

An den  
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
18. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME**  
**18/1469**

A01

Köln, 30.04.2024

**Stellungnahme zum Antrag der Fraktion der SPD, Drucksache 18/8129:  
Endlich vom guten Beispiel lernen: Gemeindegewest<sup>plus</sup> zur Bekämpfung  
von Einsamkeit etablieren**

Institut an der Katholischen Hochschule  
Nordrhein-Westfalen (katho)

German Institute of  
Applied Nursing Research

Hülchrather Str. 15  
D-50670 Köln

Tel. +49 (0) 221/ 46861-30  
Fax +49 (0) 221/ 46861-39  
E-Mail [dip@dip.de](mailto:dip@dip.de)  
Internet <https://www.dip.de>

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) bedanke ich mich für die Anfrage zu dieser Stellungnahme und die Einladung zur Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 08. Mai 2024. Als langjährige Mitarbeiterin im Institut mit den Schwerpunkten Prävention und kommunale Ansätze bin ich von der Institutsleitung beauftragt, diese Stellungnahme zu verfassen.

**Vorsitzender des Vorstands**  
Prof. Dr. Frank Weidner  
(Direktor)

**Vorsitzender des Verwaltungsrates**  
Hon.-Prof. Dr. Martin Pohlmann

**Bankverbindung**  
IBAN: DE08 3702 0500 0008 3222 00  
BIC: BFSWDE33XXX  
Bank für Sozialwirtschaft, Köln

UST-IdNr.: DE232571323

**Das gemeinnützige DIP ist ein Forschungsinstitut der Hochschulen und Verbände**

KH Freiburg  
KH Mainz  
KSH München  
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen  
Deutscher Caritasverband e.V.  
Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.  
Katholischer Pflegeverband e.V.

Das DIP beschäftigt sich seit mehr als 20 Jahren u.a. mit dem Thema Erhaltung und Förderung selbstständiger Lebensführung und Lebensqualität bei älteren zuhause lebenden Menschen durch aufsuchende Beratungsarbeit z.B. durch das Konzept des präventiven Hausbesuchs. Unter anderem wurden vom DIP die Projekte „PräSenZ“ und „PräSenZ im Quartier“ in Baden-Württemberg sowie die Konzeption des Projektes „Gemeindegewest<sup>plus</sup> in Rheinland-Pfalz erstellt und umgesetzt und die Implementierung wissenschaftlich begleitet. In Nordrhein-Westfalen wurde u.a. der Kreis Siegen-Wittgenstein bereits vor mehr als 15 Jahren vom DIP bei der Umsetzung von Maßnahmen des Care- und Case Managements begleitet. Zurzeit werden die Kommunen Kamp-Lintfort und Arnsberg bei der Einführung von präventiven Hausbesuchen vom DIP unterstützt. Darüber hinaus berät das DIP die Fachstelle Hamburger Hausbesuch seit 2018 zur Implementierung des „Hamburger Hausbesuchs“, zudem schult

das DIP die in Hamburg eingesetzten Besuchskräfte. Es liegen also fundierte und langjährige Erfahrungen und mehrfach erprobte und implementierte Konzepte im Kontext kommunaler und gemeindenaher Arbeit zur Unterstützung selbständiger Lebensführung im Alter und zur Beantwortung von zunehmender Vereinsamung insbesondere von älteren Menschen vor. Wir freuen uns die im DIP vorhandene Expertise zu diesem Themenfeld dem Landtag zur Verfügung stellen zu können.

Hiermit leiten wir Ihnen unsere Stellungnahme zu und stehen dem Ausschuss sowie seinen Mitgliedern für Rückfragen weiterhin gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

**Anne Gebert**

Dipl.-Pflegerin  
wiss. Mitarbeiterin DIP

**Stellungnahme zum Antrag „Endlich vom guten Beispiel lernen:  
Gemeindeschwester<sup>plus</sup> zur Bekämpfung von Einsamkeit etablieren“  
Drucksache 16/8129 der Fraktion der SPD.**

**Anhörung im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
des Landtags Nordrhein-Westfalen am 08.05.2024**

**Verständnis der Zielsetzung des vorgelegten Antrags**

Die Initiative der SPD-Fraktion in Nordrhein-Westfalen zielt darauf ab, eine Maßnahme zur Prävention und Verringerung von Einsamkeit bei älteren Menschen zu entwickeln und zu erproben. Hintergrund des Antrags sind u.a. die Erkenntnisse der Enquetekommission „Einsamkeit“ des Landtags NRW. Konkret wird vorgeschlagen, in ausgewählten Modellkommunen hierfür präventive Hausbesuche zu etablieren, ein aufsuchendes Informations- und Beratungsangebot, ähnlich dem in Rheinland-Pfalz unter dem Namen „Gemeindeschwester<sup>plus</sup>“ bekannten Programm.

