

Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, 58448 Witten

An den Präsidenten des Landtags
Nordrhein-Westfalen
Postfach 10 11 43
40002 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME
18/1470**

A01

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich für die Möglichkeit, zum Antrag der Fraktion der SPD (Drucksache 18/8129) zur Etablierung der GemeindegewinnPlus zur Bekämpfung der Einsamkeit Stellung nehmen zu dürfen, die ich gerne hiermit wahrnehme.

Mit freundlichen Grüßen



Univ.-Prof. Dr. Margareta Halek
Leitung Department für Pflegewissenschaft

Stellungnahme zum Antrag der Fraktion der SPD „Endlich vom guten Beispiel lernen: Gemeindeschwester PLUS zur Bekämpfung von Einsamkeit etablieren“. Drucksache 18/8129

Prof. Dr. Margareta Halek, Lehrstuhl für Pflegewissenschaft, Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke

Die vorliegende Stellungnahme bezieht sich auf die Forderung der Etablierung der sog. GemeindeschwesterPlus nach dem Vorbild von Rheinland-Pfalz. Zu einer ähnlichen Anfrage wurde bereits im Februar 2022 aus unserer Institution – Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke durch Prof. Dr. Oliver Herber Stellungnahme abgegeben (Drucksache 17/15641). Die damals getroffenen Aussagen behalten auch in 2024 ihre Gültigkeit und werden von mir vor dem Hintergrund neuerer Erkenntnisse ergänzt bzw. erweitert.

In Rheinland-Pfalz wurden seit dem Start der ersten Phase des Modellprojekts GemeindeschwesterPlus 2015 ca. 70 sog. GemeindeschwesterPlus-Fachkräfte implementiert und in zwei Projekten 2015-2018 (Gebert et al., 2019) und 2021-2022 (Küppers et al., 2023) evaluiert. Damit stehen erweiterte Erkenntnisse u.a. zu Einrichtungs-, Umsetzungs- und Verstetigungsprozessen, zu Barrieren und fördernden Faktoren sowie zur Bewertung des Angebotes aus der Sicht der Nutzenden zur Verfügung. Die aktuellste Evaluation der Verstetigungsphase 2019-2022 zeigt unter anderem, dass es ein heterogenes Umsetzungsbild in den 26 Kommunen bezüglich der Ausgestaltung und Umsetzung gibt und sich daraus potenziell unterschiedliche Anpassungsbedarfe ergeben.

Grundsätzlich wird die Unterstützungsstruktur GemeindeschwesterPlus von den drei befragten relevanten Stakeholdern (die hochbetagten Menschen, die sog. „Gemeindeschwestern“ sowie die Projektverantwortlichen in der Kommune) als ein sinnvolles und wirksames Element für die angestrebten Ziele¹ wahrgenommen. Die Nachfrage nach den Leistungen im Projekt war im Durchschnitt hoch, die Annahme der Beratungsangebote positiv, die Dauer der Inanspruchnahmen zwischen 10 und 15 Monaten (im Zeitraum der Evaluation). Die Daten aus dem Evaluationsprojekt bestätigen die Aussagen des Vorgängerprojektes (Gebert et al. 2019), dass es große Bedarfe für die angebotenen Leistungen gibt und diese existierende Lücke im Gesundheitssystem mit dem Projekt GemeindeschwesterPlus adressiert und das Angebot von der Zielgruppe angenommen wird. Unbeantwortet bleibt trotz zweier Evaluationen weiterhin die Frage, ob das Angebot wirksam im Sinne der Vermeidung bzw. des Hinauszögerns der Pflegebedürftigkeit oder der Einsamkeit ist. Dies lässt sich mit dem angewandten Studiendesign nicht beantworten.

Vor diesem Hintergrund ist es sicherlich sinnvoll und geboten, aus den Erfahrungen und den Evaluationsergebnissen des Modellprojekts aus Rheinland-Pfalz zu lernen und konkrete Schlüsse für eine Umsetzung in NRW zu ziehen, auch weil die Konzeptentwicklung für das Programm bereits neun Jahre alt ist. Auf einige relevante Punkte des GemeindeschwesterPlus Konzeptes möchte ich in meiner Stellungnahme nachfolgend gerne eingehen.

