SENIORENREPORT

PERSPEKTIVEN AUF PFLEGE

Perspektiven auf die Maskenpflicht

Pflegenetzwerke in Thüringen

Moderne Pflegepoltik für Thüringen - Ein Thesenpapier

LSR
Landesseniorenrat Thüringen

INHALTSVERZEICHNIS

Editorial
Seite 4

TEIL I:
„Gesicht zeigen“ – Perspektiven auf die Maskenpflicht (im Pflegebereich)
Seite 6

TEIL II:
Pflegenetzwerke in Thüringen
Seite 66

TEIL III:
Moderne Pflegepolitik für Thüringen - Ein Thesenpapier zu Herausforderungen in der Pflege in Thüringen
Seite 96

EDITORIAL

Das Bild von pflegebedürftigen Menschen hat sich in den letzten Jahrzehnten verändert. Dokumente wie die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen sowie die Nationale Demenzstrategie fordern eine inklusionsorientierte Pflege und Betreuung. Sie sensibilisieren dafür, dass jeder pflegebedürftige Mensch das Recht auf eine individuelle, gesundheitsfördernde Pflege hat. Sie betonen das Recht auf Privatheit, Teilhabe, auf Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung.

Diese Würdenormative haben die Pflegerealität beeinflusst. In vielen Einrichtungen hat sich eine Praxis etabliert, die den Maßstäben einer humanen Pflege gerecht wird. Die überwiegende Zahl von zu Hause Pflegenden fühlt sich ihren Angehörigen in sorgender Weise verpflichtet.

Dennoch bleibt die Lebensrealität von pflegebedürftigen Menschen schwierig. Sie gehören zu der größten Gruppe von Menschen, die von Teilhabebeschränkungen bedroht und betroffen sind. Der Pflegebereich ist bei hochgradiger Regulierung stark ökonomisiert. In ihm wirken Effizienzkriterien auf Beziehungsqualitäten. Die Pflege und Betreuung ist für Pflegende mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Erkrankungen assoziiert. Pflegebedürftige befinden sich oft in struktureller Abhängig- und Hilflosigkeit. Sie sind einem hohen Risiko von Einsamkeit, Kommunikations- und Zuwendungsmangel ausgesetzt. Sie sind von freiheitsentziehenden Maßnahmen sowie medizinischer Unterversorgung bedroht und betroffen.

Der Landesseniorenrat widmet sich seit seines Bestehens Pflegethemen. Sein gesetzlicher Auftrag sowie sein programmatischer Ansatz besteht nicht einfach in der Interessenvertretung von Älteren, sondern darin, sich insbesondere den Teilhaberechten vulnerabler Gruppen und in ihrer Teilhabe gefährdeten älteren Menschen anzunehmen. Insofern ist es kohärent, dass er Ausgrenzungsphänomene von pflegebedürftigen Menschen und von Pflegenden thematisiert und entsprechende Forderungen aufstellt.

Die vorliegende Broschüre bindet drei dem Anschein nach heterogene Pflegethemen zusammen: Im ersten Teil geht es um die schwierigen Bedingungen im Pflegebereich während der Corona-Pandemie. Er fokussiert auf das entscheidende Signum der Corona-Zeit, das Masketragen von Pflegebedürftigen und Pflegenden. Ist die Würde des Menschen, die am elementarsten in seinem Gesicht zum Ausdruck kommt, verhandelbar? Was sagt die Preisgabe des Gesichts jenseits viraler Gefährdungen und des Lebensschutzes über unsere Zeit und das Pflegesystem aus? Dabei geht es in den Beiträgen nicht um das Infragestellen des Lebensschutzes von Pflegebedürftigen während der Corona-Pandemie, sondern um Würdenormative von und für Pflegebedürftige, die nicht nur während der Coronapandemie in praxi zur Disposition stehen.

Der zweite Teil thematisiert Pflegenetzwerke. Pflegenetzwerke sind freiwillige Zusammenschlüsse von Akteuren der Pflege, von Akteuren der Selbsthilfe einschließlich von Betroffenen sowie von Verantwortungsträgern in der kommunalen Verwaltung. Sie erscheinen ein probates Instrument zu sein, um auf Krisen im Bereich der Pflege zu reagieren: Es fehlt an Personal in der Pflege, während die Anzahl der Pflegebedürftigen steigt. Die Preissteigerungen im Pflegebereich verhindern die Inanspruchnahme von Sachleistungen, die Versorgung Älterer im ländlichen Raum stellt sich als ein zunehmendes Problem dar und die Multiproblemlagen im hohen Alter sind eine existentielle Herausforderung im hohen Alter. Deshalb setzt sich der Landesseniorenrat nachdrücklich für den Aufbau solcher Pflegenetzwerke in den Kommunen ein.

Den dritten Teil bilden Pflegethesen für eine moderne Pflegepolitik. Diese Thesen sind keine vordergründige Kritik an der Pflegepolitik in Thüringen. Eher konstatieren sie, dass eine solche nach wie vor nicht formuliert und profiliert ist. Sie plädieren dafür, dass eine kohärente Landespolitik für die Pflege unter Einbeziehung der involvierten Akteure formuliert wird. Sie formulieren Vorschläge und Forderungen, wie sie im vorderen Teil der Broschüre implizit enthalten sind, nämlich dass die Würdenormative für pflegebedürftige Menschen unteilbare gelten. Es bedarf einer ganzheitlichen Wahrnehmung von Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen: Sie gehören ins Zentrum jeglicher Pflegepolitik. Sie formulieren den im Pflegeversicherungsgesetz fixierten Anspruch, dass die Pflege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Insofern sind die Lebensansprüche von pflegebedürftigen Menschen und von Pflegenden das bindende Element der drei Teile dieser Broschüre. Sie kommen in den Bildern von Bernd Lindig, der für seine fotografischen Arbeiten mehrfach ausgezeichnet wurde, zum Ausdruck. Die Bilder formieren sich zum „vierten Kapitel“. Sie bilden die Klammer und geben der Broschüre Kohärenz. Sie zeigen unzweideutig, was alte Menschen im Existentiellen in ihrem Alltag benötigen: Zuwendung, Bindung, Wertschätzung, Lebensfreude und das Wahrgenommen-Werden.

Um sie, die hinter einer komplizierten Sozialrechtsmaterie und im System der Pflege oft verschwinden und das Objekt von Versorgung sind, geht es. Ihnen ist die Broschüre gewidmet.

Dr. Jan Steinhaußen
Geschäftsführer Landesseniorenrat Thüringen

I. „GESICHT ZEIGEN“ – PERSPEKTIVEN AUF DIE MASKENPFLICHT (IM PFLEGEBEREICH)

„Gesicht zeigen“ – Perspektiven auf die Maskenpflicht (im Pflegebereich)
Jan Steinhaußen 7

Masken und Identität
Jürgen Oelkers 17

Fratzen und Masken. Ein Gespräch
Ronald Lutz 22

Die Maske als Metapher
Mario Rund 31

Masken als politisch umkämpftes Symbol
Felix Steiner 35

Das Sprechen mit der Maske – die Schamangst von Außenseitern im Kontext ihrer Nietzscherezeption
Jan Steinhaußen 38

„… ist der Krieg vorbei?“
Thomas Klie 45

Die Maskenpflicht in Pflegeeinrichtungen im Kontext von Hygienevorschriften
Jan Steinhaußen 47

Über Alltagssituationen im Pflegebereich im Umgang mit Masken: Interviews mit hochaltrigen Menschen sowie Pflegekräften aus der Marie-Seebach-Stiftung 57

„GESICHT ZEIGEN“ – PERSPEKTIVEN AUF DIE MASKENPFLICHT (IM PFLEGEBEREICH)

Jan Steinhaußen

Seit dem Beginn der Corona-Pandemie trugen Menschen in Deutschland und auf der Welt in allen nur möglichen Situationen Masken. Beim Einkaufen, bei Zugfahrten, in Straßenbahnen und Bussen, in öffentlichen Gebäuden, in Schulen, bei der Pflege alter Menschen. Während der Wintermonate 2021 sollten Menschen selbst in weitgehend menschenleeren Innenstädten Masken tragen. Die Maske wurde wie kein anderes Hygieneutensil zum Symbol des Schutzes, Ausdruck politischer Handlungsfähigkeit. Die Verweigerung des Masketragens wurde zum Signum des Widerstandes.

Die Maske war und ist Teil des Infektionsschutzes. Masken schützen – so die Annahme – bei aerosolen Belastungen. Sie ver- und behindern, dass virale Schwebeteilchen ein- und ausgeatmet werden.

Was für den medizinischen Bereich vor allem bei Operationen sowie bei staubbildenden Arbeiten Teil der normalen Arbeitskleidung erscheint, erschien für die Alltagskommunikation ein kultureller Bruch. Das Gesicht ist nicht einfach ein Körperteil, sondern bildet in okzidentaler Tradition das zentrale Merkmal der Persönlichkeit. Es ist der Ort der Identität und Identifikation.

Im Gesicht prägen sich das Alter(n) und der Lebensvollzug ein. Mit dem Gesicht, mit den Augen, dem Mund, mit Mimik und Gestik kommunizieren Menschen. Das Gesicht steht wie kein anderes Körperteil für unsere Gefühlsstimmung. Wut, Hass, Traurigkeit, Freude, Empathie, Zu- und Ablehnung werden mehr als über das Sprechen, die Gestik und den Körper über das Gesicht vermittelt. Insofern ist es verständlich, dass Menschen das Tragen der Maske als Last empfanden und hinterfragten, auch wenn der überwiegende Teil der Bevölkerung gegenüber den Hygienemaßnahmen Verständnis entgegenbrachte.

Der Bruch war, auch wenn Gewöhnungseffekte an Widrigkeiten als Kompensationsstrategien funktionieren, dennoch eklatant. Die abendländische Philosophie ist, was heute gegenüber dem Tier als durchaus nicht mehr angemessen erscheint, durchdrungen von dem Gedanken, dass sich der Mensch vom Tier und dem Tierischen durch das Geistige und Seelische sowie das Moralische unterscheidet. Das Tierische im Menschen, das Triebhafte und Körperliche, war – sieht man von Schopenhauer und Nietzsche ab – abendländischen Philosophen seit Platon suspekt. Der Mensch unterscheidet sich vom Tier, weil er von seinem Triebhaften absehen kann, weil er zu vernunftgeleitetem Handeln in der Lage ist, weil er Folgen abschätzen und als moralisches Wesen handeln kann.

Dass das Gesicht als Ausdruck des Seelischen, des Individuellen und Moralischen in diesem Zusammenhang als entscheidendes Unterscheidungsmerkmal vom Tier in der Geschichte der Philosophie kaum eine Rolle spielt, mag verwundern. Allenfalls in der Physiognomie und der Malerei hatte das Gesicht in den vergangenen Jahrhunderten eine überragende Bedeutung.

Welche Bedeutung der ästhetische Eindruck des Gesichts haben kann, hat wohl als Erster Georg Simmel eindrucksvoll ausgeführt. Während der übrige Teil des Körpers als Ausdruck des Tierischen weitestgehend bedeckt ist, ist es gerade das markanteste Signifikat des Menschlichen, dass das Gesicht unbedeckt ist. Das Gesicht, so meinte Georg Simmel, hat eine fundamentale ästhetische Bedeutung, die durch die gesichtsnivellierenden Masken faktisch abhandenkommt. Durch eine einzige Veränderung, die den Charakter einer Minimalreaktion hat, durch das Zucken der Lippe, das Rümpfen der Nase, modifiziert sich der Charakter im Ganzen. Kein einziges Körperteil wäre durch eine einzige Verunstaltung ästhetisch so ruiniert wie das Gesicht (Simmel, S. 140). Kein einziges Körperteil hat diese Differenzierungskraft, in der einerseits die Mannigfaltigkeit des individuellen Charakters, andererseits die vollkommene Einheit so zum Aus-

druck kommt wie im Gesicht. Das Gesicht kennt keine Zentrifugalität, es sei denn, es verzerrt sich zur Fratze und ist in diesem Sinne Ausdruck einer seelischen Lähmung und eines momentanen Verlusts an geistiger Herrschaft. Allenfalls prägen sich ins Gesicht Merkmale der Schwere ein, für die die geschlossenen Augen, der auf der Brust liegende Kopf die ikonografischen Zeichen sind (Simmel, S. 142). Hände und eben das Gesicht als die individuellsten Körperteile waren nicht ohne Grund nie verhüllt. Sie waren in der abendländischen Kultur nie mit Scham assoziiert. Allenfalls konnte das Gesicht Scham ausdrücken. Aber die Gottes Ebenbildlichkeit drückte sich im Gesicht aus. Der Mensch kann im Sinne von Karl Barth eine Beziehung zu Gott haben, mit ihm reden, ihn hören und mit ihm ein Bündnis eingehen, weil er mit ihm mit seinen Sinnesorganen und seinem Antlitz im Kontakt steht (Barth, S. 71 ff.). Vor diesem Hintergrund muss man den Bruch sehen, der eine Maskenpflicht im Alltag für Menschen darstellt oder darstellen kann.

Genauer noch und auf das Soziale bezogen hat Emanuel Levinas die Einzigartigkeit des Gesichts beschrieben, in dem sich nichts Auswechselbares ausdrückt. Das Antlitz war für ihn der ursprüngliche Ort des Sinnhaften des Menschen. Es drückt in gravierender Weise sein Ausgesetzsein, seine Wehrlosigkeit und Verletzlichkeit und im Letzten die Nähe zum Tod aus (Levinas, S. 28). Das Gesicht des anderen ist der Referenzspiegel unseres eigenen Ichs. Über das Gesicht stellen sich Verantwortungsbeziehungen her (Levinas, S. 33). Das Antlitz des Menschen, das seine Verletzlichkeit und in dieser seine Sterblichkeit ausdrückt, löst im nichtintentionalen Bewusstsein des Ich die Sorge um den anderen Menschen aus, die an die Stelle einer ausschließlichen Selbstsorge tritt. In den Vordergrund tritt angesichts des Antlitzes des anderen die Frage der Sorge um den anderen, der Beistand benötigt (Weinberger, S. 46). Insofern ist das Gesicht für Levinas nicht nur eine physische Realität und eine Öffnung zum Körper, über die die Umweltpartikel eingeatmet werden, sondern ein metaphysisches Konzept. Das Gesicht des Anderen ist Ausdruck des unverwechselbaren Andersseins, das jeder Verdinglichung oder jeder Reduktion des anderen auf eine Sache zuwiderläuft. Insofern ist das Gesicht Ausdruck der condition humana. Seine Bedeutung ist ungeachtet von Persönlichkeitsrechten nicht verhandelbar. Es appelliert, dass das Ich keine Sache ist. Es ist der elementarste Ausdruck der Würde eines Menschen.

Kann man jenseits des Gesichts eine adäquate Beziehung, zumal, wenn sie solidarischen Charakter haben soll, herstellen? Ist die Würde des Menschen, die am elementarsten in seinem Gesicht zum Ausdruck kommt, verhandelbar? Sind solche Fragen nach der Bedeutsamkeit des Gesichts für die menschliche Existenz, für seine Kommunikation, für seine sozialen Beziehungen, angesichts des Lebensschutzes irrelevant? Was sagt die Preisgabe des Gesichts jenseits viraler Gefährdungen und des Lebensschutzes über unsere Zeit aus?

Solche Fragen, die während der Pandemie kaum gestellt, geschweige denn erörtert wurde, mögen auf den fundamentalen Bruch hinweisen, den eine Gesichtsverhüllung im okzidentalen Kulturbereich darstellt. Das Gutachten der Rechtsgrundlagen der Pandemiepolitik empfahl angesichts der unsicheren Schutzwirkung von Masken keine Würde- oder ethische Prüfung - das Wort „Menschenwürde“ findet sich nur an einer einzigen Stelle des Berichts (Evaluation, S. 110) - sondern eine Literaturrecherche und ggf. eine experimentelle Untersuchung mit einer anschließenden epidemiologischen und fachärztlich-hygienischen (d. h. nicht ethischen) Bewertung von medizinischen Masken (Evaluation, S. 15).

Auch wenn das Masketragen das vermeintlich „geringste Übel“ der Pandemiepolitik war: Der Imperativ des Masketragens war sehr dominant und in seiner apodiktischen Diktion kaum hinterfragbar. Vielleicht bereitete weniger das Tragen einer Maske Unbehagen, sondern die Unhinterfragbarkeit. Er, dieser Imperativ, hat zu Verboten von Sportveranstaltungen im Freien geführt. Selbst Grundrechte wie die Versammlungsfreiheit wurden eingeschränkt, weil das Tragen einer Maske nicht durchgesetzt werden konnte und weil man eine Infektionsgefährdung unterstellte. Kinder, Jugendliche, Lehrer in Schulen, Ärzte, Pfleger in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser waren im Schul- und Arbeitsalltag verpflichtet, Masken zu tragen.

Die Hinweise auf den Infektionsschutz vor viralen Ansteckungen waren allgegenwärtig.

Menschen sollten sich die Hände waschen, nicht ihre Augen, Nase oder Mund berühren, in den Ellenborgen niesen oder husten, die Oberflächen mit Desinfektionsmittel abwischen, Masken, Handschuhen und Schutzkittel tragen, Kontakte mit anderen Personen vermeiden (Isolation oder Quarantäne) und eine gewisse Distanz zu anderen Menschen halten (Distancing).

Während Hinweise sich die Hände oft zu waschen, appellativen Charakter hatten, wurden die Annahmen, dass Masken und Abstände eine Schutzwirkung vor viralen Infektionen haben, in Gesetze übersetzt. Die sichtbarsten bezogen sich auf die Maskenpflicht in Räumen, Verkehrsmitteln und zeitweilig auch im Freien sowie auf allgemeine und einrichtungsbezogene Quarantäneregeln sowie restriktive Besuchsregeln und -verbote u. a. in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.

Aber stimmt(e) die zentrale Annahme, dass Masken vor viralen Gefährdungen schützen und müssten nicht Folgen eingerechnet werden, die eine Alltagsmaskierung für die Kommunikation, für soziale Beziehungen, für das psychische Wohlbefinden, für die politische Kultur haben? Oder stellen sich solche Fragen nicht vor dem Hintergrund lebensbedrohlicher viraler Infektionen?

Der Ton war, was das Für und Wider einer Maskenpflicht betrifft, von Anfang an und auf dem Höhepunkt der Pandemie immer alarmistisch und apodiktisch. Selbst drei Meter Abstand, so stellte eine Studie fest, schützen nicht. Selbst bei dieser Distanz dauert es keine fünf Minuten, bis sich eine ungeimpfte Person, die in der Atemluft eines Corona-infizierten Menschen steht, mit fast 100prozentiger Sicherheit ansteckt. Das sei die schlechte Nachricht. Die gute sei: Wenn medizinische oder noch besser FFP2-Masken getragen werden, sinke das Risiko drastisch.

Wie gut, welche Masken bei welcher Trageweise schützen, hatte ein Team des Max-Planck-Instituts für Dynamik und Selbstorganisation in Göttingen in einer Studie untersucht. Dabei bestimmten die Forschenden für zahlreiche Situationen das maximale Infektionsrisiko und berücksichtigten einige Faktoren, die in ähnlichen Untersuchungen bislang nicht einbezogen wurden.

Die Gefahr einer Ansteckung mit dem Coronavirus hat das Göttinger Team überrascht. „Wir hätten“, meinten die Wissenschaftler, „nicht gedacht, dass es bei mehreren Metern Distanz so schnell geht, bis man aus der Atemluft eines Virusträgers die infektiöse Dosis aufnimmt“, meinte Eberhard Bodenschatz, Direktor am Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation (So gut schützen Masken). Sie hätten in ihren Studien auch in drei Metern Entfernung noch ein enormes Ansteckungsrisiko festgestellt, wenn man Infizierte mit einer hohen Viruslast konfrontiert, wie sie bei der vorherrschenden Delta-Variante des Sars-CoV-2-Virus auftritt. Und solche Konfrontationen seien etwa in Schulen, Gaststätten, Clubs oder gar im Freien unvermeidbar.

So hoch das Infektionsrisiko ohne Mund-Nasenschutz auch ist, so die Auffassung, so effektiv schützten medizinische oder FFP2-Masken. Sie

filtern infektiöse Partikel besonders wirkungsvoll aus der Atemluft – vor allem wenn sie an den Rändern möglichst dicht abschließen. Werden Masken ordnungsgemäß getragen, betrage das maximale Ansteckungsrisiko nach 20 Minuten selbst auf kürzeste Distanz kaum mehr als ein Promille. Sitzen ihre Masken schlecht, steigt die Wahrscheinlichkeit für eine Infektion auf etwa vier Prozent (Bagheri). Im täglichen Leben sei die tatsächliche Infektionswahrscheinlichkeit mit Maske 10- bis 100-mal kleiner, meinte Eberhard Bodenschatz (Pro und Contra). Denn die Luft, die an den Rändern aus der Maske strömt, wird verdünnt, sodass man nicht die gesamte ungefilterte Atemluft abbekommt.

In einer in Sacramento durchgeführten Studie stellten die Autoren fest, dass Menschen mit einem positiven Test, seltener eine Maske getragen hatten. Daraus schlossen sie, dass das Tragen der Maske das Infektionsrisiko senkt. Am niedrigsten war das Risiko bei den Personen, die immer eine Maske getragen hatten. Für Personen, die angegeben hatten, die Maske die meiste Zeit getragen zu haben, war das Infektions¬risiko um 45 % gesenkt (Andrejko).

Vergleichbares stellten viele andere Studien fest, die hier nicht referiert werden können. Dabei wurden solche Untersuchungen konsekutiv begleitet von Studien, die die gesundheitliche (soziale und psychische) Unbedenklichkeit beleg(t)en.

Das Tragen einer Gesichtsmaske habe auch bei anstrengender körperlicher Tätigkeit, so stellten Autoren von Studien fest, keine relevante Veränderung physiologischer Parameter zur Folge. Darauf deutete auch eine Studie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung am Tübinger Universitätsklinikum hin, die im Kontext der Coronapandemie durchgeführt wurde. Während der Coronapandemie erlebten zwar viele Menschen das Tragen von Masken als anstrengend und unangenehm. Es habe sich aber gezeigte, dass die Verwendung der Medizinischen Masken zu keinen Veränderungen der körperlichen Arbeitsfähigkeit oder der physiologischen Reaktion führte. Auch beim Tragen der anderen Masken traten keine Veränderungen auf, die über den normalen Bereich hinausgingen (Steinhilber).

Dennoch blieben Zweifel. Die Politik setzte zwar auf die Verpflichtung des Maskenschutzes, vertraute ihm aber nur sehr unbestimmt. Läden blieben trotz der unterstellten Schutzwirkung und Maskenpflicht geschlossen, selbst wenn der Atemraum den Umfang von Baumärkten hatte. Bei Veranstaltungen galt nicht nur die Maskenpflicht, sondern die Pflicht, den Impf- oder Genesenenstatus nachzuweisen, Abstände einzuhalten und die Kontaktdaten zu hinterlassen.

Wie vage die generalisierenden Annahmen über die Schutzwirkung von Masken sind, darauf haben Wissenschaftler und Praktiker verschiedentlich und durchaus frühzeitig hingewiesen.

Peter Walger, Vorstandsmitglied Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V. (DGKH), und die Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene haben 2021 auf verschiedene Ambivalenzen des Masketragens hingewiesen. So sei ein optimaler Schutz von FFP2/3-Masken nur experimentell nachgewiesen worden. Praktisch sei ein adäquater Gebrauch für die Bevölkerung neben der stärkeren Einschränkung der Atmung jedoch nicht gewährleistet, weil Voraussetzungen – wie im Arbeitsschutz verlangt – fehlen. Für die Bevölkerung gäbe es keine passgenauen FFP2-Masken. Der Dichtsitz werde nirgends geprüft. Schulungen zum sicheren Gebrauch werden nicht angeboten. Atmen durch die Leckagen, häufiges Absetzen, fehlende Nasenbedeckung und zu viele Maskenpausen kennzeichnen den FFP2-Gebrauch nicht nur bei Laien. Ein standardisierter Dichtigkeitstest einer Studie mit 50 Mitarbeitenden eines Krankenhauses habe gezeigt, dass nur bei einem Drittel aller FFP2-Masken ein akzeptabler Schutz vor Übertragungen bestand. Ähnliches könnte man über den stationären Pflegebereich sagen, der trotz hygienischer Sicherheitsmaßnahmen von einer deutlichen Übersterblichkeit betroffen war.

Der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene lägen jedenfalls, publiziert während der Pandemie, mehrere Berichte nosokomialer SARS-CoV-2-Ausbrüche trotz FFP2-Gebrauch vor. Nur vereinzelte Untersuchungen wiesen auf einen besseren Schutz durch FFP2/3- Masken im Vergleich zu Mund-Nasen-Schutz (MNS) hin. Und auch Metaanalysen bestätigten einen besseren Schutz bisher nicht.

Damit wurde in abstracto durchaus nicht die Schutzwirkung von Masken bestritten, aber relativiert und in Bezug zu anderen Schutzmaßnahmen gesetzt. Eine generelle Maskenpflicht für Kinder wurde abgelehnt, weil Kinder nicht zu den vulnerablen Gruppen gehören und die Verhinderung einer jeden Infektion als Fremdschutz für Erwachsene, die sich in Eigenverantwortung selbst schützen können, ungeeignet ist (Pro und Contra).

Am Schwersten wiegt zweifelsohne aber der Evaluationsbericht von Sachverständigen zu den Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik. Die Feststellungen des Gutachtens sind durchaus ambivalent. Mit Bezug auf die Schutzwirkung der Masken stellt das Gutachten u. a. folgendes fest: Dass medizinische und FFP 2 Masken unter Laborbedingungen eine Wirkung haben, kann als gesichert gelten. Einfache Stoff- und nicht ordnungsgemäß getragene Masken haben eine vielfach geringere oder in Teilen gegenteilige Wirkung. Starke Behaarung im Gesichtsbereich wirkt sich auf die Schutzwirkung deutlich aus. Inwiefern Appelle zum korrekten Masketragen Wirkung erzielen, ist unsicher. Auch Studien, inwiefern Masken (etwa in Zügen) tatsächlich (korrekt) getragen werden, gibt es offensichtlich nicht. Der Zusammenhang zwischen Infektionen an Schulen und dem Masketragen von Schülerinnen und Schülern an Schulen ist nicht sicher und unklar. Auch die physischen und psychischen Folgen des Masketragens sind nicht geklärt. Negative Folgen sind nicht auszuschließen. Unmittelbar negative Effekte können Kopfschmerzen, Konzentrations- und Lernschwierigkeiten sein (Evaluationsbericht, S. 89).

Das Masketragen wird zwar als vergleichsweise kostengünstiges Instrument der Pandemiebekämpfung bewertet. Allerdings kontextualisieren die Gutachter dieses nicht zu psychischen, Umwelt- und anderweitigen Folgen, sondern mit Bezug auf andere Schutzmaßnahmen.

Als vergleichsweise sicher kann gelten, dass Masken unter Hochprävalenzbedingungen eine hohe Wirksamkeit entfalten, wohingegen sie bei Niedrigprävalenzbedingungen nur noch minimale oder negative Effekte entfalten. Der Maskenschutz entfaltet vor allem in Innenräumen Wirkung. Im Außenbereich lassen sich kaum Effekte auf das Infektionsgeschehen nachweisen, weshalb dort eine Maskenpflicht wenig Sinne mache (S. 90). Auch im Einzelhandel und vergleichbaren Orten lasse sich keine signifikanten Infektionen nachweisen.

Eine generelle Empfehlung zum Tragen von FFP2-Masken, das ist das Fazit des Gutachtens, sei aus den bisher erhobenen Daten nicht ableitbar (S. 91).

Hendrik Streck hat es später noch pointierter formuliert: Während sich ein individueller Schutz durch Masken nachweisen lasse, der das individuelle Risiko einer Infektion ganz eindeutig senkt, gibt es keine eindeutigen Belege für die Schutzwirkungen von Masken auf der Bevölkerungsebene[1]. D. h., es gibt keine guten Belege dafür, ob eine Maskenpflicht Einfluss auf das Infektionsgeschehen hat. D. h., so eindeutig erschien und erscheint die Antwort auf die Frage nach der Schutzwirkung von Masken auf der Bevölkerungsebene nicht, auch wenn, als die Pandemie schon längst endemisch geworden war, der Virologe Christian Drosten, apodiktisch, und eben ohne die Komplexitäten im Blick zu haben, in einem Spiegelinterview meinte: «Genauso ist es mit der Diskussion um die Frage, ob die Maskenpflicht notwendig gewesen sei. Natürlich war die notwendig.» (Spiegelgespräch, S.45)

Als die letzten Verbote, was die Maskenpflicht betrifft, Anfang 2023 fielen, ausgenommen den Gesundheits- und Pflegebereich, publizierten Wissenschaftler eine Metaanalyse, die diese Zweifel bestätig(t)en.

1 https://www.welt.de/politik/deutschland/video243560131/Lehren-aus-der-Pandemie-Es-gibt-keine-Belege-fuer-Einfluss-der-Maskenpflicht-auf-Infektionsgeschehen.html?dicbo=v2-v55e3g6&cid=kooperation.article.outbrain.mobil.CRMB_1.welt

Die Fragestellung dieser Metaanalyse lautete: Stoppen oder verlangsamen körperliche Maßnahmen wie Händewaschen oder das Tragen von Masken die Ausbreitung von Atemwegsviren tatsächlich? Bezogen auf die Schutzwirkung von Masken: Stoppen oder verlangsamen physikalische Maßnahmen wie das Tragen einer Maske in praxi die Ausbreitung von Atemwegsviren.

Die Kernaussage der Studie, die auf einer Analyse verschiedenster anderer Studien beruht, lautet: Während Händehygieneprogramme dazu beitragen können, die Ausbreitung von Atemwegsviren zu verlangsamen, sind sich die Wissenschaftler darüber unsicher, ob das Tragen von Masken oder N95/P2-Atemschutzmasken tatsächlich dazu beiträgt, die Ausbreitung von Atemwegsviren zu verlangsamen. „Wearing masks in the community probably makes little or no difference to the outcome of influenza- like illness (ILI)/COVID- 19 like illness“ („Das Tragen von Masken in der Gemeinde macht wahrscheinlich wenig oder keinen Unterschied zum Ausgang einer grippeähnlichen Erkrankung (ILI)/COVID-19-ähnlichen Erkrankung“). Auch auf die im Labor bestätigten Infektionen mit Influenzaviren oder dem Coronavirus SARS-CoV-2, so das Fachblatt, hatte das Tragen demnach keinen Effekt. Zudem habe es „kaum eindeutige Unterschiede beim Vergleich von medizinischen/chirurgischen Masken und Atemschutzmasken nach dem N95/FFP2-Standard“ gegeben.

Als Problem erscheint nicht oder weniger, ob Masken in abstracto das Eindringen von Viren verhindern – es scheint unstrittig zu sein, dass Stoffbarrieren unter experimentellen Bedingungen das Eindringen von Viren verhindern oder behindern -, sondern ob die weitgehend unkontrollierte und nicht kontrollierbare Praxis des Masketragens tatsächlich eine Schutzwirkung hat. Die geringe Haftung beim Tragen von Masken, insbesondere bei Kindern, die Qualität der verwendeten Masken, die Selbstkontamination der Maske durch die Hände, der mangelnde Schutz vor Augenexposition durch Tröpfchen der Atemwege, die Sättigung der Masken mit Speichel bei längerem Gebrauch und mögliches Risikokompensationsverhalten, das zu einem übertriebenen Sicherheitsgefühl führt, sind Faktoren, die in ihrer Komplexität in vielen Studien nicht adäquat berücksichtigt wurden, so dass die Studienlage über die Schutzwirkung von Masken in der Praxis des Zusammenlebens von Menschen diffus bleibt.

Jedenfalls bestehe ein klar definierter Bedarf, pragmatische Studien durchzuführen, um die Wirkung von Schutzmaßnahmen in der Gemeinschaft und im Gesundheitswesen mit mehreren Atemwegsviren und in verschiedenen soziokulturellen Umgebungen tatsächlich sicher bewerten zu können.

Wie komplex die Sicht auf das Tragen von Masken auf der Bevölkerungsebene ist, darauf verweisen Studien zur Umweltbelastung durch Masken. Während der Coronapandemie wurden weltweit wöchentlich Dutzende Milliarden Masken getragen und entsorgt. Jeden Monat verbrauchten Menschen nach groben Schätzungen weltweit rund 129 Milliarden Masken. Als Problem erweist sich dabei, dass die riesige und wachsende Menge weggeworfener Einwegmasken zu einem globalen Umweltproblem wird. Das Plastik in den Masken ist nicht kompostierbar und setzt(e) gefährliche Nanopartikel frei, die Gewässer und auch das Trinkwasser belasteten und belasten können. Wissenschaftler warn(t)en vor dieser rapide ansteigenden Müll-Flut und ihren verheerenden Auswirkungen. In den elastischen Schlaufen können sich Schildkröten, Vögel und andere Tiere verfangen. Fische können die Plastikbänder fressen, die sich von Masken lösen. Und schließlich bedroht der Zerfall entsorgter Masken in mikroskopisch kleine Plastikteile Tiere und Menschen[2].

Der mögliche individuelle Schutz wurde und wird erkauft durch eine globale Gefährdung: Das ist das Paradigma politischen Handelns in den letzten Jahrzehnten, das zur Disposition gestellt werden muss.

Bedenklich erscheint bei allem, dass sich Politik wie in einem Blindflug durch die Herausforderungen der Pandemie bewegte und Maßnahmen mit Studien begründet wurden, deren Evidenzbasierung zweifelhaft war. Für den Pflegebereich konstatierte ein aktuelles Gutachten, dass die wissenschaftliche Beweislage darüber, welche Maßnahmen wirksam sind oder welche weiteren Folgen Pandemiekontrollmaßnahmen, z. B. Isolation, für die Betroffenen haben, sehr limitiert ist. Ein Cochrane Rapid Review zur Bewertung der Auswirkungen von nicht pharmakologischen Maßnahmen in Langzeitpflegeeinrichtungen lege die Schwäche der verfügbaren Evidenz offen (Resilienz im Gesundheitswesen, S. 301). Eine adäquate und mit verschiedenen Akteuren kommunizierte Folgeabwägung wurde zu kaum einen Zeitpunkt transparent.

Deshalb sollten, auch darauf verweisen die Autoren der Studie, alle Maskeninterventionsstudien sich darauf konzentrieren, nicht nur den Nutzen, sondern auch die Adhärenz, den Schaden und die Risikokompensation zu messen, wenn letztere zu einer geringeren Schutzwirkung führen können[3].

Diese oben angedeutete Diskussion um die Maskenpflicht bildete den Hintergrund des Projekts „Gesicht zeigen“, das der Landesseniorenrat mit der Marie-Seebach-Stiftung im Jahr 2022 realisierte. Dieser Titel ist durchaus ambivalent interpretierbar. Während er im Sinne eines Mottos für zivilgesellschaftliche Courage stand, wurde er während der Coronapandemie auch in der Querdenkerbewegung gegen die Coronapolitik verwendet.

Anliegen des Projekts „Gesicht zeigen“ war nicht, den Diskurs über das Masketragen kritisch zu reflektieren oder die Studienlage nachzuvollziehen. Es ging auch nicht vordergründig um eine Kritik an der Verpflichtung des Masketragens, sondern um das Sichtbarmachen verschiedener Perspektiven auf das Thema Maske und Maskierung. Masken waren keine Erfindung von Virologen oder der Politik, sie waren - darauf werden Texte von Jürgen Oelkers und Ronald Lutz hinweisen -, ganz abgesehen von ihrer Bühnenpräsenz, durchaus auch Teil alltagsritueller Handlungen. Insofern waren und sind sie, ungeachtet des oben beschriebenen Bruchs, Teil abendländischer Kultur.

Viele Menschen empfanden eine Schutzwirkung von Masken und haben sie vor Erkrankungen geschützt. Der Fokus des Projekts lag allerdings auf Menschen im Pflegebereich, auf Bewohnerinnen und Bewohnern und Pflegefachkräften. Sie waren außerordentlich stark von den Einschränkungsmaßnahmen während der Coronapandemie betroffen. Sie wurden nach ihren Eindrücken befragt. Dabei zeigte sich, dass gerade Ältere die Maske nicht nur als Last oder Behinderung für freies Atmen empfanden, sondern in ihren Alltag integrierten. Sie empfanden sie, gebrochen natürlich auch durch die Suggestionskraft von Medien, Politik und Verwaltung, in ihrer Wahrnehmung als Schutz. Mit Bezug auf Pflegekräfte wurden Masken einerseits als Schutz, andererseits mit enormen Arbeitsbelastungen assoziiert, die das Atmen und die Alltagskommunikation erschwerten und behinderten.

Wir haben außerdem versucht, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Pflegekräfte ins „Bild zu setzen“. Die Bilder zeigen ältere Menschen und Pflegekräfte mit ihren Gesichtern maskiert und unmaskiert. Bernd Lindig verweist mit seinen Bildern auf die Differenzen. Die Bilder zeigen, dass mimische

2 https://www.businessinsider.de/wissenschaft/corona-masken-plastik-einweg-globales-umweltproblem/

3 https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006207.pub6/full

Reaktionen auch hinter Masken spür- und erlebbar sind. Dennoch verdeutlichen sie, was in der Kommunikation und am Antlitz des Menschen verloren geht. Während Menschen mit anderen sprechen, verbinden sie die über die Stimme und das Sprechen artikulierten Informationen mit dem Gesicht, um die Identität des Gesprächspartners zu erkennen und seine Sprachnachricht zu verstehen. Ohne diesen Abgleich auf Kongruenz zwischen Stimme und Gesicht bleibt Information vage. Selbst wenn eine Person nur spricht, das belegen Untersuchungen, aktiviert das Gehirn ein Gesicht, um die Stimmerkennung zu verbessern. Das ist möglich, weil Gesichts- und Stimmerkennungsareale direkt miteinander verknüpft sind (Blank u. a.).

Solche Aspekte sind den Bildern von Bernd Lindig inhärent. Insofern verweisen sie auf die Ambivalenz des Masketragens im Pflegebereich. Sie schützten zumindest in Teilen Bewohnerinnen und Bewohner vor viralen Infektionen. Die Maskenpflicht schränkte andererseits ihre Selbstbestimmungsrechte ein und bedeutete einen Verlust an Kommunikation und Lebensqualität.

Literatur

Andrejko, Kristin L.; Pry, Jake M.; Myers, Jennifer F.; Fukui Nozomi; DeGuzman, Jennifer L.; Openshaw, John; Watt, James P.; Lewnard, Joseph A.; Jain, Seema; Effectiveness of Face Mask or Respirator Use in Indoor Public Settings for Prevention of SARS-CoV-2 Infection (2021); siehe auch www.aerzteblatt.de/nachrichten/131595/Gesichtsmasken-Studie-bestaetigt-deutliche-Schutzwirkung-in-Innenraeumen

Bagheri, Gholamhossein; Thiede, Birte; Hejazi, Bardia; Bodenschatz; Eberhard (2021); An upper bound on one-to-one exposure to infectious human respiratory particles, www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.2110117118; siehe auch: So gut schützen Masken. Eine detaillierte Studie weist das maximale Risiko einer Coronainfektion für verschiedene Szenarien mit und ohne Masken aus (2021) https://www.ds.mpg.de/3822295/211202_upperbound_infections

Barth, Karl (1985); Einführung in die evangelische Theologie, Theologischer Verlag Zürich

Blank, Helen; von Kriegstein, Katharina (2012); Wie unser Gehirn Gesicht und Stimme verknüpft; www.mpg.de/6761607/MPI_CBS_JB_20131.pdf

Evaluationsbericht der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik. Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 Abs. 9 IFSG (2022); www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/sachverstaendigenausschuss-infektionsschutzgesetz.html

Jefferson, Tom; Dooley, Liz; Ferroni, Eliana; Al-Ansary, Lubna A; Driel, Mieke, L van; Bawazeer, Ghada A; Jones, Mark A; Hoffmann, Tammy C; Clark, Justin; Beller, Elaine M; Glasziou, Paul P; Conly, John M (2023); Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses; www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006207.pub6/full

Pro und Contra: Das Tragen einer FFP2-Maske ist nur sinnvoll für den professionellen Bereich (2022); www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=132414&s=Masken&s=Schutzwirkung

Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2023), www.svr-gesundheit.de/publikationen/gutachten-2023/

Spiegelgespräch mit Minister Karl Lauterbach und dem Virologen Christian Drosten über den Sinn von Schulschließungen, in: Der Spiegel Nr. 7/11.02.2023, S.42-45

Steinhilber, Benjamin; Seibt, Robert; Gabriel, Julia; Brountsou, Joulia; Muljono, Markus; Downar, Tomasz, Bär; Mona; Bonsch, Rosina; Brandt, Adrian; Martus, Peter; Riege; Monika A (2022); Effects of Face Masks on Physical Performance and Physiological Response during a Submaximal Bicycle Ergometer Test; pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35162087/; DOI: 10.3390/ijerph19031063; siehe auch www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=131675&s=Masken&s=Schutzwirkung

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) und der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP) zur Verpflichtung zum Tragen von FFP2-Masken im öffentlichen Personennahverkehr und im Einzelhandel (Januar 2021); www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2021_01_15_Stellungnahme-FFP2%281%29.pdf

Stellungnahme der DGKH Der aktuell notwendige Strategiewechsel hin zum Schutz der Vulnerablen erfordert Anpassungen in der stationären Versorgung von SARS-CoV-2- Patienten; www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2022_03_14_Dezentrale-Versorgung.pdf

MASKEN UND IDENTITÄT

Jürgen Oelkers

In der Antike bezeichnete das Wort «persona» oder «prosopon», griechisch πρόσωπον, die Masken, die die Schauspieler auf der Bühne trugen. Die verschiedenen Masken bezogen sich auf die verschiedenen Charaktere, die von den Schauspielern dargestellt werden sollten. Für Homer war «πρόσωπον» das Antlitz eines Menschen, soweit ein anderer darauf schaut oder was dem ins Auge fällt (Coenen/Haacker 2010, S. 47).

«Persona» war nicht verknüpft mit Psyche, also der Seele, die als innere Bewegung angenommen und seit Platon mit Ideen verbunden wird. Hinter den Masken konnten sich also nicht die Seelen verbergen, als könnte man das Innere für sich behalten, wie moderne Lehren annehmen. Die Masken dienten der Darstellung, aber gebunden an die Handlung eines Stückes.

Die antiken Götter können ein Gesicht haben, wenn sie sich den Menschen zeigen, aber nur Götter können sich verwandeln und damit ihr reales Gesicht wechseln. Deswegen können sie irritieren, ohne Masken zu tragen. In der griechischen Tragödie sind gerade die Masken die Bedingung für die Darstellung (Wiles 2007). Das gilt nicht für die Zuschauer. Das Publikum ist unabhängig von der Bühne, aber beurteilt das Geschehen, ähnlich wie den Redner, nur dass der keine Masken trug.

Auf der antiken Bühne hat «persona» zwei Verwendungen, als Maske für den Darsteller, die dieser wechseln darf und wegen der Handlung auch muss, und als Maske für den Dargestellten, die so lange nicht gewechselt werden darf, wie die Handlung es vorschreibt (Rheinfelder 1928, S. 17).

Feste Masken sind bis heute in allen ritualisierten Volksfesten üblich und dienen sowohl der Unterhaltung als auch der kalkulierten Furcht, von der jeder weiss, dass sie keinen Anlass hat. Höfische Maskenbälle waren ein frivoles Spiel von Verbergen und Entdecken, ohne dass jemand daran Anstoss nehmen konnte. Aber diese Anlässe waren begrenzt und genau unterscheidbar.

Die moderne «Person» dagegen wird frei von Masken gedacht, als offen zugängliches und klar unterschiedenes Individuum, das sich im Verkehr mit anderen nicht verstellt und genau so auch wahrgenommen wird. Man kann sich selbst nicht auf beliebige Weise darstellen, sondern will und muss auf verlässliche Weise wiedererkennbar sein.

Dabei handelt es sich um ein Ideal der Erwartung, die nicht enttäuscht werden darf und so fortlaufend bestätigt werden muss, damit der zwischenmenschliche Umgang stabil gehalten werden kann. Wir erscheinen als unverkennbares «Selbst», aber das können wir nur durch Darstellung und so durch eine Praxis, die Zweifel ausschliessen soll.