**Hintergrund zum Thema Einsamkeit**

Das Thema der „Einsamkeit“ und insbesondere die Betrachtung der Wirkungen von Einsamkeit im Alter sind grundsätzlich nicht neu und wurden in der gerontologischen Debatte bereits früh thematisiert (Hampe 1981).

In der wissenschaftlichen Diskussion werden „Einsamkeit“ und „soziale Isolation“ unterschieden. Einsamkeit wird dabei als ein Gefühl beschrieben, das entsteht durch die subjektiv empfundene Diskrepanz zwischen gewünschten und tatsächlich vorhandenen sozialen Beziehungen. Soziale Isolation hingegen bezieht sich auf das Alleinsein, also die messbare Abwesenheit von sozialen Kontakten. Einsamkeit und soziale Isolation können bei Personen unterschiedlich ausgeprägt sein, sie können müssen aber nicht zwingend einhergehen (Landtag NRW 2022).

Das Erleben moderater Einsamkeit führt meist als Anreiz dazu, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Daher ist das Erleben einer gewissen Einsamkeit in allen Altersgruppen normal. Können die Impulse zur Bekämpfung von Einsamkeit jedoch nicht genutzt werden, kann diese in langanhaltende Episoden von Einsamkeit übergehen. Langanhaltende Phasen von Einsamkeit wirken als chronische Stressoren. Das Erleben starker Einsamkeit wird heute mit geringem subjektivem Wohlbefinden und ernsthaften mentalen und physischen Gesundheitsproblemen sowie einer erhöhten Gesamtmortalität in Verbindung gebracht (Huxhold/Henning 2023).

Die Prävalenz von Einsamkeit in der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens beträgt 14,5 %. Es zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Allerdings gibt es eine Vielzahl mit dem Alter assoziierter Faktoren, die mit Einsamkeit in Verbindung stehen, wie gesundheitliche Einschränkungen und ein kleineres soziales Netzwerk. Weitere soziodemografische Faktoren, die mit Einsamkeit zusammenhängen, sind das weibliche Geschlecht, die Haushaltssituation, der Migrationshintergrund bzw. die Nationalität, ein geringerer Bildungsgrad und ein niedriges Einkommen (Landtag NRW 2022).

Besonders stark von Einsamkeit betroffen sind pflegende Angehörige. In der Clusteranalyse des SOEP für Nordrhein-Westfalen wurden darüber hinaus zwei weitere Hauptgruppen einsamer

Menschen identifiziert: die „sozial Abgehängten“ und die „wohlsituierten älteren Alleinlebenden“. Die Gruppe der „sozial abgehängten Menschen“, zeichnet sich durch ein niedrigeres Einkommen, häufige Erwerbslosigkeit und einen überdurchschnittlichen Anteil an Personen mit Migrationshintergrund aus. Die „wohlsituierten älteren Alleinlebenden“ umfassen wirtschaftlich gut gestellte Personen mit einem überdurchschnittlichen Einkommen, sie leben öfter allein, sind älter und weiblicher als der Durchschnitt (Landtag NRW 2022).

Huxold und Henning (2023) kommen zu dem Schluss, dass es älteren Menschen leichter fällt, Einsamkeit zu vermeiden, als sich aus bestehender Einsamkeit zu lösen, denn dieses kostet zusätzliche Energie und Zeit. Insbesondere wenn gesundheitliche Probleme vorliegen, wird die Überwindung der Einsamkeit dann als eine weitere Belastung empfunden.

### **Präventive Hausbesuche und Einordnung des Landesprogramms Gemeineschwester<sup>plus</sup> (GS<sup>plus</sup>)**

Inhaltlicher Schwerpunkt des Landesprogramms GS<sup>plus</sup> sind präventive Hausbesuche für hochbetagte Menschen. Präventive Hausbesuche werden seit geraumer Zeit als Maßnahme zur Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen diskutiert und umgesetzt. Dabei handelt es sich um ein Informations- und Beratungsangebot, das ältere Menschen in ihrem eigenen Zuhause aufsucht, um selbständige Lebensführung und Lebensqualität zu erhalten und zu fördern (ZQP 2013).

Ursprünglich waren präventive Hausbesuche vor allem medizinisch ausgerichtet, sie haben sich jedoch zu sozialräumlich orientierten Programmen mit vielfältigen Ausgestaltungen weiterentwickelt (Renz/Meinck 2020). Das Landesprogramm „Gemeineschwester<sup>plus</sup> kann den sozialräumlich orientierten Programmen zugeordnet werden.

