



**HOCHSCHULE OSNABRÜCK**  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (HRSG.)

Anlage zur Literaturstudie zum  
**EXPERTENSTANDARD**  
**ENTLASSUNGSMANAGEMENT IN DER PFLEGE**

2. Aktualisierung 2018

Ein- und ausgeschlossene Literatur

**Autorinnen/Autoren:**

Prof. Dr. Bärbel Dangel  
Dr. Jenny Schmithals  
Daniela Zengler, M.A.  
Jannik Müller, B.A.

**Wissenschaftliche Leitung:**

Prof. Dr. Bärbel Dangel  
Akkon-Hochschule Berlin

## Übersicht über die eingeschlossene Literatur (ohne Reviews)

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Abad-Corpa et al. 2013</b></p> <p>„Evaluation of the effectiveness of hospital discharge planning and follow-up in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary disease“</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 143 Patienten mit COPD Interventionsgruppe: n = 56 Kontrollgruppe: n = 87</p> <p><b>Zeitraum:</b> 06/2007–12/2008</p> <p><b>Setting:</b> Zwei Universitätskrankenhäuser in Spanien</p>	<p><b>Fragestellung:</b> Bewertung der Wirksamkeit der protokollierten Intervention bei Krankenhausentlassung und Nachbereitung/Verlaufs-kontrolle in der primären Versorgung von Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenkrankheit (COPD)</p> <p><b>Methode:</b> Quasi-experimentelles Design, pseudorandomisiert</p> <p><b>Interventionen:</b> Pflegefachkräfte führten die Interventionen durch: Sie bezogen familiäre Betreuer ein und schulten diese und die Patienten (Edukation). Sie identifizierten Probleme und Bedürfnisse, die während des Krankenhaus-Aufenthaltes und zu Hause auftraten. Sie stellten Kontakte zwischen den Patienten, Betreuern und Pflorgeteam (health care team) zu anderen Professionen her (z. B. zum Sozialarbeiter).</p> <p>Dauer der Sessions: 5 Tage (bei längerem Aufenthalt zusätzliche Sessions)</p> <p>Nach Entlassung: Pflegebericht und Healthcare Plan, mit ausführlicher Bewertung</p> <p>Während der ersten 24 Stunden nach Entlassung kontaktierte die Research Nurse die Primary Care Nurse und informierte über die Entlassung und den Healthcare Plan. Zwei Research Nurses führten innerhalb von 72 Stunden nach</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Es konnte eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität 12 und 24 Wochen nach Entlassung in der Interventionsgruppe festgestellt werden.</p> <p>Es wurde ein signifikanter Unterschied bezüglich des Wissenslevels über die Krankheit und den therapeutischen Ablauf nachgewiesen: das Wissenslevel war in der Interventionsgruppe deutlich höher.</p> <p>In der Interventionsgruppe waren weniger Wiederaufnahmen, eine geringere Sterblichkeitsrate und eine geringere Beanspruchung von Healthcare Services nach Entlassung verzeichnet, die Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant.</p> <p>Die Compliance bezüglich der Medikation und die Zufriedenheit waren in beiden Gruppen zum Zeitpunkt der Entlassung und nach 24 Wochen gleich.</p> <p><b>Schlussfolgerung der Autoren:</b> Entlassungsmanagement für Patienten mit COPD ist wirksam in Bezug auf die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten und in Bezug auf das Wissenslevel über die Krankheit.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		<p>Entlassung einen Hausbesuch durch. Die Pflegefachkraft nahm Kontakt mit der Primary Care Nurse auf, um Bedürfnisse, Probleme, Ereignisse zu kommunizieren.</p> <p>In der Kontrollgruppe fanden keine zusätzlichen Interventionen statt (hier wurde das übliche Healthcare Protocol verwendet).</p> <p>In beiden Gruppen erfolgte ein telefonischer Kontakt 2, 6, 12 and 24 Wochen nach Entlassung.</p>	
<p><b>Al-Yateem 2012</b></p> <p>Child to adult: transitional care for young adults with cystic fibrosis</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 25 junge Erwachsene mit Mukoviszidose im Übergang von der Betreuung in Kinderkliniken zur Erwachsenenpflege</p> <p><b>Zeitraum:</b> keine Aussagen über Zeitraum der Durchführung</p> <p><b>Setting:</b> Zwei große Kinder- und Erwachsenenkliniken in Irland, die Pflege für junge Erwachsene mit Mukoviszidose anbieten.</p>	<p><b>Methode:</b> Qualitativer, explorativer Ansatz</p> <p><b>Fragestellung:</b> Welche Erfahrungen machen junge Erwachsene in der Überleitung von der pädiatrischen zur ärztlichen Versorgung von Erwachsenen vor und nach der Überleitung. Welche Faktoren behindern den Übergang, welche sind förderlich?</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Jungen Erwachsene mit Mukoviszidose im Übergang von der pädiatrischen zur ärztlichen Versorgung Erwachsener müssen in ihren Bedarfen unterstützt werden, weil der Übergang auf eine andere Versorgungsebene mit Diskontinuitäten und Irritationen verbunden ist.</p>
<p><b>Algauer, Rivera and Faurote 2015</b></p> <p>Patient-centered</p>	<p><b>Stichprobe:</b> Vollerhebung, Befragung der am Programm beteiligten Pflegekräfte</p>	<p><b>Fragestellung:</b> Wie kann in Notfallaufnahmen der Prozess der stationären Aufnahme beschleunigt und die Patientenzufriedenheit gesteigert werden?</p>	<p><b>Ergebnis:</b> Das nursing-led transition program hat sich als erfolgreich erwiesen, die Wartezeiten zu senken und sowohl die Zufriedenheit der Pflegekräfte als auch die der Patienten und ihren</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>care transition for patients admitted through the ED: improving patient and employee experience</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Zeitraum:</b> Januar bis Juli 2013</p> <p><b>Setting:</b> Zwei Kliniken im Hallmark Hospital System, New York</p>	<p><b>Methode:</b> Standardisierte Befragung, ergänzt durch qualitative Interviews</p> <p><b>Intervention:</b> In diesem Artikel geht es nicht um Entlassungsplanung, sondern um die Überleitung von den Ambulanzen zur stationären Aufnahme, mit dem Ziel der Senkung der Wartezeiten. Zwei Kliniken im Hallmark Hospital System mit innovativem Ansatz: Krankenschwestern, die im stationären Bereich eingesetzt sind, besuchen die Notaufnahme, um dort bereits mit den wartenden Patienten Kontakt aufzunehmen.</p> <p>Anlass der Studie: steigende Wartezeiten in Emergency Departments, daraus ergibt sich die Notwendigkeit, den Prozess der stationären Aufnahme zu beschleunigen, und damit die Zufriedenheit sowohl von Patienten und ihren Familien als auch von Mitarbeiter/innen zu erhöhen.</p>	<p>Angehörigen zu erhöhen.</p>
<p><b>Allen et al. 2009</b></p> <p>A randomized trial testing the superiority of a post-discharge care management model for stroke survivors</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 380 Interventionsgruppe: n = 190 Kontrollgruppe: n = 190</p> <p><b>Zeitraum:</b> 08/2002–01/2006</p> <p><b>Setting:</b> 963-bed community teaching hospital in Akron, Ohio</p>	<p><b>Ziel:</b> Beurteilung, ob ein umfassendes nach Entlassung stattfindendes Care Management für Schlaganfallüberlebende effektiver ist als die Behandlung auf einem akuten Stroke Unit mit erweiterter Entlassungsplanung: Beurteilung hinsichtlich der Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden</p> <p><b>Methode</b> RCT-Design</p> <p><b>Intervention:</b> Das Modell umfasste die Behandlung durch eine Advanced Practice Nurse in Kooperation mit einem Team von Schlaganfall-Experten. Die APN führte Hausbesuche durch und arbeitete mit dem niedergelassenen Arzt zusammen, um ein 6-monatiges Programm für die Zeit nach der Entlassung zu entwickeln. Ein</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Intervention des Care Managements brachte keine Vorteile gegenüber der Behandlung und Nachsorge im Stroke Unit, abgesehen von einem signifikanten verbesserten Wissen über Schlaganfall und angemessenen Lebensstil in der Interventionsgruppe. Diesbezüglich hat sich die poststationäre Edukation als sinnvoll erwiesen.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		<p>erster Hausbesuch zur Durchführung des poststationären Assessments fand spätestens eine Woche nach Entlassung statt.</p> <p>Indikatoren: neuromotorische Funktion, Überlebensrate, Lebensqualität, Risikomanagement sowie Wissen über Schlaganfall und adäquaten Lebensstil.</p>	
<p><b>Almborg et al. 2009a</b></p> <p>„Discharge Planning of Stroke Patients: the Relatives’ Perceptions of Participation“</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n=152 Angehörige von akuten Schlaganfallpatienten</p> <p><b>Zeitraum:</b> 10/2003–11/2005</p> <p><b>Setting:</b> Stroke-Unit in Krankenhaus in Südschweden</p>	<p><b>Ziel:</b> Beschreibung der wahrgenommenen Teilhabe von Angehörigen an der Entlassungsplanung und Identifikation von Korrelaten der wahrgenommen Teilhabe</p> <p><b>Methode:</b> Messung der Beteiligung anhand von 3 Subskalen: - Information über die Krankheit - Information Pflege/Unterstützung - Information Ziele und Bedürfnisse</p> <p>Interviews 2-3 Wochen nach Entlassung mittels Fragebogen (Angehörigenfragebogen): „Relative’s Questionnaire about Participation in Discharge planning“, visuelle Analogskala (VAS) (1-10 score)</p> <p>Prospektive Querschnittstudie</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> 56-68% der Angehörigen gaben eine positive Rückmeldung bezüglich der Informationen über die Krankheit. 46-53% gaben an, keine Informationen über Pflege, Medikamente, Rehabilitation, Unterstützung erhalten zu haben. Bei ca. 80% keine wahrgenommene Beteiligung an Zielen und Bedürfnissen. Bei längerem Aufenthalt im Krankenhaus, Patienten mit höherer Bildung, Angehörige von weiblichen Patienten, weibliche Verwandten: Wahrnehmung einer höheren Beteiligung an der Entlassungsplanung.</p> <p><b>Schlussfolgerung der Autoren:</b> Es besteht Optimierungsbedarf in Bezug auf den Informationstransfer über Schlaganfall und Pflege, Medikamente und Rehabilitation.</p> <p>Die Einbeziehung der Angehörigen in die Zielsetzung und Ermittlung der Bedürfnisse der Patienten muss verbessert werden.</p>
<p><b>Almborg et al. 2009b</b></p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 188 Personen mit akutem Schlaganfall</p>	<p><b>Ziel:</b> Beschreibung der Wahrnehmung der Beteiligung von Schlaganfall-Patienten am Prozess der Entlassungsplanung und Identifi-</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Wahrgenommene Beteiligung an Entlassungsplanung:</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>Patients' perceptions of their participation in discharge planning after acute stroke</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Zeitraum:</b> 2003–2005</p> <p><b>Setting:</b> Stroke-Unit in Südschweden</p>	<p>kation der Korrelate der wahrgenommenen Beteiligung</p> <p><b>Methode:</b> Messung der Beteiligung anhand von 3 Subskalen: - Information über die Krankheit - medizinische Behandlung - Information Ziele und Bedürfnisse</p> <p>Face-to-face Interviews 2-3 Wochen nach Entlassung, Nutzung des Patientenfragebogens Patients' Questionnaire in Participation in Discharge Planning'.</p> <p>Querschnittstudie</p>	<p>- 72–90% bezüglich Information - 29–38% bezüglich medizinische Behandlung - 15–47% bezüglich Ziele und Bedürfnisse</p> <p><b>Schlussfolgerungen der Autoren:</b> - Eine stärkere Einbindung der Patienten bezüglich Informationen über medizinische Behandlung und Ziele/Bedürfnisse ist nötig. - Weitere Forschung ist notwendig, um verschiedene Methoden für Zielsetzung und Bedürfnisermittlung zu evaluieren und entsprechend Patienten die Einbindung an der Entlassungsplanung zu erleichtern</p>
<p><b>Almborg et al. 2010</b></p> <p>Discharged after stroke – important factors for health-related quality of life</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 188</p> <p><b>Zeitraum:</b> 10/2003–11/2005</p> <p><b>Setting:</b> Krankenhaus in Südschweden, Stroke-Unit</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung verschiedener Korrelate zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL von Patienten mit Schlaganfall ) nach deren Entlassung.</p> <p><b>Methode:</b> Interviews 2-3 Wochen nach Entlassung, multiple lineare Regressionsanalyse durchgeführt zur Identifizierung der Variablen die mit HRQoL verbunden sind. Querschnittstudie</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Depressive Symptome sind verbunden mit niedriger HRQoL.</p> <p>Die Fähigkeit der Ausübung persönlicher und sozialer Aktivitäten, Interessen, jüngeres Alter, Bildung und kürzerer KH-Aufenthalt sind mit höherer HRQoL verbunden.</p> <p>Die wahrgenommene Beteiligung der Patienten an der Entlassungsplanung korrelierte mit der HRQoL.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Weitere Forschung ist notwendig um Interventionen zu evaluieren, die darauf abzielen, Patientenaktivitäten nach Schlaganfall zu fördern.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Anderson 2010</b></p> <p>The benefits to nurse-led telephone follow-up for prostata cancer</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 67 Patienten</p> <p><b>Zeitraum:</b> August 2005 bis März 2009</p> <p><b>Setting:</b> Teilnehmer einer telefonischen Follow-Up-Sprechstunde</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Zufriedenheit von Patienten nach einer Prostate-Krebs-Operationen mit dem telefonischen Follow-Up durch Pflegefachkräfte</p> <p><b>Methode:</b> Qualitativer Ansatz</p> <p><b>Interventionen:</b> Telefonische Verlaufskontrolle, durchgeführt von spezialisierten Pflegefachkräften für Patienten nach Prostatakarzinom.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Studie zeigt eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit dem telefonischen Follow-Up auf.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b> Die Autoren schlussfolgern, dass der Bedarf an pflegegeleiteten Verlaufsgesprächen angestiegen ist.</p>
<p><b>Ansari et al. 2009</b></p> <p>Hospital-at-home care for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: an observational cohort study of patients managed in hospital or by nurse practitioners in the community</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 60 Patienten mit COPD, behandelt durch ein „Urgent Care Team (UCT)“ und 30 COPD-Patienten, stationär behandelt im Krankenhaus</p> <p><b>Zeitraum:</b> 03/2004 – 07/2006</p> <p><b>Setting:</b> Krankenhaus in Sunderland, England</p>	<p><b>Ziel:</b> Vergleich des Gesundheitsstatus und der Pathophysiologie zwischen Patienten, die durch ein UCT behandelt wurden und stationär behandelten Patienten.</p> <p><b>Methode:</b> Beobachtung und Vergleich / Kohortenstudie</p> <p>In dieser Studie geht es nicht um Entlassungsplanung, sondern um einen „Hospital-at-home-Ansatz“. Sie wurde dennoch eingeschlossen, da dieser Ansatz u.a. dazu dient, Überleitungen sowie die damit verbundenen Schwierigkeiten zu vermeiden.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Untersucht wurden Patienten, die wegen Verschlechterung ihrer COPD behandelt wurden (AECOPD). Sie wurden zwei bis drei Monate nach der Behandlung erneut untersucht. Zu diesem Zeitpunkt wurden keine Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt. Zum Zeitpunkt der Behandlung wies die durch das UCT behandelte Gruppe jedoch gesundheitliche Vorteile auf (höhere Sauerstoffsättigung).</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Barbara et al. 2010</b></p> <p>The Geriatric Floating Interdisciplinary Transition Team</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 717 Krankenhaus-Patienten im Alter von 70 und über 70 Jahren Interventionsgruppe: n = 366 Kontrollgruppe: n = 351</p> <p><b>Zeitraum:</b> 01/2007–12/2007</p> <p><b>Setting:</b> Academic Medical Center Baltimore (Universitätsklinikum)</p>	<p><b>Ziel:</b> Bewertung der Wirkung von Geri-FITT (Geriatric Floating Interdisciplinary Transition Team) auf die Qualität der Pflegeüberleitung der Patienten und ihre Zufriedenheit mit der Krankenhausbetreuung</p> <p><b>Methode:</b> Pilotstudie, Kohortenstudie</p> <p><b>Interventionen:</b> Das Geri-FITT Model schließt einen Geriatric Nurse Practitioner (GNP) und einen Geriatriker ein - mit folgenden Aufgaben: Beurteilung älterer stationärer Patienten/ geriatrischer Syndrome durch stationäre Ärzte und das Pflegepersonal; Vorbereitung von Patienten und Betreuern auf die Überleitungspflege durch Klärung patientenspezifischer Ziele und Lehre von Selbstmanagementfähigkeiten; Unterstützung des stationären medizinisch-pflegerischen Teams und anderer Fachleute in der Gesundheitsversorgung, insb. in der Entwicklung und Umsetzung der Übergangspflegeplanung. Nach der Entlassung erfolgte eine Nachbetreuung durch das Geri-FITT Team und eine Kommunikation mit dem Hausarzt, um die Kontinuität der Betreuung sicherzustellen.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Es wurde eine etwas höhere, aber keine statistisch signifikante Qualität der Pflegeüberleitung und der Patientenzufriedenheit ermittelt.</p>
<p><b>Aydon et al. 2018</b></p> <p>Transition from hospital to home: Parents' perception of their preparation and readiness for discharge with their pre-</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 40 TN (20 Elternpaare)</p> <p><b>Zeitraum:</b> 10/2014 - 02/2015</p> <p><b>Setting:</b> Neonatale Intensivstation in der einzigen tertiären Entbindungsklinik in</p>	<p><b>Ziele:</b> Untersuchung der Erfahrungen von Eltern, deren Kinder nach 28 bis 32 Wochen Schwangerschaft auf die Welt gekommen sind: Es geht um die Erfahrungen während der Überleitung innerhalb der neonatalen Intensivstation sowie bei der Entlassung nach Hause.</p> <p><b>Methode:</b> Qualitatives Forschungsdesign in zwei Phasen: Prä- und Post-Discharge (Phase 1: vor der Entlassung und Phase 2: nach der Entlassung).</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Es wurden 3 relevante, sich teilweise überlappende Aspekte identifiziert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) effektive Kommunikation zwischen dem (Pflege-)Personal und den Eltern,</li> <li>2) das Gefühl der Eltern, involviert zu sein und an den Entscheidungen beteiligt zu werden,</li> <li>3) das Gefühl der Eltern, gut auf die Entlas-</li> </ol>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
term infant.  Evidenzlevel 3	West-Australien.	<p>Methodenmix: Persönliche Interviews (face-to-face), Teilnahme an einer Online-Befragung und telefonische Interviews. Für die face-to-face Interviews wurde ein Frageleitfaden mit offenen Erzählansätzen verwendet.</p> <p>Kontinuierliche, vergleichende Analyse der Erfahrungen (Unterschiede und Gemeinsamkeiten).</p> <p>Ausgeschlossen wurden Frühgeborene mit weiteren Besonderheiten/Behinderungen, die nicht auf die Frühgeburt zurückgeführt werden konnten sowie Eltern, die nicht englisch sprachen. Eltern wurde die Möglichkeit eingeräumt, zu jedem Zeitpunkt aus der Studie auszusteigen.</p> <p><i>Hintergrund:</i> Eltern von Frühgeborenen erleben eine Art „Odyssee“: Je nach Grad der Frühgeburt und Komplexität der durch die Frühgeburt entstandenen Probleme müssen verschiedene Stationen durchlaufen werden. Die Zeit auf der neonatalen Intensivstation bedeutet nicht nur für die Eltern der Frühgeborenen Stress, sondern die Arbeit dort birgt auch für die Beschäftigten Stressoren. Die Aufgabe, die Eltern durch eine gute Edukation darin zu unterstützen, bereit für die Entlassung nach Hause zu werden, stellt eine große Herausforderung für das (Pflege-Personal) dar.</p>	<p>sung nach Hause vorbereitet zu sein.</p> <p><b>Schlussfolgerungen der Autoren:</b></p> <p>Die Erfahrungen können den Autor/inn/en zufolge dafür genutzt werden, den Aufenthalt auf der neonatalen Intensivstation sowie die Erfahrungen bei der anschließenden Entlassung nach Hause zu verbessern. Folgende Strategien werden dafür vorgeschlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbesserung des Informationsaustausches</li> <li>- Förderung des Kontakts zwischen den Eltern und dem multidisziplinären Teams auf der neonatalen Intensivstation</li> <li>- Ermutigung der Väter, ihre Bedürfnisse zu äußern</li> <li>- Förderung der Beteiligung der Eltern entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse</li> </ul> <p><i>Hauptaspekt:</i></p> <p>Besonders wichtig sei eine gute Information der Eltern während der Zeit, in der ihr Kind auf der neonatalen Intensivstation behandelt wird.</p>
<b>Balaban 2008</b>  “Redefining and Redesigning Hospital Discharge to Enhance Patient Care: A Randomized Con-	<p><b>Stichprobe:</b> n = 96 Patienten mit Diabetes, Herzinsuffizienz, COPD, Depression.</p> <p><b>Zeitraum:</b> 06/2006 - 01/2007</p>	<p><b>Ziel:</b> Evaluation einer kostengünstigen Intervention um Patienten nach Krankenhausentlassung umgehend mit ihrem „medical home“ zu verbinden</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p> <p>Untersuchung mit Patienten, die notfallmäßig in das Kranken-</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>In Interventionsgruppe ambulante Weiterversorgungsrate innerhalb von 21 Tagen höher (bei 14,9 % fehlgeschlagen im Vergleich mit 40,8 % bei Kontrollgruppe in 35.0 %).</p> <p>Die Mitglieder der Interventionsgruppe haben eher ambulante „workups“ empfohlen bekommen, nur 11.5 % der empfohlenen workups</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>„Controlled Study“</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Setting:</b> Somerville Krankenhaus, der Harvard Medical School, USA, angegliedert.</p>	<p>haus eingewiesen worden (medical–surgical floor )sind und ein „medical home“, eine etablierte Beziehung zum niedergelassenen Arzt (PCP) oder ambulanter Pflegefachkraft haben (mind. 2 Besuche beim PCP oder ein Besuch beim PCP und mind. 2 RN Kontakte, einen innerhalb der letzten 6 Monate).</p> <p><b>Indikatoren:</b> Messung von 4 unerwünschten Outcomes nach Entlassung: -keine ambulante Weiterversorgung innerhalb von 21 Tagen -Wiederaufnahme innerhalb von 31 Tagen -Vorstellung in der Notaufnahme innerhalb von 31 Tagen -Unvermögen des PCP die Empfehlungen des Krankenhausarztes umzusetzen</p> <p><b>Interventionen:</b> RN („discharge planning nurse“) bereitete Entlassungsformular mit Input vom Arzt vor, Stationsschwester glich es mit Patienten ab. Inhalte Entlassungsformular: demographische Daten, Entlassungsdiagnose, Name KH-Ärzte, verabreichte Impfungen, neue Allergien, Diät- und Aktivitätsverordnungen, geordnete Hausdienstleistungen, geplante Termine, PNP, Spezialist, Studie, ausstehende med. Testergebnisse, empfohlene ambulante workups, Medikamentenliste, Optionale Empfehlungen RN, Erinnerung das Formular beim PCP vorzuhalten</p> <p>4 Schritte der „discharge–transfer Intervention“:</p> <p>1) Bereitstellung eines umfassenden benutzerfreundlichen Entlassungsformulares (Patient Discharge Form) in einer der 3 Sprachen (englisch, spanisch, portugiesisch) mit dem Ziel die Kommunikationsprobleme aufzudecken, die während der Pflegeüberleitung (transition of care) auftreten können, einschließlich der Wissenslücken über den eigenen Zustand und Lücken in der</p>	<p>waren unvollständig; in der Kontrollgruppe 31.3 %.</p> <p>Wiederaufnahme innerhalb von 31 Tagen: 8,5 % in der Interventionsgruppe, 8,2 % in der Kontrollgruppe (kein signifikanter Unterschied).</p> <p>ED-Besuche innerhalb eines Monats: 2,1 % in der Interventionsgruppe, 2 % in der Kontrollgruppe (kein signifikanter Unterschied).</p> <p><b>Schlussfolgerung: Gründe für den Erfolg der Maßnahmen:</b> Informationstransfer nach Standard zwischen stationären und ambulanten Versorgungsanbietern.</p> <p>Personal, das den Patienten gut kannte, war in den Prozess eingebunden: RN (15 % ihrer Anrufe haben zu Anpassung des medical plan geführt → kann medizinische Fehler reduzieren und die Versorgungsqualität in der Zeit nach Entlassung erhöhen).</p> <p>Schriftliche Entlassungsinformation für Patienten als Erinnerungshilfe und Unterstützung für das ambulante Setting.</p> <p>Redundanz: doppelte Überprüfung des Formulars (Patient mit Stationsschwester und mit Primary care RN).</p> <p>Erweiterung des Rollenverständnisses der stationären und primary care RN → hier Ein-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		<p>ambulanten Weiterversorgung oder nachfolgenden Untersuchungsergebnissen („follow-up of test results“)</p> <p>2) Das Entlassungsformular wurde elektronisch an die RN der primary care facility übertragen.</p> <p>3) Primary care RN nahm zum Patienten telefonischen Kontakt auf und überprüfte das Entlassungsformular (sowie Beurteilung medizinischer Status, Eruiierung von Patientenanliegen, Bekräftigung geplanter Folgetermine)</p> <p>4) PCP review and Anpassung des discharge-transfer plan</p>	<p>bezug in die Patientenversorgung sinnvoll (in Anbetracht der steigenden Anforderungen an den Arzt).</p> <p>Subgroup analysis: Intervention kann erfolgsversprechend sein bei nichtenglischsprechenden Patienten, Wochenendentlassungen, kürzeren Aufenthalten, älteren Patienten</p>
<p><b>Bäuerle et al. 2013</b></p> <p>Eine bedarfsorientierte Entlassungsintervention bei Patienten mit hoher Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems: Qualität der Umsetzung und Verbesserungsmöglichkeiten</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 241</p> <p><b>Zeitraum:</b> 04/2006–03/2008</p> <p><b>Setting:</b> Psychiatrische Kliniken der Universitäten Düsseldorf, Greifswald, Regensburg, Ulm (Psychiatrie I und II), Ravensburg und Günzburg</p>	<p><b>Ziel:</b> Prozessevaluation einer bedarfsorientierten Entlassungsintervention für Patienten mit hoher Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Behandlung, Analyse von Interventions-Drop-outs vs. Interventions-Inanspruchnehmer und des Einflusses von Parametern auf die Entwicklung ungedeckter Hilfebedarfe</p> <p><b>Methode:</b> Analyse von Interventions-Drop-outs vs. Interventions-Inanspruchnehmer und des Einflusses von Parametern auf die Entwicklung ungedeckter Hilfebedarfe.</p> <p><b>Teilnehmer der Studie:</b> Patienten mit hoher Inanspruchnahme stationärer Behandlung (erwachsene Patienten mit Schizophrenie, bipolarer Störung und Depression, die in den letzten 24 Monaten mindestens zweimal stationär behandelt werden mussten mit jeweils mindestens 30 Tagen Verweildauer oder Patienten, die in den letzten 24 Monaten mehr als 50 Tage in stationärer Behandlung waren).</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Schwerer Erkrankte wurden von der Intervention nicht erreicht. Gute Umsetzung der Lösungsvorschläge und Zufriedenheit mit Lösungsvorschlägen waren mit einer Reduktion ungedeckter Bedarfe assoziiert.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Schwächen der Intervention könnten zur fehlenden Überlegenheit gegenüber der Standardbehandlung beigetragen haben.</p> <p><b>Konsequenzen für Klinik und Praxis:</b> Interventionen zur Verbesserung der Entlassungsplanung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und hoher stationärer Inanspruchnahme sollten in das Routinebehandlungsgeschehen integriert sein.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Beaver et al. 2010</b></p> <p>An exploratory study of the follow-up care needs of patients treated for colorectal cancer</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 27 Patienten, die erfolgreich gegen kolorektalen Krebs behandelt wurden.</p> <p><b>Zeitraum:</b> Keine Angaben</p> <p><b>Setting:</b> Großes District General Krankenhaus im Nordwesten Englands</p>	<p><b>Ziel:</b> Die Wahrnehmung von Patienten zu evaluieren: was sind ihre Erfahrungen mit Follow-Up-Pflege nach Behandlung aufgrund von kolorektalem Krebs.</p> <p><b>Methode:</b> Persönliche Intensiv-Befragungen. Themenzentrierte Analyse</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Es ist nicht bekannt, welche Follow-Up-Behandlungen nach Behandlung von kolorektalem Krebs optimal sind. Üblicherweise werden die Patienten in ambulanten Follow-Up-Sprechstunden behandelt. Es ist aber zu vermuten, dass damit ihre Bedürfnisse an Information und psychosozialer Betreuung nicht erfüllt werden.</p> <p>Die Befragungen ergaben, dass ein Thema von besonderem Interesse ist: „Knowing what to expect“ (Das Wissen darum, was die Patienten nach der Darm-Operation erwartet). Interessierende Subthemen: „Leben mit veränderten Darmfunktionen“, Informationsgewinnung („Trial and Error“) und „Information sowie Unterstützung durch spezialisierte Pflegekräfte“. Als besonders gefährdet und Informations-bedürftig haben sich Patienten ohne Stoma erwiesen.</p> <p>Die Rolle der auf Darmkrebs spezialisierten Pflegekraft in Bezug auf Information und Unterstützung wird als zentral angesehen – die Patienten fühlen sich in den pflegerisch geleiteten Sprechstunden am besten individuell behandelt.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Traditionelles Follow-Up im Krankenhaus erfüllt nicht immer die Bedürfnisse der Patienten nach Information und psychosozialer Betreuung. Die Follow-Up-Planung sollte sich für diese Patientengruppe auf Betreuung durch spezialisierte Pflegekräfte konzentrieren.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			Pflegerische Sprechstunden sowie Telefon-Follow-Up durch spezialisierte Pflegekräfte stehen als mögliche Alternativen zur Auswahl.
<p><b>Biese et al. 2014</b></p> <p>A Randomized Trial Exploring the Effect of a Telephone Call Follow-up on Care Plan Compliance Among Older Adults Discharged Home From the Emergency Department</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 120 Interventionsgruppe: n = 39 , Placebogruppe: n = 35 Kontrollgruppe: n = 46</p> <p><b>Zeitraum:</b> September – November 2010 (10 Wochen)</p> <p><b>Setting:</b> Academic-Level I-Traumazentrums-Notaufnahme in North Carolina</p>	<p><b>Ziel:</b> Prüfung, ob eine durch Telefonat vermittelte Intervention durch eine Krankenschwester die Einhaltung des Entlassungsplanes verbessert, insbesondere hinsichtlich der Beschleunigung der Terminierung von Hausarztbesuchen oder der Einsicht bei Medikamentenänderungen.</p> <p>Outcomes: Notaufnahmebesuche oder Krankenhausaufnahmen innerhalb 35 Tage; Kosten</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) keine Unterschiede hinsichtlich ED-Besuche oder Krankenhausaufnahmen</p> <p>2) eine Telefongestützte Nachsorge bei Patienten, die aus der Notaufnahme entlassen wurden, führte zu einer beschleunigten Nachsorge durch den Hausarzt.</p> <p>3) Weitere Forschung ist nötig, ob diese Ergebnisse Verbesserungen bedeuten wie eine reduzierte Zahl erneuter Besuche der Notaufnahme, weniger Krankenhauseinweisungen oder reduzierte Kosten</p>
<p><b>Bikmoradi et al. 2016</b></p> <p>Impact of Tele-nursing on adherence to treatment plan in discharged patients after coronary artery bypass graft surgery: A quasi-</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 71 Interventionsgruppe: n = 36 Kontrollgruppe: n = 35</p> <p><b>Zeitraum:</b></p> <p><b>Setting:</b> Ekbatan Therapeutic and Educational Center of Hamadan University of</p>	<p><b>Ziel:</b> Bewertung des Einflusses von „Tele-nursing“ bezüglich der Einhaltung des Behandlungsplanes bei entlassenen Patienten nach koronarer Bypass-OP</p> <p><b>Methode:</b> Quasi experimentelle Studie</p> <p><b>Interventionen:</b> Interventionsgruppe: An den Tagen 2, 4, 7 und 2., 3. und 4. Woche nach Entlassung Follow-up- Intervention und Edukation mittels Tele-nursing.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die Einhaltung des Behandlungsplanes hat keinen signifikanten Unterschied vor der Intervention ergeben, aber signifikante Unterschiede nach Intervention in der Aromatherapiegruppe. Die Einhaltung des Behandlungsplans in der Aromatherapiegruppe war besser als in Kontrollgruppe.</p> <p><b>Schlussfolgerungen der Autoren:</b></p> <p>Tele-nursing ist ein praktischer Weg für kos-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
experimental study in Iran  Evidenzlevel 2	Medical Sciences in Hamadan, Iran	Kontrollgruppe: „Routineintervention	teneffektives Training und Nachbetreuung für Patienten nach koronarer Bypass-OP, kann Einhaltung des Behandlungsplanes fördern.
<b>Bläuer et al. 2015</b>  Implementation of a nurse-led education programme for chronic heart failure patients during hospitalisation, and strategies supporting their self-management at home: a practice development project in the context of the Swiss healthcare system  Evidenzlevel 3	<b>Stichprobe:</b> n = 15 Patienten  <b>Zeitraum:</b> Juni 2007-Juni 2008  <b>Setting:</b> Kardiologische Station, Schweizer Klinikum	<b>Ziel:</b> Entwicklungsprojekt zur Verbesserung einer personenzentrierten Vorgehensweise bei der pflegerischen Überleitung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz vom Krankenhaus nach Hause.  <b>Methode:</b> Aktionsforschung (Action Research). Analyse durch Grounded Theory und Qualitative Inhaltsanalyse  <b>Interventionen:</b> Zwei Projektphasen: Phase 1 diente der Beschreibung der Entwicklung, Implementation und Evaluation eines Edukationsprogramms für Patienten mit Herzinsuffizienz – mit dem Ziel, die Pflegepraxis zu verändern, und zwar durch eine Verbesserung der professionellen Kompetenzen. Phase 2 beschreibt die künftige Entwicklung des Programms durch die Integration der Patientenperspektive. Zum Edukationsprogramm: Die Patienten erhielten die Edukation während des stationären Aufenthalts und konnten sich in diesem Rahmen Strategien aneignen, um das Selbst-Management zuhause zu verbessern. Der Fokus dieses Ansatzes liegt auf der individuellen Zuschneidung der jeweiligen Maßnahmen. Das Edukationsprogramm wurde durch einen pflegewissenschaftlichen Masterstudenten geleitet. Dieser wurde unterstützt durch ein Team von fünf „Registered Nurses“ mit Erfahrung in Kardiologie. In Abhängigkeit des jeweiligen Bedarfs der Patienten erfolgte ein Support durch weitere Berufe, die behandelnden Ärzte, Physiotherapeuten und Diätassistenten. Dieses multiprofessionelle Team von Experten entschied über die Inhalte des Programms.	<b>Ergebnisse:</b> Das von Pflegefachkräften geleitete Edukationsprogramm für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz hat sich als evidenzbasiert erwiesen. Nach der Teilnahme hatten die Patienten eine bessere Lebensqualität, geringere Mortalität (Letalität) und bessere Selbstmanagement-Fähigkeiten. Das Follow-up durch ein multidisziplinäres Team, um die Patienten nach der Entlassung zu unterstützen, hat sich ebenfalls als effektiv erwiesen. Der individuelle Ansatz ist erforderlich, da Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz eine sehr heterogene Gruppe mit verschiedenen Fähigkeiten und Einschränkungen darstellen. Auch sind Co-Morbiditäten zu beachten. Die Patientenperspektive einzubeziehen stellt allerdings eine sehr anspruchsvolle und komplexe Aufgabe dar: Das Wissen und die Kompetenzen des Healthcare-Teams müssen erweitert werden und der Prozess erfordert den Einsatz verschiedener methodologischer Ansätze.

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		Bestandteile des Selbstmanagement-Trainings sind die Vermittlung von Wissen über die Krankheit, Schulung in der Identifizierung von Krankheitssymptomen und in der Entwicklung von Lösungsstrategien. Dafür müssen Patienten ihre eigenen Ressourcen erkennen und anwenden, jeden Tag auf ein Neues ihre Entscheidungen gesundheitsbezogen treffen und Bereitschaft mitbringen, mit dem Team zusammenzuarbeiten.	
<b>Blewett et al. 2010</b>  Improving geriatric transitional care through inter-professional care teams  Evidenzlevel 2	<b>Stichprobe:</b> n = 339 Interventionsgruppe: n = 163 Kontrollgruppe: n=176  <b>Zeitraum:</b> 1.4. 2003 - 31.3.2004  <b>Setting:</b> Geriatrische Überleitungsstation (Geriatric Transitional Care Unit) in Minneapolis, Minnesota	<b>Ziel der Studie:</b> Untersuchung, welchen Einfluss ein interprofessionelles Pflege team auf die Aufenthaltsdauer der Patienten im Krankenhaus ausübt, incl. der Analyse der Kosteneffektivität.  <b>Methode:</b> Auswertung einer Datenbank: Dokumente von 163 "Transitional Care"-Patienten, die von einem interdisziplinären Team betreut wurden, und von 176 Patienten, die nur von einer Pflegekraft betreut wurden, wurden analysiert.	<b>Ergebnisse:</b> Die Studie liefert empirische Evidenz für den Nutzen eines interprofessionellen Teams für die Patientenüberleitung. Bei interprofessioneller Betreuung verkürzt sich der Aufenthalt der Patienten in der geriatrischen Überleitungsstation und die Behandlungskosten werden gesenkt. Das Modell hat sich als kosteneffektiv erwiesen, auch wenn man den Aufwand für die interprofessionelle Betreuung gegenrechnet.
<b>Bowles et al. (2014)</b>  „Impact of Discharge Planning Decision Support on Time to Readmission Among Older Adult Medical Patients“	<b>Stichprobe:</b> n gesamt = 533 Kontrollgruppe: n =281 Interventionsgruppe: n=252  <b>Zeitraum:</b> 03/2010-10/2011  <b>Setting:</b> vier medizinisc-	<b>Ziel:</b> Prüfung, ob die Alarmierung der Casemanager über Hochrisikopatienten durch die Bereitstellung von Entscheidungshilfen eine verbesserte Entlassungsplanung zur Folge hat als zur Zeit der ersten Krankenhauswiederaufnahme  <b>Methode:</b> Quasi experimentelle Studie	<b>Ergebnisse:</b> Nach Austausch der D2S2 (Discharge Decision Support System)-Ergebnisse sank der Anteil der Hochrisikopatienten, die nach 30 und 60 Tagen wiederaufgenommen wurden, um 6% und 9% (relative Reduktion der Wiederaufnahmen in beiden Zeiträumen um 26%).

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Evidenzlevel 2	he Abteilungen in einem städtischen universitätsmedizinischen Zentrum, USA		<p><b>Schlussfolgerung:</b></p> <p>Die Bereitstellung einer Entscheidungshilfe zur Identifizierung von Hochrisikopatienten, die für eine postakute Überweisung empfohlen wurden, ist mit verbesserten Entlassungsplänen verbunden.</p>
<p><b>Bradway et al. 2011</b></p> <p>A Qualitative Analysis of an Advanced Practice Nurse–Directed Transitional Care Model Intervention</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n gesamt = 30 kognitiv beeinträchtigte ältere Erwachsene und deren Betreuer n = 15 Betreuer n = 15 Patienten</p> <p><b>Zeitraum:</b> 02/2006–03/2010</p> <p><b>Setting:</b> Universitätskrankenhäuser Pennsylvania: University of Pennsylvania Health System (UPHS) Hospitals</p>	<p><b>Ziel:</b> Beschreibung von Barrieren und Vermittlern bei der Umsetzung einer durch APNs geführten Überleitungs-Intervention für kognitiv beeinträchtigte ältere Erwachsene und deren Betreuer.</p> <p><b>Methode:</b> Exploratives, qualitatives Design</p> <p><b>Interventionen:</b> Besuch der APN im Krankenhaus: Assessment des Gesundheitszustandes, Zusammenarbeit mit dem stationären Team, um primäre Ziele und Dienstleistungen zu definieren. Zusammenarbeit mit weiteren Mitgliedern des Gesundheitswesens mit dem Ziel, die stationäre und poststationäre Pflege auf Grundlage des Assesments und der gesetzten Ziele sicherzustellen und zu koordinieren.</p> <p>Hausbesuche erfolgten innerhalb von 24 Stunden nach Entlassung, dann mindestens einmal im ersten Monat nach Entlassung, danach erfolgte alle zwei Monate ein Hausbesuch. Wenn nötig telefonische Kontaktaufnahme. Begleitung beim ersten Hausarztbesuch nach Entlassung, incl. Erarbeitung eines Fragenkatalogs für Arztbesuch. Betreuer erhielten Formulare um gesundheitsbezogene Aspekte wie Körpergewicht und Blutzuckerwerte aufzuzeichnen.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Patienten und Betreuer gewannen durch die Interventionen das das notwendige Wissen über poststationäre Versorgungsmöglichkeiten und die Erfordernisse ihrer chronischen Krankheit. Nicht alle Patienten und Betreuer folgten den Betreuungsplänen und Krankenhaus-Entlassungsinstruktionen oder den laufenden Vorschlägen der APNs, z. B. wurde von einem Patienten das Medikamentenmanagement abgelehnt. Die betreuenden Personen waren häufig mit ihren Aufgaben überfordert.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Bradway et al. 2013</b></p> <p>Case Study: Transitional Care For a Patient with Benign Prostatic Hyperplasia and Recurrent Urinary Tract Infections</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 1</p> <p><b>Zeitraum:</b> keine Angabe</p> <p><b>Setting:</b> 83-jähriger, kognitiv beeinträchtigter, urologischer Patient; während Krankenhausaufenthalt und nach der Entlassung</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Zusammenarbeit zwischen dem Patienten, seiner Familie, den Pflegekräften (APN, Advanced Practice Nurse), niedergelassenen Ärzten und Gesundheitsdiensten und dem niedergelassenen Urologen.</p> <p><b>Methode:</b> Fallstudie: Urologische und auf die Entlassung bezogene Bedürfnisse eines älteren, kognitiv beeinträchtigten Mannes während des Krankenhausaufenthaltes und nach der Entlassung standen im Fokus. Diskussion der Zielsetzung, insb. eines individuellen Plans für die Überleitung.</p> <p><i>Interventionen:</i> Kontinuierliche Planung, fokussierte und individualisierte Entlassungsplanung und Kooperation zwischen Patienten, Angehörigen, Mitarbeitern des Krankenhauses sowie niedergelassenen Healthcare-Anbietern</p> <p><i>Hintergrund:</i> Chronische urologische Erkrankungen wie gutartige Prostata-Hyperplasie, wiederkehrende Harnwegsinfektionen oder Urin-Inkontinenz treten bei älteren Menschen häufig auf.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Interventionen (kontinuierliche Planung, fokussierte und individualisierte Entlassungsplanung und Kooperation zwischen Patienten, Angehörigen, Mitarbeitern des Krankenhauses sowie niedergelassenen Healthcare-Anbietern) werden von den befragten Pflegekräften (APN) sehr positiv bewertet. Die Perspektiven des Patienten werden als gut beurteilt.</p>
<p><b>Braun et al. 2009</b></p> <p>Telephone follow-up improves patients satisfaction following hospital discharge</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 400 Interventionsgruppe: n = 200 Kontrollgruppe: n = 200</p> <p><b>Zeitraum:</b> Mai 2005 – Februar 2006</p> <p><b>Setting:</b> „Department of Medicine“, Israel</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung, inwieweit engmaschiges TFU (Telefon-Follow-Up) vermag, die Patientenzufriedenheit zu erhöhen, die Compliance zu verbessern und die Wiedereinweisungsraten zu reduzieren.</p> <p><b>Intervention:</b> In der Interventionsgruppe erfolgte das telefonische Follow-Up eine Woche und einen Monat nach der Krankenhauserlassung. Nach insgesamt drei Monaten wurden die TN beider Gruppen telefonisch</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) In der Interventionsgruppe war die Zufriedenheit der Patienten in den meisten Bereichen um 6-12 % höher als in der Kontrollgruppe. (signifikant)</li> <li>2) 93 % der TN in der Interventionsgruppe berichteten eine Verbesserung ihrer Symptome, gegenüber nur 84 % in der Kontrollgruppe. (signifikant)</li> <li>3) In der Interventionsgruppe gab es einen nicht signifikanten Trend zu weniger Krankenhauswiedereinweisungen im Vergleich mit der</li> </ol>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		<p>Die bisherige Erfahrung zeigt: Viele Patienten haben in den ersten Wochen nach einer Krankenhausentlassung mit Problemen zu kämpfen. Telefonisches Follow-Up gilt als gutes Instrument, um medizinischen Rat zu erteilen, Symptome zu handeln, Komplikationen zu identifizieren und nach der Entlassung beruhigend zu wirken.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p>Kontrollgruppe.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> TFU kann die Zufriedenheit und Compliance erhöhen. Die Auswirkung auf Wiedereinweisungsraten muss weiter untersucht werden.</p>
<p><b>Brock et al. 2013</b></p> <p>Association between Quality Improvement for Care Transitions in Communities and Rehospitalizations Among Medicare Beneficiaries</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> Interventionsgruppe: n = 14 Interventions-Gemeinden Kontrollgruppe: n = 50 Vergleichs-Gemeinden</p> <p><b>Zeitraum:</b> Vorbereitungsphase: 2006 bis 2008 Studie: 2009-2010</p> <p><b>Setting:</b> Die Studie wurde durchgeführt vor und während der Implementation einer Qualitätsverbesserungs-Initiative. Durchgeführt in 14 Interventions-Gemeinden und 50 Vergleichs-Gemeinden. Probanden: Empfänger von Medicare-Leistungen.</p>	<p><b>Ziel:</b> Evaluation, ob die Implementierung von verbesserten Pflege-Überleitungen bei Medicare FFS-Empfängern zu einer Reduktion von Krankenhaus(wieder)einweisungen führt.</p> <p><b>Methode:</b> Evaluation durch einen Vorher-Nachher-Vergleich. Die Intervention unterstützte gemeindeweite Qualitätsverbesserungs-Aktivitäten, um evidenzbasierte Verbesserungen in Pflege-überleitungen einzuführen: durch gemeindeweite Organisation, technische Unterstützung und Monitoring der Partizipation, Implementierung, Effektivität und hinderliche Effekte.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Hauptkriterium der Evaluation war die Rate der Krankenhaus-Wiedereinweisungen nach 30 Tagen (all-cause) unter 1.000 Medicare-Empfängern.</p> <p>Die all-cause 30-day Rehospitalisierungs-Raten und die all-cause Krankenhauseinweisungen nahmen unter den Medicare-Empfängern in den Interventions-Gemeinden gegenüber denjenigen in den Vergleichsgemeinden ab.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	<p>Die Interventions-Ge-meinden hatten zwischen 22.070 und 90.843 Medi-care FFS-Empfänger</p> <p>(FFS: fee-for-service)</p>		
<p><b>Brown et al. 2011</b> Learning Dis-ability Liaison Nursing Ser-vices in south-east Scotland: a mixed-methods impact and out-come study</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 85 TN: - 5 Patienten mit intellekt-ueller Behinderung - 16 stationäre Pflege-kräfte - 39 ambulant arbeitende Pflegekräfte - 19 Mitarbeiter des Kran-kenhauses - 6 „Learning Disability Nurses“</p> <p><b>Zeitraum:</b> Dauer der Studie: 18 Mo-nate (keine genaueren Angaben zum Zeitraum).</p> <p><b>Setting:</b> Interviews und Fokus-gruppen mit Patienten, stationären Pflegekräften, ambulanten Pflegekräften und weiteren Mitarbeitern des Krankenhauses.</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung des Konzepts der „Learning Disability Liai-son Nursing (LDLN) services“ in England. Wird das Ziel erreicht, den Patienten und ihren Angehörigen adäquate zusätzliche und spezialisierte Unterstützung zu bieten?</p> <p><b>Methode:</b> Es wurde ein Methodenmix angewendet – Befragungen zu: Pfl-ege im Krankenhaus, Edukation und organisationale Entwicklung</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Entlassungsplanung ist im vorgestellten Kon-zept nur eine von vielen Aufgaben der Liaison Nurse. Daneben führt sie ein Assessment der Bedürfnisse („Care Needs“), Patienteneduka-tion, Information und Beratung durch. Sie un-terstützt die Patienten nicht nur bei der Kom-munikation innerhalb des Krankenhauses, sondern vermittelt auch zwischen den zustän-digen Klinikmitarbeitern und den ambulanten Diensten. Liaison Nurses werden als wichtige Brücke zwischen Patienten, ihren Bezugspersonen, der ambulanten Pflege und weiteren niedergelassenen Gesundheitsdienstleistern und Krankenhausmitarbeitern wie zum Bei-spiel den Bezugspflegefachkräften und dem medizinischen Personal angesehen. Ergeb-nisse dieser Studie: Die Patienten fühlen sich durch die Liaison Nurses wertgeschätzt.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Buurman et al. 2016</b></p> <p>Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 674 Patienten ab 65 Jahre Interventionsgruppe: n = 337 Kontrollgruppe: n = 337</p> <p><b>Zeitraum:</b> 09/2010-03/ 2014</p> <p><b>Setting:</b> Drei Krankenhäuser in den Niederlanden mit angeschlossenen Home-Care-Organisationen</p>	<p><b>Ziel:</b> Prüfung, ob eine Intervention mit systematischen CGA (Comprehensive Geriatric Assessment), gefolgt von einem Transitional Care Bridge-Programm die ADL's verbessert im Vergleich zum systematischem CGA allein</p> <p><b>Methode</b> RCT, Multi-Center-Studie</p> <p><b>Interventionen:</b> Das Transitional care bridge-Programm begann während des Krankenhaus-Aufenthalts durch den Besuch einer Community Care Registered Nurse (CCRN) und endete mit Hausbesuchen 2 Tage und 2, 6, 12, 24 Wochen nach Entlassung.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>85 Todesfälle (25.2 %) in der Interventionsgruppe; 104 Todesfälle (30.9 %) in CGA-Gruppe; geringeres Risiko hinsichtlich Todeszeitpunkt innerhalb von 6 Monate nach Krankenhausaufnahme in der Interventionsgruppe.</p> <p>Kein Effekt hinsichtlich der ADLs.</p> <p>In Interventionsgruppe 106 Wiederaufnahmen (33,5 % von 316, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden), in CGA-Gruppe 88 Wiederaufnahmen (29,0% von 303, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden).</p> <p>Kein Effekt hinsichtlich des Zeitpunktes der ersten ungeplanten Wiederaufnahme innerhalb von 6 Monaten</p> <p>In Interventionsgruppe 51 Entlassungen in eine Pflegeeinrichtung (16.1 % von 316, die entlassen wurden), in CGA-Gruppe 41 (13.5 % von 303, die entlassen wurden)</p> <p>Kein Effekt hinsichtlich kognitiver Funktion innerhalb von 6 Monaten nach Entlassung.</p>
<p><b>Cajanding 2017</b></p> <p>Effects of a Structured Discharge Planning Program on Perceived Func-</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 143 Interventionsgruppe: n = 75 Kontrollgruppe: n = 68</p> <p><b>Zeitraum:</b></p>	<p><b>Ziel:</b> Analyse der Effekte eines strukturierten und pflegerisch geleiteten Programms der Entlassungsplanung bei philippinischen Patienten mit akutem Herzinfarkt auf Funktionalität, Patientenzufriedenheit, kardiologischen Status und unerwarteten Wiedereinweisungen.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Outcomes (Funktionalität, Patientenzufriedenheit, kardiologischer Status und unerwartete Wiedereinweisungen) wurden einen Monat nach Entlassung gemessen. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe zeigten in Bezug auf alle vier Outcomes bessere Werte als die</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>tional Status, Cardiac Self-efficacy, Patient Satisfaction, and Unexpected Hospital Revisits Among Filipino Cardiac Patients A Randomized Controlled Study</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p>08/2013 - 08/2014</p> <p><b>Setting:</b> kardiovasulär-koronare Abteilung eines tertiären Krankenhauses in Manila / Philippinen</p>	<p><b>Methode:</b> RCT-Design</p> <p><b>Interventionen:</b> Die Teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten ein 3-tägiges strukturiertes Programm mit überleitenden Maßnahmen (structured discharge planning programm) durch eine kardiologische NP, incl.: schriftliche Informationen, zu denen Rücksprache gehalten wurde, individuelle / integrative Problemlösungen, Zielsetzungen und Handlungen. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe erhielten eine Standardbehandlung.</p>	<p>Teilnehmer der Kontrollgruppe.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b> Die Studie zeigt die Wirksamkeit des getesteten, pflegerisch geleiteten, Programms auf. Die Implementierung dieses Programms wird empfohlen.</p>
<p><b>Caljouw and Hogendorf-Burgers 2010</b></p> <p>GYNOTEL: telephone advice to gynecological surgical patients after discharge</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 468 Interventionsgruppe: n = 235 Kontrollgruppe: n = 233</p> <p><b>Zeitraum:</b> 10/2004–06/2006</p> <p><b>Setting:</b> Universitätskrankenhaus, Gynäkologie</p>	<p><b>Ziel:</b> Ermittlung der gesundheitlichen Probleme bei chirurgischen gynäkologischen Patienten, die bis zu sechs Wochen nach der Entlassung aufkommen oder bestehen und der Wirksamkeit der telefonischen Beratung</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Interventionsgruppe: anhand von Leitlinien telefonische Beratung durch Krankenschwestern.</p> <p>Es wurde in der Interventionsgruppe eine Verbesserung bezüglich Wundheilung, Schmerzen, vaginale Blutungen, Mobilität festgestellt, sofern die pflegerischen Empfehlungen befolgt wurden.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Eine telefonische Beratung durch Pflegefachkräfte kann gesundheitliche Probleme nach chirurgischen Eingriff lindern.</p>
<p><b>Carlssen et al. 2012</b></p>	<p><b>Stichprobe:</b> 15 „Triaden“ aus je einem Patienten nach</p>	<p><b>Ziel:</b> Beschreibung der Genauigkeit und Kontinuität in den Entlassungsinformationen bei Patienten mit Essbeschwerden nach ei-</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> 1) Die Genauigkeit der Information über die</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>Accuracy and continuity in discharge information for patients with eating difficulties after stroke</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p>Schlaganfall mit seiner Patientenakte und der Entlassungszusammenfassung und 2 Pflegepersonen aus der Gemeinde, in die der Patient entlassen wurde</p> <p><b>Zeitraum:</b> Dezember 2007–September 2008</p> <p><b>Setting:</b> Mehrere Gemeinden in Schweden</p>	<p>nem Schlaganfall</p> <p><b>Methode:</b> Beobachtung des Essverhaltens der Patienten, Audits der Patientenunterlagen, Interviews mit den Pflegenden</p> <p>Prospektives und deskriptives Design</p>	<p>Essbeschwerden und die Kontinuität der Informationen war schwach.</p> <p>2) Alle Patienten hatten das Risiko einer Mangelernährung und waren zu schwach für eine Rehabilitation.</p> <p>3) Essbeschwerden waren vage und unspezifisch beschrieben.</p> <p>4) Koordinierte Pflegeplanung und kontinuierliches Management fehlten weitestgehend in der Dokumentation.</p> <p>5) Trotz der Wichtigkeit für die Versorgung erreichten nur wenige Informationen die Pflegenden in der Gemeinde.</p>
<p><b>Cebeci und Çelik 2008</b></p> <p>Discharge training and counseling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 109 Interventionsgruppe: 57 Kontrollgruppe: 52</p> <p><b>Zeitraum:</b> 01/2003–08/2004</p> <p><b>Setting:</b> Klinik für kardiovaskuläre Chirurgie, Universitätskrankenhaus Türkei</p>	<p><b>Ziel:</b> Bestimmung des Einflusses von Entlassungstraining und Beratung auf die Selbstfürsorge und Probleme nach Entlassung bei Patienten mit Koronararterien-Bypassoperation.</p> <p>Übergeordnetes Ziel: Unterstützung von Patienten bei der Entwicklung von Selbstfürsorgeverhalten, um den Problemen, die nach Entlassung auftreten können, entsprechend zu begegnen und zu reduzieren .</p> <p><b>Methode:</b> Prospektive quasi-experimentelle Studie</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Interventionsgruppe erhielt ein individuelles Entlassungstraining und Beratung, Aushändigung einer für Trainingszwecke entwickelten Broschüre. In der Interventionsgruppe wurde nach der Intervention ein höherer Selbstfürsorge-Score als in der Kontrollgruppe gemessen und es gab in der Interventionsgruppe weniger Probleme nach Entlassung.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Das Entlassungstraining und der Beratungsservice üben einen positiven Einfluss auf Fähigkeiten der Selbstfürsorge und Linderung der auftretenden Probleme aus.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Centeno und Kahveci 2014</b></p> <p>Transitional Care Models. Preventing Readmissions for High Risk Patient Populations.</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> Patienten im Alter ab 65 Jahren, mit Herzinsuffizienz als Primär-Diagnose, die innerhalb von 15 Meilen um die Klinik leben und die nach dem Klinikaufenthalt nach Hause zurückkehren (privates Zuhause, Pflegeheim oder betreutes Wohnen). Keine Angaben über Größe der Stichprobe</p> <p><b>Zeitraum:</b> Keine Angaben</p> <p><b>Setting:</b> Große städtische Krankenhaus-Kette im Südwesten der USA</p>	<p><b>Ziel:</b> Pilotstudie zur Untersuchung, wie mit Transitional Care-Ansätzen die Wiedereinweisungsraten für geriatrische Patienten mit chronischen Erkrankungen (hier konkret: Herzinsuffizienz) gesenkt werden können.</p> <p><b>Methode:</b> Quantitativ: Erhebung der Wiedereinweisungsraten nach 30 Tagen und Erhebung der Kosten des Programms.</p> <p><i>Interventionen</i> durch ein interdisziplinäres Team. Es arbeiteten zusammen: eine Pflegefachkraft (nurse practitioner, NP), ein Gesundheitsmanager und der medizinische Direktor des jeweiligen Krankenhauses. Angewendet wurde das Transitional Care Model nach Naylor. In dieser Pilotstudie wurden (im Gegensatz zu den TC-Studien der Arbeitsgruppe um Naylor) Personen mit kognitiven Defiziten und auch Patienten ohne telefonische Erreichbarkeit eingeschlossen.</p> <p>Patienten mit Nierenerkrankungen im letzten Stadium sowie Obdachlose wurden nicht von vornherein ausgeschlossen, jedoch gestaltete sich ihre Begleitung als so schwierig, dass die Kriterien dahingehend verändert wurden, diese Patientengruppe nicht mit zu berücksichtigen.</p> <p><i>Hintergrund:</i> Über 80 Prozent der älteren US-Bürger/innen (65 J. und älter) leiden an mindestens einer chronischen Erkrankung wie Herzinsuffizienz oder Atemwegserkrankungen. Im Jahr 2010 machte diese Altersgruppe in den USA 69 Prozent derjenigen, die wegen Herzinsuffizienz im Krankenhaus behandelt wurden, aus. Etwa 20 Prozent der Patienten werden innerhalb von 30 Tagen erneut ins Krankenhaus eingewiesen.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> In dieser Pilotstudie wurden die Wiedereinweisungsraten nach 30 Tagen um 48 Prozent gesenkt, allerdings waren die Kosten der Interventionen sehr hoch.</p> <p>Als Ergebnis der Studie wurden Barrieren identifiziert, die einer adäquaten Versorgung der Patienten bzw. einer Kostenreduzierung im Weg standen: So war es schwierig, die Hochrisikopatienten zu identifizieren und in der Folge wurden auch viele Patienten durch das Programm betreut, die es nicht nötig gehabt hätten.</p> <p><b>Schlussfolgerungen der Autoren:</b> Es sind Anpassungen nötig, um die Kosten des TU-Programms zu senken. U.a. sollte das multidisziplinäre Team erweitert werden und auch aus folgenden Berufsgruppen bestehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozialarbeiter</li> <li>- Pharmakologe</li> <li>- Registereid Nurse</li> <li>- Verwaltungsangestellter</li> </ul> <p>In einer kleineren Studie, die sich an die beschriebene Pilotstudie anschloss, konnte der Effekt der Erweiterung des interdisziplinären Teams allerdings nur schlecht evaluiert werden. Eindeutiges Ergebnis war, dass es für die NP leichter wurde, den Überblick über mehr Patienten zu behalten.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Chang et al. 2016</b></p> <p>Registereid Nurses and Discharge Planning in a Taiwanese ED: A Begleitend Issum?</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 25 ED Nurses</p> <p><b>Zeitraum:</b> 07/2011 - 09/2011</p> <p><b>Setting:</b> Entlassungsplanung direkt aus der Notaufnahme (ED) in einem städtischen Krankenhaus in Taiwan. Dieses Krankenhaus behandelt jährlich ca. 70.000 ED Patienten und beschäftigt 40 Registered Nurses in Vollzeit.</p>	<p><b>Ziele:</b> Es sollten die Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegefachkräften, die in Notaufnahmen arbeiten, erhoben werden: ihre Wahrnehmungen der Faktoren, die die Implementierung von Entlassungsplanung in der Notaufnahme beeinflussen.</p> <p><b>Methode:</b> Qualitatives Forschungsdesign, Befragung von Pflegefachkräften, die in Notaufnahmen arbeiten: Persönliche Intensivbefragungen, unterstützt durch kreative Techniken (die befragten Pflegekräfte sollten ihre Erfahrungen auf Papier illustrieren/zeichnen). Induktiver Ansatz.</p> <p>Die Interviews wurden in einem ruhigen Besprechungsraum unter Wahrung der Anonymität durchgeführt. Die Daten wurden von einem einzelnen Interviewer erhoben und auf Band aufgenommen. Für die Befragung wurde ein semistrukturierter Interviewleitfaden genutzt. Eröffnet wurden die Befragungen durch einen narrativen Erzählstoß. Begleitend zum Interview wurden die Interviewpartner aufgefordert, die Implementierung der Entlassungsplanung in ihrer Pflegepraxis auf Papier aufzuzeichnen. Diese Zeichnung wurde nicht direkt mitausgewertet. Der Einsatz dieser Kreativtechnik sollte vielmehr die Art der Befragung lebendiger gestalten und die TN dazu animieren, ihre Erfahrungen breit zu reflektieren. In der Auswertung wurden die Interviews Zeile für Zeile kodiert.</p> <p><i>Hintergrund:</i> Mehr als 65 Prozent der ED-Patienten werden direkt von der Notaufnahme nach Hause entlassen. Außerdem ist die Zahl der Besuch in Notaufnahmen in Taiwan von 3 Millionen im Jahr 1992 auf 12 Millionen im Jahr 2012 gestiegen.</p> <p>Einschlusskriterien für die befragten ED Nurses: 1) Registered Nurse</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Faktoren, die Entlassungsplanung beeinflussen, konnten drei Gruppen zugeordnet werden: 1) Entlassungsplanung als vernachlässigtes Thema in der Notaufnahme, 2) große Arbeitsbelastung sowie 3) Negative Haltung der Patienten in der Notaufnahme sowie ihrer Angehörigen.</p> <p>Die Studie zeigt einen Bedarf an effektiver Entlassungsplanung auf und die Notwendigkeit, dass ED nurses in ihren diesbezüglichen Kompetenzen besser geschult werden müssen. U.a. da Pflegekräfte 25 Stunden am Tag für die Patienten zuständig sind, spielen sie die entscheidende Rolle im Prozess der Entlassungsplanung.</p> <p>Folgende Aufgaben haben die ED nurses: 1) Identifizierung der physischen und psychosozialen Bedürfnisse der Patienten, 2) Kommunikation incl. Erhebung von Patienteninformationen sowie deren Weiterleitung an andere Berufsgruppen, 3) Koordination und 4) Edukation.</p> <p>Die Studie liefert außerdem Hinweise darauf, dass Entlassungsplanung durch die „Ward Nurse“ aktuell meist unzureichend ist: Diese wüssten zwar um die Bedeutung, mit der Entlassungsplanung am Tag der Aufnahme zu beginnen, würden aber dennoch erst dann mit dem Prozess starten, wenn die Entscheidung</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		2) Alter mindestens 20 Jahre 3) Betraut mit der Versorgung von ED-Patienten 4) Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen	<p>über den Zeitpunkt der Entlassung getroffen sei. Assessments seien schlecht organisiert, und viele Aspekte der Entlassungsplanung würden ignoriert. Auch scheint eine große Diskrepanz vorzuliegen zwischen den informationellen Bedürfnissen von Patienten und den Informationen, von denen Stationspflegekräfte annehmen, dass Patienten sie wissen sollten.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b> Die Autoren schlussfolgern, dass Entlassungsplanung durch darauf spezialisierte Pflegefachkräfte durchgeführt werden sollte – auch um Rollenverwirrung zu vermeiden.</p>
<p><b>Chow et al. 2008</b></p> <p>Community nursing services for postdischarge chronically ill patients</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 46 Aufzeichnungen von Interviews mit Gemeindeschwestern</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b> Angebote von Gemeindeschwestern beim Übergang vom Krankenhaus nach Hause, Hongkong</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Angebote von Gemeindeschwestern für Patienten mit kardiovaskulären Krankheiten, chronischen Atemwegserkrankungen und anderen generellen (chronischen) Erkrankungen beim Übergang vom Krankenhaus nach Hause</p> <p>Auswertung mit den Omaha System Domains. Eigene Angaben zum Gesundheitszustand und Daten zu Wieder-aufnahmen wurden aus den Daten der Primärstudie gezogen.</p> <p><b>Methode:</b> Sekundäranalyse von Dokumenten (Interviewtranskripte) aus einer RCT-Studie</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Die drei Patientengruppen haben ähnliche Probleme -quer durch die vier Bereichen des Omaha Systems- erlebt (unterschieden nach Geschlecht, Alter, Finanziellem Status und Bildung).</p> <p>2) Die Interventionen der Gemeindeschwestern haben sich zwischen den Patientengruppen nicht deutlich unterschieden.</p> <p>3) Das hauptsächliche Ziel der Hausbesuche waren Beobachtung, Behandlung und Health teaching.</p> <p>4) Den größten Anteil Health Teaching hat die Patientengruppe mit den Atemwegserkrankungen erfahren.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p>5) In Bezug auf die eigenen Angaben zum Gesundheitszustand wurden signifikante Unterschiede in der Patientengruppe mit den Atemwegserkrankungen sowie bei den kardiovaskulären Patienten festgestellt: vor dem Besuch der Gemeindeschwestern und hinterher.</p> <p>6) In Bezug auf die Wiedereinweisungsrate wurde kein signifikantes Ergebnis ermittelt.</p> <p>7) Ein umfassendes Haus-Interventions-Programm ist fundamental notwendig, um das Wohlbefinden von chronischen Patienten zu verbessern.</p>
<p><b>Chow and Wong 2010</b></p> <p>Health-related quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: effects of a nurse-led case management programme</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 85 Dialysepatienten Interventionsgruppe: n = 43 Kontrollgruppe: n = 42</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2005</p> <p><b>Setting:</b> Dialysestationen zweier regionaler Krankenhäuser in Hong Kong</p>	<p><b>Ziel:</b> Prüfung der Wirksamkeit eines von Krankenschwestern geführten Case Management-Programms zur Verbesserung der Lebensqualität von Peritonealdialyse-Patienten</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Studie</p> <p><b>Interventionen:</b> Das Entlassungsmanagement beinhaltete die Einbeziehung von Patienten und Familienbetreuern, ein umfassendes Assessment vor Entlassung der körperlichen, sozialen, kognitiven und emotionalen Bedürfnisse anhand des Omaha Systems, ein individualisiertes Edukationsprogramm durch pflegerische Case Manager und ein 24-stündiges Trainingsprogramm einschließlich theoretischem Input, Falltraining, Überprüfung. Sechs Wochen lang erfolgte eine standardisierte telefonische Nachbetreuung durch eine Pflegefachkraft.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Es gab statistisch signifikante Effekte innerhalb der Gruppen bezüglich einer Verbesserung der Symptome/Probleme, Auswirkungen der Nierenerkrankungen, Schlaf, körperliche Funktion, Schmerz, emotionales Wohlbefinden, soziale Funktion.</p> <p>Außerdem gab es statistisch signifikante Interaktionseffekte bezüglich Mitarbeiterförderung und Patientenzufriedenheit.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Chow and Wong 2014</b></p> <p>A randomized controlled trial of a nurse-led case management programme for hospital-discharged older adults with co-morbidities</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 281 Ältere Erwachsene mit mind. 2 chronischen Erkrankungen Interventionsgruppe a: n = 87 Interventionsgruppe b: n = 96 Kontrollgruppe: n = 98</p> <p><b>Zeitraum:</b> 08/2010–06/2012</p> <p><b>Setting:</b> Krankenhaus Hong Kong</p>	<p><b>Ziel:</b> Prüfung der Auswirkungen eines von Krankenschwestern geführten Case Management Programms für ältere Erwachsene mit Komorbiditäten, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden</p> <p>Interventionsgruppen a: Hausbesuche und Anrufe b: nur Anrufe Kontrollgruppe: stationäre Standardbetreuung und Placeboanrufe</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Beide Interventionsgruppen niedrigere Wiederaufnahmerate als Kontrollgruppe sowie bessere Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes und Selbstwirksamkeit, signifikante Unterschiede bei den Punktzahlen bezüglich der körperlichen Komponente (nicht bei der psychischen). Die von NCM nach Entlassung durchgeführten Interventionen bezüglich Selbstmanagement der Krankheit unter Nutzung des empowerment approach sind in der Lage klinische und Patienten Outcomes für Patienten mit Komorbiditäten wirksam zu verbessern.</p>
<p><b>Clari et al. 2015</b></p> <p>Follow-up telephone calls to patients discharged after undergoing orthopedic surgery: double-blind, randomized controlled trial of efficacy</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 219 Interventionsgruppe: 110 Kontrollgruppe: n= 109</p> <p><b>Zeitraum:</b> 09/2011–01/2012</p> <p><b>Setting:</b> Orthopädisches Lehrkrankenhaus im Nordwesten Italiens</p>	<p><b>Ziel:</b> Bewertung der Wirksamkeit eines Follow-up Telefonanrufs in Bezug auf die Reduzierung von Problemen nach Krankenhausentlassung</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p> <p><b>Indikatoren:</b> Probleme nach Entlassung: Schmerzen, Probleme mit Medikation, Probleme hinsichtlich der Medikamenteneinnahme; Bewältigung von Routineaktivitäten einschließlich Mobilität, Baden, Ankleiden, Darmmanagement, Nahrungsaufnahme, Vorbereitung der Nahrungsaufnahme, Angst und sofern vorgesehen vom Or-</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>In der Interventionsgruppe statistisch signifikante Reduzierung der Probleme nach Entlassung außer bezüglich Schmerz und Mobilisation; ebenso in der Interventionsgruppe geringeres Risiko bezüglich des Aufkommens von Problemen.</p> <p>Patienten der Interventionsgruppe stufen die Maßnahme als hilfreich ein.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Die von Krankenschwestern durchgeführte Intervention trug entscheidend dazu bei, ge-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		<p>thopäden angewiesene Übungen, Nutzung von orthopädischen Geräten, Gesundheitszustand nach OP. Zusätzlich: Variablen im Zusammenhang mit Kontakten zum Gesundheitssystem: Anteil der Patienten mit frühzeitigem Kontakt mit Gesundheitssystem (Kontakte wie Telefonate mit Station, ambulante oder Hausbesuche mit dem Hausarzt, ambulante Besuche beim Spezialisten, Vorstellung Notaufnahme, Kontakt mit Angehörigen oder Freunden, die im Gesundheitssystem tätig sind, Krankenhaus-Wiederaufnahmen).</p>	<p>sundheitliche Probleme nach Entlassung zu lösen bzw. zu reduzieren und unnötige Belastungen für das community health system zu reduzieren.</p>
<p><b>Conca 2015</b></p> <p>Erfassung eines Nachakutpflegebedarfs (!) bei hospitalisierten, medizinischen Patienten durch die „Post-Acute Care Discharge scores“ (PACD)</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 371 Patienten mit Harnwegsinfekten, Stürzen, Synkopen oder Herzinsuffizienz</p> <p><b>Zeitraum:</b> 09/2010-09/2011</p> <p><b>Setting:</b> Kantonsspital Aarau (KSA), Schweiz</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Eignung der in Genf entwickelten „Post Acute Care Discharge (PACD) Scores“, die für den Einsatz im Kantonsspital Aarau als Screeninginstrumente für ausgewählte Patientengruppen angepasst worden waren.</p> <p><b>Methode:</b> Prospektives, beobachtendes Design. Um das Risiko hinsichtlich des Nachakutpflegebedarfs einzuschätzen, wurde die häusliche Situation der Patienten mittels der PACD (Version Tag 1 und Version Tag 3) erfasst. Der PACD Version Tag 1 besteht aus 15 Items, der PACD Version Tag 3 besteht aus 5 Items.</p> <p>Die Patienten wurden im interdisziplinären Notfallzentrum des KSA, sowie auf den Pflegestationen der medizinischen Universitätsklinik des KSA ausgewählt.</p> <p>Patienten wurden eingeschlossen, wenn sie über 18 Jahre alt waren und mit den Diagnosen Herzinsuffizienz, Sturz, Synkope oder Harnwegsinfekt notfallmäßig im Krankenhaus aufgenommen worden waren. Ausgeschlossen wurden Patienten, die kognitive Einschränkungen aufwiesen oder die nur über unzureichende Deutschkenntnisse verfügten.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Bei 308 Patienten erreichte der PACD (größer oder gleich 8) am Tag 1 eine Sensitivität von 90% und eine Spezifität von 62%, am Tag 3 eine Sensitivität von 80% und eine Spezifität von 60% (jeweils bezogen auf den Nachakutpflegebedarf).</p> <p><b>Schlussfolgerung der Autorin:</b> Die PACDs erkennen als Screeninginstrumente frühzeitig Risikopatienten und unterstützen so eine strukturierte, interdisziplinäre, patientenzentrierte Situationsanalyse und Maßnahmenplanung.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Connolly et al. 2009</b></p> <p>Systems and people under pressure: the discharge process in an acute hospital</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 11 Pflegekräfte, 15 Angehörige benachbarter Gesundheitsberufe, 5 Sozialarbeiter/innen, 1 Arzt</p> <p><b>Zeitraum:</b> Dezember 2006</p> <p><b>Setting:</b> Akut-Krankenhaus in England</p>	<p><b>Ziel:</b> Die Perspektiven von Angehörigen von Gesundheitsberufen in Kliniken verstehen und zwar in Bezug auf die Vorbereitung von Patienten auf die Entlassung.</p> <p><b>Methode:</b> Die Gesundheitsprofessionellen wurden in Fokusgruppen befragt</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die Vorbereitung auf die Entlassung ist eine komplexe Intervention mit vielen Hindernissen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses.</p> <p>Folgende Themen und Sub-Themen wurden als Ergebnis der Befragten identifiziert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Widersprüchliche Anforderungen an das Personal: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patienten im Krankenhaus belassen vs. Entlassung</li> <li>- Streben nach Flexibilität innerhalb des Systems</li> <li>- ein Mangel an Vermittlungs-Maßnahmen</li> </ul> </li> <li>2. Folgen der widersprüchlichen Anforderungen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangel an Professionalität</li> <li>- Patienten werden „systematisiert“</li> </ul> </li> </ol> <p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <p>Die widersprüchlichen Anforderungen an das Personal resultieren aus folgenden wesentlichen Quellen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. externe Ziele, die an das System gerichtet werden,</li> <li>2. interner Mangel an Flexibilität und Mangel an Kommunikation,</li> <li>3. Dominanz der medizinischen Pflege,</li> </ol>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p>4. Der Wunsch, den komplexen Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden und</p> <p>5. ein Mangel an Gemeinde-Angeboten: Das Personal fühlt sich als Opfer der widersprüchlichen Anforderungen und viele Lösungen stehen außerhalb ihres Einflussbereiches. Die befragten Teilnehmer empfinden die Notwendigkeit, manchmal über die Anliegen der Patienten hinweggehen zu müssen, als inhuman.</p>
<p><b>Corbett et al. 2010</b></p> <p>Nurse Identified Hospital to Home Medication Discrepancies: Implications for Improving Transitional Care.</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> Datengrundlage basiert auf einer größeren Studie: hier wurde ein Sub-Sample genutzt: 101 zufällig ausgewählte Patienten.</p> <p><b>Zeitraum:</b> Keine Angaben</p> <p><b>Setting:</b> Zwei Krankenhäuser im Nordwesten des Staates Washington, USA.</p>	<p><b>Ziel:</b> Identifizierung der häufigsten „medication discrepancies“ (Fehler in der Medikation) in der Überleitung.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Pflegeüberleitungen sind insbesondere für ältere Menschen mit komplexen Gesundheitsproblemen gefährliche Situationen. Stand der Forschung: frühere Studien ergeben, dass bei 94 % der Patienten in der Überleitung vom Krankenhaus nach Hause mindestens ein Fehler in der Medikation erfolgt. Die durchschnittliche Fehleranzahl pro Patient liegt bei 3,3.</p> <p>Fast 20 Prozent der Patienten werden innerhalb von dreißig Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus rehospitalisiert, wobei das Medikamentenmanagement als größte Herausforderung in der Überleitung nach Hause identifiziert werden konnte und Fehler in der Medikation als bedeutendste Ursache für „adverse events“ (negative Ereignisse) nach Entlassung.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <p>Diese im Vergleich mit anderen Studien sehr hohen Zahlen können zumindest teilweise dadurch begründet werden, dass der Untersuchungsschwerpunkt auf älteren und Patienten mit mehreren Krankheiten lag, die eine hohe Zahl von durchschnittlich zehn verschiedenen Medikamenten einnehmen müssen. Zudem ist die Fallzahl mit 101 Teilnehmern recht gering.</p> <p>Es ist ein Zusammenhang erkennbar zwischen Medikamenten mit den häufigsten Diskrepanzen (Insulin, Opiate, Antikoagulantien, Aspirin) und unerwünschten Arzneimittelvorkommnissen bei Patienten, die eine Notaufnahme aufsuchen. Schulung und Information zu Medikamenten, ihrer Wirkung und das Handling haben im Rahmen der Entlassungsplanung einen hohen Stellenwert. Es lassen sich eher systembezogene und eher patientenbezogene Diskrepanzen erkennen. Systembezogene Ursachen für die Diskrepanzen weisen mit 69 Prozent einen höheren Anteil auf als patientenbezogene mit 40 Prozent.</p> <p>Als häufigste Faktoren für systembezogene Diskrepanzen können ausgemacht werden: unvollständige oder fehlerhafte Anleitungen bei Entlassung.</p> <p><b>Ergebnisse:</b></p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p>Das Assessment, das in den ersten 72 Stunden nach der Entlassung durch spezialisierte Pflegefachkräfte durchgeführt wurde, ergab als häufigsten Fehler, dass Patienten zuhause Medikamente einnehmen, die bei Entlassung nicht auf der Liste stehen. Fehler geschehen auch in Bezug auf die Medikamentendosis oder die Häufigkeit der Einnahme.</p> <p>Patientenbezogene Diskrepanzen beruhen in der Regel darauf, dass Patienten Verordnungen nicht einhalten, z. B. indem sie Rezepte nicht einlösen. Dies geschieht häufig absichtlich, weil die Patienten die verordneten Medikamente als unnötig bewerten. Besonders oft tritt dies bei verordneten Analgetika auf: Entweder haben Patienten bereits Medikamente gegen Schmerzen vorrätig, die sie stattdessen einnehmen, oder sie haben das Gefühl, keine Schmerzmedikamente zu brauchen. Andere patientenbezogene Diskrepanzen bestehen darin, dass Patienten die Anweisungen nicht exakt befolgen, Medikamente zum Beispiel seltener einnehmen als verordnet. Weniger häufige Ursachen sind finanzielle Schwierigkeiten der Patienten, die Medikamente zu bezahlen, sowie verspürte Nebenwirkungen, die Patienten nicht tolerieren wollen. Knapp dreißig Prozent der patientenbezogenen Diskrepanzen entstehen unabsichtlich: Patienten fehlt das Wissen, dass sie ein Medikament einnehmen sollen, oder wie die Einnahme genau zu erfolgen hat.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p><b>Schlussfolgerungen:</b>  Dem Medikamentenabgleich bei Aufnahme ins Krankenhaus und während des Krankenhausaufenthaltes sollte höchste Priorität zukommen sollte, insbesondere bei älteren Patienten mit mehreren Krankheiten, die eine hohe Anzahl unterschiedlicher Medikamente einnehmen müssen. Es sind Trainingsmaßnahmen für Klinikmitarbeiter zu empfehlen, um die Anamnese im Hinblick auf Medikation zu verbessern, bzw. die Übertragung dieser Aufgabe an spezifisch geschultes Personal.</p>
<p><b>Cossette et al. 2015</b></p> <p>Randomized controlled trial of a nursing intervention to reduce emergency department revisits</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b>  n = 3.795 Patienten  Interventionsgruppe:  n = 132  Kontrollgruppe:  n = 133</p> <p><b>Zeitraum:</b>  Nov. 2006 - März 2010</p> <p><b>Setting:</b>  Die Patienten in der Notaufnahme eines kardiologischen Krankenhauses in Montreal wurden in Hinblick auf zwei Risikofaktoren für Wiederaufnahme beurteilt.</p>	<p><b>Methode:</b>  RCT-Design</p> <p><b>Fragestellung:</b>  Können die pflegerischen Interventionen erneute Besuche in der Notaufnahme reduzieren?</p> <p><b>Indikatoren:</b>  Bewertete Risikofaktoren:  Ein Aufenthalt in einem „emergency department“ (ED) im vergangenen Jahr und mehr als sechs medikamentöse/medizinische Behandlungen</p> <p>Die Intervention bestand aus einem Krankenschwester-Patienten-Treffen vor Verlassen des EDs und zwei telefonischen Kontaktaufnahmen im Lauf der zwei Wochen nach Entlassung.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die Studie hat ergeben, dass die Zeit bis zur erneuten Wiederaufnahme im ED in beiden Gruppen nach 30, 90, 180 und 365 Tagen gleich war. Der einzige Unterschied bestand in einer geringeren Zahl von Krankenhausaufenthalten nach 180 Tagen.</p> <p>Die Ergebnisse stimmen mit vorangegangener Forschung überein: Nur wenige ED-based Interventionen sind darin erfolgreich, die ED-Wiederaufnahmeraten zu senken.</p> <p>Keine genaueren Informationen über die Art der pflegerischen Interventionen.</p>
<p><b>Costa e Silva</b></p>	<p><b>Stichprobe:</b></p>	<p><b>Ziel:</b></p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>et al. 2008</b></p> <p>Transdisciplinarily approach to the follow-up of patients after myocardial infarction</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p>n = 153 Interventionsgruppe: n = 78 Kontrollgruppe: n = 75</p> <p><b>Zeitraum und Setting:</b> Studie wurde in Brasilien durchgeführt. Keine Angaben über genauen Zeitraum und Ort der Studie. Beide Gruppen waren ähnlich zusammengesetzt: 63,4% Männer, 89,9% hatten einen akuten Herzinfarkt erlebt, 32,7% waren Diabetiker, 72,2% hatten Bluthochdruck</p>	<p>Untersuchung folgender Parameter: Veränderungen des Körpergewichts, des Blutdrucks, die Frage, ob der jeweilige Patient aufgehört hat zu rauchen, ob er sportlich aktiver geworden ist sowie seine Compliance in Bezug auf die Medikation.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p> <p><b>Interventionen:</b> Die TN der Studie erhielten bei Entlassung aus der Klinik einen Diätplan. Ihr Gesundheitszustand wurde in 60 bis 180 Tagen nach Entlassung zweimal evaluiert: In der Interventionsgruppe von einer Krankenschwester, einem Diätspezialisten und einem Arzt. Die TN der Kontrollgruppe erhielten konventionelle Nachsorge.</p> <p>Das transdisziplinäre Team bestand aus einer Krankenschwester, einem Diätspezialisten, einem Kardiologen und bei Diabetikern zusätzlich aus einem Endokrinologen.</p>	<p>Die Verbesserung des Gesundheitszustandes war in der Interventionsgruppe ähnlich wie in der Kontrollgruppe:</p> <p>In der Interventionsgruppe hatte sich bei 33,3 % der Patienten der Zustand sehr gut verbessert, in der Kontrollgruppe bei 30,4 %. Auch die Wiedereinweisungsraten und die Todesraten waren sehr ähnlich.</p> <p>Die Compliance mit der Diät war in der Interventionsgruppe mit 50 % deutlich höher als in der Kontrollgruppe mit 26,1 %. Auch die allgemeine Compliance mit den Hausbesuchen war in der Interventionsgruppe mit 73,3 % höher als in der Kontrollgruppe mit 40,3 %.</p> <p>→ Die Nachsorge durch das transdisziplinäre Team hat die Compliance mit den Diätvorschriften und den Hausbesuchen gesteigert.</p> <p>→ Der transdisziplinäre Ansatz hat dagegen keine weiteren Vorteile in der Nachbehandlung von Patienten, nach ihrem ersten akuten Herzinfarkt gezeigt.</p>
<p><b>Courtney et al. 2012</b></p> <p>Improved functional ability and independence in activities of daily living for older adults at high</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 128 Patienten über 65 Jahren mit akuter medizinischer Aufnahme und Risikofaktor für Wiedereinweisung Interventionsgruppe: n = 64 Kontrollgruppe:</p>	<p><b>Ziel:</b> Prüfung einer facettenreichen Pflegeüberleitungs-Intervention einschließlich Übungsstrategien für zuhause, für gefährdete ältere Menschen (Risiken bezüglich: funktioneller Status, Unabhängigkeit in den ADLs und Gehfähigkeit)</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Es wurde in der Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung in IADL-Punktzahlen (Instrumental activities of daily living), ADL-Punktzahlen (activities of daily living), und WIQ-Punktzahlen (Walking Impairment Questionnaire) ermittelt. Die größte Verbesserung wurde in den ersten vier Wochen nach Entlas-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>risk of hospital readmission: a randomized controlled trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p>n = 64</p> <p><b>Zeitraum:</b> Keine Angaben</p> <p><b>Setting:</b> Krankenhaus, Australien</p>		<p>sung festgestellt.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Die frühe Einführung eines Transitional Care Modells mit einem individualisierten Übungsprogramm und regelmäßigem Telefon-Follow-Up kann bei hospitalisierten gefährdeten älteren Erwachsenen Unabhängigkeit und Funktionsfähigkeit verbessern.</p>
<p><b>Courtney et al. 2009</b></p> <p>Fewer Emergency Readmissions and Better Quality of Life for Older Adults at Risk of Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial to Determine the Effectiveness of a 24-Week Exercise and Telephone Follow-Up Program</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 122 Patienten über 65 Jahre mit akuter medizinischer Aufnahme und Risikofaktor für Wiedereinweisung Interventionsgruppe: n = 58 Kontrollgruppe: n = 64</p> <p><b>Zeitraum:</b> 08/2004–12/2006</p> <p><b>Setting:</b> Referral Hospital Brisbane, Australien</p>	<p><b>Ziel:</b> Prüfung der Wirksamkeit eines auf Training basierenden Modells einer Krankenhausbetreuung und Nachbetreuung zu Hause für ältere Menschen mit Risiko für Krankenhauswiedereinweisung, Inanspruchnahme von Notfalldiensten. Zusätzlich Untersuchung der Auswirkungen auf die Lebensqualität</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p> <p><b>Interventionen:</b> Umfassendes pflegerisches und physiotherapeutisches Assessment und individuelles Programm mit Übungsstrategien sowie von Krankenschwestern durchgeführte Hausbesuche und telefonische Nachbetreuung beginnend im Krankenhaus und endend 24 Wochen nach Entlassung.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> In der Interventionsgruppe gab es signifikant weniger Wiederaufnahmen in Notfallkliniken (22 % in der Interventionsgruppe, 47 % in der Kontrollgruppe) und Notfallhausarzt-Besuche (25 % in der Interventionsgruppe, 67 % in der Kontrollgruppe). In der Interventionsgruppe wurde zudem eine signifikant höhere Verbesserung der Lebensqualität gemessen (in Bezug auf Physical Component Summary scores und Mental Component Summary scores).</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b> Die frühzeitige Einführung eines individualisierten Übungsprogramms und eine langfristige telefonische Nachbetreuung können die Nutzung des Notfallgesundheitsdienstes verringern und die Lebensqualität älterer Erwachsener mit einem Risiko für Krankenhauswiederaufnahmen verbessern.</p>
<p><b>Couzner et al.</b></p>	<p><b>Stichprobe und Setting:</b></p>	<p><b>Ziel:</b></p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>2013</b></p> <p>Examining older patient preferences for quality of care in post-acute transition care and day rehabilitation programs</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p>80 Patienten in Süd-Australien, die post-akute ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bekamen oder an einer Überleitungspflege zuhause teilnahmen.</p> <p><b>Zeitraum:</b> Keine Angaben</p>	<p>Die Patienten bekamen zwei hypothetische Nachsorge-Programme zur Auswahl und sollten entscheiden, welches sie auswählen würden: Analyse der Präferenzen</p> <p><b>Methode:</b> DCE (discrete choice experiment) zur Ermittlung der Präferenzen älterer Menschen für post-akute Rehabilitationsprogramme.</p>	<p>Die Präferenzen der Gruppe, die post-akute ambulante Rehabilitationsmaßnahmen erhielten, waren fast identisch mit der Vergleichsgruppe, die an einer Überleitungspflege zuhause teilnahmen. Beide Gruppen wünschen sich Informationen über ihre Behandlung und den Heilungsfortschritt: zum einen durch persönliche Treffen mit ärztlichen Spezialisten und Pflegenden, zum anderen unterstützt durch elektronische Unterstützung.</p>
<p><b>Coventry, Gemmell and Todd 2011</b></p> <p>Psychosocial risk factors for hospital readmission in COPD patients on early discharge services: a cohort study</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 79 Patienten mit COPD (AECOPD: acute exacerbation of COPD)</p> <p><b>Zeitraum:</b> Mai 2007 bis August 2008</p> <p><b>Setting:</b> Pflegerisch geleitete 'early discharge services (EDS)' in England.</p>	<p><b>Ziel:</b> Evaluation, ob psychosoziale Risikofaktoren unabhängige Prädiktoren für Wiedereinweisungen aufgrund von AECOPD sind, bei Patienten die frühe Entlassungs-Interventionen erhielten (early discharge services: EDS). Hintergrund: Krankenhauswiedereinweisungen aufgrund von akuten Verschlechterungen einer COPD betreffen 30 % der COPD-Patienten. Die AECOPD führt zu erhöhter Morbidität und schlechten Überlebensraten.</p> <p><b>Methode:</b> Kohortenstudie</p> <p><b>Intervention:</b> Die Teilnehmer nahmen an EDS- Interventionen teil. Das Follow-up dauerte 12 Monate. Es wurden folgende Daten erhoben: Lungenfunktion, Comorbiditäten, frühere Krankenhauseinweisungen und soziodemographische Daten.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> 26 der 79 Patienten wurden innerhalb von 90 Tagen wieder eingewiesen, und 60 Patienten insgesamt wurden mindestens einmal während des Follow-ups wieder eingewiesen. Symptome einer Depression und der sozioökonomische Status beeinflussen das Risiko einer Wiedereinweisung, soziale Unterstützung allerdings nicht. Die psychosoziale Betreuung von AECOPD-Patienten zuhause sollte verbessert werden – insbesondere bei depressiven Patienten.</p>
<p><b>Cunic et al. 2014</b></p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 241 Patienten nach</p>	<p><b>Ziel:</b> Beurteilung der Assoziation zwischen BRASS und der Aufent-</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>Can the Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) predict length of hospital stay and need for comprehensive discharge planning for patients following hip and knee replacement surgery? Predicting arthroplasty planning and stay using the BRASS</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p>Hüft- oder Kniegelenkersatz-Operationen</p> <p><b>Zeitraum:</b> 08/2007–062010</p> <p><b>Setting:</b> Kingston General Hospital, Kanada</p>	<p>haltdauer im Krankenhaus nach Hüft- und Kniearthroplastik</p> <p><b>Methode:</b> Retrospektive Datensammlung orthopädischer Patienten</p>	<p>BRASS und Ersatztyp (Hüfte/Knie) waren prädiktiv in Bezug auf die Aufenthaltsdauer.</p> <p>Ein höherer BRASS war mit höherem Alter, höherer American Society of Anesthesiologists Punktzahl und längerer Aufenthaltsdauer verbunden.</p> <p>Eine Spezifität von 83 % für BRASS größer als 8 und Krankenhausaufenthalt länger als 5 Tage, Spezifität von 92 % für BRASS größer als 10.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <p>BRASS ist bedeutender und signifikanter Prädiktor für LOS nach elektiver Arthroplastik. Patienten mit höheren BRASS blieben fünf oder mehr Tage im Krankenhaus und sollten präventiv Konsultationen mit Sozialarbeitern bekommen, um zeitgerechte Entlassungsplanung und Krankenhausressourcen zu fördern.</p>
<p><b>Dedhia 2009</b></p> <p>A quality improvement intervention to facilitate the transition of older adults from three hospitals back to their homes</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 237 Patienten im Alter von 65 und älter wurden im Rahmen der Prä-Interventionsphase begleitet. Teilnehmer der Interventionsgruppe: 185</p> <p><b>Zeitraum:</b> Kontrollgruppe: Januar bis Mai 2006. Interventionsgruppe: Ok-</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Machbarkeit und Effektivität einer Entlassungsplanungs-Intervention</p> <p><b>Methode:</b> Quasi-Experimentelles Prä-Post-Studiendesign</p> <p><b>Interventionen:</b> 5 Schlüsselemente: 1. Aufnahmebogen mit geriatrischen Schwerpunkten, 2. Kopien der Unterlagen wurden an den Hausarzt gesendet, 3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Identifizierung von Barrieren, die einer Entlassung im Wege stehen, 4. Medikamentenabgleich in Zusammenarbeit von Apo-</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Der Anteil von Patienten mit einer gelungen Überleitung vom Krankenhaus nach Hause stieg von 68 % auf 89 %. (gemessen mithilfe von Coleman's Care Transition-Maßgaben).</p> <p>Die Anzahl der Wiedervorstellungen in der Notfallaufnahme in den ersten drei Tagen nach Entlassung war unter den Teilnehmern der Interventionsgruppe geringer (in der Inter-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Evidenzlevel 2	<p>tober 2006 bis April 2007</p> <p><b>Setting:</b> Allgemeine Stationen in drei Krankenhäusern: in einem Universitätsklinikum, in einem öffentlichen Lehrkrankenhaus und einem öffentlichen allgemeinen Krankenhaus.</p>	<p>thekern und Ärzten und 5. Vereinbarungen zur Entlassungsplanung im Vorfeld der Entlassung.</p>	<p>ventionsgruppe lag die Zahl lediglich bei 3 %, in der Vergleichsgruppe bei 10 %). Auch nach 30 Tagen war die Zahl der Wiedervorstellungen in der Notfallaufnahme geringer (14 % versus 21 %), ebenso die Zahl der Wiedereinweisungen (14 % versus 22 %).</p> <p>Schlussfolgerungen der Autoren: Wenn ältere Menschen unter Berücksichtigung ihrer besonderen Bedürfnisse behandelt werden, können die Healthcare Outcomes verbessert werden.</p>
<p><b>De Leeuw et al. 2013</b></p> <p>Nurse-led follow-up care for head and neck cancer patients: a quasi-experimental prospective trial</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> Untersuchungsgruppen: Patienten in Kontrollgruppe und Patienten, die ein Jahr lang alle zwei Monate eine 30-minütige Follow-Up-Konsultation durch Pflegekräfte erhielten.</p> <p>Datensammlung einen, 6 und 12 Monate nach Beginn der Behandlung.</p> <p>n = 160 Interventionsgruppe: n = 80 Kontrollgruppe: n = 80</p> <p><b>Zeiträume:</b></p>	<p><b>Ziel:</b> Konventionelles Follow-Up vergleichen mit Follow-Up, das zusätzliche pflegerische Konsultationen beinhaltet und zwar in Bezug auf psychosoziale Aspekte und auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kopf- und Halskrebs-Patienten.</p> <p><b>Methode:</b> Kontrolliertes, Quasi-experimentelles Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> In der Interventionsgruppe wurden größere Verbesserungen / Fortschritte erzielt als in der Kontrollgruppe: signifikant für eine der 7 psychosozialen Skalen und für 19 von 33 HR-QQL-Skalen (Health-related quality of life).</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b> Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die pflegerischen Follow-Up-Konsultationen für Patienten mit Kopf- und Halskrebs einen positiven Effekt auslösen, insbesondere in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Pflegerisches Follow-Up kann als kosteneffektive Methode, Follow-Up-Pflege für diese Patientengruppe anzubieten, angesehen werden.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	11/2007-07/2008 01/2009-02/2010  <b>Setting:</b> Radboud University Center für Onkologie, in Nijmegen, Niederlande.		
<b>Delate et al. 2008</b>  Clinical Outcomes of a Home-Based Medication Reconciliation Program After Discharge from a Skilled Nursing Facility  Evidenzlevel 2	<b>Stichprobe:</b> n = 521 Interventionsgruppe: (medication reconciliation program ): n = 113 Kontrollgruppe: n = 408  <b>Zeitraum:</b> 1.10.2003-31.3.2004  <b>Setting:</b> Health maintenance organization (HMO).	<b>Ziel:</b> Untersuchung der Auswirkungen eines von Apothekern gelenkten Medikationsprogrammes auf Mortalität und Nutzung von Gesundheitsdiensten bei Patienten die von Pflegeeinrichtung nach Hause entlassen worden. Kooperation mit den Pflegekräften. Konkret untersucht wurde der Einfluss des Programmes auf: Mortalität, Rehospitalisation, ambulante Klinik- und ED-Besuche.  <b>Methode:</b> Quasi experimentelle kontrollierte Studie	<b>Ergebnisse:</b> - In der Interventionsgruppe 78 % Reduktion hinsichtlich Mortalitätsrisiko. - Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich ED-Besuchen und Rehospitalisierungen.  <b>Schlussfolgerungen:</b> Die Daten unterstützen die These, dass ein Medikamenten-abgleich mit erhöhter Koordination und Information zwischen den verschiedenen Gesundheitsdienstleistern und den Patienten die Mortalität nach Entlassung aus einer Pflegeeinrichtung senken kann. Der Medikamentenabgleich ist ein wichtiger Schritt im Entlassungsprozess.
<b>Dyrstad and Storm 2016</b>  Interprofessional simulation to improve patient participation in transitional care	<b>Stichprobe:</b> n = 85 Befragte in den Meeting Points. Krankenhaus-Mitarbeiter: 35, davon 25 Nurses. 50 im öffentlichen Sektor, darunter 23 Pflegefachkräfte und 2 Pflegehilfsk-	<b>Methode:</b> Qualitatives Design: Evaluation der Lernaktivitäten im „Meeting Point“-Programm, mit Fokus auf Patientenpartizipation in der Überleitung. Ausgewertet wurden Tagebucheintragungen, Zusammenfassungen der Treffen, Notizen aus Gruppenarbeiten und Berichte der Teilnehmenden.	<b>Ergebnisse:</b> Das Feedback der Teilnehmer zeigte, dass sie mit der multiprofessionellen Zusammenarbeit zufrieden waren. Es kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die angewendete Methode („Meeting Point Seminar“) geeignet ist, das Bewusstsein für und die Kompetenzen in Bezug auf Patientenpartizipation

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Evidenzlevel 3	<p>räfte</p> <p><b>Zeitraum:</b> Informationen fehlen</p> <p><b>Setting:</b> Daten wurden im Rahmen eines Edukations-Programms gesammelt: Im „Meeting Point“ (insgesamt 3 Seminare zu Partizipation von Patienten in der Überleitung) und in 4 Follow-Up-Sitzungen.</p>	<p><b>Ziel:</b> Einschätzung: Ist das Programm geeignet, um das Bewusstsein der Gesundheitsprofessionellen und ihre Kompetenzen in Bezug auf Patientenpartizipation zu erhöhen?</p> <p><b>Interventionen:</b> Edukation und das Training von Gesundheitsprofessionellen werden als Möglichkeit gesehen, die Qualität in der Überleitung älterer Patienten zu verbessern. Interprofessionelle Zusammenarbeit zu organisieren kann nützlich sein, um die Fähigkeiten der Patienten, bei der Überleitung aktiv mitzuwirken, zu verbessern. Beteiligte Berufsgruppen: Pflegefachkräfte, Pflegehelfer/innen, Ärzte, Physiotherapeuten, Patientenkoordinatoren und Verwaltungspersonal des Krankenhauses bzw. der Pflegeeinrichtung oder der ambulanten Pflegedienste.</p>	zu erhöhen.
<p><b>Ekman et al. 2012</b></p> <p>Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 248 Patienten Interventionsgruppe: 125 n = Kontrollgruppe: n = 123</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2008-2010</p> <p><b>Setting:</b> 'Department of Medicine' am Sahlgrenska Universitätskrankenhaus/Östra in Gothenburg, Schweden.</p>	<p><b>Ziel:</b> Evaluierung der Erfolge von personenzentrierter Pflege (Person-centred care: PCC) bei stationär behandelten Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz.</p> <p><b>Methode:</b> In einer kontrollierten Vorher-Nachher-Studie wurden die Erfolge der Intervention überprüft.</p> <p><b>Indikatoren:</b> Länge Krankenhausaufenthalt, Unabhängigkeit in den ADLs, gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQL), Wiederaufnahme innerhalb von 6 Monaten</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die PCC-Strategie wurde entworfen, um Patientenressourcen und Faktoren, die die Genesung behindern, zu identifizieren und um die Planung und Ausführung der Betreuung zu lenken; Die PCC-Strategie setzt sich aus 3 Schritten zusammen: (1) Assessment Protokoll mit Inhalten über Zustand/Alltag vor und während Verschlechterung des Zustands, Symptome, Ziele, über soziale Situation; PCC Plan über Behandlung, Ziele etc. (2) Motivation zur Aktivität; Beurteilung Symptome. (3)Dokumentation.</p> <p>In der Interventionsgruppe war die Länge des Krankenhausaufenthalts um 2,5 Tage reduziert. Leichte Verbesserung in Bezug auf die Unabhängigkeit in den ADLs. Die Ergebnisse in Bezug auf die HRQL und die Zeit bis</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p>zur ersten Wiedereinweisung ließen sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b> Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein vollständig implementierter PCC-Ansatz den Krankenhausaufenthalt verkürzen und dabei die funktionelle Leistung erhalten kann, ohne das Risiko für die Wiedereinweisung zu erhöhen oder die HRQL zu gefährden.</p>
<p><b>Englander et al. 2014</b></p> <p>The Care Transitions Innovation (C-Train) for Socioeconomically Disadvantaged Adults: Results of a Cluster Randomized Controlled Trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 382 hospitalisierte einkommensschwache Erwachsene mit oder ohne gesetzlicher Versicherung, die in Kardiologie oder Allgemeine Medizin aufgenommen wurden Interventionsgruppe: n = 209 Kontrollgruppe: n = 173</p> <p><b>Zeitraum:</b> 11/2010–01/2012</p> <p><b>Setting:</b> Städtisches akademisches Gesundheitszentrum in Portland, Oregon</p>	<p><b>Ziel:</b> Bewertung des Einflusses eines „multicomponent transitional care improvement program“ auf die 30 Tage-Wiederaufnahmerate, Vorstellung Notaufnahme, Überleitungs-Qualität und Mortalität.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p> <p><b>Interventionen:</b> Die Intervention umfasste: (1) Transitional nurse coaching und Edukation, einschließlich Hausbesuche für Hochrisikopatienten, (2) Pharmacy care, einschließlich der Bereitstellung der Medikation für die keine Verschreibungs/Rezeptpflicht besteht für 30 Tage nach Entlassung, (3) Herstellung des Kontakts zur Primäerversorgung nach Krankenhausaufenthalt, (4) Systemintegration und kontinuierliche Qualitätsverbesserung. <i>Indikatoren:</i> Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen, Inanspruchnahme der Notaufnahme, Qualität der Überleitung, Mortalität:</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Es wurden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der 30-Tage Wiedereinweisungsrate zwischen C-Train und Kontrollgruppe gemessen, genauso wenig in Bezug auf die Inanspruchnahme der Notaufnahme.</p> <p>Dagegen wurde eine verbesserte Qualität der Überleitung in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe ermittelt.</p> <p>Mortalität: In der Interventionsgruppe starben keine Patienten innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung, in der Kontrollgruppe starben 5 Patienten.</p>
<p><b>Ewers and</b></p>	<p><b>Stichprobe:</b></p>	<p><b>Ziel:</b></p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Langer 2013</b></p> <p>«Es ist nicht mehr das alte Leben, das wir führen ...» – Beratung von Angehörigen im pflegerischen Entlassungsmanagement</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p>n = 12 pflegende Angehörige Durchschnittsalter: 62 Jahre</p> <p><b>Zeitraum:</b> Keine Angaben</p> <p><b>Setting:</b> Charité-Universitätsmedizin Berlin</p>	<p>Wahrnehmung von Angehörigen untersuchen, in Bezug auf die Entlassung ihrer pflegebedürftigen Familienmitglieder, Bereitstellung von Beratungsangeboten, Vorstellungen zur Ausgestaltung einer Beratung im Entlassungsmanagement.</p> <p>Ansatz: Einbindung der Erfahrungen und Sichtweisen von pflegenden Angehörigen für eine Konzeptualisierung einer bedarfsgerechten Information und Beratung im Kontext des Entlassungsmanagements</p> <p><b>Methode:</b> Erhebungsinstrument Gruppendiskussionen, Qualitativ-explorative Studie</p>	<p>Günstigster Zeitpunkt für Information und Beratung:</p> <p>Nach Diagnosestellung, im Krankenhaus durch Person des Vertrauens (diese Voraussetzung scheint aus Sicht der Befragten besonders bei Pflegekräften gegeben, da sie im Krankenhaus den direktesten und kontinuierlichsten Kontakt zu den Patient(inn)en und Angehörigen haben).</p> <p>Information und Beratung sollten möglichst weit über die Grenzen des Krankenhauses hinausreichen.</p> <p>Neben krankheits- und pflegebezogenen, organisatorischen und bürokratischen Aspekten war den Angehörigen an emotionaler Auseinandersetzung, Problemlösung und Belastungsreduktion sowie Peer-Unterstützung im Alltag gelegen.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <p>Angehörige in die Konzeptentwicklung für das Entlassungsmanagement einzubinden ist hilfreich, um die Informations- und Beratungsangebote bedarfsgerecht ausrichten zu können. Übernahme von edukativen und versorgungssteuernden Aufgaben sollte durch Pflegefachkräfte erfolgen.</p>
<p><b>Finn et al. 2011</b></p>	<p><b>Stichprobe:</b></p>	<p><b>Ziel:</b></p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>Improving the Discharge Process by Embedding a Discharge Facilitator in a Resident Team</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p>n = 872 Patienten, die nach Hause oder in eine Einrichtung entlassen wurden oder gegen ärztlichen Rat gegangen sind.</p> <p>Interventionsgruppe: n = 440 Kontrollgruppe: n = 432</p> <p><b>Zeitraum:</b> 11/2008–04/2009</p> <p><b>Setting:</b> Massachusetts Allgemeinkrankenhaus (MGH), Boston, Massachusetts</p>	<p>Beurteilung, ob die Einbindung eines Nurse Practitioners als Unterstützung der Ärzte bei der Entlassung eine Verbesserung hinsichtlich Kommunikation, Nachbetreuung und erneuter Krankenhausnutzung bewirken kann.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p>In der Interventionsgruppe wurden innerhalb von 24 Stunden signifikant mehr Entlassungsbriefe fertiggestellt, es wurden signifikant mehr Follow-Up-Termine in der Interventionsgruppe geplant und auch die Anzahl der wahrgenommene Termine war höher, zudem fanden die Termine früher statt.</p> <p>In Bezug auf das telefonbasierte Follow-Up: Die Teilnehmer der Interventionsgruppe wussten besser Bescheid, an wen sie sich bei Fragen wenden konnten und hatten ein besseres Verständnis des Follow-up Plans und der Entlassungsmedikation.</p> <p>In der Interventionsgruppe bestand eine größere Zufriedenheit bezüglich des Entlassungsprozesses.</p> <p>Kein Unterschied wurde in Bezug auf die poststationäre Vorstellung in der Notaufnahme, in Bezug auf die Aufenthaltslänge sowie in Bezug auf die Wiedereinweisungsraten festgestellt.</p>
<p><b>Gentil and Costa 2016</b></p> <p>Discharge Planning After Myocardial Revascularization. Differences in Opinions From Patients and</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 35 Patienten nach ihrer ersten Bypass-Operation, 8 multidisziplinäre Experten (3 kardiologische Pflegefachkräfte, 1 Kardiologe, 1 Pharmazeut, 1 Ernährungsberater, 1 Physiotherapeut und 1 Psychotherapeut)</p>	<p><b>Ziel und Methode:</b> Explorative Studie zur Untersuchung der Übereinstimmung zwischen der Wahrnehmung von Elementen der Entlassungsplanung durch Patienten und durch Pflegekräfte und andere Klinikmitarbeiter (multidisziplinärer Ansatz) Die Gruppe der Patienten und die Gruppe der Klinikmitarbeiter wurde mit dem gleichen Fragebogen zur Bedeutung von einzelnen Elementen der Entlassungsplanung befragt,</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Gruppe der Patienten und die Gruppe der Klinikmitarbeiter bewerteten 15 von 31 Items einheitlich. 11 Items wurden lediglich von den Patienten als wichtig erachtet, 5 Items wurden lediglich von den Klinikmitarbeitern als wichtig erachtet. Die explorative Studie deutet auf große Unterschiede in der Wahrnehmung von Patienten und Klinikmitarbeitern hin. Die Autoren empfehlen, diese Unterschiede intensiver</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Health Experts  <b>Evidenzlevel 3</b>	<b>Zeitraum:</b> Interviews wurden zwischen Februar und März 2013 durchgeführt  <b>Setting:</b> Universitätskrankenhaus in Sao Paulo, Brasilien		zu erforschen, um ein besseres Verständnis der Bedürfnisse von Patienten zu erlangen und die Routinen der Entlassungsplanung zu verbessern.
<b>Goldman 2014</b>  Support From Hospital to Home for Elders A Randomized Trial.  Evidenzlevel 1	<b>Stichprobe:</b> n = 699 hospitalisierte Erwachsene ab einem Alter von 55 Jahren Interventionsgruppe: n = 347, Kontrollgruppe: n = 352  <b>Zeitraum:</b> 07/2010–07/2012  <b>Setting:</b> Safety-Net Hospital, San Francisco, USA	<b>Ziel:</b> Prüfung, ob ein von Krankenschwestern geführtes Entlassungsmanagement („nurse-led intervention“) Besuche in Notfallabteilung und Krankenhauswiedereinweisungen reduzieren kann  <b>Methode:</b> RCT-Design  <b>Interventionen:</b> Entlassungsplanung durch eine Registered Nurse, Follow-Up-Anrufe nach Entlassung, Überwachung der Medikamentenversorgung für die Dauer von 10 Tagen nach der Entlassung, Patientenedukation durch die Registered Nurse, Kontaktherstellung zum niedergelassenen Arzt, um Informationen des stationären Arztes zu vermitteln, individuelle Informationsbroschüre am Tag der Entlassung (mit Informationen zur Diagnose, ambulanten Kontakten, anstehenden Terminen, Medikamenten u. a.).	<b>Ergebnisse:</b> Hinsichtlich Vorstellung in der Notaufnahme und Wiedereinweisung in das Krankenhaus keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.
<b>Goldman et al. 2016</b>  A sociological exploration of the tensions re-	<b>Stichprobe:</b> 23 Interviews mit Gesundheitsanbietern 65 Stunden teilnehmende Beobachtung Dokumentenanalyse	<b>Ziel:</b> Besseres Verständnis von interprofessionellen Interaktionen im Prozess der Entlassung von Patienten.  <b>Methode:</b> Ethnographischer Ansatz mit einem qualitativen Methodenmix.	<b>Ergebnisse:</b> Die Dominanz der ärztlichen Seite bestimmt die Praxis der Entlassungsplanung auf der untersuchten GIM-Station. Dennoch haben andere Berufsgruppen (Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Phar-

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
lated to interprofessional collaboration in acute-care discharge planning  Evidenzlevel 3	<b>Zeitraum:</b> Januar 2012 bis Mai 2013  <b>Setting:</b> GIM-Station (allgemeine innere Medizin) in einem Universitätskrankenhaus in Kanada.		mazeuten) Gelegenheiten, ihre Perspektive in die Zusammenarbeit einzubringen. Pflegefachkräfte (Nurse managers) sind in die organisationale Entwicklung miteinbezogen. Die Bedeutung und die Rollen der Pflegekräfte im Entlassungsprozess werden aber weniger wahrgenommen als die anderer Berufsgruppen. Verhandlungen zwischen den Berufsgruppen werden beeinflusst durch konkurrierende Interessen und Prioritätensetzungen.
<b>Goossens et al. 2013</b>  Cost-Effectiveness of Early Assisted Discharge for COPD Exacerbations in The Netherlands  Evidenzlevel 1	<b>Stichprobe:</b> n = 139 Patienten im Alter von mind. 40 Jahren Interventionsgruppe: n = 70 Kontrollgruppe: n = 69  <b>Zeitraum:</b> 12/2007 - 03/2011  <b>Setting:</b> Die Studie wurde in den Niederlanden als Teil des „Assessments of Going Home under Early Assisted Discharge Trials“ mit COPD-Patienten mehrerer teilnehmender Krankenhäuser durchgeführt.	<b>Ziel:</b> Untersuchung der Kosteneffektivität von früh einsetzender, begleitender Entlassungsplanung.  <b>Methode:</b> RCT-Design	<b>Ergebnisse:</b> Die Teilnehmer der Interventionsgruppe wurden nach drei Tagen Krankenhausaufenthalt entlassen und erhielten vier Tage lang nach der Entlassung eine Behandlung durch eine „Community Nurse“. Die Kontrollgruppe verbrachte sieben Tage im Krankenhaus ohne Nachsorge zuhause.  Die Studie erbrachte keine Evidenz dass eine Variante (kosten)-effektiver als die andere ist.
<b>Greysen et al. 2014</b>	<b>Stichprobe:</b> n = 24 Teilnehmer mit ei-	<b>Fragestellung:</b> Beschreibung der Hindernisse für vulnerable ältere Patienten,	<b>Ergebnisse:</b> Das Thema „Missing Pieces“ (fehlende Teile)

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>“Missing Pieces” – Functional, Social, and Environmental Barriers to Recovery for Vulnerable Older Adults Transitioning from Hospital to Home</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p>nem Durchschnittsalter von 63 (55 – 84), 66 Prozent männlich, jeweils 16 % spanisch und 16 % chinesisch-sprachig, 68 % englisch-sprachig.</p> <p><b>Zeitraum:</b> 07/2010 - 07/2013</p> <p><b>Setting:</b> San Francisco General Hospital und Trauma Center</p>	<p>die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nach Hause der Genesung im Wege stehen.</p> <p><b>Methode:</b> Qualitatives Studiendesign: Auswahl der Teilnehmer, so dass eine Bandbreite berücksichtigt wurde hinsichtlich Geschlecht, Alter, Herkunft und Muttersprache englisch Ja oder Nein. Die Teilnehmer wurden in ihrer Muttersprache interviewt (englisch, spanisch oder chinesisch). Für die Analyse der Interviews wurde eine komparative Methode der Kodierung angewendet.</p>	<p>wurde in den Interviews als zentral wichtig identifiziert. Folgende 3 Subthemen wurden analysiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- funktionale Grenzen und Schwierigkeiten mit der Mobilität und den Fähigkeiten zur Selbstpflege</li> <li>- soziale Isolation und fehlende Unterstützung durch Familie und Freunden</li> <li>- Herausforderungen durch Armut und durch die räumlichen Gegebenheiten zuhause.</li> </ul> <p><b>Schlussfolgerungen:</b> Maßnahmen der Entlassungsplanung und Interventionen der Nachsorge müssen die genannten drei Aspekte berücksichtigen, um hier im individuellen Fall bestehende Lücken ausgleichen zu können.</p>
<p>Hall et al. 2012</p> <p>Can post-acute care programmes for older people reduce overall costs in the health system? A case study using the Australian Transition Care Programme.</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 2.698 Plätze für das Transitional-Care-Programm im Juni 2010, geschaffen durch die australische Regierung. Das sind ungefähr 1,3 Plätze je 1.000 Einwohner im Alter von 70 J. und älter. Demgegenüber gibt es 24,5 öffentliche Pflege-Angebote je 1.000 EW in dieser Altersgruppe.</p> <p><b>Zeitraum:</b> Untersuchung</p>	<p><b>Fragestellung:</b> Untersuchung der Kosteneffektivität von post-akuten Pflege-/Entlassungsmanagement-Aktivitäten für ältere Patienten.</p> <p><b>Methode:</b> Fallstudie. Entwicklung eines ökonomischen Modells.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Evaluation ergibt, dass post-akute Dienstleistungen auf Gemeindeebene die Dauer von Krankenhausaufenthalten reduzieren können, einige Wiedereinweisungen verhindern können und Wechsel in ein Pflegeheim verzögern können. Außerdem zeigen die Ergebnisse weitere gesundheitliche Vorteile für ältere Menschen auf. Für die Einschätzung der Vorteile, insb. der voraussichtlichen Kosteneinsparungen, wurde ein ökonomisches Modell entwickelt. Auch im Best Case Szenario sind den Ergebnissen der Studie zufolge Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem durch Transitional Care-Programme eher unwahrscheinlich. Aufgrund der erwartbaren Verbes-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	<p>im Jahr 2010</p> <p><b>Setting:</b> Daten aus dem „Australian Transition Care Programme“ (TCP) (finanziert durch den Staat und durch Regierungen der bundesstaatlichen Länder). Patienten waren bis zu 8 Wochen stationär im Krankenhaus und erhielten maximal 12 Wochen poststationäre Versorgung.</p>		<p>serungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind sie dennoch zu empfehlen. Im Vergleich mit anderen Healthcare-Programmen zur Verbesserung der Lebensqualität können die Transitional Care-Programme wahrscheinlich als kostengünstig angesehen werden. Weitere Forschung ist nötig.</p>
<p><b>Häggsström, Asplund and Kristiansen 2012</b></p> <p>How can nurses facilitate patients' transitions from intensive care? A grounded theory of nursing</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 35 Pflegekräfte aus drei Intensivstationen und fünf allgemeinen Stationen.</p> <p><b>Zeitraum:</b> März 2008 bis Mai 2010</p> <p><b>Setting:</b> 2 Krankenhäuser in Schweden</p>	<p><b>Ziel:</b> Intensiv-Patienten erleben oft Gefühle der Kraftlosigkeit und Verletzlichkeit, wenn sie von der Intensivstation auf eine allgemeine Pflegestation verlegt werden. In dieser Studie geht es um pflegerische Interventionen zur Unterstützung von Intensivpatienten in der Überleitung.</p> <p><b>Methoden:</b> Fokusgruppeninterviews, persönliche Befragungen und Patientenbeobachtung Analyse mittels Grounded Theory</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Um die Überleitung von Patienten von einer Intensivstation auf eine allgemeine Station zu erleichtern, braucht es eine individuelle Pflegeplanung. Es ist zentral wichtig, die Patienten auf die Überleitung gut vorzubereiten. Wichtige Faktoren sind: Kenntnis der Bedarfe bei der Überleitung, Empowerment und Patientenedukation.</p>
<p><b>Hanrahan, Solomon and</b></p>	<p><b>Stichprobe und Setting:</b> n = 40 stationäre Patient-</p>	<p><b>Ziel:</b> Chronisch psychisch erkrankte Menschen erleben eine hohe</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Interventionsgruppe wies eine höhere me-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Hurford 2014</b></p> <p>A Pilot Randomized Control Trial: Testing a Transitional Care Model for Acute Psychiatric Conditions</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p>en von zwei psychiatrischen Stationen in Allgemeinkrankenhäusern Interventionsgruppe: 20 TN (die eine transitional care model-Intervention erhalten haben) Kontrollgruppe: 20 TN</p> <p><b>Zeitraum:</b> März bis August 2011</p>	<p>Rate von Misserfolgen bei Entlassung nach Hause. Das Transitional Care Model (TCM) wurde evidenzbasiert entwickelt und hat bei älteren, physisch erkrankten Menschen schon gute Erfolge gezeigt. Dagegen wurde es noch nicht bei schweren psychischen Erkrankungen getestet.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p> <p><b>Intervention:</b> Die TN der Interventionsgruppe erhielten neben der üblichen Weiterbehandlung die Behandlung einer psychiatrischen nurse practitioner (NP) für 90 Tage ab Entlassung. Der erste Kontakt erfolgte während des stationären Aufenthaltes, der zweite innerhalb der ersten 24 Stunden zuhause. Die NP war 24 Stunden am Tag telefonisch oder per Email erreichbar.</p>	<p>dizinische und psychiatrische Rehospitalisierung auf als die Kontrollgruppe. Dagegen nutzen die TN der Interventionsgruppe seltener die Notfallaufnahme, aber nicht signifikant. Die Kontinuität der Behandlung war in der Interventionsgruppe signifikant höher. Die allgemeine Gesundheit in der Interventionsgruppe verbesserte sich, aber nicht signifikant höher als in der Kontrollgruppe.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> die transitional care Intervention wird empfohlen, gleichwohl sollte das Modell modifiziert werden: statt Intervention durch eine einzelne Pflegekraft, Beteiligung eines multidisziplinären Teams mit der Expertise von: psychiatrisch geschulten Pflegekräften, einem Sozialarbeiter und einem peer support Spezialist. Ein Team-Ansatz kann am besten mit den komplizierten Bedürfnissen von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen umgehen.</p>
<p><b>Harrison et al. 2011</b></p> <p>The impact of postdischarge telephonic follow-up on hospital readmissions</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe und Setting:</b> Analyse von Daten von 30.272 Mitgliedern eines kommerziellen Gesundheitsplans, die im Jahr 2008 aus einem Krankenhaus entlassen wurden.</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2008</p>	<p><b>Ziel:</b> Analyse: Ist telefonisches Follow-Up, um sicherzugehen, dass Patienten im Umgang mit ärztlichen/pflegerischen Empfehlungen nach der Entlassung gut umgehen können, wirksam – und reduziert in der Konsequenz die Krankenhaus-Wiedereinweisungsraten innerhalb der ersten 30 Tage nach Entlassung?</p> <p><b>Methode:</b> Retrospektive Kohortenstudie</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Ergebnisse deuten darauf hin, das Hochaltrigkeit, männliches Geschlecht und eine lange initiale Aufenthaltsdauer im Krankenhaus mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, wieder eingewiesen zu werden, zusammenhängen. Innerhalb der Interventionsgruppe, die innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung ein telefonisches Follow-Up erhielt, waren die Wiedereinweisungsraten signifikant geringer als in der Kontrollgruppe.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			Die Ergebnisse weisen damit darauf hin, dass frühzeitige telefonische Intervention kurzfristige Wiedereinweisungen ins Krankenhaus reduzieren und damit Kosten senken kann.
<p><b>Hartwig et al. 2008</b></p> <p>Entlassungsvorbereitung im Krankenhaus aus der Sicht älterer, pflegebedürftiger Patienten</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p>Pflegebedürftige Patienten ab 65 Jahre</p> <p><b>Stichprobe:</b> n = 63 Durchschnittsalter: 81 Jahre Weiblich: „fast vier Fünftel“</p> <p><b>Zeitraum:</b> keine Angaben</p> <p><b>Setting</b> Abteilung für Innere Medizin, niedersächsisches Allgemeinkrankenhaus</p>	<p><b>Ziel:</b> Analyse der Sichtweise älterer Patienten auf ihre Entlassungsvorbereitung.</p> <p><b>Methode:</b> Standardisierte schriftliche Befragung, 28 Fragen, deskriptive Querschnittstudie</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei ca. 1/3 der Patienten wurden keine entlassungsvorbereitenden Aktivitäten seitens des Krankenhauses wahrgenommen.</li> <li>- 65 % der Patienten fühlten sich weder über verschiedene nach der Krankenhausentlassung relevante Themen wie neue Hilfsmittel, Medikation, körperliche Belastbarkeit informiert, noch konnten sie bestätigen, während ihres Krankenhausaufenthalts praktische Fertigkeiten zur Krankheitsbewältigung erlernt zu haben.</li> <li>- Wahrgenommene Gesprächspartner waren überwiegend Ärzte.</li> <li>- Wahrnehmung der Patienten, dass Angehörige stärker in die Vorbereitung und Maßnahmengestaltung zum Entlassungsmanagement einbezogen wurden als sie selbst.</li> <li>- 44% der Befragten mit Entlassungsvorbereitung im Krankenhaus „zufrieden“ oder «sehr zufrieden»; 24 % «teils, teils» , 32 % sind «eher unzufrieden» oder «sehr unzufrieden»</li> </ul> <p>Die Ergebnisse bestätigen und vertiefen den bisherigen Forschungsstand: entlassungsvor-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			bereitende Aktivitäten seitens des Krankenhauses erfolgen nicht systematisch.
<p><b>Hempenius et al. 2016</b></p> <p>Long Term Outcomes of a Geriatric Liaison Intervention in Frail Elderly Cancer Patients</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 260 Patienten Interventionsgruppe: n = 127 Kontrollgruppe: n = 133</p> <p><b>Zeitraum:</b> 06/2007-06/2010</p> <p><b>Setting:</b> Durchführung eines 3-monatigen Follow-Up-Programms im Rahmen einer multizentrischen, prospektiven RCT-Studie. Teilnehmende Kliniken: University Medical Center Groningen, Medical Center Leeuwarden (großes Lehrkrankenhaus), und ein öffentliches, allgemeines Krankenhaus in Leiden.</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Langzeiteffekte nach Entlassung aus dem Krankenhaus für gebrechliche ältere Krebspatienten nach einer Operation (Tumorentfernung).</p> <p>Multidisziplinärer Ansatz („hospital-based geriatric liaison intervention“), um postoperative Delir-Zustände zu verhindern.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p> <p><i>Indikatoren:</i> Mortalität, Wiedereinweisungen, Selbstständigkeit in den ATLS (Aktivitäten des täglichen Lebens), Rückkehr zur unabhängigen, präoperativen Lebenssituation, Nutzung unterstützender Pflege, kognitive Fähigkeiten und gesundheitsbezogene Lebensqualität.</p> <p>Das multidisziplinäre Team bestand aus geriatrisch geschulten Pflegefachkräften unter Supervision durch einen Geriater.</p> <p>Die Intervention bestand in einer prä-operativen geriatrischen Konsultation, in der Erstellung eines individuellen Behandlungsplans, abgestimmt auf spezielle Risikofaktoren für postoperative Delir-Zustände, in täglichen Besuchen durch eine „Geriatric Nurse“ während des Krankenhausaufenthaltes sowie in einem dreimonatiges Follow-up nach der Entlassung.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Nach drei Monaten waren keine Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe erkennbar.</p>
<p><b>Hendrix et al. 2013</b></p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 47 Transitional Care</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersucht wird das Modell der TLC Partners, basierend auf</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Rate von Patienten mit einem oder mehr</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>Transitional Care Partners: A hospital-to-home support for older adults and their caregivers.</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p>(TLC) Patienten</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2008</p> <p><b>Setting:</b> Durham Veterans Affairs Medical Center (VAMC): 'tertiary hospital facility'. Es wurden Daten analysiert zu Krankenhaus- und Notfallaufnahme-Besuchen in den 90 Tagen nach Krankenhausentlassung.</p>	<p>Naylor's TLC Modell.</p> <p><b>Methode:</b> Retrospektive Analyse von Patientendaten</p> <p><b>Interventionen:</b> Das Programm ist nurse-led und bietet einen Rahmen für eine gründliche Entlassungsplanung im Krankenhaus plus Follow-up zuhause für chronisch-krank, ältere Hochrisikopatienten. Neben der Beteiligung von Pflegekräften (Leitung durch einen nurse practitioner) ist auch ein Ergotherapeut und ein Sozialarbeiter in das Team integriert.</p>	<p>ED- (Emergency department-) Besuchen und die Rehospitalisierungsraten sind durchweg geringer bei TLC-Patienten im Vergleich zu Nicht-TLC-Patienten: sowohl nach 30 als auch nach 60 Tagen nach der Krankenhausentlassung.</p>
<p><b>Heyes et al. 2015</b></p> <p>Predictors for Readmission up to 1 Year Following Hip Fracture</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> Prospective Fracture Database: n=451 Patienten</p> <p><b>Zeitraum:</b> 1.6.2010 bis 1.6.2012</p> <p><b>Setting:</b> Altnagelvin, öffentliches allgemeines Krankenhaus in Nordirland</p>	<p><b>Ziel:</b> Fälle von Patienten, die innerhalb eines Jahres nach Behandlung im Altnagelvin-Krankenhaus wegen Hüftfrakturen wegen anderer medizinischer Gründe wieder eingewiesen wurden, sollten beobachtet werden. Besonderer Schwerpunkt dabei lag auf der Identifikation von Prädiktoren.</p> <p><b>Methode:</b> Auswertung einer Datenbasis mittels SPSS</p> <p><b>Hintergrund:</b> Im Altnagelvin-Krankenhaus wurde festgestellt, dass eine hohe Anzahl von Patienten, die wegen Hüftfrakturen behandelt worden waren, später aufgrund anderer medizinischer Probleme wieder eingewiesen wurden. Diese Co-Morbidität stellt eine erhebliche Belastung für die Patienten dar.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Rate der Wiedereinweisungen innerhalb eines Jahres lag bei 21%. Die häufigsten Gründe für die Wiedereinweisungen waren Pneumonie, Stürze, Urosepsis, kardiologische Probleme und Schlaganfall. Als Prädiktoren konnten eine lange initiale Krankenhausaufenthaltsdauer und Entlassung in ein Pflegeheim identifiziert werden. Frauen wurden häufiger erneut eingewiesen als Männer, außerdem waren die Wiedereinweisungsraten höher nach komplettem Hüftersatz, bei Alkoholkonsum der Patienten, bei Rauchen, bei hohen Blutzuckerwerten und wenn Blut-Transfusionen notwendig gewesen waren.</p>
<p><b>Hinkle et al. 2008</b></p>	<p><b>Stichprobe:</b> n= 551 Patienten, ältere</p>	<p><b>Ziel:</b> Vergleich dreier funktionaler Assessment-Tools und Darlegung</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>Examining assessment tools for discharge planning</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p>Erwachsene</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2007</p> <p><b>Setting:</b> Oxford Radcliffe Hospitals NHS Trust, England</p>	<p>der Evidenz bezüglich Reabilität und Validität</p> <p><b>Methode:</b> prospektive Studie</p> <p><b>Indikatoren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Functional Independence Measure (FIM), Alpha FIM, Barthel Index scores (BI)</li> <li>- Assoziationen zwischen den Punktzahlen dieser Assessmentinstrumente und Alter, Geschlecht, Anzahl der Überweisungen, medizinische Diagnose, Entlassungsort und Krankenhausaufenthaltslänge</li> </ul>	<p>Alle 3 Assessment-Tools sind valide.</p> <p>Patienten, die 82 Jahre und jünger waren, hatten signifikant höhere FIM und Alpha FIM Punktzahlen, jedoch keine signifikant höheren BI-Punktzahlen.</p> <p>Männliche Patienten hatten signifikant höhere FIM-Punktzahlen, aber keine signifikant höheren Alpha-FIM-Punktzahlen.</p> <p>Weibliche Patienten hatten signifikant höhere BI-Punktzahlen.</p> <p>Patienten ohne Überweisungen hatten höhere Punktzahlen in FIM und Alpha FIM, aber keine signifikant höheren Punktzahlen im BI.</p> <p>Patienten mit Herzproblemen hatten die höchsten Punktzahlen in FIM, Alpha FIM und BI.</p> <p>Patienten, die ohne "care package" nach Hause entlassen wurden, hatten höhere Punktzahlen in allen drei Tools.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <p>Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich alle drei Assessment-Tools durch gute Validität und Reliabilität auszeichnen. Pflegefachkräften können alle drei Instrumente für die Entlassungsplanung empfohlen werden.</p>
<p>Hirschman et al. 2015</p>	<p><b>Stichprobe:</b> Artikel basiert auf bereits</p>	<p><b>Ziel:</b> Der Artikel will eine konzentrierte Zusammenfassung bieten,</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Ergebnisse der zitierten RCTs demonst-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>Continuity of Care: The Transitional Care Model.</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p>durchgeführten Studien zu geriatrischen Patientengruppen (siehe dritte Spalte).</p> <p><b>Zeitraum:</b> Die dem Artikel zugrunde liegenden Studien wurden seit 1994 durchgeführt.</p> <p><b>Setting:</b> Die zugrunde liegenden Studien wurden vom „National Institute of Nursing Research“ (NINR) finanziert. Es handelte sich ausnahmslos um RCT-Studien. Das angewendete TC-Modell wurde jedesmal auf Basis der vorherigen Ergebnisse modifiziert.</p>	<p>um die Evidenz des Transitional Care Modells und seiner neun Kernelemente aufzuzeigen.</p> <p><b>Methode:</b> Zusammenfassung der Forschungsergebnisse verschiedener RCTs der eigenen Forschungsgruppe (Arbeitsgruppe um Naylor).</p> <p><i>Hintergrund:</i> Ältere Menschen, die an multiplen chronischen Erkrankungen leiden und deren gesundheitliche Situation durch zusätzliche Risikofaktoren besonders kompliziert ist (wie Defizite in den ATL oder fehlendes soziales Eingebundensein) stehen vor vielfältigen Herausforderungen, ihre gesundheitlichen Bedürfnisse zu bewältigen.</p>	<p>rieren die Kapazität des TCM, die Erfahrungen von älteren, akut erkrankten Patienten mit Pflege, ihrer eigenen Gesundheit und ihrer Lebensqualität zu verbessern. Es wurden in den zugrunde liegenden Studien niedrigere Wiedereinweisungsraten sowie reduzierte Gesamtkosten ermittelt.</p>
<p>Ho et al. 2009</p> <p>Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression. A randomized</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 200 Interventionsgruppe: n = 100 Kontrollgruppe: n = 100</p> <p><b>Zeitraum:</b> Keine Angaben</p>	<p><b>Ziel:</b> Bewertung der Wirksamkeit eines Edukationsprogramms mit Informationen über postnatale Depressionen, hinsichtlich der Reduzierung der psychischen Morbidität nach Geburt</p> <p><b>Methode</b> RCT-Design</p> <p><b>Interventionen:</b> Interventionsgruppe: erhielt durch Stationsschwestern</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Frauen, die Edukation bezüglich postnataler Depression erhalten haben, hatten eine geringere Wahrscheinlichkeit, an einer postnatalen Depression zu erkranken als in der Kontrollgruppe, gemessen nach drei Monaten.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>controlled evaluation study</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Setting:</b> Regionales Krankenhaus in Taipei, China</p>	<p>(postpartum ward nurses.) Entlassungsedukation bezüglich postnataler Depression. Kontrollgruppe: general postpartum education Hauptindikatoren: Die ‚Edinburgh Postnatal Depression Scale‘ (EPDS) (Fragebogen 6 Wochen und 3 Monate nach Entbindung zugestellt).</p>	<p><b>Schlussfolgerung:</b> Informationen an Frauen nach Geburt zu postnatalen Depressionen kann psychisches Wohl fördern.</p>
<p><b>Hoffmann et al. 2014</b></p> <p>The voice of postsurgical lung cancer patients regarding supportive care needs</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe und Setting:</b> Die sechs Teilnehmer der Studie waren NSCLC-Patienten (non-small-cell lung cancer) im Stadium Ib bis IIIa mit erfolgter Thoracotomy. Sie nahmen an einem 16-Wochen Intensiv-Programm nach Entlassung aus dem Krankenhaus teil. Sie wurden 12 bis 18 Monate nach der Operation befragt.</p> <p><b>Zeitraum:</b> Keine Angaben</p>	<p><b>Methode:</b> Qualitatives Studien-Design: Fokusgruppen-Befragung mit halbstrukturiertem Frageleitfaden (mit narrativen Fragen) Anregung einer Diskussion zwischen den Teilnehmern zur Ermittlung der „recovery experiences“ in den 16 Wochen nach der Entlassung von der Klinik nach Hause. Die Interviews sind wörtlich transkribiert und per Inhaltsanalyse ausgewertet worden.</p> <p><b>Ziel:</b> Herausfinden, welche Bedürfnisse die Patienten nach der Operation haben, die bislang zu wenig berücksichtigt werden.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die wesentlichen Themen der Studienteilnehmenden waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ihr Unvorbereitet-Sein für die Genesungsphase nach der Thorakotomie.</li> <li>2) Unbefriedigte Bedürfnisse in Bezug auf die Entlassung aus dem Krankenhaus, Gefühl, nicht vorbereitet zu sein.</li> <li>3) Unerwartete symptomatische Beschwerden nach dem ersten Genesungsmonat - die häufigsten Symptome: Schmerzen, Müdigkeit, Dyspnoe und psychosoziale Belastungen</li> <li>4) Die Qualität der Informationen, die gegeben wurden, wenn Schmerzen und Müdigkeit in der Genesungsphase beschwerlich waren</li> <li>5) Die Effektivität von Übungen während des Genesungsprozesses.</li> </ol> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Das Verständnis für die sich verändernden Bedürfnisse der betrachteten Zielgruppe kann helfen, um spezialisierte pflegerische</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			Interventionen zu entwickeln.
<p><b>Holstege et al. 2016</b></p> <p>Structured scoring of supporting nursing tasks to enhance early discharge in geriatric rehabilitation: The BACK-HOME quasi experimental study</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 483 geriatrische Reha-Patienten Kontrollgruppe n = 200 Interventionsgruppe n = 283</p> <p><b>Zeitraum:</b> Oktober 2011 bis November 2012</p> <p><b>Setting:</b> Die Patienten wurden bis zu maximal 4 Monate nach Entlassung begleitet, da nach 4 Monaten keine weiteren Gesundheitseffekte mehr zu erwarten sind. Vier „Skilled Nursing Facilities“ haben teilgenommen.</p>	<p><b>Ziel:</b> Evaluieren, ob ein wöchentliches, pflegerisch geleitetes Assessment, gefolgt von einer Besprechung im multidisziplinären Team die Entlassung von geriatrischen Patienten aus einer Rehabilitation nach Hause zu beschleunigen vermag.</p> <p><b>Methoden:</b> Implementierung eines pflegerisch geleiteten Assessmentinstruments (weekly scoring) und Diskussion der Ergebnisse im multidisziplinären Team, mit der Frage, ob die Entlassung des jeweiligen Patienten nach Hause vertretbar erscheint. Die Daten der Patienten wurden von den Pflegekräften bei Aufnahme in die Rehabilitation und bei Entlassung erhoben. Folgende Parameter wurden zusätzlich erhoben: Aufenthaltsdauer, Zielort der Entlassung (i.d. Regel nach Hause), Barrieren, die einer Entlassung entgegen stehen.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die soziodemographischen Merkmale von Kontrollgruppe und Interventionsgruppe waren vergleichbar, ebenso die Gründe für die Klinikeinweisung: Schlaganfall, Verletzungen, Gelenkersatz-OP und andere.</p> <p>Die Aufenthaltsdauer in der Klinik war in der Interventionsgruppe mit 46 Tagen kürzer als in der Kontrollgruppe mit 56 Tagen. Wenn zuhause keine Anpassungen an den veränderten Gesundheitszustand vorgenommen werden musste, sank die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf 50 Tagen in der Kontrollgruppe und auf 42,5 in der Interventionsgruppe.</p> <p>Als Hauptbarrieren, die einer Entlassung im Wege stehen, wurden identifiziert: Umweltbezogene Faktoren wie die Wohnsituation zu 36,7 Prozent und patientenbezogene Faktoren zu 21,5 % (kognitive Gründe) bzw. körperliche Gründe (33,9 %).</p> <p>Eine frühzeitige Entlassung nach Hause gilt nicht nur als kosteneffizient, sondern es wird vermutet, dass dadurch der funktionale Status der Patienten verbessert werden kann, sowohl bei Schlaganfall-Patienten als auch bei Patienten nach Hüft-Operation.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Strukturiertes pflegerisches Assessment für geriatrische Patienten</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			in der Rehabilitation kann zu einer früheren Entlassung aus einer „Skilled nursing facility“ nach Hause führen, wenn zuhause keine Wohnraumanpassungen o. ä. vorgenommen werden müssen.
<p><b>Hordam et al. 2010</b></p> <p>Nursing intervention by telephone interviews of patients aged over 65 years after total hip replacement improves health status: a randomized clinical trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n gesamt = 180 Patienten Interventionsgruppe: n = 82 Kontrollgruppe n=93 (14 Fälle wurden ausgeschlossen)</p> <p><b>Zeitraum:</b> Januar 2005 bis Mai 2007</p> <p><b>Setting:</b> Zwei orthopädische Stationen in einem Universitätskrankenhaus in Dänemark</p>	<p><b>Methode:</b> RCT-Design</p> <p><b>Ziel:</b> Überprüfung der Hypothese, dass der Gesundheitsstatus von über 65jährigen Patienten nach Erhalt einer künstlichen Hüfte durch ein pflegerisches telefonisches Follow-Up in allen Aspekten verbessert werden kann.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Alle Patienten, in der Kontroll- wie in der Interventionsgruppe, erfuhren eine Verbesserung ihres Gesundheitsstatus. Die Intervention reduzierte die Zeit, die die Patienten in drei von acht Bereichen des Gesundheitsstatus brauchten, um ihre Gewohnheiten wieder ausüben zu können signifikant: Die Teilnehmer der Interventionsgruppe brauchten drei Monate zur Erreichung des früheren Levels, die Teilnehmer der Kontrollgruppe mit neun Monaten deutlich mehr (Die drei Bereiche waren: Körperliche Funktionsfähigkeit, allgemeine Gesundheit und mentale Gesundheit).</p> <p><b>Schlussfolgerungen der Autoren:</b> Telefonischer Support und Beratung in der postoperativen Phase nach der Entlassung führt zu Verbesserungen im Gesundheitsstatus der Patienten.</p>
<p><b>Jack et al. 2009</b></p> <p>A Reengineered Hospital Discharge Program</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 749 englischsprachige hospitalisierte Erwachsene ab 18 Jahre Interventionsgruppe: n = 370</p>	<p><b>Ziel:</b> Prüfung einer Intervention mit dem Ziel die Krankenhauswiederaufnahmen nach Entlassung zu reduzieren.</p> <p><b>Outcome:</b> Primary outcomes:</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>In der Interventionsgruppe wurde eine niedrigere Rate von Krankenhausinanspruchnahmen festgestellt als in der Kontrollgruppe. Die Intervention hat sich am effektivsten bei</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>to Decrease Rehospitalization A Randomized Trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p>Kontrollgruppe: n = 368</p> <p><b>Zeitraum:</b> 01/2006–10/2007</p> <p><b>Setting:</b> Boston Medical Center, Boston, Massachusetts. Allgemeiner medizinischer Dienst an einem städtischen, akademischen "safety-net" Krankenhaus.</p>	<p>RCT, Single-Center-Studie</p> <p><b>Interventionen:</b> Die Nurse Discharge Advocate und klinische Pharmakologen arbeiten in der Entlassungsplanung zusammen. Darauf abgestimmt erfolgen Edukation und Medikationsplan. Follow-Up-Telefonat zur Überprüfung der Medikation.</p> <p><i>Indikatoren:</i> Vorstellung Notaufnahme, Krankenhausnutzung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung, Qualität der Vorbereitung auf die Entlassung, Anzahl Nachsorgeuntersuchungen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung.</p>	<p>Teilnehmern mit Krankenhausnutzung in den 6 Monaten vor Aufnahme gezeigt.</p> <p><b>Schlussfolgerung der Autoren:</b> Die Studie demonstriert, dass eine Zusammenarbeit von nurse discharge advocate and clinical pharmacist bezüglich der Koordination der Krankenhauserkrankung, Patientenedukation, Abstimmung Medikation zu einer Minimierung von Besuchen in der Notfallaufnahme und Krankenhausaufnahmen führt als die übliche Pflege.</p>
<p><b>Jahn et al. 2014</b></p> <p>Improvement of pain-related self-management for cancer patients through a modular transitional nursing intervention: A cluster-randomized multicenter trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 263 Patienten mit Tumordiagnose</p> <p>Interventionsstationen: n = 9 Interventionsgruppe: n = 125 Kontrollstationen n = 9 Kontrollgruppe: n = 135</p> <p><b>Zeitraum:</b> 10/2008–12/2009</p> <p><b>Setting:</b> 18 onkologische Stationen zweier Universitätskliniken in Sachsen und Bayern</p>	<p><b>Ziel:</b> Evaluation des Einflusses einer ressourcenorientierten überleitenden Pflegeintervention auf die Verbesserung des schmerzbezogenen Selbstmanagements bei onkologischen Patienten</p> <p><b>Methode:</b> Cluster randomisierte Studie (RCT-Studie)</p> <p><b>Interventionen:</b> Die Intervention bestand aus einem von Krankenschwestern geführten Beratungs-Programms mit dem Ziel Schmerzmanagement und schmerzbezogenes Entlassungsmanagement zu verbessern. Interventionsgruppe: Patienten erhielten zusätzlich zur Schmerzbehandlung die ressourcenorientierte Pflegeintervention, bestehend aus drei Modulen: Pharmakologisches Schmerzmanagement, Non-pharmakologisches Schmerzmanagement und Schmerzbezogenes Entlassungsmanagement (Patienten auf den Kontrollstationen: Standard-</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Signifikante Reduktion der kognitiven Einstellungsbarrieren eine Woche nach Entlassung Signifikante Verbesserung hinsichtlich: Verringerung der Schmerzintensität (jedoch nicht am 7. Tag nach Entlassung sondern erst 2-4 Wochen nach Entlassung), Erweiterung des Wissens zur Schmerzbehandlung und Selbstpflegemöglichkeiten, Erhöhung der Adhärenz zur Schmerzmedikation und HRQoL</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Positiver Einfluss einer ressourcenorientierten pflegerischen Beratungsintervention auf das schmerzbezogene Selbstmanagement der Patienten. (Befähigung besteht noch nach Entlassung aus der</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		<p>schmerzbehandlung und klinikübliche Pflege).</p> <p>Abschluss der Intervention: umfassende Telefonberatung durch die Studienschwester (Study Nurse) am zweiten oder dritten Tag nach der Entlassung basierend auf einer Leitlinie zur telefonischen Beratung von Schmerzpatienten; wurde um den Ressourcenaspekt zum schmerzbezogenen Selbstmanagement erweitert.</p> <p><b>Indikatoren:</b> Kognitive Einstellungsbarrieren zur medikamentösen Schmerzbehandlung 7 Tage nach Entlassung, Reduzierung der durchschnittlichen und maximalen Schmerzintensität, Verbesserung des Wissens zur pharmakologischen sowie non-pharmakologischen Schmerzbehandlung, Nebenwirkungen der Analgetika und Selbstpflegemöglichkeiten bei Schmerzen, Verbesserungen im Schmerzmanagement, Verbesserung der Adhärenz zum Behandlungsplan der Schmerzmedikation, Verbesserung in der Bewältigung der Schmerzen, Verbesserung in der Alltagsfunktionalität, Verbesserung HRQoL (gesundheitsbezogene Lebensqualität).</p>	<p>stationären Behandlung → Versorgungsbrüche können durch diese erworbene Patientenkompetenz vermieden werden).</p>
<p><b>Kable et al. 2015</b></p> <p>Health professional perspectives on systems failures in transitional care for patients with dementia and their carers: a qualitative</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 33</p> <p><b>Zeitraum:</b> 12/2013-04/2014</p> <p><b>Setting:</b> Übergang zwischen acute care und community care; Newcastle</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Ermittlung der Sichtweisen von Health Care Professionals aus dem stationären wie aus dem ambulanten Bereich auf den Entlassungsprozess von Demenzkranken aus Krankenhäusern sowie auf die Überleitungs-Arrangements.</p> <p>Befragte: Pflegerkräfte, involviert in den Entlassungsprozess, junior medical officers aus dem Akutbereich, Allgemeinärzt/innen sowie Personal aus Altenpflegeheimen</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>In den Fokusgruppendifkussionen haben sich zwei zentrale Themen herauskristallisiert:</p> <p>1. Hindernisse, die einer effektiven Entlassungsplanung für PWD (people with dementia) gegenüberstehen: Perspektive aus dem Akutbereich: schwieriger Umgang mit den Demenzkranken im Akutpflegebereich / die Nachfrage nach poststationären Leistungen übersteigt die Verfügbarkeit / Druck, die Entlassungen frühzeitig vorzunehmen und lü-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>descriptive study</p> <p>Evidenzlevel 3</p>		<p><b>Methode:</b> Fokusgruppendifkussionen - semistrukturiert, Qualitativ-beschreibende Studie, Auswertung per Inhaltsanalyse</p>	<p>ckenhafte Dokumentation der Entlassung</p> <p>2. Fehler im Transitional care Prozess und mögliche Folgen für die betroffenen Demenzkranken – Perspektiven des community Pflegepersonals: mangelhafte Leistungen, die Demenzkranke bei der Entlassung enthalten / mangelhafte Informationen bei Entlassung / negative Folgen für die Patienten / ungünstige Ereignisse, die mit der Entlassung zusammenhängen / Rehospitalisierungen / Stress für die Pflegekräfte / Aspekte, die mit der Medikation bei Entlassung der Demenzkranken verbunden sind und Auswirkungen auf die PWDs.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b> Die Koordination und Kommunikation zwischen den Healthcare Professionals aus dem Klinikbereich und denjenigen im ambulanten Bereich bzw. in Pflegeheimen muss verbessert werden.</p>
<p><b>Kangovi and Grande 2014</b></p> <p>Transitional care management reimbursement to reduce COPD readmission</p> <p>Evidenzlevel 4</p>	<p>Keine eigene empirische Erhebung</p>	<p><b>Ziel und Hintergrund:</b> Centers for Medicare &amp; Medicaid Services (CMS) haben 2013 in den USA ein Programm aufgelegt zur Refinanzierung von zeitnahen poststationären Hausbesuchen für Patienten mit COPD und von weiteren Pflegeüberleitungs-Management-Diensten. Die Hoffnung dabei ist, dass eine gute Pflegeüberleitung Wiedereinweisungen verhindern kann, bislang sind die Analysen, ob dies gelingen kann, allerdings widersprüchlich (Die Wiedereinweisungsraten liegen bei 21 % der COPD-Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung wieder eingewiesen werden. Die Kosten für diese Wiedereinweisungen sind um 18 % höher als die erstmaligen Krankenhausaufenthalte)</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Pflege, Krankenhausärzte und ambulante Ärzte arbeiten zusammen. Die kooperierenden niedergelassenen Lungenfacharzt/innen verpflichten sich zu drei Schlüssel-Diensten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sie müssen die Patienten innerhalb von zwei Tagen nach der initialen Krankenhausentlassung kontaktieren.</li> <li>2. Sie müssen bei Patienten mit mäßigen oder stärkeren Komplikationen einen Hausbesuch innerhalb von einer Woche nach Kran-</li> </ol>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		Dieser Artikel diskutiert die Maßnahmen.	<p>kenhausentlassung machen.</p> <p>3. Sie müssen angeratene Care-coordination-Services anbieten – nicht zwingenderweise face-to-face – innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b> Trotz einiger Herausforderungen representieren die TCM codes (Transitional care management Services) einen großen Schritt in Richtung eines integrierten Gesundheitspflege-Systems. Ambulante Pulmonologen werden finanziert, um zusätzliche Leistungen für aus dem Krankenhaus entlassene COPD-Patienten in der kritischen Phase von 30 Tagen nach Entlassung anzubieten.</p>
<p><b>Kato et al. 2016</b></p> <p>How effective is an in-hospital heart failure self-care program in a Japanese setting? Lessons from a randomized controlled pilot study</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 32 Interventionsgruppe: n = 15 Kontrollgruppe: n = 17</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2009–2010 + 2 Jahre Follow-up</p> <p><b>Setting:</b> Universitätskrankenhaus Tokio, Japan</p>	<p><b>Ziel:</b> Bewertung der Wirksamkeit eines HF Programms auf Selbstpflegeverhalten, HF-Wissen und Krankenhauseinweisung wegen einer Verschlechterung der chronischen Herzinsuffizienz (HF)</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p> <p><b>Interventionen:</b> Maßnahme: face to face-Edukation und Beratung durch Diätassistenten, Apothekern und Krankenschwestern. Eine Krankenschwester führte die Edukation durch (Überblick über HF, Lebensstil).</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Das HF-Wissen in der Interventionsgruppe war nach 6 Monaten besser als in der Kontrollgruppe.</p> <p>2) Während eines Zwei-Jahres Follow-up war das HF-Programm verbunden mit besseren Ergebnissen bezüglich einer Krankenhauseinweisung aufgrund von HF und/oder Herztod.</p> <p>3) Das Programm war verbunden mit einer Reduktion der HF-Hospitalisation und/oder Herztod.</p>
<p><b>Kimball et al. 2010</b></p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 66</p>	<p><b>Ziel:</b> Bewertung der Wirksamkeit verschiedener Methoden zur Be-</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Keine Unterschiede im Wissensstand zwi-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>Testing a Teaching Appointment and Geragogy-Based Approach to Medication Knowledge at Discharge</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p>Interventionsgruppe 1: n = 23 (geragogisches Unterrichtskonzept)  Interventionsgruppe 2: n = 23 (geragogisches Unterrichtskonzept mit zwei terminierten Unterrichtseinheiten)  Kontrollgruppe: n = 20 (Standard Teaching Method)</p> <p><b>Zeitraum:</b> nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b> Akut-Reha-Station in einem not-for-profit hospital in the Pacific Northwest.</p>	<p>reitstellung von Edukation um das Wissen des Patienten zur Entlassungs-medikation zu erhöhen (Vergleich dreier Methoden)  Einbeziehung von Patienten und Familienmitgliedern.</p> <p><b>Methode:</b> Randomisierte, experimentelle Studie</p>	<p>schen den 3 Methoden, aber Familienmitglieder hatten signifikant niedrigere Vertrauenslevels vor den Lehrsitzen als Patienten.</p> <p>2) Das Vertrauenslevel der Patienten erhöhte sich nach Edukation (p = 0.002)</p> <p>3) Obwohl die Lehrmethode das Medikamentenwissen nicht beeinflusste, erlebten Familienmitglieder (wenn auch nicht die Patienten) signifikante Erhöhungen des Vertrauens für die Verabreichung von Entlassungsmedikamenten nach der Edukation.</p>
<p>Kind et al. 2012</p> <p>Low-Cost Transitional Care with Nurse Managers making mostly Phone Contact with Patients Cut Rehospitalization at a VA Hospital</p>	<p><b>Stichprobe:</b> Veteranen, Hochrisikopatienten. Eine Kontrollgruppe und eine Interventionsgruppe (Teilnahme am „Coordinated-Transitional Care Program: C-TraC)  TN am Interventionsprogramm: 708 Veteranen, vorwiegend im Alter von 70 J. und älter, männlich und weiß. 39 % Alleinlebende. Hohe Raten von</p>	<p><b>Ziel:</b> Evaluieren des Konzepts: Nurse Case Manager arbeiten mit den Patienten, u.a. in den Bereichen Medikamentenabgleich und allgemeinen Gesundheitsthemen, vor und nach der Entlassung. Nach der Entlassung erfolgt der Kontakt telefonisch (im Durchschnitt erhielt jeder TN der Interventionsgruppe 1,5 Anrufe).</p> <p><b>Methode:</b> Analyse von Patientendaten hinsichtlich: soziodemographischen Merkmalen, Komorbidität, Funktionalität und C-TraC process measures.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Teilnehmer der C-TraC-Intervention haben ein Drittel weniger Rehospitalisierungen erlebt als die Teilnehmer der Vergleichsgruppe. Das Programm kann mit relativ wenig Aufwand (sowohl Kosten- als auch Personal-effizient) durchgeführt werden und stellt vermutlich eine gangbare Alternative dar, für Krankenhäuser, die sich bemühen, pflegerische Überleitung anzubieten. Das Modell stellt sich als besonders geeignet für ländliche Regionen dar.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Evidenzlevel 2	<p>vorhergehenden Krankenhausaufenthalten, kognitiven Beeinträchtigungen und anderen Co-Morbiditäten.</p> <p><b>Zeitraum:</b> Oktober 2010 bis März 2012, mit einer Vorbereitungsphase von April bis September 2010</p> <p><b>Setting:</b> Die Patienten wurden aus dem William S. Middleton Memorial Veterans Hospital in Madison, Wisconsin entlassen.</p>		
<p><b>Kuske and Bartholomeyczik 2015</b></p> <p>2Aufnahme und Entlassung von Menschen mit Demenz – Kommunikation aus Sicht von Experten der Kurzzeitpflege</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 16 (Experten aus 15 Einrichtungen mit Kurzzeitpflege)</p> <p><b>Zeitraum:</b> November-Dezember 2012</p> <p><b>Setting:</b> 12 Pflege-Einrichtungen mit festen und flexiblen Kurzzeitpflegeplätzen, 3 solitäre Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen</p>	<p><b>Ziel:</b> Prozesse und der Informationsaustausch unter Berücksichtigung der beteiligten Akteure rekonstruiert sowie qualitätsrelevante Faktoren identifiziert.</p> <p><b>Methode:</b> Leitfadengestützte Telefoninterviews, Experteninterviews, qualitatives, exploratives, deskriptives Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Instrumente zur Pflegeanamnese werden nur zum Teil demenz- oder settingspezifisch adaptiert, weniger werden Überleitungsbögen oder Checklisten verwendet und nur vereinzelt Standards für den Aufnahmeprozess.</p> <p>2) Aus Expertensicht zeigen Angehörige besonderes Interesse an Hilfsmitteln und Medikamentenplan, Vitalwerte und deren Überprüfung, Gewährleistung der Weiterversorgung.</p> <p>3) Überleitungsgespräche bei der Entlassung erfolgen überwiegend persönlich, in Ausnahmen telefonisch.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p>4) Oft werden keine Entlassungsstandards genutzt bzw. vorliegende Entlassungsverfahren nicht verschriftlicht.</p> <p>5) Rechtzeitige Beschaffung kurzzeitpflegerelevanter Informationen von Bedeutung, Koordination aller an der Versorgung beteiligten Personen, eine verbindliche Regelung der Informationswege und eine Entlastung der versorgenden Angehörigen sind von Bedeutung.</p> <p>6) Bedarfsgerechtes, settingübergreifendes Case Management, Überleitungsstandards und die Evaluation der Überleitungsqualität könnten im Hinblick auf die Qualitätssicherung in der Versorgung von Menschen mit Demenz einen wichtigen Beitrag leisten.</p>
<p><b>Küttel et al. 2015</b></p> <p>„Der Alltag pflegender Angehöriger – Was sie während des Spitalaufenthalts ihres Familienmitglieds beschäftigt im Hinblick auf den Austritt und was sie diesbezüglich für sich benötigen: eine</p>	<p><b>Stichprobe:</b></p> <p>n = 8 Angehörige im Alter zwischen 52 und 87 Jahre:</p> <p>Angehörige von Patient(inn)en über 65 Jahren, welche auf Hilfeleistungen in der Lebens- und Haushaltsführung oder auf Pflegeleistungen angewiesen waren und mindestens eine chronische Krankheit hatten</p> <p><b>Zeitraum:</b></p> <p>Oktober 2012-Juni 2013</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Untersuchung der Bedürfnisse pflegender Angehöriger (im Hinblick auf die Entlassung ihres Familienmitglieds)</p> <p><b>Methode:</b></p> <p>Narrative Interviews mit Angehörigen von pflegebedürftigen älteren Patient(inn)en, Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring: Qualitatives Forschungsdesign.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die pflegenden Angehörigen beschäftigten sich mit dem Erhalten eines funktionierenden Alltags. Dazu gehörten Pflege- und Haushaltsarbeiten und das Bedürfnis nach persönlichem Freiraum. Die Hoffnung half, die Realität des sich verschlechternden Gesundheitszustands des Familienmitglieds auszuhalten. Die Art der familiären Bindung beeinflusste den funktionierenden Alltag. Die pflegenden Angehörigen hatten unterschiedliche Erwartungen an ein Eingebundensein im Krankenhaus.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <p>Um pflegende Angehörige in ihrer</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>qualitative Studie“</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Setting:</b> Untersuchung in Schweizer Krankenhaus</p>		<p>Lebenssituation zu unterstützen ist es wichtig, die funktionierende Alltagsroutine zu erfassen, sowie das Bedürfnis nach Freiraum und den Edukationsbedarf bezüglich Krankheitsverlauf, Unterstützungsangeboten und Symptommanagement zu erkennen. Es braucht Untersuchungen, wie pflegende Angehörige im Entlassungsprozess ihre Verantwortung einbringen und welche Aufgaben sie übernehmen können.</p>
<p><b>Kwok et al. 2008</b></p> <p>A randomized controlled trial of a community nurse-supported hospital discharge programme in older patients with chronic heart failure</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 105 Interventionsgruppe: n = 49 Kontrollgruppe: n = 56</p> <p><b>Zeitraum:</b> 09/1999-02/2001</p> <p><b>Setting:</b> Prince of Wales Hospital, Hong Kong</p>	<p><b>Ziel:</b> Bewertung der Wirksamkeit und Kosteneffektivität eines von einer Gemeindeschwester (community nurse) unterstützten Krankenhausentlassungsprogramms bezüglich Vorbeugung von Krankenhauswiederaufnahmen, Verbesserung des funktionellen Status und Handicap von älteren Patienten mit chronischer Herzkrankheit .</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p> <p><b>Interventionen:</b> Die Interventionsgruppe erhielt Besuche von einer Gemeindeschwester vor Entlassung, nach 7 Tagen, dann wöchentlich für 4 Wochen, dann monatlich (insg. über 6 Monate nach Entlassung). Die Gemeindeschwester stand kontinuierlich in Kontakt mit dem Krankenhausfacharzt.</p> <p><b>Indikatoren:</b> Rate der ungeplanten Wiedereinweisungen nach 6 Monaten; Anzahl der ungeplanten Wiederaufnahmen, 6-Minuten Gehstest, London Handicap Scale, Kosten für Personal und Gesundheitswesen.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Nach 6 Monaten waren die Wiedereinweisungsraten nicht signifikant unterschiedlich zwischen den Gruppen; Tendenz niedriger in Interventionsgruppe. In der Interventionsgruppe war weniger Einschränkung in der Unabhängigkeit festzustellen. Keine Unterschiede gab es im 6-Minuten-Gehtest (six-minute walking distance) und Kosten (public health care and personal care costs).</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Das durch die Community nurse unterstützte post-discharge programme ist effektiv bezüglich der Bewahrung von Unabhängigkeit und wahrscheinlich in der Reduzierung der Anzahl der ungeplanten Wiederaufnahmen.</p>
<p><b>Lainscak et al. 2013</b></p>	<p><b>Stichprobe</b> Patienten, die wegen ei-</p>	<p><b>Ziel:</b></p>	<p><b>Ergebnis</b> der „Time-to-event analysis“:</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>Discharge Coordinator Intervention prevents hospitalizations in patients with COPD: A randomized controlled trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p>ner akuten Verschlechterung ihrer COPD-Erkrankung stationär versorgt werden.</p> <p>n = 253 Interventionsgruppe: n = 118 Kontrollgruppe mit Standardbehandlung: n = 135</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2.11.2009-6.12.2011</p> <p><b>Setting:</b> Auf Lungenerkrankungen spezialisiertes Krankenhaus</p>	<p>Die Studie will die Frage beantworten, ob die Koordination der Entlassungsplanung Krankenhaus(wieder)einweisungen bei Patienten mit COPD reduziert.</p> <p>Vergleich der „Care as usual“ (mit Routine Patienten-Edukation, beaufsichtigte Inhalator-Nutzung, Atemphysiotherapie, krankheitsbezogener Kommunikation) mit „discharge coordinator intervention“ (umfasste zusätzlich eine Einschätzung der Patienten-Situation, insb. der häuslichen Bedürfnisse); aktive Einbeziehung von Patienten und Angehörigen in den Entlassungsprozess</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p> <p><b>Beteiligte Professionen:</b> Community medical professionals, community care/home care nurse, general practitioner, social care worker, physiotherapist, und andere Anbieter von häuslichen Dienstleistungen</p> <p><b>Indikatoren:</b> Zahl der Einweisungen aufgrund einer akuten Verschlechterung der COPD, Mortalität (all-cause), All-cause Krankenhauseinweisungen, Überlebensrate in Tagen nach Krankenhausentlassung, gesundheitsbezogene Lebensqualität.</p>	<p>Die koordinierte Entlassungsplanung kann die Krankenhaus(wieder)einweisungsrate senken.</p> <p>48 h nach Entlassung Telefonkontakt, um die Eingewöhnung in der häuslichen Umgebung zu prüfen und weitere Bedürfnisse zu eruieren; Danach weitere Entlassungskordinator-Aktivitäten mit den Leistungserbringern bis zur Zielerreichung; Telefonkontakte entsprechen den Bedürfnissen und Zielen der Patienten; 7–10 Tage nach Entlassung Hausbesuch zum abschließenden Assessment.</p>
<p><b>Lawlor et al. 2009</b></p> <p>Early discharge care with on-going follow-up support may re-</p>	<p><b>Stichprobe:</b> Interventionsgruppe: 246 Patienten, akut wegen Verschlechterungen ihrer COPD eingeliefert.</p> <p>Kontrollgruppe:</p>	<p><b>Ziel:</b> Überprüfung folgender Hypothese: ein respiratorisches Beratungs-Programm, das frühe Pflege bei der Entlassung in Kombination mit ‚rapid-access out-patient support‘ vorsieht, kann Krankenhauswiederaufnahmen reduzieren.</p> <p><b>Methode:</b></p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Frühe Pflege bei der Entlassung und Edukation zum Selbst-Management sind effektiv beim Management von COPD, aber reduzieren in der Regel nicht die Krankenhauswiedereinweisungsraten bei Verschlechterungen der Erkrankung.</p>

<b>Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel</b>	<b>Stichprobe, Zeitraum, Setting</b>	<b>Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign</b>	<b>Ergebnisse und Schlussfolgerungen</b>
<p>duce hospital readmissions in COPD</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p>267 Patienten</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2002-2005</p> <p><b>Setting:</b> Respiratory Department im St. James's Krankenhaus, Dublin</p>	<p>Retrospektive vergleichende Untersuchung zwischen Interventions- und Kontrollgruppe: 6 und 12 Monate nach Entlassung wurden die Zahlen der Aufnahmen in Notfall-Ambulanzen und in Kliniken verglichen.</p> <p><b>Intervention:</b> 246 Patienten, die wegen akuten Verschlechterungen ihrer COPD in der Klinik aufgenommen wurden, sind in das respiratory outreach Programm aufgenommen worden, einschließlich: ,Early discharge care', Follow-Up-Edukation, telefonischer Unterstützung, und schneller Zugang zu ambulanten Kliniken für Atemwegserkrankungen. 60 dieser Patienten haben zusätzlich Selbst-Management-Edukation erhalten. Die Interventionen wurden pflegerisch geleitet und physiotherapeutisch unterstützt.</p>	<p>Die Frequenz sowohl der Notfallaufnahmen als auch der Krankenhauswiedereinweisungen war nach Auflegen des Programms signifikant reduziert. Schlussfolgerung: Das Angebot eines ,respiratory outreach service', einschließlich früher ,Discharge Care", Edukation, Telefon-Unterstützung und schnellem Zugang zu ambulanten Einrichtungen führt zu reduzierten Krankenhauswiedereinweisungen bei COPD-Patienten.</p> <p>Eine RCT-Studie mit längerer Laufzeit wäre nützlich, um die Hypothese weiter zu stützen.</p>
<p><b>Legrain et al 2011</b></p> <p>A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and hospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 665 Patienten im Alter von mindestens 70: Interventionsgruppe: n=317 TN Kontrollgruppe: n=348</p> <p><b>Zeitraum:</b> April 2007 – Oktober 2008</p> <p><b>Setting:</b> 6-monatige randomisierte Parallelgruppen, open-label trial in 6 akut-geriatrischen Stationen (AGUs)</p>	<p><b>Ziel:</b> Analysieren, ob ein neues multimodales, umfassendes Entlassungsplanungs-Modell Rehospitalisierungen oder Besuche von Notfallaufnahmen hochaltriger Patienten reduzieren kann.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p> <p><b>Interventionen:</b> Die Intervention zielte auf drei Komponenten ab: 1. comprehensive chronic medication reviewed 2. Edukation zu Selbstmanagement der Krankheit 3. Detaillierte transition-of-care Kommunikation mit ambulanten Health professionals</p> <p>Indikatoren: Wiederaufnahme in der Notfallambulanz oder Besuche der Notfallambulanz drei und sechs Monate nach der</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> 23 % der Patienten aus der Interventionsgruppe wurden wieder stationär aufgenommen oder besuchten die Notfallambulanz innerhalb von drei Monaten nach Entlassung. In der Vergleichsgruppe waren es 30,5 %. Die Zahlen nach 6 Monaten: 35,3 % in der Interventionsgruppe und 40,8 % in der Vergleichsgruppe.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Evidenzlevel 1	in Paris und Umgebung	Entlassung.	
<p><b>Lin et al. 2009</b></p> <p>To evaluate the effectiveness of a discharge-planning programme for hip fracture patients</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> N = 50 Patienten ab 65 Jahre mit Hüftfraktur und Barthel Index von 70 Punkten vor Hüftfraktur Interventionsgruppe: n = 26 Kontrollgruppe: n = 24</p> <p><b>Zeitraum:</b> 11/2005–12/2006</p> <p><b>Setting:</b> medizinisches Zentrum, vier orthopädische Stationen, Taipei, Taiwan</p>	<p><b>Ziel:</b> Entwicklung eines Entlassungsplanungsservice für ältere Patienten mit Hüftfraktur und Bewertung hinsichtlich der Wirksamkeit.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p> <p><b>Interventionen:</b> Der Entlassungsplanungs-Service beinhaltet: ein strukturiertes Assessment angepasst an die Bedürfnisse, eine systematische und auf individuelle Bedürfnisse der Patienten abgestimmte Anleitung/Schulung durch die Pflegefachkraft, Vermittlung von Überweisungen für jeden Patienten, zwei Hausbesuche nach Entlassung, um notwendige Unterstützung und Versorgung sicherzustellen.</p> <p><b>Indikatoren:</b> Länge des Aufenthaltes, funktioneller Status, Selbstfürsorge-Kompetenz, Lebensqualität, Zufriedenheit mit der Entlassungsplanung</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Selbstfürsorgekompetenz war in der Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe. Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Länge des Aufenthaltes (6,04 Tage in Interventionsgruppe; 6,29 Tage in Kontrollgruppe). Funktioneller Status ohne signifikante Unterschiede, leicht besser in der Interventionsgruppe. Drei Monate nach Entlassung war die Lebensqualität in der Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe</p> <p><b>Schlussfolgerungen der Autoren:</b> Ein umfassender Entlassungsplanungs-Service kann bei Patienten mit Hüftfraktur Selbstfürsorgekompetenz und Lebensqualität verbessern und Pflegequalität erhöhen.</p> <p><b>Anmerkung:</b> Kleine Stichprobe → mehr Studien werden gebraucht um Nutzen der Entlassungsplanung definitiv zu belegen.</p>
<p><b>Lin, Chaboyer and Wallis 2013</b></p> <p>Understanding the distributed</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 46 Teilnehmer</p> <p>Es wurden insgesamt 56 Interviews durchgeführt (Mehrfachbefragungen) ,</p>	<p><b>Ziele der Studie:</b> Die spezielle Vulnerabilität und Risiken von ICU-Patienten besser verstehen, Evidenz für eine Verbesserung der Patientenentlassung finden.</p> <p><b>Methode:</b></p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Fünf Themen wurden aus den Interviewergebnissen herausfiltriert: - hierarchische Macht und Autorität - konkurrierende Prioritäten - ineffektive Kommunikation</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>cognitive processes of intensive care patient discharge</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p>28 Entlassungsprozesse wurden analysiert.</p> <p><b>Zeitraum:</b> April bis September 2007</p> <p><b>Setting:</b> Studie durchgeführt in einer 580-Betten australischen Lehr-Klinik. Durchführung in einem Zeitraum von jeweils 17 Tagen im ICU (Intensiv Care Unit: Intensivstation) und auf den Pflegestationen, auf denen die Patienten nach Entlassung aus dem ICU behandelt wurden.</p>	<p>Ethnographisches, exploratives Studien-Design, Face-to-face-Interviews</p> <p>Theoretischer Rahmen: „Distributed Cognition“ und Aktivitätstheorie Datensammlung und -analyse wurden mithilfe eines Methodenmix (Triangulation) durchgeführt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fehler in der organisatorischen Durchführung</li> <li>- Kooperation für eine Optimierung des Entlassungsprozesses</li> </ul> <p><b>Schlussfolgerungen:</b> Um die Zusammenarbeit im Team und die Pflegeüberleitung der Patienten zu verbessern, braucht es Strategien, um eine gemeinsame Sicht auf die Pflegesituation zu entwickeln. Dazu müssen sich alle Beteiligten konkurrierender Prioritäten bewusst sein. Aktivitätstheorie und „Verteilte Kognition“ sind nützliche theoretische Rahmen, um die Forschung zu unterstützen.</p>
<p>Li et al. 2014a</p> <p>Transitional care for patients with chronic obstructive pulmonary disease</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n=114 Patienten mit COPD Interventionsgruppe: n=57 Kontrollgruppe: n=57</p> <p><b>Zeitraum:</b> 09/2008–03/2011</p> <p><b>Setting:</b> First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University,</p>	<p><b>Ziel:</b> Prüfung des Einflusses von Pflegeüberleitung auf die Lebensqualität von Patienten mit COPD</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Studie</p> <p><b>Interventionen:</b> Assessment eine Woche vor Entlassung (George’s respiratory questionnaire, 12-item general health questionnaire GHQ-12 und body mass index), Edukation. Die Interventionsgruppe erhielt zudem eine Nachbetreuung für drei Monate: telefonisches Follow-Up durch die Stationss-</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Es wurde eine signifikante Verbesserung der psychischen Kondition und Lebensqualität (hinsichtlich Schwere, Aktivität, Auswirkungen, Gesamtpunktzahl) in der Interventionsgruppe bei einem Follow-up nach drei Monaten festgestellt. Hinsichtlich der Entwicklung des BMIs der Patienten wurden keine Unterschiede ermittelt.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	Guangzhou, China	<p>chwester 3, 5, 7 und 9 Wochen nach Entlassung und Hausbesuche 72 Stunden und drei Monate nach Entlassung.</p> <p><i>Indikatoren:</i> psychische Kondition, Lebensqualität, BMI</p>	
<p><b>Li et al. 2014b</b></p> <p>The effect of post-discharge telephone intervention on rehabilitation following total hip replacement surgery</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 237 Interventionsgruppe: n = 100 Kontrollgruppe: n = 137</p> <p><b>Zeitraum:</b> März 2012 – Mai 2013</p> <p><b>Setting:</b> First Affiliated Hospital of Anhui Medical University in China</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Auswirkungen einer nach Entlassung durchgeführten telefonischen Intervention mit Patienten und Betreuern hinsichtlich Befolgung des ärztlichen Rates und Rehabilitationsfortschritt bei Patienten mit Hüftgelenkersatz</p> <p>Interventionsgruppe: Telefonkontakt 3–7 Tage, 1 Monat, 3 Monate nach Entlassung, deren Betreuer 2 mal pro Monat Inhalte: Beratung/Gespräche hinsichtlich Übungen, Vorsichtsmaßnahmen, regelmäßige Untersuchungen</p> <p>Kontrollgruppe: Routine-Gesundheitsedukation und Nachbetreuung -alle Teilnehmer bewertet mit Fragebogen Befolgung ärztlichen Rat bei Entlassung, 1, 3, 6 Monate nach Entlassung -„Harris Hip Score“ am EntlassungsTag und nach 6 Monaten</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keine Unterschiede zwischen Patienten-Compliance Punktzahl in beiden Gruppen am Entlassungstag und 1 Monat nach Entlassung</li> <li>2) 3 und 6 Monate nach Entlassung Punktzahl in der Interventionsgruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe (<math>p &lt; 0.05</math>)</li> <li>3) Kein signifikanter Unterschied bezüglich „Harris Hip Score“ am Entlassungstag</li> <li>4) 6 Monate nach Entlassung Harris Hip score in Interventionsgruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe (<math>p &lt; 0.05</math>)</li> </ol> <p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Telefonische Intervention mit Patienten und Familienbetreuer verbessert Compliance bezüglich ärztlichen Rat und fördert funktionelle Hüftgelenk Rehabilitation</li> <li>2) Telefonische Nachbetreuung ist ein ökonomischer, präziser und realisierbarer Weg um kontinuierliche Gesundheitsfürsorge zu integrieren. Der familiäre Betreuer ist eine leicht zugängliche Quelle für soziale Unterstützung.</li> </ol>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Lindpaintner et al. 2013</b></p> <p>Discharge intervention pilot improves satisfaction for patients and professionals</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 60 Patienten mit erhöhtem Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen;</p> <p>Patienten mit einem oder mehrerer folgender Kriterien:</p> <p>Antikoagulation, neu während des Spitalaufenthaltes verschriebenes Insulin, regelmäßiger Gebrauch von über acht Medikamenten, chronische Erkrankung mit mehr als vier neu verschriebenen Langzeitmedikamenten plus ein oder mehrere Nebenkriterien (Kriterien für Vulnerabilität: alleinlebend, pflegebedürftig und Betreuung vor Spitalaufnahme, Bedarf einer komplexen Wundversorgung, Zuständigkeit für die Pflege von Angehörigen)</p> <p>Interventionsgruppe: n= 30</p> <p>Kontrollgruppe: n= 30</p>	<p><b>Ziel:</b> Verbesserung des Entlassungsmanagements: Verbesserung der „patient outcomes“ nach Entlassung und Verbesserung von Kontinuität und Effizienz in der Versorgung; Testung der Umsetzung und Akzeptanz einer innovativen Entlassungsmaßnahme</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design (Single-blind Pilot RCT)</p> <p><b>Interventionen:</b> Eine Nurse Case Manager (NCM) führte umfassendes strukturiertes Assessment durch: zur Symptombelastung (symptom burden), früheres Einhalten der vorgeschriebenen Therapien, familiäre Betreuung, funktioneller Status mittels Barthel-Index, kognitive Fähigkeiten mittels deutscher Adaption Mini Mental Status Test, Komorbidität (mittels Charlson Comorbidity Index). Nurse Case Manager beriet sich mit Stationsteam über die Entlassungsplanung; individueller Entlassungsplan wurde durch die NCM erstellt unter Mitwirkung des Ärzteteams und durch die NCM implementiert. Zu den konkreten Maßnahmen gehörten eine Schulung zu Selbstmanagementstrategien und Einhaltung/Compliance Medikation, Planung der Termine mit den nachbetreuenden Ärzten, Gemeindeschwester etc., die Vorbereitung eines Entlassungsfax mit Angaben zur Diagnose, Medikation und Plan für die nachfolgende Betreuung. Telefonkontakt 24 Stunden nach Entlassung und telefonische Erreichbarkeit der NCM für 5 Tage nach Entlassung. Abschließender Hausbesuch und Überweisungsbrief an niedergelassenen Arzt.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> In der Interventionsgruppe war die Zufriedenheit signifikant höher, sowohl unter den Patienten als auch unter den pflegenden Angehörigen Die Interventionsgruppe fühlte sich bei Entlassung umfassender informiert. Keine signifikanten Unterschiede wurden bezüglich Belastung der pflegenden Angehörigen oder der gesundheitsbezogenen Lebensqualität festgestellt; jedoch war ein Trend Richtung einer höheren Belastung der pflegenden Angehörigen in der Kontrollgruppe zu verzeichnen. in Interventionsgruppe: Trend zu einer höheren Rehospitalisationsrate</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b> Die Entlassungskoordination und Nachbetreuung durch NCM verbesserte signifikant die subjektiven Indikatoren. Ein modifiziertes Design ist geplant, um den Effekt in einer größeren Studie zu testen.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	<p><b>Zeitraum:</b> 09/2008-12/2009</p> <p><b>Setting:</b> Medizinische Klinik des Kantospitals Baden (Schweiz)</p>		
<p><b>Macabre et al. 2015a</b></p> <p>Translation and psychometric evaluation of a French version of the Readiness for Hospital Discharge Scale</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n=265 ältere Patienten Die Patienten waren mindestens 65 Jahre alt und für mehr als 48 Stunden stationär im Krankenhaus aufgenommen Einschlusskriterium: sie sind in der Lage, französisch zu verstehen und zu lesen und sind nach ihrem Krankenhausaufenthalt nach Hause zurück gekehrt. Ausgeschlossen wurden Patienten, die eine Lebenserwartung unter einem halben Jahr hatten oder kognitive Einschränkungen / Demenz.</p> <p><b>Zeitraum:</b> 11/2011-02/2013</p> <p><b>Setting:</b> Vier medical units aus insgesamt 5</p>	<p><b>Ziel:</b> Das "Hospital Discharge Scale" ist ein in den USA entwickeltes Instrument, um einzuschätzen, ob/wann ein Patient sich selbst bereit fühlt, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden. In Frankreich wurde eine neue Version dieses Instruments entwickelt. Ziel der Studie ist, die Zuverlässigkeit dieses französischen Assessmentinstruments zu untersuchen.</p> <p><b>Methode:</b> Die Zuverlässigkeit des Instruments wurde durch die Untersuchung der internen Konsistenz der Untersuchungs-Items eingeschätzt: Design: cross-sectional study</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Perspektive von Patienten ist essentiell, wenn es darum geht, den richtigen Zeitpunkt der Entlassung einzuschätzen, und adverse events zu vermeiden. Die Zuverlässigkeit des Instrument war akzeptabel. Die französische Version des Instrument lieferte in der Studie ähnlich zuverlässige Ergebnisse wie die englische – mit drei ähnlichen Subskalen: - physische und emotionale Bereitschaft zur Entlassung - gute Handhabung der Medikation - personal care</p> <p>Gleichwohl erfordert die französische Version weitere Anpassungen, um den Schweizer Kontext / die Schweizer Kultur stärker zu berücksichtigen und die Ziele vollständig zu erreichen.</p> <p>Das Assessment ist geeignet, Pflegekräfte bei der Entlassungsplanung zu unterstützen: um die Vorbereitung der Patienten und die Koordination zu verbessern. Die Einführung dieses Instruments kann dazu beitragen, Patienten</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	Krankenhäusern in der französisch-sprachigen Schweiz.		frühzeitig zu identifizieren, denen das adäquate Wissen bzw. Selbst-management skills fehlen für die Zeit nach der Entlassung. Die Interventionen könnten zusätzlich Patienten- und Familien-Edukation (Caregiver teaching), Case management und transitional care nursing umfassen.
<p><b>Mabire et al. 2015b</b></p> <p>Nursing discharge planning for older medical inpatients in Switzerland: A cross-sectional study</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> Patienten im Alter von 65 J. und älter, die mehr als zwei Tage stationär behandelt wurden.</p> <p>Ausschlussgründe: Lebenserwartung von weniger als einem halben Jahr.</p> <p>n = 235</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nov. 2011 bis Okt. 2012</p> <p><b>Setting:</b> Stationen in vier französisch-sprachigen Schweizer Krankenhäusern (drei allgemeine Krankenhäuser und ein Universitätskrankenhaus), die über ähnliche Praktiken des Entlassungsprozesses verfügen.</p>	<p><b>Methode:</b> Cross-sectional Design. Einsatz des Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) für Patienten im Alter von 75 J. und älter.</p> <p><b>Fragestellung:</b> Untersuchung des Zusammenhangs zwischen pflegerischen Interventionen im Rahmen der Entlassungsplanung, der Bereitschaft von Patienten, entlassen zu werden (Readiness for Hospital Discharge) und einem erneuten Bedarf an medizinisch-pflegerischen Leistungen innerhalb der ersten 30 Tage nach Entlassung.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Entlassungsplanung für ältere Patienten im Schweizer Setting selten standardisiert, strukturiert und umfassend erfolgt. Zudem überwiegen Aspekte der institutionellen Organisation gegenüber patientenbezogenen Elementen der Entlassungsplanung wie Partizipation und Edukation. Als Resultat zeigt die Studie, dass Patienten, die mehr Komponenten der pflegerischen Entlassungsplanung erhielten, sich sogar weniger bereit für die Entlassung fühlten und häufiger innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung erneut eingewiesen wurden. Die Studie zeigt Lücken im pflegerischen Prozess der Entlassungsplanung auf und identifiziert spezielle Bereiche, in denen Verbesserungen in der Entlassungsplanung besonders notwendig sind.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>MacNaughton-Doucet 2013</b></p> <p>Determinants of Health in Discharge Planning for Seniors: Asking the Right Questions</p> <p>Evidenzlevel 4 (Policy and Practice Note)</p>	<p>Der Artikel präsentiert eine Auswertung von sozialen Gesundheits-Determinanten, bezogen auf die Gesundheitssituation von Senioren (am Beispiel Kanada).</p> <p>Diskussionspapier: Thesen werden vorgestellt.</p>	<p><b>Fragestellung:</b> Welche alternativen Wege zur Unterstützung von Senioren im Entlassungsprozess lassen sich aufzeigen?</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Der Ansatz sieht vor, im Entlassungsprozess Fragen zu beantworten, die über traditionelle medizinische Ansätze hinausgehen. Damit lässt sich die Überleitung von Senioren vom Krankenhaus nach Hause verbessern und damit kann ein Beitrag geleistet werden, dass die Senioren länger gesund und unabhängig bleiben.</p> <p>Interdisziplinäre Teams sollten soziale Gesundheitsdeterminanten berücksichtigen (social determinants of health: SDOH)</p>
<p><b>Malagon-Maldonado, Connelly and Bush 2017</b></p> <p>Predictors of Readiness for Hospital Discharge After Birth: Building Evidence for Practice.</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 185 Englisch- und Spanisch-Sprechende (werdende) Mütter vor, während und nach der Geburt</p> <p><b>Zeitraum:</b> Ende 2014 – Anfang 2015</p> <p><b>Setting:</b> 72-bed postpartum unit with mother-baby couplet care in a nonprofit Women's specialty hospital in the Western United States</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Faktoren von „Discharge readiness“ (Bereitschaft zur Entlassung), vor, während und nach dem Geburtsvorgang. Es wurde die „Readiness for Hospital Discharge“-Skala (Version Formular für Mütter) verwendet.</p> <p>Ergänzend wurde die QDTS-Skala eingesetzt (Quality of discharge teaching scale), mit der die Vorbereitung auf die Entlassung durch pflegerische Edukation erfasst werden sollte.</p> <p><b>Methode:</b> Deskriptive Korrelationsstudie</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Auf die dichotome Frage in der RHDS nach ihrer Bereitschaft zur Entlassung (Ja oder Nein) antworteten 98 % der Mütter, dass sie bereit seien. Die meisten antworteten, dass sie mit der Qualität der Edukation zufrieden seien. Lediglich 7,6 % gaben an, weniger Edukation erhalten zu haben, als sie gebraucht hätten.</p> <p>2) Folgende Parameter beeinflussen die Bereitschaft zur Entlassung signifikant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anzahl der Kinder insgesamt (bei Müttern mit drei oder mehr Kindern war die Bereitschaft niedriger)</li> <li>- Ernährung der Babys durch Flasche statt Stillen</li> <li>- Unterschied zwischen Bedarf an Edukation</li> </ul>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p>und erhaltener Edukation.</p> <p>- Erhaltene Edukation sowie Art der Vermittlung</p> <p>3) Im Ergebnis liefert die Studie Hinweise darauf, dass die Fähigkeiten der Pflegekräfte im Bereich Edukation (Vorbereitung auf die Entlassung) einen entscheidenden Einfluss auf die Bereitschaft zur Entlassung haben.</p>
<p><b>McFarlane et al. 2012</b></p> <p>The process and outcomes of a nurse led colorectal cancer follow up clinic</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 950 Patienten</p> <p><b>Zeitraum:</b> 1.12. 2004 bis 31.01.2011</p> <p><b>Setting:</b> nurse-led follow-up nach kolorektalem Karzinom, Christchurch Hospital, New Zealand</p>	<p><b>Ziel:</b> Messung des Outcomes eines pflege-geleiteten Follow-up bei kolorektalem Karzinom</p> <p>Im Jahr 2004 wurde ein pflegerischer Follow-Up-Service gestartet und in dieser Studie evaluiert.</p> <p>Bisherige Studien haben ergeben, dass ein Follow-Up nach kolorektalem Krebs die Überlebenschancen erhöht. Kolorektaler Krebs ist so weit verbreitet, dass ein Follow-Up eine sehr umfassende Aufgabe darstellt – mit der Gefahr, dass neue Symptome übersehen werden.</p> <p><b>Methode:</b> Auswertung einer prospektiven Studie, Vergleich mit Literatur</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Von den 950 Patienten: 368 Patienten verließen das Follow-Up-Programm, 474 Patienten blieben aktiv in das Programm involviert und 108 Patienten starben. Von den Patienten, die das Programm verließen, wurden 73 % (269) nach 5 Jahren als geheilt zu ihrem Hausarzt überwiesen. Von den 108 Patienten, die starben, starben 98 aufgrund der Krebserkrankung. Bei 2,1 % der Patienten tauchte die Krebserkrankung an der gleichen Stelle erneut auf. 9,8 % der Patienten entwickelten Metastasen. Von diesen Patienten wurden 65 in die Palliative Pflege überwiesen, 28 hatten weitere Operationen und 18 lebten zum Zeitpunkt der Analyse noch.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Die Studie zeigt, dass pflegerisches Follow-Up für Patienten mit kolorektalem Krebs die Rate des Wiederauftauchens bzw. Metastasenbildung senken kann (durch frühzeitige Erkennung). Pflegerisches Follow-Up ist wirksam ohne zu zeitraubend zu sein.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Mesteig et al. 2010</b></p> <p>Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study.</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n=118 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 83,2 J.</p> <p><b>Zeitraum:</b> 11/2005 bis Juni 2007</p> <p><b>Setting:</b> Daten wurden durch das AT (Ambulatory Team) des geriatrischen Bereichs des St. Olavs Universitätskrankenhauses in Trondheim, Norwegen gewonnen.</p>	<p><b>Ziel:</b> Unerwünschte Ereignisse nach Krankenhausentlassung untersuchen: Häufigkeit, Art und Stadium der Vorkommnisse. Es wurden ausschließlich Vorkommnisse betrachtet, die so ernst waren, dass niedergelassene Ärzte aufgesucht wurden.</p> <p><b>Methode:</b> Eine prospektive, beobachtende Studie. Hintergrund: Geriatrische Patienten erleben in der Zeit nach der Entlassung aus einem Krankenhaus häufiger Wiedereinweisungen als andere Bevölkerungsgruppen und einige von ihnen auch die dauerhafte Überleitung in ein Pflegeheim. Es haben bereits viele Studien nachgewiesen, dass es häufig zu Fehlern im Medikationsplan und in der Medikamenteneinnahme kommt. Einige Studien weisen andere unerwünschte Ereignisse nach der Entlassung nach.</p> <p>Das AT überwachte die Überleitung der Patienten vom Krankenhaus nach Hause jeweils bis vier Wochen nach der Entlassung.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Es wurden insgesamt 146 unerwünschte Ereignisse registriert, die 59 % der Patienten (n = 70) betrafen.</p> <p>Die meisten unerwünschten Ereignisse waren Resultat der verordneten Medikamente (32 %), von Mängeln in der Kommunikation zwischen der stationären Geriatrie und den niedergelassenen Gesundheitsdiensten (25 %) und unzureichendem Service / unzureichender Hilfe durch die niedergelassenen Ärzte (17 %).</p> <p><b>Schlussfolgerungen der Autoren:</b></p> <p>Trotz einem anscheinend gut organisierten System der Überleitung kam es bei mehr als der Hälfte der Patienten zu mindestens einem unerwünschten Ereignis während der Überleitung bzw. bis zu vier Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Studie zeigt entscheidende Bereiche auf, in denen die Überleitung verbessert werden muss.</p>
<p><b>Misky, Wald and Coleman 2010</b></p> <p>Post-hospitalization transitions: Examining the effects of timing of primary care provi-</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n= 65 Patienten</p> <p><b>Zeitraum:</b> 12/2007 – 03/2008</p> <p><b>Setting:</b> Universitätskrankenhaus Colorado, städtisches</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Bedeutung eines zeitnahen Follow-Ups nach Entlassung aus dem Krankenhaus, insb. einer zügigen Versorgung durch den niedergelassenen Arzt</p> <p><b>Methode:</b> Kohortenstudie</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Viele Patienten, die aus dem Universitätskrankenhaus entlassen wurden, erhielten kein zeitnahes Follow-up. Dies kann als wesentlicher Grund für hohe Wiedereinweisungsraten angesehen werden.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
der follow-up.  Evidenzlevel 2	425-Betten Haus		
<b>Mitchell et al. 2012</b>  Health Literacy and 30-Day Postdischarge Hospital Utilization  Evidenzlevel 1	<b>Stichprobe:</b> n = 703  <b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben  <b>Setting:</b> Krankenhäuser in den USA	<b>Ziel:</b> Messen des Zusammenhangs zwischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und des 30-Tage Wiederaufnahmerate ins Krankenhaus.  <b>Methode:</b> Sekundäranalyse des RED- und RED Lit Projects (RCT mit n = 738 bzw. 802) Bivariate Analyse	<b>Ergebnisse:</b> 1) 20% der Patienten hatten eine geringe Gesundheitskompetenz, 29% eine begrenzte Gesundheitskompetenz, 51% eine adäquate Gesundheitskompetenz.  2) Die Inzidenzrate für die 30-Tage Wiederaufnahmerate betrug 1,76%  3) Patienten mit geringer Gesundheitskompetenz waren 1,46mal gefährdeter wieder ins Krankenhaus zu kommen als Patienten mit adäquater Gesundheitskompetenz.  4) Patient die häufig medizinische Hilfe in Anspruch nahmen und Obdachlose waren gefährdeter.  5) Frauen und Patienten mit schwarzer Hautfarbe waren weniger gefährdet.  <b>Schlussfolgerungen:</b> Gesundheitskompetenz und Wiederaufnahmerate nach 30 Tagen stehen signifikant miteinander im Zusammenhang. Geringe Gesundheitskompetenz kann ein signifikantes Hindernis für die Entlassung eines Patienten sein.

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Morrison, Palumbo and Rambur 2016</b></p> <p>Reducing Preventable Hospitalizations With Two Models of Transitional Care</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe und Zeitraum:</b></p> <p>Untersuchungszeitraum PPC-Programm (Palliative Care): Sept. 2014 bis April 2015 n = 41 (30 starben und wurden ausgeschlossen).</p> <p>Untersuchungszeitraum CNS-Programm: Sept. 2014 bis Dezember 2014 n=98,</p> <p><b>Setting:</b> Retrospektive Kohortensstudie. Indikatoren: Anzahl der Besuche der Notfallaufnahme („Emergency Department Visits“) und Krankenhausaufnahmen: in den 120 Tagen vor und nach der Intervention.</p>	<p><b>Ziel:</b> Vergleichende Analyse zweier Transitional Care-Modelle mit Fokus auf Follow-Up: ein pflegerischer Ansatz („master’s prepared clinical nurse specialists approach“ - CNS) zur Unterstützung von Selbst-Management bei chronischen Erkrankungen. Und ein Arzt-zentrierter Ansatz in palliativer Pflege (PPC).</p> <p>Die Teilnehmer beider Programme enthielten poststationäre Hausbesuche.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> In der Gruppe mit der CNS-Intervention hatten die Patienten signifikant weniger Besuche der Notfallaufnahme sowie signifikant weniger Krankenhauseinweisungen in den vier Monaten nach der Intervention im Vergleich mit den vier Monaten vor der Intervention. Patienten im PPC-Programm zeigten eine nicht signifikante Reduktion der Besuche in Notfallaufnahmen und eine signifikante Reduktion in Bezug auf die Krankenhausaufnahmen nach der Intervention.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b></p> <p>Beide Interventionen haben sich als wirksam erwiesen: die CNS-Intervention in Bezug auf beide Indikatoren (Reduktion Notfallaufnahmebesuche und Krankenhausaufnahmen), die PPC-Intervention nur in Bezug auf die Krankenhausaufnahmen.</p> <p>Weitere RCT-Studien sind nötig, um geeignete Maßnahmen für die Patientenüberleitung noch genauer evaluieren zu können und das Potenzial der Maßnahmen in Bezug auf die Kostenreduktion einschätzen zu können.</p>
<p><b>Mukamel et al. 2016</b></p> <p>Personalizing Nursing Home Compare and</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 225 Kontrollgruppe: 107 Interventionsgruppe: 118 (Patienten mit NHCPlus um Patienten und</p>	<p><b>Ziel:</b> Prüfung, ob die Verwendung der personalisierten Berichtskarte, Nursing Home Compare Plus (NHCPlus), zu besseren Ergebnissen führen kann als der übliche Entlassungsprozess vom Krankenhaus in Pflegeheimen. NHCPlus: iPad mit entsprechender App am Bett des Patienten</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> 85 % Zufriedenheit mit NHCPlus; verglichen mit Kontrollgruppe mehr Zufriedenheit mit dem Wahlprozess, kürzerer Krankenhausaufenthalt.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>the Discharge from Hospitals to Nursing Homes</p> <p>Evidenzlevel1</p>	<p>Angehörige bei Wahl des Heimes zu unterstützen)</p> <p><b>Zeitraum:</b> 03/2014–08/2015</p> <p><b>Setting:</b> Departments of Medicine and Surgeryata University Medical Center</p>	<p>(genutzt von Patienten und Angehörigen oder nur Angehörigen)</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p> <p><b>Interventionen:</b> 3 Module in der App: 1. edukatives Modul: informiert über Qualitätsmaßstäbe, Personalbesetzung, Gesundheitsinspektionen und ihre Bedeutung für Pflegeheime  2. Modul mit dem Benutzer Qualitätsmaßstäbe, Personalbesetzung und Gesundheitsinspektionen nach ihren Wünschen zusammenstellen können.  3. Liste mit Pflegeheimen im Wahlkreis des Nutzers</p>	<p><b>Schlussfolgerung:</b> Die Personalisierte Berichtskarte kann die Qualität verbessern und weniger Kosten verursachen als der übliche Entlassungsprozess.</p>
<p><b>Naylor et al. 2014</b></p> <p>Comparison of evidence-based interventions on outcomes of hospitalized, cognitively impaired older adults</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 202 ältere hospitalisierte Erwachsene mit kognitiven Beeinträchtigungen ab 65 Jahre, die planen in das häusliche Umfeld zurückzukehren und einen familiären Betreuer haben.</p> <p>Augmented Standard Care (ASC, lower dose): n = 65</p> <p>Resource Nurse Care (RNC; medium dose): n = 71</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung dreier evidenzbasierter Interventionen (mit jeweils verschiedenen Intentionen), die das Ziel verfolgen, die outcomes von hospitalisierten kognitiv beeinträchtigten älteren Erwachsenen zu verbessern</p> <p><b>Methode:</b> Comparative Effectiveness study, RCT-Studie Vergleich der drei Gruppen: - erste Rehospitalisation - Tod - Anzahl der Tage aller Rehospitalisierungen - Funktioneller Status in 6 Monaten „postindex hospitalization“</p> <p>Die Interventionen wurden durch eine Advanced Practice Nurse implementiert.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> 25% der ASC-Gruppe rehospitalisiert oder gestorben am Tag 33, im Vergleich zu Tag 58 für die RNC-Gruppe und Tag 83 für die TCM-Gruppe`.</p> <p>TCM-Gruppe: niedrigere Rehospitalisierungsrate pro Patient im Vergleich zur RNC-Gruppe und ASC-Gruppe innerhalb von 30 Tagen</p> <p>In TCM-Gruppe im Vergleich zur ASC-Gruppe niedrigere Rehospitalisierungsrate pro Patient innerhalb von 90 Tagen</p> <p>Keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Gruppen hinsichtlich des funktionellen Status</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	<p>Transitional Care Model (TCM; higher dose): n = 66</p> <p><b>Zeitraum:</b> keine Angaben</p> <p><b>Setting:</b> drei Krankenhäuser, USA</p>		<p><b>Schlussfolgerungen:</b> TCM Interventionen im Vergleich zu Interventionen mit niedrigerer Intensität haben das Potential, bei kognitiv beeinträchtigten älteren Erwachsenen kostenintensive Ressourcen zu mindern.</p>
<p><b>aylor et al. 2013</b></p> <p>High-value transitional care: translation of research into practice</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 172 Mitglieder der Aetna Medicare Advantage</p> <p><b>Zeitraum:</b> 10/2006–04/2007</p> <p><b>Setting:</b> USA, mittelatlantische Region</p>	<p><b>Ziel:</b> Beurteilung des Einflusses des Transitional Care Models (TCM) auf die Praxis: evidenzbasierter Ansatz um die Bedürfnisse von chronisch kranken älteren Erwachsenen während akuter Episoden ihrer Krankheit zu thematisieren</p> <p><b>Methode:</b> prospektive quasi experimentelle Studie</p> <p>Die Interventionen wurden durch eine Advanced Practice Nurse durchgeführt.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Verbesserung gesundheitlicher Status (funktioneller Status, Depression, Symptomstatus, selbstberichtete Gesundheits- und Lebensqualität) nach der Intervention im Vergleich zu vorher.</p> <p>Signifikante Abnahme der Wiederaufnahmerate (45 vs. 60) und Gesamtkrankenhaustage (252 vs. 351) innerhalb von drei Monaten.</p> <p>TCM verbunden mit Kostenreduzierung: kurzfristiger Rückgang auf of \$439 pro Mitglied und Monat bezogen auf Gesamtgesundheitskosten innerhalb von drei Monaten, kumulativ pro Mitglied Einsparungen von \$2170 innerhalb eines Jahres.</p> <p>Reduktionen in weiteren Outcomes waren nicht statistisch signifikant.</p>
<p><b>New, Mc-Dougall and Scroggie 2016</b></p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 49 Patienten n = 40 Angehörige von Patienten</p>	<p><b>Ziel:</b> Analyse, ob ein Informationsblatt zur Entlassung das Wissen der Patienten und ihrer Familien über die Rahmenbedingungen der Entlassung und die zuständigen Kontaktpersonen (Ärzte in der Klinik). Erhöht</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass das Informationsblatt („Leaving Hospital Information Sheet“) das Wissen der Patienten und ih-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>Improving discharge planning communication between hospitals and patients</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Zeitraum::</b> Prä-Implementationsphase: 07/2013-08/2013 Post-Implementationsphase: 11/ 2013-05/2014</p> <p><b>Setting:</b> Stroke-Klinik, Klinik mit 32 Betten, in Kingston Centre, Monash Health, Victoria in Australien</p>	<p><b>Methode:</b> Explorative Studie. Vorher-Nachher-Design</p>	<p>rer Familienangehörigen über die Rahmenbedingungen der Entlassung deutlich erhöht: Sie wussten besser Bescheid über ihren Ansprechpartner unter den Klinikärzten, über das geplante Entlassungsdatum und über den Zielort der Entlassung (z. B. Reha-Klinik, Entlassung nach Hause). Auch die Mitarbeiter bezeichnen das Leaving Hospital Information Sheet' als sehr hilfreich (39%), bzw. etwas hilfreich (39%).</p>
<p>O'Connor et al. 2016</p> <p>Exposing Baccalaureate Nursing Students to Transitional Care</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> N = 48 , davon 43 Student/inn/en und 5 Lehrerinnen</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2013-2014</p> <p><b>Setting:</b> Überleitung aus dem Krankenhaus in andere Settings. Untersuchung bei Pflegestudenten/inn/en und deren Lehrerinnen. Villanova University's College of Nursing im Nordosten der USA.</p>	<p><b>Ziel:</b> Herausfinden, wie Pflege-Student/inn/en auf Ihre Aufgabe bei der Pflegeüberleitung (Transitional Care) vorbereitet werden können.</p> <p><b>Methode:</b> Elektronischer Fragebogen</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Student/inn/innen stimmten zu, dass die Transitional-Care- Erfahrung zum Verständnis der Pflege beiträgt. Sie waren der Meinung, dass sie alle Anforderungen erfüllen können.</p> <p>2) Lehrerinnen waren der Meinung, dass sie Transitional Care zeigen können und die Student/inn/en engagiert sind.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Olsen et al. 2012</b></p> <p>Content of nursing discharge notes - Associations with patient and transfer characteristics</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n=70</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2010-2011</p> <p><b>Setting:</b> Geriatrische Station und allgemeinmedizinische Station eines Krankenhauses in Norwegen</p>	<p><b>Fragestellung:</b> Gibt es einen Zusammenhang zwischen Patienten- und Transfer-Eigenschaften und den Inhalten des Pflegeüberleitungsbogen („nursing discharge notes“)?</p> <p><b>Methode:</b> Überprüfung einer Korrelation mit t-test</p> <p>Patient characteristics: Sex, Age, Living situation, Housing situation, Distance from the hospital</p> <p>Transfer characteristics: Type of hospitalization, Readmission, Medical dep. Facility, Hospital length of stay</p> <p>Schlüsselwörter auf Überleitungsbogen: Communication, Cognition/ development, Breathing/ circulation, Nutrition, Elimination, Skin/ integument, Activity, Sleep, Pain/perception, Sexuality/ reproduction, Psychosocial-emotional, –relational, Spiritual/cultural, Well-being, Composite assessment</p> <p>Dokumentationsanalyse / Deskriptive Studie</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Signifikanter Unterschied zwischen Geschlecht sowie behandelnder Einrichtung und psychischen Schlüsselwörtern</p> <p>2) Signifikanter Unterschied zwischen behandelnder Einrichtung und physischen Schlüsselwörtern</p> <p>3) Patientenstatus in Überleitungsbogen von älteren Patienten ist unvollständig und beeinflusst von Patienten und Transfereigenschaften.</p>
<p><b>Olsen et al. 2013</b></p> <p>Nurses' information exchange during older patient transfer: prevalence and associations with patient and</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 102 Aufzeichnungen über Patienten, die von home-care ins Krankenhaus eingewiesen und nach Hause entlassen wurden</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2010-2011</p>	<p><b>Ziel:</b> Herausfinden von den häufigsten Transfer-Charakteristika und die Prävalenz der Aufzeichnungen</p> <p><b>Methode:</b> Pearson's c2-Test und logistische Regression, um herauszufinden, ob Assoziationen zwischen Patienten- und Transfer-Eigenschaften und dem Vorhandensein von pflegerischen Entlassungsdokumenten bestehen</p> <p>Dokumentationsanalyse/ Deskriptive Studie</p>	<p>1) Pflegerische Notizen bei Einweisung nur bei 1% der Patienten-Transfers von home-care ins Krankenhaus vorhanden</p> <p>2) Bei Entlassung von Krankenhaus in home-care pflegerische Notizen bei 69% Patienten-Charakteristika, die mit dem Vorhandensein der Notizen korrelieren sind: Alter, Geschlecht, Länge des Krankenhausaufenthalts und Fachrichtung</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
transfer characteristics  Evidenzlevel 3	<b>Setting:</b> Geriatrische Station und allgemeinmedizinische Station eines Krankenhauses in Norwegen		
<b>Ong et al. 2016</b>  Patient Monitoring After Discharge Effectiveness of Remote of Hospitalized Patients With Heart Failure The Better Effectiveness After Transition-Heart Failure (BEATHF) Randomized Clinical Trial  Evidenzlevel 1	<b>Stichprobe:</b> n = 1437 Interventionsgruppe: n = 715 Kontrollgruppe: n = 722  <b>Zeitraum:</b> 10/2011–09/2013  <b>Setting:</b> 6 Uni-Kliniken in Kalifornien	<b>Ziel:</b> Bewertung der Effektivität einer Pflegeüberleitungs-intervention bezüglich der Reduzierung Wiederaufnahme innerhalb von 180 Tagen durch Fernüberwachung bei älteren Patienten mit Herzinsuffizienz  <b>Interventionen:</b> Telefonanrufe, Gesundheitscoaching und Telemonitoring (Blutdruck, Puls, Gewicht)  <b>Outcomes:</b> Primary Outcome: Wiederaufnahme wg. irgendeiner Ursache innerhalb von 180 Tagen nach Entlassung  Secondary outcomes: alle Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen, Mortalität und Lebensqualität innerhalb von 30 und 180 Tagen  <b>Methode:</b> RCT-Design	<b>Ergebnisse:</b> 1) Telefoncoaching und Telemonitoring in Kombination reduziert nicht Wiederaufnahmerate innerhalb von 180 Tagen bei Patienten mit Herzinsuffizienz  2) keine signifikanten Unterschiede bezüglich 30 Tage Wiederaufnahme und Mortalität innerhalb 180 Tagen  3) Signifikanter Unterschied hinsichtlich Lebensqualität innerhalb von 180 Tagen (intervention participants (mean, 28.50) and the control participants (mean, 32.63) in unadjusted (p = 0.02) and adjusted (p = 0.02) analyses)
<b>Ortiga et al. 2012</b>  Standardizing admission and discharge processes	<b>Stichprobe:</b> 53.361 Aufnahmen  <b>Zeitraum:</b> 2007 und 2009 (2008: Implementierung der Interventionen)	<b>Ziel:</b> Evaluierung des Managements von Krankenhauskapazitäten bezüglich der Standardisierung von Aufnahme- und Entlassungsprozessen.  Implementierung von Interventionen zum Aufnahme- und Entlassungsprozess im Jahr 2008	<b>Ergebnisse:</b> 1) Durchschnittlicher Aufenthalt von Patienten war 2007 8,56 Tage und 2009 7,93 Tage (p < 0.051).  2) Prozentsatz von Patienten die am Tag der OP aufgenommen wurden stieg von 64,87%

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>to improve patient flow: A cross sectional study</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Setting:</b> 900 Betten Klinik in der Gegend von Barcelona (Spanien), die an eine Universität angeschlossen ist.</p>	<p><b>Interventionen zum Entlassungsprozess:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbesserung der multi-disziplinären Teamarbeit</li> <li>- Geplantes Entlassungsdatum am Tag der Aufnahme oder bereits vor der Aufnahme setzen, Nutzung von Protokollen bei einem geplanten Aufenthalt von weniger als 72 Stunden</li> <li>- Bei Aufenthalt von mehr 72 Stunden: Entlassungsplanung 24 Stunden im Voraus</li> <li>- Pflegegeleitete Entlassung</li> <li>- Entlassungsplan benötigt: Entlassungsbericht, Medikationsbeschreibungen, HomeCare, Transport, etc.</li> </ul> <p><b>Interventionen zum Aufnahmeprozess:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bettenmanagement durch eine zentrales Aufnahmeteam – Planung von Patientenströmen: richtiger Patient, richtiger Ort und richtige Zeit</li> <li>- Zentrale Aufnahme in einer chirurgischen Aufnahmeeinheit</li> <li>- Einbestellung von Patienten am Tag der Operation</li> <li>- Erhöhung der ambulanten OP-Rate (day-surgery)</li> <li>- Vermeiden von Absagen am Tag der Aufnahme bei elektiven Patienten</li> </ul> <p><b>Methode:</b> Querschnittsstudie</p>	<p>im Jahr 2007 auf 86,01% im Jahr 2009 (<math>p &lt; 0.05</math>).</p> <p>3) Die Zahl der abgesagten Interventionen aus Bettenmangel betraf im Jahr 2007 216 Patienten und im Jahr 2009 42 Patienten.</p> <p>4) Die durchschnittliche Zahl der geplanten Entlassungen stieg von 43,05% im Jahr 2007 auf 86,01% im Jahr 2009 (<math>p &lt; 0.01</math>).</p> <p>5) Die durchschnittliche Zahl von Notaufnahmepatienten, die um 8 Uhr auf ein Krankenhausbett warteten betrug im Jahr 2007 5 Patienten und im Jahr 2009 3 Patienten (<math>p &lt; 0.01</math>).</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b> Die Standardisierung von Aufnahme- und Entlassungsprozessen sind weitgehend unter Kontrolle. Es gibt eine signifikante Möglichkeit wichtige Vorteile bezüglich der Bettenkapazität und der Krankenhaus-Durchlaufes zu kreieren.</p>
<p><b>Park et al. 2013</b></p> <p>Influence of a Transitional Care Clinic on Subsequent 30-Day Hospitalizations and Emergency</p>	<p><b>Stichprobe:</b> Prä-Interventionsgruppe: 134 Patienten, die aus der Versorgung in der SNF (skilled nursing facility) entlassen wurden.</p> <p>Post-Interventionsgruppe: 217</p>	<p><b>Ziel:</b> Evaluierung einer Intervention, um Pflegeüberleitungen zu verbessern durch eine „Skilled Nursing Facility“ (SNF)</p> <p><b>Interventionen:</b> Die TN der Interventionsgruppe besuchten die poststationäre Nachsorge-Sprechstunde vor der Entlassung aus der SNF. Dort erhielten sie durch eine erfahrene Pflegefachkraft (Advanced Nurse Practitioner) einen Medikamenten-abgleich, zusätzliche</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Während sich in der Vergleichsgruppe (Prä-Intervention) eine Wiedereinweisungsrate von 23 %, betrug die Wiedereinweisungsrate in der Interventionsgruppe lediglich 14 %.</p> <p>2) Dabei war auch die Anzahl der Tage in stationärer Betreuung in der Interventionsgruppe</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>Department Visits in Individuals Discharged from a Skilled Nursing Facility</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p>Patienten, die eine "Post-discharge clinic intervention" (PDC) erhielten (nach der Entlassung aus der SNF).</p> <p><b>Zeitraum:</b> Prä-Intervention: 09/2008-03/2009 Post-Intervention: 01/2010-12/2010</p> <p><b>Setting:</b> Krankenhaus für Veteranen, SNF der Gemeinde und ambulante Klinik.</p>	<p>medizinische Unterstützung und Ausstattung und das Angebot von häuslicher Versorgung, falls gebraucht. Die Pflegefachkräfte führten eine individuelle Edukation der Patienten und ggf. ihrer betreuenden Personen durch und kommunizierten ggf. mit dem ambulanten Pflegedienst des jeweiligen Patienten (elektronisch).</p> <p><b>Outcomes:</b> Zahl der Wiedereinweisungen, die Dauer der Krankenhausaufenthalte insgesamt und Besuche der Notfallaufnahme</p> <p><b>Methode:</b> Vorher-Nachher-Studie</p>	<p>signifikant geringer.</p> <p>3) Auch die Zahl der Besuche in der Notaufnahme war in der Interventionsgruppe geringer.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Die angewendeten Interventionen können die poststationäre Versorgung der Patienten verbessern und zu einer geringeren Nutzung poststationärer Krankenhausbehandlungen führen.</p>
<p><b>Parry et al. 2009</b></p> <p>Further Application of the Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial Conducted in a Fee-For-Service Setting</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 86 Patienten ab 65 Jahre mit einer der folgenden Diagnosen: Schlaganfall, Herzinsuffizienz, koronarer Herzkrankheit, Herzrhythmusstörungen, COPD, Diabetes, Spiralschlaganfall, Hüftfraktur, peripher arterielle Verschlusskrankheit, Peripherer Thrombose, Lungenembolie</p>	<p><b>Ziel:</b> Prüfung ob ein Elf Care Modell für Transitional care (das bereits die Outcomes für eine „Medicare Advantage“ Population verbessert hat) ebenso die outcomes in einer „Medicare fee-for-service“ Population verbessern kann</p> <p><b>Intervention:</b> vier Säulen: Medication self-management, Patient-Unterreden, Follow-up und Red flags zu vier Zeitpunkten: Erster Interventionszeitpunkt ist die Zielformulierung, zweiter Zeitpunkt in Besuch im Krankenhaus, dritter Zeitpunkt Hausbesuch nach Entlassung, vierter Zeitpunkt Follow-up Calls Genauere Ausführungen S. 88, Tab. 1</p> <p><b>Outcomes:</b> Wiedereinweisungsrate innerhalb von 30, 90, 180 Tagen wobei</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) In Interventionsgruppe geringere Wiedereinweisungen innerhalb von 30, 90, 180 Tagen (davon statistische Signifikanz innerhalb von 90 Tagen gegeben)</p> <p>2) In Interventionsgruppe geringere Wiedereinweisungen innerhalb von 30, 90, 180 Tagen mit derselben Wiederaufnahmediagnose wie ursprüngliche Einweisungsdiagnose (davon statistische Signifikanz innerhalb von 90 und 180 Tagen gegeben)</p> <p>3) Bei Patienten der Interventionsgruppe berichteten 37,5% über das Erreichen oder Überschreiten ihres selbst gesetzten Ziels, in</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	<p>Interventionsgruppe: n =44 Kontrollgruppe: n = 42</p> <p><b>Zeitraum:</b> 09/2002–08/2003</p> <p><b>Setting:</b> Colorado, USA</p>	<p>die Wiederaufnahme alle Diagnosen einschließt</p> <p>Wiedereinweisungsrate innerhalb von 30, 90, 180 Tagen, wobei die Wiederaufnahme mit der ursprünglichen Einweisungsdiagnose erfolgte</p> <p>individuelle Zielerreichung (nach 30 Tagen telefonisch erfragt)</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p>der Kontrollgruppe nur 30,8%</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Die Intervention fördert das Selbstmanagement hinsichtlich der chronischen Krankheit mittels eines Coaching-Modells, das darauf abzielt den Menschen bei ihrer Bedürfniserfüllung und effektiver Kommunikation bei Interventionen im Gesundheitswesen zu unterstützen.</p>
<p><b>Partezani Rodrigues et al. 2013</b></p> <p>Transition of care for the elderly after cerebrovascular accidents – from hospital to the home</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n=20, davon 10 Patienten über 65 Jahre mit der Erstdiagnose „cerebrovascular accident) und 10 „caregivers“, also Menschen, die die Patienten zu Hause versorgen (70 verheiratete Töchter)</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2011</p> <p><b>Setting:</b> 1 Krankenhaus in Brasilien</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung des „transition of care“ in Familien, die ältere Menschen nach der ersten Episode eines „cerebrovascular accident“ versorgen.</p> <p><b>Methode:</b> Instrumentale, ethnographische Fallstudie Datenerhebung mit Interviews, Beobachtungen, Dokumentationsanalyse und Feldnotizen Auswertung mit qualitativen Methoden</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Drei Typologien wurden ermittelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der Prozess des Pflegens von älteren abhängigen Menschen</li> <li>2. Strategien für den Prozess des Pflegens</li> <li>3. Einfluss und Akzeptanz von Einschränkungen</li> </ol> <p>2) Die Person nach einem CVA muss verschiedene Stufen von der Krankenhausbehandlung bis zur Pflege zu Hause passieren.</p> <p>Der Pflegeübergang bringt viele Schwierigkeiten für die Familien, die mit neuen Situationen umgehen müssen (von täglichen Aktivitäten bis hin zu komplexerem). Die Familien konstruieren Pflege-Typologien nach der Konstruktion ihrer eigenen Kultur. „Health professionals“ sollten diese Typologien kennen.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Paul et al. 2012</b></p> <p>A Randomized Trial of Single Home Nursing Visits vs Office-Based Care After Nursery/ Maternity Discharge</p> <p>The Nurses for Infants Through Teaching and Assessment After the Nursery (NITTANY) Study</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 1.154 Interventionsgruppe: n= 576 (HNV home nursing visits) Kontrollgruppe: n = 578</p> <p><b>Zeitraum:</b> 09/2006–08/2009</p> <p><b>Setting:</b> Penn State Milton S. Hershey Medical Center (Hershey, Pennsylvania)</p>	<p><b>Ziel:</b> Vergleich von office-based care (OBC) mit einem Pflegemodell das Hausbesuch vorsieht (home nursing visit (HNV)) als initiale Begegnung nach Entlassung für stillende Mütter und ihre Neugeborenen</p> <p><b>Intervention:</b> Schulung bei HNV innerhalb 48 h nach Entlassung Telefoninterviews 2 Wochen, 2 Monate und 6 Monate nach Geburt.</p> <p>Die Hausbesuche wurden durch „maternal child health nurses“ durchgeführt, die regelmäßig geschult werden.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Neugeborene in der HNV Gruppe wurden innerhalb der ersten 48 Stunden nach Entlassung häufiger gesehen als in der OBC Gruppe (85.9% zu 78.8%, p = 0,002)</p> <p>2) Neugeborene nach HNV ließen sich nach 2 Wochen (92.3% zu 88.6%, p = 0.04) und 2 Monaten 72.1% zu 66.4%, p = 0.05) eher stillen, aber nicht mehr nach 6 Monaten</p> <p>3) Mütter der HNV-Gruppe hatten ein größeres Erziehungsgefühl (parenting sense of competence) (p = 0.01 nach 2 Wochen und 2 Monaten)</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Hausbesuche sind sichere und effektive Alternative zu OBC nach Entlassung</p>
<p><b>Peikes et al. 2009</b></p> <p>Effects of Care Coordination on Hospitalization, Quality of Care, and Health Care Expenditures Among Medicare Beneficiaries</p>	<p><b>Stichprobe:</b> N = 18.309 Medicare Patienten</p> <p><b>Zeitraum:</b> 04/2002-06/2005 Befragung bis zu 12 Monate danach</p> <p><b>Setting:</b> Medicare-Patienten mit Herzinsuffizienz, KHK oder Diabetes mellitus</p>	<p><b>Ziel:</b> Es sollte festgestellt werden, ob Pflegekoordinations-Programme Krankenhausaufenthalte und Medicare-Ausgaben reduzierten und die Versorgungsqualität für chronisch kranke Medicare-Empfänger verbesserten.</p> <p><b>Intervention:</b> 15 Anrechenbare und kostenpflichtige Pflegekoordinationsprogramme (jedes erhielt eine ausgehandelte monatliche Gebühr pro Patient von Medicare) wurden nach dem Zufallsprinzip zur Behandlung oder Kontrolle (übliche Pflege) an Medicare-Patienten (in erster Linie mit kongestiver Herzinsuffizienz, koronarer Herzkrankheit und Diabetes) zugeordnet.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Dreizehn der 15 Programme zeigten keine signifikanten Unterschiede in Hospitalisierungen</p> <p>2) Mercy hatte jedoch 0,168 Hospitalisierungen weniger pro Person und Jahr (17% weniger als die Kontrollgruppe, P = 0,02) und Charlestown hatte 0,118 mehr Hospitalisierungen pro Person und Jahr (19% mehr als die Kontrollgruppe, P =0,04).</p> <p>3) Keines der 15 Programme führte zu Netto-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Evidenzlevel 1		<p><b>Outcomes:</b> Hospitalisierungen, Kosten und einige Quality-of-Care-Ergebnisse Eine Patientenbefragung 7 bis 12 Monate nach der Einschreibung ermittelte zusätzlich die Behandlungsqualität.</p> <p><b>Methode:</b> Zusammenfassung von 15 RCTs mit zusätzlicher Patientenbefragung</p>	<p>einsparungen.</p> <p>4) Mitglieder der Behandlungsgruppe in 3 Programmen (Health Quality Partners [HQP], Georgetown, Mercy) hatten um 9 – 14 % geringere monatliche Medicare-Ausgaben als die Kontrollgruppe (p = .12; p = .31; p = .12).</p> <p>5) Kosteneinsparungen gab es für HQP, Mercy und Georgetown, aber Georgetown war zu gering, um nachhaltig zu sein.</p> <p>6) Diese Programme hatten positive Auswirkungen auf keine der Adhärenz-Maßnahmen und nur auf wenige von vielen Indikatoren der Versorgungsqualität.</p>
<p><b>Pellett C. (2016)</b></p> <p>Discharge planning - best practice in transitions of care</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> Befragung: 6 Fokusgruppen mit max. 20 Nurses Online Fragebogen: Mitarbeiter n nicht benannt, ca. 100 Community n nicht benannt, ca. 450</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht benannt</p> <p><b>Setting:</b> Großbritannien, Community und Krankenhaus</p>	<p><b>Ziel:</b> Überblick über ein Projekt vom Queens Nursing Institute (QNI) und dem Department of Health, um Hindernisse und Herausforderungen zu ermitteln, die eine effektive Entlassung vom Krankenhaus nach Hause verhindern.</p> <p><b>Methode:</b> 1) Literaturrecherche: Datenbanken: British Nursing Index, Royal College of Nursing library, CINAHL, HMIC databases Suchbegriffe: Discharge planning, community nursing, hospital discharge, patient satisfaction, readmission, concerns, good practice, best practice, patient outcomes, governance, policy, commissioning, older people, effective planning, multi-disciplinary team, assessment, carers, outreach</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Verbesserung der Kommunikation: präzise Zusammenfassung der Entlassinformationen, multidisziplinäre Assessments und Planung, Benachrichtigungssystem an district nurse, bei Einweisung von Patienten relevante Telefonkontakte erfragen</p> <p>2) Verbesserung der Koordination: Beginn der Entlassungsplanung bei Einweisung zusammen mit dem community nursing team, vulnerable ältere Patienten nicht entlassen bis die geeignete Unterstützung zu Hause vorhanden ist, Transportvereinbarungen bestätigen wenn Entlassdatum bekannt, Patienten zu angemessener Tageszeit entlassen, Community sollte in der Lage sein</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		<p>2) Befragung von Pflegekräften in Fokusgruppen 3) Online Fragebögen an Mitarbeiter und Community</p> <p>Qualitativer Methoden-Mix</p>	<p>Entlassungen auch freitags und am Wochenende entgegen zunehmen, einzelnes vertrauens-würdiges Assessment verwenden, Medikamente/Kontinenzprodukte/ Verbandsmaterial sollte für zwei Wochen nach Entlassung zur Verfügung stehen, benannte Nurse oder key worker aus der community sollte den Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung verfolgen/begleiten</p> <p>3) Verbesserung der Zusammenarbeit: Patienten, Familien und Betreuer müssen in den Entscheidungsprozess vor der Entlassung nach Hause ein-bezogen werden, das multidisziplinäre Krankenhausteam sollte Wege suchen enger mit dem community team für eine zeitliche Entlassung zusammenzuarbeiten, gemeinsame Leitpfade und Interventionen sollten mit dem Krankenhausteam entwickelt werden um keine Verzögerung der Entlassung zu vermeiden.</p> <p>4) IT-Systeme werden benötigt, die vom Krankenhaus, Primary, community und den Behörden benutzt werden können.</p>
<p><b>Popejoy 2011</b></p> <p>Complexity of Family Caregiving and Discharge Planning</p>	<p><b>Stichprobe:</b> N = 32, davon 13 ältere Patienten, 12 Familienangehörige und 7 Health Care Team Members (HCTMs), davon wiederum 5 RNs und 2 Social Workers</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Entscheidungen, die ältere Erwachsene im Krankenhaus, deren Familien und Health Care Team Members (HCTMs) bezüglich der Entlassung aus dem Krankenhaus treffen.</p> <p><b>Methode:</b> Deskriptive Studie mit der Control Preferences Scale und halb-</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Ergebnisse zeigen die Komplexität der Entlassungsplanung aus dem Krankenhaus anhand der folgenden 5 Themen:</p> <p>1) Home: Viele der Patienten habe eine Entlassung in eine andere Einrichtung statt nach Hause nicht ernsthaft in Betracht gezogen.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Evidenzlevel 3	<p><b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b> 375 Betten-Akutkrankenhaus im Mittleren Westen (USA), not for profit, tertiary care</p>	strukturierten Interviews	<p>Selbst für die gebrechlichsten Patienten war das Zuhause die erste und für viele die einzige Wahl.</p> <p>2) Staying independent: Viele Patienten gaben an nach Hause zu wollen, um unabhängig zu bleiben.</p> <p>3) Advocating for them: Die älteren Patienten sind auf das Bedürfnis unabhängig zu bleiben fokussiert, während die Angehörigen das Bedürfnis haben sich für eine gute Versorgung einzusetzen.</p> <p>4) Deciding what to tell: HCTMS klären viele Punkte auf, die von den Patienten mit den Angehörigen geteilt wurden. Die älteren Erwachsenen sind jedoch nicht immer bereit alle Aspekte mit ihren Angehörigen zu teilen.</p> <p>5) Changing the plan: Es ist oft schwer andere Meinungen der Patienten oder der Familienmitglieder ein Einklang zu bringen. Diese unerwarteten Ereignisse erschweren die Entlassungsplanung.</p>
<p><b>Popejoy et al. 2012</b></p> <p>Challenges to Hospital Discharge Planning for Older Adults</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 5 Fokusgruppen mit 41 Teilnehmern (nurses, social workers, care coordinators, case managers, and physicians) zur Entwicklung des Fragebogens, dann:</p>	<p><b>Ziel:</b> Identifikation der Art und des Ausmaßes von Problemen, die entstehen wenn ältere Patienten entlassen werden. Identifikation der ländlichen und urbanen Unterschiede bezüglich der Entlassung von älteren Patienten. Identifikation von Unterschieden in den Problemen, die die verschiedenen in die Entlassung von älteren Patienten involvierten Berufsgruppen haben.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> 1) Zu den von den Befragten identifizierten Problemen zählten Probleme bei der Suche nach einem geeigneten Behandlungsplatz nach der Entlassung für Patienten, die eine Beatmung, Hämodialyse, Chemotherapie, Strahlentherapie, Wundvakuumtherapie oder psychiatrische Versorgung benötigten.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Evidenzlevel 3	<p>n= 365, darunter 63 Nurses, 79 Social Workers, 61 Case Manager, 84 Ärzte, 66 Manager und 1 Therapeut. (11 Others)</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b> Krankenhäuser in Missouri im Mittleren Westen (USA). Entwicklung des Fragebogens mit Beschäftigten aus einem Lehrkrankenhaus mit 240 Betten, einem 350-Betten privaten Krankenhaus des tertiären Sektors und einem 155-Betten kommunales Krankenhaus.</p>	<p><b>Methode:</b> Deskriptive Querschnittstudie mit einem web-basierten Fragebogen</p>	<p>2) Im Allgemeinen berichteten städtische Krankenhäuser von größeren Problemen beim Finden von post-akuten Entlassungszielen als ländliche Krankenhäuser.</p> <p>3) Es ist essentiell notwendig, dass Pflegeheime und private Gesundheitseinrichtungen angemessen vergütet werden, um komplexe Patienten zu versorgen.</p> <p>4) Auch könnte es wichtig sein die Kompetenzen für kritische Assessments und das Management der Behandlung, die bei den Mitarbeitern der nachversorgenden Einrichtung notwendig sind zu identifizieren, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass die Patienten nach der Krankenhausentlassung dort angenommen werden.</p>
<p><b>Primdahl et al. 2012</b></p> <p>The impact on self-efficacy of different types of follow-up care and disease status in patients with rheumatoid arthritis - A</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 287 erwachsene Patienten mit Rheumatoider Arthritis Gruppe 1: n = 97 (Kontrollgr.) Gruppe 2: n = 96 Gruppe 3: n = 94</p> <p><b>Zeitraum:</b> 01/2008-02/2009</p>	<p><b>Ziel:</b> Überprüfung des Einflusses von drei Modellen ambulanter (out-patient) Pflege auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen („self-efficacy (SE) beliefs“) nach Edukationsprogramm</p> <p><b>Interventionen:</b> Gruppe 1: Geplante Beratungen durch Rheumatologen Gruppe 2: „shared-care“ Modell ohne geplante Beratungen Gruppe 3: Beratungen durch Pflege (nursing consultations)</p> <p><b>Methode:</b> Messung der Self-Efficacy mit dänischer Version des Rheumatoid</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Gruppe 3 konnte die Self-Efficacy im Vergleich zu Gruppe 1 und 2 in allen gemessenen Bereichen außer der Subskala Schmerz signifikant verbessern oder stabilisieren, kein signifikanter Unterschied zwischen Gruppe 1 und 2.</p> <p>2) Kein Unterschied in der Krankheitsaktivität zwischen allen drei Gruppen zu jeder Zeit.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>randomized trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Setting:</b> 2 dänische Rheumatologie-Kliniken</p>	<p>Arthritis Self-Efficacy questionnaire (RASE) und der Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES) sowie den Sub-Skalen Pain, Function, other symptoms und Pain + other functions</p> <p>RCT-Design</p>	<p>3) Beratungen durch Pflege bieten die Möglichkeiten für Aufrechterhaltung der SE nach Patienten-Edukation.</p> <p>4) Durchführung von Beratungen durch Pflege im Rahmen der Nachsorge bei Patienten mit stabiler Rheumatoider Arthritis wird empfohlen.</p>
<p><b>Puschner et al. 2011</b></p> <p>Needs-oriented discharge planning for high utilisers of psychiatric services: multi-centre randomised controlled trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 491 Patienten, die einen hohen Bedarf an psychischer Gesundheitsversorgung haben Interventionsgruppe: n = 241 Kontrollgruppe: n = 250</p> <p><b>Zeitraum:</b> 04/2006–03/2008</p> <p><b>Setting:</b> 5 psychiatrische Krankenhäuser in Deutschland (Düsseldorf, Greifswald, Regensburg, Ravensburg und Günzburg)</p>	<p><b>Ziel:</b> Messung der Effektivität einer bedarfsorientierten Entlassungsplanungsintervention auf die Anzahl und Dauer psychiatrischer Behandlungsepisoden (primäre Outcomes) und der Auswirkungen auf Inanspruchnahme ambulanter Angebote Bedürfnisse, Psychopathologie, Depression und Lebensqualität (sekundäre Outcomes)</p> <p><b>Intervention:</b> Angebot von 2 Sitzungen (bei Entlassung und 3 Monate danach) einer manualisierten, bedarfsorientierten Entlassungsplanungsintervention</p> <p>Messzeitpunkte: Bei Entlassung sowie 3, 6 und 18 Monate nach Entlassung</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Kein Effekt der Intervention auf primäre und sekundäre Outcomes</p> <p>2) Intervention kann nicht für die Routine-Behandlung empfohlen werden</p> <p>3) andere Ansätze wie zum Beispiel team-based community care könnten vorteilhafter sein für Patienten mit dauerhafter und schwerer psychischer Erkrankung</p>
<p><b>Puschner et al. 2012</b></p> <p>Kosteneffektivität bedarfsorientiert</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 458 Patienten mit ICD-10 Diagnose F2 oder F3 und hoher Inanspruchnahme</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Kosteneffektivität einer Intervention zur Verbesserung der Entlassungsplanung bei Menschen mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung (NODPAM). Outcome:</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Während 18-monatigen Zeitraums nach der Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung weder direkte oder indirekte Kosten (44.278 € gegenüber 43.302 €) noch</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>ierter Entlassungsplanung bei Menschen mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung - Cost-Effectiveness of Needs-Oriented Discharge Planning in High Utilizers of Mental Health Care</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p>psychiatrischer Versorgung</p> <p>Größe von Interventionsgruppe und Kontrollgruppe nicht genannt, vermutlich 229 und 229.</p> <p><b>Zeitraum:</b> 04/2006–03/2008</p> <p><b>Setting:</b> Fünf Universitätskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Ulm/Günzburg, Düsseldorf, Greifswald, Ulm, Regensburg</p>	<p><b>Intervention:</b> Angebot von 2 Sitzungen (bei Entlassung und 3 Monate danach) einer manualisierten, bedarfsorientierten Entlassungsplanungsintervention mit dem Ziel, den Übergang von der stationären in die ambulante psychiatrischpsychotherapeutische Versorgung zu verbessern (Reduzierung von Wiederaufnahmen sowie Verbesserung von Krankheitsschwere und Lebensqualität)</p> <p><b>Outcomes:</b> Es wurden direkte und indirekte Kosten (CSSRI-EU) sowie qualitätsadjustierte Lebensjahre (EQ-5D) erfasst</p> <p>Messzeitpunkte: Bei Entlassung sowie 3, 6 und 18 Monate nach Entlassung</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p>qualitätsbereinigte Lebensjahre (0.960 vs. 0.958 QALYs) signifikant unterschiedlich durch Teilnehmerzuweisungen an Interventions- oder Kontrollgruppen.</p> <p>2) Laut Inspektion der incremental cost-effectiveness ratios (ICERs) hatte Intervention keinen wirtschaftlichen Vorteil gegenüber der Standardversorgung.</p> <p>3) Intervention keine kostengünstige Alternative zur Standardversorgung/ Routineentlassung.</p> <p>4) Künftige Ansätze sollten den institutionellen Kontext berücksichtigen.</p>
<p><b>Raffray et al. 2014</b></p> <p>Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit. Perceptions of health care provider</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 15 Gesundheitsdienstleister (Nurse: 6, Auxiliary nurse: 5, Physician: 3, Speech therapist: 1)</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b> Kolumbien, Entlassung von NICU nach Hause</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Wahrnehmung von Hindernissen und unterstützenden Faktoren durch kolumbianische Gesundheitsdienstleister bei der Vorbereitung von Familien auf die Entlassung von Frühgeborenen nach Hause von neonatologischen Intensivstationen (NICUs)</p> <p><b>Methode:</b> halb-strukturierte Interviews, Qualitatives Studiendesign</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Identifikation von drei Hauptthemen: a) Schaffung der Eltern-Kind-Bindung b) Erwerb von Erziehungskompetenzen c) Vorbereitung für den Übergang vom Krankenhaus nach Hause</p> <p>2) Hindernisse: Verhinderung von Besuchen der Eltern auf der NICU, Kommunikationshindernisse, Schwierigkeiten bei der Etablierung von erfolgreichem Stillen, ungenügende Personalressourcen, schwache Verbindungen zwischen Krankenhaus und community-based re-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Evidenzlevel 3			sources.  3) Unterstützende Faktoren: Verfügbarkeit von sozialer Hilfe, 24-Stunden telefonische Erreichbarkeit der NICU, geeignetes Edukationsmaterial und Gruppensitzungen, Verfügbarkeit des community-based Kangaroo Program nach Entlassung.
<p><b>Rhudy et al. 2010</b></p> <p>Illuminating hospital discharge planning: staff nurse decision making</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> N = 14 Pflegefachpersonen aus verschiedenen Fachbereichen</p> <p><b>Zeitraum:</b> Interviews wurden innerhalb von 2 Wochen geführt</p> <p><b>Setting:</b> Zwei Krankenhäuser im Mittleren Westen. Pflegefachpersonen waren dort auf Stationen verschiedener Fachrichtungen eingesetzt.</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Entscheidungen von angestellten Pflegefachpersonen bezüglich der Entlassungsplanung und die Wahrnehmungen ihrer Rolle.</p> <p><b>Methode:</b> Einzelne, halb-strukturierte Interviews. Qualitatives Studiendesign.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Die wichtigsten Themen, die sich aus den Interviews ergaben waren „Dem Skript folgen“ und „Pflegefachperson als Koordinator“.</p> <p>2) Die Entscheidung einen Entlassungsplaner zu konsultieren trat ein, wenn die Situation des Patienten nicht den Erwartungen der Pflegefachpersonen folgte.</p> <p>3) Entlassungsplanung bei nicht-routinemäßigen Situationen wurde als störend für den Workflow der Pflegefachpersonen empfunden.</p> <p>4) Die Rolle der Pflegefachperson war auf die Aufsicht beschränkt, wenn ein Entlassungsplaner einbezogen wurde.</p> <p>5) Das Verständnis der Entscheidungsfindung von Pflegefachpersonen bei diesem Schlüsselprozess bietet wertvolle Einblicke in die Unterscheidung von routinemäßigen und nicht-routinemäßigen Patientensituationen und für die Entwicklung zeitgemäßer geeigneter Ressourcen.</p>
Robinson et al.	<b>Stichprobe:</b>	<b>Ziel:</b>	<b>Ergebnisse:</b>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>2012</b></p> <p>Stakeholder perspectives on transitions of nursing home residents to hospital emergency departments and back in two Canadian provinces.</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p>n = 71, darunter: 7 Pflegeheimbewohner, 20 Familienmitglieder, 9 Registered Nurses (RN, 5 in Pflegeheim, 4 in Notaufnahme), 3 licensed practical nurse (LPN, im Pflegeheim), 6 Pflegeberater/Sachbearbeiter (Care Aid or Unit clerk, im Pflegeheim), 4 Ärzte (1 Pflegeheim, 1 Rettungsdienst, 2 Notaufnahme), 12 Führungskräfte (6 Pflegeheim, 2 Rettungsdienst, 4 Notaufnahme), Sanitäter (Rettungsdienst), 2 Unbekannt (Pflegeheim)</p> <p><b>Zeitraum:</b> Keine Angaben</p> <p><b>Setting:</b> zwei Städte in den kanadischen Provinzen ‚British Columbia‘ und ‚Alberta‘.</p>	<p>Identifikation von Schlüsselementen aus der Perspektive verschiedener Stakeholder, die den Erfolg von Überleitungen beeinflussen. Es geht um Überleitungen von älteren Menschen aus einem Pflegeheim in eine</p> <p><b>Methode:</b> Qualitative Datenerhebung, Fokusgruppen und biographische Interviews. Die Transkripte der Interviews wurden vergleichend ausgewertet. Interpretative und deskriptive Studie.</p>	<p>1) Die Übergänge werden durch ein komplexes Zusammenspiel von verschiedenen Elementen beeinflusst. Dazu gehören: Kennen des Bewohners; kritisches geriatrisches Wissen und geeignete Assessments; positive Beziehungen, effektive Kommunikation und Aktualität.</p> <p>2) Wenn eines oder mehrere dieser Elemente fehlen oder vernachlässigt werden, war auch der Erfolg des Übergangs gefährdet.</p> <p>3) Es herrschte Einigkeit über die Wichtigkeit der identifizierten Elemente über alle Interessengruppen (Stakeholder) hinweg.</p> <p>4) Viele dieser Elemente sind modifizierbar und schlagen erreichbare Ziele für Interventionen mit dem Ziel einer Verbesserung des Erfolgs von Übergängen für diese Bevölkerungsgruppe vor.</p>
<p><b>Rosted et al. 2013</b></p> <p>Testing a two step nursing intervention focused on de-</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 271 Interventionsgruppe: n = 141 Kontrollgruppe: n = 130</p> <p><b>Zeitraum:</b></p>	<p><b>Ziel:</b> Prüfung Effekt 2-Phasen Assessment und Intervention um die Probleme von älteren Erwachsenen zu besprechen und Rücküberweisungen und funktionelle Verschlechterung vorzubeugen</p> <p><b>Outcomes:</b></p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Kein Effekt bezüglich der Wiederaufnahme ins Krankenhaus, Aufnahme ins Pflegeheim, Mortalität</p> <p>2) Die Interventionsgruppe war nach 180 Tagen weniger gefährdet, an einer Depres-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>creasing rehospitalizations and nursing home admission post discharge from acute care</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p>02/2009-01/2011</p> <p><b>Setting:</b> 350-bed university hospital in the capital region of Denmark</p>	<p>(primär) Mortalität, Akut-Einweisungen ins Krankenhaus (einschließlich Notaufnahme (ED)), permante Einweisung in ein Pflegeheim innerhalb von 30 oder 180 Tagen nach Entlassung aus ED</p> <p>(sekundär) physischer und emotionaler Status, HRQoL, Unterstützung von community services</p> <p><b>Intervention:</b> Assessment-and intervention tool: Standardized Evaluation and Intervention for Seniors At Risk (SEISAR) (mit kurzem standardisierten nursing assessment mit Checkliste von 10 medical, social, emotional and physical items; anschließend Plan erstellt. (Assessment beim Hausbesuch durchgeführt).</p> <p>Assessment und Intervention durchgeführt von „aged-care nursing specialists“ mit mehr als 5 Jahren Erfahrung auf einer geriatrischen Station und zusätzlich erweiterte Bildung in Geriatrie und Gerontologie.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p>sion zu erkranken, als die Kontrollgruppe.</p>
<p><b>Rydeman and Tornkvist 2010</b></p> <p>Getting prepared for life at home in the discharge process from the perspective of the older persons and their relati-</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 26, davon 14 Patienten, 65 Jahre oder älter, die zuhause regelmäßig Pflege erhalten und 12 Angehörige über ihre Erfahrungen im Entlassprozess</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht angeben</p>	<p><b>Ziel:</b> Herausfinden, wie ältere Menschen, die Pflege zu Haus benötigen und deren Angehörige den Entlassungsprozess erleben und Entwicklung eines Modells, das den Hintergrund der Erfahrungen erläutert</p> <p><b>Methode:</b> Halbstrukturierte Interviews, Auswertung mit Grounded Theory, qualitativer Ansatz</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Analyse ergab ein theoretisches Modell, das Faktoren abbildet, die bestimmen, ob sich ältere Menschen und deren Angehörige bei der Entlassung für das Leben zu Hause vorbereitet fühlen oder nicht.</p> <p>2) Das Gefühl, bereit zu sein, entsteht, wenn die Bedürfnisse in den drei Bereichen „Caring issues“, „Activities of Daily Living“ und „Where to turn“ erfüllt sind.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
ves Evidenzlevel 3	<b>Setting:</b> Schweden, Entlassung in die häusliche Pflege		3) Neben den Fähigkeiten der Fachleute ist auch die eigene Herangehensweise wichtig.
Rytter et al. 2010 Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patient Evidenzlevel 1	<b>Stichprobe:</b> n = 293 Interventionsgruppe: n = 148 Kontrollgruppe: n = 145 <b>Zeitraum:</b> 11/2003-06/2005 <b>Setting:</b> Glostrup Hospital, Denmark	<b>Ziel:</b> Bewertung, ob ein Nachsorgeprogramm von Hausarzt (GP) und Gemeindeschwester (district nurse) medizinische Behandlungen verbessern und Krankenhauswiedereinweisungen reduzieren kann. <b>Interventionen:</b> strukturierter Hausbesuch durch GP und district nurse eine Woche nach Entlassung, gefolgt von 2 Kontakten nach 3 und 8 Wochen. <b>Methode:</b> RCT-Design	<b>Ergebnisse:</b> 1) Häufigere Wiederaufnahmen bei Patienten der Kontrollgruppe als bei der Interventionsgruppe (52% v 40%; p = 0.03)  2) In Interventionsgruppe: Zahl der Patienten, die Medikamente nahmen von denen der GP nichts wusste (48% vs. 34%; p = 0.02) und die nicht die vom GP verschriebenen Medikamente einnahmen (39% vs. 28%; p = 0.05) war geringer als in der Kontrollgruppe.  3) Wahrscheinliche Auswirkungen der Nachbetreuung der älteren Patienten nach Entlassung: Reduzierung des Risikos von Wiederaufnahmen und Verbesserung der Medikamentenkontrolle.
Sakai et al. 2015 Developing an instrument to self-evaluate the Discharge Planning of Ward Nurses Evidenzlevel 3	<b>Stichprobe:</b> n = 624 Pflegende von Stationen <b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben <b>Setting:</b> 6 Krankenhäuser in Japan mit einer Entlassungsplanungs-abteilung	<b>Ziel:</b> Entwicklung eines japanischen Selbst-Evaluierungs-Instrument für Entlassungsplanungspraktiken von Pflegenden auf Stationen im Krankenhaus. [Discharge Planning of Ward Nurses (DPWN)] <b>Methode:</b> Querschnittstudie. Zunächst Literaturrecherche und 21 Interviews, anschließend Testung der Ergebnisse mit Fragebogen.	<b>Ergebnisse:</b> 1) Zu Beginn wurden 55 Items gesammelt 2) Nähere Betrachtung ergaben ein 4-Faktoren-Modell mit 24 Items (teaching home-care skills with community/hospital professionals, identifying clients, potential needs early in the discharge process, introducing social resources and identifying client/family wishes and building consensus for discharge). 3) Die 4-Faktoren-Struktur wurde durch die

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p>Faktorenanalyse bestätigt.</p> <p>4) DPWN korrelierte mit Skalen, die ähnliche Konzepte ermitteln, bei gleichzeitig besthender Validität.</p> <p>5) Interne Konsistenz und Test-Retest-Reliabilität waren im Allgemeinen zufriedenstellend.</p>
<p><b>Sato et al. 2012</b></p> <p>Effects of psychosocial program for preparing long-term hospitalized patients with schizophrenia for discharge from hospital: Randomized controlled trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 49 Interventionsgruppe: n = 26 Kontrollgruppe: n = 23</p> <p><b>Zeitraum:</b> keine Angaben</p> <p><b>Setting:</b> Psychiatrie, Japan</p>	<p><b>Ziel:</b> Überarbeitung des Community Re-entry Program (Japanese version) und Prüfung der Wirksamkeit des überarbeiteten Entlassungsplanungsprogramms</p> <p><b>Outcomes:</b> Faktoren, die bei Entlassung Risiken bergen (von Krankenschwestern evaluiert): psychische Symptome, Wissen über Krankheit und Medikation, Anzahl der Patienten, die innerhalb von 6 Monaten nach Beendigung des Programmes entlassen wurden</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Signifikante Unterschiede bezüglich der Punktzahl in 'Issues on treatment compliance' factor und der Punktzahl 'Autistic life' factor.</p> <p>2) Bezüglich der Anzahl der Patienten, die innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende eines Programms entlassen wurden, gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen.</p> <p>3) Die Studie bestätigte Ergebnisse anderer Studien, und die Intervention hat sich als nützlich erwiesen, Patienten mit Schizophrenie im Entlassungsprozess zu unterstützen.</p>
<p><b>Sayin and Kanan 2010</b></p> <p>Reasons for Nursing Telephone Counseling From Individuals Discharged in the Early Post-</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 174 MRM ( modified radical mastectomy) group: n=88 BCS (breast-conserving surgery ) group: n=86</p> <p><b>Zeitraum:</b> 02/2006–12/2007</p>	<p><b>Ziel:</b> Bestimmung von Rate und Ursachen für das Gesuch nach telefonischer Beratung bei Patienten mit Mastektomie und brusterhaltender OP (die eine Nacht nach OP entlassen wurden)</p> <p><b>Methode:</b> randomized descriptive study</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Höhere Rate von Patienten mit Mastektomie fragte nach telefonischer Beratung, Rate besonders hoch innerhalb der ersten 6 Wochen nach Entlassung; führende Gründe: Wundheilungsprobleme, Armübungen, Schwierigkeiten bei der Bewältigung der täglichen Aktivitäten, psychische Probleme (Angst davor nicht mehr gesund zu werden).</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
operative Period After Breast Surgery  Evidenzlevel 1	<b>Setting:</b> university hospital in Istanbul, Turkey		2) Häusliche Nachbetreuung bei Patienten mit Mastektomie, die früh entlassen wurden, besonders wichtig.
Scala and Costa 2014  Using appreciative inquiry during care transitions: an exploratory study  Evidenzlevel 1	<b>Stichprobe:</b> n = 60 Interventionsgruppe: n = 40 Kontrollgruppe: n = 20  <b>Zeitraum:</b> nicht angegeben  <b>Setting:</b> einzelnes Krankenhaus in UK, 1000 Betten	<b>Ziel:</b> Prüfung der Wirksamkeit einer transitional care coaching Intervention für chronisch kranke Patienten während der Überleitung vom Krankenhaus nach Hause  <b>Methode:</b> RCT-Design	<b>Ergebnisse:</b> 1) Ein Teil der Interventionsgruppe nahm nicht am Coaching teil  2) Anzahl der Medikamente korreliert mit Medikationsdiskrepanzen (r=0,446; p=0,001)  3) Nach 30 Tagen keine Krankenhauseinweisung bei Interventionsgruppe vs. 18% bei Kontrollgruppe
Schärli et al. 2013  Austrittsvorbereitung: Selbstpflegekompetenz fördern bei Patient(inn)en nach minimal-invasiver Hüftendoprothetik  Evidenzlevel 3	<b>Stichprobe:</b> n = 11 Mitglieder eines interdisziplinäres Behandlungsteams in Fokusgruppen: 9 Pflegefachpersonen und 2 Experten: Orthopäde, Physiotherapeutin  <b>Zeitraum:</b> Angaben fehlen	<b>Fragestellungen:</b> -„Wie unterstützt das multidisziplinäre Team die Patient(inn)en in ihrer Selbstpflegekompetenz nach einer minimal-invasiven Hüftoperation im Hinblick auf den Austritt nach Hause?  -Welches sind hinderliche und förderliche Faktoren?  -Wo besteht aus Sicht des Pflege- und Behandlungsteams Optimierungsbedarf?  <b>Methode:</b> Interviews, Studie mit qualitativ-deskriptivem Design	<b>Ergebnisse:</b> 1) Handlungsmuster des multidisziplinären Teams im Kontext der drei Kategorien: Instruieren als Handlungsmaxime, Entlassungsplanung unter Zeitdruck und hüftprotektives Verhalten als Ziel für den Austritt  2) Optimierungs- und Professionalisierungspotenzial umfasst die Kategorien Verbesserungen auf professioneller und institutioneller Ebene

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	<p><b>Setting:</b> orthopädische Station Schweizer Tertiärspital</p>		<p><b>Schlussfolgerung:</b> Fazit ist, dass die minimal-invasive Operationstechnik auch eine Anpassung in der multidisziplinären Rehabilitation erfordert. Dabei sollte die Selbstpflegekompetenz anhand eines partizipativ gestalteten Behandlungspfades gefördert werden. Dies bedingt sowohl patientenorientierte, teambasierte als auch betriebliche Anpassungen der Rehabilitations- und Entlassungsplanung.</p>
<p><b>Schandl et al. 2011</b></p> <p>Screening and treatment of problems after intensive care: a descriptive study of multidisciplinary follow-up</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 61</p> <p><b>Zeitraum:</b> 01/2007-12/2008</p> <p><b>Setting:</b> Karolinska University Hospital Solna in Stockholm, Schweden, 900-bed tertiary care hospital, ICU</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung eines multidisziplinären Ansatzes für Follow-Up nach Intensivbehandlungen (intensive care) im Krankenhaus. Fokus auf Methoden zur Identifikation von physischen und psychischen Problemen im ICU (intensive care unit) und Behandlung dieser Probleme.</p> <p><b>Outcomes:</b> Die Patienten wurden 3, 6 und 12 Monate nach der Behandlung auf ICU mit Funktionstests körperlich und mit dem „Impact of Event Scale“ (IES) sowie mit dem HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) auf psychische Probleme hin untersucht.</p> <p><b>Methode:</b> Deskriptive Studie</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 40 von 61 Patienten hatten klinisch relevante Beeinträchtigungen ihrer körperlichen Funktionen, die nach drei Monaten noch nicht gebessert waren.</li> <li>2) 22 Patienten haben spezifische Trainings-Anweisungen erhalten und 18 Patienten Physiotherapie.</li> <li>3) 34 von 61 Patienten hatten Symptome mäßigen oder schweren posttraumatischen Stresses und/oder Symptome von klinisch relevanter Angststörung oder Depression.</li> <li>4) 12 Patienten haben psychiatrische Evaluation und Behandlung akzeptiert.</li> </ol> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Multidisziplinäres Follow-Up nach Behandlung im ICU kann wirksam sein, um unbehandelte physische wie psychische Probleme zu identifizieren. Patienten, die in den ersten 6 Monaten nach Behandlung im ICU untersucht und behandelt wurden, hatten danach nur noch wenig Follow-Up-Bedarf.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Schmidt et al. 2016</b></p> <p>Die Überleitung onkologischer Patienten aus der Akutversorgung in die Rehabilitation: Ergebnisse der Studie OPTIREHA</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> Teilstrukturierte Querschnittsbefragung (n=47) leitender Ärzte deutscher Rehabilitationskliniken mit onkologischem Schwerpunkt</p> <p>Analyse relevanter Akten (n=12) an 2 Zentren</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b> Multizentrisch, Deutschland</p>	<p><b>Ziel:</b> Entwicklung und Pilotierung eines modularen an der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) orientierten Assessments auf Grundlage der bestehenden pflegerischen Routinedokumentation zur Optimierung der Überleitung onkologischer Patienten in die Anschlussrehabilitation.</p> <p>Assessment soll strukturierte Informationen für die behandelnden Ärzte, das Pflegepersonal und den Sozialdienst für eine gezielte Reha-Antragstellung und Überleitung zur Verfügung stellen und als Basis zur Verbesserung eines klinikübergreifenden Informationsaustausches zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitationseinrichtung dienen.</p> <p><b>Methode:</b> qualitativ dominanter Mixed-Methods-Ansatz</p> <p>1) Teilstrukturierte Querschnittsbefragung (n=138) leitender Ärzte deutscher Rehabilitationskliniken mit onkologischem Schwerpunkt</p> <p>2) Stichprobenartige Analyse relevanter Akten (n=12) an 2 Zentren bezüglich Erfassung und Weiterleitung Reha-relevanter Informationen</p> <p>3) Erarbeitung und Konsentierung (Delphi-Verfahren) von Optimierungsvorschlägen</p> <p>4) Pilot-Testung der entwickelten Materialien an 4 Zentren, um erste Ergebnisse bezüglich Anwendbarkeit, Akzeptanz und potentielltem Nutzen zu erhalten.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Hinweise auf eine teilweise ungenügende Erfassung und Weiterleitung Reha-relevanter Patienteninformationen sowie ungenügende Information der Patienten zu Inhalten und Zielen der Rehabilitation</p> <p>2) Anhaltspunkte für Optimierungsvorschläge</p> <p>3) Entwicklung einer patienten-gerechten Informationsbroschüre sowie eines Überleitungsbogens zur poststationären Behandlung (OPTIREHA ASSESSMENT), der die systematische Erfassung des Reha-Bedarfs sowie die Weiterleitung Reha-relevanter Befunde unterstützen soll</p> <p>4) Pilottestung der entwickelten Materialien an 4 Zentren ergab positive Rückmeldungen hinsichtlich Anwendbarkeit und potentielltem Nutzen.</p> <p><b>Fazit:</b> Die Ergebnisse deuten auf gute Anwendbarkeit und potentiellen klinischen Nutzen des Überleitungsbogens zur poststationären Versorgung hin. Weitere Studien sollten durchgeführt werden, um den klinischen Nutzen zu prüfen und die Optionen für einen standardisierten Einsatz zu klären.</p> <p>OPTIREHA -ASSESSMENT, online verfügbar unter: <a href="http://www.egms.de/static/de/journals/ors/2016-5/ors000028.shtml_996222141.shtml">www.egms.de/static/de/journals/ors/2016-5/ors000028.shtml_996222141.shtml</a></p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Schnipper et al. 2013</b></p> <p>An Intensive Discharge Intervention for Patients with Diabetes</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 125 Patienten mit Typ 2 Diabetes und komorbid bestehender Herzerkrankung Interventionsgruppe: n = 53 Kontrollgruppe: n = 56</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b> Nicht angegeben</p>	<p><b>Ziel:</b> Entwicklung, Implementierung und Evaluierung einer umfassenden Entlassungsintervention für stationäre Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2</p> <p><b>Interventionen:</b> 1) nurse practitioner (NP) zur Koordination der Betreuung und Patientenedukation 2) stationärer Apotheker zur Abstimmung der Medikation und Patientenberatung 3) standardisierte Besuche durch die Krankenschwester; 4) post-discharge clinic visit staffed by the NP and a pharmacist 5) telemonitoring zu point-of-care Blutzuckermesswerten</p> <p><b>Outcomes:</b> Einhaltung Insulintherapie 90 Tage nach Entlassung auf Grundlage Apothekenrezept; Vorstellungen in Notaufnahme; Wiederaufnahmerate</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Patienten Interventionsgruppe hatten Verringerung um 1,02 in A1c Levels innerhalb von 90 Tagen verglichen mit Kontrollgruppe um 0,83 (p=0.61).</p> <p>2) Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Vorstellungen Notaufnahme, Wiederaufnahmerate, Rate Hypo/Hyperglykämie pro überwachter Patient.</p> <p>3) Intervention mit einer nicht signifikanten aber vielversprechenden Tendenz zu einer erhöhten Insulin-Adhärenz innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung verbunden.</p>
<p><b>Schoenborn et al. 2013</b></p> <p>Clinician roles and responsibilities during care transitions of older adults.</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 40 healthcare professionals, darunter: 18 Ärzte/innen 11 home healthcare administrative and field staff 4 Sozialarbeiter/innen 3 Pflegekräfte 3 Arzthelfer/innen 1 hospital case manager</p> <p><b>Zeitraum:</b></p>	<p><b>Ziel:</b> Die Rollen und Verantwortlichkeiten von Klinik-Angestellten bei den Überleitungen älterer Patienten zu untersuchen.</p> <p><b>Methode:</b> Qualitative Studie mit einstündigen halbstrukturierten Interviews, die aufgezeichnet, transkribiert, codiert und analysiert wurden.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Folgende zentrale Themen wurden identifiziert:</p> <p>1) Die einzelnen Komponenten der Rollen von clinicians während der Überleitung von Patienten,</p> <p>2) die Übereinstimmung zwischen der Eigen- und der Fremdwahrnehmung von idealen Rollen bzw. Nicht-Übereinstimmung zwischen den Ideal- und den Routine-Rollen,</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	<p>11/2005 – 04/2006</p> <p><b>Setting:</b> Ein akutes care hospital, eine skilled nursing facility, zwei community-based outpatient practices und eine home health agency in den USA</p>		<p>3) Ambiguität bezüglich der Verantwortlichkeit in der poststationären Nachsorge sowie</p> <p>4) Faktoren, die dazu motivieren, enger an den Ideal-Rollen zu agieren sowie Barrieren, die der Ausübung von idealen Rollen entgegenstehen.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <p>Die Studie zeigt Differenzen auf, zwischen den idealen Rollenwahrnehmungen von clinicians während Pflege-Überleitungen und den ausgeübten Routinen.</p> <p>Verschiedene Faktoren, die die Klinikmitarbeiter bzw. die Patienten betreffen, wirken darauf ein, dass Klinikmitarbeiter näher an den Idealen agieren. Auf der anderen Seite gibt es viele Barrieren, die dem entgegenstehen.</p>
<p><b>Sharif et al. 2014</b></p> <p>The Effects of Discharge Plan on Stress, Anxiety and Depression in Patients Undergoing Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: A</p>	<p><b>Stichprobe:</b></p> <p>n= 80 Patienten nach PTCA</p> <p>Interventionsgruppe: n= 40</p> <p>Kontrollgruppe: n= 40</p> <p><b>Zeitraum:</b></p> <p>01/2013–04/2013</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Untersuchung der Auswirkungen von Entlassungsplanung auf Stress, Ängste und Depression bei Patienten nach PTCA</p> <p><b>Intervention:</b></p> <p>Teilnahme an zwei pflegerisch geleiteten Trainingseinheiten vor und nach PTCA, Nutzung einer informativen Broschüre für das Training. Nachbetreuung bis zu zwei Wochen nach Entlassung per Telefon.</p> <p><b>Methode:</b></p> <p>RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Teilnehmer der Interventionsgruppe zeigten eine statistisch signifikante Abnahme in Stress, Angst und Depression einen Monat nach Erhalt der Entlassungsplanung.</p> <p>2) Punktzahl Stress, Ängste und Depression der Interventionsgruppe am Tag der Entlassung ohne signifikanten Unterschied.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Randomized Controlled Trial  Evidenzlevel 1	<b>Setting:</b> Drei Krankenhäuser (Al-Zahra, Faghihi und Ne mazee), die der Shiraz University of Medical Sciences angeschlossen sind, Shiraz, Südiran.		
Shaw et al. 2014  Walking the talk. Implementation of transitional care guidance in a UK paediatric and a neighbouring adult facility  Evidenzlevel 3	<b>Stichprobe:</b> 457 junge Patienten und 330 Elternteile.  <b>Zeitraum:</b> Keine Angaben  <b>Setting:</b> Pädiatrischen s Krankenhaus und ein benachbartes Krankenhaus für Erwachsene, UK	<b>Ziel:</b> Die Qualität der Überleitung in einem Kinderkrankenhaus und einem Krankenhaus für Erwachsene zu untersuchen: Einhaltung nationaler Leitlinien für die Überleitung und Analyse der Frage, ob die Implementierung der Leitlinien die Erfahrungen der Patienten und Pflegenden verbessert.  <b>Methoden:</b> Cross-sektionale Studie mittels Fragebogen	<b>Ergebnisse:</b> 1) 70 % der befragten Kliniken berichteten, ein Überleitungsprogramm zu nutzen. Dieses war aber nur in 25 % der Fälle ganzheitlich (d.h. mit Fokus sowohl auf medizinische, als auch auf psychosoziale Aspekte und Edukation).  2) In den Kliniken, die das Überleitungsprogramm nutzten, war die Zufriedenheit der Befragten höher – insbesondere wenn dies ganzheitlich war.
Shieh et al. 2010  „The effectiveness of structured discharge education on maternal confidence, caring knowledge and growth of premature new-	<b>Stichprobe:</b> n = 59 Interventionsgruppe: n = 29 Kontrollgruppe: n = 30  <b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben  <b>Setting:</b> Gesundheitszentrum im Süden Taiwans, Kaohsiung city	<b>Ziel:</b> Bewertung der Wirksamkeit einer Strukturierten Entlassungsplanung bezüglich mütterlicher Sicherheit und Pflegewissen und Wachstum von Frühgeborenen  <b>Intervention:</b> Mütter beider Gruppen erhielten Fragebogen mütterlicher Zuversicht und Pflegewissen; Mütter der Interventionsgruppe erhielten strukturiertes Entlassungs-Edukationsprogramm; Mütter der Kontrollgruppe erhielten traditionelle Entlassungsedukation; danach am Tag vor und einen Monat nach Entlassung und erneute Fragebogen ausgefüllt; zu den Zeiten Gewichts- und	<b>Ergebnisse:</b> 1) Mütterliche Zuversicht und Pflegewissen der Mütter in der Interventionsgruppe signifikant höher als in Kontrollgruppe am Tag vor Entlassung  2) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen einen Monat nach Entlassung

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>borns“</p> <p>Evidenzlevel 1</p>		<p>Größenkontrolle der Neugeborenen ermittelt .</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Schlussfolgerung:</b> Strukturierte Entlassungsedukation bei Müttern kann mütterliche Zuversicht und Pflegewissen signifikant erhöhen am Tag vor Entlassung.</p>
<p><b>Shyu et al. 2008</b></p> <p>A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 158 Interventionsgruppe: n = 72 Kontrollgruppe: n = 68 (18 ausgeschlossen)</p> <p><b>Zeitraum:</b> keine Angaben</p> <p><b>Setting:</b> 3000-Betten-Krankenhaus in Nordtaiwan</p>	<p><b>Ziel:</b> Testung der Wirksamkeit eines Entlassungsplanungsprogramms für ältere Schlaganfall-Überlebende und deren familiären Betreuer</p> <p><b>Intervention:</b> Routine-Entlassungsplanung + Betreuer-orientiertes Entlassungsprogramm berücksichtigt stationäre Gesundheitserziehung (health education) und „Entlassungs-Überweisungsservice“ sowie nach Entlassung telefonische Nachsorge und Hausbesuche. Durchführung durch sechs Forschungs-Schwestern, entworfen zur:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfüllung der Entlassungsbedürfnisse der Betreuer von älteren Patienten mit Schlaganfall</li> <li>-Verbesserung des Gleichgewichts zwischen den konkurrierenden Bedürfnissen der Betreuer</li> <li>-Verbesserung der Vorbereitung der Betreuer vor Entlassung</li> </ul> <p>Routine-Entlassungsplanung, besteht nur aus krankenhausinternen Dienstleistungen: inkonsistente Gesundheitserziehung durchgeführt von Primary Care Nurses auf den Stationen und gelegentliche „Entlassungs-Überweisungen“ (discharge referrals): Primary Care Nurse oder behandelnder Arzt verweisen Patienten an ein Entlassungsplanungsteam, wenn der Krankenhausaufenthalt zu lang ist oder der Patient Schwierigkeiten mit der Entlassung hat: die Krankenschwester des Entlassungsteams besucht dann die Station, um einen Pflegedienst oder einen Platz im Pflegeheim zu organisieren. Die Maßnahmen</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Betreuer der Interventionsgruppe gaben nach dem Programm eine signifikant bessere Einschätzung der Arbeit der Pflegekräfte ab, und fühlten sich selbst besser vorbereitet.</li> <li>2) Es wurde eine höhere Zufriedenheit bezüglich der Erfüllung ihrer Entlassungsbedürfnisse gemessen.</li> <li>3) Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Betreuergruppen bezüglich des Gleichgewichts konkurrierender Bedürfnisse.</li> </ol>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		<p>sind nicht auf die Bedürfnisse der Familienbetreuer ausgerichtet und berücksichtigen nicht spezielle familiäre Betreuungssituationen.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	
<p><b>Shyu et al. 2010</b></p> <p>Two-Year Effects of Interdisciplinary Intervention for Hip Fracture in Older Taiwanese</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 162 Interventionsgruppe: n= 80 Kontrollgruppe: n = 82</p> <p><b>Zeitraum:</b> keine Angaben</p> <p><b>Setting:</b> 3000-Betten-Krankenhaus im nördlichen Taiwan</p>	<p><b>Ziel:</b> Erforschung von 2- Jahre- outcomes einer interdisziplinären Intervention für ältere Patienten mit Hüftfraktur: Interdisziplinäres Programm mit geriatrischer Beratung, kontinuierliche Rehabilitation, Entlassungsplanung</p> <p><b>Intervention:</b> Das Prä-discharge Assessment umfasste Kompetenz der Betreuer, Ressourcen, Funktion der Familie, Selbstpflegekompetenz des Patienten, Möglichkeiten der Care services, mit benötigten Überweisungen; Beurteilung des häuslichen Umfeldes, Vorschläge für Anpassungen des Umfeldes, Überwachung Einhaltung der Nachsorge. Die Interventionen wurden von Geriatric Nurses durchgeführt.</p> <p><b>Methode:</b> Randomized experimental design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Personen der Interventionsgruppe wiesen signifikant bessere Rehabilitationsergebnisse (Hüfte) auf, eine bessere Ausführung in ADLs, bessere Wiederherstellung der Gehfähigkeit, weniger Stürze, weniger depressive Symptome, bessere SF-36 physical summary scores als die Kontrollgruppe während der ersten 24 Monate nach Entlassung.</p> <p>2) Die Intervention hatte keine Auswirkungen auf die Spitzenkraft (peak force) der betroffenen Hüfte, auf die Sterblichkeit, auf die Inanspruchnahme von Dienstleistungen und auf die SF-36 mental summary scores.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b> Ältere Personen mit Hüftfraktur profitieren von der interdisziplinären Intervention, indem es zur Verbesserung der clinical Outcomes, Selbstpflegefähigkeit, körperlichen gesundheitsbezogenen Outcomes und zu Verminderung der depressiven Symptome während der ersten 24 Monate nach Entlassung kommt.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Shyu et al. 2013</b></p> <p>Comprehensive and subacute care interventions improve health-related quality of life for older patients after surgery for hip fracture: A randomised controlled trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 299 Patienten mit Hüftfraktur subacute care n = 101, comprehensive care n = 99 and usual care n = 99</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben.</p> <p><b>Setting:</b> 3000-Betten-Krankenhaus im nördlichen Taiwan</p>	<p><b>Ziel:</b> Vergleich interdisziplinäres umfassendes Pflegeprogramm mit subakuten und üblichen Pflegeprogrammen:</p> <p><b>Intervention:</b> <u>Subacute care:</u> geriatrische Beratung, kontinuierliche Rehabilitation, Entlassungsplanung</p> <p><u>Comprehensive care:</u> subacute care plus gesundheitserhaltende Maßnahmen für den Umgang mit depressiver Symptomatik, Umgang mit Fehlernährung, Sturzvorsorge</p> <p><u>Usual care:</u> 1–2 in-hospital rehabilitation sessions, Entlassungsplanung ohne Umweltprüfung (environmental assessment), ohne geriatrische Beratung und in-home rehabilitation.</p> <p><b>Outcome:</b> gemessen wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HR-QoL) durch die Medical Outcomes Study Short-Form 36 Taiwan version nach 1, 3, 6 und 12 Monaten nach Entlassung</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Teilnehmer der comprehensive care group verbesserten eher ihre körperliche Funktion, allgemeine Gesundheit und psychische Gesundheit als Teilnehmer der usual care group.</p> <p>2) Subacute care group hatte größere Verbesserung in körperlicher Funktion, Vitalität und Social function als die usual care group.</p> <p>3) Effekte der Intervention verstärkten sich mit der Zeit für comprehensive and subacute care, besonders 6 Monate nach Hüftfraktur, und erreichten Maximum 12 Monate nach Entlassung.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Sowohl die Comprehensive care als auch die Subacute care programme können die Gesundheitsergebnisse bei älteren Menschen mit Hüftfraktur verbessern; die Resultate könnten Referenz sein für Gesundheitsanbieter in Ländern, die ähnliche Programme mit chinesischen/taiwanesischen Einwanderpopulationen durchführen.</p>
<p><b>Simonet et al. 2008</b></p> <p>A predictive score to identify hospitalized patients' risk of discharge to a</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 349 (derivation cohort) und n = 161 (validation cohort)</p> <p><b>Zeitraum:</b> Entwicklungsphase:</p>	<p><b>Ziel:</b> Entwicklung und Validation einer Bewertung um eine Entlassung in eine postakute Pflegeeinrichtung (post-acute care (PAC)) vorzusagen und die entsprechend beste Erhebungszeit zu bestimmen.</p> <p><b>Outcome:</b> Entlassungsort (nach Hause oder in eine Post-Akut-Pflegeein-</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Vorhersage Entlassung in PAC facility war an Tag 1 als auch an Tag 3 akkurat.</p> <p>2) Tag 3-Modell war sparsamer, mit fünf Variablen: Partner der Patienten waren nicht in der Lage Hilfe zu Hause zu leisten (4 pts); nicht in der Lage, Medikamentenmanagement</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
post-acute care facility  Evidenzlevel 3	01/2001-04/2001  Validationsphase: 10/2003-11/2003  <b>Setting:</b> Geneva University Hospital	richtung), Aufenthaltsdauer  <b>Methode:</b> Prospektive Studie	selbst zu übernehmen (4 pts); Anzahl bestehender medizinischer Probleme bei Aufnahme (1 pt per problem); Abhängigkeit beim Baden (4 pts) und beim Transfer vom Bett zum Stuhl (4 pts) am Tag 3.  3) Punktzahl $\geq 8$ sagte Entlassung to PAC facility voraus mit einer Sensivität von 87% und einer Spezifität von 63%, und war signifikant verbunden mit unangemessenen Krankenhaustagen wegen Verzögerungen in der Entlassung.
<b>Singh-Carlson et al. 2013</b>  Breast cancer survivorship and South Asian women: understanding about the follow-up care plan and perspectives and preferences for information post treatment  Evidenzlevel 3	<b>Stichprobe:</b> N = 24 verteilt auf 3 Fokusgruppen mit insgesamt 13 Teilnehmern und 11 face-to-face Interviews  <b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben  <b>Setting:</b> Frauen nach Brustkrebsbehandlung in Südasien.	<b>Ziel:</b>  Erforschung der Erfahrungen und Bedenken nach der Behandlung von Frauen in verschiedenen Altersgruppen aus Südasien, die Brustkrebs überlebt haben, um deren Verständnis von Follow-Up Behandlung zu bestimmen und um deren Präferenzen für einen Behandlungsplan zum Überleben besser zu verstehen.  <b>Methode:</b> Fokusgruppen und halb-strukturierte face-to-face Interviews. Anschließend thematische und inhaltliche Analyse.	<b>Ergebnisse:</b>  1) Auswirkungen auf die Phänomene Fatigue, kognitive Veränderungen, Angst vor Rezidiven und Depression waren die wichtigsten Parameter nach der Behandlung.  2) „Stille Akzeptanz“ war das wichtigste Thema für Frauen in Südasien mit einem eindeutigen wechselseitigen Einfluss zwischen Glaube und Akzeptanz.  3) Die Hervorhebung eines allgemeinen Behandlungsplans zum Überleben mit individualisiertem Inhalt zeigte die große Variation von Auswirkungen des Brustkrebs auf Frauen in Südasien.  Jüngere Frauen bevorzugten Informationen zu Depression und Peer-Unterstützung.

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Smith-Strøm et al. 2016</b></p> <p>An integrated wound-care pathway, supported by telemedicine, and competent wound management—Essential in follow-up care of adults with diabetic foot ulcers</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 24 Patienten (davon 13 aus der Interventions- und 11 aus der Kontrollgruppe einer RCT) mit Diabetischem Fuß-Syndrom</p> <p><b>Zeitraum:</b> 03/2014-05/2015</p> <p><b>Setting:</b> Entlassung aus norwegischem Krankenhaus mit Diabetischem Fuß-Syndrom</p>	<p><b>Ziel:</b> Herausfinden der Erfahrungen von Patienten mit telemedizinischer Follow-Up Versorgung im Vergleich zu normaler Versorgung</p> <p><b>Methode:</b> Halbstrukturierte Interviews, qualitatives, deskriptives Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Es wurden drei wichtige Themen herausgefunden: Kompetenz der healthcare professionals, continuity of care und einfacher Zugang.</p> <p>2) Kompetenz der healthcare professionals und continuity of care sind die entscheidenden Faktoren, denn durch sie kann die Wundversorgung entweder verbessert oder gefährdet werden. Ohne sie würden die Patienten das Vertrauen in die Wundversorgungsprozess verlieren. Patienten äußerten, dass dann das Wissen einer Fachklinik unerlässlich wäre.</p> <p>3) Wenn die Telemedizin optimal funktionierte, war sie ein Behandlungsvorteil, da durch die Bilder schnell Veränderungen in der Wundheilung festgestellt und sofort korrigiert werden konnten.</p> <p>4) Einfacher Zugang ist wichtig für die Patienten, aber die Wichtigkeit ist nur dann gegeben, wenn die anderen beiden Faktoren gegeben sind.</p>
<p><b>Solomon et al. 2014</b></p> <p>Lessons Learned from Implementing a Pilot RCT of Transitional</p>	<p><b>Stichprobe:</b> N = 20 Teilnehmer der Interventionsgruppe aus einer RCT mit N = 40 (Interventions- und Kontrollgruppe je n = 20)</p> <p><b>Zeitraum:</b></p>	<p><b>Ziel:</b> Implementierung eines TCM für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen.</p> <p><b>Methode:</b> Adaption eines TCM und Evaluation der Implementierungsprobleme aus einer RCT mit 40 Teilnehmern (20/20) Inhaltsanalyse der 20 Fallgeschichten aus der Interventionsgruppe.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Patienten mit unmittelbaren und drängenden körperlichen Gesundheitsproblemen waren am empfänglichsten und nutzten den Dienst aktiv.</p> <p>2) Anbieterhindernisse bestanden in Kommu-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>Care Model for Individuals with Serious Mental Illness</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p>Nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b> TCM für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen. Pennsylvania (USA)</p>		<p>nikations- und Datenschutzfragen, die den Kontakt zu Patienten in Einrichtungen für psychische Gesundheit schwierig machten.</p> <p>3) Im Gegensatz dazu wurde der NP (Nurse Practitioner) im Bereich der physischen Gesundheit akzeptiert und geschätzt.</p> <p>4) Psychosoziale Bedürfnisse und Beziehungsprobleme waren anspruchsvoll, und wir empfehlen einen Team-Ansatz für Transitional Care mit Hinzuziehen eines Sozialarbeiters, eines Peer-Anbieters und eines beratenden Psychiaters für schwer psychisch kranke Patienten, die aus einem akuten Krankenhausaufenthalt entlassen werden.</p>
<p><b>Sorenson and Frich 2008</b></p> <p>Home visits by specially trained nurses after discharge from multi-disciplinary pain care: A cost consequence analysis based on randomised controlled trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 102 Interventionsgruppe: n=52 Kontrollgruppe: n =50</p> <p><b>Zeitraum:</b> 04/2000–04/2002</p> <p><b>Setting:</b> Multidisciplinary Pain Centre (MPC), Copenhagen University Hospital</p>	<p><b>Ziel:</b> Analyse der Kostenkonsequenzen einer Nachbetreuungsintervention durch Krankenschwestern bei Patienten mit chronischen nicht malignen Schmerzen, die aus einer multidisziplinären Schmerzbehandlung entlassen worden sind</p> <p><b>Intervention:</b> über 2 Jahre: Besuch durch Nurses aller 4 Monate, 7 mal. Ziele der Besuche: Unterstützung des Patienten hinsichtlich Medikation, Informationen Umgang mit Schmerzen, Bewältigungsstrategien, Aufdecken Symptome Depression</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Ergebnisse nicht statistisch signifikant (Kosten 46% niedriger in Interventionsgruppe)</p> <p>2) Keine signifikante Verbesserung Gesundheitsstatus, Tendenz Verbesserung körperliche Funktion und Schmerzen bei Interventionsgruppe</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Sorknaes et al. 2011</b></p> <p>Nurse tele-consultations with discharged COPD patients reduce early readmissions – an interventional study</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 100 Interventionsgruppe: n = 50 Kontrollgruppe: n = 50</p> <p><b>Zeitraum:</b> 06/2007–01/2009</p> <p><b>Setting:</b> Odense University Hospital, Svendborg</p>	<p><b>Ziel:</b> Erforschung des Effektes von telemedicine video consultations (TVCs) zwischen in der Lungenheilkunde spezialisierten Krankenschwestern im Krankenhaus und COPD-Patienten zu Hause nach Krankenhausentlassung auf frühzeitige Wiederaufnahmen.</p> <p><b>Intervention:</b> 24 h nach Entlassung zu Hause installiert (telemedicine equipment : PC mit Webkamera, Mikrophone und Messwerkzeug: Sauerstoffsättigung, Puls, Gewicht, Lufu); Patienten erhielten täglich eine Woche lang eine TVC mit Krankenschwester Während der TVC klinische Beobachtungen durch die Krankenschwester (Atmung, Kondition, körperliche Aktivität, Ängste), O2 Sättigung, Lufu, Informationen über Präventive Maßnahmen und Umgang mit Medikation); abschließend ein Nachsorgetelefonat und Möglichkeit die Nurse anzurufen innerhalb von 28 Tagen</p> <p><b>Outcomes:</b> Primär: Reduktion frühzeitige Wiederaufnahme durch TVC verglichen mit Patienten ohne Intervention Sekundär: Reduktion der Wiederaufnahmen (the total days of readmission) aufgrund anderer Krankheiten und Wiederaufnahmen wg. ECOPD, with high patient satisfaction</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) In der Kontrollgruppe betrug die Wiedereinweisungsrate (aufgrund von COPD) 22 %, in der Interventionsgruppe 12 %.</p> <p>2) Die Wiedereinweisungsraten hingen zudem mit Hochaltrigkeit und dem Geschlecht zusammen (Männer haben ein höheres Risiko als Frauen).</p> <p>3)TVC als signifikanter Schutzfaktor für frühzeitige Wiederaufnahmen.</p> <p>4) Hohe Patientenzufriedenheit.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Das „Nurse TVC“-Programm hat sich als wirksam erwiesen, die Wiedereinweisungsrate zu senken und zudem die Dauer von Krankenhausaufhalten bei Wiedereinweisungen zu verkürzen.</p>
<p><b>Stauffer et al. 2011</b></p> <p>Effectiveness and Cost of a Transitional Care Program</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n=140 Patienten mit Herzinsuffizienz ab 65 Jahre Interventionsgruppe (TCP) : n=56 Kontrollgruppe: n=84</p>	<p><b>Ziel:</b> Bewertung eines von Advanced Practice Nurses geführten Transitional Care- Programms und dessen Einfluss auf Wiederaufnahme-Raten innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung, Aufenthaltsdauer, Kosten nach 60 Tagen (ab Aufnahme; Vergleich der direkten Kosten für das BMCG mit denen von anderen Krankenhäusern innerhalb des Baylor Health Care System)</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Intervention reduzierte signifikant die 30-Tage-Wiedereinweisungsrate ins BMCG (um 48% ).</p> <p>2)Geringer Einfluss auf die Aufenthaltsdauer und die direkten 60-Tage-Kosten für das</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>for Heart Failure. A Prospective Study With Concurrent Controls</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p>BHCS: n=885</p> <p><b>Zeitraum:</b> 08/2009–04/2010</p> <p><b>Setting:</b> Baylor Medical Center Garland (BMCG), USA</p>	<p><b>Methode:</b> Prospektive Studie mit gleichzeitigen Kontrollen</p>	<p>BMCG (Reduzierung um \$227 für jeden Medicare Patienten mit Herzinsuffizienz).</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b> Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Transitional Care-Programme die 30-Tage-Wiedereinweisungsrate für Patienten reduzieren; Zahlungsreform für die Intervention könnte erforderlich sein, um sie für Krankenhäuser finanziell nachhaltig zu gestalten.</p>
<p><b>Steffen et al. 2011</b></p> <p>Entlassungsplanung bei Menschen mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung in einer randomisierten kontrollierten Multicenterstudie: Durchführung und Qualität der Intervention</p> <p>Evidenzlevel 1 Cochrane</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 241 zwei Interventionsgruppen: zur Entlassung und zur 3-Monats-Katamnese</p> <p><b>Zeitraum:</b> 4/2006-3/2008</p> <p><b>Setting:</b> 5 Zentren nahmen teil: Universitätskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Ulm/Günzburg, Düsseldorf, Greifswald, Ulm/Ravensburg und Regensburg</p>	<p><b>Ziel:</b> Praxisorientierte Evaluation einer strukturierten Entlassungsplanungs-Intervention im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Multicenterstudie für Patienten mit wiederkehrenden stationären psychiatrischen Behandlungsmethoden Auswertung der Daten in Hinblick auf Durchführungsqualität, Bewertung der Intervention und Bedarfe.</p> <p><b>Intervention:</b> Den Teilnehmer/innen in der Interventionsgruppe wurden 2 Sitzungen einer manualisierten Entlassungsplanung angeboten, die auf einer Erhebung von individuellen Bedarfen beruht.</p> <p><b>Outcomes:</b> Erhoben wurden Informationen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie zu psychischer Beeinträchtigungsschwere und Lebensqualität</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design, 4 Messzeitpunkte: bei Entlassung sowie 3, 6 und 18 Monate später</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Generell wurde die Intervention von Patienten und Klinikern ausgesprochen positiv aufgenommen und bewertet.</li> <li>2) In einer Subgruppe der Teilnehmer gab es allerdings Manualabweichungen.</li> <li>3) Gesamtzahl der Bedarfe und die ungedeckten Bedarfe konnten</li> <li>4) kurzfristig signifikant reduziert werden. Bedarfe unterschieden sich hinsichtlich Ausprägung und Veränderung deutlich, außerdem hinsichtlich Studienort wie auch tendenziell nach Interventionsdosis.</li> </ol> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Die Intervention erwies sich als praxistauglich. Weitere Analysen zur Frage der differenziellen Wirksamkeit sind erforderlich.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Stewart et al. 2012</b></p> <p>Impact of Home Versus Clinic-Based Management of Chronic Heart Failure</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 280 Patienten: 1 Gruppe mit „home-based interventions“ (HBI): 143 Patienten 1 Gruppe mit „clinic-based interventions“ (CBI): 137 Patienten</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2008-2011</p> <p><b>Setting:</b> Untersuchung mit stationären Patienten mit Herzinsuffizienz</p>	<p><b>Ziele:</b> Reduzierung von Klinikaufhalten (Zahl bzw. Dauer) und Verbesserung der Überlebensraten. Direkte Patientenkontakte sind dafür notwendig – die Studie will untersuchen, welche Art von direkten Interventionen optimal ist.</p> <p><b>Intervention:</b> In der Studie werden zwei Wege verglichen: Eine Gruppe wurde zu Hause begleitet, eine zweite Gruppe in einer spezialisierten ambulanten Klinik. Hypothese war, dass der „home-based“-Ansatz sich als effektiver herausstellen würde, dadurch, dass der Patient dort in seinem direkten Umfeld betreut wird und dieses mitberücksichtigt werden kann. Der „home-based“-Ansatz sieht eine Leitung durch Pflegefachkräfte vor und schließt ein multidisziplinäres Management auch in der poststationären Betreuung ein, einschließlich poststationärer Hausbesuche. Einer weiteren Hypothese zufolge ist dieser Ansatz geeignet die Dauer von Klinikaufhalten zu verkürzen.</p> <p><b>Outcomes:</b> Rate der Krankenhausaufenthalte sowie Dauer der Krankenhausaufenthalte im Fall einer stationären Behandlung. Außerdem wurde die Überlebensrate gemessen in „days alive out of hospital“.</p> <p><b>Methode:</b> Multicenter RCT-Studie</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) In der Studie wurden zwischen den beiden Gruppen keine Unterschiede festgestellt in Hinblick auf ungeplante stationäre Klinikaufenthalte und auch keine in Hinblick auf Todesfälle in einem Follow-Up von 12 bis 18 Monaten.</p> <p>2) Die „home-based“-Interventionen haben sich allerdings in einer Reduzierung der Länge von erneuten Klinikaufhalten niedergeschlagen und auch in einer höheren Überlebensrate „free from hospitalization“. Weiterhin sind im HBI-Programm durch die Reduktion der Dauer von Klinikaufhalten die Kosten niedriger gewesen.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b> Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass eine poststationäre Betreuung durch Hausbesuche sinnvoll ist.</p>
<p><b>Stieglitz, Randerath 2016</b></p> <p>Frustrantes Weaning: Nach-</p>	<p><b>Stichprobe:</b> N = 6</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung von Hausbesuchen in der außerklinischen Intensivpflege als Nachsorge durch das entlassende Weaning-Zentrum.</p> <p><b>Methode:</b> Betrachtung von 6 Fällen.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Erfahrungen zeigen, dass es notwendig und praktikabel ist, bei diesen komplexen Fällen regelmäßige pneumologische Konsultationen in Form von Hausbesuchen durchzuführen. Werden die Daten aus der Betreuung von</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>sorge durch das Weaningzentrum – Hausbesuche bei invasiv beatmeten Patienten</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Setting:</b> Entlassung aus einem Weaning-Zentrum in die außerklinische Intensivpflege, Deutschland</p>		<p>beatmeten Heimbewohnern zugrunde gelegt, ist zusätzlich von einer deutlichen Kostensparnis im Gesundheitswesen auszugehen. Dennoch fehlen prospektive Studien, um den finanziellen und medizinischen Vorteil durch diese Versorgungsstruktur objektiv einschätzen zu können. Da das Patientengut mit außerklinischer Beatmung insgesamt sehr heterogen und die außerklinische Beatmung insgesamt selten ist, werden solche Studien multizentrisch ausgelegt sein müssen.</p>
<p><b>Suzuki et al. 2012</b></p> <p>Effects of a multi-method discharge planning educational program for medical staff nurses</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 191 Interventionsgruppe: n = 87 Kontrollgruppe: n = 104</p> <p><b>Zeitraum:</b> 07/2007-10/2007</p> <p><b>Setting:</b> Allgemeine innere Station eines 1210-Betten Universitäts-krankenhauses in Tokio</p>	<p><b>Ziel:</b> Bewertung der Effekte auf die Entlassungsplanung eines Edukationsprogramms für Nurses, das entwickelt wurde um deren Wissen, Einstellung, Ausübung sowie das organisationsbezogene Umfeld bezüglich der Entlassungsplanung zu verbessern.</p> <p><b>Intervention:</b> 3-monatiges Edukationsprogramm mit Studientreffen, regelmäßigen Konferenzen und Hausbesuchen nach der Entlassung.</p> <p><b>Methode:</b> Quasi-experimentelles Studiendesign</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) In der Interventionsgruppe stieg das Wissen nach der Intervention in Bezug auf Pflegeleistungen bei Hausbesuchen und der Krankenhausentlassungsplanungsabteilung sowie zwei relevanten japanischen Gesetzen an. Zudem zeigte sich eine verbesserte Einstellung.</p> <p>2) Die Anerkennung von co-workers bzgl. der Entlassungsplanungs-Bedürfnisse und der Unterstützung bei der Entlassungsplanung waren in der Interventionsgruppe signifikant verbessert.</p>
<p><b>Tabanejad et al. 2016</b></p> <p>The Effect of Liaison Nurse Service on Patient Outcomes</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 80 Interventionsgruppe: n = 40 Kontrollgruppe: n = 40</p>	<p><b>Ziel:</b> Herausfinden, ob Liaison Nurse Service einen Effekt auf das Patientenoutcome nach Entlassung von Intensivstation hat.</p> <p><b>Intervention:</b> Intervention über drei Tage, Beginn am Verlegungstag: Vorstellung der Liaison Nurse dem Patienten und seinen Angehörigen</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Keine signifikanten Ergebnisse</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>after Discharging from ICU: a Randomized Controlled Trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Zeitraum:</b> Januar – Juni 2014</p> <p><b>Setting:</b> 2 Lehrkrankenhäuser in Teheran, Iran</p>	<p>gegenüber, dann Datensammlung aus den Unterlagen über den Zustand des Patienten, Messung der Baseline Vitalzeichen und Information über die Eigenschaften der Normalstation und das Pflegepersonal (nurses).</p> <p>Zudem Information, wie das Pflegepersonal erreicht werden kann, was die Unterschiede zwischen der Normalstation und der Intensivstation sind und über den Grund der Verlegung.</p> <p>Zusätzlich Edukation zu Ernährung, Wichtigkeit der Selbstfürsorgeaktivitäten und dem Umgang mit neuen Bedingungen. Außerdem Beantwortung der Fragen und Hilfe bei der Selbstversorgung. Messung der Vitalzeichen und klinischen Bedingungen zweimal täglich für drei Tage.</p> <p><b>Outcomes:</b> Vitalwerte, Bewusstseinsgrad, Aufenthaltsdauer, Bedarf an Wiederaufnahme auf Intensivstation, Zufriedenheit</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	
<p><b>Thompson et al. 2009</b></p> <p>Assessment of Depressive Symptoms During Post-Transplant Follow-Up Care Performed via Telehealth</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> N = 138 Interventionsgruppe: N = 70 Kontrollgruppe: N = 68</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b> TeleHealth-Follow-Up nach Organtransplantation, USA</p>	<p><b>Ziel:</b> Herausfinden von Depressionssymptomen bei Patienten nach Organtransplantation mit TeleHealth-Follow-Up und Standard-Versorgung.</p> <p><b>Outcomes:</b> Messung der Depressionssymptome mit dem Center for Epidemiologic Studies–Depression (CES-D™) Fragebogen bei Studieneintritt und nach 6 und 12 Monaten.</p> <p><b>Methode:</b> Sekundäranalyse einer RCT-Studie</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Keine Unterschiede in den demographischen und sozialen Merkmalen zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe.</p> <p>2) Keine Unterschiede in den gemessenen Depressionssymptomen zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Thygesen et al. 2011</b></p> <p>Benefits and challenges perceived by patients with cancer when offered a nurse navigator</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> N = 5</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b> Patienten einer gynäkologischen Station in einem Krankenhaus in Süd-Dänemark, Entlassung nach Hause</p>	<p><b>Ziel:</b> Erforschen der Erfahrungen von Patienten, denen Nurse Navigators (NN) in einer kurzen Periode eines länger nachfolgenden Teils von „Cancer Trajectory“) angeboten wurden und die das Angebot nutzen konnten.</p> <p><b>Methode:</b> phänomenologisch-hermeneutische Längsschnittstudie mit halbstrukturierten Interviews</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> An die NN wurden Zuneigungsbindungen geknüpft und die Patienten fühlten, dass sie von ihrer Anwesenheit und ihrer Hilfe profitierten, was sie bis einen Monat nach der Entlassung berichteten. Sie waren enttäuscht und fühlten sich zurückgewiesen, als der Kontakt zur NN aufhörte.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Im Bestreben, die Qualität der Versorgung von Krebspatienten zu verbessern, empfehlen wir ein verstärktes Bewusstsein für kulturelle Bereiche innerhalb des Gesundheitswesens, was eine gute Kommunikation behindern kann. Darüber hinaus empfehlen wir, den kritischen Phasen der Krebskrankheit besondere Aufmerksamkeit zu schenken, sowie der Bindungstheorie, die die Kontinuität und die Koordination in der Betreuung von Frauen ergänzt. Kurz gesagt, es ist in Ordnung, denjenigen zusätzliche Hilfe anzubieten, die sie nutzen können, aber in der Praxis und auch in der Forschung empfehlen wir, sich darüber im Klaren zu sein, wie und wann man die Hilfe stoppt, damit sich die Patienten nicht verletzt fühlen.</p>
<p><b>Thygesen et al. 2016</b></p> <p>A tele-based cross-sectorial conference in</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n=1292 Interventionsgruppe: n = 644 Kontrollgruppe: n =648</p>	<p><b>Ziel:</b> Bewertung ob Entlassungsplanung mit cross-sectoral video conference einen Einfluss auf Wiederaufnahmen bei Patienten die von medizinischen oder geriatrischen Einrichtungen entlassen wurden hat.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> 1) keine signifikanten Unterschiede im primären und allen sekundären Outcomes</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>the patient's home—a randomized controlled trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Zeitraum:</b> 07/2013-12/2014</p> <p><b>Setting:</b> medizinische oder geriatrische Einrichtung des Roskilde oder Køge hospital, Denmark</p>	<p><b>Intervention:</b> Beide Gruppe erhielten Standard-Entlassplanung und Follow-up, in Interventionsgruppe zusätzlich Video-Konferenz zwischen Patient, municipal nurse und project nurse am Entlasstag bzgl. Medikation, Vereinbarungen zwischen Krankenhaus und Allgemeinarzt, Hilfsmitteln, Ernährung und Transport</p> <p><b>Outcomes:</b> Primär: ungeplante Wiederaufnahme in ein Krankenhaus Dänemarks innerhalb 180 Tage nach Entlassung Sekundär: nach 8, 30 and 180 Tagen Wiederaufnahmerate, Inanspruchnahme von primary health care oder kommunaler Angebote</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	
<p><b>Toles et al. 2012</b></p> <p>Staff Interaction Strategies that Optimize Delivery of Transitional Care in a Skilled Nursing Facility: a Multiple Case Study</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> 89 Interviews, 118 Feldbeobachtungen, 70 Dokumentenreviews</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht näher angegeben</p> <p><b>Setting:</b> Skilled Nursing Facilities (SNFs) in North Carolina (USA) und Entlassung von dort in die Häuslichkeit</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung des Behandlungsprozesses und der Strategien zu Beschäftigten-Interaktionen, Mitarbeiter einer Skilled Nursing Facility (SNF) anwenden, um die Leistung der Transitional Care zu verbessern.</p> <p><b>Methode:</b> Längsschnittstudie, multiple Fallstudie. Qualitatives Studiendesign</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Transitional Care Angebote waren keine eigenständigen formalen Prozesse, sondern waren eingebettet in die Interaktionen zwischen älteren Patienten, deren versorgenden Angehörigen und Mitgliedern des interdisziplinären Behandlungsteams.</p> <p>2) Interaktionen der Mitarbeiter mit den Patienten und deren versorgenden Angehörigen erhöht die Kapazität für die Behandlungsteams, um die patientenzentrierte Behandlung, den Informationsaustausch und die Koordination der Überleitung zu verbessern.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Toles et al. 2014</b></p> <p>Restarting the Cycle: Incidence and Predictors of First Acute Care Use After Nursing Home Discharge</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> N = 55.980 Ältere Menschen (65+), die im Krankenhaus behandelt, dann in eine SNF verlegt und anschließend nach Hause entlassen wurden.</p> <p><b>Zeitraum:</b> 01/2010-08/2011</p> <p><b>Setting:</b> 1474 Skilled Nursing Facilities (SNFs) in North und South Carolina (USA) und Entlassung von dort in die Häuslichkeit</p>	<p><b>Ziel:</b> Identifikation von Prädiktoren für die Nutzung von Notfallversorgung (first acute care) von älteren Patienten, die aus einer skilled nursing Facility (SNF) nach Hause entlassen wurden.</p> <p><b>Methode:</b> Retrospektive Kohortenstudie</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Nach der Entlassung von SNF nach Hause hatten 22,1% der älteren Erwachsenen eine Episode mit der Nutzung der Notfallversorgung innerhalb von 30 Tagen, einschl. 7,2%, die eine Notaufnahme ohne Krankenhausaufnahme besuchten und 14,8% mit einer Wiederaufnahme. 37,5% der älteren Erwachsenen hatten eine Nutzung der Notfallversorgung innerhalb von 90 Tagen.</p> <p>2) Männliches Geschlecht, dualer Anspruchstatus, höherer Charlson-Komorbiditäts-Score, bestimmte Primär Diagnosen bei Index-Hospitalisierung (Neoplasmen und Atemwegserkrankungen) sowie Pflege in SNFs mit gewinnorientiertem Ansatz oder weniger lizenzierten praktischen Pflegestunden pro Patiententag war mit größerer Wahrscheinlichkeit zur Nutzung der Notfallversorgung assoziiert.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b></p> <p>Die Inanspruchnehmer von Medicare haben eine hohe Nutzung der Notfallversorgung nach ihrer Entlassung aus SNFs. Mehrere Faktoren, die mit der Nutzung der Notfallversorgung assoziiert sind, sind potenziell modifizierbar. Die Ergebnisse deuten auf die Notwendigkeit von Interventionen zur Unterstützung bei Entlassung von SNFs nach Hause hin.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Toles et al. 2016</b></p> <p>Transitional care in skilled nursing facilities: a multiple case study</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> Auswahl von 3 SNFs, dort: 235 Beobachtungen, 66 Interviews, 35 Dokumentenreviews</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht näher angegeben. Dauer der Datenerhebung betrug 10 Wochen</p> <p><b>Setting:</b> Skilled Nursing Facilities (SNFs) in North Carolina (USA) und Entlassung von dort in die Häuslichkeit</p>	<p><b>Ziel:</b> Beschreibung der Erbringung von Transitional Care in Skilled Nursing Facilities (SNFs), um Möglichkeiten zur Optimierung zu identifizieren.</p> <p><b>Methode:</b> prospektive, multiple Fallstudie.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Die Mitarbeiter in Fall 1 (SNF 1) führten die meisten wichtigen Transitional Care Angebote aus. Die Mitarbeiter in Fall 2 (SNF 2) und Fall 3 (SNF 3) hatten unvollständige oder fehlende Angebote.</p> <p>2) Die Mitarbeiter in Fall 1, aber nicht in Fall 2 und 3, gaben ein klares Verständnis der Notwendigkeit von Transitional Care an, benutzen formale Transitional Care Team-Meetings und Tracking-Tools zur Planung, und beteiligten sich an stabilen Teaminteraktionen.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b> Organisatorische Strukturen in SNFs, die die Mitarbeiter und Interaktionen zwischen Patienten, Familien und Mitarbeitern unterstützen scheinen die Fähigkeit der Mitarbeiter evidenz-basierte Transitional Care Angebote zu leisten zu verbessern. Die Ergebnisse schlagen praktische Ansätze vor um neue Behandlungsroutine-Tools und Schulungsmaterialien zu entwickeln, um die Fähigkeit der bestehenden SNF-Mitarbeiter zur Leistung von Transitional Care effektiv zu verbessern.</p>
<p><b>Tomura et al. 2011</b></p> <p>Creating an agreed discharge: discharge planning for cli-</p>	<p><b>Stichprobe:</b> N = 13 Pflegefachpersonen in der Entlassungsplanung</p> <p><b>Zeitraum:</b> 06/2017-11/2017</p>	<p><b>Ziel:</b> Entwicklung eines konzeptionellen Modells der Entlassungsplanung von Pflegefachpersonen für Klienten, die mit hohen Behandlungsbedürfnissen nach Hause zurückkehren.</p> <p><b>Methode:</b> Halb-strukturierte Interviews, qualitatives Design.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die "Schaffung einer einvernehmlichen Entlastung" war eine Kernkategorie des Entlassungsplanungsprozesses, der von Pflegefachpersonen durchgeführt wurde. Der Prozess bestand aus: (1) Entwicklung eines Entwurfs, (2) Erzielung einer Vereinba-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>ents with high care needs</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Setting:</b> Krankenhäuser in ganz Japan. Entlassung von Patienten mit „high care needs“ nach Hause.</p>		<p>rung, (3) Verwirklichung des vereinbarten Plans und (4) Senden des Klienten nach Hause.</p> <p>Die mit der Entlassung beauftragte Pflegefachperson beginnt mit der Entwicklung eines Entwurfs des Klienten- bzw. Familienlebens nach der Entlassung. Der Entwurf leitet danach alle anderen Pflegefachpersonen während deren verschiedenen Aktivitäten. Die Pflegefachperson ist auch bestrebt eine Einigung bezüglich des Entlassungsplan mit dem Klienten bzw. seiner Familie zu erzielen. Die hier beschriebenen Entlassungsplanungs-Pflegeaktivitäten basieren auf dem täglichen Leben des Klienten bzw. seiner Familie und Anpassungen des Plans werden in einem annehmbaren Bereich vorgenommen.</p>
<p><b>Toth et al. 2016</b></p> <p>Rural–Urban Differences in the Effect of Follow-Up Care on Postdischarge Outcomes</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> N = 11.492 für Wiederaufnahme und Notaufnahme Modelle N = 11.824 für die Mortalitätsmodelle</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2000-2010</p> <p><b>Setting:</b> Follow-Up-Care in ländlichen und urbanen Regionen in North Carolina (USA)</p>	<p><b>Ziel:</b> Ermittlung der ländlichen-urbanen Unterschiede bezüglich der Behandlung nach der Entlassung bei Medicare-Inanspruchnehmern, Kontrolle auf Selektionsbias bei Leistungen nach der Entlassung.</p> <p><b>Outcomes:</b> Wiederaufnahme ins Krankenhaus innerhalb von 30 und 60 Tagen, Inanspruchnahme der Notaufnahme und der Mortalität. Verwendung von zweistufiger Residuen-inklusion, wobei der Erhalt der 14-tägigen Nachsorge die wichtigste unabhängige Variable war.</p> <p><b>Methode:</b> Retrospektive Analyse</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) 14-tägiges Follow-Up reduziert das Wiederaufnahmerisiko, Notaufnahmebesuch und die Mortalität.</p> <p>2) Es gab keine Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Gebieten durch das 14-tägige Follow-Up auf Wiederaufnahme und Mortalität.</p> <p>3) Patienten aus ländlichen Gegenden hatten einen größeren Effekt des 14-tägigen Follow-Ups auf die Verringerung der Notaufnahme-Besuche innerhalb von 30 Tagen als die Patienten aus urbanen Gegenden.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Tregunno 2013</b></p> <p>Know your client and know your team: a complexity inspired approach to understanding safe transitions in care.</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe und Setting:</b> Interviews mit 66 Anbietern von Gesundheitsdiensten (Healthcare Providers) aus einer Vielzahl von unterschiedlichen Arbeitsbereichen</p> <p><b>Zeitraum:</b> 02/2009-05/2009</p>	<p><b>Ziel:</b> Die Studie dient dazu, Einsicht in die Arbeitsrealität von Pflegekräften und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe zu gewinnen mit Fokus auf die zunehmend komplexen Anforderungen von Pflegeüberleitungen.</p> <p><b>Methode:</b> Die Interviews dienten zur Datengewinnung in Bezug auf Erfahrungen mit Pflegeüberleitungen und Möglichkeiten der Befragten, die bestehende Praxis zu verbessern.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Um sichere Pflegeüberleitungen gewährleisten zu können, sollten Pflegekräfte drei Dinge wissen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.) Sehr gute Kenntnisse über den Patienten („Know your client“)</li> <li>2.) Sehr gute Kenntnisse über die Teams/Betreuung auf beiden Seiten der Überleitung („Know your team“)</li> <li>3.) Sehr gute Kenntnisse über die Bedürfnisse und Ressourcen, die der Patient benötigt, und wie diese beschafft werden können („know the resources your client needs“).</li> </ol> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Pflegekräfte arbeiten oft am Rand ihrer Kräfte und der adäquaten Ausübung ihrer Aufgaben. Ihnen wird viel Flexibilität im Bereich der Pflegeüberleitungen abverlangt. Es müssen geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit Pflegekräfte und Angehöriger verwandter Berufe in der Lage sind, sichere Pflegeüberleitungen zu gewährleisten.</p>
<p><b>Trinidad et al. 2012</b></p> <p>Follow-up in head and neck cancer: patients' perspective</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 263</p> <p><b>Zeitraum:</b> 01/2009-10/ 2009</p> <p><b>Setting:</b> 3 Hauptzentren für die</p>	<p><b>Ziel:</b> Bestimmung der Perspektive von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren bzgl. des Follow-up-Regimes und Vorschlägen von Wegen, wie diese Perspektiven in die gängige Praxis einbezogen werden können.</p> <p><b>Methode:</b> Prospektive, Fragebogen-basierte Studie</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 67% der Patienten waren der Meinung, dass die Klinik die Ziele erreichten, die sie sich während des Aufenthalts erhofft hatten</li> <li>2) 84% der Patienten waren der Meinung, dass die Follow-Up-Besuche zu häufig waren</li> </ol>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Evidenzlevel 3	Behandlung von Kopf-Hals-Tumoren im Nordwesten Londons mit einem Einzugsgebiet von 1,7 Mio.: University College London Hospital (UCLH), Northwick Park Hospital (NPH) Und Mount Vernon Hospital (MVH).		<p>3) 60% der Patienten sollten den behandelnden Arzt und einen angehenden Health Professional sehen, von diesen Patienten waren 84% der Meinung, dass sich die Aussagen der beiden bzgl. des Follow-ups doppelten</p> <p>4) 73% der Patienten würden ein weniger intensives Follow-up, das auf berichteten Problemen und angefragten Terminen besteht, bevorzugen</p> <p>5) 45% der Patienten würden ein Clinical Nurse Specialist als erste Kontaktperson wählen</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <p>1) Aktuelle Follow-Up-Regelungen konnten zu vorschreibend sein und berücksichtigen die Patientenperspektive nicht.</p> <p>2) Häufige Besuche im ersten Jahr und eine Reduzierung im Folgejahr empfanden die Patienten als angemessen</p> <p>3) Die Ergebnissen deuten auf die Notwendigkeit eines patientenorientierten, individualisierten Ansatz zum Follow-Up bei Kopf-Hals-Tumoren hin.</p>
Tseng et al. 2015 Derivation and	<b>Stichprobe:</b> Patienten mit intercerebralen und subarachnoiden Blutungen und	<b>Ziel:</b> Untersuchung von klinischen Faktoren, die mit der Entlassung von Patienten in Pflegeheime verbunden sind.	<b>Ergebnisse:</b> 1) Abgesehen vom Blutdruck waren alle übrigen potenziellen Prädiktoren signifikant unabhängige Prädiktoren bezogen auf die Dis-

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>validation of a discharge disposition predicting model after acute stroke</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p>ischämischen Schlaganfall, n = 21.575 Derivation subgroup: n = 16.181 (Home: n = 15.173 Nursing home: n = 1008) Validation subgroup: n = 5394 (Home: n = 5008 Nursing home: n = 389)</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2006–2008</p> <p><b>Setting:</b> 39 große Universitäts- und öffentliche Krankenhäuser in Taiwan</p>	<p><b>Methode:</b> Großangelegte Übersichtsstudie mit Zufallsauswahl</p>	<p>position des Patienten zum Pflegeheim nach Krankenhausentlassung.</p> <p>2) Risiko erhöhte sich stark mit dem Alter - 6,35% der Derivation Gruppe wurden ins Pflegeheim entlassen (begünstigende Faktoren: weiblich, hohes Alter, Bluthochdruck, Herzkrankheiten, früherer Schlaganfall). Diese Ergebnisse waren vergleichbar mit der Validation Gruppe.</p> <p>3) Patienten mit NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) Punktzahl von mehr als 16-20 oder einer kumulative-Risiko-Punktzahl von 10 und mehr sind eher in ein Pflegeheim eingewiesen worden, insbesondere die älteren Patienten, die keine pflegenden Familienmitglieder haben.</p>
<p><b>Tseng et al. 2016a</b></p> <p>A comparison study between two discharge planning pools</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 68 Gruppe sytematisches Assessment n = 34 Gruppe traditionelles Assessment: n = 34</p> <p><b>Zeitraum:</b> 10/2012–04/2013</p> <p><b>Setting:</b> Lehrkrankenhaus im Süden Taiwans</p>	<p><b>Ziel:</b> Vergleich der Wirksamkeit zweier Assessment-Tools zur Entlassungsplanung (systematisch und traditionell)</p> <p><b>Intervention:</b> Vier Casemanger waren für die Entlassungsplanung zuständig, davon 2 spezialisierte Casemanager, die durchgängig für Entlassungsplanung zuständig waren und 2 Casemanager, die zeitweise bei Urlaub der anderen beiden zuständig waren.</p> <p><b>Outcomes:</b> - Rehospitalisierung oder Mortalität innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) niedrigere Rehospitalisierungs- und Mortalitätsrate 14 Tage nach Entlassung in der Gruppe mit sytematischem Assessment im Vergleich zur Gruppe mit traditionellem Assessment (2/34 vs. 11/34)</p> <p>2) bezüglich unangemessenen (inappropriate) Krankenhaustagen keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen (0,18 Tage vs. 0,18 Tage)</p> <p>3) bezüglich Zufriedenheit der primären Entscheidungsträger keine signifikanten Unter-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		<p>- unangemessene Krankenhausaufenthaltstage  - Zufriedenheit der primären familiären Entscheidungsträger  - Ressourcenzuweisung (bezüglich Angemessenheit Unterbringung nach Entlassung und Verhältnis der Professionen die Bedürfnisse der Patienten erfüllen)</p> <p><b>Methode:</b>  two-group comparison study design</p>	<p>schiede zwischen beiden Gruppen; Zufriedenheitslevel jedoch höher in der Gruppe mit systematischem Assessment</p> <p>4) Angemessenheit der Unterbringung nach Entlassung signifikant höher in Gruppe mit systematischem Assessment (10/34 vs. 2/34)</p> <p>5) bezüglich Verhältnis der zugewiesenen Professionen, die den Versorgungsbedarf der Patienten decken, keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen.</p>
<p><b>Tseng et al. 2016b</b></p> <p>Effects of interventions on trajectories of health-related quality of life among older patients with hip fracture: a prospective randomized controlled trial  Cochrane</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b>  n = 281 interdisciplinary care,  n = 97 comprehensive care,  n = 91 usual care, n = 93</p> <p><b>Zeitraum:</b>  09/2005-07/2010</p> <p><b>Setting:</b>  Medical Center im Norden Taiwans</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Identifizierung verschiedener HRQoL-Trajektorien zur Bewertung der Auswirkungen von zwei Pflegemodellen auf diese Trajektorien über 12 Monate bei Patienten nach Hüftfraktur.</p> <p><b>Intervention:</b></p> <p>Probanden mit Hüftfraktur erhielten drei verschiedene Behandlungspflegemodelle:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. interdisciplinary care : Geriatrische Beratung, Entlassungsplanung, 4 Monate in-home rehabilitation</li> <li>2. Comprehensive care: interdisciplinary care plus Umgang mit Fehlernährung, depressiven Symptomen und Sturzprävention, 12 Monate in-home rehabilitation</li> <li>3. Usual care: nur in-hospital rehabilitation und vereinzelt Entlassungsplanung ohne geriatrische Beratung und in-home rehabilitation</li> </ol> <p><b>Outcome:</b></p> <p>Die mentalen und körperlichen HRQoL wurden nach 1, 3, 6 und</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Das interdisziplinäre und umfassende Pflegemodell verbesserte die Erholung von Hüftfraktur am meisten.</p> <p>2) Es erhöhte die Chancen des Patienten für gute körperliche Funktion nach Krankenhausaufenthalt.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		<p>12 Monaten nach der Entlassung durch die physikalische Komponentenskala (PCS) und die psychische Komponentenskala (MCS) gemessen.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	
<p><b>Tsui et al. 2015</b></p> <p>Exploring older adults' perceptions of a patient-centered education manual for hip fracture recovery: "everything in one place"</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 32, davon 31 ältere Erwachsene (65+) und 1 Familienangehörige/r</p> <p><b>Zeitraum:</b> Keine Angaben</p> <p><b>Setting:</b> Ältere Patienten (65+) nach Hüftfraktur (nach Sturz), in British Columbia (Kanada), Entlassung von Krankenhaus nach Hause.</p>	<p><b>Ziel:</b> Beschreibung der Perspektive von älteren Erwachsenen bzgl. eines neuen Patientenedukations-Manual für den Wiederherstellungsprozess nach Hüftfraktur (nach Sturz)</p> <p><b>Instrument:</b> Fracture Recovery for Seniors at Home (FReSH) Start manual Online: <a href="http://www.hiphealth.ca/blog/FReSHStart">http://www.hiphealth.ca/blog/FReSHStart</a></p> <p><b>Methode:</b> Telefoninterviews mit 8 Fragen auf einer Likert-Skala und 4 halbstrukturierten open-ended Fragen, dazu Bewertung (1-10) des Nutzens und der Länge des Manuals</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Struktur, Inhalt und Illustrationen des Manuals wurden mit 4-5 (Zustimmung bis hohe Zustimmung) bewertet</li> <li>2) Median bei der Bewertung der Nützlichkeit war 9 (10. Perzentil: 7, 90. Perzentil: 10).</li> <li>3) Hauptthemen der Inhaltsanalyse waren:  Einfachheit des Gebrauchs und der Präsentation, Gesundheitskompetenz, Lieferung durch das Healthcare-Teams, allgemeiner Eindruck, Informationsunterstützung vom Krankenhaus nach Hause, Unterstützung bei emotionalen Angelegenheiten und der Entscheidungsfindung, Neuheit des Manuals</li> </ol> <p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Das FReSH Start manual wurde als umfassend im Inhalt und akzeptabel im Gebrauch mit älteren Menschen nach Hüftfraktur nach Sturz aufgenommen.</li> <li>2) Teilnehmer äußerten das Bedürfnis einer Lieferung und Erklärung des Manuals durch das Healthcare-Team</li> </ol>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Ubbink et al. 2014</b></p> <p>Which Reasons Do Doctors, Nurses, and Patients Have for Hospital Discharge? A Mixed-Methods Study</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b>            Beobachtung: 426 Patienten            Befragung: 269 Patienten            Interviews: 27 Ärzte, 13 nurses            Fokusgruppe: 7 senior nurses</p> <p><b>Zeitraum:</b>            03/2011-09/2011</p> <p><b>Setting:</b>            Universitätsklinikum der tertiären Versorgungsstufe, 14 Stationen (8x Chirurgie, 5x Pädiatrie, 1x Neurologie)</p>	<p><b>Ziel:</b>            Definition von relevanten Entlasskriterien, wie sie von Ärzten, Pflegepersonal und Patienten wahrgenommen werden. Sammlung von tatsächlichen Gründe und der wichtigsten medizinischen und organisatorischen Kriterien für die Entlassung aus Sicht aller Stakeholder.</p> <p><b>Methode:</b>            Mixed-Methods Study</p> <p>1) Beobachtungen während der täglichen Runden von Ärzten, Pflegepersonal und Patienten während ihres Krankenhausaufenthalts            2) Patientenbefragung            3) Interviews            4) Fokusgruppe</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Die am häufigsten verwendeten Kriterien für eine Entlassung waren klinische, organisatorische und patientenbezogene Faktoren.</p> <p>2) Ein Drittel der erwachsenen Patienten und fast die Hälfte der Kinder (bzw. deren Eltern) fühlten ihre persönliche Situation und ihren Unterstützungsbedarf für zu Hause als ungenügend berücksichtigt.</p> <p>3) Patienten waren am wenigstens zufrieden mit Informationen darüber, was sie nach Entlassung tun dürfen oder vermeiden sollten und ihre Einbeziehung bei der Entlassungsplanung.</p> <p>4) Ernste aber nicht medizinische Probleme wurden von allen Beteiligten als wichtige Themen benannt, die überprüft werden müssen.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b>            Es könnte eine Reihe von Entlassungskriterien festgelegt werden, die für eine einheitliche Krankenhaus-entlassungspolitik nützlich sein könnten und helfen, unnötige Aufenthaltsdauer zu reduzieren und die Patientenzufriedenheit zu verbessern.</p>
<p><b>Van Sluisveld et al. 2012</b></p> <p>Medication rec-</p>	<p><b>Stichprobe:</b>            20 Gesundheits-professionelle eines Krankenhauses und nie-</p>	<p><b>Ziel:</b>            Barrieren evaluieren, die einem erfolgreichen Medikamentenabgleich im Wege stehen.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Der Abgleich von Medikamenten im Rahmen der Entlassung soll die Fehler bei der Medikation vermeiden helfen. Barrieren bei</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>conciliation at hospital admission and discharge: insufficient knowledge, unclear task reallocation and lack of collaboration as major barriers to medication safety</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p>dergelassene Gesundheitsdienstleister</p> <p><b>Zeitraum:</b> 12/2010-05/2011</p> <p><b>Setting:</b> 953-Betten Uniklinik und community health service in den Niederlanden</p>	<p><b>Methode:</b> persönliche halbstrukturierte Interviews, qualitatives Design</p>	<p>der Nutzung eines Medikamentenabgleich sind u.a. mangelndes Wissen, fehlende Aufmerksamkeit gegenüber dem gesundheitlichen Problem, Häufigkeit von Medikamentenfehlern ist nicht bekannt, ebenso wenig die Wirkung auf den Zustand des Patienten.</p> <p>2) Diese Faktoren müssen im Rahmen der Implementation des Medikamentenabgleichs adressiert werden, um behoben werden zu können. Wichtig dabei sind insbesondere eine verbesserte multiprofessionelle Kooperation und Kommunikation. Ärzte beispielsweise vertrauen Medikamentenlisten nicht, wenn Pharmakologen oder Krankenschwestern die Anamnese der Medikation vorgenommen haben. Zudem liegen bei ihnen Vorbehalte vor, diesen Berufen Aufgaben zuzuweisen. Im Ergebnis kommt es zu einem mangelhaften Austausch und einem „Nebenher statt Miteinander“, das besonders anfällig für Fehler ist.</p>
<p><b>Velligan et al. 2016</b></p> <p>Following AACP Guidelines for Transitions in Care: The Transitional Care Clinic.</p> <p>Evidenzlevel 4</p>	<p>Keine empirische Studie</p> <p><b>Setting:</b> Transitional Care Clinic an der Universität Texas, Health Science Center (San Antonio), Evaluierung der implementierten Praxis seit April 2012</p>	<p><b>Ziel und Methode:</b> Beschreibung von Leitlinien für die Überleitung chronisch psychisch erkrankter Patienten aus der stationären Betreuung nach Hause: Praxis der „Transitional Care Clinic“ an der Universität Texas, Health Science Center (San Antonio).</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Phase der Überleitung ist sehr kritisch für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Chronisch psychiatrisch kranke Menschen erleben häufig Misserfolge nach der Entlassung aus einer stationären Versorgung nach Hause.</p> <p>Die TCC (Transitional Care Clinic) der Universität von Texas hat Leitlinien für die Überleitung chronisch psychisch erkrankter Patienten implementiert. Dazu gehört eine aktive Zusammenarbeit mit den Kliniken und ein Web-basiertes Überweisungssystem, mit dem</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p>Krankenhausmitarbeiter schon vom Krankenhaus TCC-Termine für die Patienten vereinbaren können, direkt für den Tag nach Entlassung.</p> <p>Eine gute Überleitung ist zentral wichtig, um das Risiko von Rezidiven zu senken und die Behandlungserfolge zu verbessern. Kreative Ansätze wie im Beispiel der TCC der Universität Texas können helfen, Leitlinien für die Überleitung in die Praxis umzusetzen.</p>
<p><b>Verschuur et al. 2009</b></p> <p>Nurse-led follow-up of patients after oesophageal or gastric cardia cancer surgery: a randomised trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 109 Patienten Interventionsgruppe: n = 54 Kontrollgruppe: n = 55</p> <p><b>Zeitraum:</b> 01/2004 -02/2006</p> <p><b>Setting:</b> Patienten nach Operation aufgrund von Speiseröhren- oder Magenkrebs</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung folgender Indikatoren: allgemeine sowie krankheitsbezogene Lebensqualität, Patientenzufriedenheit, Kosten</p> <p><b>Intervention:</b> 2 Untersuchungsgruppen: eine mit Standard-Follow-Up (Kontrollgruppe) und eine mit Hausbesuchen durch Pflegekräfte (Interventionsgruppe)</p> <p>Datenerhebung nach 6 Wochen sowie 4, 7 und 13 Monaten nach Krankenhausentlassung.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Die Werte der verwendeten Skalen für Lebensqualität waren in beiden Gruppen annähernd gleich.</li> <li>2) Die Patientenzufriedenheit war in der Interventionsgruppe leicht erhöht.</li> <li>3) In Bezug auf die meisten medizinische Faktoren waren keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen erkennbar.</li> <li>4) Die Behandlungskosten waren in der Interventionsgruppe etwas geringer.</li> </ol> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Pflegerisches Follow-Up für diese Patientengruppe (Oesophageal oder Gastric Cardia Krebs) beeinflusst die Patientenzufriedenheit und die empfundene Lebensqualität kaum. Es ist hingegen wahrscheinlich kosteneffektiver als das Standard Follow-Up durch Ärzte.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Virgolesi et al. 2017</b></p> <p>The effectiveness of a nursing discharge program to improve adherence's medication and the satisfaction of patients in the PICU</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> N = 135 Patienten</p> <p><b>Zeitraum:</b> 01/2013-06/2013</p> <p><b>Setting:</b> Patienten von psychiatrischen Intensivbehandlungsstationen (psychiatric intensive care units, PICUs) in Rom, Italien</p>	<p><b>Ziel:</b> Beobachten, inwieweit ein pflegerischer Entlassungsplan basierend auf Informationsinterventionen durch das Pflegepersonal, direkte Verteilung von Krankenhausmedikamenten und Follow-Up-Anrufe bezüglich der Förderung der Therapietreue und der Verbesserung der Patientenzufriedenheit bzgl. der Behandlung wirksam ist.</p> <p><b>Methode:</b> Prospektives Korrelationsdesign. Messungen mit folgenden Instrumenten: Morisky Medication Adherence Scale, Satisfaction with Information about Medicine Scale und General Satisfaction Questionnaire</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Patienten, die mehr Informationen bezüglich ihres Gesundheitszustandes und bezüglich dem, was mit Ihnen nach dem Krankenhausaufenthalt geschieht erhielten, hatten eine höhere Therapietreue.</p> <p>2) Patienten, die mit der pflegerischen Versorgung zufrieden waren, hatten eine höhere Rate bezgl. Ihrer Therapietreue.</p>
<p><b>Wallace et al. 2016</b></p> <p>Readiness for Hospital Discharge, Health Literacy, and Social Living Status</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 70 Patienten und 21 nurses</p> <p><b>Zeitraum:</b> nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b> Ländliche Veteranen, die nach akuter Aufnahme im Krankenhaus nach Hause entlassen wurden. 45-Betten-Medizinisch/Chirurgischer Service des Iowa City VA Health Care System</p>	<p><b>Ziel:</b> Besseres Verständnis, ob und wie die Bereitschaft zur Entlassung (readiness for hospital discharge) von persönlichen Eigenschaften einschließlich der Gesundheitskompetenz abhängt. Verständnis, ob die von der Pflege bewertete Bereitschaft zur Entlassung (readiness for hospital discharge) sich durch die persönlichen Eigenschaften unterscheidet. Die Hypothese dieser Studie ist, dass die persönlichen Eigenschaften der Patienten einschließlich der Gesundheitskompetenz mit der Bereitschaft zur Entlassung (readiness for hospital discharge) aus Patienten- und Pflegepersonalsicht assoziiert sind.</p> <p><b>Methode:</b> Prospektive Studie mit Fragebogen, der den Patienten am Entlassungstag ausgehändigt wurde, zusätzlich Messung der Bereitschaft zur Entlassung (readiness for hospital discharge) mit Pt-RHDS (Patient-Perceived Readiness for Hospital Discharge Scale) und Messung der Gesundheitskompetenz mit NVS (Newest Vital Sign).</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Unterschiede in der RHDS-Subskala „Knowledge“ wurden bei den Kompetenzleveln gefunden. Diejenigen mit geringer oder inadäquater Gesundheitskompetenz gaben an weniger Wissen erhalten zu haben (p = 0.03)</p> <p>2) Unterschiede in der RHDS-Subskala „Erwarteter Bedarf“ wurden bei denjenigen gefunden die nicht verheiratet sind und/oder alleine leben. Diese sehen eine geringere Unterstützung vorher (p = &lt;0.001)</p> <p>3) Keine weiteren Unterschiede zwischen persönlichen Eigenschaften und RHDS</p> <p>4) Ähnliche Unterschiede wurde in der Version des RHDS für Pflegekräfte gefunden</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		<p>Außerdem RN-RHDS (Nurse-Perceived Readiness for Hospital Discharge) durch Pflegepersonal.</p> <p>Anschließend bivariate Analyse.</p>	<p><b>Schlussfolgerung:</b> Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die RHDS als geeignet erscheint, Unterschiede in Gesundheitskompetenz und der sozialen Umgebung zu erfassen, zusätzlich zur Evidenz bei der Erfassung von Patienten mit Risiko bei Entlassung und zur Planung von Interventionen für diese.</p>
<p><b>Weaver et al. 2014</b></p> <p>Follow-Up Care Experiences and Perceived Quality of Care Among Long-Term Survivors of Breast, Prostate, Colorectal, and Gynecologic Cancers</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> N = 1490 Überlebende</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2005-2006</p> <p><b>Setting:</b> Überlebende nach Brust-, Prostata-, Kolorektal-, Endometrial- und Ovarialkarzinom (4 bis 14 Jahre nach Diagnose). Entnommen aus dem kalifornischen SEER Krebsregister</p>	<p><b>Ziel:</b> Beschreibung der Rückmeldung von Überlebenden bezüglich der Follow-up care, der Wahrnehmung, welche Versorger (providers) in die Follow-up care involviert sind und welcher der wichtigste ist sowie Beschreibung von Gründen eine Follow-up Care zu erlangen. Zusätzlich wurden Korrelationen zwischen Follow-up care Information und wahrgenommener Follow-up care Qualität identifiziert.</p> <p><b>Methode:</b> Populationsbasierte Querschnittstudie</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Die meisten Überlebenden berichteten von kürzlichem Follow-up (68,7%), allgemein nur von onkologischen Spezialisten (47,7%) oder aufgeteilt zwischen Onkologie und primary care providers (PCPs) (27.6%).</li> <li>2) Die meisten Überlebenden berichteten von einer Follow-up care Beratung (79,9%), weniger berichteten von einer Beratung zu Spätfolgen oder einer Behandlungszusammenfassung (41.7% und 19.9%)</li> <li>3) Überlebende, die einen primary care provider als ihren Hauptnachsorgearzt identifizierten, bewerteten ihre Behandlung mit höherer Wahrscheinlichkeit mit hoher Qualität als die Überlebenden, die einen Onkologen als Hauptnachsorgearzt identifizierten. (odds ratio [OR], 2.56; 95% CI, 0.98 to 6.74)</li> <li>4) Überlebende, die keinen Hauptnachsorgeanbieter identifizieren konnten, berichteten seltener von hoher Qualität. (OR, 0.20; 95% CI, 0.08 to 0.50).</li> </ol>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p>5) Verglichen mit einem Follow-up ausschließlich durch einen Onkologen wurde die Qualität der Behandlung ausschließlich durch einen PCP als geringer bewertet. (OR, 0.34; 95% CI, 0.13 to 0.91)</p> <p>6) Es gab allerdings keinen signifikanten Unterschied, wenn die Behandlung nur durch einen Onkologen oder aufgeteilt zwischen Onkologie und PCP erfolgte.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Langzeit-Überlebende berichten über die Follow-up Care gewöhnlich Jahre nach der Diagnose. Dennoch sind die Follow-up Lücken vieler Patienten wichtige Komponenten. Die Follow-up Care wird wahrscheinlich besser bewertet, wenn ein Hauptanbieter identifiziert und ein onkologischer Spezialist beteiligt ist.</p>
<p><b>Webster et al. 2011</b></p> <p>The effectiveness of protocol drive, nurse-initiated discharge in a 23-h post surgical ward: A randomized controlled trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 131 Kontrollgruppe: n = 74 Interventionsgruppe: n = 57</p> <p><b>Zeitraum:</b> 06/2005</p> <p><b>Setting:</b> Ein großes Metropolitan Hospital in Queensland, Australien</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung des Einflusses eines protokollgesteuerten, krankenschwesterinitiierten Entlassungsprozesses auf Entlassungszeit, Patientenzufriedenheit und unerwünschte Ereignisse.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design 2 Gruppen: Protocol-driven, nurse initiated und übliche Pflege</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Von allen Teilnehmern wurden nur 62,6 % pünktlich um 09:00 Uhr entlassen</p> <p>2) signifikanter Unterschied: in der Interventionsgruppe wurden 78.9 % um 09:00 Uhr entlassen, in der Kontrollgruppe nur 50.0%</p> <p>3) durchschnittliche Aufenthaltsdauer : 16.5 Stunden. Hier gab es keine Differenzen zwischen den Gruppen</p> <p>4) Auch die Zufriedenheit war in beiden Gruppen vergleichbar hoch.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p><b>Schlussfolgerungen:</b> Der protokollgesteuerte, pflegeinitiierte Entlassungsprozesses führt dazu, dass mehr Patienten pünktlich um 09:00 Uhr entlassen werden können, ohne dass dabei die Patientenzufriedenheit leidet.</p>
<p><b>Weiss et al 2008</b></p> <p>Readiness for Discharge in Parents of Hospitalized Children</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n=135</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b> Kinderkrankenhaus im Mittleren Westen (USA)</p>	<p><b>Ziel:</b> Identifikation von Prädiktoren und Outcomes bezüglich der elterlichen Wahrnehmung ihrer eigenen Bereitschaft zur Entlassung ihres Kindes aus dem Krankenhaus. Spezifische Ziele: Ermittlung der Beziehung zwischen Eltern, Kind und Merkmale Hospitalisierung und elterlicher Bereitschaft für Entlassung; Krankenpflegeaktivitäten (Schulung bezüglich Entlassung und Koordination der Betreuung) und elterlicher Bereitschaft für Entlassung; elterliche Bereitschaft für Entlassung und Bewältigung von Schwierigkeiten nach Entlassung; elterliche Bereitschaft für Entlassung und Inanspruchnahme von Unterstützung und Gesundheitsdienste</p> <p><b>Intervention:</b> Inhalte Teaching: Hören, Empfindlichkeit, Verständlichkeit, Timing, Konsistenz, Vertrauensförderung, Angstreduzierung Eltern reflektierten insg. hohe Bereitschaft zur Entlastung, qualitativ hochwertige Lehre und Bewältigung von Schwierigkeiten nach Entlassung</p> <p><b>Methode:</b> Quantitativ, Ermittlung von Korrelationen</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Ein Drittel berichtete über die Notwendigkeit, sich Rat bei Freunde und Familie zu holen; häufige Kontakte mit „providern“ in den ersten 3 Wochen nach Entlassung.</p> <p>2) Mehr als ein Drittel der TN rief den provider an, um Fragen zu stellen oder Bedenken zu äußern.</p> <p>3) 79% Office- oder Klinikbesuch.</p> <p>4) Ca. ¼ hatte außerplanmäßigen office- oder Klinikbesuch (Gründe dafür: Bedenken hinsichtlich der Medikamente, Weinen, Füttern, Atemwegserkrankungen, Verstopfung, Schmerzen, Krampfanfälle, Equipment).</p> <p>5) 15% der Kinder wurden erneut im KH aufgenommen (Probleme: Magen-Darm, Herz, Atemwegserkrankungen, Schmerzen, Infektion).</p> <p>6) Übermittlung von discharge teaching durch nurses ist der einzige signifikante Prädiktor bezüglich elterlicher Bereitschaft zur Krankenhausentlassung (im finalen Vorhersagemodell)</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p>von RHDS).</p> <p>7) Pflegekräfte wirken positiv auf Entlassungsprozess ein.</p>
<p><b>Weiss and Lokken 2009</b></p> <p>Predictors and outcomes of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth.</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n=141</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b> Midwestern tertiary perinatal center</p>	<p><b>Ziel:</b> Identifizierung von Prädiktoren und Outcomes hinsichtlich der Wahrnehmung von Müttern nach Geburt bezüglich ihrer Bereitschaft zur Krankenhausentlassung</p> <p><b>Methode:</b> Quantitatives Design, Analyse von Korrelationen</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Qualität von discharge teaching, speziell die Differenz in Menge der Information die benötigt und gegeben wurde und die Fähigkeiten der Krankenschwestern hinsichtlich von discharge teaching, erklärten 38% der Unterschiede in postpartum mothers' Wahrnehmung der Entlassungsbereitschaft.</p> <p>2) Punktzahl Bereitschaft zur Entlassung erklärten 22% der Unterschiede hinsichtlich der Bewältigung von Schwierigkeiten nach Entlassung.</p> <p>Fähigkeiten der Krankenschwestern hinsichtlich discharge teaching, Bewältigung von Schwierigkeiten, 3) Patienteneigenschaften, birth hospitalization factors waren Prädiktoren hinsichtlich Inanspruchnahme familiärer Unterstützung und Gesundheitsanbieter nach Entlassung.</p>
<p><b>Weiss et al. 2010</b></p> <p>Nurse and Patient Perceptions</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 162 medizinisch-chirurgische Patienten und deren Pflegekräfte</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung des Zusammenhangs zwischen RHDS aus Patienten-/Pfleger-Sicht und Wiederaufnahme bzw. Notaufnahme nach Entlassung</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Korrelation zwischen pflegerischen Assessment und Patientenerwartungen ist gering (r = 0.15-0.32).</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>of Discharge Readiness in Relation to Postdischarge Utilization</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Zeitraum:</b> nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b> Entlassung von Krankenhaus nach Hause. 16 medizinisch-chirurgische Stationen in 4 Krankenhäusern (2 teaching and 2 community hospitals) mit 197-730 Betten im Non-Profit (magnet-designated) Midwestern Gesundheitssystem</p>	<p><b>Methode:</b> Regressionsanalyse</p>	<p>2) Pflegekräfte bewerteten die Bereitschaft der Patienten höher als die Patienten selbst.</p> <p>3) Patienteneigenschaften und Einschätzung der Pflegekräfte (<math>p = 0,05</math>) war mit Wiederaufnahme oder Notaufnahmebesuch assoziiert. Die Einschätzung des Patienten selbst nicht.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Das Formalisieren des pflegerischen Assessments der RHDS könnte vor der Entlassung die Identifikation von Patienten mit Risiko für eine Wiederaufnahme oder Notaufnahmebesuch erleichtern, sodass vorausschauende Interventionen vermeidbare Wiederaufnahmen oder Notaufnahmebesuche verhindern können.</p>
<p><b>Weiss et al. 2014</b></p> <p>Validation of Patient and Nurse Short Forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and Their Relationship to Return to the Hospital</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 254 Patienten und deren „discharging nurses“</p> <p><b>Zeitraum:</b> Mai – November 2011</p> <p><b>Setting:</b> Medizinisch-chirurgische Stationen eines tertiären Krankenhauses im Osten der USA</p>	<p><b>Ziel:</b> Validierung des RHDS-Assessment in der Kurzform aus Perspektive der Patienten und des Pflegepersonals und dessen Assoziation mit der 30-Tage-Wiederaufnahmerate und der Notaufnahmebesuche</p> <p>Pflegekräfte und Patienten vervollständigten unabhängig voneinander die RHDS mit 8 Items am Tag der Entlassung. Patientenmerkmale, Wiederaufnahmen und Notaufnahmebesuche wurden elektronisch abstrahiert.</p> <p><b>Methode:</b> Prospektives, Längsschnittdesign mit multinominaler logistischer Regressionsanalyse</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Eine niedrige Bewertung der Entlassungsbereitschaft durch die Pflege war mit einer sechs- bis neunfachen Erhöhung des Wiederaufnahmerisikos verbunden.</p> <p>2) Das Patienten Selbst-Assessment war weder mit Wiederaufnahmen noch mit Notaufnahmebesuchen assoziiert.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Die RHDS aus pflegerischer Sicht sollte zu bestehenden Strategien hinzugefügt werden, um das Wiederaufnahmerisiko zu identifizieren.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Weiss et al. 2017</b></p> <p>Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 194</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b> zwei Einheiten einer Klinik in einem pädiatrischen Krankenhaus (Midwest / USA).</p>	<p><b>Ziel:</b> Die Studie untersuchte den Zusammenhang der Wahrnehmung von Eltern, deren Kinder einen Krankenhausaufenthalt verbrachten, mit welcher Qualität sie auf die Entlassung nach Hause vorbereitet wurden und die Einschätzung einerseits der Pflegekräfte andererseits der Eltern, wie hoch ihre Bereitschaft/ihr Vorbereitetsein für die Entlassung nach Hause ist.</p> <p>Es wurde mit der „Quality of Discharge Teaching Scale“ (QDTS) gearbeitet, mit der die Vorbereitung auf die Entlassung durch edukative Maßnahmen eingeschätzt werden kann:</p> <p>Unter „Discharge Teaching“ werden alle Maßnahmen zusammengefasst, die der Patient erhalten hat, um ihn auf den Umgang mit der poststationären Periode vorzubereiten.</p> <p>Die QDTS für junge Mütter enthält 19 Items. Es wird ein ähnliches Formular wie bei der RHDS verwendet. In den Subskalen wird ermittelt, welche Schulungsinhalte die Patientinnen erhalten haben und welche sie benötigen. Auch die Kompetenzen der Pflegefachkräfte, die die Edukation vornehmen, wird bewertet, so zum Beispiel ihre Fähigkeiten, gut zuhören zu können oder kompetent auf Fragen zu antworten.</p> <p>Daten wurden am Tag der Entlassung und drei Wochen nach der Entlassung mittels Skalen erhoben. Zusätzlich wurden elektronische Daten genutzt (Daten zu Wiedereinweisungen und Besuchen der Notfallaufnahme)</p> <p><b>Methode:</b> Langzeit-Pilotstudie zu Selbstmanagement von Familien, Vorbereitung auf die Entlassung. Es wurde ein Regressionsmodell zur Untersuchung der Korrelationen genutzt.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Es gibt einen sequentiellen Effekt der Qualität des „Discharge Teaching“ auf die Bereitschaft der Eltern, das ihr Kind nach Hause entlassen wird: Die Qualität der Edukation wirkt sich auf das Coping der Eltern aus und auch auf die Wiedereinweisungsraten ihrer Kinder.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Bemühungen, die Entlassungsplanung zu verbessern, sollten unbedingt Strategien beinhalten, um die Kompetenzen der Pflegefachkräfte im Bereich Edukation zu verbessern. Zusätzlich sollten Pflegekräfte mit Assessmentinstrumenten arbeiten, um die Kinder in Behandlung zu identifizieren, die ein hohes Risiko der Wiedereinweisung haben.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Wen et al. 2016</b></p> <p>Registered Nurses and Discharge Planning in a Taiwanese ED: A Neglected Issue?</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> N = 25 Pflegefachpersonen in Notaufnahmen</p> <p><b>Zeitraum:</b> 07/2011-09/2011</p> <p><b>Setting:</b> Notaufnahme eines städtischen Krankenhauses in Taiwan</p>	<p><b>Ziel:</b> Identifikation von Erwartungen der Pflegekräfte in Notaufnahmen bezüglich Faktoren, die die Einführung von Entlassungsplanung beeinflussen.</p> <p><b>Methode:</b> Qualitatives Design mit tiefgründigen Interviews und Aufzeichnungen der Organisation der Entlassungsplanung.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Faktoren, die die Entlassungsplanung beeinflussen wurden in drei Kategorien gruppiert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Entlassungsplanung als ein vernachlässigtes Thema</li> <li>2) hohe Arbeitsbelastung</li> <li>3) Negative Haltung von Patienten und deren Familien bzgl. der Notaufnahme.</li> </ol> <p>Die Studie hob die Notwendigkeit einer effektiven Entlassungsplanung als essenzielle klinische Kompetenz für Pflegekräfte in der Notaufnahme, die ihre tägliche Arbeitsbelastung einfließt, hervor.</p> <p>Die Pflegekräfte stellten fest, dass die Organisationskultur und die Einstellungen von Eltern und Angehörigen Hindernisse bei Anleiten zur Entlassung in einer Notaufnahme darstellen.</p>
<p><b>Wennberg et al 2010</b></p> <p>A Randomized Trial of a Telephone Care-Management Strategy</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 174.120</p> <p>Interventionsgruppe: n = 87.243</p> <p>Kontrollgruppe: n = 86.877</p> <p><b>Zeitraum:</b> Juli 2006 – Dezember 2007</p> <p><b>Setting:</b></p>	<p><b>Ziel:</b> Bewertung der Wirksamkeit einer telefonbasierten care-management-Strategie auf die medizinischen Kosten und Ressourcennutzung</p> <p><b>Intervention:</b> Inhalte „Coaching: Selbstmanagement; hinsichtlich Medikation, 19 Trainer kontaktierten Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen worden um Entlassungsanweisungen zu prüfen, erklären, bestärken; bestärkten Patienten bezüglich Verhaltensänderungen, z.B, Anpassung Ernährung, schulten Patienten im Engagement für Entscheidungsfindungen, z. B. Behandlungs-</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) vor Beginn waren medizinischen Kotsen und Ressourcennutzung (resource utilization) in beiden Gruppen ähnlich</li> <li>2) nach 12 Monaten, 10.4% of the enhanced-support Gruppe und 3.7% der usual-support Gruppe erhielten Telefoninterviews</li> <li>3) durchschnittliche medizinische und pharmazeutische Kosten in der enhanced-support Gruppe waren 3,6% (\$7.96) niedriger als die</li> </ol>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	USA	<p>möglichkeiten bei Hüftarthrose; Trainer nutzen personenzentrierte Software, ergänzten Telefonkommunikation durch Zusenden von Weblinks, Video, Druckmaterialien.</p> <p><b>Outcomes:</b> Medizinische Gesamtkosten und Anzahl von Krankenhaus aufnahmen nach einem Jahr</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p>Kosten in der usual-support group (\$213.82 vs. \$221.78, P = 0.05)</p> <p>4) 10.1% Reduktion der jährlichen Krankenhausaufnahmen (P&lt;0.001) machten den größten Teil der Einsparungen aus. Die Kosten der Intervention betragen weniger als \$2.00 pro Person/Monat</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Telefonisches Care-Management konnte die medizinischen Kosten und Krankenhausbesuche erfolgreich verringern.</p>
<p><b>Wieslander et al. 2013</b></p> <p>Factors influencing female patients' recovery after their first myocardial infarction as experienced by cardiac rehabilitation nurses</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 20 cardiac rehabilitation nurses (CRN)</p> <p><b>Zeitraum:</b> 04/2010-12/2010</p> <p><b>Setting:</b> Weibliche Patienten nach ihrem ersten Herzinfarkt, 10 Krankenhäuser (4 Universitäts-, 3 County- und 3 District-Krankenhäuser) in Schweden</p>	<p><b>Ziel:</b> Herausfinden der Erfahrungen von CRNs bezüglich der Faktoren, die die Erholung von weibl. Patienten nach deren erstem Herzinfarkt beeinflussen.</p> <p>Beschreibung CRN: Arbeit in einem kardiologischen Rehabilitationsprogramm mit körperlichem Training, Edukation, Risikofaktormodifikation, medizinischen Check-Ups, medikamentöser Behandlung, psychosozialer Unterstützung und Beratung und beruflicher Rehabilitation. Mitglied in einem multidisziplinären kardiologischen Rehabilitationsteam.</p> <p><b>Methode:</b> Qualitatives und deskriptives Design mit Interviews und qualitativer Inhaltsanalyse</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die CRNs hatten die Erfahrung, dass die Erholung der Frauen nach einem ersten Herzinfarkt davon beeinflusst wird, ob sie einen unterstützenden Kontext hatten, ob sie die Fähigkeit hatten die Belastungen des Lebens zu bewältigen, ob sie in ihre eigene persönliche Behandlung involviert werden wollten und in welcher Beziehung sie zu sich selbst standen.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Die Erholung der Frauen nach einem Herzinfarkt war sowohl von Umgebungsfaktoren, als auch von individuellen Faktoren beeinflusst.</li> <li>2) Die zugrundeliegende Bedeutung der Erholung von Frauen kann als Übergangsprozess einer Erholung zur Gesundheit beschrieben werden.</li> <li>3) Unsere Ergebnisse lassen vermuten, dass</li> </ol>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p>ein Fokus auf personenzentrierte Pflege von Vorteil wäre, um die persönliche und einzigartige Erholung von Frauen nach einem Herzinfarkt zu fördern.</p> <p>4) Es ist wichtig auch die Erfahrung der CRNs bzgl. männlicher Patienten zu untersuchen.</p>
<p><b>Wilson, K. et al. 2013</b></p> <p>Follow-up care in cancer: adjusting for referral targets and extending choice</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 64 (38 Patienten, 26 carer)</p> <p><b>Zeitraum:</b> 05/2006-01/2007</p> <p><b>Setting:</b> Krebs-Patienten eines regional cancer centre (RCC), eines non-teaching acute trust oder aus Selbsthilfegruppen in Nord-West England und deren versorgenden Angehörige</p>	<p><b>Ziel:</b> Herausfinden der Perspektiven von Patienten und den Versorgenden (familiäre Angehörige) bezüglich der Flexibilität und Empfänglichkeit von Krebsangeboten (cancer services). Fokus auf Überweisung, nachfolgende ambulante Termine und Einstellung des ambulanten Follow-ups.</p> <p><b>Methode:</b> Face-to-face-Interviews, qualitatives Studiendesign, Auswertung mit qualitativer Analysesoftware. Grundlage: Grounded Theory</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Die Studie ergab eine herausragende Themen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Auswahl und Empfänglichkeit während der Überweisung</li> <li>2) Flexibilität und Empfänglichkeit nachfolgender ambulanter Termine</li> <li>3) Verhandlung des Ende des Follow-Ups</li> </ol> <p>Es scheint, dass die Politik bzgl. notwendiger Überweisungen die Praxis bzgl. geplanter Termine und Kontinuität des Follow-ups negativ beeinflussen könnte.</p>
<p><b>Wohl et al. 2011</b></p> <p>Intensive Case Management Before and After Prison Release is No More Effective Than Comprehensive</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 89 HIV-infizierte Inhaftierte ab 18 Jahre BCM: n = 43 (bridging case management) SOC: n = 46 (standard of care)</p> <p><b>Zeitraum:</b> keine Angaben</p>	<p><b>Ziel:</b> Prüfung der Wirksamkeit einer intensiven Case-Management-Maßnahme beginnend 3 Monate vor und 6 Monate nach Freilassung im Vergleich zum Standard Entlassungsprogramm mit dem Ziel: Erleichterung des Zugangs und der Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung nach Freilassung und Verringerung der Re-Inhaftierungsrate</p> <p>BCM: Case-Manager begleitet Klienten bis 6 Monate nach Freilassung Setzen von lang- und kurzfristigen Zielen, Strategien zur</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Keine signifikanten Unterschiede beider Gruppen bzgl. der Anzahl an Teilnahme an medizinischen Vereinbarungen, Inanspruchnahme von social service und erneuter Haft.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>Pre-Release Discharge Planning in Linking HIV-Infected Prisoners to Care: A Randomized Trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Setting:</b> Staatliches Gefängnis in North Carolina, USA</p>	<p>Zielerreichung unter Einbeziehung der Ressourcen der Klienten) Standard (SOC): Krankenschwester entwickelte Entlassungsplan; arbeitet mit Insassen 3-6 Monate vor Entlassung zusammen (verwies auf Kliniken, soziale Dienstleistungen, Quellen der Medikamentenkostenabdeckung, Unterbringungsmöglichkeiten); trafen sich etwa 3 mal vor der Freilassung mit Insassen; ohne unterstützende Dienste oder Nachbetreuung nach Entlassung im Gegensatz zu BCM</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	
<p><b>Wolff-Menzler et al. 2016</b></p> <p>Aufnahme- und Entlassentscheidungen in der Psychiatrie. Der 7-Tage-Zyklus: Analyse auf Grundlage der VIPP-Datenbank</p> <p>Evidenzgrad 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 436.396 Fälle, davon: 381.637 vollstat. Fälle 54.759 teilstat. Fälle</p> <p>2010: 44 Einrichtungen 116.628 vollstat. Fälle 15.734 teilst. Fälle</p> <p>2011: 49 Einrichtungen 132.463 vollstat. Fälle 48.927 teilst. Fälle</p> <p>2012: 49 Einrichtungen 132.546 vollstat. Fälle 20.098 teilst. Fälle</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2010-2012</p>	<p><b>Ziel:</b> Der Beitrag untersucht das Aufnahme- und Entlassungsverhalten deutscher psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser. Anhand der Verteilung der Aufnahmen und Entlassungen auf die einzelnen Wochentage werden Aussagen über ein auf eine systematische Verweildauerausdehnung ausgelegtes Entlassungsmanagement getroffen. Insbesondere wird die Behandlungsausdehnung über das Wochenende betrachtet.</p> <p><b>Methode:</b> Sekundäranalyse der Daten des VIPP-Projektes (versorgungsrelevante Indikatoren in der Psychiatrie und Psychosomatik), welches im Auftrag von Fachgesellschaften Routinedaten psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen zusammen-trägt und verwaltet, wird die Verteilung der Aufnahmen und Entlassungen auf die Wochentage auf aggregierter und diagnosespezifischer Ebene ermittelt.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Aufnahmen erfolgen mehrheitlich in den ersten drei Wochentagen. Die meisten Entlassungen fallen auf einen Freitag. Der Montag ist neben Samstag und Sonntag der Wochentag mit den geringsten Entlassungen. Die Analyse der Entlasstage bezogen auf die Verweildauer ergab, dass ein 7-TageZyklus beobachtet werden kann.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Die Ergebnisse sprechen gegen eine systematische Verweildauerausdehnung über das Wochenende hinaus, da der Freitag und nicht der Montag die meisten Entlassungen aufweist. Vor dem Hintergrund der Umstellung des Entgeltsystems wird zukünftig die Entwicklung der Verteilung der Entlassungen und Änderungen der Leistungsmenge zu beobachten sein.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	<p><b>Setting:</b> Aufnahme und Entlassungen in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern in Deutschland</p>		
<p><b>Wong et al. 2008</b></p> <p>Can home visits help reduce hospital readmissions? Randomized controlled trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 382 Interventionsgruppe: n = 166 Kontrollgruppe: n = 166</p> <p><b>Zeitraum:</b> 2003–2005</p> <p><b>Setting:</b> Studie fand in drei Kliniken in Hong Kong statt. Ausgewählt wurden Patienten mit Atembeschwerden, Herz- oder Nierenbeschwerden oder allgemeinen Symptomen wie Schwindel. Bei Entlassung war keine Wiederaufnahme geplant.</p>	<p><b>Ziel:</b> Prüfung ob Hausbesuche Krankenhauswiedereinweisungen reduzieren können</p> <p><b>Intervention:</b> Eine Kontrollgruppe hat die übliche Behandlung erfahren, die Studiengruppe hat während 30 Tagen nach der Entlassung Hausbesuche durch Gemeindeschwestern erhalten. Die Hausbesuche waren teilweise kombiniert mit telefonischen Kontakten.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Patienten der Interventionsgruppe signifikant zufriedener mit Betreuung</p> <p>2) keine signifikanten Unterschiede bezüglich der anderen outcomes, einschließlich Krankenhauswiedereinweisungen, ADL-Punktzahl, selbst wahrgenommene Zufriedenheit, selbst wahrgenommene Gesundheit</p> <p>3) Hausbesuche haben die Wiedereinweisungsraten nicht beeinflusst.</p>
<p><b>Wong et al. 2010</b></p> <p>Evaluation of a nurse-led disease management programme for</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 98 Interventionsgruppe: n = 49 Kontrollgruppe: n = 49</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung, ob die Studiengruppe, die ein „Disease Management“ erhielt verbessert werden konnte. Dazu wurden Outcomes zu Beginn (Baseline, O1), nach 7 Wochen bei Vervollständigung des Programms (O2) und nach 13 Wochen (O3) verglichen.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Außer beim Schlaf war zu Beginn der Messung kein Unterschied zwischen Studien- und Kontrollgruppe festzustellen.</p> <p>2) Zum Zeitpunkt O2 wurden signifikante Unterschieden im Grad der Non-Adhärenz bei</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>chronic kidney disease: A randomized controlled trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b> Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz aus zwei Nierenzentren in Hongkong</p>	<p><b>Outcomes:</b> Non-Adhärenz bzgl. der Ernährung, Ausscheidung (fluid), Dialyse und Medikation, Lebensqualität, Zufriedenheit, Symptom-Kontrolle, Komplikations-Kontrolle, Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p>der Ernährung, dem Schlaf, Symptomen, Ermüdung des Personals, allgemeiner Gesundheit und Zufriedenheit. (<math>p &lt; 0.05</math>)</p> <p>3) Nachhaltige Effekte zum Zeitpunkt O3 waren bei CAPD, dem Grad der Non-Adhärenz, Schlaf, Symptome und Effekt der Nierenerkrankung festgestellt.</p>
<p><b>Wong, E. et al. 2011</b></p> <p>Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline health-care professionals.</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 41, darunter: 9 Physicians, 13 Nurses, 6 Occupational Therapists, 5 Physiotherapists, and 8 Medical Social Workers, verschiedene health care professionals, die aktuell dafür verantwortlich waren, den Entlassungs-planungs-Prozess in öffentlichen Krankenhäusern zu koordinieren.</p> <p><b>Zeitraum:</b> 07/2010-08/2010</p> <p><b>Setting:</b> Hospital und Community</p>	<p><b>Ziele:</b> Die wahrgenommene Qualität der aktuellen Krankenhausentlassung aus der Perspektive von health service providern zu analysieren und Barrieren gegenüber einer effektiven Entlassungsplanung in Hong Kong herauszufinden.</p> <p>Fokusgruppeninterviews zu folgenden Themen: aktuelle Praxis von Krankenhausentlassungen, Barrieren gegenüber einer erfolgreichen Krankenhausentlassung, empfohlene Strukturen und Prozesse für ein effektives Entlassungsplanungs-System</p> <p><b>Methode:</b> Fokusinterviews, qualitativ</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> Das Verständnis für Krankenhausentlassungen bei health professionals ist wichtig für die Entwicklung einer effektiven Krankenhausentlassung.</p> <p>Die Teilnehmer hobten hervor, dass es keine standardisierte Krankenhausweite Entlassungsplanung gebe. Potenzielle Hindernisse umfassten einen Mangel von standardisierten policy-driven Entlassungsplanungs-Programmen sowie einen Mangel an Kommunikation und Koordination zwischen verschiedenen health service providers und Patienten, sowohl in akuten, als auch in sub-akuten care provisions.</p> <p>Zur Verbesserung werden multidisziplinäre Ansätze empfohlen mit klar definierten Rollen. Die Verbesserung der kommunikativen Skills und Wissen über psychosoziale Bedürfnisse der Patienten wurde ebenfalls empfohlen.</p>
<p><b>Wong, F. et al 2011</b></p> <p>Effects of a health-social</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 555 Interventionsgruppe: n=272 Kontrollgruppe: n =283</p>	<p><b>Ziel:</b> Messung der Effekte eines health-social transitional care management program (HSTCMP)</p>	<p><b>Ergebnisse:</b> 1) In Interventionsgruppe signifikante Reduzierung der Wiederaufnahmen innerhalb von 4 Wochen (study 4.0%, control</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
partnership transitional program on hospital readmission: A randomized controlled trial  Evidenzlevel 1	<b>Zeitraum:</b> 02/2009-07/2010  <b>Setting:</b> acute general hospital Hong Kong	<b>Intervention:</b> Durchführung von systematischen Assessment (Omaha System) durch NCM (nurse case manager) 1. Woche: gemeinsamer Hausbesuch durch NCM und TVs (trained volunteers) ; 2. Woche: Telefonanruf (follow-up) durch NCM; 3. Woche: Hausbesuch durch 2 TV's; 4. Woche: abschließender follow-up Anruf durch NCM  <b>Outcomes:</b> Primär: Zahl der Hospitalisierungen innerhalb von 4 Wochen und 12 Wochen Sekundär: Lebensqualität, self-efficacy und Zufriedenheit  <b>Methode:</b> RCT-Design	10.2%,p=0.005)  2) signifikante Verbesserung in Lebensqualität, Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit in der Interventionsgruppe.
<b>Wong et al. 2012</b>  Cost-effectiveness of a health-social partnership transitional program for post-discharge medical patients  Evidenzlevel 1	<b>Stichprobe:</b> n= 555 Kontrollgruppe: n = 283 Interventionsgruppe: n = 272  <b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben  <b>Setting:</b> Acute regional hospital in Hong Kong	<b>Ziel:</b> Vergleich der Wiederaufnahmeraten Vergleich der Kosten Vergleich der Lebensqualität (HRQoL) mit SF-36 HK Transformation der HRQoL in utility vales (von 0-1), um dann quality-adjusted life years (QALYs) kalkulieren zu können.  <b>Intervention:</b> Health-social partnership transitional care management program (HSTCMP): 4wöchiges Programm mit wöchentlichen Interventionen durch nurse case manager (NCM) und trained volunteers (TV):  Woche 1: Hausbesuche durch NCM + TV  Woche 2: NCM Follow-Up Telefonanruf (basierend auf Omaha-System)	<b>Ergebnisse:</b>  1) Wiederaufnahmerate innerhalb von 28 (control 10.2%, study 4.0%) und 84 Tagen (control 19.4%, study 8.1%) waren signifikant höher in der Kontrollgruppe  2) Utility values für Interventionsgruppe waren signifikant höher als in der Kontrollgruppe nach 28 (p < 0.001) und 84 (p = 0.002) Tagen  3) Studiengruppe hatte signifikant höheren Gewinn an QALYS (p < 0.001) über die Zeit nach 28 und 84 Tagen.  4) Intervention hatte eine 89%-Chance kosteneffektiv zu sein (bei Annahme von £20000/QALY.).

