

4 Zusammenfassung

4.1 Erläuterungen zum Zweck des Gutachtens und zum gutachterlichen Vorgehen

Das vorliegende Rechtsgutachten hat die regulatorischen Möglichkeiten einer Installation von Patientenlotsen im Sozialleistungssystem und die Einschätzungen zur gesetzgeberischen Umsetzung zum Gegenstand. Damit unterscheidet sich dieses Rechtsgutachten von traditionellen Rechtsgutachten, denen eine strittige Rechtsfrage zugrunde liegt, die gutachterlich, d. h. mit dem üblichen rechtswissenschaftlichen Instrumentarium auf der Basis des geltenden Rechts zu klären ist. Das hier vorliegende Rechtsgutachten soll hingegen Wege und Möglichkeiten für künftige rechtliche Regulierungen aufzeigen. Dazu sollen aus den gegebenen Rechtsvorschriften Hinweise gewonnen werden. Es ist ausdrücklich nicht Aufgabe des Gutachtens, einen Regelungsentwurf etwa im Sinne eines Gesetzentwurfs zu Patientenlotsen zu erstellen. Vielmehr sollen anhand der gegebenen rechtlichen Regulierungsmuster und -strukturen Abwägungen und Einschätzungen mit Blick auf eine mögliche Eignung für die Regulierung von Patientenlotsen gegeben werden.

Das Gutachten beschränkt sich auf die Funktionen, die Patientenlotsen hauptsächlich im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) wahrnehmen können, also auf die Orientierung und Begleitung anlässlich einer komplexen Gesundheitssituation. Die weiteren möglichen Tätigkeiten von Patientenlotsen in Richtung auf soziale Teilhabe werden nicht behandelt.

Steuerrechtliche und gesellschaftsrechtliche Fragestellungen sowie das Haftungsrecht sind nicht Gegenstand dieses Gutachtens.

4.2 Begriffsbestimmungen

Der hier verwendete Begriff der Patientenlotsen wird in Abstimmung mit dem Auftraggeber folgendermaßen definiert:

Patientenlotsen sind Care und Case Manager für Menschen in einer komplexen Lebens- und Versorgungslage, ausgelöst durch eine oder mehre-

re Krankheiten und/oder Beeinträchtigungen. Sie reduzieren oder beheben in direkter Interaktion mit den Patienten unter Einbeziehung der Angehörigen und Zugehörigen die Komplexität durch einen individuellen, koordinierenden Ansatz auf Grundlage der erhobenen Bedarfe unter Einbezug der Bedürfnisse der Patienten sowie deren Angehörigen und Zugehörigen. Zu diesem Zweck bewirken sie bedarfsentsprechend eine angesichts eines fragmentierten und komplexen Sozialleistungssystems nötige Unterstützung, Begleitung sowie das Hinführen zu notwendiger Behandlung, Therapie und Pflege und fördern damit die Teilhabe der Patienten und ihrer Angehörigen und Zugehörigen.

Mit dieser Definition werden die leistungsauslösende Situation, die Tätigkeit und die Zielsetzung der Tätigkeit von Patientenlotsen festgelegt.

4.3 Betroffene Rechtsbereiche und Regelungsebenen

Für die Etablierung von Patientenlotsen und einer Governance-Struktur sind folgende Rechtsbereiche von Relevanz:

- Im Sozialrecht: SGB V (zentral), SGB IX, SGB XI und SGB XII (jeweils mit Schwerpunkten auf dem Leistungs- und Leistungserbringungsrecht), SGB I.
- Im Grundgesetz: staatsorganisatorische Kompetenz- und Aufgabenverteilung; Finanzverfassungsrecht.
- Landesrechtlich: Landespflegegesetze; Recht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes; Kommunalrecht, Landesverfassungsrecht.

Gemäß dem Gutachtensauftrag geht es vor allem um die sozialleistungs- und leistungserbringungsrechtliche Dimension bei der Etablierung von Patientenlotsen. Auf die sonstigen rechtlichen Dimensionen kann nur hingewiesen werden.

