf es weitergehender Veränderungsimpulse.

2. Der (pflegebedürftige) Mensch und pflegende Angehörige im Mittelpunkt der Pflege(politik) – Exklusionsgefährdung von Menschen mit Pflegebedarf¹

Befunde/Thesen

Menschen mit Pflegebedarf gehören zu der größten Gruppen von Menschen, die von Teilhabebeschränkungen bedroht und betroffen sind. Auf der einen Seite partizipieren sie

- von einem im Grundsätzlichen funktionierenden Pflegesystem
- von hohen Pflegestandards und einer hohen Professionalisierung in der ambulanten und stationären Pflege sowie einem professionellen Management von Leistungserbringern,
- von der erheblichen Ausweitung von Leistungsansprüchen sowie
- vom hohen Engagement von familiär und professionell Sorgenden.

Auf der anderen Seite erweist sich als problematisch,

- dass neben dem Krankenhaussektor der Pflegebereich bei hochgradiger Regulierung und Bürokratisierung der am stärksten ökonomisierte Bereich der sozialen Arbeit ist, in dem Wirtschaftlichkeitszwänge auf soziale Beziehungsqualitäten wirken,
- dass Leistungen der Pflegeversicherung, die gerade für den häuslichen Bereich ergänzenden, stabilisierenden und qualifizierenden Charakter tragen sollen, vielfach unter dem tatsächlichen und konkreten Bedarf liegen und ein Armutsrisiko implizieren, das elementar auf die Mitpflege, -betreuung und -versorgung von Angehörigen, Bekannten und Nachbarn wirkt,
- dass die Pflege und Betreuung durch Angehörige und beruflich Pflegende hochgradig belastend ist und mit einer erhöhten Vulnerabilität für insbesondere psychische Erkrankungen einhergeht,

¹ Zu denken ist nicht nur an hochaltrige Menschen, sondern selbstverständlich auch an Kinder und Jugendliche sowie Menschen in allen Lebensaltern, die einen Pflegebedarf haben oder von schwerer Behinderung betroffen sind. Insofern sind Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und deren Eltern und sonstige Pflegebedürftige in diese Überlegungen immer mit einbezogen. Ihre vollständige Abwesenheit in allen politischen Diskussionen über Pflege ist insofern schwer erträglich und nicht hinzunehmen.

- dass die stationäre Pflege ein hohes Maß an Hospitalisierungscharakter aufweist, in dem zu pflegende Menschen sich in einer starken strukturellen Abhängig- und Hilflosigkeit befinden und betreuerisch und medizinisch tendenziell unterversorgt sind,
- dass zu pflegende Menschen in allen Pflegesettings, insbesondere auch im häuslichen Bereich, einem hohen Risiko von Einsamkeit, Isolierung, Kommunikations- und Zuwendungsmangel ausgesetzt sind,
- dass die Selbstvertretung begrenzt ist und sich mit zunehmendem Alter weiter einschränkt und dass die originäre Interessenvertretung von Menschen mit Pflegebedarf und pflegenden Angehörigen außerhalb stationärer Einrichtungen schwach ist,
- dass die Schutzwürdigkeit von Menschen mit Pflegebedarf im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen keinen vergleichbar hohen gesellschaftlichen Stellenwert genießt und
- dass die Inklusionsverpflichtungen, die aus der UN-Behindertenrechtskonvention erwachsen und sich in Maßnahmekatalogen und praktischen Handlungen manifestieren, den Pflegesektor weitestgehend ignorieren.

Diese Exklusionsgefährdung hat sich während der Coronapandemie durch die Schutzmaßnahmen in Pflegeeinrichtungen sowie die Schließung der Tagespflegen z. T. dramatisch verschärft und sie ist durch den Personalmangel in der Pflege ein aktuelles Thema bei vielen Dienstleistern der Pflege. Personalmangel, hohe Krankschreibungszahlen auf Grund hoher Belastungen haben unmittelbaren Einfluss auf die Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsqualität.

Das humane Problem liegt allerdings tiefer: Hinter dem Pflegeversicherungsgesetz, einer komplizierten Sozialrechtsmaterie, hinter verbesserten Leistungsansprüchen und Versorgungsangeboten, Qualitätsverpflichtungen, den Interessen von Leistungserbringern und dem Ruf nach gut bezahlten Pflegefachkräften steht ein pflegebedürftiger Mensch, der häufig eher Teil einer ökonomischen Versorgungs- und Verwertungskette als das Ziel von Politik ist. Einen Menschen in einer existentiellen Situation auf einen Kundenstatus von standardisierten Leistungsangeboten zu reduzieren, beraubt ihn seiner Persönlichkeit. Er wird zum Objekt staatlich reglementierter Dienstleistungen (Klie 2014, S. 191), Qualitätsvorgaben und schutzanwaltschaftlicher Überprüfungen.

Pflegebedürftige sollen aber als Subjekt von Leistungen und Qualitätsvorgaben wahrgenommen werden. Für ihr Wohnen und Leben und für humane Pflege gilt das Normalitätsprinzip.

Forderungen

Pflegepolitik beginnt nicht beim Ruf nach mehr Ressourcen, der Umstellung des Leistungsberechtigten mit Versorgungsangeboten und der Reklamation von Mängeln, sondern konsequent beim pflegebedürftigen Menschen und seiner Würde, seinen Ressourcen und Entwicklungspotentialen, seinen individuellen Lebensansprüchen und seiner Lebensqualität, des Weiteren bei den Menschen, die sich professionell, familiär und ehrenamtlich um Pflegebedürftige sorgen. Dem gesellschaftlichen Druck auf pflegebedürftige Menschen, die in der Berichterstattung und in den Medien vornehmlich als Last für Familie, Gesellschaft und das Sozialsystem dargestellt oder generell marginalisiert werden, muss sich die Landesregierung durch eine klare politische Werthaltung entgegenstellen. Menschen mit Pflegebedarf wollen wie andere Menschen auch nicht nur gepflegt und versorgt werden, sondern sie wollen selbst Sorge tragen, gebraucht werden und Sinn in ihrem Leben empfinden. Diese Teilhabedimension, dass Pflegebedürftige nicht einfach Versorgte und Hilfeempfangende sind, muss sich in der Pflegepolitik und einem differenzierten Altenbild widerspiegeln, das dem hohen Alter subjektiven Sinn, Würde und Perspektive verleiht. Diese aktuellen und systemisch bedingten Exklusionsvalenzen erfordern dringend eine Reflexion darüber, wie pflegebedürftige Menschen leben, welche Lebensbedingungen für sie wichtig sind

und welche Stellung der alte Mensch in einer Gesellschaft hat, in der Effizienz, Nutzenabwägungen, Leistungsorientierung im Mittelpunkt jeglicher und auch der sozialen Reproduktion stehen. Die Landesregierung ist verpflichtet zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Sie kommt mit Bezug auf Pflegebedürftige dieser Verpflichtung nicht, jedenfalls in keinem nur annähernd angemessenem Umfange nach. Menschen mit Pflegebedarf müssen leitmotivisch im Zentrum der Thüringer Pflegepolitik stehen.

Wir erwarten von der Landesregierung

- eine Positionsbeschreibung, wie die systemischen Defizite im Bereich der Langzeitpflege, die strukturell im SGB XI verankert sind, und wie Exklusionsvalenzen im Pflegesystem beseitigt werden können
- eine Behindertenpolitik, in der Menschen mit Pflegebedarf explizit mitgedacht werden, bzw. eine Pflegepolitik, die sich an der UN-Behindertenrechtskonvention, an der Pflege-Charta der Bundesregierung sowie an der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen orientiert und die regelmäßig über die Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen berichtet (Pflegecharta)
- eine Analyse darüber, wie die UN-Behindertenrechtskonvention auf Menschen mit Pflegebedarf angewendet werden kann und welche Maßnahmen das erfordert, d. h., eine Inklusionsstrategie mit Bezug auf hochaltrige Menschen mit Pflegebedarf, die deren Exklusionsvalenzen reduziert. Die Analyse und die Maßnahmen im Thüringer Maßnahmenplan sind hierfür in keinem Falle ausreichend (Maßnahmenplan). Faktisch keine der Maßnahmen im Thüringer Maßnahmenplan bezieht sich auf Menschen mit Pflegebedarf.
- ein Leitbild nicht nur „für ein familienfreundliches Thüringen“, sondern ein Leitbild für ein pflegefreundliches Thüringen sowie ein Leitbild für gute Pflege.

3. Die Pandemiebewältigung in der Pflege

Befunde/Thesen

Die Exklusionsvalenzen des deutschen Pflegesystems haben sich während der Coronakrise verschärft. Ins Gewicht fielen nicht nur die mit der Pandemielage verbundenen Isolierungsmaßnahmen und Menschenrechtsbeschränkungen von in Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen sowie die schwierige Pflegesituation im häuslichen Bereich, die sich durch die Schließung von Tagespflegeeinrichtungen verschärft hat, sondern dass trotz weitgehender Schutzmaßnahmen die Sterblichkeitsrate in Pflegeeinrichtungen infolge des Coronavirus exorbitant hoch war.

Die Pandemie hat verschiedene Schwächen des Pflegesystems offengelegt:

- Für Pflegebedürftige wurden Grundrechte in gravierendem Ausmaß eingeschränkt. Manifestationen dieser Einschränkungen waren Besuchs- und Kontaktverbote, fehlende Sterbebegleitung, Isolationsmaßnahmen, Verbote von gemeinschaftsbezogenen Maßnahmen sowie die Nichtgewährung medizinischer und therapeutischer Behandlungen. Solche Grundrechtseinschränkungen waren, wie ein von der BAGSO in Auftrag gegebenes Gutachten bereits 2020 feststellte, verfassungswidrig (Hufen, 2020).
- Die Regelungen zum Infektionsschutz und daraus abgeleitete Kontaktbeschränkungen waren assoziiert mit Gefahren einer sozialen Isolation und Deprivation der pflegebedürftigen Menschen (Resilienz im Gesundheitswesen, S. 304).
- Eine Übersterblichkeit in der stationären Pflege konnte nicht verhindert werden. Sie war auch, wie verschiedene Studien belegen, Resultat emotionaler Vereinsamung und Isolation

sowie medizinischer Unterversorgung (Salcher-Konrad et al. 2020, S. 12, Barmer Pflegereport 2020, S. 44, Steinhaußen, S. 50 ff.).

- Pflegeleistungen konnten nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden, was Rechtsbrüche gegenüber Pflegebedürftigen implizierte. Die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen sank drastisch. Am stärksten zeigte sich der Rückgang im Bereich der Tagespflege; er betrug hier zwischen 66 % und 81 %. Auch die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sank. Hausarztbesuche, therapeutische Leistungen, Physio- und Ergotherapie konnten nicht oder in Teilen nicht wahrgenommen werden (Resilienz im Gesundheitswesen, S.303).
- Die im Verlauf der Pandemie hohe Prävalenz von COVID-19 und die Knappheit an Versorgungskapazitäten in Krankenhäusern haben dazu geführt, dass hochaltrige COVID-19-Patienten oftmals vor vollständigem Abklingen der Erkrankungssymptome aus dem Krankenhaus entlassen oder aber gar nicht stationär aufgenommen wurden (Rahimi et al. 2021, Resilienz im Gesundheitswesen, S. 304).
- Vorliegende Befragungsstudien geben Hinweise darauf, dass sich pflegende Angehörige insgesamt im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie oft belasteter und teilweise überfordert fühlten, was vor allem mit dem Wegfall pflegerischer Leistungen und unterstützender Angebote zusammenhing (Resilienz im Gesundheitswesen, S. 305) mit allen damit verbundenen Folgen für die Pflegebedürftigen.

Es wurden zwar Maßnahmen angeordnet und getroffen, um insbesondere den stationären Pflegebereich zu schützen. Allerdings fehlte es an Daten über die Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen. Über die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung war schlichtweg nichts bekannt. Eine adäquate Einbeziehung von Betroffenen und deren Interessenvertretern, eine ethische Bewertung und adäquate Folgenabschätzung waren faktisch zu keinem Zeitpunkt gewährleistet.

Forderungen

Vor dem Hintergrund der gravierenden Menschenrechtsverletzungen und der offengelegten strukturellen Defizite während der Coronapandemie, die u. a. mit Unterversorgung, mangelndem Schutz u. dgl. assoziiert waren, kann man nicht einfach zur Tagesordnung übergehen. Die Selbstverständlichkeit, mit der der Modus der politischen Normalität wieder hergestellt wird, ohne adäquate Reflexionsinstrumente zu etablieren, ist schwer erträglich. Der Skandal sind nicht Fehler, die unvermeidlich sind, sondern politisch kalkulierte Reminiszenzblockaden.

Dabei ist die Forderung, die während der Pandemie getroffenen politischen Maßnahmen kritisch zu bewerten, nicht aus der Zeit gefallen. Führende Wissenschaftler setzen sich dafür ein. „Es bedarf einer geordneten und systematischen Aufarbeitung, um robuste Lehren für zukünftige Krisen zu ziehen und ähnliche Fehler zu vermeiden.“ (Offener Brief). Sie ist Teil eines professionellen Krisenmanagements, das es während der Pandemie für den sozialen Bereich so gar nicht gab. Es geht hier nicht um Vergangenheitspetitessen, sondern um Professionalität, Klarheit, Ehrlichkeit und die Zukunft.

Notwendig erscheint uns

- dass die für den Pflegebereich in Thüringen getroffenen Maßnahmen im Nachgang adäquat bewertet werden. Das schließt eine Fehleranalyse und eine Analyse der Menschenrechtsverletzungen im Pflegebereich ein.
- dass während der Krise getroffene Maßnahmen für den Pflegebereich unter Einbeziehung von Betroffenen, Angehörigen und Verbänden auf ihre Wirksamkeit und ethisch bewertet sowie auf Folgen geprüft werden

- eine kritische Prüfung des Pandemiemanagements, der Kommunikationsstrategie und Partizipationsdefizite
- die Darstellung der Evidenzbasiertheit und Effizienz von Entscheidungs- und Fehlerkorrekturprozessen (Offener Brief);
- eine Bewertung des Zusammenspiels von Exekutive, Legislative, Judikative, Wissenschaft, Fachorganisationen, Medien, zivilgesellschaftlichen Akteuren, formellen und informellen Partizipationsgremien
- dass ein System von Schutzmaßnahmen, die humanitäre Standards nicht außer Kraft setzen, ein System der Krisenberichtserstattung und Krisenbewältigung für den Pflegebereich etabliert werden, so dass Maßnahmen in Krisen adäquat durchgeführt, begründet und evaluiert werden können
- dass Strukturen gebildet (oder entwickelt) werden, die in Krisen eine adäquate Kommunikation und Durchsetzung von Maßnahmen gewährleisten. Ob die Clusterkonferenzen eine solche Struktur waren, müsste bewertet werden.

