



NEUDRUCK

## **Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

### **135. Sitzung (öffentlich)**

8. Februar 2022

Düsseldorf – Haus des Landtags

14:02 Uhr bis 15:30 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (SPD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

### **Verhandlungspunkt:**

**Prävention und soziale Teilhabe von Seniorinnen und Senioren stärken!  
Pflegebedürftigkeit und Vereinsamung strukturell entgegenwirken!  
GemeindegewestPlus-Modelle in NRW erproben!**

**3**

Antrag  
der Fraktion der SPD  
Drucksache 17/15641

– Anhörung von Sachverständigen (*s. Anlage*)

\* \* \*



**Prävention und soziale Teilhabe von Seniorinnen und Senioren stärken!  
Pflegebedürftigkeit und Vereinsamung strukturell entgegenwirken! Gemein-  
deschwesterPlus-Modelle in NRW erproben!**

Antrag  
der Fraktion der SPD  
Drucksache 17/15641

– Anhörung von Sachverständigen (s. Anlage)

*(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Arbeit, Gesund-  
heit und Soziales am 24.11.2021)*

**Vorsitzende Heike Gebhard:** Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen! Ich darf Sie alle, sowohl hier im Plenarsaal als auch im Stream, recht herzlich begrüßen.

Besonders begrüßen möchte ich die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales, ebenso die Vertreterinnen und Vertreter der Landesregierung. Mein weiterer besonders herzlicher Gruß gilt den Damen und Herren Sachverständigen, die sich heute an unserer Anhörung beteiligen.

Ich möchte darauf hinweisen, dass Herr Ruiss erkrankt ist und sich stattdessen Frau Aversch-Tietz für den VdEK hier hinbringen wird. Darüber hinaus möchte ich auf unsere Videozuschaltungen aufmerksam machen.

Ich begrüße den Sitzungsdokumentarischen Dienst, der uns wieder ein Wortprotokoll zur Verfügung stellen wird. Schon jetzt ein herzliches Dankeschön dafür.

Die Einladung zu der heutigen Sitzung ist Ihnen mit der Nr. E 17/2209 bekannt gegeben worden.

Ich muss noch formal darauf aufmerksam machen, dass der Ältestenrat Regeln in Kraft gesetzt hat, wie wir in Coronazeiten miteinander zu verfahren haben. Diese Regeln gelten bis zum 19. März 2022 und ermöglichen Ausschussmitgliedern, gegebenenfalls aktiv per Videoschaltung teilzunehmen, sofern sie zu einer Hochrisikogruppe gehören, sich in Quarantäne befinden oder keinen 3G-Nachweis erbringen können. Dies erfordert aber vorher eine entsprechende Anmeldung.

Darüber hinaus werden unsere Ausschusssitzungen bis zu dem von mir genannten Datum grundsätzlich gestreamt. Das Zuhören ist also für alle Interessierten möglich.

(Es folgen organisatorische Hinweise.)

Ich darf mich im Namen des Ausschusses für Ihre Bereitschaft bedanken, uns heute zur Klärung von weiteren Fragen zur Verfügung zu stehen.

Wie üblich liegen alle übersandten Stellungnahmen am Eingang aus.

Den nächsten Hinweis kennen die meisten Beteiligten schon: Der Ausschuss hat viele Anhörungen durchzuführen, deshalb haben wir miteinander vereinbart, grundsätzlich auf Einführungsstatements zu verzichten. Die Damen und Herren Abgeordneten haben

Ihre schriftlichen Stellungnahmen längst zur Kenntnis genommen, ausführlich ausgewertet und werden sich direkt mit Fragen an Sie wenden.

(Es folgen weitere organisatorische Hinweise.)

Wir starten jetzt, und ich darf die Damen und Herren Abgeordneten um Wortmeldungen bitten.

**Susanne Schneider (FDP):** Im Namen der FDP-Landtagsfraktion danke ich ganz herzlich für die Stellungnahmen der Sachverständigen und dass Sie sich heute auf den Weg in den Landtag gemacht haben.

Meine erste Frage geht an Frau Scholz, Herrn Wältermann und Frau Aversch-Tietz. Sie gehen in Ihren Stellungnahmen auf die Entwicklung der gesamten Versorgungsstrukturen ein. Inwiefern hat sich die Debatte auf Bundesebene gerade mit dem neuen Koalitionsvertrag so weiterentwickelt, dass jetzt die isolierte Umsetzung einzelner Elemente wie GemeindegeschwesterPlus nicht mehr sinnvoll wäre?

Zweite Frage: Frau Calero, Sie warnen in Ihrer Stellungnahme vor möglichen Parallelstrukturen. Inwiefern bestehen bei den Anforderungen und Aufgaben im GemeindegeschwesterPlus-Projekt Überschneidungen mit der Pflegeberatung oder anderen bestehenden Beratungsangeboten?

Dritte Frage: Sie erwähnen in Ihrer Stellungnahme die Herausforderung, wirklich die Personen zu erreichen, die das Angebot besonders benötigen und die mit anderen Angeboten schwieriger erreichbar sein könnten. Können Sie dies bitte noch erläutern?

**Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE):** Auch von der Grünenfraktion ganz herzlichen Dank an die Sachverständigen für die eingegangenen Stellungnahmen und dass Sie heute für Fragen zur Verfügung stehen.

Frau Kollegin Schneider, so unterschiedlich kann man gemeinsame Koalitionsverträge lesen. Ich möchte gerne an Ihre erste Frage anschließen. Im Koalitionsvertrag finde ich zumindest ein sehr gutes Kapitel, das sich mit dem Thema beschäftigt – allerdings heißt es dort „Community Health Nurse“ –, in dem Pflege beschrieben wird. Das wird auch in einigen Stellungnahmen deutlich. Frau Professorin Köckler bemängelt den Begriff, und der DBfK scheint zumindest in den Ausführungen ein Stück weit darüber hinauszugehen.

Meine erste Frage richtet sich an Frau Professorin Köckler, an Herrn Dichter und an Frau Aversch-Tietz bzw. Herrn Wältermann; Sie haben eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben. Wie sollte ein solches Modell Ihrer Meinung nach aussehen, bzw. wie unterscheidet sich das Konzept „Community Health Nurse“ möglicherweise von einem Konzept „GemeindegeschwesterPlus“, wie es hier beschrieben wird?

Die zweite Frage geht an denselben Adressatinnenkreis, weil sich das ein bisschen aus der ersten Frage ergibt. Welche Qualifikationen des Personals ergeben sich daraus? Wie verbindet sich das mit dem Modell der Finanzierung? Das ist auch eine Frage an die Kostenträger.

Die dritte Frage an diesen Adressatinnenkreis – ich glaube, das ist der wesentliche Unterschied, wie ich zumindest die Modelle lese –: Stimmen Sie mir zu, dass es auch um eine sozialräumliche Betrachtung geht und nicht nur um ein einzelnes Element? Welche Anforderungen würden Sie da stellen, und welche offenen Fragen bestehen möglicherweise aus Finanzierungssicht?

**Christina Weng (SPD):** Meine Fragen ähneln dem ein wenig. Ich möchte Sie noch etwas anders pointieren und mich dabei an Herrn Dichter vom DBfK sowie die Hochschule für Gesundheit wenden. Sie sprechen perspektivisch von einer finanziellen Entlastung. Das sehen wir auch so. Können Sie das noch ein Stück weit präzisieren?

Es gibt unterschiedliche Botschaften zu den Sozialräumen, zu den Milieus und zu der Erreichbarkeit unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppierungen. Wo würden Sie ein solches Modellprojekt verankern? Was gehört aus Ihrer Sicht zu den zentralen Aufgaben der Fachkräfte in diesem Modellprojekt?

Meine Frage an die kommunalen Spitzenverbände: In Ihrer Stellungnahme sprechen Sie davon, dass man ein Modellprojekt „GemeindeschwesterPlus“ unabhängig von den Pflegestützpunkten realisieren müsste. Welche geeignete Struktur ergibt sich nach Ihrer Einschätzung?

Meine Frage an die Freie Wohlfahrtspflege: Können Sie den Terminus „soziale Altenarbeit“ – das ist ja unser Schwerpunkt in Bezug auf Teilhabe für die Klientel „nicht krank, sondern nur alt“ – bitte noch präzisieren?

**Britta Oellers (CDU):** Im Namen der CDU-Fraktion darf ich mich ganz herzlich für Ihre Stellungnahmen bedanken. – Ich habe folgende Fragen an die Freie Wohlfahrtspflege, die AOK und den VdEK:

Ist ein Modell wie das der GemeindeschwesterPlus neben den bestehenden umfangreichen Angeboten in NRW überhaupt nötig? Wenn ja, warum?

Daran schließt sich die Frage an: In Diskussionen habe ich den Eindruck, dass jeder etwas anderes unter dem Begriff „Gemeindeschwester“ versteht. Eine genaue Definition ist aus meiner Sicht nicht gegeben, wie sich auch gerade bei den Fragen herausgestellt hat. Soll es eine Anknüpfung an Pflegestützpunkte geben oder nicht? Wie sollte, wenn ja, diese Anknüpfung aussehen? Was verstehen Sie genau unter „Gemeindeschwestern“? Diese Frage möchte ich ergänzend an den Hausärzteverband richten.

Das Modell der GemeindeschwesterPlus begleitet ältere Menschen bis zur Pflegebedürftigkeit. Mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit werden die Menschen dann an die Pflegestützpunkte verwiesen. Welche Bedeutung hat diese veränderte Zuständigkeit für die Menschen? Diese Frage möchte ich gerne an die Vertreterin von compass richten.

**Vorsitzende Heike Gebhard:** Das war die erste Fragerunde. Wir kommen nun zu den Antworten und gehen dabei in der Reihenfolge des Tableaus vor.

**Friederike Scholz (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW):**

Ich bedanke mich für die Einladung zu dieser Anhörung. – Ich spreche heute für die drei kommunalen Spitzenverbände und werde die an mich gerichteten Fragen zusammen beantworten.

