

3 Regelungsebenen / Regelungsorte / Regelungsinstrumente

3.1 SGB I als Regelungsort?

Erwägungen, Lotsenfunktionen im Sinne von Case und Care Management im SGB I niederzulegen, wäre nur dann Bedeutung beizumessen, wenn sich diese Lotsenfunktionen in allen Leistungsbereichen der verschiedenen Bücher des Sozialgesetzbuchs finden würden, wozu im Übrigen nicht nur die bezifferten Bücher des SGB gehören, sondern auch die Sozialleistungsgesetze, die in § 68 SGB I aufgeführt sind, so etwa das Wohngeldgesetz (WoGG) oder die Ausbildungsförderung (BAföG). Das ist aber nicht der Fall. Das heißt, dass zumindest eine Verortung von Lotsenfunktionen im Dritten Abschnitt des SGB I (Gemeinsame Vorschriften für alle Sozialleistungsbereiche dieses Gesetzbuchs) nicht tunlich ist. Zu erwägen wäre allenfalls, eine allgemeine Lotsenvorschrift im Zweiten Abschnitt des SGB I (Aufgaben des Sozialgesetzbuchs und soziale Rechte) und dort im Ersten Titel (Allgemeines über Sozialleistungen und Leistungsträger) einzufügen, so im Zusammenhang mit der Vorschrift zu Ausführung von Sozialleistungen (§ 17 SGB I). In § 17 Abs. 1 SGB I geht es vor allem um die Art und Weise des Bezugs von Sozialleistungen. So sind die Leistungsträger verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält (§ 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I).²⁴⁵ Diese Vorschrift weist insofern eine gewisse Nähe zu den Aufgaben von Patientenlotsen auf, als es auch bei Patientenlotsen um die Realisierung bestehender Leistungen geht. Es erstaunt daher nicht, dass vereinzelt eine Verortung von Case Management im Zusammenhang dieser Vorschrift gefordert wird.²⁴⁶ Unabhängig davon, ob man eine solche Verortung für das Case Management für sinnvoll erachtet, so ist doch zu bedenken, dass für die Einführung speziell von Patientenlotsen dieser für allgemeine Materien einschlägige Regelungsort nicht geeignet wäre.

245 S. zu dieser Vorschrift *Mrozynski*, SGB I, 2019, § 17, Rn. 17 ff.

246 Zur Problematik *Klie*, Zu viel oder zu wenig Recht im und für das Case Management? In: Case Management 1/2023, S. 4 ff. (5, 8).

3.2 SGB V als zentraler Regelungsort

Mit der Einrichtung von Patientenlotsen befindet man sich im Gesundheitswesen und damit in dem Rechtsgebiet, das als Gesundheitsrecht bezeichnet wird.²⁴⁷ Im Zentrum steht damit das SGB V, gefolgt vom SGB XI. Das schließt aber nicht aus, dass im Rahmen des Sozialgesetzbuchs auch noch andere Leistungsbereiche, so insbesondere das SGB VII, das SGB IX und das SGB XII betroffen sind.²⁴⁸

Im Vergleich zu anderen Rechtsgebieten, deren Normenhierarchie in der Hauptsache geprägt ist von der Dualität von Gesetz und Rechtsverordnung, finden sich im SGB V noch zahlreiche weitere Regelungsinstrumente. An vorderster Stelle sind hier die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu nennen, deren normgleiche Verbindlichkeit mittlerweile unumstritten zu sein scheint.²⁴⁹ Weitere Regelungsinstrumente sind die verschiedenen Verträge zwischen bestimmten Beteiligten auf Landes- und Bundesebene, sowie Empfehlungen oder Rahmenempfehlungen von Sozialleistungsträgerverbänden und Leistungserbringerverbänden oder auch nur der Sozialleistungsträgerverbände.

