



Evaluationsbericht

Interdisziplinäre patientenorientierte Transition (InPortant)

Entwicklung und Evaluation der Intervention eines pflegegeleiteten sektorenübergreifenden Übergangsmanagements vom Krankenhaus in die Häuslichkeit im urbanen Quartier

Autor:

Prof. Dr. Stefan Nöst
Studienzentrum Gesundheitswissenschaften und Management
Duale Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) Stuttgart
Tübinger Str. 33, 70178 Stuttgart
stefan.noest@dhbw-stuttgart.de

Konsortialleitung InPortant:

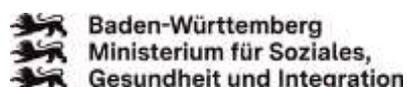
Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg
Schloßstr. 80, 70176 Stuttgart

Weitere Projektpartner:

Robert-Bosch-Krankenhaus (RBK), Stuttgart
Else Heydlauf Stiftung (EHS), Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, Stuttgart-Zuffenhausen

Gefördert von

Land Baden-Württemberg
Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration
Innovationsprogramm Pflege 2022
Aktenzeichen: 80111/202/111/10/01
Förderzeitraum: 01.10.2022-31.12.2024



Zusammenfassung

Der Evaluationsbericht fasst die Ergebnisse des Projekts InPortant (Interdisziplinäre Patientenorientierte Transition) zusammen. Ziel des quartiersbasierten, pflegegeleiteten Übergangsmanagements ist es, die Qualität, Sicherheit und Kontinuität der Versorgung im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung zu verbessern, insbesondere für vulnerable, pflegebedürftige Patient*innen mit komplexem Unterstützungsbedarf.

Das Modell verbindet das klinische Entlassungsmanagement mit einem ambulanten, im Quartier verankerten Übergangsmanagement. Eine Pflegefachperson wird in der Rolle der ambulanten Übergangsmanagerin bereits im Krankenhaus in die interdisziplinäre Entlassungsplanung einbezogen, begleitet die Patient*innen beim Übergang, führt Hausbesuche durch und koordiniert im Sinne eines Case-Management-Ansatzes die häusliche Versorgung. Die Evaluation der Pilotphase in einem Stuttgarter Quartier erfolgte qualitativ anhand von Interviews, Fallanalysen und einer Fokusgruppe.

Die Ergebnisse zeigen einen deutlichen Mehrwert: Patient*innen profitieren von einer kontinuierlichen, persönlichen Begleitung, die ihre Alltagsbewältigung stärkt und das Selbstmanagement verbessert. Krankenhäuser werden bei komplexen Entlassungen entlastet, Verweildauern werden verkürzt und vermeidbare Aufenthalte in der Kurzzeitpflege reduziert. Im Quartier fördert das Modell die Vernetzung sozialer und gesundheitsbezogener Dienste und nutzt ambulante Ressourcen gezielter aus. Herausforderungen und Verbesserungsbedarf bestehen vor allem in der strukturellen Anbindung der Übergangsmanagerin, fehlenden Vertretungsregelungen, einer begrenzten regionalen Reichweite sowie unzureichenden Rückmeldeschleifen an das Krankenhaus.

Vor dem Hintergrund aktueller pflegepolitischer Entwicklungen wird empfohlen, die Rolle der Übergangsmanagerin zu einer Advanced Practice Nurse (APN) weiterzuentwickeln. Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen könnten das Case Management übernehmen und bei Bedarf auch heilkundliche Aufgaben ausführen, was die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der sektorenübergreifenden Versorgung erhöhen würde.

Für eine dauerhafte Implementierung einer quartiersnahen Übergangsversorgung sind neben gesicherten Finanzierungsmodellen eine politische Rahmung und die Einbettung in gesundheits- und sozialraumorientierte Strukturen im Quartier erforderlich. Die Einbindung des Übergangsmanagements in die kommunale Quartiersentwicklung und die Berücksichtigung in regionalen Gesundheitskonferenzen wird empfohlen. Die besondere Stärke von InPortant liegt in der ambulanten Ausrichtung und der engen Verbindung mit dem stationären Entlassungsmanagement. Diese Schnittstellenversorgung wird durch die bestehenden Finanzierungsmechanismen der Kranken- und Pflegekassen allerdings nur unzureichend abgedeckt. Geeignete Finanzierungswege sind Verträge zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V oder die Integration in kommunal verortete Trägerstrukturen nach § 7c SGB XI. Die Anbindung an kommunale Angebote wie den zentralen Stuttgarter Bürgerservice Leben im Alter (LiA) sollte dabei berücksichtigt werden.

InPortant zeigt: Eine pflegegeleitete, quartiersnahe Übergangsversorgung ist umsetzbar, wirksam und dringend erforderlich. Ihr Transfer in die Regelversorgung ist ein entscheidender Schritt zur Schließung von Versorgungslücken und zur Sicherstellung einer wohnortnahen, bedarfsgerechten Versorgung.

Abstract

The evaluation report summarizes the results of the InPortant (Interdisciplinary Patient-Centered Transition) project. The community-based, nurse-led transition management model aims to improve the quality, safety, and continuity of care for patients transitioning from hospital to home, especially those with complex support needs.

This model integrates clinical discharge management with outpatient transition management in the local community. While the patient is still in the hospital, an outpatient nurse participates in interdisciplinary discharge planning and acts as a transition manager. The nurse supports patients during the transition, makes home visits, and coordinates home healthcare using a case management approach. A qualitative evaluation of the pilot phase in a Stuttgart neighborhood was conducted using interviews, case analyses, and a focus group.

The results demonstrate clear added value: patients benefit from continuity of care and personalized case management support, which helps them cope with daily life and improves their self-management skills. Hospitals are relieved of the burden of complex discharges, lengths of stay can be shortened, and avoidable short-term nursing home stays can be reduced. In the community, the model promotes networking among social and health services and improves the use of outpatient resources. However, there are challenges and areas for improvement in the organizational integration of the nurse transition manager, a lack of substitution arrangements, limited regional coverage, and inadequate feedback loops to hospitals.

In light of recent developments in nursing policy, the role of the transition nurse should expand to include advanced practice nursing (APN). Academically qualified nursing professionals with advanced skills could perform case management and medical tasks as needed. This would improve the control, effectiveness, and sustainability of cross-sector care.

In order to implement community-based transition care in the long term, reliable financing models, a political framework, and integration into community-oriented healthcare and social structures are necessary. Transition management must be incorporated into municipal urban planning and regional health conferences. InPortant has particular strengths in outpatient care and strong links with inpatient discharge management. However, existing health and nursing care insurance funds inadequately cover this interface care. Suitable financing options include contracts for additional care in accordance with Section 140a of the Fifth German Social Code (SGB V) and integration into municipal support structures in accordance with Section 7c of the Eleventh German Social Code (SGB XI). Partnerships with municipal services, such as the central Stuttgart citizen service for older adults (LiA), should be established.

InPortant demonstrates that community-based, nurse-led, patient-centered transitional care is both feasible and necessary. Integrating this model of care into standard care is a crucial step toward closing care gaps across sectors.

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage.....	1
2	Theoretischer Rahmen: Das pflegegeleitete Transitional Care Modell	2
3	Das Interventionsmodell.....	4
3.1	Ziele der Intervention	5
3.2	Interventionsentwicklung.....	5
3.2.1	Praxispartner im InPortant-Vorhaben	5
3.2.2	Zentrale und initiale Aspekte des Versorgungsmodells	6
3.2.3	Komponenten des Übergangsmanagements	6
3.3	Pilotierung	6
4	Evaluation.....	9
4.1	Ziele der Evaluation	9
4.1.1	Beurteilung der Implementierungsgüte.....	9
4.1.2	Subjektiver Nutzen der Intervention aus Patient*innensicht	10
4.1.3	Analyse der Versorgungskontinuität auf Basis des Continuity-of-Care-Modells	10
4.2	Datengrundlage und Methodisches Vorgehen.....	10
4.3	Ergebnisse.....	11
4.3.1	In Pilotierung eingeschlossene Patient*innen	11
4.3.2	Zeitaufwand des Übergangsmanagements.....	12
4.3.3	Gesundheitsökonomische Modellierung der Umsetzungskosten	12
4.3.4	Finanzierungsoptionen des Übergangsmanagements.....	14
4.3.5	Implementierungsgüte des Interventionsmodells	15
4.3.6	Wirkung auf die Kontinuität der Versorgung.....	19
4.3.7	Mehrwert der Intervention aus Sicht der Übergangsmanager*innen.....	19
4.3.8	Ergänzungen aus Sicht der Projektbeteiligten des Krankenhauses.....	20
4.3.9	Subjektiver Nutzen der Intervention aus Patient*innensicht	23
5	Schlussfolgerungen und Empfehlung.....	33
5.1	Mehrwert der InPortant-Intervention	33
5.2	Weiterentwicklung der Intervention und Rolle der Übergangsmanagerin	34
5.3	Empfehlung zur Trägerschaft und Finanzierung	35
5.4	Perspektiven für den Transfer in die Regelversorgung	36
6	Literaturverzeichnis.....	38
7	Anlagen	41

1 Ausgangslage

Die Sicherstellung der Kontinuität in der Gesundheitsversorgung gilt als grundlegendes Qualitätsziel von Gesundheitssystemen weltweit (WHO, 2018). Dennoch sind Krankenhausentlassungen in Deutschland häufig mit Brüchen in der Versorgung verbunden, die unter anderem auf die sektorale Fragmentierung des deutschen Gesundheitswesens und auf ein unzureichendes Übergangsmanagement zurückgeführt werden. Hinzu kommen zögerliche Reformen in der integrierten Aufgabenverteilung zwischen stationärem und ambulantes Sektor sowie zwischen medizinischen und pflegebezogenen Aufgaben.

Die Folgen solcher Versorgungsbrüche sind bekannt: vermehrte Inanspruchnahme von Notfallambulanzen, vermeidbare Wiedereinweisungen, unerwünschte Arzneimittelinteraktionen, Komplikationen sowie ein Verlust an Lebensqualität für Patient*innen. Dabei ist wissenschaftlich begründet, dass ein strukturiertes Entlassungs- und Übergangsmanagement dazu beitragen kann, diese negativen Auswirkungen zu vermeiden (DNQP, 2019).

Obwohl bereits einige Modellvorhaben entsprechende Ansätze aufgegriffen haben, liegt der Schwerpunkt meist auf der Sicherstellung einer lückenlosen medizinischen Weiterversorgung. Wesentliche nicht-medizinische Unterstützungsbedarfe wie die Förderung des Selbst-managements und der Selbstpflege, die Verbesserung der häuslichen Situation sowie die Stärkung von Patient*innen, Angehörigen und sozialen Netzwerken im Sinne eines Empowerments bleiben hingegen oft unberücksichtigt. Gerade in Anbetracht einer zunehmend alternden Bevölkerung mit komplexen Bedarfen ist diese Medikalisierung des Entlassungsprozesses problematisch.

Hinzu kommt, dass Kurzzeitpflege häufig nicht aufgrund eines individuellen Bedarfs, sondern mangels verfügbarer Alternativen bei der Entlassung sowie unter dem Druck organisatorischer Anforderungen des Krankenhauses in Anspruch genommen wird. Sie dient kurzfristig als Entlastungslösung, bietet jedoch keine nachhaltige Perspektive für eine bedarfsgerechte Weiterversorgung. Eine gut koordinierte, ambulant gestützte Versorgung im häuslichen Umfeld könnte viele dieser isolierten Kurzzeitpflegeaufenthalte vermeiden. Dies setzt allerdings voraus, dass unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt ausreichend zugängliche und verfügbare Hilfe- und Versorgungsangebote zur Verfügung stehen und im Zuge eines Case-Management (Hellmich, 2021) koordiniert werden.

Ein professionelles Übergangsmanagement ist auch vor dem Hintergrund eingeschränkter haus- und fachärztlicher Versorgungsstrukturen essenziell. Insbesondere Patientinnen mit eingeschränkter Mobilität, fehlender Selbstmanagementkompetenz oder ohne soziales Unterstützungsnetz stoßen auf erhebliche Hürden, etwa durch lange Wartezeiten, geringe Terminverfügbarkeit oder beschränkte Sprechzeiten niedergelassener Ärztinnen. Solche strukturellen Versorgungsdefizite erhöhen das Risiko von Versorgungslücken und führen nicht selten zu vermeidbaren Wiederaufnahmen ins Krankenhaus.

Davon ausgehend wurde – beziehend auf das Frameworks des britischen Medical Research Council (MRC) zur Entwicklung komplexer Interventionen (Craig et al., 2013; Skivington et al., 2021) ein Interventionsmodell zur Übergangsvorsorgung theoriebasiert entwickelt, unter Praxisbedingungen in einem Stuttgarter Quartier modellhaft erprobt

(pilotiert) und unter Beachtung der Perspektiven und Erfahrungen der beteiligten Akteure qualitativ evaluiert (Moore et al., 2015).

2 Theoretischer Rahmen: Das pflegegeleitete Transitional Care Modell

Die Herausforderung: Sektorenübergreifende Versorgung

Die sektorale Fragmentierung im deutschen Gesundheitssystem mit unterschiedlichen, nicht aufeinander abgestimmte Planungs- und Abrechnungssystemen führt zu strukturellen Schnittstellenproblemen und potenziellen Versorgungslücken, welche die Gewährleistung der Versorgungskontinuität gefährden (Van Den Berg et al., 2024). In vielen Fällen kann die Versorgung in einzelnen Sektoren nicht in der erforderlichen Qualität oder Kontinuität umgesetzt werden (Noest et al., 2014). Besonders herausfordernd ist dies bei Personen mit chronischen und schwerwiegenden Erkrankungen oder in der Versorgung vulnerabler Personengruppen (Ernstmann & Scholl, 2024). Um die Versorgung von Patient*innen zu verbessern und eine bessere Kontinuität der Versorgung zu ermöglichen wird eine sektorenübergreifende Versorgung benötigt. Dies bedeutet eine Vernetzung und Verbindung von verschiedenen Sektoren, Gesundheitsberufen oder Fachdisziplinen (Van Den Berg et al., 2024) Die Sicherstellung dieser Versorgungskontinuität, international bezeichnet als „Continuity of care“, beinhaltet fünf wesentliche Aspekte: zeitliche Kontinuität, stabile Beziehungen zwischen Patient*innen und dem Versorgungsteam, eine gute Informationsweitergabe, Koordination und die Anpassung an veränderte Bedürfnisse (Hu et al., 2020).

Eine Schnittstelle zwischen den Sektoren, die oftmals mit Versorgungsbrüchen einhergeht, ist die Entlassung aus dem Krankenhaus. Bei der Umsetzung eines krankenhausforcierten Entlassungsmanagements, wie es vom deutschen Gesetzgeber im SGB V verankert ist, werden ambulante Versorgungsressourcen häufig nicht ausgeschöpft. Folgen für Patient*innen können unerwünschte Arzneimittelinteraktionen, Komplikationen, Verlust von Lebensqualität, Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und Wiedereinweisungen sein (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012)

Der Transitional Care-Ansatz als Lösung?

Diese negativen Folgen sind prinzipiell durch ein pflegegeleitetes Entlass- und Übergangsmanagement vermeidbar (DNQP, 2019). An dieser Stelle setzt das Konzept der Übergangspflege („Transitional Care“) an, das die systematische Begleitung von Menschen in Übergangssituationen, wie beispielweise einer Entlassung aus dem Krankenhaus, beschreibt. „Transitional Care“ stellt einen systematischen Betreuungsprozess dar, dessen Ziel es ist die Kontinuität der Versorgung sicherzustellen und die Lebensqualität zu erhalten (Hirschman et al., 2015). Patient*innen, sowie Familien und die Mitglieder des multidisziplinären Teams sollen zu diesem Zweck in diesen Prozess aktiv miteingebunden werden. Die strukturierte Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen in dieser sensiblen Übergangsphase soll ihnen Sicherheit geben und Versorgungslücken vermeiden, indem die Lücke zwischen der stationären und der außerklinischen Versorgung geschlossen wird (Shahsavari et al., 2019).

Evidenz zum Transitional Care-Ansatz!

Eine spezifische, evidenzbasierte Methode zur Umsetzung von Versorgungsübergängen im Rahmen der „Transitional Care“ stellt das „Transitional Care Model“ (TCM) dar (DNQP, 2019). Es fokussiert insbesondere die Übergänge zwischen einem Krankenhausaufenthalt und der anschließenden ambulanten oder häuslichen Versorgung und wurde speziell für ältere, chronisch erkrankte Menschen entwickelt, mit dem Ziel, die Kontinuität der Pflege sektorenübergreifend zu gewährleisten und Versorgungslücken zu vermeiden. Im Zentrum des TCM steht die koordinierte, patientenzentrierte Betreuung durch speziell geschulte Pflegefachpersonen, die eine Schlüsselrolle im gesamten Übergangsprozess einnehmen. Bereits während des stationären Aufenthalts beginnt die Vorbereitung auf die Entlassung durch die Entwicklung individueller Pflegepläne. Nach der Entlassung soll eine engmaschige Nachsorge dafür sorgen, dass eine kontinuierliche Versorgung sichergestellt und Wiederaufnahmen ins Krankenhaus vermieden werden. Das „Transitional Care Model“ stärkt damit die Rolle der Pflegefachpersonen als zentrale Akteur*innen in der Gestaltung sicherer Versorgungsübergänge (Hirschman et al., 2015).