Frau Schneider hat mit Ihrer Frage an den Koalitionsvertrag auf Bundesebene angeknüpft. Wir sehen durch diesen Koalitionsvertrag im Grunde genommen keine wesentliche Änderung im Vergleich zu der Ausgangslage. Aufsuchende Modelle, bei denen eine Person, wie auch immer man sie nennen möchte, im Sozialraum ein niedrigschwelliges Angebot macht, das Prävention und Beratung verbindet, können unserer Ansicht nach ein guter Ansatzpunkt sein, um gleichzeitig Einsamkeit entgegenzuwirken.

Dabei sind zwei wesentliche Punkte zu berücksichtigen: Zum einen ist es immer nur ein Aspekt, ein Baustein in einem Gesamtgefüge. Zum anderen haben die Kommunen vor Ort eine wichtige Funktion bei der Ausgestaltung, wie die Örtlichkeit zu versorgen ist. Deshalb müssen sie auch entscheiden, wie solch ein Angebot in dem Sozialraum zu verankern und auszugestalten ist.

In einigen Kommunen sind keine Pflegestützpunkte vorhanden. Uns ist es wichtig, dass ein Förderprojekt für alle Kommunen zugänglich ist. Die Kommune muss entscheiden können, wie sie eine Person – nennen wir sie ruhig GemeindegewestPlus – installieren möchte und welche konkreten Aufgaben ihr zukommen sollen. Das muss sie selber entscheiden können, sie darf nicht durch die Anbindung an die Pflegestützpunkte von der Förderung ausgeschlossen werden.

Unabhängig davon würden die kommunalen Spitzenverbände immer eher in dauerhafte Strukturen investieren wollen. Wir wünschen uns insgesamt eine Stärkung der Kommunen in der Planung, Koordinierung und Beratung.

**Günter Wältermann (AOK Rheinland/Hamburg):** Auch ich darf mich ganz herzlich für die Einladung bedanken. – Ich bin Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg und bedanke mich für die Fragen.

Bei dem Komplex, den wir hier im Moment aufgreifen, auch mit Blick auf den Koalitionsvertrag, müssen wir sagen, dass die versorgungsrelevanten Inhalte immer mehr ein regionales Versorgungskonzept in den Fokus rücken. Das heißt, wir müssen Versorgung immer mehr von der regionalen Seite aus denken, wir müssen sie von den Menschen her denken, die Hilfebedarfe haben.

Im Koalitionsvertrag steht unter anderem, dass wir über Gesundheitskioske nachdenken sollen. Im Bereich der Gesundheitskioske geht es insbesondere darum, bedarfsorientierte und kultursensible Beratungen anzubieten, also die Menschen dort abzuholen, wo sie tatsächlich sind. Das heißt, wir müssen genau darauf achten, dass fehlende Gesundheitskompetenzen ausgeglichen werden können.

Im Rheinland haben wir mit den Gesundheitskiosken in Aachen, in Essen und in Köln – in Hamburg haben wir auch einen gegründet – sehr gute Erfahrungen gemacht und konnten die Menschen mit ihren Problemstellungen gut erreichen. Die Berater in den

Gesundheitskiosken sind tatsächlich Community Health Nurses, also hochqualifiziertes Personal, die die Fragestellungen der Menschen aufnehmen können.

Ansonsten sind regionale Gesundheitszentren in Planung. Dabei geht es insbesondere darum, facharztübergreifende Versorgungsstrukturen aufzubauen, weil wir feststellen, dass wir auf die veränderten Versorgungsstrukturen – die Ärzte gehen mehr in die urbanen Bereiche, die ländliche Versorgung lässt nach – eine Antwort geben müssen. Man muss die regionalen Gesundheitszentren sicherlich weiter ausbauen, um eine Antwort auf die Versorgungsfragen auf dem Land geben zu können. Wir meinen, interdisziplinäre Teams, auch mit Arztnetzen, sind die richtige Antwort darauf.

Wenn man die Gesundheitskioske, aber auch die regionalen Gesundheitszentren betrachtet, kann man sich durchaus vorstellen, eine aufsuchende Betreuung in den Blick zu nehmen. Das kann sinnvoll sein. Dies solitär anzugehen, wäre allerdings nicht der richtige Ansatz, sondern man muss es in den Strukturen der Versorgung, die wir gemeinsam anstreben, aufgreifen.

Bei den Beratungsangeboten in den Pflegestützpunkten haben wir in Nordrhein-Westfalen – das müssen wir ehrlicherweise sagen – einen ziemlichen Wandel vollzogen. Wir hatten mal sehr viele Pflegestützpunkte, mussten aber gemeinsam feststellen, dass die Beratungsangebote nicht angenommen worden sind, warum auch immer. Deshalb haben wir uns darauf verständigt, die Angebote entsprechend den Beratungsbedarfen zurückzufahren. Das heißt, wir haben auf Landesebene Vereinbarungen getroffen, dass wir die Anzahl an entsprechenden Pflegestützpunkten herunterfahren.

Wenn man jetzt tatsächlich über eine Aufwertung der Pflegestützpunkte nachdenken sollte, indem man dort mehr Versorgung hineinbringt, müssten wir erst einmal analysieren, wo es überhaupt noch Pflegestützpunkte mit welchem Beratungsangebot und mit welcher personellen Ausstattung gibt. Bei einem Wiederaufbau müssten wir auch darüber nachdenken, wie das Ganze finanziert werden soll. Dafür wären neue Vereinbarungen erforderlich. Wir alle haben an der Finanzierung mitgewirkt, haben die Dinge im Moment aber heruntergefahren. Bei einer Aufwertung muss man die Finanzierung in den Blick nehmen.

Grundsätzlich kann ich aber sagen: Nur mit einer neuen Finanzierung wird es nicht besser, sondern es bedarf erst einmal einer Analyse, warum die Menschen nicht in die Pflegestützpunkte gekommen sind. Ich meine, wenn man regional über die entsprechenden Gesundheitskioske agiert, wo man solche Angebote machen kann, wo die Menschen einfach hinkommen, oder über die regionalen Gesundheitszentren, dann ist das der richtige Schritt hin zu einer zukunftsfesten Versorgung. Das ist meine feste Überzeugung. Bei diesen Themen müssen wir genau hinschauen.

Wir Krankenkassen haben natürlich auch zugehende Angebote, gerade für Pflegebedürftige. Jeder, der einen Pflegeantrag stellt, wird besucht, Corona jetzt mal ausgeblendet, das geht im Moment nicht. Sie wissen wahrscheinlich aus Ihrem persönlichen Umfeld, dass sich, wenn jemand pflegebedürftig wird, sehr viele Fragen stellen, nicht nur medizinische, pflegerische, sondern auch wie das Ganze gemeinsam im familiären Umfeld gestemmt werden kann. Es braucht jemanden, der das in die Hand nimmt.

Über unsere zugehenden Strukturen haben wir die Möglichkeit, mit den Menschen zu sprechen und Versorgungsangebote zu vermitteln.

Vor der Pflege haben wir diese Möglichkeit eigentlich nicht, es sei denn im Krankheitsfall. Es gibt Pflegelotsen bzw. Patientenlotsen, Patientenbegleiter, die schwer erkrankten Menschen Hilfestellung leisten.

Zum Schluss wäre für mich noch wichtig festzuhalten, dass wir bei allen Angeboten, die wir schaffen, nicht solitär denken dürfen. Das heißt, wir dürfen nicht aus der Sicht der Krankenkassen oder aus der Sicht der Kommunen ein Beratungskonzept aufbauen, sondern hier sind wir aufeinander angewiesen. Die Krankenkassen haben Kompetenzen. Die muss man nutzen, weil sie da sind. Die Kommunen müssen sicherlich noch Kompetenzen aufbauen, haben aber auch eigene.

Deswegen plädiere ich sehr stark dafür, es immer vom Kunden, vom Patienten her zu denken und möglichst vorhandene Kompetenzen zu nutzen. Es geht um die Kooperation bei den bestehenden Möglichkeiten. Dafür will ich mich insbesondere aussprechen. Die Gemeindegewerkschaft Plus ist dann ein Element, bei dem wir schauen müssen, wie wir es vernünftig in den zukünftigen Versorgungsalltag einbinden können.

**Sigrid Aversch-Tietz (Verband der Ersatzkassen NRW):** Danke, dass der Verband der Ersatzkassen in Nordrhein-Westfalen Stellung beziehen kann. – Der Koalitionsvertrag sieht Elemente vor, die in den nächsten Monaten und Jahren konkretisiert werden sollen. Mit unseren neuen regionalen Ansätzen werden diese Elemente in einen umfassenden Versorgungsansatz eingebunden, nach unserer Auffassung in sozial schwachen, in unterversorgten Gebieten.

Die Umsetzung soll bundesweit einheitlich geschehen. Gerade die Ersatzkassen, die bundesweit agieren, haben ein sehr großes Interesse daran, dass die Regelungen nicht nur in Nordrhein-Westfalen gelten, sondern einheitlich im ganzen Bundesgebiet übernommen werden. Nur dann können gute Modelle und gute Ansätze bundesweit umgesetzt werden. Wenn dies nur in einem Bundesland zum Tragen käme, wäre das ein Flickenteppich und auch versorgungspolitisch nicht im Sinne der Versicherten.

Würden wir jetzt das Gemeindegewerkschaft Plus-Modell umsetzen, würden wir die Chance verpassen, Modelle in einem größeren, umfassenderen Ansatz zu entwerfen und so einen größeren Kreis an Versicherten zu erreichen, damit Menschen, die Beratung suchen, die Vorsorge brauchen, niedrigschwellig angesprochen werden. Möglicherweise haben sie die bisherigen Angebote gar nicht genutzt. So könnten wir neue Angebote oder neue Formen des Ansprechens schaffen. Wir beklagen immer, dass die Krankenkassen nicht alle Menschen erreichen, gerade nicht die sozial schwachen Menschen. In den regionalen Gesundheitszentren bestünde eine Möglichkeit, durch verschiedene Elemente, die dort kombiniert vorhanden sind, auch diese Personen anzusprechen.

