Brinkmeier/Galle (Hrsg.)

STIFTUNG DEUTSCHE SCHLAGANFALL HILFE

Patientenlotsen

Grundlagen, Governance, Gestaltung

BUCHTIPP GWK 2026 GESUNDHEITSWIRTSCHAFTSKONGRESS

Leseprobe

Case Management in der Praxis

medhochzwei

Vorwort

Der von vielen gesundheitspolitischen Akteuren seit Jahren beschworenen Notwendigkeit zu einem Umsteuern in unserem Gesundheitssystem kann niemand mehr ausweichen. Allein die finanziellen Rahmenbedingungen lassen ein „Weiter so" nicht mehr zu. Gleichzeitig muss sich Deutschland dem offensichtlichen Widerspruch stellen, dass trotz überdurchschnittlicher Gesundheitskosten pro Kopf die Lebenserwartung in Deutschland hinter dem europäischen Durchschnitt zurückbleibt. Weitere Ausgabensteigerungen sind nicht länger vertretbar. Leistungskürzungen sind als Maßnahme zum Liquiditätserhalt notwendig, stoßen aber schnell an ihre Grenzen.

Die finanziellen Herausforderungen sind nur ein Wetterleuchten des dahinterstehenden größeren politischen Problems. Denn ein kostenträchtiges Gesundheitssystem mit mageren Outcomes offenbart die immer deutlicher zutage tretende mangelnde Effizienz und manchmal auch Effektivität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Die Bevölkerung empfindet – zu Recht! – eine im Alltag spürbare Dysfunktionalität des Systems, wenn es darum geht, eine adäquate Behandlung und Begleitung zu finden. Die Zweifel mehren sich, ob ein demokratisch verfasstes System, das zudem vielen Selbstverwaltungen eigenständigen Raum zum Handeln gewährt, noch in der Lage ist, notwendige Strukturreformen auf den Weg zu bringen.

„Handlungsfähigkeit" ist darum das Gebot der Stunde. Diese Handlungsfähigkeit kann nicht und darf nicht durch mehr Geld (bzw. Schulden) erzeugt werden, und sie kann nicht durch einfache Lösungen bzw. simplistische Handlungen erzeugt werden. Vor allem muss ordnungspolitisch ein Rahmen gesetzt werden, der real existierende komplexe Versorgungsstrukturen konsequent aus der Perspektive der Betroffenen, d. h. der Patienten und ihrer Angehörigen betrachtet und, wo notwendig, neu ordnet. Dieses Vorgehen vermeidet Versorgungsbrüche und schwört alle Beteiligten auf gemeinsam zu verfolgende Ziele entlang des Versorgungspfades des einzelnen Patienten ein.

Die zahlreichen Lotsenprojekte der letzten Jahre zahlen auf dieses übergeordnete Ziel ein. Sie haben dazu beigetragen, die komplexen Versorgungspfade z. B. nach einem Schlaganfall zu sortieren und zu optimieren. Vor allem aber haben sie in erheblichem Maße wieder Vertrauen in die Funktionsfähigkeit der deutschen Gesundheitsversorgung gestärkt. Gleichwohl hat es noch nicht die notwendige Konsolidierung und Harmonisierung dieser vielen Ansätze der patientenzentrierten Steuerung gegeben, die aber notwendig für den Transfer in die Regelversorgung ist.

Das Innovationsfondsprojekt LEX LOTSEN OWL hat diese Aufgabe übernommen, einen Weg zur Überführung in die Regelversorgung zu ebnen. Dieses Projekt bildet die Basis des Ihnen vorliegenden Buches „Patientenlotsen. Grundlagen, Governance, Gestaltung". In diesem Buch möchten wir das Wirkprinzip der Patientenlotsen beschreiben und verdeutlichen, dass es einen ordnungspolitischen Rahmen setzt, der zwingend für das Management komplexer Versorgungssituationen ist. Wir bleiben aber nicht bei dieser notwendigen eher deduktiven Herangehensweise, sondern nähern uns von der anderen Seite, also induktiv, und zeigen ganz pragmatisch, wie und wo die Lotsentätigkeit im Versorgungsalltag funktioniert.

Die Einordnung in das reale gesundheitspolitische Geschehen ist bei Transfervorhaben wie bei den Patientenlotsen zentral, um nicht in einer Projektblase zu enden. Noch zentraler ist aber die strikte Orientierung der in diesem Buch beschriebenen Intervention an der Erlebensperspektive der Betroffenen. So gelingt es, aus dem schwächsten Spieler im System, nämlich den Patienten, mit dem Interventionsvehikel „Patientenlotsen" den stärksten zu machen: selbstbestimmt, eigenverantwortlich und gesundheitskompetent.

Diesem Ziel sollte sich niemand verwehren. Wir wünschen Ihnen nach der Lektüre dieses Buches die Verinnerlichung des Lotsenprinzips, die Überzeugung von der Richtigkeit des eingeschlagenen Weges und die Lust, daran mitzuwirken.

