



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

51. Sitzung (öffentlich)

8. Mai 2024

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:01 Uhr bis 11:13 Uhr

Vorsitz: Josef Neumann (SPD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkt:

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

3

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/8129

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

* * *

Endlich vom guten Beispiel lernen: GemeindegeschwisterPlus zur Bekämpfung von Einsamkeit etablieren

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/8129

– Anhörung von Sachverständigen (*s. Anlage*)

Vorsitzender Josef Neumann: Einen wunderschönen guten Morgen, meine sehr geehrten Damen und Herren. Herzlich willkommen hier im Landtag von Nordrhein-Westfalen. Ich begrüße alle Ausschussmitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales sehr herzlich zur heutigen Anhörung von Sachverständigen. Ich begrüße die Vertreterinnen und Vertreter der Medien, die Sitzungsdokumentation, alle Zuschauerinnen und Zuschauer und ganz besonders die Damen und Herren, die wir als Sachverständige anhören werden.

Ich mache darauf aufmerksam, dass diese Anhörung live gestreamt und aufgezeichnet werden. Mit Ihrer Teilnahme erklären Sie sich damit einverstanden.

Die Einladung mit der heutigen Tagesordnung E 18/775 ist Ihnen zugegangen – ich sehe keinen Widerspruch.

Der Antrag der Fraktion der SPD mit der Drucksache 18/8129 wurde vom Plenum zur alleinigen Beratung an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales überwiesen.

Die Damen und Herren Sachverständigen im Saal begrüße ich sehr herzlich. Zugeschaltet ist uns Frau Professor Halek von der Universität Witten/Herdecke.

Ich bedanke mich im Namen des Ausschusses, dass Sie heute für die Beantwortung von Fragen zur Verfügung stehen. Vielen Dank auch für die vorab eingereichten Stellungnahmen. Diese liegen vorne am Saaleingang aus.

Ein mündliches Vorabstatement der Sachverständigen zu Beginn der Anhörung ist nicht vorgesehen. Die Abgeordneten werden ihre Fragen direkt an Sie richten. Wir sammeln die Fragen der Fraktionen zunächst in einer Runde. Ich möchte die Sachverständigen dann bitten, die an sie gerichteten Fragen zu beantworten.

Ich möchte Sie bitten, die Meinungen der anderen Sachverständigen zu respektieren und diese nicht zu kommentieren. Wir führen die Anhörung gerade aus dem Grunde durch, um uns vielfältige Einschätzungen anzuhören. Eine Auswertung der heutigen Sitzung erfolgt dann erst in einer der nächsten Sitzungen.

Die CDU-Fraktion ist noch nicht anwesend; sie wird dann spätestens in der zweiten Fragerunde ihre Fragen stellen. Es gibt die ersten Wortmeldungen, und ich bitte um die Fragen.

Lena Teschlade (SPD): Vielen Dank für die Einreichung Ihrer Stellungnahmen und dass Sie heute hier im Landtag sind, um uns Rede und Antwort zu stehen.

Meine ersten Fragen gehen an Frau Professor Dr. Bücken. Sie beschreiben in Ihrer Stellungnahme, dass das Projekt „GemeindeschwesterPlus“ einen wirkungsvollen Beitrag zur Bekämpfung von Einsamkeit leisten kann. Inwieweit kann das GemeindeschwesterPlus-Projekt gegen Einsamkeit und die damit verbundenen Folgen helfen?

Sie sprechen sich dafür aus, dass mit Modellen wie GemeindeschwesterPlus auch weitere vulnerable Gruppen wie beispielsweise Menschen, die in Armut leben, erreicht werden sollten. Wie können vulnerablen Gruppen besser für Maßnahmen wie GemeindeschwesterPlus erreicht werden?

Dennis Sonne (GRÜNE): Vielen Dank für die schriftlichen Stellungnahmen und auch für Ihr heutiges Erscheinen, ob am Bildschirm oder persönlich. Ich habe zwei Fragen an die Vorsitzende der Pflegekammer NRW, Frau Postel.

Könnten Sie das Gesamtkonzept „zukunftsfähige Primärversorgung NRW 2030“ ein bisschen näher erläutern? Und aus welchem Grund ist die Akademisierung der Pflege aus Ihrer Sicht so wichtig?

Susanne Schneider (FDP): Auch im Namen der FDP-Landtagsfraktion ganz herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen und dass Sie uns heute hier im Landtag ein bisschen schlauer machen wollen.

Meine erste Frage geht an Frau Postel von der Pflegekammer und an Frau Professorin Halek. Wo sehen Sie die Grenzen des Projekts „GemeindeschwesterPlus“ und die Vorteile eines umfassenderen Ansatzes wie zum Beispiel Community Health Nursing?

Inwiefern sind Qualifikationen und Kompetenzen der beim Projekt in Rheinland-Pfalz eingesetzten Pflegekräfte aus Ihrer Sicht nicht ausreichend und deswegen akademisch ausgebildete Kräfte nötig?

Dann habe ich noch eine Frage an Herrn Ruiss von vdek. Sie kritisieren in Ihrer Stellungnahme die Verknüpfung des GemeindeschwesterPlus-Angebots mit den regionalen Pflegestützpunkten. Können Sie das bitte erläutern? Inwiefern könnten mit dem GemeindeschwesterPlus-Angebot auch Doppelstrukturen zu bestehenden Beratungs- und Versorgungsangeboten entstehen?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Auch ich darf mich zunächst einmal für die eingegangenen Stellungnahmen und für die Möglichkeit der Rückfrage heute bedanken.

Ich habe einige Fragen, zunächst einmal an Frau Postel. Sie erwähnen in Ihrer schriftlichen Stellungnahme einige Modellprojekte, zum Beispiel „Hand in Hand“ oder „FAMOUS“. Vielleicht könnten Sie noch einmal ausführen, was deren Gegenstand ist bzw. welcher Ausblick sich daraus ergibt. Sie machen sich in Ihrer Stellungnahme auch für eine Absenkung des Alters stark, um vielleicht schon präventiv wirken zu können. Können Sie auch das noch einmal ausführen, welche Vorteile das mit sich bringt?

Dann habe ich eine Frage an Frau Professorin Bücken. Die GemeindeschwesterPlus wird wahrgenommen als etwas, an das sich eher ältere Menschen wenden. Wir haben unter anderem in der Enquete-Kommission zwei Jahre lang zusammengearbeitet. Sie

haben uns dort zur Kenntnis gegeben, dass Einsamkeit ein komplexes Problem in verschiedenen Altersklassen ist. Inwieweit ist das Modell der GemeindegeschwesterPlus diesbezüglich limitiert? Müssten sich vielleicht noch andere Projekte additiv dazugesellen?

Vorsitzender Josef Neumann: Weitere Fragen sehe ich nicht. – Dann schlage ich vor, wir fangen mit Frau Postel und der Pflegekammer an.

Sandra Postel (Pflegekammer Nordrhein-Westfalen): Vielen Dank auch für die guten Fragen. Herr Sonne, ich glaube, wir können das genauso mit diesem Gesamtkonzept, das uns besonders wichtig ist, bearbeiten. Das Gesamtkonzept inkludiert viele Aspekte, gerade auch den Aspekt der Akademisierung, aber auch den Aspekt der Gestaltung des Gesamthandlungsfeldes, in dem – Frau Schneider, vollkommen richtig – auch Grenzen bei dem bestehenden Projekt aufgeführt werden.

Ich halte das GemeindegeschwesterPlus-Projekt für ein sehr gutes Projekt. Es ist in Rheinland-Pfalz hervorragend angelaufen bzw. durchgeführt worden. Es zeigt, wie wichtig es ist, in Einzelprojekten Mosaikbausteine näher zu betrachten. Aber dabei dürfen wir nicht aus dem Blick verlieren, dass wir dringend aus der „Projektitis“ herausmüssen, in der wir immer wieder Einzelthemen aufgreifen und damit Kleinstevaluationen durchzuführen. Diese können teilweise auch schnell ausgehebelt werden, wenn man fragt, ob diese wirklich wissenschaftlich ausreichend evaluiert worden sind.

