

Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG),
zur Stellungnahme des Bundesrates,
sowie inhaltlich in diesem Zusammenhang stehende Anträge von Bundestagsfraktionen bezüglich der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 13. November 2024

Elmar Stegmeier

Sprecher Fachgruppe Patientenlotsen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC)
Kompetenznetzwerk Social Prescribing

am 11. November 2024

Zusammenfassung:

- Wir begrüßen die Ausführungen zu den **Gesundheitsregionen** und zu den **Primärversorgungszentren** in der Stellungnahme des Bundesrates und die damit einhergehende Möglichkeit **Care Management** und **Case Management** im Sinne einer integrierten, integrativen, bedarfsorientierten und chancengleichen regionalen Gesundheits- und Sozialversorgung miteinander zu verbinden. Zur Ermöglichung dieser Verbindung findet man **unseren Gesetzesvorschlag** unter 3.2 in dieser Stellungnahme.
- Wir fordern ein regional-kooperatives Gesamtsystem, welches Partnerschaften zwischen Gebietskörperschaften und Kranken-/Pflegekassen ermöglicht und die Rolle der Kommunen stärkt.
- Wir begrüßen den Antrag der CDU/CSU-Fraktion für eine Sensibilisierung von Behandlungsmöglichkeiten innerhalb des **Social Prescribing** Ansatzes.

1. Einleitung

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (DGCC) fördert die Entwicklung und Anwendung von Care und Case Management zur Verbesserung der Versorgung von Personen mit Unterstützungsbedarf. Dazu hat die Fachgesellschaft fachliche und ethische Leitlinien von Case Management sowie Zertifizierungsgrundlagen für die Weiterbildung zu Case Managern (in unterschiedlichen Handlungsfeldern), für Institute, die die Weiterbildung anbieten, für Case Management-Ausbilder und das Case Management anwendende Leistungsträger und Leistungserbringer formuliert [1].

Die **Fachgruppe Patientenlotsen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC)** beschäftigt sich mit dem Qualitätsrahmen und einer Leitlinienentwicklung für Patientenlotsen und Patientenlotsen-Organisationen. Patientenlotsen sollen ein wesentlicher Baustein in einem inklusiven Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen für Patienten werden und nehmen dabei eine nötige Koordinierungs- und Verbindungsfunktion ein. Sie sind Case Manager für Menschen mit einer oder mehreren medizinischen Indikationen und reduzieren oder beheben zusammen und in direkter Interaktion mit den Patienten deren

komplexe Lebens- und Versorgungslagen durch einen individuellen, koordinierenden Ansatz auf Grundlage einer systematischen Bedarfserhebung [2].

Das **Kompetenznetzwerk Social Prescribing** ist ein Netzwerk, welches Akteure insbesondere aus Deutschland, Österreich und der Schweiz zusammenzubringt und vernetzt. Ziel ist die fachlich-methodische Aufarbeitung von Social Prescribing, sowie der Praxistransfer und eine Umsetzung im Gesundheitssystem. Die Netzwerkkoordination übernimmt das Institut für Allgemeinmedizin an der Charite Berlin.

2. Patientenbedürfnisse und Bewertungsrahmen

Patientenbedürfnisse und die daraus resultierenden Bedarfe können unterschiedlich entstehen und von Menschen oder Berufsgruppen mit spezifischen Kompetenzen gelöst werden. Medizinische, pflegerische, therapeutische oder soziale Bedarfe werden beispielsweise und unter anderem durch Mediziner, Pfleger, Therapeuten oder Sozialarbeiter gelöst.

Patientinnen und Patienten haben allerdings weitaus mehr Bedarfe als solche, welche Körperfunktionen und -strukturen betreffen, wie beispielsweise Teilhabe- oder Ressourcenbedarfe. In bestimmten Situationen können notwendige Maßnahmen nicht umgesetzt und gewünschte Ziele nicht erreicht werden. Es entsteht ein Hilfebedarf aus dem eine Notwendigkeit für Unterstützung oder ggf. Leistungen aus den verschiedenen Sozialgesetzbüchern resultieren kann. Einfache Hilfebedarfe können durch Information oder Beratung gelöst werden. Ist der Betroffene in einer komplizierten oder komplexen Lebens- und Versorgungslage, kann der Hilfebedarf nicht durch Information oder Verweis gedeckt werden. Kompliziert bedeutet, dass er seine Lage gerade noch selbst und mit Hilfe seiner An- und Zugehörigen lösen kann, bei einer komplexen Lage ist dies nicht mehr möglich. Ungelöster Hilfebedarf ist damit abhängig vom Vorhandensein und vom Zugang zu den formellen und informellen Hilfenetzwerken des Betroffenen. Weitere Einschränkungen für die Nutzung der Hilfenetzwerke sind individuelle Einschränkungen (bspw. kognitive Defizite oder Mobilitätseinschränkungen) aber auch eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz, insbesondere, wenn es sich um die navigationale Gesundheitskompetenz handelt.