Renz und Meinck (2020) haben den Begriff der sozialräumlich orientierten Hausbesuche in Abgrenzung zu medizinorientierten Programmen diskutiert. Merkmale der medizinorientierten Programme sind selbständige Lebensführung und Lebensqualität eher mit Maßnahmen der medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung zu fördern. Angebunden sind diese Programme/ Projekte an den medizinischen Bereich, z.B. geriatrische Klinik, Ärztenetze oder Hausärzt:innen, die Finanzierung erfolgt über Mittel des Gesundheitssektors.

Sozialräumlich orientierte präventive Hausbesuche legen den Schwerpunkt der Interventionen zur Erhaltung und Stärkung selbständiger Lebensführung und Lebensqualität eher auf die Förderung der Teilhabe sowie die Verbesserung der Zugangschancen und die Inanspruchnahme zu Angeboten und Leistungen. Sie werden von Gebietskörperschaften, (subsidiär beauftragten) Wohlfahrtsverbänden oder Vereinen durchgeführt und sind zumeist über Projektmittel von Sozialministerien, Kommunen und Stiftungen finanziert. Das rheinland-pfälzische Landesprogramm GS<sup>plus</sup> wird bereits seit einigen Jahren durch Haushaltsmittel des Landes finanziert.

Die Maßnahmen die gegenwärtig unter dem Begriff präventiver Hausbesuch angeboten oder diskutiert werden, sind vielgestaltig. Unterschiede in der Ausgestaltung bestehen im Leistungsspektrum (Abb. 1), den Trägern, den Zielgruppen (Alter, Gesundheitszustand), der Profession und Qualifikation der Hausbesucher (von akademisch qualifizierten Beraterinnen bis hin zu ehrenamtlich Tätigen), dem Einsatz von Erhebungsinstrumenten zur Erfassung der Gesundheits- und Lebenssituation, der Anzahl der möglichen Beratungen sowie der Einbettung in die Infrastruktur. Festgehalten werden muss, dass es den präventiven Hausbesuch bzw. ein einheitliches Konzept dazu nicht gibt.

<b>Leistungsspektrum präventiver Hausbesuche</b>
<b>niedrigschwelliges Case Management</b>
<b>punktueller Alltagsbegleitung</b>
<b>umfassende fachliche Beratung</b>
<b>Vermittlung</b>
<b>Information</b>

Abbildung 1: Leistungsspektrum präventiver Hausbesuche

Diese Pluralität der Angebote ermöglicht die notwendige Anpassung an kommunale Infrastrukturen, erschwert jedoch gleichzeitig die Evaluation zur Wirksamkeit und Wirkungen.

Studien zu medizinorientierten präventiven Hausbesuchen werden seit über 40 Jahren international durchgeführt. Die kontrollierten randomisierten Studien zur Wirksamkeit zeigen ein heterogenes Bild, d.h. es konnte kein eindeutiger Nachweis erbracht werden, dass präventive Hausbesuche insgesamt einen positiven Einfluss auf Krankenhauseinweisungen oder die Reduzierung der Anzahl von Pflegeheimenzügen haben, auch bei den wenigen in Deutschland durchgeführten Studien zeigte sich dieses Ergebnis (Renz/Meinck 2020; Barthelmes et al. 2020; Palapar et al. 2024). Erkenntnisse aus kontrolliert randomisierten, sozialraumorientierten Studien liegen für Deutschland nicht vor. Evaluationen der sozialräumlichen Angebote erfolgen aus methodischen Gründen bislang zumeist formativ oder deskriptiv. Die Intervention des sozialräumlichen präventiven Hausbesuchs ist komplex. Die Angebote sind vielgestaltig und eng mit den Entwicklungen im Sozialraum verknüpft. Mittel der Wahl zur Evaluation wäre eine großangelegte multizentrische Studie mit Kontroll- und Interventionskommunen, wie die weiter unten beschriebene Studie aus Norwegen.

Bei der Evaluation von sozialräumlichen Angeboten geht es daher gegenwärtig um Fragen der Machbarkeit, der Nachhaltigkeit und dem Nutzen bzw. der Wirksamkeit auf der Grundlage von Befragungen und subjektiver Einschätzungen. Ein Wirksamkeitsnachweis, wie er in kontrolliert randomisierten Studien angestrebt wird, kann aus diesen Gründen, daher zurzeit nicht erbracht werden. Die Evaluation des Projektes „Gemeindegewest<sup>plus</sup>“ (Küppers et al. 2022) ist vor diesem Hintergrund zu lesen.

