

# CASE MANAGEMENT

## EIN BOOSTER FÜR DIE HÄUSLICHE PFLEGE?

FORSCHUNGSERGEBNISSE AUS DEM  
INNOVATIONSFONDSPROJEKT REKO

**Leseprobe**

**Band  
52** | Beiträge zur Gesundheitsökonomie  
und Versorgungsforschung

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 52)  
Andreas Storm (Herausgeber)

## **Case Management – Ein Booster für die häusliche Pflege?**



[dak.de/forschung-1286](http://dak.de/forschung-1286)

**Case Management –  
Ein Booster für die häusliche Pflege?**  
**Forschungsergebnisse aus dem Innovationsfondsprojekt  
„ReKo“ – Regionales Pflegekompetenzzentrum**

**Herausgeber:**

Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit  
DAK-Gesundheit  
Nagelsweg 27-31, D-20097 Hamburg

**Autoren:**

Prof. Dr. Manfred Hülsken-Giesler, Prof. Dr. Frank Teuteberg, Dr. Tim Arlinghaus, Philipp Bläser,  
Janet Cordes, Jonas Hammer, Isabel Jalaß, Patricia Kajüter Rodrigues, Dr. Kevin Kus,  
Nicole Ruppert, Dr. Lena Marie Wirth

**Mit Beiträgen von:**

Timo Deiters, Stephan Herberg, Prof. Dr. habil. Thomas Klie, Prof. Dr. Michael Monzer,  
Hanna Reurik

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über  
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



© 2024 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg  
[www.medhochzwei-verlag.de](http://www.medhochzwei-verlag.de)



ISBN 978-3-98800-085-9

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Fotos: © Gettyimages/1001Love (Titelbild); DAK-Gesundheit/Läufer (Foto Storm, Umschlag);  
IGB Uni Osnabrück (Foto Hülsken-Giesler, Umschlag)  
Titelbildgestaltung: Natalia Degenhardt  
Satz: Strassner ComputerSatz, Heidelberg  
Druck: mediaprint solutions GmbH, Paderborn  
Printed in Germany

## Vorwort

Das Innovationskonzept für ein Regionales Pflegekompetenzzentrum (ReKo) wurde mit dem Ziel entwickelt, Menschen mit Unterstützungs- oder Pflegebedarf eine gute Versorgung zu ermöglichen.

Als DAK-Gesundheit haben wir 2019 die Chance ergriffen, dieses Projekt mit Unterstützung unserer Konsortialpartnerinnen, der Gesundheitsregion EUREGIO e.V. und der Universität Osnabrück, auf den Weg zu bringen. 1.135 Pflegebedürftige und Angehörige haben teilgenommen. Mit einer Förderung in Höhe von 10,7 Millionen Euro hat der 2016 von der Bundesregierung geschaffene Innovationsfonds dem Projekt wirtschaftlich den Weg geebnet. Eine Unterstützung, die sich ausgezahlt hat: Heute, knapp 5 Jahre nach dem Startschuss, ziehen die Expertinnen und Experten der Universität Osnabrück im Rahmen ihrer Projektevaluation eine positive Bilanz.

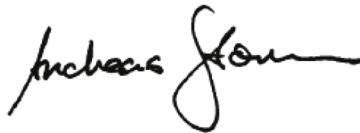
In den beiden niedersächsischen Modellregionen, den Landkreisen Grafschaft Bentheim und Emsland, hat sich dieses neue Versorgungskonzept etabliert. Mehr noch: Es ist zu einem festen Bestandteil geworden, der aus der kommunalen Versorgungsstruktur kaum mehr wegzudenken ist. Binnen der viereinhalbjährigen Projektlaufzeit – die ursprünglich vereinbarten vier Jahre sind coronabedingt um ein halbes Jahr verlängert worden – hat sich bestätigt, was Motivation und Motor für die Realisierung der Konzeptidee war: Menschen mit Pflegebedarf eine verlässliche und gute Versorgung in ihrem häuslichen Umfeld zu ermöglichen, kann angesichts angespannter Personaldecken im Pflegebereich nur dann gelingen, wenn individuelle und stabile Pflegearrangements errichtet werden. Und zwar dort, wo sie benötigt werden: nicht in der kilometerweit entfernten Stadt, sondern bei den betroffenen Menschen vor Ort. Ebendiesem Bedarf in ländlichen Regionen mit einem innovativen Case und Care Management Rechnung zu tragen, war eines der Hauptziele von ReKo.

Den Erfolg in den Modellregionen belegt auch die Übernahme der meisten Case Management-Stellen durch die Kommunen nach dem Auslaufen der Förderung. Diese Ergebnisse machen deutlich, welche Rolle das ReKo-Konzept deutschlandweit dabei spielen könnte, die Pflegesituation auf dem Land zu verbessern – natürlich individuell auf die Bedarfe in den Regionen angepasst. Es zeigt zugleich Lösungsansätze dafür auf, wie in Zeiten von Fachkräftemangel und finanziellen Herausforderungen eine stabile Versorgung aussehen kann.

