

Thüringer Landtag

Frau Ministerialrätin Baierl
postestelle@thueringer-landtag.de

Montag, 8. November 2021

Stellungnahme zum Fragenkatalog zur mündlichen Anhörung Drucksache

7/2168/3728

1. Wie bewerten Sie bzw. welche Effekte haben des LSZ hinsichtlich ihrer Wirksamkeit gegen Vereinsamung und zur Steigerung der Lebensqualität?

Verschiedene Studien und Untersuchungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass man nicht grundsätzlich davon ausgehen kann, dass Ältere sich als einsam empfinden. Jüngere Alterskohorten empfinden sich in gleicher Art und Weise oder sogar häufiger als einsam. Social media hat dieses Empfinden eher verschärft.

Anders verhält es sich, bezogen auf Ältere, mit bestimmten sozialen Gruppen. Von Einsamkeit betroffen fühlen sich überdurchschnittlich häufig

- Menschen mit geringsten Subsistenzmitteln
- Menschen mit geringen sozialen Kontakten und Bildungsressourcen
- auf Grund von Krankheit und Behinderung beeinträchtigte Ältere
- im hohen Alter verwitwete Frauen
- pflegende Angehörige
- hospitalisiert lebende Menschen.

Auf sie ist der Fokus zu richten, weil gefühlte Einsamkeit gravierenden Einfluss auf den Gesundheitsstatus und die Lebenszufriedenheit hat.

Ob das LSZ Wirkung im Bereich der Armutsprävention hat, müsste evaluiert werden. D. h., Ältere müssten befragt werden, ob sie von bzw. an den Maßnahmen partizipieren und ob dieser Einfluss auf ihre Lebenszufriedenheit hat.

Aus Projekten, die seit vielen Jahren etabliert sind (wie den Herbstzeitlosen in Saalfeld), kann berichtet werden, dass Besuchsdienste, „Sorgebeauftragte“, Integrationsangebote, alle Formen von Geselligkeit, das sich sozial und mental kümmern um alte Menschen außerhalb von Dienstleistungen erheblichen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit Älterer hat. Vergleichbares könnte über die Seniorengenossenschaft in Suhl gesagt werden.

Solche Projekte und Formen der aufsuchenden Unterstützung erscheinen unbedingt förderungswürdig.

2. Wie bewerten sie bzw. welche Effekte hat die Thüringer Initiative gegen Einsamkeit AGATHE hinsichtlich ihrer Wirksamkeit gegen Vereinsamung und zur Steigerung der Lebensqualität?

AGATHE ist ein originärer LSZ Ansatz. Das Programm sollte in das LSZ integriert werden und dort ein Schwerpunktthema bilden. Über die Effekte kann gleiches gesagt werden wie zur Frage 1.

3. Wie bewerten Sie bzw. welche Effekte hat das Thüringer Gesetz zur Stärkung der Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte von Senioren hinsichtlich ihrer Wirksamkeit gegen Vereinsamung und zur Steigerung der Lebensqualität?

Das 2012 verabschiedete Seniorenmitwirkungsgesetz wurde 2018 evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluierung haben auf verschiedene strukturelle Defizite hingewiesen, worauf das 2019 verabschiedete Seniorenmitwirkungs- und Teilhabegesetz reagierte. Seitdem ist die Bildung von Seniorenbeiräten in Kommunen über 10.000 Einwohner sowie die Wahl von Seniorenbeauftragten eine Pflichtaufgabe. Eine Evaluierung dieses Gesetzes ist für 2023 vorgesehen.

Ob das Gesetz mit Bezug auf Vereinsamung und Steigerung der Lebensqualität einen wirksamen Beitrag leistet, ist schwer zu beurteilen. Seniorenbeiräte und -beauftragte haben zuallererst einen Beratungsauftrag. Sie sollen sich für bessere Teilhabebedingungen und -chancen in den Kommunen einsetzen, wozu die Teilhabeförderung als Bestandteil der kommunalen Daseinsvorsorge unbedingt gehört. Inwiefern sich insofern direkte Verbesserungen auf das Wirken von Seniorenbeiräten und Beauftragten in den Kommunen auswirken, ist eher hypothetisch.

Der Landesseniorenrat hatte jedenfalls während der Coronapandemie eine Befragung durchgeführt, die sich an die Beiräte und Beauftragten sowie die Sozialplaner richtete. Die Befragungsergebnisse wurden den Fraktionen zur Verfügung gestellt. Sie sind durchaus bedenklich, weil ungeachtet von methodischen Mängeln deutlich wird, dass partizipative und deliberative Prozeduren und die Beteiligung von Seniorenbeiräten und -beauftragten einschließlich des Landesseniorenrates wesentlich eingeschränkt waren und sind.

In welcher Weise der Landesseniorenrat sich für die Teilhaberechte etwa von Pflegebedürftigen einsetzt, haben wir in verschiedenen Stellungnahmen und Briefen gegenüber der Sozialministerin dargelegt. Die Stellungnahme führt nicht dazu, dass sich Verwaltungshandeln sofort ändert und dadurch die Teilhabe von Pflegebedürftigen sich verbessern würde. Es geht dem Landesseniorenrat aber um eine Interessensartikulation hinsichtlich der Teilhabeansprüche von Hochaltrigen und eine Sensibilisierung, so dass diese in Politik eine stärkere Rolle spielen.

4. Inwiefern haben die Besuchsbeschränkungen bei Inzidenzen tatsächlich zu Einsamkeit beigetragen oder lag es nicht eher am Herunterfahren von kulturellen Angeboten?

Hospitalisierte Pflege in Einrichtungen ist auch ohne Pandemierahmung für Pflegebedürftige und insbesondere Demenzerkrankte ein kommunikationsarmes Setting. Studien von Karin

Kersting und Mathias Dammert¹ weisen eindrücklich nach, in welcher Weise Pflegesettings kommunikationsreduziert sind. Insofern findet in Pflegeeinrichtungen, diesen Schluss lassen diese Untersuchungen zu, eine innere Vereinsamung statt. Besuche, therapeutische Anwendungen und Gemeinschaftsveranstaltungen jeglicher Art vermindern Einsamkeit. Sie befördern unzweifelhaft (die ohnehin geringe) Aktivierung, Kommunikation und Teilhabe von Pflegebedürftigen.