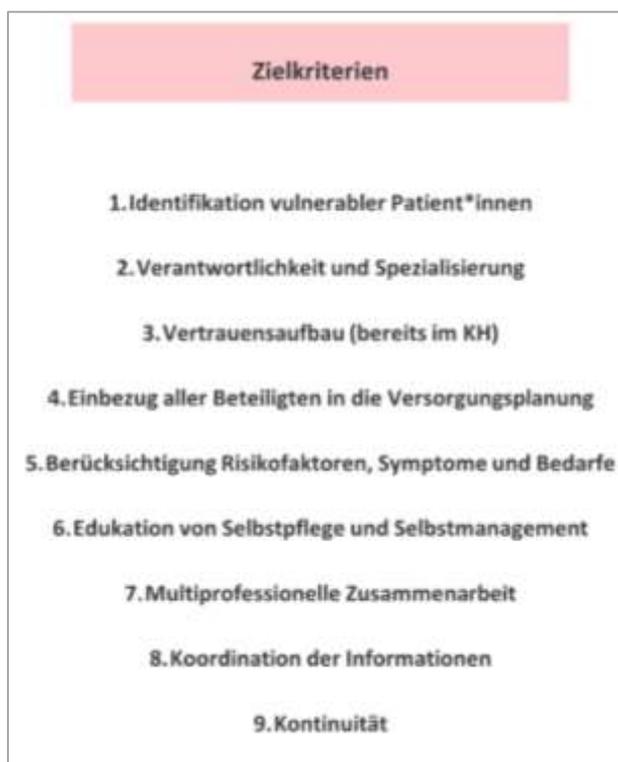


Abbildung 1: Zielkriterien von Transitional Care

Für die Implementierung des „Transitional Care Models“ lassen sich evidenzbasierte Auswirkungen auf die Versorgungsqualität nachweisen, beispielsweise in Bezug auf einen Wissenserwerb von Patient*innen und Betreuer (Bradway et al., 2012), Förderung der Unabhängigkeit und Funktionsfähigkeit (Courtney et al., 2012) eine Verbesserung der Erfahrungen von älteren Patient*innen mit ihrer Pflege, eigenen Gesundheit und Lebensqualität (Hirschman et al., 2015) und eine Reduktion der Wiedereinweisungsrate (Centeno & Kahveci, 2014)

Herausforderungen / Barrieren transitional care

Als Herausforderungen für eine gute Entlassungsplanung wurden unter anderem eine hohe Nachfrage nach poststationären

Leistungen, die das verfügbare Angebot übersteigt, ein erlebter Druck frühzeitig zu entlassen sowie eine lückenhafte Dokumentation des Entlassungsprozesses genannt (Kable et al., 2015). Zudem wird die Identifikation von Hochrisikopatienten als schwierig beschrieben (Centeno & Kahveci, 2014). Bei der Umsetzung von Transitional-Care-Konzepten in Deutschland zeigen sich ebenfalls verschiedene Herausforderungen. Uneinheitliche Qualifikationen und Berufserfahrungen des eingesetzten Personals erschweren eine konsistente Begleitung der Patient*innen. Eine weitere Herausforderung liegt in der mangelnden Übereinstimmung internationaler Qualifikationsanforderungen mit den

deutschen Ausbildungs- und Qualifizierungsstandards, was eine einheitliche und konkrete Definition fachlicher Anforderungen für die Regelversorgung erforderlich macht (Wingenfeld & Freese, 2022).

Die Entlassung aus dem Krankenhaus wird als ein kritischer Versorgungsübergang beschrieben, da hier die Gefahr von Informations- und Versorgungsbrüchen besteht (Bundesministerium für Gesundheit, 2023; Coleman, 2003; Forster et al., 2004; Mesteig et al., 2010), weshalb das Forschungsvorhaben „InPortant“ (Interdisziplinäre Patientenorientierte Transition) das Ziel verfolgt hat, eine Intervention zu entwickeln, die sich an multiplen Bedarfen pflegebedürftiger Patient*innen ausrichtet, ambulante Versorgungspotentiale stärker berücksichtigt und zu einer nachhaltigen Verbesserung der pflegebezogenen Übergangsvorsorgung führt. In dem Vorhaben wurde beispielhaft eine Intervention zur Übergangsvorsorgung entwickelt, modellhaft erprobt und evaluiert. Das Vorhaben orientierte sich dazu an den theoretischen Konzepten des Transitional Care-Ansatzes (DNQP, 2019; Hirschman et al., 2015) und methodisch am Framework des britischen Medical Research Council (MRC) zur Entwicklung komplexer Interventionen (Skivington et al., 2021).

3 Das Interventionsmodell

Im InPortant-Versorgungsmodell wird das krankenhauseitige Entlassungsmanagement

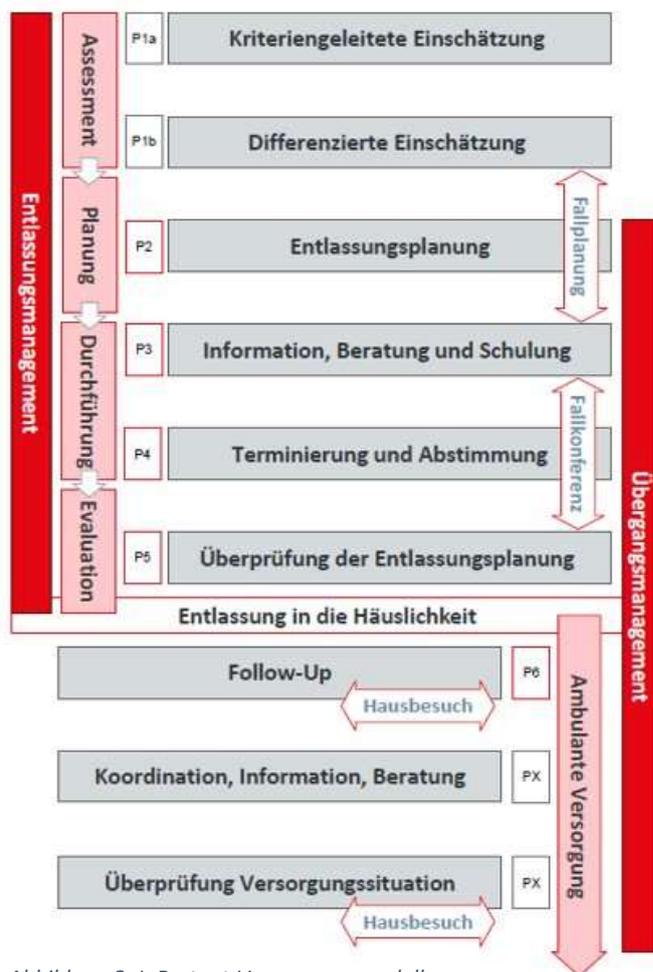


Abbildung 2: InPortant-Versorgungsmodell

systematisch mit einem quartiersbasierten, pflegegeleiteten Übergangsmanagement verzahnt. Dieses setzt bereits frühzeitig im Krankenhaus an und wird idealerweise mit ausreichendem Vorlauf vor der geplanten Entlassung in die Entlassungsvorbereitung eingebunden.

Die Überleitung vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung erfolgt im Rahmen eines fallorientierten Case-Managements durch eine im Quartier verortete Pflegefachperson. Durch eine kontinuierliche und bedarfsorientierte Begleitung reicht das Übergangsmanagement über die Entlassung hinaus in die ambulante Weiterversorgung und die Lebenswelt der Patient*innen hinein. Das zugrunde liegende Interventionsmodell ist in Abbildung 2 schematisch dargestellt.

3.1 Ziele der Intervention

Im Rahmen des Entwicklungsvorhabens „InPortant“ (Interdisziplinäre Patientenorientierte Transition) wurde ein pflegegeleitetes, quartiersbezogenes Versorgungsmodell konzipiert, das den Übergang vulnerabler, zumeist pflegebedürftiger Patient*innen vom Krankenhaus in die Häuslichkeit verbessert. Bereits im Krankenhaus werden hierfür die Weichen für eine koordinierte Weiterversorgung gestellt, die nach der Entlassung durch eine ambulant tätige Pflegefachperson fortgeführt wird.

Ziel der Intervention ist es, durch ein strukturiertes, pflegegeleitetes und ambulant verantwortetes Übergangsmanagement:

- die individuellen und multiplen Versorgungsbedarfe frühzeitig zu identifizieren,
- das Selbstmanagement, die Selbstpflegekompetenz sowie die Ressourcen informell Pflegender gezielt zu stärken,
- die Alltagsautonomie und Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Betroffenen zu fördern,
- die sektorenübergreifende Informationsweitergabe strukturiert zu gestalten sowie
- ambulante und nicht-medizinische Versorgungspotenziale im Quartier systematisch zu erfassen, zu koordinieren und verfügbar zu machen.

Auf diese Weise soll die Qualität, Sicherheit und Kontinuität des Übergangs in die häusliche Versorgung nachhaltig verbessert und das Risiko von Versorgungsabbrüchen, vermeidbaren Wiederaufnahmen sowie nicht-bedarfsgerechter Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege reduziert werden.¹

3.2 Interventionsentwicklung

Die theoriebasierte Interventionsentwicklung wurde ergänzt durch eine Kontextanalyse zur Definition einer neuen Case-Management-Rolle im ambulanten Setting und die damit verbundene Gestaltung des Prozesses der Übergangversorgung aus dem Krankenhaus in ein urbanes Wohnquartier. Wesentliche Grundlagen der Entwicklung des Interventionsmodells waren der evidenzbasierte (1) Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), das (2) pflegegeleitete Transitional Care Modell, dessen Grundzüge im Kapitel 2 umrissen sind, sowie der (3) Case-Management- und Quartiersansatz.

3.2.1 Praxispartner im InPortant-Vorhaben

Die zentralen Praxispartner des InPortant-Vorhabens, die maßgeblich an der Entwicklung der Intervention beteiligt waren und die Pilotierung in der Praxisumsetzung verantworteten, sind das Robert-Bosch-Krankenhaus (RBK), ein überregionales Akutkrankenhaus im Norden Stuttgarts, sowie die Else-Heydlauf-Stiftung (EHS), eine Einrichtung des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg im Stuttgarter Stadtteil Zuffenhausen.

Das Robert-Bosch-Krankenhaus brachte seine Expertise im Entlassungsmanagement ein, während der ambulante Sozialdienst der EHS die quartiersbezogene, pflegegeleitete

¹ Im Folgenden wird in diesem Evaluationsbericht die hier angeführte Intervention als „Übergangsmanagement“ bezeichnet und die Pflegefachperson, die das Case-Management übernimmt als „Übergangsmanagerin“

Umsetzung des Übergangsmanagements verantwortete. Beide Einrichtungen wirkten kooperativ an der Entwicklung, Implementierung und praktischen Erprobung des InPortant-Versorgungsmodells mit.

3.2.2 *Zentrale und initiale Aspekte des Versorgungsmodells*

Das InPortant-Versorgungsmodell ist durch eine systematische Verzahnung des stationären Entlassungsmanagements mit einem pflegegeleiteten, ambulant verankerten Übergangsmanagement gekennzeichnet. Im Zentrum steht eine koordinierte, kontinuierliche und individuell ausgerichtete Begleitung pflegebedürftiger Patient*innen beim Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung. Die zentralen und initialen Aspekte des Modells umfassen:

- *Frühzeitige Integration der Übergangsmanager*in* in die Entlassungsplanung bereits während des stationären Aufenthalts, mit dem Ziel, eine bedarfsorientierte und sektorenübergreifende Übergangsplanung zu ermöglichen.
- Kooperative Fallplanung zwischen Krankenhaus und Übergangsmanagement durch eine enge Abstimmung von Entlassungsmanager*in und Übergangsmanager*in.
- Erstkontakt und Vertrauensaufbau im Krankenhaus durch eine initiale Konsultation der Patient*innen mit der Übergangsmanager*in.
- Erster Hausbesuch innerhalb von 72 Stunden nach Entlassung, zur Überprüfung der Entlassungsplanung, zur Sicherung der häuslichen Versorgung sowie zur bedarfsgerechten Anpassung der eingeleiteten Maßnahmen.
- Weitere ambulante Hausbesuche durch die Übergangsmanager*in, zur fortlaufenden Beratung, Koordination und Anpassung von Hilfen, insbesondere bei komplexen oder sich verändernden Bedarfskonstellationen.

3.2.3 *Komponenten des Übergangsmanagements*

Auf Basis dieser zentralen Elemente wurde die Intervention theoriebasiert entwickelt und durch ein modulares Handlungskonzept konkretisiert. Die einzelnen Komponenten des pflegegeleiteten Übergangsmanagements sind in Tabelle 1 dargestellt und erläutert.

Das Handlungskonzept wurde partizipativ mit den beteiligten Praxispartnern in ein Pfadmodell überführt, das die Grundlage für den InPortant-Prozess darstellte und als relevantes Ablaufschema die Pilotierung der Intervention in die Praxis anleitete (vgl. Anlage 1).

3.3 *Pilotierung*

Das entwickelte Interventionsmodell wurde in einem Stuttgarter Quartier erprobt, das mehrere Stadtteile umfasste (inkl. Zuffenhausen, Rot, Feuerbach). Die Begründung dafür war die soziale Lage dieses Quartiers, aufgrund derer von einer erhöhten Vulnerabilität der Bevölkerung ausgegangen wurde, sowie der Aspekt, dass dieses Quartier als Zuweisungsgebiet für das am Projekt beteiligte, maximalversorgende RBK galt. Einzelheiten zum Ablauf der Pilotierung können dem Sachbericht zum dritten Arbeitspaket (AP3) entnommen werden.

Im Rahmen der Pilotierung im Quartier und am RBK Stuttgart wurde das Interventionsmodell unter Praxisbedingungen auf seine Machbarkeit und Weiterentwicklungsbedarf hin überprüft. Parallel dazu fanden wöchentliche Austauschtreffen im gesamten Projektteam statt, um den Fortschritt kontinuierlich zu monitoren, mögliche Barrieren oder Anpassungsbedarfe frühzeitig zu identifizieren und zu reflektieren. So konnten notwendige Modifikationen am Modell des Übergangsmagements im Realbetrieb unter Alltagsbedingungen gezielt und iterativ umgesetzt werden.

Tabelle 1: Erläuterte Komponenten des InPortant-Übergangsmagements

Komponente	Beschreibung	Beteiligte	Zeitlichkeit
Identifikation von Patient*innen	Kriteriengeleitetes Screening zur Auswahl von Patient*innen mit erhöhtem Versorgungsbedarf für die Teilnahme am Übergangsmangement.	EM/PFL	Frühzeitig
Information und Einwilligung	Informierte Einwilligung: Aufklärung über Ziele, Inhalte und Ablauf der Intervention sowie Einwilligung zur Teilnahme und zur Weitergabe relevanter Informationen.	EM	Frühzeitig
Konsultation der Patient*in	Erstkontakt der Übergangsmangerin im Krankenhaus zur Vertrauensbildung, Bedarfsanamnese und Einschätzung der Übergangsrisiken.	EM/ÜM/PAT	Frühzeitig
Individuelle Fallplanung	Erstellung einer koordinierten Hilfe- und Entlassungsplanung durch EM und ÜM, unter Berücksichtigung ambulanter Ressourcen und quartiersbezogener Potenziale.	EM/ÜM	Unmittelbar nach Einwilligung in ÜM
Interprofessionelle Abstimmung	Einbindung des stationären Behandlungsteams (Pflege, ärztlicher Dienst, Therapie) zur Sicherung eines kohärenten Übergangsprozesses.	EM	Fortlaufend
Fallbesprechung	Konkretisierung der Entlassung, Validierung der Hilfebedarfe, Verifizierung des Entlassungstermins.	EM/ÜM	24-48h vor Entlassung
Hausbesuch 1	Überprüfung und ggf. Anpassung der Entlassungsplanung; Sicherheit durch direkte und bekannte Ansprechperson (ÜM) im Quartier; Rückmeldung an das Krankenhaus.	ÜM/PAT	Nach Bedarf, Spätestens 72h nach Entlassung
Hausbesuch 2 + 3	Weitere bedarfsabhängige Hausbesuche zur Nachsteuerung, Informationsvermittlung, Sicherung der Versorgungskontinuität und Förderung des Selbstmanagements.	ÜM/PAT	Nach Bedarf

Legende: EM – Entlassungsmanagerin; ÜM – Übergangsmangerin; PAT – Patientin; PFL – Pflegefachperson

Die Pilotierung des Projekts begann im Oktober 2023 und umfasste die erste Erprobung von Interventionsbestandteilen des Übergangsmagements am RBK. In einer Testphase wurde das entwickelte Prozessmodell partizipativ zusammen mit den beteiligten Akteur*innen iterativ angepasst und schließlich als Version 1.0 formuliert. Mit der Einstellung einer Übergangsmangerin begann am 11.12.2023 die praktische Umsetzung des Interventionsmodells, dessen Pilotierung nach einigen anfänglichen Anpassungen bis zum 15.10.2024 andauerte.

Die DHBW entwickelte das theoretische Modell und begleitete die gesamte Weiterentwicklung und Pilotierung im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung. Im Juli 2024 wurde eine Prozessevaluation durchgeführt, woraufhin zentrale Modellelemente und Prozessschritte überarbeitet wurden, darunter insbesondere die Screening-Kriterien für die

Projekteinbindung von Patient*innen, die Erweiterung des Quartiers-Gebiets auf zusätzliche Stadtteile sowie die Anzahl der Hausbesuche.