Viel Freude beim Lesen!

Dr. Michael Brinkmeier

Vorstandsvorsitzender Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Gütersloh, im August 2026

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort V

Vorwort VII

Abkürzungsverzeichnis XVII

1 Einleitung 1

2 Ausgangslage und Status Quo 5
2.1 Patientenlotsen: Ein ordnungspolitischer Kompass im Dschungel der Versorgungsstrukturen 5
2.2 Lotse: Begriff und fachliches Konzept. Sind Lotsen und Case Manager das Gleiche? 15
2.3 Lotsenprojekte in Deutschland 24
2.4 Das Innovationsfonds-Projekt LEX LOTSEN OWL – Eckpunkte zur Governance von Patientenlotsen 33
2.4.1 Die Vorgängerprojekte STROKE OWL und Cardiolotse .. 34
2.4.2 Projektziel und Eckpunkte der Evaluation 35
2.4.3 Rechtsgrundlagen der Patienteneinschreibung und die Beteiligung der Krankenkassen 38
2.4.4 Die Konsortial- und Kooperationsprojektpartner 38
2.4.5 Die Projektvision 39

3 Die Case-Ebene/Die Fall-Ebene 43
3.1 Entwicklung von Lotsengraden und ihre Bedeutung für eine bedarfsgerechte Versorgung 43
3.2 Die fallbezogene Intervention entlang des Case Management-Regelkreises 53
3.3 Qualitätsmanagement 74
3.4 Qualifizierung und Weiterbildung 81
3.5 Die Umsetzung des Patientenlotsenpfades am Beispiel des Schlaganfall-Lotsen 88
3.6 Die Umsetzung des Patientenlotsenpfades am Beispiel des Cardiolotsen 95
3.6.1 „Cardiolotse": Eine Erfolgsgeschichte 95

3.6.2 „Cardiolotse" wird zum Patientenlotsen: ein Weg zur Harmonisierung ... 99
3.6.3 Vision: Patientenlotsen als zukunftsweisende, bedarfsorientierte Versorgungsbegleitung ... 104
3.7 Dokumentation der Patientenlotsenarbeit ... 108
3.8 Patientenlotsen aus Sicht der Betroffenen: Erwartungen, Nutzen und Zufriedenheit ... 116

4 Die Care-Ebene ... 123
4.1 Grundlagen des Care Managements ... 123
4.2 Die Organisationsebene ... 126
4.3 Die Netzwerkebene ... 132
4.4 Netzwerke aufbauen, gestalten und weiterentwickeln: Ein praxisnaher Handlungsrahmen ... 136

5 Implementierung von Lotsenprojekten vor Ort ... 145

6 Einbettung der Lotsenlogik in die Gesundheitsberufe ... 157
6.1 Einleitung und Zielsetzung ... 157
6.2 Gesundheitsberufe im Überblick ... 158
6.3 Qualifikations- und Strukturperspektive von Patientenlotsen ... 160
6.4. Verortung der Lotsenlogik in den Gesundheitsberufen ... 162
6.5 Praxisbeispiele und Implementationsansätze ... 165
6.6 Fazit und Ausblick ... 167

7 Einbettung der Lotsenlogik in die regionale Gesundheitsversorgung 175
7.1 Patientenlotsen und struktureller Handlungsbedarf in der regionalen Versorgung ... 175
7.2 Aufbau, Varianten und Aufgaben von Lotsenbüros in Ostwestfalen-Lippe ... 176
7.2.1 Aufbau und Implementierung der Lotsenbüros ... 176
7.2.2 Formvarianten der Lotsenbüros ... 177
7.2.3 Rollen, Aufgaben und Kompetenzen der Lotsenbüromitarbeitenden ... 178
7.3 Mehrwert von Lotsenbüros für Steuerung und Versorgungsqualität ... 179
7.4 Erfahrungen aus LEX LOTSEN OWL ... 180
7.4.1 Erfolgsfaktoren ... 180
7.4.2 Herausforderungen ... 183
7.4.3 Einordnung der Lotsenbüros nach kommunaler Steuerung und Koordinationslevel ... 184
7.5 Fazit und Perspektiven ... 185

8 Einbettung der Lotsenlogik in das Sozialrecht 189
8.1 Überblick 189
8.2 Begriffsbestimmung „Patientenlotsen“ 189
8.3 Navigationale Instrumente im SGB 190
8.3.1 Allgemeines 190
8.3.2 Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) 190
8.3.3 Arbeitsförderung (SGB III) 192
8.3.4 Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) 193
8.3.5 Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) 203
8.3.6 Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) 206
8.3.7 Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) 207
8.3.8 Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (SGB IX) 208
8.3.9 Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) 210
8.3.10 Soziale Entschädigung (SGB XIV) 213
8.3.11 Zusammenfassende Bewertung 214
8.4 Landesrechtliche Dimensionen 214
8.5 Aktuelle Lösungsvorschläge und künftige Regelungsmöglichkeiten 216

