3 Leistungsrecht (Leistungen, Leistungserbringung und Leistungsvergütung)

Der Schwerpunkt des nachfolgend erörterten Leistungsrechts liegt angesichts des Tätigkeitsspektrums von CHN im Bereich des die Gesetzliche Krankenversicherung regelnden SGB V. Dieses normiert ebenso wie die anderen Teile des Sozialgesetzbuchs, insbesondere das die soziale Pflegeversicherung regelnde SGB XI, welche einzelnen von Dienstleistern erbrachten Tätigkeiten als sozialversicherungsrechtlich relevante Leistungen anzusehen sind. Dabei werden den einzelnen Leistungen Leistungserbringer zugeordnet und es wird festgelegt, welche Voraussetzungen ein Leistungserbringer erfüllen muss, um zulasten der jeweiligen Sozialversicherungskasse eine Vergütung erhalten zu können.

All dies gilt im personellen Anwendungsbereich des jeweiligen Sozialgesetzbuchs, im Bereich der Krankenversicherung mithin für die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten. Die privat versicherten bzw. über staatliche Beihilfekassen geschützten Patientinnen und Patienten sind anderen Regeln unterworfen, denen hier nicht nachgegangen werden kann. Vielfach orientieren sich diese Regeln aber, jedenfalls in den Grundentscheidungen, an denen des SGB V.

Keine Relevanz hat das Leistungsrecht außerhalb des sachlichen Anwendungsbereichs des Sozialgesetzbuchs. Das betrifft im vorliegenden Zusammenhang die dem Felde der allgemeinen Daseinsvorsorge zuzurechnenden Aufgaben der Kommune, wie z.B. die Verwirklichung sozialräumlicher Konzepte innerhalb eines benachteiligten Quartiers oder die Erfüllung der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Insoweit muss dann aber auch eine Finanzierung außerhalb der Vergütungssysteme der Sozialgesetzbücher erfolgen. Hierauf wird im Teil 4 zurückzukommen sein. Teilweise sind aber auch die Kommunen als Leistungserbringer nach dem Sozialgesetzbuch vergütungsberechtigt, so etwa als Erbringer von Beratungs- und Unterstützungsleistungen im Bereich der Altenhilfe nach § 71 SGB XII oder (mittelbar) als (Mit-)Träger eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) nach § 95 Abs. 1a SGB V (dazu unten 4.4.4.).

Im Interesse einer Überführung von CHN in einen neuen Teil der Regelversorgung werden rein modellbezogene Arrangements, auf denen teilweise die gegenwärtig erprobten Projekte beruhen (näher zu ihnen 4.1.3.) nicht vertieft. Zu nennen ist hier der Innovationsfonds nach § 92a SGB V,

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

der eine Grundlage zur Förderung „neuer Versorgungsformen" bildet, sich aber in einer reinen Anschubfinanzierung erschöpft.

3.1 Leistungsrechtliche Fragestellungen

3.1.1 Überblick

Das Leistungsrecht bildet neben dem oben im Zweiten Teil dieses Gutachtens erörterten Berufsrecht einen seinerseits hochkomplexen Normenbestand, der zutreffend als indirektes Berufsrecht bezeichnet wird.[152] Dabei werden im Vergleich zum direkten Berufsrecht unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet, denen sich wiederum die Aufgaben und Tätigkeiten von CHN nicht ohne Weiteres zuordnen lassen. Dies macht es zunächst erforderlich, im Anschluss an die kurze Beschreibung der Grundstrukturen in diesem Abschnitt die wichtigsten Handlungsfelder, insbesondere das Handlungsfeld der ambulanten Krankenversorgung zu entfalten (3.2). Im Anschluss daran soll geklärt werden, welche Leistungsanbieter potenzielle Leistungserbringer nach dem SGB V sein können (z.B. Ärzte) und dann, wenn sie etwa hinzutretende weitere Voraussetzungen erfüllen (z.B. über die Zulassung als Vertragsarzt verfügen), vergütungsberechtigt sind (3.3). Sodann wird der Versuch unternommen, die einzelnen Tätigkeiten von CHN in tabellarischer Form den Leistungskategorien des SGB V zuzuordnen und jeweils eine Beurteilung über die Berechtigung, Leistungserbringer bzw. Vergütungsberechtigter zu sein, abzugeben, sortiert nach den zuvor beschriebenen Handlungsfeldern (3.4.). Im Anschluss an eine Zusammenfassung der Situation *de lege lata* (3.5) werden abschließend dann auch in diesem Teil Vorschläge zur Gestaltung des künftigen Regelungsrahmens, also zur Situation *de lege ferenda* formuliert (3.6).

3.1.2 Bedeutung und Systematik des Leistungsrechts

Das Recht der Leistungen und der Leistungserbringung ist namentlich im SGB V durch ein kompliziertes Beziehungsdreieck geprägt, bestehend aus dem Mitgliedschafts-/Versicherungsverhältnis zwischen den Versicherten und der Krankenkasse, dem Leistungserbringungsverhältnis zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern und schließlich dem Erfüllungs-

152 *Igl*, in: Igl/Welti (Hrsg.), Gesundheitsrecht, § 14 Rn. 10 ff.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

verhältnis zwischen dem Versicherten und dem Leistungserbringer. Verbindender Leitgedanke ist das Sachleistungsprinzip.

Danach gewähren die Krankenkassen ihren Versicherten Sach- und Dienstleistungen nicht selbst und unmittelbar, sondern dadurch, dass sie Vereinbarungen mit selbstständigen Leistungserbringern treffen (§ 2 Abs. 2 S. 3 SGB V). Vermittels dieser Vereinbarungen koordinieren die Krankenkassen Inhalt und Umfang der Leistungsberechtigung ihrer Versicherten im jeweiligen Versicherungsverhältnis. D.h., sie konkretisieren dadurch den Leistungsanspruch der Versicherten.[153] Dies bedeutet, dass Versicherte nur diejenigen Leistungen mit finanzieller Wirkung zulasten einer Gesetzlichen Krankenkasse erhalten dürfen, die nach einem komplizierten Zusammenspiel von gesetzlichen Regelungen und vertraglichen Festlegungen vorgesehen sind.

Auf Seiten der Krankenkassen sind Partner jener Vereinbarungen die für jede Kassenart gebildeten Landesverbände und auf Bundesebene der Spitzenverband Bund. Auf Seiten der Leistungserbringer sind bei dem ganz im Vordergrund stehenden Bereich der ärztlichen Leistungserbringung die Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des Öffentlichen Rechts (vgl. § 77 Abs. 5 SGB V) für die „Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten" zuständig (§ 75 Abs. 1 S. 1 SGB V). Die einzelnen Vertragsärzte sind Zwangsmitglieder der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Der sich bereits daraus ergebende starke Einfluss der Ärzte auf das gesamte Versorgungsgeschehen und darüber hinaus auf die Gesundheitspolitik wird dadurch verstärkt, dass zusätzlich die Ärztekammern über Organisation und Überwachung der ärztlichen Berufsausübung mitbestimmen, d.h. im direkten Berufsrecht wirkmächtig sind und überdies eine Interessenvertretung herkömmlicher Art (wie etwa bei den Industrieverbänden) in Fachverbänden wie dem Marburger Bund (der auch Funktionen einer Gewerkschaft hat) oder dem Hausärzteverband erfolgt.[154]

Die gesetzliche Systematik sieht nun so aus, dass zunächst nach **Leistungsarten** unterschieden wird, wobei der jeweilige Leistungsinhalt nur dem Grunde nach benannt wird.

- Die diesbezüglichen Regelungen finden sich in den §§ 11 ff. SGB V. So ist z.B. in § 27 Abs. 1 SGB V geregelt, dass die Versicherten Anspruch

153 Ausführlich zum Sachleistungsprinzip und seinen Auswirkungen *Welti*, in: Igl/Welti (Hrsg.), Gesundheitsrecht, § 28 Rn. 20 f.

154 Treffend aus politikwissenschaftlicher Sicht *Bandelow*, Politische Bildung 37 (2004), S. 49 ff.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

haben auf „Krankenbehandlung". Was „Krankenbehandlung" in diesem Sinne ist, wird näher in Abs. 2 S. 1 dieser Vorschrift geregelt. Aus dem ambulanten Bereich ist von vornherein nur umfasst die „ärztliche Behandlung" (Nr. 1), die „Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie mit digitalen Gesundheitsanwendungen" (Nr. 3) und die „häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe" (Nr. 4).

- Sämtliche Leistungen müssen nach § 12 Abs. 1 S. 1 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und nach § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V dem allgemein anerkannten Standard der medizinischen Erkenntnisse entsprechen sowie den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Die Konkretisierung des Leistungsinhalts liegt in den Händen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), einer Art Hybridgremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung, dem neben drei neutralen Mitgliedern Vertreter der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (vgl. § 91 Abs. 1 SGB V) und zu einem geringen Teil auch Vertreter der Patientinnen und Patienten angehören, die allerdings lediglich ein Beteiligungsrecht haben (vgl. § 140f Abs. 1 u. 2 SGB V). Durch § 92 SGB V ist der GBA zum Erlass von Richtlinien berechtigt worden, die in außenwirksamer, allgemeinverbindlicher Weise das gesamte Leistungsgeschehen steuern, also nicht nur den Bereich der ärztlichen Leistungen, sondern auch die anderen Bereiche. Dies ist bislang von der Rechtsprechung legitimiert worden.[155]

Wer die solchermaßen festgelegten Leistungen erbringen darf, bestimmt sich nach dem **Leistungserbringungsrecht** (§§ 69 ff. SGB V). Dieses erschließt sich aus einem Zusammenspiel von gesetzlicher Regelung und den bereits erwähnten Vereinbarungen. Dabei ergeben sich im Einzelnen erhebliche Unterschiede zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich, die nachfolgend ausgeblendet bleiben können.

- In dem besonders wichtigen Bereich der „Behandlung einer Krankheit" (§ 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) sind im Grundsatz lediglich Ärzte als Leistungsanbieter vorgesehen (vgl. § 15 Abs. 1 S. 1; § 28 Abs. 1 SGB V; näher differenzierend dann unten 3.3.1).
- Dies bedeutet aber noch nicht, dass jeder Arzt nun gegenüber den Versicherten einer Krankenkasse Leistungen erbringen darf. Vielmehr bedarf es hierzu der Zulassung als sog. Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung. Gemäß § 95 SGB V können Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung „zugelassene Ärzte und zugelassene medizi-

155 Vgl. BSGE 18, 54 (61); BSGE 89, 184 ff.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

nische Versorgungszentren“ sein. Die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt im Einzelfall durch Verwaltungsakte der Zulassungsausschüsse. Hierbei handelt es sich wiederum um Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung, dieses Mal aus Krankenkassen und Ärzten, die gemäß § 96 Abs. 1 SGB V zur Beschlussfassung und Entscheidung in Zulassungssachen zuständig sind.

