



Thesen und Forderungen für eine moderne Pflegepolitik in Thüringen

Kontext

Der Landesseniorenrat Thüringen ist qua Gesetz aufgefordert, gegenüber der Landesregierung Stellungnahmen abzugeben, wenn es ihm mit Bezug auf seniorenpolitische Gegenstände relevant erscheint.

Die 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, in der Fachkräftegewinnung, der Absicherung adäquater Pflegeangebote in ländlichen Gegenden sowie der Finanzierung des Pflegesystems.

In Thüringen ist eine kohärente Pflegepolitik nicht formuliert. Die landespolitischen Aktivitäten werden u. E. den Herausforderungen in der Pflege nicht gerecht. Wir gehen von einem eklatanten Handlungsbedarf aus, den wir in nachfolgenden Thesen begründen.

1. Exklusionsgefährdung von Menschen mit Pflegebedarf¹

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

- 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,

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.

- dass die Pflege und Betreuung durch und für Angehörige hochgradig belastend ist und mit einer erhöhten Vulnerabilität für insbesondere psychische Erkrankungen einhergeht,
- 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 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.

Ganzheitliche Wahrnehmung von Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen

2. Desiderat Berichterstattung

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. Die Bereitstellung/Erhebung von Pflegedaten in Thüringen ist unzureichend. Es werden nur alle zwei Jahre Stichtagsdaten erhoben, die aber auch erst mit einem Jahr in Verzug zur Verfügung stehen. Empirische Erhebung und Berichterstattung sollten aber nicht nur zur Anzahl der Pflegebedürftigen, zu Pflegequoten, der Einstufung von Pflegebedürftigen, zur Inanspruchnahme von Dienstleistungen sowie zum Fachkräftebedarf in der Pflege erfolgen, sondern einen konkreten regionalen Bezug haben. Des Weiteren sind Daten zu erheben und Aussagen zu treffen zur Pflegequalität, zur Sicherheit und Lebensqualität von Pflegebedürftigen, zu Beschwerden, Misshandlungen, freiheitsentziehenden Maßnahmen, zur Gewalt und zu Teilhabegefährdungen in der Pflege, zum zivilgesellschaftlichen Engagement in der Pflege, zu Pflegeangeboten und Versorgungsengpässen insbesondere im ländlichen Raum, zum Vorhandensein und den Erfahrungen von Pflegenetzwerken und Pflegekonferenzen, wobei in allem positive Beispiele zu würdigen und zu publizieren sind.

Detaillierte Pflegeberichtserstattung über konkrete Bedarfslagen, über Pflegequalität und -mängel, über Gewalt und Freiheitsentziehende Maßnahmen, bestehende Angebote, Angebotsdefizite, Pflegenetzwerke und Beratungsmöglichkeiten

3. Desiderat Pflegepolitik und Landespflegeplanung

Eine moderne Pflegepolitik ist in Thüringen nicht konturiert. 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, sind Desiderat. Eine Landespflege(bedarfs)planung ist nicht in Ansätzen erkennbar. Die pflegepolitischen Ansätze, wie sie sich paradigmatisch in den Wahlprogrammen der Parteien finden, reduzieren thematisch Pflegepolitik auf Pflegeversicherung und den Fachkräftemangel. Es fehlen in Thüringen politische Leitziele für eine moderne Pflegepolitik, es fehlt eine auf die Zukunft gerichtete Pflegebedarfsplanung, und es fehlt eine moderne Pflegestrategie und -konzeption mit Zielen und Maßnahmen, die koordiniert umgesetzt werden.

Notwendig ist aus unserer Sicht die Konturierung einer modernen Landespflegepolitik, die auf einer transparenten Pflegeberichtserstattung und Pflegebedarfsplanung beruht, die eine moderne Pflegekonzeption vorstellt bei Einbeziehung von kommunalen und zivilgesellschaftlichen Akteuren sowie von Pflege betroffener Menschen in allen relevanten Gremien. In diesem Zusammenhang muss es eine programmatische Verzahnung insbesondere der Gesundheits- und Familienpolitik mit der Pflegepolitik geben mit der Kontextualisierung zum Landesprogramm für Familie, zur Landesgesundheitskonferenz, zu Präventions- und Bewegungsprogrammen sowie zur Förderung des Ehrenamts. Sie muss bereichsübergreifend konturiert sein und Querschnittsthemen zur Stadt-, Quartiers- und Infrastrukturentwicklung, Wohnungspolitik, Sport- und Bewegungsförderung u. a. m. profilieren.