In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse, der oben erwähnten, großangelegten Längsschnittstudie aus Norwegen (Bannenberg et al. 2021) interessant. Die Studie betrachtet einen Zeitraum von 2001 bis 2015. Sie vergleicht 24 Interventionskommunen, die präventive Hausbesuche durchführen für die Gruppe der 80-Jährigen und Älteren und 160 Gebietskörperschaften, die weder präventive Hausbesuche anbieten noch planen diese einzuführen. In den Interventionskommunen war die Inanspruchnahme von „home-based care“ höher, die Krankenhauseinweisungen jedoch um 7 % und die Mortalität um 4 % geringer als in den Kontrollkommunen.

In Norwegen liegen die Verantwortung für Leistungserbringung, -finanzierung und zu einem gewissen Ausmaß auch die Ausgestaltung der Langzeitpflege – hierzu zählen auch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in kommunaler Hand – und sind zu 90 % steuerfinanziert (Bannenberg et al. 2021).

Diese Voraussetzungen sind in Deutschland nicht gegeben. Sie zeigen aber das Potential der Verbindung des Angebotes aus einer Hand. Im fragmentierten deutschen Sozial-, Pflege- und

Gesundheitssystem führen die unterschiedlichen Akteursperspektiven immer wieder zu Zielkonflikten hinsichtlich der Leistungserbringung sowie der Ausgestaltung und Bewertung von Interventionen. Beispielhaft soll dies noch einmal an der allgemeinen Diskussion zu präventiven Hausbesuchen verdeutlicht werden.

Ergebnisse aus sozialraumorientierten Projekten in Deutschland deuten darauf hin, dass durch diese, ebenso wie in Norwegen, die Inanspruchnahme z.B. von niedrighschwelligem Angeboten oder Leistungen der Pflegeversicherung gesteigert wird (Gebert et al. 2019). Wird die eher dem sozialräumlichen Hausbesuch zugrundeliegende Zielsetzung, die Zugangschancen für ältere zu Hause lebende Menschen zu gesellschaftlicher Teilhabe, medizinischen und pflegerischen Ressourcen und notwendiger Alltagsversorgung zu erhöhen, als Evaluationskriterium zugrunde gelegt, dann sind die Hausbesuche wirksam, auch wenn dazu mitunter die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung sinnvoll und notwendig ist.

### **Das rheinland-pfälzische Landesprogramm Gemeindeschwester<sup>plus</sup>**

Das Landesprogramm GS<sup>plus</sup> in Rheinland-Pfalz hat sich als gute Möglichkeit zur Ausgestaltung präventiver Hausbesuche bewährt. Es wurde unter Einbezug der Bedarfe und Rahmenbedingungen für Rheinland-Pfalz konzipiert und im Dialog mit dem zuständigen Sozialministerium (MASTD RLP), den kommunal Projektverantwortlichen, durchführenden GS<sup>plus</sup> und anderen für das Sozial-, Pflege- und Gesundheitswesen wichtigen Akteursgruppen im Verlauf angepasst (Gebert et al. 2019; Küppers et al. 2023).

Das rheinland-pfälzische Angebot der GS<sup>plus</sup> richtet sich primär an Menschen ab 80 Jahren, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben. Die Zielgruppe sind Senior:innen, die keinen Pflegegrad haben, aber einen Beratungs- und Unterstützungsbedarf aufweisen. Die GS<sup>plus</sup> führt eine aufsuchende, präventive und gesundheitsfördernde Beratung auf kommunaler Ebene durch. Dies beinhaltet, wenn möglich, die Stärkung vorhandener sozialer Netzwerke sowie den Einbezug vorhandener oder aktivierbarer Ressourcen der hochbetagten Menschen und ihrer Umwelt, zudem vermitteln die GS<sup>plus</sup> wohnortnahe Angebote zur Unterstützung und Teilhabe. Ziel ist darüber hinaus, dass die GS<sup>plus</sup> Beiträge zur bedarfsorientierten Weiterentwicklung der kommunalen und sozialräumlichen Infrastrukturen leisten (MASTD RLP 2023).

Die GS<sup>plus</sup> erbringen in Rheinland-Pfalz also keine Leistungen, die durch ambulante Pflegedienste oder Pflegekassen erbracht werden und von Pflege- oder den Krankenkassen finanziert werden. Sie haben eher eine Lotsen- und Brückenfunktion und sind Ansprechpartner für ältere Menschen. Das Leistungsspektrum (siehe Abb. 1) das abgedeckt wird, reicht von Information bis niedrighschwelliges Case Management und variiert von Kommune zu Kommune je nach kommunalem Bedarf.

Angestellt als GS<sup>plus</sup> sind Pflegefachkräfte, Anstellungsträger der GS<sup>plus</sup> sind die Kommunen (Landkreise, kreisfreie Städte, Verbandsgemeinden oder verbandsfreie Gemeinden) (MASTD RLP 2023). In jeder Kommune gibt es neben den GS<sup>plus</sup> Projektverantwortliche, die das Bindeglied zur Pflegestruktur- und Sozialplanung darstellen. Darüber hinaus werden die Angebote von einer Steuerungsgruppe mit Akteuren aus dem Sozial- und Gesundheitswesen flankiert.