4.4 Regelungsgegenstände

4.4.1 Bedarfsgruppen / bedarfsauslösende Situationen

Bei der Bestimmung der Bedarfsgruppe(n) sollte auf das Vorliegen einer komplexen Gesundheitssituation abgestellt werden. Es bietet sich auch an, die Komplexität anhand des Vorliegens typisierter Krankheitserscheinungen wie Multimorbidität oder chronische Krankheit zu beschreiben.

Für die Bestimmung der bedarfsauslösenden Situationen ist vorrangig der Bedarf an Orientierung und Begleitung bei den Gesundheitsdienstleistungen ausschlaggebend. Indiziert die komplexe Gesundheitssituation weitere Probleme in sonstigen Lebensbereichen, so wäre zu erwägen, ob Patientenlotsen auch hier orientierend und begleitend tätig werden sollen, vor allem auch deswegen, weil in einer konkreten Lebenssituation die Trennung von Gesundheitsproblemen von anderen Problemen nicht immer möglich ist, und weil die Gesamtkomplexität der durch ein Gesundheitsproblem verursachten Lebenssituation in den Blick zu nehmen ist.

So sehr eine Unterstützung durch Patientenlotsen in den letztgenannten Situationen aus Betroffenen­sicht wünschbar sein mag, so ist doch zu berücksichtigen, dass der Patientenlotse damit sozialarbeiterischen Tätigkeiten nahekomen könnte. Aus diesem Grund sollte zumindest in einem ersten Schritt die Tätigkeit des Patientenlotsen im Kern auf die Orientierung und Begleitung bei den Gesundheitsdienstleistungen konzentriert werden. Damit wäre auch die bedarfsauslösende Situation hinreichend klar bestimmt.

4.4.2 Leistungsinhalte / Leistungsanspruch

Das im Bereich der Sozialversicherung geltende Wirtschaftlichkeitsgebot kann nicht gegen die Einführung eines Anspruchs auf Leistungen von Patientenlotsen ins Feld geführt werden.

Für die Einführung patientenorientierter Grundsätze für Leistungen der Patientenlotsen kann auf einige schon jetzt geltende Rechtsvorschriften zurückgegriffen werden, so in der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Grundsatz der humanen Krankenbehandlung (§ 70 Abs. 2 SGB V) und in der sozialen Pflegeversicherung auf den Grundsatz der Selbstbestimmung (§ 2 SGB XI). Ein umfangreicher Kriterienkatalog für Grundsätze der Leistungsgestaltung von Patientenlotsen kann den Maßstäben für das Gesamtplanverfahren (§ 117 Abs. 1 SGB IX) entnommen werden.

Die Inhalte der Leistungen von Patientenlotsen sollen Orientierung und Begleitung im Rahmen der Erbringung von Gesundheitsleistungen sein. Dies schließt nicht aus, dass in einem weiteren Schritt damit zusammenhängende besondere Situationen von Angehörigen und Zugehörigen mit in den Blick genommen wird, was auch eine entsprechende Bedarfserhebung und leistungsinhaltliche Reaktion auf diese Bedarfe einschließt.

Als Muster für die Leistungsinhalte können der Beratungs- und Unterstützungsanspruch für Leistungen der Eingliederungshilfe (§ 106 SGB IX), die Vorschriften zum Verfahrenslotsen (§ 10b SGB VIII) und zum Fallmanagement (§ 30 SGB XIV) dienen. Auch wenn viel dafür spricht, das Leistungsspektrum in Richtung auf eine Bewältigung einer komplexen Gesundheits- und Lebenssituation zu öffnen, mag doch zunächst eine Konzentration in Richtung auf die Orientierung und Begleitung von Patienten in komplexen Gesundheitssituationen einfacher zu gestalten sein.

Die Leistungen von Patientenlotsen sind als Rechtsanspruch gegenüber einem Sozialleistungsträger auszugestalten. Nicht in Frage kommt eine Regelung wie zum Versorgungsmanagement in § 11 Abs. 4 SGB V oder eine Aufgabennorm, wie sie in § 7c SGB XI für die Pflegestützpunkte zu finden ist. Regelungsvorbild könnte jedoch hinsichtlich der Anspruchsgetragenheit § 7a SGB XI (Pflegeberatung) sein.

Der jeweilige Leistungsinhalt ist anhand von Lotsengraden zu bestimmen, wonach die Art sowie Breite und Tiefe der jeweiligen Lotsenleistung zu bemessen ist.