Dies führt zu einer Situation, in der Menschen in komplexen Lagen in allen Bereichen des Lebens (berufliche und soziale Teilhabe und Entwicklung) und der Versorgung (Gesundheit, Pflege) enorm benachteiligt werden. Die für diese Menschen andauernde Benachteiligung widerspricht dem Recht auf soziale Sicherheit und auf Gesundheit (Sozialpakt der Vereinten Nationen, 1966) und erzeugt gesamtgesellschaftlich finanziellen Schaden.

Vorhandenen Ressourcen auf kommunaler / regionaler Ebene können nicht zielgerichtet, bedarfsorientiert und effizient eingesetzt werden. Dies führt zu Einbußen in der Versorgungsqualität und zu Fehlallokationen von Ressourcen (Personal und Geld).

Zur Lösung dieser Situation, welche durch den demographischen Wandel und einer Zunahme psychischer und psychosomatischer Erkrankungen verstärkt wird, gilt es verschiedene Aspekte zu betrachten:

- A) System- und Versorgungsebenen
 - Systemebene: Bundes- und Landesgesetzgebung
 - Regionale Steuerungsebene: Regionale Versorgungsplanung und Koordination
 - Regionale Versorgungsebene: formelle und informelle Netzwerke
 - Fallmanagement: Case Management in unterschiedlichen Handlungsfeldern (darunter Patientenlotsen)
 - Fallbearbeitung: Leistungserbringer, Versorgungsangebote

- B) Leitkriterien einer regionalen Gesundheitsversorgung (George, 2007)
 - Lebensqualität der Betroffenen
 - medizinische Ergebnisqualität
 - Ausprägung einer regionalen Infrastruktur (Standortmerkmal)
 - ökonomische Effizienz

- C) Bedarfsgerechtigkeit (Sachverständigenrat, 2014)
 - Versicherte bzw. Menschen erhalten in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Gesundheitsversorgung, die seinen Bedarfen entspricht
 - Negativkriterien: Unter-, Über- und Fehlversorgung
 - Bedarfsgerechte Versorgung soll sich primär am Schweregrad der Krankheit und/oder Behinderung des Patienten orientieren und nicht von seinem Vermögen, Einkommen, Geschlecht, Familienstand, Wohnort und Beruf oder seiner sozialen Schicht oder Herkunft abhängen
 - Effektivität und Effizienz der Versorgung und hinreichende Evidenz aus patientenorientierten Studien
 - Keine evidenzbasierte Bedarfsdefinition

- D) Sicherstellung der Gesundheitsversorgung und Chancengleichheit bei der Nutzung
 - Verteilung der Bevölkerung nach Altersquotienten (Nachfrage- bzw. Bedarfsseite)
 - Verteilung der Leistungsanbieter
 - Regional vorhandene Ressourcen (bspw. Fachkräfte)
 - Infrastrukturelle Voraussetzungen (bspw. Verkehrsanbindungen)

Bezogen auf Menschen mit Hilfebedarfen und als Defizitanalyse formuliert, lässt sich ableiten:

- Ohne einer methodisch-konzeptionellen, alle Ebenen umfassende Gesamtlösung können singuläre Lösungsansätze keine nachhaltige Wirkung entfalten.
- Ohne einer Regionalisierung und Kommunalisierung lässt sich das Versorgungsproblem (angebotsseitige Perspektive) nicht lösen.
- Ohne einer Koordination, Steuerung und Vernetzung auf regional-kommunaler Ebene und Fallebene lässt sich keine Effizienz und Effektivität erreichen.