Dabei muss es nicht nur um die Gesundheitsversorgung oder die klassische Krankenkassengesundheitsversorgung gehen, sondern hier sind auch alle weiteren Beratungen gemeint, zum Beispiel in Clearingstellen, die teilweise mit der Krankenversicherung zu tun haben. Man kann es kombinieren und damit mehr Menschen erreichen als bisher.

**Dr. Oliver Funken (Hausärzteverband Nordrhein [per Video zugeschaltet]):** Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, eine Stellungnahme zum Thema „GemeindeschwesterPlus“ abzugeben.

Sie haben mich gefragt, was wir unter „GemeindeschwesterPlus“ verstehen. Wir sehen in der GemeindeschwesterPlus eine Möglichkeit, die nichtkranke Bevölkerung, die ältere Bevölkerung, die über 80-Jährigen in der sozialen Teilhabe zu stärken und in die Prozesse einzubinden, die eine hohe Ähnlichkeit mit den Prozessen für die kranken älteren Patienten haben, die wir auch in der Häuslichkeit aufsuchen müssen. Wir schauen uns an, welche Probleme neben den Erkrankungen bestehen. Hierbei wird eine multiaxiale Analyse der Abilities und Disabilities durchgeführt. Dies ist durch kooperative andere Angebote zu unterstützen, die interessanterweise eine hohe Ähnlichkeit mit der GemeindeschwesterPlus aufweisen. Wir können uns vorstellen, dass die Strukturen an sich schlüssig zueinander passen und so ein ergänzendes Angebot darstellen können.

Wir sehen das Ganze aber nur als einen Teilaspekt an, ebenso wie die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis, VERAH. Das ist ein Erfolgsmodell und wird von allen Krankenkassen unterstützt. Wir sehen das als einen Teilaspekt der kommenden schwierigeren Versorgung der Bevölkerung in der Häuslichkeit mit Monitoringsystemen. Zurzeit werden sie durch Variables und sonstige Accessoires, die als Apps auf den Smartphones laufen, nicht einheitlich benutzt. Das sehen wir als weiteren Teilaspekt an, den wir in der zukünftigen Versorgung in die Kommunikation mit diesen Bürgerinnen und Bürgern ebenso wie mit den Patientinnen und Patienten einbinden wollen.

Nach unserem Denkmuster kann die Gemeindeschwester eine sehr sinnvolle Ergänzung der Gesamtstruktur sein. Wir Hausärzte sehen gleichzeitig in VERAH eine Auslagerung unserer hausärztlichen Tätigkeit in die Versorgungsrealität des ländlichen Raums hinein, also keine Zentralisierung in städtischen Strukturen, um die Versorgung im ländlichen Bereich aufrechtzuerhalten. Hierzu gibt es in Bayern inzwischen einen Modellversuch. Dort, wo es keine Hausärzte mehr gibt, wird die Grundversorgung über eine besonders geschulte Mitarbeiterin der Praxis realisiert, um überhaupt ein medizinisches Versorgungsangebot machen zu können. Diese Entwicklung sehen wir in Nordrhein-Westfalen in den nächsten Jahren ebenfalls als Herausforderung an. Deswegen müssen wir in diese Richtung gemeinsam weiterdenken.

Mit der GemeindeschwesterPlus können die Kommunen, Kreise und Städte ein paralleles Angebot für die Bevölkerung aufbauen. Natürlich stellen sich dabei auch Probleme, weil das ergänzende Angebot für die ältere Gesellschaft in vielen Kommunen nicht so vorhanden ist, wie es sein sollte.

**Prof.'in Dr. Heike Köckler (Hochschule für Gesundheit):** Ich freue mich sehr, hier aus einer sozialräumlichen Perspektive Stellung beziehen zu dürfen, und möchte direkt die Frage aufgreifen, in welchen Sozialräumen man das Ganze denn ausprobieren soll. Dazu möchte ich den Blick auf die Vielfalt Nordrhein-Westfalens lenken, die von ländlichen Räumen, die gerade angesprochen wurden, bis hin zu Verdichtungsräumen reicht. Im Verdichtungsraum selber gibt es dann auch noch Unterschiede. Die Hochschule

für Gesundheit ist beispielsweise in Bochum angesiedelt. Bochum-Stiepel ist mitnichten mit Bochum-Wattenscheid zu vergleichen. Das sind zwei Sozialquartiere innerhalb einer Stadt, wie sie unterschiedlicher nicht sein könnten.

In beiden Quartieren brauchen ältere Menschen über 80 Unterstützung. Wer in Stiepel alleinlebend ist, im freistehenden Einfamilienhaus alleine zurückbleibt, für den ist es eine herausfordernde Situation, auch wenn man einkommensstark ist. Wer in einer anderen Wohnsituation ist, vielleicht sprachliche Herausforderungen hat, ein Leben lang hart gearbeitet hat, der steht noch mal vor ganz anderen Herausforderungen.

Deshalb ist es mir ganz wichtig – das habe ich auch in der Stellungnahme verfasst –, darauf hinzuweisen, es nicht nur in fünf Regierungsbezirken auszuprobieren; dann könnte es jedes Mal der ländliche Raum sein. Das wird uns nicht reichen, um zu lernen. Wir brauchen Antworten für die sehr unterschiedlichen Sozialräume in Nordrhein-Westfalen.

Damit verbinde ich den Wunsch, es an unterschiedliche Strukturen anzubinden. Herr Wältermann ist schon ein bisschen in die Richtung gegangen und hat ausgeführt, dass es mit den Gesundheitskiosken ganz innovative Konzepte gibt; im Rheinland ist man etwas weiter als in Westfalen. In Bochum sind wir auch unterwegs. Wir haben unterschiedliche Andockstrukturen für eine Person, die fachkompetent berät und begleitet. Das kann der Hausarzt sein, das kann aber auch ein Medizinisches Versorgungszentrum sein.

Die gerade angesprochenen Gesundheitskioske sind ihrerseits in sehr unterschiedlicher Trägerschaft. In Aachen arbeiten sie sehr eng mit der Stadt zusammen, was zu begrüßen ist und vielleicht die Argumente von Frau Scholz nach einer strukturellen Versorgung und einer Neuaufstellung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die wir gerade erleben, aufgreift.

Das Ganze muss bezahlt werden. Auch da möchte ich auf den Koalitionsvertrag und die dort aufgezeigten Möglichkeiten einer regionalisierten gesundheitlichen Versorgung verweisen. Es wurde von den Krankenkassen angesprochen und wird von diesen unterstützt und begrüßt, weil Prävention Geld spart. Die Menschen bleiben länger zu Hause gesund, was immer gesund ist. Wir denken ja in einem Kontinuum. Niemand ist ganz gesund oder ganz krank. Aber jemand, der noch nicht pflegebedürftig nach dem SGB ist, kostet natürlich weniger und spart damit Kosten ein. Dann sind die Krankenkassen wirklich Gesundheitskassen, wenn sie das ökonomisch nachrechnen können. Das haben sie in Hamburg-Billstedt und -Horn ganz wunderbar aufgezeigt.

Das gilt auch für das Kinzigtal. Das ist mir noch wichtig zu erwähnen. Dieses Modell funktioniert auch in ländlichen Räumen. In Billstedt und Horn – erinnern wir uns daran – war die Herausforderung die Frage: Klappt es denn auch in der Stadt? – Beides scheint zu laufen.

Damit möchte ich überleiten zu den zentralen Aufgaben. Was soll eine Fachkraft machen, die zu diesen Aufgaben berät? Ich fände es gut, wenn in Nordrhein-Westfalen ein Versuch gestartet würde, der ein bisschen weiterginge als das, was die Rheinland-Pfälzer sehr innovativ angefangen haben. Das Modell ist einfach schon ein bisschen älter, und die politische Debatte ist weitergegangen.

Ganz zentral ist sicherlich die Lots\*innenfunktion. Ich wünsche mir – in meiner Stellungnahme habe ich Bezug auf die präventiven Hausbesuche genommen – sehr aufsuchende Strukturen. Das ist und bleibt unsere Hauptherausforderung. Auch wenn wir einen Arzt um die Ecke haben, heißt das nicht, dass er Hausbesuche macht. Das hat ganz unterschiedliche Gründe. Die Hausärzte sind bei ihrer knappen Zeit nicht in der Lage, die aufsuchenden Zugänge zu schaffen und Barrieren abzubauen.

Die Versuche, die hier teilweise mit Anschreiben unternommen wurden, reichen nicht – darauf habe ich auch in der Stellungnahme hingewiesen –, weil Briefe vom Staat nicht immer positiv besetzt sind. Aus einer Community-Health-Perspektive kennen wir durchaus unterschiedliche Ansprachen. Das gilt nicht nur für den städtischen Raum.

An der Hochschule für Gesundheit haben wir ganz gute Erfahrungen mit Stadtteilforscherinnen – so nennen wir sie – gemacht. Wir sehen jetzt die Impflots\*innen, die unterwegs sind und beraten. Das können wir im städtischen Raum machen, das geht aber natürlich auch im ländlichen Raum. Ich habe auf die starke Kraft der Landfrauen verwiesen, auf die wir setzen können, um auch dort Menschen zu erreichen, die sonst vielleicht nicht so gut erreicht werden.

Damit leite ich über zu der Qualifikation, die jemand haben muss. Es reicht nicht, die einzelne Person zu erreichen und der einzelnen Person zu helfen, sondern wir müssen den Blick auf systematische Versorgungslücken lenken. Ich mache es ganz kurz, aber der Punkt bewegt mich immer wieder. Ich bin Stadtplanerin, ich bin Ingenieurin. Von meiner ersten Ausbildung her bin ich überhaupt nicht gesundheitlich ausgebildet. Bei manchen Geschichten läuft es mir jedoch kalt den Rücken herunter, zum Beispiel wenn ich höre, dass eine große Zahl von Amputationen hätte vermieden werden können, wenn jemand Zeit gehabt hätte, den Stützstrumpf auszuziehen. Ich kann nicht abschließend beurteilen, wie anekdotisch das ist, solche Fälle wurden mir aber mehrfach bestätigt.

