

Inhaltsübersicht

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

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Robert Bosch Stiftung GmbH. Community Health Nursing – warum?	7
Vorwort der Agnes-Karll-Gesellschaft. Pflege macht sich stark – in der Primärversorgung	9
1 Sachverhalte – Vorfragen	25
1.1 Beschreibung von Community Health Nursing (CHN)	25
1.1.1 Bezugsrahmen	25
1.1.2 CHN – Begriffsklärungen	26
1.1.2.1 „Community“	26
1.1.2.2 „Health Nursing“	27
1.1.3 CHN – Aufgaben und Tätigkeiten	28
1.1.3.1 Zur Unterscheidung zwischen Aufgaben und Tätigkeiten	28
1.1.3.2 Aufgaben	28
1.1.3.3 Tätigkeiten	29
1.1.4 Verschränkungen: Advanced Practice Nurse – Nurse Practitioner	31
1.1.5 Verschränkungen: Kommunale Gesundheitszentren	33
1.1.6 Verschränkungen: Public Health	34
1.2 Erläuterung der Gegenstände des Rechtsgutachtens	35
1.3 Zur Darstellung der rechtlichen Situationen de lege lata und de lege ferenda (aktueller und künftiger rechtlicher Rahmen)	36
1.4 Rechtsgutachterliche Vorgehensweisen	36
2 Berufsrecht	38
2.1 Berufsrechtliche Fragestellungen	38
2.2 Ausübung von Heilkunde	39
2.2.1 Begriff der Heilkunde	39
2.2.2 Selbstständige Ausübung von Heilkunde bei Ärzten und Heilpraktikern	40
	15

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

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

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

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

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

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

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

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