Sowohl das Herunterfahren von kulturellen Angeboten als auch die Besuchsverbote und -einschränkungen haben die (empfundene) Einsamkeit von hospitalisiert lebenden pflegebedürftigen Menschen erhöht, wobei es nicht nur um eine Beschränkung von kulturellen, sondern in Teilen auch von therapeutischen und körperhygienischen Anwendungen ging. Das lässt sich sowohl an Hand von Studien als auch an Interviews belegen. Cornelia Kricheldorf verweist auf verschiedene internationale Studien, die im Kontext der Isolierungsmaßnahmen auf die für Demenzerkrankte hochbelastete Situation hinweisen, die diese als destabilisierend und bedrohlich erleben und die ihre Verwirrtheit verstärkt (Kricheldorf 2020, S. 744).² Thomas Klie konstatierte besorgniserregende Befunde einer dramatischen Einschränkung der Menschenrechte: Man habe zwar die Hotspots in Pflegeeinrichtungen vor Augen; das rechtfertige aber nicht, Menschenrechte ohne spezifische und individuelle Risikoabwägung außer Kraft zu setzen (Klie, 2020b, S. 12).³

Auch die Folgen gefühlter Einsamkeit auf den Gesundheitsstatus sind hinlänglich untersucht. Isolation und wahrgenommene Einsamkeit während der Isolationsmaßnahmen erhöhten, wie die Analysen von Seidler u. a. nachweisen, die Mortalität der Bewohner*innen (Seidler et al., 2020, S. 6 ff.).⁴ Auch in internationalen Studien wird auf eine Übersterblichkeit von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen verwiesen, auch wenn diese nicht an COVID-19 erkrankt waren, was allerdings auch dem eingeschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung geschuldet sein kann (Salcher-Konrad et al. 2020, S. 12, Barmer Pflegereport 2020, S. 44).⁵

¹ Kersting, Karin (2016); Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung, Mabuse

Kersting, Karin (2020); Pflegefachlicher Anspruch und moralische Desensibilisierung, in: Menschenrechtsbasierte Pflege, hrsg. v. Olivia Dibelius und Gudrun Piechotta-Henze, 2020, S. 227-239

Dammert, Matthias; Christine Keller, Thomas Beer, Helma Bleses (2016); Person-Sein zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine Untersuchung zur Anwendung der Integrativen Validation und der Basalen Stimulation in der Begleitung von Personen mit Demenz, Belz Juventa

² Kricheldorf, Cornelia (2020); Gesundheitsversorgung und Pflege für ältere Menschen in der Zukunft, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 8/2020, S. 742-748

³ Klie, Thomas (2020a); Menschenrechte in der Pflege in Zeiten der Corona-Pandemie, in: ProAltern 3/2020, S.10-13

Klie, Thomas (2020b); Menschenrechte, Pflege und die Pflegeversicherung, in: Menschenrechtsbasierte Pflege. Plädoyer für die Achtung und Anwendung von Menschenrechten in der Pflege, hrsg. v. Olivia Dibelius und Gudrun Piechotta-Henze, S. 75-86

⁴ Seidler, A., Schubert, M., Petereit-Haack, G., Horn, A., Kämpf, D. & Westerman, R. (2020).

⁵ 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>

Barmer Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen

5. Inwiefern würde eine Befragung zu den Auswirkungen der Maßnahmen ... zur Lebensqualität Sinn machen, um die Folgen ... abschätzen zu können.

Die Kenntnisse über in Einrichtungen lebende pflegebedürftige Menschen sind vergleichsweise gering. Das liegt u. a. auch daran, dass an Demenz erkrankte Menschen sich nicht mehr adäquat über ihre Lebenszufriedenheit äußern können. Allerdings gibt es eine Forschungslage auch zur Lebenszufriedenheit von an Demenz erkrankten Menschen in Pflegeeinrichtungen.

Ein Problem von Befragungen in Pflegeeinrichtungen, wenn sie den Bezugspunkt der Coronamaßnahmen hat, besteht auch darin, dass die meisten Pflegeheimbewohner*innen innerhalb eines Jahres versterben. Die durchschnittliche Verweildauer in Pflegeeinrichtungen liegt unter zwei Jahren, so dass so sehr viele alte Menschen über den Beginn der Pandemie und der Isolierungsmaßnahmen gar nichts mehr sagen können.

Wenn sich ein Forschungsstand zur Lebenszufriedenheit und Lebensqualität von Menschen in Pflegeeinrichtungen während der Coronapandemie in anderen Bundesländern oder in Deutschland nachweisen ließe, wäre eine Thüringer Studie entbehrlich, weil die Ergebnisse sich ähneln werden. Die Leistungsansprüche, die Heimausstattungsmerkmale, die Personalschlüssel in Pflegeeinrichtungen sind weitgehend identisch. Allenfalls unterscheiden sich Pflegeeinrichtungen durch die Höhe der Heimentgelte sowie durch ihre Führungskompetenz und Philosophie, was erheblichen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit der Bewohner*innen haben kann.

Allerdings würde eine differenzierte Kenntnisnahme von Befunden zur Lebenszufriedenheit, unabhängig davon, dass alte Menschen Kompensationsmechanismen entwickeln und Menschenrechtsverletzungen als solche oft nicht wahrnehmen, und zur Lebenssituation pflegebedürftiger unzweifelhaft dafür sensibilisieren, dass alle Formen von freiheitsentziehenden Maßnahmen, von Besuchsverboten, von therapeutischen und ärztlichen Limitierungen keine humane Option sind.

6. Welche Schritte zur Entlastung pflegender Angehöriger sind notwendig?

- Ausbau von Kurzzeit- und Verhinderungspflegeplätzen, des Weiteren aber von Tagespflegeangeboten, für die es insbesondere im ländlichen Bereich einen Mangel gibt
- dramatische Verbesserung des Entlassungsmanagements für Hochaltrige in Krankenhäusern
- wohnortnahe niedrigschwellige Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige
- öffentliche Wertschätzung für pflegende Angehörige
- finanzielle Entlastung für pflegende Angehörige insbesondere, wenn sie noch berufstätig sind.
- Anerkennung von Nachbarschaftsengagement als niedrigschwelliges Angebot
- sektorenübergreifende Versorgungsangebote
- alternative Wohnformen für pflegende Angehörige mit solidarischen Beziehungspotentialen.

7. Wie bewerten Sie die Zielrichtung der Anträge

Die uns zur Kenntnis gegebenen Anträge waren außerordentlich ambitioniert.

8. Inwiefern braucht es für eine evtl. dritte Impfung eine Aufklärung bzw. Informationskampagne ...?

Bei Hochaltrigen und generell Älteren gibt es nach unserer Auffassung eine hohe Impfbereitschaft. 78 Prozent der vollständig Geimpften in Deutschland sind bereit für eine weitere Impfdosis gegen COVID-19. Unter den über 65-Jährigen ist die Bereitschaft mit 89 Prozent noch höher. Das berichtet das Hamburg Center for Health Economics (HCHE) auf der Basis einer Befragung im Rahmen des European Covid Survey (ECOS). Die Ergebnisse stammen aus der achten ECOS-Befragungswelle im September, dessen Auswertung jetzt vorliegt.⁶ Insofern bedarf es mit Bezug auf Ältere offensichtlich keiner Kampagnen. Allerdings liegt die Impfquote von Älteren in Thüringen deutlich unter dem Bundesdurchschnitt.