Wenn wir solche Missstände reduzieren, spart das nicht nur Kosten, verbessert das nicht nur die Lebensqualität der einzelnen Personen, sondern das zeigt auch, wenn es keine anekdotischen Einzelfälle sind, dass wir ein systemisches Problem haben. Ich würde mir wünschen, dass Menschen, die nah an den Lebenswirklichkeiten der Menschen sind, diese einbringen könnten.

Die „Gemeindeschwester“ – ich sage das extra in Anführungszeichen – sollte natürlich – ich kann das gar nicht anders sagen, ich spreche für die Hochschule für Gesundheit – einen akademischen Hintergrund haben. Dann ist sie ausgebildet, systemische Versorgungslücken aufzuzeigen und diese in bestehende Strukturen einzubinden. Sie kann sie nicht alle lösen, aber dafür gibt es die Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Für mich sollte diese Fachkraft eindeutig Mitglied einer Kommunalen Gesundheitskonferenz oder einer Sozialraumkonferenz sein.

Ganz kurz: Die Kompetenz im Bereich E-Health – Herr Dr. Funken hat es bereits angesprochen – ist einfach zwingend und wird Unterstützung bieten.

Abschließend: Der Begriff „Gemeindeschwester“ – ich sage es so lapidar – geht gar nicht, weil es die vielen Männer, die wir hoffen in diese Bereiche zu bekommen, ausgrenzt. Er täuscht familiäre Nähe vor, die nicht gegeben ist, weil es eine professionelle

Kraft ist. Der Begriff „Community Health Nurses“ – das sage ich, obwohl ich vom Department of Community Health bin – geht auch nicht, weil das sprachlich für manche sehr schwierig und sehr weit weg ist. Vielleicht zeigt der Begriff der Gesundheitsbegleiterin, dass wir ältere Menschen nicht bevormunden, sondern sie auf dem Weg, in ihren Sozialräumen so lange wie möglich gesund zu bleiben, begleiten wollen.

**Rudolf Michel-Fabian (Freie Wohlfahrtspflege NRW [per Video zugeschaltet]):** Frau Weng hat nach der sozialen Altenarbeit in Bezug auf Teilhabe gefragt. Das ist eine sehr umfangreiche Frage. Es wird mir in der kurzen Zeit sicher nicht gelingen, das gesamte Spektrum der sozialen Altenarbeit zu umschreiben. Ich führe einmal auf, was wir in der Freien Wohlfahrtspflege an sozialer Altenarbeit machen.

Soziale Altenarbeit ist zunächst Netzwerkarbeit. Es geht um Sozialraumplanung, es geht um Sozialraumgestaltung, konkret um Beratung und Unterstützung bei der Verwirklichung von individuellen Lebensentwürfen mitten in der Gesellschaft. Wie passiert das? Das passiert durch Vermittlung und durch die Gestaltung von Teilhabeangeboten. Es geht um Begegnung, um Engagement und um aktive Alltagsgestaltung vor dem Hintergrund eines Altersbildes, das auch die Ressourcen von alten Menschen in den Blick nimmt und nicht nur die Defizite.

Zu der Frage: Ist das Modell der GemeindegewestPlus überhaupt nötig? Wenn ja, warum? – Erst einmal muss ich sagen, dass das Modell der GemeindegewestPlus nur ein kleiner Beitrag zu dem ersten Punkt sein kann, auf den der Antrag abzielt, nämlich zur Stärkung der Prävention und sozialen Teilhabe von Seniorinnen und Senioren. Es handelt sich um Begleiter, Beraterinnen im Sozialraum. Die können Teilhabeangebote vermitteln, aber auch nur, wenn es Teilhabeangebote gibt. Der Befund ist: Es gibt sie in vielen Kommunen, zum Beispiel das Zentrum 60plus in Essen oder die zentren plus in Düsseldorf, in anderen Kommunen sind solche Teilhabeangebote aber Mangelware.

Eine aktuelle vergleichende Untersuchung der BAGSO – wir haben in unserer Stellungnahme darauf hingewiesen – besagt, dass die Kommunen unterschiedlich viel Geld für die Altenhilfe in die Hand nehmen. Das reicht von 0,0 Euro bis 34,30 Euro. Die Unterschiede in den Kommunen sind erheblich. Wir müssen großen Wert darauf legen, dass es ähnlich gelagerte Teilhabeangebote in allen Kommunen gibt. Grundsätzlich begrüßen wir die GemeindegewestPlus, aber das kann nur ein kleiner Teil dessen sein, was an Herausforderungen bei der Teilhabeunterstützung von Senioren in unserem Land gemeistert werden muss.

Den Begriff „Gemeindegewest“ halten wir natürlich auch für problematisch. Gendergesichtspunkte haben wir schon gehört, aber es sind auch fachliche Gesichtspunkte, weil er die Vorstellung von Pflege impliziert. Das würde unseres Erachtens auf ein falsches Gleis führen. Aus meiner vorherigen Antwort geht schon hervor, warum wir das machen.

Ansonsten ist es noch wichtig, sich anzusehen: Was gibt es denn bereits? Das GemeindegewestPlus-Modell verkörpert das Prinzip der zugehenden Beratung. In den vorhandenen Strukturen haben wir noch eine Komm-Beratung. Vor Ort erleben wir

aber auch, dass zugehende Strukturen, zugehende Angebote bestehen. Die sind leider noch nicht flächendeckend in verlässliche Strukturen eingebunden, aber solche Ansätze und Versuche gibt es. Wir empfehlen auf jeden Fall, vorher zu prüfen, was vor Ort existiert; denn es gibt schon viele gute Ansätze. Wir plädieren für ein Miteinander statt für ein Nebeneinander.

**Martin Dichter (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest):** Ich bedanke mich für die Einladung, hier die Position des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe vorzutragen zu dürfen, und auch für die Fragen der Abgeordneten.

Wir haben in unserer Stellungnahme deutlich gemacht, dass wir uns grundsätzlich für das Modell der GemeindegeschwesterPlus aussprechen, es begrüßen. Dies kann aber nur ein erster Schritt hin zu den Lösungen sein, die wir brauchen. Das Problem wird allein an der Zeitschiene deutlich. Wir haben jetzt das Jahr 2022. Bis zum Jahr 2030 – das geht aus unserer Stellungnahme hervor und steht auch im Entwurf der SPD – wird die Zahl der chronisch erkrankten Menschen rasant zunehmen; die Überalterung trägt ihr Übriges dazu bei.

Wenn wir im Jahr 2022 mit Modellen starten und dann nach drei Jahren evaluieren, sind wir schon im Jahr 2025 und sehr weit in der Zeit fortgeschritten. Deswegen würden wir uns wünschen, dass es neben dem Ansatz der GemeindegeschwesterPlus eine grundsätzliche Debatte und Überlegungen dazu gibt, wie wir die primäre Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen aufstellen wollen.

Wir sehen – ich habe eben schon von der Überalterung, der Chronizität in der Bevölkerung gesprochen –, dass wir den Bedarf nicht allein durch die Struktur der Hausärzte abdecken können. Wir sehen auch, dass wir dem grassierenden und weiter zunehmenden Hausärztemangel nicht allein durch eine neue Fakultät in Bielefeld entgegenwirken können. Dafür ist das Problem viel zu groß.

Wir müssen also darüber nachdenken, welche neuen Lösungen es geben kann und welche neuen Akteure mit neuen Qualifikationen wir in die primäre Gesundheitsversorgung involvieren können. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe präferiert hier das Konzept „Community Health Nursing“, weil es im Vergleich zum Konzept der GemeindegeschwesterPlus einen deutlichen Schritt weitergeht. Es basiert auf einer akademischen Qualifikation, einem Masterabschluss der Absolvent\*innen. Das bedeutet, die Menschen haben weitere Kompetenzen, einen systemischen Blick auf das Gesundheitssystem und können übergreifende Aufgaben übernehmen.

In der Debatte ist jetzt schon deutlich geworden, welche Aufgaben eine GemeindegeschwesterPlus in der Vermittlungsrolle, in der Beratungsrolle übernehmen kann. Eine Community Health Nurse kann deutlich darüber hinausgehen und ist zum Beispiel in der Lage, klinische Assessments durchzuführen, also eine körperliche Untersuchung durchzuführen, so ähnlich wie das auch ein Hausarzt machen würde, dann mit einem pflegerischen Fokus und einem Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention. Das ist ein Beispiel, das den Unterschied deutlich macht.

Ich denke, dass wir solche Ansätze brauchen, um der Gesundheitsversorgung in der Zukunft gerecht werden zu können. Unsere Position dazu ist: GemeindegeschwesterPlus

sehr gerne, aber daneben müssen wir im Jahr 2022 bereits über Maßnahmen nachdenken und sie in Angriff nehmen, damit wir im Jahr 2025 Menschen haben, die über die Qualifikation verfügen, damit wir im Jahr 2030 die Lösung haben und nicht erst über die Lösung nachdenken.

Das bedeutet aus meiner Sicht – auch das steht in unserer Stellungnahme –: Wir brauchen den Aufbau von Studienplätzen, um Menschen zu Community Health Nurses auszubilden oder weiterzuqualifizieren. Wir brauchen Studiengänge im Bereich „Advanced Nursing Practice“ etc., weil wir alleine mit den bestehenden Ansätzen den Herausforderungen nicht gerecht werden.

**Claudia Calero (compass private pflegeberatung [per Video zugeschaltet]):** Vielen Dank für die Einladung, dass wir hier unsere Sicht auf die Dinge darstellen können. – Zuerst möchte ich sagen, dass compass ausdrücklich die Weiterentwicklung von präventiven Beratungsangeboten vor Ort unterstützt, die das Ziel haben, älteren Menschen ein selbstbestimmtes und möglichst selbstständiges Leben sowie Teilhabe im Alter zu ermöglichen. Das ist uns ein wichtiges Anliegen in unserer Pflegeberatung.