4. Moderne Pflegepolitik und Armut

Befunde/Thesen

Die Finanzierung des Pflegeversicherungssystems ist neben der Humanisierung und Gestaltung von inklusiven Pflegesettings und der Fachkräftegewinnung eine der drei großen gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen. Sie ist auf Landesebene nicht adäquat zu lösen. Die gegenwärtige Konstruktion der Pflegeversicherung verweist auf verschiedene mit der Finanzierung der Pflegeversicherung zusammenhängende Dilemmata, vor allem aber auf systemische Benachteiligungen und Ungerechtigkeiten gegenüber Frauen, die Care-Arbeit leisten und die von Pflegebedürftigkeit und Pflege selbst viel stärker betroffen sind als Männer. Indizien dieser Situation kann man beschreiben:

Ungeachtet der vergleichsweise moderaten Bezahlung von Pflegekräften steigen die Heimentgelte kontinuierlich, ohne dass Auswirkungen auf die Pflege- und Betreuungsqualität für pflegebedürftige Menschen spürbar sind oder sein müssen. Die Erhöhung der Heimentgelte übersteigt in zunehmendem Maße die Zahlungsfähigkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern, so dass die Kosten zulasten der Angehörigen ersten Grades, des Weiteren aber zu Lasten der Sozialhilfeträger gehen. Bei stationärer Pflege findet damit eine radikale Nivellierung von Lebensleistungen und Lebenslagen statt.

Für die Betroffenen wird die stationäre Pflege zu einem Armutsrisiko und zur unumkehrbaren Armutsfalle. Bei Vollversorgung an Unterkunft, Verpflegung und Pflege ist der Heimbewohnern zur Verfügung stehende Barbetrag so gering, dass eine adäquate Teilhabe, symbolische Zuwendung an Enkel mit Geschenken, die tägliche Zeitung, der Friseurbesuch usw. usf. zu einem Luxus werden. Durch die massiv gestiegenen Kosten in der stationären Pflege erreichen die Belastungen der Pflegebedürftigen trotz der jüngsten Reformschritte ein neues Rekordniveau. Die Eigenanteilsanteile in der stationären Pflege steigen kontinuierlich, ohne Auswirkungen auf die Betreuungs- und Pflegequalität oder das Leistungsspektrum. Der Anteil der Pflegeheimbewohner, die Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen, liegt bei ca. einem Drittel. Er wird trotz der Maßnahmen zur Kostenbegrenzung für Bewohnerinnen und Bewohner bis 2026 voraussichtlich auf 36 Prozent steigen (Sozialhilfequote). Diese exorbitante Anzahl von Menschen, die im hohen Alter nicht nur strukturell von Pflegesettings abhängig, sondern auch auf Sozialhilfe angewiesen sind, täuscht darüber hinweg, dass bei über 90 % der Menschen in Thüringen die Renteneinkommen zur Finanzierung eines Pflegeheimplatzes nicht ausreichend sind bzw. sein werden. Das Risiko steigender Pflegeheimkosten verbleibt überwiegend bei den Pflegebedürftigen

und ihren Angehörigen.

Die verschiedenen Reformmaßnahmen wie die Einführung von gestaffelten Leistungszuschlägen und das Wohngeld-Plus-Gesetz konnten die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen zwar geringfügig entlasten. Sie beseitigen aber nicht das systemische Problem des Teilleistungssystems der Pflegeversicherung und die hohe Anzahl derjenigen, die auf Sozialhilfe angewiesen sind (Sozialhilfequote).

Die steigenden Kosten betreffen aber nicht nur den stationären, sondern auch den ambulanten Bereich. Durch die anhaltenden Preiserhöhungen von ambulanten Leistungen findet eine Entwertung von Pflegeleistungen statt. Auch in der häuslichen Pflege wird die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen außer dem Pflegegeld zu einem Luxusgut. Von insgesamt 4,1 Millionen Pflegebedürftigen organisierten 2,3 Millionen Menschen trotz höchster Belastungen ihre Pflege ausschließlich selbst (Grabfelder u. a. S. 87). D. h., über 50 % der Pflegebedürftigen nehmen keinerlei Leistungen von ambulanten Pflegediensten in Anspruch und ganz häufig deshalb, weil sie Kosten vermeiden wollen und weil das Pflegegeld dazu dient, den Lebensunterhalt zu sichern. Die Struktur der Sozialen Pflegeversicherung als „Teilkaskoversicherung“ begünstigt im ambulanten Bereich vor allem jene, die hohe Alterseinkommen generieren. Sie können nach Bedarf zusätzliche Leistungen erwerben, während Menschen mit geringen Einkommen auf die Versicherungsleistungen verwiesen sind. Insofern verstärkt sie die sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten im hohen Alter.

Die Pflege wird ganz generell, ob man selbst gepflegt wird oder ob man Angehörige pflegt, zu einem Armutsrisiko, das in nicht geringem Umfang auch von Sozialhilfeträgern getragen werden muss, und führt zu einer eklatanten Teilhabegefährdung. Allein 24 % der pflegenden Frauen gelten als armutsgefährdet (Buschmeyer, Müller, S. 12).

Berechnungen über die finanziellen Auswirkungen von stationärer und ambulanter Pflege für Angehörige, für Vermögensbestände und Sozialhilfeträger liegen nicht vor. Generell ist wenig bekannt über in Armut lebende Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, über die häuslichen Bedingungen der Pflege bei Armut, wobei eine Zunahme prekärer Pflegeverhältnisse im Privaten zu erwarten ist.

Die gravierenden Kostensteigerungen dieses Teilleistungssystems der Pflegeversicherung implizieren verschiedenste hochproblematische soziale Ungerechtigkeiten und Kompensationsmechanismen:

- Insbesondere bei hochaltrigen Menschen, die mit ihrem Einkommen knapp über der Grundsicherung liegen, sowie bei Menschen, die Grundsicherung nicht beantragen, können prekäre Situationen mit eklatantem Hilfe- und Unterstützungsbedarf entstehen, der über die Renteneinkommen nicht annähernd adäquat gedeckt werden kann.
- Durch die nichtausreichende Leistungsdynamisierung in der sozialen Pflegeversicherung steigen die privat zu tragenden Kosten, so dass die Schere zwischen Bedarf und Leistung weiter auseinandergeht.
- Menschen mit geringerem sozialem Status werden in praxi bei der Einstufung in ein adäquates Pflegeniveau benachteiligt, zumindest besteht diese Gefahr, zumal das Risiko der Pflegebedürftigkeit sozial ungleich verteilt ist. Menschen mit geringem Sozialstatus haben auch größere Probleme, Beruf und Pflege zu vereinbaren.
- Frauen haben im Allgemeinen ein geringeres ökonomisches und soziales Potential. Sie leben häufiger allein und sie haben geringere Chancen, von Familienangehörigen gepflegt zu werden.
- Ein Viertel der pflegenden Angehörigen geben ihren Arbeitsplatz auf, gehen in Teilzeit oder früher in Rente, was die eigene Altersabsicherung verschlechtert.

- Wie und mit welcher Qualität Menschen im hohen Alter gepflegt werden und welche individuelle Zuwendung sie erfahren, hängt sehr stark davon ab, welches Alterseinkommen und welches Vermögen sie im Verlaufe ihres Lebens generieren bzw. generiert haben und auf welche familiären Ressourcen sie zurückgreifen können.
- Es etablieren sich bei Betroffenen und Angehörigen Strategien, stationäre Pflege zu vermeiden, auch wenn sie unumgänglich erscheint, was zu Lasten der Pflegesituation im häuslichen Bereich geht. Der durch den Gesetzgeber verfügte humane Grundsatz „ambulant“ vor „stationär“ realisiert sich nicht dadurch, dass die Bedingungen sich in der häuslichen Pflege verbessern, sondern aus einem Vermeidungsverhalten. Dieses Vermeidungsverhalten besteht auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen (vgl. Haumann, S. 31 ff.).
- Ältere werden veranlasst, sich für das hohe Alter, in dem die Pflegewahrscheinlichkeit steigt, „arm“ zu machen, frühzeitig Eigentum an Angehörige zu übertragen, Bargeldbeträge privat zu verwahren usw. usf., um bei stationärer Pflege Ansprüche zu generieren.
- Frauen werden durch das Teilleistungssystem und die Konstruktion der Pflegeversicherung systemisch benachteiligt. Die un- bzw. unterbezahlte Care-Arbeit mit ihren hohen physischen und psychischen Belastungen sowie Gesundheitseinschränkungen ist überwiegend Frauensache. Sie sind im Alter finanziell nicht nur stärker von Armut betroffen, sondern tragen in viel stärkerem Maße Kollateralkosten, wie sie durch die Aufgabe der Erwerbstätigkeit entstehen. Sie sind im hohen Alter viel häufiger selbst von Pflege betroffen und insbesondere in stationären, aber auch häuslichen Pflegesettings von Teilhabebeschränkungen bedroht und betroffen.

Forderungen

Solche Befunde sind nicht hinnehmbar. Die Finanzierung des Pflegeversicherungssystems ist Bundesangelegenheit. Allerdings gäbe es Möglichkeiten der Kostenbegrenzung, wenn das Land Investitionskosten von Heimträgern (ko-)finanziert, was allerdings förderpolitisch umstritten ist. Auch die Erhöhung des den Heimbewohnern zur Verfügung stehenden monatlichen Barbetrages wäre eine Möglichkeit.

Notwendig ist aus unserer Sicht eine solidarische Reform der Pflegeversicherung, durch die hochaltrige Menschen aus Einkommenssicht nicht in strukturell verursachte Armut fallen. Die Inanspruchnahme von Leistungen darf nicht dazu führen, dass die Armutsgefährdung zunimmt. Welche Position vertritt hier die Landesregierung und welche Impulse gibt sie an die Bundesebene? Eine Position des Landes, wie die Pflegeversicherung als größtes Armutsrisiko in Zukunft gestaltet werden kann, gibt es nicht. Wir erwarten eine Position des Freistaates, die auch hinsichtlich der Finanzierung von einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung ausgeht. Die Zukunft Deutschlands als Technologiestandort wird nicht davon abhängen, wie man Menschen hierzulande pflegt. Allerdings wird die Zukunft des Sozialstaates davon abhängen, welche Legitimation und soziale Wirkung das soziale Versicherungssystem in Zukunft noch entfalten wird. Insofern ist eine gesamtgesellschaftliche Diskussion darüber notwendig, wie bei geringer werdenden Alterseinkünften und steigendem Altenquotient Pflege in Zukunft finanziert wird. Wir erwarten von der Landesregierung eine Positionierung zu den steigenden Kosten in der Pflege für die Betroffenen, insbesondere zu den steigenden Heimentgelten und dazu, wie der Eigenanteilswert bei stationärer Pflege begrenzt werden kann.

5. Diversität und die Notwendigkeit einer differenzierten Berichterstattung

Befunde/Thesen

Diversität bezieht sich einerseits auf die unterschiedlichen Lebenslagen von Familien mit Pflegebedarf sowie die unterschiedlichen lebensbiografisch gewachsenen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen. Andererseits bezieht sie sich auf die regionalen Unterschiede, die Einfluss auf die Lebenssituation von Menschen haben.

Die Diversität von und in Familien, in denen gepflegt wird, ist hoch. Erwerbstätige Eltern mit behinderten Kindern haben eine andere Bedarfssituation als die hochaltrige Frau, die ihren hochaltrigen Ehemann pflegt. Eltern oder Elternteile mit mehrfach und schwerbehinderten Kindern sind häufig Jahrzehnte mit Pflege- und Betreuungsaufgaben beschäftigt, die systemisch auf Familien wirken und die hochbelastend sind oder sein können. Sie sind häufig mit einem Verlust an Einkommen und an beruflicher Entwicklung, mit Teilhabebeschränkungen und – gefährdungen sowie gesundheitlichen Risiken verbunden, weil die zeitliche Präsenz total ist und es an auf die individuellen Bedürfnisse angepassten Unterstützungs- und Entlastungsangeboten mangelt.

Die Pflege hochaltriger Menschen, insbesondere von Menschen mit Demenzerkrankungen, kann mit ähnlichen Belastungen verbunden sein, wobei sich familiäre Bedarfssituationen erheblich unterscheiden können. Eine erwerbstätige pflegende Angehörige muss ihre beruflichen Verpflichtungen mit der Pflege vereinbaren können. Bei einer hochaltrigen Pflegenden geht es um gesundheitliche Einschränkungen, die Pflege und Betreuung mit zunehmendem Alter immer schwieriger werden lassen.

Diversität kann sich des Weiteren auf die lebensbiografisch gewachsenen Merkmale und Bedürfnisse von Pflegebedürftigen beziehen, die in kultur- und geschlechtersensiblen Konzepten der Pflege zum Ausdruck kommen.

Auch die regionalen Bedingungen, was wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, Infrastrukturausstattung, Mobilitätsanbindung, soziokulturelle, gesundheits- und pflegebezogene Dienstleistungen, Demografie und Lebenslagen von Menschen betrifft, sind außerordentlich unterschiedlich. In strukturschwachen ländlichen Regionen insbesondere in ostdeutschen Bundesländern sind einerseits der Altenquotient, der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung, die Pflegequote, die Entfernung zu Versorgungseinrichtungen z. T. deutlich höher, andererseits sind die wohnortnahe Verfügbarkeit von Haus- und Fachärzten, Apotheken, pflege- und pflegeunterstützenden Leistungen sowie die Personalausstattung mit Pflegekräften in ambulanten Diensten geringer (Vereinbarkeit von Sorgearbeit und Beruf, S. 25 ff).

Über solche Lebenslagen und regionalen Bedingtheiten wissen wir vergleichsweise wenig. Es fehlt – bezogen auf Thüringen – eine elaborierte Berichterstattung über die Lebenssituation von Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Angehörigen sowie über die aktuellen und künftigen Bedarfslagen. D. h., die Bereitstellung/Erhebung von Pflegedaten in Thüringen ist unzureichend. Während der Pandemie gab es keinerlei Berichterstattung darüber, wie es älteren Menschen in Pflegeeinrichtungen und zu Hause Gepflegten überhaupt geht. Während Maßnahmen getroffen wurden, die deren Lebensqualität weitgehend und existentiell beeinflussten, reduzierte sich die Berichterstattung auf Sterbefälle, Ansteckungsraten und Impfquoten.

Auch die Sozialämter verfügen über keine adäquaten Instrumente, Pflegedaten im kommunalen Bereich zu erfassen. Die Kommunen wissen nicht, wer pflegebedürftig ist und wer Angehörige pflegt. Eine Auskunftspflicht von Dienstleistern besteht nicht. D. h., Sozialämter besitzen in der Regel keine Daten über den Auslastungsgrad von Pflegeeinrichtungen, über freie Plätze in Pflegeheimen, über den aktuellen Fachkräftebedarf, über die Kündigung von Pflegeverträgen wegen Personalmangels, über die Inanspruchnahme oder Nichtinanspruchnahme von Pflegeleistungen. Auch die Bedarfserfassungen im Rahmen der integrierten Sozialraumplanung für

das LSZ sind hier nicht ausreichend, weil sie einen anderen Fokus haben. Dieses „Informationsvakuum“ ist bekannt. Es wurde im Vereinbarkeitsbericht von Sorgearbeit und Beruf festgestellt (vgl. Vereinbarkeit von Sorgearbeit, S. 50), ohne Konsequenzen zu ziehen.