Empfehlung:

Zur zielgerichteten und chancengleichen Nutzung von Ressourcen in Bezug auf eine bedarfsorientierte und -gerechte Versorgung fordern wir ein regionales, kooperatives Gesamtsystem, welches Partnerschaften zwischen Gebietskörperschaften und Kranken-/Pflegekassen ermöglicht, und damit die Voraussetzung schafft, die vielfältigen Angebote und Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens vor Ort bzw. beim Patienten wirksam zu machen. Dies bedeutet ein Management der regionalen Versorgungs- und Hilfenetzwerke, ebenso, wie der komplexen Lagen auf Fallebene. Den Qualitätsrahmen dafür bietet die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) mit ihren Fachgruppen.

3. Einordnung der Gesetzesinitiative zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune und der Anträge von Bundestagsfraktionen

3.1 Inhaltliche Bewertung

Im **Gesetzesentwurf** der Bundesregierung zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (20/11853 vom 17.6.2024) sind, im Gegensatz zu vorhergehenden Referentenentwürfen, keine Gesundheitsregionen, Primärversorgungszentren und Gesundheitskioske enthalten. In der Problembeschreibung des Gesetzesentwurf wird aber richtigerweise festgestellt, dass Kommunen besser in die Lage versetzt werden müssen, „eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen“. Diese Aussage unterstützen wir vollumfänglich. Die Lösung dies aber lediglich über die Gründung kommunaler medizinischer

Versorgungszentren (MVZ) zu erreichen ist nicht nachvollziehbar und erreicht nicht das genannte Ziel.

In der Problembeschreibung wird zudem der Zugang zur Versorgung für „Patientinnen und Patienten die aufgrund ihrer persönlichen und sozialen Lebensumstände benachteiligt sind“ beschrieben. Für diese Patienten mit ihren spezifischen Versorgungsbedürfnissen, sei eine flächendeckende und zielgerichtete Versorgung besonders wichtig. Diese richtige Einordnung im Gesetzesentwurf ist aber auf Menschen mit psychischen Erkrankungen beschränkt. Dies führt zu einer Ungleichheit für Menschen anderer Indikations- und Bedarfsgruppen.

In der **Stellungnahme des Bundesrates** (20/12664 vom 28.8.2024) sind insbesondere Primärversorgungszentren (§ 73a) und Gesundheitsregionen (§ 140b) als berufsgruppen- und sektorenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Elemente der Gesundheitsversorgung bzw. Gesundheitsförderung im regionalen Setting einer Kreiskommune benannt. Damit bilden beide Ansätze bis zu einem gewissen Grad die Lösungsaspekte (siehe 2.) für eine regionale Gesundheitsversorgung auf verschiedenen Ebenen ab. Daher unterstützen wir diese.

Aus unserer Sicht sind insbesondere die Ausführungen zum Case Management und zur Netzwerkarbeit (Care Management) für Menschen mit komplexen Bedarfen, nach geriatrisch, chronisch, chronisch-komplex oder multimorbiden Erkrankungen sowie erzeugt durch Pflegebedürftigkeit und gegebenenfalls auch nach psychosozialen Störungen in gesteigertem Maße von Bedeutung. Damit wird die Auflösung der Komplexität mit dem Zugang zu den Hilfs-Unterstützungs- und Versorgungsleistungen des Gesundheits- und Sozialwesens für Hilfebedürftige ermöglicht und zugleich Empowerment, Teilhabe und Gesundheitskompetenz der Patienten und ihrer An- und Zugehörigen erreicht sowie Eigenständigkeit und Unabhängigkeit gefördert.

Die koordinierende Leistung umfasst auch den Einsatz von Patientenlotsen im Sinne eines hauptsächlich aufsuchenden Case Managements. Hierzu existieren bereits erfolgreich mit Mitteln des Innovationsfonds geförderte Projekte.

Um die Effizienz von Case Management auf der einen Seite und Care Management auf der anderen Seite patientenorientiert zu stärken, ist das Zusammenwirken von einem Primärversorgungszentrum und einer Gesundheitsregion erforderlich. Siehe dazu den Gesetzesvorschlag unter 3.2.

Bei den **Primärversorgungszentren** wird neben der ärztlichen auch eine kooperative fachliche Leitung ermöglicht. Case Management muss in einem Primärversorgungszentrum mit entsprechenden Kompetenzen umgesetzt werden, ebenso eine Kooperation mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern außerhalb des Primärversorgungszentrums. Dieser Ansatz ist richtig und unterstützenswert, wird aber nur dann wirksam, wenn das Handlungskonzept des Care und Case Managements im Primärversorgungszentrum richtig angewandt wird. Hintergrund ist, dass Case Management alleinstehend nicht ausreichend erfolgreich sein kann. Nötig ist, dass

- Case Management auf die gesamte Organisation (hier: Primärversorgungszentrum) angewandt wird und ein gemeinsames Verständnis zum Case Management besteht
- Case Management über die Organisations- und Netzwerkebene (Care Management) implementiert wird. Daher muss auch das Care Management implementiert werden

In den Case Management Leitlinien der DGCC wird dies ausführlich beschrieben, die Umsetzung ist in Form eines Audits prüfbar.