Ausschließlich die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigten Leistungserbringer sind wiederum Vergütungsberechtigte. Auch die nähere Ausgestaltung der ärztlichen Vergütung fällt weitgehend in die Zuständigkeit dieser sog. Kollektivvertragsparteien. So vereinbaren im Vertragsarztrecht die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse einen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für die ärztlichen Leistungen (vgl. § 87 Abs. 1 S. 1 SGB V). Hierbei handelt es sich um einen sog. Normsetzungsvertrag, mithin eine Rechtsnorm.[156] Er bestimmt gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 Hs. 1 SGB V den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punktzahlen (also nicht in Geldbeträgen) ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Jeder einzelnen ärztlichen Leistung wird hierbei eine Punktzahl zugeordnet, die den Zeitaufwand und die Kosten dieser Leistungen im Verhältnis zu anderen Leistungen wiedergibt. Im Vertragsarztrecht ist der EBM das „zentrale Steuerungsmedium“, weil er „nicht nur die Grundlage für die Berechnung der Vergütung des Arztes (ist), sondern zugleich die Funktion eines abschließenden Leistungskataloges (erfüllt) und sich damit auch auf den Inhalt des Leistungsanspruchs des Versicherten“ auswirkt.[157]

Es liegt auf der Hand (und ist wiederholt kritisch angemerkt worden),[158] dass dieses System der Koordination und des Korporatismus infolge der zahlreichen verteilungslenkenden Strukturen (Zulassung, Planung, Finanzierung) keinen Schub zugunsten sektorenübergreifender Ansätze auszulösen vermag und gerade „an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen Akutversorgung und Rehabilitation, zwischen medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie sozialer Be-

156 Vgl. nur BSGE 81, 86 (89); BSGE 88, 216 (233).

157 Bündig zum Ganzen *Kingreen*, Regulierung und Wettbewerb in den Gesundheitsmärkten, in: Kühling/Zimmer (Hrsg.), Neue Gemeinwohlherausforderungen – Konsequenzen für Wettbewerbsrecht und Regulierung, S. 223 (240 f.).

158 Vgl. Unterrichtung durch die Bundesregierung, Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Deutscher Bundestag, Drucksache 15/5670, S. 32 f., Ziffer 48 f.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

treuung“ zahlreiche Probleme, Doppeluntersuchungen, Behandlungsdiskontinuitäten und Fehlentscheidungen auftreten.[159] Im Hinblick auf eine zunehmend durch Erkrankungen mit chronisch degenerativem Verlauf und das Auftreten von Zivilisationskrankheiten geprägten Lebenswirklichkeit ist dies umso problematischer.

Vor diesem Hintergrund sind aber immerhin in den vergangenen Jahren verschiedene modellhafte Ansätze in das Gesetz aufgenommen worden, darunter die im nachfolgenden Zusammenhang noch näher thematisierte Möglichkeit von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (vgl. 3.3.4).

3.1.3 Fazit mit Blick auf CHN

Es liegt auf der Hand, dass eine dauerhafte und finanziell valide Etablierung von CHN-Strukturen bei dieser Ausgangslage außerordentlich schwierig ist. CHN-Personen sind nicht nur von vornherein gar nicht als Leistungserbringer in der „Krankenbehandlung“ konstituiert, sie verfügen auch nicht über Vereinigungen, die auch nur im Entferntesten die gesetzliche Legitimation und Durchsetzungskraft namentlich der Kassenärztlichen Vereinigungen aufweisen können.

3.1.4 Eingreifen von Mechanismen der Qualitätssicherung

Der Neunte Abschnitt des SGB V (im Vierten Kapitel) enthält ein in den vergangenen Jahren kraftvoll ausgebautes und ausdifferenziertes System der „Sicherung der Qualität der Leistungserbringung“. Dabei sind zahlreiche Institutionen involviert. Neben den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem GBA ist das „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ (§ 137a SGB V) zu nennen, an das der GBA gemäß § 137b SGB V „Aufträge“ vergeben kann. Davon zu unterscheiden ist das durch § 139a SGB V konstituierte „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“.

Ziel sämtlicher Maßnahmen der Qualitätssicherung ist die Einhaltung der durch § 135a SGB V konstituierten Verpflichtung aller Leistungserbringer zur Qualitätssicherung. Dies betrifft neben der Pflicht, sich an ein-

159 Explizit *Knieps/Müller*, Neue Versorgungsformen, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, § 11 Rn. 2.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

richtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen auch die Notwendigkeit, „einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiter zu entwickeln" (vgl. § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V).

Gegenstand von qualitätssichernden Maßnahmen ist die zuvor durch die gesetzlichen Regelungen sowie die eingangs erwähnten Vereinbarungen und untergesetzlichen Richtlinien etc. konkretisierte Leistung. Neben den durch das SGB V eingeführten Mechanismen entsenden auch die Bestimmungen des privatrechtlichen Haftungsrechts sowie des Strafrechts Impulse zur Qualitätssicherung.[160]

3.2 Die wichtigsten Handlungsfelder

Nachfolgend werden die Handlungsfelder Prävention und Gesundheitsförderung (3.2.1), kurative ambulante Krankenversorgung (3.2.2) und Rehabilitation (3.2.3) beleuchtet, weil ihnen der weitaus größte Teil der dem CHN zugeordneten Tätigkeiten (oben 1.1.3) zugerechnet werden kann.

Zusätzliche leistungsrechtliche Bezüge und Vergütungsmöglichkeiten können entstehen, wenn einzelne Patientinnen und Patienten Kinder und Jugendliche bzw. behinderte Personen sind, in Bezug auf die nach dem SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) bzw. nach dem SGB IX (soweit es dort um die „Teilhabe von Menschen mit Behinderungen" geht) u.U. zusätzliche Leistungs- bzw. Vergütungsansprüche entstehen können.

Entsprechendes gilt bei einer Leistungserbringung zugunsten von Personen, die Ansprüche aufgrund von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI bzw. als Empfänger von Sozialhilfe nach dem SGB XII haben.[161] Gemäß § 264 Abs. 2 S. 1 SGB V ist aber vorrangig auch insoweit die Gesetzliche Krankenkasse zur Leistung verpflichtet. Aus dem Leistungsbereich der Sozialen Pflegeversicherung ist das sog. Versorgungsmanagement im Rahmen der „Pflegeberatung" nach § 7a SGB IX bereits als ein für CHN geeignetes Tätigkeitssegment (2.3.2.5.3) beschrieben worden. Die *medizinische* Behandlungspflege unterfällt als Teil der kurativen ambulanten Krankenversorgung wiederum im Kern dem SGB V (vgl. § 37 SGB V).[162] Soweit

160 Vgl. *Deutscher Sozialrechtsverband,* Qualitätssicherung im Sozialrecht, 2012; *Neumann*, Die externe Qualitätssicherung im Krankenhausrecht, S. 38 ff.

161 Zur Krankenbehandlung zulasten der staatlich finanzierten Sozialhilfe vgl. *Nebendahl*, in: Igl/Welti (Hrsg.), Gesundheitsrecht, § 30 Rn. 355 f.

162 Vertiefend zum Handlungsfeld der Langzeitpflege (synonym: der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit) vgl. *Igl*, in Igl/Welti (Hrsg.), Gesundheitsrecht, § 31; zu

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

hier in Einklang mit den bestehenden gesetzlichen Vorgaben CHN-Personen als Leistungserbringer bzw. Beschäftigte bei zur Leistungserbringung berechtigten Institutionen tätig sind, kann dies eine wichtige Abstützung des jeweils gewählten Finanzierungs- und Organisationsmodells darstellen, die aber nachfolgend nicht vertieft werden kann.

3.2.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Der Begriff der Prävention erfasst in einem weiteren Sinne alles, was der Vermeidung und Verhütung von Krankheiten gilt, und ist dadurch von der kurativen Krankenversorgung abzugrenzen, deren Ziel es gerade ist, einen beeinträchtigten Gesundheitszustand wieder zu verbessern.[163] Maßnahmen der Primärprävention wollen schon dem Auftreten einer Krankheit vorbeugen, während es bei der Sekundärprävention darum geht, eine Erkrankung möglichst im symptomlosen Frühstadium zu entdecken, um sie erfolgreich therapieren zu können. Die Tertiärprävention versucht der Verschlimmerung einer bereits manifestierten Krankheit entgegenzuwirken. Weiterhin lassen sich die Maßnahmen in die hier primär interessierenden medizinischen („expliziten") und die nicht-medizinischen („impliziten") Präventionsanstrengungen unterteilen, zu denen beispielsweise technische Regeln des Arbeitsschutzes gehören.

CHN-Tätigkeiten wären innerhalb der verschiedenen Präventionsansätze der Verhaltensprävention zuzurechnen, zu der beispielsweise Schulungen im Umgang mit Ernährung, Stress und übertragbaren Krankheiten oder auch Maßnahmen wie Schutzimpfungen gehören würden.[164]

Gemäß § 1 SGB V ist es eine Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Gesundheit der Versicherten „zu erhalten und dazu auch die gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung" zu stärken. Die Krankenkassen helfen den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratungen und Leistungen. Konkret bilden Leistungen „zur Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung" eine eigene Leistungsart gemäß §§ 11 Abs. 1 Nr. 2, 20 bis 24b SGB V.

---

den Strukturen, insbes. auch mit Blick auf die Kommunen *Burgi*, Kommunale Verantwortung, S. 83 ff.

163 Vgl. *Rosenbrock*, ZSR 2003, S. 342 (344).

164 Vgl. hierzu *Welti*, in: Igl/Welti (Hrsg.), Gesundheitsrecht, § 29 Rn. 1 f.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Die einzelnen Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung[165] werden in Satzungen geregelt. Von den Leistungserbringern werden individuelle Leistungen der verhaltensbezogenen Prävention erbracht (vgl. § 20 Abs. 5 SGB V). Medizinische Vorsorgeleistungen durch Vertragsärzte und Vorsorgeeinrichtungen nach den §§ 23, 107 Abs. 2 Nr. 1a SGB V sind der sekundären Prävention zuzurechnen. Neben der Gesetzlichen Krankenversicherung können unter bestimmten Umständen auch die Träger der Rentenversicherung bzw. der Unfallversicherung[166] zuständig sein.

Wichtige Angebote in diesem Bereich sind Kurse und Informationsveranstaltungen, deren Finanzierung § 20 Abs. 2 SGB V regelt. Auch die Förderung von Selbsthilfegruppen und -organisationen gemäß § 20h SGB V spielt eine wichtige Rolle. Soweit nicht präventive Aspekte der ärztlichen Behandlung (inklusive Maßnahmen der Früherkennung) betroffen sind, für die die Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 75 Abs. 1 S. 1 i.V.m. § 73 Abs. 2 SGB V den Sicherstellungsauftrag innehaben (also v.a. Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention), obliegt es den Krankenkassen, für entsprechende Präventionsleistungen zu sorgen. Gemäß § 140 Abs. 2 S. 1 SGB V können sie subsidiär auch Eigeneinrichtungen errichten.

Die Bundesländer haben in ihren Gesetzen über den Öffentlichen Gesundheitsdienst die auf kommunaler Ebene angesiedelten Gesundheitsbehörden jeweils mit Präventionsaufgaben betraut (vgl. z.B. § 1 Abs. 2 Nr. 2 u. 5 ÖGDG NRW). Teilweise ist diesen auch eine Koordinierungsfunktion anvertraut worden (vgl. z.B. § 24 ÖGDG NRW; demgegenüber aber zurückhaltender Art. 9 S. 1 BayGDVG).[167] In der Summe handelt es sich hier um ein Feld, auf dem doch eine vergleichsweise starke Position der Kommunen besteht, sowohl als Träger zahlreicher (freiwilliger) Präventionsangebote als auch in der Funktion als untere Gesundheitsbehörde.

