4 Institutionelle Grundentscheidungen und organisatorische Gestaltungsoptionen

4.1 Fragestellungen

4.1.1 Untersuchungsrahmen

Anders als in den beiden vorherigen Abschnitten steht hier nicht die Frage der Statthaftigkeit bestimmter Arrangements im Vordergrund. Vielmehr muss beschrieben werden, welche institutionellen bzw. organisatorischen Gestaltungsoptionen infrage kommen und wie sie jeweils zu bewerten sind. Unzweifelhaft hängt die erfolgreiche Verwirklichung bestimmter materieller Zielsetzungen in entscheidendem Maße auch davon ab, wie das organisatorische Setting beschaffen ist. Dies gilt sowohl für die einzelnen mit CHN-Tätigkeiten befassten Personen als auch für die intendierten Kooperationspartner und schließlich für den Staat als Regelsetzer. Indem dieser insbesondere im SGB V Aussagen über die Organisation der Gesundheitsversorgung trifft (beispielsweise bei der Schaffung und Erweiterung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) als Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Abs. 1a SGB V), nutzt er die Funktion des Organisationsrechts als Steuerungsressource.[189]

Die nachfolgenden Ausführungen sind daher an die Regelsetzer, aber auch an die sich mit CHN-Konzepten beschäftigenden Kommunen, an kooperationswillige Ärzte, die Gesetzlichen Krankenkassen und andere relevante Akteure adressiert. Sie alle werden sowohl die Inanspruchnahme bestehender Organisationsformen als auch (soweit es in ihrer Kompetenz steht) die Entwicklung neuer Organisationsformen erst dann ins Auge fassen, wenn sie hinreichend Realisierungs- und Erfolgschancen sehen. Dabei kommt dann auch wieder der Aspekt der Statthaftigkeit ins Spiel, und zwar mit der Frage, welche institutionelle bzw. organisatorische Gestaltungsoption ggf. nur nach einer Änderung des bestehenden Rechtsrahmens (also de lege ferenda) möglich sein wird (4.5).

Nachfolgend wird unterschieden zwischen der institutionellen Zuordnung (4.3) und der näheren organisatorischen Ausgestaltung innerhalb

189 Vgl. dazu allgemein *Burgi*, in: Ehlers/Pünder (Hrsg.), Allgemeines Verwaltungsrecht, § 7 Rn. 4, 14, 18 ff.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

einer gewählten institutionellen Zuordnung (4.4). Eine erste institutionelle Grundentscheidung betrifft die Frage, ob CHN als (Mit-)Einrichtungsträgerschaft verstanden wird, oder ob die CHN-Personen bei anderen Trägern angestellt sein sollen (4.3.1), die dann (auch) als CHN-Einheit anzusehen wären. Von größter Bedeutung ist sodann, institutionelle Antworten auf die Notwendigkeit einer Kooperation mit anderen Leistungserbringern, vor allem mit den Kommunen und den Hausärzten, zu finden. In diesem Zusammenhang müssen die institutionellen Profile der Kommunen bzw. der Hausärzte als jedenfalls unverzichtbare Kooperationspartner beschrieben werden (4.3.2). Eine durch das Gesetz bereitgestellte Form der institutionalisierten Kooperation ist sodann das MVZ, dessen Leistungsprofil und Statthaftigkeit ebenfalls ermittelt werden muss (4.3.3).

Im Abschnitt 4.4 können auf dieser Grundlage dann die einzelnen organisationsrechtlichen Gestaltungsoptionen *de lege lata* untersucht werden: CHN im Angestelltenstatus bei der Kommune, einem Hausarzt bzw. in einem MVZ (dies wiederum differenziert danach, ob dort eine kommunale Beteiligung erfolgt oder nicht) oder CHN als (Mit-)Einrichtungsträgerschaft. Abschließend erfolgt dann wiederum die Einschätzung künftiger Regelungsmöglichkeiten (4.5).

Auch diesem Abschnitt liegt die dem juristischen Zugriff immanente realistische Sichtweise zugrunde. Daher muss von der jeweils bestehenden institutionellen bzw. organisatorischen Ausgangslage ausgegangen werden. Dies führt von vornherein zu einer vergleichsweise kritischeren Beurteilung von Gestaltungsoptionen, die ein besonders hohes Maß an Reformnotwendigkeit und (eine vielfach fehlende) Reformbereitschaft von Akteuren erfordern. Eine Option wie etwa die „Erwirtschaftung" finanzieller Kapazitäten durch eine Reduzierung von Vertragsarztsitzen zugunsten des Aufbaus von CHN-Strukturen wäre auf der Zeitschiene eher in der ferneren Zukunft zu platzieren. Die Möglichkeiten einer Zuordnung von CHN in zu entwickelnden sog. PORT-Zentren bietet hingegen eine hochinteressante Perspektive, die freilich im Rahmen dieses Gutachtens nicht ihrerseits entfaltet werden kann. An jeweils geeigneter Stelle soll aber bereits darauf aufmerksam gemacht werden, ob eine Überführung in ein entstehendes PORT-Zentrum möglich erscheint.

Nicht geleistet werden kann eine Analyse der einzelnen in Betracht kommenden Organisationsformen des Gesellschaftsrechts. Auch die für die Entscheidung vor Ort relevanten Aspekte des Steuer-, Arbeits- oder Fremdfinanzierungsrechts (Kredite, Sicherheiten etc.) müssen ebenso ausgeblendet bleiben wie die Frage, wie innerhalb ggf. neu entstehender Kooperationsstrukturen die Haftungsrisiken verteilt werden müssen.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

4.1.2 Impulse des SGB für Kooperation und Koordination

Auch wenn der Blick in die Praxis nicht immer diesen Eindruck vermittelt, ist die Koordination verschiedener Leistungsangebote und ihre etwaige Weiterentwicklung zu Kooperationen ein an mehreren Stellen in den Sozialgesetzbüchern festgelegtes Ziel. So werden die verschiedenen Leistungsträger der Sozialversicherung gemäß § 17 Abs. 3 SGB I zur Zusammenarbeit „mit gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen" verpflichtet. Im SGB V ist an verschiedenen Stellen die Kooperation zwischen Ärzten und Krankenhäusern (etwa im Belegarztwesen), die Tätigkeit als ermächtigter (Krankenhaus-)Arzt und beim ambulanten Operieren geregelt. Die auf der Grundlage des § 95 Abs. 1a SGB V errichteten MVZ wurde bereits erwähnt. Mit der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V steht eine neuartige Form der Kooperation zwischen Vertragsärzten und -zahnärzten, Krankenhausträgern, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen zur Verfügung.[190] Auch die bereits im Abschnitt über die Qualitätssicherung in Teil 3 erwähnten strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 1 SGB V stellen eine spezifische Form der Kooperation der Leistungserbringer, beschränkt auf bestimmte Krankheiten, dar.[191] In dem die soziale Pflegeversicherung regelnden SGB XI wird in § 8 Abs. 1 die pflegerische Versorgung der Bevölkerung als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe" bezeichnet, bei deren Erfüllung „die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen … eng zusammen" wirken sollen (§ 8 Abs. 2 S. 1 SGB XI).

4.1.3 Blick in die bestehende institutionelle Landschaft

Wie in der umfangreichen Broschüre „CHN Deutschland" skizziert, gibt es bereits einige bestehende CHN-Projekte. Ihnen wird zutreffenderweise bescheinigt, dass sie noch nicht durch eine „verstärkte Übernahme von Verantwortung und das selbstständige Ausfüllen von Handlungsfeldern nach dem Beispiel von Advanced Nursing Practice aus dem Ausland" charakterisiert seien. Überwiegend sind die bestehenden Projekte auf der kommunalen Ebene angesiedelt.[192] So ist das in Rheinland-Pfalz praktizierte Modell „Gemeindeschwester^{plus}" ein auf die Unterstützung und Be-

190 Dazu zuletzt *Fleischer*, jurisPR-ITR 2/2020 Anm. 2.
191 Vgl. zum Ganzen bündig *Igl*, in: Igl/Welti (Hrsg.), Gesundheitsrecht, § 23.
192 *Agnes-Karll-Gesellschaft*, CHN Deutschland, S. 37 ff.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

ratung hochbetagter Menschen fokussiertes Gemeinschaftsprojekt von Gemeinden, Landkreisen und Bezirken. Bei dem Projekt „LGS-Licher Gemeindeschwestern“ und verwandten Projekten werden ebenfalls primär die Senioren einer Gemeinde adressiert. Die Finanzierung erfolgt hier über einen Investor sowie einen gemeinnützigen Förderverein. Weitere Projekte betreffen verschiedene Formen der Zusammenarbeit von Pflegeexperten („Tandempraxis Medizin/Pflege“). Ebenfalls sektorenübergreifend sind Projekte wie die „Gesundheitsregion Landkreis Leer“ und das von einer Ärzteinitiative und einem privatwirtschaftlichen Unternehmen gegründete Modellprojekt „Gesundes Kinzigtal“, das mittlerweile in Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V gemündet ist. Genannt werden in der Broschüre „CHN Deutschland“ auch die Medizinischen Versorgungszentren als potenzielle Organisationsstruktur. Bislang gibt es hierfür aber offenbar noch keine praktischen Beispiele und auch die zuvor genannten Projekte weisen jeweils doch nur einen entfernten Bezug zur CHN-Thematik auf.

Der Blick in die bestehende Landschaft zeigt mithin, dass sich bislang noch kein institutionell-organisatorisches Modell herausgebildet hat, das für den bundes- oder auch nur landesweiten Einsatz adaptiert und ggf. weiterentwickelt werden könnte. Die bestehenden Projekte sind sehr von den handelnden Personen und vor Ort obwaltenden Umständen, insbesondere von Fördermöglichkeiten geprägt. Von ihnen dürfte dauerhaft kein Impuls zur Etablierung von CHN-Arrangements ausgehen können. Auf dem Stand des bislang bereits Erreichten und in Anbetracht der in den kommenden Jahren nach Einsatzmöglichkeiten suchenden Absolventinnen und Absolventen der geförderten Studiengänge erscheint es daher dringend indiziert, die Arbeit am institutionell-organisatorischen Setting voranzutreiben.