Die **Gesundheitsregionen** sollen eine „bedarfsorientierte, wirtschaftliche und qualitätsorientierte, regionale sektorenübergreifende Versorgung“ als Ziel und Aufgabe sicherstellen. Dies soll über die Bildung von Netzwerken und Kooperationen regionaler Versorger und des öffentlichen Gesundheitsdienstes, „inklusive deren Steuerung basierend

auf einer vorausschauenden Bestands- und Bedarfsanalyse im Sinne einer regionalen Gesundheitsplanung“ erfolgen.

Diesen Ansatz auf den regionalen Steuerungs- und Versorgungsebenen unterstützen wir sehr. Auch, wenn das Case Management, also die Koordination auf Fallebene nicht explizit benannt ist, lies sich dieses entsprechend bei Primärversorgungseinrichtungen oder durch andere Träger, die als Case Management Organisationen (hier: Lotsenträger) geeignet sind, umsetzen. Dadurch würde eine regional- und populationsspezifische und bedarfsorientierte und -gerechte Governance mit Adaptionen entstehen. Für Menschen in komplexen Lebens- und Versorgungssituationen wurde / wird ein entsprechendes System in den beiden durch die DGCC unterstützen Projekte ‚Kordinierungsbüro Gesundheit‘ (gefördert Bayerisches Gesundheitsministerium) und LEX LOTSEN OWL (Innovationsfonds-gefördert) bereits entworfen und erprobt.

Im **Antrag „Grundversorgung im ländlichen Raum stärken“** der CSU/CSU-Bundestagsfraktion (20/11955) wird richtigerweise auf die Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Leistungserbringer erläutert. Dieser würde zu einer Steigerung der Bedarfslagen und die „Ansprüche an das medizinische System komplexer werden“ lassen. Insofern sind auch die Ableitungen daraus für die bestehenden Berufsgruppen und Entlastungen durch weitere Funktionalitäten (genannt AGnES) nachvollziehbar.

Wir unterstützen Themen aus dem Antrag, wie

- Flächendeckenden Ausbau der Pflegestützpunkte inkl. integrierter Pflegeberatung: Bereits gesetzlich verankert ist hier ein Case Management, welches auch den Anforderungen der DGCC entsprechen würde, aber größtenteils nicht umgesetzt wird. Wir regen hier eine Vertiefung der Umsetzung der fachlichen Vorgaben entsprechend den Leitlinien [1] an.
- Aufbau von „Caring Communities“, von Netzwerken aus Ehrenamt oder Nachbarschaftshilfen und Einführung eines Quartiersmanagements.
- Bewerbung und das Schaffen von Anreizen für ein barrierefreies Gesundheitswesen.

Insbesondere unterstützen wir die Sensibilisierung für Behandlungsmöglichkeiten innerhalb des „Social Prescribing“ Ansatzes.

Zum Thema **Social Prescribing** nehmen wir, wie folgend, bezüglich einer möglichen Umsetzung Stellung:

Soziale, nicht-medizinische Bedürfnisse stehen in Wechselwirkungen mit medizinischen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten. Diese Wechselbeziehung bedeutet, dass ein mangelhaftes und nicht fachgerechtes Aufgreifen und Bearbeiten der sozialen Bedürfnisse im Rahmen der Primärversorgung zu einem reduzierten Heilungsprozess und Behandlungserfolg führen kann.