Das schließt organisatorische Veränderungen auf Landesebene ein. Pflegepolitik darf nicht innerhalb eines Referats, sondern muss/soll referats- und ressortübergreifend (Familien-, Behinderten-, Gesundheits-, Sportreferate) profiliert 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.

Formulierung einer auf einer detaillierten Berichterstattung basierenden modernen Thüringer Pflegepolitik mit einer Pflegekonzeption, Zielen und operationalisierbaren Maßnahmen

4. Moderne Pflegepolitik und der pflegebedürftige Mensch

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 zum Kunden von standardisierten Leistungsangeboten zu degradieren, beraubt ihn seiner Personalität. Er wird zum Objekt staatlich reglementierter Dienstleistungen.²

Im Mittelpunkt einer zeitgemäßen Pflegepolitik stehen Menschen jeden Lebensalters mit Pflegebedarf und deren Angehörige

Eine moderne 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 nicht nur gepflegt werden – die Pflege im Sinne des Leistungsrechts hat im Verlaufe des Tages eines pflegebedürftigen Menschen nur einen geringen Zeitumfang –, 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 einer modernen Pflegepolitik widerspiegeln.

² Vgl. Klie, Thomas, Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft, Bonn 2014, S.191.

5. Pflegeprävention

Eine moderne Pflegepolitik nimmt ihren Ausgangspunkt nicht bei fatalistischen Pflegeszenarien, bei einem weiteren Ausbau von Versorgungssettings, sondern bei Gesundheitsförderung und Pflegeprävention, für deren Förderung es einer kohärenten politischen Strategie bedarf.³ „Prävention vor Rehabilitation vor Pflege“⁴.

Notwendig sind aus unserer Sicht in Zusammenarbeit mit den Kassen und den Kommunen sowie mit der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung und zivilgesellschaftlichen Akteuren:

Pflegepolitik als Gesundheitsförderung und Pflegeprävention vor Rehabilitation und Pflege

- eine inhaltliche und strukturelle Verzahnung einer auf Gesundheitsförderung und Prävention zielenden Gesundheitspolitik mit einer präventionsorientierten Pflegepolitik.
- die Implementierung von pflege- und demenzpräventiven Settings in Wohnquartieren,
- 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.

Pflegepräventive Behandlungs- und Beratungsansätze müssen des Weiteren von Krankenhäusern und Hausärzten ausgehen.

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. 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.

6. Moderne Pflegepolitik und Subsidiarität

Moderne 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.⁵ 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, zumal nicht nur die Bedarfssituationen, sondern auch die regionalen Bedingungen außerordentlich komplex und unterschiedlich sein können.

³ Pflegebedürftigkeit ist nicht schicksalhaft. Seit über zehn Jahren wird in der Literatur die These der so. Rektangularisierung 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. 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.

⁴ Vgl. Siebter Altenbericht, S.XIX

⁵ Vgl. ebd., S.44

Das gilt auch und im besonderen Maße für die Pflege. Bei Pflegebedarf spielen einerseits sozialstaatlich garantierte Leistungsansprüche eine wichtige Rolle. Die Pflegeversicherung ist das Musterbeispiel zentraler Steuerung. Abstrakte Leistungsansprüche reagieren auf höchst individuelle und hochkomplexe Lebenssituationen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

Subsidiäre Pflegepolitik orientiert andererseits auf die Familie, auf Nachbarschaften, Quartiere, Vereine und andere Formen der Selbstorganisation. Subsidiäre Pflegepolitik ermöglicht auch individuelle Leistungserbringung sowie individuelle Pflegesettings, die den Lebensentwürfen und den regionalen Bedingungen entsprechen.

Moderne Pflegepolitik verfolgt subsidiäre Förderansätze

Insofern rekuriert eine moderne Pflegepolitik in ihren Realisierungsansätzen einerseits ganz selbstverständlich auf die großen Akteure in der Pflege, insbesondere die Pflegekassen sowie auf die Leistungserbringer, andererseits auf kommunale und quartiersbezogene Akteure, auf die Unterstützung der Angehörigen, auf zivilgesellschaftliche Organisationen, auf Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung.