In der Sache besteht im Handlungsfeld der Prävention und Gesundheitsförderung ein hoher Koordinierungsbedarf, weil neben den herkömmlichen Leistungsanbietern des Gesundheitswesens (Ärzte und Apotheker, Gesundheits- und Sozialverbände, Kommunen und Krankenkassen) auch Kindergärten und Schulen, Selbsthilfegruppen, Sportvereine etc. wichtige Akteure sind.

165 Näher hierzu *Schneider*, SGb 2015, S. 599.
166 Näher hierzu *Burgi*, Kommunale Verantwortung, S. 42 f.
167 Zum Gesamtüberblick *Burgi*, Kommunale Verantwortung, S. 44 f.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) vom 17. Juli 2015[168] wurden die Grundlagen für die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen verbessert. Auch hat die soziale Pflegeversicherung einen spezifischen Präventionsauftrag erhalten, um auch Menschen in Pflegeeinrichtungen mit gesundheitsfördernden Angeboten erreichen zu können. Hierzu wurden verschiedene Änderungen im SGB XI bewirkt. Dort wie auch im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung können „Modellvorhaben" (vgl. § 20g SGB V) eine wichtige Rolle bei der Verwirklichung neuartiger Modelle spielen.

3.2.2 Kurative ambulante Krankenversorgung

Das nach Art und Umfang weitaus wichtigste Handlungsfeld für CHN ist das der Behandlung von Krankheiten und der Wiederherstellung der Gesundheit dienende Feld der kurativen Medizin, fokussiert auf den ambulanten Bereich.[169] Dabei müssen angesichts des Aufgabenspektrums von CHN (oben 1.1.3) neben der ambulanten Krankenpflege auch Aufgaben der Primärversorgung (Untersuchung, Beratung und Behandlung) an Patientinnen und Patienten in den Blick genommen werden.

In SGB V bilden die Leistungen bei Krankheit den weitaus umfangreichsten Teil des Leistungsrechts. Er ist geregelt in den §§ 27 bis 43c SGB V. In den §§ 63 f. sind verschiedene Modellvorhaben skizziert, während in den §§ 72 ff. das Leistungserbringungs- und das Vergütungsrecht geregelt sind.

Innerhalb des Handlungsfelds der kurativen ambulanten Krankenversorgung bildet die Leistungsart der „ärztlichen Behandlung" eine Art Herzstück. Dabei wird interessanterweise die Leistungsart bereits unmittelbar mit einem bestimmten Leistungsanbieter, eben den Ärztinnen und Ärzten verbunden (vgl. § 28 Abs. 1 SGB V). Die Leistungen, die durch ärztliches Hilfspersonal erbracht werden, zählen unter bestimmten Voraussetzungen als eine Art Teil der ärztlichen Behandlung (Delegation; § 28 Abs. 1 S. 2 u. 3 SGB). Davon zu unterscheiden ist die immerhin im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V mögliche Substitution,

168 BGBl. I, S. 1368.

169 Zu den grundlegenden Unterschieden, aber auch Überschneidungen beider Bereiche, die hier nicht vertieft werden können, *Burgi*, Kommunale Verantwortung, S. 49 ff.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

d.h. die Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Angehörige eines im Pflegeberufegesetz geregelten Berufs (zum Ganzen näher unten 3.3.4). Stets setzt „ärztliche Behandlung" aber nicht nur die Tätigkeit durch einen Arzt, sondern auch eine in der Sache ärztliche Tätigkeit voraus, weswegen nichtärztliche handwerklich-technische Hilfstätigkeiten auch dann ausgeschlossen sind, wenn sie durch einen Arzt erfolgen.[170]

Den normativen Ausgangspunkt der gegenwärtigen Versorgungsstrukturen in diesem Bereich bildet § 72 Abs. 1 SGB V. Durch ihn wird die „Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung" den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen anvertraut, wie bereits oben (3.1.2) skizziert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erfüllen ihr Sicherstellungsmonopol durch die zugelassenen Vertragsärzte; mithin hat nicht jeder Arzt Zugang zur Leistungserbringung, sondern nur derjenige, der die Voraussetzungen für eine Zulassung zum Vertragsarzt nach § 95 ff. SGB V erfüllt. Diese Gestaltung unterscheidet sich beispielsweise von der Situation im Pflegesektor, wo die Pflegekassen allein verantwortlich sind (§ 69 SGB XI).[171]

Wie ebenfalls bereits eingangs skizziert, ergeben sich die Einzelheiten des Leistungsrechts aus Kollektivvereinbarungen zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen und den vertragsärztlichen Organisationen. Neuerdings sind namentlich in Gestalt der „Besonderen Versorgung" nach §§ 140a f. SGB V Möglichkeiten des Abschlusses von Selektivverträgen zur Ermöglichung neuer Strukturen entstanden.[172] Sie betreffen jeweils spezifische Versorgungssituationen und können daher nachfolgend nicht ausgeleuchtet werden. Politische und wissenschaftliche Überlegungen dahingehend, die Sicherstellungsverantwortung auf andere Träger, namentlich auf die Länder oder gar die Kommunen zu übertragen, konnten sich bislang nicht durchsetzen.[173]

---

170 Zu den Einzelheiten vgl. *Nebendahl*, in: Igl/Welti (Hrsg.), Gesundheitsrecht, § 30 Rn. 216 ff.

171 Vgl. nur *Burgi*, Kommunale Verantwortung, S. 49.

172 Vgl. dazu hier nur *Burgi*, Kommunale Verantwortung, S. 53 ff.; *Weidenbach*, in: Soldan (Hrsg), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, § 31 Rn. 1 ff.

173 Aus der Diskussion *Burgi*, Kommunale Verantwortung, S. 66 f. m.w.N.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

3.2.3 Medizinische Rehabilitation

Während die Prävention darauf abzielt, Krankheiten zu vermeiden und gesund zu bleiben, und die kurative ambulante Krankenversorgung das Ziel verfolgt, einen akut krankhaften Zustand ursächlich zu behandeln, geht es bei der Rehabilitation darum, eine drohende Behinderung[174] abzuwenden oder eine bestehende Funktions- oder Fähigkeitsstörung zu lindern bzw. möglichst umfassend zu kompensieren. Solche Störungen sind oft Folge einer Erkrankung. Gelingt es, sie zu überwinden, kann eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft erreicht werden.[175]

Das Rehabilitationsrecht ist im SGB IX verankert; Zuständigkeit und Leistungsspektrum sind allerdings im jeweiligen Leistungsgesetz, so z.B. im SGB V normiert. Dabei sind gleich mehrere Träger der Sozialverwaltung zu Rehabilitationsträgern bestimmt worden (vgl. § 6 Abs. 1 SGB IX). Unter ihnen spielen im vorliegenden Zusammenhang wiederum die Gesetzlichen Krankenkassen die Hauptrolle. Die Kommunen sind hier als örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowie der Sozialhilfe ebenfalls an Bord.

Gemäß § 28 Abs. 1 SGB IX kann der zuständige Rehabilitationsträger Leistungen zur Teilhabe entweder allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern, durch andere Leistungsträger oder (Nr. 3) „unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen (…) ausführen." Dabei bleibt er für die Ausführung der Leistungen verantwortlich, ihm obliegt mithin eine Gewährleistungspflicht.[176]

Die Zuständigkeit der Krankenkasse als Trägerin der „medizinischen Rehabilitation" (vgl. § 11 Abs. 2 SGB V) ist in erster Linie für Rentnerinnen und Rentner wegen Alters, teilweise auch für Kinder eröffnet. Sie erbringt ambulante Rehabilitation in und durch Einrichtungen gemäß §§ 40 Abs. 1, 111c SGB V. Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation betreffen Patientenschulungen und Nachsorge (§§ 43, 132c SGB V) sowie nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen (vgl. § 43a SGB V).

Sowohl die Einleitung als auch die Durchführung rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Krankenbehandlung sind gemäß § 73 Abs. 1 Nr. 4 SGB V

174 Im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX.
175 Vgl. nur *Schliehe*, ZSR 1997, S. 439 (443).
176 Ausführlich und grundsätzlich *Schmidt am Busch*, Die Gesundheitssicherung im Mehrebenensystem, S. 390.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Teil der hausärztlichen Versorgung. Die Verordnung von Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen ist gemäß § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V vertragsärztliche Aufgabe.[177]

3.3 Leistungsanbieter im für CHN relevanten Anwendungsbereich des SGB V

Bevor in der zu 3.4 dokumentierten systematischen Darstellung für die einzelnen CHN-Tätigkeiten jeweils geprüft wird, unter welchen Voraussetzungen eine Zulassung als Leistungserbringer nach dem SGB V (mit der Konsequenz des Entstehens von Vergütungsansprüchen) in Betracht kommt, wird in diesem Abschnitt danach gefragt, ob im SGB V Personen, die Leistungen auf dem Felde der Gesundheitsprävention und -förderung, der medizinischen Rehabilitation und insbesondere der kurativen ambulanten Krankenversorgung anbieten ohne Ärzte zu sein, überhaupt vorkommen. Um das Ergebnis vorwegzunehmen: Es fällt äußerst bescheiden aus, d.h. wenn andere als ärztliche Leistungsanbieter in einem bestimmten normativen Zusammenhang auftauchen, dann geschieht dies vielfach ohne Spezifizierung und ohne die Zuschreibung von Qualifikationsprofilen. Fast durchgehend ist auch eine Weisungsbefugnis bzw. ein Verordnungsrecht zugunsten von Ärzten vorgesehen, CHN-Personen bzw. CHN-Einheiten tauchen (erwartungsgemäß) im bestehenden Recht als solche überhaupt nicht auf.

3.3.1 Ärzte

Ärztliche Leistungsanbieter nehmen in allen drei Handlungsfeldern nach 3.3.2 eine Schlüsselstellung ein. Die Erbringung zahlreicher Leistungen ist allein ihnen vorbehalten, durch ihre Entscheidungen konkretisieren sie den Leistungsanspruch der Versicherten. Dies ist vielfach auch dann erforderlich, wenn die Leistung durch andere Anbieter erbracht wird.[178] Dabei dominiert in der Praxis – insbesondere im hier relevanten hausärztlichen Bereich – unverändert die Erbringung ärztlicher Leistungen durch Einzel-

177 Vgl. näher *Welti*, in: Igl/Welti (Hrsg.), Gesundheitsrecht, § 32 Rn. 13 f.

178 Bündig *Ulmer*, in: Eichenhofer/von Koppenfels-Spies/Wenner (Hrsg.), SGB V, 3. Aufl. 2018, § 15 SGB V, Rn. 15 u. § 28 SGB V, Rn. 5. Vgl. ferner zur Stellung der Ärzte im „indirekten Berufsrecht", also im sozialrechtlichen Leistungserbringungsrecht *Igl*, in: Igl/Welti (Hrsg.), Gesundheitsrecht, § 15 Rn. 29 ff.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

personen. Unter den Voraussetzungen von § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V können ärztliche Leistungen aber auch durch „Medizinische Versorgungszentren" (MVZs) angeboten werden, die dann in statthafter Weise an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Voraussetzung ist auch hier, dass die Einrichtung unter ärztlicher Leitung steht und in ihr Ärzte entweder als Angestellte oder als Vertragsärzte tätig sind (dazu ausführlich unten 4.3.2.4.1).