4 Evaluation

4.1 Ziele der Evaluation

Dieses Kapitel beschreibt die Zielstellungen der Evaluation des InPortant-Vorhabens. In Abschnitt 3.1 wurden bereits die Ziele der InPortant-Intervention dargestellt, die ein ambulantes Übergangsmanagement mit dem Entlassungsmanagement im Krankenhaus verzahnt. Hier werden davon abgeleitet die Ziele der begleitenden Evaluation formuliert, die die Implementierung, den subjektiven Nutzen und die Auswirkungen auf die Kontinuität der Versorgung untersucht.

Angesichts des Entwicklungs- und Reifegrads der Intervention wurde auf eine quantitative Wirkungsanalyse im Sinne einer Effektivitätsprüfung bewusst verzichtet. Stattdessen liegt der Fokus der Evaluation auf einer formativen, qualitativ ausgerichteten Analyse, die zentrale Implementierungsparameter, subjektiv wahrgenommene Effekte sowie Weiterentwicklungspotential und die Anschlussfähigkeit an bestehende Versorgungsstrukturen beleuchtet. Die Trennung von Interventions- und Evaluationszielen trägt dazu bei, die intendierten Versorgungseffekte sowie das Erkenntnisinteresse der Umsetzungsgüte klar zu differenzieren.

Ziel der begleitenden Evaluation des InPortant-Vorhabens ist es, die Implementierung, wahrgenommene Wirkung und Versorgungskontinuität eines quartiersbezogenen Übergangsmanagements für pflege- und hilfebedürftige Patient*innen strukturiert zu untersuchen. Dabei werden Erkenntnisse für eine mögliche Verstetigung oder Weiterentwicklung der Intervention generiert. Die Evaluation folgt einem formativen und methodentriangulierten Ansatz.

Im Einzelnen verfolgt die Evaluation drei miteinander verknüpfte Zielperspektiven:

4.1.1 Beurteilung der Implementierungsgüte

Die Implementierung der InPortant-Intervention wird anhand etablierter Implementierungsparameter nach Proctor et al. (2011) und Gutt et al. (2018) bewertet:

- Die Angemessenheit (appropriateness) der Intervention wird sowohl hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz und Passung zu den Bedürfnissen vulnerabler, pflegebedürftiger Patient*innen beurteilt, als auch in Bezug auf das Lösungspotenzial, das sich aus den zielgerichteten Komponenten der Intervention ergibt.
- Die Wiedergabetreue (fidelity) wird anhand des Abgleichs zwischen dem konzipierten Modell und der tatsächlichen Umsetzung geprüft.
- die Durchdringung (penetration) in das lokale Versorgungsumfeld (Krankenhaus, Quartier, Hilfenetzwerke) wird anhand der Integration in Abläufe und Netzwerke erhoben;
- die Umsetzbarkeit und Bereitschaft zur Umsetzung (adoption) werden aus Sicht der beteiligten Organisationen bewertet (Robert-Bosch-Krankenhaus, Else-Heydlauf-Stiftung, kommunaler Pflegestützpunkt);
- Zur ersten Beurteilung der Umsetzungskosten (implementation cost) wird der personelle Aufwand für das Übergangsmanagement systematisch erfasst und

dokumentiert. Eine umfassende gesundheitsökonomische Evaluation ist zum Zeitpunkt des aktuellen Reifegrades des Modells nicht Gegenstand der Evaluation. Ergänzt wird die Beurteilung um eine übersichtliche Darstellung möglicher Finanzierungsquellen, sowohl zur Weiterentwicklung des Modells als auch im Hinblick auf eine künftige Verstetigung in die Regelversorgung.

*4.1.2 Subjektiver Nutzen der Intervention aus Patient*innensicht*

Die Evaluation erhebt den subjektiv erlebten Nutzen des Übergangsmanagements aus Sicht der beteiligten Patient*innen und vertretungsweise der Zu- und Angehörigen. Dabei stehen die Erfahrungen mit dem individuellen bedarfs- und lebenslagenorientierten Case-Management (Übergangsmanagement) im Vordergrund, das ausgehend von den Zielkriterien der Intervention u.a. folgende Evaluationskriterien adressiert:

- Empowerment zur Förderung des Selbstmanagements.
- Förderung der individuellen Ressourcen zur Selbstpflege.
- Aufrechterhaltung der Lebens- und Alltagsbewältigung sowie der Autonomie in der häuslichen Situation.
- Förderung der Einsicht und Anerkennung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit.
- Hilfestellung bei komplexen pflegerischen und medizinischen Bedarfen.
- Einbezug informell Pflegender und des sozialen Umfelds
- Organisation und Vernetzung der erforderlichen Dienstleistungen und Hilfen.

Übergreifendes Zielkriterium ist die Vermeidung nicht-bedarfsgerechter Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und Ausschöpfen der ambulanten Potentiale im Quartier.

4.1.3 Analyse der Versorgungskontinuität auf Basis des Continuity-of-Care-Modells

Zur Einschätzung der Wirkung auf die Kontinuität der Versorgung wird ein bewährtes Modell der „Continuity of Care“ herangezogen. Es werden drei zentrale Dimensionen beurteilt:

- Zeitliche Kontinuität: Erleben einer fortlaufenden Begleitung über den Übergang hinweg
- Beziehungskontinuität: Aufbau verlässlicher und vertrauensvoller Kontakte zur Übergangsmanagerin
- Informationskontinuität: Wahrnehmung einer koordinierten Informationsweitergabe zwischen Krankenhaus, ambulanter Versorgung und sozialem Hilfenetz

Die gewonnenen Erkenntnisse bilden eine wesentliche Grundlage für die Weiterentwicklung, Reflexion einer Verstetigung und ggf. Übertragung des Modells in weitere Kontexte.

4.2 Datengrundlage und Methodisches Vorgehen

Unter Berücksichtigung der Zielsetzung sowie des im Projekt entwickelten Versorgungsmodells wurde das InPortant-Vorhaben qualitativ evaluiert. Im Zentrum der Evaluation standen sowohl der Implementierungsprozess als auch der subjektiv erlebte Nutzen aus Patient*innenperspektive sowie die praktische Umsetzung der Intervention anhand vordefinierter Evaluationskriterien. Zur Evaluation wurden verschiedene Datenquellen herangezogen: begleitforschende Beobachtungen, anonymisierte Behandlungs-dokumentationen, Daten aus qualitativen Interviews und einer Fokusgruppe.

Zur Erhebung individueller Erfahrungen und der subjektiven Einschätzung des Nutzens aus Sicht der Patient*innen wurden sechs Patient*innen im Anschluss an die Pilotierung in teilstrukturierten Interviews befragt. Die Befragungen wurden durch Projektkoordinator*innen des RBK unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben telefonisch durchgeführt. Die Telefoninterviews wurden nach Einwilligung aufgenommen und fallbezogen ergänzt um relevante personenbezogene Behandlungsinformationen. Daraus wurden anonymisierte Transkripte erstellt. Diese wurden zur Wahrung der Anonymität durch zufällige Substitution einzelner Angaben (z.B. Stadtteil oder Diagnose) so verändert, dass ohne spezielles Zusatzwissen keine Rückschlüsse auf die Personen möglich sind.

Die so aufbereiteten Fallinformationen wurden mittels fallbezogener Inhaltsanalyse anhand eines deduktiv entwickelten Kategorienschemas ausgewertet. Die folgenden vier Hauptkategorien bildeten die Grundlage der Analyse:

1. Versorgungssituation und Erfahrungen mit dem Übergangsmanagement
2. Unterstützungsbedarf im Rahmen des Übergangsmanagements
3. Realisierte Maßnahmen im Zuge des Übergangsmanagements
4. Mehrwert durch das Übergangsmanagement

Auf Basis dieser Kategorien wurden deskriptive Einzelfallberichte erstellt. Diese wurden anschließend vergleichend analysiert, um induktiv Rückschlüsse auf den subjektiv erlebten Nutzen aus Patient*innensicht zu ziehen.

Zur Evaluation der Implementierung und des fachlich-praktischen Nutzens der Intervention wurden zwei leitfadengestützte Interviews mit der am Vorhaben beteiligten Übergangsmanagerin (leitende Pflegefachperson) und deren Stellvertreterin (leitende Sozialarbeiterin) durchgeführt. Ergänzend fand nach Abschluss der Pilotierungsphase eine Fokusgruppe mit weiteren Schlüsselpersonen statt: der Patientenkoordinatorin (Entlassungsmanagerin), der pflegefachlichen Projektkoordinatorin und deren Stellvertreterin sowie einer leitenden Pflegefachperson einer Pilotstation des Robert-Bosch-Krankenhauses. Diese Gespräche wurden auf Grundlage einer Einwilligung dokumentiert, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Auswertung folgte einem deduktiv-induktiven Verfahren und orientierte sich thematisch an den Evaluationskriterien zur Implementierung der Intervention. Die Ergebnisse wurden deskriptiv zusammengefasst. Ergänzend wurde zur Einschätzung der Einbettung der Intervention in bestehende Strukturen auf kommunaler Ebene ein Expert*inneninterview mit einer Mitarbeiterin des Pflegestützpunkts eines beteiligten Stuttgarter Stadtteils durchgeführt.

4.3 Ergebnisse

Im Folgenden wird zunächst der zeitliche Aufwand sowie die Ergebnisse der qualitativen Evaluation berichtet.

4.3.1 In Pilotierung eingeschlossene Patient*innen

Im Verlauf des Projekts wurden insgesamt 1.051 Patientinnen im Robert-Bosch-Krankenhaus auf ihre Eignung für das Übergangsmanagement gescreent. Eine deutlich geringere Anzahl erfüllte die Einschlusskriterien und wurde über die Möglichkeit der Teilnahme informiert. Letztlich entschieden sich insgesamt 55 Patientinnen für die Teilnahme und die

Inanspruchnahme eines Übergangsmanagements. Bei diesen Patient*innen wurden in 38 Fällen (n=38; 69%) ein erster Hausbesuch vereinbart. Gründe für ein Ausscheiden aus dem Übergangsmanagement vor dem ersten Hausbesuch (n=17) waren unter anderem persönliche Entscheidungen (n=9), z.B. die subjektive Einschätzung seitens der Teilnehmenden, dass aufgrund der Planung kein Hausbesuch mehr erforderlich sei, das Versterben von Patient*innen vor der Entlassung (n=3) oder der unvermeidbare direkte Übergang in eine Langzeitpflegeeinrichtung (n=3). In zwei Fällen (n=2) liegen keine Angaben zum Ausscheiden vor dem ersten Hausbesuch vor.

4.3.2 Zeitaufwand des Übergangsmanagements

Der Zeitaufwand der Übergangsmanager*in wurde auf Grundlage folgender Tätigkeiten kalkuliert:

- Kooperative Entlassungsplanung und Vorbereitung der häuslichen Überleitung im Krankenhaus (Erstgespräch mit den Patient*innen und ggfs. den Zu- oder Angehörigen, Abstimmung mit den Patientenkoordinator*innen des klinischen Entlassungsmanagements, weitere Gespräche zur Koordination des Übergangs und zum Vertrauensaufbau mit den Patient*innen, Kooperation mit Ärzt*innen, Pflegefachpersonal oder anderen an der Krankenhausbehandlung beteiligten Akteure)
- Hausbesuche (Hausbesuch 1, Hausbesuch 2, Hausbesuch 3)
- Telefonische Abstimmungen (Patient*innen, Zu-/Angehörige, Betreuende, Dienstleister und Netzwerkpartner*innen, Pflegekasse, Ämter)
- Dokumentation
- Fahrtzeiten

Für das Erstgespräch der Übergangsmanagerin im Krankenhaus war im Durchschnitt ca. eine Stunde erforderlich. In den meisten Fällen (n=48) nahm das Erstgespräch etwa eine Stunde in Anspruch, in sechs Fällen (n=6) rund 1,5 Stunden und in einem Fall (n=1) zwei Stunden. Für den ersten Hausbesuch (n=38) nach Entlassung fielen im Schnitt 1,3 Stunden an, für den zweiten Hausbesuch (n=18) fielen durchschnittlich 1,0 Stunden an und für den dritten Hausbesuch (n=12) ungefähr 1,1 Stunden.

Unter Berücksichtigung aller o.g. Aufgaben betrug der Zeitaufwand der Übergangsmanagerin pro Patient*in durchschnittlich 6,4 Stunden (n=55). Bei den Patient*innen, bei denen mindestens ein Hausbesuch erfolgte, war der durchschnittliche Zeitaufwand 7,7 Stunden (n=38), bei den Patient*innen dagegen, die vor dem ersten Hausbesuch ausgeschieden sind, betrug der Aufwand 3,7 Stunden (n=18).

4.3.3 Gesundheitsökonomische Modellierung der Umsetzungskosten

Modellierung des zeitlichen Aufwands

Nach anfänglichen Implementierungsschwierigkeiten, die durch notwendige iterative Anpassungsschleifen geprägt waren, stieg die Anzahl der eingeschlossenen Patient*innen im Projektverlauf sukzessive an. In der Woche vom 01.10.2024 bis 08.10.2024 wurden mit acht ersten Hausbesuchen die meisten Einschlüsse innerhalb einer Woche im gesamten Verlauf der Pilotphase dokumentiert.

Auf Basis dieser Erfahrungswerte und unter Berücksichtigung zunehmender Routinisierung sowie potenzieller Skaleneffekte wird bei der Dissemination des Modells auf das im Projekt erweiterte Quartier mit durchschnittlich fünf neu eingeschlossenen Patientinnen pro Woche gerechnet. Bei einem durchschnittlichen personenbezogenen Zeitaufwand von 6,4 Stunden pro Fall ergibt sich ein wöchentlicher Gesamtaufwand von 32 Stunden für direkte Übergangsmangementleistungen.

Kalkulation der Personalkosten

Die Höhe der Personalkosten hängt vom Trägermodell des Übergangsmagements ab (z. B. in privater, freigemeinnütziger oder kommunaler Trägerschaft). Für die Kalkulation wurde der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst im Dienstleistungsbereich Pflege- und Betreuungseinrichtungen (TVöD-B) herangezogen. Die Kalkulation basiert auf der Entgeltgruppe P 13, Stufe 4, die typischerweise für Pflegekräfte mit einem Masterabschluss (z. B. Advanced Practice Nurses) vorgesehen ist.

Bei der Versorgung von 260 Patient*innen pro Jahr (5 Patientinnen pro Woche × 52 Wochen) ergibt sich ein durchschnittlicher personalkostenbasierter Fallwert von 453,61 € pro Patient*in (vgl. Tabelle 2)

Tabelle 2: Modellhafte Kostenschätzung des Übergangsmagements (InPortant)

Berechnungsgröße	Wert / Annahme
Zugang Patient*innen pro Woche	5
Mittlerer Zeitaufwand pro Patient*in insgesamt	6,4 Stunden
Wöchentlicher Personalbedarf (gesamt)	32 Stunden
Tarifliche Grundlage	TVöD-B, P13 Stufe 4
Jahresbruttogehalt (inkl. Sonderzahlung)	69.786,04 €
Lohnnebenkosten und weitere indirekte Personalkosten (30 %)	+ 20.935,81 €
Personalgesamtkosten pro Jahr (Arbeitgeberbrutto) für ein Vollzeitäquivalent (VZÄ)	90.721,85 €
Vertretungspuffer bei Krankheit, Urlaub, Bedarfsspitzen (30 %)	+ 27.216,56 €
Personalgesamtkosten pro Jahr (Arbeitgeberbrutto für 1,3 VZÄ)	117.938,41€
Betreute Patient*innen pro Jahr	260
Fallbezogene Personalkosten / Patient*in (Grundlage: 1,3 VZÄ)	453,61 €

Hinweis: Die Berechnung erfolgte für ein Vollzeitäquivalent (VZÄ), Gemeinkosten wurden nicht berücksichtigt. Potenzielle ökonomische Effekte durch vermiedene Komplikationen, Wiedereinweisungen oder Notaufnahmen wurden in dieser Modellierung nicht berücksichtigt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass der volkswirtschaftliche Nutzen die eingesetzten Mittel deutlich übersteigen kann.

Einordnung und Bewertung

Auch unter Berücksichtigung der Limitationen dieser Modellierung, insbesondere der fehlenden Einbeziehung infrastruktureller Gemeinkosten oder koordinierender Zusatzaufgaben, werden die geschätzten Fallkosten in Höhe von 453,61 € pro Übergangsmangement im Verhältnis zu den erwartbaren Einsparpotenzialen als moderat eingestuft.

Ein professionelles Übergangsmangement kann durch die Nutzung ambulanter Potentiale und durch Interventionen im häuslichen Umfeld dazu beitragen, unnötige Kurzzeitpflege, stationäre Wiederaufnahmen, Inanspruchnahmen von Notfallambulanzen und

gesundheitliche Komplikationen zu vermeiden, was mit einem entsprechenden ökonomischen Nutzen für Kostenträger und das Versorgungssystem einhergeht.