Aufgrund des Vorbehalts des Gesetzes, wonach der Gesetzgeber in grundlegenden normativen Bereichen alle wesentlichen Entscheidungen selbst treffen muss, d. h. durch Parlamentsgesetz regeln muss,²⁵⁰ muss die Einrichtung von Patientenlotsen in einem Parlamentsgesetz geregelt sein. Hierfür kommt in erster Linie das SGB V in Frage.

Wiewohl keine Debatte darüber geführt werden muss, dass Patientenlotsen ihre Rechtsgrundlage in einem förmlichen Gesetz, hier dem SGB V, haben müssen, ist jedoch zu erörtern, welche Gegenstände in welcher Regelungstiefe gemäß dem Wesentlichkeitsgrundsatz²⁵¹ im Gesetz zu regeln sind. Nach Klärung dieser Frage geht es um die Auswahl der untergesetzlichen Regelungsinstrumente, wobei im Vordergrund die Rechtsverordnung und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses stehen. Erst

247 Hierzu *Igl*, in: *Igl/Welti*, Gesundheitsrecht, 2022, S. 1 ff.

248 Bei einer Erstreckung der Leistungen von Patientenlotsen über den Kreis der sozialversicherten Personen hinaus kommen entsprechend auch weitere Regelungsorte in Frage, s. oben Abschnitt 2.3.

249 BSGE 78, 70. Gleichwohl wird die Debatte um die demokratische Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses weitergeführt, s. hierzu zusammenfassend *Axer*, Schutz aufgabenspezifischer Finanzierung, in: *SDSRV* 2023, Bd. 70, S. 81 ff. (108).

250 Vgl. nur *Jarras*, in: *Jarras/Pieroth*, Grundgesetz, 2022, Art. 20 GG, Rn. 71 ff.

251 Hierzu wiederum *Jarras*, in: *Jarras/Pieroth*, Grundgesetz, 2022, Art. 20 GG, Rn. 71 ff.

dann kann man sich der Frage zuwenden, ob und inwieweit die Instrumente der Empfehlungen und Verträge eingesetzt werden sollen.

3.3 Beispiele für die im SGB V üblichen Regelungsinstrumente

3.3.1 Vorbemerkungen

Bei einer Regelung der Patientenlotsen im SGB V empfiehlt es sich, die Verteilung der Regelungsgegenstände auf die verschiedenen Regelungsinstrumente und -ebenen so vorzunehmen, wie es bei strukturell vergleichbaren oder ähnlichen Regelungen der Fall ist. Im Folgenden wird dies anhand der häuslichen Krankenpflege, der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, der Soziotherapie und der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) erläutert. Weiter wird auf die Möglichkeit der Regelung in Satzungen der Krankenkassen eingegangen.

3.3.2 Häusliche Krankenpflege

Bei der *häuslichen Krankenpflege*²⁵² sind die leistungsauslösenden Tatbestände gesetzlich definiert. Die Einzelheiten der leistungsauslösenden Tatbestände werden in einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert. Auf der Seite der Leistungserbringung werden in Verträgen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung festgelegt. Dies geschieht in Versorgungs- und Vergütungsverträgen. Für die inhaltliche Gestaltung dieser Verträge existieren gemeinsame Rahmenempfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene. Diese Rahmenempfehlungen enthalten Hinweise u. a. zur Eignung der Leistungserbringer, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung, und zu den Grundsätzen der Vergütungen.

252 S. oben Abschnitt 2.4.3.10.

3.3.3 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Den Vorschriften zur *spezialisierten ambulanten Palliativversorgung* (SAPV)²⁵³ liegt ein ähnliches Regelungsmuster zugrunde. Die Leistung wird dem Grunde nach gesetzlich festgelegt. Die Einzelheiten der Leistung werden in einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses beschrieben. Diese Richtlinie enthält darüber hinaus auch Vorschriften, die die Leistungserbringung betreffen. Auf der leistungserbringungsrechtlichen Seite ist mit dem Versorgungsvertrag ebenfalls die Ebene der Krankenkassen und der Leistungserbringer angesprochen. Die Spitzenverbandsebene handelt bei der SAPV nicht mit dem Instrument von Rahmenempfehlungen, sondern mit dem verbindlicheren Instrument des Rahmenvertrages mit den Gegenständen der Leistungserbringung, Qualitätssicherung und Vergütung.