4.2 Anforderungen an das institutionelle und organisatorische Arrangement

Nach der modernen Sichtweise auf das Organisationsrecht muss eine erfolgreiche Gesundheitsversorgung unter den Rahmenbedingungen des Verfassungs- und Rechtssystems der Bundesrepublik Deutschland darauf ausgerichtet sein, eine flächendeckende, gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, die Qualität der Versorgung sowie die Wirtschaftlichkeit (vgl. § 12 SGB V) und Beitragssatzstabilität (vgl. § 71 SGB V) zu gewährleisten und bei all dem der zunehmenden Verzahnung der Handlungsfelder Rechnung zu tragen. Dies bedeutet, dass institutionelle

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

und organisatorische Arrangements in stärkerem Maße Elemente der Koordination und Kooperation beinhalten müssen als dies bislang der Fall war.[193] Wichtig ist sodann, dass die Betroffenen, d.h. die zu versorgenden Menschen, stärker (auch) als Akteure und nicht (nur) als Adressaten von Versorgungsmaßnahmen begriffen werden. Dies schließt auch die Perspektive einer verstärkten Beteiligung an den zu treffenden Entscheidungen (Partizipation) ein.[194] Die nachfolgend beschriebenen und bewerteten Organisationsmodelle müssen in diesem Sinne funktionsgerecht sein.

Konkret im Hinblick auf die Etablierung einer CHN-Struktur lassen sich aus den Überlegungen in den Teilen 1 – 3 dieses Gutachtens und unter Orientierung an den im Teil 1 (1.1.3.3) dokumentierten Kanon der CHN-Tätigkeiten die folgenden Anforderungen an das institutionell-organisatorische Arrangement ableiten:

- Durchführbarkeit aller im Rahmen des CHN de lege lata und ggf. de lege ferenda vorgesehenen Tätigkeiten: Klinisches Assessment und körperliche Untersuchung, Ersteinschätzung und Beratung, Gesundheitserhaltung und -förderung, Befähigung von Patienten, Koordination, Kooperation, Leadership und Bedarfserhebung.
- Community-Verankerung, d.h. Bezogensein auf rechtlich verfasste gebietliche Einheiten wie typischerweise Landkreise, kreisfreie Städte, aber auch Stadtbezirke oder Zweckverbände. Jedenfalls in der Wahrnehmung nach außen soll CHN in einem „kommunalen Gesundheitszentrum“ stattfinden bzw. erkennbar sein (zunächst unabhängig davon, ob die Kommune selbst als Träger oder einer von mehreren Trägern engagiert ist).
- Innerhalb des letztlich gewählten institutionell-organisatorischen Arrangements sollen Pflegeexpertinnen APN/Pflegeexperten APN einen zentralen Platz finden, ggf. nach verschiedenen Rollen differenziert (primär etwa leitende Funktionen, primär am Patienten stattfindende Funktionen etc.).[195]
- Ermöglicht werden muss die Einbeziehung möglichst vieler Kooperationspartner. Neben Hausärzten und der jeweils betroffenen Kommune können dies Fachärzte sein, Physiotherapeuten und Logopäden, Sozial-

193 Dazu *Brandhorst/Hildebrandt/Luthe*, Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems.

194 Vgl. zum Ganzen *Igl*, in: Ruland/Becker/Axer (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch, § 18 Rn. 38 ff.; *Schuler-Harms*, in: Fehling/Ruffert, Regulierungsrecht, § 15 Rn. 20 ff.; *Burgi*, Kommunale Verantwortung, S. 21.

195 Das *Oberender*-Gutachten I: Umsetzbarkeit eines PORT-Zentrums, S. 57, differenziert zwischen drei verschiedenen CHN-Rollenprofilen.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

arbeiter, Pflegedienste sowie die zuständige Behörde des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD).

- In finanzieller Hinsicht sollen möglichst viele Ressourcen nutzbar gemacht werden. Dies betrifft sowohl die Finanzierungsmöglichkeiten nach dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) und dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung). Über die Kommunen könnten Ressourcen aus Steuermitteln mobilisiert werden, u.U. sind die Kommunen aber auch selbst Bezugsberechtigte von Vergütungen nach dem Sozialversicherungsrecht, etwa im Rahmen von Sozialraumkonzepten (vgl. § 20h SGB V, §§ 7c und 45d SGB XI).[196] Potenzielle Fördertöpfe könnten auf der Ebene des Bundes sowie des jeweiligen Landes genutzt werden, ebenso Spenden und Gelder von Stiftungen. Im Hinblick auf die Begleitung bzw. Versorgung bestimmter Gruppen von Adressaten (Behinderte, Jugendliche, von Maßnahmen des ÖDGD erfasste Personen) könnten spezifische Finanzierungsquellen zu Verfügung stehen.

Bei der Entscheidung zwischen mehreren potenziellen institutionell-organisatorischen Arrangements sollte in der gegenwärtigen Situation, in dem sich das CHN-Projekt in einer Art Inkubationsphase befindet, überdies darauf geachtet werden, welche Realisierungschancen unabhängig von den konkreten Umständen und handelnden Personen vor Ort das betreffende Modell bietet. Je „exportfähiger" ein Modell ist, d.h. je stärker es als „role model" dienen kann, desto eher sollte es zum Einsatz gelangen. Dies dient dem erklärten Ziel einer flächendeckenden Einführung von CHN in Deutschland.

4.3 Institutionelle Grundentscheidungen

4.3.1 CHN im Angestelltenstatus bei oder in (Mit-)Trägerschaft einer (auch) CHN-Einheit

Eine Verankerung der CHN-Personen im Angestelltenstatus bei einer etablierten Institution (Kommune bzw. kommunales Krankenhaus, Hausarzt, MVZ), die dann (auch) als CHN-Einheit fungiert, bietet den Vorzug eines vergleichsweise unbeschwerten Starts und dürfte gerade im Hinblick auf die in einigen Jahren frisch ausgebildeten Absolventinnen und Absolventen der CHN-Studiengänge oftmals alternativlos sein. Infolge der durch das Angestelltenverhältnis begründeten festen Verbindung mit einem der

196 Darauf hat bereits *Schulz-Nieswandt*, ZögU 2018, S. 337 (344), hingewiesen.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

für den erfolgreichen Aufbau einer CHN-Struktur unverzichtbaren Kooperationspartner (dazu sogleich 4.3.2) wäre zugleich eine erste Vorkehrung gegen die Gefahr der Isolierung angesichts eines vorgefundenen Systems mit bislang ja nicht CHN-offenen Strukturen getroffen.

Jedenfalls für die Startphase des Aufbaus von CHN-Strukturen in Deutschland vergleichsweise unrealistisch erscheint ein Tätigwerden von CHN-Personen als Träger eigenständiger CHN-Einrichtungen. Denkbar erscheint ein Engagement von bisher in der Pflege tätigen freien und v.a. freigemeinnützigen Trägern, also der Aufbau eigenständiger CHN-Angebote auf der Basis bestehender ambulanter Pflegedienste, Pflegestützpunkte (dazu näher unten 4.4.1) bzw. bereits modellhaft entwickelten Pflegekompetenzzentren.[197] Daraus könnte sich – bei einer Änderung der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen (dazu unten 4.5) – wiederum eine (Mit-)Trägerschaft im Hinblick auf ein Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 1a SGB V bzw. ein künftig entstehendes PORT-Zentrum entwickeln.

Die unternehmerische Verankerung in einer bereits erfolgreich agierenden Pflegeeinrichtung böte neben einer u.U. perspektivenreichen wirtschaftlichen Basis auch die politische Chance, die großen Wohlfahrtsverbände für den Aufbau von CHN-Strukturen im ganzen Bundesgebiet mobilisieren zu können. Hierher gehören als freigemeinnützige Träger die religiös, humanitär oder an politischen Überzeugungen orientierten Einheiten von z.B. Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonie, Paritätischem Wohlfahrtsverband und der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland.[198] Wichtig wäre dabei, die CHN-Struktur innerhalb einer bestehenden Pflegeeinrichtung als nach außen sichtbare eigenständige Teileinheit zu konzipieren.

197 Die DAK führt ein diesbezügliches Modell durch (https://www.dak.de/dak/bundesthemen/innovationsfonds-foerdert-dak-projekt-2112788.html#/, zuletzt aufgerufen am 08.12.2020).

198 Zu Bedeutung und Stellung vgl. *Klug*, Wohlfahrtsverbände zwischen Macht, Staat und Selbsthilfe, 1997, S. 19 ff.; *Moos/Klug*, Basiswissen Wohlfahrtsverbände, 2009, S. 41 ff.; zum Selbstverständnis siehe *Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege*, Selbstverständnis, https://www.bagfw.de/ueber-uns/freie-wohlfahrtspflege-deutschland/selbstverstaendnis (zuletzt aufgerufen am 08.12.2020).

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

4.3.2 Notwendigkeit einer Kooperation jedenfalls mit Kommune und Hausarzt

4.3.2.1 Begriffe, Begründung, Auswahlfaktoren

Nachfolgend geht es um Kooperationen, die in rechtlich verfassten Formen stattfinden, also nicht lediglich auf dem guten Willen der Beteiligten beruhen. Dies kann in der verdichtetsten Form eine gemeinsame Institution bedeuten. Denkbar sind aber auch einzelvertraglich, d.h. unter Festlegung jeweiliger Handlungs- und Leistungspflichten, fixierte Arrangements.

- Institutionalisierte Anbindung: Dies bedeutet, dass diejenige Einrichtung, an der die CHN angesiedelt ist (als Angestellte bzw. als (Mit-)Trägerin) mit der jeweils anderen Einrichtung (Kommune bzw. Hausarzt) in ein und derselben Handlungs- und Organisationseinheit verbunden ist, namentlich in einem MVZ, künftig ggf. auch in einem PORT-Zentrum.
- Eine lediglich einzelvertraglich fixierte Kooperation begründet bestimmte Handlungs-, Leistungs-, und Finanzierungspflichten über einen vorab festgelegten Zeitraum. Typischerweise werden im wechselseitigen Interesse Dienstleistungen erbracht. Als schwächste Form kommt aber auch die bloß räumliche Kooperation, etwa über einen Mietvertrag, in Betracht. Stets würde auf der einen Seite des Vertrages die Kommune (bzw. ihr Krankenhaus) und auf der anderen ein Hausarzt bzw. ein MVZ, dem auch ein Hausarzt angehört, stehen und die CHN wäre bei einem der beiden Vertragspartner entweder angestellt oder in (Mit-)Trägerschaft engagiert.

Während die Kooperation mit zahlreichen anderen Einrichtungen zwar Mehrwert verspricht, aber nicht unverzichtbar ist, erscheint eine CHN-Struktur aufgrund ihrer Wesensmerkmale (siehe oben 1.1) ohne eine Kooperation sowohl mit einer Kommune als auch mit einem Hausarzt gar nicht vorstellbar.