Die Initiierung der Lotsentätigkeit bedarf ebenfalls der Regelung. Hier kommt als erstes der behandelnde Arzt in Frage, der auf Grundlage der medizinischen Indikation festzustellen hat, ob ein Patient für die Leistungen eines Patientenlotsen in Frage kommen könnte, ohne dass der Arzt selbst den Bedarf festschreibt und schon eine Zuordnung zu bestimmten Lotsengraden vornimmt. Dies soll dem Patientenlotsen vorbehalten sein. Der Patientenlotse wird dann auch über Art und Umfang des Bedarfs an Lotsentätigkeit entscheiden zu haben.

4.4.3 Adressaten

Die Bestimmung des Adressatenkreises anhand der im SGB V und im SGB XI versicherten Personen stellt sich als unproblematisch dar. Ähnliches gilt auch für den Adressatenkreis der Bezieher von Gesundheitsleistungen nach dem Beihilferecht des Bundes und der Länder und der Bezieher von bundes- und landesrechtlich geregelter Heilfürsorge. Allerdings ist bei den letztgenannten Adressaten, soweit sie Bezieher von Beihilfe oder Heilfürsorge nach landesrechtlichen Vorschriften sind, zu bedenken, dass der Bundesgesetzgeber hier keine Einwirkungsmöglichkeit auf die Landesgesetzgebung hat.

Der Einbezug von Personen, die bei privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, ist rechtlich unproblematisch.

Jenseits der Frage nach der Festlegung des Adressatenkreises anhand der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Schutzsystem stellt sich die Adressatenfrage hinsichtlich der Sozialleistungsbereiche, die schon jetzt Leistungen an Orientierung und Begleitung ähnlich oder vergleichbar mit Leistungen von Patientenlotsen vorsehen. Hier ist die Frage, ob Berechtigte solcher Leistungen ebenfalls (zusätzlich) Leistungen von Patientenlotsen in Anspruch nehmen können.

So begegnen Bezieher von Gesundheitsleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) anders als die Leistungsbezieher nach dem SGB V grundsätzlich breiter angelegten Leistungsprinzipien. Auch die Leistungsgestaltung ist für die Versicherungsträger freier angelegt. Das bedeutet auch, dass Leistungsbezieher nach dem SGB VII je nach Praxis des Unfallversicherungsträgers in den Genuss von Leistungen kommen können, wie sie Patientenlotsen erbringen. Eine Ersetzung oder Ergänzung des schon vorhandenen Case Managements seitens der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) verbietet sich. Die Tätigkeit von Patientenlotsen sollte sich auf die Heranführung an das Leistungssystem der GUV beschränken.

Ähnliches gilt für Leistungsberechtigte nach dem sozialen Entschädigungsrecht (SGB XIV), soweit die Leistungsberechtigten nicht schon direkt in das Leistungssystem der GKV eingegliedert sind oder entsprechende Leistungen beziehen. Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass das Fallmanagement nach dem SGB XIV nicht für alle Leistungsberechtigten nach dem SGB XIV zur Verfügung stehen muss.

Bei der Festlegung des Adressatenkreises der Berechtigten von Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach dem SGB IX und Leistungen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach dem SGB VIII ist der Adressatenkreis zum Teil deckungsgleich mit dem Adressatenkreis der in der GKV und GUV versicherten Personen, zum Teil erstreckt er sich, so insbesondere bei der medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherung und die Altershilfe für Landwirte, auf einen weiteren Personenkreis. Bei allen Berechtigten auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation stellt sich vor allem das Problem der Kenntnis dieser Möglichkeiten, nicht jedoch so sehr das Problem der Steuerung der Rehabilitationsleistungen. Die Begutachtung und vor allem die Teilhabepanung stellen sich als geeignete Instrumente dar, diese Steuerungsprobleme zu bewältigen. Aus diesem Grund ist auch hier eine Tätigkeit des Patientenlotsen nur im Sinne einer Hinführung zum System erforderlich.