Die Selbstdarstellung ist fragil, weil sie sie abhängt von der Bestätigung und Anerkennung durch Dritte. Die Person muss sich präsentieren und dies mit einem unverkennbaren Stil, der Mimik, Rhetorik, Aussehen und Auftreten umfasst, aber nie als blosses Spiel erscheinen darf. Umgang ist kein Roulette, sondern muss verlässlich sein, was etwa mit dem Blick in die Augen geprüft werden kann.

Griechische Masken

Aber jede Person spielt in unterschiedlichen Welten verschiedene Rollen und kann dabei nie wirklich «echt» sein, sondern nur versuchen, überzeugend zu wirken. Deswegen hat Erving Goffman (1959) die antike Theorie der Masken in den modernen Alltag geholt. Wir sehen nicht einfach Schauspieler auf der Bühne, sondern spielen selbst. «All the world's a stage, //And all the men and women merely players," heisst es bei Shakespeare in As You Like It[1]. Schon Pythagoras hat die Metapher vom Spiel der Masken so gebraucht.

Im kommunikativen Alltag muss Goffman zufolge zwischen Vorder- und Hinterbühne unterschieden werden. Die Präsentation des Selbst nach Aussen ist eine andere als die nach Innen, doch ablegen kann man die Masken des Verhaltens nie, selbst nicht in grösster Erregung oder Entspannung, weil das Selbst nie ohne Gegenüber ist oder sich darauf beziehen muss.

Daher ist fraglich, ob man eine Person «werden» kann, indem man lernt, sich «echt» zu verhalten, also die Masken aus Gewohnheiten oder Illusionen, hinter denen man sich verbirgt, niederzureissen (Rogers 1961). Selbst in Therapiesituationen muss man kontrolliert erscheinen oder aber ruiniert das Setting. Zudem ist jede «echte» Präsentation des Selbst eine Anpassung an die gegebene Situation.

Der oder die andere ist genauso gehalten, sich darzustellen und daher ist die Abstimmung der Interaktion die entscheidende Grösse des Verhaltens, das nie einen direkten Zugang zu einem Gegenüber haben kann. D. h., glaubwürdig zu erschienen und jeden Verdacht zu vermeiden. Anders kann kein Vertrauen entstehen.

Doch das basiert nicht auf einem direkten Zugang zu einem Anderen. Es ist unmöglich, Kenntnis zu haben von «Individuen» und Mittel zu finden, sie auf eine genaue Weise zu beeinflussen, heisst es bei Leibniz (1961, S. 42/43). Aber jede Person muss sich mit anderen abstimmen und kann so eine soziale Wirklichkeit herstellen.

Die Darstellung des Selbst beeinflusst nicht nur anwesende Dritte, sondern auch die Erwartung seiner und ihrer möglichen Reaktionen bei Abwesenheit, der «generalisierte Andere» im Sinne von George Herbert Mead (2015, S. 154-158). Selbstdarstellungen sind so immer auch Antizipationen des sozial Gewünschten, wobei die Räume des Sozialen unterschiedlich gross sein können.

Doch wenn Selbstdarstellung als interaktives Spiel verstanden wird, dann sind immer auch Distanzierungen möglich, die vom Augenzwinkern über Selbstironie bis zum Rollenwechsel reichen können. «Spiel» meint darüber hinaus taktvollen Umgang und Rücksicht auf die erkennbaren Schwächen Anderer. «Rollendistanz» kann auch dem eigenen Vorteil dienen, etwa wenn man sich ohne Verlust aus einem Spiel zurückzieht und neu beginnt.

Andererseits garantiert die Maske vor dem Verhalten die Identität der Person; sie kann sein, wie sie erscheinen will. Das setzt nicht nur einen gleichen Fluss von Bestätigungen voraus, sondern auch Routinen, die es erlauben, mit Irritationen erfolgreich umgehen zu können. «Identität» ist fluide Übereinstimmung mit sich selbst, keine feste Eigenschaft, die einmal für immer erworben wird.

In westlichen Kulturen erzeugt das Tragen realer Masken dann Irritationen, wenn sie den Fluss der Gewohnheiten durchbrechen und nicht mit Anlässen in Verbindung gebracht werden können, die Masken erwarten lassen. Deswegen waren Corona-Masken gewöhnungsbedürftig, was sie etwa in Japan nicht sind. Aber Corona-Masken waren nicht erschreckend wie Masken bei Überfällen, wo das Gesicht verborgen wird.

Das sorgt auch dann für Reaktionen, wenn klar ist, dass die Überfälle harmlos sind. Wenn das Gesicht nicht erkennbar sein soll, wird die ganze Person als verstellt und unkontrollierbar wahrgenommen. Mit Schleiern in bestimmten Kulturen wird das ganz bewusst angestrebt und durch politischen Zwang zu sichern versucht. Daher sind Schleier, im Unterschied zu Masken, Instrumente der Herrschaft. Männer in solchen Kulturen tragen keine Schleier.

«Identität» ist nicht nur die Balance in der Selbstdarstellung von Personen, sondern auch in der Verständigung von Gemeinschaften. Dort, wo «kollektive» Identitäten angenommen werden, muss für Abgrenzung gesorgt sein, wozu ein besonderer Stil beiträgt, eine bestimmte Sprache und Binnenkultur, damit auch ein Bündel von exklusiven Überzeugungen, die auch dann geteilt werden müssen, wenn «Inklusion» als politisches Programm vertreten wird.

In diesem Zusammenhang lässt sich von «Meinungsmasken» sprechen, also analoge argumentative Standards, die Abweichungen nicht erlauben und die eigenen Reihen geschlossen halten. Sie haben die Funktion von Dogmen und sind entsprechend emotional wie kognitiv aufgeladen, wenn sie geäussert oder angegriffen werden.

Das gilt umso mehr, wenn sie von dem hervorgebracht und begleitet werden, was Helmuth Plessner (1924, S. 13) den «sozialen Radikalismus» nannte. «Seine These ist Rückhaltlosigkeit, seine Perspektive Unendlichkeit, sein Patos Enthusiasmus, sein Temperament Glut» (ebd.). «Der Feind des Radikalismus ist die Natur, weil sie dem Unendlichkeitsstreben Schranken setzt» (ebd., S. 14).

Radikalismus heisst «Vernichtung der gegebenen Wirklichkeit zuliebe der Idee» (ebd., S. 16), woran man kollektiv glauben muss, was aber nur möglich ist, wenn die Meinungsmasken jeden Einbruch der Wirklichkeit abschirmen, zumal dann, wenn sie mit Macht verbunden ist. Die Behauptung der Macht ist für den Radikalismus «in jedem Falle eine Gewissenlosigkeit» (ebd., S. 17), die nicht akzeptiert werden darf.

Wer die Realität der Aussenwelt in Frage stellt, schreibt Arthur Schopenhauer (1977. S. 148) in «Die Welt als Wille und Vorstellung», handelt als «theoretischer Egoist», der alle Erscheinungen ausser sich selbst für «Phantome» hält. Er ist «durch Beweise nimmermehr zu widerlegen» und das gilt auch in praktischer Hinsicht. Doch als «ernstliche Überzeugung» könnte dieser Egoist «allein im Tollhause gefunden werden» und dann bedürfte es «nicht sowohl eines Beweises, als einer Kur» (ebd.).

Als virtuelles Kollektiv ist dieser «Egoist» heute eine elektronische Blase der permanenten Selbstbestätigung, in der ohne Verlust anonym oder pseudonym kommuniziert werden kann. «Personen» im klassischen Verständnis sind nicht mehr erforderlich, nur Egoismen.

Masken, reale wie symbolische, sind kommunikative Medien, die die Person nach Innen abschirmen, aber ohne reagierende Aussenwelten nicht möglich wären. Die Interaktion und die Abstimmung verhindern, was Plessner (1924, S. 51) das «folgenschwerste menschliche Übel» nennt, nämlich «Masslosigkeit». Kollektive Masken ohne korrigierbare Wahrnehmung befördern genau das.

Noch eine letzte Wendung des Problems: In der heutigen Erziehung verstärken sich Tendenzen, die im Namen der Identitätswahrung oder des Schutzes von Gefühlen die Unselbstständigkeit befördern, etwa wenn an Universitäten alle Zumutungen der Bildung beseitigt werden oder vor jeder Gefahr für die eigene Identität vorsorglich gewarnt wird, als sei die Umwelt nur als sicheres Refugium - als «safer space» - lebenswert.

Offene Gesellschaften sind nicht von psychischen Bunkern aus und mit geschlossenen Augen zu bewältigen. Wer «echt» und «unberührt» von der Welt sein will, muss auf Gesellschaft verzichten. Doch auch der moderne Eremit kann nur die Konventionen hinter sich bringen, aber nicht die Masken ablegen. Corona hat gezeigt, dass man sich auch mit Masken in der Gesellschaft auseinandersetzen kann, auch wenn Verständigung nicht immer möglich war.

1 Act II, scene VII, line 139/140. Gemeint waren die Rollen im Lebenszyklus.

Literatur

Coenen, Lothar/Haacker, Klaus (Hrsg.) (2010): Theologisches Begriffslexikon zum Neuen Testament. Ausgabe mit aktualisierten Literaturangaben. Witten: SCM R. Brockhaus,

Goffman, Erving (1959): The Presentation of Self in Everyday Life. New York: Doubleday.

Leibniz, Gottfried Wilhelm (1961): Neue Abhandlungen über den menschlichen Verstand. Nouvaux essais sur l'entendement humain. Zweiter Band. Herausgegeben und übersetzt von Wolf von Engelhardt/Hans Heinz Holz. Zweiter Band. Frankfurt am Main: Insel Verlag.

Mead, George Herbert (2015): Mind, Self and Society. The Definitive Edition. Edited by Charles W. Morris. Annotated Edition by Daniel R. Huebner/ Hans Joas, Cambridge/London: The University of Chicago Press.

Plessner, Helmuth (1924): Grenzen der Gemeinschaft. Eine Kritik des sozialen Radikalismus, Bonn: Verlag von Friedrich Cohen.

Rheinfelder, Hans (1928): Das Wort «Persona»: Geschichte seiner Bedeutung mit besonderer Berücksichtigung des französischen und italienischen Mittelalters. Tübingen: Niemeyer,

Rogers, Carl R. (1961): On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin Company.

Schopenhauer, Arthur (1997): Die Welt als Wille und Vorstellung. Erster Band. Vier Bücher, nebst einem Anhange, der die Kritik der Kantischen Philosophie enthält. Erster Teilband. Zürich: Diogenes Verlag.

Wiles, David (2007): Mask and Performance in Greek Tragedy: From Ancient Festival to Modern Experimentation. Cambridge: Cambridge University Press.

Jürgen Oelkers, Prof. em. ist einer der bekanntesten deutschen Erziehungswissenschaftler. Er studierte Erziehungswissenschaft, Germanistik und Geschichte an der Universität in Hamburg und wurde 1976 promoviert. 1979 wurde er ordentlicher Professor für Allgemeine Pädagogik in Lüneburg, Bern und Zürich, bis er Ende Frühjahrssemester 2012 emeritiert wurde. Jürgen Oelkers Forschungsschwerpunkte bezogen sich auf die historische Bildungsforschung, vor allem des 18. und 19. Jahrhunderts, auf die Reformpädagogik im internationalen Vergleich, auf die analytische Bildungsphilosophie sowie die Bildungspolitik. Er steht der Reformpädagogik eher kritisch gegenüber und entlarvt viele ihrer Mythen, ohne andererseits ihre Leistungen zu leugnen.

FRATZEN UND MASKEN. EIN GESPRÄCH

Ronald Lutz

Vorspiel in einem Cafe

Er: Ich wünsche mir die Zeit zurück, in der alle Masken tragen mussten.

Sie: Warum das denn? So kannst du doch wieder Gesichter sehen, somit auch Emotionen, Ausdrücke und Reaktionen!

Er: Genau das will ich nicht. Auch das sind nur Masken, geschminkte Visagen. Die Maske, die zum Schutz vor einer Infektion getragen werden musste, verbarg doch zusätzlich Enttäuschungen und Grausamkeiten, die sich in Gesichtern spiegeln oder eben auch nicht, da sie sich hinter Grimassen verbergen.

Sie: Das ist nicht sehr freundlich und auch nicht verständnisvoll den Menschen gegenüber.

Er: Nein, ich weiß natürlich, dass viele vom Leben gezeichnet sind, doch muss ich das immer auch sehen? Die Maske schaffte zumindest Illusionen und verhinderte eine ständige Enttäuschung – und ganz ehrlich manchmal auch Ekel. Sie verbarg so vieles.

Sie: Das ist boshaft und misogyn, aber so kenne ich dich ja.

Er: Nimm es einfach zur Kenntnis: Mich nerven gerade die echten Gesichter, wobei echt ja relativ ist, die ich nun wieder sehen muss. Manchmal erkenne ich die Menschen gar nicht sofort, weil ich sie nur mit Masken gesehen habe. Und oft denke ich: Was ist denn das für ein Typ?

Sie: Das ist ein schreckliches Ergebnis davon, dass wir Masken trugen. Wir sind Gesichtern entwöhnt. Es hat deshalb was Gutes, den Gesichtsausdruck wieder vollständig wahrnehmen zu können, mit all seinen Emotionen und natürlich auch seinen Grimassen.

Er: Nein, das ist nicht ehrlich und nicht authentisch, denn: Durch das Tragen der Corona-Masken wurde mir klar, was ich vorher, und jetzt wieder täglich ertragen muss.

Sie: Was denn?

Er: Aus vielen, angeblich unmaskierten Gesichtern, springt einem doch das Elend entgegen, aber auch die inszenierten und geschminkten Bilder des Gegenüber, das vorgibt, etwas anderes zu sein, als es ist.

Sie: Was meinst du damit?

Er: Nun, auch ohne Masken waren viele Menschen einfach nur Masken, sicherlich anders als es mit einer Gesichtsmaske ist; sie waren oft nicht sie selbst, wussten vielleicht auch gar nicht, wer sie denn nun sind. Sie kopierten andere. Und mitunter verwandelten sich die maskierten Gesichter, die diese ohnehin nur mit Widerwillen trugen, zu Fratzen, besonders dann, wenn das Maskentragen und oft auch der Grund, die Infektionsgefahr, verteufelt wurden.

Sie: Erklär mir?

Er: Wir haben doch von Beginn an erlebt, wie radikale Coronaleugner und Gegner von Schutzmaßnahmen sich durchaus selbstsüchtig oder ideologisch aufgeladen sich auch als Maskengegner profilierten. In manchen, vor allem auch eher extremistischen oder fundamentalistischen Szenen, war das doch schick.

Sie: Verstehe ich noch immer nicht.

Er: Das waren und sind auch Maskenträger, inszenierte, nur auf Grund ihrer ideologischen Radikalisierung bezeichne ich sie als Fratzenträger, die Angst machen.

Sie: Du meinst also, es gab nie Menschen, die maskenlos waren! Okay. Das hieße, in unseren Leben tragen wir nahezu immer Masken, auch wenn wir keine Stoffmasken vorgespannt hatten, wie in den letzten Monaten.

Er: Ja. Der Mensch in unserer Zeit ist eine Maske. Doch die Maske, die wir zum Schutz tragen mussten, verbarg diese Masken. Das war mitunter entspannend. Und jetzt sehe ich sie wieder, diese anscheinend echten, aber eigentlich völlig vermummten Gesichter

Sie: Klar, unsere Geschichte ist wohl voller Masken. Wir haben viele Momente und Erzählungen davon.

Er: Lass uns doch die Gelegenheit nutzen, wir sitzen hier und haben Zeit, einmal über Masken als Teil des Menschlichen, denn das sind sie, zu philosophieren.

Sie: Nun denn!

Thematisierungen

Die Masken, die mit Corona eingeführt wurden, sollen uns alle schützen. Unabhängig davon sind sie ein kultureller Marker, ein Narrativ, ein Muster in unserem so vielfältigen und widersprüchlichen Leben, das in diversen Formen immer wieder präsent war und ist. Maske tragen bzw. Maske machen, sich verbergen, sich aufwerten, sich zu einem anderen machen, sich anders darstellen, das ist zutiefst menschlich. Von daher verstehe ich die ständige Aufregung und mitunter auch boshafte Kritik an den Schutzmasken nicht so wirklich. Sie sind nur eine weitere Ausprägung dieser langen Tradition der Masken.

Es sei denn, es geht der Kritik daran gar nicht um die Maske, sondern um Ideologie und Fundamentalismen, um Fratzen eben, die etwas ganz anderes anprangern, nämlich die Komplexität und Diversität unserer Welt, das aber gut verbergen, aber nicht mit einer Maske, sondern mit einer ideologischen Fratze. Das unterscheidet die Maske als Mittel des Lebens von Masken, die Fratzen sind, da es ihren „Trägern“ und Apologeten nicht um die Vielfalt des Lebens geht, um seine Widersprüchlichkeit und Offenheit, sondern um eine einzige Vorstellung des Lebens, die nur richtig oder falsch kennt, eben Fundamentalismus predigt oder eine sich mir nicht öffnende Vorstellung von Freiheit.

Jedenfalls finde ich auf der Seite der Kritik, neben all denen, die Gewichtiges sowie Bedenkenswertes in die Waagschale werfen, so aus der Ecke der Diskurse um Biomacht und so, vor allem Positionen, die ich als absurd und gefährlich empfinde. Das reicht, um es mit kurzen und in der Diskussion bekannten Begriffen zu umreißen, von Coronaleugnern über Impfgegnern und Verschwörungstheoretiker bis zu rechtsextremen Ideologen, die nicht Masken oder Corona in Frage stellen, sondern entweder ihre eigenen Ideologien hervorheben oder gleich das bestehende gesellschaftliche System als Ganzes im Blick haben und Corona- und Maskenkritik als Instrument nutzen. Wir finden aber auch Narzissten, die sich hinter einem fragwürdigen Mäntelchen von Autonomie und Freiheit verbergen. Hier wird Freiheit, die immer sozial eingebunden sein muss und den Anderen Raum gibt, mit einem Narzissmus verwechselt, der nur sich selbst huldigt.

Masken gehören nun aber, für mich, zum menschlichen Leben, schon immer. Sie sind nicht wegzudenken, sie besaßen immer unterschiedliche Bedeutungen, vom sich Verstellen oder Verbergen bis hin zu Einschüchterungen, von der befristeten Aufhebung sozialer Ränge bis hin zur Ausübung von Macht und Gewalt, indem sich die Akteure im Verborgenen halten konnten (wie der Henker zum Beispiel). Sie gehörten zum Spiel und waren immer auch voller Ernst, sie waren emotional und intentional. Sie waren und sind Aspekte der Interaktionen, der Beziehungen und der Verhältnisse. Das belegt nicht nur die unüberblickbare Fülle ethnologischer Erzählungen, sondern auch viele Poesien wie Romane, Gedichte, Schauspiele und Opern sowie Alltagserzählungen und -ereignisse demonstrieren dies.

Insofern verstehe ich, um das noch einmal zu betonen, diese ganze Aufregung nicht, die sich um die Masken in der Corona-Pandemie rankten und noch immer ranken. Dabei gab es doch sehr individuelle und auch ästhetische Produkte. Mit der Maske, diesem uralten Instrument des Menschlichen, geschah in dieser Zeit der Krise etwas Ungeheuerliches. Gedacht als Schutz, mit dem Menschen sich vor dem Virus verstecken konnte und dennoch Individualität bewahrte, wurde sie zum Symbol von Kul-

turkämpfen, in denen es aber oft um ganz anderes ging als um die Verteidigung persönlicher Freiheiten, wie es gern betont wurde. Die Kritik der Maske wurde selbst zur Maske, hinter der ihre Kritiker ihre eigentlichen Absichten verbargen, die sich oftmals gegen die Vielfalt des Lebens oder gegen die etablierten Institutionen richteten. Auch die Hinweise auf die Biomacht, die sich an Foucault und anderen orientieren, müssten in dieser Richtung hinterfragt werden. Hinter der Maske der Kritik konnten viele ihre eigentlichen Intentionen gut verbergen. Das meine ich mit Fratzen der Ideologie.

Diese Kämpfe waren und sind durchaus strategisch gut platziert, zum einen Ausdruck einer Politik, die sich angeblich dem Schutz der Freiheit von Menschen verschrieb, aber eher eine andere Gesellschaft wollte; zum anderen wurden sie aber auch zum Symbol einer repressiven Unterdrückung staatlicher Institutionen, die in Schutzmaßnahmen wie der Maske ihren Ausdruck fanden, wie es manche mit Verve und Wut darstellten und mitunter sowohl dumm als auch klug formulierten. Eigentlich ging es dabei nicht, und ich wiederhole dies mit Absicht, um es klarzustellen, um die Maske an sich, sondern um den Kampf der Deutungshoheit bezüglich der sogenannt entweder Freiheit einschränkenden Politik des Autoritären oder der „biopolitischen Maßnahmen“ zur Kontrolle des Körpers in der Spätmodere.

Damit einher ging immer auch eine seltsame Mischung von Freiheitsvorstellungen, in denen sich Eigensinn und persönlicher Narzissmus versteckten, und den Ideen eines monadischen Lebens jenseits von menschlicher Verantwortung in Beziehungen. Dies wurde mitunter von einigen ganz Kühnen mit der Kritik an dieser von Menschen gemachten Krise verknüpft, das Schlagwort des Anthropozäns und den dadurch ausgelösten Metamorphosen habe ich sogar selbst vielfach benutzt.

Das Schlimmste aber war für mich, dass die geäußerten Kritiken an der Maske durchaus nachvollziehbar schienen, dies sich aber oft mit den angedeuteten seltsamen Verwirrungen und Intentionen der Verschwörungstheorien und der extremistischen Fundamentalisten vermischte, die eigentlich die Situation nutzten, um gegen alles zu stänkern, was ihrem abstrusen Weltbild nicht entsprach, und damit sich gegen alles richtete, was wir im Laufe unserer Kulturgeschichte entwickelten. Dieses Sammelsurium von mitunter schrillen Wortmeldungen war und ist für mich weitaus schlimmer als das Tragen einer Maske, das anstrengend ist und auch nerven kann. Diese schrillen Wortmeldungen, die sich auch der Masken im umfänglichen Sinne bedienten, sind das Merkmal von Fratzen, die unsere Welt nach ihren Vorstellungen umbauen oder gar versklaven wollen.

Um das zu begreifen, muss ich, wir haben ja Zeit und ich sehe, dass dir der Tee mundet, einen kurzen Einblick in das geben, was ich die Alltäglichkeit der Maske nenne. Ich hole also ein wenig aus, vergrabe mich ein wenig in die „Geschichte der Maske“ und buddele das eine oder andere aus, ohne jeden Anspruch auf Vollständigkeit (das wäre an dieser Stelle undenkbar) um somit dem aktuellen Irrsinn ein Gesicht hinter seiner Maske zu geben. Wie behauptet: Dieses widersprüchliche Lamentieren ist auch nur eine Maske, eine allerdings viel Gefährlichere als die stoffliche, die wir tragen mussten (und auch weiterhin tragen).

Das ethnologische Narrativ

Wer sich in der Ethnologie umschaut und bereit ist, über den berühmten Tellerrand zu schauen, der lernt, dass Masken einstmals und auch heute noch (mensch gehe einmal in ein Museum und schaue sich die Schönheit und Diversität der allerdings geraubten Masken an) nicht nur zu den begehrtesten Sammelobjekten gehörten. Er oder sie versteht, dass dies gute Gründe hatte. Gezeigt wird nämlich, dass unsere menschliche Geschichte von Anfang an (schon in den künstlerischen Manifestationen der Felsenzeichnungen) das kulturelle Muster der Maske in all seiner Vielfalt, von Bemalungen, Tätowierungen bis zu das Gesicht völlig verdeckenden Masken kennt. Sie gehörten und gehören einfach dazu.

Dies ließe sich mit den Worten von Ethnologen, zu denen ich ja auch gehöre, so ausdrücken: Das verborgene Gesicht und die dadurch verschleierte Identität waren essenzielle Bestandteile des mit allem Lebendigen und Vergangenen (und dennoch stets Präsenten) vernetzten Lebens. Bestimmte Masken durften dabei nicht von allen gesehen werden: Nicht nur das Gesicht verbarg sich mitunter hinter der Maske, auch die Maske selbst blieb manchen Blicken entzogen. In einigen Teilen der Welt wurden besondere Exemplare im Männerhaus aufbewahrt, weil Frauen der Anblick verwehrt war.

Insgesamt gehörten sie in den Kontext eines ganzheitlichen Lebens. Sie zeigten sich in Magie, Ritus, Religion und Heilungen. Kostüme, Musik, Tanz, Kampf und Spiel begleiteten diese Inszenierungen. Ohne das Zusammenspiel dieser Elemente, durch die sich die Akteure mit der anderen Welt - den Ahnen, den Pflanzen, den Tieren, den Flüssen, den Bergen – identifizierten, hätten die Masken keine Bedeutung gehabt. Sie bestätigten das Leben in Ritualen und Festen, gaben dem Alltag neue Bedeutung, lieferten die Gewissheit, auch weiterhin leben zu können. Dies versicherte den Menschen das Wissen, Teil einer Gesamtheit zu sein, in der die Gemeinschaft immer auch Schutz bot. Dabei wurde sie vor allem in Zuspitzungen des alltäglichen Lebens benutzt, bei Ritualen, bei religiösen Festen, bei Tänzen (bspw. um den Regen zu locken), bei Zeremonien des Dankes (nach erfolgreiche-Jagd), bei der Anrufung von Geistern zum Schutz der Gemeinschaft oder auch bei Zeremonien zur Heilung.

Insgesamt bestätigten Masken in ihrer eingebundenen Form die dauerhafte Identität der Gemeinschaft. Ich frage mich, was anderes will die Stoffmaske heute, die so viel Widerspruch erregt? Auch sie ist ein Artefakt, um Schutz, Heilung und Gemeinschaft zu betonen. Allerdings wird, so mein Eindruck, von den Fratzen ihre religiöse (spirituelle) Beimischung oftmals umgedreht in vehemente Kritik, die sich aber unbemerkt auch des religiösen Anteils der Maske als kulturellem Muster bedient.

Mit dem Lesen von Claude Lévi-Strauss und anderen Ethnologen lässt sich jedenfalls verstehen, wie Masken zu betrachten sind: nicht als isolierte Gegenstände, sondern eingebettet in Transformationsbeziehungen hinsichtlich ihres Gründungsmythos, ihrer Funktion und ihrer materiellen Beschaffenheit. Sie waren immer eingebunden in die Beziehungen der Menschen zu sich, zu ihren Mitgeschöpfen und der belebten und unbelebten Welt sowie zu den Ahnen und Geistwesen. Diese gehörten untrennbar zusammen, alle lebten gemeinsam, verbunden in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.

Doch diese Ganzheit des Lebens repräsentierende Funktion der Maske haben wir in der „Welt der Trennungen“ verloren, die von einem mechanistischen Bild unseres Verhältnisses zu unserer Welt geprägt ist. Im sogenannten „Anthropozän“ hat der Mensch, also wir, sich zum Beherrscher alles Seins, auch unseres eigenen, aufgeschwungen und die Natur zum Objekt unserer Ausbeutung zugunsten unserer imperialen Lebensweise und des damit verbundenen Hyperkonsums und Hyperindividualismus gemacht. Wir sind dabei die Zusammenhänge des Lebens nachhaltig zu zerstören, wie es der Klimawandel, die Pandemie, aber auch die Kriege zeigen. Gerade die Pandemie hat die Renaissance der Maske hervorgerufen.

Ich behaupte, dass wir uns genau deshalb auch vor der Maske und dem Kontext, in dem sie aufscheint, fürchten, da sie uns damit konfrontiert, was wir angeblich „Modernen“ nachhaltig zerstört haben. Maske stünde dann nämlich für ein Symbol eines Lebens, das wir nachhaltig verloren haben. Sie wäre dann nicht mehr essenzieller Aspekt einer Identitätsbestätigung, sondern zeigte, was wir zerstört haben. Sie könnte allerdings Anlass sein, darüber nachzudenken.

Holzmaske aus dem Schamanismus

Doch für Fratzen ist sie lediglich ein Momentum, ihre die Welt weiter zerstörenden Ideologien zu verbreiten, denn gerade sie haben Angst davor, sich dem zu stellen, was wir uns und der Welt angetan haben. Auch wenn sie sich mitunter sowohl auf konservative als auch auf liberale Werte beziehen, also auf Wege zurück (Sicherheit und Bewahrung) oder Wege nach vorne (Aufbruch und Entwicklung), ist es gerade für sie eine schmerzhafte und gefährdende Idee, dass sich der Mensch nicht im Zentrum der Welt befindet, die er versuchte, nach seinen Vorstellungen zu gestalten, sondern lediglich Teil eines großen Puzzle zu sein, das eine eingeschränkte Funktion hat. Weder Bewahrung noch Entwicklung haben in der Vielfalt und Komplexität eines planetaren Lebens ihren Platz. Es mag sein, dass die Maske, als Relikt einer verlorenen oder verdrängten Lebenslust und eines großen Netzwerkes von Allem, daran erinnert und deshalb verteufelt werden muss.

Das Schöne und Gute ist nun, dass Geschichte, Gegenwart und Zukunft ein See und keine lineare Abfolge sind. So finden wir Ausprägungen dafür, dass die Masken, bis heute, in unserem Alltag präsent sind; vielfach werden sie nicht als solche erkannt, da einige von ihnen in Sonderzonen ausgelagert sind, aus denen heraus sie uns nichts anhaben können, aber dennoch unser Leben prägen. Der Verlust der Maske hat grundlegende Folgen, die ich gerne skizzieren möchte…

Zwischenspiel im Cafe

Sie: Nicht so schnell. Verstehe, dass dein Wissen und deine Gedanken durchdrehen. Doch was hilft uns dieser lange Exkurs?

Er: Er sollte zeigen, dass Masken ein essenzielles Gut menschlicher Kulturen sind. Dabei ging es nie um ein sich Verstecken, vielleicht um das vorübergehende Annehmen einer anderen Identität. Immer aber bestätigten sie Gemeinschaft und hatten klare Funktionen.

Sie: Mag alles sein. Klingt auch gut. Aber das ist mir viel zu trocken und weltfremd. Ich begegne täglich Leuten in meinem Job, die sich über Masken beklagen, da sie von ihnen stundenlang getragen werden müssen. Sie beklagen Atemnot und Allergien. Du sitzt hingegen an deinem Schreibtisch und bist dabei völlig maskenlos.

Er: Wenn du mich wirklich verstanden hast, dann trage ich dabei auch eine Maske. Ich inszeniere mich, auch wenn es zunächst keiner sieht, aber es kann später gelesen werden, ich maskiere mich und spiele den Intellektuellen und Gescheiten.

Sie: Du Witzbold. Mach dich nicht lächerlich.

Er: Ich…

Sie: Ja. Okay. Aus deiner Sicht des Intellektuellen mag das stimmen. Schreib halt als Maskenträger. Merke doch, dass dich die Gedanken treiben und du sprudeln musst…

Er: Das Problem ist doch, um es zu wiederholen: Wir sind der Masken entwöhnt bzw. deren Alltäglichkeit und ihre rituelle Bedeutung ist uns nicht mehr bewusst, sie wurde uns ausgetrieben. Lass mich doch meine Erzählung fortsetzen

Sie: Okay. Bevor du anfängst, mir weiteres zu erklären, möchte ich noch einmal zur Toilette und noch einen Tee bestellen. Willst du auch was?

Der Verlust der Maske

Der kontextualisierte Gebrauch von Masken ist in unserem „kulturellen Gedächtnis“ abgespeichert. Das bedeutet aber auch, dass diese Erfahrungen und Traditionen, die wir längst vergessen haben, dennoch in unserem Inneren und in unseren Beziehungen präsent sein können, verborgen zwar, als unterirdische Geschichte. Als solche sind sie dennoch in uns verkörpert und können, positiv und negativ, aktiviert werden. Die Widerstände gegen Masken will ich als negative Abwehrhaltungen verstehen, da sie stark von den Verlusten als Erfahrung von Schmerz künden. Aber aus diesen negativen Haltungen, die ich Fratzen nenne, wäre es denkbar, wieder zu entdecken, was eine positive Wiederentdeckung mit sich bringen könnte. Masken stehen, wenn ich mir die Ethnologie betrachte, für das verlorene Wissen; und auch für das, was indigene Wissenschaftler betonen: für eine Vielfalt an Dingen, die scheinbar verloren dennoch in uns abgebildet bleiben. Im Moment fallen mir ein

- Masken sind ein Mysterium, die einen Zugang zu anderen Welten abbilden können, aber nicht wirklich verstanden werden, da sie sich jenseits unserer rationalen Denkweise befinden.

- Sie sind Symbol einer vernetzten und verbundenen Welt, in der Menschen in Beziehung mit allem Leben und allem um uns herumstehen und sich darin aufgehoben fühlen.

- Sie betonen Resonanz und Spiritualität, sie sind Momente des Rituellen und öffnen Wege, Dinge zu erproben, ein Wesen zu sein, das der Mensch sonst nicht ist.

- In ihnen aktivieren sich Muster des Spiels und der Übernahme anderer Identitäten, sie stärken Empathie für das Andere oder die Anderen.

- Natürlich leben sie auch vom Wunsch, ein ganz anderer zu sein, verbunden auch mit der Ahnung im falschen Körper zu leben.

- Auch stehen sie für die Sehnsucht nach einer anderen und besseren Welt, vielleicht liegt in ihnen ein Stück Hoffnung als das Unvorhersehbare.

Diese Aufzählung ist nicht vollständig, lediglich vorläufig. Doch sie führt noch weiter, ich…

Zwischenspiel im Cafe

Sie: Du bist ein Phantast, das ist mir alles zu fern jeglicher Realität.

Er: Genau das benötigen wir aber heute: Illusionen, die über das Reale hinausgehen.

Sie: Ich weiß. Um die Realität zu verstehen und zu ändern, müssen wir flüchten. Deine alte Rede. Aber hilft uns das?

Er: Muss es denn helfen?

Sie: Die Menschen wollen Antworten und Lösungen, vor allem aber Freiheit und keine Masken, die sie einengen.

Er: Nein, sie wollen Sicherheit und Eigensinn. Das sind keine Antworten und Lösungen. Das ist ein fragwürdiger Fortschritt oder eben Fundamentalismus.

Sie: Klar. Du und deine Melancholie. Du stehst eben nicht mit beiden Beinen in dieser Welt, du tauchst ab in deine eigenen Mythen. Poesie ja, aber Realität? Nein!

Er: Hör mir einfach nur zu. Das Leben muss wieder poetisch werden. Vieleicht bestellst du dir jetzt einen Wein.

Sie: Nicht schlecht. Nur dann kann ich ertragen, was jetzt kommen wird.

Er: Mach das. Und hör mir zu.

Sie: Mach einfach weiter!

Er: Vorher muss ich noch von jenen Sonderzonen erzählen, du erinnerst dich, in denen Masken noch immer präsent sind. Dann wird deutlicher, worüber wir nachdenken müssen.

Sie: Ich brauch dann auch noch etwas zu essen.

Masken im Alltag

Die Masken als ein Phänomen des Menschlichen hatten im Denken immer einen eigenen Raum. Aber Friedrich Nietzsche hat sie besonders gewürdigt. Um es kurz zu machen: Er verstand sie als Hilfsmittel der Erkenntnis und der conditio humana, da sie zwei sehr wichtige Dinge ermöglichten, nämlich Höflichkeit in der Kommunikation und Selbstschutz gegenüber anderen. Damit wies er darauf hin, dass, wenn wir auch keine sichtbaren Masken tragen, dennoch solche zur Schau tragen und uns selbst dahinter verstecken. Damit fungieren sie für mich, und dies bis heute, als eine durchaus übliche Darstellungsform in Interaktionen und Begegnungen. Nur wir in uns selbst verliebte Moderne scheinen dies vergessen zu haben oder wollen es gerade nicht wahrhaben. Doch die Masken sind da!

So ist gerade das Theater nach wie vor voller Masken, dessen Realität ist ohne sie nicht denkbar. Es gibt sogar explizit Filme, Schauspiele oder Opern, die Masken im Titel haben wie Verdis Maskenball. Maskenbälle waren früher, und das zeigt uns diese Oper und andere auch, ein beliebter Anlass, den

eigenen Prunk und Reichtum zur Schau zu stellen. Sie dienten aber auch dem sich Verstecken, um in Rollen zu schlüpfen, die man oder frau gerne einmal einnehmen möchte. Auch konnten sich Herrscher maskiert unter das Volk mischen. Masken waren Darstellung, Illusion, Traum und Kontrolle zugleich. Den Beruf des Maskenbildners gibt es bis heute in diesen Künsten.

Aus diesen Maskenbällen wurden später die Kostümpartys. Gerade die lange Geschichte der Fastnacht, die nahezu betrunken von Verkleidungen und Masken lebt, will ich gar nicht breit darstellen. Sie ist allgemein bekannt. Im Karneval ist allerdings wie in den Ritualen, die Ethnologen beschrieben haben, sind Verkleidung und Masken essenziell.

Die zum Glück noch nicht ganz in der Versenkung verschwundene soziologische Rollentheorie wies konsequent darauf hin, dass wir eigentlich alle Theater spielen und uns ständig in einem alltäglichen Karneval befinden. Dazu gehören Masken, keine Gesichtsmasken, die wir tragen, sondern mit anderen Mitteln veränderte Gesichtszüge. Wir alle spielen eben ständig Theater und machen Maske für den Alltag. Das reicht von Kleidung über Schminke bis hin zu chirurgischen Veränderungen. Nicht zu vergessen, dass es Kulturen gibt, in denen sich Frauen bis heute verschleiern oder zumindest Kopftuch tragen müssen. Aber auch Männer unterliegen in diesen Kulturen Pflichten, die als Maske tragen verstanden werden können, da sie ihre Gesichter zum Teil hinter Bärte verbergen.

Nachspiel im Cafe

Sie: Mag alles so sein…

Er: Es gibt noch viel mehr. Aber du verstehst?

Sie: Ich ahne.

Er: Das genügt mir schon!

Sie: Komm bitte jenseits dieser Geschichten zum eigentlichen Anfang zurück.

Er: Welchen meinst du denn? Der Masken oder…

Sie: Eigentlich ist Maske tragen doch doof. Aber ohne kann es gefährlich sein. Schon seltsam, was da mit uns passiert.

Er: Masken gehören zu uns, deshalb ist das vielleicht alles so widersprüchlich. Aber es ist auch so beruhigend und nimmt den Fratzen ihre argumentative Schärfe.

Sie: Ich weiß. Das Leben ist zu komplex, um es zu verstehen. Deine Worte seit Jahren, ich …

Er: Lass es mich noch einmal bündeln. Eigentlich kann man alles in einem Satz darstellen: Masken gehören zu unserer Geschichte und zu unserem Leben, deshalb sollten wir uns mit den Gesichtsmasken, die gegen das Virus schützen, arrangieren.

Sie: Und? Ist Maske tragen nun doof oder nicht?

Er: Ja und Nein. Auch wenn der Corona-Mundschutz das Gesicht nur teilweise verbirgt, wird die Krise, die in vielen Köpfen und Gefühlen ausgelöst wurde, vielleicht für die Wahrnehmung verschiedener Konnotationen des Maskentragens zumindest sensibilisieren – und die Fratzen entlarven.

Sie: Na gut, eben doch ein Illusionist!

Er: Mag sein, aber Masken haben viele Funktionen. Sie schützen, sie bewahren Identität, wir können damit in andere Rolle schlüpfen, wir können Unsittliches oder Gutes tun. Masken sind allzu menschlich. Ich habe mich beim Tragen von Masken nie unwohl gefühlt und trage sie auch weiterhin.

Sie: Okay. Und?

Er: Stell dir eine Welt ohne Maske vor?

Sie: Warum das?

Er: Was wäre, wenn wir die Maske verlieren: Käme da nicht auf grausame Art zum Ausdruck, was sich hinter dem Schein verbirgt? Käme da nicht die Frage: Wo beginnt das Ich? Oder auch: Wer sind wir? In welchen Beziehungen stehen wir? Wie werden wir? Fragen, die sich schon immer stellten. Und nun im Modus der Krise neu aufgeworfen werden. Jenseits der Fratzen, die uns festlegen, geht es doch um Masken, die uns das Leben öffnen können, da sie es auch schützen und bereichern

Sie: Hmmm.

Er: Letztlich ist es doch die unbeantwortbare Frage nach dem „Ich“. Muss dieses sich immer in einer Rolle und somit maskiert präsentieren, da Mechanismen der sozialen Interaktion und Integration dies voraussetzen oder gar verlangen? Ist das „Ich“ also immer eine soziale Konstruktion oder gibt es etwas hinter der Maske, ein unbekanntes ICH? Diese Frage wurde oft diskutiert und lässt sich dennoch nicht beantworten. Aber sie zeigt uns das Dilemma, das sich durch das Tragen der Masken, wenn wir kritisch und nicht ideologisch denken, erneut gestellt hat.

Sie: Ich fasse also für mich zusammen: Wir tragen ständig Masken! Warum regen wir uns dann darüber auf, dass wir eine bestimmte tragen sollen, die zudem noch einen gewissen Sinn hat? Eine Antwort darauf: Weil sie im Alltag anstrengend sind und nerven.

Er: Ja, aber eine solche Aufregung ist nur dann erklärbar, wenn sie als ideologischer Ausfluss von Fratzenträgern interpretiert wird.

Ronald, Lutz; Prof. em. Dr., M.A.; Soziologe und Kulturanthropologe, bis 2019 Professor für Soziologie an der Fachhochschule Erfurt, Lehrbeauftragter an der FH Erfurt und der FH Würzburg-Schweinfurt, Research Associate an der University of Johannesburg. Ronald Lutz hat zu vielfältigsten Problemen und Herausforderungen in der Sozialen Arbeit publiziert, u. a. zur Armut, zur erschöpften Familien, zu Kinderrechten, zu sozialer Ungleichheit, zum Mandat der sozialen Arbeit, zu Corona und sozialer Arbeit, zur Frauenarmut und der Wohnungshilfe.

DIE MASKE ALS METAPHER

Mario Rund

Sie befinden sich in der Bahn auf dem Weg nach Hause, die nicht nur zu dieser Feierabendzeit überfüllt ist. Dass Sie wie selbstverständlich einen Mund-Nasen-Schutz benutzen, fällt Ihnen kaum noch auf. Allenfalls werden Sie durch die entsprechenden Lautsprecherdurchsagen oder durch andere Fahrgäste daran erinnert, die ihre Maske nicht in vorgesehener Weise oder überhaupt nicht tragen. Aber vielleicht ist Ihnen eine solche Unachtsamkeit auch schon einmal unterlaufen. Der Mund-Nasen-Schutz verhüllt große Teile des Gesichtes. Doch gerade hierdurch wird Ihr Blick besonders auf die Augen und die Haltung gelenkt. Ihnen bleibt daher nicht verborgen, dass viele Fahrgäste erschöpft sind zu dieser Stunde. Darin besteht ihre Gemeinsamkeit in ihrer Vielfalt. Für die Dauer dieser Fahrt. Die Maske verbirgt und „entbirgt" zugleich …

Das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes ist auch an vielen Orten und in vielen Situationen, wo sie dies noch nicht schon war, zu einer alltäglichen Praxis geworden: Für den Einen bedeutet es eine Belastung, für den Anderen notwendiges Übel oder ein unerträglicher Zwang und für den Nächsten ist es vielleicht ein Statement. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie man zu den Regelungen zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes steht. Gleichzeitig steht die Maske für verschiedene Möglichkeiten, wie und durch wen kollektiv bindende Maßnahmen eingefordert, vereinbart und umgesetzt werden, mit denen der biologisch-hygienischen Allgemeinbedrohung durch das SARS-CoV-2 und dessen Mutationen, aber auch anderen Krisen gesellschaftlich begegnet werden soll.

Hierbei sind in unterschiedlichen Staaten, aber auch im Zeitverlauf, verschiedene Vorgehensweisen zu erkennen. Diese lassen sich im Hinblick auf das Verhältnis zwischen Gemeinschaft und Gesellschaft, zwischen individueller Freiheit und staatlicher Regulierung sowie zwischen sozialer und politischer Solidarität unterscheiden. Dabei dominieren gegenwärtig autoritäre und fortgeschritten liberale Strategien, die sich aber teilweise gegenseitig ergänzen und überlagern können.

