

Finanzierung der Community Health Nurse: Herausforderungen und Lösungen – aus der Sicht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Wie soll / muss die Finanzierung der CHN in der Zukunft aussehen?

5 Thesen zur Einstimmung

- CHN als Investition: Kostensenken durch bessere Versorgung
- Ergebnis zählt: Finanzierung an Versorgungsqualität koppeln
- Sektorengrenzen auflösen: Finanzierung aus einem gemeinsamen Topf
- Mehr als nur Geldgeber: Kranken- und Pflegekassen als Gestalter
- Von der Modellphase in die Regelfinanzierung: Kein steckenbleiben in der Innovationsfalle



Wo stehen wir aktuell?



CHNs sind bisher nicht flächendeckend in die Regelversorgung integriert.

Aber: Bestehende Finanzierungswege können genutzt werden.

- Krankenhaus: im Rahmen des Pflegebudget können CHNs als Teil der Krankenhauspflege refinanziert werden.
- Ambulante Versorgung: Selektivverträge zwischen Krankenkassen, Gesundheitszentren und ambulanter Versorger zur Refinanzierung von CHNs.
- Pflegeeinrichtungen: Hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen können in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen eingesetzt und refinanziert werden .

Warum tun sich die Kranken- und Pflegekassen trotzdem schwer?

„Wo CHN draufsteht, ist nicht klar, was drin ist“ – und genau das verhindert eine systematische Finanzierung!

Beispiele:

Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in der vollstationären Langzeitpflege

- Hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen ab Qualifikationsniveau (QN) 6 sind weder bei der Klassifizierung der Interventionen noch beim Algorithmus berücksichtigt.
- Modellvorhaben zur Einbindung hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen läuft noch und dann auch nur mit einer Berücksichtigung bis QN 6

Berufszulassung maßgebend

- Berufszulassungsgesetze sind für Sozialversicherungsgesetze bindend
- Hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen (Bachelor) haben durch das Zulassungsgesetz Zugang zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung
- Zugang für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen mit erweiterter Expertise (Masterniveau) ungeklärt

Modellvorhaben nach § 123 SGB XI

Die acht Handlungsfelder



Zusammenarbeit aller Akteure vor Ort und im Quartier

- Spielraum für die Entwicklung **lokaler, innovativer** Konzepte
- Gestaltung länderspezifischer / regionaler Angebote

Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung

- Integraler Bestandteil der Förderung
- Organisation durch Land, Länder-übergreifend oder bundesweit möglich

1. die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu erleichtern,
2. den Zugang zu den vorhandenen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu verbessern,
3. die Pflegeprävalenz positiv zu beeinflussen,
4. den Fachkräftebedarf zu decken sowie ehrenamtliche Strukturen aufzubauen,
5. eine bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung zur Entwicklung des Sozialraumes zu unterstützen,
6. Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements auf- und auszubauen und zu stabilisieren,
7. innovative Konzepte zur Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität zu entwickeln oder
8. die Pflegeangebote untereinander digital zu vernetzen.

Laufzeit max. 4 Jahre

- Frühestens ab 01.01.2025
- Endet spätestens am 31.12.2028
- Keine Zusage für Anschlussfinanzierung resp. Übernahme in Regelversorgung
- Nachträgliche Abrechnung der im Förder-/Finanzierungszeitraum entstandenen Kosten bis zum Ende des Kalenderjahres nach Förderzeitraum
- Keine Finanzierung entstandener (nachlaufender) Kosten außerhalb des Finanzierungszeitraumes

Modellvorhaben nach § 123 SGB XI

Die Rolle der CHN nach § 123 SGB XI:

- Bindeglied zwischen Pflege, Gesundheitsförderung und sozialem Umfeld
- Beratung & Unterstützung für Bürger:innen, besonders vulnerable Gruppen
- Aufsuchende, quartiersnahe Arbeit: Gesundheitschecks, Schulungen, Vernetzung