Ein herzlicher Dank gilt deshalb Prof. Dr. Thomas Klie und Prof. Dr. Michael Monzer für ihre wissenschaftliche Begleitung des Projektes, der Gesundheitsregion EUREGIO e.V. und ihrem Geschäftsführer Thomas Nerlinger für die Umsetzung, der Universität Osnabrück mit ihren Lehrstühlen Pflegewissenschaften unter der Leitung von Prof. Dr. Manfred Hülsken-Giesler

## Vorwort

sowie Wirtschaftsinformatik unter Leitung von Prof. Dr. Frank Teuteberg für ihre Evaluation sowie dem DAK-Gesundheit-Projektteam, aus dem Bereich Innovations- und Versorgungsforschung.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Andreas Storm', with a stylized, flowing script.

Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Hamburg, Oktober 2024

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	V
<b>Teil A</b>	
<b>Das Konzept der Pflegekompetenzzentren – die konzeptionelle Basis für ReKo</b> ....	1
<i>Thomas Klie, Michael Monzer</i>	
<b>Vorbemerkung</b> .....	1
<b>1. Pflegekompetenzzentren? Hintergründe und Herausforderungen</b> .....	3
1.1 Neue Paradigmen der Pflege und Sorge .....	3
1.2 Das DAK-Gesundheit Konzept: Pflegekompetenzzentren .....	4
1.3 Gesundheitliche Versorgung und pflegerische Versorgung im Kontext der Daseinsvorsorge .....	5
<b>2. Pflegekompetenzzentren – zwei Bestandteile, zwei Säulen</b> .....	9
2.1 Das Pflegekompetenzzentrum als örtliche Infrastruktureinrichtung im Rahmen der Daseinsvorsorge .....	10
2.1.1 Kleine Krankenhäuser im ländlichen Bereich unter Konversionsdruck .....	10
2.1.2 Kernfunktionen des Pflegekompetenzzentrums .....	10
2.1.3 Beratung und Case Management .....	11
2.1.4 Einrichtungen der Langzeitpflege .....	12
2.1.5 Medizinische Angebote .....	13
2.1.6 Selbsthilfe und Engagement .....	13
2.1.7 Komplementäre Funktionen des Pflegekompetenzzentrums .....	13
2.1.8 Rechtsfragen und Steuerungslogiken .....	15
2.2 Das Pflegekompetenzzentrum als Case Management-Organisation im Rahmen der kommunalen Daseinsfürsorge .....	15
2.2.1 Struktur und Prozesse der Case Management-Organisation .....	18
2.2.2 Die elementaren Bestandteile einer Case Management- Organisation .....	19
2.2.3 Transfer der Vorgaben zur Case Management-Organisation auf das Pflegekompetenzzentrum .....	20
<b>3. Zusammenfassung und Ausblick</b> .....	23
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	25

## Teil B

<b>Erkenntnisse aus dem G-BA-Modellprojekt „Regionales Pflegekompetenzzentrum“ (ReKo)</b> .....	27
<i>Manfred Hülsken-Giesler, Frank Teuteberg, Tim Arlinghaus, Philipp Bläser, Janet Cordes, Jonas Hammer, Isabel Jalaß, Patricia Kajüter Rodrigues, Kevin Kus, Nicole Ruppert, Lena Marie Wirth</i>	
<b>4. Regionale Case Management-Organisation mit digitalem Ökosystem</b> .....	27
4.1 Die ReKo-Case Management-Organisation .....	27
4.1.1 ReKo-Intervention auf der Fallebene (Mikroebene) .....	29
4.1.2 ReKo-Intervention auf der Strukturebene (regionale Meso- und Makroebene) .....	29
4.1.3 Ausgestaltung der ReKo-Case Management-Organisation .....	30
4.1.4 Pflegebezogenes ReKo-Case Management .....	32
4.1.5 Aufgabe des ReKo-Case Managements .....	38
4.2 Case Management-Organisation als lernendes System .....	41
4.3 ReKo-Case Management-Organisation mit digitalem Ökosystem .....	44
<b>5. Die ReKo-Evaluationsstudie</b> .....	49
5.1 Methodik und Datengrundlage der ReKo-Evaluationen .....	49
5.1.1 Zielgruppe und Studienpopulation .....	49
5.1.2 Methoden der Datenerhebung .....	53
5.2 Kernergebnisse der ReKo-Evaluationen .....	58
5.2.1 ReKo-Case Management verbessert die subjektiv erlebte Versorgungssicherheit .....	58
5.2.2 ReKo-Case Management verbessert die subjektiv erlebte Versorgungsqualität .....	68
5.2.3 ReKo-Case Management verbessert den Zugang zum Versorgungssystem .....	76
5.2.4 ReKo-Case Management erhöht die Inanspruchnahme von Leistungen zum Verbleib in der Häuslichkeit .....	79
5.2.5 Veränderung der objektiven Pflegebedarfe und des Institutionalisierungsrisikos .....	82
5.2.6 ReKo-Case Management-Organisation als lernendes System .....	87
5.2.7 Vernetzung und Unterstützung durch digitales Ökosystem .....	91
5.2.8 Kosten und Nutzen der ReKo-Case Management-Intervention .....	94
5.2.9 Zusammenfassende Diskussion .....	97
5.2.10 Limitationen .....	106
<b>6. Transferbedingungen und Empfehlungen</b> .....	107
6.1 Transferempfehlungen .....	107
6.1.1 Gelingensbedingungen zur regionalen Etablierung von ReKo-Case Management-Organisationen .....	107