Wichtig ist, dass die Ärzte durch das SGB V nicht nur als Leistungsanbieter benannt werden, wenn sie die entsprechenden Leistungen selbst erbringen. Vielmehr ist nahezu durchgehend vorgesehen, dass andere (immerhin genannte bzw. zumindest nicht ausgeschlossene) Leistungsanbieter ausschließlich nach vorheriger „Verordnung" oder „Anordnung" der entsprechenden Leistungen durch Ärzte tätig werden dürfen. Dies betrifft gemäß § 73 Abs. 2 S. 1 SGB V die Verordnung von „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation" (Nr. 5), die „Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen" (Nr. 6), die „Verordnung von Arznei-, Verband- Heil- und Hilfsmitteln, … oder (die) Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen" (Nr. 7) sowie die „Verordnung häuslicher Krankenpflege" (Nr. 8).

In Bezug auf sämtliche dieser durch Verordnung erfassten Leistungen wird gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nrn. 6 u. 7 SGB V der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) zum Erlass von „Richtlinien" ermächtigt, die gemäß S. 1 dieser Vorschrift „die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten" bieten sollen.

Sofern im Handlungsfeld der **Prävention** i.S.v. § 23 Abs. 1 SGB V „medizinische Vorsorgeleistungen" zu erbringen sind, werden diese im ambulanten Bereich als „ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel" entweder unmittelbar durch Ärzte oder anhand der nachfolgend für den Bereich der kurativen ambulanten Krankenversorgung dargestellten Grundsätze durch andere Anbieter erbracht.

Im Handlungsfeld der **kurativen ambulanten Versorgung** steht die „ärztliche Behandlung" (wie bereits zu 3.2.2 erwähnt) ganz im Mittelpunkt des Handlungsspektrums. Gemäß § 15 Abs. 1 S. 1 SGB V wird im Grundsatz die „ärztliche … Behandlung von Ärzten … erbracht". Gemäß § 28 Abs. 1 S. 1 SGB V umfasst die ärztliche Behandlung in diesem Sinne „die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist." Sodann heißt es ausdrücklich:

> *„Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist".*

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Dies bedeutet, dass alle anderen Personen von der eigenständigen und selbstständigen Versorgung im Handlungsfeld der kurativen ambulanten Versorgung (und zu erheblichen Teilen auch im präventiven Bereich) ausgeschlossen sind. Dies gilt (anders als im Berufsrecht) auch gegenüber Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern. Werden die entsprechenden Leistungen dennoch von Nicht-Ärzten angeboten, ist mithin von vornherein eine Zulassung als Leistungserbringer im Anwendungsbereich des SGB V und damit auch eine Vergütung durch die Gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen.

Im Handlungsfeld der **Rehabilitation** können ambulante Leistungen der medizinischen Rehabilitation i.S.d. § 40 Abs. 1 S. 1 SGB V ausschließlich von Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag gemäß § 111c SGB V besteht, erbracht werden; solche Einrichtungen müssen gemäß § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V unter „ständiger ärztlicher Verantwortung" stehen, allerdings dürfen (und müssen) in der Einrichtung auch Leistungsangebote durch Nicht-Ärzte erfolgen (dazu unten 3.3.2). Auch die ergänzenden Rehabilitationsleistungen (Patientenschulungen und Nachsorge i.S.d. §§ 43, 132c SGB V) müssen nicht ausschließlich durch Ärzte selbst angeboten werden.

3.3.2 Andere Leistungserbringer

In diesem Abschnitt werden diejenigen Regelungen zusammengestellt, die andere Leistungserbringer als Ärzte vorsehen bzw. ermöglichen, und zwar außerhalb der Delegation (zu ihr 3.3.4) und außerhalb des § 63 Abs. 3b bzw. Abs. 3c SGB V (dazu dann 3.3.5).

Im Handlungsfeld der **Prävention und Gesundheitsförderung** lässt sich dem Gesetz (nur mittelbar) entnehmen, dass verschiedene andere als ärztliche Leistungsanbieter Leistungen der verhaltensbezogenen Prävention erbringen dürfen, so beispielsweise Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (etwa als Bildungsträger oder auch Sportfördereinrichtungen). Hierbei kommen auch kommunale Träger in Betracht. Nähere Spezifizierungen finden sich insoweit nicht. Gemäß § 20 Abs. 5 SGB V bedarf es für die Erbringung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention eine „Zertifizierung" durch die zuständige Krankenkasse. Pflegerisch qualifizierte Personen oder gar CHN-Personen werden in diesem Zusammenhang nirgendwo genannt, sind aber auch nicht ausgeschlossen. Und immerhin bedarf es insoweit keiner ärztlichen Verordnung oder Anordnung nach § 73 Abs. 2 S. 1 SGB V.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Im Handlungsfeld der **kurativen ambulanten Krankenversorgung** sind andere Leistungsanbieter wie folgt erkennbar:

- Die Vorschrift des § 124 Abs. 1 S. 1 SGB V nennt als Erbringer von „Heilmitteln, die als Dienstleistungen abgegeben werden", Anbieter „der Physiotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Ergotherapie, der Podologie oder der Ernährungstherapie" (nach wiederum vorheriger Verordnung durch den Arzt; vgl. § 73 Abs. 2 S. 1 Nr. 6 SGB V). Die näheren Einzelheiten regelt die durch den GBA verabschiedete Heilmittel-Richtlinie.[179] Die dem CHN zugeordneten Tätigkeiten lassen sich hierunter indes nicht fassen, so dass dieser Sektor nachfolgend nicht näher betrachtet wird.
- Die Vorschrift des § 37 Abs. 1 SGB V nennt als Erbringer von Leistungen der „häuslichen Krankenpflege" „geeignete Pflegekräfte". Die häusliche Krankenpflege kommt dann zum Einsatz, wenn „Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird" (S. 1). Gemäß S. 3 dieser Vorschrift umfasst die häusliche Krankenpflege „die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege". Die „geeigneten Pflegekräfte" können allerdings nur wiederum nach Verordnung durch den Arzt gemäß § 73 Abs. 2 S. 1 Nr. 8 SGB V tätig werden. Immerhin werden aber hier explizit „Pflegekräfte" genannt, es erfolgt somit zumindest ansatzweise eine Aussage über deren Qualifikation. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben mit verschiedenen Pflegeverbänden auf der Grundlage von § 132a Abs. 1 SGB V „Rahmenempfehlungen zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege" in einer Fassung vom 30.08.2019 verabschiedet. Danach erfüllen u.a. „Gesundheits- und KrankenpflegerInnen" die fachlichen Voraussetzungen als „verantwortliche Pflegefachkraft" (gemäß § 1 Abs. 3 der Rahmenempfehlungen). Es handelt sich mithin um ein Profil, das auch von CHN-Personen erfüllt werden könnte.

Wie bereits festgestellt (3.3.1), können und müssen im Handlungsfeld der **Rehabilitation** auch andere als ärztliche Personen eingesetzt werden, da ambulante Rehabilitation als eine komplexe multidisziplinäre Leistung auf der Basis (wiederum ärztlich) aufgestellter Rehabilitationspläne zur Erreichung des jeweiligen Rehabilitationsziels verstanden wird (vgl. § 40 Abs. 1 SGB V). Dies gilt auch für die ergänzenden Rehabilitationsleistungen nach § 43 und § 132c SGB V (Patientenschulungen und Nachsorge). Auch insoweit findet im Gesetz keine Spezifizierung statt. Insbesondere wird dort

179 Vgl. zu ihr bereits 2.3.2.5.2.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

nicht an bestimmte pflegerische Qualifikationen angeknüpft. Dies gilt sowohl für die in § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V erwähnten „Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke“ als auch für die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen gemäß § 132c Abs. 1 SGB V. Dort heißt es lediglich, dass diese durch „geeignete Personen“ erbracht werden. Wie bereits festgestellt, bedarf es bezüglich aller hiermit verbundenen Tätigkeiten überdies jeweils der Verordnung durch den Arzt gemäß § 73 Abs. 2 S. 1 Nr. 7 SGB V. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben am 1. Juli 2005 ein mittlerweile in einer Fassung vom 30. Juni 2008 veröffentlichtes Dokument mit „Empfehlungen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 132c Abs. 2 SGB V“ erarbeitet. Danach wird als Mindeststandard in personeller Hinsicht eine „vollzeitlich beschäftigte(r) MitarbeiterIn aus den unten genannten Berufsgruppen“ verlangt; als eine von drei Berufsgruppen (neben Diplomsozialarbeitern und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin) werden „Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger“ genannt. Die entsprechenden Personen müssen „ihre berufliche Qualifikation detailliert nachweisen“; diese muss „die theoretische Ausbildung und die praktischen Kenntnisse sowohl während als auch nach Abschluss der Ausbildung einbeziehen“. Aus jeder der drei Berufsgruppen muss mindestens ein Teammitglied „zwei Jahre vollzeitige (oder äquivalent vier Jahre halbtags) berufspraktische Erfahrungszeit in der jeweiligen Berufsgruppe nachweisen“ können. Sodann werden im Hinblick auf die Berufsgruppe der „Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger“ einzelne Kenntnisse aufgeführt, darunter „Kenntnisse des regionalen und kooperierenden Netzes an Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens“ sowie „Grundkenntnisse des Case-Managements“. Insgesamt handelt es sich hierbei mithin um ein Profil, das von CHN-Personen erfüllt werden könnte.

3.3.3 Ärztlich angeordnete und verantwortete Hilfeleistungen anderer Personen

Gemäß § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V obliegt den Ärzten neben der Verordnung von Dienstleistungen anderer Leistungsanbieter zwecks Erfüllung des Anspruchs der Versicherten auf „Krankenbehandlung“ selbstverständlich auch die eigentliche „ärztliche Behandlung“ gemäß S. 2 Nr. 1 dieser Vorschrift. Dies gilt auch, wenn in den Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung und Prävention bzw. Rehabilitation ärztliche Behandlungen erfolgen müssen (vgl. zum Ganzen § 15 Abs. 1 S. 1 SGB V).

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

§ 15 Abs. 1 S. 2 SGB V nimmt aber in den Blick, dass auch im Zusammenhang mit der „ärztlichen Behandlung" Hilfeleistungen „anderer Personen erforderlich" sein können. Solche Hilfeleistungen dürfen nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt „angeordnet und von ihm verantwortet werden". Die Hilfeleistungen dieser Personen gehören dann „zur ärztlichen Behandlung", was § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V ausdrücklich feststellt. Die die von Ärzten angeordnete Hilfeleistung erbringenden Personen agieren mithin auf der Grundlage einer Delegation (vgl. bereits oben 2.3.3.2.1.2). Dass die Hilfeleistung nur nach „Anordnung" des Arztes erbracht werden darf, wird überdies ausdrücklich in § 73 Abs. 2 S. 1 Nr. 6 SGB V bestätigt.

Im Gesetz selbst erfolgt keine Spezifizierung der „anderen Personen" und es werden keinerlei näheren Anforderungen an deren Qualifikation formuliert. Gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V sollen aber „die Partner der Bundesmantelverträge" für die ambulante Versorgung „beispielhaft" festlegen, „bei welchen Tätigkeiten Personen nach S. 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind." Hierbei ist wiederum der Bundesärztekammer „Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben" (S. 4).