9 Patientenlotsen aus Stakeholderperspektive 219
9.1 Patientenlotsen aus Sicht der niedergelassenen Ärzte: Erwartungen, Nutzen und Barrieren 219
9.2 Effekte für die Pflegeversorgung durch den Einsatz von Patientenlotsen 224
9.3 Patientenlotsen – Optimierte Versorgung oder Strukturveränderung im Gesundheitswesen? 234
9.4 Nah bei den Menschen – räumlich und empathisch 237
9.5 Die Bedeutung des Fallmanagements aus Sicht der DRV Westfalen 240
9.6 Patientenlotsen aus Sicht therapeutischer Berufe 246

10 Die Evaluation 253
10.1 Evaluation von Lotsenansätzen am Beispiel der Neuen Versorgungsform 253
10.1.1 Evaluation macht Wirkung sichtbar 253
10.1.2 Rahmenkonzepte unterstützen ein strukturiertes Vorgehen 255
10.1.3 Evaluation praktisch gestalten – Von der Theorie zur Umsetzung 259
10.1.4 Kontinuierliches Lernen durch die Verzahnung von Evaluation und Umsetzung 267

10.1.5 Evaluation sichert Qualität und nachhaltige Weiterentwicklung 269
10.2 Lotsenprozess-Interaktionsanalyse im Projekt LEX LOTSEN OWL 272

11 Auf dem Weg in die Regelversorgung 281

Danksagung 285

Anhang 289

Anhang 1 – Mögliche Stellenbeschreibung eines Patientenlotsen 291

Anhang 2 – Curriculum Schlaganfall-Lotse (* 1 UE = 45 min) 293

Anhang 3 – Der Schlaganfall-Lotsen-Pfad 299

Anhang 4 – Der Cardiolotsen-Pfad 319

Anhang 5 – Curriculum Cardiolotse in LEX LOTSEN OWL 339

Stichwortverzeichnis 343

Herausgeber- und Autorenverzeichnis 349

Die Herausgeber 349
Die Autor*innen 350

1 Einleitung

Dr. Georg Galle

Patientenlotsen sind seit langem in der bundesdeutschen Versorgungslandschaft angekommen. Sie sind heute ein gut evaluierter Lösungsansatz für die Verbesserung der Versorgung und gegenwärtig eine der wichtigsten gesundheitspolitischen Reformoptionen. Im Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses bilden die zahlreichen Patientenlotsen-Projekte für die verschiedensten indikationsbasierten Interventionen (Schlaganfall, Kardiologie, Onkologie, Geriatrie u.v.m.) seit Jahren einen der inhaltlichen Schwerpunkte. Die bislang unabhängig voneinander durchgeführten Projekte haben sich in unterschiedlichen Versorgungskontexten als geeignete Gestaltungsansätze für eine bessere Krankheitsbewältigung sowie für mehr Autonomie, Teilhabe und Lebensqualität der Betroffenen erwiesen. In den Lotsen-Projekten konnten mittlerweile zehntausende Patientinnen und Patienten[1] im Versorgungsalltag erfolgreich unterstützt werden.[2]

Das im Jahr 2021 von der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe herausgegebene „Handbuch Schlaganfall-Lotsen" hat, basierend auf den Erfahrungen des Innovationsfonds-Projekts STROKE OWL, erstmals die Arbeitsweise der Lotsen systematisch beschrieben und einem breiten Publikum zugänglich gemacht.[3] In Fachkreisen ist das Buch auf positive Resonanz gestoßen. Prof. Holger Pfaff, der erste Vorsitzende des Expertenbeirats des Innovationsausschusses für den Innovationsfonds, sprach gegenüber den Herausgebern und Autorinnen von einem „*vorbildlichen Handbuch*", um die Innovation erfolgreich in die Fläche tragen zu können. Das Buch schuf die Voraussetzungen für ein Ausrollen der Lotsenintervention und bietet bis heute den Standard und die Guidelines für den deutschlandweiten Transfer in die Regionen. Mittlerweile sind andere Lotsen-Projekte diesem Beispiel des Wissenstransfers gefolgt.[4]

Das jetzt vorliegende Werk „Patientenlotsen. Grundlagen, Governance, Gestaltung" versteht sich als konsequente Fortführung des „Handbuchs Schlaganfall-Lotsen". Darin wird nicht mehr nur ein einzelnes Krankheitsbild mit der entsprechenden Lotsenintervention in den Blick genommen, vielmehr werden die verschiedenen Lotseninterventionen gesamthaft betrachtet. Der Patientenlotse als neue Versorgungsform ist das Zielbild für die Verbesserung der Nachsorge für komplex erkrankte Patienten, insbesondere auch in dem jetzt schon zu konzipierenden gesetzlichen Rahmen. Der Begriff Patientenlotse bedeutet nicht, dass es künftig nur einen Lotsen bzw. eine Lotsenintervention für alle Krankheitsbilder geben soll. Die

1 **Hinweis zur Sprache**: Die Autorinnen und Autoren dieses Werkes verwenden unterschiedliche sprachliche Formen zur Personenbezeichnung. Diese wurden im Interesse der Authentizität der einzelnen Beiträge beibehalten. Unabhängig von der gewählten Form sind stets Menschen aller Geschlechter gemeint.
2 Bundesverband Managed Care e. V. (2020) und (2023); Braeseke (2018).
3 Brinkmeier/Galle (Hrsg.) (2021).
4 Petermann-Meyer/Hugot (Hrsg.) (2022).

