



Kommunale pflegerische Versorgungszentren (KpVZ)
für eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung

Impuls des BKK Dachverbands

Ein zentraler Aspekt der Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Deutschland – die Veränderung von akuten hin zu chronischen Erkrankungen – ist seit vielen Jahren wahrnehmbar. Und die weiter steigende Zahl älterer und hochbetagter Menschen wird das Pendel noch stärker in Richtung chronischer Erkrankungen ausschlagen lassen. Schon heute bestimmen chronische Erkrankungen wie Muskel-Skelett- und Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus sowie verschiedene Krebserkrankungen das Krankheitsgeschehen¹. Mit dem Morbiditätsgeschehen verändern sich auch die Versorgungsbedarfe deutlich. Darauf muss die Angebotslandschaft reagieren. So ist die strikte Trennung pflegerischer und ärztlicher Versorgungsbereiche stärker denn je überholt. Das gleiche gilt für die Rollen- und Aufgabenverteilung unter den Gesundheitsberufen. Fragen der eigenen Lebensführung und der Alltagsbewältigung mit einer chronischen Erkrankung – und damit originär pflegefachliche Themen – rücken zunehmend ins Zentrum der Versorgungsrealität.

Der demografische Wandel macht auch vor den Gesundheitsberufen selbst nicht Halt und erschwert es zusätzlich, eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Der Altersdurchschnitt der hiesigen Ärzteschaft ist auf rund 54 Jahre gestiegen und insbesondere bei den grundversorgenden Hausärztinnen und Hausärzten ist der Anteil der über 60-jährigen mit über ein Drittel besonders hoch². Die zunehmende innerärztliche Spezialisierung verstärkt diesen Effekt noch. Das bedeutet, tradierte Versorgungsmodelle werden die ärztliche Grundversorgung insbesondere in ländlichen Regionen künftig nicht mehr flächendeckend sicherstellen können. Mangelsituationen in der ärztlichen Versorgung und damit einhergehend die Gefährdung gleichwertiger Lebensverhältnisse prägen bereits seit Jahren die gesundheitspolitischen Debatten – bisher jedoch ohne suffiziente Lösung.

Notwendig sind progressive Ideen, die über tradierte Konzepte und Besitzstandswahrung hinausgehen und sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Menschen orientieren.

Die gute Nachricht: Wir müssen die bestehenden und sich weiter verschärfenden Versorgungsbrüche und Versorgungslücken nicht akzeptieren, wir können ihnen adäquat begegnen, mit *kommunalen pflegerischen Versorgungszentren (KpVZ)*.

In diesen KpVZ übernehmen hochqualifizierte Pflegefachkräfte einen Teil der Primärversorgung und helfen so, die längst obsolete strikte Trennung zwischen ärztlichem

¹ Vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. S. 139-140.

² Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018): Gesundheitsdaten Niedergelassene Ärzte werden immer älter. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php> (12.09.2019).

und pflegerischem Versorgungsbereich zu überwinden. Das bedarf erweiterter pflegerischer Kompetenzen für die gesundheitliche Versorgung – ganz besonders, aber nicht ausschließlich, in ländlichen Räumen.

Der BKK DV schlägt als neuartige Versorgungsbrücke den schrittweisen Aufbau von KpVZ unter der Leitung hochqualifizierter Pflegefachkräfte vor.

Die erweiterten Aufgaben und Kompetenzen schaffen attraktivere Berufsbedingungen für Pflegefachkräfte durch neue berufliche Entwicklungsperspektiven. Das wirkt dem Fachkräftemangel im ambulanten Pflege-Setting entgegen. Auch die Konzentrierte Aktion Pflege (KAP) sieht für die Pflegekräfte erweiterte pflegerische Entscheidungsbefugnisse und Verantwortungsbereiche sowie vereinfachte und verbesserte Möglichkeiten vor, Heilkunde auf Pflegefachkräfte zu übertragen.

Der vorliegende Impuls skizziert die Idee eines KpVZ und beschreibt als Diskussionsgrundlage die sinnvollen neuen Kompetenzen und Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkräfte. Das Papier zeigt darüber hinaus erste notwendige Schritte zur Etablierung der KpVZ auf der Basis bereits bestehender rechtlicher Grundlagen auf. Um die KpVZ umfänglich zu etablieren, müssen allerdings weitere rechtliche Anpassungen folgen.