In den Kommunen wird zur Erreichung der Zielgruppen zumeist eine Multikanalstrategie gewählt, mit Öffentlichkeits- und Pressearbeit, Informationsschreiben, Angeboten und Veranstaltungen der GS<sup>plus</sup> sowie der Vorstellung des Angebotes bei Multiplikatoren (Küppers et al. 2023).

Das Angebot ist seit 2023 ein Landesprogramm und soll bis 2026 flächendeckend eingeführt werden (54 Vollzeitkräfte). Das Angebot wird aus Landesmitteln finanziert, im Doppelhaushalt 2023/ 2024 stehen dafür insgesamt 6,45 Millionen Euro zur Verfügung (MASTD RLP 2023).

Im Evaluationsbericht aus dem Jahr 2023 (Küppers et al.) wird folgendes Resümee gezogen:

*„Die gelingende Integration der GS+ spiegelt sich auch in der sehr guten Annahme der Angebote durch die Hochbetagten wider. Die Rückmeldungen der Hochbetagten sind nahezu durchweg positiv. Sie fühlen sich mit der Inanspruchnahme der Angebote der GS+ eher gesehen, sicherer und weniger einsam. Viele konnten ihr alltägliches Bewegungsspektrum ausbauen und ihr psychisches Wohlbefinden verbessern. Das zeigte die Befragung der Hochbetagten und stimmt mit den Rückmeldungen, die die GS+ erhalten, überein.“*

Zum Thema "Einsamkeit" enthält der Bericht folgende Ergebnisse: 59 % der GS<sup>plus</sup> haben zusätzliche Aktivitäten zur Bekämpfung von Einsamkeit entwickelt. Einsamkeit wird von den GS<sup>plus</sup> nach „Hauswirtschaftlicher und pflegerischer Versorgung“ (83 %) als das zweithäufigste Beratungsthema (66 %) genannt. Das mit dem Thema Einsamkeit assoziierte Thema "Soziale Integration und Austausch" ist ebenfalls ein wichtiges Beratungsthema (32 %) (Küppers et al., 2023).

Von den befragten Senior:innen (n=423) gaben 30 % an, sich bei GS<sup>plus</sup> gemeldet zu haben, "um mit Gleichgesinnten in Kontakt zu kommen" und 22 % „Einsamkeit“ als Grund. Der Bericht enthält keine Befragungsergebnisse aus der Gruppe der Senior:innen, ob Maßnahmen der GS<sup>plus</sup> das Einsamkeitserleben in der Kohorte verringerten. Es wurden jedoch Verbesserungen im Kontakt mit Gleichgesinnten festgestellt, 56 % aller befragten Senior:innen gaben an, dass dies für sie „voll und ganz“ oder „eher ja“ zutrefte.

Mit Blick auf Prävention und Verringerung von Einsamkeit sind auch folgende Ergebnisse relevant: 87,5 % der Befragten gaben an, dass ihr Leben in den eigenen vier Wänden durch das Angebot der GS<sup>plus</sup> erleichtert worden sei. Die Teilnehmer:innen empfanden vor allem den Austausch und die Besuche, die Funktion der GS<sup>plus</sup> als Ansprechpartnerin und „Kümmerin“ sowie die bereitgestellten Informationen und Beratung als besonders hilfreich.

### **Chancen und Grenzen eines Angebotes ähnlich des rheinland-pfälzischen Landesprogramms Gemeindegewest<sup>plus</sup>**

Die Ergebnisse des Evaluationsberichts decken sich mit Erkenntnissen aus einer Reihe anderer Projekte, die das DIP im Kontext des präventiven Hausbesuchs durchgeführt hat. Sie sind ermutigend im Hinblick auf die Prävention von Einsamkeit. Angebote mit „Brückenfunktion“ für vereinsamte Menschen aus- und aufzubauen, empfiehlt auch die Enquetekommission Einsamkeit des Landtags Nordrhein-Westfalen (Landtag NRW 2022).