Autoritäre Vorgehensweisen äußern sich einerseits in Maßnahmen der Einschränkung von als potentiell risikoreich erachteten Kontaktsituationen. Andererseits offenbaren sie sich in Maßnahmen der Überwachung, Identifizierung und Absonderung von Personengruppen, die entweder als besonders gefährdet oder als besonders gefährlich gelten. Zur Eindämmung der Infektionswege wird hierbei eine Solidarität mit einer häufig national definierten sozialen Gemeinschaft eingefordert und nötigenfalls durch Sanktionen erzwungen.

Im Rahmen fortgeschrittener liberaler Vorgehensweisen wird lediglich ein Rahmen für individuelle Schutzmaßnahmen auf Grundlage von Eigenverantwortung gesetzt. Die Verantwortung für den Schutz vor Infektionen wird dem Einzelnen übertragen und somit privatisiert. Es soll ihm dabei als individuelle Freiheit erscheinen, selbst entscheiden zu können, wie er sich und andere schützt. Auf welche Weise er diese Freiheit aber wahrnehmen kann, wird durch politische Rahmensetzung zumindest nahegelegt.

Anstelle einer Gesellschaft wird von einer Ansammlung von Individuen ausgegangen, die sich unablässig im Wettbewerb um Ressourcen wie Geld, Einfluss oder Anerkennung, aber auch Gesundheit befinden. Zugleich ist es auch dieser Wettbewerb und die Erwartung, unabhängig von den eigenen Möglichkeiten, Eigenverantwortung wahrnehmen zu müssen, die sie erschöpft und ihre Gesundheit gefährdet.

Die Beziehungen zwischen den Individuen sind hierbei durch die unternehmerische Logik von Investition und Ertrag geprägt. Solidarität gilt vor allem der eigenen sozialen Gruppe und jenen, die einen verwertbaren Nutzen versprechen. Vor diesem Hintergrund kann es sogar als legitim erscheinen, dass zur Herstellung der so genannten Herdenimmunität weniger durchsetzungsstarke oder stärker gefährdete Personen in Situationen gebracht werden oder verharren müssen, in denen sie einem potenziell tödlichen Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Auch die ungleiche Verteilung der

Energiekosten oder die Verlagerung von Klimakosten im Namen einer Solidarität mit der „einheimischen Wirtschaft“ kann als Akt der Entsolidarisierung gegenüber jenen aufgefasst werden, die von den Kostensteigerungen bzw. von ökologischen, ökonomischen, sozialen oder gesundheitlichen Folgen der Klimaveränderungen besonders betroffenen sind. Solidarität bedeutet insofern immer schon und auch Nicht-Solidarität, gewährte Solidarität, versagte Solidarität.

Dies zeigt, wie mit fortgeschritten liberalen Strategien durchaus Ausschließungen von Personen und Gruppen einhergehen. Hierdurch können wiederum demokratische Verhältnisse ausgehöhlt und die gesteigerte Zustimmung zu nationalistisch-autoritären Politiken und entsprechende Radikalisierungsprozesse befördert werden.

Gegenüber autoritären und fortgeschritten liberalen Strategien richten sich demokratisch-solidarische Vorgehensweisen auf den Schutz möglichst aller Menschen, unabhängig von deren sozialer oder kultureller Herkunft oder ihrer ökonomischen und gesundheitlichen Lage. Dieser Schutz soll dadurch erzielt werden, indem kollektiv verbindliche Regeln auf demokratischem Wege ausgehandelt und auch verfolgt werden. Der Bezugspunkt wäre eine Form des solidarischen Zusammenlebens, bei dem das Verhältnis von individuellen und kollektiven Freiheiten immer wieder abgewogen werden kann.

Das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes wäre hier nicht autoritärer Zwang oder ein Akt des eigenverantwortlichen Selbstschutzes, sondern Ausdruck des Bewusstseins für die gegenseitige Abhängigkeit der Menschen über Lebenslagen, Formen des Zusammenlebens und Nationen hinaus. Es beruhte auf einem Gemeinschaftsverständnis, das nicht allein auf Gemeinsamkeiten und Ähnlichkeiten gründet, sondern auf der Fähigkeit zur Kooperation zwischen Ungleichen bei der Verwirklichung gemeinsamer Interessen.

Demokratisch-solidarische Strategien zielen dabei auf die Förderung politischer Solidarität, die auch Verantwortung für andere übernimmt. Sie ist damit zugleich eine Form der Kritik an ungerechten und ausgrenzenden Verhältnissen. Solche zeigen sich beispielsweise in systemischen Ursachen infektionshygienisch bedenklicher Beschäftigungsbedingungen, Mobilitätssystemen oder auch Wohn- und Unterbringungsformen.

Statt den Fokus auf die Aktivierung der gemeinschaftlichen „Bindekräfte“ zu legen, müsste vor allem die Sozial-, Stadt- und Regionalpolitik zur Sicherung der gesellschaftlichen und infrastrukturellen Voraussetzungen individueller und kollektiver Partizipation sowie solidarischen Handelns aktiviert werden. Und anstelle von Appellen an die Eigenverantwortung des Einzelnen wäre die öffentliche Verantwortung für die Sicherung von Gemeingütern und gleichwertiger, besser noch gerechter Lebensbedingungen als Grundlage einer selbständigen und selbstbestimmten Lebensgestaltung einzufordern.

Ein wesentlicher Beitrag für ein politisches Gemeinschafts- und Solidaritätsverständnis stellt die Förderung niederschwelliger und lebensweltlich verankerter Partizipationsstrukturen und -angebote dar, die auf Kontinuität orientiert sind.

So kann mit einem Netz von anpassungsfähigen Quartierseinrichtungen und mit fachlicher Begleitung eine langfristige Partizipationskultur gefördert werden. Über die üblichen projekt- und anlassbezogenen Beteiligungsangebote hinaus, die meist nur die ohnehin Etablierten in Anspruch nehmen, könnten damit sogenannte schwer erreichbare Personen bei ihrer Alltagsbewältigung und beim Einbringen ihrer Interessen unterstützt werden. Das ist gerade deshalb von Bedeutung, weil die Gesundheitskrise auch eine Krise der Partizipation darstellte, deren Folgen bis heute nachreichen.

Eine solche Partizipationskultur bietet das Potenzial, über soziale oder kulturelle Unterschiede hinweg, eine Verständigung über die vielfältigen Ansprüche und Formen des Zusammenlebens und den hierfür erforderlichen Voraussetzungen zu erzielen. Sie gestatten individuelle und kollektive Handlungsmöglichkeiten zu erweitern, indem solche Ansprüche in administrative Planungsprozesse eingebracht und politische Entscheidungen mit vorbereitet und mitgestaltet werden können.

Auf Grundlage einer dauerhaften und übergreifenden Partizipationskultur können auf demokratisch-solidarische Weise nicht nur Maßnahmen zur Bewältigung biologisch-hygienischer Bedrohungen unter Abwägung individueller und kollektiver Freiheiten entwickelt und umgesetzt werden. Darüber hinaus ist eine solche Partizipationskultur auch ein Beitrag dazu, die sozialen, ökologischen, ökonomischen und technologischen Transformationen, auf eine demokratische und solidarische Weise beantworten zu können. Insbesondere unter Krisenbedingungen.

…Sie entsteigen der Bahn, befreien sich von Ihrem Mund-Nasen-Schutz und atmen tief ein. Die Frage, wie, warum und wo Sie ihn tragen sollen, ist auch eine Frage nach den vorherrschenden, aber auch möglichen Weisen der Gestaltung des Zusammenlebens. Die Maske verbirgt und „entbirgt“ zugleich…

Mario Rund; Prof. Dr. disc. pol. – Hochschule Darmstadt; Fachbereich Soziale Arbeit; Professur Soziale Arbeit im Gemeinwesen; Studiengangsleitung Generationenbeziehungen in einer alternden Gesellschaft; Schwerpunkte: Gemeinwesenarbeit, Sozialraumarbeit, Partizipationsforschung und -forderung, reflexive Sozialplanung, Integrierte Sozialraumplanung, soziale Stadt- und Regionalentwicklung. Er ist u. a. in der Thüringer Arbeitsgemeinschaft Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit e. V. tätig, die er fachlich berät.

MASKEN ALS POLITISCH UMKÄMPFTES SYMBOL

Felix Steiner

Mit der Szene der Pandemie-Leugner:innen hat sich seit 2020 eine rechte Mischszene entwickelt, deren vorrangiges Ziel schon seit Beginn der Pandemie die Delegitimierung der parlamentarischen Demokratie war. Allein um die Abschaffung der eindämmenden Maßnahmen ging es dabei den Wenigsten. Auf der Straße sammelten sich in den vergangenen zwei Jahre Menschen aus ganz verschiedenen Spektren: Neonazis, Esoteriker:innen, „Reichsbürger:innen“ und Verschwörungsideolog:innen. Wobei Verschwörungserzählungen für weite Teile der Szene als Kitt fungieren. Irgendwo dazwischen finden sich auch Menschen, die die Folgen der Pandemie hart getroffen haben und denen es offensichtlich egal ist, wer an ihrer Seite marschiert. Eine wichtige kommunikative Strategie der Pandemie-Leugner:innen-Szene ist das Besetzen politischer Symbolik. Oft geht es hier um eine Umdeutung von Symbolen, die zuvor einen anderen Deutungsrahmen hatten. Fast seit Beginn der Pandemie ist eines dieser Symbole die Corona-Schutzmaske. Steht sie für die allermeisten für den Schutz vor dem gefährlichen Virus, hat sie die Pandemie-Leugner:innen-Szene zum „Maulkorb“ und dem Symbol politischer Unterdrückung verklärt. In der Erzählung der Szene ist sie eine Maßnahme der „Herrschenden“ oder ersatzweise der „Eliten“, die Menschen zu versklaven. Keine rechte Organisation, die Masken nicht mit ihren Logos hat bedrucken lassen; denn – so die Logik der rechten Mischszene – wenn man sie schon tragen muss, dann wenigstens mit Botschaft. Andere beschriften ihre persönliche Maske lieber selbst mit dem Begriff „Maulkorb“ und tragen diese im Schwarz-Weiß-Rot-Look der Reichsbürger-Szene. Auch juristisch sind Masken ein umkämpftes Gebiet: Der Szene zugehörige Ärzt:innen stellten massenhaft falsche Atteste aus, um ihren Gesinnungsgenoss:innen das Maskentragen zu ersparen. Zahlreiche Urteile und hohe Strafen gegen diese Mediziner:innen sind bereits ausgesprochen bzw. erlassen worden. Manche befinden sich mittlerweile sogar im Ausland, um sich weiterer Strafverfolgung zu entziehen. Und so hat es das umkämpfte Symbol auch auf einen Flyer der NPD geschafft: Dort ziert die Maske eine Faust, die wohl den Widertand symbolisieren soll. Die Maske wurde damit seit Beginn der Pandemie ein spektrenübergreifendes Erkennungssymbol, welches stellvertretend für die Ablehnung aller Maßnahmen stand. Diese Symboldebatten sind keineswegs neu. Schon 2012 schrieb ein hoher NPD-Funktionär in einem Szene-Magazin: „Politik lebt immer von Symbolen. […]. Noch immer kommen Gruppen nicht ohne gemeinsame Symbole aus. Programme, Überzeugungen allein sind zu wenig. Fahne und Symbol sind faßlicher [sic!] und bieten unter dem Eindruck gemeinsamen Erlebens die Möglichkeit weiterer emotionaler Aufladung.“ Und emotional aufgeladen wurde das verhasste Symbol der „Unterdrückung“. Nicht zuletzt durch die Erzählung, dass zahlreiche Kinder aufgrund des Maskentragens gestorben seien. Dies behauptete nicht zuletzt der mittlerweile im afrikanischen Exil befindliche ehemalige HNO-Arzt Bodo Schiffmann. Belege indes blieb er schuldig. Deutlicher als die „Symbol-Politik“ mit der Maske kann man die Funktionsweise der Pandemie-Leugner:innen-Szene kaum beschreiben: Sie ist der gezielte Versuch, ein (Negativ)Symbol zu erschaffen und mit Verschwörungserzählungen als Zeichen der politischen Unterdrückung zu markieren. Gleichzeitig wird mit gezielten Falschinformationen versucht, die Erzählungen weiter emotional aufzuladen. Seine clowneske Zuspitzung fand das Agieren der Szene in einer Umdichtung des populären Liedes „Atemlos durch die Nacht“ von Helene Fischer. In den sozialen Netzwerken kursiert seit 2020 das Lied „Maskennlos durch die Stadt“, in dem es heißt:

„Wir ziehen durch die Straßen zu den Plätzen der Stadt.
Es ist wieder Samstag und wir trotzen der Macht“.

Die Verweigerung des Maskentragens ist hier also ein Akt revolutionären Handelns gegen die vermeintlich illegitime staatliche Macht. Und auch die klassischen Deutungsmuster der verschwörungs-

ideologischen Szene finden sich im Lied: „Maskenlos durch die Stadt/Bis das ganze Land erwacht“, heißt es im Refrain weiter. Die, die also das Maskentragen verweigern, sind die „Aufgewachten“, die erkannt haben, was wirklich „gespielt“ wird. Alle anderen gelten in dieser Deutung weiter als „Schlafschafe“, wie es in der Szene gern heißt.

Eine Studie der Fachhochschule Düsseldorf (https://www.bicc.de/uploads/tx_bicctools/CoRE_Kurzgutachten3_2020.pdf) unter dem Politikwissenschaftler Prof. Fabian Virchow kommt zu einem deutlichen Schluss über die Pandemie-Leugner:innen-Szene in Nordrhein-Westfalen: „Im Kern ist diese Weigerung Ausdruck eines Hyperindividualismus und eine grundlegend egoistische Ablehnung sozialer Verantwortung; die persönliche Freiheit wird absolut gesetzt und die Idee von Gesellschaft, die der gegenseitigen Rücksichtnahme und Mitmenschlichkeit bedarf, abgelehnt. Das Solidarprinzip wird offensiv bekämpft. Nicht zuletzt aufgrund des großen Alltagsbezugs wird die Mund-Nase-Bedeckung von vielen in der Bewegung der Pandemieleugner*innen zum Symbol dieser politischen Auseinandersetzung stilisiert.“

Kontakt:

Mobit e. V.
Schillerstraße 44, 99096 Erfurt
felixsteiner@mobit.org
www.mobit.org

DAS SPRECHEN MIT DER MASKE – DIE SCHAMANGST VON AUSSENSEITERN IM KONTEXT IHRER NIETZSCHEREZEPTION

Jan Steinhaußen

Maskierungen sind in der Geschichte der Menschheit seit es Religion, Sprache und Normen gibt, so elementar existent, dass sie geradezu als anthropologisches Merkmal der Gattung Mensch gelten können. Nicht nur das Gefühle ausdrückende Gesicht, sondern auch dessen Verhüllung unterscheidet den Menschen vom Tier. Verkleidung und Maskierungen sind in vielen Gesellschaften Bestandteil ritueller und religiöser Handlungen. Sie hatten und haben eine kathartische Funktion.

Über seine gesellschaftliche Funktion hinaus maskieren sich Individuen in allen nur denkbaren Zusammenhängen. Dabei ist die Gesichtsmaske nur die äußerlichste Form einer Maskierung. Menschen maskieren sich vor Gefahren, sie maskieren ihre Bedürfnisse und Sehnsüchte, ihr Leiden, ihr Anderssein, ihre Normenbrüche, Scham, Geheimnisse, alternative Rollensehnsüchte, Krankheiten und Stigmata mit subtilen Methoden und Mitteln, mit Kunst, Musik und Literatur, mit Symbolen und Leitbildern, mit Kleidung, mit Sprache, dem Sprechen und mit Schweigen. Insofern ist die sichtbare Maske nur eine Dimension von Maskierungen aller Art, die Menschen bewusst und unbewusst in ihrem Alltag verwenden.

Das Heraustreten aus einer Individualität in eine andere mit Hilfe einer wie auch immer gearteten Maske hatte und hat verschiedene Funktionen. Sie verbinden sich

- mit religiösen oder kultischen Vorstellungen in Bezug auf ein höheres Wesen
- mit dem Schutz der Intim- und Privatsphäre
- mit dem Wunsch zur Anonymisierung des eigenen Ichs
- einem Freiheitsgewinn und Würdebewahrung
- mit Schamängsten
- einem Tabubruch, der Möglichkeit von Grenzüberschreitungen und dem Wechsel in andere soziale Rollen
- mit der Bewahrung von Geheimnissen und
- der Lust am Spiel, der Verwandlung und Verwechslung.

Maskierungen waren in der antiken Tragödie ein Kultelement. Sie verbanden sich mit dem Anliegen des Heraustretens aus dem eigenen Sein und dem Hinüberwechseln in ein anderes, fremdes Sein (Latacz, S. 33). Karneval und Fastnacht stehen in dieser Tradition.

Die Maskierung als Außenseiterphänomen

Weniger bekannt dürfte sein, dass Maskierungen im übertragenen Sinne für Außenseitergruppen zum Alltag gehörten. Gerade Feste wie Faschingsfeiern wurden, als die Ausgrenzung am größten war, etwa von Außenseitern bevorzugt besucht. Sie ermöglichten es ihnen, aus einem entfremdeten Dasein in eine Rolle zu wechseln, die vertrauter und annehmbarer war als die gesellschaftlich legitimierte.

Gelegentlich erwähnte Thomas Mann, der sich selbst nicht nur als etablierten Familienvater und Schriftsteller stilisierte, sondern als homosexuellen Außenseiter empfand, Faschingsfeiern in seinen Erzählungen bzw. Romanen, allerdings wie im „Zauberberg“ als dionysisch-irrationale Feste des Vernunftverlusts. Hermann Bang konnte aus seiner Erfahrung berichten, dass Homosexuelle vorzugsweise Schauspieler wurden. „Man wird bei ihnen immer eine große Neigung für Maskenspiele, historische Kostüme u. dgl. finden”, eine geheime Lust, sich zu verpuppen, die Gestalt zu ändern - ein anderes Geschöpf selbst für Momente nur zu werden. Der ständige Engagementwechsel, das Leben der Artisten ganz außerhalb der Gesellschaft: kein Beruf gibt dem Homosexuellen so viel Freiheit und Anonymität wie der Zirkus oder das Varieté, wo die verschiedenen auftretenden Artisten sich fast nie kennen und getrennt leben (Bang, S. 20 ff.). Homosexuelle waren um 1900 in vielerlei Hinsicht stigmatisiert: moralisch, politisch, medizinisch, juristisch. Vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Stigmatisierung war Maskierung ein existentielles Gebot, um (über)leben zu können.

Nietzsches Maskenliebe

Bei Nietzsche verband sich Maskierung mit Dionysos und dessen Leiden. Alle Figuren der antiken Tragödie waren in seiner Interpretation nur Masken eines Gottes. Die Masken verhüllten Leid. Masken waren ein Versuch, über das „Nichtsagbare“ zu kommunizieren. Der Mensch war außer sich. Er glaubte sich verwandelt und verzaubert. Mit der dionysischen Maske ging er in ein anderes Wesen ein und gebärdete sich als Verzauberter (Nietzsche, Das griechische Musikdrama, S. 521). Später hat Nietzsche noch einmal in Jenseits von Gut und Böse die Sinnhaftigkeit einer Maskierung begründet. Sie verbindet sich dort, auch wenn auf das Geschlechtliche kein expliziter Bezug genommen wird, mit dem sensibelsten Innenbereich, den der Mensch schützen muss, um nicht zu Grunde zu gehen. Alles, was Tiefe hat, jeder tiefe Geist, meinte Nietzsche, bedürfe der Maske. Es gebe Vorgänge so zarter Art, dass man gut daran tue, sie unkenntlich zu machen. Nietzsche bezog das auf Handlungen der Liebe. Es sei also nicht nur Arglist hinter einer Maske, sondern sehr viel Güte in der List. Der Mensch hinter der Maske habe etwas Kostbares und Verletzliches zu verbergen.

„Ein solcher Verborgener, der aus Instinkt das Reden zum Schweigen und Verschweigen braucht und unerschöpflich ist in der Ausflucht vor Mittheilungen, will es und fördert es, dass eine Maske von ihm an seiner Statt in den Herzen und Köpfen seiner Freunde herum wandelt [...] Jeder tiefe Geist braucht eine Maske: mehr noch, um jeden tiefen Geist wächst fortwährend eine Maske, Dank der be¬ständig falschen, nämlich flachen Auslegung jedes Wortes, jedes Schrittes, jedes Lebens-Zeichens, das er giebt.“ (Nietzsche, Jenseits von Gut und Böse, S. 57). Lou Andreas-Salomé sprach davon, dass Nietzsche eine Freude an der Verkleidung fand - Mantel und Maske für ein nie entblößtes Innenleben. Sie deutete diese Maskierungsversuche als Kehrseite von Nietzsches Einsamkeit, einer stetig steigenden Selbstvereinsamung und Selbstbeziehung (vgl. Andreas-Salomé, S.39 ff.).

Léon Wurmser hat Nietzsches Philosophie auch als Resultat tiefster Gewissenskollision gedeutet, als einen Konflikt innerhalb des Über-Ich. Diese Bewertung zielt auf die Differenz zwischen psychosexueller Disposition und Außenwelttoleranz, die ein Schamgefühl hervorruft. Wurmser sieht - wie der Literaturwissenschaftler Ernst Bertram und Thomas Mann lange vor Wurmser - Nietzsches unnachgiebigen Kampf gegen Schwäche, gegen die Schwäche des Willens, den Verlust der Kontrolle, als einen Kampf gegen das eigene Schamgefühl. Die kontradiktorischen Begriffspaare gehörten bei Nietzsche dem Spektrum der Schamkonflikte an, die seinen eigenen Kampf gegen die Angst ausdrückten, beschämt zu werden (Wurmser, S. 454 f.). Nietzsche hat in seiner Zeit durch das Aufkommen neuer Medien einen, wie er sich ausdrückte, ekelerregenden Mangel an Scham konstatiert. Alles werde von „modernen Ideen“ gerührt, geleckt, getastet (Nietzsche, Jenseits von Gut und Böse, S. 218). Das Hüten eines Geheimnisses mittels Maskierung war eine andere Form des Selbstschutzes vor dem mangelnden Schamgefühl der Außenwelt. Scham war in diesem Sinne Wächterin der Privatheit, die den Kern der gefährdeten Persönlichkeit schützte (Wurmser, S. 456). Die Maske war Selbstschutz vor Gefährdungen des seelischen Gleichgewichts. Nur die Maske wahrte Intimität und Integrität.

Für den Literaturwissenschaftler Ernst Bertram, der sich selbst als leidenden Außenseiter stilisierte und ein Zeitgenosse und über viele Jahre ein Freund Thomas Manns war, war Maskierung ein notwendiger Lebenswert. Erst sie machte das Leben lebenswert. Der Leidende verbarg mit ihr sein Leid (Bertram, S. 188). Je tiefer eine Natur wirkte, desto notwendiger bedurfte man der schützenden Maske (Bertram, S. 168, 172). Die Maske ist notwendig,

um nicht fortwährend gekreuzigt zu werden. Jede Handlung sei missverständlich. Die Maske diene auch der Verführung (Bertram, S. 181). Das Symbol der Maske wurde von Ernst Bertram mit der Flucht vor der Wahrheit und der Hingabe an eine Traumwel verwendet, um aus der Ferne die Wahrheit anbeten zu können. Er bezog sich hier auf Nietzsches Aussagen in der „Geburt der Tragödie“. Die Maske werde notwendig, weil eine Abneigung gegen die Enträtselung besteht (Bertram, S. 171). Auf diese Weise habe Nietzsche große Typen wie Heraklit, Empedokles, Epikur, Leonardo, Shakespeare, Pascal, Napoleon und Goethe als Masken benutzt (Bertram S. 183, Nietzsche, Jenseits von Gut und Böse, S. 57).

Alle Äußerungen Nietzsches interpretierte Ernst Bertram folglich nicht als Aussagen im Sinne eines logischen oder konsensuellen Wahrheitsgehaltes, sondern als Oberflächenerscheinungen. Sie verbargen hinter einer Maske Nietzsches Selbst und Nietzsches Scham. Man musste Nietzsches Philosophie, um Nietzsches Existenz zu verstehen, nicht wörtlich, sondern als bewusstes und unbewusstes Maskieren von geheimen (Trieb)Wünschen nehmen. Als Leidender habe Nietzsche seine erlösende und verführende Maske geliebt. Leiden und Maskierung gehören zusammen. Bertram nahm an, dass sich diese Notwendigkeit aus Nietzsches psychischer (und psychosexueller) Schamangst und seinem mit dieser verbundenen Leidempfinden ergab.

Maskierung und die Außenseiterexistenz von Schriftstellern: Ernst Bertram und Thomas Mann

Dass Ernst Bertram mit diesem Leiden auch das Leiden an seiner Außenseiterlebenslage thematisierte, liegt nahe. Bertram litt an seiner psychischen und psychosexuellen Disposition und unterstellte Nietzsche ein vergleichbares Empfinden. Er kannte die Aussagen, in denen Nietzsche die Notwendigkeit des Lebens mit einer Maske begründet hatte. Hinter der Maske verschmolzen die beiden entgegengesetzten Wesens- und Willensbestrebungen seines Ichs, sein deutsches Wesen und seine griechische Sehnsucht. Sie bot Schutz, Kompensation und Möglichkeit für Kommunikation. Sie war selbst Ausdruck eines tiefen Schamgefühls, befreite aber von der Not des Daseins. Mit der Unterstellung, Nietzsche habe sich einer Maske bedient, ist ein wichtiges Konstruktionsprinzip benannt. Die Deutung eines Phänomens erfolgt als sein Gegenteil. Vor allem bei Ernst Bertram fällt auf, dass er Nietzsches Ablehnungen, Proteste, Auflehnungen als eine eigentliche Bejahung auffasste, als eine Selbstrechtfertigung, als eine Selbstklarlegung. So maskiert sich der Platoniker als Antiplatoniker. Der Hass gegenüber Wagner maskiert das Gegenteil, seine Liebe.

Auch Thomas Mann hat in gleicher Weise Nietzsche die Benutzung einer Maske unterstellt: „Mit einem Wort: ich sah in Nietzsche den Selbstüberwinder; ich nahm nichts wörtlich bei ihm, ich glaubte ihm fast nichts, und gerade dies gab meiner Liebe zu ihm das Doppelschichtig-Passionierte, gab ihr die Tiefe.“ (Mann, Lebensabriss, S. 109). Bereits in den „Betrachtungen eines Unpolitischen“ hatte er sich gegen die Nietzsche-Rezeption gewandt, die Nietzsche wörtlich nahm. Nietzsche war Christ, obwohl er dem ruchlos schönen Leben das Wort sprach. Er wahrte Treue dem Leiden und dem Gewissen (Mann, Bekenntnisse, S. 542). Wenn Thomas Mann hinter Nietzsches Kampf gegen Platonismus, Sokratismus und Christentum einen Menschen sah, der mit Pascal sehr viel mehr Ähnlichkeiten hatte als mit Machiavelli oder Cesare Borgia (Mann, Bekenntnisse, S. 540; Mann, Leiden an Deutschland, S. 697), so unterstellte er Nietzsche bewusste und unbewusste Maskierung. Thomas Mann meinte aber nicht nur, dass Nietzsche seinen existentiellen Schamkonflikt maskierte, er benutzte dieses von Nietzsche selbst entdeckte psychoanalytische Deutungsmuster als Konstruktionsprinzip. Seine Figuren maskieren und verbergen Leid. Nietzsches Tragödientheorie bildete im „Doktor Faustus“ offensichtlich eine theoretische Grundlage. Nicht nur Motive stammen aus der Geburt der Tragödie, sondern auch wichtige Kompositionselemente für den Roman. Alle Figuren sind nur Masken des leidenden Dionysos. Von der Maske erhoffen sie Einheit und Identität.

Das Bewahren eines Geheimnisses innerhalb einer Sozialisationsform, wie sie der George-Kreis darstellte, in dem Maskenfeste zu den rituellen Gepflogenheiten gehörten, war für Thomas Mann allerdings bedeutungslos. Er hat diese Art von Mysterium abgelehnt. Im Leben gab es kein Mysterium, allenfalls in der Kunst, in der Poesie. Aber selbst dort trug es das Merkmal des Stigmas. So schrieb Beißel, eine Figur im „Doktor Faustus“, ein „Mysterion anomalias“. In Wahrheit war aber die Poesie selbst ein Mysterium, wie Riemer in Thomas Manns „Lotte in Weimar“ kundtut, wo sich die Menschwerdung des Göttlichen vollzog. Poesie - und für Thomas Mann war sie das Reich der Freiheit für seine Außenseiterempfindungen - war nichts Außermenschliches, ungeachtet ihrer Göttlichkeit (Mann, Lotte in Weimar, S. 467). Sie war eben in diesem Sehnsuchtsreich zwischen verdammungswürdigem Menschlichen und Göttlichen ein Mysterium. In der Kunst war die im Leben empfundene Zerrissenheit in einer göttlichen Doppelheit aufgehoben. Was bei dem Dichter Stefan George und Ernst Bertram allerdings als eine positive Interpretation des nichtkommunizierbaren Geheimnisses war, wurde von anderen Schriftstellern und Dichtern dieser Zeit, die sich als Außenseiter stilisierten, so von Thomas Mann und Hugo von Hofmannsthal motivisch mit negativen Aspekten, mit Sprachdefekten, Sprachschwierigkeiten, Sprachbesonderheiten, mit Stottern und Lachen verbunden. Sexuelle Verdrängung äußere sich, wie Magnus Hirschfeld bemerkte, in verschiedenen Symptomen, in allerlei Ausdruckstätigkeit, im Versprechen und Verschreiben, auch im Stottern (Hirschfeld, S. 232).

Bei Thomas Mann ist die Kommunikation des Nichtsagbaren, das man nur maskiert preisgeben konnte, meist negativ konnotiert. Es gab brennende, große Gegenstände, wie er in „Lotte in Weimar“ Charlotte sagen ließ, bei denen man zum eigentlichen Wichtigen und Brennenden nicht gelangte und in allem, was man sagte, einen Vorwand suchte, um das Eigentliche und Wichtige zu vermeiden. Kopflosigkeit und Panik walteten da. Es handelte sich aber in erster Linie, wie Charlotte selbst feststellt, um einen Stauungsvorgang (Mann, Lotte in Weimar, S. 431). Psychosexuelle Verdrängung bewirkte Stottern, Schweigen, suizidale Ängste oder tierisches Heulen. Wenn Thomas Mann seine Protagonisten ein Geheimnis bewahren ließ und diese sich maskierten, war dies nicht Ausdruck einer Stärke oder eines Bewusstseins, dass ein Mysterium bewahrt werden müsse, sondern des Wissens und Gefühls um das Stigma. Das maskierend bewahrte Geheimnis war für Thomas Mann Ausdruck von Ängsten und Scham. Es mündete nicht in eine befreiende Kommunikation von Außenseitern, sondern in das Stottern oder Verstummen der Protagonisten. Sie werden verlacht, haben Sprachfehler jeglicher Art, asthmatisch belegte Stimmen, blinzelnde Augen, was für den verachteten Trieb stand, oder Diskantstimmen. Sprachschwierigkeiten stehen bei ihm oft in Beziehung zu einem nicht näher definierten Leiden, und sie ergeben im Umfeld von Außenseitern Sinn. Die Figur des Wendell Kretzschmar in Thomas Manns „Doktor Faustus“ ist dafür ein aufschlussreiches Beispiel. Er litt an einem schweren Stotterleiden, eine Ursache dafür, dass seine Vorträge wenig besucht blieben. Dieses Stottern steht im Zusammenhang mit einem nicht näher bestimmten anderen Leiden. Sein Reden schien, so beschreibt der Erzähler Zeitblom im „Doktor Faustus“, ein Leiden verleugnen und in Vergessenheit bringen zu wollen. Seine Hemmungen beim Sprechen lösten gelegentlich Gekicher aus bei den wenigen Elevinnen (nicht umsonst sind es Mädchen), die außer den Stammgästen seinen Vorträgen lauschten (Mann, Doktor Faustus, S. 69 f.). Das Stottern taucht nur noch einmal im Roman auf, und zwar als Schwerdtfeger, der als Platoniker bezeichnet wird, sich um Marie Godeau bemüht (Mann, Doktor Faustus, S. 589). Beim Werben um eine Frau kam er ins Stottern. Das Stottern ist Ausdruck von misslungener Kommunikation, von Schamhaftigkeit und Verdrängung. Scham wird immer mit ausgedrückt, so wenn Kretzschmar in seinen Vorträgen fieberhaft zu viel von sich preisgab und dann errötete (Mann, Doktor Faustus, S. 109). Oder wenn Adrian Leverkühn sich wegen taktloser Blicke errötend von Zeitblom abwandte. Er liebte keine anzüglichen Blicke und weigerte sich, auf sie einzugehen. Er verlangte Diskretion (Mann, Doktor Faustus, S. 127).

Auch das Gekicher der Elevinnen über den Lehrer von Adrian Leverkühn Wendell Kretzschmar ist beziehungsreich. Es erscheint eher marginal, ist aber ebenfalls eine symbolische Maskierung von Außenseitererfahrungen. Auch Leverkühn wurde, als er sein Lebensgeheimnis preisgab, von Frauen verlacht. Tonio Kröger wurde von den übrigen verlacht, als er sich beim Tanzen unter die Mädchen mischte. Eine Szene der Geschlechterverwechslung, die die Hoffnung Tonio Krögers, einen männlichen Tanzpartner zu erhalten, andeutet. Als Friedemann sich nach seinem Geständnis in einen Parkteich stürzte, klang von der Allee herunter gedämpftes Lachen (Mann, Der kleine Herr Friedemann, S. 105). Der impotente Klöpfgeißel wurde mit einem verbitterten Hohnlachen verabschiedet, als es ihm ein zweites Mal bei einer Frau sexuell misslang (Mann, Doktor Faustus, S. 145). Das Lachen von Leverkühn selbst war kein befreites Lachen, sondern, wie der

Erzähler weiß, Zuflucht und eine leicht orgiastische Auflösung der Lebensstrenge (Mann, Doktor Faustus S. 115). Das Lachen in der „Apocalipsis cum figuris“ sind leidvolle Liebesschreie. Burghard Dedner hat herausgearbeitet, dass das Gelächter bei Thomas Mann topischen Charakter trägt und dass es sich um ein potentielles Gelächter handelt, das die Gesellschaft dem Außenseiter entgegenbringt (Dedner, S. 88).

Auch bei anderen Figuren werden im „Doktor Faustus“ Sprachbesonderheiten hervorgehoben. Ehrenfried Kumpf, Theologieprofessor in Halle, war wegen seines pittoresk-altertümlichen Sprachstils beliebt (Mann, Doktor Faustus, S. 129). Doktor Kranich, der im Salon der Familie Rodde verkehrt, hat eine asthmatisch belegte Stimme. Leo Zink, ebenfalls aus dem Rodde-Kreis, sprach mit sanft schleppender Sprache. Baptist Spengler lächelte stets im Gespräch, während seine Augen rasch blinzelten. Er wird von Ines Rodde als versteckter Mensch und heimlicher Schleicher charakterisiert Mann, Doktor Faustus, S. 264). Saul Fitelbergs Sprechen setzte immer leicht verwischt, meist ziemlich hoch und zuweilen im Diskant ein (Doktor Faustus, S. 529). Auch Leverkühn hatte die Stimme des Erzählers und Zeugen in seiner „Apocalipsis“ für einen Tenor mit kastratenhafter Höhe geschrieben, die in der Aufführung von einem Tenori¬sten eunuchalen Typs gesungen wurde (Mann, Doktor Faustus, S. 500).

Mit seinen Auffassungen zum Geheimnis und zum Schweigen knüpfte Thomas Mann weniger an eine sprach- oder kunsttheoretische Diskussion an. Sie erklären sich biographisch aus eigenen Schamängsten. Als homosexuellem Künstler war ihm Sprache emanzipatorisches Medium. Er hat wie kaum ein anderer homosexueller Künstler sein Lebensproblem in der Kunst gestaltet. Seine Ironie, die man in der Charakteristik seiner Figuren, seiner Namensgebung und Konfliktgestaltung nachweisen kann, zeugt von höchster sprachlicher Meisterschaft, subtilster Sprachbeherrschung im Umgang mit polyvalenten Ausdrücken und souveräner Distanz zum Gegenstand und seiner Gestaltung. Im privaten wie öffentlichen Leben erreichte er hingegen in einem existentiellen Bereich seiner Persönlichkeit mit der Sprache keine befreiende Kommunikation. Maskierung, Verschweigen, Lügen gegenüber der Ehefrau, Freunden, den Kindern, der Öffentlichkeit gehörten zur sozialen Realität Thomas Manns. Angst vor Erpressertum, vor Indiskretionen, vor moralischer Diskreditierung zogen der Offenbarung scharfe Grenzen. Thomas Mann kannte den Spott, mit dem Heine Platens Homosexualität bedacht hatte, und auch den Hohn Brechts gegenüber seinem Sohn. Er wusste von den zahlreichen Verhöhnungen, denen Homosexuelle in der Presse ausgesetzt waren und die sein Sohn mehrfach hatte erfahren müssen.
Er verstand sich als ein bürgerlicher Künstler. Dies schloss aus, dass er emanzipatorische Selbstverwirklichung im Geschlechtlichen mit entsprechender Sozialform anstrebte. Das Geheimnis seiner Homosexualität hat Thomas Mann beschäftigt.
Es scheint ein Grund für das Formale vieler seiner Briefe selbst an engste Freunde zu sein, Grund für die panische Angst um das Abhandenkommen seiner Tagebücher, nachdem er in die Schweiz exiliert war. Mit der Figur Klöpfgeißels hat er solche Schamängste direkt angedeutet. Als es Klöpfgeißel sexuell misslingt, besticht er jene, die er nicht hatte verführen können, mit Geld, dass sie seinen Kumpanen nichts sage. Eine arge Beschämung, eine Demütigung hatte er erlitten (Mann, Doktor Faustus, S. 144). Darüber sollte geschwiegen werden.

Literatur

Latacz, Joachim (1993); Einführung in die antike Tragödie, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Bang, Herrmann (1922); Gedanken zum Sexualitätsproblem, www.herman-bang.de/lesebuch/gedanken-zum-sexualitäts-problem/

Nietzsche, Friedrich (1988); Das griechische Musikdrama, Kritische Studienausgabe in 15 Bänden, hrsg. von Giorgio Colli und Mazzino Montenari, München: Deutscher Taschenbuchverlag, Berlin/New York: de Gryter, Band 1

Nietzsche, Friedrich (1988); Jenseits von Gut und Böse, Kritische Studienausgabe in 15 Bänden, Band 5, hrsg. von Giorgio Colli und Mazzino Montenari, München: Deutscher Taschenbuchverlag, Berlin/New York: de Gryter

Andreas-Salomé, Lou (1983); Friedrich Nietzsche in seinen Werken, Frankfurt: Insel Verlag

Wurmser, Léon (1993); Das Rätsel des Masochismus, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag

Bertram, Ernst (1989); Nietzsche. Versuch einer Mythologie, Bonn: Bouvier Verlag

Mann, Thomas (1990); Lebensabriß, Gesammelte Werke in dreizehn Bänden, Band XI, Frankfurt: Fischer Verlag

Mann, Thomas (1990); Bekenntnisse eines Unpolitischen, Gesammelte Werke in dreizehn Bänden, Band XII, Frankfurt: Fischer Verlag

Mann, Thomas (1990); Leiden an Deutschland, Gesammelte Werke in dreizehn Bänden, Band XII, Frankfurt: Fischer Verlag

Mann, Thomas; Lotte in Weimar (1990), Band II, Gesammelte Werke in dreizehn Bänden, Frankfurt: Fischer Verlag

Hirschfeld, Magnus (1926); Geschlechtskunde, Band 1; Die körperlichen Grundlagen, Stuttgart: Verlagsbuchhandlung

Mann, Thomas (1990); Doktor Faustus, Band VI, Gesammelte Werke in dreizehn Bänden, Frankfurt: Fischer Verlag

Mann, Thomas (1990); Der kleine Herr Friedemann, Band VIII, Gesammelte Werke in dreizehn Bänden, Frankfurt: Fischer Verlag

Dedner, Burckhard (1992); Entwürdigung, in: „Heimsuchung und süßes Gift“. Erotik und Poetik bei Thomas Mann, hrsg. v. Gerhard Härle, Frankfurt: Fischer Verlag

Borchmeyer, Dieter (1994); Musik im Zeichen des Saturns. Melancholie und Heiterkeit in Thomas Manns Doktor Faustus, in: Thomas-Mann-Jahrbuch, Band 7, Frankfurt: Vittorio Klostermann, S. 167-123

„… IST DER KRIEG VORBEI?“

Thomas Klie

Der Krieg in der Ukraine tobt weiter. Die militärähnlichen Maßnahmen, die in Coronazeiten ergriffen wurden, sie werden zurückgenommen. Das gilt auch für die Maskenpflicht: Im ÖPNV gelten sie noch, auch in Pflegeheimen und Krankenhäusern. Ansonsten heißt es: Eigenverantwortlichkeit. Und das ist im Prinzip auch gut so. Inzwischen ist es vor allen Dingen eine individuelle Risikoabwägung, ob ich eine Maske trage oder nicht, ob ich mich geschützt fühle, andere schützen möchte. Wir sind in einer endemischen Situation gelandet, die zumindest einmal die mit einer Infektion verbundenen Risiken deutlich abmildert – auch bei älteren und hochbetagten Menschen.

Erst gab es keine Masken, dann wurde der Maskendeal zu einem unappetitlichen Geschäft, in das auch eine Reihe von Politiker*innen involviert waren, die noch nicht einmal vor Gericht belangt werden können. Der Anstand und die politische Führung, sie vermisst man – insbesondere in Bayern. Sicher ist: Am Anfang, insbesondere vor den ersten Impfmöglichkeiten, waren Masken und waren allgemeine Hygieneschutzmaßnahmen risikoadäquat und in vielen Situationen unverzichtbar. Mit der Verfügbarkeit von Tests, mit der „Durchimpfung“ von Heimbewohner*innen und den Mitarbeiter*innen ist auch in Pflegeheimen die Notwendigkeit, Masken zu tragen, deutlich gesunken. Und: Es gibt Gelegenheit die Lehren aus dem Infektionsschutzregime in Coronazeiten zu ziehen. Alle Maßnahmen – so heißt es im Juristendeutsch – müssen verhältnismäßig sein. Präventiver Schutz vor Infektionsgefahren über alles zu stellen, bedroht nicht nur Freiheitsrechte, wie die FDP betont, sondern greift auch in andere Grundrechte und schützenswerte Güter ein.

Nahe Angehörige, die „Liebsten“, erkennen zu können, emotionale Unterstützung zu erfahren, in das „Antlitz“ des Gegenübers zu sehen, Trost zu spenden, in existentiellen Krisen sein Gesicht zu zeigen und sich nicht zu entziehen: All das ist essentiell. Und es ist erschreckend, in welchem Maße Professionelle der Pflege, Verantwortliche in Heimen und Gesundheitsämtern die „Keime der totalen Institution“ (Hofmann) verbreitet und die „Ansteckungsgefahr“ einer einseitigen virologischen Betrachtungsweise befördert haben. Manche Einrichtungen haben lange an den massiven Restriktionen (Besuchsverbote, Ausgehregeln) festgehalten, auch als sie nicht mehr angeordnet und verpflichtend waren. Es gab aber auch Einrichtungen, in denen waren die Bewohner*innen in der gesamten Coronapandemie frei von Masken und konnten sich entsprechend begegnen – so dies denn infektiologisch verantwortbar war. Es ist ein anthropologisch verkürztes Menschenbild, wenn man Menschen auf ihre Keimträgerschaft und Infektionsanfälligkeit reduzierten will. Das ist leider geschehen. Daraus wird zu lernen sein. Pflege ist im Kern Interaktionskunst, so formulierte es Hilde Steppe. Zur Interaktionskunst gehört eben auch und gerade, bereit zu sein, in Beziehung zu treten, sein Gesicht zu zeigen, auch sein Gesicht zu wahren. Diese Seite der Pflege ist stets in Gefahr und sie wurde vor allen Dingen auch in der Aufarbeitung der Pandemie sträflich vernachlässigt. Fehler darf man machen. In Zeiten der Unsicherheit ist auch, wie das Bundesverfassungsgericht mehrfach betont hat, eine Entscheidungsprägorative der jeweiligen Regierung gerechtfertigt.