Wir brauchen dringend mehr Geld für die Pflegewissenschaft und Pflegeforschung, weil genau in diesem Bereich noch Erkenntnisgewinn auch in der Tiefe notwendig ist. Ansonsten wissen wir sehr genau, was wir in der Praxis brauchen und wo die Schwierigkeiten liegen, nämlich eine Gesamtversorgung zu sichern. Dies beginnt mit der Prävention. Aber jetzt, in der Phase des demografischen Wandels, müssen wir darüber hinaus auch in Intervention, Unterstützung und zu guter Letzt in Kompensation denken.

Daher rührt auch der Aspekt der Absenkung des Alters, weil das Problem nicht ab einem Zeitpunkt X beginnt, sondern wir schon sehr viel früher in die präventive Praxis hineingehen müssen.

Zur Akademisierung: Pflege ist ein Super-Beruf, gerade weil er alle möglichen Durchgangsmöglichkeiten bietet. Wir haben sehr gute Möglichkeiten, uns weiter zu entwickeln. Aber sehen wir den Tatsachen ins Auge: 1 % – vielleicht ist es jetzt ein bisschen mehr – ist in der direkten pflegerischen Versorgung akademisiert. Es geht nicht darum zu sagen, jeder in der Pflege müsse akademisiert sein, aber wir müssen anerkennen, dass wir in hochkomplexen Situationen Pflege sichern, was mit dem frühen Erkennen von Pflegebedürftigkeit oder potentieller Bedürftigkeit einhergeht. Da setzen die GemeindegeschwesterPlus und der präventive Hausbesuch an.

Deswegen auch der Hinweis auf Projekte wie „Hand in Hand“ oder „FAMOUS“. Bei FAMOUS arbeiten angestellte Pflegefachpersonen bei Ärzt*innen mit und übernehmen Aufgaben im klassischen Delegationsprinzip. Da ist meines Erachtens der Innovationsgrad geringer als bei der Möglichkeit, als Pflegefachperson selber in Abrechnungsmöglichkeiten zu kommen und selbstverantwortlich Pflege durchzuführen.

An der Stelle scheitert das Delegationsprinzip. Wenn wir Pflegende in Haushalte schicken und feststellen, was dort getan werden muss, dann weiß der Arzt in den wenigsten Situationen, was er wirklich delegieren muss. Ich habe mir das gerade aus dem Projekt „Hand in Hand“ berichten lassen. Ich war dort vor Ort und hätte am liebsten selber dort angefangen. Das ist ein tolles Projekt. Aber dort stellen wir auch fest, dass es nicht so läuft, dass der Arzt hoheitlich sagt: „Gehe einmal dorthin und messe den Blutdruck!“ Vielmehr sagt er: „Gehe einmal dahin, die hält, glaube ich, Hühner im Schrank. Wir müssen einmal schauen, was da vor Ort stattfindet.“

Dann gehen Sie dahin und stellen fest, dass die Person ein Ulcus cruris oder wirtschaftliche, soziale oder psychische Probleme hat. Deswegen brauchen wir einen klaren prozessualen Pflegevorbehalt, und der ist allein im Delegationsprinzip oder im Substitutionsprinzip nicht umsetzbar.

Ich hoffe, dass ich die meisten Fragen habe beantworten können.

Prof.'in Dr. Susanne Bücker (Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit): Herzlichen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, heute hier Stellung zu nehmen. Ich beginne mit den Fragen von Frau Teschlade.

Inwieweit kann dieses GemeindegeschwesterPlus-Angebot gegen Einsamkeit und die damit assoziierten Konsequenzen helfen? – Nun richtet sich dieses GemeindegeschwesterPlus-Angebot vor allen Dingen an hochaltrige Personen. Diese Gruppe ist einem besonders hohen Einsamkeitsrisiko ausgesetzt. Besonders bei denjenigen, die über 80 Jahre alt sind, steigt das Einsamkeitsrisiko ganz erheblich an.

Wenn wir auf die Prävalenzzahlen schauen, dann sind bei den 80- bis 84-Jährigen etwa 8,7 % von chronischer Einsamkeit betroffen. Sie geben an, dass sie sich die meiste Zeit über einsam fühlen. Wenn wir in der Lebensspanne nur ein paar Jahre weitergehen und die 85- bis 89-Jährigen betrachten, dann sind es bereits 22 %, die angeben, dass sie sich meistens einsam fühlen. Das ist eine sehr hohe Zahl, besonders wenn wir bedenken, dass chronische Einsamkeit gravierende gesundheitliche Konsequenzen hat, sowohl für die körperliche Gesundheit – Einsamkeit erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, demenzielle Erkrankungen – als auch für die psychische Gesundheit, etwa Angststörungen oder Depressionen.

Das GemeindegeschwesterPlus-Angebot ist ein zunächst einmal aufsuchendes Unterstützungsangebot für hochaltrige Menschen. Es kommt also jemand nach Hause und bespricht die persönlichen, individuellen Bedarfe im Bereich der sozialen Gesundheit. Damit stellt die GemeindegeschwesterPlus-Fachkraft eine erste Möglichkeit dar, positive Beziehungserfahrungen zu machen.

Das ist besonders dann wichtig, wenn hochaltrige Menschen kaum noch familiäre Unterstützung haben. In unserer heutigen Gesellschaft leben Familien geografisch sehr weit verteilt, und viele hochaltrige Menschen haben schlichtweg niemanden aus dem familiären Umfeld, der sich um sie kümmert.

Besonders betroffen von Einsamkeit sind diejenigen, die in Pflege- und Senioreneinrichtungen vollstationär versorgt werden müssen. Hier sind es sogar 35 %, die sich chronisch einsam fühlen. Wenn wir in den Privathaushalt schauen, sind es nur etwa

9,5 %. Daraus können wir durchaus ableiten, dass ein längeres gesundes Leben und Altern im privathäuslichen Umfeld auch einen Schutzfaktor vor chronischer Einsamkeit und den damit assoziierten gesundheitlichen Folgen darstellt.

Das GemeindegewestPlus-Angebot möchte ein längeres, selbstbestimmtes Leben im häuslichen Umfeld ermöglichen, bei dem nicht auf soziale Beziehungen verzichtet werden muss. Hier soll dieser GemeindegewestPlus-Fachkraft so wie in Rheinland-Pfalz auch neue Angebote und Initiativen gegen Einsamkeit schaffen.

Sie unterstützt also nicht nur die einzelne Person dabei herauszufinden, welche sozialen Bedürfnisse nicht ausreichend befriedigt werden, sondern sie schafft auch neue Angebote in der Kommune, in der Gemeinde, die soziale Beziehungen stärken und vor sozialer Isolation und Einsamkeit schützen sollen.

Damit basiert dieses Angebot auf mehreren Säulen. Damit wird der/die Betroffene direkt bei der Organisation des Alltags unterstützt, aber auch dabei, zu bereits in der Umgebung existierenden Angeboten hinzukommen. Gleichzeitig soll diese Pflegefachkraft diagnostizieren, welche Angebote in der Gemeinde, in der Kommune bereits existieren, die gegen Einsamkeit helfen und die präventiv wirken können. Wenn hier Lücken erkannt werden, soll sie versuchen diese zu schließen und Angebote der nachgefragten Art zu initiieren.

Das ist eine ziemlich komplexe Tätigkeit und auch ein breites Tätigkeitsumfeld. Ich selbst komme nicht aus der Pflege, aber ich könnte mir vorstellen, dass dieses Aufgabenspektrum auch ein bisschen abweicht von dem, was in der traditionellen Pflege üblicherweise getan wird.

Nichtsdestotrotz ist es eine Initiative, die sehr vielschichtig gegen Einsamkeit helfen soll. Das GemeindegewestPlus-Angebot kann auf unterschiedlichen Wegen gegen Einsamkeit helfen, indem es ein längeres Leben im privathäuslichen Umfeld ermöglicht, in dem es Angebote initiiert, die positive Beziehungserfahrungen ermöglichen.

Ein großes Thema bei der Bekämpfung von Einsamkeit sind Gruppen, die unter den Hochaltrigen ein erhöhtes Risiko für Einsamkeit aufweisen. Ich habe bereits ausgeführt, dass das hohe Lebensalter per se schon ein gewisser Risikofaktor ist. Aber es gibt im höheren Lebensalter noch besonders vulnerable, von Einsamkeit bedrohte Gruppen. Frau Teschlade hat bereits die Gruppen mit niedrigem Einkommen und von Armut betroffene Menschen angesprochen. Darüber hinaus sind es Personen, die eine Behinderung und deshalb erschwerte Teilhabebedingungen haben oder die aufgrund von psychischen Störungen Schwierigkeiten haben, auf andere Menschen zuzugehen.