6.1.2 Szenarien zur regionalen Anbindung einer ReKo-Case Management-Organisation. ....	110
6.2 Empfehlungen .....	116
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	118
<b>Teil C</b>	
<b>Beiträge zur Einordnung der Projektergebnisse</b>	
<b>7. Erfolgsmodell des Regionalen Pflegekompetenzzentrums wird über die Projektphase fortgeführt</b> .....	125
<i>Timo Deiters, Hanna Reurik, Landkreis Emsland/ Landkreis Grafschaft Bentheim</i>	
<b>Pflegestützpunkt „Plus“ – ein wichtiger Baustein für die pflegerische Versorgung in den Städten und Gemeinden</b> .....	125
7.1 Ausgangslage .....	125
7.2 Regionales Pflegekompetenzzentrum (ReKo) als Langzeitstrategie vor Ort .....	126
7.3 Brückenlösung nach Interventionsende von ReKo. ....	127
7.4 Landkreis Emsland. ....	128
7.5 Grafschaft Bentheim. ....	129
7.6 Fazit .....	130
<b>8. Innovationsfondsprojekte und ihre Verstetigung. Die Überführung von ReKo in die Regelversorgung der Landkreise – jenseits der G-BA-Empfehlung</b> .....	133
<i>Thomas Klie, Freiburg/ Berlin/ Starnberg</i>	
8.1 Vorbemerkung .....	133
8.2 Relevante Ergebnisse der ReKo-Evaluation .....	134
8.3 Transferphase .....	136
8.4 Optionen für „Post-ReKo“ .....	138
8.5 Pflegestützpunkt, Pflegeberatung und Case Management-Organisation .....	140
8.6 Ausblick .....	142
8.7 Literaturverzeichnis .....	143
<b>9. Bewertung der Projektergebnisse aus Sicht der DAK-Gesundheit</b> .....	145
<i>Stephan Herberg, DAK-Gesundheit</i>	
9.1 Vorbemerkungen .....	145
9.2 ReKo Konversion von Krankenhäusern und Übergangspflege. ....	146
9.3 Das ReKo-Case Management in der ambulanten Pflege. ....	148
9.4 Zusammenfassende Kommentierung relevanter Evaluationsergebnisse .....	149
9.5 Literaturverzeichnis .....	151
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	153
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	155

## Teil A

### **Das Konzept der Pflegekompetenzzentren – die konzeptionelle Basis für ReKo**

*Thomas Klie, Michael Monzer*

#### **Vorbemerkung**

Das Innovationsprojekt ReKo kennt als konzeptionelle DNA das Konzept eines Pflegekompetenzzentrums, das die Autoren seinerzeit im Auftrag der DAK-Gesundheit erarbeitet haben. Es soll in diesem einführenden Beitrag noch einmal skizziert werden (vgl. Klie und Monzer 2018). Beide Autoren haben den ReKo-Prozess in den beiden Landkreisen Grafschaft Bentheim und Emsland sowohl durch die Weiterbildung zum DGCC Case Management als auch konzeptionell und fachlich beratend begleitet – bis hin zur Verstetigung der im ReKo-Projekt aufgebauten Case Management-Strukturen. Dabei lag ihnen daran das Case und Care Management, das die fachlich methodische Grundlage des ReKo-Projektes darstellt, in qualifizierter Weise zu implementieren – bis hin zur maßgeblichen Mitwirkung an einer Software-Lösung für die Einführung und Praxis einer Case Management-basierten Zusammenarbeit der relevanten Akteure. Das Innofondsprojekt ReKo basiert auf dem Ansatz der Pflegekompetenzzentren, hat den Ansatz aber durchaus zumindest in zweierlei Richtungen weiterentwickelt: Zum einen in Richtung eines digitalen Ökosystems, zum anderen durch einen Akzent auf einem „pflegerischem“ Case Management – also den Einsatz von weitergebildeten Pflegefachpersonen als Case Managerinnen und Manager, auf das sich in besonderer Weise die Evaluation bezieht und bezogen hat. Das Case Management – auch das in der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI eingesetzte – ist grundsätzlich nicht an eine Profession gebunden. Das Pflegekompetenzzentrum in seiner konzeptionellen Grundausrichtung kennt zwei Bestandteile: das Pflegekompetenzzentrum als Organisation respektive Institution. Dieses wurde zumindest in der Grafschaft Bentheim in dem zu Beginn des ReKo-Projektes abgeschlossenen Konversionsprojektes der Klinik mehr oder weniger vorgefunden. Dieser weiterhin maßgebliche Teil des Konzepts der Pflegekompetenzzentren spielte im Innovationsfondprojekt ReKo keine zentrale Rolle (mehr). Im Mittelpunkt des ReKo-Projektes stand die Case Management-Organisation, die zweite Säule des Grundkonzeptes von Pflegekompetenzzentren, das nachfolgend vorgestellt wird.