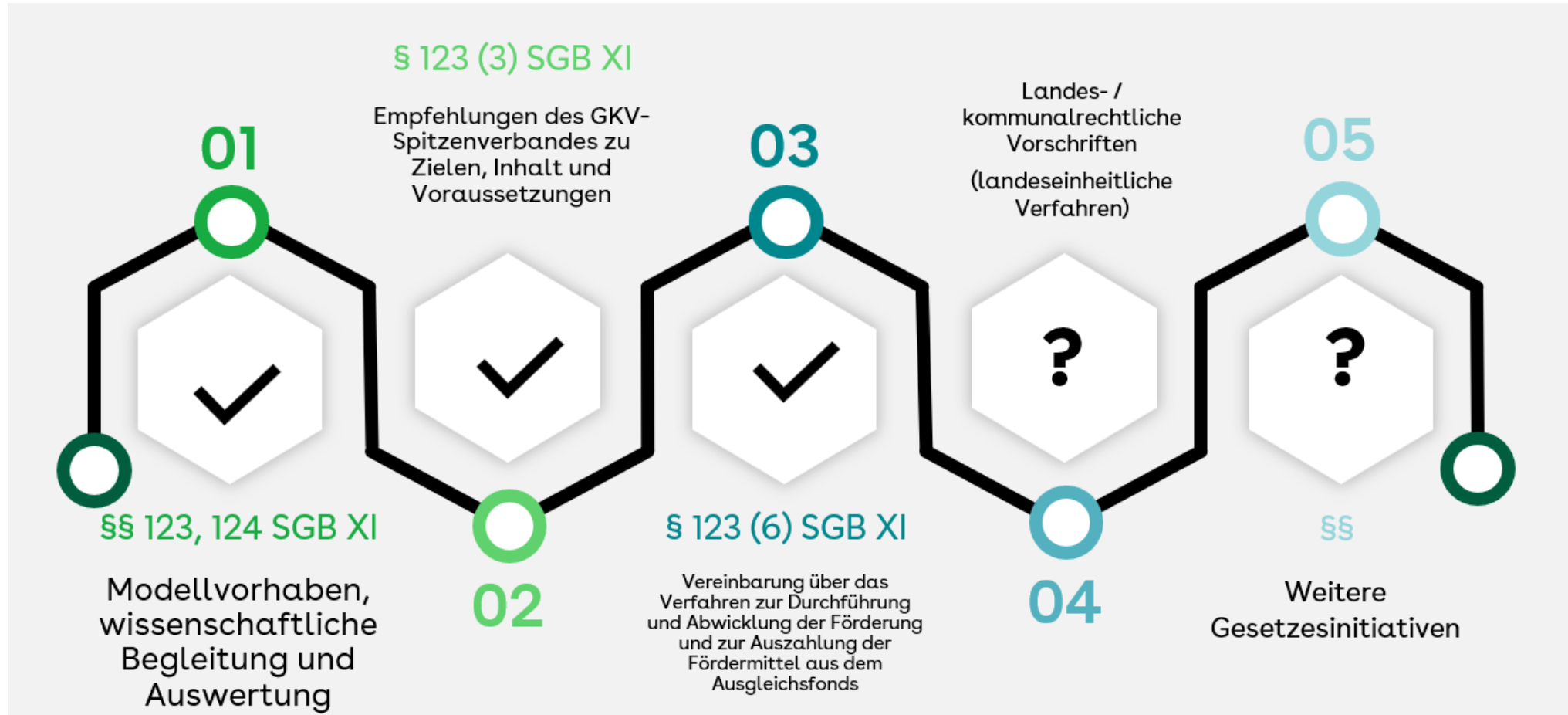
Modellvorhaben: Wie funktioniert das in der Praxis?

Kofinanzierung 60 Mio. € insgesamt p.a.