Denkbar wäre auch eine Bestimmung des Adressatenkreises nur unter Einschluss von Versicherten nach dem SGB V und dem SGB XI. Dies hätte den Vorteil, dass Personen, die als Patientenlotsen tätig sind, sich nur für die Leistungserbringung in diesen Leistungssystemen entsprechend qualifizieren müssten. Eine solche Lösung könnte man sich zumindest als Einstiegslösung vorstellen.

4.4.4 Organisation der Leistungserbringung

Patientenlotsen sollen in ihrer Tätigkeit unabhängig sein. Der Zweck der Unabhängigkeit besteht darin, dem Patientenlotsen die Möglichkeit zu geben, den Patienten Orientierung und Zugang zu den Leistungen zu verschaffen, ohne dass Interessen Dritter hierbei Einfluss nehmen oder eine Rolle spielen können. Der Patientenlotsen soll deshalb als eigenständiger Leistungserbringer konfiguriert werden, und nicht etwa im Rahmen einer ärztlichen Delegation tätig werden.

Für die Organisation der Leistungserbringung durch Patientenlotsen stehen unterschiedliche Modelle und Strukturen zur Verfügung. Für die Beschreibung der Organisation der Leistungserbringung werden Modelle und Strukturen aus dem SGB V, dem SGB XI, dem SGB XII und dem SGB IX herangezogen. Weiter werden Fragen der Zusammenarbeit der Leistungsträger bei der Leistungserbringung behandelt. Es ist nicht Gegenstand des Gutachtens, Vorschläge zu präferieren. Vielmehr geht es darum, bei den verschiedenen Modellen und Strukturen auf die grundsätzliche Eignung für eine mögliche Regulierung der Organisation der Leistungserbringung von Patientenlotsen einzugehen.

So enthält das SGB V an mehreren Stellen Regelungen, die für die Organisation von Patientenlotsen von Interesse sind. An erster Stelle steht hier das Entlassmanagement bei Krankenhäusern (§ 39 Abs. 1a SGB V) und bei stationären Rehabilitationseinrichtungen (§ 40 Abs. 2 Satz 6, § 41 Abs. 1 Satz 4 in Verbindung mit § 39 Abs. 1a SGB V). Es handelt sich hier um passgenau auf diese speziellen Übergangssituationen zugeschnittene Lösungen. Patientenlotsen könnten auch im Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Behandlung im Wege der Delegation tätig werden, wobei eine solche Möglichkeit aus Praktikabilitätsgründen eher ausscheidet, da ein Vertragsarzt kaum einen Patientenlotsen in der Praxis anstellen würde. Besonders hinzuweisen ist im Rahmen der ärztlichen Behandlung auf die KSVPsych-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses, die zahlreiche Gegenstände ent-

hält, die der Tätigkeit von Patientenlotsen und der organisatorischen Gestaltung entsprechen oder nahekommen. Andere Leistungsbereiche geben Hinweise auf die Gestaltung von Koordinierungs- und Kooperationsmöglichkeiten (Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz, strukturierte Behandlungsprogramme, integrierte Versorgung). Bei den weiteren herangezogenen Leistungsbereichen ist vor allem von Interesse, in welchen Regelungsstrukturen die jeweiligen leistungserbringungsrechtlich relevanten Gegenstände geregelt werden (spezialisierte ambulante Palliativversorgung, sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen, nichtärztliche Leistungen, gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase). Als besonders geeignet könnte sich das Regelungsmodell erweisen, dass der Leistungserbringung bei der häuslichen Krankenpflege zugrunde liegt, während die Gestaltung der Leistungserbringung anhand des Modells der Heilmittelversorgung wohl nicht in Frage kommen dürfte.

Im Rahmen des SGB XI steht an erster Stelle die Organisationsstruktur von Pflegestützpunkten. Die Pflegestützpunkte haben Aufgaben, die denen von Patientenlotsen bzw. deren Trägern sehr ähnlich, wenn nicht teilweise sogar gleich sind. Problematisch kann jedoch sein, dass die Anstellungsträger von Patientenlotsen die Kranken- und Pflegekassen sind. Ob damit die gewollte Unabhängigkeit von Patientenlotsen erreicht wird, ist zumindest fraglich. Weiter enthielt das SGB XI mit der bisher geltenden Vorschrift zu den Modellvorhaben (§ 123 SGB XI) Hinweise zur teilweisen Übertragung von Aufgaben der Pflege- und Krankenkassen auf die zur Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe, wobei sich die entsprechenden Vorschriften allerdings als rechtlich problematisch darstellten, während die ab dem 1. Oktober 2023 geltenden geänderten Vorschriften zu den Modellvorhaben rechtlich und verfassungsrechtlich als unbedenklich erscheinen und deswegen als Regelungsmodell herangezogen werden könnten.