Forderungen

Empirische Erhebungen und eine Berichterstattung sollten sich nicht nur auf die Anzahl der Pflegebedürftigen, auf Pflege- und Impfquoten, die Sterblichkeit und die Einstufung von Pflegebedürftigen beziehen, sondern des Weiteren auf und insbesondere auf der örtlichen Ebene

- das Vorhandensein von Diensten und die Inanspruchnahme von Dienstleistungen
- den aktuellen Bedarf für Dienstleistungen sowie den konkreten und aktuellen Personalbedarf in der Pflege
- Versorgungsentpässe insbesondere im ländlichen Raum (vgl. z. B. § 7 APG NRW, siehe auch Empfehlungen S. 4 über die Verfügbarkeit von Daten)

Des Weiteren sind Daten zu erheben und Aussagen zu treffen

- zur Pflegequalität und Sicherheit in der Pflege
- zur Gesundheit, medizinischen Versorgung und Lebensqualität von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie zur Situation und Begleitung von Sterbenden
- zu den Arbeitsbedingungen für Pflegenden
- zu Beschwerden, Misshandlungen, freiheitsentziehenden Maßnahmen, zur Gewalt (auch gegenüber Pflegenden) und zu Teilhabegefährdungen in der Pflege
- zum zivilgesellschaftlichen Engagement in der Pflege,
- zu notwendigen Investitionsbedarfen von Dienstleistern
- zum Vorhandensein und den Erfahrungen von Pflegenetzwerken und Pflegekonferenzen,

wobei in allem positive Beispiele zu würdigen und zu publizieren sind.

Pflegenetzwerke wären für Kommunen eine Möglichkeit, um Informationen zu generieren. Sie fehlen vor allem mit Bezug auf die häusliche Pflege.

Eine Berichterstattung sollte es auf Landes- und kommunaler Ebene geben.

Der Inklusionsmonitor, der ein gutes Instrument darstellt, um die Lebenslagen von Menschen mit Behinderung und die Einstellungen zu ihnen in der Bevölkerung zu erfassen, sollte sich explizit auch auf Menschen mit Pflegebedarf beziehen, die die größte Gruppe der Menschen mit Behinderung darstellen (Inklusionsmonitor). Eine adäquate Berichterstattung wäre Voraussetzung für Planungs- und Gestaltungsprozesse. Sie ist aber auch deshalb zu etablieren, weil Menschen mit Pflegebedarf in besonderer Weise von Exklusionsgefährdungen betroffen sind. Insofern wäre sie ähnlich gesetzlich zu regeln wie im Inklusionsgesetz für Menschen mit Behinderung. Solche Berichte sollten, wie es in anderen Bundesländern etabliert ist, transparent und aktuell auf den Webseiten des Ministeriums sichtbar sein.

6. Pflegeplanung und Pflegepolitik

Befunde und Thesen zur Pflegeplanung

Während es für die wichtigsten sozialen Bereiche, die Kinder- und Jugendplanung, die Inklusionsplanung, die Krankenhausplanung, die medizinische ambulante Versorgung selbstverständlich eine gesetzlich normierte Planungs- und Berichtspflicht gibt, ist eine Landes- und kommunale Pflegeplanung in Thüringen keine Pflichtaufgabe. Sie ist weder etabliert noch gibt es für die kommunale Verwaltung überhaupt eine definierte Verantwortlichkeit für die Pflege oder eine Altenhilfe- bzw. Pflegeplanung. Allenfalls in Jena und im Landkreis Schmalkalden-Meiningen gehört die Altenhilfeplanung zu den kommunalen Planungsprozessen.

Auch eine Landespflege(bedarfs)planung ist nicht in Ansätzen erkennbar. Dabei wäre sie insbesondere dort notwendig, wo

- Marktmechanismen versagen
- ein Angebotsdefizit und Fachkräftemangel besteht
- die Angebotssteuerung nicht funktioniert und durch Marktmechanismen bedingte Fehlanreize bestehen
- sich Angebote über einen Markt nicht generieren (wie gemeinnütziges Engagement)
- kommunale Investitionen geboten und notwendig sind
- Teilhabegefährdungen drohen und bestehen und
- es um originäre Bereiche der kommunalen Daseinsvorsorge geht, die man renditeorientierten Konzernen, die keinen Gemeinwohlbezug haben, unter keinen Umständen überlassen darf, zumal „der Markt“ für Angebote an Pflegeleistungen kompetitiv statt kooperativ ausgerichtet ist (Künzel, S. 15).

Insbesondere der ambulante Sektor ist fragmentiert und von den Interessen einzelner Anbieter geprägt. Bei Marktversagen stehen aber ungeachtet des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen die Bundesländer und Kommunen in der Letztverantwortung für das Vorhalten einer pflegerischen Versorgungsinfrastruktur (Ewers/Lehmann, S.21).

Forderung

Die Empfehlung zu einer (kommunalen) Pflegestrukturplanung erfolgte bereits 2014 durch eine Bund-Länderarbeitsgruppe, ohne dass sie Widerhall in Thüringen gefunden hätten (siehe Empfehlungen, S. 5).

Planungsprozesse scheinen geboten, weil Pflege qua Gesetz in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung unter Einbeziehung von zivilgesellschaftlichen Akteuren, Interessenvertretern und Betroffenen wahrgenommen werden muss.

Eine Altenhilfe- und Pflegeplanung muss vor dem Hintergrund des demografischen Wandels eine Pflichtaufgabe sowohl für das Land als auch für die Kommunen sein. Wie es für Familien ein Landesfamilienfördergesetz gibt, das die Infrastrukturen für Familien sichert, muss es – wie in Nordrhein-Westfalen – ein **Alten- und Pflegegesetz** geben, dessen Ziel die Sicherstellung einer adäquaten Infrastruktur für alte Menschen ist. Ein solches Alten- und Pflegegesetz würde eine Altenhilfeplanung zu einer Pflichtaufgabe der Kommunen festschreiben, zu deren Aufgaben eine Bestandsaufnahme, eine Angebots- und Bedarfsfeststellung gehören.

Befunde/Thesen zur Pflegepolitik

Die Planungsprozesse sind Voraussetzung für die Formulierung einer modernen Pflegepolitik. Eine moderne Pflegepolitik ist in Thüringen nicht konturiert. Eine Diskussion über ihre Etablierung findet seit Jahren nicht statt. Die landespolitischen Ansätze, die sich im Wohn- und Teilhabegesetz, im Thüringer Pflegepakt, der Förderung von Pflegebegleitern und Netzwerken und im Landesprogramm für das Solidarische Zusammenleben der Generationen finden lassen, formieren sich zu keiner kohärenten Pflegepolitik. Die pflegepolitischen Ansätze, wie sie sich paradigmatisch in den Wahlprogrammen der Parteien finden, reduzieren thematisch Pflegepolitik auf Pflegeversicherung und den Fachkräftemangel. D. h., es fehlen in Thüringen politische Leitziele für eine Pflegepolitik, es fehlt eine auf die Zukunft gerichtete Pflegebedarfsplanung, und es fehlt eine Pflegestrategie und -konzeption mit Zielen und Maßnahmen, die koordiniert umgesetzt werden. Insofern ist Pflegepolitik in Thüringen ein Desiderat. Und wenn pflegepolitische Ansätze existieren, fokussieren sie auf falsche Themen. Pflegepolitik und das ihr verpflichtete Verwaltungshandeln setzen in Thüringen vor allem sich aus dem SGB XI ergebende Forderungen um. Sie fokussieren

seit Einführung der Pflegeversicherung vor allem auf die stationäre Langzeitpflege, viel weniger auf die ambulante oder besser: häusliche und noch weniger auf die Krankenhauspflege. Mehr als die Hälfte der Menschen nehmen aber überhaupt nur Pflegegeld in Anspruch. Sie haben weder Berührungspunkte zu Einrichtungen der stationären Langzeitpflege noch zu ambulanten Diensten. Die in dieser Weise im Häuslichen Pflegenden bilden das Rückgrat der Pflege. Sie sind ohne gesetzliches Mandat verpflichtet.

Forderungen

Notwendig ist aus unserer Sicht die Konturierung einer Landespflegepolitik, die auf einer transparenten Pflegeberichtserstattung und Pflegebedarfsplanung beruht, die eine Pflegekonzeption vorstellt bei Einbeziehung von kommunalen und zivilgesellschaftlichen Akteuren sowie von Pflege betroffener Menschen. Sie muss fokussiert sein

- auf häusliche Pflege, die Unterstützung pflegender Angehöriger und eine kommunale unterstützende Infrastruktur
- alternative ambulante Wohnformen für die Langzeitpflege,
- auf Prävention sowie die Verhinderung, ein Verzögern und das Hinausschieben von Pflegebedürftigkeit auf ein höheres Lebensalter.

Sie muss auf ein entsprechendes Gesetz zielen, das die Rahmenbedingungen insbesondere für die Absicherung der häuslichen Pflege sowie eine unterstützende kommunale Infrastruktur markiert. D. h., sie fokussiert auf der Landesebene nicht allein auf das Pflegeversicherungsgesetz und dessen Umsetzung.

In diesem Zusammenhang muss es eine programmatische Verzahnung insbesondere der Gesundheits- und Familienpolitik mit der Pflegepolitik geben mit der Kontextualisierung zum Landesprogramm für das solidarische Zusammenleben der Generationen, zur Landesgesundheitskonferenz, zu Präventions- und Bewegungsprogrammen sowie zur Förderung des Ehrenamts. Pflegepolitik muss in diesem Sinne bereichsübergreifend konturiert sein und Querschnittsthemen zur Stadt-, Quartiers- und Infrastrukturentwicklung, Wohnungspolitik, Sport- und Bewegungsförderung u. a. m. profilieren. Sie sollte nach dem Vorbild Baden-Württembergs flankiert werden durch Modellprojekte zur sektorenübergreifenden Versorgung der Bevölkerung und zu alternativen Wohnformen, die vor allem auf Sorgestrukturen und eine leistungsstarke, bedarfsgerechte soziale, gesundheitliche und medizinische Versorgung im ländlichen Raum zielen. Das schließt organisatorische Veränderungen auf Landesebene ein. Pflegepolitik muss als Querschnitts-, d. h. als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen werden. Die Pflege darf nicht nur innerhalb eines Referats oder einer Abteilung verwaltet, sondern sie muss/sollte als Politikfeld referats- und ressortübergreifend (Familien-, Behinderten-, Gesundheits-, Sport-, Bildungsreferate) profiliert und entwickelt werden, mit Abstimmungsprozessen zur Dorfentwicklung, Digitalisierung, der Serviceagentur Demografischer Wandel, der ThAFF (Zugänge zur Wirtschaft, Fachkräftesicherung) und weiteren kommunalen und zivilgesellschaftlichen Akteuren, einschließlich der Pflegekassen und Leistungserbringer.

7. Prävention und Gesundheitsförderung vor Pflegebedürftigkeit und in der Pflege

Befunde und Thesen

Pflegepolitik nimmt ihren Ausgangspunkt nicht bei fatalistischen Pflegeszenarien, bei einem weiteren Ausbau von Versorgungssettings, sondern bei Gesundheitsförderung und Prävention, für deren Förderung es einer kohärenten politischen Strategie des Landes bedarf.² Eine solche auf die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit orientierte Präventions- und Gesundheitsstrategie gibt es in Thüringen nicht, sondern allenfalls fragmentarisch in Programmen wie AGATHE oder den konzeptionellen Bemühungen der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, die sich allerdings nicht zu einer Strategie formieren, in der Verantwortlichkeiten reklamiert werden. Auch von den Pflegeleistungen für die häusliche Pflege gehen keine oder kaum präventive Wirkungen aus. Gerade bei der Vergabe von Pflegegrad 1, wenn es absoluten Sinn hätte, präventiv für Pflegebedürftige tätig zu werden, um eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern und Selbstständigkeit zu fördern, gibt es für pflegende Angehörige faktisch keine Leistungen und keine adäquate Beratung.

„Prävention vor Rehabilitation vor Pflege“ (Vgl. Siebter Altenbericht, S.XIX). Dieser Grundsatz erscheint nicht nur human, sondern vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der eskalierenden Preisentwicklung im Pflegesektor ein ressourcenschonender Imperativ. Maßgabe ist es, dass Menschen gesünder altern und vorsorgen, Pflegeleistungen zu reduzieren, Höherstufungen bei den Pflegegraden zu vermeiden oder hinauszuschieben und dafür eine Strategie zu entwickeln, um die Potentiale von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation auszuschöpfen (Pflege-Report 2021, S. 92).

Dabei hat die Prävention mit Bezug auf Pflege verschiedene Dimensionen: Es geht um Prävention vor Pflegebedürftigkeit. Sie hat das Ziel, Pflege zu verhindern oder Pflege auf ein höheres Lebensalter hinauszuschieben. Des Weiteren geht es um Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege sowohl für Pflegebedürftige als auch für Pflegende.

Uns geht es dabei nicht in erster Linie um Appelle an die individuelle Lebensführung und eine individuelle Vorsorge für das Alter, sondern um VERHÄLTNISPRÄVENTION, d. h. um Maßnahmen und Strukturen, die Pflege verhindern. Nach allem, was über Pflegeprävention bekannt ist, spielen soziale Faktoren, die Bindung in einer Partnerschaft, soziale Lebenslagen, das psychische Wohlbefinden und die Wohnsituation in ihrer Wechselwirkung eine entscheidende Rolle. Hier, in der Lebenswelt von alten Menschen ist anzusetzen (Blüher u. a., S. 91 ff.).

Forderungen

Notwendig ist, wie es Studien, führende Pflegewissenschaftler sowie die Krankenkassen mit ihren wissenschaftlichen Instituten (AOK) nahelegen, eine KEHRTWENDE der Pflegepolitik. „Eine Kehrtwende kann nur durch die konsequente Umsetzung gesundheitsförderlicher und präventiver sowie rehabilitativer Maßnahmen erreicht werden“ (Pflege-Report 2021, S. 100).