Gerade Landespolitik muss subsidiäre Impulse für Pflege setzen, d. h. sich auf die individuellen Bedarfslagen von Menschen einlassen. Sie muss u. E. die unterschiedlichen Verantwortungsebenen in der Pflege von Menschen adäquat beschreiben und entsprechende Förderimpulse setzen. U. E. geht es für Kommunen und Leistungserbringer einerseits darum, sozialstaatlich verbindliche Rahmenbedingungen zu setzen, die sozialstaatliche Mindeststandards garantieren. Andererseits soll eine moderne Pflegepolitik den jeweiligen lokalen Zusammenhängen Rechnung tragen und Gestaltungsräume eröffnen.⁶ Insofern sollen Rechtsnormen wie das Wohn- und Teilhabegesetz nicht nur Standards setzen, sondern mit Bezug auf Pflegesettings innovative Möglichkeiten eröffnen, die sich auf lokale Zusammenhänge beziehen.

Notwendig erscheint uns des Weiteren eine kohärente Konzeption, wie man Wohlfahrtspluralismus und Settings eines Welfare-Mix adäquat gewährleistet.

7. Moderne Pflegepolitik und das Landesprogramm für Familie

Das Landesprogramm für Familie ist in seiner Systemlogik ein deutschlandweit singuläres Förderprogramm, dessen Modernität sein subsidiärer Ansatz ist.

Es formuliert keine Pflichtaufgaben für die Kommunen, sondern umreißt virulente Bedarfssituationen und Handlungsfelder, die sich in den Kommunen mit ihren unterschiedlichen Bedingungen konkretisieren und ausgestalten lassen. Es stärkt die selbstdefinitorische

Das Landesprogramm für Familie ist prioritär für den Bereich der „Pflege in Familien“ zu öffnen.

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.

⁶ Vgl. Klie, Wen kümmern die Alten, S.183 f.

Mit Bezug auf das Landesprogramm sehen wir 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 landesseitig ausgebaut und kommunale Aktivitäten und Initiativen landesseitig unterstützt und begleitet werden.
- Gute Beispiele sind, wie die Handlungsempfehlungen des Berichts zur Sorgearbeit vorsehen, zu abstrahieren und zu publizieren.
- Im Landesfamilienplan ist 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 förderwürdig 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.

8. Moderne Pflegepolitik und Diversität

Diversität bezieht sich einerseits auf die unterschiedlichen Lebenslagen von Familien mit Pflegebedarf. 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 eklatant. 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.

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.⁷

Moderne Pflegepolitik muss auf die Diversität von Lebensbedingungen und Lebenslagen eine adäquate Antwort finden. Pflegestrukturen, Pflegeleistungen und Pflegeangebote sowie pflegeunterstützende Infrastrukturen müssen auf regionale Unterschiede sowie unterschiedliche Lebenslagen angepasst sein. Die Landesregierung sollte sich dafür einsetzen, dass das Leistungsrecht der sozialen Pflegeversicherung stärker

Pflegepolitik reduziert sich nicht auf bundes- und landeseinheitliche Leistungen und Qualitätsstandards, sondern würdigt die disparaten Lebensverhältnisse, in denen Menschen mit Pflegebedarf leben

⁷ Siehe auch Vereinbarkeit von Sorgearbeit und Beruf als Beitrag zur Sicherung des Fachkräftebedarfs – Familienfreundliches Thüringen, Halle 2018, S.25 ff.

ausdifferenziert wird, dass mehr Kombinationsmöglichkeiten bei Pflegeleistungen zulassen werden können und individuelle Lösungsansätze für konkrete Pflegesituationen möglich werden. Das schließt ein, dass es auch im Leistungsrecht flexiblere Regelungen zur Inanspruchnahme von Leistungen geben muss, die den konkreten Bedarfen von Pflegebedürftigen gerecht werden. Insofern sind bundes- und landeseinheitlich standardisierte Leistungen und Qualitätsstandards nur eine Seite der Pflegepolitik. Die andere würdigt die disparaten Lebensverhältnisse und -situationen.