Gerade bei moderater Einsamkeit, also wenn ältere Menschen spüren, dass ihnen soziale Beziehungen fehlen, legt die Evaluation nahe, dass das Angebot der GS<sup>plus</sup> eine gute Möglichkeit darstellt, den vorhandenen Impuls „mit Gleichgesinnten in Kontakt zu kommen“ zu unterstützen. Relevant in diesem Zusammenhang ist zudem die wahrgenommene Erleichterung des Alltagslebens. Insbesondere vor dem Hintergrund der von Huxold und Henning (2023) beschriebenen zusätzlich notwendigen Energie für die Überwindung von Einsamkeit, trägt dieser Punkt dazu bei, dass ältere Menschen mehr Zeit und Kraft aufbringen können, sich um ihre soziale Teilhabe zu kümmern. Zudem legt der Bericht nahe, dass dadurch, dass viele GS<sup>plus</sup> gesellige Initiativen auf den Weg gebracht haben, auch die Kontaktaufnahme durch die GS<sup>plus</sup> vereinfacht

wird. Darüber hinaus erscheint die wahrgenommene Funktion der GS<sup>plus</sup> als Ansprechpartnerin und Kümmerin für die diskutierte Thematik der „Bekämpfung von Einsamkeit“ sehr relevant.

Insgesamt zeigt der umfassende Beratungsansatz der GS<sup>plus</sup>, der auf soziale Netzwerke, Unterstützung und soziale Teilhabe abzielt, vielversprechende Ansätze zur Prävention und möglichen Verringerung von Einsamkeit im Alter und dies sowohl auf der Individualebene als auch als Beitrag zur Sozialraumentwicklung. Prävention von Einsamkeit sollte nicht isoliert betrachtet werden, sondern als integraler Bestandteil eines Angebotes zur Erhaltung und Förderung von selbständiger Lebensführung und Lebensqualität älterer Menschen.

Mit Blick auf die Erreichbarkeit besonders betroffener Zielgruppen, ist die Betrachtung weiterer Hausbesuchsprojekte lohnend. Im Projekt GS<sup>plus</sup> wurde mehrheitlich eine Multikanalstrategie verfolgt, die voraussetzt, dass eine Person selbst aktiv wird. Befunde aus der Literatur (Yamada et al. 2012) und weiteren Hausbesuchsprojekten (Gebert et al. 2021) zeigen, dass mit proaktiven Vorgehensweisen abhängig von der gewählten Methode eine höhere Anzahl von Personen und verschiedene Zielgruppen erreicht werden können. So können beispielsweise aus Anlass eines runden Geburtstages seitens der Kommunalverwaltung Briefe mit einem Beratungstermin versendet werden, der aktiv abgesagt werden muss. Oder es können durch die Vermittlung von Kooperationspartnern (z.B. Hausärzte, Tafel) Personen an die „Hausbesucher:innen“ vermittelt werden. Mit diesen Wegen werden auch Menschen erreicht, die nicht die Ressourcen für eine aktive Kontaktaufnahme aufbringen. Im Projekt „PräSenZ im Quartier“ wurde die Akzeptanzquote von proaktiven Anschreiben (Brief vom Bürgermeisteramt mit Termin und Telefonnummer zur aktiven Absage) für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund ausgewertet. In der Projektkommune Ulm, die anlässlich des 75igsten Geburtstages das Angebot unterbreitete, war die Akzeptanzquote bei Menschen mit Migrationshintergrund 63,5 %, d.h. fast zwei Drittel der kontaktierten Personen dieser Gruppe, konnten mit diesem Vorgehen erreicht werden (Gebert 2020). Auswertungen des Projektes „Präventive Hausbesuche in Kamp-Lintfort“ zeigen ebenfalls eine gute Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund (35 %), darüber hinaus lassen die Auswertungen hier den Schluss zu, dass bei 40 % aller erreichten Personen Hilfebedarf bestand (erheblicher Hilfebedarf = 21%, geringer Hilfebedarf = 22%). Beraten werden bei Hilfe- und Unterstützungsbedarf nicht nur die Hilfebedürftigen, sondern der betroffene Haushalt und damit auch pflegende Angehörige, häufig noch bevor ein Pflegegrad beantragt wird (Gebert 2024). Mit einem proaktiven Zugangsweg können also auch schwer zu erreichende und vulnerable Zielgruppen angesprochen werden.

Ein Angebot wie das der rheinland-pfälzischen GS<sup>plus</sup> ist eine niedrighschwellige Intervention, d.h. intensive Besuchs- und Begleitdienste können nicht geleistet werden, für Angebote dieser Art steht die Zugangs-anbahnung und Vermittlung im Vordergrund. Grenzen müssen ebenfalls gezogen werden, wenn es um die Diagnostik von mit Einsamkeit assoziierten Erkrankungen geht oder die Notwendigkeit von therapeutischen Interventionen.