Oftmals geht es auch weniger um Informationen als um Vertrauen in behandelnde oder betreuende Personen. Je älter Menschen werden, desto stärker sind bei der Meinungsbildung weniger Information als vertrauensvolle Beziehungen wichtig. Informationen über die Sinnhaftigkeit einer dritten Impfung nehmen Hochaltrige insbesondere über sie behandelnde Ärzte, des Weiteren über sie pflegende und betreuende Personen wahr. Insofern sollten sich Kampagnen vor allem an sie richten, insbesondere an Pflegekräfte, wobei es unseres Erachtens nicht um Zwang, sondern um Vertrauen und Wertschätzung geht.

Einzubeziehen wären in jedem Falle zivilgesellschaftliche Akteure wie Vereine, Seniorenbeiräte, Chöre u. dgl., die enge Kontakte zu Älteren pflegen und die Akzeptanz von Kampagnen erhöhen.

9. Inwiefern wurden Seniorenbeiräte und -beauftragte während der Pandemie von kommunalen Verwaltungen vor den Beschlüssen zu neuen Coronamaßnahmen und Verordnungen der Kommunen einbezogen.

So gut wie nicht. Wir verweisen hier auf unsere eigene Befragung, die wir an die Fraktionen verschickt haben.

- Seniorenbeiräte und -beauftragte empfanden sich während der Pandemie auf kommunaler Ebene vielfach schlecht informiert.
- Sie sahen sich nur ungenügend einbezogen und das Gesetz zur Mitwirkung und Beteiligung von Senioren nur ungenügend oder nicht umgesetzt.
- Sie waren nur eingeschränkt arbeitsfähig.
- Sie erfuhren relevante Beschlüsse der Kommunen meist erst im Nachgang und nicht durch die kommunale Verwaltung selbst, sondern aus der Presse.
- Sie wurden vor Beschlüssen der kommunalen Gremien zum großen Teil nicht einbezogen.
- Persönliche Besprechungen und Kontakte waren weitgehend reduziert, auch wenn sich mit den digitalen Medien alternative Formate entwickelt haben.
- Auch während der Pandemiekrise, die bis zur Befragung über ein Jahr währte, hat sich für viele der Befragten nichts oder wenig verändert oder entwickelt.
- Die Pandemielage hat für die Mehrzahl die Mitwirkungssituation verschlechtert.

Wir haben in der Befragung diese Befunde durchaus relativiert. Auch Seniorenbeiräte und –beauftragte sind aufgefordert, sich proaktiv zu beteiligen und einzubringen. Sie neigten auch

⁶ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/128751/Grosse-Mehrheit-der-Coronageimpften-zur-dritten-Impfung-bereit>

auf Grund der eigenen Gefährdung zu einer Art Selbstisolierung. Allerdings scheinen die Hinweise für eine eingeschränkte deliberative Praxis auf der Hand zu liegen.

10. Wie fühlen sich Seniorenbeiräte und -beauftragte generell von den Kommunen in seniorenrelevanten Fragen einbezogen?

Siehe Antwort auf Frage 9

Zu verweisen wäre allerdings auch auf positive Beispiele, etwa den digitalen Runden Tisch im Landkreis Hildburghausen, an dem Seniorenbeiräte und die Seniorenbeauftragte aktiv teilnahmen.

11. Wie ist die psychische Situation von zu Hause und in Pflegeeinrichtungen gepflegten Menschen sowie von pflegenden Angehörigen in pandemischen Zeiten?

Über die psychische Situation von in Einrichtungen lebenden alten Menschen gibt es Aussagen in den Antworten auf die Fragen 15.

Über die psychische Situation insbesondere von pflegenden Angehörigen gibt es seit vielen Jahren detaillierte Studien. Sie sind physischer, psychischer und sozialer Natur.

Im Vergleich mit altersentsprechenden Stichproben sind bei pflegenden Angehörigen insbesondere von Demenzerkrankten häufig deutliche Einschränkungen des Gesundheitsstatus festzustellen. Häufige Beschwerden sind: Erschöpfung und Gliederschmerzen. Auch Krankheiten und Symptome wie Diabetes, Arthritis, Kopfschmerzen, Schweißausbrüche, Herzbeschwerden, Gewichtsverlust sind bei pflegenden Angehörigen häufiger als in der Vergleichspopulation.

Pflegende Angehörige schätzen mitunter ihren Gesundheitszustand schlechter ein als den des dementiell erkrankten Partners. Mehr als die Hälfte der Angehörigen nimmt seit der Pflege mehr Medikamente ein, wobei nach einer Studie 28 % mehr Schlaf- und 40 % mehr Beruhigungsmittel eingenommen werden.

Damit verbunden sind psychische Belastungen und deren Folgen. Auch Pflegepersonal leidet früher als andere Berufsgruppen unter Burnout-Syndromen. Auch Frühverrentungen sind infolge der hohen körperlichen und psychischen Belastungen häufiger als in anderen Berufsgruppen.

Erschwerend kommen bei pflegenden Angehörigen psychische Befindlichkeiten hinzu, die für Fachpersonal in Pflegeeinrichtungen keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielen: Schuld- und Schamgefühle, Wut, Trauer, Resignation, Entfremdung von einer Person, die ihre Persönlichkeitsmerkmale in einer Art verändert hat, dass die frühere Identifikation, Zuneigung oder Liebe verloren geht. Pflegende Angehörige empfinden Demenzsymptome wie die Aggressivität des Erkrankten, Depressionen, Wutausbrüche, Schlagen, Kneifen, der Eigensinn, die Vergesslichkeit, die Desorientierung der Erkrankten, das Misstrauen und die damit verbundenen Anschuldigungen und Vorwürfe sowie die fehlende Kommunikation als extrem belastend. Die psychischen Belastungen sind bei pflegenden Angehörigen so dominant, dass psychosomatische und psychopathologische Krankheitsbilder zu beobachten sind. Am häufigsten treten Depressionen und Angstsymptome auf. In einer Studie, die bereits vor über zehn Jahren durchgeführt wurde, zeigten über 80 % der untersuchten pflegenden Angehörigen klinisch relevante depressive Störungen sowie damit verbundene Symptome wie Traurigkeit,

Resignation, Pessimismus, Zukunftsängste, Unzufriedenheit, Reizbarkeit, Entschlussunfähigkeit sowie Schlafstörungen.⁷

Ähnliches kann man über die sozialen Belastungen und Belastungsfolgen sagen. Durch das Pflegeversicherungsgesetz erfolgt zwar ein materieller Ausgleich. Soziale Belastungen entstehen aber nicht in erster Linie dadurch, dass u. U. eigene Verdienstmöglichkeiten eingeschränkt werden. Pflegenden Angehörigen leiden sehr oft unter Beziehungsverlusten, Einsamkeit und Isolation.

In Befragungen geben pflegende Angehörige an, dass sie die Isolation, die ständig notwendige Präsenz und das Zurückstellen eigener Interessen als hoch belastend empfinden. Häufig erleben pflegende Angehörige die Demenzerkrankung ihres Verwandten als soziales Stigma und ziehen sich deshalb oft selbst von Freunden und Verwandten zurück. Laut einer Studie leben über 60 % der pflegenden Angehörigen in sozialer Isolation!