Das kommunale pflegerische Versorgungszentrum (KpVZ) –

die konkrete Idee:

Ziele

Ein KpVZ ist als Komponente des *Care Managements* und als (pflegefachliche) Brücke zur medizinischen Versorgung einer Stadt oder Region zu verstehen, mit dem die Betreuung und Versorgung von Versicherten verbessert werden, die von Krankheit und Pflegebedürftigkeit bedroht oder betroffen sind. Bereits vorhandene oder perspektivisch entstehende Versorgungsbrüche und -lücken gilt es zu schließen bzw. zu vermeiden. Doppelstrukturen soll es mit den KpVZ ausdrücklich nicht geben.

Die Fachkräfte: Advanced Practice Nurse (APN)

Ein KpVZ sichert, koordiniert, vernetzt und bündelt insbesondere die Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen unter der Führung und Verantwortung entsprechend hochqualifizierter Pflegefachkräfte. Diese verfügen in einem ersten Schritt

über erweiterte medizinische Kompetenzen gemäß § 63 Abs. 3b und 3c SGB V. Langfristiges Ziel ist ein Qualifikationsniveau auf der Ebene einer *Advanced Practice Nurse* (APN)³.

Damit sich auch in der Pflegeausbildung die Anforderungen des veränderten Krankheitspanoramas widerspiegeln, braucht es neben der dreijährigen Berufsausbildung und der hochschulischen Ausbildung auf Bachelorniveau eine dritte Qualifikationsebene: die erweiterte pflegerische Praxis auf Masterniveau. Das ist ein pflegerisches Qualifikationsniveau, das hierzulande bislang weitestgehend unbekannt und wenig etabliert ist. Im internationalen Kontext am ehesten vergleichbar ist diese pflegfachliche Qualifikationsstufe mit einer APN, wie sie in den USA, Kanada oder auch den Niederlanden und Finnland zum Einsatz kommt. Dies sind Länder mit einem Deutschland vergleichbaren Krankheitspanorama.

Es handelt sich also um hochqualifizierte Pflegekräfte, die anerkannte Ausbildungsprogramme absolviert und entsprechend auch ein formales Lizenzierungs-, Registrierungs-, und Zertifizierungsprogramm durchlaufen haben. Dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) zufolge⁴ sind es folgende Aspekte, welche die fachliche (Ausbildungs-)Praxis von APN prägen:

- Verschränkung von Forschung, Studium und klinischem Management
- Case Management
- Durchführung von Assessments, Beratung, Entscheidungsfindung
- Anerkannte und ausgeprägte klinische Kompetenzen
- Anerkennung als erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen
- Das Recht, eine Diagnose zu stellen, Medikamente und Behandlung zu verordnen, Einweisung und Überweisung zu veranlassen
- Titelschutz
- Spezifische, die APN betreffende Gesetzgebung

Internationale Studien haben in diesem Zusammenhang gezeigt, dass zwischen 67 und 93 Prozent aller typischen Tätigkeiten in der Primärversorgung von den genannten Pflegefachkräften mit mindestens gleicher Qualität⁵ abgedeckt werden können. Wie viele APN ein KpVZ benötigt, hängt vom regionalen Bedarf ab, also von Ausmaß und Anteil der Tätigkeiten mit diesem speziellen Anforderungsprofil. Bei den APN handelt es sich um einen neuen (pflegerischen) Berufszweig, der aufgrund seiner erweiterten Qualifikation auf unsere, von grundlegendem Strukturwandel geprägte Gesellschaft –

³ International Council of Nurses (2018). „Definition and Characteristics of the role“. <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles> (18.09.2019).

⁴ Vgl. DBfK (2019): Advanced Nursing Practice – Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. S.11. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf>. (18.09.2019).

⁵ Tauffer, Raphael; Fuchs, Daniel; Focke, Klaus (2018): Pflege: Next Generation, Warum eine erweiterte pflegerische Praxis die Versorgungsqualität verbessert. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik. Jahrgang 72 (4-5), S. 71-72.

einem Konglomerat aus alternder Gesellschaft, zunehmenden chronischen Erkrankungen, (Haus-)Ärztmangel im ländlichen Raum und Digitalisierungsschub – die richtige Antwort geben kann.