Es ist eine enorm große Herausforderung, diese Personen dazu zu motivieren, an solchen Angeboten teilzuhaben. Häufig entspricht es nicht unbedingt ihrer Persönlichkeit oder ihren gewohnten Aktivitäten, proaktiv auf andere Menschen zuzugehen. Hier soll die GemeindegewestPlus-Fachkraft auch sehr individuell und sensibel herausfinden, welche Angebote diesen Personen helfen.

Nun müssen die hochaltrigen Menschen erst einmal darauf aufmerksam werden, dass es dieses GemeindegewestPlus-Angebot überhaupt gibt. Das hat sich auch in Rheinland-Pfalz als gar nicht so leichte Aufgabe herausgestellt. Mein Vorschlag hierzu

wäre, Bürgerinnen und Bürger ab einem gewissen Alter – 70-Jährige, vielleicht sogar noch ein wenig früher – anzusprechen, zum Beispiel postalisch von den Kommunen, die wissen, wie alt die Menschen in ihrer Gemeinde sind, um diese darüber zu informieren, dass es ein solches Angebot gibt und dass es sehr niederschwellig ausprobiert werden kann. Vielleicht könnte auch im Rahmen von Stadtfesten oder ähnlichen Aktionen das Angebot stärker beworben werden mit Ständen oder Ähnlichem, an denen man in den Kontakt mit Personen kommen kann, die diese Tätigkeit ausüben.

Zu der Frage, ob nicht auch andere Altersgruppen von Einsamkeit betroffen sind: Das ist natürlich so. Einsamkeit ist ein Thema, das sich über die gesamte Lebensspanne hinweg strecken kann. Menschen unterschiedlicher Altersgruppen können von Einsamkeit betroffen sein. Die hochaltrige Gruppe ist diejenige Gruppe, die von dem GemeindegewestPlus-Angebot am ehesten profitieren soll. Andere Altersgruppen, die ähnlich hohe Einsamkeitsprävalenzen zeigen, sind junge Erwachsene und im zunehmenden Maße auch Jugendliche – gerade nach der Covid-19-Pandemie.

Selbstverständlich braucht es auch für diese Gruppen alternativ ergänzende, additive Angebote. Das ist aber keine Altersgruppe, die von der GemeindegewestPlus gut adressierbar ist.

Vor dem Hintergrund der Einsamkeitsprävention sagte ich bereits, dass es durchaus sinnvoll wäre, das Alter, ab dem man von dem GemeindegewestPlus-Angebot profitieren darf, auf etwa 70 Jahre herabsetzen sollte; ich fände auch 65 Jahre in Ordnung. Das hohe Lebensalter ist eine heterogene Lebensphase und Menschen mit oder ab 65 empfinden sich häufig noch gar nicht als alt genug, um ein solches Angebot überhaupt nutzen zu wollen.

Aber es wäre sehr sinnvoll, auch schon jüngere Altersgruppen beim Thema „Einsamkeit“ mit in den Blick zu nehmen, denn wer es im jungen oder mittleren Erwachsenenalter nicht schafft, stabile soziale Beziehungen aufzubauen, der wird im hohen Lebensalter sehr wahrscheinlich große Schwierigkeiten haben, auch wenn er oder sie im mittleren Erwachsenenalter noch denkt, er oder sie komme auch ganz gut alleine zurecht.

Die empirische Lage ist hier ziemlich klar: Wer im jungen und im mittleren Erwachsenenalter sozial isoliert lebt, hat ein erhöhtes Risiko für diverse Erkrankungen im höheren Lebensalter. Deswegen wäre es durchaus wichtig, Angebote in anderen Altersgruppen zu stärken.

Das sehe ich aber als ein additives, ergänzendes Modul. Das sollte nicht die GemeindegewestPlus tun. Hier wäre es sicherlich sinnvoll, in einem anderen Rahmen noch einmal über andere Angebote nachzudenken.

Grundsätzlich ist es erst einmal sehr zu befürworten, dass für die hochaltrige Menschen mit dem GemeindegewestPlus-Angebot etwas gegen Einsamkeit getan wird.

Prof.'in Dr. Margareta Halek (Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit [per Video zugeschaltet]): Guten Tag. Zur Frage, wo die Grenzen des Projektes sind und was die Vorteile und Möglichkeiten einer Community-Health-Nurse-Rolle für diese Fragestellung sind, wurde schon einiges von meinen Vorrednerinnen gesagt. Ich würde gerne den Aspekt des Populationsbezuges betonen.

In dem GemeindegeschwesterPlus-Projekt wurde eindrücklich gezeigt, dass sich das Aufgabenspektrum zwischen hochindividueller Betrachtung der Situation vor Ort bzw. zu Hause und einem Blick in das kommunale, regionale Gemeindegewerbe bewegt. Es geht um die Verbindung der Bedarfe, die sich aus dieser individuellen Situation ergeben, mit den Möglichkeiten und Chancen, die eine Kommune oder eine Gemeinde anbieten kann. Das ist ein Aufgabenspektrum, das von der traditionellen generalistischen Pflegeausbildung so nicht abgedeckt ist.

Insofern bedarf es diesbezüglich anderer Kompetenzen, und es wurde in dem Projekt von den Beteiligten auch ausgesprochen, dass sie mehr Kompetenzen im Projektaufbau, im Case Management, im Netzwerkaufbau benötigen. Das sind Kompetenzen, die aus meiner Sicht vor allem akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen bieten.

Zweitens geht es hier um Situationen, für die es keine Standards gibt. Es betrifft komplexe bis hochkomplexe Pflegesituationen, die instabil sind und die die Vielfalt der Lebenswelt betrachten. Auch dafür werden Fähigkeiten und Kompetenzen benötigt, über die Pflegenden auf akademischem Niveau verfügen sollten. Sie lernen auch, diese Vielfalt miteinander in Verbindung zu bringen. Deshalb braucht es die akademische Ausbildung. Community Health Nursing, das wir als internationales Konzept kennengelernt haben, entspricht genau diesen Aufgaben und Kompetenzbereichen. Das sind die Vorteile, die wir mit dieser Art der Ausbildung bringen könnten.

GemeindegeschwesterPlus legt den Fokus auf die Einsamkeit. Das ist auch ein sehr relevantes Thema, aber es ist durch die Art der Projektsetzung auch vorformuliert. Die Berichte aus der GemeindegeschwesterPlus-Tätigkeit zeigten aber, dass die Probleme sehr vielfältig sind und dass wir, wenn wir uns nur auf ein Phänomen konzentrieren würden, viele Möglichkeiten vertun, um im Bereich der Prävention und der Verzögerung der Pflegebedürftigkeit rechtzeitig etwas zu bewegen. Man sollte also das Themenspektrum erweitern.

Der Anlass kann vielleicht das Risiko für Einsamkeit sein, aber insgesamt sind die Themenbereiche viel breiter: Gesundheitsinformationen, Beratungsbedarfe zu vielfältigen Themen wie medizinischen Aspekten oder Bewegungsaspekten. Das ist viel mehr als nur Einsamkeit. Hier stellt sich die Frage, ob das die Ursache oder die Konsequenz von Einsamkeit ist.

Wenn man den Zugang zu diesen vulnerablen Personen bekommt, dann wäre es sehr schade, wenn man sich nur auf bestimmte Themen konzentrieren würde und nicht das gesamte Spektrum, über das eine Pflegefachperson verfügt, nutzen kann.

Insofern würde ich dafür plädieren, den Blick zu erweitern und sich insgesamt anzuschauen, wie man Pflegebedürftigkeit verhindern oder verzögern kann.

Dirk Ruiss (Verband der Ersatzkassen [vdek], Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit zur Stellungnahme. Zur möglichen Anbindung der GemeindegeschwesterPlus an die Pflegestützpunkte: Das Aufgabengebiet einer GemeindegeschwesterPlus kann von einem sozialräumlichen Ansatz bis hin zu pflegerischen Aspekten gehen. Wie man ein solches Landesprogramm, was wir

unterstützen, weil es sachgerecht ist, dies in den Blick zu nehmen, operativ anbindet, darauf bezieht sich unsere Kritik.