Es war die Frage, inwieweit es aus Sicht der Pflegeberatung Parallelstrukturen und Überschneidungen zu GemeindegeschwisterPlus gibt. Dazu kann ich eine ganze Reihe von Aspekten nennen:

Die Anforderungen, die an die Berater\*innen in dem Projekt gestellt werden, ähneln sehr den Anforderungen, die auch an Pflegeberater\*innen gestellt werden, nämlich dass sie die individuelle Lebens- und Gesundheitssituation der Personen mit der Biografie, mit den Wünschen, Bedürfnissen und Zielen kennenlernen. Wo wollen sie hin? Wie wollen sie versorgt sein? Wie wollen sie leben? Dabei sollen dann die Ressourcen und Risiken erkannt werden, was sehr sinnvoll ist, um darauf einen Beratungsprozess aufzubauen.

Es soll eine gute Beziehung mit pflegerischem und sozialem Fachwissen aufgebaut werden sowie beruflicher Erfahrung, auf die dann in einer umfassenden Beratung zurückgegriffen werden kann.

Der Sozialraum mit allen Angeboten und Netzwerken soll gut bekannt sein. Am Aufbau dieser Netzwerke soll unterstützend mitgewirkt werden.

Alle diese Aufträge sind zentrale Aufgaben, die auch in der Pflegeberatung anfallen, so wie sie verankert sind und von uns gelebt werden. Wir haben ja mitgeteilt, dass wir ungefähr 140 Berater\*innen allein in Nordrhein-Westfalen haben, die sich sehr an der Netzwerkarbeit beteiligen und da mitarbeiten.

Wenn man sich die Beratungsfelder ansieht, die in den Berichten über die Gemeindegeschwister dargelegt werden, dann stellt man fest, dass es vorrangig Themen sind, die auch Schwerpunkt in der Pflegeberatung sind, nämlich die Unterstützung im Rahmen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, auch wenn GemeindegeschwisterPlus eigentlich vor der Pflegebedürftigkeit greift. Das sind beispielsweise der Hausnotruf, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, alternative Wohnformen im Alter, aber auch die Unterstützung bei Demenz. Welche Pflege- und Hilfsmittel können eingesetzt werden? Was

passiert mit der pflegebedürftigen Person, wenn die Person, die im Moment für sie sorgt oder sie pflegt, ausfällt?

Auch die soziale Teilhabe und die Unterstützung bei Anträgen spielen in der Pflegeberatung eine große Rolle.

Diese Themen passen in beide Bereiche und implizieren eigentlich eine Doppelstruktur, wenn man das hier in Rede stehende Projekt zusätzlich aufbauen würde. Aus unserer Sicht wäre es deswegen sinnvoll, die Pflegeberatung zu stärken, die ja zugehend erfolgt. Auch meine Vorredner\*innen haben mehrfach benannt, dass das ein wichtiger Faktor ist.

Ein anderer Aspekt: Wir haben in der Pflegeberatung eine ähnliche Personengruppe, die sowohl die Aufgaben der GemeindegewerPlus erledigt als auch die Aufgaben der Pflegeberatung erfüllt. Das sind zum großen Teil Pflegefachkräfte mit mehrjähriger Berufserfahrung plus Studiengängen, Weiterbildung usw. Das ist bei der GemeindegewerPlus genauso gewünscht.

Zu der Frage nach der Herausforderung, Personen mit dem Angebot der GemeindegewerPlus zu erreichen: In dem Bericht ist sehr deutlich dargelegt worden, dass es schwierig ist, Personen zu erreichen, die einen Migrationshintergrund haben oder in sozial schwachen Verhältnissen leben. Das ist ein bekanntes Phänomen. Man hat mit diesem Projekt vor allen Dingen Menschen aus der Mittelschicht gut erreicht, die in der Regel schon einen relativ guten Zugang haben.

Bei der Frage, was man machen muss, damit man diese Personen besser erreicht, würde ich einer meiner Vorrednerinnen zustimmen. Ein Brief reicht nicht aus, das erleben auch wir in der Pflegeberatung. Die Personen müssen mehrfach kontaktiert werden, sie müssen mehrfach auf das Angebot hingewiesen werden. Der zugehende Aspekt ist wichtig. Man müsste schauen, inwieweit man Multiplikatoren aus den Gruppen der sozial schwachen Menschen oder auch der Menschen mit Migrationshintergrund erreichen kann. Es ist natürlich ein Fakt: Ein offizieller Brief wirkt für viele erst einmal bedrohlich. Man muss sich das sehr genau angucken, um dann dieses Angebot machen zu können und diese Personen zu erreichen.

Dann möchte ich auf die Bedeutung der Übergabe von der GemeindegewerPlus an die Pflegeberatung bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit eingehen. GemeindegewerPlus ist darauf ausgerichtet, Personen ab 80 vor Pflegebedürftigkeit zu beraten. Die Pflegeberatung setzt vom Gesetz her grundsätzlich bei Pflegebedürftigkeit oder erkennbarer Pflegebedürftigkeit an. Wir beraten mit unserem Angebot sehr viele Menschen vor Pflegebedürftigkeit. Das haben wir von Anfang an so angelegt, wir gehen da über das Gesetz hinaus.

Das Problem ist: Wenn es zu einer Trennung von der Beratung der GemeindegewerPlus hin zur Pflegeberatung kommt, dann ist das mittlerweile aufgebaute Vertrauensverhältnis erst einmal unterbrochen. Selbst wenn es zu einer guten Übergabe käme, was im Rahmen von Netzwerkarbeit durchaus möglich ist, müsste ein ganz neues Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, um die Personen zu erreichen. Das ist immer ein bisschen hakelig. Gerade mit Eintritt in die Pflegebedürftigkeit muss man sich auf jemanden ganz Neues einlassen.

Abgesehen davon darf man nicht vergessen, dass Pflegebedürftigkeit nicht unbedingt – manchmal ja – ein abrupt eintretender Zustand ist, sondern ein schleichender Prozess. Oft sind Angehörige schon sorgend tätig, sie würden aber nicht als pflegende Angehörige bezeichnet, weil man Pflege häufig sehr eng sieht, meinerwegen auf Körperpflege begrenzt. Dieser schleichende Übergang aus der reinen Sorge in die Pflege würde erschwert, wenn man von einem Angebot in ein anderes Angebot übergehen müsste.

Daher plädieren wir sehr stark dafür, Pflegeberatung vor Pflegebedürftigkeit regelhaft anzubieten, um sich frühzeitig mit den Themen der Pflege und Sorge beschäftigen zu können, um Entscheidungen treffen zu können, wie man in dieser Situation leben kann und will, welche Unterstützung man sich vorstellen kann, um dann gegebenenfalls schon Netzwerke aufzubauen.

**Vorsitzende Heike Gebhard:** Damit haben wir die erste Antwortrunde beendet. – Ich darf die Damen und Herren Abgeordneten bitten, die zweite Runde zu starten.

**Angela Lück (SPD):** Ich habe Fragen an Frau Professorin Köckler und an den DBfK. Ich bedauere es sehr, dass sich der Pflegerat nicht geäußert hat, weil ich seine Expertise heute auch gerne gehört hätte.

Meine erste Frage: Was kann das Modell der GemeindegeschwisterPlus – oder wie auch immer wir es dann nennen – für die Gesamtstrategie zur Gesundheitsprävention für die Menschen in Nordrhein-Westfalen mitbringen?

Meine zweite Frage: In dem Abschlussbericht des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung zu dem Modellprojekt in Rheinland-Pfalz wird das neue Berufsbild sehr positiv bewertet, gerade im Hinblick auf Pflegekräfte, die aus dem Hamsterrad aussteigen wollen, aber sehr erfahren sind. Für sie kann das ein guter Weg sein, weiter im Beruf tätig zu bleiben. Sie sagten eben, dass die Qualifikation ein akademischer Abschluss sein muss. Wäre es auch denkbar, diesen Weg für berufserfahrene Pflegekräfte zu öffnen, die sich einfach nur den Herausforderungen in der akuten Pflege oder im Krankenhaus nicht mehr gewachsen fühlen? Das wäre unter dem Aspekt, dass viele Pflegekräfte eher aus dem Beruf ausscheiden, vielleicht ein Betätigungsfeld, in dem die Expertise der Pflegekräfte gut gebraucht wird.

**Josef Neumann (SPD):** Herr Michel-Fabian, ich möchte den Punkt des Präventiven, des Aufsuchenden ansprechen. Bei meinem Besuch in Rheinland-Pfalz habe ich mitbekommen, dass gerade der aufsuchende Ansatz, also präventiv auf die Gruppe derjenigen zuzugehen, die noch kein Pflegefall sind, ein Teil des Erfolgsmodells ist, der eine zentrale Rolle spielt. Wie sieht die Freie Wohlfahrtspflege den präventiven und aufsuchenden Ansatz?

Dann noch einmal zu dem Namen: Auf der einen Seite ist „GemeindegeschwisterPlus“ vielleicht ausgrenzend, was Männer anbetrifft. Auf der anderen Seite gab es früher Entbindungshelferinnen und Entbindungspfleger, die jetzt unter das Hebammengesetz fallen. Man kann sagen: Okay, das ist so. – Herr Dichter, ist der Begriff „Gemeinde-

schwesterPlus“ so diskriminierend, dass er für Pfleger eine große Barriere darstellen würde?

In Rheinland-Pfalz war ich sehr angetan von den praktisch orientierten Pflegerinnen, die jetzt in diesem Bereich als Gemeindeschwester arbeiten, die über eine langjährige Erfahrung verfügen und damit enorm vertrauenswürdig sind. Sie sprachen eben davon, man müsste in der nächsten Stufe in Richtung Akademisierung gehen. Ich denke, wir sind uns klar darüber, dass wir uns auf den Weg begeben müssen. Aber ein Teil des Erfolgs in Rheinland-Pfalz ist, so habe ich es in den Gesprächen mitbekommen, die praktische Verankerung mit langjähriger Erfahrung, die ein Vertrauen schafft, so dass die Leute sagen: Ja, dieser Person öffne ich mich. – Wie sehen Sie das aus Ihrer praktischen Erfahrung in diesem Berufsfeld?