Diese Situation hat sich durch die Coronakrise während der Coronapandemie durch das Schließen von Tagespflegeeinrichtungen, durch fehlende niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, durch fehlende Haushaltshilfen und durch bestehende Ängste, Angehörige anzustecken, z. T. dramatisch verschärft.

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) hat im Sommer 2020 gemeinsam mit der Berliner Charité untersucht, wie sich die Pandemie auf die häusliche Pflegesituation auswirkt.⁸ Dafür wurden bundesweit 1000 pflegende Angehörige zwischen 40 und 85 Jahren befragt. Laut Studie hat sich die Lage für rund ein Drittel der Pflegenden eher und z. T. stark verschlechtert. 24 Prozent sind besorgt, die Pflege nicht mehr zu schaffen. Vor allem die Angehörigen von Menschen mit einer Demenzerkrankung fühlen sich oft überfordert.

Fast die Hälfte der Erwerbstätigen (45 Prozent) geben an, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege für sie nun noch schwieriger ist. Die Gefühlslage der Angehörigen reicht von Hilflosigkeit (29 Prozent) und Verzweiflung (22 Prozent) bis hin zu Wut und Ärger (20 Prozent). Etwa ein Viertel der Befragten gab an, dass belastende Konflikte mit dem Pflegebedürftigen zugenommen haben.

12. Wie kann in Pflegeeinrichtungen sichergestellt werden, dass unter Pandemiebedingungen die Selbstbestimmungsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen erhalten bleibt?

Die Selbstbestimmungsfähigkeit von Bewohner*innen in Pflegeeinrichtungen ist per se elementar eingeschränkt. Das betrifft insbesondere demenzerkrankte Menschen, die ihren Willen nicht mehr adäquat formulieren können und Betreuer eine anwaltschaftliche Funktion wahrnehmen. Mit fortschreitender Krankheit geht es eher um den mutmaßlichen Willen der Erkrankten.

Die Institution, institutionelle Abläufe, Rationierungen u. dgl. schränken die Teilhabemöglichkeiten auch ohne Pandemierahmung ein. Insofern geht es im größeren Maßstab um die generelle Veränderung und Humanisierung von Pflegesettings, etwa in kleineren Wohnformen, in denen dem Selbstbestimmungsrecht stärker Rechnung getragen werden kann, um bessere Betreuungsqualitäten u. dgl.

Während der Pandemie geht es ungeachtet aller Infektionsgefährdungen und Schutzmaßnahmen darum, dass sich Pflege, Betreuung und das Wohnen der alten Menschen an den Standards des Normalen und eines normalen Wohnens orientieren.

⁷ Siehe Psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen im Alter, hrsg. vom Landesseniorenrat Thüringen 2020, <https://www.landesseniorenrat-thueringen.de/publikationen.html>

⁸ <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Angeh%C3%B6rigeCOVID19.pdf>

Das bedeutet u. a.,

- dass Selbstbestimmungs- und Patientenrechte durch die Pandemie nicht außer Kraft gesetzt werden dürfen
- dass Besuche unter allen Umständen möglich sein müssen
- dass therapeutische, betreuerische und ärztliche Angebote erhalten bleiben
- dass Lebensschutzmaßnahmen und Menschenrechte aufeinander bezogen und abgewogen werden
- dass pflegerische und betreuerische Maßnahmen nicht rationiert werden.
- dass bei einschränkenden Maßnahmen Pflegebedürftige eine anwaltschaftliche Vertretung etwa in Form von kommunalen Ombudsleuten haben.

In Teilen stößt das Pflegesystem während der Pandemie an seine Grenzen. Siehe die weitergehende Antwort auf Frage 13.

13. Wie haben Pflegeeinrichtungen die Corona-Verordnungen des Landes in Hygienekonzepten umgesetzt? Wie kann sichergestellt werden, dass Heimbetreiber sowie Heimleiter keine über die Landesbestimmungen hinausgehenden Hygienemaßnahmen

Für Pflegeeinrichtungen waren die Coronaverordnungen nur der Rahmen. Relevant waren vor allem die hochbürokratischen Handlungsempfehlungen des Landes für Pflegeeinrichtungen.⁹ Handlungsempfehlungen dieser Art sind instrumenteller und direkter Natur. Sie haben aber, da Freiheits- und anderweitige Grundrechte betroffen sind, erhebliche politische, ethische und schwierige juristische Implikationen. In der vorliegenden Form, das hat der LSR mehrfach kritisiert, wurden aber genau solche Zusammenhänge nicht annähernd adäquat reflektiert und gewürdigt. In ihrer impliziten Philosophie handelt es sich bei den Handlungsempfehlungen um hochgradig bürokratische, dirigistische Handlungsanweisungen, die an so gut wie keiner Stelle die Grund-, Selbstbestimmungs- und Patientenrechte der Pflegebedürftigen würdigen. Sie werden durch die Vorschriftenattitüden, die den abstrakten Schutz der Gemeinschaft vorgeben, (nahezu) vollständig absorbiert. Sie unterstellen einen anhaltenden katastrophenassoziierten Krisenmodus, der auch dann greift, wenn Erkältungs- und grippale Symptome nachweisbar sind. Sie suggerieren Sicherheit, sie wollen kontrollieren und Haftungsrisiken verringern und ausschließen. Sie sind aber in praxi kaum umsetzbar. Eine nichtrealisierbare apodiktische Handlungsanweisung verschärft Handlungsunsicherheiten!

In den Handlungsempfehlungen, darauf haben wir mehrfach hingewiesen, kommt ein Altenbild zum Ausdruck, das den alten Menschen zum Objekt von Vorschriften degradiert. Alte Menschen sind explizit und im Subtext ansteckungs- und krankheitsverdächtig, vulnerabel, symptomatisch, kontaminierte Risikofaktoren, Verdachts- und Krankheitsfälle, Keim- und Virusträger. Sie sind im Verdachtsfall zu melden. Wohnräume werden zu Pandemiezone mit Kohortenisolierung. Bei Symptomen sind Bewohner*innen auf ihren Zimmern zu isolieren. Im „Verdachtsfall“ erfolgt die Kommunikation, Interaktion und Pflege mit „PSA: Schutzkittel,

⁹ Handlungsempfehlungen zum Schutz vulnerabler Gruppen in Einrichtungen der Pflege nach dem SGB XI und Leistungsangeboten der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX aus Anlass der Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2/COVID-19 Stand: 5. Oktober 2020, https://www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/Dateien/COVID-19/Pflege/Handlungsempfehlungen_Pflege_Eingliederungshilfe_Stand_05.10.2020.pdf (Abruf: 01.12.2020)