Wie bei der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V erweist sich das der Leistungserbringung durch Pflegeeinrichtungen zugrunde liegende Organisationsmodell (Versorgungsvertrag – Vergütungsvertrag) als besonders geeignet für die Leistungserbringung von Trägern der Patientenlotsen, während die Erbringung von Leistungen der häuslichen Pflege durch Einzelpersonen dafür eher nicht in Frage kommt.

Auch das SGB XII folgt mit den Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen der Grundstruktur leistungserbringungsrechtlicher Gestaltung.

Im SGB IX interessieren insbesondere die Instrumente des Planverfahrens und der Plankonferenzen (Teilhabe- und die Gesamtplankonferenz),

wobei die Maßstäbe für das Gesamtplanverfahren besondere Bedeutung haben.

Das SGB sieht verschiedene Formen der Zusammenarbeit der Leistungsträger bei der Leistungserbringung vor, wobei neben den allgemeinen Bestimmungen des SGB X die besondere Vorschrift zu den Arbeitsgemeinschaften für die Krankenkassen interessiert (§ 197b SGB V).

Für die Organisation von Patientenlotsen kann die Arbeitsgemeinschaft als Kooperationsform vor allem dann interessant sein, wenn es um die Bildung von Lotsenbüros geht. In einer Arbeitsgemeinschaft können als Leistungsträger kommunale Gebietskörperschaften als Sozialhilfeträger und Sozialversicherungsträger zusammenarbeiten. Die Aufgaben könnten etwa die Erarbeitung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, die Abrechnung, gemeinsame Verwaltungsaufgaben, aber auch die Beobachtung der Versorgungssituation durch Patientenlotsen und daraus folgend das Erarbeiten von Hinweisen für die weitere Gestaltung der Versorgung sein. Der Vorteil einer Arbeitsgemeinschaft liegt darin, dass sie sich im Rahmen der Gesetze ihre Aufgaben selbst geben und ihre internen Aufbau- und Ablaufstrukturen selbst bestimmen kann. Bei einer gesetzlichen Regelung zur Organisation von Patientenlotsen könnte die Arbeitsgemeinschaft als Kooperationsform für Lotsenträger verpflichtend oder als Optionsmöglichkeit angeboten werden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die dem gegenüber den Patienten zu erbringende Leistung von Patientenlotsen nicht an Dritte übertragen werden kann.

In dem vorliegenden Gutachten ist auch der zum 15.06.2023 datierte und zur Zeit der Fertigstellung des Gutachtens noch nicht ressortabgestimmte Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) kursorisch in die Betrachtung einbezogen worden. Dieser Referentenentwurf liefert im Rahmen der Gestaltung von Gesundheitsregionen wichtige Hinweise für künftige Organisationsformen für Patientenlotsen. So können bei der Einrichtung von Gesundheitsregionen die Träger von Patientenlotsen insbesondere in Netzwerken und Kooperationsformen auftreten. Auch für die Einrichtung von Patientenlotsenbüros wäre in Gesundheitsregionen Raum.

In der Vorschrift zu den Gesundheitskiosken finden sich Aufgabenbeschreibungen, die einen Ausschnitt der Aufgaben von Patientenlotsen enthalten. Wiewohl das Angebot der Gesundheitskioske Elemente enthält, die auch durch die Tätigkeit von Patientenlotsen erfasst werden können, ist doch zu sehen, dass diese Angebote an einen spezifischen Personenkreis,

möglicherweise auch an spezifische Regionen gerichtet sind. Aus diesem Grund kann die künftig einzurichtende Tätigkeit von Patientenlotsen nicht mit dem Verweis auf die Gesundheitskioske als erledigt betrachtet werden.

