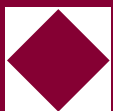


Martin Burgi | Gerhard Igl

Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten
der Etablierung von Community Health Nursing
(CHN) in Deutschland



Nomos

<https://doi.org/10.5771/9783748924319-1>, am 06.05.2024, 09:01:38

Open Access –  – <https://www.nomos-elibrary.de/agb>

Band 61

Schriften zum Sozialrecht

hervorgegangen aus den von Prof. Dr. Ulrich Becker begründeten
„Schriften zum deutschen und europäischen Sozialrecht“

Herausgegeben von

Prof. Dr. Peter Axer | Prof. Dr. Ulrich Becker, LL.M. | Prof. Dr. Karl-Jürgen
Bieback | Prof. Dr. Winfried Boecken | Prof. Dr. Frauke Brosius-Gersdorf |
Prof. Dr. Hermann Butzer | Prof. Dr. Ulrike Davy | Prof. Dr. Ingwer Ebsen |
Prof. Dr. Dr. h.c. Eberhard Eichenhofer | Prof. Dr. Maximilian Fuchs | Prof.
Dr. Richard Giesen | Prof. Dr. Alexander Graser | Prof. Dr. Stefan Greiner |
Prof. Dr. Andreas Hänlein | Prof. Dr. Friedhelm Hase | Prof. Dr. Timo Hebel |
Prof. Dr. Hans Michael Heinig | Prof. Dr. Stefan Huster | Prof. Dr. Gerhard Igl |
Prof. Dr. Constanze Janda | Prof. Dr. Jacob Jousen | Prof. Dr. Markus
Kaltenborn | Prof. Dr. Thorsten Kingreen | Prof. Dr. Wolfhard Kohte | Prof.
Dr. Katharina von Koppenfels-Spies | Prof. Dr. Heinrich Lang | Prof. Dr. Elmar
Mand | Prof. Dr. Johannes Münder | Prof. Dr. Katja Nebe | Prof. Dr. Ulrich Preis |
Prof. Dr. Stephan Rixen | Prof. Dr. Christian Rolfs | Prof. Dr. Reimund
Schmidt-De Caluwe | Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer | Prof. Dr. Felipe
Temming | Prof. Dr. Astrid Wallrabenstein | Prof. Dr. Raimund Waltermann |
Prof. Dr. Felix Welti

Martin Burgi | Gerhard Igl

Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten
der Etablierung von Community Health Nursing
(CHN) in Deutschland



Nomos

Die Veröffentlichung der Druckausgabe sowie die Open Access-Veröffentlichung der elektronischen Fassung wurde von der Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms „Community Health Nursing“ ermöglicht.



Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage 2021

© Martin Burgi | Gerhard Igl

Publiziert von
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3-5 | 76530 Baden-Baden
www.nomos.de

Gesamtherstellung:
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3-5 | 76530 Baden-Baden

ISBN (Print): 978-3-8487-8042-6

ISBN (ePDF): 978-3-7489-2431-9

DOI: <https://doi.org/10.5771/9783748924319>



Onlineversion
Nomos eLibrary



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz.

Hinweis der Autoren

Das vorliegende Rechtsgutachten wurde in Teil 1 und 2 von Prof. Dr. Gerhard Igl, in Teil 3 und 4 von Prof. Dr. Martin Burgi, und in Teil 5 von beiden Autoren verfasst. Dieses Gutachten steht in allen Teilen in der gemeinsamen Verantwortung der beiden Autoren.

München/Hamburg

September 2020

Prof. Dr. Martin Burgi

Prof. Dr. Gerhard Igl

Vorwort der Robert Bosch Stiftung GmbH. Community Health Nursing – warum?

Seit langem wird der demografische Wandel in Deutschland thematisiert und auf die damit einhergehenden Herausforderungen aufmerksam gemacht. Die kommenden zehn Jahre werden entscheidend sein. Denn die Babyboomer-Jahrgänge werden in den Ruhestand eintreten und erreichen ein Alter, in dem sich viele, vor allem chronische Erkrankungen manifestieren. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen sind laut Robert Koch-Institut 76 % der Frauen und 68 % der Männer von zwei und mehr Erkrankungen betroffen. Das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung prognostiziert einen Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen von rund 2 Millionen bis zum Jahr 2050.