# 1. Pflegekompetenzzentren?

## Hintergründe und Herausforderungen

Die Versorgung älterer, auf Pflege angewiesener Menschen stellt sich als eine der großen gesellschafts- und sozialpolitischen sowie kulturellen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte dar (vgl. DAK Pflegereport 2024). Die Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen steigt, die zur Versorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen gehen zurück, sowohl in den die Hauptaufgaben der Pflege und Sorge bislang leistenden Familien als auch im professionellen Sektor: Der Fachkräftemangel wird auch – und gerade – die Langzeitpflege treffen. Zudem ist eine zum Teil dramatische Diskrepanz zwischen sich entfaltendem Fachwissen für die Begleitung auf Pflege angewiesener Menschen in den Disziplinen der Pflegewissenschaft, der Medizin und der Sozialen Arbeit auf der einen Seite und der alltäglichen Praxis auf der anderen Seite zu verzeichnen. Dies führt nicht nur zur Verletzung fachlicher Standards, sondern auch zur alltäglichen Gefährdung von Menschenrechten auf Pflege angewiesener Menschen sowohl in ihrer eigenen Häuslichkeit als auch im Heim. Eingebettet ist das Thema der Versorgung auf Pflege angewiesener Menschen in ausgeprägte Ambivalenzen der Gesellschaft zu den Themen, die mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit assoziiert werden: Verlust von Selbstbestimmung, Angewiesenheit auf fremde Hilfe, Einbußen in der mentalen und physischen Leistungsfähigkeit.

Verbunden ist das Thema schließlich mit Fragen der fairen Verteilung von Sorge- und Pflegeaufgaben in der Gesellschafts- und Geschlechterordnung (Klie 2024b). Die Antworten auf die Herausforderungen verlangen Anstrengungen von der gesamten Gesellschaft: Die Garantie professioneller Unterstützung, bedarfsgerechte, leistungsfähige Infrastrukturen vor Ort und Rahmenbedingungen, die ein Ineinandergreifen von familiären, nachbarschaftlichen, professionellen und anderen beruflichen Hilfen ermöglichen und befördern. Dieses Ineinandergreifen geschieht vor Ort und braucht Infrastrukturen, aber auch Spielregeln, Rollenverständnisse und örtliche Kulturen und Strukturen, im Sinne einer lokalen Pflegepolitik.

### 1.1 Neue Paradigmen der Pflege und Sorge

Soll das Thema Sorge und Pflege als Thema örtlicher Politik und auch zivilgesellschaftlicher Befassungen gestärkt werden, ist darauf Acht zu geben, dass nicht allein sozialadministrative und professionelle Sichtweisen und Begrifflichkeiten in den Vordergrund der Debatten gerückt werden, sondern die Menschen mit Unterstützungsbedarf in ihren sozialen und individuellen Sinnbezügen, ihren Bedürfnissen, Potenzialen und Ressourcen wahrgenommen und die gesellschaftliche Verantwortung für den Umgang mit den Themen Pflege und Sorge ganz im Sinne des in § 8 SGB XI niedergelegten Verständnisses von Pflege als Aufgabe der gesamten Gesellschaft verankert wird. Örtlich gilt es unter zum Teil höchst unterschiedlichen Bedingungen, ein gutes Leben für Menschen mit pflegerischen und anderen Unterstützungsbedarfen zu ermöglichen. Die sozialstaatlichen Vorgaben für die Pflegesicherung müssen sich zunehmend, in welcher Konzeption auch immer, an ihren Wirkungen vor Ort und ihrer Eignung zur Unter-

stützung lokaler Antworten auf Herausforderungen der Pflege und Sorge messen lassen. Das hatte die letzte Bundesregierung in ihrer Koalitionsvereinbarung reflektiert, die den Prüfauftrag enthielt, Wege zu einer Stärkung der Kommunen in der Pflegesicherung zu identifizieren: Auch die Pflegepolitik hat sich i. d. S. zu „verörtlichen“.

### 1.2 Das DAK-Gesundheit Konzept: Pflegekompetenzzentren

Hier setzt das Konzept der Pflegekompetenzzentren an, die die DAK-Gesundheit in die Diskussion gebracht hat. Das DAK-Gesundheit Konzept beruht auf weithin mit den Analysen des Siebten und Neunten Altenberichts der Bundesregierung in Übereinstimmung stehenden Problembeschreibungen.