4.4.5 Verantwortung für die Bereitstellung einer Infrastruktur an Patientenlotsen

Die Verantwortung für die Bereitstellung einer Infrastruktur an Patientenlotsenträgern und ggf. Lotsenbüros kann nicht in einem Bundesgesetz verankert werden kann. Vor allem können durch Bundesgesetz keine neuen Aufgaben auf die Kommunen übertragen werden (Art. 84 Abs. 1 Satz 7 GG).

Die Zuständigkeit für die Bereitstellung einer Infrastruktur an Patientenlotsen ist bei den Ländern zu suchen. Die Länder können entsprechend ihren landesverfassungsrechtlichen Gegebenheiten die entsprechenden Zuständigkeiten schaffen. Werden durch Landesrecht den Kommunen neue Aufgaben zugewiesen, ist das in den Landesverfassungen verankerte Konnexitätsprinzip zu beachten, wonach dies nur gegen Erstattung der hiermit verbundenen finanziellen Aufwendungen möglich ist.

Eine andere Frage ist, ob es überhaupt einer öffentlich-rechtlich definierten Verantwortlichkeit hierfür bedarf oder ob man darauf vertraut, dass sich ein Anbietermarkt an Trägern von Patientenlotsen ohne eine solche Regulierung herausbildet. Auch wenn im Gesundheits- und Pflegebereich für die wichtigsten Leistungsbereiche solche öffentlich-rechtlich definierten Verantwortlichkeiten gegeben sind, so sind doch durchaus wichtige Leistungsbereiche wie die häusliche Krankenpflege und die Heilmittelerbringung bis auf die allgemeine sozialrechtliche Infrastrukturverantwortung für alle Dienste und Einrichtungen (§ 17 Abs. 1 Nr. 2 SGB I) nicht erfasst. Aus diesem Grund wäre es auch möglich, für die Träger von Patientenlotsen auf einen Anbietermarkt zu setzen. Sollten jedoch neben den Trägern von Patientenlotsen auch Lotsenbüros vorgesehen werden, bedürfte es für diese der Festlegung einer Bereitstellungsverantwortlichkeit auf Landes- oder kommunaler Ebene.

4.4.6 Finanzierungsträger / Finanzierungsmodelle

Die Leistungen von Patientenlotsen werden seitens eines Lotsenträgers erbracht. Dieser Lotsenträger bedarf hierfür der Finanzierung. Als Finanzie-

Träger kommen in Frage Sozialversicherungsträger, kommunale Gebietskörperschaften, Länder und ggf. private Versicherungsunternehmen. Bei den Sozialversicherungsträgern ist vorrangig die Gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen des SGB V heranzuziehen, da die Leistung von Patientenlotsen als Leistung des SGB V gestaltet werden soll. In Betracht kommt auch eine Mitfinanzierung im Rahmen des SGB XI, da ein enger Zusammenhang der Leistungen von Patientenlotsen mit den Beratungs- und Care und Case Managementleistungen der Pflegestützpunkte besteht.

Weiter ist an eine Mitfinanzierung von Patientenlotsen durch kommunale Gebietskörperschaften zu denken. Dass eine solche Finanzierung durch die Kommunen möglich ist, ist unbestritten, da es sich bei der Tätigkeit von Patientenlotsen (auch) um eine Aufgabe im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge handeln kann. Allerdings könnte eine solche Aufgabe der Kommunen wegen des Durchgriffsverbotes (Art. 84 Abs. 1 Satz 7 GG) nicht durch ein Bundesgesetz vorgegeben werden. Bei einer landesrechtlichen Regelung wäre ggf. das landesverfassungsrechtlich verankerte Konnexitätsprinzip zu beachten, wonach den Kommunen die Aufwendungen der ihnen übertragenen Aufgaben zu erstatten sind. Neben oder anstelle der Kommunen kommt auch eine Mitfinanzierung durch die Länder in Betracht.

Private Krankenversicherungsunternehmen können in der Höhe des Anteils der Versorgung privatversicherter Personen an der Finanzierung beteiligt werden.