Damit wird es zu erhöhten Anforderungen an das Gesundheitsversorgungssystem kommen. Den oft komplexen Bedarfen und der Kontinuität in der Betreuung chronisch Kranker kommt dabei eine erhebliche Bedeutung zu. Die Unterstützung der wachsenden Zahl älterer und alleinstehender Menschen verstärkt ebenfalls eine koordinierte Verknüpfung von medizinisch-pflegerischen Leistungen mit Aktivitäten des Quartiersmanagements im kommunalen Lebensumfeld. Eine Antwort darauf ist eine gut entwickelte Primärversorgung, die gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Maßnahmen umfasst und die – einem gemeindenahen Ansatz folgend – eine multiprofessionelle und integrative Versorgung so nahe wie möglich an den Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen bringt.

Sie beinhaltet die akute Behandlung von Betroffenen mit punktuellen Gesundheitsproblemen und die Langzeitversorgung chronisch kranker Menschen.

In Deutschland gibt es seit einiger Zeit Bemühungen, die Primärversorgung zu stärken, den zunehmenden Mangel an Hausärzten in ländlichen Regionen und unterversorgten Gebieten wie benachteiligten Stadtteilen aufzufangen sowie die sektorale Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden. Das von der Robert Bosch Stiftung geförderte Modell der Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung „PORT“ bahnt Wege in diese Richtung. Dem international anerkannten Berufsprofil der „Community Health Nurse“ kommt in den Zentren eine zentrale Rolle zu. Als konstitutiver Part eines multi-

professionellen Teams gewährleistet sie Koordination und Kontinuität der Patientenversorgung.

Aber auch außerhalb von Gesundheitszentren könnten „Community Health Nurses“ tätig werden, zum Beispiel im Bereich der öffentlichen Gesundheit mit Tätigkeiten wie Screenings, Vorsorgeuntersuchungen und Bedarfserhebungen. Die Erfahrung mit der Corona-Pandemie eröffnet diverse Einsatzmöglichkeiten und unterstreicht die zunehmende Bedeutung und Bedarf an qualifiziertem Personal auch in diesem Bereich.

„Community Health Nurses“ können somit wesentliche Beiträge zu einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung in Deutschland leisten. Ihr erweitertes Aufgabenprofil bietet zudem attraktive Perspektiven für die berufliche Weiterentwicklung in der Pflege.

Seit 2017 arbeitet die Robert Bosch Stiftung mit der Agnes-Karll-Gesellschaft in Kooperation mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. daran, das Berufsbild der „Community Health Nurse“ in Deutschland einzuführen und zu verankern. Auf eine detaillierte Beschreibung des Profils folgte die Entwicklung der Curricula von Masterstudiengängen, die mit Förderung der Robert Bosch Stiftung an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, der Katholischen Stiftungshochschule München und der Universität Witten-Herdecke ab Wintersemester 2020/21 angeboten werden.

Wesentlich für die Verankerung der Rolle in der Berufspraxis ist es, sie im Berufsrecht sowie Leistungs- und Leistungserbringungsrecht zu verorten und die Wege aufzuzeigen, die schon heute genutzt werden können. Darüber hinaus ist der Blick auf die Wege zu richten, die erforderlich sind, um das Potenzial der „Community Health Nurse“ voll umfänglich zu erschließen. Das vorliegende Rechtsgutachten zeigt auf, wie dies gelingen kann. Es soll diejenigen Verantwortlichen in Politik und Fachkreisen unterstützen, die den Mut haben, Veränderungen für eine zukunftsfähige Primärversorgung einzuleiten.

Unser Dank geht an die Autoren dieses Fachbuchs sowie an die Agnes-Karll-Gesellschaft und den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V.

Vorwort der Agnes-Karll-Gesellschaft. Pflege macht sich stark – in der Primärversorgung

Das international bewährte Konzept Community Health Nursing (CHN) könnte auch in Deutschland wirkungsvoll die Gesundheitsversorgung sichern und verbessern. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) setzt sich seit langem für die Professionalisierung der Pflege ein. Besonderer Fokus liegt auf der Entwicklung von Public Health-geprägten Rollen in der Primärversorgung.