3.3.4 Soziotherapie

Bei der *Soziotherapie*²⁵⁴ findet sich auf der Leistungsseite eine mit der SAPV vergleichbare Situation (gesetzliche Festlegung der Leistung, Konkretisierung der Leistungsinhalte durch eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Elemente der Leistungserbringung finden sich auch in der entsprechenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Alle anderen Elemente der Leistungserbringung werden in Verträgen mit den Krankenkassen oder ihren Landesverbänden und den Leistungserbringern geregelt. Die Möglichkeit, in gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände die Inhalte dieser Verträge zu bestimmen, existiert nicht mehr. Damit bleibt nur die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für die inhaltliche Vorprägung zur Gestaltung der Leistungserbringungsverträge, wobei durchaus die Möglichkeit besteht, die Inhalte der gemeinsamen Empfehlungen als Anhaltspunkte für die Leistungserbringungsverträge heranzuziehen.

253 S. oben Abschnitt 2.4.3.12.

254 S. oben Abschnitt 2.4.3.11.

3.3.5 KSVPsych-RL

Eine im Vergleich zum sonstigen Leistungs- und Leistungserbringungsrecht ziemlich einmalige Verlagerung der Regelungszuständigkeiten hin zum Gemeinsamen Bundesausschuss findet bei der *berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf*²⁵⁵ statt. Die entsprechende Richtlinie (KSVPsych-RL) regelt in ihrer Funktion als Richtlinie über die ärztliche Behandlung (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V) nicht nur den Leistungsinhalt, sondern enthält auch sehr detaillierte Bestimmungen zur Leistungserbringung. Diese durchaus nicht unproblematische Verlagerung von Regelungszuständigkeiten auf den Gemeinsamen Bundesausschuss geht sogar bis zu einer gesetzlichen Ermächtigung, Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären zur ambulanten Versorgung zu treffen.

Diese weitreichende Richtlinienkompetenz und die entsprechend weitreichende Ausübung der Richtlinienkompetenz durch den Gemeinsamen Bundesausschuss könnte Anlass für Überlegungen sein, dem Gemeinsamen Bundesausschuss auch eine Richtlinienkompetenz für die Leistungsgestaltung von Patientenlotsen, etwa auf Grundlage eines neu einzuführenden Absatzes 6b des § 92 SGB V, zuzuweisen. Das würde allerdings bedeuten, dass eine solche Richtlinienkompetenz noch weitreichendere Regelungsinhalte haben müsste als die KSVPsych-RL. Der Bereich der ärztlichen Behandlung würde in einer solchen Richtlinie eher nur als Ausgangspunkt für den Einsatz von Patientenlotsen erfasst werden. Dem Bereich der ärztlichen Behandlung könnte auch noch die Bestimmung der leistungsauslösenden Kriterien bei den betreffenden mit Patientenlotsen zu versorgenden Patienten zugerechnet werden. Der engere Bereich der ärztlichen Behandlung würde dann verlassen werden, wenn Patientenlotsen auch das soziale Umfeld und die Betreuung durch An- und Zugehörige in den Blick nehmen. Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass die Leistung von Patientenlotsen keine Behandlungsleistung darstellt.