- Im Hinblick auf die **Kommune** ergibt sich dies aus der Notwendigkeit der Community-Verankerung sowie daraus, dass mehrere der durchzuführenden Tätigkeiten in kommunaler Zuständigkeit bzw. zumindest in kommunaler Teilverantwortung liegen. Dadurch ist überdies die Erschließung verschiedener finanzieller Ressourcen, insbesondere auch eine Finanzierung über Steuermittel, möglich. Aufgrund der regelmäßig starken und anerkannten Stellung der Kommune im jeweiligen Gebiet dürfte auch die Öffnung gegenüber weiteren Kooperationspart-

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

nern erleichtert werden. Insbesondere in der Startphase von CHN-Strukturen bietet die Kommune zudem am ehesten die Gewähr, eine hinreichend starke Initialzündung auslösen zu können.
- Eine Kooperation mit einem **Hausarzt** ist notwendig, weil mehrere der durchzuführenden Tätigkeiten, insbesondere im Bereich der Primärversorgung auf dem Felde der kurativen Medizin, ohne eine Mitwirkung des Hausarztes nicht möglich sein werden. Nur über ihn wird insoweit auch ein Zugang zu den finanziellen Ressourcen der Sozialversicherung möglich sein. Überdies kann er eine leistungsfähige Brücke hin zur Einbeziehung weiterer Ärzte, aus deren Sicht er gleichsam auf Augenhöhe agiert, bilden.

Ob nun die primäre Anbindung bei einer Kommune oder einem Hausarzt erfolgen soll, kann abstrakt nicht festgelegt werden. Vielmehr sollte dies aufgrund der Gegebenheiten vor Ort von den dort vorzufindenden Akteuren und den zu befriedigenden Bedarfen entschieden werden. Wichtige Auswahlfaktoren sind:
- Ländlicher Raum oder benachteiligter städtischer Raum?
- Schwerpunktmäßige Betroffenheit von Senioren oder Behinderten, chronisch kranken oder pflegebedürftigen Personen, von Kindern oder Erwachsenen?
- Schwerpunkt bei den eher kurativen oder bei eher präventiven und beratenden Tätigkeiten?
- Mehr Rat oder auch Tat?
- Mehr Nachsorge oder mehr Vorsorge oder beides?

4.3.2.2 Leistungsprofil der Kommune

Die Kommunen charakterisiert ein gebietsbezogener, und kein funktioneller Ansatz. Dies unterscheidet sie beispielsweise von den Selbstverwaltungsorganisationen des Gesundheitswesens wie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen, die durch ihre Funktionen beschränkt sind, also nicht auf sämtliche Aufgaben zugreifen und auch nicht für sämtliche Personen in ihrem Zuständigkeitsbereich handeln dürfen, sondern nur für ihre jeweiligen Mitglieder. Daher ist ihnen ein ganzheitlicher Zugriff auf alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft (vgl. Art. 28 Abs. 2 GG) möglich.[199] Die Kommunen erfassen die gesamte Bürger- und Einwohnerschaft und bieten bestmögliche demokratische Legiti-

199 So bereits *Burgi*, DVBl 2007, S. 70 (72).

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

mation. Zudem ist dort echte Bürgerbeteiligung organisierbar und in allen Gemeindeordnungen bzw. Kreisordnungen vorgesehen.[200] Allerdings ist ein Übergreifen auf andere kommunale Gebiete nicht ohne Weiteres, sondern nur im Wege der Kooperation mit den dort zuständigen Körperschaften möglich.[201] Ein weiterer Vorzug ist die Fähigkeit zu Akquirierung und Einbindung ehrenamtlicher Mitwirkender.

Bislang sind die Kommunen vor allem präsent als Krankenhausträger (also im stationären Bereich) und über Angebote in den Bereichen Prävention und Rehabilitation. Hinzu kommt die ihnen auf Kreis- bzw. Stadtkreisebene zugewiesene Funktion als Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (der Gesundheitsämter). Im ambulanten Bereich der kurativen Medizin verfügen sie im Grunde über keine relevanten Kompetenzen. Teilweise wird versucht, eine Koordinierungskompetenz aufzubauen.[202] Im Pflegesektor treten sie in Erscheinung bei der Planung, teilweise auch bei der finanziellen Förderung von Pflegeeinrichtungen, bei der Mitwirkung in Pflegestützpunkten, in der Pflegeberatung und bei der Heimaufsicht. Teilweise agieren sie auch als Einrichtungsträger. Weitere Funktionen üben sie insoweit als Träger der örtlichen Sozialhilfe aus, da sie als solche die überschießenden Kosten übernehmen bei Pflegebedürftigen, die nicht in der Lage sind, die die gedeckelten Pflegesätze übersteigenden Kosten zu tragen, weil ihr Einkommen und Vermögen hierzu nicht ausreicht. Diese Personen erhalten dann die Hilfe zur Pflege nach näherer Maßgabe der §§ 61 ff. SGB XII.[203] § 71 SGB XII normiert den Funktionsbereich der Altenhilfe. Sie soll „dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken" (§ 71 Abs. 1 SGB XII).

Freilich muss im Hinblick auf die Kommunen auch festgestellt werden, dass größere Kompetenzverschiebungen zu ihren Gunsten angesichts der

200 Zur vergleichsweise deutlich schwächer ausgestalteten Beteiligung in der sozialen Selbstverwaltung vgl. *Welti*, in: Mehde u.a. (Hrsg.), FS Bull, 2011, S. 903 (908 f.). Zu den einzelnen Formen der Mitwirkung auf kommunaler Ebene ausführlich *Burgi*, Kommunalrecht, 6. Aufl. 2019, § 11.

201 Zu den Möglichkeiten der interkommunalen Kooperation vgl. *Burgi*, Kommunalrecht, § 19.

202 Näher hierzu *Burgi*, Kommunale Verantwortung, S. 37 und öfters.

203 In einzelnen Bundesländern ist insoweit freilich ganz oder teilweise (im stationären Bereich) das Land oder ein sog. höherer Kommunalverband (etwa in Bayern die Bezirke) zuständig.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

deutlich komfortableren finanziellen Ausgangslage des Sozialversicherungssystems (im Vergleich mit der kommunalen Finanzausstattung) nicht unbegrenzt möglich sein werden. Hinzu kommen die Konnexitätsbestimmungen in den Landesverfassungen (vgl. z.B. Art. 71 Abs. 3 Verf BW; Art. 78 Abs. 3 Verf NRW), wonach die Übertragung neuer Aufgaben nur gegen Erstattung der hiermit verbundenen finanziellen Aufwendungen möglich ist. Daher setzen die nachfolgenden Überlegungen durchgehend darauf, durch eine möglichst attraktive Gestaltung der Rahmenbedingungen *de lege lata* und ggf. *de lege ferenda* den Kommunen den selbstbestimmten Einstieg in ein CHN-Projekt so leicht wie möglich zu machen.

Nichtsdestoweniger ist die vor einigen Jahren in einer großen Studie erfolgte Qualifizierung der Kommunen als „Spinne innerhalb des Netzes der Gesundheitsversorgung" unverändert zutreffend, ebenso die Hoffnung, dass dann, wenn man das Netz „immer dichter spinnen" möchte, also immer mehr Koordinierung und Kooperation stattfinden soll, es naheliegend erscheint, mit diesbezüglichen Funktionen insbesondere auch „die Spinne" zu betrauen.[204]

4.3.2.3 Leistungsprofil des Hausarztes (i.S.v. § 73 Abs. 1a SGB V)

Gemäß § 73 Abs. 1a S. 1 SGB V nehmen „an der hausärztlichen Versorgung" als „Hausärzte" teil:

„1. Allgemeinärzte,
2. Kinder- und Jugendärzte,
3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben,
4. Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 u. 5 S. 1 in das Arztregister eingetragen sind und
5. Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben."

Sie alle sind gemeint, wenn in dieser Untersuchung von „Hausärzten" die Rede ist.

Wie im leistungsrechtlichen Teil (oben 3.3.1) gezeigt worden ist, nehmen die Hausärzte innerhalb des Systems sowohl der kurativen Medizin als auch der Gesundheitsprävention und der Pflege eine Schlüsselstellung ein. Zahlreiche Tätigkeiten sind ihnen bereits durch das Berufsrecht zuge-

204 *Burgi*, Kommunale Verantwortung, S. 118 f.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

ordnet, teilweise ausschließlich (dazu oben 2.2.5.3). Sie verbinden den Vorteil einer wissenschaftlich fundierten medizinischen Ausbildung mit einer fachlich breit aufgestellten Orientierung und gleichzeitig großer Nähe zu den Patientinnen und Patienten und deren persönlichem wie sozialem Umfeld. Wie bereits festgestellt, sind sie überdies grundsätzlich in der Lage, Kooperationsstrukturen gegenüber anderen ärztlichen Leistungserbringern aufzubauen.

4.3.2.4 Leistungsprofil des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Rein äußerlich betrachtet, ist ein MVZ dadurch gekennzeichnet, dass verschiedene Tätigkeiten durch verschiedene Leistungserbringer „unter einem Dach", also jedenfalls in gemeinsam genutzten Räumlichkeiten und in einer gemeinsam vereinbarten Kooperationsstruktur erbracht werden. Namentlich die beteiligten Ärzte setzen also nicht lediglich ihrer Tätigkeit in ihren bereits bisher bestehenden Praxen fort. Vielmehr entsteht eine neue, sich wesensmäßig unterscheidende eigenständige Gesamtpraxis, die auch die Einbeziehung anderer Leistungsanbieter unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht. Hierfür ist in § 95 Abs. 1 S. 2 – 5 und Abs. 1a SGB V eine gesetzliche Grundlage geschaffen worden.[205] Deswegen und infolge der bereits seit mehreren Jahren gesammelten Erfahrungen in der Praxis bietet das MVZ den Vorteil einer gesicherten, abrufbaren Regelungsstruktur betreffend die Leistungspflichten aller Beteiligten. Dies schließt auch Haftungsfragen mit ein. Auch die Finanzierungsströme nach dem SGB V sind klar geordnet. Ein weiterer Vorteil gegenüber der Einzelpraxis besteht darin, dass ein MVZ mit beliebig vielen Personen Anstellungsverhältnisse begründen kann.

