

## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek),  
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen,  
und der AOK Rheinland/Hamburg

zum Thema

„Prävention und soziale Teilhabe  
von Seniorinnen und Senioren stärken!  
Pflegebedürftigkeit und Vereinsamung  
strukturell entgegenwirken!

Gemeindeschwester-Plus-Modelle in NRW erproben!“

- Antrag der Fraktion der SPD, Drucksache 17/15641 -

Anhörung

des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

am 8. Februar 2022

im Landtag Nordrhein-Westfalen

## Vorbemerkung:

Der soziale und demografische Wandel stellt in den kommenden Jahren gesamtgesellschaftlich und damit auch für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen eine grundsätzliche Herausforderung dar. Insbesondere betrifft es Menschen mit Pflegebedürftigkeit. Zusätzlich gibt es bei den Ärztinnen und Ärzten bei der Wahl ihrer Praxis den Trend zur Urbanisierung, sodass z. B. im ländlichen Raum Versorgungslücken entstehen können. Darüber hinaus entsprechen die ambulanten ärztlichen Versorgungsstrukturen teilweise nicht den Anforderungen und Bedürfnissen älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit. Dass ältere Menschen in Deutschland eine geringere Anzahl an gesunden Lebensjahren als in anderen europäischen Ländern aufweisen, sollte auch in einer Gesellschaft des langen Lebens Grund zum Handeln sein.

Die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen haben aufgrund dieser oben genannten Entwicklungen, die sich bereits seit vielen Jahren abzeichnen, ihre Leistungen und Versorgungsangebote angepasst oder neu entwickelt. So haben sie z. B. die ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen in den vergangenen Jahren erheblich ausgebaut. Strukturen und Leistungen sind so zu gestalten, dass sie den geänderten Bedürfnissen der Versicherten entsprechen. Neue Konzepte sind so zu etablieren, dass sie auf die Pflegebedürftigen zugeschnitten sind. Eine möglichst aufmerksame, integrative, nahtlose Pflege- und Gesundheitsversorgung sind hier von Bedeutung.

Besonderen Wert legt die GKV darauf, dass Menschen so lange wie möglich ihre Selbstständigkeit erhalten können. Eine wohnortnahe Versorgung, soziale Teilhabe und niedrighschwellige Angebote in den Kommunen sind dafür wichtige Voraussetzungen. Die Ersatzkassen und die AOK Rheinland/Hamburg sind daher offen für Gespräche und Konzepte, um diese Ziele zu erreichen.

Vor diesem Hintergrund ist das Modell GemeindegeschwisterPlus in Rheinland-Pfalz zu bewerten. Die Sachverständigen der gesetzlichen Krankenversicherung – der Verband der Ersatzkassen in Nordrhein-Westfalen e. V. (vdek) und die AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse – danken für die Möglichkeit, hierzu eine Stellungnahme abzugeben, die die gemeinsamen Positionen zu dem Thema darstellt.

## I. Die Modelle GemeindeschwesterPlus in Rheinland-Pfalz

Das Modell GemeindeschwesterPlus in Rheinland-Pfalz richtet sich an über 80-Jährige, die zu Hause leben und nicht pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI sind und somit noch nicht in einen Pflegegrad eingestuft sind. Bei den Hausbesuchen sollen die Gemeindeschwestern die Hochbetagten frühzeitig und damit im allgemeinen Sinn präventiv über soziale Leistungen und Angebote beraten und ihnen Ratschläge zum Erhalt der Selbstständigkeit bieten. Dieser Grundgedanke wurde in Rheinland-Pfalz seit 2015 in zwei sehr unterschiedlichen Modellen erprobt. Die ersten Erfahrungen liegen dazu vor.

### 1. Pilotphase 2015 bis 2018

In diesem ersten Modellversuch hatte das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz das Ziel, den Bereich Pflege mit einzubeziehen. Aus diesem Grunde wurden die GemeindeschwesternPlus an die Pflegestützpunkte in den Kommunen angebunden. Die GemeindeschwesternPlus, die mit Schulungen und Zusatzausbildungen auf die neuen Aufgaben vorbereitet wurden, übernahmen die Rolle von „Kümmer\*innen“ bei den Seniorinnen und Senioren und deren Belange. 13 rheinland-pfälzische Kommunen beteiligten sich in den vier Jahren an diesem Modell. Wie den Empfehlungen des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) zu entnehmen ist, wurden in den Modellkommunen jeweils zwei bis drei GemeindeschwesternPlus mit einem Gesamtstellenumfang von 1,0 bis 1,5 Stellen beschäftigt (s. [https://mastd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere\\_Menschen/AM\\_Dokumente/Empfehlungen-GSplus-DIP-final\\_Mai.pdf](https://mastd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Empfehlungen-GSplus-DIP-final_Mai.pdf)). Die Stellen wurden ausschließlich von der Landesregierung Rheinland-Pfalz finanziert.