Hinzu kommen positive Effekte auf die Lebensqualität, das Selbstmanagement und die Selbstpflegekompetenz der Patient*innen sowie eine spürbare Entlastung von Krankenhausressourcen. Insgesamt ist somit davon auszugehen, dass der Nutzen die kalkulierten Kosten deutlich übersteigt. Da im Rahmen der Pilotierung kein belastbarer gesundheitsökonomischer Outcome erhoben wurde, wird perspektivisch eine fundierte Bewertung der Wirkung der Intervention und eine quantitativ gestützte Kosten-Nutzen-Analyse empfohlen.

4.3.4 Finanzierungsoptionen des Übergangsmanagements

Das Übergangsmanagement im Projekt *InPortant* zielt auf eine sektorenübergreifende Versorgung von Patient*innen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung im Quartier. Die angebotenen Leistungen gehen über die medizinische Versorgung hinaus und umfassen insbesondere soziale, pflegebezogene und steuernde Tätigkeiten im Rahmen eines fallbezogenen Case-Managements. Damit erweitert das Modell das krankenzentrierte Entlassungsmanagement um eine ambulante und quartiersbezogene Komponente. Für eine nachhaltige Implementierung der *InPortant*-Intervention ist daher eine differenzierte Betrachtung geeigneter Finanzierungswege erforderlich. Entsprechende Empfehlungen zur Finanzierung erfolgen in Kapitel 5.3., auf Grundlage der folgenden Analyse. Die „klassischen“ Finanzierungsstrukturen medizinischer und pflegebezogener Leistungen bieten zur Finanzierung sektorenübergreifender Versorgung nur begrenzte Anknüpfungspunkte. Daher müssen darüberhinausgehende Finanzierungsmöglichkeiten berücksichtigt werden:

a.) Begrenzte Reichweite bestehender Finanzierungsstrukturen

- **§ 39 SGB V (Entlassmanagement)**

Dieser Paragraph ermöglicht die Finanzierung von Krankenhausleistungen im Rahmen der stationären Versorgung. Die Beteiligung einer Übergangsmanagerin ist dabei ausschließlich während des stationären Aufenthalts, und auch dann nur begrenzt, refinanzierbar (z. B. anteilig über das Pflegebudget). Die darüberhinausgehende, ambulante Begleitung im Quartier kann über § 39 SGB V nicht abgerechnet werden.

- **SGB XI (Pflegeversicherung)**

Die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen sich auf pflegerische Hilfen oder Pflegehilfsmittel für anspruchsberechtigte Pflegebedürftige mit anerkanntem Pflegegrad. Koordinierende, beratende oder sektorenverbindende Tätigkeiten, wie sie durch das Übergangsmanagement erbracht werden, sind im SGB XI nicht abgebildet und entsprechend nicht refinanzierbar, mit Ausnahme der Leistungen der Pflegestützpunkte nach § 7c, die in einer Landesnorm ausgestaltet werden (siehe nächste Seite).

- **SGB XII (Sozialhilfe)**

Grundsätzlich können Hilfen zur Gesundheit oder Pflege sowie Leistungen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten über die Sozialhilfe finanziert werden. Voraussetzung ist

jedoch die Anspruchsberechtigung und die Einhaltung des Nachrangigkeitsprinzips. Die notwendige Prüfung im Einzelfall schließt das SGB XII als tragfähige Finanzierungsgrundlage für eine Regelversorgung aus.

b.) Finanzierungsoptionen für das sektorenübergreifende InPortant-Versorgungsmodell

- **Integration in Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte (§ 7c SGB XI)**

Die bestehenden bundes- und landesrechtliche Normen zur Einrichtung und Ausstattung der Pflegestützpunkte bieten bereits Grundlagen zur Integration und Finanzierung eines Übergangsmanagements in die regional bestehenden Strukturen. Im Rahmenvertrag der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg wird der Gegenstand, die Aufgaben und die Finanzierung der Pflegestützpunkte geregelt. Gegenstand ist die „wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung der Bevölkerung“. Eine „komplexe Fallsteuerung“ Form eines „Case-Management“, was das im InPortant Vorhaben entwickelte und erprobte Übergangsmanagement auszeichnet, ist im Rahmenvertrag explizit als Aufgabe der Pflegestützpunkte formuliert. Die Finanzierung erfolgt durch die Kosten- und Leistungsträger der Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI (Pflege- und Krankenkassen sowie die örtlichen Träger der Sozialhilfe).

- **§ 140a SGB V (Verträge zur besonderen Versorgung)**

Eine naheliegende Finanzierungsoption bietet § 140a SGB V. Verträge mit Krankenkassen zur sogenannten besonderen Versorgung ermöglichen eine sog integrierte Versorgung, also eine sektoren- oder fachübergreifende Versorgung. Die Verträge können auch Regelungen enthalten, die die besondere Versorgung regional beschränken. Die Leistungen der Übergangsmanagerin könnten in Form definierter Module (z. B. Hausbesuche, Hilfeplanung, Fallkonferenzen) vertraglich vereinbart und vergütet werden. Voraussetzung hierfür ist die Anbindung an einen nach SGB V anerkannten Leistungserbringer wie einen Pflegedienst oder ein Gesundheitszentrum.

- **§ 92a SGB V (Innovationsfonds des G-BA)**

Für eine breitere wissenschaftliche Erprobung kommt eine Förderung über den Innovationsfonds in Betracht. Das Modell erfüllt zentrale Förderkriterien: Es ist sektorenübergreifend, patientenzentriert, adressiert eine vulnerable Zielgruppe und basiert auf einem bereits praxiserprobten Interventionsansatz. Der Förderzeitraum würde jedoch zunächst eine Fortführung im Modellstatus bedingen; eine nachhaltige Etablierung in der Regelversorgung müsste anschließend separat angestrebt werden.

4.3.5 Implementierungsgüte des Interventionsmodells

Im Rahmen der qualitativen Evaluation des InPortant-Vorhabens wurden zwei Interviews mit den Übergangsmanagerinnen der EHS durchgeführt. Ziel war es, die Implementierungsgüte des quartiersbasierten, pflegegeleiteten Übergangsmanagements entlang zentraler Evaluationskriterien auf Grundlage der Inhaltsanalyse der Transkripte systematisch zu bewerten. Die Ergebnisse werden im Folgenden strukturiert dargestellt.

4.3.5.1 *Wiedergabetreue (Fidelity)*

Die Umsetzung des Interventionsmodells orientierte sich weitgehend an den vorgesehenen Handlungsabläufen. Die Übergangsmanagerin wurde in die Entlassungsplanung im Krankenhaus eingebunden, führte Hausbesuche durch und koordinierte nachgelagerte Hilfe und Versorgungsmaßnahmen. Allerdings zeigten sich punktuelle Abweichungen, etwa beim dritten Hausbesuch, der nicht in jedem Fall realisiert wurde: „Was ich jetzt auf dem ersten Blick sehe, ist, dass der dritte Hausbesuch zum Beispiel da noch fehlt.“ Der dritte Hausbesuch ist allerdings optional und nur bei Bedarf erforderlich. Auch Aufgaben wie die Bedarfseinschätzung im Krankenhaus wurde abweichend vom Modell in der Praxis von der Übergangsmanagerin kooperativ, zusammen mit der Patientenkoordinatorin übernommen: „Ich habe ja dann die Einschätzung mitgemacht und nicht mehr [nur] die Patko.“

Kurzfristige Entlassungen, die im Krankenhaus aufgrund der Belegungssituation auch auftreten, erschwerten die Einhaltung der vorgesehenen Abfolge: „Wenn jetzt eine Entlassung spontan irgendwie stattgefunden hat (...) dann haben teilweise mich auch die Ärzte angerufen.“ Dies zeigt allerdings auch die Notwendigkeit einer situationsabhängig flexiblen Umsetzung des Handlungsablaufs, ohne jedoch das strukturierte Vorgehen gänzlich aufzugeben.

4.3.5.2 *Angemessenheit (Appropriateness)*

Die Relevanz des Übergangsmanagements wird von den Interviewten als sehr hoch eingeschätzt, insbesondere bei alleinlebenden oder vulnerablen Patientinnen mit komplexen Bedarfen: „Viele Patientinnen waren auf sich allein gestellt. Da war es einfach wichtig, dass wir da waren“. Die Intervention adressiert komplexe, individuelle Bedarfe passgenau: „Gerade wenn jemand keine Angehörigen hat oder die Situation sehr instabil ist, ist es Gold wert, wenn wir das auffangen.“

Besonders betont wurde das Potenzial des Übergangsmanagements, Versorgungsbrüche zu vermeiden und bislang wenig genutzte ambulante Potenziale zu erschließen. Die Möglichkeit zur individualisierten Fallsteuerung wurde als entscheidender Vorteil eines bedarfsgerechten Übergangs hervorgehoben.

4.3.5.3 *Durchdringung (Penetration)*

Das Übergangsmanagement konnte gut in das lokale Versorgungsumfeld im Quartier integriert werden. Es bestehen belastbare Kooperationen mit Hausärzt*innen, Pflegediensten, Homecare-Anbietern und sozialen Diensten: „Wir haben ein gutes Netzwerk mit ambulanten Diensten, Hausärzten und auch mit dem Pflegestützpunkt aufgebaut.“ Gleichzeitig wurde auf bestehende Lücken hingewiesen: „Es bräuchte aber noch verbindlichere Strukturen zwischen uns und z. B. dem Pflegestützpunkt“. Für eine weitergehende Implementierung ist ein systematischer Ausbau der Netzwerkstrukturen erforderlich.

Besondere Bedeutung wurde hierbei der Einbindung der kommunalen Angebote und Strukturen zugeschrieben. Vor allem dem Bürgerservice Leben im Alter (LiA) sowie den Pflegestützpunkten wurden dabei besonders hervorgehoben:

In den Interviews mit den Übergangsmanagerinnen wird der Bürgerservice „Leben im Alter“ (LiA) mehrfach thematisiert. Dabei wird vor allem auf die Rolle und Möglichkeiten von LiA in der nachstationären Versorgung und bei der Vermittlung von Unterstützungsangeboten im Quartier Bezug genommen:

- (a) *Funktion und Rolle von LiA:* Der Bürgerservice in kommunaler Trägerschaft wird als ein zentrales Bindeglied zwischen dem Übergangsmanagement und dem ambulanten Hilfenetz im Quartier beschrieben. Die Serviceangebote sind in Abbildung 3 beschrieben und umfassen auch den Pflegestützpunkt im untersuchten Quartier. Der Dienst übernimmt eine koordinierende Funktion, vor allem dann, wenn die Intervention des Übergangsmanagements zeitlich endet oder wenn ein längerfristiger Unterstützungsbedarf besteht: „Wir versuchen dann an die LiA zu übergeben, also Leben im Alter. Wenn wir merken, da ist ein dauerhafter Bedarf und es braucht jemanden, der auch längerfristig schaut.“. LiA übernimmt dabei Aufgaben wie die Organisation haushaltsnaher Dienstleistungen, Vermittlung sozialer Kontakte oder Unterstützung bei der Alltagsbewältigung, also ergänzende Funktionen, die das Übergangsmanagement selbst nicht dauerhaft leisten kann.
- (b) *Kooperation von LiA mit dem Übergangsmanagement:* Die Übergangsmanagerinnen betonen die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer klaren Schnittstelle zu LiA. Die Zusammenarbeit wird als produktiv, aber nicht immer optimal strukturiert beschrieben. Es fehlen mitunter standardisierte Übergabeprozesse oder gemeinsame Fallbesprechungen. „Manchmal war nicht ganz klar: Wer übernimmt jetzt? Wir haben dann selber angerufen bei LiA, aber eine feste Struktur dafür fehlt eigentlich.“ Hier zeigt sich ein Verbesserungspotenzial in der Etablierung fester Übergaberoutinen oder gemeinsamer Kooperationsstandards zur stärkeren Verzahnung des Übergangsmanagements und der kommunalen Hilfsangebote, die bei dauerhaftem Bedarf übernehmen. Dabei wird auch geäußert, dass das Übergangsmanagement auch an LiA angebunden wird und in eine kommunale Trägerschaft übergehen könnte.
- (c) *Beurteilung des Mehrwerts der Einbindung von LiA:* LiA wird von den Übergangsmanagerinnen als wertvolle Ressource im Quartier eingeschätzt, insbesondere für Patient*innen mit geringer sozialer Einbindung oder komplexem Hilfebedarf: „Gerade bei den Alleinstehenden, die niemanden haben, da ist LiA Gold wert. Die können viel auffangen, was wir nicht mehr leisten können“. Die Interviewten sehen im LiA-Dienst ein Beispiel für quartiersbezogene Unterstützungsstrukturen, die idealerweise in jedes Übergangsmanagement eingebunden sein sollten.

4.3.5.4 Umsetzbarkeit und Bereitschaft zur Umsetzung (Adoption)

Die Umsetzung wurde insgesamt positiv bewertet. Die flexible, fallbezogene Arbeit wurde als sinnvoll und wirksam beschrieben: „Die Arbeit hat richtig Sinn gemacht, wir konnten so vielen konkret helfen“. Die Bereitschaft zur Umsetzung war sowohl bei den Übergangsmanagerinnen als auch bei Mitarbeitenden des Krankenhauses hoch: „Wir wurden teilweise sogar von Ärzten direkt angesprochen: 'Könnt ihr nicht auch diesen Patienten übernehmen?'“.

Bürgerservice Leben im Alter (LiA)

Serviceleistungen des Amtes für Soziales und Teilhabe der Landeshauptstadt Stuttgart
für ältere Menschen und deren Zugehörigen

- **Beratung 63 Plus**
- **Pflegestützpunkt**
Beratung für hilfe- und pflegebedürftige Menschen sowie ihre Angehörigen zu Pflege, Organisation, Finanzierung, Pflegehilfsmitteln, Vorsorge und präventiven Maßnahmen. Unterstützung bei der Suche nach Diensten, Pflegeheimen und rechtlichen Fragen.
Der Pflegestützpunkt arbeitet an sieben Standorten. Ratsuchende wenden sich an die Mitarbeiterin im Stadtteil, in dem die pflegebedürftige Person wohnt. Bei Wohnort außerhalb von Stuttgart ist der Stadtteil des Wohnortes der Angehörigen zu kontaktieren.
- **Präventive Hausbesuche**
- Information zu allen Fragen rund um das Älterwerden, auf Wunsch im vertrauten Umfeld zuhause möglich
- **Fachstelle Wohnformen im Alter** (Information und Beratung zu Wohnformen)
- **Fachstelle Bürgerschaftliches Engagement** (inkl. Nachbarschaftsbrücke)

Abbildung 3: Serviceleistungen des Stuttgarter Bürgerservice Leben im Alter (LiA)

Quelle: <https://www.stuttgart.de/buergerinnen-und-buerger/senioren/buergerservice-leben-im-alter>

Gleichwohl wurden personelle Engpässe und damit verbundene Einschränkungen deutlich: „Wir mussten sehr jonglieren mit unseren Kapazitäten, manchmal war es einfach nicht möglich, alle zu betreuen“. Die personellen Herausforderungen bestanden vor allem hinsichtlich folgender Punkte:

- (a) **Alleinige Zuständigkeit und fehlende Redundanz:** Die Übergangsmanagerin war über weite Teile des Pilotzeitraums allein für die Umsetzung des Übergangsmanagements zuständig. Das wurde explizit als große Herausforderung genannt, vor allem bei Abwesenheiten: „Ich war ja lange Zeit alleine zuständig. Und wenn ich krank war oder Urlaub hatte, lief halt einfach nichts weiter.“ Diese personelle Engführung führte im seltenen Krankheitsfall zu Aussetzern in der Betreuungskette, was wiederum die Kontinuität gefährdete. Es bestand initial keine belastbare Vertretungsstruktur.
- (b) **Schwierigkeiten bei der Vertretung:** Die Übergangsmanagerin berichtet, dass Vertretungen nur schwer zu organisieren waren und häufig nicht im erforderlichen Umfang im Projektkontext verfügbar war. So kam es dazu, dass bestimmte Aufgaben nicht übernommen wurden. „Die Kollegin konnte mich zwar mal vertreten, aber sie kannte die Fälle nicht und hatte auch keine Routine. So konnte sie vieles einfach nicht machen.“ Die unregelmäßige Vertretungssituation, die auch aufgrund begrenzter Projektmittel nicht realisierbar war, verhinderte eine umgehende nahtlose Weiterführung des Übergangsmanagements im Krankheits- oder Urlaubsfall.
- (c) **Hohe emotionale und organisatorische Belastung:** Die alleinige Verantwortung für das Projekt, inklusive der Fallbegleitung, der Dokumentation und der gesamten Koordination, führte bei der Übergangsmanagerin zu einer hohen Belastung: „Man ist irgendwie immer in der Verantwortung. Wenn man weiß, da wartet jemand auf einen Hausbesuch, das lässt einen auch nicht los im Urlaub.“ Diese Aussagen weisen auf eine strukturelle Überlastung hin, die das Risiko von Erschöpfung und langfristigen Ausfällen erhöhen kann und somit bei einer Weiterentwicklung des Vorhabens dringend berücksichtigt werden sollte.

- (d) Bedarf an personeller Verstärkung: Die Übergangsmanagerin spricht sich ausgehend vom patient*innenseitigen Bedarf für eine Ausweitung des Personals aus, nicht nur zur Vertretung, sondern auch zur Aufteilung der komplexen Aufgaben im Übergangmanagement: „Das müsste eigentlich mindestens zwei Leute machen. Einer alleine kann das auf Dauer gar nicht stemmen, wenn man es richtig machen will“.