Die APN benötigen hierfür einen verbindlichen Rahmen, der die hohen Qualitätsstandards in Ausbildung und Versorgung sichern hilft. Dazu gut geeignet wären z. B. die im Aufbau befindlichen Strukturen der Pflegekammern. Die APN müssten dort zwingend registriert sein und eine festgelegte Anzahl Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen bzw. weiterer Spezialisierungen pro Jahr absolvieren. Anderenfalls würden sie ihre Zulassung verlieren. Die Kammern sind demnach auch für die Zulassung und die Sicherung der fachlichen Qualität verantwortlich.

Aufgabenspektrum der KpVZ

Für Menschen mit stabilen chronischen Erkrankungen erfolgt in diesen neuartigen pflegerischen Versorgungszentren die Versorgung im Sinne eines Case Managements durch speziell ausgebildete Pflegefachkräfte, die im Bedarfsfall die notwendigen ärztlichen und nichtärztlichen Professionen hinzuziehen.⁶ Beratung, Schulung und Anleitung zum Selbstmanagement, aber auch diagnostische und therapeutische Entscheidungen bei Bagatellverletzungen und -erkrankungen sowie stabilen chronischen Erkrankungen entlang der interprofessionell abgestimmten Therapieziele nehmen hierbei eine wichtige Rolle ein. Dazu gehört auch die Triage jeglicher Gesundheitsprobleme über eine zentrale Rufnummer. Anhand eines standardisierten Algorithmus werden die notwendigen pflegerisch-medizinischen Bedarfe eruiert und das weitere pflegerisch-medizinische Vorgehen entsprechend der kommunalen Strukturen durch entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte eingeleitet (Beratungsgespräch, Notdienst des KpVZ, ärztlicher Bereitschaftsdienst, Notaufnahme, Notruf, ...). Unter Berücksichtigung des § 75 Abs. 1a Nr. 1 SGB V wäre in Gebieten, in denen die (primär-) ärztliche Versorgung nicht sichergestellt ist, eine unkomplizierte Anbindung des KpVZ in die zentrale Notrufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes denkbar.

Ein weiteres Aufgabenfeld liegt im Bereich der Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung. Dazu sind die regional ansässigen Gesundheitsprofessionen auf ihren jeweiligen Ebenen einzubeziehen und gut miteinander zu vernetzen. Institutionell und sachlogisch hieran anknüpfen könnten die im Koalitionsvertrag der 19. Wahlperiode erwähnten „Präventiven Hausbesuche“ für Senioren. Diese sind u. a. in Skandinavien im dortigen „Gemeindeschwestern-Konzept“ bereits langjähriger Standard. Als weiteren Mehrwert könnten die KpVZ die gesundheitlichen und präventiven

⁶ Das bedeutet, dass beispielsweise bei einem an Diabetes mellitus Typ II erkrankten Versicherten die entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft die Feinjustierung der intensivierten konventionellen Insulintherapie vollständig übernimmt und verantwortet. Dazu gehört z. B. die Anzahl der Insulineinheiten bei Gewichtsreduktion anzupassen oder für den Versicherten passenden Insulinpen auszuwählen und ihn zum Selbstmanagement anzuleiten. Ärztliche Aufgabe wäre in diesem Fall nach Rücksprache mit dem Behandlungsteam, das grundsätzliche Behandlungsregime (intensivierte Insulintherapie, konventionelle Insulintherapie, supplementäre Insulintherapie etc.) entlang der nationalen Versorgungsleitlinie festzulegen.

Bedarfe auch der pflegenden Angehörigen direkt aufgreifen. Denn der hausärztlichen Versorgung bleibt der direkte und engmaschige Zugang zum zugrundeliegenden Setting, der heimischen Umgebung, zumeist verwehrt.

Die möglichen Aufgaben eines KpVZ im Einzelnen

Medizinische Versorgung/Heilkunde/Verordnungsberechtigung:

- Individuelles Assessment
- Anordnen spezifischer medizinischer Tests und Bildgebung
- Behandeln bei stabilen chronischen Erkrankungen bzw. Bagatellverletzungen
- Verordnungsbefugnis für definierte Arzneimittel
- Erstellen von Folgeverordnungen bzgl. Medikamenten und Heilmitteln
- Verordnen von SAPV (§ 132d SGB V)
- Verordnen von häuslicher Krankenpflege (§ 132a SGB V)
- Verordnen von Pflegehilfsmitteln und Verbandsmitteln (§ 63 Abs. 3b Nr. 1 SGB V)
- Verordnen von Reha-Sport für pflegende Angehörige (§ 64 SGB IX)
- Verordnen von Reha für pflegende Angehörige (§ 40 Abs. 1 und 2 SGB V)
- Konsiliarische Einbindung (persönlich und digital) durch ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen bei komplexen Fragestellungen bei stabilen chronischen Erkrankungen und Bagatellverletzungen oder –erkrankungen
- Regionaler Erstansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen anhand einer standardisierten Rufnummer