Wie auch immer ein GemeindegeschwisterPlus-Modell inhaltlich ausgestaltet wird, muss es zu einem Transfer in andere Strukturen, Angebote kommen. Die Prävention oder auch die medizinische Versorgung sind hier genannt. An dieser Nahtstelle wird es pragmatisch darum gehen, wie man es schafft, einen Modellansatz X an die anderen Akteure weiter zu bringen. An diesem Punkt setzt unsere Stellungnahme an.

Wir glauben, dass die Pflegestützpunkte in NRW hierfür einfach nicht der richtige Ort sind. Diese haben hier einen komplett anderen Stellenwert als in Rheinland-Pfalz. In Rheinland-Pfalz haben sie einen sehr hohen Stellenwert; in NRW – das haben wir in verschiedenen Anhörungen auch schon deutlich gemacht – sind die nicht so richtig zum Fliegen gekommen. Das muss man realpolitisch zur Kenntnis nehmen.

Die Pflegestützpunkte in Nordrhein-Westfalen sind sehr heterogen ausgestattet und aufgestellt. Sie sind teilweise in kommunaler, teilweise in Kassenverantwortung. Das ergibt sehr differenziertes Bild, und von daher taugen sie nicht als Nukleus der Anbindung einer GemeindegeschwisterPlus. Dafür müsste man sich andere Strukturen ausdenken, die Doppelstrukturen vermeiden.

Ich kann die Frage, wo man es besser macht, insofern nicht abschließend beantworten, glaube aber, dass es sehr zielgerichtet und sinnvoll wäre, dies in der kommunalen Verantwortung und Hoheit zu machen, beispielsweise wie den öffentlichen Gesundheitsdienst oder die Sozialämter. Ich bin diesbezüglich kein Experte, deswegen will ich mir auch nicht anmaßen, der kommunalen Familie hierfür eine Empfehlung zu geben, aber ich glaube, die Pflegestützpunkte sind an dieser Stelle nicht geeignet.

Ich will das an einem Beispiel deutlich machen. Wenn ich die Aufgabenbereiche von uns als GKV und Pflegekassen herausgreife, wo auch sinnvollerweise eine Verzahnung des GemeindegeschwisterPlus-Modells angeregt ist, um in Präventionsangebote zu kommen, dann haben wir dazu schon Strukturen.

Wir haben eine Landesrahmenvereinbarung Nordrhein-Westfalen, in der Modellprojekte oder regionale Projekte derzeit entwickelt werden. Wir haben das Landeszentrum für Gesundheit, jetzt in der Aufbaustufe mit einem neuen Landeszentrum. Ich glaube, da gibt es schon Strukturen. Darauf bezieht sich unsere operative Kritik: Wenn man ein solches Projekt macht, was wir grundsätzlich begrüßen, wie findet dann der Transfer statt? – Das wäre bei den Pflegestützpunkt nicht gut angesiedelt und man müsste andere Modelle finden.

Vielleicht ist es auch so, dass in einem so großen Bundesland wie Nordrhein-Westfalen die regionalen Strukturen so unterschiedlich sind, dass man gar kein einheitliches Modell aufsetzen kann.

Wir müssen auch über den Transfer in die ärztliche Versorgung sprechen. Auch das ist in dem Antrag und in den Stellungnahmen angesprochen worden. Dazu haben wir in den Vorläuferdiskussionen zu diesem GemeindegeschwisterPlus-Modell vor zwei Jahren hier im Landtag alle miteinander identifiziert, dass hierzu eine große Strukturdiskussion stattfindet.

Wenn man sich jetzt den aktuellen Gesetzentwurf auf der Bundesebene, das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, ansieht, dann stellen wir – der eine mehr, der andere weniger freudig – fest, dass mögliche Strukturansätze für eine kommunale, regionale Versorgung nicht mehr enthalten sind. Die Primärversorgungszentren, die die Ampelkoalition vorgesehen hatte, sind jetzt nicht mehr enthalten. Kommen sie? – Das weiß derzeit keiner. Auch die Frage einer Community Health Nurse ist im Gesetzentwurf nicht abschließend aufgegriffen. Dementsprechend bleibt dies noch offen.

Wenn man ein solches Landesprogramm aufsetzt, wird man aber Strukturen finden, an die man es sinnvollerweise andocken kann. Diese mögen regional unterschiedlich sein. Man muss dann niedrigschwellig und pragmatisch an diese Frage herangehen und akzeptieren, dass sich das möglicherweise in den Regionen voneinander unterscheiden kann.

Vorsitzender Josef Neumann: Herzlichen Dank. Wir sind am Ende der ersten Frageunde. Für die zweite Runde habe ich Wortmeldungen von Herrn Dr. Vincentz, Frau Oellers, Frau Schneider, Herrn Klute und Herrn Sonne.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Ich habe zwei Nachfragen. Wir haben gerade eben herausgearbeitet, dass Risikofaktoren hohes Alter und damit einhergehend Immobilität, Behinderung und Krankheit sind. Das fällt auch oftmals zusammen, und es gibt ein Wechselspiel.

Deswegen möchte ich Frau Postel fragen: Bei dieser Altersgruppe – im häuslichen Umfeld lebend, krank, immobil – kommt der ambulante Pflegedienst vorbei. Wir haben in einem anderen Zusammenhang in anderen Anhörungen schon häufiger festgestellt, dass es in dieser Berufsgruppe das starke Bedürfnis gibt, mehr zu leisten als nur einmal schnell nach dem Rechten zu sehen und dann wieder abzuhaufen. Wäre es da nicht sinnvoller, bevor wir additiv andere Projekte angehen, die Rahmenbedingungen im Allgemeinen oder auch das Vergütungssystem der ambulanten Pflege zu überdenken, um den ohnehin schon anwesenden Professionals die Möglichkeit zu geben, gewisse soziale Dinge, wie zum Beispiel einen Kaffee mit den Patienten zu trinken, durchzuführen, anstatt Arbeitskraft aus dem System herauszunehmen und für solche Dinge getrennt auf einem ganz anderen Pfad und gegebenenfalls mit einer ganz anderen Finanzierung, die auch erst auszuhandeln wäre, etwas auf den Weg zu bringen?

Daran anschließend eine Frage an Herrn Ruiss: Als ehemaliger Leistungserbringer, wie das so attraktiv auf Amtsdeutsch heißt, sind mir viele Situationen erinnerlich, in denen das sogenannte Social Prescribing, das Verschreiben der einen oder anderen sozialen Dienstleistung, sinnvoller wäre als Medikamente zu verschreiben, weil man den Eindruck hat, dass das besser helfen könnte.

Man macht damit, so wie es in Großbritannien geschehen ist, ein sehr weites Feld auf. Wenn wir uns über Leistungspunkte unterhalten und wie diese zu vergüten sind und was das bedeuten würde: Ist das in der aktuellen Lage – demografischer Wandel, Fachkräftelücke, Kassenlage – überhaupt denkbar, dass man solche Rahmenbedingungen mit dazunimmt? Obgleich es nützlich wäre, wäre das sicherlich ein Kostenpunkt, der sehr schnell das bisher Bekannte übersteigen könnte.

Britta Oellers (CDU): Herzlichen Dank im Namen der CDU-Fraktion für Ihre Stellungnahmen und die Bereitschaft, heute hier zu sein. Ich habe zwei Fragen. Die Landesregierung fördert bereits Kümmererstrukturen, zum Beispiel die zwölf „Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz“, Wohnberatung, Landespflegenetz, Selbsthilfe, Förderprogramm „Miteinander und nicht allein“ in 31 Pflegeeinrichtungen.

Ist es vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels im Pflegebereich sinnvoll, weitere Projekte zu installieren, die deutliche Schnittmengen mit den bestehenden Projekten haben? Wie stellen Sie sich eine Finanzierung der Gemeindegewerkschaft Plus vor? Diese beiden Fragen würde ich gerne an Herrn Dr. Skorning und Herrn Ruiss richten.

Susanne Schneider (FDP): Ich habe eine Frage an Frau Postel von der Pflegekammer und an unsere beiden Professorinnen: Wie könnte die Einsamkeitsprävention für schwer erreichbare Zielgruppen, etwa Menschen mit Einwanderungsgeschichte, verbessert werden?