Im Verlauf der Pilotierung konnte dann zwar eine hinreichende Lösung gefunden werden, die akute Ausfälle und Abwesenheiten der Übergangsmanagerinnen auffing. Angesichts des hohen und steigenden Bedarfs an ambulanter Koordination des Übergangs und des Wunsches nach niedrigschwelliger Versorgung im Quartier wird hinsichtlich einer dauerhaften Umsetzung eine personelle Verstärkung als notwendig erachtet.

4.3.6 Wirkung auf die Kontinuität der Versorgung

Die Intervention stärkte die zeitliche, beziehungsbezogene und informationelle Kontinuität in der Versorgung. Wiederholte Hausbesuche vermittelten Sicherheit: „Der erste Hausbesuch gab vielen Sicherheit, da sie ja sonst allein gewesen wären“. Auch vertrauensvolle Beziehungen konnten etabliert werden: „Manche wollten nur uns sprechen, weil sie schon Vertrauen hatten“. Die Koordination der Informationsflüsse zwischen Krankenhaus, Übergangmanagement und ambulanter Versorgung wurde in weiten Teilen als gelungen beschrieben, wenngleich bei kurzfristigen Entlassungen Nachbesserungsbedarf bestand: „Wir hatten auch Fälle, bei denen wir spät informiert wurden“

4.3.7 Mehrwert der Intervention aus Sicht der Übergangsmanager*innen

Für die *Patient*innen* lag der Mehrwert aus Sicht der Übergangsmanagerin in der niedrigschwelligen Begleitung, dem persönlichen Kontakt, der individuellen Koordination und Steuerung von Hilfen sowie der Sicherstellung häuslicher Versorgung: „Ohne das Projekt hätten einige sicher nicht rechtzeitig einen Pflegedienst bekommen“.

Für das *Krankenhaus* bedeutete das Übergangmanagement aus Sicht der Übergangsmanagerin eine Entlastung der Patientenkoordination (Entlassungsmanagement) und eine verbesserte Versorgungsplanung: „Für das Krankenhaus waren wir ein echter Mehrwert. Wir konnten Fälle übernehmen, bei denen sonst niemand gewusst hätte, wie weiter“.

Im Quartier wurde aus Sicht der Übergangsmanagerin durch ihre Präsenz ein sichtbarer Beitrag zur Vernetzung und zum Aufbau nachhaltiger Strukturen geleistet: „Das Quartier weiß jetzt, dass es uns gibt. Das schafft auch neue Möglichkeiten.“

Die Ergebnisse der Analyse der Interviews mit den Übergangsmanagerinnen weisen darauf hin, dass die Intervention in ihrer Grundstruktur erfolgreich umgesetzt wurde und als wirksam eingeschätzt wird. Sie adressiert zentrale Herausforderungen des Versorgungsübergangs aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit und bietet eine flexible, personenzentrierte Lösung. Für eine dauerhafte Etablierung bedarf es allerdings verbindlicher Finanzierungsstrukturen, eine institutionelle Einbettung im Quartier und einer Ausweitung personeller Ressourcen. Das Modell hat dann das Potenzial, nach Weiterentwicklung in die Regelversorgung überführt zu werden.

4.3.8 Ergänzungen aus Sicht der Projektbeteiligten des Krankenhauses

Im Rahmen der qualitativen Evaluation des InPortant-Vorhabens wurde ergänzend zu Einzelinterviews mit einer Übergangsmanagerin eine Fokusgruppe mit Vertreterinnen des Robert-Bosch-Krankenhauses (RBK) durchgeführt. Teilgenommen haben eine Pflegefachperson einer teilnehmenden Pilotstation, die Patientenkoordinatorin (Entlassungsmanagerin), die pflegefachliche Projektkoordinatorin sowie deren Stellvertreterin. Ziel war es, Erfahrungen mit der Implementierung, praktischen Umsetzung und Wirkung des Übergangsmagements zu reflektieren und zentrale Erkenntnisse herauszuarbeiten.

4.3.8.1 Implementierung und strukturelle Anbindung

Das Übergangsmangement wurde im RBK grundsätzlich als sinnvolle Ergänzung zum bestehenden Entlassungsmanagement wahrgenommen. Die Patient*innen reagierten überwiegend positiv und verstanden das Angebot als besondere Serviceleistung des Krankenhauses. Die Einbindung der Übergangsmanagerin war jedoch nicht durchgehend strukturell verankert. Vielmehr hing der Erfolg stark von ihrer persönlichen Präsenz und Sichtbarkeit im Klinikalltag ab. Aufgrund fehlender Vertretungsregelungen kam es stellenweise zu Lücken bei der Anbahnung des Übergangsmagements. Trotz erkennbarer Lerneffekte und Verbesserungen wurde eine bessere strukturelle Anbindung und kontinuierliche Präsenz als Voraussetzung für eine nachhaltige Implementierung identifiziert. Die Patientenkoordinatorin betonte dabei die hohe pflegefachliche Kompetenz der Übergangsmanagerin in der ambulanten Versorgung, wünschte sich jedoch bei komplexen Fällen mit sozialen Aspekten teilweise mehr Lösungsvorschläge. Gleichzeitig räumte sie ein, dass solche Bedarfe im Krankenhaus oft noch nicht klar erkennbar sind und eine adäquate Einschätzung besser im häuslichen Umfeld erfolgen kann.

4.3.8.2 Zielgruppenerreichung und Bedarfserhebung

Die ursprünglich geplante strukturierte Bedarfserhebung mittels BRASS-Index (Blaylock Risiko Assessment Score) wurde in der Praxis nicht als zielführend erlebt: „Also die kriteriengeleitete Einschätzung. Das war ja eigentlich das, was wir am Anfang mit diesem Instrument BRASS gemacht haben. Da haben wir schon gemerkt, dass wir Patienten, die eigentlich so nicht aufgefallen sind, Dank dem BRASS und den anderen Kriterien dann erkannt haben [...]“. Allerdings ergaben sich anfangs Differenzen in der Einschätzung zwischen Station und Patientenkoordination: „Dann gab es am Anfang auf den Stationen noch eine Differenz zur Einschätzung der Patientenkoordination. Die sahen manchmal nicht den Bedarf, wie wir ihn mittels BRASS identifiziert haben [...]. Es war ja immer so, dass eigentlich die Pflegenden auf Station gesagt haben, sie sehen einen Bedarf und haben dann die Patientenkoordination angefordert für ein Entlassungsmanagement.“ Dies weist auf Barrieren in der Implementierung und Verbesserungsbedarf bei der empfohlenen Trennung von Risikoscreening und differenzierter Bedarfseinschätzung hin, so wie im Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege empfohlen. Im weiteren Projektverlauf wurde dies pragmatisch gelöst: „Genau die kriteriengeleitete Einschätzung kam von der Station und die differenzierte Einschätzung von uns [Patientenkoordination].“ In der Praxis dominierte letztlich eine subjektive klinische Einschätzung basierend auf Erfahrung. Die

Patientenkoordination und Übergangsmanagerin trafen die Patient*innen gemeinsam zu einem sozialen Assessment: „Nach der so erfolgten differenzierten Einschätzung hatte ich als Patientenkoordinatorin dann die Patienten, die infrage kommen für InPortant. Und dann gab es ja tägliche Besuche von der Übergangsmanagerin im Krankenhaus und wir sind dann zu zweit zum Patienten gegangen und haben erst mal im Gespräch ein soziales Assessment gemacht, und geschaut: Wie stellt sich der Bedarf wirklich da. Und wir haben uns ein eigenes Bild gemacht. Wenn es eindeutig war, haben wir das Übergangsmanagement angeboten.“

4.3.8.3 Wirkung auf die Versorgungskontinuität und Vermeidung von Fehlversorgung

Besonders hervorgehoben wurde die Stärkung der zeitlichen und beziehungsbezogenen Kontinuität. Wiederholte Hausbesuche vermittelten Sicherheit und Vertrauen. Die Beteiligten berichteten, dass Patient*innen durch die persönliche Beziehung zur Übergangsmanagerin motivierter waren, Hilfen in Anspruch zu nehmen und sich auf die Entlassung vorzubereiten: „Manche Patient*innen wollten nur mit der Übergangsmanagerin sprechen.“

Das frühzeitige Einbinden der Übergangsmanagerin ermöglichte auch die Vermeidung von Fehlversorgungen unter Entlassungs- und Zeitdruck: „Wenn die Übergangsmanagerin involviert war, die dann zu Ihnen nach Hause kommt, haben die Patienten erstens unter Umständen noch mehr Leistungen. Nämlich denen wird beim Papierkram noch geholfen. Pflegegrad beantragen oder irgendwas anderes. Und Sie haben die Möglichkeit, früher nach Hause zu kommen und auf jeden Fall gesichert nach Hause zu kommen. Und die Sache mit der Kurzzeitpflege oder dem Pflegeheim ist dann vom Tisch. Und das ist auch positiv.“

Dass dies im klinischen Prozess des Entlassungsmanagements mit einem Mehrwert für alle Beteiligten einhergeht, zeigt folgendes Zitat: "Wir haben ja ohne ein Übergangsmanagement oft die Anforderung, Patient muss in Kurzzeitpflege, weil vielleicht kein Unterstützungssystem zu Hause ist, weil man nicht weiß, wie der Patient sonst zu Hause sich versorgen soll. Wenn es aber ein Übergangsmanagement gibt, kann der Patient dann umfangreicher ambulant versorgt werden. Und zusätzlich kommt ja noch die Übergangsmanagerin sehr schnell nach der Krankenhaus Entlassung nach Hause und guckt noch mal ob auch wirklich alles passt. Und wenn man da noch weitere Hilfe braucht, kann die noch intensiviert werden, weil die Übergangsmanagerin ein bestimmtes Netzwerk eben noch hat. Und dadurch konnte eine Entlassung schneller, schneller vollzogen werden [...] Die Ärzte waren da immer sehr glücklich, wenn die gesagt haben: Es gibt einen Patienten, der muss eigentlich entlassen werden und jetzt suchen wir eine Kurzzeitpflege. Dann habe ich gesagt: Ich habe noch eine andere Möglichkeit. Und die Patienten waren da auch glücklich, weil die natürlich viel lieber nach Hause wollen. Und die haben sich abgesichert gefühlt dadurch, dass die zu Hause noch jemand besucht, weil die dann quasi noch so einen Anker hatten."

Die Patientenkoordinatorin erlebte hier eine Unterstützung, die einer zeitdruckbedingten Verlegung in die Kurzzeitpflege entgegenwirkt und die Entlassung in die Häuslichkeit ermöglicht und die Versorgungskontinuität unterstützt. Über die Zufriedenheit hinaus wird auch das ökonomische Potential deutlich, sowohl für das Krankenhaus an sich als auch für das Versorgungssystem im Ganzen

4.3.8.4 Mehrwert für das Krankenhaus und das Quartier

Aus Sicht der Beteiligten bestand der Mehrwert des Übergangsmagements für das Krankenhaus insbesondere in der Unterstützung bei komplexen Entlassungssituationen sowie in der Entlastung der Pflege. Die Pflegefachperson hob hervor, dass das Übergangsmangement dazu beitrug, die „psychologische Last“ der Entlassung zu verringern, weil klar war, dass „jemand nach dem Patienten schaut“. Auch ökonomische Vorteile wurden gesehen, etwa durch eine Verkürzung der Verweildauer: „Wenn wir schneller sicher entlassen können, spart das natürlich auch Kosten“.

Besonders erwähnt wurde der Aspekt, dass durch die Kooperation mit der Übergangsmanagerin auch sehr viel neues Wissen zu Versorgungsstrukturen und pflegebezogenen und sozialen Hilfsangeboten im Quartier in die Entlassungsplanung einfluss und somit der Wissensfundus im Krankenhaus deutlich gesteigert werden konnte: "Es war spürbar, dass dann Wissen da ist, was es da im Stadtteil gibt. Und zwar ein Wissen, das wir für uns im Krankenhaus noch nicht erschlossen hatten".

Mit Blick auf das Quartier wurde von der Patientenkoordinatorin auch der städtische Besuchsdienst „Leben im Alter“ (LiA) thematisiert. Sie reflektierte dabei mögliche Unterschiede zwischen diesem Angebot und der InPortant-Intervention: „Ich habe jetzt gerade überlegt, was der Unterschied eigentlich zu Leben im Alter ist? Weil wir könnten als Krankenhaus ja auch den Kontakt zu Leben im Alter aufnehmen und viel intensiver gestalten. Das wäre prinzipiell möglich. Und die machen ja dann auch einen Hausbesuch bei den Patienten und vermitteln zu Dienstleistern im Quartier. Ich glaube aber, der Vorteil vom Übergangsmangement für uns als Krankenhaus ist es, dass wir weniger Aufwand haben, denn ich habe den Service, dass jemand zu mir ins [Kranken]Haus kommt und ich kann dadurch den Fall in meinem Berufsalltag integriert besprechen und muss nicht ein Telefonat führen und das irgendwie kompliziert erklären. Und dann gibt es vielleicht ein Missverständnis. Sondern die Übergangsmanagerin sieht ja dann auch den Patienten. Früh schon bei uns [im Krankenhaus]. Und das wiederum ist jetzt der klare Vorteil, auch für den Patienten, weil er einfach schon ein Gesicht hat. Und es gab schon mal diesen persönlichen Kontakt. Und dann, glaube ich, hat auch der Patient mehr Zutrauen, nach Hause zu gehen und zu wissen: Die, die ich da schon gesehen habe, die kommt wieder. Das war ja die nette junge Frau aus dem Krankenhaus.“

Aus dieser Einschätzung wird deutlich, dass sich das InPortant-Angebot funktional wie strukturell vom kommunalen LiA-Dienst unterscheidet. Während LiA auf nachgehende, quartiersbezogene Hausbesuche fokussiert ist, ermöglicht InPortant eine frühzeitige Kontaktaufnahme bereits im Krankenhaus und damit eine durchgehende Beziehungskontinuität. Diese persönliche Verbindung wird sowohl aus Sicht der Patientinnen als auch aus Perspektive der Klinikakteurinnen als zentral für Vertrauen, Sicherheit und reibungslose Koordination empfunden.

Vor diesem Hintergrund erscheint es perspektivisch sinnvoll, kommunale Angebote wie LiA mit einem pflegefachlich fundierten Übergangsmangement zu verknüpfen. Dies könnte zu einer besseren Verzahnung der bestehenden quartiersbezogenen Infrastruktur mit klinischem Fachwissen beitragen und eine kontinuierliche sowie bedarfsorientierte

Nachsorge sichern. Die Kombination von pflegebezogener Expertise und lokalem Netzwerk- und Strukturwissen böte dabei ein hohes Potenzial zur Schließung bestehender Versorgungslücken im Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit.

4.3.8.5 Verbesserungspotenziale

Die Fokusgruppe identifizierte mehrere Ansatzpunkte für eine Verbesserung des Modells:

- Bessere strukturelle Integration der Übergangsmangerin in die stationären Abläufe und regelhafte Fallbesprechungen, insbesondere durch die Umsetzung eines Ausfall- und Vertretungsmanagements
- Ausbau der quartiersbezogenen Wissensbestände im Krankenhaus: „Wir brauchen mehr Überblick, was draußen überhaupt alles angeboten wird“.
- Systematisierung der Rückmeldung aus der Häuslichkeit: „Es wäre hilfreich zu wissen, wie es den Leuten dann wirklich geht - eine Art Feedback-Schleife“
- Verzahnung mit kommunalen und sozialraumorientierten Angeboten wie „Leben im Alter“: „Da gibt’s tolle Angebote, aber die nutzen wir zu wenig“
- Aufhebung der lokalen Eingrenzung des Angebots auf bestimmte Stadtteile: „Die Bedarfe hören ja nicht an der Postleitzahlgrenze auf“.

Die Fokusgruppe bestätigte die hohe Relevanz und den praktischen Nutzen des Übergangsmangements für eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Versorgung. Eine nachhaltige Implementierung erfordert jedoch klare Strukturen, verlässliche Ressourcen und die systematische Kooperation mit ambulanten und kommunalen Partnern. Die Ergebnisse dieser Fokusgruppe ergänzen die Perspektiven der Übergangsmangerin im vorangehenden Kapitel und verdeutlichen die Bedeutung des Modells für die gelingende sektorenübergreifende Versorgung.

4.3.9 Subjektiver Nutzen der Intervention aus Patient*innensicht

Aus den Daten der Interviews mit den Patient*innen bzw. deren Zu- und Angehörigen und den ergänzenden Informationen wurden strukturierte Fallberichte generiert. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über das Sample der interviewten Patient*innen.