255 S. oben Abschnitt 2.4.3.8.

3.3.6 Satzungen der Krankenkassen

Die Krankenkassen müssen Satzungen erlassen, die u. a. „Art und Umfang der Leistungen, soweit sie nicht durch Gesetz bestimmt sind,“ enthalten (§ 194 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Satzungsleistungen dürfen nur vorgesehen werden, wenn und soweit das SGB V hierzu ermächtigt. Das den Krankenkassen eingeräumte Selbstverwaltungsrecht (§ 4 Abs. 4 SGB V) besteht nur „im Rahmen des Gesetzes des sonstigen für sie maßgebenden Rechts“ (§ 29 Abs. 3 SGB VI). Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann die Krankenkasse durch Satzung Leistungen nur im Rahmen des gesetzlichen Grundmodells im Sinne einer Weiterentwicklung der Regelversorgung ausgestalten. Der Gesetzgeber will den Krankenkassen „nicht quasi einen Freibrief ausstellen, um ein gesetzesunabhängiges Leistungsrecht kraft Satzung zu schaffen.“²⁵⁶

Als Beispiel für eine Satzungslösung soll die Satzung²⁵⁷ der AOK Baden-Württemberg herangezogen werden. In dieser Satzung werden in § 7 Abs. 2 Regelungen getroffen, in denen eine Lotsenfunktion angesprochen wird:

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung haben AOK-Versicherte im Rahmen der der AOK Baden-Württemberg als Krankenkasse zugewiesenen Aufgaben gemäß §§ 14 Abs. 1, 15 SGB I, § 1 Satz 4 SGB V (allgemeine Beratungsleistungen), § 11 Abs. 4 SGB V (Versorgungsmanagement), § 39 Abs. 1a SGB V (Entlassmanagement), § 44 Abs. 4 SGB V (individuelle Beratung und Hilfestellung bezüglich Leistungen und Angeboten zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit) Anspruch auf Beratung und Hilfestellung durch den Sozialen Dienst. Die Tätigkeit des Sozialen Dienstes ist nicht darauf angelegt, therapeutische Beratungs- oder Hilfeleistungen zu erbringen, sondern setzt zeitlich begrenzt dort an, wo es notwendig ist, auf vorhandene (regionale) Hilfsstrukturen hinzuweisen und diese zu erschließen. Dies erfolgt durch staatlich anerkannte Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen. Der Soziale Dienst nimmt insoweit eine „Lotsenfunktion“ wahr. Dabei sollen vorhandene Ressourcen effektiv und effizient genutzt, Fehlentwicklungen (Unter-, Über- oder Fehlversorgung) soll gegengesteuert werden.

256 BSG, Urt. vom 31.05.2016, - Az.: B 1 A 2/15/ R -, BSGE 121, 179, Rn. 16 ff. (19).

257 AOK Baden-Württemberg, Satzung vom 07.04.2022 (<https://www.aok.de/pk/struktur-verwaltung/satzung-pflegekasse-krankenkasse/>, Zugriff: 15.05.2023).

In § 7 Abs. 2 Satz 1 werden die Vorschriften genannt, auf die sich die Ermächtigung der Beratung und Hilfestellung durch den Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg stützt. Es sind dies zunächst die allgemeinen Vorschriften im SGB I, die die Krankenkassen zu Beratung (§ 14 SGB I) und Auskunft (§ 15 SGB I) ermächtigen und verpflichten und die Aufklärung und Beratung nach § 1 Satz 4 SGB V.

Bei den besonderen Vorschriften werden das Versorgungsmanagement genannt (§ 11 Abs. 4 SGB V) und das Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1a SGB V) genannt. Als weitere besondere Vorschrift wird auf den Gesetzestext von § 44 Abs. 4 SGB V verwiesen.

In § 7 Abs. 2 Satz 2 der Satzung der AOK Baden-Württemberg wird die Tätigkeit des Sozialen Dienstes einerseits abgegrenzt von therapeutischen Beratungs- und Hilfeleistungen, andererseits dergestalt präzisiert, dass die Beratung und Hilfestellung dort „zeitlich begrenzt“ ansetzt, „wo es notwendig ist, auf vorhandene (regionale) Hilfsstrukturen hinzuweisen und diese zu erschließen“. Letzteres bezeichnet den Gegenstand der Beratung und Hilfestellung.

