

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
18/1476

A01



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

zum Thema:

„Endlich vom guten Beispiel lernen:
GemeindeschwesterPlus zur Bekämpfung von
Einsamkeit etablieren“

Antrag der Fraktion der SPD

- Drucksache 18/8129 -

Anhörung
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

am 08.05.2024

Vorbemerkung

Einsamkeit, soziale Isolation sowie der Rückgang sozialer Kontakte und Aktivitäten vor allem mit zunehmendem Lebensalter stellen eine wachsende Herausforderung für unsere Gesellschaft dar.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben in den letzten Jahren zunehmend erkannt, dass soziale Isolation und Vereinsamung ein ernsthaftes Gesundheitsrisiko darstellen. Daher bieten sie verschiedene Programme und Leistungen an, um diesem Problem entgegenzuwirken. Das Angebot erstreckt sich über Präventionsangebote und Präventionsförderung, über Gesundheitsförderungsmaßnahmen wie Sportgruppen oder Ernährungsberatung bis hin zur Unterstützung bei der Vermittlung von sozialen Diensten und Beratungsangeboten. Die im Antrag geforderte Bekämpfung von Einsamkeit und sozialer Isolation ist daher grundsätzlich unterstützenswert.

Das GemeindegeschwesterPlus-Modell in RLP

Die Ersatzkassen hatten bereits zu einem ähnlich lautenden Antrag aus dem Jahr 2021 Stellung genommen (vgl. Drs. 17/4819). Gegenüber dem damaligen Ansatz des GemeindegeschwesterPlus-Modells haben sich insbesondere die finanziellen Rahmenbedingungen geändert. Seit 2023 ist das Angebot GemeindegeschwesterPlus in Rheinland-Pfalz eingebettet in ein Landesprogramm. Das Angebot soll bis zum Jahr 2026 flächendeckend eingeführt und die Anzahl der Vollzeitkräfte auf 54 erhöht werden. Aktuell sind 70 Fachkräfte als GemeindegeschwesterPlus angestellt, dies entspricht 45 Vollzeitstellen (Stand November 2023). In der aktuellen Förderphase erfolgt die Finanzierung des Angebots ausschließlich aus Landesmitteln.

Die Erfahrungen aus dem GemeindegeschwesterPlus-Modell in Rheinland-Pfalz haben gezeigt, dass „die Umsetzung des Projektes in den Kommunen insgesamt gut gelingt und die GemeindegeschwesterPlus gut in die kommunalen Strukturen und Prozesse integriert wurden. [...] Als wichtiger Einflussfaktor für die Umsetzung wurden sowohl durch die GS+ als auch durch die kommunalen Projektverantwortlichen die örtlichen und zum Teil schon bestehenden Netzwerke und Strukturen genannt.“¹

¹ Vgl.: Küppers, K., Urbanski-Rini, D., Püschner, F. (2023). Evaluation des Projekts „Gemeindegeschwester Plus“ Ergebnisbericht. Hrsg.: GKV-Spitzenverband. Berlin.

Die Evaluation des GemeindegeschwesterPlus-Modells in RLP hat auch gezeigt, dass sich das Angebot zunehmend weg von einem versorgerisch-pflegerischen hin zu einem sozialen verschoben hat. Es wäre daher aus Sicht der Ersatzkassen folgerichtig, den politischen Umsetzungswillen vorausgesetzt, ein Programm aus Landesmitteln aufzubauen, an das, wo immer möglich, präventive und versorgerisch-pflegerische Angebote, unter anderem auch der Kranken- und Pflegekassen, angedockt werden sollten.