9. Moderne Pflegepolitik und die Rolle der Kommunen

Eine moderne Pflegepolitik stärkt die Rolle der Kommunen in ihrer Verantwortung für die Lebensqualität aller Menschen, die vom Thema Pflege betroffen sind. Die Pflege und damit einhergehend die pflegeflankierende Versorgungsgestaltung sind Bestandteil der kommunalen Daseinsvorsorge. Nur auf der kommunalen Handlungsebene können mit Bezug auf Pflege die konkreten sozialräumlichen, institutionellen und individuellen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung gestaltet werden. Kommunen haben diesbezüglich eine Koordinierungs-, Management- und Transferaufgabe von sozialstaatlichen Leistungen und ihrer Erbringung und dem konkreten sozialen Umfeld.

Das bedeutet auch: Die Sicherung der Daseinsvorsorge wird angesichts der unterschiedlichen kommunalen Bedingungen nicht (ausschließlich) über gültige Mindeststandards zu regeln sein, sondern über die Stärkung kommunaler Handlungsfähigkeit.⁸ 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 in diesem Sinne gerade für diesen existentiellen Bereich der Pflegeprävention und Pflege eine strategische Förderung, Begleitung und Unterstützung.⁹

Die Rolle der Kommunen soll u. a. durch das Pflegestärkungsgesetz III gestärkt werden. Das Gesetz trägt der Tatsache Rechnung, dass Pflege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Ermöglicht wird u. a. der Ausbau lokaler Beratung. Außerdem können regionale Pflegeausschüsse und -konferenzen etabliert werden.

Pflegepolitik ist Teil der kommunalen Daseinsvorsorge. Sie stärkt die Rolle der Kommunen und versetzt Kommunen in die Lage, Verantwortung in der Prävention, in der Gestaltung von Wohnquartieren, der Unterhaltung einer sozialen Infrastruktur im Interesse von pflegebedürftigen Menschen zu übernehmen

In Thüringen gibt es mit Bezug auf Pflege seitens der Landespolitik und -verwaltung 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. 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.

Anzustreben ist (nach dem Vorbild von Nordrhein-Westfalen) ein umfassendes Seniorenmitwirkungsgesetz bzw. ein Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demografiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur in den Kommunen. In ihm sind als Pflichtaufgaben zu formulieren:

⁸ Siehe Siebter Altenbericht, S.40

⁹ Vgl. Siebter Altenbericht, S.42

- 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.
- die Etablierung von kommunalen Konferenzen zum Alter und zur Pflege
- 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 eingebundener Menschen
- das besondere Fördergebot für alle Wohn- und Pflegesettings, die eine Alternative zur stationären Unterbringung sind
- das Zusammenwirken von Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehaeinrichtungen, Pflegeeinrichtungen und quartiersbezogenen Akteuren
- **unabhängige** Beratungsmöglichkeiten über Pflegeleistungen, Pflegeangebote, Pflegeprävention, Wohnformen, Unterstützungs- und Hilfemöglichkeiten

Die Formulierung genau solcher Aufgaben im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge sind Bestandteil von Handlungsempfehlungen an die Landesregierung Thüringens, die in einer vom Sozial- und Infrastrukturministerium in Auftrag gegebenen Studie erarbeitet wurden.¹⁰ Sie sind als Pflichtaufgabe zu formulieren, wobei nach dem Konnexitätsprinzip das Land die finanziellen Aufwendungen mit zu tragen hat.

Das Anliegen solcher Infrastrukturen und Partizipationsansätze ist nicht die Etablierung weiterer Versorgungssettings zu Lasten der Pflegekassen und Sozialleistungsträger, sondern die Stärkung von Selbsthilfepotentialen, die sich kostendämpfend für alle in die Pflege Involvierte auswirkt.

10. Moderne Pflegepolitik und soziale Umfeldler

Eine moderne Pflegepolitik stärkt soziale Umfeldler und soziale Strukturen, in denen Menschen Leben. Von ihnen gehen präventive Wirkungen aus und sie generieren humane Hilfestrukturen. Es geht um das vertrauensvolle Miteinander, um soziale Kompetenz und gesellschaftliche Verantwortung. Der Leitbegriff, der sich international für diesen Ansatz durchgesetzt hat, ist der der Caring Community¹¹, für die der 6. Altenbericht vier anthropologische Leitbilder für das Altern bzw. das Alter formulierte: Selbständigkeit, Selbstverantwortlichkeit, Mitverantwortlichkeit, die das Glück des Lebens nicht nur selbstreferentiell, sondern mit Bezug auf Andere und den öffentlichen Raum bestimmt, sowie die Akzeptanz von

Gesundheit entsteht in funktionierenden Quartieren. Und auch Pflegebedarf muss zuallererst in Quartieren bewältigt werden. Es geht um ihre Förderung und die Herausbildung von Gemeinschaften im sozialen Nahraum, die Sorgeverantwortung übernehmen und bewältigen können.