§ 7 Abs. 2 Satz 3 der Satzung der AOK Baden-Württemberg enthält einen Hinweis auf die Personen, die die Beratung und Hilfestellung durchführen. Es handelt sich um staatlich anerkannte Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen. Dieser Hinweis versteht sich eher als organisationsrechtliche Vorschrift zum Personalbesatz des Sozialen Dienstes. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Satzung an keiner Stelle von der Errichtung eines Sozialen Dienstes im Rahmen der Krankenkasse spricht. Daher ist davon auszugehen, dass es sich in der Organisation der Krankenkasse um eine besondere Organisationseinheit handelt.

§ 7 Abs. 2 Satz 4 der Satzung spricht dem Sozialen Dienst „insoweit eine Lotsenfunktion“ zu. Diese Benennung ist unschädlich und soll nur unter Verwendung eines modernen Begriffes die Beratung und Hilfestellung beim Hinweis auf Hilfsstrukturen und deren Erschließung bezeichnen.

§ 7 Abs. 2 Satz 5 der Satzung spricht weitere Zielsetzungen in der Wahrnehmung der Lotsenfunktion an, die effektive und effiziente Nutzung vorhandener Ressourcen und die Gegensteuerung gegenüber Fehlentwicklung (Unter-, Über- oder Fehlversorgung). Während in § 7 Abs. 2 Satz 1 bis 4 und Satz 5 1. Halbsatz der Satzung Aufgaben des Case Managements gemeint sind, enthält § 7 Abs. 2 Satz 5 2. Halbsatz der Satzung auch eine Aufgabe des Care Managements.

Die Vorschrift des § 7 Abs. 2 der Satzung der AOK Baden-Württemberg ist unter drei Gesichtspunkten von Interesse. Mit dieser Vorschrift

werden keine neuen Satzungsleistungen beschrieben, sondern vorhandene Leistungsverpflichtungen der Krankenkassen textlich zusammengefasst und von einer Organisationseinheit „Sozialer Dienst“ durchgeführt. Eine solche Organisationseinheit kann die Krankenkasse kraft ihres Organisationsrechts einrichten. Dabei stellt die Benennung einer mit den Beratungs- und Hilfestellungsaufgaben betrauten Organisationseinheit als „Sozialer Dienst“ für die Versicherten ein Novum dar, da eine solche Bezeichnung im Rahmen des SGB V nicht gegeben ist. Damit wird für die Versicherten der AOK Baden-Württemberg deutlich, welche Aufgaben die AOK in welcher Form wahrnimmt. Auch der Hinweis auf die „Lotsenfunktion“ des Sozialen Dienstes dient dieser Wahrnehmung.

Mit der Satzung der AOK Baden-Württemberg werden keine Patientenlotsen eingerichtet. Vielmehr werden im Rahmen des gegebenen Rechts verschiedene Leistungen zusammengestellt, die Elemente von Lotsenfunktionen haben. Es wird damit keine neue Leistung geschaffen.

3.3.7 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das übliche, aber nicht durchgehend realisierte Regelungsgrundmuster im SGB V wie folgt aussieht:

- Gesetzliche Bestimmung des Leistungsanspruchs, des Leistungsinhalts und der Leistungserbringer
- Inhaltliche Konkretisierung des Leistungsinhalts und teilweise auch der Leistungserbringung durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Regelung der Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern durch Verträge (Versorgungs- und Vergütungsverträge)
- Bestimmung des Inhalts dieser Verträge durch Rahmenempfehlungen oder Rahmenverträge auf Spitzenverbandsebene (Bundesebene).