Die Zeiten sind nun aber vorbei. Der Coronakrieg ist beendet, der Ukrainekrieg wohl noch lange nicht.

DIE MASKENPFLICHT IN PFLEGEEINRICHTUNGEN IM KONTEXT VON HYGIENEVORSCHRIFTEN

Jan Steinhaußen

Hygienevorschriften in Pflegeeinrichtungen im Kontext von Teilhabebeschränkungen

Die Teilhabebeschränkungen von alten Menschen in Pflegeeinrichtungen sind kulturell und diskursiv verwurzelt und systemverursacht. Sie werden im wissenschaftlichen Diskurs seit über 20 Jahren kritisiert (siehe z. B. Klie 2014; Fussek, Schober 2013, Schulz-Nieswandt 2020a, b). Sie sind der Pflegegesetzgebung implizit eingeschrieben und ein „Kollateralschaden“ der Ökonomisierung. Im Pflegeversicherungsgesetz sind strukturelle Probleme angelegt, die exkludierende Pflegearrangements begünstigen. Mit der Orientierung der Qualitätsbeurteilungen auf die Einhaltung von Dokumentationspflichten, Hygienevorschriften und Personalvorhaltungen haben teilhabe- und menschenrechtsorientierte Aspekte in der Pflege an Bedeutung verloren (Klie, 2020a, S. 82 f.).

Diese eingeschränkten Menschenrechtsperspektiven, des Weiteren aber in den Tiefensignaturen neoliberal verformte Objektbilder von alten Menschen, die sich mit schutzrhetorischen Signifikaten camouflieren, sowie eine diskursive Stigmatisierungs-, Kasernierungs- und Überwachungslogik kommen unvermittelt im Infektionsschutzgesetz sowie in Dokumenten der Krisenbewältigung zum Ausdruck, die den Pflegebereich betreffen. In ihnen erfolgt(e) zwar ein Rekurs auf die Situations- und Lageabhängigkeit. Es dominiert aber der Imperativ.

Hygienevorschriften und Handlungsempfehlungen sind instrumenteller und direktiver Natur. Sie haben aber, da Freiheits- und anderweitige Grundrechte betroffen waren und sind, erhebliche politische, ethische und schwierige juristische Implikationen. Solche Zusammenhänge werden aber in der Regel nicht adäquat reflektiert und gewürdigt. In ihrer impliziten Philosophie handelt es sich um dirigistische Handlungsanweisungen, die an so gut wie keiner Stelle die Grund-, Selbstbestimmungs- und Patientenrechte der Pflegebedürftigen würdigen. Sie werden durch die Vorschriftsattitüden, die den abstrakten Schutz der Gemeinschaft vorgeben, (nahezu) vollständig absorbiert. Sie unterstellten vor allem während der Coronapandemie einen anhaltenden katastrophenassoziierten Krisenmodus, der auch dann greift, wenn Erkältungs- und grippale Symptome nachweisbar sind. Sie suggerier(t)en Sicherheit, sie woll(t)en kontrollieren und Haftungsrisiken verringern und ausschließen.

In ihnen kommt ein Altenbild zum Ausdruck, das den alten Menschen zum Objekt von Vorschriften degradiert. Alte Menschen sind explizit und im Subtext solcher Dokumente ansteckungs- und krankheitsverdächtig, vulnerabel, symptomatisch, kontaminierte Risikofaktoren, Verdachts- und Krankheitsfälle, Keim- und Virusträger. Sie sind im Verdachtsfall zu melden. Wohnräume werden zu Pandemiezonen mit Kohortenisolierung. Bei Symptomen sind Bewohner*innen auf ihren Zimmern zu isolieren. Im „Verdachtsfall“ erfolgt die Kommunikation, Interaktion und Pflege mit „PSA: Schutzkittel, Einmalhandschuhe, mindestens dicht anliegender MNS bzw. Atemschutzmaske und ggf. Schutzbrille“ (Handlungsempfehlungen, S. 7 f.). Besuche von Angehörigen oder Bezugspersonen sind verbunden mit telefonischer Anmelde-, Registrierungs-, Desinfektions-, Hygienebekleidungs-, Melde-, Belehrungs-, Unterschrifts- und Eskortierpflicht, mit Schleusen, Terminierung, Zeitlimits, Aufsicht und Kontrolle, Tests, bereichsbezogenen Zutrittsbeschränkungen und -verboten, sowie Leitsystemen. Bei Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion im Heim galt ein striktes Besuchsverbot (Handlungsemp-

fehlungen 2020, S. 13 f.). Der Besuch wurde wie in totalen Institutionen zum Privileg. Die Affekt- und Bedürfnisregulierung der Bewohner wurde an die Einhaltung von Hygienemaßnahmen geknüpft, individuelle Handlungen entwertet. Die Perspektive eines wertvollen Lebens und Lebenssinn wurden formatiert durch Hygienevorschriften.

Aus den Handlungsempfehlungen und -vorschriften während der Coronapandemie geht unzweifelhaft hervor, dass das Pflegesystem auf pandemische Gefährdungen mit tradierten Reflexen einer Quarantäneordnung reagierte, die eine akutklinische Atmosphäre implizierte, die einer Normalisierung des Wohnens zuwiderläuft (Schulz-Nieswandt 2020 b, S. 6). Heimleiter wurden als Hygieneverantwortliche zu Hütern über Menschenrechte, die sie bei Vorliegen bestimmter Bedingungen außer Kraft setzen können. Das Heim ist Quarantäneraum (Schulz-Nieswandt 2020a, S. 65). Die Bewohner sind das Objekt von Versorgung, Verboten, Schutz- und Isolierungsmaßnahmen, Genehmigungen, Prüfungen, Interventionen usw. usf.

Solche Handlungsimperative werden insbesondere dort ethisch problematisch, wo Pflegebedürftige in nötigender 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 flexibilisierte sich nicht, sondern wurde starrer, in dem es Veränderungsanforderungen an die Heimbewohner weitergab, die diese, ohne Anpassungsstörungen zu entwickeln, nicht erbringen können und konnten.

In dieser Intention nivellier(t)en Hygienevorschriften systemische Interessensdivergenzen. Trägern von Pflegeeinrichtungen geht es um Sicherheit ihrer Bewohner. Sie haben eine Kollektivverpflichtung. Ihnen obliegt eine erhebliche Gesamtverantwortung. Sie sind Prüfungsregularien, Sanktionen und haftungsrechtlichen Risiken ausgesetzt. Sie müssen wirtschaftlich arbeiten und haben Verantwortung für die Gesundheit der Mitarbeiter. Diese Perspektiven sind ernst zu nehmen. Bewohner von Pflegeeinrichtungen und ihren Angehörigen geht es gleichermaßen um den eigenen Schutz der Gesundheit, des Weiteren aber um ein normales Wohnen und Leben in Gemeinschaft, um mitfühlende und wertschätzende Kommunikation, um soziale Beziehungen, die ihnen am Lebensende das Gefühl von Geborgenheit vermitteln.

Diese humanitären Perspektiven sind unveräußerlich, auch wenn die Dilemmata zwischen Schutz- und Sorgeperspektive offensichtlich ist. Insofern müssten Hygienevorschriften für isolierende Schutzmaßnahmen in Pflegeeinrichtungen abwägen, was angesichts der begrenzten Lebensperspektive von Hochaltrigen menschenwürdig ist.

Die restriktiven Hygieneempfehlungen und -vorschriften verweisen unabhängig von ihren diskursiven Implikationen, die den alten Menschen als Objekt beschreiben, auf strukturelle Probleme (siehe auch Kricheldorff 2020, S. 742). Alle Probleme mit Keimen, Bakterien und Viren verschärfen sich unter „haltungsähnlichen“ Bedingungen. Pflegeheimbewohner waren und sind nicht nur deshalb so gefährdet, weil sie auf Grund ihres hohen Alters zu einer sog. vulnerablen Gruppe gehören und sie körpernah gepflegt werden müssen, sondern weil sie hospitalisiert in Einrichtungen untergebracht sind, in denen Übertragungsketten schwer beherrschbar sind, weil das Personal auch in Coronazeiten stark fluktuiert, des Weiteren aber weil ihre Umgebung ihrem Immunstatus kaum förderlich ist.

Die restriktiven Hygienevorschriften bringen es zum Ausdruck: Sie sind ausschließlich risikovermeidend verfasst. In dieser Intention verfehlen sie ihr Ziel, weil sie den „sozialen Tod“ in Kauf nehmen und keinen Selbstverantwortungsimpuls formulieren. Sie erzeugen das Gegenteil, Ängste, Frustration, Demotivation und rituell formalisiertes Handeln. In ihrer restriktiven und alltagsfremden Diktion verschärfen sie Handlungsunsicherheiten und Haftungsrisiken. Dieses in den Hygienevorschriften zum Ausdruck kommende Altenbild ist politisch nicht mehr kommunizierbar. Alte und auch pflegebedürftige Menschen haben Lebensansprüche, sie wollen aktiv und selbstbestimmt sein und Sorge tragen, sie wollen eingebunden und keine Versorgungs- und Verdachtsfälle sein. Ein modernes Altenbild orientiert sich an Teilhabeansprüchen, Selbstverantwortung und Autonomie des Menschen, zumal in existentiellen Fragen des Lebens und des Lebensendes.

Die Maskenpflicht in Gemeinschaftsräumen der Langzeitpflege

Das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) legte in seiner Fassung vom 16.9.2022 fest, dass in bestimmten Einrichtungen, wie den Einrichtungen der Langzeitpflege, unabhängig davon, ob der Deutsche Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, hygienische Schutzmaßnahmen wie das Tragen einer FFP 2 Maske angeordnet werden können, wenn es eine saisonal hohe Dynamik gibt. Liegt eine epidemische Lage vor, können auch Maßnahmen wie Besuchsverbote in Pflegeeinrichtungen weiterhin erteilt werden. Pflegeeinrichtungen und die in ihnen Wohnenden, die der Schutzattitüde des Staates unterworfen sind, haben in der Diktion des Infektionsschutzgesetzes wie Krankenhäuser einen Sonderstatus.

Das ethisch Problematischste im Pflegebereich war ganz sicher nicht die Pflicht, eine Maske zu tragen, sondern die mit den Hygienevorschriften verbundene Würdeverletzung sowie der gravierende Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht von alten Menschen, deren Handlungsoptionen eingeschränkt sind und die sich in einer strukturellen Abhängigkeit von Pflegepersonal und Einrichtungsabläufen befinden. Das Besuchsverbote wog in diesem Kontext ganz sicher bei Weitem schwerer als die Maskenpflicht.

Dennoch stellte die Maskenpflicht für Pflegeheimbewohner*innen in verschiedener Weise einen gravierenden Eingriff in die Persönlichkeitsrechte dar.

Friedhelm Hufen hat im Rahmen eines von der BAGSO in Auftrag gegebenen Rechtsgutachtens bereits im Herbst 2020 mit Bezug auf die Besuchsverbote auf verschiedene Implikation hingewiesen, die im Grundsätzlichen auch auf die Maskenpflicht zutreffen (Hufen). Demnach sind pflegebedürftige Menschen und in besonderem Maße auch demenzerkrankte Menschen uneingeschränkt Träger von Grund- und Freiheitsrechten. Die Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) schützt den Kernbereich ihrer Selbstbestimmung, die persönliche Integrität und die Existenz des Menschen als soziales Wesen. Das Grundgesetz schützt ebenfalls nicht nur die physische, sondern gleichermaßen die seelische Integrität (Art. 2 Abs. 2 GG). Die allgemeinen Persönlichkeitsrechte schützen des Weiteren die Selbstbestimmung über das eigene Leben und den eigenen Körper (Art. 2 Abs. 1 GG) sowie die freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 11 GG). Einschränkungen von Persönlichkeitsrechten sind zwar vor dem Hintergrund von Seuchengefahren grundsätzlich möglich, sie müssen aber auf Verhältnismäßigkeit und Folgenabwägung geprüft werden. Art. 3 GG verbietet jede sachlich nicht begründete Ungleichbehandlung und Diskriminierung älterer und pflegebedürftiger Menschen.

Die Maskenpflicht in Pflegeeinrichtungen verstößt in verschiedener Hinsicht gegen grundgesetzlich garantierte Selbstbestimmungsrechte. Sie wurde angeordnet ohne Abwägung der Folgen für Pflegeheimbewohner. Sie wurde, selbst als die Maskenpflicht für andere öffentliche Bereiche aufgehoben wurde, nicht auf Verhältnismäßigkeit und Alternativen geprüft. Es wurde auch nicht geprüft, inwiefern eine Maskenpflicht die Würde des Menschen verletzt und welche psychischen Folgen das Tragen einer Maske gerade für Demenzerkrankte hat. Laut einer qualitativen Studie mit Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen ging der Ausfall von Betreuungsangeboten (wie Tagespflege) und therapeutischen Angeboten (wie Ergotherapie) mit Zustandsverschlechterung in der Kognition und vermehrtem Rückzug und Antriebslosigkeit einher (Geyer et al. 2020).

Die Maskenpflicht im privaten Wohnraum verletzte nicht nur das Selbstbestimmungsrecht, sondern das Recht auf Privatheit und Privatsphäre, das in allen Demokratien als Menschenrecht gilt und sich aus Art. 2 GG, das heißt den Persönlichkeitsrechten ableitet.

Insofern wurden und werden Pflegeeinrichtung nach wie vor als Sonderanstalten betrachtet, in denen ein normales Wohnen und Leben nicht möglich ist.

Auf diese fürsorglich verpflichtende „Belagerung“ von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen und deren im Kern entmündigende Situation hat das Gutachten von Friedhelm Hufen mit Bezug auf die Besuchsregeln nachdrücklich hingewiesen.

Die Maskenpflicht in Pflegeeinrichtungen hat in diesem Kontext zunächst eine untergeordnete Rolle gespielt. Allerdings haben spätestens seit Sommer 2022 verschiedene Patienten- und Seniorenorganisationen, Gerontologen und nicht zuletzt der Landesseniorenrat Thüringens auf die ethischen und psychischen Implikationen einer Maskenpflicht hingewiesen. Der Landesseniorenrat von Baden-Württemberg mahnte in seiner Stellungnahme vom 28.09.2022 an, dass die Maskenpflicht in Gemeinschaftsräumen von Pflegeeinrichtungen stark in die Lebensqualität und Teilhabe von Bewohnerinnen und Bewohnern eingreife. Er forderte, was der Landesseniorenrat Thüringen unterstützte, wieder stärker das Selbstbestimmungsrecht und die Selbstverantwortung der betreuten und gepflegten Menschen in den Blick zu nehmen (Stellungnahme LSRBW). Die BAGSO forderte noch im Februar 2023 ein Ende der Masken- und Testpflicht in Pflegeheimen (Stellungnahme BAGSO).

Der sicher bekannteste Gerontologe Deutschlands Andreas Kruse und der evangelische Theologe Peter Dabrock meinten in einem Gastbeitrag für den Spiegel im September 2022, dass die undifferenzierte Maskenpflicht in Pflegeeinrichtungen zu schweren, ethisch und rechtlich inakzeptablen Grundrechtseinschränkungen geführt hat. Die Gesetzesvorlage, die diese Sonderbehandlung von Pflegebedürftigen noch beim Ausklingen der Pandemie vorsah und schließlich durchsetzte, sei paternalistisch, unfair und unverhältnismäßig scharf. Sie missachte elementare menschliche Bedürfnisse. Pflegebedürftigen dürfte es weniger um eine absolut längere Lebensdauer gehen als Menschen und insbesondere Angehörige in leiblichen Begegnungen und mit ihrem Antlitz wahrzunehmen. Einem Menschen darf nicht, gerade mit Blick auf die begrenzte Lebenszeit, die Möglichkeit genommen werden, andere ganzheitlich in ihrer Einzigartigkeit wahrzunehmen, zumal das Gesicht insbesondere für kognitiv eingeschränkte Menschen der wichtigste Anker für Begegnung ist (Dabrock, Kruse).

Der Gesetzgeber und die politischen Protagonisten haben während der Pandemie nicht nur die Würde von Pflegebedürftigen und deren Grundrechte nicht adäquat berücksichtigt. Sie degradierten sie, was im SGB XI eingeschrieben ist, als Objekt von Versorgungs-, Hygiene- und Schutzmaßnahmen, so als ob die Betroffenen über kein subjektives Mandat mehr verfügen. Die Maskenpflicht verschärfte insofern die anonyme emotionale Kälte in Pflegeeinrichtungen, der sich Mitarbeitende in der Pflege und Angehörige versuchten entgegenzustellen.

In Pflegeeinrichtungen lebende Menschen waren während der Coronapandemie ungeachtet ihrer überwiegenden Bereitschaft, sich impfen zu lassen und selbst zu schützen, hohen Belastungen und der Schutzattitüde des Staates ausgesetzt, die mit Menschenrechtsverletzungen, einer Verletzung von elementaren Persönlichkeitsrechten, mit Besuchsverboten, Bewegungs- und Kontakteinschränkungen, Therapieabbrüchen, eingeschränkter medizinischer Versorgung u. a. m. verbunden waren. Sie (wie auch Pflegende) haben diese Situation, wie Befragungen nahelegen, mit bewundernswerter Contenance ertragen. Für den durchaus problematischen Hinweis, sich mit der Ohnmacht anzufreunden, in dem Nietzsches Amor fati einen Nachklang findet, sind ältere Menschen in der Regel offen. Das betraf auch das Tragen einer Maske. Es gab gegenüber der Maskenpflicht in Pflegeeinrichtungen in der Regel keine Verweigerungen. Ältere pflegebedürftige Menschen haben, darauf verweisen auch die folgenden Interviews, versucht, die schwierigen Umstände ihrer Existenz zu integrieren. Das „Wohlfühlparadox“ beschreibt einen gnadengeneigten Kompensationsprozess, der bewirkt, dass insbesondere alte Menschen trotz objektiv schwieriger Lebensbedingungen und progredierender gesundheitlicher Einschränkungen ihre Lebenssituation als erträglich empfinden. Die kognitive Umstrukturierung positiviert das Leben. Alte Menschen vergleichen, wie aus untenstehenden Interviews eindrücklich hervorgeht, ihre aktuelle Lebenssituation im Sinne eines „günstigeren Abwärtsvergleichs“ mit Lebensabschnitten, in denen es ihnen schlechter ging. „Es hätte schlimmer sein können. Wir leben.“, so hätte man ihre alltagsbezogene Lebensbewältigung interpretieren können.

Dennoch: Die Maskenpflicht für Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Langzeitpflege war nicht nur aus grundgesetzlicher Sicht in verschiedener Weise problematisch. Was bedeutet sie für Bewohnerinnen und Bewohner sowie Pflegende in Einrichtungen der Langzeitpflege?

Der Maskenzwang im Alltag, auch wenn er sich in der Regel vor allem auf die Gemeinschaftsräume bezog, war ein gravierender Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht von pflegebedürftigen Menschen. Dieser Eingriff wirkt mit Bezug auf pflegebedürftige Menschen ethisch deshalb so problematisch, weil sie sich ohnehin in einer strukturellen Abhängigkeit befinden, weil ihre Teilhabemöglichkeiten und Entscheidungsfreiheiten ohnehin schon beschränkt sind. Jede Autonomiebeschränkung, jede Verletzung von Selbstbestimmungs- und Persönlichkeitsrechten impliziert eine Würdeverletzung. Bewohnerinnen und Bewohner werden als Sondergruppe in besonderen Einrichtungen deklariert, über die im Alltag eine Verfügungsmacht und paternalistischer Fürsorgeimperativ besteht, der bis in die intimsten Bereiche des Alltags reicht.

Alte Menschen haben das intrinsische Bedürfnis, individuell zu sein und als Individualität wahrgenommen zu werden. Sie legen Schmuck an, sie pflegen ihre Haare, sie wollen als gepflegt, gut gekleidet und mit ihren individuellen Bedürfnissen wahrgenommen werden. Sie empfinden Scham, wenn ihr individueller Raum und ihr intimer Lebensbereich verletzt wird. Sie empfinden den Verlust von Individualität als tiefgehende Würdeverletzung.

Das Gesicht ist das körperliche und äußerlich sichtbare Zentrum der Individualität eines Menschen. Die Maskierung des Gesichts entindividualisiert elementar. Diese Entindividualisierung wirkt in Pflegeeinrichtungen schwer. Für pflegebedürftige Menschen ist der Umzug in eine Pflegeeinrichtung, vor allem wenn besuchende Lebenspartner fehlen, der dramatischste und unumkehrbare Abstieg, der mit geringstem „kulturellen Kapital“, der Entwertung des sozialisierten individuellen Lebensstils, fehlender Intimität, mit Status- und Rollenverlust, geringsten Subsistenzmitteln, bedrückenden Abhängigkeitsverhältnissen, fehlenden Normalstandards, der Nivellierung von Lebensleistung usw. assoziiert ist. Eine individuelle Pflege gehört zwar zum Anspruchsrepertoire von Pflegeleistungen. Sie ist aber angesichts der Personalbestände in der stationären Pflege weder Standard noch Alltagserfahrung.

Der „Gesichtsverlust“ und die Gesichtsreduzierung in der Pflege verstärkten diese Entindividualisierungsprozesse. Sie depersonalisierten Pflege und Betreuung in einer weiteren Dimension. Sie entnormalisierten das Wohnen. Der Zutritt zum Wohnraum von Pflegebedürftigen wurde an Bedingungen geknüpft, wie sie für Forschungslabore für antivirale Immunität gelten.

Die Maskierung wirkte doppelt. Die Bewohnerinnen und Bewohner wurden selbst nicht mehr adäquat als Individualitäten wahrgenommen. Und sie konnten eine Pflege mit Schutzbekleidung, Handschuhen und FFP 2 Maske kaum als individuelle Zuwendung empfinden.

Das Leben in einer Pflegeeinrichtung soll eine normale Wohnsituation simulieren. Humane Pflege zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich an der Normalität eines Alltags orientiert, der keine akut klinische Atmosphäre impliziert. Pflegeeinrichtungen sind Lebensorte und keine Akutkrankenhäuser. Auch ein Hygieneregime und Hygienevorschriften haben sich an Standards des normalen Wohnens und nicht an intensivmedizinischen Stationen zu orientieren.

Eine Maskenpflicht, die in akuten Gefährdungskonstellationen im Interesse des Lebensschutzes sinnvoll und notwendig sein kann, konterkariert in Pflegebeziehung, wenn sie zur Alltäglichkeit wird, das Prinzip von Normalität. Es ist im abendländischen Kulturkreis nicht normal, Menschen im Alltag mit Maske zu begegnen. Sie entfremdet und inszeniert das Unnormale und den Akutzustand als Normalität.

Zudem ist menschliches Handeln im Wesentlichen kommunikatives Handeln. Kommunikatives Handeln bezeichnet im Sinne von Habermas soziales Handeln, bei dem die Akteure versuchen, ein gemeinsames Verständnis zu erreichen und konsensuelle Interaktion zu ermöglichen. Beschränkungen von Kommunikation ist gleichzusetzen mit einer Einschränkung von sozialem Leben. Dort, wo es elementar an kommunikativen Akten fehlt, pathologisieren sich soziale Beziehungen.

Pflegeeinrichtungen sind für Pflegebedürftige kommunikationsarme Settings. Die Gesprächszeiten mit Pflege- und Betreuungspersonal beschränken sich auf wenige Minuten am Tag. Die Qualität und Inhalte der Gespräche finden zumeist auf einer pflegebezogenen Verrichtungsebene statt. Die Maskenpflicht beschränkte die Kommunikation in Pflegeeinrichtungen sowie das Verständnis gesprochener Sprache in elementarer Weise und in einem kaum erträglichen Maße. In Teilen wurden die Mahl-

zeiten auf den privaten Zimmern eingenommen. Masken behinderten das Sprechen und Hören. Diese Sprach- und Sprecheinschränkung muss auch vor dem Hintergrund gesehen werden, dass sich die Hör- und Artikulationsfähigkeiten im hohen Alter deutlich verringern. Die meisten hochaltrigen Menschen in Pflegeeinrichtungen leben mit schweren Hörbeeinträchtigungen und haben vor allem bei neurologischen Erkrankungen Artikulationsschwierigkeiten. Die Maskierungspflicht führt aber nicht nur zu Behinderung von Kommunikation und Verständnis, sondern dass Menschen, Pflegende wie Gepflegte weniger oder überhaupt nicht sprechen. Die ohnehin schon geringe Kommunikationsdichte, die häufig frei ist von emotionalen Zuwendungsgesten, verringerte sich weiter. Solche Einschränkungen hatten zur Folge, ohne dass es Ansätze von Untersuchungen gab, dass sich Sprach-, Sprech- und kognitive Fähigkeiten von alten Menschen weiter verschlechterten.

Zu bedenken ist auch, dass alte Menschen, die zumeist mit schweren Sehbeeinträchtigungen leben, andere, etwa wie Pflegende, über das Gesicht und seine Konturen, des Weiteren über Körpersignaturen und die Stimme erkennen. Diese Dimensionen des Gesichts sind mit Bezug auf an Demenz erkrankten Menschen als viel essentieller zu bewerten. Demenzerkrankte Menschen besitzen starke Emotionen. Sie können auf vielfältige Weise, über Mimik und Gestik, über Verhalten, über ihre Körpersprache kommunizieren und Zufriedenheit oder Unzufriedenheit ausdrücken, sie besitzen differenzierte nichtsprachliche Fähigkeiten und biografische Erinnerungen, die über ihre Sinnesorgane aktualisiert werden. Aber eben häufig nicht mehr über das Sprechen und die Sprache. Das Gesicht hat hier eine zentrale Bedeutung und Ankerfunktion.

Über das Gesicht wird aber nicht nur einfach kommuniziert, es ist Ausdruck von Gefühlen, von Trauer, Schmerz und Freude. Über das Gesicht entstehen Bindung und Sympathie. Man könnte weitergehen und Emmanuel Levinas so interpretieren, dass erst über das Gesicht Verantwortlichkeit für einen Menschen, ein ethischer Bezug und Verbindlichkeiten entstehen (Levinas, S.33). Jede körperliche Pflege und Zuwendung werden nicht durch den Arm, das Bein, einen Finger oder den Brustkorb, sondern über wohlwollende Berührung und das Gesicht vermittelt. Seine Verhüllung beraubt einer Beziehung das Essentielle. Das Gesicht wird qua Gesetz und Verordnung reduziert auf ein Respirationsorgan.

Die Maskenpflicht in Pflegeeinrichtungen mag virale Gefährdungen in bestimmtem Maße einschränken und eingeschränkt haben. Sie konnte, wie die Vergangenheit zeigte, nicht verhindern, dass es Infektionen und Todesfälle auf Grund von Coronaerkrankungen gab. Insofern müssen Wirkungen und Folgen einer Maskenpflicht gegeneinander abgewogen werden.

Perspektiven von Hygienevorschriften

Krisendruck verstärkt, wie die Vergangenheit zeigte, die Tendenz, Problemlagen nach Mustern einer restriktiven Präventionsstrategie zu bearbeiten (Vobruba 1983: 31) und dirigistisch und paternalistisch zu intervenieren. Restriktive Präventionsmaßnahmen sind, wie die Hygieneregeln exemplarisch verdeutlichen, assoziiert mit partizipationseinschränkender Überwachung. Mit ihr ist die Illusion einer Präventionsidee verbunden, man könne die Komplexität von Leben und Lebensverläufen rationalisieren und beherrschen und die Risiken so eliminieren, wie man Unkraut ausreißt (Castel 1983: 59 ff.). Solche Präventionsansätze vernachlässigen, dass die besten Schutzfaktoren für Gesundheit und Lebenszufriedenheit Liebe, Zuwendung und Sinnzusammenhänge sind. Häufig kann es sinnvoller sein, auf stressinduzierende präventive Maßnahmen zu verzichten, um die Lebensqualität zu erhalten. Zumindest müssen solche Ansätze und Erwägungen und eine entsprechende Praxis zulässig sein.

Eine adäquate Reaktion auf Gefährdungssituationen ist ganz sicher nicht der Verzicht auf Prävention und präventive Maßnahmen wie das Masketragen, sondern ihre partizipative Formulierung und individuell angemessene Anwendung, die die Selbstbestimmungsrechte und Eigenverantwortlichkeiten der Menschen für sich selbst nicht außer Kraft setzen. Präventionsstrategien müssen berücksichtigen, dass Menschen im Hier und Jetzt leben, dass sie sich selbst verwirklichen wollen, was impliziert, dass sie ihr Leben selbst bestimmen, selbst führen, gestalten und kultivieren können. Aus einer begrenzten Lebensperspektive kann es für Hochaltrige sinnvoller und humaner erscheinen, Kontakte zu Verwandten (auch unmaskiert) zu erleben, als sich restriktiven Isolierungsmaßnahmen zu unterwerfen, die Leid und Depressionen induzieren.

Was dem (alten) Menschen Würde verleiht, ist nicht seine ferne Lebenserwartung, die durch Isolation, Zwangs- und Kontrollsettings unter Umständen erweitert wird, sondern Lebenssinn, Wertschätzung und, im Sinne von Norbert Bolz (Bolz 2009), seine Lebensführung. Präventionsstrategien und Hygieneregeln und ihre Akteure haben für sie einen Rahmen zu bilden. Sie können Menschen auf ihrem Weg begleiten.

Bezieht man Veränderungen auf das Vordringlichste, auf die Signatur von Hygienevorschriften, dann wäre folgendes zu bedenken: Hygienevorschriften wie die Pflicht, eine Maske zu tragen, kodifizieren Risiken, Risikoabwägungen und Sicherheit. Sie spiegeln Werte und Interessen wider.
Im Subtext camouflieren sie, während sie Schutz reklamieren, häufig ein defizitäres Altenbild, eine maligne Sozialpsychologie sowie das Gegenteil von Hygiene: Angst und Ekel sowie Distanz vor „Subjekten“, die mit Schmutz, Unrat, Nutzlosigkeit, Krankheit und Tod verbunden werden (Schulz-Nieswandt 2020a, S. 20).

Es ist ein Missverständnis, dass Hygienevorschriften (nur) den Willen einer bürokratischen Verwaltung nach abstraktem Schutz einer Gemeinschaft Ausdruck verleihen sollen. Sie sollen auch nicht in erster Linie Haftungsrisiken begegnen. Sie müssen aus der Perspektive der Schutzbedürftigen formuliert sein, ihren Willen zum Ausdruck bringen sowie individuelle und gemeinschaftliche Interessen der Schutzbedürftigen und Pflegenden in Einklang bringen. In dieser Intention müssen sie die individuellen Teilhabeperspektiven aufnehmen. Sie sollten ausdrücklich die individuellen Lebenslagen von Pflegebedürftigen würdigen und „Ausnahmeregelungen“ formulieren. Wenn sie Grundrechte einschränken, müssen sie eine Zumutbarkeits-, Verhältnismäßigkeits-, Alternativ- und Menschenrechtsperspektive reflektieren.

Die Reduktion auf eindimensionale direktive Handlungsanweisungen, die suggerieren, dass mit Hygienekleidung, FFP 2 Masken, Abstandsregelungen, Isolierungsmaßnahmen usw. die Probleme in den Griff zu bekommen sind, ist unterkomplex und wird der schwierigen Situation, in der sich Träger, Pflegende und Gepflegte befinden, nicht gerecht. Das impliziert ein inklusives Verständnis von Schutzmaßnahmen und die Frage, wer Anpassungsleistungen zu erbringen hat. Soll das Pflegesystem auf eine pandemische Lage flexibel auf die Bedürfnisse von Bewohnern reagieren und angepasst werden oder sollen Bewohner eine Anpassungsleistung erbringen, die sie auf Grund geringerer Anpassungsressourcen nicht mehr erbringen können? Da Hochaltrige auf Grund ihres Alters und ihres Immunstatus in allen nur denkbaren Situationen die vulnerabelste soziale Gruppe sind, müssen Pflegeeinrichtungen mit erheblichen viralen und bakteriellen Gefährdungen jeglicher Art umgehen (lernen), ohne dass bei jeder Ansteckung und bei jedem Risiko elementarste humanitäre Standards und Persönlichkeitsrechte außer Kraft gesetzt und Krisenszenarien vorgeführt werden.

Vor diesem Hintergrund müssen Hygienemaßnahmen in ihrer Signatur auf Verhältnismäßigkeit und Normalität beruhen. Das bezieht sich auch auf das Tragen einer Maske. Das Normalisierungsprinzip gehört zu den Grundprinzipien einer humanen Pflege. Es soll eine Transformation zum normalen Wohnen und zu einem teilhabeorientierten Leben ermöglichen. Gerade Demenzerkrankte können nicht, ohne erhebliche Beeinträchtigungen und weitere psychische Störungen zu entwickeln, in einem Krisenmodus und mit einer Maskenpflicht leben, die keine adäquate Kommunikation zulässt.

Normalisierung bezieht sich auf ein normales Leben mit einer "Behinderung" (siehe: Rahmenempfehlungen, 2006, S. 40 ff.). D. h., es geht nicht um maximalen Schutz vor viralen Gefährdungen, sondern um angemessenen Schutz, der auf Folgenabwägungen beruht. Diese Folgenabschätzung hat einzurechnen, dass Isolierungs- und Hygienemaßnahmen wie das Masketragen Stress und psychische Erkrankungen erzeugen, auslösen, verschärfen, chronifizieren, das Immunsystem schwächen und zum Tod führen können. Dieser Gedanke der Folgenabschätzung kam in den Hygienevorschriften an faktisch keiner Stelle zum Ausdruck. Sie ist aber essenziell, weil die Folgen von Isolierungs- und Hygienemaßnahmen für den Einzelnen und für eine soziale Gemeinschaft schwerer ins Gewicht fallen können, als die Schutzmaßnahmen Schutz bieten. Insofern müssten Hygienevorschriften keinen Ver-

bots- und Einschränkungs-, sondern einen Ermöglichungscharakter tragen. Sie sollen Teilhabe unter veränderten Bedingungen ermöglichen. Sie müssen alltagstauglich, zumutbar, nachvollziehbar und human sein. Sie müssen mit den Betroffenen und den Angehörigen kommuniziert und teilhabeorientiert umgesetzt werden.

Vordringlicher als das Nachdenken über die Philosophie und Signatur von Hygienevorschriften erscheint aber eine grundsätzliche Auseinandersetzung darüber, was zu den humanen Lebensbedingungen des hohen Alters gehört und wie man alten pflegebedürftigen Menschen mit Würde und Respekt begegnen kann. Das würde zu einer Neuformulierung der Grundlagen des Pflegeversicherungsgesetzes führen.

Literatur

Bolz, N. (2009): Ich will einen Unterschied machen! Essay. http://www.bpb.de/apuz/31704/ich-will-einen-unterschied-machen-essay?p=all [Zugriff: 25.05.2018].

Castel, R. (1983): Von der Gefährlichkeit zum Risiko. In: Wambach, M. M. (Hrsg.): Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S.51-74.

Dabrock, Peter; Kruse, Andreas (2022); Diese Maskenpflicht verletzt die Würde der Heimbewohner, Spiegel 05.09.2022, www.spiegel.de/politik/deutschland/infektionsschutz-diese-maskenpflicht-verletzt-die-wuerde-der-heimbewohner-gastbeitrag-a-8b63220d-1580-47b0-8276-199540170 84c

Fussek, Claus; Schober, Gottlob (2013); Es ist genug!: Auch alte Menschen haben Rechte, Knaur

Geyer, J., Böhm, F., Müller, J., Friedrichs, J., Klatt, T., Schiller, C. et al. (2020): Die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und pflegenden Angehörigen während der Coronavirus-Pandemie Eine qualitative Studie. Pflege 33(4): 189–197.

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)

Klie, Thomas (2014), Wen kümmern die Alten?, Pattloch

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

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

Masken- und Testpflicht in Pflegeheimen beenden! (06.02.2023); www.bagso.de/spezial/aktuelles/

Regelungen des Infektionsschutzgesetzes für die Einrichtungen der voll- und teilstationären Pflege (28.09.2022); lsr-bw.de/regelungen-des-infektionsschutzgesetzes-fuer-die-einrichtungen-der-voll-und-teilstationaeren-pflege/

Schulz-Nieswand, 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

Stellungnahme BAGSO (2023); Masken- und Testpflicht in Pflegeheimen beenden! (bagso.de)

Stellungnahme LSRBW (2022); Regelungen des Infektionsschutzgesetzes für die Einrichtungen der voll- und teilstationären Pflege - Landesseniorenrat BW (lsr-bw.de)

Vobruba, G. (1983): Prävention durch Selbstkontrolle. In: Wambach, M. M. (Hrsg.): Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 29-48.

ÜBER ALLTAGSSITUATIONEN IM PFLEGEBEREICH IM UMGANG MIT MASKEN: INTERVIEWS MIT HOCHALTRIGEN MENSCHEN SOWIE PFLEGEKRÄFTEN AUS DER MARIE-SEEBACH-STIFTUNG

ELSA RITTER – Stiftsdame der Marie-Seebach-Stiftung

Mein Name ist Elsa Ritter. Ich bin 94 Jahre alt und lebe seit Februar dieses Jahres hier.

Wie haben Sie die Maßnahmen gegen die Corona Pandemie empfunden?
Für die Regierung war das ja auch ein ganz neues Gebiet und sie mussten sich auf das verlassen, was sie von den Experten, also dem Robert-Koch-Institut gesagt bekamen. Was anderes wussten sie ja auch nicht. Und entsprechend diesen Maßnahmen haben sie das getan, wofür sie eigentlich da sind: Uns Maßnahmen gegeben, die wir einhalten mussten, damit wir alle dazu beitragen, dass das funktioniert.

Und hat es Sie selbst eingeschränkt?
Also mich hat es zum Teil schon selbst eingeschränkt, weil ich Probleme mit den Atemwegen habe. Und da hat mich das Masketragen ziemlich eingeschränkt. Man hat ja insgesamt die Kontakte nicht mehr so gehabt, wie sie vorher waren. Weil man wusste mit diesen Maßnahmen erstmal nichts richtig anzufangen.

Wie finden Sie das Tragen der Maske?
Ich habe Probleme mit den Atemwegen, da macht sie mir schon ein bisschen zu schaffen. Aber wenn es unbedingt sein muss, trag ich sie natürlich, klar.

Was verändert die Maske?
Dass man das, was gesagt wird, nicht so gut versteht.

Bei welcher Gelegenheit tragen Sie Maske?
Also wenn ich dazu aufgefordert werde Maske zu tragen, mach ich es auf alle Fälle.

Und würden Sie sagen, dass sich die Interaktion miteinander verändert hat durch die Maske?
Ja, es hat sich schon einiges verändert: Die Kontakte sind nicht mehr so eng, wie sie früher waren. Weil viele das Masketragen als belastend empfinden. Und jeder hat auch irgendwie eine gewisse Scheu und möchte kein Corona kriegen. Man sieht es einem nicht an, das ist ja das Problem.

Verstehen Sie die Pflegekräfte trotz Maske gut? Ist durch die Maske die Pflegequalität vermindert?
Die Pflegekräfte sind sehr bemüht und sehr bestrebt alles zu machen, damit es den alten Menschen und den behinderten Menschen im Leben gut geht. Ich bewundere sie, mit welch großem Verständnis sie diesen Menschen entgegentreten und welche Ruhe sie ausstrahlen.

Es ist alles nicht so einfach. Aber es nützt ja nichts. Ich habe schon ein paar Mal in meinem Leben solche Situationen erlebt. Ich kann mich zum Beispiel erinnern, gleich nach dem Krieg, das muss '46 oder so gewesen sein, begann die große Hungersnot. Es gab nichts zu essen und die Menschen haben alles, was sie als irgendwie essbar eingeschätzt hatten - Löwenzahn und was auf der Wiese wuchs - gegessen und dann hatte sich daraus eine schlimme Epidemie entwickelt mit Brechreiz und mit Durchfall. Das war hoch ansteckend. Und die Menschen, die davon betroffen waren, mussten eine gelbe Fahne zum Fenster raushängen, damit man sehen sollte, dass man sich diesem Haus bis auf 3 Meter nicht nähern durfte. Es gab ja keine anderen Möglichkeiten, es gab ja kein Radio, keine Verständigung. Und da hat man sich auf diese Art dann beholfen. Das ist meine Lebenserfahrung für solche Fälle, die da grassierten.

Wie ist es mit Besuch, den Sie bekommen? Tragen Freunde und Angehörige, die Sie besuchen kommen, eine Maske?
Die Besuche sind eingeschränkt, aber wenn Besuch kommt, hat er eine Maske auf. Sie fragen, ob sie die Maske abnehmen dürfen. Und es kommt immer darauf an, wie viele es sind. Sind wir ein ganz kleiner Kreis, dann machen wir auch mal die Maske ab. Aber wenn es ein größerer Kreis ist, ich würde sagen so 4-5 Personen, dann ist eine Maske angebracht. Weil man ja nicht weiß, mit wem die vorher Kontakt hatten.

PETER DORNHOFER – Stiftsherr der Marie-Seebach-Stiftung

Ich heiße Peter Dornhofer, bin 78 Jahre alt, stamme aus Bad Homburg, in der Nähe von Frankfurt. Lebe aber seit etwas mehr als 20 Jahren schon in Weimar.

Wie haben Sie die letzten zwei Jahre in Bezug auf Corona erlebt?
Mit so einer schwierigen Frage habe ich gerechnet. (lacht) Ich bin jemand, der nicht zu panischen Reaktionen neigt. Wenn ich etwas von Affengrippe höre, dann lache ich eher. Der Name ist toll, würde ich auch gerne haben. (lacht)

Corona, ich habe das so auf mich zukommen sehen. Sie können da ja gar nichts tun. Sie sitzen da und auf einmal haben sie es. Ich hatte erstaunlicherweise keine Nebenwirkungen. Gar keine. Ich bin getestet worden und dann kamen die und haben gesagt, positiv. Dann kommt noch der Hammer, 10 Tage Quarantäne, also zehn Tage auf einen Raum so groß wie der hier. Das Ende vom Lied war, dass ich wahrscheinlich der längste in Quarantäne lebende Mensch bin. Ich hab nämlich 25 Tage auf diesen 29qm zugebracht. (lacht) Du musst dir nur eine Beschäftigung suchen und du musst im Kopf ein Kino laufen lassen und nicht da draußen. Es ist halt so. Ich hab das überstanden.

Wie empfinden Sie das Tragen der Maske?
Ich empfinde das Tragen der Maske manchmal hinderlich, zum Beispiel wenn ich eine mit mir befreundete Person küssen will. (lacht) Aber ansonsten ist das zur Routine geworden. Ich finde das nicht so dramatisch.

Würden Sie sagen, dass sich die Kommunikation und Interaktion untereinander verändert hat?
Ich finde nicht, nein. Bei mir hat sich da nix verändert. Außer dass ich halt nicht gut höre und durch die Masken noch weniger gut. Aber das ist mein Pech, da kann die Maske nix dazu.

Also für Sie ist die Maske einfach ein Instrument zur Bekämpfung der Corona-Pandemie und das ist für Sie auch so in Ordnung das Tragen der Maske?
Das ist wie ein paar Schuhe. Man zieht die Schuhe an und die Maske setzt man auf und fertig. Da denkt kein Mensch drüber nach, zumindest ich nicht.

Manche Menschen reden relativ leise, durch die Maske wird das jetzt noch gedämpfter. Das ist schon manchmal peinlich, wenn ich in einem Gespräch 35 Mal sagen muss: «Können Sie das nochmal sagen, ich hab Sie wieder nicht verstanden.» Da denkt man dann natürlich, hast du eine Macke oder was ist mit dir los.

Sie waren ja so lange in Quarantäne und da kamen die Leute wahrscheinlich immer verkleidet mit Haube, extra Maske und Handschuhen. Wie haben Sie denn das erlebt?
Ja ja, das war ganz toll. (lacht) Haben Sie schon mal so einen gesehen, der Sie mit voller Montur besucht? Da denken Sie, oh, fährst du jetzt zum Mond. So sind die verkleidet. (lacht)

NANCY NAUHARDT – Pflegefachkraft in der Marie-Seebach-Stiftung

Mein Name ist Nancy Nauhardt, ich bin 38 und arbeite hier bei Seebachs schon mittlerweile 17 Jahre. Ich hab erst hier gelernt, dann hab ich Fachkraft gemacht und mache nun Wohnbereichsleitung.