**Britta Oellers (CDU):** Daran möchte ich anknüpfen. Wir haben heute verschiedene Dinge gehört: niederschwellig trifft auf Masterabschluss, aufsuchend, Stützpunkte. Wir haben aus unterschiedlichen Sichtweisen über das Thema diskutiert. Wir haben darüber gesprochen, dass es regionale Teams und, wie der AOK-Vertreter gesagt hat, Stützpunkte gibt. Wir haben auch darüber gesprochen, dass „Gemeindeschwester“ nicht der richtige Titel ist.

Im Endeffekt kommt alles zusammen. Wir alle wollen das Beste, nämlich dass Menschen auch im Alter gut teilhaben. Der Punkt ist: Wie können wir das umsetzen? Das Wort „Gemeindeschwester“ ist dabei nur ein kleiner Baustein, es gibt noch zig andere. Ich glaube, um dieses Feld aufzurollen und an das Ziel zu kommen, muss man schauen, wie man mit diesem Aspekt umgeht und wie die Qualifikation ist.

Wir haben bei dem Thema „Einsamkeit“ gehört: Ich brauche keinen Masterabsolventen bei mir im Wohnzimmer, ich bin froh, wenn überhaupt ein Mensch zu mir kommt. – Da brauchen wir vielleicht noch Hilfestellung.

Jetzt ist NRW anders als Rheinland-Pfalz. Wir haben andere Schwerpunkte gesetzt. Es ist dargelegt worden, dass die Kommunen auch anders aufgestellt sind, dass wir in NRW gar nicht flächendeckend unter den gleichen Voraussetzungen arbeiten. Der Punkt ist: Was können wir NRW-weit machen? Ich glaube, es reicht nicht aus, sich jetzt einfach für die Gemeindeschwester auszusprechen, weil wir allein schon in dieser Runde feststellen, dass wir alle unterschiedliche Blickwinkel haben.

Meine Frage an die Vertreterin der kommunalen Spitzenverbände – das müssen wir im Prinzip erst einmal erörtern –: Können Sie Zahlen, Daten, Fakten nennen, wie wir hier aufgestellt sind? Werden solche Daten im kommunalen Bereich gesammelt?

Meine Frage an die AOK und den VdEK – ich bitte Sie, das noch einmal zusammenzufassen –: Setzen Sie auf die regionalen Beratungsstellen? Wir brauchen ja Unterstützung. Wer gibt was? Gibt die AOK etwas? Gibt der Staat etwas? Muss die private Person Geld mitbringen? Gibt es eine Idee, wie wir da vorankommen?

Herr Dr. Funken sprach vorhin die VERAHs an, die auch aufsuchende Beratung machen. Das sind ja bereits Menschen, die aufsuchen, die eben einen medizinischen Hintergrund haben. Haben wir so etwas nicht schon in der Form, wie es vorhin gefragt

wurde? Wie können wir das in ein Gesamtkonzept einbetten? Ich glaube, das Projekt der Gemeindeschwester greift dann zu kurz.

**Susanne Schneider (FDP):** Frau Professorin Köckler, Sie erwähnen in Ihrer Stellungnahme, dass digitale Anwendungen im GemeindeschwesterPlus-Konzept quasi keine Rolle spielen. Ich bitte Sie, zu erläutern, wie nach Ihrer Meinung die häusliche Versorgung und Sicherheit mit digitalen Anwendungen verbessert werden könnten.

**Vorsitzende Heike Gebhard:** Wir steigen dann wieder in eine Antwortrunde ein.

**Friederike Scholz (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW):** Sie haben mich nach Zahlen und Daten gefragt, um eine Einordnung vorzunehmen. Die haben die kommunalen Spitzenverbände nicht. Da muss man auch ein bisschen auf die schon mehrfach angesprochene Vielfalt in NRW hinweisen. Die Unterschiede sind offensichtlich. Es gibt sehr verschiedene Strukturen.

Unser Ansatz ist deshalb: Die Kommunen müssen vor Ort so etwas wie ein Care- und Case-Management aufbauen können, mit dem sie die Bedarfe vor Ort feststellen, Versorgungslücken aufdecken und dann die entsprechenden Versorgungsstrukturen koordinierend, kooperierend mit den weiteren Akteurinnen und Akteuren aufbauen. So können sie auf die Personen bezogen die Versorgung in einem Case-Management, in einer Fallsteuerung sicherstellen.

In diesem Gesamtgefüge kann unserer Auffassung nach eine Person – ich möchte sie jetzt Gesundheitsbegleiterin nennen – eine Scharnierfunktion wahrnehmen, indem sie sowohl beratend und präventiv tätig wird als auch Versorgungsnotwendigkeiten feststellen kann.

**Günter Wältermann (AOK Rheinland/Hamburg):** Ich meine, wir dürfen hier nicht alles vermischen. Wir haben niedrighschwellige Beratungsnotwendigkeiten, und wir haben sehr qualifizierte Tätigkeiten im Rahmen von Care- und Case-Management. Care- und Case-Management müssen wir als ein eigenständiges Aufgabengebiet ansehen, die Koordination der Versorgung, wenn Menschen nicht in der Lage sind, mit den bestehenden Angeboten zurechtzukommen. Wir haben eigentlich alles, aber man verliert sich in den Angeboten oder kann sie sich selber nicht organisieren. Wir, die hier versammelt sind, haben wahrscheinlich alle kein Problem damit, uns Versorgung zu organisieren. Bei Menschen mit weniger ausgeprägter Gesundheitskompetenz kann das durchaus der Fall sein.

Insofern plädieren wir dafür, wie gerade angesprochen, das Care- und Case-Management als eine eigenständige Aufgabe zu verstehen und zu organisieren. Dafür braucht man tatsächlich Akademisierung, davon bin ich überzeugt.

Schauen wir nach Österreich. Österreich hat jetzt für seine 500 Kommunen entsprechende Community Health Nurses in Planung, will sie gerne einsetzen. Das ist in Deutschland nicht ganz einfach. Wir haben 10.796 Gemeinden. Das ist schon etwas größer.

Deshalb möchte ich Ihren Blick noch einmal darauf lenken: Wir haben schon eine ganze Menge, es ist nur für den Menschen selber unkoordiniert. In einer solchen Situation hat man keine Lust und auch nicht die Kraft, sich von fünf, sechs verschiedenen Institutionen besuchen zu lassen. Da ist der aufsuchende Ansatz eher hinderlich. Deswegen plädieren wir sehr stark dafür, die Koordination zu übernehmen. Das muss man vor Ort mit den verschiedenen Kompetenzen, die da sind, machen.

Die eigentliche Frage, die Sie mir gestellt haben, war, wie es mit der Bezahlung aussieht, wenn wir über Pflegestützpunkte oder über Gesundheitskioske sprechen. Die Gesundheitskioske sind im Moment so finanziert, dass wir in Kooperation mit den Kommunen oder mit vorhandenen Trägern die Kompetenzen nutzen, die es vor Ort schon gibt, um sehr häufig in den sozialen Brennpunkten, also für die vulnerablen Personengruppen, entsprechende Angebote zu organisieren. Es gibt noch kein Finanzierungsmodell, von dem ich sagen würde, „one size fits all“ – das passt überall. Wir müssen uns schon überlegen, wie wir das zukünftig machen.

Bei den Pflegestützpunkten – das hatte ich eben schon ausgeführt – gibt es Finanzierungsmodelle. Wenn wir die ausbauen wollen, tragen die jetzt aber nicht mehr. Dann müssen wir noch einmal genau hinschauen, wie wir das zukünftig gut hinbekommen.

Ich plädiere sehr stark dafür, uns das Ganze genau anzuschauen. Der VdEK hat eben gesagt, man sollte auf eine Bundeslösung warten. Ich würde mich eher für eine regionale Lösung aussprechen. Wir müssen das nutzen, was vor Ort schon vorhanden ist. Wir werden uns keine Doppelstrukturen erlauben können, dafür haben wir nicht die Kompetenzen. Wir müssen uns in den kommunalen Strukturen mit den Dingen beschäftigen, die eben angesprochen worden sind. Es geht ja nicht um die Gesundheitsfaktoren, es geht auch darum: Haben wir die richtigen Einrichtungen? Haben wir die weiteren Voraussetzungen berücksichtigt, die zu einem gesunden Leben beitragen können? – Das muss man gemeinsam vor Ort organisieren.

Wir haben in Nordrhein-Westfalen die Gesundheitskonferenzen. Das ist eine echte Errungenschaft. Man müsste darüber nachdenken, ob man den Gesundheitskonferenzen gegebenenfalls Ziele oder weitere Aufgaben mitgeben könnte, so etwas vor Ort verantwortlich mitzuorganisieren oder wenigstens einzuleiten, damit es organisiert werden kann.

**Sigrid Averagesch-Tietz (Verband der Ersatzkassen NRW):** Ich möchte gerne ergänzen, dass auch wir die Kommunen bei dem Aufbau von regionalen Gesundheitszentren, Versorgungsansätzen in einer zentralen Rolle sehen; denn die Kommunen wissen, wo solche Anlaufstellen überhaupt nötig sind. Nicht jede Kommune braucht sie. Das kann in einem Stadtteil erforderlich sein, oder es kann sein, dass eine Kommune ein solches Angebot aufgrund ihrer Bevölkerungsstruktur nicht braucht. Das kann nur die Kommune einschätzen. Wenn sie einen bestimmten Bedarf hat, dann kann man ein solches Angebot schaffen. Letztendlich entscheidet das aber die Kommune und bindet dann die jeweiligen Partner ein.

Es kann sein, dass sie Ausschreibungen macht, um Ärzte in ein Gesundheitszentrum zu bekommen. Es können Beratungsstellen sein. Die Vernetzung, dass man miteinander

spricht, ist wichtig. Herr Wältermann hat es eben gesagt. Wir haben nicht zu wenig Beratungsangebote, sondern wir müssen sie zusammenführen. Das können die Menschen heutzutage teilweise nicht mehr.