Hilfreich für das Verständnis von CHN ist ein Blick ins Ausland, wie z.B. Skandinavien und Kanada: Speziell qualifizierte Pflegefachpersonen, Community Health Nurses, sind eigenverantwortlich in der Primärversorgung tätig. Vor allem für Menschen mit chronischen Krankheiten und komplexen Gesundheitsproblemen ist Community Health Nursing sehr hilfreich. Als Lotse/in und erste Ansprechpartner/in zu Gesundheit und Krankheit übernehmen diese den Erstkontakt und ggfs. die weitere Behandlung. Sie beraten, koordinieren, begleiten und befähigen. Pflegefachpersonen mit diesem speziellen Profil können aber auch in Schulen als School Nurses oder in Betrieben zur betrieblichen Gesundheitspflege eingesetzt werden.

Deutschland ist reif für dieses Konzept. Immer noch herrscht eine tradierte und mittlerweile überholte Aufgabenverteilung vor, bei der der Arzt die dominierende Rolle spielt. Der Schwerpunkt der Versorgung kranker Menschen liegt bei der Akutbehandlung. Es fehlen jedoch sektorenübergreifende und gut erreichbare niedrigschwellige Versorgungsstrukturen für Menschen mit komplexen Problemlagen. Das wären typische Einsatzfelder für hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen.

Allmählich beginnt auch in Deutschland ein Umdenken und es werden neue Rollen- und Aufgabenverteilungen im Gesundheitswesen diskutiert. Anzeichen dafür sind z.B.

- die Diskussionen im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) zur Aufgabenübertragung an Pflegefachpersonen;
- das Inkrafttreten des Pflegeberufgesetzes Anfang 2020, welches die Ausbildung für Pflegefachpersonen grundlegend reformiert, die Spezia-

- lisierung durch eine hochschulische Pflegeausbildung fördert und zum ersten Mal nur den Pflegefachberufen vorbehaltene Aufgaben beschreibt;
- die Erprobung neuer Versorgungsformen, gefördert durch Mittel des Innovationsfonds, z.B. das Projekt FAMOUS – Fallbezogene Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses (APN).

Darüber hinaus hat die Bundesregierung einen Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) beschlossen: der ÖGD soll gestärkt werden, um so einen nachhaltigen Beitrag zur Bevölkerungsgesundheit zu leisten. Wünschenswert wäre es, den ÖGD wieder dahin zu führen, wo er ursprünglich angesiedelt war, nämlich bei der Gesundheitsförderung und Prävention. Auch dabei können Community Health Nurses eingesetzt werden und Nutzen stiften, insbesondere durch Aktivitäten im Bereich Public Health.

Immer noch aktuell sind die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007, 2009, 2014): Darin wird für eine neue Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, eine stärkere Zusammenarbeit von ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, den Aufbau von lokalen Gesundheitszentren und der stärkeren Einbeziehung der Pflegeberufe insbesondere zur Prävention von Pflegebedürftigkeit plädiert.

Die Pflege steht dafür in den Startlöchern! Durch die zunehmende Professionalisierung der Pflegeberufe steigt der Anteil hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen. In den vergangenen Jahren sind Studienangebote sowohl auf Bachelor- als auch auf Masterniveau entstanden. Die Agnes-Karll-Gesellschaft im DBfK arbeitet eng mit drei Hochschulen zusammen, um die Masterprogramme zu Community Health Nursing mit Leben zu füllen. Das Angebot wird zunehmend angenommen und die Absolvent/innen werden neue berufliche Rollen besetzen können, sei es in der Häuslichkeit, als School Nurse, in der stationären Langzeitpflege oder in der sonstigen gesundheitlichen Versorgung.

Konzeptioneller Rahmen dafür ist das international etablierte „Advanced Practice Nursing“ (APN). Eine Ausprägung von APN ist Community Health Nursing. Um das volle Potenzial dieser Rolle zu nutzen, ist jedoch eine Neujustierung der Aufgabenverteilung mit einer Erweiterung von Zu-

ständigkeiten der Pflegefachpersonen erforderlich. Um hier mehr Klarheit und Handlungssicherheit für alle zu stiften hat die Robert Bosch Stiftung das vorliegende Gutachten bei den Professoren Dr. Gerhard Igl und Dr. Martin Burgi beauftragt. Es wird dazu beitragen, Handlungsfelder für Pflegeberufe weiter zu entwickeln und das Aufgabenprofil zu schärfen – für hohe Versorgungsqualität und Sicherheit für die Menschen mit unterschiedlichsten Versorgungsbedarfen. Großer Dank gilt den Autoren sowie der Robert Bosch Stiftung, die dieses Gutachten ermöglicht hat.