Tabelle 3: Charakteristik Patient*innen-Sample

	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Fall 4	Fall 5
Alter	83	73	61	63	77
Geschlecht	w	m	w	m	w
Stadtteil					
Pflegegrad (Aufnahme)	1	4	-	-	-
Pflegegrad (nach Übergang)	2	4	1	1	-
Aufnahmediagnose	Kardiale De- kompensation	Epilepsie, Harn- wegsinfektion, Hypokaliämie	Schwere respiratorische Insuffizienz Leberzirrhose	Liegetrauma, akute Nieren- schädigung, Hyponatriämie	Covid Infektion
Multimorbidität*	ja	ja	ja	nein	ja
Kognitive Einschränkungen	nein	ja	nein	möglich	nein
Barthel Index	100	5	100	45	k.A.
Polypharmazie**	11	12	10	4	10
Verweildauer (in Tagen)	9	7	31	5	5
Krankenhausaufenthalte***	2	2	3	1	3

(*drei oder mehr chronische Erkrankungen; **Anzahl Medikamente bei Entlassung; ***vor dem aktuellen Krankenhausaufenthalt)

4.3.9.1 Fallbericht Interview 1

Die Patientin ist 83 Jahre alt, lebte zum Zeitpunkt der Entlassung im betreuten Wohnen im Stadtteil Feuerbach und war bei Krankenhausaufnahme mit Pflegegrad 1 eingestuft. Sie leidet an einer ausgeprägten Multimorbidität, bestehend aus pulmonalarterieller Hypertonie, Lungenfibrose, Emphysem, Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Nephropathie (Stadium G4A3) sowie arterieller Hypertonie. Trotz der Vielzahl chronischer Erkrankungen wurde ein Barthel-Index von 100 Punkten dokumentiert. Die Polypharmazie liegt bei 11 Medikamenten. Die Aufnahme erfolgte aufgrund einer rechtsführenden kardialen Dekompensation und einer Verschlechterung der bekannten pulmonalen Hypertonie.

1. Versorgungssituation und Erfahrungen mit dem Übergangmanagement

Die Patientin wurde im Rahmen einer Routineuntersuchung im Krankenhaus stationär aufgenommen. Zum Zeitpunkt der Entlassung lebte sie zusammen mit Ihrem kranken und pflegebedürftigen Ehemann im betreuten Wohnen. Nach Beendigung des Übergangsmagements ist ihr Ehemann verstorben. Sie wird von ihren beiden Töchtern unterstützt, die in derselben Stadt wohnen, sowie durch einen Pflegedienst und eine Reinigungskraft im Zweiwochenrhythmus. Die Patientin zeigte sich im Interview sehr dankbar für das Angebot des Übergangsmagements, empfand jedoch zum Zeitpunkt der Entlassung selbst keinen greifbaren Beratungsbedarfe und konnte einzelne Beteiligte im Entlassungs- und Übergangsprozess während des Interviews nur schwer zuordnen. Die Entlassung empfand sie als gelungen, insbesondere weil sie sich auf das Wiedersehen mit ihrem Ehemann freute.

2. Unterstützungsbedarf im Rahmen des Übergangsmagements

Aufgrund der zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen und der hohen Eigenverantwortung in der häuslichen Versorgung bestand ein latenter Unterstützungsbedarf, der zum Zeitpunkt der Übergangsversorgung noch durch die Pflegesituation ihres Ehemannes geprägt war. Die Patientin wirkte insgesamt passiv in ihrer Haltung, zeigte aber Dankbarkeit für jede Form der Unterstützung. Die Versorgung des verstorbenen Ehemannes hatte sie zum großen Teil selbst übernommen und sich in diesem Zuge auch sehr engagiert. Das Muster, dass selbst pflegebedürftige Personen Ihre pflegebedürftigen Partner*innen pflegen ist bekannt und führt in aller Regel zu komplexen Belastungssituationen. Die zunehmenden Einschränkungen in der Selbstpflege und Eigenfürsorge begründeten seitens des Patienten*in einen steigenden Bedarf an pflegerischer, entlastender und organisatorischer Unterstützung.

3. Realisierte Maßnahmen im Zuge des Übergangsmagements

Im Rahmen des Übergangsmagements wurde ein Antrag auf Höherstufung des Pflegegrads gestellt, der nachträglich in Pflegegrad 2 mündete. Außerdem erhielt die Patientin einen Rollator, der im Krankenhaus wegen Gangunsicherheit initiiert und dessen Nutzung im häuslichen Umfeld gemeinsam mit der Übergangsmanagerin eingeübt wurde. Im Zuge des Übergangsmagements wurde zur Eigenfürsorge beraten und zu Lösungen für die häusliche

Pflegesituation beraten. Die Patientin erinnerte sich an zwei Hausbesuche, wobei es beim ersten Besuch zu einem Missverständnis durch einen krankheitsbedingten Ausfall kam. Sie empfand die Abstimmung danach aber als gut.

4. Mehrwert durch das Übergangsmanagement

Das Übergangsmanagement trug dazu bei, den steigenden Hilfe- und Pflegebedarf der Patientin frühzeitig zu erkennen und entsprechende Leistungen zu initiieren. Besonders hervorzuheben ist die Rolle der Übergangsmanagerin bei der Schulung im Umgang mit dem Rollator sowie bei der Antragstellung auf Pflegegrad 2. Auch wenn die Patientin eher passiv wirkte, nahm sie die angebotene, konkrete Unterstützung dankbar an. Durch die aufsuchende Struktur des Übergangsmanagements konnte eine lückenlose pflegebezogene Anschlussversorgung sichergestellt werden, was der Patientin Sicherheit im Alltag verschaffte.

4.3.9.2 Fallbericht Interview 2

Der 73-jährige im Stadtteil Feuerbach lebende männliche Patient mit Pflegegrad 4 wurde aufgrund eines infektgetriggerten epileptischen Anfalls im Zusammenhang mit einer bekannten Epilepsie stationär aufgenommen. Zusätzlich wurden eine Harnwegsinfektion und eine Hypokaliämie diagnostiziert. Er weist eine ausgeprägte Multimorbidität auf, u.a. mit einem Zustand nach Schlaganfall mit territorialem Anteriorinfarkt rechts und einer daraus resultierenden hochgradigen, beinbetonten Hemiparese links mit Plegie des Beins sowie eine hochgradige Antriebsminderung. Weitere chronische Erkrankungen umfassen Morbus Parkinson, eine Demenz, arterielle Hypertonie sowie Diabetes mellitus Typ 2. Der Barthel-Index beträgt 5, was auf eine starke Einschränkung der Selbstständigkeit und geringe Alltagsfähigkeiten hinweist. Der Patient erhält zwölf Medikamente und wurde im Jahr 2024 bereits zweimal stationär im Krankenhaus behandelt. Der aktuelle Aufenthalt dauerte sieben Tage.

1. Versorgungssituation und Erfahrungen mit dem Übergangsmanagement

Der pflegebedürftige Patient lebt zuhause mit der Ehefrau. Aufgrund seiner kognitiven Einschränkungen konnte er selbst nur begrenzt Auskunft geben. Das Interview wurde deshalb mit der Ehefrau geführt, die angab, dass sich die häusliche Situation mit der letzten Entlassung deutlich gebessert hat. Der Übergang aus dem Krankenhaus verlief problemlos. Die Ehefrau ist sehr kompetent im Umgang mit den Heil- und Hilfsmitteln, äußert allerdings, dass es in der Vergangenheit oft „sehr schwierig“ war und sie sich „alleine gelassen“ fühlte. Seit dem Schlaganfall gab es viele Komplikationen und Herausforderungen (z.B. zunehmende Inkontinenz und Einschränkung der Mobilität) und im Verlauf verschlechterte sich der Gesundheitszustand (z.B. die Zunahme der epileptischen Anfälle) zusehends. Dies führte dann zu einer umfangreichen Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 4) und einer Einstufung der Behinderung von 90%. Vor dem Krankenhaus wurde oft der Rettungsdienst gerufen, da der Patient nicht mobil ist, Gehen ist nur schrittweise für sehr kurze Distanzen möglich. Daraus resultierten mehrere Krankenhausaufenthalte. Die Ehefrau betont, dass die Erkrankungen ihres Mannes mit sehr vielen Aufgaben verbunden sind, z.B. auch feste Uhrzeiten für die Parkinsonmedikamente mehrmals täglich und sie selbst sehr fokussiert auf die Pflege des

Mannes und auch ausgelastet und äußerst pflichtbewusst hinsichtlich der Pflege Ihres Mannes wirkt. Eine typische Situation des Engagements das mit Überforderung und persönlicher „Aufopferung“, die oft zu Überlastungssituationen führt.

2. Unterstützungsbedarf im Rahmen des Übergangsmanagements

Angesichts der erheblichen kognitiven Einschränkungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit sowie Unterstützungsbedarf der pflegenden Ehefrau bestand ein hoher Hilfebedarf. Es war wichtig, die Rückkehr in die Häuslichkeit strukturiert zu gestalten und eine enge Abstimmung mit dem pflegerischen und ärztlichen Personal sicherzustellen. Der Patient selbst war nicht in der Lage, konkrete Bedarfe zu formulieren. Umso wichtiger war eine vorausschauende Einschätzung und Steuerung der Versorgung im Rahmen des Übergangsmanagements. Bedarf bestand insbesondere hinsichtlich der Klärung des Leistungsanspruchs, einer strukturierten Pflegebedarfserhebung, und insbesondere auch zu Entlastungsmöglichkeiten der pflegenden Ehefrau.

3. Realisierte Maßnahmen im Zuge des Übergangsmanagements

Im Rahmen des Übergangsmanagements fanden bereits im Krankenhaus ein Assessment der Pflege- und Unterstützungsbedarfe und die erste Planung der Maßnahmen statt. Im Zuge von Hausbesuchen der Übergangsmanagerin wurde die Ehefrau und der Patient zur Möglichkeit der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege beraten, insbesondere auch um die pflegende Ehefrau zu entlasten und die Pflegesituation sicherzustellen. Die Übergangsmanagerin übernahm dann auch die Organisation der Kurzzeitpflege. Die Versorgung mit Medikamenten wurde ärztlich angepasst wodurch sich auch die Inkontinenz und Versorgungssituation mit dem Dauerkatheter verbesserte. Weitere Maßnahmen, wie eine direkte Abstimmung mit dem ambulanten Pflegepersonal oder der Weiterführung einer auslaufenden Ergotherapie wurden durch das Übergangsmanagement unterstützt, sowie zur Vermeidung der Anrufe des für medizinische Notfälle vorgesehenen Rettungsdienstes ein Hausnotrufsystem installiert.

4. Mehrwert durch das Übergangsmanagement

Das Übergangsmanagement hatte in diesem Fall eine stabilisierende Funktion. Die koordinierte Rückverlegung in die Häuslichkeit und die angepasste pflegebezogene Versorgung und medikamentöse Optimierung förderte die Kontinuität der Pflege. Besonders bedeutsam war die Pflegebedarfserhebung mit der Planung adäquater Maßnahmen, die sowohl dem Patienten als auch der pflegenden Ehefrau zugutekam. Aufgrund der Überforderung der Ehefrau und der schweren kognitiven Einschränkungen des Patienten war das Ehepaar im Übergang aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit auf externe Steuerung angewiesen. Das Übergangsmanagement ermöglichte es, Versorgungslücken zu schließen, die pflegerische Versorgung zu optimieren und somit die Versorgungskontinuität und Lebensqualität des Ehepaars zu erhöhen. Die Ehefrau schilderte, dass sie durch die Intervention der Übergangsmanagerin „wach geworden“ und „in die Gänge gekommen“ sei und dass sie das Ergebnis wieder „psychisch hochgebracht“ hat.

4.3.9.3 Fallbericht Interview 3

Die 61-jährige Patientin lebt im Stuttgarter Stadtteil Zuffenhausen und leidet unter multiplen chronischen Erkrankungen, darunter eine dekompensierte Leberzirrhose mit Aszites, Osteoporose sowie eine hypoxische respiratorische Insuffizienz. Im Zuge des aktuellen Krankenhausaufenthaltes, sie wurde notfallmäßig wegen Blutung der Ösophagusvarizen eingewiesen, wurde außerdem thrombotisches Material in der V. mesenterica superior festgestellt. Die Patientin nimmt zehn verschiedene Medikamente ein. Kognitiv liegt eine mittlere bis leichte Einschränkung vor (Barthel- Index kognitiv U51: 80 Punkte), physisch ist sie jedoch laut Barthel-Index (100 Punkte) noch weitgehend selbstständig. Sie wurde innerhalb eines Jahres bereits dreimal stationär behandelt, der aktuelle Krankenhausaufenthalt hatte eine Verweildauer von 31 Tagen.

1. Versorgungssituation und Erfahrungen mit dem Übergangmanagement

Vor dem aktuellen Krankenhausaufenthalt war die Patientin nach eigener Aussage mit dem Alltag noch gut zurechtgekommen. Der Umzug in eine neue Wohnung kurz zuvor, der sie „heruntergezogen hat“, stellte eine erhebliche psychosoziale Belastung dar, die sie emotional stark beanspruchte. Während des Klinikaufenthalts hatte sie selbst proaktiv die Initiative ergriffen, hat nach eigenen Angaben Unterstützung eingefordert und kam so in Kontakt mit dem Übergangmanagement. Die Zusammenarbeit mit der zuständigen Patientenkoordinatorin des Krankenhauses und der Übergangsmangerin wurde als sehr positiv erlebt, insbesondere die Hausbesuche sowie die Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen und Organisation von Hilfen. Die Patientin betonte, dass sie bewusst entschieden habe, Hilfe anzunehmen. Diese Einsicht und der erforderliche Schritt der Inanspruchnahme von Hilfe fiel ihr angesichts ihrer gesundheitlichen Lage nicht leicht.

2. Unterstützungsbedarf im Rahmen des Übergangmanagements

Die Patientin benötigt Unterstützung bei der Organisation häuslicher Versorgung und administrativer Prozesse, da ihr soziales Netzwerk begrenzt ist und sie sich nach dem Umzug sozial isoliert und einsam fühlt. Zudem bestehen Einschränkungen bei der Mobilität (z. B. aufgrund von Gicht und Arthrose in der rechten Hand), welche die alltäglichen Aufgaben erschweren. Die Notwendigkeit einer pflegerischen und hauswirtschaftlichen Unterstützung wurde von der Patientin erkannt, aber erst im Rahmen des Übergangmanagements mit Unterstützung der Übergangsmangerin in konkrete Schritte überführt. Konkreter Bedarf bestand bei der Antragstellung auf Pflegebedürftigkeit und einen Schwerbehindertenausweis sowie bei der beratenden Unterstützung zum Selbstmanagement Ihrer medizinischen, hausärztlichen Versorgung.

3. Realisierte Maßnahmen im Zuge des Übergangmanagements

Im Rahmen des Übergangmanagements wurde ein Pflegegrad beantragt und bewilligt (Pflegegrad 1). Zudem wurde ein Antrag auf Schwerbehinderung gestellt. Die Patientin erhielt Beratung zu hauswirtschaftlichen Hilfen, eine Haushaltshilfe wurde eingerichtet. Eine Reha-Maßnahme wurde aufgenommen, neue Hausärzte kontaktiert und in Anspruch genommen. Außerdem wurde die Patientin mit gezielten Informationen zu Leistungen, Zuständigkeiten und Ansprechpartnern unterstützt. Die Patientin hat auch um Unterstützung

durch die Übergangsmanagerin bei der Einschätzung der Qualität der selbst recherchierten und gefundenen Informationen einer Internet-Recherche gebeten.

4. Mehrwert durch das Übergangsmanagement

Die Patientin profitierte vor allem durch den Zugewinn an Orientierung und Struktur im Umgang mit ihrer komplexen Lebenssituation und erlebte diesen Prozess als Aktivierung eigener Ressourcen (Empowerment). Die Beratung förderte das Selbstmanagement der Patientin, z.B. beim Suchen und Finden einer hausärztlichen Versorgung, und stärkte ihre Gesundheitskompetenz, etwa bei der Beurteilung der Güte von Informationsquellen und Ergebnisse der eigenen Internetrecherche. Leistungsansprüche wurden adressiert und Hilfen zur Pflege und Hauswirtschaft organisiert. Die empfundene Sicherheit durch das Wissen, eine Ansprechpartnerin zu haben, wurde wiederholt betont. Auch das gesteigerte soziale Wohlbefinden und das Gefühl der Selbstwirksamkeit werden der gelungenen Versorgungskoordination durch das Übergangsmanagement zugeschrieben, das schließlich in einer höheren subjektiven Lebensqualität mündete.

4.3.9.4 Fallbericht Interview 4

Der 63-jährige, im Stadtteil Stammheim alleinlebende Patient wurde notfallmäßig mit einem Liegetrauma ins Krankenhaus aufgenommen. In der Folge kam es zu einer akuten prärenalen Nierenschädigung bei Exsikkose sowie einer passageren Hypernatriämie. Darüber hinaus wurde im Rahmen des stationären Aufenthalts die Medikamententherapie zur Behandlung des Morbus Parkinson umgestellt. Funktionelle Einschränkungen wurden durch einen Barthel-Index von 45 dokumentiert und mittels Norton-Skala wurde ein mittleres Dekubitusrisiko (24 Punkte) festgestellt, das pflegebezogene, prophylaktische Maßnahmen erfordert. Hinweise auf kognitive Einschränkungen, die mit der Parkinson-Erkrankung einhergehen, liegen vor, wurden jedoch nicht systematisch erfasst. Die Medikation umfasste bei Entlassung vier Medikamente. Die Krankenhausverweildauer betrug fünf Tage. Es handelte sich um den ersten Krankenhausaufenthalt im Jahr 2024. Ein Pflegegrad lag bei Aufnahme nicht vor, wurde jedoch im Zuge des Übergangsmanagements beantragt und mit Pflegegrad 1 bewilligt.