Tätigkeit der Lotsen setzt indikationsspezifische Kenntnisse und Arbeitsweisen für die jeweiligen Erkrankungen voraus. Der Patientenlotse ist vielmehr als Oberbegriff zu verstehen, der die verschiedenen Ausprägungen von Lotseninterventionen bündelt und damit zum Orientierungspunkt für eine künftige gesetzliche Regelung wird.[5] Im neuen Innovationsfonds-Projekt der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe LEX LOTSEN OWL (Förderkennzeichen: 01NVF22116) kommen bereits jetzt in der Modellregion Ostwestfalen-Lippe (OWL) zwei verschiedene Lotsen, der Schlaganfall-Lotse und der Cardiolotse, parallel zum Einsatz. Daran wird deutlich, dass sich künftige Regelungen zu den Lotsen auf eine gemeinsame Basis, die neue Versorgungsform Patientenlotse beziehen werden.

Der Schlaganfall-Lotse wurde in dem von der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe im Zeitraum von 2017 bis 2021 durchgeführten Innovationsfonds-Projekt STROKE OWL in der Region Ostwestfalen Lippe erprobt (Förderkennzeichen: 01NVF17025).[6] Der kardiologische Lotse war Gegenstand des Innovationsfonds-Projekts Cardiolotse, das von 2018 bis 2022 von der AOK Nordost gemeinsam mit den Vivantes Kliniken in Berlin realisiert wurde (Förderkennzeichen: 01NVF17036).[7] Beiden Projekten lag eine gesundheitsökonomische Evaluation zugrunde, durchgeführt von Prof. Wolfgang Greiner (Universität Bielefeld) bzw. Prof. Leonie Sundmacher (TU München). Die gesundheitsökonomische Sinnhaftigkeit der Lotsen-Projekte ist mittlerweile umfassend, wenn auch mit gemischten Ergebnissen, nachgewiesen.[8] Die Herausforderung besteht jetzt darin, die in der Vergangenheit unabhängig voneinander konzipierten Projekte und die dabei entwickelten Lotseninterventionen zu harmonisieren. Wichtigstes Merkmal bei der Zusammenführung der verschiedenen eigenständigen Lotseninterventionen ist der gemeinsame Kern des Care und Case Managements (CCM). Bei dem Schlaganfall- und dem Cardiolotsen ist diese Harmonisierung im Rahmen des LEX LOTSEN OWL-Projekts bereits erfolgt, für weitere Lotseninterventionen steht sie noch an.

Der Fokus der Lotsen-Projekte lag in der Vergangenheit auf der Weiterentwicklung der Intervention auf der Fallebene, d. h. in der praktischen Umsetzung. Die fachliche Beschreibung der Lotsenintervention („**Was** ist/macht der Lotse?“) ist somit vorhanden, grundsätzlich neue Erkenntnisse müssen auf der fachlich-operativen Ebene nicht mehr generiert werden. Für die Überführung der Patientenlotsen in die Regelversorgung ist diese Stufe aber nicht ausreichend, wie sich gezeigt hat. Bei den Lotsen-Projekten, die vom Innovationsausschuss eine eindeutige Empfehlung für die Regelversorgung bekommen haben, bis heute aber auf eine kollektivvertragliche Lösung warten, führte dies zu einer gewissen Ernüchterung.

Umso entscheidender für die erfolgreiche Etablierung der Lotsen im Versorgungsalltag ist zum jetzigen Zeitpunkt das „**Wie**“, also prozedurale Fragen und deren

5 Igl (2023).
6 Galle/Brinkmeier (2021); Duevel et al.: case management intervention (2024).
7 Schüttig et al. (2024).
8 Duevel et al. : Secondary Prevention (2024); Coors et al. (2024); Harst et al (2026).

Implementierung: Diese sind bislang nicht ausreichend thematisiert worden und nicht in der Sozialgesetzgebung verankert. Grundsätzlich fehlt der Pfad zur Überführung des Lotsenmodells in die Regelversorgung. Bis heute ist weitgehend offen, wie die notwendigen strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen für eine Umsetzung der Patientenlotsen als Regelleistung geschaffen werden und wie die notwendige Finanzierung und Steuerung im regionalen Versorgungssetting erfolgen soll. Genau hier setzt das bereits erwähnte neue Innovationsfonds-Projekt der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe an: LEX LOTSEN OWL – Eckpunkte zur Governance von Patientenlotsen. Ziel des Projekts ist die Entwicklung eines Pfades zur Überführung der neuen Versorgungsform Patientenlotse in die Regelversorgung. In dem vorliegenden Band wird deshalb in den verschiedenen Beiträgen immer wieder auf dieses wichtige Projekt Bezug genommen.