Einmalhandschuhe, mindestens dicht anliegender MNS bzw. Atemschutzmaske und ggf. Schutzbrille“. Solche Handlungsanweisungen implizieren depersonalisierte Pflege und Betreuung unter viralen Gefährdungen. Der Zutritt zum Wohnraum von Pflegebedürftigen wird an Bedingungen geknüpft, wie sie für Forschungslabore für antivirale Immunität gelten: Besuche von Angehörigen oder Bezugspersonen sind verbunden mit telefonischer Anmelde-, Registrierungs-, Desinfektions-, Hygienebekleidungs-, Melde-, Belehrungs-, Unterschriften- und Eskortierpflicht, mit Schleusen, Terminierung, Zeitlimits, Aufsicht und Kontrolle, Tests, bereichsbezogenen Zutrittsbeschränkungen und -verboten, Leitsystemen. Bei Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion im Heim gilt ein striktes Besuchsverbot (Handlungsempfehlungen 2020, S. 13 f.). Der Besuch wird wie in totalen Institutionen zum Privileg. Die Affekt- und Bedürfnisregulierung der BewohnerInnen wird an die Einhaltung von Hygienemaßnahmen geknüpft, individuelle Handlungen entwertet. Die mentalen und physischen Übungsverfahren, die den sozialen Immunstatus angesichts begrenzter Lebenszeit aufrechterhalten, werden systemisch absorbiert. Die Perspektive des „Für was es sich zu leben lohnt“ und Lebenssinn werden formatiert durch Hygienevorschriften. Heimleiter werden in dieser Weise, was sie nicht sind und sein dürfen, zu Hütern von Menschen- und Persönlichkeitsrechten. Heimleiter befinden sich in einer anwaltschaftlichen Position der Bewahrung ohne demiurgische Kompetenz. Das muss den Verfassern von Vorschriften bewusst sein.

Aus den Handlungsempfehlungen geht unzweifelhaft hervor, dass das Pflegesystem auf pandemische Gefährdungen mit tradierten Reflexen einer Quarantäneordnung reagiert, die eine akutklinische Atmosphäre impliziert, die einer Normalisierung des Wohnens zuwiderläuft (Schulz-Nieswandt 2020 b, S. 6). Sie entnormalisieren das Wohnen (Nieswandt 2020a, S. 41). Heimleiter werden als Hygieneverantwortliche zu Hütern über Menschenrechte, die sie bei Vorliegen bestimmter Bedingungen außer Kraft setzen können. Das Heim ist Quarantänerraum (Schulz-Nieswandt 2020a, S. 65)¹⁰. Die Bewohner*innen sind das Objekt von Versorgung, Verboten, Schutz- und Isolierungsmaßnahmen, Genehmigungen, Prüfungen, Interventionen usw. usf.

Solche Handlungsimperative werden insbesondere dort ethisch problematisch, wo Pflegebedürftige in nötiger Art und Weise, „eindringlich“ darauf hinzuweisen sind, dass „infektionsgeneigte externe Kontakte“ unterbleiben sollen (Handlungsempfehlungen, S. 3 f.) und die Zustimmungspflicht für medizinische Behandlungen faktisch außer Kraft gesetzt wird. Das System flexibilisiert sich nicht, sondern wird starrer, in dem es Veränderungsanforderungen an die Heimbewohner*innen weitergibt, die diese, ohne Anpassungsstörungen zu entwickeln, nicht erbringen können.

Die Krux besteht darin, dass Coronaverordnungen und auf ihr basierende Handlungsanweisungen oder -empfehlungen notwendig abstrakt sein müssen. Es geht aber, zumal in der letzten Lebensphase immer einen um individuellen Umgang mit alten Menschen und unter allen Umständen um eine Würdigung der Einzelfallsituation.

Die Heimleiter sollten in der Heimaufsicht, möglicherweise auch in einer anderen Landesstelle die Möglichkeit haben, sich, was die Einhaltung humanitärer Standards betrifft, beraten zu

¹⁰ Schulz-Nieswandt, Frank (2020a); Der Mensch als Keimträger. Hygieneangst und Hospitalisierung des normalen Wohnens im Pflegeheim, Transcript

Schulz-Nieswandt, Frank (2020b); Gefahren und Abwege der Sozialpolitik im Corona-Zeichen. Zur affirmativen Rezeption von Corona in Kultur, Geist und Seele der „Altenpolitik“, <https://kda.de/wp-content/uploads/2020/05/Gefahren-und-Abwege-der-Sozialpolitik.pdf>

Schulz-Nieswandt, Frank (2020c); Kasernierung alter Menschen in Zeiten von Corona. Eskalation eines alten Musters, in ProAlter 3/2020, S. 5-7

lassen. Insofern ist ihre Rolle nicht nur auf eine Umsetzungsperspektive, sondern auf eine anwaltschaftlichen Funktion orientiert. Diese Position muss gestärkt werden.

Wir zitieren aus einem Brief einer Heimleiterin vom Oktober 2021: „Da ist zum einen die Frage, wie man ein Pflegeheim betrachten möchte. Wir sind Wohnort, kein Krankenhaus. Wir sind weder baulich, noch technisch, noch personell auf wiederkehrende Isolierung, Kohortierung o. ä. eingerichtet. Es gibt keine Lüftungsanlagen o. ä.

Zum zweiten bleibt das große Problem Personal! Wir sind schon lange über dem Limit, bereits vor Corona. Es gibt immer mehr MitarbeiterInnen, die aufgrund der Belastungen krank werden. Wir arbeiten im Prinzip permanent unterbesetzt. Wir können aktuell schon die Bestimmungen, die im aktiven Infektionsgeschehen laut Verordnungen und Empfehlungen nötig sind, nicht gut einhalten, auch wenn man das fast nicht sagen darf. Denn dafür braucht es zusätzliche Dienste mit geschultem Personal. Es gibt aber schlicht keine Menschen dafür, selbst wenn wir welche einstellen könnten.“

14. Sind und wurden Risikogruppen ausreichend vor einer Infektion mit Coronavirus geschützt?

Nein. Pflegeheimbewohner*innen weisen weltweit die höchste Sterberate auf, was nicht den Schluss nahelegen darf, sie weiter und stärker zu isolieren. Das wäre kontraproduktiv und ist in der Konsequenz inhuman.

Die Ursachen für die hohe Sterblichkeit von Pflegeheimbewohner*innen kann man in verschiedenen Faktoren vermuten:

- Die hohe Ansteckungsgefahr verweist auf die Wohnform Pflegeheim, in der Übertragungsketten schwer beherrschbar sind. Insofern müsste diese Wohnform in Frage gestellt werden. Pflegeheime, das ist ein weit verbreitetes Missverständnis, sind, siehe oben das Zitat, in erster Linie Wohnort und keine Krankenhäuser. Sie sind weder baulich noch technisch noch personell auf wiederkehrende Isolierung, Kohortierung o. ä. eingerichtet. Es gibt keine Lüftungsanlagen o. ä. (siehe Zitat oben).
- In Pflegeeinrichtungen leben in der Tat die meisten multimorbiden Patient*innen mit einer vergleichsweise geringen Lebenserwartung. Eine Übersterblichkeit von Pflegeheimbewohner*innen lässt sich auch bei Grippeepidemien feststellen.
- Pflege ist eine körpernahe Dienstleistung, die in Pflegeeinrichtungen intensiver erbracht wird als in der häuslichen Pflege.
- Pflegeeinrichtungen waren, was Hygienematerialien und geeignete Hygienekonzepte betrifft, auf eine Pandemie kaum adäquat vorbereitet.
- Nach wie vor ist die Impfquote des Pflegepersonals vergleichsweise gering.
- Pflegeeinrichtung und Wohnbereiche sind häufig schlecht belüftet.
- Die hohen Arbeitsbelastungen und die geringe Wertschätzung für Pflegenden wirken elementar auf die Arbeitsmotivation und diese wiederum auf die Arbeitsqualität, was Hygienemängel einschließt.
- Es gibt in Pflegeeinrichtungen eine elementare medizinische und therapeutische Unterversorgung, was auf den allgemeinen Gesundheitsstatus der Pflegebedürftigen wirkt und die Vulnerabilität erhöht. Überhaupt sind die Bedingungen in Pflegeeinrichtungen, was soziale Kontakte, Lebenszufriedenheit, Sinnzusammenhänge u. a. betrifft, kaum gesundheitsförderlich.

15. Welche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Risikogruppen konnten Sie während der Pandemie feststellen?

Eine Häufung von psychischen Erkrankungen während der Pandemie gab es nicht nur bei vulnerablen Gruppen, sondern – wie die Beiträge in nebenstehenden Bänden verdeutlichen – in allen Alterskohorten, insbesondere auch bei Kindern und Jugendlichen. Diese psychischen Auswirkungen, die langfristige Entwicklungsfolgen haben werden, wurden während der Pandemie u. E. unzureichend thematisiert.

Die Corona-Pandemie stellte insbesondere für diejenigen eine Belastung dar, bei denen bereits eine psychische Vulnerabilität bestand und besteht. Bei Menschen mit bereits bestehender psychischer Erkrankung stellt der Wegfall von haltgebenden Alltagsstrukturen und Sozialkontakten eine besondere psychische Belastung dar. Insbesondere an COVID-19 erkrankte Personen, und das betraf alte Menschen mehr als junge, hatten ein erhöhtes Risiko, psychische Beschwerden zu entwickeln. Eine retrospektive Kohortenstudie aus Großbritannien kam nach Auswertung von mehr als 200.000 elektronischen Akten von Patientinnen und Patienten zu dem Ergebnis, dass jede dritte Person sechs Monate nach einer COVID-19-Erkrankung eine neurologische oder psychische Folgeerkrankung entwickelte (Taquet et al., 2021).¹¹

Inwiefern es bei vulnerablen Hochaltrigen tatsächlich eine Häufung psychischer Erkrankungen gab und gibt, ist schlecht belegt, und zwar schlichtweg deshalb, weil sie weder diagnostiziert noch therapiert werden. Hochaltrige wurden während der Pandemie, was ihre psychische Repräsentation betrifft, deshalb kaum beachtet und erwähnt, weil ihre Selbstvertretungskompetenzen gering sind. Das betraf insbesondere immobile Menschen im Pflegeheim, die über Monate isoliert und vereinsamt lebten, schwer kranke und einsam lebende Menschen, die ohne Zuspruch eines Angehörigen um ihr Leben kämpfen müssen oder es im Vagen gestalten, pflegende Angehörige oder die isolierten Demenzerkrankten, die von Kontaktbeschränkungen und Hospitalisierung betroffen waren und deren Psyche gleichermaßen reagiert (siehe Archonti 2021).¹²

Man muss aber unterstellen, dass Einsamkeitsgefühle, aggressives Verhalten, Anpassungsstörungen, Depressionen, Angstzustände, chronische Erschöpfung u. ä. zugenommen haben. Das legen Berichte von Pflegepersonal und pflegenden Angehörigen nahe.



¹¹ Taquet, M. ; Geddes, J. R. ; Husain, M. ; Luciano, S. & Harrison, P. J. (2021): 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. The Lancet Psychiatry, 8(5), S. 416–427

¹² Archonti, Christina, COVID-19 und Psyche: Die Krise meistern statt zu klagen, Deutsches Arzteblatt 2021; 118(9): A-474, <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=16&aid=218113&s=Erkrankungen&s=Menschen&s=alte&s=psychische>

16. Bestanden bei den Bewohnern von Pflegeeinrichtungen jederzeit Möglichkeiten, bis zu zwei Besucher täglich zu empfangen?

Die Regelung, dass mindestens bis zu zwei Personen täglich Zutritt zu Pflegeeinrichtungen zu gewähren ist, gilt nicht von Anfang an. Sie wurde erst im Verlaufe der Pandemie etabliert. Zudem gab es aber nicht nur Beschränkungen der Personenanzahl, sondern Zeitkorridore und Zeitlimits. Der Besuch war ganz häufig auf eine Stunde in einem bestimmten Zeitrahmen begrenzt, was für Berufstätige und weit entfernt wohnende Verwandte häufig erhebliche Probleme mit sich brachte.

Das Problem ist, dass Besuchsregeln vom Infektionsgeschehen entkoppelt und so definiert werden, dass sie in die Ablauflogik von Einrichtungen passen. Diese Praxis widerspricht aber Prinzipien eines normalen Wohnens.

Von dieser Zweipersonenregel wurde in verschiedensten Einrichtungen dann abgewichen, wenn es ein Infektionsgeschehen gab und gibt.

Die Zweipersonenregel erscheint aber in verschiedenster Hinsicht realitätsfern. Erstens erhalten die wenigsten Bewohner*innen, und wenn dann nur selten, Besuch von zwei Personen, d. h. weder gleichzeitig noch an einem Tag. Und zweitens, warum soll es nicht unter allen Umständen Ausnahmen von dieser Regel geben, wenn Angehörige mit Enkeln bei Geburtstagen, bei wichtigen Anliegen, in Sterbephasen usw. ihre hochaltrigen Eltern besuchen? Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen haben in den meisten Fällen eine Lebenserwartung von nur wenigen Monaten. In dieser Lebensphase ist vom Grundsatz her all das zu ermöglichen, was den womöglich „letzten“ Wünschen nach Begegnung entspricht. Eine solche Praxis hat eine andere ethische Höhe als Begegnungseinschränkungen für andere Alterskohorten.

17. Welche Maßnahmen wurden ergriffen, um bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des Infektionsschutzes soziale Kontakte für Risikogruppen zu ermöglichen? Wie wurden Sie darin durch die Landesregierung unterstützt? Welche (konzeptionelle) Unterstützung benötigen Sie? Welche Maßnahmen müssen ergriffen werden.