Will man an der Finanzierung der Leistungen von Patientenlotsen nicht nur Sozialversicherungsträger und ggf. private Krankenversicherungsunternehmen, sondern auch Kommunen und Länder beteiligen, so finden sich hierzu bereits einige Regelungsmodelle im SGB V und SGB XI. Auf dem Gebiet des SGB V sind dies die Krebsberatungsstellen (§ 65e Abs. 1 SGB V), auf dem Gebiet des SGB XI die Pflegestützpunkte (§ 7c SGB XI). Weitere gemeinsame Finanzierungen sind für die Modellvorhaben nach § 123 SGB XI und künftig für die Gesundheitskioske und Gesundheitsregionen vorgesehen. Bei der Finanzierung der Lotsenträger ist eine solche Mischfinanzierung zu favorisieren. Denkbar ist auch eine Förderlösung wie bei der Finanzierung der Krebsberatungsstellen (§ 65d SGB V).

Bei der Gestaltung der Finanzierung ist darauf zu achten, dass den Krankenkassen im Rahmen dieser Finanzierung nicht Lasten für Leistungen entstehen, die nicht mehr als Aufgaben der Krankenversicherung zu bezeichnen sind. Allerdings hat der Gesetzgeber bei der Gestaltung der Leistungen einen großen Spielraum. Keinesfalls kann aber eine Finanzie-

rung dergestalt stattfinden, dass Sozialversicherungsträger den Kommunen oder Ländern Mittel zur Verfügung stellen, die diese dann zur Finanzierung der Träger von Patientenlotsen verwenden.

Da in dem vorliegenden Gutachten auch der zum 15.06.2023 datierte und zur Zeit der Fertigstellung des Gutachtens noch nicht ressortabgestimmte Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) kursorisch in die Betrachtung einbezogen wird, soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Vorschriften zu den Gesundheitskiosken und zu den Gesundheitsregionen Hinweise enthalten, wie sich eine kooperative Finanzierung durch Sozialleistungsträger (bei den Gesundheitskiosken auch unter Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen) und durch Kreise und kreisfreie Städte darstellen kann.

4.4.7 Leistungsfinanzierung

Die Vergütung der Leistungen der Träger von Patientenlotsen ist in Form von Pauschalen möglich. Dabei sollten die Pauschalen in Ansehung des Grades des Orientierungs- und Begleitungsbedarfes typisiert werden. Sie sollen die Personalkosten und die Sach-, Investitions- und Infrastrukturkosten umfassen.

4.4.8 Person des Patientenlotsen

Die Tätigkeit des dienstleistungserbringenden Patientenlotsen wird sich regelmäßig in einem Beschäftigungsverhältnis mit einem Lotsenträger vollziehen. Eine selbstständige Tätigkeit wäre als Auftrag durch ein Lotsenbüro denkbar.

Bei den Vergütungen für Patientenlotsen sind insbesondere die Tarifreuevorschriften zu beachten, die bei der Vergütung von Arbeitnehmern der verschiedenen Einrichtungen und Stellen nach dem SGB V und SGB XI zur Anwendung kommen.

Die Tätigkeit von Patientenlotsen stellt keinen neuen Beruf dar. Vielmehr sollen aufbauend auf die Ausbildung in bestimmten Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens entsprechende weitere zusätzliche Qualifikationen erworben werden, die für die Eignung als Patientenlotse ertüchtigen. Für

die Primärqualifikation empfehlen sich Gesundheitsfachberufe mit zumindest dreijähriger Ausbildung, insbesondere heilberuflicher Ausbildung oder einer Ausbildung als Gesundheitssozialarbeiter.

Für die zusätzlichen spezifischen Qualifikationen sind zwei Qualitätsprofile relevant: die Case und Care Manager Qualifikation und Kenntnisse in bestimmten Bereichen des ICF.

Zusatzqualifikationen könnten grundsätzlich im Rahmen landesrechtlich gestalteter Weiterbildungsordnungen erworben werden. Um eine bundesweite einheitliche Qualifikation zu erreichen, sollte die Bezugnahme auf die Qualifikationsvoraussetzungen für den Einsatz entsprechenden qualifizierten Personals bundesgesetzlich verankert werden.

Die Leistungserbringung der Patientenlotsen ist in ein spezifisches Qualitätssicherungssystem einzubinden. Neben einem internen Qualitätsmanagement kommen auch Maßnahmen externer Qualitätssicherung in Frage.