Noch eine Frage an Frau Professorin Halek: Sie kritisieren in Ihrer Stellungnahme den Begriff Gemeindegewerkschaft Plus. Ich mag ihn auch nicht, da haben wir etwas gemeinsam. Inwiefern ist der nicht nur international nicht kompatibel, sondern zeichnet auch ein völlig falsches Bild von der Tätigkeit?

Herr Vorsitzender, wenn ich darf, möchte ich noch einmal nachfragen: Herr Ruiss hat vorhin versucht, sich um eine Antwort herumzudrücken oder er hat die Frage überhört. Ich wollte wissen, ob das Risiko droht, dass man mit den Gemeindegewerkschaft Plus-Angeboten Doppelstrukturen schafft.

Thorsten Klute (SPD): Ich habe zwei Fragen, zunächst eine an die Pflegekammer, vertreten durch Frau Postel. Es gibt einen guten Kontakt zwischen der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen und der Pflegekammer Rheinland-Pfalz. Sie haben da, glaube ich, einen ziemlich guten Einblick und Überblick. Gemeindegewerkschaft Plus läuft in Rheinland-Pfalz schon seit einiger Zeit. Wie würden Sie den Erfolg von Gemeindegewerkschaft Plus bewerten? Können Sie nachvollziehen, dass man in Rheinland-Pfalz aufgrund der guten Erfahrungen das Programm ausbauen möchte und wenn ja, was können wir davon lernen?

Die zweite Frage ergänzt die Frage von Frau Oellers, wie damit umzugehen sei, dass es schon einige Projekte der Landesregierung gibt und ob Gemeindegewerkschaft Plus nicht doch dasselbe sei und nur die Projektwüste – das sind jetzt meine Worte – erweitern würde.

Wenn man zu einem solchen Ergebnis käme, möchte ich den von Frau Oellers genannten Personenkreis fragen: Müsste man dann nicht konsequenterweise alle anderen Überlegungen in Richtung Gesundheitsregionen und Community Health Nurses im Sinne dieser Fragestellung mit einem Fragezeichen versehen? Denn auch diese Ideen wären ja nichts anderes als weitere Projekte, von denen es, wie wir gerade hörten, vielleicht schon zu viele sind.

Dennis Sonne (GRÜNE): Ich würde gerne an Frau Postel und Frau Halek eine Frage stellen. Frau Postel hat gerade von der „Projektitis“ gesprochen. Was wären die nächsten Schritte, um da herauszukommen?

Eine weitere Frage an alle Sachverständigen: Wie könnte uns der inklusive Arbeitsmarkt helfen, wie könnten wir die Menschen mit einbeziehen? In diesem Kreis haben wir Menschen, die Einsamkeit erleben, aufgrund der Tatsache, dass sie arbeitslos sind – 50.000 Menschen in NRW, wie man in den Medien liest, von denen die Hälfte eine abgeschlossene Berufsausbildung hat. Wie können wir diesen Hebel nutzen?

Dr. Max Skorning (Stadt Düsseldorf): Vielen Dank für die Einladung und die Fragen. Ich vertrete hier als Gesundheitsamtsleiter von Düsseldorf Herrn Zaum, der als Dezerent für die Kommune geladen war.

Es sind schon viele Dinge zur Überschneidung des Konzeptes aus Rheinland-Pfalz mit dem bestehenden Angebot gesagt worden. Das ist in der Tat ein Knackpunkt, der auch in den gestellten Fragen angeklungen ist und der auch die Finanzierung betreffen müsste.

Wir haben den Unterschied zwischen sehr ländlichen Regionen in Rheinland-Pfalz und vielen Großstädten in NRW, die ganz anders aufgestellt sind. In Düsseldorf gibt es zum Beispiel die „zentren plus“ mit einem sehr überschneidenden Beratungsangebot. Ohne Frage hat die Kommune eine Aufgabe, Angebote gerade für die hochbetagten, von Pflege betroffenen bzw. bedrohten Menschen zu machen. Das wird auch getan; dafür gibt es auch eine Finanzierung.

Natürlich kann man wie immer zwischen Kommunen und Kassen überlegen, wer welches Päckchen schultern muss. Das GemeindeschwesterPlus-Angebot, das ein bisschen einzeln dasteht, allerdings zusätzlich aus Rheinland-Pfalz zu übernehmen, ist an vielen Stellen nicht passgenau. Wir müssen gegen Einsamkeit und für Pflegebedürftigkeit etwas tun, und das muss zum Angebot passen.

Es ist auch in der Stellungnahme der kassenärztlichen Vereinigung, die hier nicht anwesend ist, angesprochen worden: International, wenn wir auf die Wissenschaftlichkeit abheben, ist das Social Prescribing im Thema, das eine Überschneidung aufweisen würde. Der internationale Link Worker macht eine Sozial- und Pflegeberatung in Kombination, nachdem der Bedarf ärztlich erkannt worden ist. Denn Einsamkeit erzeugt Krankheit und auch umgekehrt.

Um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, bedarf es vor allem der starken Vernetzung von jemanden, der als aufsuchender Dienst oder als anderes Angebot mit den vulnerablen Gruppen in Kontakt tritt. Pflegebedürftigkeit vermeide ich am besten durch die Abwesenheit von Krankheit, wenn Krankheit gut therapiert wird, wenn mögliche Bedrohungsszenarien früh erkannt werden. Deshalb braucht es diese Vernetzung. Ob das beim aufsuchenden Dienst gerade im ländlichen Bereich auch telemedizinisch erfolgt, ob das durch gute Vorkenntnisse oder Vorauswahl der Zielpersonen erfolgt: Das alles sind Dinge, die es auch in anderen, ähnlichen Projekten wie dem viel breiter angelegten Community Nursing – also bei der allgemeinen Gemeindeschwester, sage ich

mal – auch gibt. Das alles ist sinnvoll. Es muss von Kassen und Kommunen finanziert werden, aber es muss vor allen Dingen gut angedockt sein.

Dirk Ruiss (Verband der Ersatzkassen [vdek], Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Herr Sonne, Sie haben alle Sachverständigen angesprochen, aber ich bitte um Nachsicht: Zu der Frage zum inklusiven Arbeitsmarkt habe ich keine Expertise. Das ist bei uns im Verband kein Thema, von daher kann ich dazu nicht viel zu sagen.

Frau Schneider, ich habe Ihre Frage sehr wohl verstanden. Ich dachte, sie bezieht sich auf die Frage der Doppelstrukturen bei den Pflegestützpunkten und nicht bei der GemeindeschwesterPlus generell. Zu den Pflegestützpunkten habe ich gesagt, dass durchaus die Gefahr besteht, dass man neue Strukturen aufbaut, die nicht passen.

Zu Ihrer generellen Frage: In dem engen Zuschnitt, wie im Antrag der SPD formuliert, zur Frage der aufsuchenden Hilfe im Bereich „Vereinsamung/Isolation“ sehe ich derzeit im Status quo keine Doppelstrukturen.

Jetzt kommt das Aber: Wir vermuten, dass im Bereich des Strukturaufbaus politisch durchaus noch Dinge im Schwangeren sind. Wenn ich die Begriffe „Community Health Nurse“ und „Primärversorgungszentren“, die derzeit nicht im Gesetzentwurf stehen, aber was möglicherweise – ich kenne die politischen Mehrheiten dazu nicht – noch kommt, dann glaube ich schon, dass man sehr genau gucken muss, dass sich keine Überschneidungen ergeben, die zum einen Doppelstrukturen schaffen würden und die zum anderen bezogen auf Personalmangel und Ressourcenmangel kontraproduktiv wären.

Also, in der engen Zuschreibung im Status quo keine Überschneidung, aber natürlich muss man gucken, was sich politisch entwickelt. Das ist ein bisschen so wie mit den Gesundheitskiosken, wo man auch schauen muss, dass das kein Allheilmittel für alle Beratungsprobleme ist. Die neuen Strukturen muss man aufmerksam beobachten.

Wie müsste ein solches Landesprogramm finanziert werden? – Die Antwort ergibt sich aus dem Begriff: Das wäre ein Landesprogramm. Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen können das definitiv nicht machen. Das ist vom Zuschnitt keine Aufgabe für uns. Ein solches Landesprogramm sehen wir in der Verantwortung des Landes mit öffentlichen Geldern.