(Spezialisierte) Pflegerische Versorgung:

- Ansprechpartner der Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) und der Pflegestützpunkte (§ 7c SGB XI) für die Erbringung und Koordination der pflegerischen Leistung vor Ort
- Versorgen von chronischen und schwer heilenden Wunden als spezialisierte Einrichtung i. S. d. § 37 Abs. 7 SGB V

Beratung und Case Management:

- Erstansprechpartner und Case Manager bei der Entlassung aus dem Krankenhaus insbesondere zur Sicherung und Koordination der anschließenden Versorgung mit Pflege, Hilfsmitteln, Medikamenten und zum Monitoring (z. B. durch Hausbesuche) von Patientinnen und Patienten
- Beratung pflegender Angehöriger bzgl. gesundheitsförderlichen Verhaltens, Hilfe zur Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen etc.
- Beratungsbesuch zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege, der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden (§ 37 Abs. 3 SGB XI)
- Kommunale Beratung (§ 71 SGB XII), die konkreter als Case Management zu fassen und als verpflichtende Aufgabe der Kommunen zu definieren ist

Gesundheitsförderung/Prävention:

- Präventiver Hausbesuch (vgl. Koalitionsvertrag der 19. Wahlperiode)
- Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung in der Region (Kom-mune) mit Fokus auf Verhinderung bzw. Prävention und/oder Verschiebung von Pflegebedürftigkeit sowie die Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung insbe-sondere auch der pflegenden Angehörigen

Kommunen erhalten Schlüsselrolle

Die Kommune ist das ideale Setting, solche pflegerischen Versorgungszentren zu ver-ankern, da hier gesundheitlich belastete Menschen in ihren alltäglichen Lebenszu-sammenhängen erreichbar sind⁷. Zudem befinden sich alle für die KpVZ relevanten Akteure – in ganz unterschiedlichen Konstellationen – vor Ort.

Hochqualifizierte Pflegekräfte stärken angesichts sich verändernder Bedarfe das Fundament der gesundheitlichen Versorgung.

Um die KpVZ versorgungspraktisch gut zu verankern, benötigen die Kommunen größtmögliche Flexibilität für die inhaltlich-konzeptionelle Ausgestaltung des Versor-gungsspektrums. Denn sowohl der Versorgungsbedarf als auch die vorhandene medi-zinisch-pflegerische Infrastruktur, welche die konkrete Ausgestaltung und Konzeption eines KpVZ maßgeblich bestimmen, können von Region zu Region höchst unter-schiedlich sein.

Keine „One-size-fits-all“-Lösung

So könnte z.B. der Bedarf bestehen, dass ein KpVZ in seinen Räumlichkeiten die Ver-sorgung von schwer heilenden und chronischen Wunden als spezialisierte Einrichtung (§ 37 Abs. 7 SGB V) übernimmt. Oder – wenn eine entsprechende pflegerische Ver-sorgung regional nicht sichergestellt ist – könnte es notwendig sein, dem KpVZ einen klassischen ambulanten Pflegedienst in kommunaler Trägerschaft anzugliedern. Sollte die hausärztliche Versorgung vor Ort nicht sichergestellt werden und auch keine ärztlichen Kooperationen zur Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der stationären Pflegeeinrichtung vor Ort verfügbar sein, könnten entsprechend qua-lifizierte Pflegefachkräfte (APN) mit erweiterten Kompetenzen konsiliarisch be-stimmte Tätigkeiten übernehmen. Bei Etablierung der KpVZ wären die Sozialgesetz-bücher V und XI dahingehend zu überprüfen, welche Versorgungszeige sinnvoll und flexibel in ein KpVZ eingebunden werden können und sollten.

⁷ GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2018). Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Berlin. S. 31.

Das letztlich umfassende Versorgungsspektrum eines KpVZ, welches teambasiert, ganzheitlich und eigenverantwortlich angelegt ist, dürfte insbesondere die Pflegefachkräfte anziehen, die sich eine berufliche Weiterentwicklung mit erweitertem Tätigkeitsfeld wünschen. Welch hohe Anziehungskraft innovative Modelle auch in Zeiten des Pflegefachkräftemangels entwickeln, zeigt das Beispiel „Buurtzorg“ aus den Niederlanden⁸, denn solche Modelle sprechen die originäre Berufsmotivation der Pflegenden an.