4.5 Regelungsebenen / Regelungsorte / Regelungsinstrumente

Der Anspruch auf Leistungen von Patientenlotsen muss auf bundesgesetzlicher Ebene verankert werden.

Das SGB I kommt als Regelungsort nicht in Frage, da es sich bei dem Anspruch auf Leistungen von Patientenlotsen um einen Anspruch im Rahmen des Gesundheits- und Pflegewesens handelt, der im SGB V zu verorten ist. Die Behandlung der Frage, ob ein allgemeiner, alle Bücher des Sozialgesetzbuchs übergreifender Anspruch auf Care und Case Management im SGB I zu schaffen ist, ist nicht Gegenstand des vorliegenden Gutachtens.

Für die Ausgestaltung der Leistung und der Leistungserbringung (Versorgungsvertrag, Vergütungsvertrag, Qualitätssicherung) können die im SGB V vorfindlichen Regelungsinstrumente der gemeinsamen Selbstverwaltung genutzt werden (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung des Leistungsanspruchs und der Leistungsinhalte sowie zu den Leistungserbringern; Versorgungs- und Vergütungsverträge zwischen den Leistungsträgern und den Leistungserbringern; Rahmenverträge und oder Rahmenempfehlungen auf Spitzenverbandsebene zum Inhalt der Versorgungs- und Vergütungsverträge). Dies setzt allerdings voraus, dass seitens der Träger von Patientenlotsen entsprechende Organisationen auf Bundesebene gebildet worden sind. Sind solche Organisationen nicht vorhanden, könnte man die allgemeine Bestimmung des Inhalts die-

ser Verträge dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen überlassen. Eine solche Lösung ist nicht unüblich, wie das Beispiel der Versorgung mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen zeigt (vgl. § 132c Abs. 2 SGB V).

Mögliche Modelle für entsprechende Regelungsstrukturen des Leistungserbringungsrechts finden sich etwa bei der häuslichen Krankenpflege, bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung oder bei der Psychotherapie. Sehr detaillierte Vorschriften zur Leistungserbringung finden sich in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL).

Die Ausgestaltung der Leistung und der Leistungserbringung könnte grundsätzlich auch im Rahmen einer Rechtsverordnung vorgenommen werden, deren Ermächtigungsgrundlage im SGB V unter Beachtung der Inhalt-, Zweck- und Ausmaßklausel des Art. 80 Abs. 1 Satz 1 GG zu schaffen wäre. Es sind aber keine besonderen Gründe ersichtlich, von der im SGB V gebräuchlichen Regelungstechnik im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung Abstand zu nehmen.

Werden als Berechtigte von Leistungen der Patientenlotsen neben den gesetzlich kranken- und pflegeversicherten Personen auch Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen einbezogen, so kann dies ebenfalls im SGB V geregelt werden. Gleiches gilt für die entsprechenden Vorschriften zur Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen an der Finanzierung der Leistungen. Schon bisher finden sich Regelungen zum Einbezug privatversicherter Personen in Leistungen nach dem SGB V und nach dem SGB XI in diesen Gesetzen.

Der Einbezug von beihilfeberechtigten Personen des öffentlichen Dienstes des Bundes ist in der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) zu regeln. Für die beihilfeberechtigten öffentlich Bediensteten der Länder sind dies die entsprechenden Regelungen auf Landesebene.

Für Leistungsberechtigte nach den Heilfürsorgegesetzen des Bundes und der Länder sind ebenfalls die entsprechenden Bundes- und Landesgesetze oder -verordnungen als Regelungsorte einschlägig.

Soweit nicht Materien der Sozialversicherung betroffen sind, ist das Landesrecht der einschlägige Regelungsort. Das gilt etwa bei einer Anbindung an den Öffentlichen Gesundheitsdienst oder bei der Schaffung kommunaler oder regionaler Strukturen. Dabei ist zu beachten, dass der Bund den Gemeinden und Gemeindeverbänden keine neuen Aufgaben übertragen kann (Art. 84 Abs. 1 Satz 7 GG). Wenn die Länder den kommunalen Ge-

4 Zusammenfassung

bietskörperschaften neue Aufgaben übertragen, ist das jeweilige landesverfassungsrechtliche Konnexitätsprinzip zu beachten.