Auf dem Weg hin zu einer demografiefesten Sozial-, Pflege- und Gesundheitslandschaft ist die Etablierung präventiver Hausbesuche nur ein Baustein. Notwendig sind darüber hinaus langfristig eine Verbesserung der Kooperationsstrukturen über unterschiedliche Handlungsfelder hinweg (z.B. Pflege, Gesundheit, soziale Infrastruktur, Mobilität) (Hoberg et al. 2016), ebenso der Ausbau von Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Bündelung der Maßnahmen könnte in einem „Kompetenzzentrum Seniorenberatung“ erfolgen oder in kommunalen Gesundheitszentren ähnlich wie dies in skandinavischen Ländern der Fall ist und in der Stellungnahme kurz am Beispiel der norwegischen Versorgungsstruktur (Bannenberget al. 2018)



beschrieben wurde. Das DIP unterstützt den gestellten Antrag und empfiehlt nachfolgende Punkte für ein Modellvorhaben:

1. Festlegung eines Rahmenkonzepts

Die Literatur empfiehlt, die Festlegung eines Rahmenkonzepts (Vermeidung von Doppelstrukturen, Abgrenzung zu bereits bestehenden Angeboten) mit Freiheitsgraden in der konkreten kommunalen Ausgestaltung zur Anpassung an regionale Gegebenheiten. In städtischen Regionen mit einer großen Angebotsdichte könnten dann Information zu und die Vermittlung an bereits bestehende andere Angebote Schwerpunkt des Angebotes sein, in ländlichen Regionen hingegen könnte unter Umständen ein Leistungsspektrum das niedrigschwelliges Case Management inkludiert notwendig werden, weil keine weiteren Beratungs- und Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen (Schulz-Nieswandt et al. 2018).

2. Qualifikation der Durchführenden

Im rheinland-pfälzischen Projekt GS<sup>plus</sup> hat sich der Einsatz von für die Durchführung der Aufgabe eigens geschulten Pflegefachkräften bewährt. Mit Blick auf ein mögliches Modellvorhaben in NRW wird die Schulung von langjährig berufserfahrenen Pflegefachkräften empfohlen, denkbar ist auch die Kombination mit qualifizierten Sozialarbeiter:innen, letztere sollten aber nicht alleinig eingesetzt werden. Sollte der Schwerpunkt präventiver Hausbesuche in NRW die Prävention und Verringerung von Einsamkeit sein, müsste dieses Themenfeld zusätzlich vertiefend geschult werden. Mit Blick auf das breite und anspruchsvolle Aufgabenfeld sollten mittel- und langfristige akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in den Kommunen für Aufgaben dieser Art eingesetzt werden (Community Health Nurses).

3. Kommunale Anbindung und flankierende Maßnahmen

Die Einbettung in kommunale Strukturen und die Unterstützung durch kommunal Verantwortliche ist für eine erfolgreich Einbettung in den Sozialraum sowie die Neutralität der Beratung und die Vertrauenswürdigkeit des Angebotes anzustreben (Schulz-Nieswandt 2018). Durch die bereits bestehende hohe Arbeitslast in den Kommunen bei verpflichtenden Aufgaben der Daseinsvorsorge, sind nicht nur für die Berater:innen Ressourcen vorzusehen, sondern auch für diese Einbettung.

Flankierende Maßnahmen, die das kommunale Freizeit-, Teilhabe- und Unterstützungsangebot übersichtlich aufbereiten und dazu informieren sind mitzudenken. Ein gelungenes Beispiel bietet die Homepage des Kantons Zürich in der Schweiz: <https://www.gesund-zh.ch/wohlbefinden/>. Andere einfache Möglichkeiten sind Apps wie z.B. die „Gut versorgt in ...“ App (<https://gut-versorgt-in.de/>), die bereits in einigen Kommunen in NRW genutzt wird.

4. Erprobungszeitraum

Es wird ein Konzeptions-, Implementierungs- und Erprobungszeitraum von mindestens vier Jahren empfohlen. Eine Anschubfinanzierung für die Modellkommunen ist vorzusehen, sowie Gelder für eine wissenschaftliche Begleitung und die Evaluierung des Projektes.