Wie haben Sie denn die Maßnahmen gegen die Coronapandemie empfunden in den letzten zwei Jahren?
Am Anfang wars für uns alle… ja wahnsinnig, die Coronamaßnahmen. Wir wussten alle nicht, was auf uns zukommt und wie hart es uns treffen wird. Man hat ja im Fernsehen auch so viel gesehen, dass so viele Leute sterben, grade alte Menschen. Wenn es einmal rumgeht, haben wir dann auch so viele? Was müssen wir machen? Es war immer sehr verwirrend für uns alle. Weil wir eigentlich gar nicht so richtig wussten… es kamen neue Verordnungen, die kamen meistens freitags und sind aber auch Montag gleich in Kraft getreten. Das heißt wir mussten alle Angehörigen jedes Mal ganz schnell informieren, was ist denn als nächstes. Es war aufregend. Es war, naja, mehr, dass wir improvisiert haben, jedes Mal, jeden Tag neu improvisiert.

Wie haben Sie das Masketragen empfunden?
Am Anfang schwierig, muss ich sagen. Da muss man sich wirklich dran gewöhnen. Die Bewohner mussten sich dran gewöhnen, auch die Angehörigen, weil man ja alles sehr schlecht versteht. Viele Bewohner sind schwerhörig, die lesen uns vom Mund ab. Oder grade Demente schauen ja, wie wir grade von der Stimmung sind. Und das kann man schlecht nur an den Augen ablesen. Man braucht das ganze Gesicht als Gestik und Mimik, um zu sehen, ok, sie ist grade im Stress oder ihr geht's grade gut oder sonst irgendwas. Weil Bewohner, grade Demente, reagieren ja sehr stark auf uns. Und die sehen schon, ok, wenn sie heute stressig reinkommt, dann wird das mit der Pflege heute nichts. Aber das nur an den Augen abzulesen, ist für alle sehr, sehr schwierig, da muss man sich dran gewöhnen. Wiederum muss ich sagen, grade diese

Keime und Sachen, die wir von außen mitreinbringen, ich spiel jetzt mal auf Norovirus oder ähnliches an, das gabs in zwei Jahren nicht mehr. Also es hat alles Vor- und es hat alles Nachteile.

Bei welcher Gelegenheit tragen Sie denn Maske?
Wir tragen die ständig. Wir gehen auf den Wohnbereich mit der Maske, wir fangen unseren Dienst an, wir tragen die bei sämtlichen Kontakten mit den Bewohnern. Das einzige, wo wir sie wirklich absetzen, ist, wenn wir mal alleine am Schreibtisch sitzen, dass man da einfach eine kurze Pause hat oder wenn man raus geht und sagt, puh, jetzt brauch ich mal Luft.

Wie hat sich die Kommunikation und Interaktion mit den Bewohner:innen und Pflegekräften verändert?
Die Kommunikation ist anders. Man guckt mehr auf die Augen, also man guckt nicht mehr so auf den Mund. Früher war man auf den Mund fixiert, jetzt ist es mehr so, dass man in die Augen guckt. Also die älteren Menschen sind gegenüber der Maske verständnisvoll. Sie verstehen, warum wir das machen. Um sie auch einfach zu schützen. Wiederum verstehen sie nicht, warum wir manchmal eine Isolation oder so machen sollen, grade in den Anfangszeiten. Das wurde eine Weile akzeptiert, aber die haben dann auch irgendwann gesagt, wissen Sie, ich bin so alt, mir ist es wichtiger, ich hab Kontakte und ich kann mich mit meinen Menschen treffen, die ich gerne treffen möchte. Wenn ich dann Corona hab, dann sterbe ich dran. Ob ich das heute mache oder in fünf Jahren, ist mir egal, aber dieser Kontakt ist wichtig.

Inwieweit hat sich die körperliche Nähe durch Corona und die Masken verändert?
Ich denke die Veränderung ist allgemein, weil die Bewohner viel mehr Zeit mit uns verbracht haben als mit ihren Angehörigen. Wir waren die Hauptbezugspersonen, wir waren grade in diesem ersten Lockdown, wo niemand in dieses Haus durfte, außer das Personal, waren wir die Bezugspunkte. Wir waren die einzigen, die wirklich immer da waren. Und dadurch hat man, glaub ich, eine andere Bindung und eine stärkere Bindung zu den Bewohnern als davor. Wir haben Tablets gekriegt, dass wir skypen konnten oder wir haben telefoniert. Oder wir haben dann angefangen, solche Fenstergespräche zu machen: auf dem Balkon oder im Garten, alle mit ausreichend Abstand. Wir haben Glasscheiben im Innenraum organisiert, Tische auseinander gestellt und dann im 10 Minuten Takt gabs verschiedene Gespräche. Also es war ein bisschen wie im Gefängnis, muss man sich das vorstellen, so am Anfang. Es war ungewöhnlich. (lacht) Aber wir haben uns immer was einfallen lassen, dass die Bewohner Kontakt haben konnten. Und ich glaube, dafür sind die unglaublich dankbar.

Hat die körperliche Nähe zugenommen?
Ja. Man hat sich öfter in den Arm genommen und gesagt, Gott sei Dank bist du da. Und wir waren auch einfach froh, dass es uns – man muss es sagen – grade in Bezug auf Corona und grade in der ersten Welle nicht dolle getroffen hat. Wir sind sehr, sehr glimpflich immer davon gekommen. Wir hatten immer mal ein, zwei Fälle, die wir dann gut mit Hygienemaßnahmen sehr, sehr gut in Griff gekriegt haben.

Was ist denn ihr Wunsch für den zukünftigen Umgang mit der Pandemie?
Ich denke für uns alle wär es schön, nicht nochmal so eine krasse Isolation zu erleben. Wir müssen lernen, mit dem Coronavirus zu leben und dass es einfach für uns normal ist. Ich glaube, mit vielen Viren müssen wir lernen zu leben. Und dass uns als Haus oder in der Pflege vielleicht mehr Spielraum gegeben wird, einzuschätzen, müssen wir jetzt mehr reagieren und größere Maßnahmen fahren oder reicht es, wenn wir erstmal so weiter machen und sagen, Kontakte einschränken, häufiger Hände desinfizieren und kein Besuch bei Erkältungssymptomen. Ich glaube, das können wir schon als Fachkräfte recht gut einschätzen.

Wie stehen Sie zu einer zukünftigen Maskenpflicht?
Ich würde generell nicht die Masken wegnehmen. So eine OP-Maske finde ich persönlich gar nicht schlecht. Wir bringen halt wirklich viele Sachen mit, was wir uns vielleicht sparen können und nicht so dolle verbreiten könnten. Ich finde grade in medizinischen Einrichtungen und grade auch in Arztpraxen, finde ich das überhaupt nicht verkehrt. Und grade in Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen haben wir mit vielen Menschen zu tun. Ich glaube, grade so ein gesundes Maß an Masketragen ist gar nicht so verkehrt.

GISELA SCHMIDT - Stiftsdame in der Marie-Seebach-Stiftung

Mein Name ist Gisela Schmidt, ich bin 95 Jahre alt. Ich war Fotografin und habe eine große Familie, der ich mich gewidmet habe.

Wie haben Sie denn die letzten zwei Jahre die Coronamaßnahmen erlebt?
Nur so wie die anderen: beim Einkaufen die Maske. Hier [in der Marie-Seebach-Stiftung] auch, die ich aber immer vergessen habe. Wir konnten leider keine Treffpunkte mehr machen oder dann eben im kleinen Kreis. Es waren ja immer ein paar erlaubt. Ich habe das große Glück, vor meiner Wohnung eine große Diele zu haben und da konnten sich auch mal drei oder vier treffen.

Wie haben Sie denn allgemein das Tragen einer Maske empfunden?
Also die richtige, die war schwierig, weil man in meinem Alter nicht mehr gar so gut Luft bekommt. Und die andere, wie nennt man denn die andere, die gefaltete, ist das die OP-Maske, die kleine? Das ging natürlich besser. Und das hat man ausgehalten, es war ja notwendig. Bei der ganzen Geschichte ist mir aber die rießen große Angst vor Corona aufgefallen, die ist so ein richtiger Anwärter, dass man Corona kriegt. Ich hatte überhaupt keine Angst gehabt. Und bis jetzt hat sie mich verschont. Die Maske hat mich nicht so sehr gestört.

Wie hat sich denn die Kommunikation mit Menschen verändert mit Maske?
Das kann ich ganz schwer beantworten, aus dem einzigen Grund, den Sie auch verstehen werden: In meinem Alter sind alle meine Freunde schon tot. Ich bin so ein richtiges Relikt der Frühzeit und da konnte mich auch keiner besuchen. Mit den wenigen Studienfreunden hatte ich telefonisch Kontakt. Aber es kamen keine Besucher, nicht mal mein mittlerer Sohn kam. Ich werde mich an einen Geburtstag erinnern und der ist Anfang Februar und da ist es ja gewöhnlich noch kalt, da kamen die mit Sekt und es regnete. Und da haben wir vor der Tür gesessen, die haben mich in Decken gewickelt, unter einen Regenschirm gesetzt und dann haben wir angestoßen. Die sind also nicht mit rein gekommen. Insofern, wissen Sie, man kann alles tragisch nehmen und sagen, ich armer Mensch. Man kann aber auch sagen, pfeif drauf. Wir haben doch keine Schuld dran. Da muss man sehen, was man daraus macht. Also ich fand, es ging.

Sie haben uns gebeten die Maske runter zu nehmen. Warum?
Weil ich überhaupt keine Angst habe. Was mich treffen soll, trifft mich. Obwohl ich kein gläubiger Mensch bin, aber ich habe sehr viel Vertrauen ins Leben immer gehabt. Deshalb bin ich bald nun schon im 96. Lebensjahr. Man kann alles tragisch nehmen, man kann aber auch sagen, abwarten, wenns kommt, dann kann ich dagegen ankämpfen. Aber bis dahin will ich doch nicht nur Trübsal blasen.

Ich kenne einige, die sagen, sie fühlen sich sicherer mit Maske.
Ja, und das hab ich auch neulich im Konzert gesehen, da war ich in der Weimar Halle. Und da war es auch nicht notwendig, aber es sitzen etliche mit Maske drin. Das sind Ängstliche. Ich hab ehemalige Nachbarn getroffen, da dacht ich, seid doch nicht gar so ängstlich. Angst ist gar kein guter Ratgeber, wirklich nicht.

JENNY SALZMANN - Pflegefachkraft in der Marie-Seebach-Stiftung

Ich bin Jenny, 36 Jahre alt, Pflegefachkraft hier im Marie-Seebach-Stift und arbeite mit Unterbrechung seit 2013 hier.

Wie haben Sie denn in den letzten zwei Jahren die Coronamaßnahmen erlebt?
Das war sehr komplex. Also es gab ganz verschiedene Abschnitte. Am Anfang war das alles sehr schwierig für uns, weil wir uns damit nicht auskannten. Aber nach der ersten Runde Panik und Schock hat sich relativ zeitnah eine Routine eingestellt. Wir hatten den ersten Fall 2021, Anfang des Jahres. Der nächste Fall war dann im Herbst und da wussten wir dann sofort, was wir machen mussten: persönliche Schutzausrüstung, wo wir Hygienesachen hinstellen usw. Wir konnten uns gut organisieren. Aber insgesamt war es eine schwere Zeit, der Arbeitsablauf hat sich sehr geändert.

Können Sie beschreiben, wie sich der Arbeitsablauf geändert hat?
Man musste lernen, noch effizienter zu arbeiten als vorher. Denn mit Corona brauchte man viele verschiedene Handlungsabläufe, die vorher nicht da waren. Mit der persönlichen Schutzausrüstung, den Hygienemaßnahmen, musste man versuchen, so wenig Bewohnerkontakt wie möglich zu haben. D. h. man musste früh gleich zum Toilettengang, Frühstück, Körperpflege, An- und Auskleiden, alles mit einmal abdecken, damit man sich eben nicht nochmal auskleiden, ankleiden, auskleiden musste, weil das ja auch alles Zeit kostet, die man nicht hat.

Wie haben Sie das Tragen der Maske empfunden? Bzw. wie empfinden Sie es?
Also am Anfang war es sehr gewöhnungsbedürftig. Und es ist gar nicht so einfach wie es scheint. Bei mir als Brillenträger war das nochmal extra schwer, weil immer irgendwie die Brille verrutschte oder die Schutzbrille verrutschte, die Maske verrutschte, wenn man sich gebückt hat oder so. Aber mittlerweile gehört die einfach mit dazu, also das ist für mich normales Arbeitsmittel im Prinzip.

Bei welchen Gelegenheiten tragen Sie denn Maske?
Also im Pflegealltag immer. Außer wenn ich am Computer sitze und dokumentiere. Und privat beim Einkaufen.

Wie hat sich denn die Kommunikation auch mit den Mitarbeitern und den Bewohnern verändert?
Also mit den Kollegen war das unkompliziert. Aber mit Bewohnern, die schwer hören, die schlecht sehen können und die schon immer darauf angewiesen sind, Lippenlesen zu müssen, war das natürlich sehr schwer. Und grade im Bereich mit demenzerkrankten Bewohnern, war das noch viel schwerer, weil die das einfach nicht nachvollziehen konnten, warum sie nur die Augen sehen. Und da gabs teilweise Bewohner, die schwer an Demenz erkrankt sind. Es hat den Alltag erschwert, weil ich ja erstmal Zeit brauchte, um auf den Bewohner einzugehen und zu sagen, ich bin die gleiche, die ich vorher auch war ohne Schutzausrüstung. Weil die haben das vergessen, warum ich jetzt da reinkomme mit dieser Schutzkleidung und der Maske. Aber inzwischen hat sich das auch relativiert.

Ich bekomm öfter zu hören ‚Sprechen Sie bitte lauter!' (lacht) Ab und zu kommt mal der Satz ‚Können Sie mal kurz die Maske runternehmen, ich weiß nicht, wer Sie sind', das kommt auch. Aber in der Regel erkennen uns die Bewohner, weil wir ja doch sehr oft da sind und Bezugspersonen sind.

Hat sich denn die Pflegequalität durch das Tragen der Maske verändert?
Also allein durch das Tragen der Maske nicht. Die Maske hat natürlich die Kommunikation erschwert, aber die Qualität selber wurde durch die Maske nicht verändert. Corona hat viel verändert. Dadurch dass man eben diese Effizienz brauchte und so viel wie möglich auf einmal beim Bewohner durchführen musste, hat sich das schon geändert. Weil die Zeit ist ja nicht mehr geworden, die Zeit ist genauso knapp wie vorher und dadurch hat man eben überlegt, was ist jetzt wichtig. Man musste Prioritäten setzen. Was ist jetzt wichtig: Ist es das Gespräch, ist es wirklich das Waschen oder braucht er jetzt eine soziale Betreuung? Und dann hat man eben bei der Körperpflege etwas zurückgesteckt und tatsächlich sich um die soziale Betreuung gekümmert, weil der Mensch war ja lange alleine, isoliert in seinem Zimmer und das war dann einfach wichtiger. Mir persönlich ist das sogar lieber, weil die soziale Betreuung ist ja eigentlich ein großer Aspekt in der Altenpflege, kommt aber im Alltag tatsächlich zu kurz, weil eben doch auch viel aus Körperpflege, Essen, Trinken und Toilettengängen besteht. Deswegen ist es für mich eigentlich ganz positiv die Entwicklung, aber auch sehr anstrengend.

Wir waren für die Bewohner Alles – wir waren Seelsorgerin, soziale Betreuung, Putzfrau, einfach alles in dieser Viertelstunde, in der wir in dem Bewohnerzimmer waren. Da mussten wir alles erledigen. Ja war nicht so einfach – aber die Rückmeldung von den Bewohnern war gut. Alle haben die Coronazeit ohne körperliche oder seelische Schäden überstanden. Deswegen haben wir da im Team nicht die schlechteste Arbeit geleistet.

Empfinden Sie die Maske als Schutz?
Absolut, also totalen Schutz. Für mich ist die Maske das effektivste und einfachste Mittel, das es gibt, um den Bewohner vor Virusinfektionen oder anderen Infektionen zu schützen. Deswegen bin ich nach wie vor überzeugter Träger.

Stellen Sie jetzt manchmal einen Unwillen gegenüber der Maske bei den Bewohnern fest?
Tatsächlich hat noch kein Bewohner mir vermittelt, dass ich die Maske abnehmen soll. Die waren dahingehend immer sehr verständnisvoll. Wo es schon immer Probleme gab, sind die Angehörigen. Die muss man öfter mal darauf hinweisen, dass immer noch Maskenpflicht ist. Und dass man nicht nur die Angehörigen schützt, sondern auch alle anderen Bewohner auf dem Wohnbereich. Da gabs immer sehr viel Diskussion, was den Alltag sehr erschwert hat.

MARIE
SEEBACH
STIFTUNG
WEIMAR

II. PFLEGENETZWERKE IN THÜRINGEN

Kurzfassung: Konzept Pflegenetzwerke 67

Pflegenetzwerke in Thüringen im Kontext der Pflegepolitik 70

Musterkonzeption für die Etablierung eines Pflegenetzwerkes nach § 45c SGB XI im Landkreis/der kreisfreien Stadt 78

Kooperationsvereinbarung für ein Pflegenetzwerk 86

Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Auszug) 90

Netzwerkpartner für Pflegenetzwerke 93

KURZFASSUNG: KONZEPT PFLEGENETZWERKE

Jan Steinhaußen

Was sind und was können Pflegenetzwerke?

Was sind Pflegenetzwerke?

Pflegenetzwerke im Sinne des Gesetzgebers sind freiwillige Zusammenschlüsse von Akteuren in der Pflege, einschließlich Akteuren in der Selbsthilfe und Betroffenen sowie Verantwortungsträgern in der kommunalen Verwaltung. Sie bilden auch den Kern der Mitglieder eines Pflegenetzwerkes.

Warum benötigen wir Pflegenetzwerke?

Es gibt mit dem Fachkräftemangel, der Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen, der Preissteigerungen im Pflegebereich, der Versorgung Älterer im ländlichen Raum, der Multiproblemlagen im hohen Alter große Herausforderungen in der Pflege, die nur gesamtgesellschaftlich bewältigt werden können. Gesamtgesellschaftlich meint: durch die Betroffenen, durch Selbsthilfe, durch den Staat, durch die Pflegekassen und Dienstleister, durch Nachbarschaften und die Zivilgesellschaft. Das verlangt Vernetzung, Koordination und Planung.

Welches Interesse haben Kommunen an Pflegenetzwerke?

Die Pflegeversorgung ist ein wichtiger Teil der kommunalen Daseinsvorsorge. Sie liegt in der Verantwortung der Kommunen. Kommunen muss es um würdige Lebensbedingungen im hohen Alter gehen, dass Menschen so lange wie möglich zu Hause leben und auch sterben können. Sie sind verantwortlich dafür, dass Quartiere altersgerecht gestaltet sind. Sie müssen absichern, dass die Versorgungsangebote bedarfsgerecht sind und die Menschen erreichen. Sie investieren in das Wohnen für alte Menschen. Die Verhinderung vermeidbarer hoher Pflegekosten erspart den Kommunen Sozialhilfekosten.

Was sind Anliegen von Pflegenetzwerken?

Pflegenetzwerke sollen die Kooperation und den Erfahrungsaustausch zwischen Akteuren in der Pflege ermöglichen, um die Pflegesituation zu verbessern. Pflegenetzwerke können Informationen über Pflegeleistungen und regionale -angebote streuen. Es geht um die Verbesserung von Pflegeangeboten und der Pflegesituation in der Region, um die Unterstützung der Selbsthilfe in der Pflege und von pflegenden Angehörigen. In Netzwerken kann die Bedarfssituation von Pflegebedürftigen besser erfasst werden, um auf diese gut reagieren zu können.

Was sind die rechtlichen Grundlagen und wer ist Träger eines Pflegenetzwerkes?

Grundlage ist § 45c (9) SGB XI. Dort heißt es „Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen können die in Absatz 1 Satz 3 genannten Mittel für die Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden, die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen.“

Pflegenetzwerke können pro Landkreis und kreisfreie Stadt mit bis zu 25.000 Euro gefördert werden.

Träger können die Kommunen selbst oder neutrale, trägerübergreifend arbeitende, freigemeinnützige Organisationen wie Vereine sein.

Wer fördert Pflegenetzwerke und was sind die Antragsbedingungen?

Pflegenetzwerke werden durch die Pflegekassen gefördert. Dort erfolgt die Antragstellung.

Konkret:
BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Thüringen
Annett Hoyer
Pförtchenstraße 1
99096 Erfurt
Annett.Hoyer@bkkmitte.de

Als Voraussetzung für die Förderfähigkeit durch die Pflegekassen gelten

- der freiwillige Zusammenschluss und eine Kooperationsvereinbarung zwischen mindestens drei Akteuren
- eine Konzeption, aus der Ziele und Inhalte der Zusammenarbeit sowie Kosten hervorgehen
- ein Qualitätsnachweis, der die Netzwerkarbeit und den Netzwerkprozess überprüft
- die Beteiligung von Selbsthilfegruppen, von regional ehrenamtlichen Gruppen und Personen, die sich in der und für die Pflege engagieren
- die Beitrittsmöglichkeit von kommunalen Verwaltungen sowie eine Stellungnahme der Verwaltungen des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt zum Pflegenetzwerk.

Wer kann Sie bei der Etablierung eines Pflegenetzwerkes unterstützen?

- Ansprechpartnerin für die konkreten Antragsmodalitäten sind die Pflegekassen und die Sozialplaner*innen ihrer Kommune.
- Die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung AGETHUR bietet Prozessbegleitung an und kann Sie bei der Netzwerkbildung vor Ort unterstützen. www.agethur.de
- Der Landesseniorenrat unterstützt Sie bei der Interessenvertretung Ihres Anliegen, er kann Ihnen Kontakte zu den Seniorenbeauftragten und Seniorenbeiräten vermitteln und Sie bei der Konzeptionsformulierung unterstützen. Kontaktdaten: Siehe das Impressum dieser Broschüre.

Wie gründe ich ein Pflegenetzwerk?

	Stolpersteine:
Es gibt eine Bedarfssituation	Dass es einen Bedarf im Pflegebereich gibt, ist intuitiv klar. Dennoch muss er plausibel begründet und dargestellt werden. Statistische Daten über die Pflege findet man auf den Webseiten des Statistischen Landesamtes.
↓ Initiative zur Gründung eines Pflegenetzwerkes	Es muss Menschen oder Organisationen geben, die ein Pflegenetzwerk gründen wollen. Von außen kann man die Idee nicht implementieren.
↓ Suche nach Verbündeten mit ähnlichen Interessen	Verbündete multiplizieren das Anliegen. Es kann sich um potentielle Mitwirkende im Pflegenetzwerk handeln.
↓ Verhandlungen mit „Türöffnern“ und Entscheidungsträgern	„Türöffner“ könnten Sozialplaner*innen in den Kommunen sein, aber auch Abgeordnete der Gremien. Schwieriger kann es sein, Entscheidungsträger zu gewinnen. Entscheidungsträger sind Oberbürgermeister bzw. Landräte oder auch Sozialdezernenten, aber auch die Pflegekassen, die über den Antrag entscheiden.
↓ Suche nach einem geeigneten Träger und potentiellen Netzwerkmitgliedern	Verbündete multiplizieren das Anliegen. Es kann sich um potentiell Mitwirkende im Pflegenetzwerk handeln.
↓ Kontaktaufnahme zu Pflegekassen und Projektabsprachen	Die Rückversicherung bei den Pflegekassen ist sinnvoll und notwendig. Sie fördern das Netzwerk und geben Hinweise für die Antragstellung.
↓ Abfassen der Konzeption und Antragstellung, Beibringung aller Antragsunterlagen	Die Antragstellung erfolgt über den potentiellen Träger des Netzwerkes. Es kann sein, dass Voraussetzung für die Antragstellung der Existenznachweis des Pflegenetzwerkes ist. Das muss mit den Pflegekassen geklärt werden. Für die Antragstellung gilt: kohärente Zielstellung, Plausibilität, hoher Konkretisierungsgrad, Definition von Verantwortlichkeiten, Abrechenbarkeit.
↓ Im Falle der Bewilligung Beginn der Arbeit des Netzwerkes	Entscheidend ist, eine geeignete Person zu finden, die die Arbeit des Netzwerkes koordiniert. Voraussetzung: Affinität zu Pflegethemen, ein Herz für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

PFLEGENETZWERKE IN THÜRINGEN IM KONTEXT DER PFLEGEPOLITIK

Jan Steinhaußen

1. Herausforderungen in der Pflege

Menschen mit Pflegebedarf gehören zu der größten Gruppe von Menschen, die von Teilhabebeschränkungen bedroht und betroffen sind. Sie partizipieren von hohen Pflegestandards, einem professionellen Management von Leistungserbringern, der Ausweitung von Leistungen sowie dem hohen Engagement von familiär und professionell Sorgenden. Auf der anderen Seite erweist sich als problematisch,

- dass 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 ungeachtet der Leistungsausweitungen vielfach unter dem Bedarf liegen und ein Armutsrisiko implizieren, das auf Angehörigen wirkt;
- dass die Pflege und Betreuung in allen Settings hochgradig belastend sind und mit einer erhöhten Vulnerabilität für Pflegende für insbesondere psychische Erkrankungen einhergeht;
- dass die stationäre Pflege ein hohes Maß an Hospitalisierungscharakter aufweist, der strukturelle Abhängig- und Hilflosigkeit und betreuerische Unterversorgung impliziert;
- dass zu pflegende Menschen in allen Pflegesettings 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 außerhalb stationärer Einrichtungen schwach ist;
- dass die psychische Schutzwürdigkeit von Menschen mit Pflegebedarf im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen keinen vergleichbar hohen gesellschaftlichen Stellenwert genießt und dass die Inklusionsverpflichtungen den Pflegesektor weitgehend ignorieren.

Der Pflegebereich steht in den kommenden Jahren vor substantiellen Herausforderungen. Die Anzahl der Pflegedürftigen steigt in den kommenden zwei Jahrzehnten weiter. Die Finanzierung des Pflegeversicherungssystems muss eine adäquate Pflegequalität bei steigenden Kosten gewährleisten und dass Menschen, die pflegebedürftig sind und pflegen, nicht in Armut fallen. Der Fachkräftebedarf muss vor dem Hintergrund einer sinkenden Anzahl von Erwerbstätigen bei einer steigenden Anzahl von Pflegebedürftigen abgesichert werden. Familien müssen Sorge-, Pflege- und Erwerbsarbeit miteinander vereinbaren können. Vor dem Hintergrund sinkender familiärer Unterstützungspotentiale und dem Hospitalisierungscharakter stationärer Pflege müssen neue Wohnformen entwickelt werden, in denen alte Menschen human leben und sterben können. Die Technikentwicklung wird für den Pflegebereich neue Chancen offerieren. Und schließlich gilt es, präventive Ansätze in der Sozialarbeit mit Älteren zu entwickeln, um Pflege zu verhindern oder sie auf ein höheres Lebensalter hinauszuschieben.

Die Herausforderungen sind derart, dass sie nur gesamtgesellschaftlich bewältigt werden können. Das impliziert die Bedeutung von Pflegenetzwerken, die Akteure in Pflege und Krankenversorgung, zivilgesellschaftliche und staatliche Akteure sowie Betroffene zusammenbringen.

2. Die Diversität der Pflegelandschaft in den jeweiligen Bundesländern und Kommunen

Die Strukturen der Pflege, der Pflegeberatung und Pflegeunterstützung sind ungeachtet der bundeseinheitlichen Regelungen im SGB XI sehr unterschiedlich. Das liegt u. a. daran, dass verschiedene Vorgaben im SGB XI den Status einer „Kann-Bestimmung“ haben. Kommunen können Pflegenetzwerke, Pflegekonferenzen, Pflegestützpunkte betreiben und sich über die Pflegekassen kofinanzieren lassen. Die „Kann-Bestimmungen“ erlauben es den Bundesländern und den Kommunen, entsprechend ihrer Bedarfssituation eigene Schwerpunkte in ihrer Pflegepolitik zu setzen.

Das kann an verschiedenen Beispielen gezeigt werden: In Deutschland wurde der Anspruch auf eine umfassende Beratung zu den Themen Pflege und Betreuung gesetzlich verankert. Danach haben Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige seit 2009 die Möglichkeiten, an sogenannten Pflegestützpunkten eine unabhängige Beratungsleistung (Fallmanagement) zu erhalten. In den Bundesländern wird aber dieser Anspruch ganz unterschiedlich realisiert.

Während es in Thüringen derzeit nur fünf Pflegestützpunkte, in Jena, Nordhausen, Schmalkalden-Meiningen, Weimar und dem Kyffhäuser Landkreis gibt, werden für NRW 60 Pflegestützpunkte ausgewiesen. Allein Berlin hat 28 Pflegestützpunkte, d. h. in jedem Stadtbezirk Berlins wird eine unabhängige Pflegeberatung im Sinne SGB XI für Betroffene vorgehalten.

Dass etwa für Sachsen keine Pflegestützpunkte nachgewiesen werden, ist kein Beleg dafür, dass es in Sachsen keine Pflegepolitik und -strukturen gibt. Sachsen hat sich nach einer Modellprojektphase gegen Pflegestützpunkte entschieden. In Sachsen verfolgt die Politik ein anderes Modell: Dort gibt es in allen Landkreisen Pflegekoordinatoren, die u. a. auch die Arbeit von Pflegenetzwerken koordinieren. Sie sind an die Sozialplanungen angegliedert. Sie stärken die vernetzte Pflegeberatung in den Landkreisen und kreisfreien Städten. Sie werden vom Freistaat Sachsen gefördert. Die Pflegekoordinatoren haben die Aufgabe, die vernetzte Pflegeberatung zu koordinieren, anzuregen und aktiv vor Ort zu gestalten. Hierfür sollen in den Pflegenetzwerken unter anderem verschiedene regionale Pflegedienstleister, Leistungsträger und Ansprechpartner aus dem Ehrenamt mitwirken. Die Pflegekoordinatoren sollen auch die vielfältige Unterstützungslandschaft vor Ort initiieren und bewerben. Zu dieser Unterstützungslandschaft zählen Angebote zur Unterstützung im Alltag, Nachbarschaftshelfer und die »vorpflegerische« Altenhilfe in Form von Alltagsbegleitern.

Pflegestützpunkte in Deutschland[1]	
Baden-Württemberg	50
Bayern	9
Berlin	28
Brandenburg	18
Bremen	3
Hamburg	9
Hessen	22
Mecklenburg-Vorpommern	13
Niedersachsen	39
Nordrhein-Westfalen	60
Rheinland-Pfalz	127
Sachsen-Anhalt	Kein Nachweis
Saarland	6
Sachsen	Kein Nachweis
Schleswig-Holstein	22
Thüringen	5

1 https://www.seniorenportal.de/pflegeberatung

Insofern bleibt festzuhalten, dass die in den Kommunen bestehenden Pflegestrukturen sehr verschiedenen sind. In größeren Städten, das legt die Studie der BAGSO nahe, liegen ihnen Planungsprozesse zugrunde, die ein auf die Zukunft gerichtetes Arbeiten zulässt.

3. Die Verantwortung der Kommunen für die Pflege

Unbestritten ist, dass die Kommunen in der Daseinsvorsorge eine für Menschen existentielle Rolle spielen. Die Daseinsvorsorge gehört zum Inhalt des Sozialstaatsprinzips, sie hat Verfassungsrang und ergibt sich aus dem Subsidiaritätsprinzip, nach dem staatliche Institutionen nur dann (aber

auch immer dann) regulativ eingreifen sollten, wenn die Möglichkeiten des Einzelnen allein nicht ausreichen, eine bestimmte Aufgabe zu lösen. Die Daseinsvorsorge umfasst die staatliche Aufgabe zur Bereitstellung der für ein menschliches Dasein als notwendig erachteten Güter und Dienstleistungen, d. h. die Grundversorgung. Sie ist Bestandteil der kommunalen Selbstverwaltung und Angelegenheit der örtlichen Gemeinschaft. Kommunale Daseinsvorsorge stärkt den Grundgedanken der Allzuständigkeit der Kommune für die Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft (Siebter Altenbericht, S. 38). Sie beinhaltet mit Bezug auf soziale Angelegenheiten in abstracto

- eine Gewährleistungsverantwortung
- eine sektorenübergreifende Koordinierungs- und Managementverantwortung
- eine Besetzung von Schnittstellen
- eine Vernetzungs-, Unterstützungs- und Mobilisierungsverantwortung
- eine Planungsverantwortung sowie die Erfassung alltagsnaher Bedarfe und Bedürfnisse
- die Generierung von sozialer Innovation und Krisenintervention

- die Förderung und Begleitung der örtlichen Selbstorganisation (Siebter Altenbericht, S. 39 ff.)
- die Gestaltung solidarischer Beziehungen, des Weiteren aber die Gewährleistung von Sozial- und Altenhilfe unter Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips (SGB XII, § 71)
- die Förderung der Eigeninitiative und Selbstverantwortung sowie
- die Verfügbarkeit und Vernetzung sozialer Dienstleistungen (Siebter Altenbericht, S. 48).

Was zum Inhalt der Daseinsvorsorge wird, muss jede Kommune im Rahmen ihrer Selbstverwaltung entscheiden. Dass aber die Gewährleistung von Pflege- und Sorgearrangements sowie die sog. Altenhilfe Bestandteil der kommunalen Daseinsvorsorge ist, scheint angesichts des demografischen Wandels, der Pflegewahrscheinlichkeit und der existentiellen Bedeutung der Pflege für Menschen im hohen Alter unstrittig. Sie sind eine gesellschaftliche und staatliche Aufgabe (Hellermann, S. 5). Nicht zuletzt geht der Gesetzgeber davon aus, dass die pflegerische Versorgung der Bevölkerung keine alleinige Sache des Marktes und von sozialen Diensten, sondern dem Grundsatz nach eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist (§ 8 (1) SGB XI). Demnach haben außer den Pflegekassen und den sozialen Dienstleistern die Bundesländer, was § 9 SGB XI festlegt, und die Kommunen einen unabweisbaren Sicherstellungsauftrag für eine adäquate Pflegeinfrastruktur. In § 8 (2) SGB XI heißt es: „Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Sie tragen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen bei; das gilt insbesondere für die Ergänzung des Angebots an häuslicher und stationärer Pflege durch neue Formen der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege sowie für die Vorhaltung eines Angebots von die Pflege ergänzenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Sie unterstützen und fördern darüber hinaus die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen und wirken so auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung hin.“

Die Rolle der Kommunen für die Pflege und Altenhilfe ergibt sich auch aus dem Sozialgesetzbuch. Im SGB XII „§ 71 Altenhilfe“ wird der Verantwortungsrahmen der Kommunen auf das gesamte Alter bezogen. Die kommunal verantwortete Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu verhindern oder zu vermeiden. Im Rahmen dieses Anliegens haben Menschen unabhängig von ihrem Einkommen u. a. einen weitgehenden Anspruch

- auf die Förderung ihres Engagements, einschließlich auf Leistungen beim Besuch von teilhabeorientierten und kontaktfördernden Veranstaltungen
- auf Leistungen bei der Beschaffung ihres Wohnraumes
- auf Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege sowie bei Inanspruchnahme von Dienstleistungen (siehe SGB XII, § 71).

Welche Verbindlichkeit diese Leistungsansprüche für Kommunen haben, wird seit langem diskutiert. Ihr Konkretisierungsgrad, Hellermann spricht von Bindungswirkung des § 71 SGB XII, ist gering. Im Sinne des Gesetzgebers ist der „Altenhilfeparagraph eine Soll-Vorschrift. Die Gesetzgebung unterstellt ihm ein „gelenktes oder intendiertes Ermessen“ (Hellermann, S. 13). D. h. § 71 SGB XII ist keine unbedingt bindende, zwingend Ansprüche generierende Norm. Er formuliert eher eine Gewährleistungsverantwortung, die ein „intendiertes Ermessen“ unterstellt (Hellermann, S. 15 f.). Welche Konkretisierung die Ausgestaltung erfährt, liegt in der Eigenverantwortung der Kommunen.

Die Folge dieser relativen Unverbindlichkeit des „Altenhilfeparagrafen“ ist, dass er zu ganz unterschiedlichen Auslegungsvarianten in den Kommunen geführt hat. In vielen Kommunen spielt er keine Rolle. In anderen, wie in Jena, wird er als Begründung für die Finanzierung von Altenhilfestrukturen herangezogen. Auf diese Auslegungsheterogenität, die zu völlig disparaten Altenhilfestrukturen in den Kommunen geführt hat, hat eine von der BAGSO in Auftrag gegebene Studie hingewiesen. Die Disparitäten betreffen die Zuständigkeiten, die Strukturen, die Finanzierung, die Kompetenzen, die Personalbindungen. Die eingesetzten kommunalen Mittel pro Person reichten bei den untersuchten Kommunen von 0 bis 34,50 Euro pro Jahr (Vergleichende Untersuchung zur kommunalen Altenarbeit, S. 18). Eine klare Trennlinie, so stellt die Studie fest, zur Pflegeplanung bzw. ein querschnittorientierter strategischer Handlungsplan, der die verschiedenen Fachbereiche und Handlungsfelder miteinander verknüpft, bestand nur in wenigen größeren Städten und auf Kreisebene zumeist nur in Ansätzen (ebenda, S. 16). In vielen Kommunen gibt es keine Pflegebedarfsplanung. Absurderweise investieren vor allem jene Kommunen wenig in Altenhilfestrukturen, was auch auf Thüringen zutrifft, die am stärksten vom demografischen Wandel und insbesondere von Abwanderung, Alterung und Schrumpfung betroffen sind (ebenda S. 22), was eben auch Rückschlüsse auf deren Finanzausstattung zulässt.

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

Als weiteres Problem erscheint mit Bezug auf Thüringen auch, dass der Freistaat im Gegensatz zu anderen Bundesländern keine Pflegestrategie und keine gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Organisation der Pflege in den Kommunen entwickelt hat. Nordrhein-Westfalen wäre hier mit seinem Alten- und Pflegegesetz eine Option. Zu verweisen wäre auch darauf, dass hinsichtlich der Planung und Ausgestaltung einer regionalen Pflegestruktur die Kommunen trotz neuer gesetzlicher Rahmenbedingungen (Pflegestärkungsgesetz III) kaum neue Instrumente oder Kompetenzen zur Verfügung stehen (vgl. Vorholz). Kommunen sind, was der Pflegereport 2019 feststellt, weder mit den finanziellen Ressourcen noch mit den gesetzgeberischen Kompetenzen und Steuerungsinstrumenten ausgestattet, um einen Gestaltungsauftrag in der Pflege adäquat wahrzunehmen (Pflegereport 2019, S. 236).

Ungeachtet dessen geht es, wie Gerhard Naegele meint, um eine pflegepolitische Revitalisierung der Kommunen (Naegele, S. 43), weil sich die Absicherung der Pflege nicht auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch die Betroffenen beschränkt.

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

- für die Sicherstellung, den Ausbau und die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten örtlichen pflegerischen Versorgungsstruktur,
- für die Umsetzung des gesetzgeberischen Auftrags „ambulant vor stationäre“, wobei das „Ambulante“ sich weder auf ambulante Dienste noch den häuslichen Bereich beschränkt sowie
- für die Entwicklung und Förderung einer lokalen Sorgekultur.

Als mögliche Handlungsfelder für die Kommunen lassen sich identifizieren:

1. die Absicherung der pflegerischen Versorgung und einer entsprechenden Pflegeinfrastruktur. Sie ist insbesondere für den ländlichen Raum und angesichts des Personalmangels in der Pflege keine Selbstverständlichkeit mehr,
2. die Entwicklung neuer Pflegewohnformen, insbesondere ambulant betreute Wohngemeinschaften und betreute und mit Serviceleistungen verbundene Wohnformen, die sich über den Markt nicht ohne Weiteres realisieren lassen,
3. die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung, was die Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie Krankenhäusern einschließt, sowie insbesondere Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, für die es keinen adäquaten Leistungsanspruch über das Krankenversicherungsgesetz gibt,
4. die Absicherung einer Palliativversorgung und Hospizbetreuung, für die es einer lokalen Zusammenarbeit von verschiedenen Sektoren und Berufsgruppen bedarf (Pflegereport 2019, S.228),
5. komplementäre Unterstützungsangebote, insofern eine Anerkennung über die Landkreise und kreisfreien Städte erfolgt,
6. eine adäquate, sozial integrative, barrierefreie Wohnraumversorgung für alte Menschen sowie eine altersgerechte Quartiersgestaltung, was Wohnberatung einschließt,
7. die Etablierung von Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige, die stationäre Pflege auch im Sinne der Kostenbegrenzung für die Kommunen verhindert,
8. die Förderung des ehrenamtlichen Engagements im Bereich der Pflege, das häusliche Arrangements unterstützt und entlastet,
9. die Absicherung, Information und Beratung, insofern sie Pflegekassen nicht gewährleisten können. Pflegestützpunkte werden hier vom Gesetzgeber als eine probate Einrichtung gesehen, die die Kommunen in Abstimmung mit den Pflegekassen etablieren können.
10. und schließlich eine Pflege- oder Altenhilfeplanung, die Vernetzung und Koordinierung der Akteure, die in die Pflege involviert sind, einschließt. Diese Prozesse, also Planungs-, Vernetzungs- und Koordinierungsprozesse, sind deshalb notwendig, weil der Leistungssektor der Pflege extrem ausdifferenziert, unübersichtlich, in Teilen dysfunktional ist und sich Vernetzung, Planung und Koordinierung nicht über den Markt und die Leistungserbringer in der Pflege herstellen und regulieren (lassen).

Auch wenn die monetären Anreize für die Kommunen zur Gestaltung dieser Handlungsfelder gering sind, kofinanzieren Pflege- und Krankenkassen die Bereiche der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, die Pflegeberatung sowie die Vernetzung von Akteuren in der Pflege. Auch über das Landesprogramm für das solidarische Zusammenleben der Generation können Kommunen in Thüringen Mittel für Planungsprozesse, für Beratung, für familienentlastende Infrastrukturen, für Besuchsdienste, die Etablierung von Nachbarschaftshilfen, Seniorenbüros u. dgl. generieren.

4. Was sind Pflegenetzwerke und was macht sie förderfähig?

Der Begriff des Pflegenetzwerkes ist nicht geschützt. Er wird indifferent verwendet. Es gibt Pflegenetzwerke, die sich als Beratungs- und Vermittlungsstellen verstehen. Anliegen von Pflegenetzwerken kann des Weiteren Verschiedenes sein, u. a.:

- die Kooperation zwischen Akteuren in der Pflege, um die Pflegesituation zu verbessern,
- das Herstellen von Transparenz über Pflegeleistungen
- die Verbesserung von Pflegeangeboten in der Region sowie
- die bessere Organisation der Selbsthilfe in der Pflege.

Es gibt das Pflegenetzwerk Deutschland als Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, das eine bundesweite Plattform für die Vernetzung und den Austausch von Menschen ist, die in der Pflege und für die Pflege arbeiten. Es wurde Ende März 2020 ins Leben gerufen.

Pflegenetzwerke haben sich ansonsten auf verschiedenen Ebenen, auf der Bundeseben, in verschiedenen Bundesländern und auf der Ebene der Kommunen als Zusammenschlüsse etabliert, in denen Akteure mitwirken, die in verschiedener Weise in Bereichen der Pflege tätig sind.

Pflegenetzwerke im Sinne des SGB XI, die über die Pflegekassen förderfähig sind, sind regionale Zusammenschlüsse von Akteuren, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Ihr Anliegen ist die strukturierte Zusammenarbeit. Durch sie, so präzisieren die Empfehlungen der GKV, soll der Versorgungs- und Unterstützungsbedarf der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen besser gedeckt werden (Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes).