Die Kommune ist im Rahmen einer wirksamen Umsetzung gemeinsam mit ihrem Bundesland, den Leistungserbringern und den Kostenträgern dafür verantwortlich, Gesundheitsziele für bestimmte Regionen (Kommunen) anhand epidemiologischer Daten zu formulieren, umzusetzen, zu überwachen und regelmäßig weiterzuentwickeln.

Versorgungsauftrag und Trägerschaft

Das KpVZ hat einen definierten pflegerisch-medizinischen Versorgungsauftrag für eine bestimmte Region (Kommune), der die oben genannten Aspekte abbildet. Die Voraussetzung für eine Zulassung kann die Empfehlung durch die gemeinsamen Landesgremien (§ 90a SGB V) sein. Eine enge Abstimmung mit der jeweiligen Kommune ist dabei notwendige Voraussetzung. Für die konkrete Zulassung eines KpVZ durch die Kommunen wäre eine spezielle Parallelregelung zu § 95 Abs. 1a SGB V denkbar, nach welcher es den Kommunen bereits heute möglich ist, herkömmliche Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen.

Um die skizzierten Aufgaben eines KpVZ im Sinne der Versicherten vor Ort zu gewährleisten und die erweiterte pflegerische Versorgung sicherzustellen, sollten die angeordneten Zentren in der Trägerschaft bzw. Verantwortung der Kommunen bzw. des für die Hilfe zur Pflege zuständigen Sozialhilfeträgers liegen. Den Startschuss müssen die Bundesländer geben, indem sie entsprechende landesrechtliche Vorschriften erlassen und den jeweiligen regionalen Versorgungsbedarf ermitteln.

Auch die das Bundesrecht konkretisierende inhaltliche Ausgestaltung sollte den Ländern in enger Abstimmung mit den überörtlichen Sozialhilfeträgern obliegen. Auf diese Weise lässt sich die Rolle der Kommune in der Pflege stärken und die pflegerische Tätigkeit um Aspekte der Daseinsvorsorge erweitern⁹.

Finanzierung und Personal

Den KpVZ unter der Leitung von spezialisierten Pflegefachkräften steht im Rahmen ihres Versorgungsauftrags ein Versorgungsbudget für die Region zu. Dieses setzt sich

⁸ Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland e.V. (2018): Projekt „BUURTZORG“. <https://www.gewi-muensterland.de/de/die-gesundheitsregion/projekt-buurtzorg/> (17.06.2019).

⁹ Dies schließt im Bedarfsfall auch die Versorgung mit Arzneimitteln ein. In der Region eines KpVZ sollte mindestens eine Apotheke ansässig sein.

zusammen aus Mitteln des Bundes, der Länder bzw. Kommunen sowie der gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des KpVZ sind aufgrund der dargestellten Trägerschaft angestellte Pflegefachkräfte.

Die sich „überlappenden“ Leistungen aus pflegerischem und ärztlichem Versorgungsauftrag rechnet das KpVZ im Sinne einer teambasierten Versorgung ab. Sofern möglich, kann es ergänzend sinnvoll sein, eine Hausärztin/einen Hausarzt über die Kommune anzustellen. Dies reduziert die Schnittstellen nochmals deutlich und ermöglicht eine effektive und effiziente Integration des pflegerischen und ärztlichen Versorgungsauftrags im Sinne einer teambasierten Versorgung.

Vernetzung und Digitalisierung

Um den Versorgungsauftrag erfüllen zu können, bedarf es einer Anbindung der KpVZ an die Telematik-Infrastruktur und einer vollständigen Digitalisierung sowohl der Patientendaten als auch der Kommunikation (Datenaustausch) und Abstimmung mit den beteiligten Netzwerkpartnern. Über lebendige Netzwerke sind unbürokratische Abstimmungs- und Informationswege mit allen an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten in der Region (Kommune) wichtig. Je nach epidemiologischem Bedarf ist die Integration von weiteren Fachpersonen und Fachgruppen angezeigt.¹⁰