Eine Beteiligung der gesetzlichen Pflegekassen über Leistungen des SGB XI war in dieser Modellkonstellation, insbesondere durch die Anbindung an die Pflegestützpunkte, aus rechtlichen Gründen nicht möglich.

Die Anbindung von Gemeindeschwestern an die Pflegestützpunkte, die im SPD-Antrag gefordert wird, scheint für NRW aufgrund der landeseigenen Entwicklung so nicht übertragbar zu sein. Nachdem seit 2009 die Zustimmung der Kommunen für die Einrichtung der Pflegestützpunkte erforderlich wurde, sank ihre Zahl in NRW.

In der Folge wurden projektbezogene Unterstützungs- und Beratungsangebote aufgebaut, die mit einem Anteil von bis zu 75 Prozent durch die Pflegeversicherung finanziert werden. Zudem haben die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in den vergangenen Jahren vielfältige eigene Beratungsangebote etabliert. Aus Sicht der Ersatzkassen und der AOK Rheinland/Hamburg gilt es insbesondere, diese Vielfalt an Beratungsangeboten aufeinander abzustimmen und für die Versicherten transparenter zu gestalten.

## **2. Modellphase 2019 bis 2022**

In dieser Phase ist das Konzept der GemeindegewestPlus in Rheinland-Pfalz umgesetzt und nach den grundlegend anderen Kriterien der Prävention der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) infolge des neuen Präventionsgesetzes von 2015 entwickelt worden. Grundlage sind § 20a SGB V und damit die Anforderungen des „Leitfadens Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes.

Darüber hinaus wurden in Rheinland-Pfalz die Kriterien für die „Gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“ des Kooperationsbundes Gesundheitliche Chancengleichheit angewandt. Diese Regelungen erfordern zwingend, die Kommunen als Träger des Projektes GemeindegewestPlus einzubinden.

Die Kommunen haben dabei die Aufgabe, einen gesundheitsfördernden Prozess in der „Lebenswelt Kommune“ zu initiieren sowie gesundheitsfördernde Strukturen und Angebote über die GemeindegewestPlus hinaus zu schaffen. Somit stellt die GemeindegewestPlus in diesem Konzept einen Baustein von vielen dar. Ihre Aufgabe besteht nicht ausschließlich in den präventiven Hausbesuchen mit Beratung. Sie soll auch regionale Unterstützungsangebote stärken.

Ein weiterer Baustein in diesem Präventionskonzept ist die Vernetzung mit regionalen sozialen Netzwerken. Ihre Einbindung erfolgt in einem Steuerungsgremium auf kommunaler Ebene. Für die beteiligten Kommunen bedeutet dies, dass sie in der Verwaltung eine Stelle zu finanzieren haben, die den gesundheitsfördernden Prozess anstößt, organisiert und steuert. Die Stadt-/Kreisräte müssen diese Stelle beschließen.

Auf Landesebene wiederum setzt ein Lenkungsausschuss unter Federführung des Landesgesundheitsministeriums Rheinland-Pfalz das Präventionskonzept um und steuert es. Mitglieder sind neben Vertretern des Ministeriums Experten aus dem Bereich Prävention, darunter die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände. Der Lenkungsausschuss hat u. a. über die Bewilligung von Anträgen entschieden, die die Kommunen zur Umsetzung des vorgegebenen Konzepts stellen müssen. Laut der Pressemitteilung des Gesundheitsministeriums finanziert in diesem Modell die Landesregierung 10,5 Vollzeitstellen für zwölf weitere Kommunen.

Die Krankenkassen in Rheinland-Pfalz finanzieren davon einen Anteil von 25 Prozent - maximal 350.000 Euro im Jahr - aus den Mitteln, die die gesetzlichen Krankenkassen in den vergangenen Jahren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Verfügung gestellt haben. Der Anteil ist entsprechend der GKV-Kriterien zur Förderung von Präventionsprojekten auf den Zeitraum bis 2022 begrenzt. Bei allen Präventionsprojekten, die von den gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des Präventionsgesetzes gefördert werden, handelt es sich ausschließlich um eine Anschubfinanzierung. Ziel ist es, dass die Kommunen die Gesundheitsförderung und Prävention auch als ihre Aufgabe annehmen und als einen dauerhaften Prozess nachhaltig gestalten. Nach Auffassung der GKV handelt es sich bei der Prävention um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Da der zweiten Modellphase ein Präventionskonzept zugrunde liegt, werden die Erfahrungen erneut, diesmal unter den Kriterien der Prävention, evaluiert. Der Auftrag ging an das Institut für angewandte Versorgungsforschung (INAV).

Das Konzept der GemeindegewinnPlus in Rheinland-Pfalz befindet sich in der Evaluation durch das INAV. Das Ergebnis soll in diesem Jahr vorliegen. Der Anspruch in der Prävention ist, dass ein hoher, wissenschaftlich abgesicherter Standard in der Qualität der Konzepte und Angebote gewährleistet ist. Dies gilt auch für präventive Hausbesuche.