Als Voraussetzung für die Förderfähigkeit durch die Pflegekassen gelten

- der freiwillige Zusammenschluss
- eine schriftliche Kooperationsvereinbarung zwischen mindestens drei Akteuren
- eine Konzeption, die Bestandteil der Kooperationsvereinbarung ist, aus der Ziele und Inhalte der Zusammenarbeit sowie die geplanten Kosten hervorgehen
- ein Qualitätsmanagement, das die Netzwerkarbeit und den Netzwerkprozess überprüft
- die Beteiligung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, von regional ehrenamtlichen Gruppen und ehrenamtlichen Personen, die sich in der und für die Pflege engagieren
- die Beitrittsmöglichkeit von kommunalen Verwaltungen sowie
- eine Stellungnahme der Verwaltungen des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt zum Pflegenetzwerk.

5. Was leisten Pflegenetzwerke? Was spricht für Pflegenetzwerke?

Im Pflegebereich gibt es verschiedene Probleme, auf die Kommunen reagieren müssen:

- Pflege wird bis zu 80 % von pflegenden Angehörigen geleistet, deren Selbstvertretungspotentiale gering sind. Sie sind häufig hochbelastet, ohne adäquate Unterstützung aus dem unmittelbaren Wohnumfeld. Ein großer Teil der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen nimmt keine Dienstleistungen in Anspruch, so dass die Pflege weitgehend verborgen im privaten Raum von Pflegebedürftigen stattfindet.
- Der Pflegemarkt ist vergleichsweise zersplittert, die Angebote in Teilen unübersichtlich und die Leistungsangebote so ausdifferenziert, dass sich für Verbraucher und insbesondere hochaltrige Menschen in Krisensituationen nicht mehr überschaubar sind. In den Landkreisen und kreisfreien Städten agieren verschiedenste gemeinnützige und privaten Dienstleister, die

stationäre und teilstationäre Pflege oder ambulante Pflegeleistungen anbieten.

- In verschiedenen Kommunen gibt es Interessenvertretungen von und für Pflegebedürftige und deren Angehörige, Selbsthilfegruppen und Seniorenbeiräte, die Pflegethemen gegenüber der kommunalen Verwaltung thematisieren. Sie erreichen aber die Pflegenden und ihre Angehörigen zu wenig.

- Nur für wenige Kommunen ist die Pflege ein prioritäres Thema der kommunalen Daseinsvorsorge. Dabei steht die Pflege vor großen Herausforderungen.

- Infolge des Fachkräftemangels bei steigenden Fallzahlen fehlen insbesondere im ländlichen Gebieten in Teilen Pflegeangebote.

- Es gibt Schnittstellen in der Pflege, zwischen Krankenhäusern, Haus- und Fachärzten und der stationären Pflege, zwischen den sozialen Diensten in Krankenhäusern und dem Wohnbereich alter Menschen, zwischen dem Ehrenamt und dem Dienstleistungssektor, die sich nicht durch die Selbstorganisationskräfte der beteiligten Akteure besetzen lassen. Sie müssen hergestellt werden.

- Auch der Bereich der Offenen Seniorenarbeit lässt sich nicht über den Markt regulieren und benötigt eine Vernetzung zu Hilfebereichen.

- Zudem sind die Problemlagen von hochaltrigen Menschen häufig so komplex und schwierig, dass sie sich nur in multiprofessionellen Teams bewältigen lassen.

- Gleiches gilt für Bedarfserhebungen für den Pflegebereich: Die Erfassung von Bedarfen und Entwicklungsszenarien muss kommunal erhoben und in eine entsprechende Bedarfsplanung überführt werden. Investitionen in pflegepräventive kommunale Strukturen sind eine kommunale Angelegenheit, für die es in Teilen an Akteuren fehlt.

Eine gesamtgesellschaftliche Wahrnehmung der Verantwortung für die Pflege lässt sich mithin nicht (nur) über den Markt realisieren. Gleiches gilt für eine adäquate Sorgekultur. Sie muss kommunal gefördert werden. Insofern gibt es einen hohen Bedarf an Planung, Koordinierung und Vernetzung von Akteuren in der Prävention und Gesundheitsförderung, der Pflege und der Krankenbehandlung.

Die Koordinierung und Vernetzung des Pflegebereichs auf kommunaler Ebene sind aus verschiedenen Gründen sinnvoll. Pflegenetzwerke können folgendes leisten:

- Sie vernetzen die Akteure in der Pflege und Krankenversorgung, der Gesundheitsförderung und Prävention, der Zivilgesellschaft und staatliche Akteure.

- Schnittstellen insbesondere zur Krankenversorgung, zu Wohnquartieren und zu alternativen Versorgungs- und Hilfestrukturen können besetzt werden.

- Netzwerke multiplizieren Informationen für Pflegebedürftige und ihre Angehörige.

- Durch Netzwerke wird Kooperation zwischen verschiedenen Akteuren ermöglicht und verbessert.

- In Netzwerken werden Informationen aus verschiedenen Bereichen generiert. Sie können auf Versorgungsdefizite, auf besondere Bedarfslagen, auf Krisen, gute Beispiele u. a. m. hinweisen.

- Pflegenetzwerke befördern Partizipation und Verantwortungsübernahme. Sie befördern eine gemeinsame Suche nach Lösungen und alternative Ideen.

Pflegenetzwerke können solche Prozesse, obwohl es noch keine aussagenkräftigen Evaluierungen ihrer Arbeit gibt, eine mögliche Form sein, solche Prozesse adäquat zu begleiten.

6. Geförderte Pflegenetzwerke nach § 45c in Deutschland und Thüringen

Pflegenetzwerke nach § 45c sind in Deutschland und Thüringen nicht flächendeckend etabliert. Die Krankenkassen, die eine Veröffentlichungspflicht für Pflegenetzwerke haben, weisen für Baden-Württemberg 20, für Bayern 13, für Niedersachsen 6 für Sachsen 5 und für Thüringen 3 Pflegenetzwerke aus. In Thüringen sind sie allerdings nur in den Landkreisen Schmalkalden-Meiningen und im Weimarer Land aktiv. In Sachsen gewährleisten Pflegekoordinatoren die Vernetzung in allen Landkreisen und kreisfreien Städten.

7. Die Stellung des Freistaates Thüringen zu Pflegenetzwerken im Sinne § 45c

In verschiedenen Dokumenten wurde kritisiert, dass in Thüringen keine Pflegepolitik konturiert ist. Es gibt keine Dokumente, die Ziele einer Landespflegepolitik oder eine Pflegestrategie erkennbar werden lassen.

Es gibt bisher auch keine Positionierung des Freistaates zu Pflegestützpunkten und Pflegenetzwerken und insofern auch keine sichtbaren Ambitionen, Pflegestrukturen in den Kommunen zu stärken und zu unterstützen. Allenfalls lassen sich im vorpflegerischen Bereich mit dem Landesprogramm AGATHE sowie über das Landesprogramm für das Solidarische Zusammenleben der Generationen wichtige pflegepräventive Ansätze erkennen. Die neue AUPA soll nach dem Vorbild von Sachsen Nachbarschaftshilfen in der Pflege ermöglichen.

Literatur

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

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

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

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

Siebter Altenbericht; www.siebter-altenbericht.de

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

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

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

MUSTERKONZEPTION FÜR DIE ETABLIERUNG EINES PFLEGENETZWERKES NACH § 45C SGB XI IM LANDKREIS/DER KREISFREIEN STADT

(BERUHEND AUF DEN KONZEPTIONEN FÜR EIN PFLEGENETZWERK DES LANDKREISES SCHMALKALDEN-MEININGEN UND DER KREISVOLKSHOCHSCHULE DES WEIMARER LANDES SOWIE EIGENEN ERGÄNZUNGEN) [1]

1. Ausgangslage

Hintergrund eines wachsenden Bedarfs an Pflegesettings, an Pflegekräften sowie an Pflegeangeboten ist der demografische Wandel in allen Regionen Thüringens. Er ist u. a. dadurch gekennzeichnet,

- dass die Einwohnerzahlen aufgrund anhaltend niedriger Geburtenraten und höherer Sterblichkeit sinken oder stagnieren
- dass die absolute Anzahl der älteren Menschen und vor allem der Hochaltrigen mit Pflegebedarf steigt
- dass der Altenquotient steigt, der ein Indiz dafür ist, dass das Verhältnis zwischen Erwerbstätigen und Älteren sich zu Gunsten der Älteren verändert
- dass ganz generell die Anzahl der Erwerbstätigen sinkt, was sich in den Pflegeberufen in Teilen schon in der Gegenwart dramatisch zeigt.

Wie sich der Pflegebedarf aktuell entwickelt, kann exemplarisch gezeigt werden (hier am Beispiel des Weimarer Landkreises).

Die letzte veröffentlichte Pflegestatistik weist für den Landkreis Weimarer Land für den Stichtag 31.12.2019 insgesamt 4.825 pflegebedürftige Menschen aus. 2.690 Pflegebedürftige (55,8 %) bezogen zu dieser Zeit ausschließlich Pflegegeld, 1001 Personen (20,7 %) nahmen ambulante Pflege von insgesamt 12 im Kreis agierenden Pflegediensten in Anspruch, 916 Personen (19 %) wurden in den 17 Pflegeeinrichtungen des Landkreises stationär gepflegt.[2]

Im Zeitverlauf der letzten beiden Jahre zeigt sich eine deutliche Zunahme bei der Zahl der Pflegebedürftigen als auch bei den Pflegeeinrichtungen: siehe Tabelle

Fasst man die ambulante Pflege mit der ausschließlich privaten Pflege zusammen, zeigt sich, dass über ¾ der Pflegebedürftigen im häuslichen Kontext gepflegt werden.

1 Die Konzeptionen sind über die Kreisverwaltung des Landkreises Schmalkalden-Meiningen sowie über die Kreisvolkshochschule des Weimarer Landes zu erhalten.

2 Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik (TLS), Pflegebedürftige und Pflegeeinrichtungen nach Kreisen, Stichtag 31.12.2021; https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=kr001564%7C%7C

Kennzahlen Pflege (Quelle: TLS, eigene Berechnungen SoPla LRA WL)	15.12.2017	15.12.2019	15.12.2021
Pflegebedürftige (PB), Anzahl insgesamt	3.901	4.825	6.144
Pflegebedürftige je 1.000 Einwohner	47,5	58,7	74,8
Pflegebedürftige mit ausschließlich Pflegegeldbezug	2.414	2.690	3.215
Anteil PB_Pflegegeldbezug an allen PB (in %)	61,9	55,8	
Pflegebedürftige in der ambulanten Pflege	591	1.001	1420
Anteil PB_ambulant an allen PB (in %)	15,1	20,7	
Pflegebedürftige in der vollstationären Pflege	895	916	850
Anteil PB_vollstationär an allen PB (in %)	22,9	19,0	
Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 und ausschließlich landesrechtlichen bzw. ohne Leistungen	nicht ausgewiesen	214	657
Anteil PB_PG1	4,4 %		
Anzahl ambulanter Pflegeeinrichtungen	10	12	13
Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen	13	17	20

Entgegen der Annahme, dass die private Pflegebereitschaft auf Grund geringerer familiärer Hilfepotentiale sinkt, steigt sie. Während die absolute Anzahl der Menschen in häuslicher Pflege zwischen 2017 und 2019 stark angestiegen ist, ist die Anzahl der Menschen in stationärer Pflege zwischen 2019-2021 gesunken. Das kann verschiedene Ursachen haben:

- Die Leistungen in der ambulanten Pflege haben sich verbessert.
- Die Zuzahlungen für stationäre Pflege haben sich mit der Kostenentwicklung im Pflegebereich derartig entwickelt, dass stationäre Pflege als auch finanziell zunehmend unattraktiv und nur als Ultima Ratio wahrgenommen wird.
- Die Corona- und Hygienemaßnahmen, insbesondere die rigiden Besuchsregeln haben dazu geführt, dass stationäre Pflege dramatisch an Attraktivität verloren hat.

Aufgrund der Alterung der Bevölkerung (höherer Anteil Älterer und steigende Lebenserwartung) wird sowohl die absolute Zahl als auch der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Einwohnern zukünftig weiter stark steigen. In welcher Weise lässt sich kaum sagen. Die Aussagen der Anschlussrechnungen zur 2. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung in Thüringen von 2020 sind da kaum noch zuverlässig[3]. Maßgebend für die Entwicklung des Pflegebedarfs ist nicht nur die Alterung und die Zunahme der Hochaltrigen, sondern auch die Entwicklung des Gesundheitsstatus in der Altenbevölkerung sowie die Definition dessen, was als Pflegebedürftigkeit definiert wird. Jedenfalls erscheint mit Bezug auf das Jahr 2021 eine Verdoppelung der Anzahl der Pflegebedürftigen in den nächsten 20 Jahren nicht unrealistisch.

Diese demografische Situation und Entwicklung treffen auf ein durch Marktmechanismen geprägtes Pflegesystem, in dem die Akteure in der Pflege weitgehend als einzelne Markakteure agieren, die in der Regel kaum vernetzt sind, weder untereinander noch zu Quartiersakteuren, zu Haus- und Fachärzten sowie zu Krankenhäusern. Es fehlt an Pflegepersonal. Vor dem Hintergrund der Abnahme der Anzahl der Erwerbstätigen wird sich diese Situation eher dramatisch verschlechtern. Als weitere Probleme erweisen sich:

- die Kostenentwicklung im Pflegebereich, insbesondere in der stationären Pflege, die sich im Ausgabenbereich der Sozialhilfe der Landkreise und kreisfreien Städte niederschlägt
- die Exklusionsvalenzen insbesondere in der stationären Pflege

3 Anschlussrechnungen zur 2. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung in Thüringen von 2020; https://statistik.thueringen.de/webshop/pdf/2020/01123_2020_51.pdf

- die extrem hohen Belastungen von pflegenden Angehörigen sowie die schwierigen Arbeitsbedingungen in der Pflege
- die mangelnde Belastbarkeit von Schnittstellen zwischen Haus-, Fachärzten, Krankenhäusern, Wohnquartieren und Pflegesettings
- fehlende Angebote in der Prävention und Gesundheitsförderung für hochaltrige Menschen, für Pflegebedürftige und deren Angehörige.

Insofern gibt es erheblichen Handlungsbedarf, um Pflege zu vermeiden, um Pflege zu humanisieren, häusliche Pflege zu ermöglichen und zu unterstützen sowie Leistungsangebote für Betroffene transparent zu machen.

2. Gesetzliche Grundlage von Pflegenetzwerken

Pflegenetzwerke sind über die Pflegekassen förderfähig. Grundlage ist § 45c SGB 11. Dort heißt es in Punkt 9:

„(9) Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen können die in Absatz 1 Satz 3 genannten Mittel für die Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden, die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Die Förderung der strukturierten regionalen Zusammenarbeit erfolgt, indem sich die Pflegekassen einzeln oder gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen. Je Kreis oder kreisfreier Stadt können zwei regionale Netzwerke, je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500 000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden. Abweichend von Satz 1 können pro Bezirk in den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, zwei regionale Netzwerke gefördert werden. Der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 25 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Den Kreisen und kreisfreien Städten, Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des Absatzes 4 ist in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an der geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen.“

Als Beantragungsgrundlage gelten in der vorliegenden Konzeption die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V [4]. Als förderfähig gelten regionale Netzwerke, wenn sie auf einem freiwilligen Zusammenschluss auf der Basis von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen von mindestens drei der in der Region beteiligten Akteure basieren.

Dem Förderantrag liegt die Stellungnahme des Kreises/ der kreisfreien Stadt vor.

3. Ziele der Arbeit des Pflegenetzwerkes

Das Netzwerk Pflege im Landkreis/der kreisfreien Stadt im hier beschriebenen Sinne ist ein Angebot für Akteure, die an der Versorgung Pflegebedürftiger im weitesten Sinne beteiligt sind.

4 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/rahmenvertraege__richlinien_und_bundesempfehlungen/2022_01_28_Pflege_Empfehlungen_45c_Abs_7_SGB_XI.pdf

Das Netzwerk bietet die Möglichkeit, sich auszutauschen, weiterzubilden, einen schnellen Zugang zu Informationen zu erhalten und sich zur Entwicklung zukünftiger Strukturen abzustimmen. Das gilt sowohl für beruflich als auch für privat/ehrenamtlich Involvierte.

Das Ziel der freiwilligen Zusammenarbeit der Kooperationspartner im Pflegenetzwerk ist (oder kann sein)

- eine strategische Verbesserung der Pflegesituation im Landkreis/der kreisfreien Stadt, insbesondere die Verbesserung der Teilhabechancen von Menschen, die gepflegt werden und ihren Angehörigen
- eine systematische Bearbeitung der Bedarfsentwicklung in der Pflege mit den beteiligten Akteuren, die Grundlage der Altenhilfe- und Pflegeplanung ist
- die Verbesserung und Ausdifferenzierung von Angeboten
- die Besetzung von Schnittstellen insbesondere zwischen Krankenhäusern, Ärzten, Pflegeeinrichtungen und Wohnquartieren, die zu einer besseren Kooperation zwischen Akteuren zwingen, sowie die koordinierte Zusammenarbeit von Akteuren in der Pflege
- das Wahrnehmen von Problemen und Gefährdungssituationen in der Pflege, die mit einem Mangel an professionell Pflegenden, mit Überlastungen, schlechten Arbeits- und Lebensbedingungen zusammenhängen können
- Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege sowie Prävention vor Pflegebedürftigkeit, um insbesondere stationäre Pflege zu verhindern oder sie auf ein höheres Lebensalter zu verschieben
- die Förderung von alternativen Wohn- und Lebensformen
- die Unterstützung und Förderung der häuslichen Pflege und von pflegenden Angehörigen
- die Verbesserung der Informations- und Beratungssituation für Menschen mit Pflegebedarf und für pflegende Angehörige
- die Stärkung von sektorenübergreifenden Ansätzen in der Pflege

Es handelt sich um eine Auswahl. In der Realität agieren Pflegenetzwerke auf Grund begrenzter Ressourcen reduktionistischer.

4. Zielgruppe bzw. Teilnehmende am Pflegenetzwerk

Pflegenetzwerk verstehen wir als Beteiligungsstruktur von und für in die Pflege involvierte Akteure. Das sind nicht nur, wie in der Vergangenheit, die Leistungserbringer in der Pflege, sondern Menschen und Organisationen, die Pflege gewährleisten und absichern, Betroffene, des Weiteren aber auch Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Selbsthilfe.

Akteure im hier verstandenen Sinne, die sich an Pflegenetzwerken beteiligen können, können juristische Personen, aber auch natürliche Personen sein. Als Teilnehmende kommen in Frage:

- Gepflegte und Pflegende und deren Interessenvertreter*innen
- kommunale Verantwortungsträger für die Pflege, insbesondere Altenhilfe- und Sozialplaner*innen

- Dienstleister in der Pflege und Gesundheit
- Pflege- und Krankenkassen
- Krankenhäuser, Haus- und Fachärzte
- Zivilgesellschaftliche Organisationen, die sich für die Pflege, Pflegende und pflegende Angehörige engagieren, Selbsthilfeakteure u. a.
- Senioren- und Behindertenbeiräte
- Seniorenbüros, Familienzentren und andere Einrichtungen, die sich in die Arbeit mit älteren Menschen einbringen
- Unternehmen, die Pflege und Beruf besser gewährleisten wollen

Seitens der Kommune sind folgende Bereiche in die Pflege involviert:

Fachbereich Soziales, Jugend, Gesundheit, Sozialplanung	Sozialplanung, Armutsprävention
Fachdienst Gesundheit	Gesundheitsförderung, Selbsthilfekontaktstelle, Sozial-psychiatrischer Dienst
Fachdienst Jugend	Kinderschutz/Frühe Hilfen
Fachdienst Soziales und Teilhabe	Sozialamt, Betreuungsbehörde
Gleichstellungsstelle	Gleichstellungs- und Behindertenbeauftragte
Fachbereich Soziales, Jugend, Gesundheit mit dem Fachbereich Arbeit	Steuerungsgruppe ThINKA/TIZIAN

5. Aufgaben des Netzwerks

Um das Ziel zu erreichen, wird das Netzwerk die regionalen Angebote erfassen und gebündelt darstellen, Bildungsangebote schaffen, den interdisziplinären Austausch zur Pflegesituation fördern, Handlungsoptionen für die Stärkung der Pflege in der Zukunft eruieren und bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe unterstützen.

Zudem werden die Weiterleitungsstrukturen der Netzwerkpartner untereinander angeregt. Das heißt, dass es durch die Kooperation besser gelingt, Hilfesuchende von einem Netzwerkpartner (soweit er selbst nicht ausreichend unterstützen kann), zum nächsten Kooperationspartner überzuleiten. Damit würden Hilfesuchende einen verbesserten Zugang zu passenden Unterstützungsangeboten erhalten.

Die Aufgaben der Netzwerkpartner sind in der Kooperationsvereinbarung gelistet. Eine Entwicklung des Konzeptes und der Kooperationsvereinbarung ist möglich und wird gemeinsam im Netzwerk abgestimmt.

Die Aufgaben des Pflegenetzwerkes lassen sich wie folgt operationalisieren:

Informationen bereitstellen // Öffentlichkeitarbeit

- Sammlung und Darstellung aller regionalen Unterstützungsangebote, z. B. in einer Broschüre, um Transparenz für die Netzwerkpartner und auch für pflegende Angehörige über die vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten herzustellen (digital, analog, hybrid)
- Zur Öffentlichkeitsarbeit zählen vor allem Pressemitteilungen, Infostände auf öffentlichen Veranstaltungen, Veranstaltungshinweise und Informationsmaterial des Netzwerkes.
- Präsentation des Netzwerkes und seiner Partner in der Öffentlichkeit, bei regionalen Veranstaltungen (Gesundheitstage, Märkte und Messen, Tag der offenen Tür bei Netzwerkpartnern etc.)

Bildungsangebote für Netzwerkpartner und Betroffene

- Organisation und Durchführung von Info- und Weiterbildungsveranstaltungen für Netzwerk-partner
- Weiterbildungsveranstaltungen für pflegende Angehörige, insofern nicht Pflegekurse bereits durch die Pflegekassen angeboten werden

Interdisziplinärer Austausch von Netzwerkpartnern

- Netzwerkpartner zusammenbringen und die Kooperation untereinander stärken, so dass Hilfesuchende schnell zu passenden Unterstützungsleistungen finden
- Thematisierung von Schnittstellen, zum Beispiel die Schnittstelle zwischen Entlassungsmanagement von Krankenhäusern, Hausärzten und dem Quartiersmanagement, um die Versorgung der Pflegebedürftigen zu optimieren
- Austausch über neue und innovative Angebotsformen insbesondere für das Wohnen von Älteren
- Erfassung von aktuellen und zukünftigen Bedarfssituationen

6. Struktur und Arbeitsweise des Netzwerkes

Das Pflegenetzwerk des Landkreises/der kreisfreien Stadt ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Akteuren, die im Kontext Pflege tätig sind.

Netzwerkpartner sind juristische oder natürliche Personen, wie sie im Punkt Zielgruppen genannt wurden.

Die Akteure treten dem Netzwerk durch Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung bei. Das Netzwerk agiert ohne Rechtsform.

Die Netzwerkpartner treffen sich dreimal jährlich zur Netzwerkkonferenz.

Es besteht die Möglichkeit, je nach Bedarf und Interessenlagen der Netzwerkpartner, weitere Arbeitsebenen zu organisieren, insbesondere themenspezifische Arbeitsgruppen.

Das Netzwerk bezieht regionale Gruppen ehrenamtlich Tätiger sowie regionale Selbsthilfegruppen in die Arbeit mit ein und erarbeitet Bedarfe und Ziele für die Netzwerkarbeit.

Das Netzwerk ist langfristig angelegt. Alle Mitglieder stimmen den Zielen und der Zusammenarbeit mit einer Kooperationsvereinbarung zu.

Angebote des Netzwerkes sind beispielsweise Weiterbildungen, Austauschtreffen (Fortführung Stammtisch Demenz, bei Bedarf auch weitere Formate zu anderen Pflegethemen) und Informationsmaterial. Pflegebedürftige, deren Angehörige und weitere von Pflege betroffener oder dahingehend engagierte Personen können alle Angebote des Netzwerkes nutzen. Eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit gewährleistet ihnen den Zugang dazu. Informationsmaterial wird so aufbereitet, dass verschiedene Zugänge für verschiedene Altersgruppen gewählt werden. Während junge pflegende Angehörige über das Internet Informationen finden, gibt es für Senioren auch Hinweise in den Printmedien und Informationsmaterial.

Alle Kooperationspartner haben sich mittels der Kooperationsvereinbarung zur Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet.

Die Mitbestimmung der Netzwerkmitglieder wird als essentiell gesehen, um das Netzwerk dauerhaft zu halten und weitere Mitglieder zu werben.

7. Trägerschaft und Koordination des Netzwerkes

(hier Bezugnahme auf das Weimarer Land, wo das Pflegenetzwerk an der Kreisvolkshochschule angesiedelt ist)

Träger des Pflegenetzwerkes ist … (Träger des Netzwerkes können sein: die Kommunen, u. a. Volkshochschulen als kommunale Einrichtungen oder die Verwaltungen von kreisfreien Städten und Landkreisen. Oder freigemeinnützige Träger, die trägerübergreifend arbeiten und in Themen der Pflege involviert sind.)

Kontaktdaten:

Verantwortlichkeiten:

Zur Wahrnehmung und Erfüllung der oben genannten Aufgaben wird eine Koordinierungsstelle für das Pflegenetzwerk mit 10 Wochenstunden (Beispiel) geplant.

Die Koordinierungsstelle für das Pflegenetzwerk wird an der KVHS (Beispiel für das Weimarer Land; im Landkreis Schmalkalden-Meiningen ist Träger das Landratsamt) angesiedelt. Dieser Träger bietet sich aus folgenden Gründen an:

- Die KVHS ist ein „neutraler Player“ gegenüber allen Akteuren der Sozialwirtschaft.
- Sie verfügt über niedrigschwelligen Zugang zu älteren Menschen, bspw. über Kurse und Veranstaltungen, die kostengünstig und in der Fläche angeboten werden.
- Durch die genannten Außenstellen in den kreisangehörigen Gemeinden ist sie in allen Sozialräumen des Landkreises präsent und wohnortnah erreichbar.
- Das Bildungsangebot der KVHS ist tagesaktuell auf ihren Webseiten zu finden, weiterhin in Amtsblättern und Tagespresse sowie im jährlich erscheinenden Programmheft.
- Sie besitzt hinreichend fachliche Expertise und entsprechende Vernetzung zu relevanten Akteuren durch die bereits jetzt angebotenen Pflegekurse in Zusammenarbeit mit der AOK und vielen weiteren Angeboten im Fachbereich Gesundheit. Sie wird durch den Thüringer Volkshochschulverband fachlich-inhaltlich unterstützt.
- Die KVHS ist auf Landesebene gut vernetzt (u. a. Mitglied in der Landesgesundheitskonferenz, AGETHUR, Kontakt zum Landesseniorenrat, etc.).

Die zukünftige Netzwerkkoordination erfolgt mit 10h/w (Beispiel) und hat folgende Aufgaben:

- Netzwerkpflege (Pflege bestehender Netzwerkpartner und Förderung und Koordination der Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerks, Gewinnung neuer Netzwerkpartner) und Weiter-entwicklung des Netzwerks (z. B. Abstimmung und Konkretisierung der Ziele)
- Organisation der Netzwerkkonferenz (Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung) und weiterer untergeordneter Arbeitstreffen, zum Beispiel Sitzungen der Arbeitsgruppen.
- Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen für Netzwerkpartner
- Initiierung, Begleitung und Moderation von Arbeitsprozessen im Netzwerk
- Dokumentation, Evaluation und Weiterentwicklung der Qualität der Netzwerkprozesse
- Administrative Aufgaben (Antragsstellung und Abrechnung von Fördermitteln)
- Öffentlichkeitsarbeit des Netzwerks (z. B. Vorstellen des Netzwerks auf Veranstaltungen, Pflege der Homepage, Kontaktpflege zu diversen Medien)

8. Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement des Trägers ist zertifiziert. Das Zertifizierungsinstitut ist anerkannt und basiert auf dem Managementzyklus von kontinuierlicher Bedarfsermittlung, strategischen Entwicklungszielen, Maßnahmeplanung und Evaluation. Die Grundlagen für das Qualitätsmanagement sind im Thüringer Erwachsenenbildungsgesetz (ThEBG) (hier das Beispiel Weimarer Land mit seinem Träger der KVHS) zu finden. Das Qualitätsmanagement wird in die KVHS implementiert. Gleichzeitig werden in verschiedenen Qualitätsbereichen Prozesse beschrieben und evaluiert. Es findet ein jährlicher Entwicklungsworkshop statt, bei dem die Prozesse des vergangenen Jahres reflektiert werden.

Zur Qualitätssicherung und um die Arbeitsweise des Netzwerkes darstellen zu können, werden die Netzwerktreffen protokolliert, die Vorhaben in einem Jahresplan aufgelistet und am Ende des Jahres mit den durchgeführten Maßnahmen verglichen. Differenzen werden reflektiert. Die Ergebnisse fließen in die nächste Planung ein. Ein Jahresbericht wird erstellt, wo Ergebnisse wie getätigte Ausgaben, Anzahl der Treffen und Weiterbildungen jeweils mit Anzahl der Teilnehmer, Art der Öffentlichkeitsarbeit, Anzahl der Pressemitteilungen konkret aufgelistet werden. Eine Entwicklung des Konzeptes und der Kooperationsvereinbarung ist möglich und wird gemeinsam im Netzwerk abgestimmt.

KOOPERATIONSVEREINBARUNG FÜR EIN PFLEGENETZWERK[1]

Mindestinhalte für „Kooperationsvereinbarungen“

Die Forderung einer Kooperationsvereinbarung ergibt sich aus den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.[2]

Regionale Netzwerke sind förderfähig, wenn sie auf einem freiwilligen Zusammenschluss, z. B. als eingetragener Verein (e. V.), als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder ohne Rechtsform auf Basis von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen der in der Region beteiligten Akteure (z. B. niedergelassene Ärzte, Heilmittelerbringer, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, Sozialverbände, Verbraucherzentrale) basieren. Die an dem Netzwerk beteiligten Akteure haben eine Vereinbarung abzuschließen, aus der sich die an der Vernetzung beteiligten Akteure sowie Ziele, Inhalte, beabsichtigte Durchführung und die Kosten ergeben.

Eine Kooperationsvereinbarung sollte mindestens folgendes beinhalten:

- Name des regionalen Netzwerkes
- Benennung der Netzwerkpartner/Kooperationspartner
- Vertretungsberechtigung
- Inhalte, Leistungen und Ziele der Netzwerkarbeit bzw. Kooperation
- Struktur des Netzwerkes bzw. Kooperation
- Kostenverteilung
- Unterschriften der am Netzwerk Beteiligten/Kooperationspartner

1 Siehe die Musterkooperationsvereinbarung für ein Pflegenetzwerk im Landkreis Schmalkalden-Meinigen, das Kerstin John zu verantworten hat.

2 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/rahmenvertraege__richtlinien_und_bundesempfehlungen/2022_01_28_Pflege_Empfehlungen_45c_Abs_7_SGB_XI.pdf

Musterkooperationsvereinbarung für das Netzwerk Pflege nach § 45c Abs. 9 SGB XI im Landkreis/der kreisfreien Stadt

1. Präambel

Im Landkreis/der kreisfreien Stadt ist die Absicherung adäquater Pflegeangebote vor dem Hintergrund des demografischen Wandels eine wichtige soziale Aufgabe und Bestandteil der kommunalen Daseinsvorsorge. Pflege muss in diesem Zusammenhang als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden, die verschiedene Lebensbereiche betrifft und die nur durch verschiedenste gesellschaftliche Akteure zu bewältigen ist.

Herausforderungen in der Pflege sind u. a.

- die Humanisierung von Pflegesettings und die Verbesserung der Lebenslagen von pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Angehörigen
- die Absicherung adäquater Pflegeangebote, die auch eine Alternative zu traditionellen Pflegesettings darstellen
- die Absicherung des Personalbedarfs in der Pflege und die Verbesserung von Arbeitsbedingungen in der Pflege
- die Kooperation von Akteuren in der Pflege, um eine sektorenübergreifende Versorgung von pflegebedürftigen Menschen zu gewährleisten
- die Etablierung von pflegepräventiven Angeboten, um Pflege und das Fortschreiten des Pflegebedarfs zu verhindern oder auf ein höheres Lebensalter zu verschieben.

2. Ziele des Netzwerkes

Die Kooperation von Akteuren innerhalb des Pflegenetzwerkes dient dazu, Pflegebedürftige, deren Angehörige und weitere von Pflege betroffene oder dahingehend engagierte Personen zu unterstützen. Das Netzwerk setzt sich für diesen Zweck folgende Ziele:

- Verbesserung der Informationen über regionale Angebote im medizinischen, pflegerischen und sozialen Bereich
- fachlicher Austausch und bedarfsgerechte Weiterbildungen für Akteure in der Pflege
- Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen und berufsbildenden Einrichtungen in der Region, um Entwicklungen darzustellen, um auf sie reagieren zu können

Die Ziele von Pflegenetzwerken können je nach den Bedarfen in den Regionen variieren.

In den Handlungsempfehlungen der GKV heißt es allgemein: „Durch die Zusammenarbeit regionaler Akteure …, die an der Versorgung und der Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie vergleichbar Nahestehenden beteiligt sind, soll der Versorgungs- und Unterstützungsbedarf sowohl von Pflegebedürftigen als auch deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen besser gedeckt werden.“

Im Rahmen dieser Empfehlung muss sich die Zielstellung eines Pflegenetzwerkes bewegen und diese konkretisieren.

- Einflussnahme auf die Gesundheits- und Sozialplanung des Landkreises zum Thema Pflege
- Bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe erhalten durch das Netzwerk einen unterstützenden Rahmen.
- Der Auftritt in der Öffentlichkeit erfolgt gemeinsam, so dass das Netzwerk als solches auch von Außenstehenden wahrgenommen werden kann.
- Die Arbeit des Netzwerkes ist allen Pflegebedürftigen und sonstigen Betroffenen in der Region zugänglich.

3. Kooperationspartner

Kooperationspartner im Netzwerk können sowohl natürliche als auch juristische Personen sein, die an der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen beteiligt sind. Die Kooperationspartner erkennen mit ihrer Unterschrift die Inhalte der Kooperationsvereinbarung an. Aus der Kooperation ergibt sich keine finanzielle Verpflichtung für die Kooperationspartner. Ein Austritt aus dem Netzwerk ist jederzeit möglich und schriftlich gegenüber der Koordinierungsstelle zu erklären.

4. Aufgaben

Zum Erreichen der Ziele trägt jeder Kooperationspartner bei.

Die Kooperationspartner ...

- sichern einen regelmäßigen Austausch ab und informieren sich gegenseitig über Termine, Vorhaben und Veränderungen ihrer Angebote.
- planen gemeinsam Maßnahmen und stellen einen Jahresplan auf. Jeder Kooperations-partner ist dabei gleichberechtigtes Mitglied.
- informieren Hilfesuchende über Angebote und Kontaktdaten der Kooperationspartner, soweit die individuellen Anliegen des Hilfesuchenden nicht mit den eigenen Handlungs-möglichkeiten abschließend bearbeitet werden können.
- stimmen eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit ab.
- erhalten Sachstände aus der Gesundheits- und Sozialplanung und können sich aktiv an Planungsprozessen beteiligen.
- unterstützen mit ihrer fachlichen Expertise bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe.

5. Koordinierungsstelle

Ansprechpartner für alle Fragen hinsichtlich des Netzwerkes ist die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter der regionalen Koordinierungsstelle des Netzwerkes Pflege. Diese ist über folgende Kontaktdaten zu erreichen:
Kontaktdaten Träger des Netzwerkes ...

Die Netzwerkkoordinierungsstelle übernimmt folgende Aufgaben:

- Netzwerkpartner für die Mitarbeit im Netzwerk zu gewinnen,
- die Zusammenarbeit der Netzwerkpartner zu fördern,
- Abstimmungsprozesse zu initiieren, begleiten und zu moderieren,
- Netzwerkprozesse zu dokumentieren, die Wirksamkeit der Zusammenarbeit vor Ort zu evaluieren und im Rahmen der Qualitätsentwicklung weiter zu entwickeln,
- Antragsstellung und Abrechnung von Fördermitteln für das Netzwerk Pflege.

6. Qualitätssicherung

Alle Änderungen, die sich bei den Kooperationspartnern ergeben, werden der Koordinierungsstelle mitgeteilt und von dort dem Netzwerk zur Verfügung gestellt. So wird die stete Aktualität gewährleistet. Alle Vorhaben des Netzwerkes werden gemeinsam geplant und in einer Jahresplanung zusammengefasst. Jede Maßnahme wird öffentlich beworben, ist öffentlich zugänglich und wird dokumentiert. Die durchgeführten Maßnahmen werden gemeinsam reflektiert. Die Ergebnisse fließen in die nächste Planung ein. Eine Entwicklung des Konzeptes und der Kooperationsvereinbarung ist möglich und wird gemeinsam im Netzwerk abgestimmt.

7. Datenschutz

Die Kooperationspartner sind zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verpflichtet. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe von Kontaktdaten und Angeboten zum regelmäßigen Austausch innerhalb des Netzwerkes sowie zur individuellen Bearbeitung von Anliegen von Hilfesuchenden sind die Kooperationspartner einverstanden.

Informationen und Daten, welche innerhalb des Netzwerkes über die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit hinausgehen, werden im Rahmen der vertraulichen Zusammenarbeit und für den entsprechenden Zweck genutzt. Eine Weitergabe an Dritte findet nicht statt.

Ort, Datum

Unterschrift Träger

Unterschrift Kooperationspartner

EMPFEHLUNGEN DES GKV-SPITZEN-VERBANDES UND DES VERBANDES DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG E. V. (AUSZUG)

ZUR FÖRDERUNG VON ANGEBOTEN ZUR UNTERSTÜTZUNG IM ALLTAG, VON EHRENAMTLICHEN STRUKTUREN UND VON MODELLVORHABEN ZUR ERPROBUNG NEUER VERSORGUNGSKONZEPTE UND VERSORGUNGS-STRUKTUREN SOWIE ZUR FÖRDERUNG DER SELBSTHILFE NACH § 45C ABS. 7 SGB XI I. V. M. § 45D SGB XI UND ZUR FÖRDERUNG REGIONALER NETZWERKE NACH § 45C ABS. 9 SGB XI VOM 24.07.2002 IN DER FAS-SUNG VOM 20.12.2021 (AUSZUG UND NACHDRUCK DES ENTSPRECHENDEN DOKUMENTS DES GKV-SPITZEN-VERBANDES UND DES VERBANDES DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG E. V.) [3]

Förderung von regionalen Netzwerken nach § 45c Abs. 9 SGB XI

1. Ziele

Mit Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung können durch die Pflegekassen und die privaten Versicherungs-unternehmen, die die private Pflegepflicht-versicherung betreiben, einzeln oder gemeinsam selbst-organisierte regionale Netzwerke gefördert werden, die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteu-ren dienen, die an der Versorgung und Unterstüt-zung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilli-gen Vereinbarung vernetzen. Durch die Zusammen-arbeit regionaler Akteure (insbesondere von Trägern und Selbsthilfegruppen), die an der Versorgung und der Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie vergleichbar Nahestehenden beteiligt sind, soll der Versorgungs- und Unterstüt-zungsbedarf sowohl von Pflegebedürftigen als auch deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehen-den Pflegepersonen besser gedeckt werden. Dabei muss die Arbeit des Netzwerks - gegebenenfalls mit etwaiger Schwerpunktsetzung (wie beispielsweise der Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehen-den) - allen Pflegebedürftigen und sonstigen Betroff-enen in der Region zugänglich sein.

2. Voraussetzungen

Regionale Netzwerke sind förderfähig, wenn sie auf einem freiwilligen Zusammenschluss, z. B. als eingetragener Verein (e. V.), als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder ohne Rechts-form auf Basis von schriftlichen Kooperationsver-einbarungen von mindestens drei der in der Region beteiligten Akteure (z. B. niedergelassene Ärzte, Heilmittelerbringer, Krankenhäuser, Pflege-einrich-tungen, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, Sozialverbände, Verbraucherzentrale, Kommunen) basieren. Die an dem Netzwerk beteiligten Akteure haben eine Vereinbarung abzuschließen, aus der sich die an der Vernetzung beteiligten Akteure sowie Ziele, Inhalte, beabsichtigte Durchführung und die Kosten ergeben. Zur regelmäßigen Über-prüfung der Netzwerkarbeit und -prozesse muss das Netzwerk ein Qualitätsmanagement vorhalten. Voraussetzung für die Förderung ist, dass es sich um Netzwerke handelt, bei denen in Bezug auf das jeweilige Einzugs-gebiet auch eine Teilnahme der regionalen Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen i. S. d. § 45d SGB XI sowie der regionalen Gruppen ehrenamtlich Tätiger und sons-tiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen i. S. d. § 45c Abs. 4 SGB XI, die eine für eine Teilnahme an der Vernetzung hinreichend feste Organisationsstruktur aufweisen, ermöglicht wird. Erforderlich ist auch, dass der Kreis, die kreisfreie Stadt oder der Bezirk in den Stadtstaaten der frei-willigen Vereinbarung zur regionalen Vernetzung beitreten kann. Dem Förderantrag ist die Stellung-nahme des Kreises, der kreisfreien Stadt oder des Bezirkes in den Stadtstaaten zu einer möglichen Beteiligung an dem Netzwerk beizufügen. Eine anteilige Finanzierung der selbstorganisierten regionalen Netzwerke durch das jeweilige Land oder die jeweilige Gebietskörperschaft ist keine Vor-aussetzung für eine Förderung durch die Pflegekas-sen oder privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen. Sofern sich das jeweilige Land oder die jeweilige Gebietskörperschaft an der Finanzierung anteilig beteiligt, steht dies der Förderung durch Pflegekas-sen oder private Versicherungsunternehmen jedoch nicht entgegen.

3. Inhalt der Förderung

Gefördert werden können im Rahmen einer Anteils-finanzierung die netzwerkbedingten Kosten (Perso-nal- und Sachkosten), die aus der Koordination des regionalen Netzwerkes und ggf. der Organisation und Durchführung einer fachlichen Fortbildung der an dem regionalen Netzwerk beteiligten Akteure entstehen. Zu den förderfähigen Kosten gehören ebenfalls die Kosten für die Öffentlichkeitsarbeit des Netzwerkes.

Den in der Region zuständigen Landesverbänden der Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. ist von dem zu förder-nden Netzwerk der Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit anzuzeigen und es sind die Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen. Ihnen ist außerdem vom Netzwerk jeweils bis Ende März eines jeden Kalenderjahres ein Verwendungsnachweis für das vorangegangene Kalenderjahr vorzulegen. Nicht verwendete oder nicht zulässig verwendete Förder-mittel sind von dem Netzwerk an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückzuzahlen. Dies wird dem Netzwerk von dem mit der Verwendungsnachweis-prüfung auf Landesebene beauftragten Landes-verband der Pflegekassen oder der beauftragten Pflegekasse durch einen Bescheid mitgeteilt.

Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen und aktualisieren jährlich eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regiona-len Netzwerke und veröffentlichen diese auf einer eigenen Internetseite. Die Übersicht muss folgende Angaben zu den geförderten Netzwerken enthalten: Kontaktdaten der Ansprechperson des Netzwerks, Angaben zur etwaigen Schwer-punktsetzung des Netzwerks (wie beispielsweise der Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden) sowie - sofern existent - den Link zur Internetpräsenz des Netz-werks.

4. Dauer der Förderung

Die Fördermittel sind für den Auf- und Ausbau und die dauerhafte Implementierung des regionalen Netzwerkes zu verwenden. Ein zweijähriger Förder-zeitraum ist zu bevorzugen.

5. Durchführung der Förderung

Soll die Förderung eines regionalen Netzwerkes im laufenden Kalenderjahr beginnen, ist die Förderung spätestens bis zum 15.08. des laufenden Kalender-jahres bei einer Pflegekasse/ einem Landesverband der Pflegekassen (sofern in einem Bundesland vor-gesehen) oder einem privaten Versicherungsunter-nehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, zu beantragen. Für eine Förderung, die im kommenden Kalenderjahr beginnen soll, kann der Antrag ab Oktober des laufenden Kalenderjah-res bei diesen Stellen eingereicht werden. Anträge, die bei der Pflegekasse oder dem privaten Versiche-rungsunternehmen eingehen, werden nach Prüfung der Anforderungen an die Förderfähigkeit des Netz-werkes an die Landesverbände der Pflegekassen und den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. übermittelt.