Verknüpfung mit Pflegestützpunkten nicht zielführend

Der Antrag fordert, das GemeindegeschwesterPlus-Modell im Rahmen einer übergeordneten Demografie- sowie Präventionsstrategie als ersten Schritt in Modellkommunen und in Zusammenarbeit mit den landesweiten Pflegestützpunkten in allen Regierungsbezirken in NRW zu erproben. Aus Sicht der Ersatzkassen wäre die Verknüpfung des GemeindegeschwesterPlus-Angebots mit den regionalen Pflegestützpunkten in NRW nicht zielführend. Nach der in 2009 zwischen Land, Kommunen und Pflegekassen erfolgten Entwicklung der Rahmenbedingungen für die Bildung von Pflegestützpunkten wurden zwar in vielen Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen Pflegestützpunkte geschaffen. Nach der Logik der Rahmenregelungen war ihre Einrichtung von der Zustimmung zur Beteiligung seitens der Kommune abhängig. Ihre Zahl nahm in den Folgejahren nach entsprechenden kommunalen Entscheidungen ab. Parallel haben die Pflegekassen in den letzten Jahren ihre Beratungsangebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sowohl quantitativ als auch qualitativ kontinuierlich ausgebaut. Gleiches gilt auch für die gemeinsam mit dem Land getragenen Beratungsangebote, wie beispielsweise den „Pflegewegweiser NRW“, durch den sich Interessierte, Betroffene und Angehörige umfassend über Beratungsangebote informieren können.

Die Anbindung dieser Angebote könnte einen Mehrwert für das GemeindegeschwesterPlus-Modell bedeuten. Gleichzeitig zeigt die Evaluation des Modells aus RLP eine deutliche Verschiebung des Angebots in den Bereich sozialer Fürsorge, weshalb eine Verortung bei den Sozialbehörden der Kommunen sinnvoller erscheint. Für eine konkrete Verortung wäre aber sicherlich die kommunale Expertise einzubinden.

GKV-Präventionsangebote zielgerichtet einbinden

Der Antrag fordert die Förderung und Entlastung der Kommunen bei den demografischen Herausforderungen im Hinblick auf soziale Teilhabe, Prävention und Einsamkeit von älteren Menschen durch GemeindegewestPlus-Modellprojekte. Die Zielsetzung, durch Präventionsangebote die soziale Teilhabe zu stärken und Einsamkeit insbesondere, aber nicht ausschließlich bei älteren Menschen zu verringern, teilen die Ersatzkassen. Im Rahmen der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Land Nordrhein-Westfalen (LRV NRW) fördert die GKV in NRW Kommunen dabei, sich für Gesundheitsförderung und Prävention zu engagieren. Ziel ist die Stärkung gesundheitsbezogener Kompetenzen und die Schaffung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Schwer erreichbare Zielgruppen und Menschen in belasteten Lebenslagen stehen besonders im Fokus. So wurde zum Beispiel in Gelsenkirchen mit dem Projekt BEWEGT plus: die Partizipative Gestaltung eines bewegungsfreundlichen Quartiers und bewegungsfördernder Angebote gefördert. Zielgruppe sind Ältere ab 50 Jahren mit einem expliziten Fokus auf benachteiligte Ältere. Einen ähnlichen Ansatz verfolgt das Projekt „Gesund in Breckerfeld“, bei dem eine Koordination für Gesundheitsförderung in der kreisangehörigen Stadt Breckerfeld eingerichtet wurde, die insbesondere für die Zielgruppe der älteren Bürgerinnen und Bürger der Stadt gesundheitsförderliche Strukturen und Angebote aufbauen und koordinieren soll.

https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/kgc/foerderung/antragstellung_n_betr/gefoerd_proj/index.html

Bei allen Präventionsprojekten, die von den gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des Präventionsgesetzes gefördert werden, handelt es sich jedoch ausschließlich um eine Anschubfinanzierung. Ziel ist es, dass die Kommunen die Gesundheitsförderung und Prävention auch als ihre Aufgabe im Eigenbetrieb annehmen und als einen dauerhaften Prozess nachhaltig gestalten. Ein mögliches Landesprogramm GemeindegewestPlus erscheint durchaus geeignet, die Präventionsangebote der Krankenkassen einzubinden und von Einsamkeit und sozialer Isolation Betroffene an die bestehenden Präventionsangebote heranzuführen. Strukturen und Rahmenbedingungen stünden hierfür zur Verfügung.

Finanzierung aus Landesmitteln sachgerecht

Da, wie bereits ausgeführt, die Krankenkassen im Rahmen der Präventionsförderung nur eine Anschubfinanzierung leisten können, wäre die Finanzierung eines möglichen Angebots GemeindeschwesterPlus in NRW nach Einschätzung der Ersatzkassen aus Landesmitteln notwendig. Eine Finanzierungsbeteiligung der Krankenkassen ist im gewählten Ansatz nicht möglich. Die Finanzierungsabgrenzung im Antrag trägt dieser Logik Rechnung, was ausdrücklich begrüßt wird.