Ende 2019 hat das IGES-Institut eine erste Studie zur „Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen Präventiver Hausbesuche“ vorgelegt ([https://www.gkv-bundnis.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/Literaturstudie\\_PraeventiveHausbesuche\\_IGES\\_2020.pdf](https://www.gkv-bundnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Literaturstudie_PraeventiveHausbesuche_IGES_2020.pdf)). Darin kam das IGES-Institut aufgrund von Literaturstudien zu dem Schluss, dass diese noch keine hinreichende Grundlage darstellen.

Deshalb soll nun eine Handreichung erstellt werden. Sie soll Indikatoren festlegen, um präventive Hausbesuche qualitätsgesichert umzusetzen. Auch diese Handreichung, die in die Bewertung des Präventionskonzeptes GemeindegeschwisterPlus mit einfließen muss, liegt noch nicht vor. Sie ist für das Frühjahr 2022 geplant. Allerdings ist eine solche isolierte Betrachtung der präventiven Hausbesuche nicht ausreichend.

Aus Sicht der Krankenkassen bedarf es einer Gesamtbetrachtung auf der kommunalen Ebene, wo Prävention, Gesundheitsförderung, Pflege und Gesundheitsversorgung ineinandergreifen. Innovative Ansätze müssen im Kontext von Care- und Case-Management, in der Vernetzung und Zusammenarbeit bei gleichzeitiger Vermeidung von Redundanzen gesehen und bewertet werden.

## **II. Moderne regionale Versorgungsansätze**

Der soziale und demografische Wandel und die Gesellschaft des langen Lebens stellen Herausforderungen für die Kommunen sowie für die GKV und Pflegeversicherung bei der Versorgung dar. Auch der Trend zur Urbanisierung der ärztlichen Gesundheitsversorgung zwingt 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 und der AOK Rheinland/Hamburg wesentliche gesundheitspolitische Ziele dar. Die Angebote, die diese Ziele verfolgen, müssen zudem wohnortnah sein und einen niedrighschwelligigen 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 die neue Bundesregierung will laut Koalitionsvertrag regionale Angebote ausbauen.

Aus Sicht des vdek und der AOK Rheinland/Hamburg können z. B. multiprofessionelle, regionale Gesundheitszentren ein vielversprechender Ansatz in unterversorgten Gebieten sein und zu einer flächendeckenden Versorgung beitragen.

Die regionalen Gesundheitszentren folgen dem Grundsatz, dass eine wohnortnahe Versorgung zentral ermöglicht wird. Haus- und fachärztliche Versorgung, verbunden mit einem Case-Management der gesetzlichen Krankenkassen, können „unter einem Dach“ angesiedelt, Arztnetze eingebunden werden. Dadurch können regionale Gesundheitszentren einen neuen Versorgungsansatz anbieten und so die Zusammenarbeit aller Professionen verbessern. In diesem Zusammenhang kann ebenfalls eine aufsuchende Betreuung eine Rolle spielen.

Auch Beratungsangebote, etwa Pflegestützpunkte, können integriert und die Aufgaben aufeinander abgestimmt werden. Diese Gesundheitszentren, in denen auch die Kommunen eingebunden sein sollen, benötigen eine klare Finanzierungsgrundlage, in der die Sozialleistungen von den Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung abgegrenzt werden. Die Kriterien für regionale Gesundheitszentren sollten bundesweit durch einen verbindlichen Rahmen gestaltet werden.

Für eine stimmige und leistungsfähige Gesundheitsversorgung in der Region bedarf es eines patientenorientierten Care- und Case-Managements. Die Herausbildung neuer Gesundheits- und Pflegekompetenz in der Kommune erfordert Zeit und Augenmaß.

Nach Ansicht der Ersatzkassen und der AOK Rheinland/Hamburg hat sich mit diesen Ansätzen die versorgungspolitische Debatte seit dem Beginn des rheinland-pfälzischen Modells GemeindeschwesterPlus weiterentwickelt. In dieser Situation einzelne Elemente, wie das der Gemeindeschwester oder auch andere, umzusetzen, würde zu einem bundesweiten Flickenteppich führen und das damit verbundene Potential ungenutzt lassen. Nach Auffassung insbesondere der Ersatzkassen als bundesweit agierende Krankenkassen kann dies nicht im Interesse der Versicherten liegen. Erforderlich ist vielmehr ein Gesamtkonzept, das nach der NRW-Landtagswahl im Mai dieses Jahres und den anstehenden Debatten auf Bundesebene entwickelt werden kann.

An der Gestaltung und Ausarbeitung des neuen versorgungspolitischen Weges in Nordrhein-Westfalen werden sich die Ersatzkassen und die AOK Rheinland/Hamburg gerne beteiligen.