¹⁰ Siehe Vereinbarkeit von Sorgearbeit und Beruf, S.132

¹¹ Eindrucksvoll sind die Berichte etwa aus Indien, wo in einigen Bundesstaaten in kurzer Zeit nachbarschaftliche palliative Care -Netzwerke aufgebaut wurden, die inzwischen 40 % aller Sterbenden erreichen und begleiten. Zu den interessanten Ergebnissen der interdisziplinären Forschung in der Gerontologie gehört in diesem Zusammenhang die Erkenntnis, dass die Prädiktoren für die fernere Lebenserwartung nicht vorrangig im unproblematischen Blutdruck und Cholesterinspiegel zu suchen sind, sondern in der Qualität sozialer Netzwerke und ihrer Bedeutung im Alltag. D. h., ob Menschen gesund bleiben, hängt weniger davon ab, ob Menschen dick oder dünn sind, ob sie einen Sportkurs besuchen oder sich gesund ernähren, sondern ob sie im Leben Sinn empfinden.

Damit wird eine Vorsorgedimension ins Bewusstsein gerückt, die auch in Richtung eines Verständnisses von Sorge weist, in dem es nicht (primär) um „synthetische“ Vorsorge in und durch Versicherungen geht, sondern um soziale Netzwerke.

Abhängigkeit, die aber Grundlage für eine solidarische Gesellschaft darstellt. Eine moderne Pflegepolitik würdigt und stärkt die Rolle der Sorgearbeit. Eine zukunftsorientierte Pflegepolitik zielt auf eine bessere Vereinbarkeit von familiärer Sorge- und Erwerbsarbeit für Frauen und Männer. Sie ermöglicht und fördert familiäre Pflege, in dem sie neben sozialen Dienstleistungen andere Formen der Hilfe, der Unterstützung, Betreuung und sozialen Einbindung in Wohnquartieren etabliert. Sie fördert sorgende Nachbarschaften und ehrenamtliche Besuchsdienste. Es geht nicht um eine staatlich organisierte Nachbarschaftshilfe, sondern um unterstützende Rahmenbedingungen und einfache Zugänge, wie es beispielsweise Sachsen mit dem Anerkennungsverfahren von Nachbarschaftshelfern für Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI umsetzt. Es geht um das Ermöglichten niedrigschwelliger Hilfeleistungen wie Haushaltsleistungen innerhalb von Nachbarschaft, die sich anderweitig und insbesondere im ländlichen Raum nicht realisieren lassen. In diese Förderung von sozialen Gemeinschaften, die pflege- und sozial unterstützend im Sinne der häuslichen Pflege wirken, sind Pflegeeinrichtungen ausdrücklich mit einzubeziehen. Menschen in Pflegeeinrichtungen sind teilhabegefährdet, weil ihnen Kontakte zum sozialen Umfeld häufig fehlen. Nach § 8 ThürWTG (Einbeziehung in das Gemeinwesen) sollen sich stationäre Einrichtungen öffnen und in das Umfeld integrieren. Die Teilhabe von Bewohnern am Leben in der Gemeinschaft und der Gesellschaft soll durch die Einbeziehung von Angehörigen, Betreuern, sonstigen Vertrauenspersonen der Bewohner, bürgerschaftlich Engagierten und Institutionen der Gemeinde, des Sozialwesens, der Kultur, des Sports sowie der Kirchen und Religionsgemeinschaften gefördert werden. Bei der geplanten Evaluation des ThürWTG wird man konstatieren müssen, dass die Öffnung von Pflegeeinrichtungen nicht systematisch von den Trägern verfolgt wird, da hierfür in der Regel keine personellen und finanziellen Ressourcen vorhanden sind. Die Kommunen tragen hier gleichermaßen eine Verantwortung, in dem sie in Wohngebieten Voraussetzungen und Angebote dafür schaffen, dass sich Einrichtungen öffnen können.

11. Interessenvertretungen

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. Sie sind politisch nicht aktiv. Ihre Vertretungsorganisationen sind in Landesgremien kaum aktiv.