Soziale Probleme wie Einsamkeit, Wohnungsprobleme, finanzielle Probleme und Probleme auf der Arbeit spielen eine große Rolle in der hausärztlichen Versorgung. Sie erschweren eine zielführende Behandlung und kosten wertvolle Zeit im Arzt-Patienten-Gespräch. Ein in Großbritannien bereits flächendeckend implementierter und in den Niederlanden aktuell in der Breite ausgerolltes Versorgungsmodell für solche Probleme ist das sogenannte „Social Prescribing“

Wenn in der hausärztlichen Konsultation gesundheitsrelevante soziale Probleme angesprochen werden, kann die Hausärztin ein Soziales Rezept ausstellen. Damit überweist sie den Patienten zu einem sogenannten Link Worker. Link Worker sind speziell geschulte Personen aus einem Gesundheits- oder Sozialberuf. Die Patienten haben dann mehrere Gespräche mit dem Link Worker, um die Problematik genauer herauszuarbeiten und einen Handlungsplan zu erstellen. Gemeinsam werden passende Angebote vor Ort (beispielsweise

Vereine, Beratungsstellen, offene Angebote) ausgesucht und der Link Worker sorgt dafür, dass der Patient diese auch erreicht und meldet dies der Hausärztin zurück. Zielangebote können dabei sehr unterschiedlich sein, haben aber immer den aktivierenden Charakter als Gemeinsamkeit. Beispiele sind körperliche Aktivitäten (Spaziergehen, Wandern, Gymnastik, Tanzen), geistige Aktivitäten (gemeinsames Lesen, Lernen), kreative Aktivitäten (gemeinsames Kochen, Basteln, Musikzieren), naturbezogene Aktivitäten (Gartenarbeiten), gesundheitsorientierte Aktivitäten (bspw. Ernährung, Vorsorge) und gesellschaftsbezogene Aktivitäten (bspw. Ehrenamtsengagement).

Social Prescribing stärkt und entlastet damit die hausärztliche Versorgung auf dem Land und in der Stadt. Es gibt dabei bereits limitierte Evidenz für die Wirksamkeit von Social Prescribing [4].

Neben Hausärzten können auch andere an der Primärversorgung beteiligte Fachkräfte, wie Sozialarbeiter, Gemeindeschwestern, Community Health Nurses oder Pflegekräfte, an den Link Worker verweisen.

Wir begrüßen, dass die CDU/CSU-Bundestagsfraktion das Versorgungsmodell Social Prescribing aufgreift. Aus unserer Sicht ist Social Prescribing ein vielversprechendes Modell, um einerseits die hausärztliche Versorgung zu stärken und andererseits die Hausärzte arbeitsmäßig zu entlasten. Wir sehen jedoch Social Prescribing nicht nur im ländlichen, sondern auch im städtischen Bereich als wichtig an. Die Ausgestaltung kann sich dabei entsprechend der lokalen Anforderungen unterscheiden. Die schrittweise Implementierung von Social Prescribing sollte wissenschaftlich gut begleitet werden. Dabei sind unterschiedliche Forschungsansätze - von Implementierungsforschung bis hin zu randomisiert-kontrollierten Studien - notwendig.

Empfehlungen:

- Ein Zugang zur Versorgung muss für alle (!) Menschen sichergestellt werden, insbesondere Menschen in komplexen Lebens- und Versorgungssituationen benötigen hierfür besondere Unterstützung. Diese Unterstützung ist im Handlungskonzept des Care und Case Managements der DGCC methodisch-fachlich erarbeitet und spiegelt sich im integrativen Systemkonzept für Patientenlotsen wider [3].
- Der Ansatz des Patientenlotsen-Systemkonzeptes in einer regionalen Governance kann in den Gesundheitsregionen und in den Primärversorgungszentren umgesetzt werden. Hierzu sind die inhaltlichen und organisationalen Voraussetzungen (siehe DGCC) zu schaffen.
- Alle Maßnahmen und Ansätze sind im Zusammenhang mit einem integrativen, barrierefreien und chancengleichen regionalen mit einander verbundenen Gesundheits- und Sozialsystem zu sehen.

3.2 Sozialrechtliche Hinweise

Wir begrüßen und unterstützen die Initiative des Bundesrates, die Vorschriften zum Primärversorgungszentrum mit einem neuen § 73a SGB V und zur Gesundheitsregion mit einem neuen § 140b SGB V wieder aufzunehmen. Diese Vorschriften waren in dem ursprünglichen Referentenentwurf noch enthalten.

Empfehlungen:

Zu § 73a SGB V neu:

1. Nach Abs. 4 soll ein neuer Abs. 5 eingefügt werden:
Abs. 5 neu

Befindet sich der Sitz des Primärversorgungszentrums im Gebiet einer Gesundheitsregion, ist das Care und Case Management über eine Kooperationsvereinbarung mit der Gesundheitsregion entsprechend den Regelungen nach § 140b auf die Gesundheitsregion zu übertragen.