Agnes-Karll-Gesellschaft

Dezember 2020

Inhaltsübersicht

Vorwort der Robert Bosch Stiftung GmbH. Community Health Nursing – warum?	7
Vorwort der Agnes-Karll-Gesellschaft. Pflege macht sich stark – in der Primärversorgung	9
1 Sachverhalte – Vorfragen	25
2 Berufsrecht	38
3 Leistungsrecht (Leistungen, Leistungserbringung und Leistungsvergütung)	117
4 Institutionelle Grundentscheidungen und organisatorische Gestaltungsoptionen	154
5 Perspektiven de lege ferenda	187
6 Literaturverzeichnis	200
7 Anhang	206

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Robert Bosch Stiftung GmbH. Community Health Nursing – warum?	7
Vorwort der Agnes-Karll-Gesellschaft. Pflege macht sich stark – in der Primärversorgung	9
1 Sachverhalte – Vorfragen	25
1.1 Beschreibung von Community Health Nursing (CHN)	25
1.1.1 Bezugsrahmen	25
1.1.2 CHN – Begriffsklärungen	26
1.1.2.1 „Community“	26
1.1.2.2 „Health Nursing“	27
1.1.3 CHN – Aufgaben und Tätigkeiten	28
1.1.3.1 Zur Unterscheidung zwischen Aufgaben und Tätigkeiten	28
1.1.3.2 Aufgaben	28
1.1.3.3 Tätigkeiten	29
1.1.4 Verschränkungen: Advanced Practice Nurse – Nurse Practitioner	31
1.1.5 Verschränkungen: Kommunale Gesundheitszentren	33
1.1.6 Verschränkungen: Public Health	34
1.2 Erläuterung der Gegenstände des Rechtsgutachtens	35
1.3 Zur Darstellung der rechtlichen Situationen de lege lata und de lege ferenda (aktueller und künftiger rechtlicher Rahmen)	36
1.4 Rechtsgutachterliche Vorgehensweisen	36
2 Berufsrecht	38
2.1 Berufsrechtliche Fragestellungen	38
2.2 Ausübung von Heilkunde	39
2.2.1 Begriff der Heilkunde	39
2.2.2 Selbstständige Ausübung von Heilkunde bei Ärzten und Heilpraktikern	40

2.2.3 Selbstständige Ausübung von bestimmten Bereichen der Heilkunde bei sektoraler Heilpraktikererlaubnis	41
2.2.4 Ausbildungsspezifische selbstständige Ausübung von Heilkunde bei den anderen als ärztlichen Heilberufen	42
2.2.4.1 Problematik einer fehlenden Erlaubnis zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde	42
2.2.4.2 Situation nach den jüngeren Ausbildungsgesetzen	43
2.2.4.3 Modellvorhaben (§ 63 Abs. 3c SGB V)	45
2.2.4.4 Heilkundenausübung bei epidemischer Lage von nationaler Tragweite (§ 5a IfSG)	46
2.2.4.5 Selbstständige versus eigenverantwortliche Durchführung von Aufgaben	48
2.2.5 Vorbehaltene Tätigkeiten (Ärzte und andere Heilberufe)	49
2.2.5.1 Allgemeines zu vorbehaltenen Tätigkeiten	49
2.2.5.2 Nur den Ärzten und Heilpraktikern vorbehaltene Tätigkeiten	52
2.2.5.3 Nur den Ärzten vorbehaltene Tätigkeiten	53
2.2.5.3.1 Arten der Vorbehalte	53
2.2.5.3.2 Beschreibung des Kernbereichs ärztlicher Tätigkeiten anhand Anlage 24 zum BMV-Ä	54
2.2.5.3.3 Beschreibung des Kernbereichs ärztlicher Tätigkeiten anhand Anlage 8 zum BMV-Ä	60
2.2.5.3.4 Beschreibung des Kernbereichs ärztlicher Tätigkeiten anhand des ATA-OTA-G	63
2.2.5.3.5 Facharztstandard als indirektes Abgrenzungsmerkmal	65
2.2.5.4 Vorbehaltene Tätigkeiten der anderen Heilberufe	66
2.2.5.4.1 Medizinisch-technische Assistentinnen – medizinisch-technische Assistenten	66
2.2.5.4.2 Hebammen	69
2.2.5.4.3 Pflegefachfrauen - Pflegefachmänner	70
2.2.6 Zusammenfassung der Situationen und weiteres Vorgehen	71
2.2.7 CHN-Tätigkeiten ohne heilkundlichen Charakter	73
2.2.7.1 Gesundheitserhaltung und -förderung	73
2.2.7.2 Bedarfserhebung	74
2.2.7.3 Koordination, Kooperation, Leadership	75
2.2.8 CHN-Tätigkeiten mit heilkundlichem Charakter	76
2.2.8.1 Befähigung von Patienten	76
2.2.8.2 Ersteinschätzung und Beratung	77