Menschen mit Pflegebedarf benötigen auf allen Ebenen eine starke Interessenvertretung, die politischen Einfluss nimmt und eine anwaltschaftliche Funktion ausübt.

- Notwendig ist aus unserer Sicht, 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.
- Notwendig ist aus unserer Sicht eine starke Interessenvertretung von Menschen mit Pflegebedarf, die in allen Pflege Themen betreffenden Gremien mitwirkt und die Beteiligung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen befördert.
- Angesichts der Teilhabe- und Sicherheitsgefährdungen erscheint uns die Etablierung eines Landespflege- (in Verbindung mit einem Patienten-) beauftragten und regionalen Ombudsmännern sinnvoll, die die Interessen von Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen in die Politik einbringen.¹² Auch Seniorenbeiräte können und sollten hier Verantwortung übernehmen.

¹² 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 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

12. Landesgremien für Pflege

Es gibt zwei landespolitisch relevante Gremien, die auf Pflegepolitik Einfluss nehmen können: Der Landespflegeausschuss sowie der Thüringer Pflegepakt.

Der Landespflegeausschuss

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 21. Dezember 2015 verpflichtet die Länder, Landespflegeausschüsse zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung zu bilden. 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 Landesseniorerates an. In seiner Zusammensetzung und inhaltlichen Orientierung erscheint der Landespflegeausschuss nicht mehr zeitgemäß. Seine Ergebnisse werden nicht öffentlich publiziert. Notwendig wäre aus unserer Sicht:

**Neufassung der Verordnung über den Landespflegeausschuss
Etablierung einer Landespflegekonferenz, die Leitlinien einer modernen Pflegepolitik formuliert und in der neben Leistungserbringern, Pflegekassen auch die Hausärzteschaft, Krankenhäuser, zivilgesellschaftliche Organisationen, die AGETHUR und pflegende Angehörige mitwirken**

- 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 ArbeitnehmerInnen in der Pflege, des Weiteren ein Krankenhausvertreter und ein Vertreter der Hausärzteschaft
- Eine konzeptionelle Neuausrichtung auf die Lebensqualität von Menschen mit Pflegebedarf.
- mehr Transparenz und transparente Kommunikation hinsichtlich der Arbeit und der Ergebnisse des Landespflegeausschusses.

Thüringer Pflegepakt

Der Thüringer Pflegepakt erfüllt nach unserer Auffassung seine grundsätzliche Funktion in nicht genügendem Maße. Seine Wirkung auf die Politik sowie seine Umsetzungsmöglichkeiten sind gering, seine inhaltliche Orientierung ist reduziert auf die Fachkräfteproblematik, er orientiert sich nicht an Maßstäben für eine moderne Pflegepolitik und seine Zusammensetzung spiegelt die des Landespflegeausschusses wider. Es fehlen kommunale und zivilgesellschaftliche Akteure sowie Interessenvertreter von pflegebedürftigen Menschen. Seine Ergebnisse werden für eine breitere Öffentlichkeit nicht transparent.

Beide Gremien können nicht die Herausforderungen der Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe abbilden.

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.

Deshalb erscheint es aus unserer Sicht 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.

Dieses politische Gremium kann (nach dem Vorbild der Landesgesundheitskonferenz) eine **Landespflegekonferenz** mit einem entsprechenden Steuerungsausschuss sein. Ihr Anliegen 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. In ihr wären nicht nur Leistungserbringer und Pflegekassen, sondern gleichermaßen Vertreter der Hausärzteschaft und Krankenhäuser, der Zivilgesellschaft, der Kommune, Organisationen der Gesundheitsförderung und Prävention, Akteure der Verwaltung und Sozialplanung aktiv.

13. Moderne Pflegepolitik und Pflegeberufe

Angesichts der demografischen Entwicklung zeichnet sich in allen Bereichen, insbesondere aber im Pflegebereich ein gravierender Fachkräftemangel ab. Er ist auch mit Bezug auf Thüringen in verschiedenen Studien hinlänglich beschrieben. Auch zu den schwierigen Arbeitsbedingungen, zu denen vergleichsweise geringe Löhne, Arbeitsverdichtungen, eine hohe Anzahl psychisch Erkrankter, Fluktuation und die Tendenz zur Teilzeitarbeit gehören, gibt es hinreichende Studien.