- 30 Millionen der SPV (davon 7 % PPV)
- 30 Mio. € der Länder /kommunalen Gebietskörperschaften
- CHN als Teil einer integrierten Sozialraumplanung
- Zusammenarbeit mit Kommunen, Pflegekassen & lokalen Akteuren
- Schnittstelle zu Präventions- und Versorgungsstrukturen (z. B. Pflegestützpunkte, Ärzt:innen, Nachbarschaftsnetzwerke)



Notwendige Vorarbeiten zur Umsetzung



Prävention in der häuslichen Pflege: Verknüpfung SGB V und SGB XI

Vorschlag aus dem Pflegekompetenzgesetz: Zugang zu Präventionsleistungen nach § 20 Abs. 5 SGB V auch für die häusliche Pflege

- Stärkung des Zugangs zu Präventionsleistungen der GKV für Pflegebedürftige in der Häuslichkeit
- CHNs als mögliche Schlüsselakteure für Präventionsempfehlungen (§§ 7a, 7c, 37 Abs. 3, 36 SGB XI)
- Unterstützung der Bedarfserhebung gemäß geplanter Neuregelung von § 5 SGB XI
- Präventive Beratung direkt in der häuslichen Umgebung – niedrigschwelliger Zugang für Pflegebedürftige

Erweiterte Pflegekompetenzen

§ 15a SGB V – Kodifizierung heilkundlicher Aufgaben

- Legt fest, dass Pflegefachpersonen neben pflegerischen auch heilkundliche Leistungen erbringen können.
- Stärkt den Pflegeberuf als eigenständigen Heilberuf – vorausgesetzt, Zusatzqualifikationen liegen vor.

73d SGB V – Erweiterte Heilkundliche Leistungen

- Pflegefachpersonen dürfen eigenständig heilkundliche Aufgaben übernehmen (z. B. Wundmanagement, Diabetes-/Demenzversorgung).

Pflegeberufegesetz

- Regelt Ausbildung, Qualifikation und Vorbehaltsaufgaben in der Pflege.
- Schafft den rechtlichen Rahmen für die Modernisierung und Erweiterung der Pflegekompetenzen.

Erweiterte Pflegekompetenzen: Lösung zur Finanzierung?

Übergang vom Modellvorhaben in die Regelversorgung:

- Es fehlt eine klare Regelung, wie Versicherte in der Regelversorgung den Zugang zu einer Pflegefachperson mit erweiterten Kompetenzen erhalten – derzeit gilt dies nur, wenn die Pflegefachperson in der Vertragsarztpraxis angestellt ist.

Unklare diagnostische Kompetenzen:

- Die Gesetzesbegründung liefert Beispiele, lässt aber offen, ob Pflegefachpersonen auch Diagnosen stellen dürfen (z. B. bei Exsikkose oder einfache Diagnosen in der Vertragsarztpraxis).

Abweichungen in der Arzneimittel-/Medizinproduktverordnung:

- In der Regelversorgung fehlen jedoch konkrete Regelungen – beispielsweise, wie Pflegefachpersonen an Infusionsmaterialien gelangen, um eine Exsikkose zu behandeln.

Vertragliche Rahmenbedingungen und Abrechnungsmodalitäten:

- Alle Versorgungsorte (Pflegeeinrichtung, Krankenhaus, Vertragsarztpraxis) sollten als Vertragspartner einbezogen werden, daher müssen die Abrechnungsbestimmungen müssen differenzieren – aktuell fehlt eine klare Unterscheidung je nach Versorgungsort.

CHN als Teil einer interprofessionellen, sozialraumbezogenen Versorgung



Die aktuelle Finanzierung im Gesundheitswesen ist fragmentiert: Krankenkassen, Pflegekassen und Kommunen finanzieren jeweils getrennt – obwohl eine koordinierte, sozialraumbezogene Gesundheitsversorgung nur in interprofessionellen Teams funktioniert. Die Community Health Nurse kann eine Schlüsselfunktion in dieser Struktur übernehmen.

☑ Lösung:

- Ko-Finanzierung zwischen Krankenkassen, Pflegekassen und Kommunen
- Gemeinsame Versorgungsbudgets statt getrennter Finanzierungslogiken
→ Ermöglicht eine flexible und bedarfsgerechte Versorgung.

💡 Schlussfolgerung:

Die CHN kann kein Einzelprojekt bleiben, sondern muss als Teil eines sektorenübergreifenden Teams in die Regelversorgung eingebunden werden. Wenn wir weiterhin in getrennten Finanzierungstöpfen denken, verhindern wir eine echte, koordinierte Versorgung!

Vielen Dank

Yvonne Ehmen

AOK-Bundesverband