Wie Pflegeeinrichtungen Besuchsregeln gestalteten und soziale Kontakte ermöglichten (oder einschränkten und verhinderten), war und ist sehr unterschiedlich. In jedem Falle wurden sie in diesem Bereich seitens der Landesregierung nicht adäquat unterstützt. Zitat einer Heimleiterin: „Es gibt großes Unverständnis unter Kollegen, aber auch Angehörigen und Bewohnern, dass sich die Politik scheinbar den ganzen Sommer überhaupt nicht mit der Branche beschäftigt zu haben scheint. Man hörte monatelange Diskussionen über Schulen und Kitas, die vulnerable Gruppe schien mit der Möglichkeit der Impfungen aus dem Blick zu geraten. Dabei war doch eigentlich klar, dass Corona wohl zu einem längeren, wenn nicht dauerhaften Begleiter werden wird und auch die Impfung die Ansteckung nicht komplett verhindern kann. Dass dann wieder genau die Gruppe der Alten, immungeschwächten von Krankheit betroffen sein wird, kommt nicht überraschend. Nun kommt der Herbst und die offenen Fragen und vor allem Erfahrungen/ Erlebnisse aus der Praxis aus der letzten Welle sind nicht bearbeitet.“

Der LSR hat von Anfang an gefordert, positive Beispiele zu publizieren. Der LSR hat außerdem gefordert, dass Einschränkungsempfehlungen – und anweisungen in gleichem Maße und Umfang an alternative Öffnungs- und Kompensationsmaßnahmen und -vorschläge gekoppelt werden müssen. D. h., nicht nur eine „Task Force“ oder ein Krisenteam für Coronaverordnungen, sondern ein Krisenteam für die Einhaltung von Menschen- und Persönlichkeitsrechten, das alternative Szenarien, positive Beispiele erörtert und publiziert und

Konzeptionen für den Umgang mit Menschen in Pflegeeinrichtungen entwirft, die humanitären Standards entsprechen.

Heimleiter und Dienstleistungserbringer in der Pflege hatten hier u. E. seitens des Landes so gut wie keine Unterstützung erhalten. Allenfalls ist die Heimaufsicht zu würdigen, die sich nicht nur oder in erster Linie als Aufsichts- und Kontrollinstanz verstand, sondern Heimträger pragmatisch beriet.

Was die differenzierte Praxis des Ermöglichens (oder Verhinderns) sozialer Kontakte betrifft, könnte man auf gute Beispiele verweisen. In der Seebach-Stiftung, die gute Beziehungen zum Weimarer Nationaltheater pflegt, wurden vor den Balkons der Bewohner*innen von professionellen Musikern Konzerte durchgeführt. Das Anrührende besteht nicht nur in der Wirkung auf die Bewohner*innen und Musiker, sondern dass Krisen durchaus neue Formen einer sozialen Praxis generieren. Insofern plädieren wir dafür, dass das Land nicht nur den wirtschaftlichen Wettbewerb in der Pflege, sondern den Wettbewerb von humanen Praxen befördert.

18. Was wurde unternommen, um die von Ihnen kommunizierten Problemlagen von Risikogruppen aufzunehmen und Abhilfe zu schaffen?

Der LSR hat während der Pandemie die Situation und humanitäre Praxis insbesondere in Pflegeeinrichtungen in verschiedenen Briefen, Stellungnahmen, Broschüren, Artikeln beschrieben und mit der Ministerin des TMSGFF, der man eine hohe Sensibilität für vulnerable Gruppen unterstellen kann, mehrere Gespräche geführt.

Was seitens der Verwaltung (abgesehen von der Beschaffung von Hygieneartikeln und Impfstoffen) konkret unternommen wurde, um die humanitäre Situationen von Pflegebedürftigen zu verbessern, ist uns nicht bekannt.

Zu verweisen wäre auf die Clusterkonferenzen zur Pflege. Sie waren ein probates Mittel, um Beschaffungsfragen, Fragen der Umsetzung von Verordnungen und Anliegen von Dienstleistern zu erörtern.

Hinsichtlich der Einhaltung humanitärer Standards, einer differenzierten Beratung von Pflegeeinrichtung war aber nach unserer Kenntnis die Unterstützung gering (siehe die Antwort auf Frage 17).

19. Ist das aktuelle Testangebot ausreichend, um die Hürde zum sicheren Besuch von Risikogruppen gering zu halten?

Die Möglichkeit, sich vor Ort in Pflegeeinrichtungen testen zu lassen, war und ist aus der Sicht von Besuchern praktikabel und wichtig. An dieser Möglichkeit sollte festgehalten werden. Für Pflegeeinrichtungen bedeuten solche Testungen allerdings eine Störung von Abläufen und eine Bindung von Personalressourcen, die der Pflege und Betreuung verloren gehen. Insofern sind Testangebote in Pflegeeinrichtungen durchaus ambivalent.

Unklar ist nach wie vor, inwiefern Besucher das Infektionsgeschehen in Pflegeeinrichtungen überhaupt beeinflusst haben. Sie haben in aller Regel ausschließlich Kontakt zu ihren Angehörigen. Eine Ansteckungsgefahr in Fluren und Gemeinschaftsräumen erscheint abwegig. Und man muss unterstellen, dass besuchende Angehörige in hohem Maße dafür sensibilisiert sind, einen Abstand zu den von ihnen Besuchten einzuhalten. Insofern stellt sich die Frage der Selbstverantwortung bei Besuchen nach wie vor.

20. Halten Sie die Informationen zur Vereinbarung eines Impftermins für Senioren in Thüringen für ausreichend?

Die Informationen zu Impfungen, zu entsprechenden Verfahren und Anmelde-möglichkeiten waren am Anfang der Impfungen für Hochaltrige weder ausreichend noch verständlich noch praktikabel. Seitdem Hausärzte impfen können und ausreichend Impfstoff zur Verfügung steht, hat sich diese Situation verändert. Hausärzte und Pflegeeinrichtungen sind u. E. die Schlüsselstellen, dass Hochaltrige eine Auffrischungsimpfung erhalten können, was Probleme im Einzelnen, etwa die fehlende Mobilität von Älteren und Pflegebedürftigen im ländlichen Raum nicht ausschließt. Hier muss es lokale Anstrengungen und Aktivitäten geben. Ein einfach gestalteter Flyer, der über die Auffrischungsimpfung informiert und der auf den Begriff „Booster“ verzichtet, erscheint dennoch sinnvoll.

21. Wie verläuft die Auffrischungsimpfung bei Menschen, die zu Risikogruppen für einen schweren Krankheitsverlauf zählen?

Es gibt bei Hochaltrigen eine hohe Akzeptanz für eine Auffrischungsimpfung. Siehe die Antwort zu Frage 8.

22. Welcher Entlastung für Pflegende in der häuslichen Pflege bedarf es?

Entlastet müssten vor allem die pflegenden Angehörigen. Siehe hierzu die Antworten auf Frage 6

23. Wie bewerten Sie Umfang und Zeitpunkt der Implementierung des Programms AGATHE?

AGATHE reagiert auf ein durchaus virulentes Problem, auf Einsamkeit und Armut im Alter. Beides, Einsamkeit und Armut von Älteren, werden in Zukunft zunehmen. Insofern ist es richtig, in auf Ältere gerichtete Formen der aufsuchenden Hilfe zu investieren. Wir sehen darin einen präventiven Ansatz der Sozialarbeit mit älteren Menschen.