¹

- Schaffung eines Beratungsangebots für hochbetagte, selbstständig lebende Menschen ab 80 Jahren,
- die Unterstützung und Beratung zur Stärkung und Stabilisierung ihrer Lebenssituation wünschen
- Erhalt der Selbstständigkeit der Menschen und ihrer Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe
- Vermeiden bzw. Hinauszögern der Pflegebedürftigkeit durch gezielte Interventionen
- Vermittlung von Informationen über das Beratungs- und Hilfesystem im Wohnumfeld

1. Prävention von Einsamkeit stärken

Einsamkeit ist ein subjektives Phänomen mit altersspezifischen Besonderheiten. Eine potentiell effektive Prävention sollte frühzeitig bei Menschen mit feststellbaren Risikobedarfen beginnen, am besten bevor das subjektive Gefühl durch Dritte bestätigt wird. Deshalb ist es nicht empfehlenswert die künstlichen Altersgrenzen (ab 80 Jahren oder ab 65 Jahren) als hartes Zugangskriterium festzulegen, dadurch werden Möglichkeitsräume für präventive Maßnahmen verspielt. Denn „Je einsamer oder sozial isolierter Menschen leben, desto schwieriger ist es, sie aus diesem Zustand herauszuholen“ (Enquetekommission IV NRW, 2022: S. 109). Menschen ab 80 Jahren erlebten gewöhnlich lebensbiographisch im Durchschnitt mehrere Wendepunkte, die ein vorhandenes Einsamkeitsrisiko verstärken können (z.B. Renteneintritt, Verlust von Partner:innen und Freunden, Bekannten, Verlust der Selbständigkeit und Gesundheit). In einer Modellrechnung des Deutschen Zentrum für Altersfragen (Huxhold, Henning & DZA, 2023, Huxhold & Henning, 2023) konnte gezeigt werden, dass das Risiko, einsam zu werden, zwischen den Altersgruppen fast gleichbleibend ist, das Risiko einsam zu bleiben, jedoch mit dem Alter zunimmt. Das spricht deutlich für umfassende altersunabhängige Präventionsangebote. Die Daten der Evaluation zeigten, dass ca. 25% der nach der Leistung der Gemeindegewerkschaft Plus nachfragenden Personen jünger als 80 Jahre waren (Küppers et al., 2023). Die Ausbildung von Pflegefachpersonen befähigt sie zur Arbeit mit Menschen unterschiedlicher Altersgruppen, stellt demnach keine Barriere dar, Altersgruppen auszuschließen. Sinnvoller als Altersgrenzen künstlich festzulegen, wäre eine datengetriebene Orientierung nach kommunalen und regionalen Bedarfen. Zum Beispiel kann ein Community Health Assessment die Besonderheiten und Bedarfslagen einer Region offenlegen und so die Zielgruppe mit den größten Bedarfen identifizieren und für solide Grundlagen für eine bedarfsgerechte Angebotsplanung sorgen.

2. Aufgabenspektrum und Verantwortungsbereiche ausweiten.

Mit Hilfe von aufsuchenden, präventiven und gesundheitsfördernden Unterstützungs- und Beratungsangeboten im Sinne der präventiven Hausbesuche und sozialräumlicher Infrastrukturentwicklung sollten die Selbstständigkeit der hochbetagten Menschen und deren Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe möglichst lange erhalten bleiben, die Pflegebedürftigkeit vermieden bzw. hinausgezögert sowie Informationen zu weiterführenden Beratungs- und Hilfesystemen vermittelt werden. Der Evaluationsbericht (Küppers, et al., 2023) zeigte, dass die meisten Klienten zunächst einen hohen Bedarf an Informationen bezüglich der hauswirtschaftlichen und pflegerischen Versorgung hatten und erst an zweiter Stelle die Einsamkeit als Thema angefragt wurde. Zudem gab fast 60% der befragten hochbetagten Menschen an, dass sie Unterstützung bei medizinischen Problemen erhielten. Damit ist das abgefragte Spektrum der Aufgaben und entsprechend notwendiger Kompetenzen einer Pflegefachkraft sehr breit und zeigt, dass präventive Hausbesuche ein großes Potenzial haben, Menschen mit gesundheitsbedingten Bedarfen rechtzeitig zu identifizieren und mit gezielten Informationen und Beratung zu mehr Sicherheit in den eigenen Wänden beizutragen.