Da (im Unterschied zur einzelnen Kommune und zum einzelnen Hausarzt) Charakter, Stärken und Schwächen eines MVZ sehr stark von den (nicht leicht zugänglichen) rechtlichen Voraussetzungen nach dem SGB V abhängen, müssen diese nachfolgend näher beleuchtet werden. Erst dann kann das Leistungsprofil zutreffend beurteilt werden.

205 Zum Überblick und teilweise mit interessanten Statistiken vgl. *Derlath*, PFB 2019, S. 308 ff.; *Preißler*, in: Katzenmeier/Ratzel (Hrsg.), FS Dahm, S. 335 ff.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

4.3.2.4.1 Gründungsvoraussetzungen

4.3.2.4.1.1 Ärztliche Leitung

Nach § 95 Abs. 1 S. 2 – 5 SGB V muss ein MVZ unter ärztlicher Leitung stehen. Ärzte in diesem Sinne können als Angestellte oder als Vertragsärzte tätig sein, was gemäß S. 3 dieser Vorschrift auch für den Ärztlichen Leiter gilt. Dieser muss stets „in medizinischen Fragen weisungsfrei" sein. Sind Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen in einem MVZ tätig, ist gemäß S. 4 auch eine „kooperative Leitung" möglich; dies betrifft aber nur diejenigen Berufsgruppen, die „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen". CHN-Personen können mithin nicht Teil der ärztlichen Leitung sein.

In der Praxis besteht eine große Variationsbreite dadurch, dass zugelassene Vertragsärzte zwar Gründer eines MVZ sein können, nicht aber unbedingt selbst in diesem vertragsärztlich tätig werden müssen; Ärzte, die umgekehrt als Vertragsärzte in einem MVZ tätig werden wollen, müssen zwingend auch Gesellschafter der Trägergesellschaft des MVZ werden, da ein Vertragsarzt stets seine vertragsärztliche Tätigkeit in freier Praxis zu erbringen hat. Allein aufgrund des Erfordernisses der ärztlichen Leitung, an dem auch die mittlerweile erfolgte Erweiterung des Kreises der Gründungsberechtigten (dazu sogleich 4.3.2.4.1.2) nichts geändert hat, ist davon auszugehen, dass in einem MVZ eine interprofessionelle Arbeit auf Augenhöhe mit anderen als ärztlichen Dienstleistern jedenfalls nicht in der rechtlichen Grundstruktur angelegt ist. Vielmehr erscheinen Ärzte von Rechts wegen in einer dominanten Rolle, was ausdrücklich gewollt ist, aber „bestehende Asymmetrien zwischen Ärzten und Vertretern anderer Gesundheitsberufe eher verfestigen als abbauen" kann.[206] Dies würde auch dann gelten, wenn eine Kommune (ausschließlicher) Träger des MVZ ist (dazu noch 4.4.4). Die gesetzgeberische Erwartung geht jedenfalls dahin, dass der Ärztliche Leiter so tief in die Organisations- und Versorgungstrukturen des MVZ eingebunden ist, dass er auch „tatsächlich auf die dortigen Arbeitsabläufe einwirken und sicherstellen kann, dass ärztliche Entscheidungen unabhängig von sachfremden Erwägungen getroffen werden".[207]

---

206 Zu der hier referierten Einschätzung vgl. *Oberender AG*, PORT-Gutachten I, S. 74.

207 Deutscher Bundestag, Drucksache 17/6906, S. 70.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

4.3.2.4.1.2 Kreis der Gründungsberechtigten

Der Kreis der Gründungsberechtigten ist in § 95 Abs. 1 S. 1 u. 2 SGB V umschrieben. Diese Vorschrift wurde im Jahr 2015 durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) erweitert.[208] Seither ist auch eine facharztgruppengleiche Ausgestaltung, d.h. ein von mehreren Hausärzten (ohne Fachärzte) gegründetes MVZ möglich. Unverändert ist aber die Bindung an einen vorhandenen Vertragsarztsitz, entweder des MVZ selbst oder des einzelnen, gleichsam den Sitz in das MVZ einbringenden Vertragsarztes notwendig.[209]

Gründungsberechtigt sind zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V, anerkannte Praxisnetze nach § 87b Abs. 2 S. 3 SGB V und gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Diese Variante ist bislang nicht praxisrelevant geworden, wobei sie auch ein Tätigwerden der Kommunen nach § 105 Abs. 5 SGB V erfassen würde.[210] Dadurch, dass die Kommunen aber mittlerweile als potenzielle Gründer von MVZ ohne die Pflicht zur Erfüllung der in § 105 Abs. 5 S. 1 – 4 SGB V normierten restriktiven, die Entscheidungshoheit der Kassenärztlichen Vereinigung sichernden Vorgaben agieren dürfen, spielt dies keine Rolle. Kommunen können jedenfalls nach § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V selbst potenzielle Gründer eines MVZ sein. Ebenso kann ein kommunal getragenes Krankenhaus Träger eines MVZ sein und ferner kann eine Kommune oder ein kommunales Unternehmen zusammen mit anderen Gründungsberechtigten ein MVZ ins Leben rufen. Auf diese Optionen ist näher zu 4.3.2.4.4 einzugehen.

4.3.2.4.1.3 Beurteilung mit Blick auf CHN

De lege lata können CHN-Personen weder Gründer eines MVZ noch Mitgründer sein. Auch ist keine Mitwirkung in der den Ärzten vorbehaltenen Leitung eines MVZ möglich. *De lege lata* kommt eine Mitwirkung von

---

208 Vom 16.07.2015 (BGBl. I, S. 1211).

209 Vertiefend dazu *Joussen*, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 95 Rn. 11; *Plagemann/Ziegler*, DVBl 2016, S. 1432.

210 Vgl. *Gerlach*, in: Krauskopf, SGB V, § 95 Rn. 24.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

CHN-Personen in einem MVZ mithin ausschließlich als dessen Angestellte in Betracht.

4.3.2.4.2 Mögliche Handlungsfelder und Tätigkeiten

Da das MVZ im SGB V geregelt ist, steht von vornherein fest, dass es ausschließlich in den durch das SGB V erfassten Handlungsfeldern (Gesundheitsprävention und -förderung und v.a. kurative Medizin, dies in primär ambulanter Form) agieren kann, nicht hingegen in den Handlungsfeldern der Rehabilitation und der Pflege (i.S.v. SGB XI), und auch nicht in den Handlungsfeldern der Jugendhilfe, der Behindertenteilhabe oder im Bereich der Handlungsfelder des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Nicht zufällig heißt die Einrichtung also „Medizinisches Versorgungszentrum – MVZ", und nicht „Gesundheitsversorgungszentrum – GVZ".

Die denkbaren Tätigkeiten sind mithin alle, die nach der Darstellung im Abschnitt 3 (3.3) durch Vertragsärzte bzw. durch ein MVZ selbst sowie durch einzelne, nach dem SGB V zur Leistungserbringung ermächtigte Personen, die in einem MVZ angestellt sind, erbracht werden dürfen.

4.3.2.4.3 Mögliche Organisationsformen

Der Kreis der möglichen Organisationsformen ist abschließend in § 95 Abs. 1a S. 3 SGB V beschrieben. Danach ist möglich die Rechtsform der Personengesellschaft, die der eingetragenen Genossenschaft, die der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder (seit 2015) eine öffentlich-rechtliche Rechtsform. Letzteres kommt nur dann in Betracht, wenn eine Kommune als alleiniger Gründer des MVZ fungiert (dazu sogleich 4.3.2.4.4.3). Die in der Praxis ganz überwiegende Organisationsform ist die der GmbH. Explizit ausgeschlossen durch die Aufzählung in § 95 Abs. 1a S. 3 SGB V ist die Rechtsform der Aktiengesellschaft.[211]

211 Vertiefend zum Ganzen *Preißler*, in: FS Dahm, S. 335 ff.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

4.3.2.4.4 Spezifika von MVZ mit kommunaler Beteiligung

Wie bereits festgestellt, kommen gemäß § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V explizit auch „Kommunen" als Gründer von MVZ in Betracht, ebenso kommunale „zugelassene Krankenhäuser". Die Kommune kann dabei entweder alleiniger Gründer eines MVZ sein oder auch zusammen mit anderen Gründungsberechtigten, namentlich mit Ärzten, als Gründer fungieren. Indem sich eine Kommune in einem MVZ engagiert, wechselt sie in die Rolle des Leistungserbringers über, so wie es im Hinblick auf einzelne kleinere Tätigkeiten auch an anderen Stellen im SGB V bereits vorgesehen ist, während sie im Allgemeinen und vorherrschend aber doch als Sozialleistungsträger (und nicht als Erbringer) fungiert, so namentlich etwa in den Bereichen der Jugend- und der Sozialhilfe.

Als „Kommunen" in diesem Sinne sind unstreitig die Gemeinden (inklusive selbstverständlich die Städte) und die Landkreise anzusehen.[212] M.E. müssen aber auch juristische Personen, denen nach dem jeweils hierfür maßgeblichen Landesrecht der Status einer juristischen Person zwecks kommunaler Kooperation (Zweckverbände bzw. von mehreren Kommunen getragene GmbH) verliehen worden ist, als Gründer eines MVZ fungieren dürfen.[213]

Mit dem kommunalen Wirtschaftsrecht des jeweiligen Bundeslandes (vgl. z.B. Art. 86 f. BayGO; §§ 107 ff. GO NRW)[214] ist ein solches Engagement jedenfalls vereinbar. Abgesehen davon, dass diese Vorschriften möglicherweise in einigen Bundesländern gar nicht eingreifen, weil dort die Restriktionen nur eine wirtschaftliche Betätigung außerhalb der Daseinsvorsorge erfassen, liegen jedenfalls auch die Voraussetzungen der Schrankentrias vor: öffentlicher Zweck, Beachtung der Subsidiaritätsklausel und Wahrung des Rahmens der eigenen Leistungsfähigkeit.[215]

---

212 Vgl. nur *Scholz/Bartha*, in: BeckOK SozR, 57. Ed., Stand 1.6.2020, SGB V, § 95 Rn. 77.

213 Dem zuneigend auch *Kingreen/Kühling*, DÖV 2018, S. 890 (892); a.A. *Wigge*, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, 3. Aufl. 2017, § 6 Rn. 175.

214 Als Gesamtüberblick vgl. *Burgi*, Kommunalrecht, § 17 Rn. 22 ff., sowie zu den einzelnen Statthaftigkeitsvoraussetzungen bei Rn. 37 ff.