Das neue Buch „Patientenlotsen. Grundlagen, Governance, Gestaltung" will damit einen entscheidenden Beitrag dazu leisten, neue Wege für die Implementierung der Patientenlotsen in den Versorgungsalltag aufzuzeigen und somit letztlich die flächendeckende Versorgung von Patienten und deren Angehörigen nachhaltig zu verbessern.

Dr. Georg Galle,

Leiter der Lotsenprojekte in der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Literatur

Braeseke, G./Huster, S./Pflug, C./Rieckhoff, S./Ströttchen, J./Nolting, H./Meyer-Rötz, S.: *Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen*. Berlin 2018. Online: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/IGES_Versorgungsmanagement_durch_Patientenlotsen_042018.pdf [abgerufen am 23.01.2026].

Brinkmeier, M./Galle, G. (Hrsg.): *Handbuch Schlaganfall-Lotsen. Leitfaden für die Einführung von Schlaganfall-Lotsen auf Basis des STROKE-OWL-Projekts*. Bearb. von Teipen, V./Bode, S. Heidelberg 2021.

Bundesverband Managed Care e. V.: *Lotsenprojekte in Deutschland – Kurzauswertung einer Befragung von Modellprojekten*. 2020. Online: https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2020-07-09-Kurzauswertung-Lotsenumfrage.pdf [abgerufen am 15.01.2026].

Bundesverband Managed Care e. V.: *Gesundheitslotsen – Wegbegleiter für eine bessere Versorgung. Impulse zum Leistungsumfang, zur Qualifikation sowie zur organisatorischen und rechtlichen Verankerung von Gesundheitslotsen*. Berlin 2023. Online: https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2023-01-12-BMC-Positionspapier-Gesundheitslotsen.pdf [abgerufen am 23.01.2026].

Coors, M./Schüttig, W./Reber, K. C./Darius, H./Holzgreve, A./Karmann, S./Stürtz, A./Zöller, R./Kropp, S./Riesner, P./Sundmacher, L.: Cost-Effectiveness and Cost-Utility Analysis of a Nurse-Led Transitional Care Model to Improve Care Coordination for Patients with Cardiovascular Diseases: Results from the „Cardiolotse"-Study. In: *European Journal of Health Economics*. 2024. DOI: 10.1007/s10198-024-01734-7.

Duevel, J. A./Elkenkamp, S./Gensorowsky, D./Brinkmeier, M./Galle, G./Miethe, J./Greiner, W.: A Case Management Intervention in Stroke Care: Evaluation of a Quasi-Experimental Study. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 186. 2024, S. 69–78. DOI: 10.1016/j.zefq.2024.03.008.

Duevel, J. A./Gruhn, S./Grosser, J./Elkenkamp, S./Greiner, W.: Secondary Prevention via Case Managers in Stroke Patients: A Cost-Effectiveness Analysis of Claims Data from German Statutory Health Insurance Providers. In: *Healthcare* 12. 2024, S. 1157. DOI: 10.3390/healthcare12111157.

Galle, G./Brinkmeier, M.: Mut zu echter Innovation: Die Einführung von Gesundheitslotsen in Deutschland. In: Engehausen, R./Scholz, S. (Hrsg.): *Innovationsfonds – Transfer in die Regelversorgung. Zwischenbilanz, Best-Practice-Beispiele & Handlungsempfehlungen*. Heidelberg 2021, S. 148–165.

Harst, L./Coors, M./Hense, H./Nagl, J./Haase, T./Sundmacher, L./Schmitt, J.: Charakteristika und Wirksamkeit von Gesundheitslotsen in Projekten des Innovationsfonds: ein Scoping-Review. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2. 2026, S. 158–171. DOI: 10.1007/s00103-025-04177-4.

Igl, G.: *Regulatorische Möglichkeiten einer Installierung von Patientenlotsen im Sozialleistungssystem und Einschätzungen zur gesetzgeberischen Umsetzung*. Baden-Baden 2023.

Petermann-Meyer, A./Hugot, J. (Hrsg.): *Professionelle Unterstützung von Familien mit einem krebskranken Elternteil. Aufsuchendes Care und Case Management mit Familien-SCOUT*. Heidelberg 2022.

Schüttig, W./Darius, H./Reber, K./Coors, M./Flothow, A./Holzgreve, A./Karmann, S./Stürtz, A./Zöller, R./Kropp, S./Riesner, P./Sundmacher, L.: Reducing Rehospitalization in Cardiac Patients: A Randomized, Controlled Trial of a Cardiac Care Management Program („Cardiolotse") in Germany. In: *BMC Medicine* 22. 2024, S. 480. DOI: 10.1186/s12916-024-03691-7.