Zum Verschreiben möglicher sozialer Dienstleistungen: Zum Teil haben wir heute so etwas schon, etwa im Bereich der Präventionsangebote. Im Gespräch mit Menschen, die bei ihnen in die Praxen kommen, machen Hausärzte im Rahmen der klassischen Primärpräventionsansätze – bei Übergewicht, Rauchen, Ernährung etc. – auch heute schon Präventionsvermittlung, auch wenn das nicht immer honorartechnisch hinterlegt ist. Wir haben das teilweise auch in den Leistungen der Pflegeversicherung bei der Haushaltshilfenthematik oder bei Leistungen, die für Begleitungen, Spaziergänge etc. genutzt werden können.

Aber mit Blick auf die Beschreibung für eine Gemeindeschwester wäre es total unrealistisch, wenn es ein freies Verschreiben von Dienstleistungen wie Kinobesuche, Fitnesskurse, Fahrten zum Altenkaffee gäbe. Ich halte es für ausgeschlossen, so etwas zu machen, weil das nicht finanzierbar wäre und dahinter auch eine Struktur stehen

müsste. Zumindest wäre die Finanzierung über die Beitragsmittel nicht leistbar; das würde die Dimension total sprengen.

Wenn Sie erlauben würde ich gerne zu der Frage, die Sie mir gar nicht direkt gestellt haben, die aber hier mit hereinspielt, etwas sagen, nämlich dazu, die derzeitige ambulante Pflege in der Frage der Finanzierung und bezüglich der Aufgaben anders zu strukturieren. Dazu würde ich gerne auf ein Beispiel verweisen, das wir aus unserem Nachbarland den Niederlanden als sehr wohlstrukturiert und erfolgreich kennen: das sogenannte Buurtzorg-Modell.

In diesem Ansatz wird die ambulante Pflege durch eine verantwortungshöhere Tätigkeit einer Pflegekraft gesteuert wird – genau mit den Aufgabenbereichen, die Sie ansprechen: Steuerung in die Nachbarschaftshilfe, in das Sozialquartier hinein.

Das ist ein Ansatz, den wir als Ersatzkassen – ich glaube die gesamte GKV – seit Jahren begrüßen und für wünschenswert halten. Die Restriktionen, die wir im jetzigen System der Pflegeversicherung haben, sind natürlich offensichtlich, nämlich die Punktlogik der Vergütung und das reine Verrichten auch mit den entsprechenden Finanzierungselementen, die sehr starr dahinterliegen. Dies müsste man komplett aufbrechen, und dafür sehe ich im Moment keine richtige politische Chance.

Wenn man so etwas machen würde, hätte das auch mit einem Mentalitätswandel in der Pflege selber zu tun. Wir haben als Ersatzkassen den Buurtzorg-Ansatz in Westfalen-Lippe an verschiedenen Standorten bei einigen größeren Pflegediensten bis zum letzten Jahr gefördert – in einem Modellversuch die Finanzierung umgestellt, egal ob das Pflege- oder soziale Dienstleistung ist.

Diese Ansätze haben nicht funktioniert. Wir mussten sie einstellen, weil die Pflegedienste im Münsteraner Raum – dazu kann ich gerne auch noch vertiefend Informationen geben – den Modellansatz in der Praxis nicht leben konnten.

Das hatte viele Gründe. Das hatte aber vor allem den Grund, so haben uns das die Pflegedienste widergespiegelt, dass das etwas mit dem Bewusstseinswandel der Pflegekräfte selber zu tun hatte und der Frage, wie man eine anders gelebte Verantwortung in der Steuerung wahrnimmt.

Aber grundsätzlich halte ich es für einen sehr guten Ansatz, pflegepolitisch und auch perspektivisch in der ambulanten Pflege die Strukturen anders zu fassen. Das ist allerdings ein riesengroßes Rad, und ich sehe politisch derzeit keinen Ansatzpunkt, um dies durchzusetzen.

Prof.'in Dr. Margareta Halek (Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit [per Video zugeschaltet]): Zu der Bezeichnung „GemeindeschwesterPlus“: Ich gehe davon aus, dass der Begriff ein Programm bezeichnet und weniger eine Person bestimmter Qualifikation. Meine Kritikpunkte sind zum einen, dass der Begriff „Schwester“ so etwas von uralte ist, sodass er – auch wenn er öffentlichkeitswirksam ist – möglicherweise für bestimmte Bevölkerungsgruppen nicht zugänglich ist. Er sollte auch aus geschichtlichen Gründen keinesfalls in die Zukunft gebracht werden.

Des Weiteren suggeriert der Begriff, dass es Gemeindeschwestern gibt, die nun zusätzliche Aufgaben oder etwas besser oder mehr machen. Die gibt es gar nicht. Gemeindeschwestern im traditionellen Sinne gibt es nicht mehr. Ambulante Dienste haben mittlerweile weniger damit zu tun, sich um die Gemeinde zu kümmern.

Der Begriff ist gut für ein Projekt, aber auf keinen Fall für eine Pflegerolle. Was ist der bessere Begriff? Wollen wir Anglizismen? – Das ist auch umstritten. Wir nutzen auch den Begriff „Community Health Nurse“. Es gibt keine sehr passende deutsche Übersetzung dafür, aber vielleicht Pflegefachpersonen, Pflegefachfrauen oder Pflegefachmänner, weil sich Männer durch die alte Bezeichnung oft nicht angesprochen gefühlt haben. Das ist mit der Ergänzung „Schwerpunkt auf die Gemeindeversorgung“ durchaus möglich. Die alten Begrifflichkeiten sollten auf jeden Fall dringend nicht mehr benutzt werden.

Zu der Frage von Herrn Sonne bin ich auch überfragt, weil ich mich im inklusiven Arbeitsmarkt nicht auskenne. Ich versuche aber eine etwas allgemeinere Antwort zu geben, in der Hoffnung, dass ich die Frage richtig verstanden habe.

Die Frage ist, welche Gruppen in das Konzept der Community tatsächlich aufgenommen werden können. Eine große Kritik an den Systemen, die erst einen Service anbieten und dann gucken, wo sie die Menschen finden, die den Service brauchen, ist, dass sie sich nicht an den Bedarfen und Bedürfnissen einer Region orientieren.

Bevor man irgendwelche Angebote macht, empfehle ich, ein sogenanntes Community Health Assessment zu machen, das heißt, zu schauen, was vorhanden ist, was gebraucht wird und welche Bevölkerungsgruppen von welchen Angeboten profitieren können. Das ist übrigens auch eine Aufgabe einer Community Health Nurse in Zusammenarbeit mit allen Partnern auf der kommunalen oder regionalen Ebene.

Damit kann man alle Potenziale heben, und diese Angebote werden zwangsläufig regional unterschiedlich sein. Das ist auch gut so und auch das, was wir anstreben sollten.

Das Ursprungskonzept der Community-Health-Systeme basiert auf den Prinzipien der Selbsthilfe, des Zusammengehörigkeitsgefühls und dessen, was die Menschen in einer Region als wichtig für sich erachten. So könnte man vielleicht eine indirekte Antwort auf Ihre Frage, Herr Sonne, geben: Wenn für eine Region bestimmte Bevölkerungsgruppen eine große Rolle spielen, dann ist zu prüfen, für welche Seite dieses Konzeptes sie nutzbar sind bzw. sie als Zielgruppe gelten können.

Prof.'in Dr. Susanne Bücker (Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit): Ich beginne mit der Frage von Herrn Sonne bezüglich des inklusiven Arbeitsmarkts und der Gruppe der arbeitslosen Menschen. Dieses Thema ist für die Thematik der Einsamkeit ganz entscheidend, aber für die GemeindeschwesterPlus nicht ganz so entscheidend. Denn das GemeindeschwesterPlus-Angebot richtet sich primär an diejenigen, die sich nicht mehr in der Phase der klassischen Erwerbsarbeit befinden und damit möglicherweise gar nicht mehr in die von Ihnen angesprochene Lebensphase fallen. Wenn wir an die 70-Jährigen aufwärts denken, dann ist Arbeitslosigkeit häufig nicht mehr das Kernthema.