Notwendig ist des Weiteren aus unserer Sicht in Zusammenarbeit mit den Kassen und den Kommunen, Pflegestützpunkten, mobilen Seniorenbüros, AGATHE-Leuten, Dorfkümmerern und

² Pflegebedürftigkeit ist nicht schicksalhaft. Seit über zehn Jahren wird in der Literatur die These der sog. Rektangualisierung der Lebenskurve. Einen ähnlichen Ansatz vertritt die sog. **Kompressionsthese**. Nach ihr nimmt die Morbidität bei steigender Lebenserwartung ab. Die Zeitspanne zwischen dem Alter beim erstmaligen Ausbruch chronisch-irreversibler Erkrankung und dem späteren Sterbezeitpunkt wird kleiner. Obwohl solche Zusammenhänge noch nicht ganz klar sind: Politisch gesehen heißt das: Es geht um Strategien, wie Pflegebedürftigkeit verhindert oder auf ein spätes und hohes Lebensalter zurückdrängt werden kann. Das entspricht seit 2010 auch einer europäischen Gesundheitsstrategie. Das heißt, es geht um Strategien, wie zur Pflegebedürftigkeit führende chronische Erkrankungen und Multimorbidität primärpräventiv eingedämmt werden können. Die Erfolge primärpräventiver Maßnahmen zeigen sich in den skandinavischen Ländern. Dort liegt die Anzahl der gesunden Lebensjahre bei Männern zwischen 72-74 Jahren, in Deutschland bei 65 Jahren. Auch in Deutschland unterscheiden sich die Pflegequoten in den jeweiligen Bundesländern deutlich. Sie ist in den ostdeutschen Bundesländern deutlich höher als etwa in Bayern, Baden-Württemberg oder Hamburg.

anderen Einrichtungen sowie mit der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung und zivilgesellschaftlichen Akteuren:

- eine konzeptionelle Profilierung der Dimensionen von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit und in der Pflege, die die bisherigen Ansätze der Landesgesundheitskonferenz und des Landesfamilienrates vertieft und zusammenbindet
- eine inhaltliche und strukturelle Verzahnung einer auf Gesundheitsförderung und Prävention zielenden Gesundheits- und Sozialpolitik mit einer präventions- und inklusionsorientierten Pflegepolitik
- die Beratung und Unterstützung der Kommunen, der Gesundheitsämter und Sozialplaner*innen in Fragen der Prävention vor Pflegebedürftigkeit sowie vor allem in der häuslichen Pflege
- die Implementierung von pflege- und demenzpräventiven Settings in Kommunen und Wohnquartieren (mit Unterstützung des Landes, durch die AGETHUR und die Kommunen), was durch die AGETHUR punktuell bereits geschieht
- die Implementierung von Engagement fördernden, beratungs-, hilfe-, betreuungs-, aufsucheorientierten, vorpflegerischen Strukturen mit professionellem Personal, wie sie von Quartiersmanagern, (mobilen) Seniorenbüros, präventionsorientiert arbeitenden Pflegestützpunkten realisiert werden
- aufsuchende Beratungsangebote für hochaltrige Menschen (wie Dorfkümmerer oder AGATHE-Fachleute, orientiert allerdings auf das häusliche Pflegesetting), die mögliche Krankheits- und Pflegeszenarien, mögliche Hilfe- und wohnortnahe Pflegesettings antizipieren u. a. m. Als Vorbild kann hier das Programm der Gemeindeschwester plus in Rheinlandpfalz dienen, das genau im sensiblen Bereich der Vorpflege präventiv ansetzt, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und hinauszuschieben.³ Solche Angebote gehören in anderen Ländern (Niederlande, Dänemark) zur Regelversorgung und Pflichtaufgabe der Kommunen (Schulz-Nieswandt 2021).

Dabei erscheinen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere auch dann notwendig, wenn ein Pflegefall eingetreten ist. Hier besteht die Chance für eine intensive Beratung. Wir plädieren dafür, die aufsuchenden Angebote, wie sie im Landesprogramm für das Solidarische Zusammenleben der Generationen erprobt werden, auf Pflegebedürftige zu erweitern. Community Health Nursing (kommunale Gesundheitspflege) sollten in der kommunalen Daseinsvorsorge sowie im Öffentlichen Gesundheitsdienst verankert werden. Dieses Konzept bezieht sich ganz allgemein darauf, dass Pflegekräfte auch in Settings der Primärversorgung tätig sind, beispielsweise in Primary Health Centres (Zentren für primäre Gesundheitsversorgung), bei Familien oder Personen zu Hause, in der Gemeinde und vor allem beim Übergang hochaltriger Menschen aus dem Krankenhaus, um nicht notwendige Heimunterbringungen zu vermeiden. Das kann bedeuten, dass in Settings, die nicht (allein) auf Pflege fokussieren, sondern stärker an Public Health (Öffentliche Gesundheitsfürsorge), Prävention und Gesundheitsförderung ansetzen, auch Pflegekräfte präventiv tätig werden. Pflegekräfte sind in verschiedenen europäischen Ländern oft wesentlicher Bestandteil der Primärversorgung (Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege, S. 137). *Public Health Nursing* umfasst die Entwicklung, die Umsetzung und das strategische

³ **Gemeindeschwester^{plus}** ist ein Modellprojekt des Landes Rheinland-Pfalz in Kooperation mit den gesetzlichen Krankenkassen und Krankenkassenverbänden. Pflegekräfte besuchen mit entsprechender Zusatzausbildung hochbetagte, nicht pflegebedürftige Menschen ab 80 Jahren auf Wunsch zu Hause, um sie bei der Bewältigung des Alltags und bei der Wahrnehmung von Angeboten zu unterstützen. Das Projekt umfasst Beratung sowie Vermittlung von gut erreichbaren Teilhabeangeboten. Ein Ziel des Projektes ist, Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich zu vermeiden ([Gemeindeschwester plus – KommunalWiki \(boell.de\)](https://www.boell.de/de/2019/07/gemeindeschwester-plus-kommunalwiki))

Management von gesundheitsbezogenen und sozialen Interventionen zur Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes. *Community Health Nursing* integriert darüber hinaus Maßnahmen der Primärversorgung und der klinischen Pflegepraxis im häuslichen oder gemeindebasierten Setting mit dem Ziel der Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsedukation und sozialen Integration (ebenda S. 138).

Auch präventive Hausbesuche, für die in verschiedenen skandinavischen Ländern ein Rechtsanspruch besteht, sind in den Blick zu nehmen. Sie dienen dem Erhalt der Selbsthilfekompetenz, der Vermeidung oder Verzögerung von Pflegeheimaufnahmen, der Vermeidung von Klinikaufhalten, der Reduktion von Mortalität und einer erhöhten Lebensqualität. Allerdings sind ihre Evidenz und Effizienz nicht hinreichend geklärt (ebenda S. 155).

Pflegepräventive Behandlungs- und Beratungsansätze müssen des Weiteren von Krankenhäusern und Hausärzten ausgehen. Sie müssen angesichts der in Teilen medizinischen Unterversorgung pflegebedürftiger Menschen integrierter Bestandteil der Pflege sein.

Dabei sehen wir, dass es auch mit Bezug auf die Pflege im hohen Alter eine Selbstverantwortung des Menschen gibt. Menschen sind mit Blick auf ihre Pflege und die von Angehörigen verantwortlich dafür, vorzusorgen, sich mit dem hohen Alter, einer möglichen eigenen Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie den „letzten Dingen“ auseinanderzusetzen. Diese Selbstvorsorge kann als Bestandteil einer zu fördernden Gesundheitskompetenz verstanden werden. Das gilt auch und in besonderem Maße für Angehörige, die sich in einer solidarischen Verantwortungsbeziehung zu Familienmitgliedern befinden. Das setzt voraus, dass die Vorsorgekompetenz von Menschen gestärkt und Pflege gesellschaftlich entstigmatisiert, als ein normaler, nicht angstbesetzter und möglicher Lebensabschnitt wahrgenommen wird.

8. Subsidiarität und kommunale Verantwortung für die Pflege

Befunde und Thesen

Pflegepolitik ist nicht auf Pflegeversicherungspolitik reduziert. Sie ist im Kern subsidiär. Subsidiarität stärkt demokratische und zivilgesellschaftliche Strukturen in den Kommunen. Sie ist ein Gegenmodell zu der immer dominanter werdenden Ökonomisierung des Sozial- und Gesundheitswesens sowie zu der immer stärker ausgeprägten sozialadministrativen, bürokratischen und zentralistischen Steuerung von sozialen Sicherungssystemen, die gerade in der Pflege von zentralistischen Qualitätsvorgaben und durch Aushandlungsprozesse zwischen Stakeholdern der Leistungserbringer und –träger dominiert wird (Siebter Altenbericht S. 44, 78). Subsidiäre Politik baut auf die Eigen- und Mitverantwortung von Menschen. D. h., sie stärkt die soziale Verantwortung von Älteren, sie orientiert auf eine selbstverantwortliche Lebensführung. Sie ermöglicht und fördert individuelle Lösungen im Wohnquartier, zumal nicht nur die Bedarfssituationen, sondern auch die regionalen Bedingungen außerordentlich komplex und unterschiedlich sein können.

Das gilt auch und im besonderen Maße für die Pflege. Bei Pflegebedarf spielen einerseits sozialstaatlich garantierte Leistungsansprüche und Qualitätsstandards, die einen Pflegemarkt generieren, eine wichtige Rolle. Die Pflegeversicherung sowie die Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst sowie die Heimaufsicht sind Musterbeispiele notwendiger zentraler Steuerung. Sie funktionieren und sind zu stärken. Man wünschte sich eine Heimaufsicht, die auch im Namen als (Beratungs)Behörde für Teilhabegewährung wahrgenommen wird. Abstrakte Leistungsansprüche, Qualitätsstandards und in diesem Kontext agierende soziale Dienstleister reagieren auf höchst individuelle und hochkomplexe Lebenssituationen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Das System der Pflegeversicherung, sieht man von seinem

Teilleistungscharakter ab, sowie der Dienstleistungssektor sind insofern leistungsfähig. Subsidiäre Pflegepolitik orientiert andererseits auf die Familie, auf Nachbarschaften, Quartiere, Vereine und andere Formen der Selbstorganisation sowie auf die sehr unterschiedlichen Bedingungen der Leistungserbringung von Dienstleistern, und zwar nicht im Sinne ihrer weiteren Kommodifizierung oder der Selbstermächtigung, sondern der Ermöglichung und der Schaffung adäquater Rahmenbedingungen. Subsidiäre Pflegepolitik ermöglicht auch individuelle Leistungserbringung sowie individuelle Pflegesettings, die den Lebensentwürfen und den regionalen Bedingungen entsprechen. Insofern orientiert eine Landespflegepolitik im Sinne der Ermöglichung immer auf die kommunale Ebene und deren Verantwortungszusammenhänge für die Pflege. Ihre Rolle, d. h. die der Kommunen, ist zu klären.

Die Rolle der Kommunen

Die Kommunen spielen für die Absicherung der Daseinsvorsorge eine für Menschen existentielle Rolle. Die Daseinsvorsorge gehört zum Inhalt des Sozialstaatsprinzips, sie hat Verfassungsrang und ergibt sich aus dem Subsidiaritätsprinzip, nach dem staatliche Institutionen nur dann (aber auch immer dann) regulativ eingreifen sollten, wenn die Möglichkeiten des Einzelnen allein nicht ausreichen, eine bestimmte Aufgabe zu lösen. Die Daseinsvorsorge umfasst die staatliche Aufgabe zur Bereitstellung der für ein menschliches Dasein als notwendig erachteten Güter und Dienstleistungen, d. h. die Grundversorgung. Sie ist Bestandteil der kommunalen Selbstverwaltung und Angelegenheit der örtlichen Gemeinschaft. Kommunale Daseinsvorsorge stärkt den Grundgedanken der Allzuständigkeit der Kommune für die Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft (Siebter Altenbericht, S. 38). Sie beinhaltet mit Bezug auf soziale Angelegenheiten eine Gewährleistungs- und Letztverantwortung sowie die Verfügbarkeit und Vernetzung sozialer Dienstleistungen (Siebter Altenbericht, S. 48). Wie verhält es sich aber mit Pflegeleistungen, die zentralstaatlich geregelt und marktwirtschaftlich organisiert sind? In allen nordischen Ländern liegt die primäre Zuständigkeit für die Erbringung von Pflege-, Betreuungs- und Hilfeleistungen für Ältere und pflegebedürftige Menschen bei den Kommunen (Heintze, S. 24).

Dass die Gewährleistung von Pflege- und Sorgearrangements sowie die sog. Altenhilfe Bestandteile der kommunalen Daseinsvorsorge sind, scheint angesichts des demografischen Wandels, der Pflegewahrscheinlichkeit und der existentiellen Bedeutung der Pflege für Menschen im hohen Alter unstrittig. Sie sind eine gesellschaftliche und staatliche Aufgabe (Hellermann, S. 5). Nicht zuletzt geht der Gesetzgeber davon aus, dass die pflegerische Versorgung der Bevölkerung keine alleinige Sache des Marktes und von sozialen Diensten, sondern dem Grundsatz nach eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist (§ 8 (1) SGB XI). Demnach haben außer den Pflegekassen und den sozialen Dienstleistern die Bundesländer, was § 9 SGB XI festlegt, und die Kommunen einen unabweisbaren Sicherstellungsauftrag für eine adäquate Pflegeinfrastruktur. Die Rolle der Kommunen für die Pflege und Altenhilfe ergibt sich auch aus SGB XII „§ 71 Altenhilfe“. Dort wird der Verantwortungsrahmen der Kommunen auf das gesamte Alter bezogen. Die kommunal verantwortete Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu verhindern oder zu vermeiden.

Als Problem erscheint mit Bezug auf Pflege, dass nach der Einführung der Pflegeversicherung vor über 25 Jahren die Kommunen faktisch aus ihrer Steuerungskompetenz für die Pflege „entlassen“ wurden. Die Kommunen haben sich in der Folgezeit aus der pflegerischen Versorgungsverantwortung weitgehend zurückgezogen (Naegele, S. 43) und weder Kompetenz noch Personal für Pflege Themen generiert.

Als Problem erscheint auch, dass der Freistaat Thüringen im Gegensatz zu anderen Bundesländern keine Pflegestrategie und keine gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Organisation der Pflege

in den Kommunen entwickelt hat. Nordrhein-Westfalen wäre hier mit seinem Alten- und Pflegegesetz eine Option. Zu verweisen wäre auch darauf, dass hinsichtlich der Planung und Ausgestaltung einer regionalen Pflegestruktur die Kommunen trotz neuer gesetzlicher Rahmenbedingungen (Pflegestärkungsgesetz III) kaum neue Instrumente oder Kompetenzen zur Verfügung stehen (vgl. Vorholz). Kommunen sind, was der Pflegereport 2019 feststellt, weder mit den finanziellen Ressourcen noch mit den gesetzgeberischen Kompetenzen und Steuerungsinstrumenten ausgestattet, um einen Gestaltungsauftrag in der Pflege adäquat und verpflichtend wahrzunehmen (Pflegereport 2019, S. 236). D. h., es geht, wie Gerhard Naegele meint, um eine pflegepolitische Revitalisierung der Kommunen (Naegele, S. 43), weil sich die Absicherung der Pflege nicht auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch die Betroffenen beschränkt.

Handlungsfelder der Kommunen im Bereich der Pflege

Im Kontext der Daseinsvorsorge und mit Bezug auf das Pflegestärkungsgesetz III lassen sich für drei Bereiche der Pflege eine kommunale Verantwortung herleiten. Eine kommunale Verantwortung besteht:

- für die Sicherstellung, den Ausbau und die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten örtlichen pflegerischen Versorgungsstruktur, was nicht bedeutet, dass Kommunen als Dienstleister auftreten
- für die Umsetzung des gesetzgeberischen Auftrags „ambulant vor stationär“, wobei das „Ambulante“ sich weder auf ambulante Dienste noch den häuslichen Bereich beschränkt sowie
- für die Entwicklung und Förderung einer lokalen Sorgeskultur.