## Literatur

- Bannenberg N.; Forland O.; Iversen T.; Karlsson M.; Oien, H. (2021): Preventive home visits. In: *American Journal of Health Economics*, 7, Nr. 4, 457-496
- Barthelmes I.; Geyer J.; Braeseke G. (2020): Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen präventiver Hausbesuche. Eine explorative Literaturstudie. Ergebnisbericht. Berlin, GKV-Spitzenverband
- Gebert A.; Weidner F.; Weber C.; Ehling C.; Seifert K.; Sachs S. (2019): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modell Projekt Gemeindegewestplus von Juli 2015 bis Dezember 2018. Abgerufen von: [https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere\\_Menschen/AM\\_Dokumente/Abschlussbericht-GSplus-DIP-final.pdf](https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Abschlussbericht-GSplus-DIP-final.pdf) (letzter Aufruf: 24.04.2024)
- Gebert A. (2020): Abschlussbericht „PräSenZ im Quartier“ (PiQ). Unter: [https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte\\_DIP-Institut/DIP-Abschlussbericht\\_PiQ\\_final.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte_DIP-Institut/DIP-Abschlussbericht_PiQ_final.pdf). (letzter Aufruf: 24.04.2024)
- Gebert A.; Brünnett M.; Weidner F. (2021): Präventive Hausbesuche als Beitrag zur Entwicklung sorgender Gemeinschaften in Kommunen. In: *Pflege & Gesellschaft*, H.4, 308-323
- Gebert A. (2024): Präsentation für den Sozialausschuss der Stadt Kamp-Lintfort. Internes Dokument.
- Hampe J. C. (1981): Einsamkeit und Gemeinschaft im Alter. In: *Evangelische Impulse: Forum für Gerontologie, Geriatrie, Pflege, Altenarbeit, Seelsorge* 3 (3), 4–8.
- Huxold O.; Henning G. (2023): The Risks of Experiencing Severe Loneliness Across Middle and Late Adulthood. In: *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 78(10), 1668–1675; <https://doi.org/10.1093/geronb/gbad099>
- Küppers K.; Urbanski-Rini D.; Püschner F. (2023): Evaluation des Projekts „Gemeindegewestplus“. Ergebnisbericht. Hrsg.: GKV-Spitzenverband. Berlin.
- MASTD RLP (2023): Förderung Gemeindegewestplus in Rheinland-Pfalz Förderrichtlinie zur Umsetzung des Beratungs- und Vernetzungsangebots „Gemeindegewestplus“. Unter: [https://mastd.rlp.de/fileadmin/06/04\\_Soziales/Soziales\\_Dokumente/Foerderrichtlinie\\_Gemeindegewest\\_plus\\_Stand\\_21.03.23.pdf](https://mastd.rlp.de/fileadmin/06/04_Soziales/Soziales_Dokumente/Foerderrichtlinie_Gemeindegewest_plus_Stand_21.03.23.pdf). (letzter Aufruf: 24.04.2024)
- Neumann L.; Dapp U.; Böttcher-Völker S.; Kleinhans E.; von Renteln-Kruse W. (2021): Der „Hamburger Hausbesuch für Seniorinnen und Senioren“. *Z Gerontol Geriat* 2021 · 54:471–478
- Palapar L.; Blom J. W.; Wilkinson-Meyers L.; Lumley T.; Kerse N. (2024): Preventive interventions to improve older people’s health outcomes: systematic review and meta-analysis. In: *British Journal of General Practice*, e208-e218
- Renz, J.C.; Meinck, M. (2020): Präventive Hausbesuche für ältere Menschen – eine systematische Bestandsaufnahme ihrer praktischen Anwendung in Deutschland. In: *Gesundheitswesen* 82(4): 339-344.
- Schulz-Nieswandt F.; Köstler U.; Mann K. (2018): Evaluation des Modellprojekts „Gemeindegewestplus“ des Landes Rheinland-Pfalz. Abgerufen von [https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere\\_Menschen/AM\\_Dokumente/Evaluationsbericht\\_END.pdf](https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Evaluationsbericht_END.pdf) (letzter Aufruf: 24.04.2024)

- Yamada Y.; Ekmann A.; Nilsson Ch. J.; Vass M.; Avlund K. (2012): Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?: a cross sectional study in Denmark. BMC Public Health, 12(396), 1-6
- Zacher J.; Prestel P.; Boehnki K.; Fischer L.; Gross M.; Konrad E. (2023): Gutachten Fortentwicklung der Rahmenbedingungen ambulanter Pflegedienste. Unter: <https://stmgp.cloud.bayern> (letzter Aufruf 25.04.2024)
- ZQP (2013): Präventive Hausbesuche. Entwicklung eines methodisch fundierten Dienstleistungskonzepts für Präventive Hausbesuche. Abschlussbericht\_Entwicklung\_Dienstleistungskonzept\_Paeventive\_Hausbesuche.pdf (zqp.de). (letzter Aufruf: 24.04.2024)

### **Web-Adressen**

- Gemeindeschwester<sup>plus</sup>: <https://mastd.rlp.de/themen/soziales/gut-leben-im-alter/gemeindeschwester-plus>. (letzter Aufruf: 24.04.2024)
- Deutsches Zentrum für Altersfragen: <https://www.dza.de/detailansicht/aelteren-menschen-faellt-es-leichter-einsamkeit-zu-vermeiden-als-sich-aus-bestehender-einsamkeit-zu-befreien>. (letzter Aufruf: 24.04.2024)
- Kanton Zürich: <https://www.gesund-zh.ch/wohlbefinden/>
- Gut versorgt in...: <https://gut-versorgt-in.de/>