Ausgehend davon haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband als „Anlage 24" zum Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) am 1.10.2013 eine „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V getroffen und veröffentlicht. Darin werden einzelne „delegierbare ärztliche Tätigkeiten" und „typische Mindestqualifikationen" festgelegt. In § 2 wird beschrieben, welche Leistungen „nicht delegierbar sind". Bezeichnenderweise heißt es schon in § 1 S. 1 dieser Vereinbarung, dass es sich bei diesen Personen um „nichtärztliche Mitarbeiter" handle; von vornherein gehen die Urheber dieser Vereinbarung also davon aus, dass es sich um Angestellte der jeweiligen Ärzte handeln soll, während das Gesetz – neutral – von „Personen" spricht (s. dazu oben Abschnitt 2.2.5.3.2).

In der „Anlage 8" zum Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) sind im Näheren die „Zusatzqualifikationen der nicht-ärztlichen Praxisassistenten" beschrieben (s. dazu oben Abschnitt 2.2.5.3.3).

Auch auf der Ebene des Bundesmantelvertrags – Ärzte findet mithin keine Spezifizierung in Richtung von Personen mit pflegerischen Kompetenzen statt und erst recht nicht werden CHN-Personen benannt. Immerhin lassen sich aus den Qualifikationsanforderungen einige Rückschlüsse ableiten (dazu näher unten 3.5.3).

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

3.3.4 Pflegefachpersonen als Leistungserbringer

§ 15 Abs. 1 S. 1 SGB V eröffnet mit dem Verweis auf § 63 Abs. 3c SGB V eine Ausnahme von der ausschließlichen Zuordnung ärztlicher Behandlungen an Ärzte, und zwar im Rahmen von „Modellvorhaben". Strukturell damit vergleichbar sind die in § 63 Abs. 3b SGB V vorgesehenen Modellvorhaben:

- Die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b SGB V betreffen „die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln (Nr. 1)" sowie die „inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich ihrer Dauer". In diesbezüglichen Modellvorhaben kann vorgesehen werden, dass Angehörige der im „Pflegeberufegesetz, im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe" solche Tätigkeiten vornehmen dürfen. Als Voraussetzung hierfür wird normiert, dass sie „aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt". Dies ist oben (2.3.2.5.1) bereits näher erläutert worden. An dieser Stelle hat der Gesetzgeber also immerhin eine erste Spezifizierung vorgenommen und auch nähere Aussagen zu den Qualifikationsanforderungen getroffen.
- Das Gleiche gilt in den in § 63 Abs. 3c SGB V geregelten Modellvorhaben, betreffend die „Übertragung" bestimmter ärztlicher Tätigkeiten. Dies betrifft ärztliche Tätigkeiten, bei denen „es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt" und zwar unter der Voraussetzung, dass die Angehörigen des im Pflegeberufegesetzes geregelten Berufs auf Grundlage „einer Ausbildung nach § 14" dieses Gesetzes qualifiziert sind. Im Hinblick auf welche ärztlichen Tätigkeiten dies in Betracht kommt, sollen die Krankenkassen und ihre Verbände vereinbaren, während der GBA in Richtlinien festgelegt, „bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf die Angehörigen" der entsprechenden Berufe erfolgen kann. Vor der Entscheidung des GBA ist der Bundesärztekammer, aber auch den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben (S. 4). Auch insoweit findet mithin eine erste Spezifizierung statt und es sind Qualifikationsanforderungen niedergelegt worden. Zu den Einzelheiten s. oben Abschnitt 2.3.2.5.2.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

In der diesbezüglichen Richtlinie des GBA[180] werden im „Besonderen Teil" einzelne übertragbare Ärztetätigkeiten benannt und diesen bestimmte „Qualifikationsanforderungen" nach § 4 des Krankenpflegegesetzes zugeordnet. Dies geschieht einerseits in Bezug auf diagnosebezogene heilkundliche Tätigkeiten (unter 1.) und andererseits im Hinblick auf prozedurenbezogene heilkundliche Tätigkeiten (unter 2.).

3.3.5 Fazit

CHN-Personen könnten *de lege lata* grundsätzlich nur in den nachfolgend zusammengefassten Situationen als Leistungserbringer tätig werden und Vergütungsansprüche auslösen:

- Als Erbringer von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten
- Als Erbringer von Leistungen der häuslichen Krankenpflege (nur nach ärztlicher Verordnung)
- Als Erbringer von Leistungen in der ambulanten Rehabilitation bzw. im Rahmen von Patientenschulungen und Nachsorgemaßnahmen (nur nach ärztlicher Verordnung)
- Als Erbringer von Hilfeleistungen im Rahmen der ärztlichen Behandlung (nur nach Anordnung durch den Arzt)
- Als Erbringer von Leistungen innerhalb von Modellvorhaben betreffend entweder die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer (§ 63 Abs. 3b SGB V) oder betreffend ärztliche Tätigkeiten nach Maßgabe näherer Festlegungen in Richtlinien des GBA nach § 63 Abs. 3c SGB V. In diesen beiden Situationen bedarf es dann weder einer ärztlichen Verordnung noch einer Anordnung, vielmehr handelt es sich um eine „selbstständige Ausübung von Heilkunde". Es handelt sich mithin nicht um eine Delegation, sondern um eine Substitution.

180 I.d.F. v. 20.10.2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 46 v. 21.3.2012 und Nr. 50 v. 28.3.2012, in Kraft getreten am 22.3.2012.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

3.4 Zusammenfassung der Situationen und weiteres Vorgehen

In struktureller Parallelführung zum berufsrechtlichen Teil (siehe dort 2.2.6 f.) werden nachfolgend die von CHN-Personen zu erbringenden Tätigkeiten einzelnen Leistungen nach dem SGB V zugeordnet. Dabei wird jeweils festgestellt, welche Anforderungen die Leistungserbringer APN / NP erfüllen müssen, und ob einzelne CHN-Personen oder CHN-Einheiten, bei denen jene Personen tätig sind, im Hinblick auf die jeweiligen Leistungen vergütungsberechtigt sind.

Nach dieser Zuordnung auf Grundlage des aktuellen Rechtszustands (*de lege lata*) werden dann jeweils Hinweise gegeben, wie sich die künftige Rechtslage (*de lege ferenda*) gestalten könnte, um für CHN einen operablen Rechtsrahmen zu liefern. Im nachfolgenden Abschnitt (3.5) werden dann die gesetzlichen Regelungsmöglichkeiten auf dem Gebiet des Leistungs-, Leistungserbringungs- und Leistungsvergütungsrechts ausführlicher entfaltet. Weiter wird auf die Verteilung der Gesetzgebungskompetenzen eingegangen.

3.4.1 CHN-Tätigkeiten jenseits der ärztlichen Behandlung

3.4.1.1 Gesundheitserhaltung und -förderung

De lege lata:
Die Unterstützung von Patienten in der Gesundheitserhaltung und -förderung und die Stärkung der Gesundheitskompetenz des Einzelnen und der Familien/Gruppen können ebenso wie die in diesem Zusammenhang genannte umfassende Patienteninformation, Patientenberatung und -schulung Leistungen nach dem SGB V sein. Dies ergibt sich aus den zu 3.2.1 dargestellten Regelungen über Leistungen im Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung sowie aus den in Abschnitt 3.2.3 dargestellten Leistungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Pflegefachpersonen werden in beiden Zusammenhängen zwar nicht explizit genannt (siehe 3.3.2), sind aber als Leistungserbringer auch nicht ausgeschlossen, da in den jeweiligen gesetzlichen Regelungen klar zum Ausdruck kommt, dass auch andere als ärztliche Personen zum Einsatz gelangen können, teilweise sogar müssen (so im Handlungsfeld der ambulanten Rehabilitation).

Als vergütungsberechtigte Leistungserbringer kommen im Hinblick auf diese Tätigkeit nicht einzelne CHN-Personen, sondern die etwaigen Organisationseinheiten, in denen die CHN-Personen angesiedelt sein werden,

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

in Betracht, da es sich hierbei um Tätigkeiten mit einem gewissen infrastrukturellen und personellen Bedarf handelt.

De lege ferenda:
Naheliegend wäre die Spezifizierung des leistungsberechtigten Personenkreises im Hinblick (auch) auf CHN-Personen bzw. CHN-Einheiten durch ihre explizite Nennung im Gesetz selbst.

3.4.1.2 Bedarfserhebung

De lege lata:
Die im Zusammenhang der Bedarfsdeckung aufgeführten Maßnahmen z.B. der Erhebung von Gesundheitsproblemen von Einzelnen oder Gruppen in einer Region, etwa in Form der Eruierung von Unfallschwerpunkten, Fehl-, Über- oder Unterversorgung in speziellen Gruppen sind dem Bereich des Public Health zuzuordnen. Hierbei handelt es sich nicht um Leistungen, die nach dem SGB V versicherten Personen als leistungsberechtigte Personen zukommen. Der Bereich des SGB V ist hier nicht betroffen.

De lege ferenda:
Änderungsbedarf im SGB V besteht insoweit nicht.

3.4.1.3 Koordination, Kooperation, Leadership

De lege lata:
Soweit Maßnahmen dieser Art nicht auf einzelne Individuen zugeschnitten sind, sondern allgemein versorgungssteuernden Charakter tragen (anders als im Bereich des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 SGB V), liegen sie ebenfalls außerhalb des Anwendungsbereichs des SGB V. Dies gilt auch für die Sicherstellung einer umfassenden, koordinierten Versorgung, die Bündelung der Leistungserbringung und eine Basisversorgung in strukturschwachen Regionen sowie für Forschungs- und Erhebungsaufgaben in diesem Zusammenhang. Ebenso sind Tätigkeiten der Überleitung und des damit im Zusammenhang stehenden Case-und-Care-Managements sowie die Organisation und Sicherstellung der sich daran anschließenden Gesundheitsversorgung keine Leistungen unmittelbar zugunsten von Versicherten.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Sie liegen daher ebenso wie die Frage nach einer etwaigen Leistungserbringerschaft bzw. Vergütungsberechtigung außerhalb des SGB V. Die Kosten hierfür werden regelmäßig aus dem Steueraufkommen zu finanzieren sein.

De lege ferenda:
Im Hinblick auf das SGB V besteht insoweit kein Änderungsbedarf, da es wiederum die Grundsystematik dieses Regelwerks sprengen würde, solche letztlich der allgemeinen Daseinsvorsorge auf gesundheitlichem Sektor zuzurechnenden Tätigkeiten zu erfassen und in die Vergütungsstränge der Gesetzlichen Krankenkassen einzubeziehen.

3.4.2 CHN-Tätigkeiten im Rahmen der ärztlichen Behandlung

3.4.2.1 Befähigung von Patienten

De lege lata:
Die Befähigung von Patienten bezieht sich mehr oder weniger direkt auf die Behandlung von Krankheiten und ist besonders bei chronisch Kranken von großer Bedeutung. Die diesbezüglichen Tätigkeiten können nur in dem Umfang als „Leistungen" i.S.d. SGB V angesehen werden, in dem sie Teil der „ärztlichen Behandlung" i.S.v. § 27 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V sind. Soweit die betroffenen Patienten aufgrund ärztlicher Verordnung von Leistungen der „häuslichen Krankenpflege" nach § 37 Abs. 1 SGB V profitieren, kann es sich auch insoweit um nach dem SGB V statthafte Leistungen handeln. Diese Tätigkeiten umfassen die Beratung, die Anleitung und Unterstützung der zu pflegenden Menschen bei ihrer individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen. Ferner gehören hierher Tätigkeiten der Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung der individuellen Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen, insbesondere im Rahmen von Rehabilitationskonzepten, sowie die Pflege und Betreuung bei Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten.