2.2.9 CHN-Tätigkeiten auf dem Gebiet heilkundlicher vorbehaltener Tätigkeiten / Aufgaben	79
2.2.9.1 Ersteinschätzung und Beratung	79
2.2.9.2 Klinisches Assessment und körperliche Untersuchung	80
2.2.9.3 Koordination, Kooperation, Leadership	80
2.3 Gesetzliche Regelungsmöglichkeiten auf dem Gebiet des Beruferechts	81
2.3.1 Zum weiteren rechtsgutachterlichen Vorgehen	81
2.3.2 Regelungsgegenstände und Gesetzgebungskompetenzen	81
2.3.2.1 Allgemeines zu den Gesetzgebungskompetenzen	81
2.3.2.2 Mit Bezug auf den Arztvorbehalt	83
2.3.2.2.1 Gesetzgebungskompetenzen des Bundes	83
2.3.2.2.2 Gesetzgebungskompetenzen der Länder	84
2.3.2.3 Mit Bezug auf Heilkundenausübung	85
2.3.2.4 Mit Bezug auf andere als ärztliche Heilberufe	86
2.3.2.5 Mit sozialversicherungsrechtlichem Bezug	87
2.3.2.5.1 Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b SGB V	87
2.3.2.5.2 Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V	89
2.3.2.5.3 Pflegeberatung – Versorgungsplanung (§ 7a SGB XI)	90
2.3.3 Inhaltliche Gestaltungsmöglichkeiten – Einschätzungen	93
2.3.3.1 Allgemeines	93
2.3.3.2 Mit Bezug auf den Arztvorbehalt	93
2.3.3.2.1 Entwicklungen	93
2.3.3.2.1.1 Versorgungspolitischer Status der Ärzte	93
2.3.3.2.1.2 Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Fachpersonal	94
2.3.3.2.1.3 Entwicklungen bei den jüngeren Heilberufegesetzen	95
2.3.3.2.1.4 Geplante Entwicklungen im Rahmen der Konzertierte Aktion Pflege	96
2.3.3.2.2 Einschätzungen für CHN	97
2.3.3.3 Mit Bezug auf die sonstige selbstständige Ausübung von Heilkunde	98
2.3.3.3.1 Allgemeines	98

2.3.3.3.2	Sektorale oder unbeschränkte Heilpraktikererlaubnis als allgemeine Lösung?	99
2.3.3.3.3	Modellvorhaben analog zu § 63 Abs. 3c SGB V als mögliche Einstieglösung?	100
2.3.3.3.4	Regelungsstruktur des § 5a Abs. 1 IfSG als Regelungsvorlage?	100
2.3.3.3.5	Ausbildungsrechtliche Lösungen mit heilberuferechtlichem Bezug	102
2.3.3.3.5.1	Allgemeines	102
2.3.3.3.5.2	Weiterbildung zu APN / NP auf Länderebene	103
2.3.3.3.5.3	Heilberufsgesetz zu APN / NP auf Bundesebene	104
2.3.3.3.6	Ausbildungsrechtliche Lösungen ohne heilberuferechtlichen Bezug	105
2.3.3.3.6.1	In einem Heilberufsgesetz auf Bundesebene	105
2.3.3.3.6.2	Weiterbildung auf Länderebene	106
2.3.3.4	Mit sozialversicherungsrechtlichem Bezug	106
2.3.3.5	Berufsfreiheit der Ärzte (Art. 12 Abs. 1 GG)	106
2.3.3.6	Exkurs: Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Dritten	109
2.4	Zusammenfassung zum berufsrechtlichen Teil	112
2.4.1	Typisierung der Aufgaben im Rahmen von Community Health Nursing (CHN)	112
2.4.2	Aktuelle rechtliche Rahmenbedingungen und Gestaltungsmöglichkeiten	112
2.4.3	Einschätzungen zu den rechtlichen Lösungsmöglichkeiten	114
2.4.3.1	Zum Umgang mit dem Arztvorbehalt	114
2.4.3.2	Weiterbildungsregelungen auf Länderebene – bundesweite Anerkennung	115
2.4.4	Lösungsvarianten	115
2.4.4.1	Variante 1: APN / NP-Ausbildungsgesetz auf Bundesebene (als Heilberufsgesetz)	115
2.4.4.2	Varianten 2 und 3: Landesrechtliche Möglichkeiten	116