Insbesondere kleine Krankenhäuser im ländlichen Raum stehen vor zum Teil ihre Existenz bedrohenden wirtschaftlichen Herausforderungen. Sie bilden bis in die aktuelle Diskussion um die Krankenhausreform 2024 neben der Sicherung einer qualitativ hochwertigen und leistungsstarken gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, eine der Hintergründe für damalige und aktuelle Reformüberlegungen, die ausgerichtet sind auf:

- eine sektorenübergreifende Koordination der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, die unter anderem auch in dem FES-Diskurspapier 2024 aufgegriffen wurden (vgl. Gruhl 2023),
- den bereits einsetzenden und für die Zukunft sich zuspitzenden Fachkräftemangel insbesondere in der Pflege aber auch in der Medizin (vgl. Klie 2024: DAK-Pflegereport 2024),
- die Gefährdung der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung insbesondere in strukturschwachen Regionen,
- die gesundheitsökonomisch problematischen pflegesensitiven Krankenhauseinweisungen und vermeidbaren Pflegeheimaufnahmen (vgl. Klie 2022: DAK-Pflegereport 2022),
- die zunehmende Verunsicherung der Bevölkerung über die künftige Gewährleistung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung (vgl. Köcher 25.07.2024).

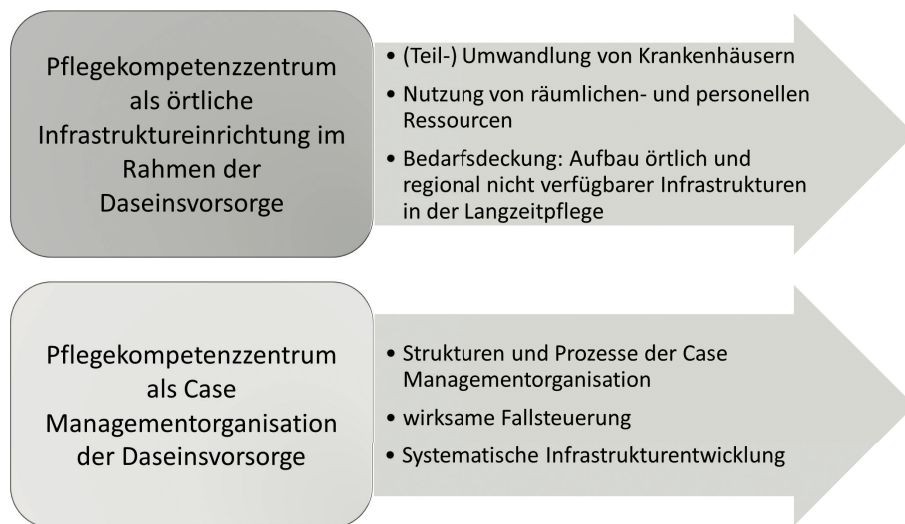
Auf die seinerzeit erwartbaren und inzwischen überwiegend eingetretenen Versorgungsprobleme hat die DAK-Gesundheit mit dem Vorschlag zum Aufbau von Pflegekompetenzzentren reagiert, der u. a. darauf zielt vorhandene, nicht effizient genutzte Ressourcen neu zu strukturieren.



## 2. Pflegekompetenzzentren – zwei Bestandteile, zwei Säulen

Auf der Basis der Vorüberlegungen der DAK-Gesundheit zu Pflegekompetenzzentren wurde ein Grobkonzept für Pflegekompetenzzentren entwickelt, das im Wesentlichen von zwei Bestandteilen und Organisationsverständnissen geprägt wird. Das Pflegekompetenzzentrum ist zum einen eine zentrale Infrastruktureinrichtung insbesondere in ländlich geprägten Regionen, an der unterschiedliche Dienstleistungen und Einrichtungen beherbergt werden, die sich – auf einander bezogen – als örtlich angepasste Infrastruktur für die Region verstehen. Zum anderen wird das Pflegekompetenzzentrum als eine Case Management-Organisation der Daseinsvorsorge verstanden, die sich durch eine bestimmte Prozessgestaltung und Strukturentwicklung auszeichnet und diese befördert. Einmal handelt es sich somit um eine Infrastruktureinrichtung, zum anderen um eine Organisationsform. Beide Verständnisse respektive Bausteine des Pflegekompetenzzentrums werden im Nachfolgenden näher beschrieben.

**Abbildung 1: Die zwei Organisationsverständnisse zum Pflegekompetenzzentrum**



Quelle: Klie, Monzer 2017

## **2.1 Das Pflegekompetenzzentrum als örtliche Infrastruktureinrichtung im Rahmen der Daseinsvorsorge**

### **2.1.1 Kleine Krankenhäuser im ländlichen Bereich unter Konversionsdruck**

Pflegekompetenzzentren bieten einen zentralen Ort für die Vorhaltung von Dienstleistungen und Einrichtungen der Langzeitpflege, die regional erforderliche Angebote des Gesundheitswesens insbesondere der ärztlichen, der präventiven, rehabilitativen und therapeutischen Versorgung integrieren. Dabei profilieren sich die örtlichen respektive regionalen Pflegekompetenzzentren je nach örtlicher Bedarfssituation, je nach Infrastruktur, je nach Performance des jeweiligen Pflegemarktes und der kommunalen Sozial- und Gesundheitsplanung. Der gesundheitspolitische Kontext des Konzeptes von regionalen Pflegekompetenzzentren ist der sich weiter zuspitzende Befund, dass in Deutschland eine (regionale) Überversorgung mit Krankenhausbetten zu konstatieren ist, die nicht nur vermeidbare Gesundheitskosten verursacht – anbieterinduzierte Nachfragesteuerung –, sondern auch zur Unwirtschaftlichkeit von (kleinen) Krankenhäusern führt. In der aktuellen Diskussion um ein Krankenhausreformgesetz spielen diese damals schon aufgegriffenen Fragen eine zentrale Rolle.