Soweit es sich um ergänzende Rehabilitationsleistungen i.S.d §§ 43 und 132c SGB V handelt (Patientenschulungen und Nachsorge), handelt es sich um eine statthafte Leistungsart im Handlungsfeld der Rehabilitation.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Leistungserbringer sind im letztgenannten Fall alle „geeigneten Personen", also grundsätzlich auch CHN-Personen. Im Falle einer Zuordnung der Tätigkeiten zur Befähigung von Patienten zur „häuslichen Krankenpflege" nennt § 37 Abs. 1 SGB V „geeignete Pflegekräfte" als Leistungserbringer.

Soweit es sich hingegen um „ärztliche Behandlung" handelt, kommt die Einbeziehung solcher Personen bzw. die Zuordnung jener Tätigkeiten an sie nur im Wege entweder einer Delegation nach § 15 Abs. 1 S. 2 SGB V oder im Wege einer Substitution nach § 15 Abs. 1 S. 1 i.V.m. §§ 63 Abs. 3b bzw. Abs. 3c SGB V in Betracht.

Vergütungsberechtigt sind im Falle der Delegation ausschließlich die auch sonst vergütungsberechtigten Hausärzte bzw. Medizinischen Versorgungszentren. In den Handlungsfeldern der häuslichen Krankenpflege, der Rehabilitation bzw. im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 63 Abs. 3b bzw. Abs. 3c SGB V wären die jeweiligen Einrichtungsträger vergütungsberechtigt. Dies gilt dann auch für den Fall, dass auf diesem Gebiet CHN-Einheiten agieren.

De lege ferenda:
Im Hinblick auf diese Tätigkeiten vorzuschlagende Änderungen betreffen die Spezifizierung von CHN-Personen bzw. CHN-Einheiten als Leistungserbringer und Vergütungsberechtigte im Hinblick auf die den Handlungsfeldern der häuslichen Krankenpflege und der Rehabilitation zuzurechnenden Tätigkeiten. Im Hinblick auf den Einsatz von CHN-Personen auf den Wegen der Delegation bzw. Substitution im Rahmen einer ärztlichen Behandlung müsste eine Spezifizierung von CHN-Personen bzw. CHN-Einheiten als Adressaten von Delegations- bzw. Substitutionsmaßnahmen normativ verankert werden.

3.4.2.2 Ersteinschätzung und Beratung hinsichtlich spezifischer Gesundheits- und Krankheitsfragen des individuellen Patienten

De lege lata:
Die Beratung der Patienten zu deren spezifischen Gesundheits- oder Krankheitsfragen ist als am individuellen Patienten ausgerichtete Tätigkeit eine Leistung nach dem SGB V, und zwar als Bestandteil einer ärztlichen Behandlung i.S.v. § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 SGB V. Davon zu unterscheiden sind Ersteinschätzung und Beratung, sofern sie die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und die Planung der Pflege betreffen.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

In diesem Falle handelt es sich um (hier nicht zu vertiefende) Leistungen nach dem SGB XI.

Hinsichtlich der Tätigkeiten der ersten Gruppe kommt als Leistungserbringer ausschließlich der Hausarzt in Betracht, der folglich (ggf. auch über ein Medizinisches Versorgungszentrum) Vergütungsberechtigter ist.

De lege ferenda:
Reformbedarf ist insoweit allein im Hinblick auf die Möglichkeit einer Substitution i.S.v. § 63 Abs. 3c SGB V bzw. im Hinblick auf die von § 63 Abs. 3b SGB V erfassten Tätigkeiten indiziert. Da die Tätigkeiten der Ersteinschätzung und Beratung individueller Patienten auch der Sache nach nicht als „Hilfeleistung anderer Personen" vorstellbar sind, kommt insoweit nicht einmal eine Reform der Delegationsmöglichkeiten in Betracht.

3.4.2.3 Entscheidung über weiteres Vorgehen, vor allem aufgrund von klinischem Assessment, körperlicher Untersuchung und Gesprächen

De lege lata:
Tätigkeiten der Anamnese und Diagnostik sind ebenfalls der Leistungsart „ärztliche Behandlung" zuzuordnen. Sie sind daher vom SGB V-Regime erfasst, aber ausschließlich mit Ärzten als Leistungserbringer. Die Einbeziehung von CHN-Personen als Leistungserbringer ist nach geltendem Recht denkbar zum einen über ein „Modellvorhaben" i.S.v. § 63 Abs. 3b Nr. 2 SGB V, soweit die Tätigkeit „die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer" betrifft. Des Weiteren kommt eine Substitution zugunsten von CHN-Personen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V in Betracht.

De lege ferenda:
Reformbedarf bezöge sich mithin auf jene beiden Arten von Modellvorhaben, dies mit dem Anliegen, im Interesse einer dauerhaften Etablierung von CHN die entsprechenden Tätigkeiten aus dem Status von Modellvorhaben in den Status der Regelversorgung zu überführen.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

3.4.2.4 Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln

De lege lata:
Die damit verbundenen Tätigkeiten sind Leistungsarten des SGB V und bilden nach § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 SGB V einen Teil der „Krankenbehandlung", der gemäß § 73 Abs. 2 S. 1 Nr. 7 SGB V den Ärzten als Leistungserbringer und Vergütungsberechtigten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet ist. Eine diesbezügliche Einbeziehung von CHN-Personen ist de lege lata ausschließlich im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 63 Abs. 3b Nr. 1 SGB V möglich.

De lege ferenda:
Reformbedarf würde mithin an dieser Vorschrift ansetzen und zum Ziel haben, die Einbeziehung von CHN-Personen aus dem Bereich der Modellvorhaben in die Regelversorgung zu überführen.

3.4.2.5 Verabreichung von Medikamenten i.S.v. Unterstützung bei der Einnahme durch Patienten

De lege lata:
Die Verabreichung von (durch den Arzt) angeordneten Medikamenten ist keine dem Arzt vorbehaltene Tätigkeit. Es handelt sich auch nicht um eine Delegation ärztlicher Tätigkeit, da die Einnahme von Medikamenten grundsätzlich Aufgabe des Patienten ist. Ist dieser hierzu nicht selbst in der Lage, kann er durch Dritte, und damit auch durch CHN-Personen unterstützt werden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf Menschen mit chronischen Erkrankungen, die mit zum Teil hochkomplexen Medikamentenregimen konfrontiert sind.

Diese unterstützenden Tätigkeiten bilden bislang keine eigene Leistungsart nach dem SGB V.

De lege ferenda:
Reformbedarf besteht u.E. insoweit, als es um die Unterstützung von Menschen mit chronischen Erkrankungen geht. Insoweit wird angeregt, im Rahmen des § 27 Abs. 1 S. 2 SGB V einen Unterfall der „Krankenbehandlung" diesbezüglich zu charakterisieren und als Leistungserbringer auch CHN-Personen im Wege der Delegation bzw. im Rahmen des (seinerseits reformierten) Regimes des § 63 Abs. 3b SGB V vorzusehen.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

3.4.2.6 Koordination, Kooperation, Leadership

De lege lata:
Anders als bei 3.4.1.3 beschrieben handelt es sich hier um Tätigkeiten der Überleitung und des Case- und Care-Managements zwecks Sicherstellung der nachfolgenden Gesundheitsversorgung nicht allgemeiner, sondern individuell-patientenbezogener Art. Da diese Tätigkeiten in der Sache Aufgaben der direkten Patientenversorgung und der Prozesssteuerung der Primärversorgung im Sinne einer „Leadership" darstellen, bilden sie zwar Leistungen nach dem SGB V, allerdings ausschließlich als Teil der ärztlichen Behandlung. Leistungserbringer können mithin nur die Hausärzte sein. Da Leadership-Aufgaben gerade nicht „Hilfeleistungen" sind, kommt insoweit auch keine Delegation i.S.v. § 15 Abs. 1 S. 2 SGB V in Betracht, sondern allenfalls eine Einbeziehung von CHN-Personen im Wege eines Modellvorhabens nach § 63 Abs. 3c SGB V.

De lege ferenda:
Reformbedarf besteht mithin im Hinblick auf diese Vorschrift.

3.5 Gesetzliche Regelungsmöglichkeiten auf dem Gebiet des Leistungs-, Leistungserbringungs- und Leistungsvergütungsrechts

3.5.1 Politische Zielvorstellung: Etablierung von CHN als weiterer Form der Primärversorgung

Auf der Basis der vorherigen Überlegungen in diesem und im Zweiten Teil der Untersuchung haben sich Reformvorschläge im Leistungsrecht daran zu orientieren, dass keine Konkurrenz zur „ärztlichen Behandlung" geschaffen werden soll, sondern ein kooperativer, insbesondere auf die Schließung von Versorgungslücken gerichteter Ansatz zugrunde gelegt wird. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der medizinischen Primärversorgung, nicht auf der Pflege. Eine Reform muss nicht nur einen sicheren Rechtsrahmen bereitstellen, sondern auch einen Beitrag zur Erkennbarkeit des CHN in Deutschland leisten. Damit einher geht die Zielvorgabe, nicht lediglich Modellvorhaben vorzusehen (zumal von den bisher bestehenden Möglichkeiten für Modellvorhaben sowohl in § 63 Abs. 3b als auch in § 63 Abs. 3c SGB V kaum Gebrauch gemacht worden ist). Vielmehr geht es um eine neue Form der Regelversorgung.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

3.5.2 Spezifizierung als Leistungserbringer im Hinblick auf bereits bislang statthafte Tätigkeiten

Der erste Regelungsbedarf betrifft diejenigen Tätigkeiten, die bereits nach bestehender Rechtslage von CHN-Personen erbracht werden dürfen, ohne dass das Gesetz in seiner bestehenden Fassung allerdings spezifiziert, welche Personen (außerhalb der ärztlichen Leistungserbringer) in statthafter Weise als (vergütungsberechtigte) Leistungserbringer tätig werden dürfen. Entsprechendes würde auch im Hinblick auf die oben (3.4.2.5) beschriebene Tätigkeit der Unterstützung von chronisch kranken Patienten bei der Einnahme von Medikamenten nach deren Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV gelten. Mit allen diese Tätigkeiten betreffenden Regelungen würde die Etablierung von CHN in Deutschland vorangebracht, wenn ausdrücklich in das Gesetz eine Aussage dahingehend aufgenommen würde, dass auch CHN-Personen bzw. CHN-Einheiten zum Kreis der Leistungserbringer gehören. Dabei sollten keine zusätzlichen Qualifikationsanforderungen über die Anforderungen hinaus formuliert werden, die sich aus dem seinerseits reformierten Berufsrecht (siehe 2.4.4.) ergeben.

Die Einzelheiten zur Leistungserbringerschaft und zur Vergütung würden in einer neu geschaffenen Anknüpfungsnorm (siehe 3.5.6.) geregelt.

An der Gesetzgebungskompetenz des Bundes für diesbezügliche Regelungen ist nicht zu zweifeln, da es sich durchgehend um Bestimmungen auf dem Gebiet der „Sozialversicherung“ i.S.v. Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG handelt, mithin um einen Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz, von der der Bund dann mit den entsprechenden Regelungen i.S.v. Art. 72 Abs. 1 GG „Gebrauch machen“ würde.