Allerdings wird das mögliche Potenzial der Gesundheitsförderung und Prävention durch das Modellprojekt Gemeindegewerkschaft Plus im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung nicht vollständig ausgeschöpft, weshalb wir weiterhin die Ausweitung bzw. die Etablierung von Community Health Nursing (CHN) fordern. In Anlehnung an international etablierte Rollenbilder, wie zum Beispiel in Kanada, Großbritannien oder Skandinavien, sieht das Konzept Community Health Nursing in Deutschland eine starke Fokussierung auf Prävention und Gesundheitsförderung vor, Aufgaben die bis jetzt in dem notwendigen Umfang von keiner existierenden Berufsgruppe in der Gesundheitsversorgung ausreichend übernommen wurden. Die Evaluationsergebnisse des Modellprojektes machen zum wiederholten Mal deutlich, dass präventive Gesundheitsaufgaben, die

auch die psychische Gesundheit bei älteren Menschen betreffen, nur unzureichend von Hausärztinnen und Hausärzten übernommen werden (können). Diese interprofessionelle Zusammenarbeit wurde auch in dem Modellprojekt als problematisch und insuffizient von den Beteiligten bewertet und als eine Barriere für die erfolgreiche Umsetzung des Programms beschrieben. Die längst überfällige Neuverteilung von Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen würde die verdeckten Potentiale der präventiven Hausbesuche heben. Damit könnte eine bereits bestehende und zukünftig größer werdende Lücke im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung (Stichwort Hausärzt:innenmangel) in NRW zumindest abgemildert werden.

Charakteristisch für Community Health Nursing sind auch der Sozialraum- und Populationsbezug. Das bedeutet, dass lokal oder regional definierte Bevölkerungsgruppen in den Blick genommen werden und im Idealfall in Zusammenarbeit mit dieser Bevölkerung und lokalen Akteuren Modelle und Strategien von Versorgungsangeboten entwickelt und etabliert werden, die Selbsthilfepotenziale nutzen und professionelle Angebote zugänglich machen, wo Selbsthilfe an Grenzen stößt. Die meisten Angebote im Modellprojekt wurden neu angestoßen, die Netzwerkarbeit als wichtigstes Mittel zur Sicherung einer notwendigen und bedarfsgerechten Vielfalt der Angebote deutlich beschrieben. Damit wird der Einbezug dieses Versorgungskonzepts der GemeindegeschwisterPlus zu einem wichtigen Bestandteil kommunaler Versorgungsplanung. Insofern liegt es nahe, dass sie auch über Kompetenzen und Verantwortungsbereiche verfügen sollten, die diesen Aufgaben gerecht werden.

Die Bezeichnung GemeindegeschwisterPlus steht für ein Versorgungsangebot. Die Bezeichnung einer Pflegefachperson als GemeindegeschwisterPlus passt nicht in das heutige weiterentwickelte Professionsbild der Pflegenden, so auch die im Evaluationsbericht befragten Pflegefachpersonen und Projektverantwortlichen. Das Plus suggeriert außerdem, dass es bereits ein ähnliches Angebot (Gemeindegeschwister) gibt, das um ein „Plus“ (präventive Hausbesuche) ergänzt wird, was irreführend ist. Dem Professionsverständnis entsprechend gehören die Handlungsfelder der Prävention und Gesundheitsversorgung zum Berufsbild von Pflegefachpersonen²; diese konnten bis jetzt aufgrund von Sektorengrenzen, sozialrechtlichen und finanziellen Fragen nicht ausgeübt werden. Insofern ist es ausdrücklich zu begrüßen, dass neue Versorgungsmodelle erprobt und implementiert werden können, allerdings sollten aber keine neuen, öffentlichkeitswirksamen und international nicht kompatiblen Berufsbezeichnungen unkritisch etabliert werden.