Ich möchte aber festhalten, dass arbeitslose Menschen und Menschen, die aufgrund von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen keiner Erwerbsarbeit in zumindest großem Umfang nachkommen können, ein erhöhtes Einsamkeitsrisiko haben. Dies auch deshalb, weil Arbeitslosigkeit häufig mit Stigmatisierung einhergeht, und dieses Gefühl der Stigmatisierung – nichts wert zu sein, keinen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft leisten zu können – ist ganz häufig einer der genannten Gründe für sozialen Rückzug und Isolation. Das führt dann in der Folge häufig zu Einsamkeitsgefühlen.

Dieses Thema würde ich aber getrennt von der Diskussion um die Sinnhaftigkeit der GemeindegewerkschaftPlus diskutieren wollen, weil die Zielgruppe eine völlig andere ist.

Frau Schneider fragte nach der Einsamkeitsprävention für Menschen mit Einwanderungsgeschichte. Vielleicht ist es an dieser Stelle nicht schlecht, kurz zu reflektieren, was Einsamkeit ist. Ich bin hier als Expertin für dieses Thema eingeladen, weil ich seit über sieben Jahren zum Thema „Einsamkeit“ forsche.

Einsamkeit ist ein ziemlich vielschichtiges Phänomen, das sich in unterschiedliche Facetten aufgliedern lässt. Eine Form ist die sogenannte kollektive Einsamkeit. Menschen, die sich kollektiv einsam fühlen, haben den Eindruck, dass sie in der Gesellschaft, in der sie gerade leben, fehl am Platze sind, oder sie teilen die Werte und Normen der Gemeinschaft um sie herum nicht wirklich; sie fühlen sich nicht ausreichend verstanden von den anderen Menschen um sie herum.

Das ist eine Form von Einsamkeit, die häufig von Menschen mit Einwanderungsgeschichte zumindest in der Anfangsphase berichtet wird. Damit weisen Menschen mit Einwanderungsgeschichte schon ein erhöhtes Risiko für Einsamkeit auf, weil sie sich nicht ausreichend verstanden fühlen und auch, weil sie nicht richtig verstanden werden. Damit meine ich nicht nur Sprachbarrieren.

Nichtsdestotrotz ist eine leicht verständliche Ansprache sehr wichtig, wenn wir Menschen ansprechen möchten, die die deutsche Sprache vielleicht nicht so gut beherrschen wie wir. Aber auch mehrsprachige Angebote wären hier ganz entscheidend.

Ich vertraue jetzt einfach einmal darauf, dass Sie als Mitglieder des Landtags auch in Ihren Wahlkreisen mit Menschen sprechen, die Einwanderungserfahrungen haben und die vielleicht auch hochaltrig sind. Wenn ich mich hier umgucke, dann sind wir alle hier keine Experten für das Thema „Einwanderung im hohen Lebensalter“, weil wir diese Erfahrungen selbst nicht gemacht haben. Deshalb fände ich es sehr wesentlich, gerade bei diesen Menschen nachzufragen, was ihre individuellen Bedarfe sind, welche Art von Unterstützung sie brauchen, von welchen Angeboten sie sich angesprochen fühlen.

Denn hier haben wir es möglicherweise auch mit kulturellen Unterschieden zu tun. Möglicherweise fühlen sich Menschen, die aus anderen kulturellen Räumen zu uns einwandern durch ganz andere Angebote eher angesprochen, als wir das jetzt aus dem Bauch heraus antizipieren würden. Dieser Gruppe weist auf jeden Fall ein erhöhtes Einsamkeitsrisiko auf.

Dies betrifft im hohen Lebensalter vor allen Dingen Frauen, die aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung häufig ihre Männer überleben und die dann ein erhöhtes Risiko haben, sozial isoliert zu sein. Dieser Gruppe muss adressiert werden, weil das sehr viele Menschen sind, die von Einsamkeit betroffen sind und die von Angeboten, die nur auf Deutsch angeboten werden, vielleicht nicht ausreichend angesprochen werden.

Sandra Postel (Pflegekammer Nordrhein-Westfalen): Ich möchte mit der Frage von Herrn Klute nach dem Erfolg der Gemeindegewerkschafts-Idee in Rheinland-Pfalz beginnen. Ich habe das teilweise mit begleitet. Im Individuellen sehen wir, wie erfolgreich so ein Projekt sein kann. Das ist ein hervorragendes Projekt.

Sie hatten die damalige gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion in Rheinland-Pfalz, Frau Anklam-Trapp, zu einer Veranstaltung eingeladen auf der auch ich war. Das machte sehr deutlich, dass die Idee im Individuellen wahnsinnig viel erreichen kann.

Das ist auch gleichzeitig die Crux in den Projekten. Wir machen immer wieder sehr gute Einzelerfahrungen. Jeder guckt darauf und sieht, wie viel das dem einzelnen Menschen bringt. Aber auf der anderen Seite stoppen nach einer gewissen Zeit die Projekte; das gehört zur Projektesituation dazu. Dann lassen wir Menschen auch wieder alleine, obwohl wir gute Erfahrungen gemacht haben.

Ich möchte darauf hinweisen, dass wir endlich einen weiteren Schritt in das Regelsystem hinein brauchen. Wenn wir immer wieder Projekte anstoßen, nimmt das auch den Druck aus dem Regelsystem, dass dort endlich einmal etwas passiert.

Auch wenn wir von Landesprogramm sprechen, müssen Kostenträger genauso mit an den Tisch und genauso mit investieren wie das Land oder die Kommune. Wir sehen so etwas durchaus auch in anderen europäischen Ländern, von der Niederlande haben wir schon als Beispiel gehört.

Ich habe das auch in Frankreich erlebt: 60.000 niedergelassene Pflegefachpersonen, die nicht das klassische System des ambulanten Pflegedienstes unterstützen, sondern die zusätzlich im System – teilweise auch angedockt an ambulante Pflegedienste – als eigene Leistungserbringer auch mit einem anderen Habitus an die Sache herangehen.

Wenn wir in dem bestehenden System erwarten, dass die Leute on top noch weitere Themen als ambulanter Pflegedienst übernehmen sollen, dann werden sie das nicht tun; sie brauchen eine komplett andere Rolle.

Deswegen hat die SPD in Rheinland-Pfalz auch die Plekammer mit entwickelt. Das war dort einfach eine fantastische Idee, und da passen solche Ideen auch gut zusammen. Ich finde aktuell, dass wir ruhig nach Rheinland-Pfalz gucken können. Da tut sich jetzt im Bereich der Akademisierung sehr viel. Deswegen würde es NRW sehr gut zu Gesicht stehen, jetzt eher im Rahmen eines Gesamtkonzeptes etwas aufzustocken als Projekte nachzuholen. Man könnte jetzt direkt den nächsten Schritt gehen.

Diese ganzen Projekte sind, das muss man so sagen, so ein bisschen 2010. Wir könnten jetzt einen Schritt weitergehen.

Noch einmal zum Thema „Einsamkeit“ und was man tun kann. Einsamkeit ist momentan das Thema und es ist auch ein pflegerisches Thema. Zum Beispiel steigt bei Menschen, die alleine sind, das Sturzrisiko. Der Zusammenhang zwischen Sturz und Pflegebedürftigkeit ist nachgewiesen extrem hoch.

Zum Erfolg von GemeindegewandterPlus: Der Name triggert. Wir sehen immer wieder, dass Begriffe die Diskussionen dominieren und damit vom eigentlichen Thema ablenken, etwa wenn der Schwesternbegriff eine Rolle spielt. Ich bin ein großer Fan vom Projekt „Gesundheitskiosk“ gewesen, aber es hat die Leute vom Namen her auf eine falsche Fährte gelockt, was eigentlich dahintersteckt. Das wäre eine gute Gelegenheit gewesen, einen barrierefreien oder barriereärmeren Einstieg, für Menschen mit Migrationshintergrund in Ballungsräumen, die keinen Zugang zu unserem etablierten Gesundheitssystem haben, zu schaffen.

Diese Grundidee haben wir vergeben, weil wir uns von Begriffen haben leiten lassen. Wenn ich dann noch immer mit Präsidenten von Ärztekammern diskutieren muss, ob ein Kiosk denn wirklich so cool ist ... In einem Kiosk gibt es Gummibärchen, aber hier geht es um etwas ganz anderes.