Auch an Steuerungsimpulsen fehlt es nicht. Ansätze der Fachkräftegewinnung in der Pflege sind:

- eine Aufwertung des Images von Pflegeberufen
- bessere Bezahlung von Pflegekräften und eine Gleichstellung zu anderen sozialen und Gesundheitsbereichen
- verbesserte Arbeitsbedingungen
- die Ermöglichung eines unbürokratischen Quereinstiegs von Menschen in den Pflegeberuf
- die Gewinnung ausländischer Fachkräfte für Pflegeberufe
- eine individuelle Steuerung der Fachkraftquote entsprechen der konkreten Bedingungen. Es gibt Versuche in Wohngruppen mit Demenzerkrankten mit geringerer Fachkraft- und höherer Betreuungsquote, in denen sich die Lebensqualität der Bewohner verbesserte.
- Eine Stärkung der Interessenvertretungen der ArbeitnehmerInnen in der Pflege und von pflegenden Angehörigen.

Gesellschaftliche Aufwertung aller Pflegeberufe und Sorgetätigkeiten als Ultima Ratio einer modernen Pflegepolitik

Moderne Pflegepolitik will einerseits den Pflegeberuf durch verschiedene Maßnahmen aufwerten, andererseits die Sorge- und Sozialarbeit ganz generell. Ziel muss eine grundlegende Aufwertung der Sorgearbeit und eine entsprechend umfassende Verbesserung der Bedingungen sein, unter denen Menschen für andere sorgen und Sorge erfahren. Das schließt gleichermaßen eine Politik für pflegende Angehörige ein. Diese Politik hat insbesondere Gesichtspunkte der Gendergerechtigkeit zu berücksichtigen: D. h.: Aufwertung der Sorgearbeit, die noch immer im Wesentlichen von Frauen geleistet wird.

Das systemische Problem: Dies bedeutet eine Abkehr von der Orientierung auf Kostensenkung und Rentabilität, stattdessen müssen Würde und Bedürfnisse der Menschen und der Sorgenden im Mittelpunkt stehen.

14. Moderne Pflegepolitik und Armut

Moderne Pflegepolitik im Dilemma

Die Finanzierung der Pflege 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. Allerdings gäbe es Möglichkeiten der Kostenbegrenzung, wenn das Land Investitionskosten von Heimträgern (ko-)finanziert oder die Ausbildungsumlagen abschafft. Auch die Erhöhung des den Heimbewohnern zur Verfügung stehenden monatlichen Barbetrages wäre eine Möglichkeit.

Die gegenwärtige Konstruktion der Pflegeversicherung verweist auf verschiedene mit der Finanzierung der Pflegeversicherungen zusammenhängende Dilemmata:

- Ungeachtet der vergleichsweise geringen 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. 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.
- Die Struktur der Sozialen Pflegeversicherung als „Teilkaskoversicherung“ begünstigt vor allem 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.
- 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 sozialen Status werden in praxi bei der Einstufung in ein adäquates Pflegeniveau benachteiligt, 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.

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, sowie zu einer eklatanten Teilhabegefährdung, die bisher kaum thematisiert wird.

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. 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.

Die Thesen wurden erarbeitet durch Dr. Jan Steinhaußen, 0152 55353013,
steinhaussen@landesseniorenrat-thueringen.de;

An der Diskussion der Thesen haben sich beteiligt die Mitglieder des Landesseniorenrates, des Weiteren:

- Elvira Fischer (Vorsitzende des Vereins zur Förderung von Mitwirkung und Teilhabe älterer Menschen in Thüringen e.V.)
- Olaf Neubauer (Compass Private Pflegeberatung)
- Dr. Ursula Kraus (Mitglied des Vereins zur Förderung von Mitwirkung und Teilhabe älterer Menschen in Thüringen e.V.)
- Andrea Eickholt (Einrichtungsleiterin Seniorenzentrum Martin Luther Bad Salzungen)
- Gabriela Pippart (Altenhilfeplanerin Jena)
- Björn Eifler (Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. - AGETHUR)
- Katrin Konrad (Verband kinderreicher Familien)
- Helena Eisner (Landesfrauenrat Thüringen)



Hannelore Hauschild (Vorsitzende)



Dr. Jan Steinhaußen (Geschäftsführer)

Literatur

Klie, Thomas, Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft, Bonn 2014.

Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften, 2016

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