3 Leistungsrecht (Leistungen, Leistungserbringung und Leistungsvergütung)	117
3.1 Leistungsrechtliche Fragestellungen	118
3.1.1 Überblick	118
3.1.2 Bedeutung und Systematik des Leistungsrechts	118
3.1.3 Fazit mit Blick auf CHN	122
3.1.4 Eingreifen von Mechanismen der Qualitätssicherung	122
3.2 Die wichtigsten Handlungsfelder	123
3.2.1 Prävention und Gesundheitsförderung	124
3.2.2 Kurative ambulante Krankenversorgung	126
3.2.3 Medizinische Rehabilitation	128
3.3 Leistungsanbieter im für CHN relevanten Anwendungsbereich des SGB V	129
3.3.1 Ärzte	129
3.3.2 Andere Leistungserbringer	131
3.3.3 Ärztlich angeordnete und verantwortete Hilfeleistungen anderer Personen	133
3.3.4 Pflegefachpersonen als Leistungserbringer	135
3.3.5 Fazit	136
3.4 Zusammenfassung der Situationen und weiteres Vorgehen	137
3.4.1 CHN-Tätigkeiten jenseits der ärztlichen Behandlung	137
3.4.1.1 Gesundheitserhaltung und -förderung	137
3.4.1.2 Bedarfserhebung	138
3.4.1.3 Koordination, Kooperation, Leadership	138
3.4.2 CHN-Tätigkeiten im Rahmen der ärztlichen Behandlung	139
3.4.2.1 Befähigung von Patienten	139
3.4.2.2 Ersteinschätzung und Beratung hinsichtlich spezifischer Gesundheits- und Krankheitsfragen des individuellen Patienten	140
3.4.2.3 Entscheidung über weiteres Vorgehen, vor allem aufgrund von klinischem Assessment, körperlicher Untersuchung und Gesprächen	141
3.4.2.4 Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln	142
3.4.2.5 Verabreichung von Medikamenten i.S.v. Unterstützung bei der Einnahme durch Patienten	142
3.4.2.6 Koordination, Kooperation, Leadership	143

3.5 Gesetzliche Regelungsmöglichkeiten auf dem Gebiet des Leistungs-, Leistungserbringungs- und Leistungsvergütungsrechts	143
3.5.1 Politische Zielvorstellung: Etablierung von CHN als weiterer Form der Primärversorgung	143
3.5.2 Spezifizierung als Leistungserbringer im Hinblick auf bereits bislang statthafte Tätigkeiten	144
3.5.3 Spezifizierung und normative Verankerung als Adressaten einer Delegation im Hinblick auf Hilfeleistungen	144
3.5.4 Spezifizierung und normative Verankerung als Adressaten einer teilweisen Übertragung von Tätigkeiten bei der Versorgung mit Verbands- und Pflegehilfsmitteln sowie bei der häuslichen Krankenpflege	146
3.5.5 Spezifizierung und regelhafte Verankerung als Adressaten einer teilweisen Übertragung weiterer ärztlicher Tätigkeiten	146
3.5.6 Schaffung einer Anknüpfungsnorm im Abschnitt über die „Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern“ des SGB V	149
3.6 Zusammenfassung zum leistungsrechtlichen Teil	151
4 Institutionelle Grundentscheidungen und organisatorische Gestaltungsoptionen	154
4.1 Fragestellungen	154
4.1.1 Untersuchungsrahmen	154
4.1.2 Impulse des SGB für Kooperation und Koordination	156
4.1.3 Blick in die bestehende institutionelle Landschaft	156
4.2 Anforderungen an das institutionelle und organisatorische Arrangement	157
4.3 Institutionelle Grundentscheidungen	159
4.3.1 CHN im Angestelltenstatus bei oder in (Mit-)Trägerschaft einer (auch) CHN-Einheit	159
4.3.2 Notwendigkeit einer Kooperation jedenfalls mit Kommune und Hausarzt	161
4.3.2.1 Begriffe, Begründung, Auswahl Faktoren	161
4.3.2.2 Leistungsprofil der Kommune	162
4.3.2.3 Leistungsprofil des Hausarztes (i.S.v. § 73 Abs. 1a SGB V)	164