Die vielfältigen, mit unterschiedlicher Komplexität verbundenen Aufgaben der Pflegefachpersonen sollten im Rahmen der ambulanten Versorgung (community nursing) zukünftig mit einem Grade-Mix unterschiedlicher Qualifikationslevel an den Bedarfen der Gemeinde/des Quartiers ausgerichtet werden. Der Bericht hat nach meiner Auffassung zwei Veränderungsbereiche aufgezeigt, die für eine Transformation des Modells aus Rheinland-Pfalz nach NRW bedacht werden sollten. Zum einen ist 1) der Personalbedarf höher als im Projekt veranschlagt, auch wenn man nur die Anfragen der über 80-jährigen Menschen bedienen möchte, 2) die Besetzung des Angebots nur mit einer Person wird als eine Barriere für eine zeitnahe Betreuung gesehen, Teamarbeit ist erforderlich. Zum anderen werden Stellenanteile für Projektverantwortliche finanziert, die nach Aussagen der Befragten Verwaltungsaufgaben übernehmen und überwiegend von pflegefachfremden Fachpersonen besetzt sind. Diese Konstruktion wirft Schnittstellenfragen auf und fördert inhaltliche Brüche. Ausgehend

² Dies lässt sich an der Definition des internationalen Berufsverbands der Pflegenden (ICN) erkennen:

"Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the *promotion of health, prevention of illness*, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, *participation in shaping health policy and in patient and health systems management*, and education are also key nursing roles." (ICN, 2002) <https://www.icn.ch>; Übersetzung <https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/Definition-der-Pflege-ICN-deutsch.pdf>

vom Profil der akademisch ausgebildeten CHN, der auch einen Sozialraum- und Populationsbezug aufweist, wären die CHN perspektivisch die idealtypische Besetzung eines Teams im Sinne des Programms und könnten auch die verantwortliche Funktion (Umsetzungsverantwortung) für die kommunale Ausgestaltung des Programms übernehmen.

3. Pflegebedürftigkeit als Zugangsbarrieren zum Angebot überprüfen

Der Zugang zum Angebot der GemeindegeschwisterPlus ist durch die Altersgrenze (nicht unter 80 J.) und das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI begrenzt. Verfolgt man die Idee der Prävention konsequent weiter und stellt die Förderung und den Erhalt der Selbständigkeit in den Vordergrund, spricht nicht viel dagegen, auch die Gruppe der Menschen mit Pflegegrad 1 als Anspruchsgruppe einzubeziehen. Menschen mit Pflegegrad 1 sind ebenfalls eine wichtige Zielgruppe für präventive Maßnahmen, die für die Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit eine wichtige Rolle spielen. Zudem gilt: je jünger die Menschen sind, desto eher sind Gewohnheiten und Verhalten modifizierbar in Bezug auf Bewegung, Ernährung, Gesundheitsinformationen oder mentale Gesundheit, Teilhabe und Vermittlung von Alltagshilfe. Der Entlastungsbetrag von 1500 €/Jahr und die entsprechenden Leistungsangebote, in der Regel überwiegend hauswirtschaftlicher Natur, adressieren nur unzureichend die Bedarfe, die mit hoher Sicherheit durch die zugehende Beratung der GemeindegeschwisterPlus identifiziert würden. Diese Pflegeempfängergruppe macht um die 15 % aller Leistungsbezieher der sozialen Pflegeversicherung aus (Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Deshalb sollte für NRW geprüft werden, ob auch diese, bereits nach SGB XI als pflegebedürftig eingestuft Menschen, den Zugang zum Modellprojekt erhalten sollten.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass das Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke ausdrücklich alle Aktivitäten unterstützt, die die ungedeckten gesundheitsbezogenen Bedarfe von älteren Menschen in den Fokus nehmen und den ambulanten Sektor zukunftssicher gestalten. Es ist unbenommen, dass der Schwerpunkt der Gesundheitsprävention und -versorgung in der nahen Zukunft noch stärker im ambulanten Sektor liegen wird und dieser Sektor von besonderen Schnittstellenproblemen und leistungsrechtlichen Grenzen betroffen ist. Hinzu kommt eine verhaltene Attraktivität für Pflegefachpersonen und eine erwartbare niedrigste Akademisierungsquote unter den Pflegesettings (Hofrath et al 2024).