2 Ausgangslage und Status Quo

Die Beiträge dieses Kapitels führen in das Thema Patientenlotsen ein und beschreiben zunächst die Ausgangslage mit den Strukturproblemen des deutschen Gesundheitswesens. Der Patientenlotse bündelt die verschiedenen indikationsspezifischen Lotseninterventionen zu einer einheitlichen Neuen Versorgungsform (NVF), deren gemeinsamer Kern das Care und Case Management ist. Für das erfolgreiche Management komplexer Versorgungssituationen ist es zwingend, eine patientenzentrierte Steuerungslogik einzuführen, die über die konkrete Versorgsanbieterstruktur hinausgreift. Das Wirkprinzip der Patientenlotsen setzt damit ganz bewusst einen neuen ordnungspolitischen Rahmen. Im Innovationsfondsprojekt LEX LOTSEN OWL wird in der Modellregion Ostwestfalen-Lippe (OWL) bereits heute ganz konkret erprobt, wie die Lotsenintervention künftig strukturell und rechtlich im Versorgungssystem verankert werden kann.

2.1 Patientenlotsen: Ein ordnungspolitischer Kompass im Dschungel der Versorgungsstrukturen

Dr. Michael Brinkmeier

Ausgangslage

Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf oder mit einer chronischen Erkrankung sehen sich einem Koordinationsaufwand in ihrer Versorgung ausgesetzt, der die Möglichkeiten bzw. Fähigkeiten, die sie oder ihre Angehörigen dafür aufbringen können, in vielen Fällen bei weitem übersteigt.[9] Die Folgen sind Über-, Unter- oder Fehlversorgung mit resultierendem schlechtem gesundheitlichem Outcome, sozialen Folgen wie z. B. eingeschränkter Teilhabe und nicht zuletzt wirtschaftlichen negativen Folgen für den Betroffenen und seine Familie durch Berufsunfähigkeit oder erhöhten Pflegebedarf für die Angehörigen.

Offensichtlich ist mangelnde Koordination auch schlecht für das Gesundheitssystem selbst. Viele Ineffizienzen, vor allem entlang der Schnittstellen der Versorgungskette, resultieren aus einem Koordinationsdefizit. Dies sorgt nicht nur für Verdruss bei den professionell Tätigen – was leider viel zu wenig in Rechnung gestellt wird –, sondern auch für eine erhebliche Fehlallokation der ohnehin knappen Ressourcen.

Das dahinterliegende Strukturproblem ist im Kern seit Bismarck angelegt. Für jedes große Lebensproblem (Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit, Altersarmut, Pflege) gab es eine große Versicherungslösung mit einem Angebot, das den Bedarf adressiert, und entsprechenden Anbietern. Für einfache Bedarfe reicht das aus. Selbst ein Beinbruch ist ja kein sprichwörtlicher Beinbruch, solange im wohlgeordneten Genesungsalltag alles geradlinig verläuft. Die Welt ist in den letzten

9 SVR-Gesundheit (2018), S. 47 f.

Jahrzehnten jedoch immer vielgestaltiger geworden, nicht nur im Gesundheitsbereich, sondern auch in sozialen Belangen. Dies lässt Menschen mit real komplexem Versorgungsbedarf verzweifeln, denn sie haben ohne ausreichend persönliche Ressourcen, ohne interne Kenntnisse und, wir wissen es, ohne Beziehungen kaum eine Möglichkeit, eine für sie passende Behandlung zu finden, selbst wenn sie im Prinzip zur Verfügung stünde.

Diese Alltagserfahrung vieler Betroffener nimmt Stefan Schwartze, der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, in seinem Geleitwort für dieses Buch zum Anlass, zu mahnen, Equality als ethische Grundlage der Versorgung nicht außer Acht zu lassen. Er weist darauf hin, dass Ärzte diese Lücke nicht füllen können, denn sie müssen sich vernünftigerweise zunächst auf die somatischen Herausforderungen des Patienten konzentrieren, für den sie als medizinische Lotsen im System ausgebildet sind und bezahlt werden. Das genesungsrelevante additive Drumherum an Aufgaben und Herausforderungen entlang der Patient Journey, welches die Betroffenen schultern müssen, können die Ärzte in aller Regel nicht zusätzlich lösen. Und wenn doch, dann sind sie für diese Aufgabe viel zu teuer und fehlen anderen somatisch Betroffenen im System.

Dieser Umstand hat dazu geführt, dass seit Jahren versucht wird, verschiedene Lösungsansätze zu etablieren. CHN, APN, VERAH, NäPa, PA, PCM, wer kennt sie alle und zählt die Namen. Im Kapitel 6 in diesem Buch geben wir eine Übersicht über solche Gesundheitsberufe, die koordinierend wirken, und ordnen sie aus Sicht der Patientenlotsen-Intervention ein.

Neuerdings versuchen diese Projekte, bei der (notwendigen) Debatte um die Errichtung von Primärversorgungszentren einen Fuß in die Tür zu bekommen, was auch unmittelbar einleuchtet, wenn man wegkommen will vom Begriffsdenken eines Primärverarztungszentrums. Blicken wir überdies über das SGB V hinaus, kommen noch viele weitere erprobte Versorgungsformen ins Spiel, beispielhaft sei das Social Prescribing genannt.