Aus dieser Position der Kommunen heraus muss die Nachfrage nach den Zentren kommen, dann kann man gemeinsam etwas auf die Beine stellen. Dann kann man sich das Ganze ansehen. Nicht in jeder Kommune, in jedem Stadtteil muss es das selbe Angebot geben. Aufgrund der Bevölkerungsstruktur fehlen in einem Stadtteil vielleicht Hausärzte, in einer anderen Region eher Kinderärzte. Diese Versorgungsangebote und ein Care- und Case-Management müssen wir schaffen. Deswegen ist die Frage nicht global zu beantworten, sondern es richtet sich nach den Bedürfnissen der Bevölkerung.

Bei der Finanzierung sehen wir weiterhin die bestehenden Regelungen nach den Sozialleistungen und den Krankenversicherungsleistungen als gegeben an. Das heißt, man sollte ein Finanzierungssystem finden, wenn es geht, das die bestehenden Aufgaben und die bestehenden Kostenträger einbindet, sodass wir eine Trennung von Aufgaben und finanziellen Leistungen haben.

**Vorsitzende Heike Gebhard:** Wir kommen nun zum Hausärzteverband Nordrhein. Herr Dr. Funken, ich darf die Frage an Sie noch etwas ergänzen. In Ihrer schriftlichen Stellungnahme haben Sie auf das Modell VERAH hingewiesen, dabei aber explizit deutlich gemacht, dass Sie damit nur die Personen erreichen, die bereits von Hausärzten begleitet werden. Sehen Sie den Bedarf, für die Personen, die möglicherweise alleine zu Hause sind und gar nicht den Weg zum Arzt hinbekommen, keine Komm-, sondern eine Hinwendungsstruktur zu schaffen?

**Dr. Oliver Funken (Hausärzteverband Nordrhein [per Video zugeschaltet]):** Unsere VERAHs sind tatsächlich ausgebildet, um die Versorgung unserer Patienten zu regeln, also aus Sicht der Praxis heraus. Wir haben ein hausarztzentriertes Versorgungsmodell, in dem die eingeschriebenen Patienten entsprechend betreut werden.

Wir sind in der Entwicklung eines Advance Care Planning Systems, um diese Patienten, wie eben schon dargestellt, auf allen Ebenen ihrer sozialen und gesundheitlichen Kompetenz zu begleiten, sie so lange wie möglich in der Häuslichkeit zu halten und aus der direkten Pflege möglichst herauszuhalten, wobei wir da gleitende Übergänge haben, die bis hin zur Palliativversorgung reichen.

Wenn man das Angebot ausweiten wollte, brauchten wir ein verpflichtendes Primärarztsystem, weil sich unser Auftrag auf die Versorgung von Patienten beschränkt. Deswegen könnten wir höchstens einen Know-how-Transfer in ein wie auch immer geartetes Modell leisten, das man kooperativ mit den Kommunen aufbaut.

Wir sind dabei, die Akademisierung unserer VERAHs voranzutreiben, wie ich auch in der Stellungnahme dargestellt habe. Wir fangen in diesem Jahr mit dem ersten Studiengang an. Die ersten 100 Anmeldungen sind durch, sodass wir mit der FOM in Neuss jetzt einen Schritt weiterkommen.

Damit hätten wir mehrere Möglichkeiten, verschiedene Versorgungsebenen aus der Praxis heraus zu bespielen. Unsere Medizinischen Fachangestellten werden durch ein Empowerment-Programm fit gemacht für die Neigungen und Möglichkeiten, die sie selber haben. Nicht alle wollen Professor werden. Das ist dem Berufsbild auch nicht ganz zuträglich. Aber es gibt die Möglichkeit, Zusatzqualifikationen zu erwerben, um das Case-Management zusammen mit VERAH oder auch mit unserer „Medizinischen Fachangestellten für mehr“ – so heißt sie dann, die zukünftig die Organisation von mehreren Praxen übernehmen soll – voranzutreiben.

Der nächste Punkt ist die Akademisierung, die dann in der Kommune, was eben auch angesprochen worden ist, dieses Überschauende und nach ... (*akustisch unverständlich*) also planerisches Denken vorantreibt. Dazu sind dann unsere akademisierten VERAHS notwendig.

Die Gesamtstruktur sehen wir immer nur im Kontext der Gesundheitsversorgung, sprich: Das sind Personen in einem gewissen Alter, ab 80, die entweder nicht zum Arzt gehen und deswegen nicht krank sind, oder der Arzt war zu schlecht und hat keine Krankheit gefunden. Wir haben ein Kontinuum zwischen gesund und krank.

Unsere Intention wäre, zu sagen: Wenn wir freiwillig in eine Form von Primärarztmodell hineingehen würden, so wie das HzV-Modell eines ist, dann könnte man sich vorstellen, dieses Angebot auch auszuweiten. Die Refinanzierung müsste dann aber mit den Kostenträgern, in dem Fall den gesetzlichen Krankenversicherungen, abgesprochen werden. Wir wären auch gerne bereit, Modellversuche zu begleiten, die eine Erweiterung im Sinne des hier vorgeschlagenen Projektes mit der GemeindeschwesterPlus – es wird ja dann einen neuen Namen bekommen, wie ich gerade gehört habe – bedeuten, und tatkräftig daran mitzuarbeiten. Denn wir haben wirklich nicht mehr viel Zeit, das zu schaffen.

**Prof.'in Dr. Heike Köckler (Hochschule für Gesundheit):** Frau Lück, Sie haben gefragt, was das Modell für die Gesamtstrategie mitbringen kann. Ich würde sagen, eine Haltung zur Gesundheitsförderung und Prävention. Das geht ein bisschen in die Richtung dessen, was Frau Oellers gerade sagte. Es ist noch so unklar, es ist noch nicht klar konturiert.

So wie ich das GemeindeschwesterPlus-Modell, wie es in Rheinland-Pfalz angewendet wird, verstehe, geht es um die gesundheitliche Versorgung vor einer Pflegebedürftigkeit. Das ist eine Haltung, die wir unseren Studierenden im Department of Community Health immer wieder nahelegen. Es geht natürlich um gesundheitliche Versorgung – das ist gar keine Frage, die ist sehr wichtig –, aber es geht auch um Gesundheitsförderung und Prävention, Bewegungsförderung, soziale Teilhabe, all diese Aspekte. Das ist schon eine Haltung, die mitvermittelt wird und die dem Gesamtsystem einfach guttut. Ich hatte vorhin von den Gesundheitskassen gesprochen, die sich in dem Sinne verstehen, Gesundheitsförderung und Prävention in den Quartieren zu vollbringen.

Damit das wirklich gelingt – dabei bleibe ich –, brauchen wir auch eine akademische Ausbildung. Ich nenne ein Beispiel: Bei uns kann man berufsbegleitend Gesundheit und Sozialraum studieren. Dazu ist eine gesundheitsbezogene Fachausbildung

erforderlich. Darunter fallen einige derer, die Sie angesprochen haben, die viele Jahre im Gesundheitssystem gearbeitet haben und den Bedarf an Strukturveränderungen sehen. Die bringen ganz viel mit. Die Studierenden sind teilweise in meinem Alter und wollen hier wirklich etwas verändern. Die sehen wir zum Beispiel von der Qualifikation her im Anschluss als Community Health Nurses im Einsatz, weil sie ergänzend zu der Arbeit am einzelnen Patienten den systemischen Blick, den Versorgungsblick, den Strukturblick bekommen.

Das ist wichtig, denn wir werden es nicht schaffen, um das Bild aufzugreifen, an jeden Tisch einer isolierten Person eine Gemeindegeschwester zu setzen. Um diese Personen zu erreichen, ist eine hohe Kompetenz erforderlich. Es gibt sehr viel theoretisches Wissen darüber, was die praktische Umsetzung erleichtert. Bei uns gibt es den Studiengang Gesundheit und Diversity. Wir brauchen unterschiedliche Zugänge für unterschiedliche Zielgruppen und müssen vielleicht Strukturen schaffen, dass zwei Nachbarinnen gemeinsam am Tisch sitzen und gegen die Isolation angehen, nicht nur die Gemeindegeschwester. Daher bleibe ich ganz klar bei dem Wunsch nach einer Akademisierung.

Frau Schneider, Sie haben mich nach der Digitalisierung gefragt. Dazu könnte ich jetzt eine Vorlesung halten; keine Sorge, das mache ich nicht. Es gibt sehr viele Gesundheitsanwendungen, zum Beispiel Unterstützung bei Diabetes, die dabei helfen, dass Herr Dr. Funken, wenn der Patient, die Patientin kommt, schon viele Informationen hat und diese nicht erst auswerten muss. Das ist aber mit einer gewissen Kompetenz in der Erhebung der Daten, in der Übermittlung der Daten und auch in der Datensicherheit verbunden. Da ist sehr viel Kompetenz erforderlich.

Das ist jetzt kein Werbeblock, aber schon ein bisschen. Wir werden im Auftrag des Forschungsministeriums gemeinsam mit MedEcon Ruhr – das ist das Netzwerk der Gesundheitswirtschaft –, dem Fraunhofer-Institut und unserem Department in der Digital Health Factory Ruhr genau solche communityspezifischen Anwendungen gemeinsam entwickeln. Es gibt digitale Diabetesanwendungen, die aber teilweise, je nach Vorkenntnissen im digitalen Kontext oder je nach kulturellem Hintergrund, gar nicht komplett erschließbar oder nutzbar sind. Die sind eher zu wenig communityspezifisch entwickelt. Wenn dann die Fachkräfte, die Gesundheitsbegleiterinnen so ausgebildet sind, dass sie wissen, welche Anwendung von den hiesigen Ärzten beispielsweise unterstützt wird – das ist ja ein ziemlicher Dschungel –, dann trägt das zur Qualitätssicherung bei. Wir kennen Gesundheitskioske und Einrichtungen, die in diesem Bereich schon beratend tätig sind und Ärzte oder andere entlasten und helfen, sich in dem Dschungel zu orientieren.