Sind die rechtlichen und fachlichen Voraussetzun-gen zur Förderfähigkeit erfüllt, erteilen die Lan-desverbände der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und unter Beteiligung des Kreises, der kreis-freien Stadt oder des Bezirkes in den Stadtstaaten in der Regel binnen drei Monaten nach Eingang des Antrags die Zustimmung zur Auszahlung der entsprechenden Fördermittel aus dem Ausgleichs-

3 Quelle: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/rahmenvertraege__richtlinien_und_bundesempfehlungen/2022_01_28_Pflege_Empfehlungen_45c_Abs_7_SGB_XI.pdf

fonds. Die Landesverbände der Pflegekassen teilen dem Kreis, der kreisfreien Stadt oder dem Bezirk in den Stadtstaaten sowie der den Antrag übermittelnden Pflegekasse oder dem den Antrag übermittelnden privaten Versicherungs-unternehmen die Höhe des Förderbetrages mit. Der Bescheid zur Förderung des Netzwerks wird durch einen auf Landesebene bestimmten Landesverband der Pflegekassen oder eine entsprechend bestimmte Pflegekasse erteilt (nachfolgend „zuständige Stelle“). In den Bescheid zur Vergabe der Mittel sind unter Beachtung der einschlägigen haushaltsrechtlichen Anforderungen (vgl. hierzu die VerwV zu § 44 BHO; entsprechende Regelungen finden sich in den Haushaltsordnungen der Länder) Regelungen zur Vorlage von Verwendungsnachweisen zu treffen. In den Bescheid ist zudem aufzunehmen, dass die Entscheidung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. erfolgt ist. Die Landesverbände der Pflegekassen informieren die zuständige oberste Landesbehörde über den Förderantrag sowie über die Auszahlung der Fördermittel.

Liegen die rechtlichen und fachlichen Voraussetzungen zur Förderfähigkeit nicht vor, haben die Landesverbände der Pflegekassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. ein-vernehmlich unter Beteiligung des Kreises, der kreisfreien Stadt oder des Bezirkes in den Stadtstaaten binnen drei Monaten darzulegen, welche rechtlichen und fachlichen Gründe einer Förderung entgegenstehen. Der Bescheid zur Ablehnung der Förderung des Netzwerks ist durch die zuständige Stelle zu erteilen.

Es können je Kreis oder kreisfreier Stadt bis zu zwei regionale Netzwerke und je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500.000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden. In den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, können pro Bezirk bis zu zwei regionale Netzwerke gefördert werden. Als Grundlage gilt hierbei die zum jeweiligen Zeitpunkt gültige Zuordnung der kreisfreien Städte und Landkreise des Statistischen Bundesamtes. Liegen drei oder mehr unterschiedliche Förderanträge für den Bereich eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt bzw. pro Bezirk bei Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, vor, entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. einvernehmlich und unter Beteiligung des Kreises oder der kreisfreien Stadt über die Förderung. Dies gilt entsprechend bei Vorliegen von fünf und mehr Anträgen je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500.000 Einwohnern. Der Förderbetrag darf je regionalem Netzwerk nicht mehr als 25.000 Euro je Kalenderjahr betragen. Dies gilt auch dann, wenn eine Förderung mehrerer regionaler Netzwerke einzeln oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen oder entsprechenden privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, erfolgt.

Netzwerke können auch kreis-, stadtgebiets- bzw. bezirksübergreifend gefördert werden; die Fördermittel können dann kumuliert werden. Die Gesamtfördersumme richtet sich nach der Anzahl der sich beteiligenden Kreise/ kreisfreien Städte / Bezirke in den Stadtstaaten, für die jeweils bis zu 25.000 Euro je Kalenderjahr zur Verfügung stehen. Bei einer kreis-, stadtgebiets- bzw. bezirksübergreifenden Förderung müssen die Netzwerke in den jeweils beteiligten Kreisen/ kreis-freien Städten / Bezirken in den Stadtstaaten verankert sein und eine Beteiligung der unter Ziffer III.1 genannten Akteure ermöglichen. Das kreis-, stadtgebiets- bzw. bezirksübergreifende Netzwerk ist auf die jeweils zulässige Anzahl je beteiligtem Kreis/ beteiligter kreisfreier Stadt/ beteiligten Bezirken in den Stadtstaaten anzurechnen.

6. Vergabe der Fördermittel

Die Bescheid erteilende zuständige Stelle informiert das Bundesamt für Soziale Sicherung über die Entscheidung nach Ziffer IV.5 und über die Höhe der zugesagten Fördermittel. Die Mitteilung an das Bundesamt für Soziale Sicherung muss spätestens bis 15.11. des laufenden Förderjahres erfolgen. Das Verfahren zur Auszahlung der Mittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung richtet sich nach der Vereinbarung nach § 45c Abs. 8 SGB XI.

NETZWERKPARTNER FÜR PFLEGENETZWERKE

Alzheimer Gesellschaft Thüringen e. V. Selbsthilfe Demenz

Die Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. wurde 2002 gegründet.

Die Fachstelle Demenz wird seit 2013 nach § 45d SGB XI vom Freistaat Thüringen und den Landesverbänden der Pflegekassen in Thüringen gefördert.

Die Hauptarbeitsfelder in der Fachstelle Demenz sind:

- Beratung,
- Schulung,
- Vernetzung und
- Öffentlichkeitsarbeit.

Wir bieten Schulungen für Angehörige, Ehrenamtliche und Fachkräfte an und unterstützen den Netzwerkaufbau im Freistaat. Wir beraten neutral und unabhängig Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Unser Ziel ist die Mitwirkung an der gesamtgesellschaftlichen Aufklärung der Bevölkerung zum Thema Demenz in Thüringen.

Ebenso koordinieren wir das „DemenzNetzwerk Thüringen“ (Zusammenschluss von Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz, Pflegenetzwerken und weiteren am Thema Demenz Interessierten) und das Projekt „Pflegebegleitung“.

Mehr können Sie unter www.alzheimer-thueringen.de erfahren.

Bei Fragen oder zur Vereinbarung von Beratungsterminen können Sie uns kontaktieren:

Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V.
Selbsthilfe Demenz
Pfeiffersgasse 13
99084 Erfurt

Tel. 0361/60 255 744
Fax 0361/60 255 746

Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz - Ein (kommunales) Netzwerk für Demenz

Damit Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen Teil der Gesellschaft bleiben und auf Hilfe- und Unterstützungsnetzwerke zurückgreifen können, fördert die Bundesregierung seit Jahren deutschlandweit den Aufbau von Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz.

2020 startete im Bundesprogramm "Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz" die neue Förderwelle. Bis 2026 sollen erneut 150 Netzwerke gefördert werden, um noch fehlende Strukturen zur Teilhabe und Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen auf- und auszubauen. Hierzu stellt das Bundesseniorenministerium pro Projekt mehr Geld zur Verfügung als in der ersten Phase des Bundesprogramms. Und die Förderung ist von zwei auf drei Jahre ausgeweitet worden.

Um vor Ort Strukturen und Netzwerke aufbauen zu können, erhalten die Lokalen Allianzen jeweils 10.000 € pro Förderjahr. Die Ausschreibung für eine fünfte Förderwelle wird im Frühjahr dieses Jahres starten. Der Förderbeginn ist dann 2024.

Bundesweit wird dies koordiniert durch die Netzwerkstelle Demenz Netzwerkstelle Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz.

Bei Fragen zur Beantragung berät und vernetzt Sie die Fachstelle Demenz Thüringen. Ansprechpartnerin: Frau Nadja Braun, Tel: 0631_60255744 oder E-Mail:

nadja.braun@alzheimer-thueringen

www.alzheimer-thueringen.de

Das Netzwerk Pflegebegleitung

Das Netzwerk Pflegebegleitung Thüringen, welches sich aus dem Modellprojekt gem. § 45d SGB XI im Jahre 2012 in Thüringen nachhaltig etablieren konnte, ist ein Angebot für pflegende Angehörige und alle, die in Kontakt mit zu Pflegenden stehen. Im Rahmen des Projektes werden Angehörige sowie Menschen, die sich um eine zu pflegende Person sorgen, von speziell qualifizierten ehrenamtlichen Pflegebegleiter*innen begleitet und unterstützt.

Das Angebot ist niedrigschwellig, nachbarschaftlich, unentgeltlich und offen.

Die Zielgruppen sind:

- pflegende Angehörige (im Entscheidungsprozess der Pflegeübernahme)
- pflegende Angehörige während der Zeit der Sorge und Pflegearbeit
- pflegende Angehörige, die sich um Erkrankte im Heim kümmern
- pflegende Angehörige, die die Gepflegten durch Tod bedroht sehen oder bereits verloren haben
- pflegende Angehörige, die nach der Pflege völlig erschöpft sind und sich neu orientieren wollen
- Nachbarn/Freund*innen, die sich um Erkrankte kümmern
- pflegende Angehörige von Kindern und Jugendlichen
- Das Profil und Aufgabenverständnis des Projektes ist an den Bedarfslagen der pflegenden Angehörigen ausgerichtet. Es ergeben sich folgende Ziele für das Projekt:
- Befähigung zur selbstbestimmten und -organisierten Übernahme der eigenen Angelegenheiten (Hilfe, es selbst zu tun)
- Rückgriff auf eigene Ressourcen und Kraftquellen
- Verteilen der Lasten auf mehrere Schultern
- (Wieder-)Gewinnung von Lebensfreude und Lebensqualität

Die Aufgaben der ehrenamtlichen Pflegebegleiter*innen umfassen:

- der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu den pflegenden Angehörigen zur Unterstützung der Angehörigen nach konkreten Wünschen und Bedürfnissen
- Entlastung/Unterstützung durch Gespräche
- Trost spenden
- Hinweise auf Entlastungsmöglichkeiten
- dabei helfen, dass Angehörige eigene Bedürfnisse nicht vernachlässigen
- Herstellung von Kontakt zu professionellen Diensten
- Begleitung bei Behördengängen
- geben Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten in der Region weiter
- helfen beim Auffinden des richtigen Angebots
- regen zur Planung der Pflege und Organisation des Pflegealltags an
- würdigen die Pflegetätigkeit der Angehörigen

Sie führen selbst keine pflegerischen oder hauswirtschaftlichen Leistungen durch und machen keine Pflegeberatung im Sinne der Pflegekassen.

Das Pflegebegleitungskonzept wird auf regionaler Ebene durch die Bausteine: Projektinitiator*innen (PI) und Pflegebegleiter (PB) organisiert. Projektinitiator*innen fungieren als Standortverantwortliche und sind hauptamtlich bei Trägern angestellt. Sie sind diejenigen, die innerhalb des Projektes zunächst selbst qualifiziert werden, um dann anschließend ehrenamtliche Pflegebegleiter*innen zu akquirieren, zu begleiten und für die Unterstützung der pflegenden Angehörigen zu schulen.

Eine Übersicht der aktuellen Standorte in Thüringen finden Sie auf der Webseite hier www.alzheimer-thueringen.de. Die Standorte in Thüringen werden durch die Koordinatorin der Alzheimer-Gesellschaft Thüringen e.V. unterstützt und vernetzt.

Besteht auch Ihrerseits Interesse daran, sich für das Projekt Pflegebegleitung in Thüringen zu engagieren, so setzen Sie sich sehr gerne mit der Koordinatorin der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. in Verbindung.

Kontakt:

Dagmar Linz
Koordinatorin Netzwerk Pflegebegleitung Thüringen
Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V.
Pfeiffersgasse 13
99084 Erfurt
Telefon: (0361) 60255744
E-Mail dagmar.linz@alzheimer-thueringen.de

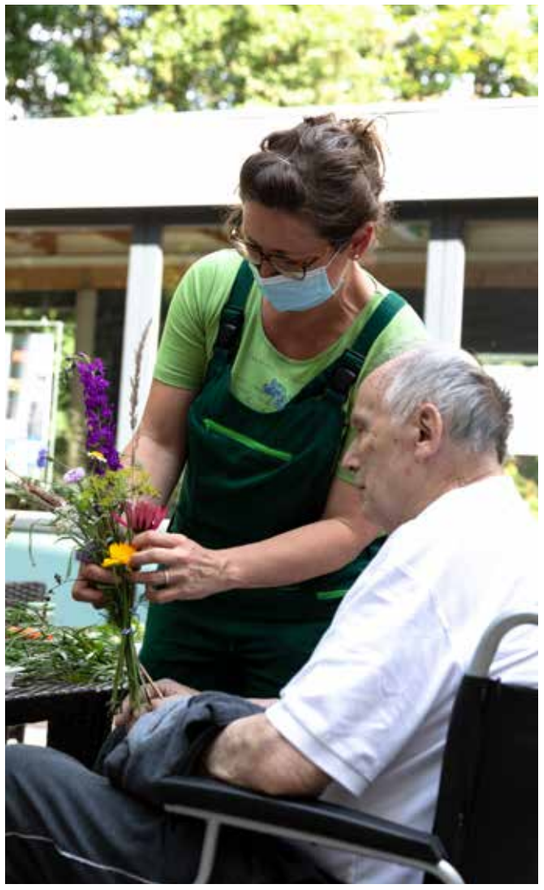
Der Verein „wir pflegen“

Der Verein „wir pflegen“ - Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger in Thüringen e. V. (www.wir-pflegen-thueringen.de) wurde 2020 mit dem Ziel gegründet, die Wertschätzung der großen Leistungen pflegender Angehöriger zu erhöhen, die Rahmenbedingungen in Thüringen für die Angehörigenpflege zu verbessern und Möglichkeiten des Austausches und der gegenseitigen Unterstützung zu schaffen. Im Verein engagieren sich sowohl aktuell als auch ehemalige pflegende Angehörige und Unterstützer. Über 85 % der pflegebedürftigen Menschen werden in der Häuslichkeit von Eltern, (Schwieger-)Kindern, Partnern und Partnerinnen, Geschwistern, anderen Verwandten und Freunden versorgt. In Thüringen unterstützen mehr als 275.000 Menschen ihre pflegebedürftigen Angehörigen, teilweise unter Einbeziehung eines ambulanten Pflegedienstes. Dies wird von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen, was auch zur Folge hat, dass es an Beratungs,- Unterstützungs- und Entlastungsangeboten fehlt. Viele Angehörige haben sehr große physische, psychische und finanzielle Belastungen zu tragen und gehen dabei oft über ihre eigenen Leistungsgrenzen. Pflegende Angehörige sind es leid, mit Reformen, die ständig verschoben und inhaltlich reduziert werden, vertröstet zu werden und beginnen sich aktiv einzumischen, um Veränderungen voranzubringen, damit Pflege zu Hause auch weiterhin leistbar ist.

Einmal im Jahr organisiert und koordiniert der Verein die Thüringer Woche der pflegenden Angehörigen (twpa), die Angebote von, mit und für pflegende Angehörige quer durch Thüringen macht, um sich austauschen zu können, Informationen zu erhalten und auf die Situation der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen in Thüringen aufmerksam zu machen.

Weitere pflegende Angehörige und Engagierte sind herzlich im Verein willkommen, denn wir können nur gemeinsam etwas in Thüringen in Gang bringen.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Sigrun Fuchs:
vorstand@th.wir-pflegen.net



III. MODERNE PFLEGEPOLITIK FÜR THÜRINGEN - EIN THESENPAPIER ZU HERAUSFORDERUNGEN IN DER PFLEGE IN THÜRINGEN

Jan Steinhaußen

Präambel 97

Kurzfassung:
Thesen und Forderungen für eine moderne Pflegepolitik in Thüringen-
Zusammenfassende Thesen und Forderungen 98

Langfassung:
Thesen und Forderungen für eine moderne Pflegepolitik in Thüringen -
Erläuternde Perspektiven 102

1. Zur Situation 102

2. Der (pflegebedürftige) Mensch und pflegende Angehörige
im Mittelpunkt der Pflege(politik) – Exklusionsgefährdung vonMenschen mit Pflegebedarf 104

3. Die Pandemiebewältigung in der Pflege 106

4. Moderne Pflegepolitik und Armut 108

5. Diversität und die Notwendigkeit einer differenzierten Berichterstattung 111

6. Pflegeplanung und Pflegepolitik 113

7. Prävention und Gesundheitsförderung vor Pflegebedürftigkeit und in der Pflege 115

8. Subsidiarität und kommunale Verantwortung für die Pflege 118

9. Das Landesprogramm für das solidarische Zusammenwirken der Generationen (LSZ) –
ein Landesprogramm für Pflege 122

10. Interessenvertretungen von Menschen mit Pflegebedarf sowie von Pflegenden 124

11. Landesgremien für Pflege 125

12. Die Pflegenden 127

PRÄAMBEL

Der Landesseniorenrat ist qua Gesetz aufgefordert, Stellungnahmen zu Themen abzugeben, die für Seniorinnen und Senioren wichtig sind. Die Pflege ist für Ältere ein existentieller Bereich. Sie sind - statistisch gesehen wird mehr als jede zweite Person in Deutschland im Laufe ihres Lebens einmal pflegebedürftig! – von Pflege selbst betroffen. Und sie sind selbst Pflegende. Es geht aber nicht nur um die Älteren. Die meisten Menschen, die als Angehörige pflegen, sind im mittleren Alter. Auch die in professionellen Settings Pflegenden sind zumeist im mittleren Alter.

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

Die vorliegenden Thesen, die die bisherigen fortschreiben, erweitern die Perspektiven. Sie sind keine vordergründige Kritik an der Pflegepolitik in Thüringen. Eher konstatieren sie, dass eine solche nach wie vor nicht formuliert und profiliert ist. Wir halten das nach einer achtjährigen Regierungszeit, in der zweifellos wichtige sozialpolitische Projekte und Programme realisiert wurden, angesichts der Herausforderungen im Pflegebereich für einen bedenklichen Befund, zumal es an Hinweisen und Empfehlungen ganz gewiss nicht mangelte. Insofern richten sie sich auf die unmittelbare Gegenwartsbewältigung sowie die Zukunft. Sie plädieren dafür, ohne dass ihnen ein apodiktischer Anspruch unterstellt werden darf, dass eine kohärente Landespolitik für die Pflege unter Einbeziehung der involvierten Akteure formuliert wird.

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

Das aktuelle Forderungs- und Diskussionspapier zu Themen der Pflege setzt die Diskussion aus den Jahren 2018 und 2021 fort. Der Landesseniorenrat hatte in diesen Jahren Thesen für eine moderne Pflegepolitik in Thüringen formuliert, die in verschiedenen Kontexten zirkulierten und diskutiert wurden. Sie wurden mit den sozialpolitischen Vertretern der Fraktionen des Thüringer Landtages diskutiert. Zu einer wirklichen Auseinandersetzung mit Vertretern des für Pflege zuständigen Ministeriums kam es aber nicht, was durchaus die Frage aufwirft, welchen Wert deliberative Bemühungen haben. Wir können unterstellen, dass die Pandemiebewältigung Ressourcen weitgehend absorbierte. Das Forderungs- und Diskussionspapier formuliert Vorschläge und Forderungen. Diese sind nicht „aus der Luft gegriffen“. Die wesentlichen Quellen sind die profunden empirischen Untersuchungen und Studien der Kranken- und Pflegekassen, die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege sowie der Siebte Altenbericht. Insofern verwundert es, dass diese Dokumente in Thüringen offenbar keinen Nachklang und keine Wirkung erzielten.

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

KURZFASSUNG: THESEN UND FORDERUNGEN FÜR EINE MODERNE PFLEGEPOLITIK IN THÜRINGEN- ZUSAMMENFASSENDE THESEN UND FORDERUNGEN

1. Zur Situation

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

2. Exklusionsgefährdung von Menschen mit Pflegebedarf

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

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

3. Die Pandemiebewältigung in der Pflege

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

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

4. Moderne Pflegepolitik und Armut

Die gegenwärtige Konstruktion der Pflegeversicherung verweist auf verschiedene mit der Finanzierung der Pflegeversicherungen zusammenhängende Dilemmata, vor allem aber auf systemische Benachteiligungen und Ungerechtigkeiten insbesondere gegenüber Frauen, die Care-Arbeit leisten und die von Pflegebedürftigkeit und Pflege selbst viel stärker betroffen sind als Männer. Die Pflege wird ganz generell, ob man selbst gepflegt wird oder ob man Angehörige pflegt, zu einem Armutsrisiko, das in nicht geringem Umfang auch von Sozialhilfeträgern getragen werden muss, und führt zu einer eklatanten Teilhabegefährdung.

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

5. Diversität und die Notwendigkeit einer differenzierten Berichterstattung

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

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

6. Pflegeplanung und Pflegepolitik

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

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

7. Prävention und Gesundheitsförderung vor Pflegebedürftigkeit und in der Pflege

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

Notwendig ist eine KEHRTWENDE der Pflegepolitik. „Eine Kehrtwende kann nur durch die konsequente Umsetzung gesundheitsförderlicher und präventiver

sowie rehabilitativer Maßnahmen erreicht werden“ (Pflege-Report 2021, S. 100). Dabei erscheinen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere auch dann notwendig, wenn ein Pflegefall eingetreten ist.

8. Subsidiarität und kommunale Verantwortung für die Pflege

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

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

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

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

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

10. Interessenvertretungen von Menschen mit Pflegedarf sowie von Pflegenden

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

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

11. Landesgremien für Pflege

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

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

12. Die Pflegenden

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

Ohne Angehörigenpflege geht im deutschen Pflegesystem nichts. Ca. 80 % der Pflegebedürftigen werden in Deutschland und Thüringen innerhalb der Familie gepflegt, betreut und versorgt.

Notwendig ist der Anspruch auf eine Lohnersatzleistung, des Weiteren ein Rechtsanspruch auf unterstützende Leistungen, der landesgesetzlich zu regeln ist, weitere Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie, bedarfsgerechte Angebote für Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige, Rechtsinformationen und Möglichkeiten für den Erfahrungsaustausch, präventive Beratung und Begleitung bei Pflegegrad 1, um häusliche Pflegesettings zu ermöglichen und zu stabilisieren, den unkomplizierten Zugriff auf personelle Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungsressourcen, bei Notsituationen, nach Krankenhausaufenthalten, um Erholung und Freizeit zu ermöglichen u. a. m.

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

Als Optionen galten und gelten:

- Gehaltssteigerungen, die Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Wertschätzung für Pflegende
- ein Imagewandel der Pflege
- die Fachkräftegewinnung im Ausland
- Zugangserleichterungen für Menschen, die im Pflegeberuf tätig sein wollen
- die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- eine konsequente Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“
- Es geht aber auch um eine Gesamtstrategie, um die Förderung präventiver Potentiale und um eine neue Kultur des Pflegens.

LANGFASSUNG: THESEN UND FORDERUNGEN FÜR EINE MODERNE PFLEGEPOLITIK IN THÜRINGEN - ERLÄUTERNDE PERSPEKTIVEN

1. Zur Situation

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

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

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

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

- Innerhalb des TMASGFF gab es strukturelle Veränderungen, deren Sinn sich Außenstehenden nicht sofort erschließt. Die Pflege erscheint fachlich vor allem dem Sozialen, aber natürlich auch der Gesundheit verbunden. Die Pflege wurde jedenfalls der Abteilung 4 Gesundheit (jetzt Gesundheit und Pflege) zugeordnet. Mit dieser Zuordnung war die Bildung einer Referatsgruppe 4A Pflege, Heilberufe, ambulante Versorgung verbunden, die mit folgenden Referaten arbeitet:
  - » Referat 4A 1 – Heil- und Pflegeberufe,
  - » Referat 4A 2 – Ambulante Versorgung,Sicherung der ärztlichen Versorgung,
  - » Referat 4A 3 – Grundsatzangelegenheiten Pflege und Pflegeversicherung, Hospiz und
  - » Referat 4A 4 – Pflegerische Strukturen
- In der Abteilung für Gesundheit wurde eine „Beauftragte für die Belange der Pflege und Patient:innen“ etabliert, die bei Beschwerden und Anliegen von Patienten und Pflegebedürftigen zwischen Leistungserbringern und Betroffenen vermittelt. Es handelt sich ausdrücklich nicht um eine Interessenvertretung für Patient*innen und Pflegebedürftige, sondern um ein Vermittlungsangebot.
- Geplant ist die Etablierung einer Zukunftswerkstatt zur Pflege, an der auch zivilgesellschaftliche Akteure, Interessenvertreter von Betroffenen und pflegende Angehörige mitwirken sollen. Ihr Anliegen soll die Erarbeitung eines Thüringer Pflegeentwicklungsplans sein.
- Das Thüringer Wohn- und Teilhabegesetz wird durch AGP Sozialforschung|Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung (zze) Freiburg evaluiert.
- Es wurde mit der neu verfassten ThürAUPAVO eine Verordnung etabliert, die Nachbarschaftshilfen im Sinne von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zulässt und fördert.
- Innerhalb des Landespflegeausschusses arbeitet eine Unterarbeitsgruppe zu Themen der Gewalt in der Pflege und zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, aus der eine instruktive Broschüre zur Prävention vor freiheitsentziehende Maßnahmen entstanden ist, des Weiteren Arbeitsgruppen zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, zum Ordnungsrecht und zur Personalbemessung, aus denen Impulse für die Pflegepolitik in Thüringen hervorgehen (können).

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

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

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

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

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

- Die Zuzahlungsleistungen für Pflegebedürftige in der stationären Pflege sind infolge der Tarifbindungen und Lohnkostensteigerungen derartig gestiegen, dass die Armuts- und Sozialhilfeempfängerquote von Pflegebedürftigen extrem gestiegen ist, was gleichermaßen Auswirkungen auf die Haushaltssituation der Kommunen hat. Keine der Kostensteigerungen für Pflegeheimbewohner hat Einfluss auf die Pflegequalität.
- Die Kostensteigerungen im ambulanten Bereich sind derartig, dass eine faktische Entwertung von Pflegeleistungen stattfindet, die durch die Dynamisierung des Pflegegeldes nicht kompensiert wird.
- Insbesondere in ländlichen Regionen fehlt es auf Grund des Fachkräftemangels an Pflegeangeboten. Gab es während der Coronapandemie vor allem einen Mangel an Angeboten in der Tagespflege, mangelt es inzwischen in verschiedenen Regionen Thüringens an Plätzen in Einrichtungen der Langzeitpflege. Ambulante Pflegedienste können Aufträge nicht mehr realisieren und müssen Pflegeverträge kündigen. Wenn ambulante Pflegedienste überlastet sind, fallen insbesondere jene Pflegebedürftigen aus dem Versorgungssetting heraus, deren Pflegebedarf am größten ist (Brief der Alzheimerge-

sellschaft). Es fehlt zunehmend an Angeboten der Tagespflege, was Auswirkungen auf die Belastungen von Familien und pflegenden Angehörigen hat. Es fehlt elementar an Plätzen für eine Kurzzeitpflege, was Auswirkungen auf geplante Rehabilitationsmaßnahmen und die Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege hat.

- Die wenigsten Kommunen Thüringens können angesichts des „Marktversagens“ (es fehlt an Pflegekräften) auf eine Pflegebedarfsplanung zurückgreifen. Weder Pflegestützpunkte noch Pflegenetzwerke sind in Thüringen flächendeckend etabliert.

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

2. Der (pflegebedürftige) Mensch und pflegende Angehörige im Mittelpunkt der Pflege(politik) – Exklusionsgefährdung vonMenschen mit Pflegebedarf[1]

Befunde und Thesen

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

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

Auf der anderen Seite erweist sich als problematisch,

- dass neben dem Krankenhaussektor der Pflegebereich bei hochgradiger Regulierung und Bürokratisierung der am stärksten ökonomisierte Bereich der sozialen Arbeit ist, in dem Wirtschaftlichkeitszwänge auf soziale Beziehungsqualitäten wirken,
- dass Leistungen der Pflegeversicherung, die gerade für den häuslichen Bereich ergänzenden, stabilisierenden und qualifizierenden Charakter tragen sollen, vielfach unter dem tatsächlichen und konkreten Bedarf liegen und ein Armutsrisiko implizieren, das elementar auf die Mitpflege, -betreuung und -versorgung von Angehörigen, Bekannten und Nachbarn wirkt,
- dass die Pflege und Betreuung durch Angehörige und beruflich Pflegende hochgradig belastend ist und mit einer erhöhten Vulnerabilität für insbesondere psychische Erkrankungen einhergeht,
- dass die stationäre Pflege ein hohes Maß an Hospitalisierungscharakter aufweist, in dem zu pflegende Menschen sich in einer starken strukturellen Abhängig- und Hilflosigkeit befinden und betreuerisch und medizinisch tendenziell unterversorgt sind,
- dass zu pflegende Menschen in allen Pflegesettings, insbesondere auch im häuslichen Bereich, einem hohen Risiko von Einsamkeit, Isolierung, Kommunikations- und Zuwendungsmangel ausgesetzt sind,
- dass die Selbstvertretung begrenzt ist und sich mit zunehmendem Alter weiter einschränkt und dass die originäre Interessenvertretung von Menschen mit Pflegebedarf und pflegenden Angehörigen außerhalb stationärer Einrichtungen schwach ist,
- dass die Schutzwürdigkeit von Menschen mit Pflegebedarf im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen keinen vergleichbar hohen gesellschaftlichen Stellenwert genießt und
- dass die Inklusionsverpflichtungen, die aus der UN-Behindertenrechtskonvention erwachsen und sich in Maßnahmekatalogen und praktischen Handlungen manifestieren, den Pflegesektor weitestgehend ignorieren.

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

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

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

Forderungen

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

Diese aktuellen und systemisch bedingten Exklusionsvalenzen erfordern dringend eine Reflexion darüber, wie pflegebedürftige Menschen leben, welche Lebensbedingungen für sie wichtig sind und welche Stellung der alte Mensch in einer Gesellschaft hat, in der Effizienz, Nutzenabwägungen, Leistungsorientierung im Mittelpunkt jeglicher und auch der sozialen Reproduktion stehen. Die Landesregierung ist verpflichtet zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Sie kommt mit Bezug auf Pflegebedürftige dieser Verpflichtung nicht, jedenfalls in keinem nur annähernd angemessenem Umfange nach. Menschen mit Pflegebedarf müssen leitmotivisch im Zentrum der Thüringer Pflegepolitik stehen.

Wir erwarten von der Landesregierung

- eine Positionsbeschreibung, wie die systemischen Defizite im Bereich der Langzeitpflege, die strukturell im SGB XI verankert sind, und wie Exklusionsvalenzen im Pflegesystem beseitigt werden können
- eine Behindertenpolitik, in der Menschen mit Pflegebedarf explizit mitgedacht werden, bzw. eine Pflegepolitik, die sich an der UN-Behindertenrechtskonvention, an der Pflege-Charta

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

der Bundesregierung sowie an der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen orientiert und die regelmäßig über die Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen berichtet (Pflegecharta)

- eine Analyse darüber, wie die UN-Behindertenrechtskonvention auf Menschen mit Pflegebedarf angewendet werden kann und welche Maßnahmen das erfordert, d. h., eine Inklusionsstrategie mit Bezug auf hochaltrige Menschen mit Pflegebedarf, die deren Exklusionsvalenzen reduziert. Die Analyse und die Maßnahmen im Thüringer Maßnahmeplan sind hierfür in keinem Falle ausreichend (Maßnahmeplan). Faktisch keine der Maßnahmen im Thüringer Maßnahmeplan bezieht sich auf Menschen mit Pflegebedarf.

- ein Leitbild nicht nur „für ein familienfreundliches Thüringen“, sondern ein Leitbild für ein pflegefreundliches Thüringen sowie ein Leitbild für gute Pflege.

3. Die Pandemiebewältigung in der Pflege

Befunde und Thesen

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

Die Pandemie hat verschiedene Schwächen des Pflegesystems offengelegt:

- Für Pflegebedürftige wurden Grundrechte in gravierendem Ausmaß eingeschränkt. Manifestationen dieser Einschränkungen waren Besuchs- und Kontaktverbote, fehlende Sterbebegleitung, Isolationsmaßnahmen, Verbote von gemeinschaftsbezogenen Maßnahmen sowie die Nichtgewährung medizinischer und therapeutischer Behandlungen. Solche Grundrechtseinschränkungen waren, wie ein von der BAGSO in Auftrag gegebenes Gutachten bereits 2020 feststellte, verfassungswidrig (Hufen, 2020).

- Die Regelungen zum Infektionsschutz und daraus abgeleitete Kontaktbeschränkungen waren assoziiert mit Gefahren einer sozialen Isolation und Deprivation der pflegebedürftigen Menschen (Resilienz im Gesundheitswesen, S. 304).

- Eine Übersterblichkeit in der stationären Pflege konnte nicht verhindert werden. Sie war auch, wie verschiedene Studien belegen, Resultat emotionaler Vereinsamung und Isolation sowie medizinischer Unterversorgung (Salcher-Konrad et al. 2020, S. 12, Barmer Pflegereport 2020, S. 44, Steinhaußen, S. 50 ff.).

- Pflegeleistungen konnten nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden, was Rechtsbrüche gegenüber Pflegebedürftigen implizierte. Die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen sank drastisch. Am stärksten zeigte sich der Rückgang im Bereich der Tagespflege; er betrug hier zwischen 66 % und 81 %. Auch die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sank. Hausarztbesuche, therapeutische Leistungen, Physio- und Ergotherapie konnten nicht oder in Teilen nicht wahrgenommen werden (Resilienz im Gesundheitswesen, S.303).

- Die im Verlauf der Pandemie hohe Prävalenz von COVID-19 und die Knappheit an Versorgungskapazitäten in Krankenhäusern haben dazu geführt, dass hochaltrige COVID-19-Patienten oftmals vor vollständigem Abklingen der Erkrankungssymptome aus dem Krankenhaus entlassen oder aber gar nicht stationär aufgenommen wurden (Rahimi et al. 2021, Resilienz im Gesundheitswesen, S. 304).

- Vorliegende Befragungsstudien geben Hinweise darauf, dass sich pflegende Angehörige insgesamt im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie oft belasteter und teilweise überfordert fühlten, was vor allem mit dem Wegfall pflegerischer Leistungen und unterstützender Angebote zusammenhing (Resilienz im Gesundheitswesen, S. 305) mit allen damit verbundenen Folgen für die Pflegebedürftigen:

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

- von COVID-19 und die Knappheit an Versorgungskapazitäten in Krankenhäusern haben dazu geführt, dass hochaltrige COVID-19-Patienten oftmals vor vollständigem Abklingen der Erkrankungssymptome aus dem Krankenhaus entlassen oder aber gar nicht stationär aufgenommen wurden (Rahimi et al. 2021, Resilienz im Gesundheitswesen, S. 304).

- Vorliegende Befragungsstudien geben Hinweise darauf, dass sich pflegende Angehörige insgesamt im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie oft belasteter und teilweise überfordert fühlten, was vor allem mit dem Wegfall pflegerischer Leistungen und unterstützender Angebote zusammenhing (Resilienz im Gesundheitswesen, S. 305) mit allen damit verbundenen Folgen für die Pflegebedürftigen.

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

Forderungen

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

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

Notwendig erscheint uns

- dass die für den Pflegebereich in Thüringen getroffenen Maßnahmen im Nachgang adäquat bewertet werden. Das schließt eine Fehleranalyse und eine Analyse der Menschenrechtsverletzungen im Pflegebereich ein.

- dass während der Krise getroffene Maßnahmen für den Pflegebereich unter Einbeziehung von Betroffenen, Angehörigen und Verbänden auf ihre Wirksamkeit und ethisch bewertet sowie auf Folgen geprüft werden

- eine kritische Prüfung des Pandemiemanagements, der Kommunikationsstrategie und Partizipationsdefizite

- die Darstellung der Evidenzbasiertheit und Effizienz von Entscheidungs- und Fehlerkorrekturprozessen (Offener Brief);

- eine Bewertung des Zusammenspiels von Exekutive, Legislative, Judikative, Wissenschaft, Fachorganisationen, Medien, zivilgesellschaftlichen Akteuren, formellen und informellen Partizipationsgremien

- dass ein System von Schutzmaßnahmen, die humanitäre Standards nicht außer Kraft setzen, ein System der Krisenberichtserstattung und Krisenbewältigung für den Pflegebereich etabliert werden, so dass Maßnahmen in Krisen adäquat durchgeführt, begründet und evaluiert werden können

- dass Strukturen gebildet (oder entwickelt) werden, die in Krisen eine adäquate Kommunikation und Durchsetzung von Maßnahmen gewährleisten. Ob die Clusterkonferenzen eine solche Struktur waren, müsste bewertet werden.

4. Moderne Pflegepolitik und Armut

Befunde und Thesen

Die Finanzierung des Pflegeversicherungssystems ist neben der Humanisierung und Gestaltung von inklusiven Pflegesettings und der Fachkräftegewinnung eine der drei großen gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen. Sie ist auf Landesebene nicht adäquat zu lösen.

Die gegenwärtige Konstruktion der Pflegeversicherung verweist auf verschiedene mit der Finanzierung der Pflegeversicherung zusammenhängende Dilemmata, vor allem aber auf systemische Benachteiligungen und Ungerechtigkeiten gegenüber Frauen, die Care-Arbeit leisten und die von Pflegebedürftigkeit und Pflege selbst viel stärker betroffen sind als Männer. Indizien dieser Situation kann man beschreiben:

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

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

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

Die steigenden Kosten betreffen aber nicht nur den stationären, sondern auch den ambulanten Bereich. Durch die anhaltenden Preiserhöhungen von ambulanten Leistungen findet eine Entwertung von Pflegeleistungen statt. Auch in der häuslichen Pflege wird die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen außer dem Pflegegeld zu einem Luxusgut. Von insgesamt 4,1 Millionen Pflegebedürftigen organisierten 2,3 Millionen Menschen trotz höchster Belastungen ihre Pflege ausschließlich selbst (Grabfelder u. a. S. 87). D. h., über 50 % der Pflegebedürftigen nehmen keinerlei Leistungen von ambulanten Pflegediensten in Anspruch und ganz häufig deshalb, weil sie Kosten vermeiden wollen und weil das Pflegegeld dazu dient, den Lebensunterhalt zu sichern.

Die Struktur der Sozialen Pflegeversicherung als „Teilleistungssystem“ begünstigt im ambulanten Bereich vor allem jene, die hohe Alterseinkommen generieren. Sie können nach Bedarf zusätzliche Leistungen erwerben, während Menschen mit geringen Einkommen auf die Versicherungsleistungen verwiesen sind. Insofern verstärkt sie die sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten im hohen Alter.

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

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

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

- Insbesondere bei hochaltrigen Menschen, die mit ihrem Einkommen knapp über der Grundsicherung liegen, sowie bei Menschen, die Grundsicherung nicht beantragen, können prekäre Situationen mit eklatantem Hilfe- und Unterstützungsbedarf entstehen, der über die Renteneinkommen nicht annähernd adäquat gedeckt werden kann.

- Durch die nichtausreichende Leistungsdynamisierung in der sozialen Pflegeversicherung steigen die privat zu tragenden Kosten, so dass die Schere zwischen Bedarf und Leistung weiter auseinandergeht.

- Menschen mit geringerem sozialem Status werden in praxi bei der Einstufung in ein adäquates Pflegeniveau benachteiligt, zumindest besteht diese Gefahr, zumal das Risiko der Pflegebedürftigkeit sozial ungleich verteilt ist. Menschen mit geringem Sozialstatus haben auch größere Probleme, Beruf und Pflege zu vereinbaren.

- Frauen haben im Allgemeinen ein geringeres ökonomisches und soziales Potential. Sie

leben häufiger allein und sie haben geringere Chancen, von Familienangehörigen gepflegt zu werden.

- Ein Viertel der pflegenden Angehörigen geben ihren Arbeitsplatz auf, gehen in Teilzeit oder früher in Rente, was die eigene Altersabsicherung verschlechtert.

- Wie und mit welcher Qualität Menschen im hohen Alter gepflegt werden und welche individuelle Zuwendung sie erfahren, hängt sehr stark davon ab, welches Alterseinkommen und welches Vermögen sie im Verlaufe ihres Lebens generieren bzw. generiert haben und auf welche familiären Ressourcen sie zurückgreifen können.

- Es etablieren sich bei Betroffenen und Angehörigen Strategien, stationäre Pflege zu vermeiden, auch wenn sie unumgänglich erscheint, was zu Lasten der Pflegesituation im häuslichen Bereich geht. Der durch den Gesetzgeber verfügte humane Grundsatz „ambulant“ vor „stationär“ realisiert sich nicht dadurch, dass die Bedingungen sich in der häuslichen Pflege verbessern, sondern aus einem Vermeidungsverhalten. Dieses Vermeidungsverhalten besteht auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen (vgl. Haumann, S. 31 ff.).

- Ältere werden veranlasst, sich für das hohe Alter, in dem die Pflegewahrscheinlichkeit steigt, „arm“ zu machen, frühzeitig Eigentum an Angehörige zu übertragen, Bargeldbeträge privat zu verwahren usw. usf., um bei stationärer Pflege Ansprüche zu generieren.

- Frauen werden durch das Teilleistungssystem und die Konstruktion der Pflegeversicherung systemisch benachteiligt. Die un- bzw. unterbezahlte Care-Arbeit mit ihren hohen physischen und psychischen Belastungen sowie Gesundheitseinschränkungen ist überwiegend Frauensache. Sie sind im Alter finanziell nicht nur stärker von Armut betroffen, sondern tragen in viel stärkerem Maße Kollateralkosten, wie sie durch die Aufgabe der Erwerbstätigkeit entstehen. Sie sind im hohen Alter viel häufiger selbst von Pflege betroffen und insbesondere in stationären, aber auch häuslichen Pflegesettings von Teilhabebeschränkungen bedroht und betroffen.

Forderungen

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

Notwendig ist aus unserer Sicht eine solidarische Reform der Pflegeversicherung, durch die hochaltrige Menschen aus Einkommenssicht nicht in strukturell verursachte Armut fallen. Die Inanspruchnahme von Leistungen darf nicht dazu führen, dass die Armutsgefährdung zunimmt.

Welche Position vertritt hier die Landesregierung und welche Impulse gibt sie an die Bundesebene? Eine Position des Landes, wie die Pflegeversicherung als größtes Armutsrisiko in Zukunft gestaltet werden kann, gibt es nicht. Wir erwarten eine Position des Freistaates, die auch hinsichtlich der Finanzierung von einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung ausgeht.

Die Zukunft Deutschlands als Technologiestandort wird nicht davon abhängen, wie man Menschen hierzulande pflegt. Allerdings wird die Zukunft des Sozialstaates davon abhängen, welche Legitimation und soziale Wirkung das soziale Versicherungssystem in Zukunft noch entfalten wird. Insofern ist eine gesamtgesellschaftliche Diskussion darüber notwendig, wie bei geringer werdenden Alterseinkünften und steigendem Altenquotient Pflege in Zukunft finanziert wird.

Wir erwarten von der Landesregierung eine Positionierung zu den steigenden Kosten in der Pflege für die Betroffenen, insbesondere zu den steigenden Heimentgelten und dazu, wie der Eigenanteilswert bei stationärer Pflege begrenzt werden kann.

5. Diversität und die Notwendigkeit einer differenzierten Berichterstattung

Befunde und Thesen

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

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

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

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

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

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

Auch die Sozialämter verfügen über keine adäquaten Instrumente, Pflegedaten im kommunalen Bereich zu erfassen. Die Kommunen wissen nicht, wer pflegebedürftig ist und wer Angehörige pflegt. Eine Auskunftspflicht von Dienstleistern besteht nicht. D. h., Sozialämter besitzen in der Regel keine Daten über den Auslastungsgrad von Pflegeeinrichtungen, über freie Plätze in Pflegeheimen, über den aktuellen Fachkräftebedarf, über die Kündigung von Pflegeverträgen wegen Personalmangels, über die Inanspruchnahme oder Nichtinanspruchnahme von Pflegeleistungen. Auch die Bedarfserfassungen im Rahmen der integrierten Sozialraumplanung für das LSZ sind hier nicht ausreichend, weil sie einen anderen Fokus haben. Dieses „Informationsvakuum“ ist bekannt. Es wurde im Vereinbarkeitsbericht von Sorgearbeit und Beruf festgestellt (vgl. Vereinbarkeit von Sorgearbeit, S. 50), ohne Konsequenzen zu ziehen.