Als mögliche Handlungsfelder für die Kommunen lassen sich u. E. identifizieren:

1. die Absicherung der pflegerischen Versorgung und einer entsprechenden Pflegeinfrastruktur. Sie ist insbesondere für den ländlichen Raum und angesichts des Personalmangels in der Pflege keine Selbstverständlichkeit mehr.
2. die Entwicklung neuer Pflegewohnformen, insbesondere ambulant betreute Wohngemeinschaften und betreute und mit Serviceleistungen verbundene Wohnformen, die sich über den Markt nicht ohne Weiteres realisieren lassen,
3. die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung (ohne den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung zu berühren), insbesondere was die Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie zu Krankenhäusern einschließt, sowie Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, für die es keinen adäquaten Leistungsanspruch über das Krankenversicherungsgesetz gibt,
4. die Absicherung einer Palliativversorgung und Hospizbetreuung, für die es einer lokalen Zusammenarbeit von verschiedenen Sektoren und Berufsgruppen bedarf (Pflegereport, S.228),
5. komplementäre Unterstützungsangebote, insofern eine Anerkennung über die Landkreise und kreisfreien Städte erfolgt,
6. eine adäquate, sozial integrative, barrierefreie Wohnraumversorgung für alte Menschen sowie eine altersgerechte Quartiersgestaltung, was Wohnberatung einschließt,
7. die Etablierung von Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige, die stationäre Pflege auch im Sinne der Kostenbegrenzung für die Kommunen verhindert,
8. die Förderung des ehrenamtlichen Engagements im Bereich der Pflege, das häusliche Arrangements unterstützt und entlastet, ohne die Grenzen zur professionellen Pflege weiter zu verwischen,

9. die Absicherung, Information und Beratung, insofern sie Pflegekassen nicht gewährleisten können. Pflegestützpunkte werden hier vom Gesetzgeber als eine probate Einrichtung gesehen, die die Kommunen in Abstimmung mit den Pflegekassen etablieren können.
10. Und schließlich eine Pflege- oder Altenhilfeplanung, die Vernetzung und Koordinierung der Akteure, die in die Pflege involviert sind, einschließt. Diese Prozesse, also Planungs-, Vernetzungs- und Koordinierungsprozesse, sind deshalb notwendig, weil der Leistungssektor der Pflege extrem ausdifferenziert, unübersichtlich, in Teilen dysfunktional ist und sich Vernetzung, Planung und Koordinierung nicht über den Markt und die Leistungserbringer in der Pflege herstellen und regulieren (lassen).

(siehe dazu auch Empfehlungen).

In Thüringen gibt es u. E. mit Bezug auf Pflege keine adäquaten gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine pflegeunterstützende Infrastruktur. Es gibt seitens der Landespolitik und -verwaltung auch kaum spürbare Unterstützungsaktivitäten für die Kommunen. Es besteht kein Überblick darüber, in welchen Landkreisen Pflegenetzwerke und Pflegekonferenzen bestehen, welche Bedarfssituationen es in ländlichen Regionen gibt und inwiefern Kommunen eine kommunale Alten- oder Altenhilfeplanung durchführen. Die Impulse seitens des Landes zur Stärkung der Verantwortungsübernahme der Kommunen in der Pflege etwa zur Etablierung von Pflegenetzwerken, von Pflegeausschüssen oder Pflegekonferenzen sind gering. Es gibt keine Fortschritte bei der Etablierung von Pflegestützpunkten oder von pflegepräventiven Unterstützungsstrukturen für hochaltrige Menschen (außer denen, die innerhalb des LSZ auf Initiative der Kommunen etabliert werden). Die Versorgung im ländlichen Bereich, die pflegeflankierend maßgeblich für die Lebenssituation bei Pflegebedarf und Pflegeunterstützung ist, wird bislang kaum betrachtet. Da bei pflegeflankierenden Maßnahmen der größte Gestaltungsspielraum für Kommunen besteht, ist dieser Bereich deutlich zu stärken.

Forderungen

Die Landespolitik muss u. E. in ihren Realisierungsansätzen einerseits ganz selbstverständlich auf die großen Akteure in der Pflege, insbesondere die Pflegekassen sowie auf die Leistungserbringer rekurrieren, andererseits auf kommunale und quartiersbezogene Akteure, auf die Unterstützung von Angehörigen, auf zivilgesellschaftliche Organisationen, auf Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung, des Weiteren aber auch auf Hospiz- und palliativmedizinische Vereine und Akteure.

Eine Landespflegepolitik unterstützt die Kommunen in ihrer Verantwortungsrolle für die Pflege. Sie wird für die Kommunen sichtbar. Sie stärkt die Rolle der Kommunen in ihrer Verantwortung für die Lebensqualität aller Menschen, die vom Thema Pflege betroffen sind. Das bedeutet auch: Die Sicherung der Daseinsvorsorge wird angesichts der unterschiedlichen kommunalen Bedingungen nicht (ausschließlich) über gültige Mindeststandards (SGB XI) zu regeln sein, sondern über die Stärkung kommunaler Handlungsfähigkeit (Siebter Altenbericht, S.40). Das impliziert, dass Kommunen auch vor dem Hintergrund der kommunalen Haushaltssituationen in die Lage versetzt werden, diese Aufgaben wahrzunehmen. Aufgabe des Landes ist es, diese Handlungsfähigkeit auch für den Bereich der Pflege prioritär zu fördern. Kommunen brauchen gerade für diesen existentiellen Bereich der Prävention vor Pflegebedürftigkeit und Pflege eine strategische Förderung, Begleitung und Unterstützung (Siebter Altenbericht, S. 42).

Anzustreben ist (nach dem Vorbild von Nordrhein-Westfalen) ein umfassendes Seniorenmitwirkungs- und Teilhabegesetz bzw. ein Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demografiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur in den Kommunen. Eine solche Forderung ist, wie das Thüringer Familienförderungsgesetz in praxi exemplifiziert, kaum aus der „Welt gefallen“. In ihm sind als Pflichtaufgaben zu formulieren:

- die Gewährleistung einer pflegerischen Infrastruktur als Bestandteil der kommunalen Daseinsvorsorge (auch und insbesondere im ländlichen Raum). Das bedeutet nicht, dass Kommunen Pflegeleistungen anbieten, sondern dass sie Voraussetzungen dafür schaffen, dass freie Träger adäquat agieren und neue und innovative Pflegeangebote entstehen können.
- eine kommunale Senioren- bzw. Altenhilfe- oder Pflegeplanung, die sich nicht nur auf Pflegeangebote, sondern auf den Fachkräftebedarf sowie zur Pflege komplementäre Hilfen, Quartiers- und Stadtentwicklung, Mitwirkungs- und Teilhabemöglichkeiten u. a. m. bezieht und die im Rahmen einer integrierten Sozial(raum)planung, wie sie das Landesprogramm für Familie vorsieht bzw. des Weiteren einer Daseinsvorsorgeplanung, stattfindet. Dieses Planungsanliegen kann durch ein Instrument wie eine Pflegeplatzbörse auf Landesebene unterstützt werden (wie sie etwa in Leipzig besteht).
- die Etablierung von kommunalen Konferenzen zum Alter und zur Pflege, wie sie in anderen Bundesländern seit vielen Jahren, in Thüringen aber nur im Weimarer Land und Schmalkalden-Meiningen etabliert sind
- pflegepräventive Beratungs-, Unterstützungs-, Hilfe- und Vermittlungsangebote und -infrastruktur für ältere, hochaltrige und pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige
- die Partizipationsverpflichtung der Kommunen für alle in die Betreuung und Pflege eingebundenen Menschen
- das besondere Fördergebot für alle Wohn- und Pflegesettings, die eine Alternative zur stationären Unterbringung sind
- das Zusammenwirken von Krankenhäusern, Vorsorge- und Reha- und , Pflegeeinrichtungen sowie quartiersbezogenen Akteuren
- unabhängige Beratungsmöglichkeiten über Pflegeleistungen, Pflegeangebote, Pflegeprävention, Wohnformen, Unterstützungs- und Hilfemöglichkeiten
- die Möglichkeit einer Fachberatung durch eine Fachstelle seitens des Landes für Einrichtungen und Träger der Pflege sowie für die Kommunen.

Die Formulierung genau solcher Aufgaben im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge waren Bestandteil von *Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen* sowie von Handlungsempfehlungen an die Landesregierung Thüringens, die in einer vom Sozial- und Infrastrukturministerium in Auftrag gegebenen Studie erarbeitet wurden (Vereinbarkeit von Sorgearbeit und Beruf, S.132). Sie wurden nicht ansatzweise realisiert und sind offenbar unbearbeitet liegengeblieben, jedenfalls sind sie nicht politik- und verwaltungsrelevant geworden. Sie sind als Pflichtaufgabe zu formulieren, wobei nach dem Konnexitätsprinzip das Land die finanziellen Aufwendungen mit zu tragen hat.

Wir wissen um die Ambivalenzen von Förderansätzen des Sorgebereichs durch die Kommunen. Uns geht es nicht um eine Ausdehnung des Community-Kapitalismus, wie ihn Silke van Dyk und Tine Haubner beschreiben und zu recht kritisieren, der die Pflege deprofessionalisiert (Dyk, Haubner). Das Anliegen solcher Infrastrukturen und Partizipationsansätze ist allerdings auch nicht die Etablierung weiterer Versorgungssettings zu Lasten der Pflegekassen und Sozialleistungsträger, sondern die Stärkung von subsidiären Selbsthilfe- und Partizipationspotentialen, die sich kostendämpfend für alle in die Pflege Involvierte auswirkt. D. h. am ehesten um Professionalisierung im „vorpflegerischen“ und pflegebegleitenden Bereich in der Verantwortung der Kommunen.

Wir fordern des Weiteren, dass die Landesregierung sich auf der Bundesebene für eine

Konkretisierung des SGB XII § 71 hinsichtlich seiner Verbindlichkeit einsetzt.

9. Das Landesprogramm für das solidarische Zusammenwirken der Generationen (LSZ) – ein Landesprogramm für Pflege

Befunde/Thesen

Das Landesprogramm für das Solidarische Zusammenwirken der Generationen (des Weiteren auch das Landesprogramm AGATHE sowie das ESF-Bundesprogramm zur Stärkung der Teilhabe Älterer) ist in seiner Zielstellung und Systemlogik ein deutschlandweit singuläres Förderprogramm, dessen Modernität sein subsidiärer und partizipatorischer Ansatz ist. Grundlage ist das *Thüringer Gesetz zur Sicherung der Familienförderung* (ThürFamFöSiG), das beispielhafte Aktivitäten der ministeriellen Landesverwaltung in einem relevanten Politikbereich ausgelöst hat, wie sie für den Pflegebereich nicht ansatzweise nachweisbar sind. Das Gesetz und das ihm verpflichtete Programm formulieren keine Pflichtaufgaben für die Kommunen, sondern insbesondere das Programm (LSZ) umreißt virulente Bedarfssituationen und Handlungsfelder, die sich in den Kommunen mit ihren unterschiedlichen Bedingungen konkretisieren und ausgestalten lassen. Es stärkt die selbstdefinitorische Kompetenz der Kommunen, die in partizipatorischen Planungsprozessen die Zukunftsherausforderungen der kommunalen Daseinsvorsorge selbst bestimmen können. Es ist subsidiär orientiert, in dem es die Kommunen finanziell unterstützt, ihre Angelegenheiten der familiären Daseinsvorsorge selbst in die Hand zu nehmen und sog. freiwillige Leistungen zu finanzieren. Damit stärkt es auch die Selbstverantwortung der Kommunen, die Entscheidungsspielräume für die Ausgestaltung konkreter Sozialräume erhalten. Das Landesprogramm formuliert einen Familienbegriff, in dem die solidarischen Beziehungen in jedem Lebensalter im Mittelpunkt stehen. Familien, in denen Pflege-, Betreuungs- und Hilfeverantwortung übernommen wird, gehören ausdrücklich zur Zielgruppe des Landesprogramms. Seine Handlungsfelder sind so definiert, dass alle präventiven und auf Gesundheitsförderung orientierten Betreuungs-, Unterstützungs-, Beratungsleistungen, die das familiäre Umfeld von Familien, in denen gepflegt wird, stärken, die das nichthospitalisierte Wohnen von alten Menschen unterstützen und die Vereinbarkeit von Beruf und Sorgetätigkeiten unterstützen, förderfähig sind.

Forderungen

Angesichts der gravierenden Herausforderungen in der Pflege, der existentiellen Lebenslagen im hohen Alter, der Bedeutung der Sorgearbeit von pflegenden Angehörigen bei extremsten Belastungen sowie der dem Pflegebereich inhärenten Logik, die sich im Familienfördergesetz nicht abbildet, wäre auf der Grundlage eines entsprechenden Gesetzes ein eigenes Landesprogramm für Pflege sinnvoll. Anliegen wäre die Verbesserung der Pflegesituation in allen Bereichen und die prospektive Bearbeitung von Szenarien in der Pflege.

In dieses wäre das AGATHE-Programm zu integrieren und in seinem Programmansatz auf Pflegebedürftige auszuweiten. Handlungsfelder eines solchen Programmes könnten sein:

- Präventive und hilfeorientierte Unterstützungsstrukturen für pflegende Angehörige und Teilhabekonzepte für Pflegebedürftige
- die Koordination von Pflegenetzwerken und -stützpunkten
- die Unterstützung der Öffnung von Pflegeeinrichtung
- die Entwicklung von Konzepten für ambulantes Wohnen
- die Beratung von Kommunen, sozialen Dienstleistern und Einrichtungen, die im (vor)pflegerischen Bereich präventiv tätig oder in die Pflege involviert sind u. a. m.

Den Pflegebereich in das LSZ zu integrieren, erscheint aus verschiedenen Gründen eine Überforderung des Programms, u. a. deshalb, weil der Pflegebereich einer anderen Handlungs- und Förderlogik unterliegt und andere Akteure involviert sind. Ein Landespflegeprogramm würde auf Förderprogramme der Kranken- und Pflegekassen rekurrieren. Es würde qualitativ anders auf Pflege Themen, Pflegebedarfe, Pflegende und Pflegebedürftige fokussieren können. Krankenhausträger, die Kassenärztliche Vereinigung und die Ärzteschaft wären Kooperationspartner. Es ist auch grundsätzlich problematisch, wenn über das LSZ Pflege(beratungs)strukturen finanziert werden, die in der Finanzierungssystematik eigentlich über die Pflegekassen förderfähig wären.

Wenn das unrealistisch oder nicht durchsetzbar erscheint, sehen wir mit Bezug auf das bestehende Landesprogramm (LSZ) folgenden Handlungsbedarf:

Der gegenwärtige Förderansatz innerhalb des Landesprogrammes ist zu gering, als dass er Innovationen im vorpflegerischen und pflegeunterstützenden Bereich nachhaltig befördert. Deshalb müssen diese Förderansätze mit Bezug auf Pflege ausgebaut, systematisiert und, wenn kein eigenes Landesprogramm etabliert wird, innerhalb eines eigenen Handlungsfeld sichtbar gemacht werden. Hierhin würden Förderansätze für Gesundheitskioske, Seniorenbüros, Dorfkümmerer, Dorfläden, Wohnberatungsstellen, aufsuchende Hilfen u. a. m. gehören. Gute Beispiele sind, wie die Handlungsempfehlungen des Berichts zur Sorgearbeit vorsehen, zu abstrahieren und zu publizieren. Des Weiteren wäre im Landesfamilienplan für den Bereich der „Pflege in Familien“ eine konkrete Aufgabenzuweisung vorzunehmen. Weil die Pflege in Familien mit existentiellen Belastungen, häufig mit Einkommensverlusten und Teilhabebeschränkungen verbunden ist, zu denken ist auch an Eltern mit schwer- und mehrfachbehinderten Kindern, sind Maßnahmen, die Pflege in der Familie unterstützen, als prioritär förderungswürdig auszuweisen. Ganz generell sollte eine Förderung unbürokratisch erfolgen, so dass auch niedrigschwellige Vorhaben und Initiativen im ländlichen Raum, die Pflege innerhalb der Familie ermöglichen, nicht behindert, sondern motiviert werden.