3.4 Tauglichkeit des Regelungsgrundmusters des SGB V für Patientenlotsen - mögliche Alternativen

3.4.1 Allgemeines

Das im SGB V – und teilweise auch im SGB XI – vorfindliche Regelungsgrundmuster²⁵⁸ beruht historisch auf der Entwicklung der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenversicherung.²⁵⁹ Bisher ist diese gemeinsame Selbstverwaltung nicht ernsthaft in Frage gestellt worden. Aus diesem Grund ist zu erörtern, ob von diesem Regelungsgrundmuster bei der Installation von Patientenlotsen im SGB V abgewichen werden soll. Vorauszuschicken ist, dass es kein einfachgesetzliches oder verfassungsrechtliches Gebot gibt, dieses Regelungsgrundmuster für alle Leistungen im Rahmen des SGB V beizubehalten. Selbst eine Berufung auf rechtssystematische Stimmigkeit oder auf eine Regelungstradition hätte keinen gebietenden Rechtscharakter. Sollten sich hinsichtlich der rechtlichen Gestaltung von Patientenlotsen besondere Regelungserfordernisse ergeben, könnte demnach auch von diesem Grundmuster abgewichen werden.

Das dem Leistungs- und Leistungserbringungsrecht des SGB V zugrundeliegende Regelungsgrundmuster ist daher auf seine Tauglichkeit für eine Installation von Patientenlotsen zu überprüfen, wobei hier davon ausgegangen wird, dass die Regelung der Leistung selbst im SGB V stattzufinden hat.

3.4.2 Verankerung des Leistungsanspruchs

Hinsichtlich der Verankerung des Leistungsanspruchs ist eine gesetzliche Regelung im SGB V erforderlich. Innerhalb des SGB V wäre hier das Dritte Kapitel – Fünfter Abschnitt geeignet.

Der Einbezug der bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV) versicherten Personen ist ebenfalls im SGB V zu regeln. Gleiches gilt für die entsprechenden Vorschriften zur Beteiligung der PKV 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. Weiter kommt hier das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Betracht.

258 Im Folgenden wird nur auf das SGB V Bezug genommen.

259 S. dazu *Becker/Kingreen*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V, 2022, § 69, Rn. 8 ff.

Eine Verankerung des Leistungsanspruchs im Rahmen des Satzungsrechts der Krankenkassen ist nicht möglich. Das Satzungsrecht dient nicht dazu, neue Leistungen seitens der Krankenkassen einzuführen.²⁶⁰ Sollte eine Einführung von Patientenlotsen im Wege des Satzungsrechts erwogen werden, bedürfte dies einer gesetzlichen Änderung in § 194 Abs. 1 SGB V. Unabhängig davon erscheint eine Regelung von Patientenlotsen per Satzung von Krankenkassen nicht der geeignete Weg zu sein, eine durchaus komplexe Leistungsart neu einzuführen.

3.4.3 Konkretisierung des Leistungsinhalts

Fraglich ist jedoch, ob die Konkretisierung des Leistungsinhalts durch eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses stattfinden muss oder ob eine Rechtsverordnung mit Ermächtigungsgrundlage im SGB V eine taugliche Alternative darstellen könnte.²⁶¹ Aus rechtlichen Gründen wäre es ohne weiteres möglich, Gegenstände, die dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Regelung durch Richtlinien zugewiesen sind, auch durch Rechtsverordnung zu regeln, wobei die Ermächtigungsgrundlage den Anforderungen des Art. 80 Abs. 1 Satz 2 GG entsprechen muss, d. h., dass Inhalt, Zweck und Ausmaß der erteilten Ermächtigung im Gesetz bestimmt werden müssen. Im SGB V wird an vielen Stellen von der Regelung durch Rechtsverordnung Gebrauch gemacht. Allerdings gilt dies nicht auf dem Gebiet des Leistungs- und des Leistungserbringungsrechts.