Zum Thema „Arbeitsmarkt“: Ja, wir brauchen auch einen anderen Blick auf die Pflege. Solche Projekte machen deutlich, dass es ganz andere Zugänge zum Arbeitsmarkt geben kann, weil sich dadurch der Pflegebegriff erweitert und wir viel mehr über das Thema „Beratung und Unterstützung“ in der Lebensbewältigung und im Betrachten und Koordinieren sprechen. Das hat sehr viel mit Prävention und Kompensation von Pflegebedürftigkeit zu tun.

Das schafft auch für Menschen einen Zugang, die gedacht haben, Pflege sei nicht ihr Ding, weil das nur körperliche Aspekte habe. Wir kriegen viele Rückmeldungen von Pflegenden, die selber Handicaps haben und die sich sehr diskriminiert fühlen. Das ist nicht notwendig, weil der Pflegebereich sehr breit aufgestellt ist.

Natürlich sind auch die Menschen mit Einwanderungsgeschichte wichtig. Wir brauchen diese Kolleginnen und Kollegen und müssen ihnen ein gutes Umfeld sichern. Die kommen hierhin und verstehen sowieso nicht, warum wir Pflege so klein denken. Die haben einen breiteren Ansatz und würden lieber zu uns kommen, wenn nicht so viel Diskriminierung bei uns stattfinden würde.

Vorsitzender Josef Neumann: Herzlichen Dank. – Ich schaue in die Runde, ob es weitere Fragen gibt. Kollegin Weng meldet sich und bekommt auch das Wort.

Christina Weng (SPD): Ich bin eine absolute Freundin der Health Practitioners in Kanada. Die Systematik, die wir darin erleben, ist genau das, was wir hier besprechen. Es ist legitim, sich am Begriff zu stoßen, aber es wird dem Thema nicht gerecht. Ich würde gerne Sie, Frau Postel, und Sie, Frau Professorin Bücken dazu noch einmal hören.

Mich bringt zum einen die Zeitungleichheit dessen, was wir im Gesundheitswesen gerade machen, richtig unter Druck – mit der Reduzierung eines stationären Bereichs, aber ohne eine tatsächliche Stabilisierung der Komplementären. Es geht auch um die Zahlen und Daten, die Sie aus der Einsamkeitsforderung kennen, im Verhältnis zur

jetzt betroffenen Klientel. Letztendlich geht es um die Frage des Aufsuchenden; an dem richtigen Thema „Sturz“ wird es deutlich. Nicht die Redundanz bei den ambulanten Pflegediensten steht im Fokus; denn die sind noch nicht aktiviert. Wir wollen ja erst den Menschen finden, von dem wir wissen, dass es ihn gibt, aber wir wissen nicht, in welcher Situation er ist.

Bei den ganzen Strukturveränderungen, die wir jetzt haben: Wie bringen wir die Erfahrung aus dem GemeindegewestPlus-Projekt mit dem Leben im Quartier – was unsere große politische Herangehensweise ist – zusammen? Wie bringen wir das jetzt, wo wir es so dringend brauchen, zusammen, während wir mit Community Health Nurse und dem gesamten System in Erprobungsphasen sind.

Sie sagen, dass wir mit dieser Systematik eigentlich 2010 gestartet sind. Wo wären wir dann 2035, obwohl wir die Notwendigkeit der Transformation im Gesundheitswesen jetzt deutlich spüren?

Sandra Postel (Pflegekammer Nordrhein-Westfalen): Ja, das ist die große Frage, Frau Weng. Die Ergebnisse und Erkenntnisse der GemeindegewestPlus liegen vor. Wir haben ganz lange erlebt, wie Pflegewissenschaft auch Politik machen musste, weil die Stimme der Pflegenden nicht stark genug war und mit Sicherheit auch immer noch nicht stark genug ist.

Länder wie Kanada haben einfach einen Scope entwickelt, das heißt, sie haben das pflegerische Handlungsfeld definiert. Frankreich hat 2006 das Community-Health-Thema aufgegriffen und vor drei Jahren über die Nationalversammlung durch die nationale Pflegekammer auch die Advanced Nurses mit ins System hineingenommen und die Health Practitioners mit weiteren Aufgaben aufgeführt. Auf Bundesebene werden ja aktuell genau die Fragen gestellt, ob das Pflegekompetenzgesetz durchkommt.

Es ist ein gemeinsames Projekt, es ist nicht nur das Land, sondern auch die Kostenträger, um diese Erfahrungen nachher auch in eine Umsetzung zu bekommen.

Wenn wir ein politisches Interesse daran haben, dann muss gemeinsam agiert werden – an den Erkenntnissen liegt es nicht mehr.

Prof.'in Dr. Susanne Bücker (Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit): Ich habe gar nicht zu viel zu ergänzen. Mein persönlicher Eindruck ist, dass das Thema „Einsamkeit“ zwar seit einigen Jahren in der Politik in Deutschland diskutiert wird, die Brisanz dieses Themas aber noch nicht erkannt worden ist.

Wir beschäftigen uns hier im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales mit diesem Thema, und das sind schon die politischen Bereiche, die vom Einsamkeitsthema ganz besonders betroffen sind.

Ich schaue mit etwas Sorge in die nächsten zehn Jahre, vielleicht sogar in die nächsten fünf Jahre. Denn dieses Thema wird zwar immer wieder diskutiert, aber es bleibt häufig beim Diskutieren. Es wird betont, wie wichtig dieses Thema ist, aber die konkreten Handlungen bleiben leider aus.

Es wäre sehr schön, wenn das Programm „GemeindeschwesterPlus“ – oder wie immer wir es nennen wollen – auch eine konkrete Handlung nach sich ziehen würde, um Einsamkeit im hohen Lebensalter zu bekämpfen und zu adressieren.

Ich teile die Auffassung, dass es nicht ausreicht, alleine ein Landesprogramm zu machen. Das sind übrigens auch die Diskussionen, die in Rheinland-Pfalz geführt wurden. Das würde nämlich bedeuten, dass es sich wieder um befristete Projekte handelt. Das heißt, GemeindeschwesterPlus-Fachkräfte arbeiten befristet – häufig auch in relativ prekären Situationen. Das wollen wir ja auch nicht.

Eine langfristige Perspektive für diese Angebote wäre aus meiner Sicht ganz wichtig. Dafür braucht es andere Kostenträger mit am Tisch, die dieses Projekt oder diese Initiative mit unterstützen.

Vorsitzender Josef Neumann: Herzlichen Dank. – Ich schaue in die Runde, aber weitere Fragen sehe ich nicht. Damit sind wir am Ende der Anhörung.

Ich bedanke mich bei den Sachverständigen für ihre Bereitschaft, für unsere Fragen zur Verfügung gestanden zu haben. Ich wünsche Ihnen einen guten Heimweg.

Das Protokoll der heutigen Anhörung ist nach Fertigstellung auf der Internetseite des Ausschusses einsehbar.

Wir sehen uns bald wieder in der regulären Ausschusssitzung. – Vielen Dank.

gez. Josef Neumann
Vorsitzender

Anlage

14.05.2024/16.05.2024

Anhörung von Sachverständigen
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Endlich vom guten Beispiel lernen: GemeindegeschwesterPlus zur Bekämpfung von
Einsamkeit etablieren**

Antrag der Fraktion der SPD, Drucksache 18/6851

am Mittwoch, dem 8. Mai 2024
10.00 Uhr, Raum E3 A02, Livestream

Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Sandra Postel Vorsitzende Pflegekammer NRW Düsseldorf	Sandra Postel	18/1465
Univ.- Professorin Dr. Susanne Bücker Fakultät für Gesundheit Professur für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie Witten	Professorin Dr. Susanne Bücker	18/1462
Professorin Dr. Margareta Halek Universität Witten/Herdecke Witten	Professorin Dr. Margareta Halek <i>(per Videozusaltung)</i>	18/1470
vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	Dirk Ruiss	18/1476
Christian Zaum Stadt Düsseldorf Dezernent für Wirtschaft, Recht, Feuerwehr und Gesundheit Düsseldorf	Dr. Max Skorning	---
Martin Dichter Vorstandsvorsitzender Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest	---	18/1471

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Dr. med. Frank Bergmann Vorstandsvorsitzender Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Düsseldorf	---	18/1473
Professor Dr. Michael Isfort Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln	---	18/1469
Professor Dr. André Nienaber FH Münster School of Health Münster	---	---
GKV-Spitzenverband Berlin	---	---