Alle diese Versorgungsformen sind gut. Sie haben ihren Wert, ihre spezifischen Ansätze und Ziele. In den assoziierten Projekten betreten engagierte Menschen Neuland, oft mehr und manchmal weniger unterstützt von den umgebenden Stakeholdern und auch von ihren Arbeitgebern. Diese Pionierarbeit, die nicht nur im Rahmen des Innovationsfonds stattfindet, ist ein sichtbarer Ausdruck dafür, dass genügend viele im Gesundheitssystem den Willen und den Mut haben, strukturelle Änderungen auf den Weg zu bringen, die den Kern unseres Versorgungsproblems adressieren: die mangelnde Koordination des Versorgungsprozesses.

Allein, keine dieser Initiativen hat eine Flächendeckung erreicht. Nicht ein Projekt hat bislang Bänke-Konsens gezeitigt, kein einziges ist dermaßen in der Allgemeinbevölkerung bekannt, so dass meine Tante sagen würde: „Meine Gesundheitsberuf-N.N. ist solch ein Segen für mich. Gut, dass es die jetzt gibt." (Was im Übrigen die ultimative Evidenz wäre.)

Woran liegt das? Zu wenige solide Projektergebnisse? Kein Geld? Der Druck ist noch nicht groß genug? Vielleicht auch das alles zusammen. Aber das ist nicht das Entscheidende.

Analyse

Der Mensch ist nicht die Krankheit

Als erstes ist eine Verinnerlichung notwendig, dass wir bei der Begleitung von Menschen mit einem komplexen Gesundheitsproblem nicht von einer Art DMP, einem Disease Management Programm sprechen dürfen. Vielmehr ist der Rahmen dann ein PMP, ein Patienten- oder noch besser Personen-Management-Programm, denn wir managen hier nicht die Krankheit, sondern die Versorgung des Menschen. Dieses Verständnis steckt in den neuen Koordinationsansätzen schon drin, ist aber strukturell leider bislang in der Entscheiderebene steckengeblieben.

Weiter: Die koordinierenden Versorgungsberufe sind in ihrer jeweiligen Strukturlogik aus der Logik ihrer Erschaffer abgeleitet, mal mit MFA-Charakter, mal als professionell Pflegende, mal als Quartiersmanagerin, wie auch immer. Und allen gemeinsam ist, dass sie sich in erster Linie und naheliegenderweise als *Versorgende* verstehen. Damit tragen sie neben ihrem spezifischen Päckchen des Gesundheitsberuferechts auch immer ihren Arbeitgeber-Stallgeruch mit sich herum – im Guten wie im Schlechten.

Das Problem der Mehrfachstrukturen

Sobald einer dieser Protagonisten seinen Zuständigkeitsbereich verlassen muss, um die notwendig lückenlose Koordination seines Patienten/Klienten zu gewährleisten, tritt er damit anderen auf die Füße. Allein dies geschieht schon innerhalb des SGB V (ambulant/stationär), schlimmer noch, wenn es Schnittstellen zu weiteren SGBs gibt, nehmen wir die Pflege im SGB XI. Die Herausbildung von Netzwerken oder Gesundheitsregionen ist eine konstruktive Antwort auf diese Schwierigkeit. Aber auch diese tun sich schwer, eine flächendeckende, tragende Rolle in der Versorgung in Deutschland zu spielen. Überdies besteht dann das Risiko, dass ich als Patient vom Status „Keiner kümmert sich um mich" gleich in den Multi-Kümmerer-Level geschoben werde. Damit hätte man das Problem im schlimmsten Fall nur noch umständlicher und wahrscheinlich auch noch teurer gemacht.

Es muss in der Folge also darum gehen, die Mehrfachstrukturen, die bereits in der eigentlichen Versorgung von Übel sind, jetzt nicht auch noch auf der Koordinationsebene zu duplizieren. Nur eine Lösung, die redundante Strukturen in der Koordinationstätigkeit für Patienten erst gar nicht entstehen lässt, ist eine effektive Lösung.

Die Lösung kann aber dann nicht sein, dass von der Vielzahl der aufgeführten Gesundheitsberufe einfach die Idee Nr. 3 oder Nr. 5 politisch herausgepickt und

zur einzig wahren Koordinationslösung erhoben wird. Damit rennt man in eine nicht patientengerechte Einheitssteuerung hinein, und wie von selbst macht man sich so alle anderen Akteure zum Gegner. Überdies birgt eine politisch festgelegte berufsständische Zuschreibung des durch die koordinierenden Tätigkeiten erzeugten Informationsschatzes (die Abrechnungsdaten der Krankenkassen sind Glasperlen dagegen) an eine einzig zuständige Institution das Risiko einer Datenhoheit genau dieses gesundheitspolitischen Akteurs; mag sein, dass der ein oder andere genau darauf spekuliert. Aber Monopole sind gefährlich.