Es bedürfte allerdings gewichtiger Gründe, hinsichtlich der Konkretisierung des Leistungsrechts durch eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses²⁶² von diesem Regelungsgrundmuster abzuweichen. Solche Gründe könnten darin gesehen werden, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ein Gremium im Bereich der Versorgung nach dem SGB V ist, und dass Patientenlotsen perspektivisch auch auf dem Gebiet anderer Sozialleistungen tätig werden sollen. Dennoch bleibt die medizinische Indikation Ausgangspunkt für die Tätigkeit von Patientenlotsen. Auch ist nicht zu verkennen, dass jüngere Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,

260 S. dazu oben Abschnitt 3.3.6.

261 So von Schell, Care und Case Management – eine Lücke im Gesundheits- und Sozialwesen, in: Case Management 4/2021, S. 170 ff. (174).

262 Zur Steuerung durch Richtlinien Hollo, in: Becker/Kingreen, SGB V, 2022, § 92, Rn. 4.

so insbesondere die KSVPsych-RL,²⁶³ schon in andere als medizinische Bereiche ausgreifen. Deshalb gibt es für die Konkretisierung von Leistungsinhalten für Patientenlotsen nach gegenwärtigem Kenntnisstand keinen gewichtigen Grund, diese Konkretisierungsaufgabe anderen Normsetzern als dem Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Funktion als Richtlinienggeber zuzuweisen. Dies darf einer späteren Erweiterung des Betätigungsfeldes von Patientenlotsen nicht entgegenstehen.

Hinzu kommt, dass in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses der erforderliche Sachverstand in besonderer Breite und Tiefe vorhanden ist. Dem wird auch durch den Einbezug von Sachverständigen Rechnung getragen.²⁶⁴

3.4.4 Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern

Im Punkt der Regelung der Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern durch Verträge (Versorgungs- und Vergütungsverträge) ist festzuhalten, dass die Leistung von Patientenlotsen als Sachleistung der Krankenkassen erbracht wird (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Das hat zur Folge, dass sich die Krankenkassen und die Leistungserbringer in einem öffentlich-rechtlichen Vertragsregime befinden. Die allgemeine Bestimmung des Inhalts dieser Verträge wird dann durch Rahmenempfehlungen oder Rahmenverträge auf Spitzenverbandebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen – Spitzenorganisationen der Träger / Leistungserbringer auf Bundesebene) vorgenommen. Regelungsort hierfür wäre jeweils das SGB V. 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 dieser 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).

263 S. oben Abschnitt 2.4.3.8.

264 §§ 8 f. der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 18. Dezember 2008, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 84a (Beilage) vom 10. Juni 2009, in Kraft getreten am 1. April 2009, zuletzt geändert durch den Beschluss vom 15. Dezember 2022, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 06.04.2023 B2, in Kraft getreten am 7. April 2023.

Im SGBV könnte auch geregelt werden, dass kommunale Gebietskörperschaften mit ihren Leistungsanteilen insbesondere sozialer Art beteiligt werden können. Allerdings darf wegen des Verbots der Aufgabenübertragung seitens des Bundes an die Kommunen keine Verpflichtung hierzu geschaffen werden (vgl. Art. 84 Abs. 1 Satz 7 GG). Dabei ist auch zu beachten, dass trotz der Gesetzgebungskompetenz des Bundes bei der öffentlichen Fürsorge (Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG) der Bund hier keine Möglichkeit hat, die Kommunen in ein Verpflichtungsregime einzuordnen, wenn die Kommunen auf dem Gebiet der öffentlichen Fürsorge tätig werden sollen.

3.5 Weitere Regelungsorte

3.5.1 Leistungsberechtigte

Werden als Berechtigte von Leistungen der Patientenlotsen neben den gesetzlich oder privat kranken- und pflegeversicherten Personen auch noch weitere Personenkreise einbezogen, so gilt Folgendes:

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 die entsprechenden Regelungen auf Landesebene heranzuziehen.

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

3.5.2 Sonstige Regelungsbereiche

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