

A. Problem und Ziele

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.¹

Komplex erkrankte Menschen erhalten ungeachtet ihres Alters ohne verlässliche Hilfen und Anleitung keine adäquate Gesundheitsversorgung. Eine größere Anzahl von Innovationsfondsprojekten zielt dabei auf die Etablierung von Care- und Casemanagern, auch Koordinatoren oder Patientenlotsen genannt. Zu nennen sind hier beispielhaft die Cardiolotsen, die Schlaganfall-Lotsen sowie die Care- und Casemanager in der Altersmedizin.

Da praktisch allen Lotsenprojekten das Konzept eines Care- und Casemanagements (CCM) zugrunde liegt, liegt es nahe, nicht für jedes Lotsenprojekt im Innovationsfonds eine Fortführung in der Regelversorgung zu diskutieren, sondern diese in einem Rechtsrahmen zu bündeln.

CCM ist ein umfassender, sozialrechtlicher Anspruch, der somit grundsätzlich im SGB I festzuschreiben ist. Es soll hier zunächst eine gesetzliche Grundlage für Menschen mit komplexen Versorgungsanforderungen, die aus ihrer Erkrankung resultieren, geschaffen werden, so dass der Fokus des gesetzlichen Anspruchs im SGB V liegen muss.

Mit **Caremanagement** ist das gesundheits- und sozialpflegerische Hilfesystem in einer Stadt oder Region gemeint. Die beteiligten Dienste, Ämter und Einrichtungen sollten zusammenarbeiten und über die jeweiligen Angebote Bescheid wissen. Wichtig für Patienten, Angehörige und Pflegebedürftige ist die Verzahnung und Abstimmung zwischen medizinisch-(teil)stationärem Behandlungs- und ambulant-häuslichem Pflegesystem.

Casemanagement versteht sich als, vom Alter unabhängige, koordinative Leistung für Patienten und deren Angehörige sowie Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung.

¹ §1 SGB V Solidarität und Eigenverantwortung

Im Vordergrund steht dabei die Koordination von Versorgungsleistungen für Patienten, sowie deren Betreuung, aber nicht die Erbringung der Versorgungsleistungen selbst.

Ziel ist es, den Patienten ein Maximum an Selbstständigkeit und Teilhabe zu ermöglichen.

Unter Eindruck der Kontaktsperren zur Eindämmung der Coronapandemie müssen alte Menschen, die allein leben, besondere engmaschig betreut werden. Die Überwachung des Gesundheitszustandes, die Medikamentenversorgung, aber auch die Versorgung mit Lebensmitteln und besonders die Verbindung zur Außenwelt stellen aktuell eine große Herausforderung dar.

Das Sozialgesetzbuch Gesetzliche Krankenversicherung SGB V kennt keinen Leistungsbereich CCM, mit der Ausnahme der Koordination von Leistungen für sterbende Patienten (SAPV= Spezialisierte ambulante Palliativversorgung), die in §37b SGB V festgeschrieben ist. Will man einen allgemein gültigen Leistungsanspruch von Patienten auf ein CCM in der Sozialgesetzgebung verankern, muss der rechtliche Rahmen erweitert werden.

B. Lösung

Care- und Case Management ist ein sozialrechtlicher Leistungsanspruch, der aus einer oder mehreren Erkrankungen resultiert und damit im SGB V zu verankern ist.

Care- und Case Management wird im Zuge einer gesetzlichen Regelung ein eigenständiger und unabhängiger Leistungsbereich, der bestehende Leistungserbringer und Leistungsansprüche nicht berührt oder ersetzt.

Zuvor gescheiterte Koordinationsansätze zeigen, dass eine enge Anbindung an die medizinische Versorgung notwendig ist. Die Verordnung hierfür sollte daher durch den behandelnden Arzt erfolgen.

C. Alternativen

KEINE

D. Gesetzliche Verortung

SGB V

Art.1

§ 11 (Leistungsarten)

Satz 4 wird wie folgt neu gefasst und der Begriff Care- und Casemanagement aufgenommen:

(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Care- und Casemanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgaben von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Care- und Casemanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. Das Care- und Casemanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.

Art. 2

Im fünften Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V wird nach dem ersten Titel ein neuer Abschnitt „Care- und Casemanagement“ eingeführt und zunächst mit § 43d SGB V n.F. besetzt. Der zweite Titel (§§ 44ff SGB V) wird zum dritten Titel, der dritte Titel (§§ 52f SGB V) zum vierten Titel.

§ 43d SGB V n.F. Care- und Casemanagement

- (1) Versicherte mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach einer schweren Krankheit oder mit multimorbiden, chronischen Zuständen haben einen Anspruch auf Care- und Casemanagement.
- (2) Das Leistungsspektrum eines Care- und Casemanagements umfasst eine assessmentgestützte Bestandsaufnahme über den Zustand des Patienten, eine Hilfeplanung und eine darauf aufbauende individuelle Betreuungs- und Koordinationsleistung.
- (3) Die Leistung ist von einem Vertragsarzt zu verordnen. Sie löst ein standardisiertes Eingangsassessment zur Ermittlung des konkreten Hilfe- und Versorgungsbedarfes aus. Aus den Ergebnissen und den daraus abgeleiteten Empfehlungen des Care- und Casemanagers legt der Arzt den Leistungsumfang nach medizinischer Notwendigkeit fest. Die Verordnung erfolgt in den Komplexitätsgraden leicht, mittel oder schwer, die Leistungsdauer umfasst bis zu zwölf Monate. Folgeverordnungen können für einen über den genannten Zeitraum hinaus ausgestellt werden.

- (4) Maßgeblich ist der Zustand des Versicherten, den der Vertragsarzt überprüft hat. Die Folgeverordnung ist innerhalb der letzten drei Arbeitstage vor Ablauf der vorherigen Verordnung auszustellen.
- (5) Das Bundesministerium für Gesundheit erlässt eine Rechtsverordnung, die eine Konkretisierung der Assessments, des Leistungsumfangs, sowie die Vergütung festlegt. Empfehlungen gemäß aktuellen Leitlinien gibt ein Fachgremium, bestehend aus Vertretern der Selbstverwaltung und Experten.

Art. 3

§ 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

Im § 73 wird im Abs. 2 die Nr. 15 ergänzt: „Verordnung zum Care- und Casemanagement“

Art. 4

§ 134b n.F. Versorgung mit Care- und Casemanagement

- (1) Care- und Casemanagement wird von zugelassenen Leistungserbringern erbracht.
- (2) Zulassungsvoraussetzungen sind die Einhaltung von Mindestanforderungen an personelle und räumliche Ausstattung der Leistungserbringer. Die Ausbildung und die Zusatzqualifikation der Mitarbeiter sind nachzuweisen.
- (3) In der Rechtsverordnung des BMG sind diese Zulassungsvoraussetzungen zu konkretisieren.
- (4) Die jeweilige Allgemeine Ortskrankenkasse lässt die Leistungserbringer mit Wirkung für und gegen die anderen Kostenträger zu.
- (5) Die Zulassung ist jeweils auf fünf Jahre zu befristen. Sie ist bei Erfüllung der Voraussetzungen erneut zu erteilen.
- (6) Zulassungsfähig sind bei Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen auch Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Praxisnetze nach § 87b SGB V und deren Gesellschaften sowie Pflegedienste.