10. Interessenvertretungen von Menschen mit Pflegebedarf sowie von Pflegenden

Befunde

Menschen mit Pflegebedarf gehören zu der Gruppe von Menschen, die von Teilhabebeschränkungen am stärksten bedroht sind. Kommunikationsreduzierte, betreuungsarme und relativ geschlossene Pflegesettings (die häusliche Pflege ist hier ausdrücklich inbegriffen) sind verbreitet. Gewaltphänomene sind keine marginale Erscheinung. Die Selbstvertretungsmöglichkeiten in sozialen Organisationen sind gering und entfalten entsprechend wenig Wirkung. Ein Abbild dieser Situation ist, dass Pflegebedürftige in keinen außerstationären Gremien mitwirken und dass sie während der Coronakrise auf einen Objektstatus staatlicher Maßnahmen reduziert wurden. Sie sind politisch nicht aktiv. Ihre Vertretungsorganisationen (ausgenommen die von pflegenden Angehörigen) sind in Landesgremien kaum aktiv. Die pflegenden Angehörigen haben angesichts ihrer herausragenden Bedeutung für die Pflege alter Menschen keine annähernd adäquate Lobby (vgl. auch Klie 2022, S. 2). Vergleichbares könnte man über die Interessenvertretung von beruflich Pflegenden konstatieren.

Das TMSAGFF hat eine Beschwerde- bzw. Beauftragtenstelle etabliert, die die Belange der Pflege und von Patienten vertreten soll. Im Konfliktfall können sich Betroffene an sie wenden. Anliegen ist eine Konfliktvermittlung, allerdings keine Interessenvertretung. Wir begrüßen deren Etablierung, wenn sie Expertise garantiert und mit einem entsprechenden Ethos für Pflegebedürftige verbunden ist. Diese Stelle ist sichtbar(er) und bekannt zu machen, denn sie ist weder in den Leitungspositionen des Ministeriums noch bei Verbänden bekannt. Über die

Anliegen und deren Klärung sollte eine regelmäßige Berichterstattung im Landespflegeausschuss, im Beirat für Gewaltschutz und vor dem Landesseniorenrat erfolgen. Diese Stelle, die im Charakter eine Beschwerdestelle ist, versteht sich allerdings nicht als eine Interessenvertretung, wie sie der Landesbehindertenbeauftragte und -beirat oder der Landesseniorenrat darstellen.

Forderungen

Die Forderungen einer adäquaten Interessenvertretung müssen weiter gehen: Notwendig ist aus unserer Sicht,

- dass die Interessenvertretung von Menschen mit Pflegebedarf und pflegenden Angehörigen gesetzlich geregelt und gestärkt wird. Sie kann explizit im Thüringer Gesetz zur Stärkung der Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte von Senioren und im Thüringer Gesetz zur Inklusion und Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen geregelt werden. Alternativ und besser: in einem Altersstruktur- oder Pflegegesetz. Das Mandat des Landesseniorenrates ist ausdrücklich auch auf ältere Menschen mit Pflegebedarf auszudehnen.
- dass sich Pflegepolitik konsequent an den Lebensbedürfnissen von Menschen mit Pflegebedarf und inklusiven Pflegesettings orientiert, die außer der Pflege das Leben und Wohnen in den Mittelpunkt stellt. In diesem Kontext sind kommunale Pflegekonferenzen (wie in Nordrhein-Westfalen) gesetzlich zu regeln. An ihnen sind verbindlich Interessenvertretungen von Pflegenden und pflegenden Angehörigen zu beteiligen. Gleiches gilt für die kommunale Altenhilfe- und Sozialplanung.
- eine Interessenvertretung von Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen, die in allen Pflege Themen betreffenden Gremien mitwirkt und die Beteiligung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen befördert. Das betrifft insbesondere Gremien wie den Landespflegeausschuss, den Landesfamilienrat, den Krankenhausplanungsausschuss, die Landesgesundheitskonferenz und den Landesbehindertenrat.
- ein Mitwirkungsrecht von kommunalen Seniorenbeiräten und Seniorenbeauftragten sowie von Interessenvertretungen von Gepflegten und Pflegenden wie der Alzheimer Gesellschaft und des Vereins „Wir pflegen“ in den kommunalen Pflegekonferenzen.
- neue gesetzliche Regelungen im Wohn- und Teilhabegesetz bezüglich des Mitwirkens von Interessenvertretungen von Pflegenden und betreuenden Angehörigen in Heimbeiräten
- Konzepte und eine entsprechende Praxis, die die Mitwirkung und Teilhabe von pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Angehörigen programmatisch fördern. Zu denken ist auch an inklusive Modelle, wie sie bei Kindern mit Behinderung in der Praxis von Schulbegleitern zur Anwendung kommen. Das Herbstzeitlosenprojekt der Seniorenbegleiter, wie es seit Jahren in Saalfeld etabliert ist, oder die Seniorengenossenschaft in Suhl verdienen eine flächendeckende Ausdehnung und unbürokratische Förderung.
- angesichts der Teilhabe- und Sicherheitsgefährdungen die Etablierung eines Landespflege- (in Verbindung mit einem Patienten-)beauftragten, der die Interessen dieser Gruppen vertritt, sowie von regionalen Ombudsleuten, wie sie in anderen Bundesländern (wie Bayern, Nordrhein-Westfalen) etabliert sind, die die Interessen von Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen in die kommunale Politik einbringen.⁴ Auch

⁴ Die Bundesregierung hat einen Pflegebevollmächtigten. Er soll nicht nur die Belange der Pflegebedürftigen, sondern auch ihrer Angehörigen, der Pflegekräfte sowie aller in der Pflege Beschäftigten wahren. Er setzt sich dabei u. a. für die Umsetzung der Qualitätssicherung in der Pflege, für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie für die Teilhabe Pflegebedürftiger und die

Seniorenbeiräte können und sollten hier qua Gesetz Verantwortung übernehmen, in dem sie in kommunalen Gremien zur Pflege und in Heimbeiräten mitwirken und als Patienten- und Pflegebeauftragte Verantwortung übernehmen.

- eine starke Interessenvertretung von professionell Pflegenden in Form einer Pflegekammer, die durch den Gesetzgeber in einem Gesetz zu regeln ist.

11. Landesgremien für Pflege

Befund/Situation/Thesen

Es gibt ein landespolitisch relevantes Gremium, das auf Pflegepolitik Einfluss nehmen könnte: Den Landespflegeausschuss. Der Thüringer Pflegepakt, der insbesondere die Fachkräftegewinnung, das Image der Pflege und eine bessere Bezahlung für Pflegekräfte zum Ziel hatte, wurde aufgelöst.

Der Landespflegeausschuss

Das SGB XI § 8a verpflichtet die Länder, Landespflegeausschüsse zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung zu bilden. Er kann Vorschläge zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes unterbreiten.

In Thüringen gehören dem Landespflegeausschuss acht Vertreter von Pflegekassen, acht Vertreter von Pflegedienstleistern, jeweils ein Vertreter des Thüringischen Landkreistages und des Gemeinde- und Städtebundes, ein Vertreter der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, ein Vertreter der privaten Krankenversicherung, ein Vertreter des Ministeriums und ein Vertreter des Landessenioresrates an. In seiner Zusammensetzung und inhaltlichen Orientierung erscheint der Landespflegeausschuss nicht mehr zeitgemäß. Seine Ergebnisse werden nicht öffentlich publiziert. Er ist ein zweifelsohne wichtiges Gremium. Er bildet aber in seiner Zusammensetzung und seiner politischen Orientierung weder die Herausforderungen in der Pflege noch die Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ab.

Forderungen mit Bezug auf den Landespflegeausschuss

Mit Bezug auf den Landespflegeausschuss ist aus unserer Sicht folgendes notwendig:

- eine Neufassung der Thüringer Verordnung über den Landespflegeausschuss, in der die Ziele, Aufgaben und Arbeitsweisen des Landespflegeausschusses präzisiert werden
- eine zeitgemäße Zusammensetzung des Landespflegeausschusses (Reduzierung der Vertreter von Pflegekassen und Leistungserbringern) unter stärkerer Einbeziehung kommunaler Akteure (Sozialplaner) und zivilgesellschaftlicher Organisationen sowie von Interessenvertretern von Pflegebedürftigen und beruflich Pflegenden, des Weiteren ein Krankenhausvertreter und ein Vertreter der Hausärzteschaft
- eine konzeptionelle Neuausrichtung auf die Lebensqualität von Menschen mit Pflegebedarf sowie einer besonderen Akzentuierung der häuslichen Pflege

Unterstützung pflegender Angehöriger ein. Auch verschiedene Bundesländer haben Pflegebeauftragte. Bayern hat einen Patienten- und Pflegebeauftragter der Bayerischen Staatsregierung. Berlin hat eine Patientenbeauftragte. Sie ist Ansprechpartnerin für die Anliegen, Belange und Beschwerden von kranken und pflegebedürftigen Menschen, pflegenden Angehörigen und ihren Organisationen sowie von Nutzerinnen und Nutzern der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Das Saarland hat einen gewählten Pflegebeauftragten, der in einem kontinuierlichen Informationsaustausch mit den Trägern der Pflege und mit den die Pflege Tätigkeit im Saarland überwachenden Organen steht. Er ist für eine Weiterentwicklung und Optimierung der Pflege im Saarland zuständig, so in den Bereichen des eingeführten Qualitätsmanagements oder der effektiveren, berufsbegleitenden psychosozialen Betreuung der in der Pflege tätigen Menschen. Des Weiteren wirkt er darauf hin, dass die Belange pflegebedürftiger Menschen, deren Angehörige und der die Pflege ausführenden Personen in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen beachtet werden, um so eine breitere Akzeptanz und Wertschätzung in der Gesellschaft zu erreichen.

All diese Ansätze gehen weiter und mandatieren politisches Engagement als die in Thüringen etablierte Stelle einer Beauftragten für die Belange der Pflege und von Patient*innen.

- mehr Transparenz und transparente Kommunikation hinsichtlich der Arbeit und der Ergebnisse des Landespflegeausschusses, insbesondere Cloudlösungen für die interne Kommunikation, einen Internetauftritt, eine Jahresplanung oder eine Planung in Legislaturperioden
- Leitungspräsenz in diesem für die Belange der Pflege wichtigstem Gremium.

Weil der Landespflegeausschuss sich in seiner inhaltlichen Profilierung qua Gesetz ausschließlich auf Fragen der Umsetzung des SGB XI bezieht, erscheint es unbedingt sinnvoll, ergänzend zum Landespflegeausschuss ein politisches Gremium zu etablieren, das Fragen einer modernen Pflegepolitik mit allen relevanten Akteuren diskutiert. Ein solches sektoren- und bereichsübergreifendes Gremium sowie entsprechende Rahmenvereinbarungen hatte bereits 2014 die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege vorgeschlagen (siehe Empfehlungen).

Forderung einer Landespflegekonferenz

Dieses politische Gremium kann (nach dem Vorbild der Landesgesundheitskonferenz) eine **Landespflegekonferenz** mit einem entsprechenden Steuerungsausschuss sein, wie sie in anderen Bundesländern wie Berlin, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen seit vielen Jahren etabliert ist. Der Begriff Landespflegekonferenz ist sinnvoll, weil er für andere Bereiche, etwa für den Bereich der Gesundheit, etabliert ist, weil er ein Pendant zu den kommunalen Pflegekonferenzen darstellt, die der Gesetzgeber als solche verwendet hat und weil er Dauerhaftigkeit assoziiert.

Die vom TMASGFF vorgesehene Zukunftswerkstatt zur Pflege für die zweite Jahreshälfte 2023 ist zwar dem Grunde nach begrüßenswert, weil sie die Partizipationsformate aus anderen Bereichen fortsetzt.⁵ Sie würde den Inaktivitätsmodus der letzten Jahre im Bereich der Pflegepolitik beenden. Betroffene zu Beteiligten zu machen, was das Anliegen einer Zukunftswerkstatt ist, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings kommt sie 7 Jahre zu spät. Sie hätte am Anfang der Regierungsperiode etabliert werden müssen, um in der Folgezeit Strukturen zu verändern und ein Programm aufzulegen. Am Ende einer Legislaturperiode muss zumindest gefragt werden, welche Handlungsmacht sie besitzt, welches Budget sie in Aussicht stellen kann und welche Verbindlichkeiten sich herstellen lassen. Zudem: Es geht es nicht nur um die Zukunft, sondern angesichts der oben beschriebenen Versorgungsherausforderungen um die Gegenwart. Eine Zukunftswerkstatt hat weder die Höhe noch die Dignität einer Landespflegekonferenz. Sie assoziiert Experimentelles, Fantasieanregung, eine vage Diskussion über Gegenstände der Pflege im sozialpädagogischen Duktus nach dem Motto: „Die Zukunft ist offen, suchen wir Lösungen“. Sie ist zeitlich befristet.

Die Zukunft ist bezüglich der Pflege aber nicht offen. Es bedarf angesichts der Probleme und Herausforderungen eines Tempobeschleunigers. Das Warten auf die nächste Legislatur ist nicht möglich. Es gibt für Thüringen klare Szenarien und Untersuchungen, was Pflege- und Fachkräftebedarf betrifft. Es gibt klare Bedarfe, erprobte Modelle, umfängliche thüringenspezifische Berichte, den Siebten Altenbericht und seit langem von Experten lancierte Handlungsempfehlungen. Und es gibt klare, strukturiert vorgetragene politische Forderungen. Es geht um ein Gremium,

- das explizit politisch (im Sinne des Gesundheitszieleprozesses) agiert
- das dauerhaft etabliert ist
- das gesetzlich geregelt ist
- das sich um existentielle Belange von Menschen mit Pflegebedarf und Pflegende auf einer politischen Ebene kümmert

⁵ Der Landesseniorenrat wurde an den Strukturveränderungen des TMASGFF im Bereich der Pflege weder beteiligt noch über sie informiert noch hatte er Gelegenheit einer Stellungnahme.

- das politikwirksam agiert und dem Gesetzgeber entsprechende strategische Optionen offeriert
- das ambitioniert und engagiert geführt wird.