215 Vertiefend hierzu *Kingreen/Kühling*, DÖV 2018, S. 894 ff. Dies gilt auch für die Anforderungen des EU-Beihilferechts (a.a.O., S. 897 f.).

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

4.3.2.4.4.1 Modifizierte Gründungsvoraussetzungen

§ 95 Abs. 1a S. 5 SGB V suspendiert explizit im Falle einer Gründung eines MVZ durch eine Kommune von der verschiedene Mitwirkungsbefugnisse der Kassenärztlichen Vereinigung begründenden Vorschrift des § 105 Abs. 5 S. 1 – 4 SGB V. Dies ist ein großer Fortschritt gegenüber der früheren Rechtslage (bis 2015), nach der die Kommune in erheblichem Maße vom Wohlwollen der Kassenärztlichen Vereinigung abhängig gewesen wäre.[216]

Dies gilt allerdings nicht für das in § 105 Abs. 5 S. 5 SGB V niedergelegte Erfordernis, wonach Ärzte „bei ihren ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden" sein dürfen; d.h. auch in einem kommunalen MVZ müssen Ärzte weisungsfrei agieren können. Unbeschadet bleiben auch die an verschiedenen Stellen innerhalb des SGB V geregelten Aufsichts- und Sanktionsbefugnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen;[217] dies zu Recht, da auch ein kommunales MVZ ja nur innerhalb des durch § 75 Abs. 1 S. 1 Hs. 1 SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen zugewiesenen Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrags agieren kann.

4.3.2.4.4.2 Unverändert beschränkter Handlungsrahmen

Der große Vorzug (aus der Perspektive der kommunalen Gesundheitsverantwortung) eines MVZ besteht darin, dass erstmals den Kommunen ermöglicht wird, tatsächlich auch als Leistungserbringer im Handlungsfeld der kurativen Medizin im ambulanten Bereich (und nicht nur im stationären Bereich der Krankenhausträgerschaft) agieren zu dürfen. Alle Handlungsfelder und Tätigkeiten, die einem MVZ aber verwehrt sind (vgl. oben 4.3.2.4.2), bleiben ihm indes auch in kommunaler Trägerschaft verwehrt. Will die Kommune diesbezüglich tätig werden, müsste sie dies (weiterhin) außerhalb des institutionalisierten Verbundes „MVZ" tun. Hierauf wird noch unten im Abschnitt 4.4.4.2 zurückzukommen sein.

---

216 Forderungen, dies zu ändern, sind ausführlich erhoben und begründet worden bei *Burgi*, Kommunale Verantwortung, S. 64 u. 55; zur Begründung des Gesetzgebers im Jahr 2015 vgl. Deutscher Bundestag, Drucksache 18/4095, S. 53 f.

217 Näher hierzu *Kingreen/Kühling*, DÖV 2018, S. 893 f.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

4.3.2.4.4.3 Mögliche Organisationsformen

Agiert eine Kommune als Mitträger eines MVZ, kommt allein die Organisationsform der GmbH in Betracht.

Will die Kommune als alleiniger Gründer und Träger eines MVZ agieren, stehen ihr gemäß § 95 Abs. 1a S. 3 SGB V nach näherer Maßgabe des Landesrechts auch öffentlich-rechtliche Rechtsformen zur Verfügung. Infrage kommt zum einen die Rechtsform des Eigenbetriebs, die allerdings kein Tätigwerden als juristische Person nach außen ermöglicht, und daher insoweit keine praktische Relevanz erlangen dürfte.[218] Relevant ist daher allein die Rechtsform der Anstalt des öffentlichen Rechts (in vielen Bundesländern auch „Kommunalunternehmen" genannt).[219] Die insoweit durch das jeweilige Landesgesetz eröffneten organisatorischen Möglichkeiten lassen sich in sachgerechter Weise für den Betrieb eines MVZ nutzen.[220]

Soll ein kommunales Krankenhaus als Träger des MVZ fungieren, kann es dies wiederum entweder allein oder zusammen mit anderen Gründungsberechtigten, jeweils in der Rechtsform der GmbH, tun.

4.4 Organisatorische Optionen de lege lata

Nachfolgend werden vier organisatorische Optionen, die innerhalb des soeben beschriebenen institutionellen Rahmens verwirklicht werden könnten, näher analysiert: Die Primäranbindung von CHN an die Kommune (1), die Primäranbindung an einen Hausarzt (2), die Primäranbindung über einen freien oder freigemeinnützigen Träger (3) und die Anbindung an ein MVZ in kommunaler (Mit-)Trägerschaft (4).

4.4.1 Primäranbindung an die Kommune

Erfolgt die Primäranbindung von CHN an eine Kommune im oben (4.3.2.4.4) beschriebenen Sinne, handelt es sich um eine Beschäftigung als

218 Näher hierzu *Plagemann/Ziegler*, DVBl 2016, S. 1435 f.

219 Als Überblick über die insoweit bestehenden Möglichkeiten nach dem Kommunalrecht der Bundesländer vgl. *Burgi*, Kommunalrecht, § 17 Rn. 76.

220 Wie bereits näher gezeigt worden ist von *Plagemann/Ziegler*, DVBl 2016, S. 1436 f., und von *Kingreen/Kühling*, DÖV 2018, S. 897 f.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Angestellte. Diese kann entweder bei der unmittelbaren Gemeindeverwaltung in einer nach außen erkennbaren eigenständigen Teileinheit (Abteilung, Referat etc.) oder in einer ggf. bestehenden Einheit des Quartiersmanagements erfolgen. Im städtischen Raum sind im Rahmen des Programms „Soziale Stadt" (vgl. § 171e BauGB) oftmals Kommunen Träger entsprechender Handlungseinheiten; vorherrschend ist freilich eine externe Vergabe der Trägerschaft, insbesondere an freigemeinnützige Träger (vgl. zu ihnen noch unten 4.4.3).[221]

Vielfach naheliegend dürfte die Anbindung von CHN bei einem bestehenden kommunalen Krankenhaus sein.

Eine letzte organisatorische Option könnte darin bestehen, die CHN-Struktur an einen (soweit vorhanden) Pflegestützpunkt nach § 7c SGB XI anzubinden. Nach Abs. 2 S. 1 Nr. 1 dieser Vorschrift besteht eine zentrale Aufgabe der Pflegestützpunkte darin, „umfassend sowie unabhängig Auskunft und Beratung" zu leisten. Hinzu kommen Aufgaben der „Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen" (§ 7c Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB XI) sowie „die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote (vgl. § 7c Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB XI). Freilich würde eine diesbezügliche Verankerung von CHN von vornherein eine Fokussierung auf das Handlungsfeld der Pflege i.S.v. SGB XI bedeuten, was dem ganzheitlicheren Ansatz von CHN eher zuwiderliefe.

4.4.1.1 Bewerkstelligung der Kooperation mit einem Hausarzt

Da eine institutionalisierte Kooperation der öffentlich-rechtlich organisierten Gebietskörperschaft „Kommune" mit einem einzelnen Hausarzt nicht in Betracht kommt (außer über eine gemeinsame Trägerschaft bei einem MVZ (dazu unten 4.4.4.1)), könnten lediglich einzelne Kooperationspflichten einzelvertraglich festgelegt werden. Dies dürfte kaum mehr als die gemeinsame Nutzung von Räumen erfassen können.

221 Vgl. als Gesamtüberblick https://www.bmi.bund.de/DE/themen/bauen-wohnen/stadt-wohnen/staedtebau/soziale-stadt/soziale-stadt-node.html (zuletzt abgerufen am 08.12.2020).

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Damit die CHN-Personen im Wege der Delegation bzw. Substitution auch ärztliche Tätigkeiten erbringen bzw. in die Erbringung solcher Tätigkeiten einbezogen werden können, müssten zuvor die in den Teilen 2 und 3 dieser Untersuchung beschriebenen rechtlichen Änderungen im Berufs- und im Leistungsrecht erfolgen. Organisationsrechtlich müsste die Kommune dann sicherstellen können, dass der Hausarzt die erforderlichen Einwirkungs- und Überwachungsbefugnisse gegenüber der (in diesem Modell bei der Kommune angestellten) CHN-Person besitzt, was zu Schwierigkeiten arbeits- und haftungsrechtlicher Art führen dürfte.

Selbst wenn es gelänge, diese Schwierigkeiten (durch mühevolle Vertragskonstruktionen und permanentes Bemühen aller Beteiligten im Alltag) zu überwinden, bleibt das Grundproblem dieser Konstellation bestehen, dass nämlich die beiden Partner vom Aufgabenprofil, nach Struktur und Größe und auch von der jeweiligen Handlungsmission sehr unterschiedlich aufgestellt sind, so dass wohl eher ein Neben- als ein Miteinander in Gang käme. Gegenüber einer (insbesondere größeren) Kommune erscheinen jedenfalls sowohl der einzelne Hausarzt als auch die einzelnen ggf. bei diesem angestellten CHN-Personen buchstäblich zu klein, um dauerhaft ein eigenständiges CHN-Profil entwickeln zu können.

4.4.1.2 Erfüllbarkeit der anderen Anforderungen?

Mit einer Primäranbindung bei der Kommune könnten die CHN-Personen nicht die ihnen fehlende Berechtigung zur Durchführung bestimmter, (insbesondere) den Ärzten vorbehaltener Tätigkeiten dazugewinnen, weil die Kommunen erst recht von der Durchführung dieser Tätigkeiten ausgeschlossen sind. Insoweit sind auch keine Rechtsänderungen vorstellbar, weil beispielsweise Tätigkeiten im Wege der Substitution oder Delegation nur an einzelne behandelnde Personen, nicht aber an kommunale Gebietskörperschaften erfolgen könnten. Insoweit würden die CHN-Personen also nicht mehr gewinnen, als sie nicht sowieso schon haben bzw. über etwaige Rechtsänderungen zu ihren Gunsten erlangen könnten.

Auch die Einbeziehung weiterer Kooperationspartner (außer den Hausärzten), insbesondere Fachärzte, Logopäden, Ergotherapeuten etc. erscheint nur in räumlicher Hinsicht denkbar.

Damit ist auch die Erschließung finanzieller Ressourcen nach den verschiedenen Büchern des SGB nur in dem Umfang möglich, in dem die Kommunen selbst als Leistungserbringer dort Zugang zu Ressourcen hät-

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

ten (vgl. oben 4.3.2.2). Möglich ist allerdings bei diesem Modell die Erschließung von Steuergeldern.

Eine interessante Perspektive für eine nicht nur räumliche, sondern auch sachliche Form der Kooperation im Hinblick auf einzelne Tätigkeiten bietet immerhin der Öffentliche Gesundheitsdienst, sofern dieser bei der gleichen Kommune angesiedelt ist. Insoweit könnte den CHN-Personen die Durchführung von Impfkampagnen, Einschulungsuntersuchungen oder Gesundheitschecks übertragen werden. Dies dürfte teilweise bereits auf der Grundlage der bestehenden Landesgesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst möglich sein, teilweise könnten insofern (durchaus vorstellbare) Rechtsänderungen erfolgen. Dies erscheint umso aussichtsreicher als der Öffentliche Gesundheitsdienst infolge seiner Neuaufstellung nach der Corona-Pandemie im Interesse einer stärkeren Fokussierung auf die damit verbundenen Aufgaben ein erhöhtes Interesse an entsprechenden Kooperationsmodellen zwecks eigener Entlastung haben sollte.

4.4.1.3 Bewertung

Der Vorzug einer Primäranbindung von CHN in Gestalt der Beschäftigung der CHN-Personen bei einer Kommune besteht natürlich in der damit gewährleisteten Community-Verankerung. Gleichzeitig könnte umstandslos das Leistungsprofil der Kommune (wie oben beschrieben; 4.3.2.2) genutzt werden. Dies würde insbesondere diejenigen Handlungsfelder für CHN in finanziell tragfähiger und organisatorisch abgesicherter Weise erschließen, die außerhalb des Handlungsfelds der kurativen Medizin liegen.

Die für eine erfolgreiche CHN-Struktur unabdingbar erforderliche Kooperation mit einem Hausarzt kann bei einer Primäranbindung an die Kommune aber nur mit mehreren Einschränkungen und nur teilweise gelingen. Entsprechendes gilt für die Kooperation mit anderen ärztlichen Leistungserbringern. Hierüber käme man auch mit etwaigen Rechtsänderungen nicht hinweg.

4.4.2 Primäranbindung an einen Hausarzt

Ein zweites organisatorisches Modell könnte darin bestehen, dass die CHN-Personen bei einem Hausarzt angestellt sind. Sie würden dann dort

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

neben den bereits bisher in den Hausarztpraxen tätigen Medizinischen Fachangestellten wirken, was zwar Synergie-Effekte und Kooperationsgewinne verspricht, aber auch unklare Kompetenzen und Reibungsverluste bedeuten kann.

Die Bereitschaft von Hausärzten, sich auf ein solches Modell einzulassen, kann selbstverständlich vom Staat nicht erzwungen werden, auch nicht durch Rechtsänderungen. Jeder Hausarzt wird (neben der Bildung einer positiven Grundeinstellung zu dem CHN-Projekt insgesamt) gut überlegen müssen, wie er das Modell ökonomisch bewerkstelligen kann. Die in jedem Fall damit verbundene größere Dimensionierung seiner jeweiligen Praxis müsste er sich zutrauen; dass er selbst dadurch ein Stück mehr zum Manager wird, müsste er in Kauf nehmen. Angesichts der vielfach beschriebenen Schwierigkeiten, insbesondere jüngere Absolventen des Medizinstudiums zu einer Tätigkeit als Hausarzt zu motivieren, dürfte kaum eine signifikante Zunahme dieses Organisationsmodells zu erwarten sein.

4.4.2.1 Bewerkstelligung der Kooperation mit einer Kommune

Am ehesten denkbar erscheint auch insoweit eine räumliche Kooperation. Vertragliche Kooperationen im Sinne von Austauschverhältnissen über wechselseitig erbrachte Leistungen scheinen ebenso schwierig wie im soeben beschriebenen umgekehrten Fall, dass die CHN-Personen bei der Kommune angestellt sind (oben 4.4.1.1).

Hinzu kommt hier, dass den Hausarzt die verschiedenen Aufgaben und Tätigkeiten der Kommunen im Grunde nichts angehen, er hierfür jedenfalls nicht zuständig ist und auch keine finanziellen Ressourcen bereitstellen kann bzw. darf. Anders als die Kommune im umgekehrten Modell kann er auch nicht einfach auf ein Reservoir an steuerlichen Mitteln zurückgreifen, sondern bleibt stets den Finanzierungszusammenhängen des SGB V verhaftet. Insoweit sind auch keine Rechtsänderungen zu erwarten. Die einzelnen in der Hausarztpraxis angestellten CHN-Personen dürften sich ihrerseits damit schwertun, auf Augenhöhe mit relevanten Ansprechpartnern in der Kommune zu kooperieren; Türöffner und Brücke dürfte bei diesem Modell stets der Hausarzt selbst sein.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

4.4.2.2 Erfüllbarkeit der anderen Anforderungen?

Von vornherein schwächer wäre bei diesem Modell die Community-Verankerung; sie würde sich im Wesentlichen in der räumlichen Gemeinschaft zwischen der Hausarztpraxis und der Kommune erschöpfen. Zahlreiche *de lege lata* bzw. *de lege ferenda* vorgesehenen CHN-Tätigkeiten könnten in diesem Modell immerhin erbracht werden, auch die in den Formen der Substitution und Delegation (bezogen auf den jeweiligen Hausarzt) erfolgende Tätigkeit.

Die Kommune ihrerseits könnte die dem Hausarzt nicht zugänglichen Tätigkeiten beisteuern, allerdings hätte sie keinen unmittelbaren Zugriff auf die CHN-Personen.

Die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern erscheint im Falle einer Primäranbindung der CHN-Personen an einen Hausarzt schwierig; Fachärzte dürften bei diesem Modell kaum zu gewinnen sein und die Vorstellung, dass der Hausarzt überdies Physiotherapeuten, Logopäden etc. anstellen würde, ist unrealistisch. Die anderen Leistungsanbieter müssten also (ggf. in räumlicher Nähe) der Kommune zugeordnet sein.

Eine Zusammenarbeit mit der in der jeweiligen Kommune verorteten Behörde des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erscheint bei diesem Modell immerhin denkbar; Adressat einer der oben (4.4.1.2) beschriebenen, ggf. von einem Gesundheitsamt zu übertragenden Tätigkeiten erfassenden Regelung wäre dann die jeweilige Hausarztpraxis, wodurch deren unternehmerische Verantwortung allerdings noch ein Stück mehr wachsen würde.

4.4.2.3 Bewertung

Der Vorzug einer Primäranbindung von CHN bei einem Hausarzt besteht in der vollen Nutzung der durch das Berufsrecht und dem SGB V dieser Berufsgruppe bzw. diesem Leistungserbringer jedenfalls primär zugeordneten Befugnisse für einzelne Tätigkeiten. Damit könnte das Leistungsprofil des Hausarztes (oben 4.3.2.3) ausgeschöpft werden.

Als Nachteil schlägt zu Buche, dass die Eigenständigkeit der CHN-Struktur bei diesem Modell wenig ausgeprägt wäre und die CHN-Personen einerseits in der Arztpraxis und andererseits im insoweit wenig klar strukturierten Außenverhältnis zur Kommune eher „unterzugehen“ drohen.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Zudem könnten die Stärken des kommunalen Leistungsprofils (vgl. oben 4.3.2.2) weniger gut genutzt werden und auch hinsichtlich der Einbeziehung anderer Leistungsanbieter ergäben sich keine Vorteile.

4.4.3 Primäranbindung an einen freien oder freigemeinnützigen Träger

Bei dieser Option würden die CHN-Personen als leitende Angestellte (so bei einem freigemeinnützigen Träger) oder sogar als unternehmerisch engagierte freie Träger auf der Basis eines ambulanten Pflegedienstes, eines Pflegestützpunktes nach § 7c SGB XI oder einer externen Einrichtung des Quartiersmanagements (vgl. bereits oben 4.4.2.2) tätig, was insbesondere im Hinblick auf die in Deutschland traditionell stark aufgestellten Dienste der großen Wohlfahrtsverbände gewisse Realisierungschancen bieten könnte.

4.4.3.1 Die Bewerkstelligung der Kooperation mit Kommune und Hausarzt

Da bei einem solchen Modell die Primäranbindung weder bei der Kommune noch bei einem Hausarzt läge, müssten freilich in beide Richtungen Kooperationen erst begründet und sodann weiterentwickelt werden. In Richtung der Kommune erscheint sowohl in räumlicher als auch in sachlicher Hinsicht einiges denkbar, soweit es die Handlungsfelder und Tätigkeiten betrifft, die (auch) den Kommunen eröffnet sind. Allerdings wäre die Community-Verankerung schwächer als bei dem Modell einer Primäranbindung bei der Kommune.

Deutlich schwieriger dürfte die Entwicklung einer fachlichen Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Hausärzten sein; ebenso wie im Modell einer Anstellung der CHN-Personen bei der Kommune ist auch hier eine Ausweitung des Tätigkeitsspektrums in den kurativen ärztlichen Bereich hinein nicht zu bewerkstelligen.

4.4.3.2 Erfüllbarkeit der anderen Anforderungen?

Angesichts einer sowieso schon schwierigen Ausgangslage, die durch die Notwendigkeit der Begründung tragfähiger Kooperationsstränge sowohl gegenüber der Kommune als auch gegenüber dem Hausarzt gekennzeich-

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

net ist, wäre die Einbeziehung zusätzlicher Partner noch einmal schwieriger. Es handelte sich buchstäblich um ein Spiel mit mehreren Bällen, in das namentlich Fachärzte kaum einbezogen werden könnten und sowohl die Finanzierungs- als auch die Haftungsfragen nicht lösbar erscheinen.

4.4.3.3 Bewertung

Bei diesem Modell könnten sowohl das Leistungsprofil der Kommune als auch das Leistungsprofil des Hausarztes nur sehr eingeschränkt genutzt werden. Von vornherein bestünde eine gewisse Primärorientierung in Richtung des Sektors der Pflege i.S.d. SGB XI und mithin die Gefahr, durch die diesen kennzeichnenden Elemente der „Tat" übermäßig beansprucht zu werden. Dadurch würde das signifikant auch durch Elemente der Koordination, des Managements und der Beratung geprägte CHN-Konzept nicht entsprechend zur Geltung gelangen.

Die größte Stärke dieses Modells dürfte gegenwärtig in der Nutzbarmachung der in den vergangenen Jahren ausgebauten finanziellen Ressourcen für den Aufbau lokaler Infrastrukturen zur Pflegeberatung, den Anspruch auf Pflegekurse und individuelle häusliche Schulungen nach § 45 SGB XI sowie im Bereich der Beratungsbesuche (vgl. z.B. § 37 Abs. 3 SGB XI) bestehen.

4.4.4 Anbindung an ein MVZ in kommunaler (Mit-)Trägerschaft

Eine besonders perspektivenreiche organisatorische Option besteht in der Anbindung von CHN an ein MVZ. Wie oben (4.4.4.2) dargestellt, gibt es sowohl MVZ ohne kommunale Beteiligung als auch (neuerdings) MVZ in ausschließlicher kommunaler Trägerschaft oder mit kommunaler Beteiligung. Im Hinblick auf eine erfolgversprechende Realisierung einer CHN-Struktur kommen nur die letzten beiden Varianten in Betracht. Wären die CHN-Personen bei einem MVZ ohne kommunale (Mit-)Trägerschaft angestellt, käme ihnen zwar ein größeres Gewicht zu als bei der bereits oben (4.4.2) untersuchten Primäranbindung bei einem einzelnen Hausarzt. Sämtliche anderen strukturellen Nachteile einer solchen Primäranbindung im ärztlichen Lager würden aber fortbestehen.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Die MVZ-bezogenen Überlegungen beziehen sich daher auf die folgenden Organisationsmodelle:

- Anstellung der CHN-Personen bei einem MVZ in kommunaler Alleinträgerschaft (in der Rechtsform des Kommunalunternehmens oder des Eigenbetriebs).
- Anstellung der CHN-Personen bei einem MVZ, das in der Rechtsform der GmbH gemeinsam von der Kommune und ärztlichen Gründern betrieben wird.
- Anstellung der CHN-Personen bei einem kommunalen Krankenhaus, welches wiederum entweder allein oder zusammen mit Ärzten ein MVZ betreibt.

Bei allen Varianten könnte jedenfalls die besonders qualifizierte leitende CHN-Person auf einer Ebene mit dem zwingend notwendigen Ärztlichen Leiter stehen und aufgrund ihrer wichtigen Rolle auch die stellvertretende Geschäftsführung innehaben.[222]

4.4.4.1 Bewerkstelligung der Kooperation mit Hausarzt und Kommune

Der größte und sofort sichtbare Vorteil einer Anbindung an einem kommunal (mit-)getragenen MVZ besteht darin, dass damit von vornherein eine Anbindung sowohl an die Kommune als auch an den in ein MVZ integrierten Hausarzt gegeben ist. Es handelt sich mithin um eine gleichsam doppelte Primäranbindung.

So würde bei einem rein kommunalen MVZ der *Hausarzt* in der Rolle als Ärztlicher Leiter ein hinreichend starkes Gewicht haben und die Gewähr für eine täglich auf gesicherter Basis funktionierenden Kooperation bieten. Jedenfalls würde die CHN-Leitungsperson auf Augenhöhe mit ihm arbeiten und sowohl hier als auch den anderen CHN-Personen gegenüber könnten die aus berufs- und leistungsrechtlichen Gründen auf den Wegen der Delegation und Substitution nötigen Einwirkungs- und Überwachungsbefugnisse des Hausarztes gewährleistet werden. Die im Falle einer Einbindung von CHN an eine einzelne Hausarztpraxis latente Gefahr von Kompetenzstreitigkeiten gegenüber den Medizinischen Fachangestellten des Hausarztes wäre bei der Einbettung von CHN in einem MVZ, zumal auf dessen Leitungsebene, von vornherein deutlich geringer. Das Leistungsprofil das „Hausarztes“ im oben (4.3.2.3) beschriebenen Sinne, könnte mithin voll umfänglich genutzt werden. Allerdings gilt auch hier, dass

222 Zu den Einzelheiten vgl. *Oberender*-Gutachten I, S. 77 f.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

der Staat einen Hausarzt nicht dazu zwingen könnte, sich überhaupt an einem MVZ zu beteiligen.

Das Leistungsprofil der *Kommune* könnte ebenfalls ausgeschöpft werden, allerdings nur in dem Umfang, in dem dieses sich auf die Handlungsfelder des SGB V (Prävention und Förderung, aber auch teilweise kurative Medizin) bezieht. Vorstellbar ist auch, die oben (4.4.1.2) skizzierte etwaige Zusammenarbeit mit dem bei der Kommune angesiedelten Öffentlichen Gesundheitsdienst und dem MVZ als entgeltlich tätigen Vertragspartner zu gestalten.

Alle anderen Handlungsfelder der Kommune (insbesondere Pflege, aber auch Rehabilitation, Behindertenteilhabe, Jugendhilfe etc.) sowie die damit verbundenen Tätigkeiten und die hierauf bezogenen finanziellen Ressourcen könnten aufgrund des insofern beschränkten Handlungsrahmens eines MVZ (vgl. oben 4.3.2.4.2) allerdings nicht genutzt werden. Auch wäre die Community-Verankerung schwächer, da die Kommune in einem MVZ gewissermaßen verdünnisiert erschiene und nicht mehr in ihrer herkömmlichen Rolle als Gebietskörperschaft.

4.4.4.2 Erfüllbarkeit der anderen Anforderungen?

Wie bereits soeben festgestellt, könnte bei der Wahl eines MVZ-Organisationsmodells in institutionalisierter Form ausschließlich in den Handlungsfeldern des SGB V gehandelt werden. Um die für eine CHN-Struktur essenziellen weiteren Handlungsfelder und Tätigkeiten einbeziehen zu können, müsste weiterhin nach Kooperationslösungen gesucht werden, etwa mit Pflegediensten oder mit der Kommune (nun aber in ihrer Eigenschaft als Gebietskörperschaft, z.B. mit einer kommunalen Einheit des Quartiersmanagements oder der zuständigen Abteilung für Pflege- und Sozialwesen innerhalb der Gemeindeverwaltung).

Die Einbeziehung weiterer Kooperationspartner wäre leichter möglich, soweit es sich um Erbringer medizinischer Dienstleistungen handelt (Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten). Sozialarbeiter, Quartiersmanager, Betreuer in den Bereichen Behindertenteilhabe und Jugendhilfe etc. müssten (ebenso wie bei den bereits zuvor dargestellten Modellen) jeweils einzelvertraglich eingebunden werden, was angesichts des beschränkten Handlungsrahmens des MVZ allenfalls in räumlicher Hinsicht gelingen könnte. Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf die freien und freigemeinnützigen Träger im Pflegesektor. Dies bedeutet in letzter Konsequenz auch, dass namentlich die Träger der freien Wohlfahrtsver-

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

bände bei einer CHN-Anbindung in einem MVZ weder institutionalisiert noch über Leistungsverträge einbezogen werden könnten.

4.4.4.3 Bewertung

Bei einer Anbindung von CHN in einem MVZ in kommunaler (Mit-)Trägerschaft könnte das Leistungspotenzial von CHN in einem deutlich größeren Maße entfaltet werden als bei den anderen untersuchten Organisationsmodellen. Noch im Rahmen des geltenden Rechts müssen hierzu folgende Maßnahmen ergriffen werden:

- In räumlicher Hinsicht (soweit es den Öffentlichen Gesundheitsdienst betrifft u.U. auch in sachlicher Hinsicht) müsste das MVZ in kommunaler (Mit-)Trägerschaft zumindest mit der für die außerhalb des Gesundheitssektors liegenden Handlungsfelder von CHN zuständigen Kommune (in ihrer Eigenschaft als Gebietskörperschaft) kooperieren. Das würde im ländlichen Raum selbstverständlich nicht ausschließen, dass die CHN-Person zusätzlich in einer Außenstelle (in Räumen des Kreises oder einer kreisangehörigen Gemeinde) präsent ist.
- Die CHN-Personen wären dann (typischerweise, aber nicht zwingend, zur Hälfte) sowohl bei dem MVZ als auch bei der Kommune anzustellen. Die einzelnen von ihnen erbrachten Tätigkeiten könnten auf diese Weise jeweils auf den hierfür vorgesehenen Finanzierungspfaden vergütet bzw. finanziert werden. Über den gebietskörperschaftlichen Teil könnten überdies Spenden- und Sponsorengelder sowie weitere Fördermittel akquiriert und eingesetzt werden.

Eine optimale Nutzung des Leistungspotenzials von CHN kann angesichts der Beschränkung des Organisationsmodells „MVZ“ auf den Gesundheitssektor im engeren, durch das SGB V beschriebenen Sinne aber auch hier nicht erreicht werden.

4.5 Gesetzliche Regelungsmöglichkeiten

Die nachfolgend beschriebenen Gesetzesänderungen müssten zusätzlich zu den bereits in Teil 2 zum Berufsrecht und in Teil 3 zum Recht der Leistungserbringung vorgeschlagenen Änderungen erfolgen. Hierbei wird unterstellt, dass diese Änderungen tatsächlich vorgenommen werden, sonst hingen die nachfolgend in institutionell-organisatorischer Hinsicht gemachten Vorschläge weitgehend in der Luft.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

4.5.1 Weiterentwicklung des MVZ zu einem GVZ (PORT) – Skizze

Da die Weiterentwicklung der bestehenden Institution „MVZ“ zu einem weiter gefassten GVZ sich thematisch mit dem ebenfalls von der Robert-Bosch-Stiftung unterstützten, groß angelegten Forschungsvorhaben betreffend die Schaffung von sog. PORT-Zentren überschneidet, erfolgen an dieser Stelle nur einige skizzenhafte Bemerkungen; schon aus politischen und logistischen Gründen erscheint es nicht zielführend, parallel an unterschiedlichen Regelungsmöglichkeiten für institutionalisierte Kooperationen jenseits des MVZ nachzudenken. Allein erfolgversprechend dürfte ein Aufschlag aus gleichsam einem Guss sein.

4.5.1.1 Regelungsgegenstände

Ausgehend von der im vorherigen Abschnitt unternommenen Analyse des gegenwärtigen Leistungspotenzials eines MVZ bei der Etablierung von CHN in Deutschland, läge der nächste Schritt in der Weiterentwicklung des MVZ von einem Medizinischen Versorgungszentrum zu einem Gesundheitszentrum (GVZ), allerdings nur im Falle einer kommunalen (Mit-)Trägerschaft.