Das heißt, man sollte leben und leben lassen. Bloß wie wird dann das Problem der multiplen Koordination gelöst? Gibt es ein verbindendes Element, das trotz der Vielzahl von Gesundheitsberufen übergreifend genutzt werden kann?

Exkurs: Was ist des Pudels Kern?

Als paläontologisch Interessierter fühlt man sich bei der in den letzten Jahren auftretenden Vielzahl von Gesundheitsberufen mit Koordinationsanspruch unwillkürlich an die kambrische Explosion im Erdaltertum erinnert. In ihr traten innerhalb von kürzester Zeit fast wie aus dem Nichts eine Vielzahl von neuen Arten in den Urozeeanen auf. Alle nur denkbaren Ausformungen von Tieren probierte die Natur damals aus, spannend, exotisch und manchmal kurios. Nur ein Bruchteil davon hat es ins nächste Erdzeitalter geschafft, deren wenige Stämme heute unser Tierreich bilden. Einer dieser Stämme, der der Wirbeltiere, war besonders erfolgreich und bestimmt das Bild des Lebens auf der Erde. Warum? Weil sich bei diesen Tieren ein Ordnungs- und Strukturprinzip herausgebildet hat, welches unschlagbar nützlich ist: die Chorda.

Die Chorda oder Wirbelsäule bildet die zentrale Einheit eines Körpers, aber nicht nur, weil sie den Körper stützt. Zwei weitere Eigenschaften machen sie so wertvoll: Zum einen kann man an die Wirbelsäule alles dranhängen: Kopf, Arme, Beine, Rippen, Flossen, Schwanz und Flügel, sie ist also sehr universell einsetzbar. Und dann kommt noch hinzu, dass durch diese Wirbelsäule eine Informationsautobahn gelegt ist, die alle Organe und Anhänge als zentrales Nervensystem verbindet. Diese beiden Eigenschaften waren die entscheidenden Erfolgsfaktoren der Wirbeltiere in der Evolution.

Was das mit dem Gesundheitssystem zu tun hat? Wir haben dort auch eine kambrische Vielfalt an Lösungsmöglichkeiten, aber es hat sich noch kein übergeordnetes Prinzip durchgesetzt, welches die Komplexität der Anforderungen an eine zielgerechte Patient Journey irgendwie schultert. Ein Prinzip, das sämtliche notwendigen Informationen – nicht nur Gesundheitsdaten – sortiert, bündelt und wirksam weitergibt. Ein Prinzip, an dem sich alle Gewerke der Versorgung organisch dranhängen können und nicht das Gefühl haben müssen, sie seien nur ein Wurmfortsatz des Gesundheitssystems.

Das verbindende Prinzip fehlt. Ihnen fehlt die Chorda.

Patientenlotsen sind seit langem in der bundesdeutschen Versorgungslandschaft angekommen und gegenwärtig eine der wichtigsten gesundheitspolitischen Reformoptionen. In zahlreichen, besonders auch vom Innovationsfonds des G-BA geförderten Projekten haben Schlaganfall-Lotsen, Cardiolotsen, Onkolotsen, geriatrische Lotsen u. v. m. bis heute zehntausende Patientinnen und Patienten im Versorgungsalltag erfolgreich unterstützt und tun dies weiterhin.

Das Werk gibt einen Überblick zu

- dem Status quo der Verankerung der Lotsen im deutschen Gesundheitssystem,
- der fallbezogenen Lotsenintervention entlang des Case-Management-Regelkreises,
- der Einbettung der Lotsen in die Care-Ebene sowie in die regionale Gesundheitsversorgung,
- der Einbettung der Lotsen in das Sozialrecht,
- den Auswirkungen der Lotsentätigkeit auf die beteiligten Stakeholder, darunter niedergelassene Ärzte, Pflege, Krankenkassen, Medizinischer Dienst, Rentenversicherung und weitere Akteure.

Die Herausgeber:

Dr. Michael Brinkmeier, Studium der Physik in Paderborn, Göttingen und Los Angeles. Promotion 1996 zum Dr.rer.nat. am MPI für biophysikalische Chemie in Göttingen, anschließend Consultant bei McKinsey. Ab 2000 war Brinkmeier Mitglied des Landtags in NRW mit Schwerpunkt Wissenschaftspolitik. Seit 2013 leitet er die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe in Gütersloh.

Dr. Georg Galle hat an den Universitäten Münster und Duisburg-Essen an der Fakultät für Geisteswissenschaften studiert und promoviert. Nach dem Studium arbeitete er beim Harenberg Verlag in Dortmund als Verlagslektor. Seit 1995 war er im Medienkonzern Bertelsmann im Medienmanagement tätig. Dort gründete er als Mitglied der Geschäftsleitung u. a. das Bertelsmann Bildungsportal wissen.de in München. Seit 2017 leitet er in der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe die Patientenlotsenprojekte.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

LEX LOTSEN OWL

Leseprobe

www.medhochzwei-verlag.de

medhochzwei

ISBN 978-3-98800-233-4

€ 69,00 (D)