Die Empfehlung zur Etablierung einer solchen Konferenz ist neun Jahre alt. Zitat aus den Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe: „Die Länder werden ermächtigt, ein Gremium mit der Analyse von Über-, Unter- und Fehlversorgung ... einzurichten, sowie ein sektorenübergreifendes Gremium einzurichten mit dem Ziel, die Sorgestrukturen zu verbessern.“!!! (siehe Empfehlungen)

Das Konstrukt einer solchen Konferenz könnte durch die Landesgesundheitskonferenz partizipativ erarbeitet werden, in der verschiedenste Akteure der Pflege bereits mitwirken. Das würde späterhin eine entsprechende Vernetzung der Themen Gesundheit und Pflege gewährleisten. Anliegen einer Landespflegekonferenz wäre die Diskussion einer modernen, präventions- und inklusionsorientierten, auf die Rolle der Kommunen orientierenden Pflegepolitik mit dem Fokus auf eine moderne Sorgeskultur sowie die kommunale Verantwortung in der Pflege und entsprechende Politikempfehlungen. In ihr wären nicht nur Leistungserbringer und Pflegekassen, sondern gleichermaßen und vor allem Interessenvertreter von Gepflegten, pflegenden Angehörigen sowie beruflich Pflegenden, Vertreter der Hausärzteschaft und Krankenhäuser, der Zivilgesellschaft, der Kommune, Organisationen der Gesundheitsförderung und Prävention, Akteure der Verwaltung und Sozialplanung aktiv.

12. Die Pflegenden

Befunde

Die letzte Stelle dieses Dokuments gehört den Pflegenden. Sie verweist, so könnte man sie deuten, auf deren systemische Stellung im System der Pflege. Hier hat sie die Würde der letzten Seite: Aufmerksamkeitsfokussierung. Es geht um familial Sorgende, d. h., insbesondere um pflegende Angehörige, sowie professionell Pflegende.

Die Angehörigenpflege

Das deutsche Pflegesystem ist, obwohl die Leistungen gering sind, familial orientiert. Es ist Teil des sozialen Reproduktionssystems, das in zunehmendem Maße, weil Arbeitskräfte fehlen, in Widerspruch zum Produktivsystem gerät. Ohne Angehörigenpflege geht nichts. Nicht nur die Pflege, auch das Management der Pflege liegt zum überwiegenden Teil in der Hand von pflegenden Angehörigen (Klie 2022, S. 15). Angehörigenpflege hat nicht, wie vorausgesagt, an Bedeutung verloren, sondern gewonnen. Die Kehrseite: Dieses durch Männer konzipierte und verantwortete System familialer Pflege reproduziert die gesellschaftliche Rolle von Frauen, deren Subordination in die Care-Arbeit sowie heteronormative Familienmodelle. Solche gesellschaftstheoretischen Implikationen werden zwar im akademischen Diskurs etwa durch Nancy Fraser, Gabriele Winker, Tine Haubner, Silke van Dyk u. a. aktualisiert. In der aktuellen pflegepolitischen Diskussion spielen sie aber so gut wie keine Rolle.

Festzuhalten bleibt, was die Dimension und Unverzichtbarkeit der privaten Care-Arbeit, aber auch die Dramatik verdeutlicht:

- Pflege- und Sorgeaufgaben für alte Menschen verändern fundamental und häufig ungeplant den Lebensentwurf von Menschen.
- Ca. 80 % der Pflegebedürftigen werden in Deutschland und Thüringen innerhalb der Familie gepflegt, betreut und versorgt. 15 % der Bevölkerung sind aktuell in die Pflege von Angehörigen direkt involviert (DAK-Pflegereport 2018).

- Die Anzahl der zu Hause Gepflegten steigt absolut wie relativ, d. h., die Bedeutung der häuslichen Pflege wächst, was nicht darüber hinwegtäuschen darf, dass auf Grund der demografischen Entwicklung die privaten Pflegeressourcen sinken.
- Es gibt von pflegenden Angehörigen, von denen die meisten im erwerbsfähigen Alter sind, immense Opportunitätskosten, weil die Berufstätigkeit aufgegeben und eingeschränkt wird, die in den Pflegeleistungen nicht abgebildet werden.
Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen stagniert. Über 50 % der Pflegenden nehmen ausschließlich Pflegegeld, d. h., keine Sach- oder Kombinationsleistungen in Anspruch, was auf fehlende Angebote, aber auch auf ein Kostenvermeidungsverhalten verweist.
- Pflege von Angehörigen ist mit Teilhabebeschränkungen, einer erhöhten Vulnerabilität für eigene Krankheiten, für psychische Erkrankungen, Erschöpfung und eigene Pflegebedürftigkeit assoziiert.
- Ein Pflegemix, wie er seit Jahren von Pflegewissenschaftlern gefordert wird, oder eine gesamtgesellschaftliche Verantwortungsteilung sind in der häuslichen Pflege nicht ansatzweise realisiert. Die Pflege alter Menschen bleibt überwiegend persönliches Schicksal (Klie 2022, S. 2).

Das Pflegesystem, das ist ein sehr eindeutiger Befund, wird durch pflegende Angehörige, d. h. insbesondere Frauen getragen. Sie bilden das Rückgrat der Pflege. Sie nehmen Pflegeaufgaben ohne gesetzlich normierte Sorgeverpflichtung vor dem Hintergrund einer moralischen Verantwortung wahr. Diese Verantwortungslast wird nicht annähernd adäquat im Pflegegeld abgebildet, denn das Pflegegeld ist seinem Wesen nach keine Aufwandsentschädigung und keine Lohnersatzleistung, sondern Geld zum und für die Pflege.

Forderungen für pflegende Angehörige

Die Forderung für pflegenden Angehörigen bezieht sich seit Jahren auf einen Anspruch auf eine Lohnersatzleistung, d. h., auf ein dem Elterngeld vergleichbares Pflegegeld sowie eine mit der Elternzeit vergleichbare Pflegezeit (vgl. Notwendige Reformen). Eine Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige ist aus elementaren Gerechtigkeitsgründen überfällig. Sie ist vor allem für jene Pflegenden relevant, die selbst noch berufstätig sind und denen aus der Pflege ihrer Angehörigen Nachteile im Erwerbsleben erwachsen. Die Mehrzahl der pflegenden Angehörigen ist im Erwerbsalter. Die BAGSO fordert in diesem Zusammenhang für den Zeitraum von 36 Monate den Anspruch auf eine einkommensabhängige Lohnersatzleistung in der Form eines Familienpflegegeldes (vgl. Notwendige Reformen). Diese Forderung erscheint angemessen und vor allem auch ein Beitrag zur Herstellung von Geschlechtergerechtigkeit.

Weitere Forderungen beziehen sich auf die Landesebene. Dazu gehört folgendes:

- einen Rechtsanspruch auf unterstützende Leistungen, wie sie in NRW in einem Gesetz geregelt sind
- weitere Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie. In NRW gibt es dafür ein entsprechendes Landesprogramm (siehe Landesprogramm „Vereinbarkeit Beruf & Pflege“)
- bedarfsgerechte Angebote für Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige, u. a. Qualifizierungsmaßnahmen, Rechtsinformationen und Möglichkeiten für den Erfahrungsaustausch (vgl. § 18 Alten- und Pflegegesetz NRW). Solche Leistungen wären für Thüringen gesetzlich zu regeln, innerhalb des LSZ zu systematisieren und auszubauen oder in einem eigenen Programm zu entwickeln, was die bessere Lösung wäre.
- präventive Beratung und Begleitung bei Pflegegrad 1, um häusliche Pflegesettings zu ermöglichen und zu stabilisieren

- den unkomplizierten Zugriff auf personelle (professionelle) Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungsressourcen, bei Notsituationen, nach Krankenhausaufenthalten, um Erholung und Freizeit zu ermöglichen. Helga Schubert meinte in einem Interview: „Was mir helfen würde, wäre eine Agentur für qualifizierte Pflegerinnen und Pfleger, die ich anfordern könnte, wenn ich mal nicht bei meinem Mann sein kann ... Wenn ich jetzt für eine Nacht eine Vertretung engagiere, kostet das 400 Euro, nämlich 200 Euro für jeden angefangenen Tag. Das muss ich privat zahlen. Und das kann sich ja kaum ein Mensch leisten. Da gibt es eine gravierende Lücke im Versorgungssystem, über die wir zu wenig sprechen.“ (Schubert)
- Eine Notfallnummer für pflegende Angehörige in den Kommunen, um Hilfe zu arrangieren. Es bedarf für pflegende Angehörige eines unkomplizierten, nicht durch ein kompliziertes Leistungsrecht verstellten Zugriffs auf professionelle Hilfen und Ressourcen dann, wenn sie (akut) benötigt werden, bei Unfällen, bei Überforderungen, bei Notfällen, in schwierigen Situationen, für Entlastung.
- Angebote für Erholung u. a. m.

Es bedarf des Weiteren einer Hinwendung der Landespolitik zur häuslichen Pflege und zu ambulanten Versorgungssettings. Ihre Vernachlässigung ist, wie Thomas Klie anmerkt, grob fahrlässig (Klie 2022, S. 2). Der Staat hat bezüglich der häuslichen Pflege eine unabweisbare Vorleistungsfunktion, d. h., Bedingungen zu schaffen, unter denen Pflege- und Sorgeaufgaben in sozial und gesundheitlich verträglicher Weise und gerechter Verteilung sowie mit fachlicher und finanzieller Unterstützung wahrgenommen werden können (Klie 2022, S. 1).

Solche Forderungen dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass sie die Gefahr ins sich bergen, dass dieses durch Frauen dominierte Care-System reproduziert wird und die Gefahr einer weiteren Deprofessionalisierung und Hybridisierung von Pflegesettings besteht (Dyk, Haubner). Insofern ist es wichtig, dass alle Leistungseinführungen geschlechtergerecht und gerechtigkeitsstiftend konzipiert sind und daraufhin geprüft werden.

Die beruflich Pflegenden

Der Fachkräftemangel (präziser: Der Mangel an Menschen, die beruflich Menschen pflegen und betreuen) braucht weder beschworen noch ausführlicher analysiert werden. Er ist eklatant, er ist Gegenwart und er wird sich in der Zukunft vor dem Hintergrund des Anstieges des Pflegebedarfs und des Sinkens des Potentials an Erwerbstätigen weiter verschärfen. Kein Thema der Pflege wurde in der Literatur so breit beschrieben und in der Politik so häufig diskutiert wie der sog. Fachkräftemangel. Es gibt allein für Thüringen aus den letzten zehn Jahren drei umfangreiche Studien/Berichte mit entsprechenden Handlungsempfehlungen:

- Fachkräftesicherung durch gute Arbeit. Rahmenbedingungen und Zukunftsperspektiven in der Pflege Thüringens (2014)
- Willkommen in Thüringen. Entwicklung des Fachkräftebedarfs bis 2030 und Strategien der Fachkräftegewinnung (2018) und
- Vereinbarkeit von Sorgearbeit und Beruf als Beitrag zur Sicherung des Fachkräftebedarfs – Familienfreundliches Thüringen (2018).

Es mangelt offenbar weder an Erkenntnissen noch Strategievorschlägen noch an Handlungsempfehlungen, sondern an Umsetzungsperspektiven und eines entsprechenden Umsetzungscontrollings, wobei die systemischen und demografischen Bedingtheiten nicht aus der Welt zu schaffen sind.

Um Beispiele zu nennen: Um die Sorgearbeit zu stärken wurde im vom Freistaat Thüringen in

Auftrag gegebenen „Sorgebericht“ u. a. empfohlen

- in den Kommunen Struktureinheiten auszubauen, die sich mit den Belangen der älteren und pflegebedürftigen Menschen befassen.
- alternative Mobilitätsangebote zu schaffen
- die sozialräumliche Pflege zu verbessern
- Pflegestützpunkte auszubauen
- Anlaufstellen zum Thema Vereinbarkeit von Sorgearbeit und Pflege
- Sozialraumorientierung als Pflichtaufgabe zu formulieren
- Pflegeimage zu verbessern (2020 wurde der Thüringer Pflegepakt aufgelöst)
- vergleichbare Pflichtaufgaben für die Kommunen für ältere Menschen, wie sie für Kinder und Jugendliche existieren (vgl. Vereinbarkeit, S. 132 ff.).

Außer im Rahmen des LSZ wurde kaum eine dieser Handlungsempfehlungen systematisch umgesetzt oder eine Umsetzungsperspektive sichtbar. Was passiert eigentlich mit solchen Berichten und Handlungsempfehlungen? Werden sie überhaupt umsetzungsrelevant und unterliegen sie einem Controlling?

Der Unterschied zum Fachkräftemangel in der Automobilbranche, wo der Fachkräftemangel inzwischen als das größte Geschäftsrisiko der Zukunft identifiziert wird (DIHK), ist der, dass man sich den Verlust von Geschäftsfeldern vorstellen kann, nicht aber die massenhafte Verwahrlosung alter Menschen.

Dabei gehört vor allem betreuerische, pflegerische, medizinische Unterversorgung in Pflegeeinrichtungen, die fehlende Auftragsrealisierung von Pflegediensten, die Kündigung von Pflegeverträgen längst zur Realität.

Der Begriff „Fachkräftegewinnung“ assoziiert, dass es vor dem Hintergrund steigender Pflegefälle um einen Aufwuchs von Mitarbeitern in der Pflege ginge. Zunächst geht es darum, den Weggang und Ausstieg sowie den generellen Mangel an Erwerbstätigen zu kompensieren. Denn: Der Altersdurchschnitt der professionell Pflegenden liegt über dem anderer Berufsgruppen. 40 Prozent der Pflegekräfte sind älter als 50. Ab 60 ist kaum mehr jemand im Beruf. Die Statistiken sind alarmierend, weil ab 61 kaum mehr eine ausgebildete Pflegekraft in ihrem Beruf arbeitet. In Rheinland-Pfalz beträgt der Anteil der über 60-Jährigen 4,8 Prozent, in Niedersachsen ist er ähnlich gering. Bis 2033 werden voraussichtlich 35 bis 43 Prozent der heute tätigen Pflegefachpersonen nicht mehr berufstätig sein. In Schleswig-Holstein, so schätzt die dortige Pflegeberufekammer ein, werden knapp 40 Prozent aller Pflegefachpersonen in den nächsten zehn bis zwölf Jahren in den Ruhestand gehen. Ähnliches könnte wahrscheinlich über Thüringen festgestellt werden. Die Überalterung betrifft alle Pflegeberufe: die Gesundheits- und Krankenpflege, die Altenpflege sowie die Kinderkrankenpflege. In deutschen Krankenhäusern und Pflegeheimen fehlen derzeit ca. 100.000 Pflegefachkräfte. Laut Prognosen werden bis 2030 mehr als 500.000 Stellen im Pflegebereich unbesetzt bleiben (Transparenz).

Optionen

Als Optionen galten und gelten immer:

1. **Gehaltssteigerungen**, um den Pflegebereich zu attraktivieren. Gehaltssteigerungen sind absolut notwendig, haben aber systemische Grenzen. Sie führen aber, wie man aus anderen Berufsgruppen weiß, nicht automatisch dazu, dass Menschen sich für den Pflegeberuf entscheiden. Sie führen auch dazu, dass Pflegekräfte ihre Arbeitsstundenanzahl auf Grund von Arbeitsbelastungen verringern. Sie haben auch keine Wirkung auf die Lebensqualität der Pflegebedürftigen, weil sich die systemischen Bedingungen der Pflege nicht verändern.