Kleine ländliche Krankenhäuser sichern die Grund- und Regelversorgung als wohnortnahes Angebot für die Bevölkerung und sind oftmals auch relevante Arbeitgeber in ländlichen Regionen. Auf der anderen Seite arbeiten sie häufig unwirtschaftlich und sind mit hohen Fixkosten und unzureichenden Investitionen durch die Kommunen konfrontiert. Wirtschaftlichkeitspotenziale sind in der Regel ausgeschöpft. Der hohe Anteil von geriatrischen Patientinnen und Patienten insbesondere in ländlichen Regionen, und der zum Teil dramatische Fachkräftemangel, führen kleinere Krankenhäuser häufiger an ihre Existenzgrenzen. Ihre Umwandlung in sog. Level 1i-Einrichtungen weist Parallelen auf zu den hinter den Pflegekompetenzzentren liegenden Konversionsprozessen und Strategien.

### **2.1.2 Kernfunktionen des Pflegekompetenzzentrums**

Je nach bestehender Infrastruktur, Infrastrukturdefiziten und Bedarfslage kann ein Pflegekompetenzzentrum unter dem Dach, auf dem Areal, unter Nutzung von Räumlichkeiten oder in Kooperation mit einem (ehemaligen) Krankenhaus oder als Level 1i-Einrichtung eine Reihe von Angeboten und Einrichtungen der Langzeitpflege beherbergen. Das Konzept der Pflegekompetenzzentren weist eine Reihe von Überschneidungspunkten zu regionalen Gesundheitszentren, zu MVZ und den erwähnten Level 1i-Einrichtungen auf.

## Teil B

### Erkenntnisse aus dem G-BA-Modellprojekt „Regionales Pflegekompetenzzentrum“ (ReKo)

*Manfred Hülsken-Giesler, Frank Teuteberg, Tim Arlinghaus, Philipp Bläser, Janet Cordes,  
Jonas Hammer, Isabel Jalaß, Patricia Kajüter Rodrigues, Kevin Kus, Nicole Ruppert,  
Lena Marie Wirth*

#### 4. Regionale Case Management-Organisation mit digitalem Ökosystem

##### 4.1 Die ReKo-Case Management-Organisation

Ausgehend von der Definition der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC 2020) ist Case Management

*„eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfs-  
entsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung  
und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist  
zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und  
in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert  
werden können“.*

Das grundlegende Konzept zum Case Management-Projekt „Regionales Pflegekompetenzzentrum“ (ReKo) wurde von Klie und Monzer (2018) entwickelt. In diesem Ansatz basiert ein regionales Pflegekompetenzzentrum auf zwei zentralen Institutionalisierungen: Über eine „örtliche Infrastruktureinrichtung im Rahmen der Daseinsvorsorge“ könnten erstens regional verfügbare gesundheits- und pflegerelevante und -assoziierte Dienstleistungen und entsprechende Anbieter lokal zentralisiert werden, um die Sichtbarkeit und Erreichbarkeit der Angebote zu verbessern. Dieser Ansatz verbindet die Herausforderungen einer Konversion der von Schließung bedrohten Krankenhäusern im ländlichen Raum mit Angeboten zur Bewältigung der Herausforderungen im Rahmen der demografischen Entwicklung und damit steigender Unterstützungs- und Pflegebedarfe in der Bevölkerung. Ein regional niedrigschwellig erreichbares und sichtbares Pflegekompetenzzentrum könnte in diesem Sinne, je nach bestehender Infrastruktur und Bedarfslage, etwa Angebote der ambulanten, der Kurzzeit, Tages-, Nacht- und Langzeitpflege, gesundheitsfördernde und medizinische Angebote (z. B. MVZ, Physiotherapie, Ergotherapie, SAPV etc.), Selbsthilfegruppen und Beratungs- und Case Management-Angebote, darüber hinaus aber auch komplementäre Angebote etwa in Kontexten von Pflegebildung (Schulungsangebote, Pflegeausbildung, Fort- und Weiterbildungsangebote), der Altersversorgung (z. B. Essen auf Rädern, Mittagstisch), Mobilitätsangebote (z. B. Transportdienste, Bürgerbus etc.) oder kulturelle Angebote (Vortragsveranstaltungen oder Konzerte) vorhalten.