4.3.2.4	Leistungsprofil des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)	165
4.3.2.4.1	Gründungsvoraussetzungen	166
4.3.2.4.1.1	Ärztliche Leitung	166
4.3.2.4.1.2	Kreis der Gründungsberechtigten	167
4.3.2.4.1.3	Beurteilung mit Blick auf CHN	167
4.3.2.4.2	Mögliche Handlungsfelder und Tätigkeiten	168
4.3.2.4.3	Mögliche Organisationsformen	168
4.3.2.4.4	Spezifika von MVZ mit kommunaler Beteiligung	169
4.3.2.4.4.1	Modifizierte Gründungsvoraussetzungen	170
4.3.2.4.4.2	Unverändert beschränkter Handlungsrahmen	170
4.3.2.4.4.3	Mögliche Organisationsformen	171
4.4	Organisatorische Optionen de lege lata	171
4.4.1	Primäranbindung an die Kommune	171
4.4.1.1	Bewerkstelligung der Kooperation mit einem Hausarzt	172
4.4.1.2	Erfüllbarkeit der anderen Anforderungen?	173
4.4.1.3	Bewertung	174
4.4.2	Primäranbindung an einen Hausarzt	174
4.4.2.1	Bewerkstelligung der Kooperation mit einer Kommune	175
4.4.2.2	Erfüllbarkeit der anderen Anforderungen?	176
4.4.2.3	Bewertung	176
4.4.3	Primäranbindung an einen freien oder freigemeinnützigen Träger	177
4.4.3.1	Die Bewerkstelligung der Kooperation mit Kommune und Hausarzt	177
4.4.3.2	Erfüllbarkeit der anderen Anforderungen?	177
4.4.3.3	Bewertung	178
4.4.4	Anbindung an ein MVZ in kommunaler (Mit-)Trägerschaft	178
4.4.4.1	Bewerkstelligung der Kooperation mit Hausarzt und Kommune	179

4.4.4.2	Erfüllbarkeit der anderen Anforderungen?	180
4.4.4.3	Bewertung	181
4.5	Gesetzliche Regelungsmöglichkeiten	181
4.5.1	Weiterentwicklung des MVZ zu einem GVZ (PORT) – Skizze	182
4.5.1.1	Regelungsgegenstände	182
4.5.1.2	Gesetzgebungskompetenz	183
4.5.2	Anpassungen im Recht der Kommunen	184
4.5.2.1	Verankerung im jeweiligen Landesgesetz über die Pflege	185
4.5.2.2	Verankerung in den Gesetzen über den Öffentlichen Gesundheitsdienst	185
5	Perspektiven de lege ferenda	187
5.1	Reformimpulse aus dem Verfassungsrecht	187
5.1.1	Das Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) der CHN-Personen	187
5.1.1.1	Schutzbereich und Eingriffswirkung	187
5.1.1.2	Zur Eingriffsrechtfertigung	190
5.1.2	Staatliche Versorgungsverantwortung	191
5.1.2.1	Keine Missachtung der staatlichen Versorgungsverantwortung im Falle der Einführung von CHN	192
5.1.2.2	CHN als Beitrag zur Erfüllung der staatlichen Versorgungsverantwortung	194
5.1.3	Die Garantie kommunaler Selbstverwaltung (Art. 28 Abs. 2 GG)	195
5.2	Im Berufsrecht	196
5.2.1	Variante 1: APN / NP-Ausbildungsgesetz auf Bundesebene (als Heilberufsgesetz)	196
5.2.2	Variante 2 und 3: Landesrechtliche Möglichkeiten	197
5.3	Im Leistungsrecht	198
5.4	Im Hinblick auf institutionelle und organisatorische Aspekte	199
6	Literaturverzeichnis	200
7	Anhang	206
7.1	Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)	206

7.2 § 7 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)	216
7.3 Ausbildungsziele nach §§ 7 bis 10 ATA-OTA-G	219
7.4 Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V	223