1. Versorgungssituation und Erfahrungen mit dem Übergangsmanagement

Vor dem akuten Ereignis lebte der Patient eigenständig und hatte nach eigenen Angaben keinen Unterstützungsbedarf. Nach dem Krankenhausaufenthalt offenbarte sich jedoch ein deutlich erhöhter Versorgungsbedarf, dessen er sich selbst zunächst kaum bewusst war. Die Einbindung der Übergangsmanagerin erfolgte über das Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Der Patient konnte sich im Nachhinein nur vage an die Kontakte erinnern, bestätigte aber zwei Hausbesuche durch die Übergangsmanagerin. Im Verlauf wurden grundlegende Leistungen wie ein Hausnotrufsystem und der Antrag auf einen Pflegegrad angestoßen. Der Patient zeigte sich im Gespräch wenig auskunftsfähig zu konkreten Abläufen, bewertete das Angebot des Übergangsmanagements jedoch insgesamt als hilfreich. Die Aussagen im Interview waren stellenweise widersprüchlich oder diffus, was auf eine eingeschränkte Selbstwahrnehmung und mögliche kognitive Einschränkungen hindeutet.

2. Unterstützungsbedarf im Rahmen des Übergangsmanagements

Im Rahmen des Übergangsmanagements bestand ein erheblicher Unterstützungsbedarf in mehreren Bereichen. Zum einen zeigte sich eine fehlende Einsicht in die eigene Pflegebedürftigkeit. Der Patient konnte seine körperlichen und funktionellen Einschränkungen kaum benennen und schien die Notwendigkeit externer Unterstützung zu verdrängen. Diese mangelnde Krankheitseinsicht und die begrenzte Fähigkeit zur Selbststeuerung stellten zentrale Herausforderungen dar. Darüber hinaus bestand ein klarer Informations- und Beratungsbedarf bezüglich des Leistungsanspruchs in der Pflegeversicherung und der entsprechenden Antragswege. Auch in Bezug auf die Einbindung informeller Unterstützungsnetzwerke, wie bspw. einer Großcousine, fehlte es an strukturiertem Engagement und Koordination. Die Organisation hauswirtschaftlicher Hilfen erfolgte zwar teilweise durch den Patienten selbst, allerdings ohne erkennbare Systematik oder verlässliche Steuerung. Insgesamt bedarf es an einem strukturierten pflegerischen Assessment, um die Bedarfs- und Versorgungslage einzuschätzen und den Pflegebedarf realistisch zu erfassen. Hier war insbesondere auch eine Sensibilisierung für krankheitsbezogene Tabuthemen wie Inkontinenz oder die kognitiven Veränderungen notwendig, um die Selbstwahrnehmung des Patienten zu stärken.

3. Realisierte Maßnahmen im Zuge des Übergangsmanagements

Im Rahmen des Übergangsmanagements konnten einige zentrale Maßnahmen angestoßen und auch teilweise realisiert werden. Die Übergangsmanagerin unterstützte erfolgreich die Antragstellung auf einen Pflegegrad, wodurch dem Patienten ein Pflegegrad 1 bewilligt wurde. Damit verbunden wurde ein initialer Zugang zu Pflegeleistungen eröffnet. Gemeinsam mit dem Patienten wurde durch Anraten der Übergangsmanagerin die Installation eines Hausnotrufsystems organisiert, was ein wichtiges Element für das Sicherheitsempfinden des Alleinlebenden in der unsicheren personellen und häuslichen Situation darstellte. Auch die Einbindung der Großcousine in das Unterstützungsnetzwerk wurde im Rahmen der Aktivierung des Hilfenetzwerks durch das Übergangsmanagement berücksichtigt. Darüber hinaus wurde der Kontakt zu einem ambulanten Pflegedienst hergestellt, der den Patienten inzwischen punktuell im Haushalt und der Selbstpflege unterstützt.

4. Mehrwert durch das Übergangsmanagement

Der zentrale Mehrwert des Übergangsmanagements lag in diesem Fall in der erstmaligen strukturierten Auseinandersetzung mit der eigenen Pflegebedürftigkeit und Krankheit (der „Selbsteinsicht“ und „Anerkennung“ des Hilfebedarfs) sowie in der Anbahnung elementarer Versorgungsbausteine. Insbesondere die erfolgreiche Beantragung des Pflegegrads ermöglichte dem Patienten erstmals Zugang zu pflegerischen Leistungen. Die niedrigschwellige Ansprache durch die Übergangsmanagerin wirkte stabilisierend und setzte erste Impulse zur Verbesserung der Versorgungssituation, auch wenn eine nachhaltige Steuerung bislang nicht gesichert scheint, wurde ein Weg für die häusliche Versorgung eingeschlagen. Der Fall stellt ein typisches Beispiel für die Vermeidung einer nicht-bedarfsgerechten Kurzzeitpflege dar, das durch das Übergangsmanagement die häusliche Situation sichergestellt und die ambulante Pflege und Versorgung strukturiert initiiert wurde.

Darüber hinaus zeigte das Übergangsmanagement seine Bedeutung als Schnittstelle zwischen medizinischer Versorgung, sozialrechtlicher Beratung und informeller Unterstützung. Gerade bei Personen mit eingeschränkter Selbstwahrnehmung, Verdrängungstendenzen oder kognitiven Beeinträchtigungen ist eine strukturierte Nachsorge essenziell. Die Fallkonstellation verdeutlicht zudem, dass es für eine kontinuierliche Begleitung und bedarfsgerechte Versorgung integrierte, wohnortnahe Ansätze wie das hier erprobte Übergangsmanagement braucht, um Versorgungslücken zu schließen und vulnerable Personen mit ihren vielfältigen medizinischen, vor allem aber komplexen nicht-medizinischen Bedarfen und Anliegen angemessen zu begleiten.

4.3.9.5 Fallbericht Interview 5

Die 77-jährige Patientin lebt im Stadtteil Zuffenhausen und wurde ohne bestehenden Pflegegrad mit einer akuten COVID-19-Infektion ins Krankenhaus eingeliefert. Sie leidet an mehreren chronischen Erkrankungen, darunter eine COPD im GOLD-Stadium IV (sehr schwere Erkrankung, mit sehr eingeschränkter Lungenfunktion, mit chronischer Unterversorgung des Körpers mit Sauerstoff) sowie ein Lungenemphysem. Die Patientin ist privat versichert und erhält regelmäßig zehn verschiedene Medikamente. Im Jahr 2024 war sie bereits dreimal im Krankenhaus stationär aufgenommen. Die Verweildauer beim betreffenden Aufenthalt betrug fünf Tage.

1. Versorgungssituation und Erfahrungen mit dem Übergangsmanagement

Vor dem aktuellen Krankenhausaufenthalt kam die Patientin mit ihrer Alltagsbewältigung weitgehend selbstständig zurecht, unterstützt lediglich von einer Haushaltshilfe alle zwei Wochen. Im Rahmen der COVID-bedingten Einweisung verschlechterte sich ihr Gesundheitszustand deutlich. Bereits im Vorfeld war eine ambulante Versorgung mit Sauerstoff erforderlich und organisiert. Die Patientin zeigte sich sehr zufrieden mit der Organisation ihrer Entlassung und erlebte den Kontakt zur Übergangsmanagerin als „höflich, informativ und hilfreich“ wofür sie Wertschätzung äußert. Besonders positiv hob sie hervor, dass ihr von der Übergangsmanagerin die Möglichkeit eingeräumt wurde, jederzeit erneut Kontakt aufzunehmen.

2. Unterstützungsbedarf im Rahmen des Übergangsmanagements

Im Zuge der Entlassung aus dem Krankenhaus und vor dem Hintergrund ihrer schweren und komplexen Erkrankungssituation ergab sich bei der Patientin Unterstützungsbedarf. Sie benötigte insbesondere eine fundierte Beratung hinsichtlich der Leistungen ihrer privaten Krankenversicherung (PKV) sowie Aufklärung über die Gründe für die Ablehnung von ambulanten Unterstützungsleistungen durch den Medizinischen Dienst. Zudem bestand ein Informationsbedürfnis in Bezug auf mögliche häusliche Versorgungsangebote, die insbesondere bei einer Selbstzahlungssituation infrage kommen könnten. Auch zeigte sich ein Bedarf an Sicherheit und Orientierung in Bezug auf bestehende Ansprüche, Rechte und Handlungsmöglichkeiten in der häuslichen Versorgung.

3. Realisierte Maßnahmen im Zuge des Übergangsmagements

Im Rahmen des Übergangsmagements erfolgte eine persönliche Beratung durch die Übergangsmanagerin, die sowohl während des stationären Aufenthalts als auch im Rahmen eines Hausbesuchs durchgeführt wurde. Dabei wurde die Patientin umfassend zu den strukturellen Unterschieden zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung informiert. Es wurde auf Möglichkeiten hingewiesen, wie mit begrenztem finanziellem Spielraum häusliche Unterstützungsleistungen organisiert werden könnten. Die Übergangsmanagerin klärte über die Gründe der abgelehnten Leistungsbewilligung durch den Medizinischen Dienst auf und vermittelte damit ein besseres Verständnis für den Entscheidungsprozess. Durch den persönlichen Kontakt erhielt die Patientin zudem die Möglichkeit, offene Fragen zu klären und Rückhalt in ihrer Unsicherheit zu erfahren. Auch wenn keine konkreten neuen Leistungen, aber alternative Lösungsperspektiven durch das Übergangsmangement initiiert wurden, wurde der Kontakt von der Patientin als überaus wertvoll empfunden.

4. Mehrwert durch das Übergangsmangement

Der Mehrwert des Übergangsmagements lag für die Patientin insbesondere in der persönlichen Beratung und emotionalen Unterstützung, hilfreich war vor allem das „Gespräch und dass jemand zuhört“. Die Patientin empfand es als beruhigend, eine kompetente Ansprechperson zu haben, die ihr in einer gesundheitlich und organisatorisch herausfordernden Situation zur Seite stand. Die Information und Beratung ermöglichte ihr eine differenzierte Einschätzung ihrer Versorgungssituation und brachte Klarheit über ihre Anspruchsberechtigung sowie der Verordnungsmöglichkeiten von Sauerstoff. Trotz der begrenzten praktischen Umsetzbarkeit von Maßnahmen durch die PKV empfand sie das Übergangsmangement als hilfreich und stärkend was zu einem erhöhten Selbstmanagement und einer gesteigerten Gesundheitskompetenz beiträgt.

4.3.9.6 Vergleichende Analyse der Fallberichte anhand der Evaluationskriterien

Im Folgenden werden die Erkenntnisse aus den Fallberichten vergleichend anhand der Evaluationskriterien zusammengefasst und beurteilt.

Empowerment zur Förderung des Selbstmanagements

In allen fünf Fällen zeigte sich, dass das Übergangsmangement eine zentrale Rolle bei der Förderung des Selbstmanagements spielte. Besonders deutlich wurde dies bei Interview 3 und Interview 5: Beide Patientinnen reflektierten eine zunehmende Bereitschaft, Verantwortung für ihre Versorgung zu übernehmen. Dies erfolgte auch aufgrund der gezielten Beratung zur Nutzung von Ressourcen und zur Klärung von Leistungsansprüchen. Im Fall 1 und 2 hingegen war das Selbstmanagement durch Überforderung, kognitive Einschränkungen oder strukturelle Belastungen erschwert, sodass Empowerment eher indirekt durch Entlastung oder Anleitung von Angehörigen (z.B. Ehefrau in Fall 2) erfolgte.

Förderung der individuellen Ressourcen zur Selbstpflege

Das Übergangsmangement unterstützte gezielt die Erhaltung und Förderung von Selbstpflegefähigkeiten, bspw. durch Schulung im Umgang mit Hilfsmitteln (z. B. Rollator in

Fall 1) oder durch eine strukturierte Beratung zu gesundheitsbezogenen Alltagsentscheidungen (Interview 3 und 5). In Fällen, in denen eine funktionelle Beeinträchtigung (Interview 2 und 4) vorliegt, richtete sich der Fokus weniger auf Förderung, sondern mehr auf Kompensation der Selbstpflegetdefizite durch angemessene pflegerische, technische und organisatorische Maßnahmen.

Aufrechterhaltung der Lebens- und Alltagsbewältigung sowie der Autonomie in der häuslichen Situation

Alle Patient*innen konnten nach dem Krankenhausaufenthalt in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben. Die Fallberichte zeigen, dass das Übergangsmanagement wesentlich zur Sicherstellung der Alltagsbewältigung insbesondere durch Vermittlung von Hilfsdiensten, Beantragung von Pflegegraden und Organisation häuslicher Pflege beitrug. Besonders bei Patienten mit hohem Unterstützungsbedarf (Fall 2 und 4) trug das strukturierte Case-Management zur Vermeidung von Versorgungslücken bei und unterstützte Angehörige dabei, Überforderung zu begegnen.

Förderung der Einsicht und Anerkennung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit

In mehreren Fällen wurde durch das Übergangsmanagement eine Auseinandersetzung mit der eigenen Pflegebedürftigkeit angestoßen oder vertieft. Deutlich wurde dies bei Fall 3 und 4: Beide Patient*innen gaben an, erst durch die Beratung erkannt zu haben, dass sie Hilfe benötigen. Dieser Prozess wurde durch die Beziehungskontinuität und das niedrigschwellige Gesprächsangebot erleichtert. In Fall 4 war insbesondere das Case-Management entscheidend, um einer krankheitsbedingt eingeschränkten Einsicht entgegenzuwirken.

Einbezug informell Pflegenden und des sozialen Umfelds

Der Einbezug des sozialen Umfelds war in fast allen Fällen zentral: In Fall 2 wurde die Ehefrau als Hauptpflegeperson aktiv unterstützt, in Fall 4 übernahm die Großcousine wichtige Aufgaben, in Fall 5 wurde das familiäre Netzwerk zumindest beratend mit einbezogen. Die Fallberichte zeigen, dass das Übergangsmanagement nicht nur auf die Patient*innen fokussiert war, sondern auch die Versorgungsrealität im häuslichen Kontext und der Lebenswelt der Patient*innen mitberücksichtigt.

Hilfestellung bei komplexen pflegerischen und medizinischen Bedarfen

Die Komplexität der Fälle wie etwa bei Multimorbidität, Polypharmazie, neurologischen Erkrankungen oder einer schweren COPD, wurde durch strukturierte Bedarfsanalysen im Übergangsmanagement adressiert. In Fall 2 und 4 wurde die Versorgung durch gezielte Koordination medizinischer und pflegerischer Maßnahmen stabilisiert. In Fall 5 konnte durch Beratung zur Sauerstoffversorgung und zur Leistungsstruktur der privaten Krankenversicherung eine Klärung komplexer Fragestellungen herbeigeführt werden.

Organisation und Vernetzung der erforderlichen Dienstleistungen und Hilfen

Das Übergangsmanagement zeigte sich in allen Fällen als tragende Instanz zur Koordination ambulanter und pflegerischer Leistungen: Kurzzeitpflege (Fall 2), Haushaltshilfen (Fall 3 und 5), Hilfsmittelversorgung (Fall 1 und 5), Einleitung hausärztlicher Versorgung (Fall 3), Unterstützung bei Anträgen, wie z.B. zu Pflegegraden oder Schwerbehinderung, waren typische Maßnahmen. Damit wurde ein sektorübergreifendes Versorgungskontinuum geschaffen, das gerade bei vulnerablen Patientengruppen notwendig ist.

4.3.9.7 Zusammenfassung unter Berücksichtigung der übergreifenden Zielkriterien

Die Fallanalysen zeigen, dass das Übergangsmanagement im Projektverlauf wirksam zur Vermeidung einer nicht-bedarfsgerechten Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege beitragen kann. In keinem der Fälle kam es zu einer stationären Überbrückungspflege oder einer Wiederaufnahme ins Krankenhaus. Stattdessen konnten die Patient*innen mit ambulanter Unterstützung in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben. Einzig in einem untersuchten Fall wurde eine Kurzzeitpflege eingeleitet, die allerdings zur akuten Entlastung einer pflegenden Angehörigen als bedarfsgerecht eingeschätzt wird. Durch die strukturierte Bedarfserhebung, frühzeitige Entlassungsplanung und aufsuchende Nachsorge durch die Übergangsmanagerin wurden ambulante Potenziale im Quartier gezielt genutzt und das auch in Fällen mit erheblichem Unterstützungsbedarf.

Besonders hervorzuheben ist die individualisierte, lebenslagenorientierte Herangehensweise des Übergangsmanagements: Es gelang, Patient*innen wie auch Angehörige ressourcenorientiert zu begleiten, soziale Netze zu aktivieren oder professionelle Hilfen zu vermitteln. Damit wurde nicht nur die erlebte Versorgungssicherheit, sondern auch die subjektive Lebensqualität der Betroffenen gesteigert.

Insgesamt wird unter Berücksichtigung des subjektiven Nutzens und der vorangehenden Erkenntnisse der Nutzen des Übergangsmanagements als niederschwellige, flexible und patientenzentrierte Versorgungsform dargelegt. Die Intervention des Übergangsmanagements kann potentiell die sektoralen Übergänge verbessern, Entlassungsrisiken entschärfen, die Eigenkompetenzen und das Selbstmanagement stärken und insbesondere vulnerable Personengruppen vor Versorgungslücken schützen.

5 Schlussfolgerungen und Empfehlung

Die Evaluation des InPortant-Vorhabens zeigt deutlich, dass ein frühzeitiges, systematisch verzahntes und pflegegeleitetes Übergangsmanagement einen relevanten Beitrag zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung leistet. Insbesondere für vulnerable, pflegebedürftige Patient*innen mit komplexen Unterstützungsbedarfen besteht ein großes Potential zur Verbesserung der Überleitung vom Krankenhaus in die Häuslichkeit.