Forderungen

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

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

Des Weiteren sind Daten zu erheben und Aussagen zu treffen

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

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

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

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

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

6. Pflegeplanung und Pflegepolitik

Befunde und Thesen zur Pflegeplanung

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

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

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

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

Forderung

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

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

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

Befunde und Thesen zur Pflegepolitik

Die Planungsprozesse sind Voraussetzung für die Formulierung einer modernen Pflegepolitik.

Eine moderne Pflegepolitik ist in Thüringen nicht konturiert. Eine Diskussion über ihre Etablierung findet seit Jahren nicht statt. Die landespolitischen Ansätze, die sich im Wohn- und Teilhabegesetz, im Thüringer Pflegepakt, der Förderung von Pflegebegleitern und Netzwerken und im Landesprogramm für das Solidarische Zusammenleben der Generationen finden lassen, formieren sich zu keiner kohärenten Pflegepolitik. Die pflegepolitischen Ansätze, wie sie sich paradigmatisch in den Wahlprogrammen der Parteien finden, reduzieren thematisch Pflegepolitik auf Pflegeversicherung und den Fachkräftemangel. D. h., es fehlen in Thüringen politische Leitziele für eine Pflegepolitik, es fehlt eine auf die Zukunft gerichtete Pflegebedarfsplanung, und es fehlt eine Pflegestrategie und -konzeption mit Zielen und Maßnahmen, die koordiniert umgesetzt werden.

Insofern ist Pflegepolitik in Thüringen ein Desiderat. Und wenn pflegepolitische Ansätze existieren, fokussieren sie auf falsche Themen. Pflegepolitik und das ihr verpflichtete Verwaltungshandeln setzen in Thüringen vor allem sich aus dem SGB XI ergebende Forderungen um. Sie fokussieren seit Einführung der Pflegeversicherung vor allem auf die stationäre Langzeitpflege, viel weniger auf die ambulante oder besser: häusliche und noch weniger auf die Krankenhauspflege. Mehr als die Hälfte der Menschen nehmen aber überhaupt nur Pflegegeld in Anspruch. Sie haben weder Berührungspunkte zu Einrichtungen der stationären Langzeitpflege noch zu ambulanten Diensten. Die in dieser Weise im Häuslichen Pflegenden bilden das Rückgrat der Pflege. Sie sind ohne gesetzliches Mandat verpflichtet.

Forderungen

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

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

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

In diesem Zusammenhang muss es eine programmatische Verzahnung insbesondere der Gesundheits- und Familienpolitik mit der Pflegepolitik geben mit der Kontextualisierung zum Landesprogramm für das solidarische Zusammenleben der Generationen, zur Landesgesundheitskonferenz, zu Präventions- und Bewegungsprogrammen sowie zur Förderung des Ehrenamts. Pflegepolitik muss in diesem Sinne bereichsübergreifend konturiert sein und Querschnittsthemen zur Stadt-, Quartiers- und Infrastrukturentwicklung, Wohnungspolitik, Sport- und Bewegungsförderung u. a. m. profilieren. Sie sollte nach dem Vorbild Baden-Württembergs flankiert werden durch Modellprojekte zur sektorenübergreifenden Versorgung der Bevölkerung und zu alternativen Wohnformen, die vor allem auf Sorgestrukturen und eine leistungsstarke, bedarfsgerechte soziale, gesundheitliche und medizinische Versorgung im ländlichen Raum zielen.

Das schließt organisatorische Veränderungen auf Landesebene ein. Pflegepolitik muss als Querschnitts-, d. h. als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen werden. Die Pflege darf nicht nur innerhalb eines Referats oder einer Abteilung verwaltet, sondern sie muss/sollte als Politikfeld referats- und ressortübergreifend (Familien-, Behinderten-, Gesundheits-, Sport-, Bildungsreferate) profiliert und entwickelt werden, mit Abstimmungsprozessen zur Dorfentwicklung, Digitalisierung, der Serviceagentur Demografischer Wandel, der ThAFF (Zugänge zur Wirtschaft, Fachkräftesicherung) und weiteren kommunalen und zivilgesellschaftlichen Akteuren, einschließlich der Pflegekassen und Leistungserbringer.

7. Prävention und Gesundheitsförderung vor Pflegebedürftigkeit und in der Pflege

Befunde und Thesen

Pflegepolitik nimmt ihren Ausgangspunkt nicht bei fatalistischen Pflegeszenarien, bei einem weiteren Ausbau von Versorgungssettings, sondern bei Gesundheitsförderung und Prävention[2], für deren Förderung es einer kohärenten politischen Strategie

2 Pflegebedürftigkeit ist nicht schicksalhaft. Seit über zehn Jahren wird in der Literatur die These der sog. Rektangualisierung der Lebenskurve. Einen ähnlichen Ansatz vertritt die sog. Kompressionsthese. Nach ihr nimmt die Morbidität bei steigender Lebenserwartung ab. Die Zeitspanne zwischen dem Alter beim erstmaligen Ausbruch chronisch-irreversibler Erkrankung und dem späteren Sterbezeitpunkt wird kleiner. Obwohl solche Zusammenhänge noch nicht ganz klar sind: Politisch gesehen heißt das: Es geht um Strategien, wie Pflegebedürftigkeit verhindert oder auf ein spätes und hohes Lebensalter zurückdrängt werden kann. Das entspricht seit 2010 auch einer europäischen Gesundheitsstrategie. Das heißt, es geht um Strategien, wie zur Pflegebedürftigkeit führende chronische Erkrankungen und Multimorbidität primärpräventiv eingedämmt werden können. Die Erfolge primärpräventiver Maßnah-

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

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

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

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

Forderungen

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

Notwendig ist des Weiteren aus unserer Sicht in Zusammenarbeit mit den Kassen und den Kommunen, Pflegestützpunkten, mobilen Seniorenbüros, AGATHE-Leuten, Dorfkümmerern und anderen Einrichtungen sowie mit der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung und zivilgesellschaftlichen Akteuren:

- eine konzeptionelle Profilierung der Dimensionen von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit und in der Pflege, die die bisherigen Ansätze der Landesgesundheitskonferenz und des Landesfamilienrates vertieft und zusammenbindet

- eine inhaltliche und strukturelle Verzahnung einer auf Gesundheitsförderung und Prävention zielenden Gesundheits- und Sozialpolitik mit einer präventions- und inklusionsorientierten Pflegepolitik

- die Beratung und Unterstützung der Kommunen, der Gesundheitsämter und Sozialplaner*innen in Fragen der Prävention vor Pflegebedürftigkeit sowie vor allem in der häuslichen Pflege

- die Implementierung von pflege- und demenzpräventiven Settings in Kommunen und Wohnquartieren (mit Unterstützung des Landes, durch die AGETHUR und die Kommunen), was durch die AGETHUR punktuell bereits geschieht

- die Implementierung von Engagement fördernden, beratungs-, hilfe-, betreuungs-, aufsucheorientierten, vorpflegerischen Strukturen mit professionellem Personal, wie sie von Quartiersmanagern, (mobilen) Seniorenbüros, präventionsorientiert arbeitenden Pflegestützpunkten realisiert werden

- aufsuchende Beratungsangebote für hochaltrige Menschen (wie Dorfkümmerer oder AGATHE-Fachleute, orientiert allerdings auf das häusliche Pflegesetting), die mögliche Krankheits- und Pflegeszenarien, mögliche Hilfe- und wohnortnahe Pflegesettings antizipieren u. a. m. Als Vorbild kann hier das Programm der Gemeindeschwester plus[3] in Rheinlandpfalz dienen, das genau im sensiblen Bereich der Vorpflege präventiv ansetzt, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und hinauszuschieben. Solche Angebote gehören in anderen Ländern (Niederlande, Dänemark) zur Regelversorgung und Pflichtaufgabe der Kommunen (Schulz-Nieswandt 2021).

Dabei erscheinen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere auch dann notwendig, wenn ein Pflegefall eingetreten ist. Hier besteht die Chance für eine intensive Beratung. Wir plädieren dafür, die aufsuchenden Angebote, wie sie im Landesprogramm für das Solidarische Zusammenleben der Generationen erprobt werden, auf Pflegebedürftige zu erweitern. Community Health Nursing (kommunale Gesundheitspflege) sollten in der kommunalen Daseinsvorsorge sowie im Öffentlichen Gesundheitsdienst verankert werden. Dieses Konzept bezieht sich ganz allgemein darauf, dass Pflegekräfte auch in Settings der Primärversorgung tätig sind, beispielsweise in Primary Health Centres (Zentren für primäre Gesundheitsversorgung), bei Familien oder Personen zu Hause, in der Gemeinde und vor allem beim Übergang hochaltriger Menschen aus dem Krankenhaus, um nicht notwendige Heimunterbringungen zu vermeiden. Das kann bedeuten, dass in Settings, die nicht (allein) auf Pflege fokussieren, sondern stärker an Public Health (Öffentliche Gesundheitsfürsorge), Prävention und Gesundheitsförderung ansetzen, auch Pflegekräfte präventiv tätig werden. Pflegekräfte sind in verschiedenen europäischen Ländern oft wesentlicher Bestandteil der Primärversorgung (Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege, S. 137). Public Health Nursing umfasst die Entwicklung, die Umsetzung und das strategische Management von gesundheitsbezogenen und sozialen Interventionen zur Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes. Community Health Nursing integriert darüber hinaus Maßnahmen der Primärversorgung und der klinischen Pflegepraxis im häuslichen oder gemeindebasierten Setting mit dem Ziel der Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsedukation und sozialen Integration (ebenda S. 138).

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

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

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

men 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.

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

entstigmatisiert, als ein normaler, nicht angstbesetzter und möglicher Lebensabschnitt wahrgenommen wird.

8. Subsidiarität und kommunale Verantwortung für die Pflege

Befunde und Thesen

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

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

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

Die Rolle der Kommunen

Die Kommunen spielen für die Absicherung der Daseinsvorsorge eine für Menschen existentielle Rolle. Die Daseinsvorsorge gehört zum Inhalt des Sozialstaatsprinzips, sie hat Verfassungsrang und ergibt sich aus dem Subsidiaritätsprinzip, nach dem staatliche Institutionen nur dann (aber auch immer dann) regulativ eingreifen sollten, wenn die Möglichkeiten des Einzelnen allein nicht ausreichen, eine bestimmte Aufgabe zu lösen. Die Daseinsvorsorge umfasst die staatliche Aufgabe zur Bereitstellung der für ein menschliches Dasein als notwendig erachteten Güter und Dienstleistungen, d. h. die Grundversorgung. Sie ist Bestandteil der kommunalen Selbstverwaltung und Angelegenheit der örtlichen Gemeinschaft. Kommunale Daseinsvorsorge stärkt den Grundgedanken der Allzuständigkeit der Kommune für die Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft (Siebter Altenbericht, S. 38). Sie beinhaltet mit Bezug auf soziale Angelegenheiten eine Gewährleistungs- und Letztverantwortung sowie die Verfügbarkeit und Vernetzung sozialer Dienstleistungen (Siebter Altenbericht, S. 48).

Wie verhält es sich aber mit Pflegeleistungen, die zentralstaatlich geregelt und marktwirtschaftlich organisiert sind? In allen nordischen Ländern liegt die primäre Zuständigkeit für die Erbringung von Pflege-, Betreuungs- und Hilfeleistungen für Ältere und pflegebedürftige Menschen bei den Kommunen (Heintze, S. 24).

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

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

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

Handlungsfelder der Kommunen im Bereich der Pflege

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

- für die Sicherstellung, den Ausbau und die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten örtlichen pflegerischen Versorgungsstruktur, was nicht bedeutet, dass Kommunen als Dienstleister auftreten

- für die Umsetzung des gesetzgeberischen Auftrags „ambulant vor stationär“, wobei das „Ambulante“ sich weder auf ambulante Dienste noch den häuslichen Bereich beschränkt sowie

- für die Entwicklung und Förderung einer lokalen Sorgekultur.

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

1. die Absicherung der pflegerischen Versorgung und einer entsprechenden Pflegeinfrastruktur. Sie ist insbesondere für den ländlichen Raum und angesichts des Personalmangels in der Pflege keine Selbstverständlichkeit mehr.

2. die Entwicklung neuer Pflegewohnformen, insbesondere ambulant betreute Wohngemeinschaften und betreute und mit Serviceleistungen verbundene Wohnformen, die sich über den Markt nicht ohne Weiteres realisieren lassen,

3. die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung (ohne den Sicherstellungsauftrag der Kassen-

ärztlichen Vereinigung zu berühren), insbesondere was die Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie zu Krankenhäusern einschließt, sowie Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, für die es keinen adäquaten Leistungsanspruch über das Krankenversicherungsgesetz gibt,

4. die Absicherung einer Palliativversorgung und Hospizbetreuung, für die es einer lokalen Zusammenarbeit von verschiedenen Sektoren und Berufsgruppen bedarf (Pflegereport, S.228),

5. komplementäre Unterstützungsangebote, insofern eine Anerkennung über die Landkreise und kreisfreien Städte erfolgt,

6. eine adäquate, sozial integrative, barrierefreie Wohnraumversorgung für alte Menschen sowie eine altersgerechte Quartiersgestaltung, was Wohnberatung einschließt,

7. die Etablierung von Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige, die stationäre Pflege auch im Sinne der Kostenbegrenzung für die Kommunen verhindert,

8. die Förderung des ehrenamtlichen Engagements im Bereich der Pflege, das häusliche Arrangements unterstützt und entlastet, ohne die Grenzen zur professionellen Pflege weiter zu verwischen,

9. die Absicherung, Information und Beratung, insofern sie Pflegekassen nicht gewährleisten können. Pflegestützpunkte werden hier vom Gesetzgeber als eine probate Einrichtung gesehen, die die Kommunen in Abstimmung mit den Pflegekassen etablieren können.

10. Und schließlich eine Pflege- oder Altenhilfeplanung, die Vernetzung und Koordinierung der Akteure, die in die Pflege involviert sind, einschließt. Diese Prozesse, also Planungs-, Vernetzungs- und Koordinierungsprozesse, sind deshalb notwendig, weil der Leistungssektor der Pflege extrem ausdifferenziert, unübersichtlich, in Teilen dysfunktional ist und sich Vernetzung, Planung und Koordinierung nicht über den Markt und die Leistungserbringer in der Pflege herstellen und regulieren (lassen). (siehe dazu auch Empfehlungen).

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

Forderungen

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

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

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

- die Gewährleistung einer pflegerischen Infrastruktur als Bestandteil der kommunalen Daseinsvorsorge (auch und insbesondere im ländlichen Raum). Das bedeutet nicht, dass Kommunen Pflegeleistungen anbieten, sondern dass sie Voraussetzungen dafür schaffen, dass freie Träger adäquat agieren und neue und innovative Pflegeangebote entstehen können.

- eine kommunale Senioren- bzw. Altenhilfe- oder Pflegeplanung, die sich nicht nur auf Pflegeangebote, sondern auf den Fachkräftebedarf sowie zur Pflege komplementäre Hilfen, Quartiers- und Stadtentwicklung, Mitwirkungs- und Teilhabemöglichkeiten u. a. m. bezieht und die im Rahmen einer integrierten Sozial(raum)planung, wie sie das Landesprogramm für Familie vorsieht bzw. des Weiteren einer Daseinsvorsorgeplanung, stattfindet. Dieses Planungsanliegen kann durch ein Instrument wie eine Pflegeplatzbörse auf Landesebene unterstützt werden (wie sie etwa in Leipzig besteht).

- die Etablierung von kommunalen Konferenzen zum Alter und zur Pflege, wie sie in anderen Bundesländern seit vielen Jahren, in Thüringen aber nur im Weimarer Land und Schmalkalden-Meiningen etabliert sind

- pflegepräventive Beratungs-, Unterstützungs-, Hilfe- und Vermittlungsangebote und -infrastruktur für ältere, hochaltrige und pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige

- die Partizipationsverpflichtung der Kommunen für alle in die Betreuung und Pflege eingebundenen Menschen

- das besondere Fördergebot für alle Wohn- und Pflegesettings, die eine Alternative zur stationären Unterbringung sind

- das Zusammenwirken von Krankenhäusern, Vorsorge- und Reha- und , Pflegeeinrichtungen sowie quartiersbezogenen Akteuren

- unabhängige Beratungsmöglichkeiten über Pflegeleistungen, Pflegeangebote, Pflegeprävention, Wohnformen, Unterstützungs- und Hilfemöglichkeiten

- die Möglichkeit einer Fachberatung durch eine Fachstelle seitens des Landes für Einrichtungen und Träger der Pflege sowie für die Kommunen.

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

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

Wir fordern des Weiteren, dass die Landesregierung sich auf der Bundesebene für eine Konkretisierung des SGB XII § 71 hinsichtlich seiner Verbindlichkeit einsetzt.

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

Befunde und Thesen

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

Hilfeverantwortung übernommen wird, gehören ausdrücklich zur Zielgruppe des Landesprogramms. Seine Handlungsfelder sind so definiert, dass alle präventiven und auf Gesundheitsförderung orientierten Betreuungs-, Unterstützungs-, Beratungsleistungen, die das familiäre Umfeld von Familien, in denen gepflegt wird, stärken, die das nichthospitalisierte Wohnen von alten Menschen unterstützen und die Vereinbarkeit von Beruf und Sorgetätigkeiten unterstützen, förderfähig sind.

Forderungen

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

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

- Präventive und hilfeorientierte Unterstützungsstrukturen für pflegende Angehörige und Teilhabekonzepte für Pflegebedürftige

- die Koordination von Pflegenetzwerken und -stützpunkten

- die Unterstützung der Öffnung von Pflegeeinrichtung

- die Entwicklung von Konzepten für ambulantes Wohnen

- die Beratung von Kommunen, sozialen Dienstleistern und Einrichtungen, die im (vor)pflegerischen Bereich präventiv tätig oder in die Pflege involviert sind u. a. m.

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

Wenn das unrealistisch oder nicht durchsetzbar erscheint, sehen wir mit Bezug auf das bestehende Landesprogramm (LSZ) folgenden Handlungsbedarf: Der gegenwärtige Förderansatz innerhalb des Landesprogrammes ist zu gering, als dass er Innovationen im vorpflegerischen und pflegeunterstützenden Bereich nachhaltig befördert.

Deshalb müssen diese Förderansätze mit Bezug auf Pflege ausgebaut, systematisiert und, wenn kein eigenes Landesprogramm etabliert wird, innerhalb eines eigenes Handlungsfeld sichtbar gemacht werden. Hierhin würden Förderansätze für Gesundheitskioske, Seniorenbüros, Dorfkümmerer, Dorflä-

den, Wohnberatungsstellen, aufsuchende Hilfen u. a. m. gehören.

Gute Beispiele sind, wie die Handlungsempfehlungen des Berichts zur Sorgearbeit vorsehen, zu abstrahieren und zu publizieren. Des Weiteren wäre im Landesfamilienplan für den Bereich der „Pflege in Familien“ eine konkrete Aufgabenzuweisung vorzunehmen. Weil die Pflege in Familien mit existentiellen Belastungen, häufig mit Einkommensverlusten und Teilhabebeschränkungen verbunden ist, zu denken ist auch an Eltern mit schwer- und mehrfachbehinderten Kindern, sind Maßnahmen, die Pflege in der Familie unterstützen, als prioritär förderungswürdig auszuweisen.

Ganz generell sollte eine Förderung unbürokratisch erfolgen, so dass auch niedrigschwellige Vorhaben und Initiativen im ländlichen Raum, die Pflege innerhalb der Familie ermöglichen, nicht behindert, sondern motiviert werden.

10. Interessenvertretungen von Menschen mit Pflegebedarf sowie von Pflegenden

Befunde

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

Das TMSAGFF hat eine Beschwerde- bzw. Beauftragtenstelle etabliert, die die Belange der Pflege und von Patienten vertreten soll. Im Konfliktfall können sich Betroffene an sie wenden. Anliegen ist eine Konfliktvermittlung, allerdings keine Interessenvertretung. Wir begrüßen deren Etablierung, wenn sie Expertise garantiert und mit einem entsprechenden Ethos für Pflegebedürftige verbunden ist. Diese Stelle ist sichtbar(er) und bekannt zu machen, denn sie ist weder in den Leitungspositionen des Ministeriums noch bei Verbänden bekannt. Über die Anliegen und deren Klärung sollte eine regelmäßige Berichterstattung im Landespflegeausschuss, im Beirat für Gewaltschutz und vor dem Landesseniorenrat erfolgen. Diese Stelle, die im Charakter eine Beschwerdestelle ist, versteht sich allerdings nicht als eine Interessenvertretung, wie sie der Landesbehindertenbeauftragte und -beirat oder der Landesseniorenrat darstellen.

Forderungen

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

- dass die Interessenvertretung von Menschen mit Pflegebedarf und pflegenden Angehörigen gesetzlich geregelt und gestärkt wird. Sie kann explizit im Thüringer Gesetz zur Stärkung der Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte von Senioren und im Thüringer Gesetz zur Inklusion und Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen geregelt werden. Alternativ und besser: in einem Altersstruktur- oder Pflegegesetz. Das Mandat des Landesseniorenrates ist ausdrücklich auch auf ältere Menschen mit Pflegedarf auszudehnen.

- dass sich Pflegepolitik konsequent an den Lebensbedürfnissen von Menschen mit Pflegebedarf und inklusiven Pflegesettings orientiert, die außer der Pflege das Leben und Wohnen in den Mittelpunkt stellt. In diesem Kontext sind kommunale Pflegekonferenzen (wie in Nordrhein-Westfalen) gesetzlich zu regeln. An ihnen sind verbindlich Interessenvertretungen von Pflegenden und pflegenden Angehörigen zu beteiligen. Gleiches gilt für die kommunale Altenhilfe- und Sozialplanung.

- eine Interessenvertretung von Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen, die in allen Pflegethemen betreffenden Gremien mitwirkt und die Beteiligung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen befördert. Das betrifft insbesondere Gremien wie den Landespflegeausschuss, den Landesfamilienrat, den Krankenhausplanungsausschuss, die Landesgesundheitskonferenz und den Landesbehindertenrat.

- ein Mitwirkungsrecht von kommunalen Seniorenbeiräten und Seniorenbeauftragten sowie von Interessenvertretungen von Gepflegten und Pflegenden wie der Alzheimer Gesellschaft und des Vereins „Wir pflegen“ in den kommunalen Pflegekonferenzen.

- neue gesetzliche Regelungen im Wohn- und Teilhabegesetz bezüglich des Mitwirkens von Interessenvertretungen von Pflegenden und betreuenden Angehörigen in Heimbeiräten

- Konzepte und eine entsprechende Praxis, die die Mitwirkung und Teilhabe von pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Angehörigen programmatisch fördern. Zu denken ist auch an inklusive Modelle, wie sie bei Kindern mit Behinderung in der Praxis von Schulbegleitern zur Anwendung kommen. Das Herbstzeitlosenprojekt der Seniorenbegleiter, wie es seit Jahren in Saalfeld etabliert ist, oder die Seniorengenossenschaft in Suhl verdienten eine flächendeckende Ausdehnung und unbürokratische Förderung.

- angesichts der Teilhabe- und Sicherheitsgefährdungen die Etablierung eines Landespflege- (in Verbindung mit einem Patienten-)beauftragten[4], der die Interessen dieser Gruppen vertritt, sowie von regionalen Ombudsleuten, wie sie in anderen Bundesländern (wie Bayern, Nordrhein-Westfalen) etabliert sind, die die Interessen von Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen in die kommunale Politik einbringen. Auch Seniorenbeiräte können und sollten hier qua Gesetz Verantwortung übernehmen, in dem sie in kommunalen Gremien zur Pflege und in Heimbeiräten mitwirken und als Patienten- und Pflegebeauftragte Verantwortung übernehmen.

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

11. Landesgremien für Pflege

Befunde und Thesen

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

4 Die Bundesregierung hat einen Pflegebevollmächtigten. Er soll nicht nur die Belange der Pflegebedürftigen, sondern auch ihrer Angehörigen, der Pflegekräfte sowie aller in der Pflege Beschäftigten wahren. Er setzt sich dabei u. a. für die Umsetzung der Qualitätssicherung in der Pflege, für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie für die Teilhabe Pflegebedürftiger und die Unterstützung pflegender Angehöriger ein. Auch verschiedene Bundesländer haben Pflegebeauftragte. Bayern hat einen Patienten- und Pflegebeauftragter der Bayerischen Staatsregierung. Berlin hat eine Patientenbeauftragte. Sie ist Ansprechpartnerin für die Anliegen, Belange und Beschwerden von kranken und pflegebedürftigen Menschen, pflegenden Angehörigen und ihren Organisationen sowie von Nutzerinnen und Nutzern der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Das Saarland hat einen gewählten Pflegebeauftragten, der In einem kontinuierlichen Informationsaustausch mit den Trägern der Pflege und mit den die Pflegetätigkeit im Saarland überwachenden Organen steht. Er ist für eine Weiterentwicklung und Optimierung der Pflege im Saarland zuständig, so in den Bereichen des eingeführten Qualitätsmanagements oder der effektiveren, berufsbegleitenden psychosozialen Betreuung der in der Pflege tätigen Menschen. Des Weiteren wirkt er darauf hin, dass die Belange pflegebedürftiger Menschen, deren Angehörige und der die Pflege ausführenden Personen in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen beachtet werden, um so eine breitere Akzeptanz und Wertschätzung in der Gesellschaft zu erreichen.
All diese Ansätze gehen weiter und mandatieren politisches Engagement als die in Thüringen etablierte Stelle einer Beauftragten für die Belange der Pflege und von Patient*innen.

Der Landespflegeausschuss

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

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

Forderungen mit Bezug auf den Landespflegeausschuss

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

- eine Neufassung der Thüringer Verordnung über den Landespflegeausschuss, in der die Ziele, Aufgaben und Arbeitsweisen des Landespflegeausschusses präzisiert werden
- eine zeitgemäße Zusammensetzung des Landespflegeausschusses (Reduzierung der Vertreter von Pflegekassen und Leistungserbringern) unter stärkerer Einbeziehung kommunaler Akteure (Sozialplaner) und zivilgesellschaftlicher Organisationen sowie von Interessenvertretern von Pflegebedürftigen und beruflich Pflegenden, des Weiteren ein Krankenhausvertreter und ein Vertreter der Hausärzteschaft
- eine konzeptionelle Neuausrichtung auf die Lebensqualität von Menschen mit Pflegebedarf sowie einer besonderen Akzentuierung der häuslichen Pflege
- mehr Transparenz und transparente Kommunikation hinsichtlich der Arbeit und der Ergebnisse des Landespflegeausschusses, insbesondere Cloudlösungen für die interne Kommunikation, einen Internetauftritt, eine Jahresplanung oder eine Planung in Legislaturperioden
- Leitungspräsenz in diesem für die Belange der Pflege wichtigstem Gremium.

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

Forderung einer Landespflegekonferenz

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

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

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

Es geht um ein Gremium,

- das explizit politisch (im Sinne des Gesundheitszieleprozesses) agiert
- das dauerhaft etabliert ist
- das gesetzlich geregelt ist
- das sich um existentielle Belange von Menschen mit Pflegebedarf und Pflegende auf einer politischen Ebene kümmert
- das politikwirksam agiert und dem Gesetzgeber entsprechende strategische Optionen offeriert
- das ambitioniert und engagiert geführt wird.

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

Das Konstrukt einer solchen Konferenz könnte durch die Landesgesundheitskonferenz partizipativ erarbeitet werden, in der verschiedenste Akteure der Pflege bereits mitwirken. Das würde späterhin eine entsprechende Vernetzung der Themen Gesundheit und Pflege gewährleisten.

Anliegen einer Landespflegekonferenz wäre die Diskussion einer modernen, präventions- und inklusionsorientierten, auf die Rolle der Kommunen orientierenden Pflegepolitik mit dem Fokus auf eine moderne Sorgekultur sowie die kommunale Verantwortung in der Pflege und entsprechende Politikempfehlungen. In ihr wären nicht nur Leistungserbringer und Pflegekassen, sondern gleichermaßen und vor allem Interessenvertreter von Gepflegten, pflegenden Angehörigen sowie beruflich Pflegenden, Vertreter der Hausärzteschaft und Krankenhäuser, der Zivilgesellschaft, der Kommune, Organisationen der Gesundheitsförderung und Prävention, Akteure der Verwaltung und Sozialplanung aktiv.

12. Die Pflegenden

Befunde

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

Die Angehörigenpflege

Das deutsche Pflegesystem ist, obwohl die Leistungen gering sind, familial orientiert. Es ist Teil des sozialen Reproduktionssystems, das in zunehmendem Maße, weil Arbeitskräfte fehlen, in Widerspruch zum Produktivsystem gerät. Ohne Angehörigenpflege geht nichts. Nicht nur die Pflege, auch das Management der Pflege liegt zum überwiegenden Teil in der Hand von pflegenden Angehörigen (Klie 2022, S. 15). Angehörigenpflege hat nicht, wie vorausgesagt, an Bedeutung verloren, sondern gewonnen. Die Kehrseite: Dieses durch Männer konzipierte und verantwortete System familialer Pflege reproduziert die gesellschaftliche Rolle von Frauen, deren Subordination in die Care-Arbeit

sowie heteronormative Familienmodelle. Solche gesellschaftstheoretischen Implikationen werden zwar im akademischen Diskurs etwa durch Nancy Fraser, Gabriele Winker, Tine Haubner, Silke van Dyk u. a. aktualisiert. In der aktuellen pflegepolitischen Diskussion spielen sie aber so gut wie keine Rolle.

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

- Pflege- und Sorgeaufgaben für alte Menschen verändern fundamental und häufig ungeplant den Lebensentwurf von Menschen.

- Ca. 80 % der Pflegebedürftigen werden in Deutschland und Thüringen innerhalb der Familie gepflegt, betreut und versorgt. 15 % der Bevölkerung sind aktuell in die Pflege von Angehörigen direkt involviert (DAK-Pflegereport 2018).

- Die Anzahl der zu Hause Gepflegten steigt absolut wie relativ, d. h., die Bedeutung der häuslichen Pflege wächst, was nicht darüber hinwegtäuschen darf, dass auf Grund der demografischen Entwicklung die privaten Pflegeressourcen sinken.

- Es gibt von pflegenden Angehörigen, von denen die meisten im erwerbsfähigen Alter sind, immense Opportunitätskosten, weil die Berufstätigkeit aufgegeben und eingeschränkt wird, die in den Pflegeleistungen nicht abgebildet werden. Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen stagniert. Über 50 % der Pflegenden nehmen ausschließlich Pflegegeld, d. h., keine Sach- oder Kombinationsleistungen in Anspruch, was auf fehlende Angebote, aber auch auf ein Kostenvermeidungsverhalten verweist.

- Pflege von Angehörigen ist mit Teilhabebeschränkungen, einer erhöhten Vulnerabilität für eigene Krankheiten, für psychische Erkrankungen, Erschöpfung und eigene Pflegebedürftigkeit assoziiert.

- Ein Pflegemix, wie er seit Jahren von Pflegewissenschaftlern gefordert wird, oder eine gesamtgesellschaftliche Verantwortungsteilung sind in der häuslichen Pflege nicht ansatzweise realisiert. Die Pflege alter Menschen bleibt überwiegend persönliches Schicksal (Klie 2022, S. 2).

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

Forderungen für pflegende Angehörige

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

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

- einen Rechtsanspruch auf unterstützende Leistungen, wie sie in NRW in einem Gesetz geregelt sind

- weitere Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie. In NRW gibt es dafür ein entsprechendes Landesprogramm (siehe Landesprogramm „Vereinbarkeit Beruf & Pflege“)

- bedarfsgerechte Angebote für Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige, u. a. Qualifizierungsmaßnahmen, Rechtsinformationen und Möglichkeiten für den Erfahrungsaustausch (vgl. § 18 Alten- und Pflegegesetz NRW). Solche Leistungen wären für Thüringen gesetzlich zu regeln, innerhalb des LSZ zu systematisieren und auszubauen oder in einem eigenen Programm zu entwickeln, was die bessere Lösung wäre.

- präventive Beratung und Begleitung bei Pflegegrad 1, um häusliche Pflegesettings zu ermöglichen und zu stabilisieren

- den unkomplizierten Zugriff auf personelle (professionelle) Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungsressourcen, bei Notsituationen, nach Krankenhausaufenthalten, um Erholung und Freizeit zu ermöglichen. Helga Schubert meinte in einem Interview: „Was mir helfen würde, wäre eine Agentur für qualifizierte Pflegerinnen und Pfleger, die ich anfordern könnte, wenn ich mal nicht bei meinem Mann sein kann … Wenn ich jetzt für eine Nacht eine Vertretung engagiere, kostet das 400 Euro, nämlich 200 Euro für jeden angefangenen Tag. Das muss ich privat zahlen. Und das kann sich ja kaum ein Mensch leisten. Da gibt es eine gravierende Lücke im Versorgungssystem, über die wir zu wenig sprechen.“ (Schubert)

- Eine Notfallnummer für pflegende Angehörige in den Kommunen, um Hilfe zu arrangieren. Es bedarf für pflegende Angehörige eines unkomplizierten, nicht durch ein kompliziertes Leistungsrecht verstellten Zugriffs auf professionelle Hilfen und Ressourcen dann, wenn sie (akut) benötigt werden, bei Unfällen, bei Überforderungen, bei Notfällen, in schwierigen Situationen, für Entlastung.

- Angebote für Erholung u. a. m.

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

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

geschlechtergerecht und gerechtigkeitsstiftend konzipiert sind und daraufhin geprüft werden.

Die beruflich Pflegenden

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

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

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

Um Beispiele zu nennen: Um die Sorgearbeit zu stärken wurde im vom Freistaat Thüringen in Auftrag gegebenen „Sorgebericht“ u. a. empfohlen

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

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

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

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

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

Optionen

Als Optionen galten und gelten immer:

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

2. die **VERBESSERUNG VON ARBEITSBEDINGUNGEN**, was Grenzen hat, weil sich Schicht- und Feiertagsdienste, der Umgang mit Sterben und Tod, mit schwerstkranken und pflegebedürftigen Menschen nicht abschaffen lässt. Was in dieser Diskussion meist ausgeblendet wird: Als schwerste Arbeitsbelastung empfinden Mitarbeitende in der Pflege

   » den systemischen Widerspruch zwischen Anspruchsnorm und Arbeitsrealität (Kersting, Steinhaußen S. 48 ff.)

   » die Betriebsform des Arbeitens, Personalmangel, wirtschaftlichen und Kontrolldruck, dem Pflegeeinrichtungen ausgesetzt sind, hierarchische Managementstrukturen u. a. m. sowie

   » fehlende arbeitsbiografische Laufbahn-Entwicklungs-Perspektiven (Schulz-Nieswandt 2022, S. 8) Es erscheint eine der Paradoxien der (Corona-)Pflegepolitik zu sein: Sie nahm, während sie den Lebensschutz für Pflegebedürftige reklamierte, billigend Arbeits- und Lebensbedingungen von Pflegenden in Kauf, die, wie der Barmer Pflegereport 2020 eindrücklich referiert, das Prädikat „gesundheitsgefährdend“ verdienen.

3. die **NUTZUNG DES ARBEITSKRÄFTEPOTENTIALS INNERHALB DER PFLEGE**, denn die Mehrzahl der in der Pflege Beschäftigten arbeiten in Teilzeit, was auf die Arbeitsbedingungen verweist, deren Veränderungen Grenzen gesetzt sind.

4. ein **IMAGEWANDEL DER PFLEGE** und eine Ausbildungsoffensive, um junge Menschen für die Pflege zu gewinnen, was Thüringen durch einen Pflegepakt versucht hat. Eine Bilanz wurde u. E. nie gezogen.

5. die **FACHKRÄFTEGEWINNUNG IM AUSLAND** (besser: Die Gewinnung von Menschen, die im Pflegebereich arbeiten wollen und können), was durch das Fachkräfteeinwanderungsgesetz geregelt und erleichtert wurde und was Verbände wie der BPA massiv einfordern. Es ist allerdings eine Illusion, dass durch ausländische Fachkräfte der Fachkräftemangel gelöst werden könnte. Die neokoloniale Attitüde verdeckt eher die systemischen Probleme des deutschen Pflegesystems. Es gibt eindeutig ethische Imperative: Im Oktober 2021 wurde das vom Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF) entwickelte Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ eingeführt. Dieses setzt eindeutig Grenzen der Anwerbung. Zudem: Man kann es nicht besser als Schulz-Nieswandt ausdrücken: „Das gesamte Problem des sogenannten Pflegenotstands ist mit dieser an sich und in sich schon komplizierten und kritisch zu problematisierenden „Stellschraube“ der transnationalen Humankapitalzufuhr, wie es die Hydrauliker unserer Politik und Praxis immer noch modellieren, nicht zu lösen. Wir kennen die multifaktorielle Kausalität des ‚hausgemachten‘ Fachkräftemangels.“: Die fehlende Kultur eines Vereinbarkeitsmanagements (Schulz-Nieswandt 2022, S. 8).

6. **ZUGANGSERLEICHTERUNGEN FÜR MENSCHEN**, die im Pflegeberuf tätig sein wollen, was mit der

Absenkung von Ausbildungsniveaus verbunden ist

7. die **BESSERE VEREINBARKEIT VON BERUF UND FAMILIE**, so dass Pflegekräfte ihre Arbeitszeit ausdehnen können und im Beruf verbleiben.

8. eine konsequente **UMSETZUNG DES GRUNDSATZES „AMBULANT VOR STATIONÄR“**, weil der stationäre Bereich bei weitem personal- und damit auch kostenintensiver ist als familiäre und ambulante Pflege, was in der Praxis aber kaum geschieht und gefördert wird

9. ein **ZIVILDIENST VON MÄNNERN IN DER PFLEGE**, der auch ein Beitrag zur Geschlechtergerechtigkeit in der Care-Arbeit wäre. Er wird in Wahrheit nicht wirklich diskutiert und erwogen.

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

Forderungen

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

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

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

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

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

Literatur

Barmer Pflegereport 2020, Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen https://www.barmer.de/blob/270028/6b0313d72f48b2bf136d92113ee56374/data/barmer-pflegereport-2020-komplett.pdf

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

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

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

DAK-Pflegereport 2018, Pflegereport 2018 | DAK-Gesundheit

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

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

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

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

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

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

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

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

Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige (Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen - APG NRW), § 7 APG

NRW, Örtliche Planung - Gesetze des Bundes und der Länder (lexsoft.de)

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

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

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

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

Inklusionsmonitor, www.tlmb-thueringen.de/der-beauftragte/inklusionsmonitor/

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

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

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

Klie, Thomas (2022); Pflegereport. Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven (2022), hrsg. v. Andreas Storm, DAK Gesundheit

Klie, Thomas (2022); Missstände in Heimen: 12 Thesen zu Hintergründen und Antworten (S.28-32), in: ProAlter 3/22

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

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

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

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

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

Pflege-Charta; www.bmfsfj.de/resource/blob/94456/4b96ce5d14fbe21a9201d-1682c3c8ef4/pflege-charta-plakat-data.pdf

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

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

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

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

Salcher-Konrad, Maximilian; Jhass, Arnoupe; Naci, Huseyin; Tan, Marselia; El-Tawil, Yousef; Comas-Herrera; Adelina (2020); COVID-19 related mortality and spread of disease in long-term care: a living systematic review of emerging evidence; https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.09.20125237v3.full.pdf

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

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

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

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

Sozialhilfequote, Sozialhilfequote in Heimen bis 2026 bei 36 Prozent (dzw.de)

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

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

Transparenz und Orientierung bei der Fachkräftegewinnung; Transparenz und Orientierung bei der Fachkräftegewinnung - Health&Care Management (hcm-magazin.de)

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

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

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

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

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

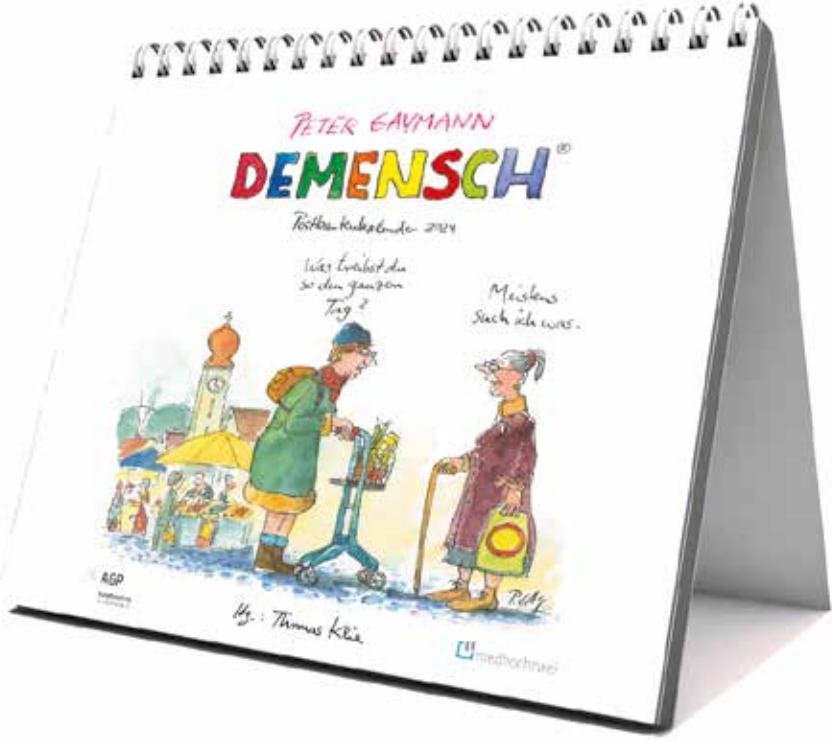
Willkommen in Thüringen. Entwicklung des Fachkräftebedarfs bis 2030 und Strategien der Fachkräftegewinnung (2018) und

Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege. Ansatzpunkte für Reformen; Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege (sozialministerium.at)

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

Das Lachen nicht vergessen – Der DEMENSCH-Postkartenkalender 2024 ist ab sofort mit zwölf neuen, fein beobachteten und feinsinnig illustrierten Motiven erhältlich. Sie ertappen uns im Alltag – Das könnten ja wir sein! – und erfassen die Komik der Situation gekonnt mit Wort und Pinselstrich. Zum zwölften Mal in Folge publizieren der Cartoonist Peter Gaymann und der Gerontologe Thomas Klie einen Monatskalender mit wunderbaren Zeichnungen und Zitaten zum menschenfreundlichen Umgang mit dem Thema Demenz.

medhochzwei Verlag
12 Monatsblätter zzgl. Deckblatt 15,90 Euro
Erhältlich im Buchhandel oder unter
www.medhochzwei-verlag.de



Bildnachweise

Bernd Lindig: Titelbild, S. 3, 5, 16, 21, 30, 34, 37, 44, 46, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 64, 65, 72, 99, 105, 111, 115, 117, 119, 124;

Jürgen Oelkers: S. 20;

Landesseniorenrat: S. 29;

Peter Gaymann: S. 45, Rückseite;

Pixabay: S. 9, 10, 12, 14, 17, 25, 127, 132, 137

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autoren wieder und sind keine Stellungnahmen der Redaktion. Die Redaktion behält sich vor, eingereichte Beiträge zu kürzen und zu überarbeiten.
Die Nutzung von Texten und Bildern ist nur nach Rücksprache mit dem Landesseniorenrat Thüringen möglich.
Personenbezogene Substantive gelten gleichermaßen für die Geschlechter männlich/weiblich/divers.

SENIORENREPORT

Ausgabe August 2023

ISSN-Print 2364-9860
ISSN-Internet 2364-9879

Verlag Barbara Budrich
www.budrich.de

LSR Landesseniorenrat Thüringen

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

Herausgeber

Landesseniorenrat Thüringen
Hannelore Hauschild (Vorsitzende)
Dr. Jan Steinhaußen (Geschäftsführer)
Schillerstraße 36
99096 Erfurt

T 0361 6013821
F 0361 6013746
M 0152 55353013

info@landesseniorenrat-thueringen.de
www.landesseniorenrat-thueringen.de

Gefördert durch

Freistaat Thüringen
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Redaktion

Dr. Jan Steinhaußen (verantwortlich für die Herausgabe), Karolin Borrmann, Viktoria Kißlinger

Layout und Satz

donnerandfriends.de, Erfurt
Karolin Borrmann, Viktoria Kißlinger