3.5.3 Spezifizierung und normative Verankerung als Adressaten einer Delegation im Hinblick auf Hilfeleistungen

Wie bei 3.3.3. beschrieben, könnten CHN-Tätigkeiten zu einem erheblichen Teil im Wege der Delegation, d.h. als „Hilfeleistungen“ in funktionaler Zuordnung zu dem sie anordnenden Hausarzt gemäß §§ 15 Abs. 1 S. 2, 28 Abs. 1 S. 2 SGB V erbracht werden. Da im Gesetz bislang aber keine Spezifizierung derjenigen „anderen Personen“, die zur Erbringung solcher „Hilfsleistungen“ berechtigt sein sollen, erfolgt ist, liegt es auf der Hand, dass durch eine explizite Spezifizierung auf der Ebene des Gesetzes ein weiterer erheblicher Beitrag zur Etablierung von CHN in Deutschland geleistet werden könnte.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Explizit benannt werden müssten dabei CHN-Personen und zwar in den §§ 15 Abs. 1 S. 2 und 28 Abs. 1 S. 2 SGB V.

Anders als bislang sollte auch die nähere Ausgestaltung der einzelnen in Betracht kommenden „Hilfeleistungen" sowie insbesondere die Formulierung von Anforderungen an die in diesem Kontext einzusetzenden Personen nicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband überlassen werden. Wie bereits zu 3.3.3 kritisiert worden ist, sprechen diese in der bislang abgeschlossenen Vereinbarung ausschließlich von „nichtärztlichen Mitarbeitern" bzw. von „nicht-ärztlichen Praxisassistenten".

Hinsichtlich des Inhalts der einzelnen Tätigkeiten könnte in der künftig durch Gesetz (u.U. unter Schaffung einer Konkretisierungsbefugnis durch Richtlinien des GBA) eine Orientierung an den bislang in der Anlage 24 des BMV-Ä enthaltenen Aufzählung der „delegierbaren ärztlichen Tätigkeiten" erfolgen. Auch im Hinblick auf die „allgemeinen Anforderungen an die Delegation" (insbesondere Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht) kann eine Orientierung an den bestehenden Vereinbarungen erfolgen. Hinsichtlich der Anforderungen an die Qualifikation der insoweit dann einsatzberechtigten CHN-Personen sollten im SGB V keine zusätzlichen Anforderungen formuliert werden als die, die sich aus der bestehenden Vereinbarung bzw. aus der diese ggf. weiterführenden berufsrechtlichen Neuregelungen ergeben (siehe insoweit ausführlich 2.2.5.3.3). Hilfsweise müsste zumindest im Gesetz eine Vorgabe für die bislang durch § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V zum Abschluss der entsprechenden Vereinbarungen ermächtigten Akteure (die Partner der „Bundesmantelverträge") aufgenommen werden, dass sie in die Vereinbarungen Regelungen der soeben beschriebenen Art aufnehmen müssen.

Alles Weitere würde sich wiederum aus der noch zu schaffenden sog. Anknüpfungsnorm (3.5.6.) ergeben.

Für sämtliche vorgeschlagenen Regelungen in diesem Bereich würde sich der Bund gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG wiederum auf die (konkurrierende) Gesetzgebungszuständigkeit für die „Sozialversicherung" berufen können.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

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

Auch im Hinblick auf die in § 63 Abs. 3b SGB V genannten Tätigkeiten der „Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln" (Nr. 1) sowie „inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer" (Nr. 2) sollten im Interesse einer dauerhaften Etablierung CHN-Personen explizit als Leistungserbringer genannt werden. Außer der bereits im Gesetz genannten Anforderung, Angehöriger von u.a. im „Pflegeberufegesetz" geregelter Berufe zu sein, bedarf es insoweit keiner zusätzlichen gesetzlichen Vorgaben.

Die entsprechende Betätigungsmöglichkeit sollte aber im Hinblick auf CHN-Personen nicht mehr als Modellvorhaben, sondern als weitere Form der Regelversorgung vorgesehen werden. Im Hinblick auf die Vergütungsberechtigung wären die Einzelheiten wiederum in der zu 3.5.6. beschriebenen Anknüpfungsnorm festzulegen.

Auch insoweit würde der Bund über die erforderliche Gesetzgebungskompetenz, wiederum nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 SGB V („Sozialversicherung"), verfügen.

3.5.5 Spezifizierung und regelhafte Verankerung als Adressaten einer teilweisen Übertragung weiterer ärztlicher Tätigkeiten

§ 63 Abs. 3c SGB V bietet gegenwärtig das größte Potenzial für die Ausdehnung des statthaften Tätigwerdens von CHN-Personen, allerdings nur im Rahmen von Modellvorhaben. Diese Vorschrift und die auf ihrer Grundlage durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erlassene Richtlinie (vgl. bereits 2.3.2.5.2.; nachfolgend: GBA-Richtlinie) bieten aber ein Reservoir für eine künftige Regelung im Gesetz, durch die die entsprechenden Tätigkeiten dann perspektivisch in eine Regelversorgung überführt werden könnten.

In einer solchen Regelung müssten zunächst die CHN-Personen explizit benannt werden; in § 63 Abs. 3c SGB V ist bislang wiederum „nur" – unspezifisch – von „Angehörigen des im Pflegeberufegesetzes (…) auf Grundlage einer Ausbildung nach § 14 des Pflegeberufegesetzes geregelten Berufen" die Rede (S. 1). Die zu schaffende Neuregelung würde stattdessen unmittelbar an die im Rahmen der rechtspolitischen Vorschläge des Zweiten

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Teils (Berufsrecht) gemachten Qualifikationsanforderungen anknüpfen („berufsrechtlicher Vorrang").[181]

Die zu schaffende gesetzliche Neuregelung könnte zur Ausgestaltung von Detailfragen weiterhin eine Richtlinienbefugnis des Gemeinsamen Bundesausschusses vorsehen; insoweit könnten auch die bislang in § 63 Abs. 3c S. 4 u. 5 SGB V vorgesehenen Stellungnahmerechte der Bundesärztekammer sowie der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe fortgeführt werden.[182] Anders als bislang würden aber die zentralen Aspekte bereits auf der Ebene des Gesetzes geregelt, weil nur so die Überführung aus dem Bereich der Modellvorhaben in eine Option der Regelversorgung gelingen kann.

Damit würde sich auch der Teil der Kritik,[183] der sich seinerzeit bei der Einführung von § 63 Abs. 3c SGB V aus der Ärzteschaft, aber auch mit verfassungsrechtlicher Unterfütterung, daran entzündet hatte, dass der Gesetzgeber ursprünglich die Variante der Substitution nicht seinerseits zum Ausdruck gebracht hatte, endgültig erledigen. Die damals getroffene Regelung ging u.a. zurück auf eine Anregung des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen.[184] Mittlerweile hat der Gesetzgeber selbst in § 15 Abs. 1 S. 1 SGB V zum Ausdruck gebracht, dass grundsätzlich eine Einbeziehung anderer Personen als Ärzte in die „ärztliche Behandlung" möglich ist.[185] Im Einzelnen sollte wie folgt vorgegangen werden:

- Am Anfang einer zu schaffenden Neuregelung auf der Ebene des Gesetzes müsste die explizite Benennung des verfolgten Ziels stehen. Es deckt sich mit der bereits hinter der Schaffung von § 63 Abs. 3c SGB V stehenden Intention, durch eine intensivere Beteiligung anderer als ärztlicher Heilberufe eine Entlastung der Ärzte und insbesondere eine Überwindung bzw. zumindest Linderung des in immer mehr Regio-

181 Terminus nach *Scholz*, in: BeckOK Sozialrecht, Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching (Hrsg.), SGB V, § 63 Rn. 7.

182 Zu ihrer Bedeutung vgl. *Roters*, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Werkstand 107. EL, Juli 2017, SGB V, § 63 Rn. 21.

183 Die wichtigsten Beiträge zur Frage der Statthaftigkeit einer Substitution ärztlicher Leistungen auf der Grundlage von Richtlinienrecht sind dokumentiert bei *Huster*, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 63 Rn. 9 mit zahlreichen Nachweisen.

184 Kooperation und Verantwortung, Gutachten 2007, Tz. 134.

185 Darauf macht *Wenner*, in: Eichenhofer/von Koppenfels-Spies/Wenner (Hrsg.), SGB V, § 63 SGB V Rn. 9, aufmerksam.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

nen bestehenden Mangels an Versorgung mit Hausärzten zu erreichen.[186]

- Sodann wäre stärker als bislang in § 63 Abs. 3c SGB V angelegt zu betonen, dass es sich um ein kooperatives, gleichsam im Tandem zwischen Hausarzt und CHN-Personen erfolgendes Versorgungskonzept handelt; namentlich der bislang gebräuchliche Begriff der „Substitution" bringt dies nicht hinreichend klar zur Geltung. Immerhin sieht § 6 der GBA-Richtlinie bereits vor, dass in Modellvorhaben u.a. „Regelungen zur Einbeziehung der Berufsangehörigen in die ärztliche Versorgung unter Berücksichtigung der erforderlichen Vernetzung und Kommunikation" getroffen werden sollten. Eine dahingehende Aussage könnte auf der Ebene des zu schaffenden Gesetzes weitergeführt und präzisiert werden.
- Hinsichtlich der einzelnen übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten könnte eine vollständige Übernahme der bislang im Teil „B Besonderer Teil" der GBA-Richtlinie enthaltenen tabellarischen Aufzählung erfolgen. Dies beträfe zum einen die einzelnen übertragbaren Tätigkeiten diagnosebezogen (z.B. Assessment bei Diabetes mellitus Typ 1) bzw. prozedurenbezogen (z.B. Injektionen/Infusionstherapien). Die im Gesetz aufgeführten übertragbaren Tätigkeiten sollten jeweils als abschließend festgelegt werden.
- In diesem Zusammenhang wäre auch die bereits im Abschnitt 2.3.3.2.2 dieses Gutachtens vorgeschlagene Lockerung des Erfordernisses der vorherigen Diagnose und Indikationsstellung zu verankern. Bislang ist in § 3 Abs. 1 S. 1 der GBA-Richtlinie vorgesehen, dass die „selbstständige Ausübung von Heilkunde" durch Pflegepersonen „eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung voraus[setzt]" und diese dem Berufsangehörigen „dokumentiert mitzuteilen" ist. Eine Lockerung könnte dahingehen, dass bei einfachen Erkrankungen (beispielsweise Erkältungen) die ärztliche Diagnose nachgeholt wird, und auch nur dann, wenn sich die Erkrankung über einen längeren Zeitraum erstreckt.
- In Anlehnung an § 3 Abs. 3 der Richtlinie sollten durchgehend Informations- und Dokumentationspflichten im Verhältnis zwischen den CHN-Personen und dem jeweils eingebundenen Arzt verankert werden.[187]

---

186 Vgl. *Huster*, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 63 Rn. 9; *Wenner*, in: Eichenhofer/von Koppenfels-Spies/Wenner (Hrsg.), SGB V, § 63 SGB V Rn. 11.