Über die Etablierung einer „*Case Management-Organisation*“, könnte zweitens eine effektive Prozessgestaltung und zielgerichtete Pflegestrukturentwicklung vorangetrieben und systematisch weiterentwickelt werden (Klie und Monzer 2018). Dies umfasst den Aufbau von regionalen Netzwerkstrukturen mit Akteuren der Gesundheits- und Pflegeversorgung sowie regionale Lernprozesse, die es ermöglichen, Lücken in der Versorgungsstruktur aufzudecken und zu schließen. Grundlage hierfür ist ein fortlaufendes Datenmonitoring zur pflegebezogenen Infrastruktur, welches systematische regionale Analysen und eine gezielte Steuerung der regionalen Entwicklung erst ermöglicht. Über Erkenntnisse aus einem systematischen pflegebezogenen Datenmonitoring kann ein regionaler Austausch in geeigneten Foren etabliert werden, der die Ableitung von Handlungsempfehlungen und die Planung von Entwicklungsschritten erlaubt (Jalaß et al. 2024).

Das G-BA-Innovationsfondsprojekt ReKo hatte eine Laufzeit von 2019 bis 2024 und wurde durch ein Konsortium bestehend aus der DAK-Gesundheit (Konsortialführung), der Gesundheitsregion EUREGIO e. V. (Intervention) und der Universität Osnabrück (Evaluationen) umgesetzt. Im Rahmen des Projektes wurde ein regionales Pflegekompetenzzentrum als *Case Management-Organisation mit digitalem Ökosystem* im ländlichen Raum etabliert, das einen dezentralen Ansatz verfolgt und damit eine *virtuelle Struktur* aufweist. Das ReKo-Pflegekompetenzzentrum verzichtet auf eine regionale Bündelung von gesundheits- und pflegebezogenen Angeboten in einem lokalen Zentrum, sondern verortet die ReKo-Case Management-Angebote an dezentralen regionalen Institutionen im ländlichen Raum (siehe Abbildung 5). Nach Monzer (2017) ist eine Case Management-Organisation ein System, das sämtliche Prozesse vom Fall ausgehend denkt und institutionelle Grenzen überwindet. Die ReKo-Case Managerinnen und -Case Manager waren zwar organisatorisch einer konkreten Institution angegliedert (Gesundheitsregion EUREGIO e. V.), ihr konzeptionelles Vorgehen und Handeln war jedoch stets am Fall orientiert und damit unabhängig, überinstitutionell und sektorenübergreifend ausgerichtet. Damit konnten Lösungsansätze ermöglicht werden, welche informelle Unterstützungssysteme und verschiedenste professionelle Dienstleistungen in der Region verknüpfen, um fallgerechte Problemstellungen zu bearbeiten. Die ReKo-Case Management-Organisation zeichnete sich durch ihre *sektorenübergreifende* und *aufeinander bezogene, beratende und intervenierende Fallbegleitung* sowie eine *regionsspezifische Perspektive der Pflegeinfrastrukturentwicklung* aus.

Der ReKo-Case Management-Ansatz orientierte sich an der eingangs angeführten Case Management-Definition und Aufgabenbestimmung der DGCC, die im Projektverlauf jedoch um pflegebezogene Perspektiven und Aufgabenstellungen angereichert und weiterentwickelt wurden. Im Sinne einer integrierten Versorgung verfolgte das pflegebezogene ReKo-Case Management damit Zielstellungen, die eine selbstbestimmte Lebensführung von Klientinnen und Klienten unter Bedingungen von gesundheitlicher Beeinträchtigung und (drohendem oder ggf. zunehmendem) Pflegebedarf unter Berücksichtigung medizinisch-pflegerischer und lebensweltlicher Aspekte ermöglichen, Selbstorgekompetenzen und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen unterstützen, Sorgenetzwerke unterstützen und stabilisieren und damit (bestenfalls) einen verlängerten und selbstbestimmten Verbleib von beeinträchtigten Menschen in ihrer Häuslichkeit und gewohnten lebensweltlichen Umgebung ermöglichen. Um diese Ziel-



stellungen zu erreichen, agierte das ReKo-Case Management auf verschiedensten regionalen Ebenen in Zusammenarbeit mit unterschiedlichsten Akteursgruppen des Gesundheits- und Pflegewesens und der Daseinsvorsorge.

#### 4.1.1 ReKo-Intervention auf der Fallebene (Mikroebene)

Das ReKo-Case Management richtete sich an Menschen mit (angehender) Pflegebedürftigkeit und (pflegende) An- und Zugehörige, die aufgrund ihrer komplexen Problemlagen Unterstützung bei der Sicherstellung eines stabilen Sorgenetzwerkes benötigten. Es handelte sich aufgrund von dynamischen Komplexitätsanforderungen um Menschen, bei denen die Angebote der Regelversorgung regelmäßig an ihre Grenzen gestoßen sind.