2. die **Verbesserung von Arbeitsbedingungen**, was Grenzen hat, weil sich Schicht- und Feiertagsdienste, der Umgang mit Sterben und Tod, mit schwerstkranken und pflegebedürftigen Menschen nicht abschaffen lässt. Was in dieser Diskussion meist ausgeblendet wird: Als schwerste Arbeitsbelastung empfinden Mitarbeitende in der Pflege
 - den systemischen Widerspruch zwischen Anspruchsnorm und Arbeitsrealität (Kersting, Steinhilber S. 48 ff.)
 - die Betriebsform des Arbeitens, Personalmangel, wirtschaftlichen und Kontrolldruck, dem Pflegeeinrichtungen ausgesetzt sind, hierarchische Managementstrukturen u. a. m. sowie
 - fehlende arbeitsbiografische Laufbahn-Entwicklungs-Perspektiven (Schulz-Nieswandt 2022, S. 8)

Es erscheint eine der Paradoxien der (Corona-)Pflegepolitik zu sein: Sie nahm, während sie den Lebensschutz für Pflegebedürftige reklamierte, billigend Arbeits- und Lebensbedingungen von Pflegenden in Kauf, die, wie der Barmer Pflegereport 2020 eindrücklich referiert, das Prädikat „gesundheitsgefährdend“ verdienen.
3. die **Nutzung des Arbeitskräftepotentials innerhalb der Pflege**, denn die Mehrzahl der in der Pflege Beschäftigten arbeiten in Teilzeit, was auf die Arbeitsbedingungen verweist, deren Veränderungen Grenzen gesetzt sind.
4. ein **Imagewandel der Pflege** und eine Ausbildungsoffensive, um junge Menschen für die Pflege zu gewinnen, was Thüringen durch einen Pflegepakt versucht hat. Eine Bilanz wurde u. E. nie gezogen.
5. die **Fachkräftegewinnung im Ausland** (besser: Die Gewinnung von Menschen, die im Pflegebereich arbeiten wollen und können), was durch das Fachkräfteeinwanderungsgesetz geregelt und erleichtert wurde und was Verbände wie der BPA massiv einfordern. Es ist allerdings eine Illusion, dass durch ausländische Fachkräfte der Fachkräftemangel gelöst werden könnte. Die neokoloniale Attitüde verdeckt eher die systemischen Probleme des deutschen Pflegesystems. Es gibt eindeutig ethische Imperative: Im Oktober 2021 wurde das vom Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF) entwickelte Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ eingeführt. Dieses setzt eindeutig Grenzen der Anwerbung. Zudem: Man kann es nicht besser als Schulz-Nieswandt ausdrücken: „Das gesamte Problem des sogenannten Pflegenotstands ist mit dieser an sich und in sich schon komplizierten und kritisch zu problematisierenden „Stellschraube“ der transnationalen Humankapitalzufuhr, wie es die Hydrauliker unserer Politik und Praxis immer noch modellieren, nicht zu lösen. Wir kennen die multifaktorielle Kausalität des ‚hausgemachten‘ Fachkräftemangels.“: Die fehlende Kultur eines Vereinbarkeitsmanagements (Schulz-Nieswandt 2022, S. 8).
6. **Zugangserleichterungen für Menschen, die im Pflegeberuf tätig sein wollen**, was mit der Absenkung von Ausbildungsniveaus verbunden ist
7. die **bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie**, so dass Pflegekräfte ihre Arbeitszeit ausdehnen können und im Beruf verbleiben.
8. eine konsequente **Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“**, weil der stationäre Bereich bei weitem personal- und damit auch kostenintensiver ist als familiäre und ambulante Pflege, was in der Praxis aber kaum geschieht und gefördert wird
9. ein **Zivildienst von Männern in der Pflege**, der auch ein Beitrag zur Geschlechtergerechtigkeit in der Care-Arbeit wäre. Er wird in Wahrheit nicht wirklich diskutiert und erwogen.

10. die **Förderung präventiver Potentiale** (siehe oben), um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuschieben, was ebenfalls in der Praxis kaum systematisch und strukturell orientiert erfolgt.

Forderungen

Die Versuche, dem Personalmangel mit der Absenkung von Qualitätsstandards, mit dem Absenken des Qualifikationsniveaus, der Förderung monetarisierter, semiprofessioneller Lientätigkeit, mit qualifikatorischen Grenzüberschreitungen bei Pflegeleistungen, der Substitution professioneller, qualifizierter, formeller Pflegearbeit, mit Deprofessionalisierung, mit einer Mobilisierung des informellen Potentials begegnen zu können (Dyk, Haubner, S. 93), führen in die Irre. Sie werden die Probleme verschärfen und den Pflegeberuf unattraktiver machen.

Eine Pflegekammer ist kein Allheilmittel. Sie könnte aber den Ansatz befördern, dass Pflegende Verantwortung für ihre Berufsgruppe übernehmen.

Vermutlich wird keine der skizzierten Optionen isoliert Erfolg versprechen. Insofern bedürfte es einer sichtbaren **Gesamtstrategie** mit entsprechender Umsetzungskontrolle, eines Fachkräftemonitorings und einer entsprechenden Berichterstattung sowie einer konsequenten und unbürokratischen Unterstützung lokaler Initiativen sowie von Initiativen von Dienstleistern, um Mitarbeiter für die Pflege zu gewinnen.

Das größte Potential für die Humanisierung und Entlastung in der Pflege wird die Einführung künstlicher Intelligenz in die Pflege sein. „Digitale Prothetik“ wird mehr leisten können, als alte Menschen aus dem Bett zu heben. Paradoxerweise wird sie zu einer Humanisierung von Pflegesettings beitragen.

Unberücksichtigt bleibt weitgehend, dass es, um den Pflegebereich für Menschen attraktiv zu machen, eines Kulturwandels für und in der Pflege bedarf, um ihrer Wertigkeit in der Gesellschaft Dignität zu verleihen. Pflege und die Vorsorge muss wie die Pflege und Erziehung von Kindern zum Lebensmodell von Menschen gehören, was das politische Engagement für die Pflege von alten Menschen einschließt.

Literatur

Barmer Pflegereport 2020, Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen

<https://www.barmer.de/blob/270028/6b0313d72f48b2bf136d92113ee56374/data/barmer-pflegereport-2020-komplett.pdf>

Brief der Alzheimergesellschaft (Thüringens), siehe: [Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen benötigen jetzt! Unterstützung – Alzheimer-Gesellschaften senden Brandbriefe \(deutsche-alzheimer.de\)](#)

Blüher, Stefan; Stein, Thomas; Schilling, Ralph; Grittner, Ulrike; Kuhlmeier, Adelheid (2021), Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – Herausforderungen für Forschung und Praxis (S. 91-102), in: Pflege-Report 2021

Buschmeyer, Anne; Müller, Dagmar (2023), Armutrisiko Care-Arbeit, in: impulse118/2023, S.12-13

DAK-Pflegereport 2018, [Pflegereport 2018 | DAK-Gesundheit](#)

DIHK; www.dihk.de/de/aktuelles-und-presse/tdw/fachkraefte-gewinnen-auch-aus-dem-ausland--69202

Dyk, Silke van; Haubner, Tine (2021); Community Kapitalismus, Hamburger Editionen

Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege (2014); [Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege \(bundesgesundheitsministerium.de\)](#)

Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zur Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, //gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/rahmenvertrag__richtlinien_und_bundesempfehlungen/2022_01_28_Pflege_Empfehlungen_45c_Abs_7_SGB_XI.pdf

Ewers, Michael; Lehmann, Yvonne; Krisen, Notfälle und Katastrophen in der häuslichen und gemeindebasierten Pflege, 2021; refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/30853/2021_Ewers_Lehmann.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Fachkräftesicherung durch gute Arbeit. Rahmenbedingungen und Zukunftsperspektiven in der Pflege Thüringens (2014)

Fraser, Nancy (2023); der Allesfresser. Wie der Kapitalismus seine eigenen Grundlagen verschlingt, Suhrkamp

Grabfelder, Mark; Lewin, Philip, Zeptner Marco; Hildebrandt, Helmut (2022); Häusliche Pflegesettings und Pflegekarrieren im Lichte der Routinedaten. Analyse von GKV- und SPV-Routinedaten der DAKGesundheit für den Pflegereport 2022, in: Pflegereport

Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige (Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen - APG NRW), [§ 7 APG NRW, Örtliche Planung - Gesetze des Bundes und der Länder \(lexsoft.de\)](#)

Haumann, Wilhelm (2022); Häusliche Pflege: Erfahrungen, Einstellungen, Forderungen – Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach, in: Klie, Thomas; Pflegereport, S. 31-74

Heintze, Cornelia (2015); Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland, Friedrich-Ebert-Stiftung, [Auf der Highroad - der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem : ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland ; \(Kurzfassung\) ; Expertise im Auftrag des Forums Politik und Gesellschaft und der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung \(fes.de\)](#)

Hellermann, Johannes (2022); Die Altenhilfe nach § 71 SGB XII und der rechtliche Rahmen ihrer Weiterentwicklung. Rechtsgutachten, BAGSO

Hufen, Friedhelm; Zur verfassungsrechtlichen Beurteilung von Besuchs- und Ausgangsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen aus Anlass der Covid-19-Pandemie. Rechtsgutachten, hrsg. v. der BAGSO; [www.bagso.de/publikationen/stellungnahme/rechtsgutachten-besuche-in-pflegeheimen/](#)

Inklusionsmonitor, [www.tlmb-thueringen.de/der-beauftragte/inklusionsmonitor/](#)

Kersting, Karin (2016); Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung, Mabuse

Klie, Thomas (2014); Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft

Klie, Thomas (2022); Das Rückgrat der Landzeitpflege ist die häusliche Pflege. Befunde, Analysen und Handlungsbedarf, in: Pflegereport, S.1-30

Künzel, Alexander (2022); Wachstumsmarkt Pflege – ein Irrsinn mit Methode. Warum Kommerzialisierung und Renditeanreiz Teilhabe im Alter gefährden, in: ProAlter 3/22

Landesprogramm „Vereinbarkeit Beruf & Pflege“; [Vereinbarkeit von Pflege und Beruf | Landesprogramm NRW \(berufundpflege-nrw.de\)](#)

Naegele, Gerhard (2014); 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung – Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht. WISO Diskurs. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

Notwendige Reformen jetzt angehen, BAGSO Pressemitteilung, [www.bagso.de/spezial/aktuelles/detailansicht/notwendige-reformen-in-der-pflege-jetzt-angehen/](#)

Offener Brief. Einsetzung einer Kommission zur Aufarbeitung der Corona-Pandemie; [Einsetzung einer Kommission zur Aufarbeitung der Corona-Pandemie \(pandemieaufarbeitung.net\)](#)

Pflege-Charta; [www.bmfsfj.de/resource/blob/94456/4b96ce5d14fbc21a9201d1682c3c8ef4/pflege-charta-plakat-data.pdf](#)

Pflegereport 2019, hrsg. V. K. Jacobs · A. Kuhlmeier · S. Greß, J. Klauber · A. Schwinger, Springer open

Pflege-Report 2021, Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen, hrsg. v. K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß J. Klauber, A. Schwinger; [Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – Herausforderungen für Forschung und Praxis | SpringerLink](#)

Rahimi, T., Dastyar, N. und Rafati, F. (2021): Experiences of family caregivers of patients with COVID19. BMC Fam Pract 22(1); [Erfahrungen von pflegenden Angehörigen von Patienten mit COVID-19 - PMC \(nih.gov\)](#)

Resilienz im Gesundheitswesen, Wege zur Bewältigung künftiger Krisen Gutachten 2023, [Gutachten 2023 - SVR Gesundheit \(svr-gesundheit.de\)](#)

Salcher-Konrad, Maximilian; Jhass, Arnoupe; Naci, Huseyin; Tan, Marselia; El-Tawil, Yousef; Comas-Herrera; Adelina (2020); COVID-19 related mortality and spread of disease in long-term care: a living systematic

review of emerging evidence; <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.09.20125237v3.full.pdf>

Schubert, Helga (2023); „Liebe ist kein Zustand, sondern Aufgabe“, Interview mit Helga Schubert, Spiegel 12.03.2023, Nr. 11,

Schulz-Nieswandt, Frank (2022); Transnationale Pflegekräfteanwerbung: hydraulische Lückenfüllerpolitik oder Tragödie achtsamer Ethik, in: ProAlter 2/22, S. 5-8

Schulz-Nieswandt, Frank (2021), Kommunale Pflegepolitik als sozialraumorientierte Daseinsvorsorge: Konturen einer Vision, in: Pflege-Report 2021, S.219-230

Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften, 2016; www.siebter-altenbericht.de

Sozialhilfequote, [Sozialhilfequote in Heimen bis 2026 bei 36 Prozent \(dzw.de\)](http://www.dzw.de)

Steinhaußen, Jan (2021); Das Gespenst der Nutzlosigkeit. Pflege in Zeiten viraler Gefährdungen, in: Covid-19 – Zumutungen an die Soziale Arbeit. Praxisfelder, Herausforderungen und Perspektiven, hrsg. V. Ronald Lutz, Jan Steinhaußen und Johannes Kniffki, Belz Juventa, S. 42-70

Thüringer Maßnahmeplan; www.tmasgff.de/soziales/menschen-mit-behinderungen/massnahmenplan-downloads

Transparenz und Orientierung bei der Fachkräftegewinnung; [Transparenz und Orientierung bei der Fachkräftegewinnung - Health&Care Management \(hcm-magazin.de\)](http://www.hcm-magazin.de)

Vereinbarkeit von Sorgearbeit und Beruf als Beitrag zur Sicherung des Fachkräftebedarfs – Familienfreundliches Thüringen 2018

Vergleichende Untersuchung zur kommunalen Altenarbeit. Disparitäten hinsichtlich der Lebensverhältnisse älterer Menschen – Befragung zur Beschreibung, Sichtbarmachung und Analyse der Teilhabemöglichkeiten älterer Menschen in den Kommunen in Deutschland. Ergebnisbericht (2021), hersg. V. BAGSO, abrufbar unter: www.bagso.de/studie/vergleichende-untersuchung-zur-kommunalen-altenarbeit/

Vorholz, Irene (2017a); Pflegestärkungsgesetz III verfehlt Stärkung der Kommunen, S 391–396 (NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V., September 2017)

Vorholz, Irene (2017b); Das PSG III als Herausforderung für die Kommunen? Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR) 4:263–280

Vereinbarkeit von Sorgearbeit und Beruf als Beitrag zur Sicherung des Fachkräftebedarfs – Familienfreundliches Thüringen (2018); [vereinbarkeit-von-sorgearbeit-und-beruf-als-beitrag-zur-sicherung-des-fachkraeftebedarfs.pdf;jsessionid=9136777FA03A5E5BD5BA30EEA6AEE90A.intranet252 \(demografie-portal.de\)](http://www.demografie-portal.de)

Willkommen in Thüringen. Entwicklung des Fachkräftebedarfs bis 2030 und Strategien der Fachkräftegewinnung (2018) und

Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege. Ansatzpunkte für Reformen; [Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege \(sozialministerium.at\)](http://www.sozialministerium.at)

Winker, Gabriele (2015); Care Revolution: Schritte in eine solidarische Gesellschaft, transcript