187 Dies betont auch *Scholz*, in: BeckOK Sozialrecht, § 63 SGB V Rn. 8b.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Die Initialisierung einer Leistungserbringung im Modus der teilweisen Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an CHN-Personen würde in den durch eine zu schaffende Regelung im Abschnitt über die „Beziehungen zu Leistungserbringern" (dazu sogleich 3.5.6) vorgezeichneten Bahnen erfolgen. Vertragspartner der jeweils zuständigen Gesetzlichen Krankenkasse wäre die jeweilige CHN-Einheit, die die in jener Neuregelung aufgestellten Anforderungen erfüllt.

Der Bundesgesetzgeber könnte sich hinsichtlich sämtlicher vorgeschlagener Regelungen wiederum auf die Gesetzgebungskompetenz nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG für die „Sozialversicherung" berufen.

3.5.6 Schaffung einer Anknüpfungsnorm im Abschnitt über die „Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern" des SGB V

In den Abschnitten 3.5.1 bis 3.5.5 wurde jeweils festgestellt, dass es für eine „Beförderung" von CHN-Personen bzw. von CHN-Einheiten zu Leistungserbringern nach dem SGB V insbesondere zur näheren Ausgestaltung der dann möglichen Vergütung der erbrachten Leistungen erforderlich sein wird, in das Vierte Kapitel des SGB V („Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern") entweder einen neuen eigenen Abschnitt einzufügen oder (was u.E. näher liegt) innerhalb des bestehenden „Achten Abschnitts: Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern" eine näher ausgestaltende Regelung aufzunehmen.

Folgendes ist als zentrales Merkmal des hier vorgeschlagenen Konzeptes herauszustellen: Dieses Konzept besteht darin, die CHN-Personen bzw. CHN-Einheiten als neue, spezifizierte und erstmals normativ anerkannte Leistungserbringer zu etablieren und nicht darin, die von ihnen erbrachten Tätigkeiten zu einer neuen Leistungsart zu bündeln. Würde man den Weg der Schaffung einer neuen Leistungsart, etwa als „Primärmedizinische Versorgung/Versorgungsmanagement und Case-Management, Patientenbegleitung etc.", gehen, so wäre nicht nur der normative Reformbedarf um ein Vielfaches größer. Es würden sich auch in weit höherem Maße Abgrenzungs- und Kompetenzschwierigkeiten, insbesondere gegenüber der bislang ganz im Vordergrund stehenden Leistungsart „Ärztliche Behandlung" ergeben. Im Interesse einer realistischen und möglichst erfolgreichen Etablierung von CHN in Deutschland erscheint daher der hier vorgeschlagene Weg vorzugswürdig.

Die einzelnen, statthafterweise von CHN-Personen bzw. CHN-Einheiten erbrachten Tätigkeiten würden daher im Kontext der auf die jeweili-

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

gen bereits bislang bestehenden Leistungen bezogenen Vorschriften zu finden sein, wie in den Abschnitten 3.5.2 bis 3.5.5 beschrieben. Dabei hat sich gezeigt, dass (jedenfalls bei Einbeziehung der Möglichkeiten der Delegation sowie der teilweisen Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten) sämtliche überhaupt vom SGB V erfassten potenziellen Tätigkeiten von CHN-Personen bzw. CHN-Einrichtungen bereits bislang im Leistungskatalog des SGB V enthalten sind.

In jedem der vorherigen Abschnitte wurde sodann die Feststellung getroffen, dass sich die Einzelheiten hinsichtlich der Leistungserbringerschaft und insbesondere des Vergütungsmechanismus aus einer Norm im Abschnitt über die „Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern" (Viertes Kapitel – Achter Abschnitt SGB V) ergeben sollen; diese Norm stellt mithin eine „Anknüpfungsnorm" dar, indem sie auf die jeweils im Kontext bestimmter Leistungen vorgenommenen Spezifizierungen Bezug nimmt.

Neben den sogleich skizzierten strukturellen und insbesondere vergütungsbezogenen Regelungsinhalten müsste diese Anknüpfungsnorm zumindest auch eine knappe Definition von „CHN im Sinne des SGB V" enthalten. Eine solche Definition sollte (vorbehaltlich weiterer inhaltlicher Überlegungen) zumindest die folgenden Merkmale festschreiben:

- Kooperationsstruktur unter Beteiligung mindestens eines Hausarztes und der zuständigen Kommune;
- Innerhalb dieser Kooperationsstruktur sind Angehörige eines (nach dem Vorschlag von 2.4.4.1 zu schaffenden APN / NP-Ausbildungsgesetzes qualifizierten) Pflegeberufes mit erfolgreich absolviertem Studium in auch koordinierender Funktion tätig.

Sodann wäre zu regeln, unter welchen Voraussetzungen und mit welchen Mechanismen die Vergütungen ermittelt werden. Dazu gehört auch die Frage, ob und mit welchen Verbänden ggf. Kollektiv- bzw. Selektivverträge abgeschlossen werden. Ein Muster für den diesbezüglichen Regelungsbedarf könnte in § 132d SGB V zu finden sein.[188] Diese Vorschrift betrifft die „spezialisierte ambulante Palliativversorgung" und berechtigt den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die maßgeblichen Spitzenorganisationen in jenem Themenfeld zum Abschluss eines „einheitlichen Rahmenvertrages über die Durchführung der (einschlägigen) Leistungen". In den Rahmenverträgen sollen gemäß S. 3 der Vorschrift „die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen

188 Mit Hinblick auf Rehabilitationseinrichtungen mag § 111 SGB V ausreichend sein.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung" festgelegt werden. Im Rahmen dieser Untersuchung kann nicht vertieft werden, ob ein solches Modell oder ein anders geartetes Vergütungsmodell vorzugswürdig ist, weil dies letzten Endes vom gewählten normativen Zugriff auf die Leistungserbringer als solche abhängt und daher noch von mehreren gegenwärtig nicht festliegenden Variablen.

3.6 Zusammenfassung zum leistungsrechtlichen Teil

Die Analyse des gegenwärtigen Leistungsrechts des SGB V zu den Leistungen, der Leistungserbringung und der Leistungsvergütung hat den wiederholt kritisch bewerteten Befund bestätigt, dass dieses System infolge der zahlreichen verteilungslenkenden Strukturen, der strikten Abgrenzung nach Handlungsfeldern und teilweise bestehender korporatistischer Elemente der immer wieder angemahnten ganzheitlichen Sicht auf das Versorgungsgeschehen oft im Wege steht. Stattdessen drohen Doppeluntersuchungen, Behandlungsdiskontinuitäten und sogar Fehlentscheidungen. Im ländlichen Raum, aber teilweise auch in bestimmten städtischen Räumen sind außerdem zunehmend Versorgungslücken zu beobachten, die durch das vermehrte Auftreten von Erkrankungen mit chronisch-degenerativem Verlauf und von Zivilisationskrankheiten noch verschärft werden. Immerhin hat der Gesetzgeber wiederholt bewiesen (insbesondere über das Instrument von Modellvorhaben, u.a. im Zusammenhang mit §§ 63 ff. SGB V), dass er offen für neue Sichtweisen ist.

Dennoch ist eine dauerhafte und finanziell tragfähige Etablierung von CHN in Deutschland bei der gegebenen leistungsrechtlichen Ausgangslage als außerordentlich schwierig einzustufen. CHN-Personen sind bislang nicht nur von vornherein gar nicht als Leistungserbringer in der „Krankenbehandlung" konstituiert. Sie verfügen auch nicht über Vereinigungen, die die gesetzliche Legitimation und Durchsetzungskraft aufweisen könnten, über die namentlich die Kassenärztlichen Vereinigungen verfügen.

Zwar tauchen nichtärztliche Leistungsanbieter an verschiedenen Stellen innerhalb des SGB V auf. Dies geschieht aber vielfach ohne Spezifizierung und ohne die Zuschreibung von Qualifikationsprofilen. Fast durchgehend ist auch eine Weisungsbefugnis bzw. ein Verordnungsrecht zugunsten von Ärzten vorgesehen, CHN-Personen bzw. CHN-Einheiten kommen unter dieser Benennung im bestehenden Recht überhaupt nicht vor.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Ärzte sind hingegen im SGB V als Leistungsanbieter durchgehend benannt, wenn sie die entsprechenden Leistungen selbst erbringen. Darüber hinaus ist überwiegend vorgesehen, dass andere (oft gar nicht näher spezifizierte) Anbieter von Leistungen ausschließlich nach vorheriger Verordnung oder Anordnung durch Ärzte tätig werden dürfen. Dies gilt in allen relevanten Handlungsfeldern (Prävention, kurative ambulante Versorgung und Rehabilitation). Für andere Leistungsanbieter ist im Kernbereich der medizinischen Versorgung, also in der Kuration, abgesehen von der Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, von vornherein nur für vergleichsweise wenige Tätigkeiten Raum. In den anderen Versorgungsbereichen, also der Gesundheitsförderung und Prävention, der medizinischen Rehabilitation, der Langzeitpflege und der Palliation, werden zwar andere als ärztliche Personen als direkte Leistungserbringer tätig, jedoch, wie gesagt, häufig kraft Steuerung durch den Arzt.

Das größte Potenzial für ein Tätigwerden von CHN-Personen bzw. CHN-Einheiten unter dem bestehenden Rechtsrahmen bietet die in den §§ 15 Abs. 1 S. 2 u. 28 Abs. 1 S. 2 SGB V vorgesehene Übertragung von „Hilfeleistungen" durch Ärzte und insbesondere die in § 63 Abs. 3b bzw. Abs. 3c SGB V (allerdings bislang nur im Rahmen von „Modellvorhaben") vorgesehene teilweise Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf bestimmte Angehörige vor allem im Pflegeberufegesetz geregelter Berufe.

Zur Überwindung dieser Situation im Interesse einer Etablierung von CHN als neuer Form der medizinischen Primärversorgung in Deutschland werden mehrere Vorschläge für Gesetzesänderungen im SGB V unterbreitet. Bei der Realisierung dieser Vorschläge könnte der Bundesgesetzgeber von der ihm durch Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG („Sozialversicherung") eingeräumten konkurrierenden Gesetzgebungsbefugnis Gebrauch machen. Im Einzelnen zielen die unterbreiteten Vorschläge für Gesetzesänderungen auf

- Spezifizierung und normative Verankerung als Leistungserbringer
- Spezifizierung und normative Verankerung als Adressaten einer Delegation
- Spezifizierung und normative Verankerung als Adressaten einer teilweisen Übertragung von Tätigkeiten bei der Versorgung mit Verbands- und Pflegehilfsmitteln sowie bei der häuslichen Krankenpflege
- Spezifizierung und regelhafte Verankerung als Adressaten einer teilweisen Übertragung weiterer ärztlicher Tätigkeiten.

Dieses Regelungskonzept schafft keine neuen bzw. zusätzlichen Leistungen, sondern strukturiert einen Teil der Leistungserbringerschaft und der Vergütungsberechtigung neu. Dies geschieht „bottom up", indem die Ini-

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

tiative für eine Leistungserbringung im Rahmen von CHN jeweils vom Tätigwerden von CHN-Personen bzw. von delegierenden Hausärzten oder von CHN-Einheiten, mit denen nach Maßgabe der Anknüpfungsnorm Vereinbarungen geschlossen werden, ausgeht. Dies wird typischerweise geschehen, wenn die Verhältnisse vor Ort es erfordern und es der Kommune gelingt, eine CHN-Einheit zusammenzustellen – dieses wiederum wird im Vierten Teil untersucht.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-117, am 12.10.2024, 05:06:39
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb