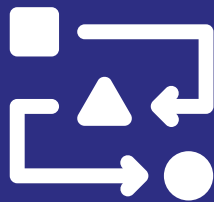


Community Health Nursing – Wegweiser für die Etablierung in Deutschland



Universitätsprofessor

Dr. iur. Martin Burgi, Ludwig-Maximilians-Universität München

Universitätsprofessor a. D.

Dr. iur. Gerhard Igl, Hamburg

Im Auftrag der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

Vorwort

Community Health Nursing – Ein Beitrag für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung

Im Januar 2021 ist das Rechtsgutachten **Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland** von Herrn Professor Dr. Martin Burgi und Herrn Professor a. D. Dr. Gerhard Igl im Nomos Verlag erschienen*. Mit dem von der Robert Bosch Stiftung beauftragten Rechtsgutachten soll aufgezeigt werden, welche Funktion Community Health Nursing in Zukunft innerhalb des deutschen Gesundheitswesens haben kann. Damit soll auch den Akteuren, die sich für die Einführung von CHN in Deutschland engagieren, Handlungssicherheit gegeben werden.

Hintergrund für die notwendige Etablierung von Community Health Nursing sind die Herausforderungen, vor denen die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht. Insbesondere erfordern der demografische Wandel und das vorherrschende Krankheitsspektrum der chronischen und Mehrfacherkrankungen neue und verbesserte Ansätze in Betreuung und Therapie. In Deutschland gibt es seit einiger Zeit Bemühungen, die Primärversorgung zu stärken, den zunehmenden Mangel an Hausärzten in ländlichen Regionen und unterversorgten Gebieten wie benachteiligten Stadtteilen aufzufangen sowie die sektorale Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden. Das von der Robert Bosch Stiftung geförderte Versorgungsmodell der Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung „PORT“ bahnt Wege in diese Richtung. „Community Health Nurses“ können in diesem Zusammenhang wesentliche Beiträge zu einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung leisten. Diese speziell qualifizierten Pflegefachpersonen werden eigenverantwortlich in der Primärversorgung tätig, beispielsweise als Teil eines multiprofessionellen Teams in einem „PORT“- bzw. Gesundheitszentrum oder im Bereich der öffentlichen Gesundheit und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Vor allem für Menschen mit chronischen und komplexen Krankheiten und für ältere Menschen mit Unterstützungsbedarf bietet Community Health Nursing eine hilfreiche Perspektive.

* Auch als kostenloses eBook erhältlich

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

Wesentlich für die Verankerung der „Community Health Nurse“ in der Berufspraxis ist es, die Rolle im Berufsrecht sowie im Leistungs- und Leistungserbringungsrecht zu verorten und die Wege aufzuzeigen, die schon heute für einen Einsatz genutzt werden können. Darüber hinaus ist der Blick auch auf die Wege und Veränderungen zu richten, die erforderlich sind, um das Potenzial der „Community Health Nurse“ voll umfänglich zu erschließen.

Dieser Wegweiser fasst die Kernbotschaften aus dem 250-seitigen juristischen Gutachten zusammen. Damit möchten wir denjenigen Engagierten hilfreiche Kenntnisse an die Hand geben, die sich auf bundes-, landes- und kommunaler Ebene für eine zukunftsfähige Primärversorgung im deutschen Gesundheitswesen sowie für den Beitrag der professionellen Pflege dazu einsetzen. Wir möchten Motivation und Mut steigern, die dafür notwendigen Veränderungen aktiv anzugehen.

Unser Dank geht an die Autoren des Fachbuchs und dieses Wegweisers.

Robert Bosch Stiftung GmbH

Agnes-Karll-Gesellschaft

Februar 2021

Inhalt

Wegweiser

07 1 Wozu dieser Wegweiser?

09 2 Aufgaben und Tätigkeiten im Rahmen von CHN

09 2.1 Aufgaben

10 2.2 Tätigkeiten

13 3 Betroffene Rechtsgebiete bei einer Etablierung von CHN

14 4 Das Wichtigste zusammengefasst

14 4.1 Zentral für das Heilberuferecht und das Sozialleistungsrecht:
Die Unterscheidung von Aufgaben und Tätigkeiten der CHN-Personen

15 4.2 Etablierung von CHN in der gegenwärtigen Versorgungspraxis
anhand der gegebenen rechtlichen Möglichkeiten

19 4.3 Etablierung von CHN als künftige gesundheitspolitische
Gestaltungsaufgabe – Schaffung eines tragfähigen
rechtlichen Rahmens

Anhang zu den rechtlichen Grundlagen

23 1 Etablierung von CHN in der gegenwärtigen Versorgungspraxis anhand der gegebenen rechtlichen Möglichkeiten

23 1.1 Tätigkeiten im Rahmen des CHN und ihre Abbildung im Leistungs- und Leistungserbringungsrecht des SGB V und SGB XI sowie im Beruferecht

27 1.2 Organisatorisch-institutionelle Optionen

28 2 Etablierung von CHN als künftige gesundheitspolitische Gestaltungsaufgabe – Schaffung eines tragfähigen rechtlichen Rahmens

28 2.1 Fokus: Ebene des Bundesrechts

30 2.2 Blick auf die Ebene des Landesrechts

31 Impressum

Wegweiser



1

Wozu dieser Wegweiser?



In diesem Wegweiser werden rechtliche Ausführungen zur Etablierung von Community Health Nursing in Deutschland vorgestellt. Ausgangspunkt dafür ist das von der Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH herausgegebene Papier „Community Health Nursing in Deutschland – Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum“ (Berlin 2018) sowie ein Rechtsgutachten von Prof. Dr. Martin Burgi und Prof. Dr. Gerhard Igl. Dieses Rechtsgutachten ist unter dem Titel „Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland“ (Baden-Baden 2021) erschienen. Es steht auch als Open-Access-Veröffentlichung unter <https://www.nomos-elibrary.de> zur Verfügung.

„Community Health Nursing“ (CHN) stellt in Deutschland – anders als in Skandinavien, dem Vereinigten Königreich, den USA und in Kanada – keine spezifische Erscheinungsform der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dar, die rechtlich, etwa im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, verfasst ist. Unabhängig davon haben sich regional und lokal Organisationsformen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung herausgebildet, die mit diesem Begriff oder mit ähnlicher Terminologie versehen werden. Darüber hinaus werden in der Praxis Organisationsformen erprobt, die sich an „Community Health Nursing“ orientieren. Diese Organisationsformen handeln im aktuell gegebenen rechtlichen Rahmen. Bisher existieren keine spezifischen rechtlichen Regulierungen zum „Community Health Nursing“.

Der hier vorgestellte Wegweiser verfolgt zwei Zwecke und hat deswegen auch unterschiedliche Adressaten:

- Es soll denjenigen eine Handreichung bieten, die einzelne Elemente von CHN schon jetzt als eine Gestaltungsform der gesundheitlichen Versorgung einführen wollen. Adressaten sind Personen und Institutionen, die auf kommunaler Ebene über entsprechende Handlungskompetenzen verfügen. Hierfür sind speziell die Abschnitte über die „Etablierung von CHN in der gegenwärtigen Versorgungspraxis anhand der gegebenen rechtlichen Möglichkeiten“ einschlägig (Abschnitt 4.2 und Anhang Abschnitt 1).
- Es sollen Hinweise für die künftige Gestaltung eines bundesweit tragfähigen Konzeptes von CHN als neue, zusätzliche Form der Regelversorgung gegeben werden. Diese Hinweise richten sich vor allem an die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes und der Länder. Hierzu dienen speziell die Abschnitte über die „Etablierung von CHN als künftige gesundheitspolitische Gestaltungsaufgabe – Schaffung eines tragfähigen rechtlichen Rahmens“ (Abschnitt 4.3 und Anhang Abschnitt 2).

Ein zentraler Punkt der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen von CHN ist, ob und inwieweit Personen, die im Rahmen eines CHN tätig sind, Aufgaben der primärmedizinischen Versorgung selbstständig durchführen dürfen, die nach gegenwärtiger Rechtslage Ärzten vorbehalten sind. Weitere zentrale Punkte betreffen institutionelle Grundentscheidungen und organisatorische Gestaltungsoptionen. Obwohl schon nach gegenwärtiger Rechtslage begrenzte Lösungen möglich sind, gilt es, für eine dauerhafte Etablierung von CHN ein bundesweit tragfähiges Konzept zu entwickeln. Aus diesem Grunde geht es für die Zukunft darum, insbesondere in den genannten Punkten, aber auch im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, die entsprechenden rechtlichen Vorkehrungen zu treffen, um CHN als eine weitere Form der gesundheitlichen Versorgung zu etablieren. Das bedeutet insbesondere,

- den Vorbehalt der selbstständigen Ausübung von Heilkunde in bestimmten Bereichen zu modifizieren,
- eigenständige institutionelle und organisatorische Gestaltungen zu ermöglichen und
- die Berechtigung, Leistungserbringer zu sein, neu zu strukturieren.

2 Aufgaben und Tätigkeiten im Rahmen von CHN



2.1 Aufgaben

Die Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH definiert die Kernaufgaben von CHN in der Broschüre „Community Health Nursing in Deutschland – Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum“ (Berlin 2018) wie folgt:

- Primärversorgung und Sicherung von Versorgungskontinuität im ambulanten Sektor
- erweiterte Gesundheitsförderung sowie Primär- und Sekundärpräventionsprogramme (z. B. Sturz, Unfall, Tabakentwöhnung)
- Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen sowie Screenings auf Krebserkrankungen oder andere Vorsorgeuntersuchungen/ Check-ups
- eigenverantwortliche Behandlung von z. B. Erkältungskrankheiten
- Monitoring und Management chronischer Krankheiten sowie die Beteiligung an strukturierten Behandlungsprogrammen (z. B. Disease Management für Diabetes, Arthritis, Asthma)
- Selbstmanagement der Patienten durch Information, Beratung und Anleitung
- Versorgungskoordination und Navigation durch das Gesundheitssystem sowie integrierte Versorgung durch Kooperation im ambulanten und stationären Sektor.

Aus dieser Aufgabenbeschreibung geht hervor, dass neben Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention zu einem erheblichen Teil auch Maßnahmen der Krankenbehandlung erfasst sind.

2.2 Tätigkeiten

In diese Aufgabengebiete fallen jeweils bestimmte konkrete Tätigkeiten. Da sich die berufs- und sozialleistungsrechtlichen Regelungen jeweils auf Tätigkeiten beziehen, stehen diese im Vordergrund der Betrachtungen.

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Tätigkeiten im Rahmen des CHN:

Klinisches Assessment und körperliche Untersuchung

Es findet eine umfassende symptomfokussierte Anamnese statt. Dazu gehören die Auskultation, Inspektion, Palpation und Perkussion. Herz-Kreislauf-System, Thorax und Lunge, Nervensystem/Neurologie, HNO, Bewegungsapparat, Haut und Abdomen – jeweils Norm und Abweichungen von der Norm werden registriert und dokumentiert. Die Community Health Nurse beurteilt die Dringlichkeit der Situation und leitet entsprechende Maßnahmen ein. Die erhobenen Daten werden mit anderen Berufsgruppen, insbesondere Ärzten, kommuniziert.

Ersteinschätzung und Beratung

Aufgabe der CHN-Personen ist es, Patienten zu ihren spezifischen Gesundheits- oder Krankheitsfragen zu beraten. Diese Beratung sollte nach den Merkmalen des guten und richtigen Rates erfolgen und diverse Beratungsansätze nutzen sowie gekennzeichnet sein durch sachliche Richtigkeit, reflexive Haltung der Berater, Anwendung sachlichen Wissens, persönliches Wissen des Beraters und die Bereitschaft, das allgemeine Wissen auf einen konkreten Fall anzuwenden. Aufgabe der CHN-Person wäre demnach, die Lebenswelt der Ratsuchenden zu respektieren und sie als gegeben zu betrachten. Ein wichtiger Aspekt des Gespräches sind (darüber hinaus) die Prinzipien der „sprechenden Medizin“.

Auf Grundlage von Assessments und Gesprächen trifft die CHN-Person die Entscheidung über den weiteren Behandlungsverlauf. Dazu gehört auch, dass sie Medikamente verabreicht und anordnet, je nach Spezialisierung, Qualifikation und Zuständigkeitsbereich. Sie unterstützt darüber hinaus besonders Menschen mit chronischen Erkrankungen bei den teilweise komplexen Medikamentenregimen.

Gesundheits-erhaltung und -förderung

Die CHN-Personen unterstützen die Patienten in der Gesundheits-erhaltung und -förderung. Sie stärken die Gesundheitskompetenz des Einzelnen und der Familien/Gruppen. Unter Gesundheitskompetenz (Health Literacy) wird das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit verstanden, gesundheitsrelevante Informationen ausfindig zu machen, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen, um die eigene Gesundheit zu erhalten. Dazu gehört auch, sich bei Krankheiten die nötige Unterstützung im Gesundheitssystem zu sichern oder sich kooperativ an der Behandlung und Versorgung zu beteiligen und die dazu nötigen Entscheidungen treffen zu können. Eine umfassende Patienteninformation, -beratung und -schulung sowie die Optimierung der Eigenverantwortung fördern die Gesundheitskompetenz und sind „Schlüsselkonzepte“ für die erfolgreiche Versorgung chronisch Erkrankter.

Befähigung von Patienten

Aufgabe der CHN-Personen ist es, Patienten zum Selbstmanagement zu befähigen, z. B. sie darin zu unterstützen, alltägliche (Gesundheits-) Probleme selbst zu bewältigen und Therapieabsprachen einzuhalten. Sie sollen in der Selbstregulation unterstützen und den Patienten im individuellen und subjektiven, körperlichen und seelischen Umgang mit ihrer Gesundheit und Krankheit zur Seite stehen. Sie unterstützen das Selbst-Monitoring der Patienten, indem sie die Betroffenen dazu anleitet, ihre körperliche und geistige Verfasstheit zu überwachen (z. B. mittels eines Tagebuchs). Das ist besonders wichtig bei psychischen und chronischen Erkrankungen und Gebrechlichkeit. Chronisch Erkrankte sind mit wiederkehrenden Schwierigkeiten konfrontiert. Anfänglich fehlen ihnen die Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit, aber auch mit der Erkrankung selbst und der Therapie. Das kann Irritationen und Ängste hervorrufen. Eine anfänglich hohe Therapiemotivation kann sinken, u. a. weil es schwerfällt, Routinen im Umgang mit Arzneimitteln zu entwickeln. Sie stoßen bei professionellen Akteuren

auf wenig Resonanz mit ihren Fragen zu Alltagsschwierigkeiten und zum Umgang mit Medikamenten. Ihre Hoffnung auf Normalisierung wird enttäuscht. Daher suchen sie selbst nach Lösungsstrategien – ein Schritt, der zu weiterer Expertise im Umgang mit Arzneimitteln führen, aber auch überfordernd und belastend sein kann. Aufgabe von Pflegefachpersonen ist es, den Patienten bei der Bewältigung beispielsweise der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten motivierend-unterstützend zur Seite zu stehen. Sie sollen die Patienten unterstützen, ein adäquates Selbstmanagement zu entwickeln. Wesentliche Voraussetzung dafür ist eine unterstützende Beziehung zu dem Gesundheitsversorger, z. B. durch eine pflegebezogene Form des Coachings. Langfristiges Ziel ist es, dass Patienten dazu befähigt werden, mit den komplexen Auswirkungen der Krankheiten selbständig umzugehen.

Koordination, Kooperation, Leadership

Die CHN-Personen sind für die Sicherstellung einer umfassenden, koordinierten Versorgung, die Bündelung der Leistungserbringung und eine Basisversorgung in strukturschwachen Regionen zuständig. Neben Aufgaben in der direkten Patientenversorgung (z. B. Wundversorgung), der Steuerung von Prozessen, Leadership-Aufgaben sowie in besonderen Fällen Forschungs- und Erhebungsaufgaben, halten sie die Fäden in der Hand und steuern die Primärversorgung. Das gilt auch für die Überleitung, z. B. in Form eines Case- und Care Managements, in deren Rahmen ihnen auch die Sicherstellung der nachfolgenden Gesundheitsversorgung obliegt.

Bedarfserhebung

Bei einem Public-Health-geprägten Handlungsfeld kann die Erhebung von Gesundheitsproblemen von Einzelnen oder Gruppen in einer Region hinzukommen. Dabei kann es sich z. B. um Unfallschwerpunkte, Fehl-, Über- oder Unterversorgung in speziellen Gruppen oder auch um Atemwegserkrankungen aufgrund von Umweltverschmutzung handeln. Aufgabe der CHN-Personen wäre es dann, die Probleme zu benennen, zu quantifizieren und den Kontakt zu den verantwortlichen Gremien in der öffentlichen Verwaltung herzustellen, um die Probleme zu bearbeiten.

3

Betroffene Rechtsgebiete bei einer Etablierung von CHN

Bei der Etablierung von CHN sind insbesondere die folgenden Rechtsgebiete von Relevanz:

- Recht der Gesundheitsberufe – Heilberuferecht
- Leistungs- und Leistungserbringungsrecht insbesondere auf dem Gebiet des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung), SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe)
- Recht des öffentlichen Gesundheitsdienstes
- Kommunalrecht
- Verfassungsrecht.



4

Das Wichtigste zusammengefasst



4.1 Zentral für das Heilberuferecht und das Sozialleistungsrecht: Die Unterscheidung von Aufgaben und Tätigkeiten der CHN-Personen

CHN-Personen sollen Aufgaben auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung übernehmen. Dieses Gebiet ist, wenn es um Gesundheitsdienstleistungen für Personen geht, rechtlich vor allem durch das Heilberuferecht und das Kranken- und Pflegeversicherungsrecht reguliert. In diesen Rechtsgebieten wird streng zwischen den Aufgaben eines Gesundheitsberufs (z. B. beim Arzt die Krankenbehandlung) und den von den Berufsangehörigen auszuübenden Tätigkeiten (im Rahmen der Krankenbehandlung durch den Arzt z. B. die Diagnose) unterschieden. Dies gilt vor allem für die selbstständige Durchführung von Maßnahmen der Heilkunde, die berufsrechtlich den Ärzten und Heilpraktikern vorbehalten ist, sowie für den Arztvorbehalt im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei Aufgaben, bei denen es sich nicht um Gesundheitsdienstleistungen für Personen handelt, besteht dieser Vorbehalt nicht.

4.2 Etablierung von CHN in der gegenwärtigen Versorgungspraxis anhand der gegebenen rechtlichen Möglichkeiten

Im Sozialleistungsrecht und Berufsrecht:

Klinisches Assessment und körperliche Untersuchung

Das klinische Assessment und die körperliche Untersuchung stellen Leistungen der Krankenversicherung zur Behandlung einer Krankheit dar, hier in Form der ärztlichen Behandlung. Wenn Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich sind, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden (Delegation von ärztlichen Leistungen). Der Arzt erhält für diese Leistungen die entsprechende Vergütung.

Gegenwärtig bleibt in weiten Teilen des klinischen Assessments und der körperlichen Untersuchung nur die Möglichkeit der Leistungserbringung durch ärztliche Delegation an entsprechend qualifiziertes Personal. Personen mit einer Ausbildung als Pflegefachperson können für diese Tätigkeiten in Frage kommen.

Die selbstständige Ausübung dieser heilkundlichen Tätigkeiten durch Angehörige der Pflegefachberufe ist rechtlich nicht möglich.

Ersteinschätzung und Beratung

Die unter „Ersteinschätzung und Beratung“ beschriebenen Tätigkeiten sind bis auf die Verabreichung von angeordneten Medikamenten insgesamt als heilkundliche Tätigkeiten bzw. als ärztliche Behandlung (SGB V) zu qualifizieren.

Kein ärztlicher Vorbehalt besteht bei den folgenden Maßnahmen zur Ersteinschätzung und Beratung pflegebedürftiger Menschen:

- Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege
- Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit
- Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen
- Verabreichung von angeordneten Medikamenten
- Unterstützung von Menschen mit chronischen Erkrankungen bei der Bewältigung von deren teilweise komplexen Medikamentenregimen

Wird jedoch ein Medikationsplan erstellt, handelt es sich um eine vertragsärztliche Tätigkeit.

Soweit es sich bei den genannten Leistungen nicht um vertragsärztliche Leistungen handelt, die dem Arzt vorbehalten sind, sind Pflegefachpersonen einzusetzen, die selbstständig, d. h. ohne Delegation durch einen Arzt, heilkundliche Tätigkeiten durchführen können. Nur bei der Verabreichung von angeordneten Medikamenten kann auf eine entsprechende Qualifikation als Pflegefachperson verzichtet werden.

Gesundheitserhaltung und -förderung

Die Leistungen zur Gesundheitserhaltung und -förderung sind vor allem im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) geregelt. CHN-Personen können Erbringer von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie in der ambulanten Rehabilitation bzw. im Rahmen von Patientenschulungen und Nachsorgemaßnahmen sein. Als vergütungsberechtigte Leistungserbringer kommen in diesem Zusammenhang weniger einzelne CHN-Personen

in Betracht, sondern die Organisationseinheiten, in denen die CHN-Personen angesiedelt sein werden. Denn hierbei handelt es sich um Tätigkeiten mit einem gewissen infrastrukturellen und personellen Bedarf.

Die Unterstützung von Patienten in der Gesundheitserhaltung und -förderung und die Stärkung der Gesundheitskompetenz des Einzelnen und der Familien/Gruppen stellen keine Ausübung von Heilkunde dar. Auch die umfassende Patienteninformation, -beratung und -schulung stellen dann keine Ausübung von Heilkunde dar, wenn bei der Patientenschulung keine individuellen therapeutischen Maßnahmen durchgeführt werden.

Befähigung von Patienten

Die Befähigung von Patienten umfasst ein breites Spektrum an Maßnahmen, das im Sozialleistungsrecht nicht spezifisch geregelt ist. So kann sie zur Krankenbehandlung im Sinne der ärztlichen Behandlung zählen. Ebenso kann sie Bestandteil präventiver Maßnahmen sein. Fällt eine bestimmte Tätigkeit der Befähigung von Patienten in die ärztliche Behandlung, können CHN-Personen nur im Wege einer Delegation einbezogen werden. Vergütungsberechtigt sind dann ausschließlich die Ärzte bzw. die medizinischen Versorgungszentren.

Koordination, Kooperation, Leadership

Die Aufgaben der direkten Patientenversorgung und der Prozesssteuerung der Primärversorgung im Sinne einer „leadership“ gehören zum Kernbereich ärztlichen Handelns im Sinne von ärztlicher Behandlung. Insofern gelten die Ausführungen im vorstehenden Abschnitt „Klinisches Assessment und körperliche Untersuchung“.

Die allgemeinen versorgungssteuernden Aufgaben sind bis auf das Versorgungsmanagement und die Pflegeberatung gegenwärtig nicht im Sozialleistungsrecht abgebildet. Sie haben keinen heilkundlichen Charakter.

Die Wahrnehmung dieser Aufgaben kann aus den Kommunal- oder Landeshaushalten finanziert werden.

Bedarfserhebung

Die im Zusammenhang mit der Bedarfserhebung aufgeführten Maßnahmen sind dem Public-Health-Bereich zuzuordnen. Dazu zählt u. a. die Erhebung von Gesundheitsproblemen von Einzelnen oder Gruppen in einer Region, etwa in Form der Eruiierung von Unfallschwerpunkten oder der Fehl-, Über- oder Unterversorgung spezieller Gruppen.

Diese Maßnahmen werden gegenwärtig sozialleistungsrechtlich nicht abgebildet. Sie haben keinen heilkundlichen Charakter. Aus diesem Grund sind für das einzusetzende Personal keine gesetzlich vorgegebenen Qualifikationsanforderungen zu beachten.

Diese Maßnahmen können aus den Kommunal- oder Landeshaushalten finanziert werden.

Zu den gegenwärtigen organisatorisch-institutionellen Optionen:

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist eine Beschäftigung von CHN-Personen im Angestelltenstatus bei etablierten Institutionen realistisch. Hierfür kommen vor allem Hausarztpraxen, medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder Kommunen in Betracht. Notwendig wäre eine einzelvertraglich fixierte Kooperation zwischen der anstellenden Einheit mit der jeweiligen CHN-Person und mit bestimmten Handlungs-, Leistungs- und Finanzierungspflichten über einen vorab festgelegten Zeitraum.

Am besten kann das Leistungspotenzial von CHN realisiert werden, wenn die CHN-Personen in einem MVZ in kommunaler (Mit-)Trägerschaft angebunden werden. Für die Handlungsfelder des CHN, die außerhalb des Gesundheitssektor liegen, müsste ein MVZ zumindest in räumlicher Hinsicht mit der zuständigen Kommune (in ihrer Eigenschaft als Gebietskörperschaft) kooperieren.

4.3 Etablierung von CHN als künftige gesundheitspolitische Gestaltungsaufgabe – Schaffung eines tragfähigen rechtlichen Rahmens

Innerhalb des gegenwärtigen Rechtsrahmens können, wie bereits ausgeführt, immer nur einzelne Elemente des CHN-Konzepts verwirklicht werden. Eine „Etablierung“ von CHN mit dem Schwerpunkt auf der medizinischen Primärversorgung und nicht auf der Pflege erfordert eine neue gesundheitspolitische Weichenstellung. Es reicht nicht aus, lediglich Modellvorhaben vorzusehen, vielmehr geht es um eine zusätzliche Form der Regelversorgung. Dabei soll keine Konkurrenz zur ärztlichen Behandlung geschaffen werden, sondern den gestiegenen Anforderungen einer zeitgemäßen Gesundheitsversorgung Rechnung getragen werden.

Berufsrecht

Allgemein wird davon ausgegangen, dass die Aufgaben und Tätigkeiten einer Community Health Nurse von Personen ausgeübt werden, die das Profil einer spezialisierten „Pflegeexpertin APN/Pflegeexperte APN (Advanced Practice Nurse/Nurse Practitioner)“ mit akademischer Qualifikation auf Masterniveau haben. Weitere Hinweise für diese Ausbildung hat der International Council of Nursing (Guidelines on Advanced Practice Nursing, Geneva 2020) gegeben.

Es bieten sich drei Varianten für die Gestaltung der Aus- und Weiterbildung von APN/NP an, wobei die erste Variante eine gesetzliche Regelung auf Bundesebene erfordert, während die zweite und dritte Variante landesrechtlich geregelt werden können.

In der Variante 1 geht es um ein APN/NP-Ausbildungsgesetz auf Bundesebene (als Heilberufsgesetz auf Grundlage des Kompetenztitels in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG).

Wenn beabsichtigt wird, in die Ausbildung von APN/NP auch Elemente oder Bereiche der primärmedizinischen Versorgung aufzunehmen, ist zu bedenken, dass nur der Bund die Ausbildung zur selbstständigen Ausübung bestimmter heilkundlicher Materien, z. B. primärmedizinischer Maßnahmen, gesetzlich regeln kann.

Die Ausbildung ist als Hochschulstudium anzulegen (mit Studien- und Prüfungsverordnung auf Bundesebene).

Wenn die Ausbildung nicht zur selbstständigen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen der primärmedizinischen Versorgung qualifizieren soll, sondern nur zur Durchführung solcher Maßnahmen im Wege der Delegation durch einen Arzt oder unter Leitung eines Arztes in einem CHN-Zentrum, kann hierfür eine landesrechtlich zu bestimmende Hochschulausbildung eingerichtet werden (Variante 2).

Bei einer weiteren Variante (Variante 3) soll eine Ausbildung in der medizinischen Primärversorgung nicht stattfinden, da eine spätere Tätigkeit in dieser Versorgung nicht vorgenommen werden soll. Auch hier kann eine landesrechtlich zu bestimmende Hochschulausbildung eingerichtet werden.

Leistungsrecht (SGB V) einschließlich organisatorisch-institutioneller Aspekte

Ausgangspunkt von Rechtsänderungen auf Bundesebene im Sozialleistungsrecht ist die Erkenntnis, dass CHN-Personen dort nicht als Leistungserbringer in der „Krankenbehandlung“ konstituiert sind. Selbst dort, wo Ärzte nicht selbst als Leistungserbringer vorgesehen sind, ein Tätigwerden von APN/NP also möglich ist, bedarf dieses oftmals einer vorherigen Verordnung oder Anordnung durch Ärzte.

In dieser Situation muss eine Neustrukturierung eines Teils der Leistungserbringerschaft und der Vergütungsberechtigung Kern eines Reformkonzeptes sein. Dabei geht es nicht darum, neue bzw. zusätzliche Leistungen zu schaffen. Dies sollte „bottom up“ geschehen, d. h. dadurch, dass die Initiative für eine Leistungserbringung im Rahmen von CHN jeweils von den Akteuren vor Ort ausgeht.

Auch im Hinblick auf die institutionellen und organisatorischen Aspekte, die für die Durchführbarkeit aller Konzepte unabdingbar sind, bieten sich Rechtsänderungen im SGB V an. Hier ginge es vor allem um eine Weiterentwicklung des bestehenden medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) zu einem „Gesundheitszentrum“ (GVZ). Nur dadurch ließe sich erreichen, dass CHN künftig „aus einer Hand“ erfolgen würde. Diese weiterentwickelten Zentren müssten jedenfalls in (Mit-)Trägerschaft der jeweils zuständigen Kommune geführt werden. Auf diese Weise könnten alle Handlungsfelder von CHN aus den verschiedenen einschlägigen Büchern des SGB ebenso integriert werden wie die Tätigkeiten der kommunalen Daseinsvorsorge außerhalb der Sozialversicherung. Einzelregelungen müssten vor allem die interne Abgrenzung der unterschiedlichen Vergütungsmechanismen und -ressourcen betreffen und eine differenzierte Governance-Struktur vorsehen.

Kommunalrecht – Landespflegegesetze

Auf Landesebene sind verschiedene Anpassungen im Recht der Kommunen zu regeln. Das Landesrecht ist bei einer Verankerung von CHN im jeweiligen Landesgesetz über die Pflege betroffen sowie bei einer Verankerung in den jeweiligen Gesetzen über den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Anhang zu den rechtlichen Grundlagen



1

Etablierung von CHN in der gegenwärtigen Versorgungspraxis anhand der gegebenen rechtlichen Möglichkeiten

1.1 Tätigkeiten im Rahmen des CHN und ihre Abbildung im Leistungs- und Leistungserbringungsrecht des SGB V und SGB XI sowie im Beruferecht

Im Folgenden werden die oben aufgeführten Tätigkeiten im Rahmen von CHN (s. oben Abschnitt 2.2) daraufhin untersucht, ob und inwieweit sie bereits vorhandenen Leistungstatbeständen des SGB V und SGB XI entsprechen und damit nicht nur ein Leistungsanspruch der Versicherten gegeben ist, sondern auch die entsprechende Vergütung durch die Krankenkassen gesichert ist. In diesem Zusammenhang ist jeweils darauf einzugehen, welcher Leistungserbringer (Arzt, Pflegefachperson, andere Leistungserbringer) die jeweiligen Leistungen erbringen kann bzw. darf. Dabei ist auch das die jeweiligen Leistungserbringer regulierende Heilberufsrecht zu beachten. Soweit keine Sozialleistungstatbestände für bestimmte Tätigkeiten gegeben sind, ist zu fragen, welche anderen öffentlichen Träger für eine Finanzierung zuständig sein können.

Klinisches Assessment und körperliche Untersuchung

Das klinische Assessment und die körperliche Untersuchung stellen Leistungen der Krankenversicherung zur Behandlung einer Krankheit dar, hier in Form der ärztlichen Behandlung (§§ 11 Abs. 1 Nr. 4, 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 28 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Diese ist dem Arzt vorbehalten (§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Wenn Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich sind, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden (§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von einem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist (§ 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V). In zwei Anlagen (Anlage 8 und Anlage 24) zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) ist festgelegt, bei welchen Tätigkeiten Hilfspersonen ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind (§ 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Eine weitere wichtige Tätigkeit in diesem Zusammenhang bildet die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer. Diese Tätigkeiten 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 zwar den Ärzten als Leistungserbringer und Vergütungsberechtigte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet ist. § 63 Abs. 3b SGB V ermöglicht aber diesbezüglich die Einbeziehung von CHN-Personen, und zwar im Rahmen eines Modellvorhabens, das die Krankenkassen und ihre Verbände durchführen oder mit einzelnen Leistungserbringern (etwa einem Pflegedienst oder einer Hausarztpraxis, bei der jeweils CHN-Personen angestellt sein könnten) vereinbaren.

Die ärztlichen Leistungen, die als delegierte Leistungen erbracht werden, werden vergütungsrechtlich im „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM) abgebildet. Der Arzt erhält für diese Leistungen die entsprechende Vergütung. Darauf wird auch in den Anlagen 24 und 8 des BMV-Ä verwiesen:

In der Anlage 24 des BMV-Ä wird ein Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen aufgeführt, in dem auch die jeweilige typische Mindestqualifikation der Personen genannt ist, die diese Tätigkeiten ausführen.

Anhand der Anlage 24 zum BMV-Ä kann geklärt werden, welche Tätigkeiten schon jetzt im Rahmen von CHN von entsprechend qualifizierten Personen im Rahmen einer ärztlichen Delegation durchgeführt werden können.

In der Anlage 24 zum BMV-Ä werden zunächst die nicht delegierbaren (höchstpersönlichen) Leistungen des Arztes genannt (§ 2). Es sind dies insbesondere Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien und operativer Eingriffe. Damit können gegenwärtig diese Leistungen im Rahmen eines CHN nicht an nicht-ärztliches Personal delegiert werden.

Damit bleibt gegenwärtig in weiten Teilen des klinischen Assessments und der körperlichen Untersuchung nur die Möglichkeit der Leistungserbringung durch ärztliche Delegation an entsprechend qualifiziertes Personal. Im Anhang zur Anlage 24 des BMV-Ä wird ein Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen aufgeführt, wobei für die Zwecke eines CHN die im Abschnitt I. als allgemein delegierbare ärztliche Tätigkeiten genannten Tätigkeiten von Interesse sind. Es sind dies administrative Tätigkeiten, die Anamnesevorbereitung, die Aufklärung/Aufklärungsvorbereitung, Hausbesuche, Injektionen, unterstützende Maßnahmen zur Diagnostik/Überwachung, Wundversorgung/Verbandwechsel.

Zur typischen Mindestqualifikation des einzusetzenden Personals wird im Anhang zur Anlage 24 des BMV-Ä allgemein ausgeführt, dass die geforderte Qualifikation auch durch den Abschluss einer vergleichbaren medizinischen/heilberuflichen Ausbildung nachgewiesen werden kann. Das heißt, dass Personen mit einer Ausbildung als Pflegefachperson für diese Tätigkeiten in Frage kommen.

Eine spezielle Zusatzqualifikation ist bei Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen erforderlich, die in Abwesenheit des anordnenden Arztes erbracht werden. Diese Zusatzqualifikation wird in der Anlage 8 zum BMV-Ä in § 7 (Zusatzqualifikation der nicht-ärztlichen Praxisassistenten) beschrieben. Hier werden bestimmte Fortbildungsmaßnahmen aufgeführt, die für den Erwerb dieser Zusatzqualifikation erforderlich sind. Die für den Erwerb der Zusatzqualifikation nachzuweisenden Fortbildungsmaßnahmen müssen eine theoretische Fortbildung zu den Themen Berufsbild, medizinische Kompetenz und Kommunikation/Dokumentation, eine praktische Fortbildung in Form von Hausbesuchen und eine Fortbildung in Notfallmanagement umfassen. In dieser Vorschrift ist eine Erleichterung bei der Anrechnung eines qualifizierten Berufsabschlusses nach dem Krankenpflegegesetz nur für einen Bereich der theoretischen Fortbildung vorgesehen (§ 7 Abs. 3 Buchst. c Satz 3). Ansonsten bestehen keine Anrechnungsmöglichkeiten. Das bedeutet, dass Personen mit einer Pflegefachausbildung, wenn sie in den vorgenannten Settings aufgrund ärztlicher Delegation im Rahmen von CHN tätig werden wollen, diese Fortbildungsmaßnahmen absolviert haben und die in der Vorschrift genannten praktische Berufserfahrung nachweisen müssen.

In Anlage 24 zum BMV-Ä wird in § 3 Satz 2 darauf hingewiesen, dass zwischen dem nichtärztlichen Mitarbeiter und dem delegierenden Vertragsarzt ein dienstvertragliches Verhältnis bestehen muss. Das heißt umgekehrt auch, dass die mitarbeitende Person für die Durchführung anderer Tätigkeiten als der hier angesprochenen delegierten Tätigkeiten nicht in einem dienstvertraglichen Verhältnis stehen muss, sondern z. B. bei einer Kommune angestellt sein kann.

Ersteinschätzung und Beratung

Die unter „Ersteinschätzung und Beratung“ beschriebenen Tätigkeiten sind, bis auf die Verabreichung von Medikamenten, insgesamt als heilkundliche Tätigkeiten bzw. als ärztliche Behandlung (SGB V) zu qualifizieren. Im Einzelnen gilt Folgendes:

Die Entscheidung über den weiteren Behandlungsverlauf auf Grundlage von Assessments und Gesprächen sowie die Anordnung und Verabreichung von Medikamenten sind Teil einer Behandlung, die bis auf die Verabreichung von Medikamenten (zum Teil exklusiv) dem Arzt vorbehalten ist. Insofern gelten die Ausführungen im vorstehenden Abschnitt.

Gleiches gilt für die Beratung der Patienten zu ihren spezifischen Gesundheits- oder Krankheitsfragen, die am individuellen Patienten ausgerichtet und damit Bestandteil einer ärztlichen Behandlung sind.

Nur soweit die Ersteinschätzung und Beratung Maßnahmen zum Gegenstand hat, die in § 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchst. a und f PflBG aufgeführt sind, ist ein ärztlicher Vorbehalt nicht gegeben:

- a) *Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege,*
[...]
- f) *Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen.*

Die Verabreichung von angeordneten Medikamenten stellt keine Tätigkeit dar, die nur dem Arzt in Person vorbehalten wäre. Das Gleiche gilt für die Unterstützung von Menschen mit chronischen Erkrankungen bei der Bewältigung von deren teilweise komplexen Medikamentenregimen. Dies stellt einen besonderen Fall der Unterstützung bei der Verabreichung von Medikamenten dar. Diese Tätigkeiten sind sozialleistungsrechtlich im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) bzw. der jeweiligen Pflegeleistungen (§ 28 SGB XI) vorgesehen. Das Richten und Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten ist im Rahmen der häuslichen Krankenpflege an bestimmte Voraussetzungen geknüpft (s. Nr. 26 Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) – Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V). Wird jedoch ein Medikationsplan erstellt (§ 31a SGB V), handelt es sich um eine vertragsärztliche Tätigkeit.

Bis auf die in § 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchst. a und f PflBG aufgeführten Aufgaben werden die Leistungen als ärztliche Behandlung im Rahmen des SGB V vergütet.

Die in § 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchst. a und f PflBG aufgeführten Aufgaben werden in der Regel im Rahmen des SGB XI durch die dort angesprochenen Leistungserbringer (§ 71 SGB XI) erbracht und durch die Pflegekassen im Rahmen der jeweiligen Vergütungsformen vergütet.

Soweit es sich bei den vorgenannten Leistungen nicht um vertragsärztliche Leistungen handelt, die dem Arzt vorbehalten sind, sind Pflegefachpersonen einzusetzen, die selbstständig, d. h. ohne Delegation durch einen Arzt, heilkundliche Tätigkeiten durchführen können. Nur bei der Verabreichung von angeordneten Medikamenten kann auf eine entsprechende Qualifikation verzichtet werden.

Gesundheitserhaltung und -förderung

Die Leistungen zur Gesundheitserhaltung und -förderung sind vor allem in §§ 20 ff. SGB V geregelt. Auch ist auf die Prävention in Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI hinzuweisen. CHN-Personen können demnach Erbringer von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie in der ambulanten Rehabilitation bzw. im Rahmen von Patientenschulungen und Nachsorgemaßnahmen sein. Als vergütungsberechtigte Leistungserbringer kommen in diesem Zusammenhang weniger einzelne CHN-Personen, sondern die etwaigen Organisationseinheiten, in denen die CHN-Personen angesiedelt sein werden, in Betracht, da es sich hierbei ähnlich wie bei den Krankenhausleistungen um Tätigkeiten mit einem gewissen infrastrukturellen und personellen Bedarf handelt.

In berufsrechtlicher Hinsicht stellen die Unterstützung von Patienten in der Gesundheitserhaltung und -förderung und die Stärkung der Gesundheitskompetenz des Einzelnen und der Familien/Gruppen keine Ausübung von Heilkunde dar, da sie keinen Bezug zu einer Krankenbehandlung haben. Auch die in diesem Zusammenhang genannte umfassende Patienteninformation, Patientenberatung und -schulung stellen dann keine Ausübung von Heilkunde dar, wenn bei der Patientenschulung keine individuellen therapeutischen Maßnahmen durchgeführt werden.

Für die Pflegeberufe sind zur Gesundheitserhaltung und -förderung bereits Ausbildungsziele in § 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchst. e und f PflBG enthalten:

- e) *Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen,*
- f) *Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen.*

Für die in § 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchst. e und f PflBG genannten Aufgaben ist eine Ausbildung als Pflegefachperson nach dem PflBG wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich, da es sich nicht um den Pflegefachpersonen ausschließlich vorbehaltenen Aufgaben nach § 4 Abs. 2 PflBG handelt.

Befähigung von Patienten

Das breite Spektrum der Maßnahmen zur Befähigung von Patienten bildet sich leistungsrechtlich eher unspezifisch ab. So kann sie zur Krankenbehandlung im Sinne der ärztlichen Behandlung zählen. Ebenso kann sie Bestandteil präventiver Maßnahmen sein, wie es z. B. aus § 20a Abs. 2 SGB V oder § 5 Abs. 1 Satz 1 SGB XI hervorgeht. Soweit es sich um ergänzende Rehabilitationsleistungen i.S.d. §§ 43 und 132c SGB V handelt, betrifft dies eine statthafte Leistungsart im Handlungsfeld der Rehabilitation. Fällt eine bestimmte Tätigkeit der Befähigung von Patienten in die ärztliche Behandlung, können CHN-Personen wiederum nur im Wege einer Delegation nach § 15 Abs. 1 S. 2 SGB V einbezogen werden. Vergütungsberechtigt sind dann ausschließlich die Hausärzte bzw. die Medizinischen Versorgungszentren.

Berufsrechtlich ist mit der Befähigung von Patienten eine komplexe Aufgabe angesprochen, bei der unterschiedlich zu qualifizierende Tätigkeiten vorliegen. So stellt Befähigung eine heilkundliche Tätigkeit dar, wenn sie sich direkt und indirekt auf die Behandlung einer Krankheit bezieht und hierzu Unterstützung anbietet. Die Förderung einer Motivation zur regelmäßigen Medikamenteneinnahme wird man nicht zu den heilkundlichen Tätigkeiten rechnen. Da die einzelnen Tätigkeiten im Rahmen der Befähigung von Patienten in der Praxis oft nicht genau getrennt werden können, spricht viel dafür, die Befähigung von Patienten insgesamt zu den heilkundlichen Tätigkeiten zu rechnen.

Bestimmte der vorgenannten Maßnahmen werden auch von Ärzten vorgenommen, z. B. die Aufklärung über den Umgang mit Medikamenten oder über Techniken des Selbstmonitorings. Dabei handelt es sich aber nicht um nur dem Arzt exklusiv vorbehaltene ärztliche Tätigkeiten.

Das breite Spektrum der Maßnahmen zur Befähigung von zu pflegenden Menschen findet sich in den Ausbildungszielen des PflBG (§ 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchst. f und g) wieder:

- f) *Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen,*

g) *Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung individueller Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen insbesondere im Rahmen von Rehabilitationskonzepten sowie die Pflege und Betreuung bei Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten.*

Für die in § 5 Abs. 3 Nr. 1 Buchst. f und g PflBG genannten Aufgaben ist eine Ausbildung als Pflegefachperson nach dem PflBG wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich, da es sich nicht um den Pflegefachpersonen ausschließlich vorbehaltenen Aufgaben nach § 4 Abs. 2 PflBG handelt.

Koordination, Kooperation, Leadership

Die Aufgaben der direkten Patientenversorgung und der Prozesssteuerung der Primärversorgung im Sinne einer „leadership“ stellen Maßnahmen im Kernbereich ärztlichen Handelns im Sinne von ärztlicher Behandlung dar. Insofern gelten die Ausführungen im vorstehenden Abschnitt „Klinisches Assessment und körperliche Untersuchung“.

Die allgemeinen versorgungssteuernden Aufgaben bilden sich leistungsrechtlich, bis auf das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V und die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, nicht ab. Sie haben keinen heilkundlichen Charakter. Aus diesem Grund sind an das einzusetzende Personal, unbeschadet der Qualifikationsanforderungen in den beiden Vorschriften, keine weiteren gesetzlich vorgegebenen Qualifikationsanforderungen zu stellen.

Die Wahrnehmung dieser Aufgaben kann aus den Kommunal- oder Landeshaushalten finanziert werden.

Bedarfserhebung

Die im Zusammenhang mit der Bedarfserhebung aufgeführten Maßnahmen z. B. der Erhebung von Gesundheitsproblemen von Einzelnen oder Gruppen in einer Region etwa in Form der Erueierung von Unfallschwerpunkten, Fehl-, Über- oder Unterversorgung in speziellen Gruppen sind dem Public-Health-Bereich zuzuordnen.

Diese Maßnahmen werden gegenwärtig sozialleistungsrechtlich nicht abgebildet. Sie haben keinen heilkundlichen Charakter. Aus diesem Grund sind für das einzusetzende Personal keine gesetzlich vorgegebenen Qualifikationsanforderungen zu beachten.

Diese Maßnahmen können aus den Kommunal- oder Landeshaushalten finanziert werden.

1.2 Organisatorisch-institutionelle Optionen

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist eine Beschäftigung von CHN-Personen im Angestelltenstatus bei einer etablierten Institution die einzige realistische Option. Hierfür kommen vor allem eine Hausarztpraxis bzw. ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) oder eine Kommune in Betracht. Notwendig wäre zumindest eine einzelvertraglich fixierte Kooperation zwischen der anstellenden Einheit mit dem jeweils anderen Akteur und mit bestimmten Handlungs-, Leistungs- und Finanzierungspflichten über einen vorab festgelegten Zeitraum.

Am besten kann das Leistungspotenzial von CHN realisiert werden, wenn die CHN-Personen in einem MVZ in kommunaler (Mit-)Trägerschaft angebunden werden. Dieses müsste mit einer der für die außerhalb des Gesundheitssektors liegenden Handlungsfelder von CHN zuständigen Kommune (in ihrer Eigenschaft als Gebietskörperschaft) zumindest in räumlicher Hinsicht kooperieren. Die CHN-Personen wären dann sinnvollerweise sowohl bei dem MVZ als auch bei der Kommune (typischerweise, aber nicht zwingend, zur Hälfte) anzustellen. Dies würde es ermöglichen, die einzelnen von ihnen erbrachten Tätigkeiten jeweils auf den hierfür vorgesehenen Finanzierungspfaden zu vergüten bzw. zu finanzieren. Über den gebietskörperschaftlichen Teil könnten überdies Spenden- und Sponsorengelder sowie weitere Fördermittel akquiriert und eingesetzt werden.

2

Etablierung von CHN als künftige gesundheitspolitische Gestaltungsaufgabe – Schaffung eines tragfähigen rechtlichen Rahmens

Innerhalb des gegenwärtigen Rechtsrahmens können nach den Ergebnissen zu Abschnitt 4 immer nur einzelne Elemente des CHN-Konzepts verwirklicht werden. Eine „Etablierung“ von CHN mit dem Schwerpunkt auf der medizinischen Primärversorgung und nicht auf der Pflege erfordert eine neue gesundheitspolitische Weichenstellung. Dabei reichen Modellvorhaben nicht aus, sondern es muss um eine zusätzliche Form der Regelversorgung gehen. Eine Konkurrenz zur ärztlichen Behandlung soll nicht geschaffen werden. Vielmehr ist ein kooperativer Ansatz gefragt, der nicht nur auf die Schließung von Versorgungslücken, sondern vor allem auf die Realisierung des im CHN-Konzept liegenden Mehrwerts gerichtet ist. Impulse in diese Richtung lassen sich überdies dem Grundgesetz entnehmen.

2.1 Fokus: Ebene des Bundesrechts

Berufsrecht

Allgemein wird davon ausgegangen, dass die Aufgaben und Tätigkeiten einer Community Health Nurse von Personen ausgeübt werden, die das Profil einer spezialisierten „Pflegeexpertin APN/Pflegeexperte APN (Advanced Practice Nurse/Nurse Practitioner)“ mit akademischer Qualifikation auf Masterniveau haben. Weitere Hinweise für diese Ausbildung hat der International Council of Nursing (Guidelines on Advanced Practice Nursing, Geneva 2020) gegeben.

Es bieten sich drei Lösungsvarianten für die Gestaltung der Aus- und Weiterbildung von APN/NP an, wobei die erste Variante eine gesetzliche Regelung auf Bundesebene erfordert, während die zweite und dritte Variante landesrechtlich (s. dazu unten Abschnitt 2.2) geregelt werden können.

In der Variante 1 geht es um ein APN/NP-Ausbildungsgesetz auf Bundesebene (als Heilberufsgesetz auf Grundlage des Kompetenztitels in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG).

Wenn beabsichtigt wird, in die Ausbildung von APN/NP auch Elemente oder Bereiche der primärmedizinischen Versorgung aufzunehmen, ist zu bedenken, dass nur der Bund die Ausbildung zur selbstständigen Ausübung bestimmter heilkundlicher Materien, z. B. primärmedizinischer Maßnahmen, gesetzlich regeln kann.

Dabei empfiehlt es sich, bei den Ausbildungszielen zur primärmedizinischen Versorgung bestimmte Handlungsfelder/Aufgaben/Tätigkeiten (im Sinne von diagnose- und prozedurbezogen) herauszugreifen.

Der Bund kann in diesem Zusammenhang auch weitere nicht heilkundliche Materien regeln („Kompetenz kraft Sachzusammenhangs“).

Die Ausbildung ist als hochschulisches Studium anzulegen (mit Studien- und Prüfungsverordnung auf Bundesebene). Ob dieses Studium (nur) als Bachelorstudium zu gestalten oder auch konsekutiv mit einem Masterabschluss zu verbinden ist, was angesichts der Qualifikationsanforderungen wünschenswert wäre, ist im Einzelnen insbesondere im Rahmen der betreffenden Fachgesellschaften zu thematisieren.

Grundsätzlich bietet sich auch eine Ergänzung der hochschulischen Pflegeausbildung nach §§ 37 bis 39 PflBG um Regelungen für eine Ausbildung zur APN/NP an. Gleiches gälte dann auch für die PflAPrV. Der Vorteil einer solchen Lösung könnte darin gesehen werden, dass damit der Qualifikationszusammenhang mit der Ausbildung zu den Pflegefachberufen deutlich würde.

Leistungsrecht (SGB V) einschließlich organisatorisch-institutioneller Aspekte

Ausgangspunkt von Rechtsänderungen im Leistungsrecht ist die Erkenntnis, dass CHN-Personen dort nicht als Leistungserbringer in der „Krankenbehandlung“ konstituiert sind. Selbst dort, wo Ärzte nicht selbst als Leistungserbringer vorgesehen sind, ein Tätigwerden von APN/NP also möglich ist, bedarf dieses oftmals einer vorherigen Verordnung oder Anordnung durch Ärzte.

In dieser Situation muss eine Neustrukturierung eines Teils der Leistungserbringerschaft und der Vergütungsberechtigung Kern eines Reformkonzepts sein. Dabei geht es nicht darum, neue bzw. zusätzliche Leistungen zu schaffen. Dies sollte „bottom up“ geschehen, d. h. dadurch, dass die Initiative für eine Leistungserbringung im Rahmen von CHN jeweils von den Akteuren vor Ort ausgeht. Wenn es unter der Federführung bzw. Moderation durch die Kommune gelingt, eine CHN-Einheit zusammenzustellen, könnte diese dann innerhalb des neuen Rechtsrahmens rasch realisiert werden. Die wichtigsten Elemente einer künftigen gesundheitspolitischen Gestaltung im SGB V sehen wie folgt aus:

- CHN-Personen müssten in einer neuen, inhaltlich an der bestehenden Vorschrift des § 63 Abs. 3c SGB V (Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Angehörige der Pflegeberufe) orientierten Regelung explizit (und nicht mehr nur im Rahmen von Modellvorhaben) als Übertragungsadressaten bestimmt werden. Hierdurch würde eine neue, innerhalb der Leistungsart „ärztliche Behandlung“ angesiedelte alternative Form der Leistungserbringung geschaffen. Hinsichtlich des Kreises der hierfür infrage kommenden Tätigkeiten könnte eine weitgehende Orientierung an der bereits seit mehreren Jahren existierenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde erfolgen.
- In vergleichbarer Weise wäre im Hinblick auf die bislang in § 63 Abs. 3b SGB V (aber auch wieder nur im Rahmen von Modellvorhaben) erfassten Tätigkeiten der Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie der inhaltlichen Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege zu verfahren.
- CHN-Personen wären des Weiteren explizit als (weiterhin nur durch ärztliche Anordnung initiierte) Erbringer von „Hilfeleistungen“ zu benennen. Dies hätte durch eine Ergänzung von §§ 15 Abs. 1 S. 2, 28 Abs. 1 S. 2 SGB V zu erfolgen. Hinsichtlich des Inhalts der erfassten Tätigkeiten könnte auch hier eine weitgehende Orientierung an den bislang in Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge enthaltenen Bestimmungen erfolgen.
- CHN-Personen bzw. CHN-Einheiten würden im Hinblick auf all diejenigen Tätigkeiten, die bereits nach bisheriger Rechtslage auch von Angehörigen der Pflegeberufe erbracht werden dürfen, im jeweiligen Normkonzept ausdrücklich als Leistungserbringer benannt.
- Sodann müsste eine Verklammerung all dieser im Rahmen einzelner, bereits bislang im Leistungskatalog des SGB V vorgesehener Leistungen erbrachten Tätigkeiten in einer sog. Anknüpfungsnorm erfolgen. Diese würde – idealerweise innerhalb des Abschnitts über die „Beziehungen der Krankenkassen zu sonstigen Leistungsanbietern“ – den künftigen normativen Rahmen für die Vergütungsstrukturen im Falle einer Leistungserbringung durch CHN-Personen und insbesondere CHN-Einheiten bilden.

Auch im Hinblick auf die (für die Durchführbarkeit aller Konzepte unabdingbaren) institutionellen und organisatorischen Aspekte bieten sich Rechtsänderungen im SGB V an. Hier ginge es vor allem um eine Weiterentwicklung des bestehenden Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) zu einem „Gesundheitszentrum (GVZ)“. Nur dadurch ließe sich erreichen, dass CHN künftig „aus einer Hand“ erfolgen würde. Diese weiterentwickelten Zentren müssten jedenfalls in (Mit-)Trägerschaft der jeweils zuständigen Kommune geführt werden. Auf diese Weise könnten alle Handlungsfelder von CHN aus den verschiedenen einschlägigen Büchern des SGB ebenso integriert werden wie Tätigkeiten der kommunalen Daseinsvorsorge außerhalb der Sozialversicherung. Einzelregelungen in diesem Zusammenhang müssten vor allem die interne Abgrenzung der unterschiedlichen Vergütungsmechanismen und -ressourcen betreffen und eine differenzierte Governance-Struktur vorsehen.

2.2 Blick auf die Ebene des Landesrechts

Berufsrecht

Wenn beabsichtigt wird, in die Ausbildung von APN/NP Elemente oder Bereiche der primärmedizinischen Versorgung aufzunehmen, diese Ausbildung aber nicht qualifizieren soll zur selbstständigen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen, sondern nur zur Durchführung solcher Maßnahmen im Wege der Delegation durch einen Arzt oder unter Leitung eines Arztes in einem CHN-Zentrum, so kann hierfür eine landesrechtlich zu bestimmende Hochschulausbildung eingerichtet werden (Variante 2).

Bei einer weiteren Variante (Variante 3) soll eine Ausbildung in der medizinischen Primärversorgung nicht stattfinden, da eine spätere Tätigkeit in dieser Versorgung nicht vorgenommen werden soll. Auch hier kann eine landesrechtlich zu bestimmende Hochschulausbildung eingerichtet werden.

Sonstige landesrechtliche Regelungen

Weiterer rechtspolitischer Gestaltungsbedarf auf Landesebene betrifft die organisatorisch-institutionellen Aspekte. Hier ginge es um verschiedene Anpassungen im Recht der Kommunen. Noch wichtiger wären eine Verankerung im jeweiligen Landesgesetz über die Pflege sowie eine Verankerung in den jeweiligen Gesetzen über den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Impressum

Herausgegeben von der

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Kontakt in der Stiftung

Louise Baker-Schuster
Senior Projektmanagerin Gesundheit
Telefon +49 711 46084-760
louise.baker-schuster@bosch-stiftung.de

Autoren

Universitätsprofessor Dr. iur. Martin Burgi
Universitätsprofessor a. D. Dr. iur. Gerhard Igl

Copyright

Robert Bosch Stiftung GmbH
Stuttgart, 2021
Alle Rechte vorbehalten.

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Druck

logo Print GmbH, Metzingen

ISBN

978-3-939574-63-7