5.1 Mehrwert der InPortant-Intervention

Für die Patient*innen bedeutete die persönliche, kontinuierliche Begleitung durch die Übergangsmanagerin eine deutliche Entlastung. Die erzielte Beziehungskontinuität schuf Vertrauen und erleichterte die Annahme von Hilfen, wodurch insbesondere die Selbstpflege, das Selbstmanagement, die Gesundheitskompetenz und die Alltagsautonomie der Patient*innen und deren Zu- und Angehörigen gestärkt wurden. Die Hausbesuche nach der

Entlassung ermöglichen eine passgenaue, niedrighschwellige Anbindung an ambulante pflegebezogene Leistungen und soziale Hilfen wodurch unnötige stationäre Übergangslösungen wie Kurzzeitpflege vermieden werden konnten.

Für das Krankenhaus erwies sich das Übergangsmanagement als unterstützend bei der Entlassung komplexer Fälle. Die enge Zusammenarbeit mit der Patientenkoordination bzw. dem Entlassungsmanagement des Krankenhauses sowie die pflegfachliche Expertise der Übergangsmanagerin führten zu schnelleren und sichereren Entlassungen. Auch wirtschaftliche Vorteile wurden benannt, etwa durch Vermeidung von Wiederaufnahmen oder Verkürzung der Verweildauer.

Für das Quartier entstand ein Mehrwert durch eine stärkere Nutzung bestehender Versorgungsressourcen. Die Übergangsmanagerin brachte Wissen über ambulante, pflegebezogene und sozialraumorientierte Angebote in die Krankenhausversorgung ein und konnte Patient*innen gezielt in wohnortnahe Hilfen überführen. Das Modell fungierte damit als Brücke zwischen stationärer Versorgung, ambulanter Pflege und kommunaler Infrastruktur und kann somit zur strukturellen Quartiersentwicklung beitragen.

5.2 Weiterentwicklung der Intervention und Rolle der Übergangsmanagerin

Trotz der positiven Wirkungspotenziale zeigt die Evaluation, dass für eine nachhaltige Implementierung strukturelle und inhaltliche Weiterentwicklungen erforderlich sind:

a.) Anpassung der Intervention

- Die frühe und angemessene Identifikation geeigneter Patient*innen muss verbindlich und strukturiert erfolgen, idealerweise durch ein kombiniertes Verfahren aus Risikoscreening (z. B. modifizierter BRASS-Index), Bedarfsassessment und dem Monitoring der Entlassungsbereitschaft (DNQP, 2019; Feldbusch et al., 2024; Nöst, 2021).
- Eine engere strukturelle Anbindung der Übergangsmanagerin an die klinischen Abläufe, etwa über feste Ansprechpartner, regelmäßige Fallbesprechungen oder verbindliche Kommunikationswege, ist zu etablieren. Die im Projekt erprobte sektorenübergreifende Kommunikation und der Austausch über den TI-Messenger der Nationalen Agentur für Digitale Medizin in Deutschland (gematik GmbH) muss breit nutzbar sein. Mit Blick auf die verpflichtende TI-Anbindung aller Leistungserbringer, sollten gesicherte Kommunikationswege real vorhanden sein und zukünftig genutzt werden (vgl. dazu auch die Ausführungen im Sachbericht zum Projekt InPortant).
- Eine standardisierte Feedback-Schleife zur Rückmeldung aus der Häuslichkeit an das Krankenhaus würde die Versorgungsqualität weiter erhöhen und auch dazu wäre der TI-Messenger prinzipiell nutzbar.

b.) Stärkere Verzahnung mit kommunalen und sozialraumorientierten Angeboten

Die Ergebnisse legen nahe, dass eine strategische Kooperation mit bestehenden kommunalen Angeboten notwendig ist. Hier wird insbesondere auf den kommunalen Bürger- und Besuchsdienst „Leben im Alter“ (LiA) verwiesen. Während LiA auf Teilhabe, Wohnen im Alter, Information und Vernetzung fokussiert, bringt das InPortant-Modell pflegfachliche

Einschätzung, Koordination und Case-Management-Kompetenz ein. Die Verbindung beider Strukturen bietet das Potenzial, Versorgungslücken am Übergang zu schließen.

Entscheidend für die Umsetzung dieser Verknüpfung ist die Klärung der Trägerschaft: Eine kommunale Verankerung der Übergangsmanagerin würde eine stärkere Integration ins lokale Netzwerk ermöglichen. Alternativ erscheint eine Trägerschaft durch ambulante Pflegeeinrichtungen mit enger kommunaler Kooperation denkbar. In beiden Fällen muss die Rolle klar definiert, personell abgesichert und institutionell gestützt sein.

c.) Weiterentwicklung der Rolle der Übergangsmanagerin im Kontext aktueller pflegepolitischer Entwicklungen

Die Rolle der Übergangsmanagerin ist im Sinne eines erweiterten pflegerischen Aufgabenprofils sowohl fachlich komplex als auch koordinativ anspruchsvoll. Vor dem Hintergrund des Pflegestudiumstärkungsgesetzes (PfiStudStG), des Pflegekompetenzgesetzes (PKG) sowie der geplanten gesetzlichen Regelungen zur Implementierung von Advanced Practice Nurses (APN) in die Gesundheitsversorgung erscheint eine akademisch fundierte Weiterentwicklung dieser Rolle folgerichtig und konsequent.

Ansätze wie das Community Health Nursing sowie pflegegeleitete Primärversorgungszentren bieten geeignete Anknüpfungspunkte, um die Position der Übergangsmanagerin langfristig als eigenständige, heilkundlich kompetente und koordinierende Versorgungsinstanz zu etablieren. In diesem Kontext können auch die im BAPID-II-Vorhaben entwickelten Rollenprofile und Berufsbilder herangezogen werden, die eine vom Deutschen Pflegerat e.V. (DPR) beauftragte praxisnahe Analyse pflegerischer Qualifikationsniveaus liefern und vier differenzierte Kompetenztypen mit klar definierten Aufgaben- und Verantwortungsprofilen beschreiben (Genz & von Gahlen-Hoops, 2025).

Im betrachteten Quartier bietet sich zudem die konkrete Möglichkeit, die InPortant-Intervention perspektivisch als APN-Rolle in das entstehende PORT-Gesundheitszentrum des Bosch Health Campus zu integrieren. Dies würde sowohl die institutionelle Anbindung als auch die strukturelle Nachhaltigkeit und Weiterentwicklung des pflegegeleiteten Übergangsmanagements stärken.

5.3 Empfehlung zur Trägerschaft und Finanzierung

Die ambulante Ausrichtung sowie die sektorübergreifende und eine trägerneutrale Struktur des Übergangsmanagements sprechen für eine Verortung außerhalb traditioneller Krankenhausstrukturen. Zwei Trägerschaftsmodelle erscheinen besonders geeignet:

1. Kommunal verortete Trägerschaft

Kommunal verortete Stellen wie Pflegestützpunkte oder kommunale Dienste (durch die Stadt Stuttgart z.B. zusammengeführt im Bürgerservice *Leben im Alter*, vgl. Abb. 3) bieten eine strukturell bereits bestehende, sektorenverbindende und neutrale Plattform für eine quartiersnahe Versorgung und Versorgungskoordination. Diese Strukturen sind aus diesem Grund besonders geeignet für eine langfristige Integration einer komplexen Fallsteuerung durch ein Übergangsmanagement in die bestehende kommunale Daseinsvorsorge und Gesundheitsplanung. Im Rahmenvertrag der Pflegestützpunkte in

Baden-Württemberg wird als Gegenstand der Pflegestützpunkte die „wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung der Bevölkerung“ formuliert. Eine „komplexe Fallsteuerung“ in Form eines „Case-Management“ wird dabei im Rahmenvertrag bereits explizit berücksichtigt. Die Finanzierung der Leistungen der Pflegestützpunkte erfolgt durch die Kosten- und Leistungsträger der Pflegestützpunkte nach § 7c Abs. 2 Satz 5 SGB XI. Dies sind die Pflege- und Krankenkassen sowie die Stadtkreise und die Landkreise als örtliche Träger der Sozialhilfe (vgl. Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch - AGSGB XII - vom 1. Juli 2004).

Dieses kommunal verortete Trägerschaftsmodell wird priorisiert empfohlen, da die Strukturen und Vertragsgrundlagen prinzipiell bestehen. Die Kosten des Entlassmanagement im Krankenhaus würden dabei als Krankenhausleistung finanziert. Die Mittel für die am Pflegestützpunkt angesiedelte, neu einzurichtende Stelle des Übergangsmanagement mit der Aufgabe eines komplexen Fallmanagement müssten dafür durch die Kostenträger bereitgestellt werden.

2. *Ambulanter Leistungsträger*

Alternativ ist eine Anbindung an einen ambulanten Pflegedienst oder ein Primärversorgungszentrum (z. B. das *PORT-Zentrum*) denkbar. In diesem Fall wäre eine Finanzierung über Verträge zur besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) prinzipiell möglich. Die Trägerschaft wäre jedoch nicht trägerneutral und müsste eng mit den Krankenkassen abgestimmt sowie vertraglich abgesichert werden.

5.4 *Perspektiven für den Transfer in die Regelversorgung*

Die Evaluationsergebnisse des InPortant-Modells verdeutlichen das Potenzial eines quartiersbasierten, pflegegeleiteten Übergangsmanagements zur nachhaltigen Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung. Die strukturelle, methodische und personelle Ausgestaltung der Intervention bietet nach etwas Weiterentwicklung und Anpassung eine übertragbare Grundlage für andere regionale Settings, insbesondere für urbane Ballungsräume, mit vergleichbarer Versorgungslandschaft und vorhandenen Quartiersstrukturen.

Der Transfer des Modells in weitere Stadtteile, Kommunen und Krankenhäuser, auch über Stuttgart hinaus, erfordert jedoch eine klare politische Rahmung. Diese kann beispielsweise durch die Einbindung in kommunale Gesundheitskonferenzen, in die regionale Pflege- oder Sozialplanung, Programme zur Quartiersentwicklung sowie gezielte Anreizstrukturen auf kommunaler oder Landesebene erfolgen. Nur durch eine solche strukturpolitische Verankerung lassen sich nachhaltige Implementierung, Finanzierung und Skalierung des Übergangsmanagements ermöglichen. Die regionalen Pflegestützpunkte bieten dafür bereits die strukturellen Grundlagen.

Darüber hinaus bedarf die Rolle der Übergangsmanagerin einer konzeptionellen Weiterentwicklung im Sinne einer erweiterten pflegerischen Praxis (Advanced Practice Nursing). Um den steigenden Anforderungen bei komplexen Versorgungsübergängen gerecht zu werden, sollten Übergangsmanagerinnen perspektivisch in der Lage sein, auch heilkundliche Aufgaben im Rahmen klar definierter Delegations-, vor allem aber auch

Substitutionsmodellen zu übernehmen. Eine solche erweiterte Rolle würde das Übergangsmanagement nicht nur um eine medizinisch-steuernde Komponente ergänzen, sondern auch dessen Wirksamkeit und Reichweite insbesondere bei Patient*innen mit hohem (medizinischen) Koordinationsbedarf deutlich erhöhen. Dies entspräche zugleich aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen zur Stärkung der akademisierten Pflege und würde dazu beitragen, die sektorenübergreifende Versorgung bedarfsgerechter und nachhaltiger zu gestalten.

Nicht zuletzt erfordert die dauerhafte Etablierung des InPortant-Modells sektorübergreifende Finanzierungsansätze. Modellprojekte wie InPortant liefern die Grundlage für die Entwicklung innovativer Versorgungsansätze im Quartier. Nur wenn diese Ansätze langfristig gesichert und in die Regelversorgung überführt werden, können sie ihren systemischen Beitrag zur Reduktion von Versorgungslücken und zur Stärkung ambulanter Potenziale im Quartier nachhaltig entfalten.

6 Literaturverzeichnis

Bradway, C., Trotta, R., Bixby, M. B., McPartland, E., Wollman, M. C., Kapustka, H., McCauley, K., & Naylor, M. D. (2012). A Qualitative Analysis of an Advanced Practice Nurse-Directed Transitional Care Model Intervention. *The Gerontologist*, *52*(3), 394–407. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr078>

Bundesministerium für Gesundheit. (2023). *Entlassmanagement*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassmanagement>

Centeno, M. M., & Kahveci, K. L. (2014). Transitional Care Models. Preventing Readmissions for High-Risk Patient Populations. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, *26*(4), 589–597. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2014.08.009>

Coleman, E. A. (2003). Falling through the cracks: Challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*(4), 549–555. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51185.x>

Courtney, M. D., Edwards, H. E., Chang, A. M., Parker, A. W., Finlayson, K., Bradbury, C., & Nielsen, Z. (2012). Improved functional ability and independence in activities of daily living for older adults at high risk of hospital readmission: A randomized controlled trial. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *18*(1), 128–134. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01547.x>

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, *50* (5), S. 587-592.

DNQP, D. N. für Q. in der P. (2019). *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege.: Einschließlich Kommentierung und Literaturstudie* (2. Aktualisierung).

Ernstmann, N., & Scholl, I. (2024). Versorgungsforschung zur Patientenzentrierung. In H. Pfaff, E. A. M. Neugebauer, N. Ernstmann, M. Härter, & F. Hoffmann (Hrsg.), *Versorgungsforschung*. S. 509–521. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-42863-1_38

Feldbusch, H., Schmidt, M., Steeb, E. M., Paschek, N., Nemesch, M., Sartory, Y., Brenner, R., & Nöst, S. (2024). Theoretical concepts and instruments for measuring hospital discharge readiness: A scoping review. *Heliyon*, *10*(5), e26554. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e26554>

Forster, A. J., Clark, H. D., Menard, A., Dupuis, N., Chernish, R., Chandok, N., Khan, A., & van Walraven, C. (2004). Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, *170*(3), 345–349.

Genz, Katharina, & von Gahlen-Hoops, Wolfgang. (2025). *BAPID II. Rollenprofile und Berufsbilder*. https://deutscher-pflegerat.de/download/05_21.2025_bapid_ii_rolleprofile_und_berufsbilder.pdf

Hellmich, P. (2021). *Case und Care Management: Im Gesundheits- und Pflegebereich* (1st ed). facultas.

Hirschman, K., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M., & Naylor, M. (2015). Continuity of Care: The Transitional Care Model. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(3).
<https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No03Man01>

Hu, J., Wang, Y., & Li, X. (2020). Continuity of Care in Chronic Diseases: A Concept Analysis by Literature Review. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 50(4), 513.
<https://doi.org/10.4040/jkan.20079>

Kable, A., Chenoweth, L., Pond, D., & Hullick, C. (2015). Health professional perspectives on systems failures in transitional care for patients with dementia and their carers: A qualitative descriptive study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 567.
<https://doi.org/10.1186/s12913-015-1227-z>

Mesteig, M., Helbostad, J. L., Sletvold, O., Røsstad, T., & Saltvedt, I. (2010). Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: A prospective observational study. *BMC Health Services Research*, 10, 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-1>

Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O'Connell, C., Cathain, A., Tinati, T., Wight, D., & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. In *BMJ* (Bd. 350).
<https://www.bmj.com/content/350/bmj.h1258>

Noest, S., Ludt, S., Klingenberg, A., Glassen, K., Heiss, F., Ose, D., Rochon, J., Bozorgmehr, K., Wensing, M., & Szecsenyi, J. (2014). Involving patients in detecting quality gaps in a fragmented healthcare system: Development of a questionnaire for Patients' Experiences Across Health Care Sectors (PEACS). In *International journal for quality in health care: Journal of the International Society for Quality in Health Care* (23.04.2014, Bd. 26, Nummer 3, S. 240–249).

Nöst, S. (2021). Konzept und Inhalt des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege. *JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, 10(04), 164–168.
<https://doi.org/10.1055/a-1519-4061>

Peer, S. (2018). Case Management und der Rahmenvertrag Entlassmanagement. *1861-0102*, 15(4), 208.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2012). Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. In *Drucksache17/10323 Deutscher Bundestag*.
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/103/1710323.pdf>

Shahsavari, H., Zarei, M., & Aliheydari Mamaghani, J. (2019). Transitional care: Concept analysis using Rodgers' evolutionary approach. *International Journal of Nursing Studies*, 99, 103387. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103387>

Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. In *BMJ* (Bd. 374).
<https://www.bmj.com/content/374/bmj.n2061>

Van Den Berg, N., Hoffmann, W., & Hildebrandt, H. (2024). Versorgungsforschung zu sektorenübergreifenden und populationsbezogenen Versorgungsmodellen. In H. Pfaff, E. A. M. Neugebauer, N. Ernstmann, M. Härter, & F. Hoffmann (Hrsg.), *Versorgungsforschung* (S. 539–551). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-42863-1_40

WHO. (2018). *Continuity and coordination of care. A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. World Health Organization (WHO).

Wingenfeld, K., & Freese, K. (2022). *TIGER – Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der Geriatrischen Versorgung in Regensburg. Evaluationsbericht*.
<https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/tiger.63>

7 Anlagen

Anlage 1: Initiales Interventionskonzept von InPortant als Pfadmodell²

²Anlage 1 wurde in Gestalt einer PDF-Datei als Anhang der E-Mail beigefügt, um die Lesbarkeit zu optimieren.