Erste Schritte auf dem Weg zum KpVZ

Um KpVZ implementieren zu können, sind etwaige Modellvorhaben gemäß § 63 Abs. 3b und 3c SGB V schnellstmöglich umzusetzen. In den Sozialgesetzbüchern V und XI bedarf es umfassender rechtlicher Änderungen, um die KpVZ dauerhaft als Teil der gesundheitlichen Versorgung einzuführen:

- Dem Vereinbarungstext der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) folgend, sollten die Bundesmantelvertragspartner auf der Grundlage der gesetzlichen Regelungen bis zum 31.12.2019 das Nähere zur Anpassung der entsprechenden Vordrucke und treffen Vereinbarungen bzgl. einer lebenslangen Leistungserbringer- und Betriebsstättennummer zur Umsetzung des § 63 Abs. 3b und 3c SGB V verhandeln.¹¹ Da diese Frist nicht eingehalten wurde, muss nun der Gesetzgeber die entsprechende gesetzliche Grundlage zeitnah schärfen. Durch die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) sind zeitnah insbesondere für den Kompetenzerwerb nach § 63 Abs. 3b und 3c SGB V bundesweit standardisierte Module zu erarbeiten.

¹⁰ Je nach Bedarf könnten dies beispielsweise zahnmedizinische Fachangestellte sein, mit der Aufgabe, die Mundgesundheit zu fördern, zu erhalten und Schäden zu vermeiden. Hierzu liefert das im Rahmen des Innovationsfonds vom BKK Dachverband und der Universität Bremen initiierte Projekt „MundPflege“ gute Anknüpfungspunkte.

¹¹ Bundesministerium für Gesundheit (2019): Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung. Vereinbarungstext. Ergebnisse der Konzertierten Aktion Pflege. Arbeitsgruppe 3. S. 100 ff.

- Der Abschluss der Qualifikationen nach § 63 Abs. 3b und 3c SGB V entspricht einer Hochschulzugangsberechtigung.
- Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sollte diese Qualifikationen insbesondere für erfahrene Pflegefachkräfte im Rahmen einer berufsbegleitenden Qualifikation öffnen.
- In den folgenden Jahren entwickelt die Fachkommission unter Hinzunahme pflegerischer und ärztlicher Fachexpertise weitere standardisierte Module, die im Sinne eines Aufbaustudiums bis zum Kompetenzniveau einer APN reichen. Konzeptionelle Anknüpfungspunkte hierfür ergeben sich u. a. aus dem von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Projekt „community health nursing“. Auch hier sind berufsbegleitende Qualifikationswege entscheidend.
- Der Bund unterstützt die Bundesländer mit einem entsprechenden Förderprogramm beim Aufbau der ersten 60 KpVZ. Im Gegenzug müssen die Länder bzw. Kommunen bestimmte standardisierte Gesundheitsdaten regelhaft erheben. Die Kommunen sind zu verpflichten, Gesundheitsziele anhand epidemiologischer Daten zu formulieren, umzusetzen, fortlaufend zu evaluieren und die Versorgungsstrukturen anzupassen. Adressiert sind hier insbesondere Kommunen in Flächenländern, in den sogenannten neuen Bundesländern, solche mit niedriger Bevölkerungsdichte, mit einer hohen Anzahl an Pflegebedürftigen sowie Kommunen, die von der heutigen gesundheitlichen Primärversorgung schlecht erreicht werden. Bezugspunkt kann hier die Demographie-Typisierung des *Wegweiser Kommune*¹² sein.
- Es findet eine entsprechende Begleitevaluation statt, die qualitative und quantitative Aspekte berücksichtigt und repräsentative Aussagen zum Effekt der KpVZ auf die gesundheitliche Versorgung in den Kommunen ermöglicht.
- Sollte der Aufbau eines KpVZ mit einer Reduzierung oder Umwidmung von Krankenhauskapazitäten einhergehen, ist dies durch den Krankenhausstrukturfonds gesondert zu fördern.

¹² Vgl. Bertelsmann Stiftung (2017). *Wegweiser Kommune. Demographietypisierung. Methodisches Vorgehen und empirische Befunde*. Gütersloh. URL: https://www.wegweiser-kommune.de/documents/10184/10615/Methodik_Clusterung.pdf/05a1b137-7dbf-4bf4-828d-9a097a4f3805 (Zugriff am 01.08.2019).

Bei Fragen... Fragen!

BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85 10117 Berlin

TEL (030) 2700406-200

FAX (030) 2700406-191

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

Titelbild © Attila Barabas / 183992871 / Thinkstock