Das Projekt GemeindegeschwisterPlus hat eindrücklich gezeigt, dass in diesem Bereich Innovationspotentiale vorhanden sind, dass Bedarfe für präventive Hausbesuche existieren und die neue Struktur einen wichtigen Beitrag für Entwicklungsprozesse von bedarfsgerechten, kommunalen Angeboten leistet. Gleichzeitig ist es wichtig, aus Erfahrungen zu lernen und diese mit neuen Entwicklungen im Gesundheitssektor in Einklang zu bringen. Deshalb sollten in zukünftige Gesamtkonzepte noch stärker aktuelle Entwicklungen, z.B. in der Hochschulbildung, in Digital Health, oder zum Umgang mit klimabedingten Gesundheitsproblemen aufgenommen werden, um diese neuen Positionen attraktiv und zukunftsgerichtet zu gestalten. So bietet die Heilkundeübertragung und die Inklusion der Heilkundekompetenzen in das Hochschulstudium (Pflegestudiumstärkungsgesetz) eine bereits existierende Chance für die Erweiterung der tradierten Aufgabenzuteilungen im ambulanten Sektor.

Mit dem am Department für Pflegewissenschaft in den vergangenen Jahren entwickelten Masterstudiengang Community Health Nursing könnten zukünftige CHN für die präventiven Hausbesuche nach dem Vorbild von Rheinland-Pfalz ausgebildet werden. Mit den Plänen der aktuellen Regierung (Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz) könnte es gelingen, sowohl die notwendige Stärkung und Weiterentwicklung der professionellen Pflege voranzubringen, wie auch die ambulante

Gesundheitsversorgung neu zu gestalten. Als innovatives Department für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke unter dem Dach der Fakultät für Gesundheit haben wir bereits mit diesem Studiengang einen wichtigen ersten Schritt zur Neugestaltung unseres Gesundheitssystems leisten zu dürfen. Fehlende Rollenbilder, Arbeitsfelder und Finanzierung erschweren allerdings interessierten Pflegenden die Entscheidung für eine Qualifizierung in diesem Aufgabenfeld. Die Förderung von Studienplätzen, um die persönlichen Investmentrisiken für die Pionierinnen und Pioniere in diesem Entwicklungsfeld zu minimieren ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für eine möglichst rasche und flächendeckende Umsetzung des Community Health Nursing Konzeptes in Nordrhein-Westfalen.

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (2023). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Berlin.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_pv_bf.pdf
- Enquetekommission IV NRW (2022), Einsamkeit. Bekämpfung sozialer Isolation in Nordrhein-Westfalen und der daraus resultierenden physischen und psychischen Folgen auf die Gesundheit. Abschlussbericht der Enquetekommission IV. Landtagsdrucksache 17/16750. Düsseldorf https://www.landtag.nrw.de/files/live/sites/landtag-r20/files/Internet/I.A.1/EK/17_WP/EK%20IV/Landtag%20Bericht%20EK%20IV%20Einsamkeit%20BF.pdf
- Gebert, Anne, Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprojekt Gemeindegewestplus von Juli 2015 bis Dezember 2018. Köln und Vallendar.
https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Evaluationsbericht_END.pdf
- Hofrath, C., Meng, M., Dorin, L., (2024). Monitoring zur Umsetzung der Pflegeausbildungen. Ergebnisse der ersten Erhebungswelle 2022/2023 aus dem BIBB-Pflegepanel. Bonn 2024
 Online: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/19518>
- Huxhold, O., & Henning, G. (2023). The Risks of Experiencing Severe Loneliness Across Middle and Late Adulthood. The Journals of Gerontology: Series B, 2023 DOI: [10.1093/geronb/gbad099](https://doi.org/10.1093/geronb/gbad099).
- Huxhold, Oliver & Henning, Georg, Deutsches Zentrum für Altersfragen (2023). Älteren Menschen fällt es leichter, Einsamkeit zu vermeiden als sich aus bestehender Einsamkeit zu befreien. Berlin.
https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Publikationen/Huxhold_Henning_%C3%84ltere_Menschen_k%C3%B6nnen_es_gut_vermeiden_einsam_zu_werden.pdf
- Küppers, Katrin, Urbanski-Rini, Dominika & Püschner, Franziska (2023). Evaluation des Projekts „Gemeindegewestplus“. Ergebnisbericht. Hrsg.: GKV-Spitzenverband. Berlin.
https://mastd.rlp.de/fileadmin/06/04_Soziales/Soziales_Dokumente/Evaluationsbericht_Gemeindegewest_2023.pdf