Das ReKo-Case Management auf der Mikroebene der konkreten Fallbearbeitung zielte, ganz im Sinne etablierter Case Management-Ansätze, primär auf eine Stabilisierung von fallspezifischen Versorgungskonstellationen durch Aktivitäten des Netzwerkaufbaus und der Netzwerkkoordination. Im Mittelpunkt standen die fallspezifischen Herausforderungen, instabile Fallkonstellationen im Umfeld von Pflegerisiko und konkretem Pflegebedarf in stabile Versorgungskonstellationen zu überführen. Das ReKo-Case Management übernahm damit im Projektverlauf keine Aufgaben der direkten (pflegerischen) Versorgung, es initiierte und unterstützte vielmehr den Aufbau von und eine koordinierte Zusammenarbeit in Versorgungsnetzwerken aus informell Helfenden (z. B. An- und Zugehörige, Nachbarschaften, Ehrenamtliche u. a. m.), professionellen Leistungsanbietenden im Gesundheits- und Pflegewesen (z. B. Pflegedienste, Lieferdienste, Haus- und Fachärzte und -ärztinnen u. a. m.) und Akteuren aus Administration und Verwaltung (z. B. Kranken- und Pflegekassen, kommunalen Behörden u. a. m.). Das ReKo-Case Management erfolgte im Projektverlauf entlang der etablierten Prozessschritte von Case Management nach DGCC: Klärungsphase, Assessment, Serviceplan, Linking, Monitoring, Evaluation (Monzer 2018, siehe Tabelle 1).

#### 4.1.2 ReKo-Intervention auf der Strukturebene (regionale Meso- und Makroebene)

Die ReKo-Case Management-Organisation adressierte im Projektverlauf nicht nur die Fallebene der konkreten Unterstützung von Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie von (pflegenden) An- und Zugehörigen. Die Erfahrungen aus den Einzelfällen waren gleichermaßen Initiatoren für die Entwicklung, Weiterentwicklung und Stärkung von kommunaler Netzwerk- und Versorgungsarbeit und regionaler *Pflegeinfrastrukturentwicklung*. Das Ziel bestand in diesem Zusammenhang darin, auf Basis der Erkenntnisse und Erfahrungen aus Versorgungsprozessen auf der Mikroebene die regionale Versorgungsstruktur auf der Meso- und Makroebene im Sinne eines *Care Managements* weiterzuentwickeln. Zu den zentralen Aufgaben des ReKo-Case Management auf der institutionellen Ebene der regionalen Einrichtungen in Gesundheit und Pflege (Mesoebene) zählte es, regionale Schnittstellen auf- und auszubauen, Hilfe- und Dienstleistungsangebote regionaler Leistungsanbietenden (z. B. Lieferdienste, Pflegedienste

Die Versorgung von älteren, auf Pflege angewiesenen Menschen in der ambulanten Pflege ist in den nächsten Jahrzehnten eine der großen Herausforderungen für Kommunen, Politik, die Pflegeversicherung sowie alle professionellen und ehrenamtlichen Akteure in diesem Bereich. Ausgehend von der Vision, die Situation von Pflegebedürftigen und deren pflegenden An- und Zugehörigen in der ambulanten Pflege durch eine im kommunalen Raum gut vernetzte Case Management-Organisation zu verbessern, hat die DAK-Gesundheit zusammen mit renommierten Wissenschaftlern das Konzept eines Regionalen Pflegekompetenzzentrums (ReKo) in die Diskussion um eine bessere ambulante Pflege eingebracht.

Durch die Förderung des Innovationsfonds konnte das Konzept ReKo als neue Versorgungsform seit Oktober 2019 in den Pilotregionen Landkreis Grafschaft Bentheim sowie Landkreis Emsland umgesetzt werden. Mit einer Förderdauer von vier Jahren, welche sich coronabedingt um sechs Monate verlängerte, endete die Arbeit von bis zu 16 Case Managerinnen und Case Managern Ende Juli 2023.

Mit dieser Veröffentlichung werden die Projektansätze beschrieben, Hemmnisse und Erfolgsfaktoren dargestellt und Umsetzungsempfehlungen der Evaluatoren, wissenschaftlichen Begleiter und der am Projekt beteiligten Institutionen zusammengefasst. Auch Vertreterinnen und Vertreter beider Landkreise kommen mit ihrer Einschätzung zum Projekterfolg zu Wort.



„Mit dem Konzept eines Regionalen Pflegekompetenzzentrums stärken wir die Pflege im kommunalen Raum und vernetzen durch ein Case Management die professionellen und ehrenamtlichen Akteure in der ambulanten Pflege. Im Ergebnis schaffen wir bei Menschen mit Pflegebedarf und ihren pflegenden Angehörigen ein Versorgungssetting, das einen längeren Verbleib im vertrauten, häuslichen Umfeld möglich machen kann“, sagt Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit.



„Als Gesamtfazit der Evaluation des ReKo-Projektes können wir insbesondere auf Stabilisierungen des Gesundheits- und Pflegestatus sowie ein verringertes Institutionalierungsrisiko bei den ReKo-Probandinnen und -Probanden sowie auf signifikante Entlassungen von pflegenden An- und Zugehörigen und die Stabilisierung der fallspezifischen Sorgenetzwerke durch das ReKo-Case Management verweisen. Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit in den regionalen Netzwerken wurde durch die ReKo-Initiativen stabilisiert und es wurden wichtige Impulse für die regionale Versorgungsstrukturentwicklung gegeben“, so Prof. Dr. Manfred Hülsken-Giesler, Mitautor des Reportes.

## Leseprobe

ISBN 978-3-98800-085-9



9 783988 000859

€ 29,00 (D)