**Rudolf Michel-Fabian (Freie Wohlfahrtspflege NRW [per Video zugeschaltet]):** Herr Neumann, Sie haben nach der Meinung der Freien Wohlfahrtspflege zu dem präventiven Ansatz für die Menschen, die noch nicht pflegebedürftig sind, gefragt. Ja, unbedingt. Das ist ein Ansatz, dem die Freie Wohlfahrtspflege gut folgen kann. Aber ich möchte noch darüber hinausgehen und den Blick auf Teilhabe unabhängig von dem Präventionsgedanken lenken.

Wenn wir von den Menschen aus denken, dann müssen wir die Teilhabe im Alter in den Vordergrund der Diskussion stellen. Teilhabe ist ein eigener zentraler Lebenszweck und Sinn der Menschen. Wir alle wollen nicht alleine zu Hause sitzen, sondern gemeinsam mit anderen Menschen ein erfülltes Leben haben. Wir alle wollen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Klar, wir alle wollen auch nicht pflegebedürftig werden. Aber nur wenige von uns werden das als einen eigenen Lebenszweck begreifen. Dann ist Teilhabe schon eher etwas, auf das wir uns konzentrieren und in dem wir einen Sinn für unser Leben erkennen können.

Die Sicherstellung von Teilhabe ist auch einer der besten Beiträge zur Vermeidung von Einsamkeit und Pflegebedürftigkeit. Dann sind wir im präventiven Bereich. Menschen, die am gesellschaftlichen Leben teilhaben, sind weniger von Einsamkeit und weniger von Pflegebedürftigkeit betroffen. § 4 APG NRW besagt: Die Unterstützung auch von nichtpflegebedürftigen Menschen ist eine Aufgabe der Kommunen.

Hinzu kommt – das ist ein Aspekt, den wir auch nicht übersehen dürfen –, dass Seniorinnen und Senioren, die mitten in der Gesellschaft stehen, wertvolle Beiträge für das Zusammenleben in der Gesellschaft leisten. Wir wissen aus der Engagementforschung, dass sich ein großer Teil der älteren Menschen bürgerschaftlich engagiert. Außerdem ist der Beitrag der älteren Menschen für Familien, Nachbarinnen und Freundinnen nicht zu unterschätzen. Die Betreuung von Kindern und die Pflege von Angehörigen sind ohne den Einsatz der älteren Menschen überhaupt nicht denkbar.

Deswegen: ja, unbedingt der präventive Ansatz. Darüber hinaus hat Teilhabe auch einen Eigenwert und dient nicht nur der Prävention, hat aber sehr wohl Effekte und Auswirkungen auf die Prävention.

**Martin Dichter (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest):** Es ist gut, dass ich die Gelegenheit habe, das noch einmal zu präzisieren. Wir haben in unserer Stellungnahme sehr deutlich gemacht, dass wir den Ansatz der Gemeindegewerkschaft Plus begrüßen. Das, was ich zur Akademisierung gesagt habe, braucht es aber auch. Das wollte ich verbunden wissen mit dem Hinweis, dass wir, wenn man so etwas wie eine akademisierte Qualifikation plant, damit dann Menschen vorhanden sind, um neue Leistungsangebote ins Leben zu rufen, jetzt anfangen müssen, darüber nachzudenken, weil die Leute sonst nicht bis 2030 ausgebildet sind. Das war der Hinweis.

Grundsätzlich glauben wir, dass es einen Bedarf an einer Leistungserbringung gibt, wie sie die Gemeindegewerkschaft Plus leisten kann, weil es ein aufsuchendes Angebot ist. Das gibt es bisher nicht in einer ausreichenden Ausprägung für die Menschen, die nicht sowieso schon im Kontakt mit dem System stehen. Daher sehen wir auf jeden Fall ein Aufgabenspektrum für die Gemeindegewerkschaft Plus. Das würde dazu beitragen, dass die Menschen, die bisher nicht im Kontakt mit dem System stehen, wahrscheinlich schneller Zugriff auf Leistungsangebote erhalten, Bedarfe, die die Menschen selbst noch nicht erkennen, erkannt werden und so entsprechende Lösungen entwickelt werden können.

Daher würde ich auf jeden Fall sagen: Gemeindegewerkschaft Plus ist wichtig und richtig, es braucht nur – das war der Hinweis, wir haben jetzt 2022, in acht Jahren sind wir im

Jahr 2030 – grundsätzlich mehr Überlegungen und die Umsetzung hin zu einer primären Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen, weil die Herausforderungen sehr unterschiedlich sind; das hat die Kollegin von der Hochschule für Gesundheit deutlich gemacht.

Wir haben es in städtischen Regionen mit anderen Anforderungen zu tun als in ländlichen Regionen. In beiden Regionen sehe ich aber den Bedarf für eine GemeindegeschwisterPlus, und ich sehe auch in beiden den Bedarf für eine Community Health Nurse mit einem akademischen Abschluss. Die Überalterung, die Chronizität der Erkrankungen und damit einhergehende Bedarfe machen das erforderlich.

Wen kann ich mir als GemeindegeschwisterPlus vorstellen? – Wir können uns da durchaus Pflegenden mit viel Erfahrung vorstellen. Davon profitieren die Menschen auf jeden Fall. Das Modell ist in Rheinland-Pfalz entstanden. Ich selbst bin in Rheinland-Pfalz geboren. Wenn die Gemeindegeschwister einen bestimmten Dialekt beherrscht, der da auf dem Land gesprochen wird, dann hat sie natürlich einen anderen Zugang zu den Menschen – das ist ganz selbstverständlich –, und es gibt sofort eine andere Vertrauensebene.

Allerdings bringen die Kolleginnen und Kollegen, die mit viel Erfahrung vielleicht 30 Jahre im Krankenhaus gearbeitet haben, das, was dann in der Häuslichkeit, im ambulanten Bereich erwartet wird, was auch mit Kompetenzen einhergeht, nicht sofort mit. Das heißt, da ist eine Form von Nachqualifikation notwendig. Das sehen wir zum Beispiel in Rheinland-Pfalz in dem Projekt „HandinHand“ im Kreis Bad Neuenahr-Ahrweiler. Dort werden erfahrene Pflegefachpersonen jetzt mit einem Bachelor nachqualifiziert, um dann als Pflegeexpertinnen im ambulanten Bereich zu arbeiten. Das ist dann schon der nächste Schritt, der über GemeindegeschwisterPlus hinausgeht.

Dann haben Sie noch den Namen angesprochen. Am Ende stellt sich die Frage, welchen Namen man dem Kind gibt, immer auch vor dem Hintergrund, was man denn damit erreichen will. Ich würde sagen, das Genderproblem kann man relativ schnell lösen. Dort, wo es eine Gemeindegeschwister gibt, kann es auch einen Gemeindepfleger geben. Ich wäre aber grundsätzlich dafür, zu überlegen, welche Fachlichkeit man mit der Bezeichnung verbinden will. Wir wären eher für einen Begriff wie „Gemeindepflegende“, um deutlich zu machen, mit welcher Perspektive diese Menschen unterwegs sind. Das wäre uns deutlich sympathischer als „Pflegebegleiterin“ oder Ähnliches. Ich glaube, man muss noch einmal in aller Ruhe darüber nachdenken, was man damit erreichen und welche Zielgruppen man ansprechen will.

Die Kollegin hat auch über den Begriff „Community Health Nurse“ gesprochen. Für Menschen, die sich im akademischen Bereich bewegen, ist das ein ganz natürlicher Begriff, mit dem sie problemlos umgehen können. Wenn ich mir vorstelle, Lieschen Müller aus Wattenscheid macht die Tür auf und davor steht jemand, der sagt: „Hier ist die Community Health Nurse“, dann haben wir erst mal ein Akzeptanzproblem. Es geht tatsächlich darum: Wie können wir Gender, wie können wir Fachlichkeit und die Zielgruppe, um die es nachher geht, so mit einer Begrifflichkeit ansprechen, dass es passt?

**Vorsitzende Heike Gebhard:** Herzlichen Dank. – Ich schaue in die Runde der Damen und Herren Abgeordneten. Gibt es noch weiteren Klärungsbedarf? – Das ist nicht der Fall.

Dann kann ich die Anhörung schließen.

Ich wünsche insbesondere den Damen und Herren Sachverständigen einen guten Heimweg oder die Rückkehr zu dem, was Sie noch zu tun haben; ich weiß nicht, ob Sie schon Feierabend machen dürfen. Das wünsche ich ebenso den Damen und Herren Abgeordneten, die ich darauf hinweisen darf, dass wir uns morgen zur regulären Ausschusssitzung wiedersehen. Bleiben Sie alle gesund!

gez. Heike Gebhard  
Vorsitzende

**Anlage**

24.02.2022/28.02.2022

15



**Anhörung von Sachverständigen**  
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Prävention und soziale Teilhabe von Seniorinnen und Senioren stärken!**  
**Pflegebedürftigkeit und Vereinsamung strukturell entgegenwirken!**  
**GemeindeschwesterPlus-Modelle in NRW erproben!**  
Antrag der Fraktion der SPD, Drucksache 17/15641

am Dienstag, dem 8. Februar 2022  
14.00 Uhr, Plenarsaal, Livestream

## Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Städtetag Nordrhein-Westfalen Friederike Scholz Köln	<b>Friederike Scholz</b>	<b>17/4813</b>
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen Dr. Matthias Menzel Düsseldorf		
Landkreistag Nordrhein-Westfalen Dr. Kai Zentara Düsseldorf		
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse Stabsbereich Vorstandsressort Versorgung Düsseldorf	<b>Günter Wältermann</b>	<b>17/4819</b>
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Nordrhein-Westfalen Dirk Ruiss Düsseldorf	<b>Sigrid Aversch-Tietz</b>	
Hausärzteverband Nordrhein e.V. Dr. Oliver Funken Köln	<b>Dr. Oliver Funken</b> <i>(per Videozuschaltung)</i>	<b>17/4826</b>
Hausärzteverband Westfalen-Lippe e.V. Anke Richter-Scheer Unna	<b>keine Teilnahme</b>	<b>-/-</b>
Hochschule für Gesundheit Professorin Dr. habil. Heike Köckler DoCH Department of Community Health Bochum	<b>Professorin Dr. Heike Köckler</b>	<b>17/4814</b>