Ärztliche Versorgung einbinden

Auch wenn die im Antrag geforderten Maßnahmen in erster Linie die soziale Integration und Teilhabe in den Fokus nehmen, sind die Ersatzkassen der Ansicht, dass es auch einer medizinisch-versorgerischen Anbindung bedarf. In der Diskussion um den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) war ursprünglich die Idee zum Aufbau sogenannter Primärversorgungszentren aufgekommen. So sollte in Regionen mit drohender oder bestehender Unterversorgung ein zentrales Leistungsangebot geschaffen werden, das auf der hausärztlichen Versorgung aufbaut. Kooperationen mit Kommunen waren vorgesehen. Ebenso sollte die Kooperation mit Fachärzt:innen und nichtärztlichen Leistungserbringenden gewährleistet werden. Das Konzept der Primärversorgungszentren enthielt aus Sicht der Ersatzkassen interessante und ausbaufähige Aspekte. Die Regelungen sind zum Bedauern der Ersatzkassen im aktuell vorliegenden Referentenentwurf nicht länger enthalten. Die Ersatzkassen weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine bessere Vernetzung bei Versorgungsproblemen positiv wirken würde. Die Ersatzkassen verfolgen deshalb das Konzept der Regionalen Gesundheitszentren (RGZ), das demselben Ziel dient, hierzu jedoch konkrete, bedarfsgerechte Strukturvorgaben vorsieht.

Die Verknüpfung eines RGZ mit dem Angebot einer GemeindeschwesterPlus in einer Region böte positive Anknüpfungspunkte. So könnte neben der sozialen Interaktion und Teilhabe älterer Menschen auch die medizinische Versorgung verbessert werden, die wiederum die Möglichkeit für den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit unterstützen würde. Der Versorgungsauftrag hierfür liegt primär bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Einbeziehung des

ambulanten ärztlichen Bereichs ist daher aus Sicht der Ersatzkassen notwendig. Ebenso könnten Ärztenetze vor Ort einen wesentlichen Beitrag zum GemeindeschwesterPlus-Modell leisten.

Fazit

Der soziale und demografische Wandel und die Gesellschaft des langen Lebens stellen Herausforderungen für die Kommunen sowie für die GKV bei der Versorgung dar. Zunehmend begrenzte ärztliche und pflegerische Ressourcen in der Gesundheitsversorgung zwingen hier, vorausschauend zu denken und zu handeln.

Die Lebenssituation von Menschen im Alter zu berücksichtigen, ihre Gesundheit zu stärken und ihre Lebensqualität sowie ihre Selbständigkeit so lange wie möglich zu erhalten, stellen aus Sicht der Ersatzkassen wesentliche gesundheitspolitische Ziele dar. Die Angebote, die diese Ziele verfolgen, müssen zudem wohnortnah sein und einen niedrighschwelligen Zugang haben, damit sie angenommen werden.

Angesichts dieser versorgungsrelevanten Fragestellungen rücken inzwischen regionale Konzepte in den Mittelpunkt, die den Aufbau umfassender, innovativer Strukturen zum Ziel haben. Auch Beratungsangebote, wie das der GemeindeschwesterPlus, können integriert und die Aufgaben aufeinander abgestimmt werden. Regionale Gesundheitszentren, in denen auch die Kommunen eingebunden sein sollen, benötigen aber eine klare Finanzierungsstruktur, in der die Sozialleistungen von den Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung abgegrenzt werden.

Der Aufbau eines GemeindeschwesterPlus-Angebots zur Unterstützung der Kommunen bei der Bekämpfung und Bewältigung von Einsamkeit, sozialer Isolation und Förderung sozialer Teilhabe älterer Menschen erscheint sachgerecht. Da es sich um ein Angebot zur sozialen Teilhabe handeln würde, wäre die Finanzierung aus Landesmitteln sicherzustellen. Die Entscheidung für oder wider die Einführung eines GemeindeschwesterPlus-Modells in NRW dürfte aus unserer Sicht auch aus haushalterischen Gesichtspunkten politisch zu bewerten sein.

Der Modellansatz kann eine Vielzahl an Synergien zu Präventionsangeboten der GKV in NRW bieten. Sollte es zur Umsetzung der GemeindeschwesterPlus kommen, sollten die bereits bestehenden Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenkassen daher angebunden werden, um positive Effekte zu nutzen.