2. Der jetzige Abs. 5 wird zu Abs. 6, die Nummerierung der weiteren Absätze verschiebt sich entsprechend.

3. Zu Abs. 7 (nach bisheriger Nummerierung):

Hier sollte zwischen den ärztlichen und nichtärztlichen Leitungen differenziert werden. Es wird vorgeschlagen, dass die Inhalte zu den Nummern 2 bis 6 durch Rechtsverordnung des BMG oder durch den GBA vorgegeben werden und nicht über den Bundesmantelvertrag Ärzte geregelt werden. Hilfsweise können die Vorgaben aus der Rechtsverordnung oder den Richtlinien des GBA nach § 92 SGB V als Anlage zum Bundesmantelvertrag übernommen werden.

Zu 140b SGB V neu:

1. Nach Abs. 2 wird ein neuer Abs. 2a eingefügt:

Abs. 2a neu

Zu den Aufgaben gehört auch das Care und Case Management für Menschen mit komplexen Bedarfen, nach geriatrischer, chronischer, chronisch-komplexer oder multimorbider Erkrankungen sowie bei Pflegebedürftigkeit und bei psychosozialen Störungen. Für die Durchführung der Leistung zum Care und Case Management wird von der Gesundheitsregion eine eigene und unabhängige Struktur mit eigenen Anforderungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung entsprechend § 73a Abs. 7 geschaffen. Näheres regelt die Vereinbarung zur Gesundheitsregion nach § 140b Abs. 1.

1. Nach Abs. 2a neu wird ein neuer Abs. 2b eingefügt:

Abs. 2b neu

Für den Fall, dass sich in der Gebietszugehörigkeit der Gesundheitsregion der Sitz eines Primärversorgungszentrums nach § 73a befindet, wird der Aufgabenbereich zum Care und Case Management nach § 73a Abs. 4 auf die Gesundheitsregion übertragen. Näheres regelt die Kooperationsvereinbarung gemäß § 73a Abs. 5 (neu).

Beachten sie auch das zum Gesamtthema weiterführende Gutachten von Prof. Gerhard Igl „Regulatorische Möglichkeiten einer Installierung von Patientenlotsen im Sozialleistungssystem und Einschätzungen zur gesetzgeberischen Umsetzung“ [5].

Literatur

- [1] Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hrsg.): Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. Medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2., neu bearbeitete Auflage 2020.
- [2] Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), Bestimmung und Qualifikation von Patientenlots:innen, Positionspapier der DGCC-Fachgruppe Patientenlots:innen (Verf.: Stegmeier, Elmar; Löcherbach, Peter), Münster, 2022, S. 2 (<https://www.dgcc.de/positionspapier-zur-bestimmung-und-qualifikation-von-patientenlotsinnen/>, Zugriff: 12.06.2023)
- [3] Stegmeier, E.: Patientenlotsen als integratives Systemkonzept, in: Case Management 1/2022, S. 15-22, medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2022
- [4] Napierala, H., Krueger, K., Kuschick, D., Heintze, C., Herrmann, W. J., & Holzinger, F. (2022). Social prescribing: systematic review of the effectiveness of psychosocial community referral interventions in primary care. *International Journal of Integrated Care*, 22(3)
- [5] Igl, G., Regulatorische Möglichkeiten einer Installierung von Patientenlotsen im Sozialleistungssystem und Einschätzungen zur gesetzgeberischen Umsetzung. In:

Kontakt Daten

Elmar Stegmeier

Email: elmar_stegmeier@web.de

Mobil: 01525-9340138

Anmerkungen

Auf eine gendergerechte Sprache wird verzichtet, um eine bessere Lesbarkeit zu erzielen. Gemeint sind stets alle Geschlechter.

Auch auf differenzierte Literaturangaben und Zitate wird mit Blick auf eine leichtere Lesbarkeit verzichtet. Diese werden bei Bedarf gerne nachgeliefert.

ANHANG

Definition Patientenlotsen [2]:

„Patientenlots:innen sind Care und Case Manager:innen für Menschen in komplexen Lebens- und Versorgungslagen mit einer oder mehreren medizinischen Indikationen. Sie reduzieren oder beheben zusammen und in direkter Interaktion mit den Patienten deren komplexe Lagen durch einen individuellen, koordinierenden Ansatz auf Grundlage einer systematischen Bedürfnis- und Bedarfserhebung. Sie bewerkstelligen damit bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung, Teilhabe und Versorgung von Menschen in einem inklusiven Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen.“