Dabei ist AGATHE nur ein Ansatz zur Armuts- und Einsamkeitsprävention. In Suhl gibt es die Seniorengenossenschaft, in der Ältere in der Regel Hochaltrigen helfen. Auch das Herbstzeitlosenprojekt in Saalfeld und mobile Seniorenbüros sind Formen der aufsuchenden Hilfe.

Ob die dafür bereitgestellten Mittel ausreichend sind, kann u. E. noch nicht eingeschätzt werden. Das Programm befindet sich in einer ersten Phase. Verschiedene Städte und Regionen versuchen das Programm mit anderen Formen der Sozialarbeit, mit Pflegestützpunkten, mit Begegnungsstätten, mit Dorfkümmerern und mobilen Seniorenbüros zu verkoppeln. Uns erscheint sinnvoll, solche Hilfen auf der Ebene des Landkreises oder der kreisfreien Stadt zu koordinieren. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sich Angebote weiter ausdifferenzieren, ohne dass sie Klienten adäquat erreichen.

Unseres Erachtens sollte das AGATHE-Programm in das LSZ integriert werden. Da das Programm auf Teilhabe Älterer zielt, sollte der LSR, dessen Anliegen sich qua Gesetz auf die Teilhabeförderung bezieht, enger an und in das Programm eingebunden sein.

24. und 25. Wie wurden Sie seitens der Landesregierung in die Erarbeitung der Corona-Verordnung einbezogen? Wurde der LSR entsprechend der Erfordernisse des Thüringer Gesetzes der Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte in die Erarbeitung der Corona-Verordnungen einbezogen?

Der Landesseniorenrat wurde weder regelmäßig noch systematisch in die Erarbeitung der Coronaverordnung einbezogen. Man kann das als Verstoß gegen das Thüringer Gesetz zur Förderung der Mitwirkung und Teilhabe von Senioren in Thüringen interpretieren, das vorsieht, dass der LSR bei allen für Senioren relevanten Angelegenheiten einzubeziehen und bei allen Rechtsverordnungen anzuhören ist (siehe § 7 (1) ThürSenMitwBetG). Allerdings ist nicht von der Hand zu weisen, dass Krisen zeitlich befristete Operationalität erfordern. Insofern wäre zu diskutieren, inwiefern in Krisensituationen deliberative Prozeduren bewahrt werden. Der LSR hat dafür plädiert, gerade in Krisenzeiten, wenn es um Menschenrechte geht, Mitwirkungspraxen zu aktivieren. Das war nicht der Fall.

In einigen Fällen gab es über das Referat für Familien- und Seniorenpolitik die Möglichkeit einer Stellungnahme, die allerdings mit einer mit Stunden zu bemessenden Fristsetzung verbunden war, die eine qualifizierte Stellungnahme faktisch nicht ermöglichten.

Von einer Beteiligung, die die Qualität einer „Erarbeitung“ hat, konnte in keinem Fall die Rede sein. Der LSR würde sogar weitergehen. Für ihn war eine auf die Beteiligung der Zivilgesellschaft orientierte transparente Krisenkommunikation nicht erkennbar.

Als Problem fehlender Beteiligung erscheint uns, dass Beteiligungs-, Engagement- und Akzeptanzressourcen verschenkt wurden. Die Coronaverordnungen, die grundsätzliche Grundrechte einschränkten, erschienen auf diese Weise das Produkt einer im Krisenmodus agierenden Ministerialverwaltung, die in ihrer Pfadabhängigkeit keine oder kaum Korrekturen zuließ. Als Problem erscheint uns auch, dass, wenn bestehende Beteiligungsformate, -settings und -gremien in praxi nicht gelebt werden, sich demokratische und deliberative Prozeduren als Dekoration und Zierrat erweisen und aushöhlen.

Siehe auch die Ergebnisse der Befragung von kommunalen Seniorenbeiräten und -beauftragten des LSR.

Der LSR hat den Corona-Verordnungen, die die Eindämmung der Pandemie zum Ziel hatten, dem Grunde nach zugestimmt. Auch er war in hohem Maße besorgt und engagiert um vulnerable Gruppen, insbesondere hochaltrige Menschen. Allerdings kritisierte er u. a.

- die gravierenden Grundrechtsverletzungen von Gepflegten in Einrichtungen der Pflege
- die in Teilen völlige Unverständlichkeit der Corona-Verordnungen
- die gegen Inklusionsverpflichtungen verstoßenden Isolierungs- und „Absonderungs“forderungen
- die Sprache, die in Teilen an die Lingua tertii imperii erinnert und eine Exklusions- und Stigmatisierungspraxis induziert, wenn man an Begriffe wie „Absonderung“, „ansteckungsverdächtig“ u. ä. denkt
- die Philosophie und der bürokratisch sich absichernde Impetus der Verordnungen, die nicht auf Ermöglichung unter Bedingungen der Gefährdung, sondern Verhinderung orientierten
- die in Teilen widersprüchlichen und unverständlichen Regelungen
- dass Abwägungsklauseln der Verhältnismäßigkeit von Grundrechtseinschränkungen nicht enthalten waren
- die fehlende, konsekutiv kommunizierte Folgenabwägung von Maßnahmen, denn wer etwa die Bewegung von Kindern und Jugendlichen über viele Monate gravierend einschränkt (Verbot von Vereinssport, Schließung von Sporthallen, Sport- und

Spielplätzen, Kontaktverbote usw. usf.), muss noch in 60 Jahren mit höheren Prävalenzen von Osteoporose rechnen.

26. Wird die Verankerung von Interessen von Senioren durch die Landesregierung in Form der Implementierung des LSZ und den Landesfamilienförderplan gesichert?

Der LSR ist sowohl in Arbeitsgruppen des LSZ, im Landesfamilienrat sowie in Arbeitsgruppen des Landesfamilienrates vertreten.

Unseres Erachtens gibt es im Fachreferat für Familien- und Seniorenpolitik eine hohe Sensibilität für die Belange der älteren Generation, zumal die Philosophie des Familienbegriffs im Landesfamilienfördergesetz sowie des LSZ auch auf die älteren Generationen zielt.

In allen Handlungsfeldern des LSZ lassen sich Maßnahmen von und für Senioren fördern. Es scheint auch eine zunehmende Offenheit der Sozialplaner*innen und der Kommunen für die Belange der älteren Generationen zu geben, was sich in der Förderung verschiedener Seniorenprojekte in den Kommunen ausdrückt. Auch innerhalb des Landesfamilienförderplanes werden Projekte von und für Senioren gefördert.

Politisch und administrativ unterbelichtet bleibt u. E. der Pflegebereich. Der LSR plädiert hier für eine moderne Pflegepolitik, die in Thüringen nicht konturiert ist. Der LSR hat das in seinen Thesen für eine moderne Pflegepolitik und in Gesprächen mit der Sozialministerin dargelegt.



Hannelore Hauschild
Vorsitzende



Jan Steinhaußen
Geschäftsführer