Die Entscheidung, sich für oder gegen ein herkömmliches MVZ oder ein neu zu schaffendes GVZ zu entscheiden, würde vollständig den Verantwortlichen vor Ort überlassen. Insbesondere sollte keine Verpflichtung der Kommunen dahingehend etabliert werden, sich für die Variante des GVZ entscheiden zu müssen. Auch die Entscheidung, sich überhaupt in der einen oder anderen Form zu engagieren, sollte nicht gesetzgeberisch determiniert werden, um nicht von vornherein die bereits erwähnten Konnexitätsprobleme (oben 4.3.2.2) hervorzurufen. Überdies dürften sich beide Strukturen auch nicht flächendeckend als bestmögliche Gestaltungsoption erweisen.

Eine gesetzlich vorgenommene Weiterentwicklung in diesem Sinne würde

- alle Handlungsfelder von CHN aus sämtlichen einschlägigen Büchern des SGB mit allen hierauf bezogenen Tätigkeiten in das Zentrum integrieren;
- ggf. differenzierte Regelungen über die interne Abgrenzung der unterschiedlichen Vergütungsmechanismen und -ressourcen treffen, jedenfalls ermöglichen;

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

- eine differenzierte Governance-Struktur (im Unterschied zum bestehenden MVZ) vorsehen, da sich namentlich die bisherige „Ärztliche Leitung“ nicht auf die neu hinzukommenden Handlungsfelder (außerhalb der kurativen Medizin) beziehen könnte.
- Ferner könnte nachgedacht werden über eine Erweiterung des Kreises der Gründungsberechtigten, insbesondere im Hinblick auf freie bzw. freigemeinnützige Träger, die namentlich ihr Potenzial aus dem Handlungsfeld der Pflege einbringen könnten.
- In einem solchermaßen weiterentwickelten Zentrum könnten entsprechend zur Erweiterung der Handlungsfelder auch Personen mit beruflichen Qualifikationen jenseits des bisherigen Spektrums eines MVZ angestellt werden.
- Ebenfalls geregelt werden könnte die Befugnis zur Gründung separater Tochtergesellschaften in der Trägerschaft des GVZ, etwa einer GVZ-Pflege-GmbH mit dem GVZ als Gesellschafterin in alleiniger oder gemeinsamer Trägerschaft mit anderen Akteuren.[223]

Im Hinblick auf die CHN-Personen hätte ein solches Modell den Vorteil, dass diese nicht mehr bei unterschiedlichen Trägern, sondern einheitlich bei dem neuen Zentrum angestellt sein könnten; CHN könnte mithin „aus einer Hand“ erfolgen. Dies würde von vornherein mehr Synergien und weniger einzelvertraglichen Aufwand bedeuten.

Eine kleinere, möglicherweise politisch leichter durchzusetzende Lösung könnte darin bestehen, dem als solches unverändert fortbestehenden MVZ durch ausdrückliche gesetzliche Regelung den Abschluss von Einzelverträgen über Leistungsbeziehungen mit anderen Anbietern, namentlich den Kommunen, Pflegediensten etc. zu ermöglichen (mit einer sodann wiederum hälftigen Anstellung der CHN-Personen). Wichtig wäre aber, dass Verträge dieser Art sich über die bereits nach geltendem Recht (siehe oben 4.4.4) mögliche bloße räumliche Kooperation hinaus verhalten müssten und dürften.

4.5.1.2 Gesetzgebungskompetenz

Der Bund verfügt nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG über die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die „Sozialversicherung“. Dies bedeutet, dass er Regelungsgegenstände, die dieser Materie zuzuordnen sind, an sich ziehen kann. Da Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG nicht im Katalog des Art. 72 Abs. 2

223 Vgl. hierzu näher *Oberender*-Gutachten, PORT III, S. 69 f.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

GG aufgeführt ist, müsste der Bund insoweit nicht nachweisen, dass die entsprechenden Regelungen „erforderlich" sind.

Würde sich die Erweiterung des Handlungsrahmens des künftigen GVZ mithin auf die bereits bisher in den verschiedenen Büchern des Sozialgesetzbuchs geregelten Handlungsfelder beziehen, besäße der Bund hierfür die Gesetzgebungskompetenz nach diesem Titel. Sinnvollerweise würden die entsprechenden Regelungen nicht in dem allein auf die Krankenversicherung fixierten SGB V getroffen, sondern im SGB I (Allgemeiner Teil). Als zusätzliche Kompetenzgrundlage stünde Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 („Öffentliche Fürsorge") zur Verfügung.

Nicht möglich wäre es ihm, inhaltliche oder organisatorische Vorgaben für die Erfüllung derjenigen Aufgaben der Kommunen im Wege eines Bundesgesetzes zu formulieren, die Handlungsfelder außerhalb der Sozialversicherung betreffen. Dies gilt namentlich für sozialräumliche Aktivitäten. Noch akzeptabel wäre eine bundesgesetzliche Regelung, wenn sie optional die Einbringung auch darauf bezogener Tätigkeiten durch die Kommune (und die diesbezügliche Betrauung von CHN-Personen) vorsehen würde, die Entscheidung über das Ob, das Wie sowie über die diesbezüglichen Finanzierungsmechanismen aber den Kommunen überließe. Weitergehende gesetzliche Regelungen könnten aufgrund der zu ihren Gunsten streitende Kompetenzregel des Art. 70 Abs. 1 GG ausschließlich die Länder treffen.

4.5.2 Anpassungen im Recht der Kommunen

Die nachfolgend angedachten Anpassungen unterfielen nach Art. 70 Abs. 1 GG der Gesetzgebungskompetenz des jeweiligen Landes. Unabhängig davon, ob auf der Ebene des Bundesrechts in einem der Bücher des SGB eine Weiterentwicklung der MVZ erfolgt, würde eine Verankerung von CHN in den thematisch jeweils infrage kommenden gesundheitsbezogenen Gesetzen der Länder eine zusätzliche Anerkennung bedeuten. Aus den genannten Gründen sollte aber von der expliziten Übertragung als kommunale Pflichtaufgabe[224] abgesehen werden.

224 Vgl. zu dieser Aufgabenkategorie *Burgi*, Kommunalrecht, § 8 Rn. 13 bzw. Rn. 20 f. Dies beließe den Kommunen den nötigen politischen Spielraum und würde das jeweilige Land vor unmittelbar fälligen Finanztransfers bewahren.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

Da in den verschiedenen Bundesländern Gesundheits- und Pflegethemen in sehr unterschiedlicher Weise kodifiziert sind, können nachfolgend lediglich einige wenige Hinweise gegeben werden.

4.5.2.1 Verankerung im jeweiligen Landesgesetz über die Pflege

Wenngleich unter unterschiedlichen Bezeichnungen (etwa Gesetz zur Umsetzung der Pflegeversicherung BW; Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (Bayern); Landespflegegesetz (z.B. Mecklenburg-Vorpommern) oder Alten- und Pflegegesetz (beispielsweise NRW); teilweise gibt es auch zusätzlich Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetze (so etwa in Bayern und Baden-Württemberg)), finden sich in allen Ländern gesetzliche Regelungen über die Rahmenbedingungen der Pflege.

In deren Mittelpunkt steht zwar die Pflege i.S.d. SGB XI, sie enthalten aber doch zumeist Aussagen zur Zusammenarbeit mit anderen Anbietern bzw. zur Koordinierung des Angebots, und vielfach sind auch planerische Ansätze vorhanden. Teilweise erfolgen auch Bezugnahmen auf sozialräumliche Konzepte und/oder Teilhabebereiche (z.B. § 7 Abs. 1 Alten- und Pflegegesetz NRW vom 2.10.2014).[225] In einem solchen Kontext könnte CHN als relevante Akteursstruktur adressiert und zugleich eine Perspektive für Tätigkeiten von Pflegepersonen außerhalb des SGB XI-Horizonts aufgezeigt werden. Dabei sollte auch der Zusammenhang zum Aufgabenkreis der kommunalen Daseinsvorsorge hergestellt werden.

4.5.2.2 Verankerung in den Gesetzen über den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Eine Verankerung von CHN in den jeweiligen Landesgesetzen über den Öffentlichen Gesundheitsdienst würde eine zusätzliche Anerkennung bieten, allerdings nur mit Bezug auf diejenigen Kommunen, die Träger der jeweiligen Behörde des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (typischerweise der Landkreis oder die kreisfreie Stadt) sind.

Naheliegend erscheint eine Verankerung an zwei verschiedenen Stellen innerhalb dieser Gesetze:

- Innerhalb der zumeist zu Beginn des jeweiligen Gesetzes umschriebenen „Ziele und Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“ könn-

225 GV NRW, S. 625.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb

te ein Auftrag zum Zusammenwirken mit ggf. vorhandenen CHN-Personen bzw. CHN-Einheiten normiert werden, ferner eine Pflicht der Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Beratung und Unterstützung gegenüber jenen Strukturen (etwa in Ergänzung der gegenwärtig in § 1 Abs. 3 des Gesundheitsdienstgesetzes (ÖGDG BW vom 17.12.2015[226]) enthaltenen Formulierung).

- Wichtig wäre sodann, innerhalb der Bestimmungen über die einzelnen, dem ÖGDG übertragenen Aufgaben die oben (4.4.1.2) skizzierte Option der (entgeltlichen) Übertragung einzelner Teilfunktionen an CHN-Einheiten in kommunaler (Mit-)Trägerschaft vorzusehen. Denkbar wäre auch die Eröffnung einer dahingehenden Perspektive im Hinblick auf CHN-Einheiten außerhalb einer kommunalen Trägerschaft, was allerdings die Pflicht zur Beachtung des Vergaberechts auslösen könnte.[227]

Geht es um Aufgaben, die den Einsatz öffentlich-rechtlicher Befugnisse implizieren (namentlich Kontroll- und Überwachungsaufgaben), käme auch eine im Gesetz angelegte und sodann durch Rechtsverordnung vorzunehmende Beleihung von CHN-Personen bzw. -Einheiten in Betracht (etwa nach dem Muster von § 3 Abs. 4 ÖGDG BW).

In allen Fällen müssten innerhalb des gesetzlich vorgezeichneten Rahmens die jeweiligen Leistungs-, Mitwirkungs-, Duldungs- und Unterlassungspflichten sowie der Umgang mit den jeweils zu verarbeitenden personenbezogenen Daten durch Vereinbarung konkretisiert werden.

226 GBl. S. 1210.

227 Während die Zusammenarbeit im erstgenannten Fall als gesetzlich geregelte Zuständigkeitsverlagerung grundsätzlich vergaberechtsfrei ausgestaltet werden könnte.

https://doi.org/10.5771/9783748924319-154, am 12.10.2024, 04:20:28
Open Access – (cc) BY-NC-ND – https://www.nomos-elibrary.de/agb