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		<p>Woche 3: Hausbesuche durch TV</p> <p>Woche 4: finaler Telefonanruf durch NCM</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	
<p><b>Wong et al. 2014</b></p> <p>Comparison of effects between home visits with telephone calls and telephone calls only for transitional discharge support: a randomised controlled trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 610 Kontrollgruppe: n = 210; Hausbesuche mit Telefongesprächen: n = 196 nur Telefongespräche: n = 204</p> <p><b>Zeitraum:</b> 08/2010-06/2012</p> <p><b>Setting:</b> Krankenhaus Hong Kong</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der ganzheitlichen Auswirkungen eines Transitional Care-Programmes und der differenzierten Auswirkungen einzig von Telefongesprächen für entlassene medizinische Patienten.</p> <p><b>Intervention:</b> Die „home visit“-Gruppen erhielten alternativ Hausbesuche und Anrufe und die „call-Gruppen“ nur Anrufe für 4 Wochen; die Kontrollgruppe erhielt 2 Placeboanrufe</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Die „home visit group“ (nach 4 Wochen 10.7%, nach 12 Wochen 21.4%) und die „call group“ (11.8, 20.6%) hatten niedrigere Wiederaufnahmerate als die Kontrollgruppe (17.6, 25.7%).</p> <p>2) Signifikante Unterschiede wurden in „intention-to-treat (ITT) analysis for the home and intervention group (home and call combined)“ nach 4 Wochen ermittelt</p> <p>3) Bezüglich der „per-protocol analysis (PPA)“ Ergebnisse, wurden signifikante Unterschiede in allen Gruppen ermittelt.</p> <p>4) Signifikante Verbesserung der Lebensqualität, self-efficacy und Zufriedenheit sowohl in der ITT als auch in der PPA in den „study groups“.</p> <p>5) Gebündelte Interventionen, die Hausbesuche und Anrufe einschließen, sind effektiver bezüglich der Reduzierung der Wiederaufnahmen.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p>6) Viele der Transitional Care Programme beziehen qualifizierte Krankenschwestern ein.</p> <p>7) Die Studie zeigt, dass ein gemischtes Kompetenzmodell auch positive Effekte vermittelt.</p>
<p><b>Wong and Yeung 2015</b></p> <p>Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: a randomised controlled trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 108 Interventionsgruppe: n = 54 Kontrollgruppe: n = 54</p> <p><b>Zeitraum:</b> 08/2010–12/2011</p> <p><b>Setting:</b> Krankenhaus in Hongkong</p>	<p><b>Ziel:</b> Überprüfung der Wirksamkeit eines von Krankenschwestern geführten 4-Wochen-Transitional-Care-Programmes bezogen auf Assessment-Durchführung-Bewertung „Omaha System framework“</p> <p><b>Outcomes:</b> Lebensqualität (QoL), Patientenzufriedenheit it der Versorgung Klinische Ergebnisse (funktionelle Leistung, depressive Symptome, Gesundheitsversorgung)</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Signifikante Unterschiede hinsichtlich der Lebensqualität.</p> <p>2) In der Interventionsgruppe bessere „spirituell-religiöse“ Messwerte, höhere Zufriedenheit, höhere Barthel-Index-Punktzahlen, niedrigere Depressions scores im Vergleich zur Kontrollgruppe</p> <p>Ebenso weniger Krankenhauswiederaufnahmen und Notaufnahmevorstellungen (nur Notaufnahmevorstellungen hatten signifikanten Unterschied im Vergleich zur Kontrollgruppe: Interventionsgruppe 1.9%versus Kontrollgruppe 13.0%, <math>v_2 = 4.86</math>, <math>df = 1</math>, <math>P = 0.027</math>).</p> <p>3)Gemeinsamkeiten mit vorhandenen Studien, die sich auf chronische Krankheiten beziehen; Dauer von 4 Wochen ausreichend um positive Effekte (Auswirkungen auf Patienten und klinische Ergebnisse) zu erzielen.</p>
<p><b>Wong et al. 2016</b></p> <p>Effects of a transitional palliative</p>	<p><b>Stichprobe.</b> n= 84 Interventionsgruppe: n=43 Kontrollgruppe: n=41</p>	<p><b>Ziel:</b> Prüfung der Wirkung eines „home-based transitional palliative care“-Ansatzes für Patienten mit Herzfehlern im Endstadium nach Krankenhausentlassung.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Interventionsgruppe hatte signifikant geringere Wiederaufnahmerate als Kontrollgruppe.</p> <p>2) Mean number (SE) der Wiedereinweisung</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>care model on patients with end-stage heart failure: a randomised controlled trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Zeitraum:</b> keine Informationen</p> <p><b>Setting:</b> Drei Krankenhäuser in Hong Kong</p>	<p><b>Intervention:</b> Die Intervention umfasste wöchentliche Hausbesuche/Anrufe in den ersten 4 Wochen, danach monatliche Nachbetreuung, durchgeführt von einem „nurse case manager“, unterstützt von einem multidisziplinärem Team.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design, gemessen wurden Wiederaufnahmen nach 4 und 12 Wochen nach Entlassung.</p>	<p>gen für die Interventions- und Kontrollgruppe betrug 0.42 (0.10) bzw. 1.10 (0.16); Differenz signifikant.</p> <p>3) Keine signifikanten Unterschiede bezüglich Wiederaufnahmen nach 4 Wochen.</p> <p>4) In der Interventionsgruppe signifikant höhere klinische Verbesserungen bezüglich Depression (45.9% vs 16.1%), Atemnot (62.2% vs 29.0%) und „total ESAS score“ (73.0% vs 41.4%) nach 4 Wochen.</p> <p>5) Signifikante Unterschiede in Bezug auf die gemessene Lebensqualität (QOL) und chronische Herzinsuffizienz.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b> Die Studie belegt die Wirksamkeit eines palliativen Überleitungsprogramms nach Entlassung hinsichtlich der Reduzierung der Wiederaufnahmen und der Verbesserung der Symptomkontrolle bei Patienten mit ESHF (End stage Heart Failure: Herzinsuffizienz im Endstadium).</p>
<p><b>Wroblewski et al. 2014</b></p> <p>Discharge Planning Rounds to the Bedside: A Patient- and Family-</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 120 im ersten Teil, dann 110 (10 lost)</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b></p>	<p><b>Ziel:</b> Vergleich bezüglich der benötigten Zeit bei Entlassungsbesprechungen am Bett und in einem Konferenzraum, sowie der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen</p> <p><b>Methode:</b> Prospektive Querschnittstudie mit Beobachtungen und Interviews</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Es wurde nicht mehr Zeit benötigt bei Besprechungen, die am Bett durchgeführt wurden als bei Besprechungen in einem Konferenzraum (p=0.80).</p> <p>2) Weniger Wiederaufnahmen oder Notaufnahmenbesuche bei Besprechungen am Bett (p=0.047).</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Centered Approach  Evidenzlevel 3	3 chirurgische Stationen in einem Medical Center im Mittleren Westen (USA)		Weniger klärende Anrufe nach Entlassung bei Besprechungen am Bett (p=0.04).  <b>Schlussfolgerung:</b> Entlassungsgespräche mit aktiver Partizipation von Patienten und deren Angehörigen am Bett sind machbar und effektiv.
Wu et al. 2015  Discharge planning for children with ventricular septal defect and pulmonary arterial hypertension in China  Evidenzlevel 2	<b>Stichprobe:</b> n = 60 Kinder (und ihre Mütter) Interventionsgruppe: n = 30 Kontrollgruppe: n = 30  <b>Zeitraum:</b> 06/2013–11/2013  <b>Setting:</b> First class Krankenhaus (spezialisiert auf Herzkrankheiten), China	<b>Ziel:</b> Bewertung der Effektivität von Entlassungsplanung hinsichtlich Pflegewissen, Pflegeverhalten und Entlassungsbereitschaft der Mutter und Rehospitalisation.  <b>Intervention:</b> Mütter-Kontrollgruppe, Standardentlassungsservice: Edukation von verantwortlicher Krankenschwester bezüglich der Einnahme der verschriebenen Medikation zu Hause. Entlassungsplanung in Interventionsgruppe: 6 mal 1:1 Unterricht am Nachmittag mit Unterstützung einer Aufklärungsbroschüre („educational booklet“), Start: am Tag der Aufnahme, täglich. Nach Entlassung: Verlaufskontrolle wurde von Forschern via Telefon durchgeführt: 1 Woche, 1 Monat, 2 Monate und 3 Monate nach Entlassung; während der Telefonate auch Beratung  <b>Methode:</b> Quasi-experimentelle Studie	<b>Ergebnisse:</b> Bei Ankunft war das Pflegewissen der Mütter in beiden Gruppen ähnlich. Bei Entlassung waren Pflegewissen, Pflegeverhalten und Entlassungsbereitschaft der Mütter in der Interventionsgruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe. Diese Differenz bestand nach Entlassung sowie einen und drei Monate danach. Kein Unterschied bezüglich Wiederaufnahmeraten.
Yatim et al. 2017  Analysis of nurse navigators' activities for hospital discharge coordination:	<b>Stichprobe:</b> 17 Interviews mit Patienten und 2 Fokusgruppen mit (je 5?) Nurse Navigators; 543 Telefonanrufe	<b>Ziel:</b> Identifikation und Quantifikation der Kategorien von Aktivitäten, die von „Nurse Navigators“ zur Entlassungskoordination aus dem Krankenhaus durchgeführt werden.  <b>Methode:</b> Methoden-Mix-Studie	<b>Ergebnisse:</b> Fünf Kategorien von Koordinationsaktivitäten wurden identifiziert: (F1) Patient monitoring (29 %); (F2) Helping to navigate (24 %); (F3) Managing technical problems (17 %); (F4) Explaining care protocols (16 %); (F5) Collecting and transmitting the patient medical record information (14 %).

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>a mixedmethod study for the case of cancer patients</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Zeitraum:</b> 02/2014-09/2014</p> <p><b>Setting:</b> Entlassung von Krebs-Patienten aus dem Krankenhaus, Frankreich</p>	<p>1) Qualitative Phase zur Identifikation der Kategorien (Interviews mit Patienten und Fokusgruppen mit Nurse Navigators)</p> <p>2) Quantitative Phase, um den relativen Anteil jeder Kategorie zu quantifizieren (Telefonanrufe)</p>	<p><b>Schlussfolgerung:</b> Der Großteil der Anforderungen sind mit organisatorischen Problemen verbunden. Die Ausbildung und Qualifikation von Nurse Navigators muss klinische Fähigkeiten und Management-Fähigkeiten verknüpfen.</p>
<p><b>Yilmaz and Ozsoy 2010</b></p> <p>Effectiveness of a discharge-planning program and home visits for meeting the physical care needs of children with cancer</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 49 Interventionsgruppe: n= 24; Kontrollgruppe: n=25</p> <p><b>Zeitraum:</b> 05/2004–07/2006</p> <p><b>Setting:</b> Universitätskrankenhaus Izmir/ Türkei</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Wirksamkeit des Entlassungsplanungsprogramms mit dem Ziel, die Betreuer bei der Erfüllung der körperlichen Pflegebedürfnisse zu unterstützen.</p> <p><b>Intervention:</b> Für die experimentelle-Gruppe wurden Entlassungsplanung, Edukation, Hausbesuche und telefonische Beratung durchgeführt.</p> <p><b>Methode:</b> quasi-experimentelle Studie</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Kinder in der experimentellen Gruppe hatten eine geringere Anzahl von körperlichen Betreuungsbedürfnissen.</p> <p>2) Eine verminderte Anzahl von ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus bei der ersten und dritten follow-up-Nachsorge.</p> <p>3) Höhere Zufriedenheitsrate bei Betreuern.</p>
<p><b>Yu et al. 2015</b></p> <p>Effect of Nurse-Implemented Transitional Care for Chinese Individuals with Chronic Heart Failure in Hong Kong: A Randomized Controlled Trial</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 178 Patienten mit Herzinsuffizienz Interventionsgruppe: n =90 Kontrollgruppe: n = 88</p> <p><b>Zeitraum:</b> 10/2008–01/2010</p>	<p><b>Ziel:</b> Bestimmung des Effekts eines durch Krankenschwestern implementierten Transitional Care Systems (TC) auf Wiederaufnahme und Mortalität bei Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.</p> <p>Intervention durch erfahrene Cardiac Nurse, mit Diplom in kardiovaskulärer Pflege und mehr als zehn Jahren spezialisierter Arbeitserfahrung.</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Kein signifikanter Unterschied hinsichtlich Überlebensrate, Krankenhaus-Wiederaufnahmerate und Mortalität (Interventionsgruppe hat jedoch geringere Wiedereinweisungsrate innerhalb von 6 Wochen und niedrigere Mortalitätsrate innerhalb von 9 Monaten)</p> <p>2) Kürzerer Krankenhausaufenthalt in TC-Gruppe und signifikant erhöhte Selbstfürsorge und HRQL</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Evidenzlevel 1	<b>Setting:</b> Universitätskrankenhaus, Hong Kong		
<b>Zakzesky et al. (2015)</b>  Bridges and Barriers: Patients' Perceptions of the Discharge Process Including Multidisciplinary Rounds on a Trauma Unit  Evidenzlevel 3	<b>Stichprobe:</b> n = 14 (6x Trauma, 8x akutchirurgisch)  <b>Zeitraum:</b> nicht angegeben  <b>Setting:</b> Patienten, die von einer 32-Betten IMC-Station für Trauma und Akut Chirurgie in einem akademischen Medical-Center im Mittleren Westen (USA) entlassen wurden.	<b>Ziel:</b> Herausfinden der Patientenperspektive bzgl. des Entlassungsprozess einschließlich multidisziplinärer Runden. Bei multidisziplinären Runden treffen sich die verschiedenen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen, um zu kommunizieren, die Behandlung zu koordinieren, Entscheidungen zu treffen und Verantwortlichkeiten zu managen.  <b>Methode:</b> Qualitatives, deskriptives Design mit Interviews	<b>Ergebnisse:</b> 1) Hilfreiches (bridges): Erreichen von Timelines und Aufgaben, häufige Kommunikation, Familie / Freunde soziale Unterstützung und Motivation. Diese sind hilfreich, die Erwartungen an die Entlassung zu erfüllen und bestärken und motivieren den Patienten zur Teilnahme am Prozess  2) Hinderliches (barriers): Medizinische Rückschläge, Versicherungsbeschränkungen und seltene Kommunikation.  3) Für die zukünftige Forschung wird empfohlen, die Wirksamkeit verschiedener Entlassungsmodelle, die Kommunikation und Unterstützung während des Krankenhausaufenthaltes zu untersuchen.
<b>Zamora et al. 2012</b>  Implementation of a web-based system to improve the Transitional Care of older adults  Evidenzlevel 2	<b>Stichprobe:</b> N = 313 Patienten aus 4 Pflegeheimen, die sich im Umkreis von 50 Meilen um die Notaufnahme befanden, davon 66 Patienten, bei denen das System genutzt wurde. Dazu 26 Fragebogen an Ärzte in der Notaufnahme  <b>Zeitraum:</b> 18 Monate, 9	<b>Ziel:</b> Entwicklung und Testung eines web-basierten Systems zur Übertragung von wichtigen Patientendaten von Pflegeheimen an die Notaufnahme  <b>Methode:</b> Interventionsstudie	<b>Ergebnisse:</b> Das Modell war nicht teuer, es verbesserte die Messwerte bzgl. des Informationstransfers und es konnte die Zufriedenheit der Dienstleister (providers) verbessern.

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	<p>Monate vor und 9 Monate nach der Implementierung des web-basierten Systems</p> <p><b>Setting:</b> Übergang von Pflegeheim in die Notaufnahme. North Carolina (USA)</p>		
<p><b>Zhao and Wong 2009</b></p> <p>Effects of a postdischarge transitional care programme for patients with coronary heart disease in China: a randomised controlled trial</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Stichprobe:</b> n = 200 Interventionsgruppe: n=100 Kontrollgruppe: n = 100</p> <p><b>Zeitraum:</b> 18 Monate, 2002–2003</p> <p><b>Setting:</b> First Central Hospital, Tianjin, China</p>	<p><b>Ziel:</b> Prüfung der Auswirkung eines nach Entlassung stattfindendes Transitional Care Programmes bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit</p> <p><b>Intervention:</b> Transitional Care Programm beinhaltet: Assessment vor Entlassung, strukturierte Hausbesuche und Nachsorgeanrufe innerhalb 4 Wochen nach Entlassung</p> <p><b>Methode:</b> RCT-Design</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) In Interventionsgruppe signifikante besseres Verständnis bezüglich Diät, Medikation und gesundheitsbezogenen Lebensstil am Tag 2 und in den Wochen 4 und 12.</p> <p>2) Keine Unterschiede bezüglich Krankenhauswiederaufnahmen.</p> <p>3) Die Interventionsgruppe war mit der Versorgung sehr zufrieden.</p>
<p><b>Ziaieian et al. 2012</b></p> <p>Medication Reconciliation Accuracy and Patient Understanding of Intended Medication</p>	<p><b>Stichprobe:</b> N = 377 Patienten im Alter über 65 Jahren, die wegen Herzinfarkt, akutem koronarem Syndrom oder Lungenentzündung im Krankenhaus behandelt wurden und wieder nach Hause entlassen</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Die Verbreitung von Medikamentenfehlern und das fehlende Verständnis von Patienten in Bezug auf ihre Medikation zu untersuchen.</p> <p>Nach der Entlassung wurden Interviews mit den Patienten geführt.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Medikamentenfehler nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sind häufig und oft schwerwiegend. Ursachen können in der Art und Weise der Verordnung/Verabreichung liegen oder im Missverständnis der Patienten.</p> <p>Von 377 interviewten Patienten erlebten 307 entweder einen Medikamentenfehler durch</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Stichprobe, Zeitraum, Setting	Fragestellung/Ziel, Methode/Studiendesign	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>Changes on Hospital Discharge.</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p>worden sind</p> <p><b>Zeitraum:</b> Nicht angegeben</p> <p><b>Setting:</b> Yale-New Haven Hospital (966-bed urban facility)</p>	<p><b>Methode:</b> Strukturierte, standardisierte Telefoninterviews Kohortenstudie</p>	<p>den Versorger oder haben mindestens eine absichtliche Medikamentenänderung nicht verstanden. Fehler durch den Versorger (Provider) passierten häufiger bei Medikamenten, die nicht im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose standen. Auch Patienten machten mehr Fehler bei Medikamenten, die nicht in Zusammenhang mit der Hauptdiagnose standen. Die Folgen können dramatisch sein: Viele Patienten werden nach der Entlassung aufgrund einer anderen Diagnose wieder ins Krankenhaus eingewiesen. Es wird oft falsch geschlussfolgert, dass diese Wiedereinweisungen nicht vermeidbar gewesen sind. Es ist aber zu vermuten, dass ein großer Teil dieser Rehospitalisierungen zumindest teilweise mit „adverse drug events“ zu tun hat.</p> <p>Aufgrund der zunehmenden Zahl älterer und alter Patienten mit chronischen Krankheiten ist es für die Sicherung einer kontinuierlichen Versorgung und Vermeidung von Krankenhausaufnahmen relevant, Patienten und ihre Angehörigen in die Lage zu versetzen, mit ihren Medikamenten kompetent umzugehen. So spielt z. B. die Reihenfolge der Medikamente auf dem Medikamentenplan, die Patienten erhalten, eine Rolle: diejenigen, die zuerst genannt sind, werden eher und intensiver beachtet. Auch sollte der Medikamentenabgleich nicht krankheitsbezogen erfolgen, sondern mit Blick auf den ganzen Patienten.</p>

## Übersicht über die eingeschlossenen Reviews

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Adib-Hajbaghery, Maghaminejad and Abbasi 2013</b></p> <p>The Role of Continuous Care in Reducing Readmission for Patients with Heart Failure.</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Untersuchung des Effekts von Follow-Up-Interventionen bei Menschen mit Herzinsuffizienz</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Science direct, Pubmed, Iranmedex, SID, ergänzt durch Google-Suche.</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Studien zu poststationären Follow-Up-Interventionen. Zeitraum: 1995-2013. Schlüsselbegriffe: Wiedereinweisung, Herzinsuffizienz, Kontinuierliche Pflege, Follow-Up, „Home Monitoring“.</p> <p>21 Studien wurden eingeschlossen</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>20 bis 50 Prozent der Patienten mit Herzinsuffizienz werden 14 Tage bis 6 Monate nach einer ersten Entlassung aus dem Krankenhaus (Aufenthalt aufgrund von Herzinsuffizienz) wieder in ein Krankenhaus eingewiesen. Es wurde ein Vielzahl an Programmen aufgelegt, um die Wiedereinweisungsrate zu senken. Dazu gehören Follow-Up-Interventionen.</p> <p>16 von 21 Studien haben gezeigt, dass eine kontinuierliche Pflege, die Patientenedukation vor der Entlassung sowie Hausbesuche und telefonisches Follow-Up nach der Entlassung umfasst, die Wiedereinweisungsrate signifikant zu reduzieren vermag. Lediglich in fünf Studien wurden keine signifikanten Reduktionen festgestellt.</p>
<p><b>Albert 2016</b></p> <p>A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Existierende Überleitungsmodelle evaluieren und Aspekte identifizieren, die bei Patienten mit Herzinsuffizienz Verschlechterungen minimieren, Rehospitalisierungen vermeiden und die Lebensqualität der Patienten erhöhen.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>PubMed, Google Scholar, MEDLINE, CINAHL, EMBASE, Cochrane Library.</p> <p>Folgende Schlüsselwörter wurden verwendet: Transition of care, care transition, transition after hospitalization, transition for HF patients, care continuum transition, transition interventions und outcomes of transition of care.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Folgende Aspekte wurden als relevant identifiziert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Erfolgte Entlassungsplanung</li> <li>2. Multiprofessionelle Zusammenarbeit, Koordination und Kommunikation</li> <li>3. Zeitnahe, klare und organisierte Kommunikation</li> <li>4. Medikamentenabgleich</li> <li>5. Einbeziehung des sozialen Umfelds</li> <li>6. Edukation zu allgemeinen Faktoren, wie eine Patientenedukation, die an den individuellen Pflegeplan angepasst ist, Einhalten der Medikation, Follow-Up-Verabredungen, Überwachung</li> </ol>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	with heart failure (HF).	<p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Es wurden ausschließlich englischsprachige Publikationen ab 1990 bis September 2015 eingeschlossen. Zu den Einschlusskriterien gehörte weiterhin: Patienten mit Herzinsuffizienz, mit mindestens einer Überleitung und evaluierten Interventionen im Überleitungsprozess, Nord-Amerika.</p> <p>Keine genaue Angabe über Anzahl der eingeschlossenen Artikel</p>	<p>von Symptomen / Anzeichen, Anpassung der Ernährungsweise, Aktivitäten / Sport, reduzierter Konsum von Alkohol und Tabak</p> <p>7. Follow-Up nach der Entlassung</p> <p>8. Intensivierte Pflegeplanung</p>
<p><b>Allen et al. 2012</b></p> <p>Multi-professional communication for older people in transitional care: a review of the literature</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Analyse des Stands der Forschung zu multiprofessioneller Kommunikation zwischen health und social care professionals in Bezug auf Entlassungsplanung für ältere Menschen. Fokus auf: Erfolge, günstige Rahmenbedingungen und hinderliche Faktoren.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken::</b></p> <p>CINAHL, Psycinfo, Medline, Proquest, Academic Search Complete, Masterfile Premier, SocIndex, Humanities and Social Sciences Collection, Cochrane, Joanna Briggs Institute. Zusätzlich: Google Scholar.</p> <p><b>Einschlusskriterien und Anzahl:</b></p> <p>Insgesamt 15 Publikationen erfüllten die Einschlusskriterien:</p> <p>10 Publikationen zu Kommunikationswegen und 5 Publikationen zu Rahmenbedingungen, die multiprofessionelle Kommunikation fördern bzw. hemmen.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Integrative multiprofessionelle Modelle für verbesserte Kommunikation im Bereich transitional care werden häufig als Strategie empfohlen, um transitional care für ältere Menschen zu verbessern.</p> <p>Mitarbeiter, speziell geschult in Entlassungsplanung, multiprofessionelle Pflege-Koordination und entsprechende IT-Systeme versprechen eine Verbesserung der Situation älterer Krankenhaus-Patienten bei Entlassung im Vergleich zu Standard-Entlassungen.</p> <p>Verbesserte multiprofessionelle Kommunikation reduziert die Rate von Rehospitalisierungen und die Dauer von stationären Aufenthalten, womit eine Kostensenkung einhergeht. Ein Mangel an Dialog und ein mangelndes Verständnis für andere Berufsgruppen sind Barrieren für adäquate Kommunikation im Bereich Entlassungsplanung.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <p>Empfehlungen für die weitere Forschung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wege untersuchen, personenzentrierte Pflegeplanung zu fördern, die ältere Menschen, deren Familie und relevante Pflege-/Betreuungskräfte mit einbezieht</li> <li>- Interventionen entwickeln, die multiprofessionelle Kommunikation und transitional care für marginalisierte und sozial benachteiligte ältere Patienten verbessern</li> <li>- Untersuchung der sich verändernden Rollen für Angehörige von multiprofessionellen Teams mit Fokus auf community-based Teams, denen u.a. geriatrisch geschulte Pflegekräfte angehören.</li> </ul>
<p><b>Allen et al. 2014</b></p> <p>Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Im Mittelpunkt des Reviews stehen die Anforderungen an qualitativ hochwertige Übergänge. Ziel der Untersuchung ist zum einen die Erhebung des Forschungsstandes zur Qualität von speziellen „Transitional Care“-Ansätzen bei Patienten mit chronischen Erkrankungen im Vergleich zum üblichen Entlassungsprozess (Erhebung von RCT-Studi-</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Acht Datenbanken wurden durchsucht: CINAHL, Psychinfo, Medline, Proquest, Academic Search Complete, Masterfile Premier, SocIndex, Humanities und Social Sciences Collection, außerdem die Cochrane Collaboration, Joanna Briggs Institute und Google Scholar.</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Eingeschlossen wurden „Peer-Review“-Artikel, in denen ein Vergleich verschiedener Qualitätsindikatoren zwischen Transitional-Care-Interventionen und üblichem Entlassungsmanagement vorgenommen</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die Transitional-Care-Interventionen der meisten Studien konnten nachweislich Wiedereinweisungsraten reduzieren, mit Ausnahme von Modellen des Entlassungsmanagements durch niedergelassene Allgemeinärzte oder „Primary Care Nurses“. Alle eingeschlossenen Studien erheben als Kriterien die Wiedereinweisungsraten, die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und Kriterien der Effektivität und Sicherheit bzw. Risiken. In sechs der zwölf Studien wurde die Patientenzufriedenheit erhoben und zeigte sich in diesen Studien als weitgehend hoch.</p> <p>Die Studien zeigte Lücken in den Bereichen Verteilungsgerechtigkeit, zeitlicher Effektivität, Symptom-Management und Berücksichtigung individueller Belange. Künftige Forschung sollte die Rolle des sozialen Umfelds der Patienten (Familie, pflegende Angehörige) stärker miteinbeziehen.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	<p>en). Zum anderen sollen Empfehlungen für die Praxis und für die weitere Forschung gegeben werden.</p>	<p>wurde. Die Suche wurde auf Studien beschränkt, die zwischen 01/1990 und 05/2013 veröffentlicht wurden. Eingeschlossen wurden Studien mit Patienten im Alter von mindestens 60 Jahren, die noch selbstständig zuhause leben, chronisch erkrankt sind, und eine Entlassung vom Krankenhaus nach Hause erlebten. Zwei Reviewer haben die Studien unabhängig voneinander analysiert.</p> <p>Zwölf Artikel haben die Einschlusskriterien erfüllt.</p>	
<p><b>Arias and García-Vivar 2015</b></p> <p>The transition of palliative care from the hospital to the home: a narrative review of experiences of patients and family caretakers</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Identifikation, Analyse und Zusammenfassen von qualitativen Studien, die sich mit den Erfahrungen von Patienten und pflegenden Angehörigen während des Übergangs der Palliativversorgung vom Krankenhaus nach Hause beschäftigen</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>PubMed, Cochrane Central, ScienceDirect, Ovid Nursing, CINAHL, Scielo, Bireme databases</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Artikel von 2000 bis 2014 auf Englisch oder Spanisch</p> <p>Einschluss von 14 qualitativen Studien</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Identifikation von 6 Themen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Das Patient-Pflegenden Gespann und sein Wissen über Diagnose und Prognose</li> <li>2) Gefühle der pflegenden Angehörigen und des Patienten während der Entlassung</li> <li>3) effektive Kommunikation zwischen den Beteiligten</li> <li>4) Edukation für die pflegende Person zu Hause</li> <li>5) kontinuierliche Unterstützung des Patient-Pflegenden Gespanns zu Hause</li> <li>6) soziale Unterstützung für den pflegende Angehörige (bei Überlastung)</li> </ol> <p>Patienten und Angehörige haben bei palliativer Pflege viele Bedürfnisse, die meist nicht von den professionellen Gesundheitsdienstleistern erfüllt werden. Dieses Review beweist die Notwendigkeit, die Erfahrungen dieser Familien besonders</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			während der Stufe vor dem Transfer nach Hause zu untersuchen.
<p><b>Bahr et al. 2014</b></p> <p>Integrated Literature Review of Postdischarge Telephone Calls</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Untersuchung von poststationärer telefonischer Nachsorge.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Medline, CINAHL und Cochrane Review. Suche nach folgenden Begriffen: „Post-discharge“, „Telephone Calls“, „Hospital Discharge“ und „Follow-Up“.</p> <p>19 Studien haben die Einschlusskriterien erfüllt.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die Autoren befinden: die Qualität der Studien variiert und die Ergebnisse sind nicht konsistent. Die Samples vieler Studien waren sehr klein, die Messinstrumente der einzelnen Studien unterschiedlich und auch die Zusammensetzung der Samples ist kaum vergleichbar.</p> <p>Die Wirksamkeit von telefonischem Follow-Up, Wiedereinweisungsraten und Besuche der Notfallaufnahme zu reduzieren kann nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden. Die Pflegekräfte im Krankenhaus sind überfordert mit der Aufgabe des telefonischen Follow-Ups.</p>
<p><b>Bryant-Lukosius et al. 2015</b></p> <p>The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>„Clinical Nurse Specialists (CNS)“ sind maßgeblich für Transitional Care-Interventionen verantwortlich. Dieses systematische Review widmet sich RCT-Studien, die die klinische sowie die Kosten-Effektivität von CNS-Interventionen untersuchen.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Zehn elektronische Datenbanken wurden nach RCT-Studien von 1980 bis Juli 2013 durchsucht (Keine genaueren Informationen über die verwendeten Datenbanken). Zusätzlich wurden manuell Referenzlisten und einschlägige Zeitschriften nach RCT-Studien durchsucht.</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Eingeschlossen wurden Studien, die sich mit den Resultaten von CNS-Transitional Care-Interventionen befassen.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die Untersuchung der Kosteneffektivität muss als schwach bezeichnet werden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die CNS-Interventionen bei Operationen nach Krebserkrankungen die Patienten-Mortalität reduzieren. Bei Patienten mit Herzinsuffizienz können die CNS-Transitional Care-Interventionen ebenfalls Todesfälle reduzieren, bzw. die Zeit bis zum Todesfall verlängern sowie Wiedereinweisungsraten senken. Außerdem wurde die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung gesteigert und es wurden die Kosten reduziert und ebenfalls die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus gesenkt. Bei älteren Patienten und bei pflegenden Angehörigen konnten die CNS-Interventionen zudem Depressionen vermeiden. Bei Hochrisiko-Schwangerschaften und Frühgeburten mit sehr niedrigem Gewicht konnten die CNS-Interventionen die Zufriedenheit der Mütter mit der Pflege steigern und die Immunreaktionen der Frühgebore-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		<p>13 Studien zu CNS-Transitional Care wurden eingeschlossen mit einer Gesamtzahl von n = 2.463 Patienten.</p>	<p>nen verbessern. Außerdem konnte die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus für die Mütter und ihre Kinder gesenkt werden. Behandlungskosten konnten ebenfalls reduziert werden.</p> <p>Die Autoren schlussfolgern, dass es eindeutige Hinweise auf den Erfolg der CNS-Transitional-Care-Interventionen gibt, deren methodische Qualität aber fraglich ist. Insbesondere in Bezug auf die Kosteneffektivität braucht es weitere Forschung.</p>
<p><b>Chenoweth, Kable and Pond 2015</b></p> <p>Research in hospital discharge procedures addresses gaps in care continuity in the community, but leaves gaping holes for people with dementia: A review of the literature</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Übersicht über den Stand der Forschung zum Einfluss von Erfahrungen im Entlassungsprozess auf Patienten mit Demenz und zur Kontinuität in der Pflege bei Menschen mit Demenz nach der Entlassung.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Medline, CINAHL, PubMed, PsycINFO und Cochrane library databases</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Studien von 1995 und 2014 mit Fokus auf Alzheimer und generell demenzielle Erkrankungen, sowohl Peer reviewed Artikel, als auch graue Literatur.</p> <p>Keine genauen Angaben über Anzahl der eingeschlossenen Artikel</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Das Review hat eine Vielfalt an Studien gefunden, die sich mit der Qualität der Pflege bei Menschen mit Demenz in der Überleitung / Entlassung aus dem Krankenhaus nach Hause befassen. Zentrales Ergebnis: Entlassungsplanung und Pflege in der Überleitung für Menschen mit Demenz sind nicht adäquat und Wiedereinweisungen sowie andere negative gesundheitliche Auswirkungen sind sehr wahrscheinlich.</p>
<p><b>Chhabra et al 2012</b></p> <p>Medication reconciliation during the transiti-</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Systematische Evaluation der Literatur über Interventionen im Bereich Medi-</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Ovid MEDLINE (1950-August 2010), Ovid HealthSTAR (1966-August 2010), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (1982-Au-</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Kein Fokus auf Pflege. Die Studien zeigen auf: Der Medikamentenabgleich profitiert davon, wenn ein klinischer Pharmakologe eingesetzt wird, den Medikamentenabgleich in der Überleitung zu koordinieren.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>on to and from long-term care settings: A systematic review</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p>kamentenabgleich: bei Patienten die in die Langzeitpflege übergeleitet werden, oder aus einer Langzeitpflegeeinrichtung entlassen werden.</p>	<p>gust 2010), PubMed (1980-August 2010), The Cochrane Database of Systematic Reviews (2005-August 2010), Manuelle Suche in: the Agency for Healthcare Research and Quality website und in den Literaturverzeichnissen von relevanten Artikeln.</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Die Auswahl erfolgte anhand der Einschätzung zweier unabhängig voneinander arbeitenden Reviewer. Einschlusskriterien: thematisch relevante Artikel in englischer Sprache, experimentell oder quasi-experimentell.</p> <p>7 Studien erfüllten die Einschlusskriterien</p>	
<p><b>Collins, Makrides and McPhee 2015</b></p> <p>Early discharge with home support of gavage feeding for stable preterm infants who have not established full oral feeds (Review)</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Analysieren, welche Effekte Strategien zur Versorgung von stabilen Frühgeborenen haben, die früh nach Hause entlassen werden und zuhause Unterstützung bekommen, u.a. durch Sondenernährung im Vergleich zur Entlassung von Frühgebore-</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Suchstrategie der Cochrane Neonatal Review Group, kombiniert mit der Suche im CENTRAL Register, CINAHL, (1982 bis März 2015), EMBASE (1980 bis März 2015) und MEDLINE (1950 bis März 2015).</p> <p>Eingeschlossen wurden alle RCT- und Quasi RCT-Studien über Säuglinge, die vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren wurden, und zum Zeitpunkt der Entlassung keine intravenöse</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Es wurde lediglich eine Studie eingeschlossen, mit Daten von 88 Kindern aus 75 Familien. Die Kinder in der Gruppe, die besonders früh nach Hause entlassen und dort weiter unterstützt wurden, hatten eine im Durchschnitt um 9,3 Tage verkürzte Krankenhausaufenthaltsdauer (im Vergleich zur Kontrollgruppe).</p> <p>Ihr Risiko an einer Infektion zu erkranken war im Vergleich zur Kontrollgruppe verringert.</p> <p>Es gab keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Dauer des Stillens, Gewichtszunahme sowie Rehospitalisierungen innerhalb der ersten 12 Monate nach Krankenhausentlassung,</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Evidenzlevel 1	nen, die erst im Stadium entlassen werden, wenn sie in der Lage sind, an der Brust zu trinken.	Ernährung bekamen. Zwei Reviewers haben unabhängig voneinander gearbeitet.  Nur eine Studie wurde eingeschlossen.	ebenso keine Unterschiede in der Zufriedenheit der Eltern und im allgemeinen Gebrauch von Gesundheitsdiensten.  <b>Schlussfolgerungen:</b>  Die Datenlage ist zu dünn, um belastbare Aussagen treffen zu können.
<b>Connolly et al. 2015</b>  Exercise rehabilitation following intensive care unit discharge for recovery from critical illness (Review)  Evidenzlevel 1	<b>Ziel:</b>  Einschätzung der Effektivität von Rehabilitations- Programmen für Patienten nach Besuch auf einer Intensivstation, die vor Entlassung mindestens 24 Stunden beatmet werden mussten.	<b>Suche in folgenden Datenbanken:</b>  CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL bis Mai 2014  <b>Einschlusskriterien:</b>  Es wurden RCTs, Quasi-RCTs und CCTs (controlled clinical trials) geingeschlossen.  Es wurden sechs Studien eingeschlossen, mit insgesamt 483 erwachsenen Patienten.	<b>Ergebnisse:</b>  Die Anzahl der Studien und die Quantität der Daten allgemein war unzureichend. Zudem waren die Ergebnisse der einzelnen Studien widersprüchlich. Die methodologische Qualität der Studien sei teilweise zu kritisieren.  <b>Schlussfolgerungen:</b>  Die Autoren schlussfolgern, dass es derzeit noch nicht möglich ist, einen allgemeinen funktionalen Effekt bzw. einen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von einer der untersuchten Interventionen festzustellen.
<b>Crocker, J. B. et al. 2012</b>  Telephone Follow-up as a Primary Care Intervention for Postdischarge Outcomes Improvement: A systematic Re-	<b>Ziel:</b>  Übersicht über die Effekte von telefoni- schem Follow-Up	<b>Suche in folgenden Datenbanken:</b>  Ovid Medline, Ovid Nursing Database, PsychINFO, EBM Reviews, EMBASE  <b>Einschlusskriterien:</b>  Eingeschlossen wurden Fall-Kontrollstudien, Kohortenstudien oder RCTs.  Nur drei Studien erfüllten die Ein-	<b>Ergebnisse:</b>  Trotz der zunehmenden Bedeutung von telefonischem Follow-Up in der Entlassungsplanung, gibt es keine verlässliche Studien, die die Vorteile dieser Methode belegen können. Dennoch sind positive Effekte wahrscheinlich.  <b>Schlussfolgerungen:</b>  Es braucht Studien höherer Qualität, um die Wirksamkeit von

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
view. Evidenzlevel 2		schlusskriterien.	Telefon-Follow-Up nachzuweisen.
<b>Crotty et al. 2010</b>  Rehabilitation interventions for improving physical and psychosocial functioning after hip fracture in older people (Review)  Evidenzlevel 2	<b>Ziel:</b>  Die Effekte der Interventionen zur Verbesserung der körperlichen und psychosozialen Situation von Patienten nach Hüftfrakturen.	<b>Suche in folgenden Datenbanken:</b>  Cochrane Bone, Joint and Muscle Trauma Group Specialised Register CENTRAL, MEDLINE, EMBASE  <b>Einschlusskriterien:</b>  Randomisierte vergleichende Studien wurden ausgewählt.  9 sehr heterogene Studien wurden eingeschlossen.	<b>Ergebnisse:</b>  In den Studien wurden verschiedene Interventionen angewendet. In drei Studien, in denen u.a. intensive Ergotherapie angewendet wurde und kognitive Verhaltenstherapie führten zu keinen signifikanten Unterschieden im Vergleich zu den Kontrollgruppen. Zwei Studien haben Interventionen durch spezialisierte Pflegekräfte untersucht, in einer Studie incl. Entlassungsplanung:  Diese eine Studie ergab Verbesserungen nach drei Monaten. Die andere Studie ergab keine Unterschiede nach 12 Monaten. Zwei Studien die Rehabilitation zuhause mit einem Gruppen-Lernprogramm untersucht haben, haben keine Unterschiede nach 12 Monaten ergeben.  <b>Schlussfolgerungen:</b>  Es gibt keine hinlänglichen evidenzbasierten Erkenntnisse. Weitere Forschung ist nötig.
<b>De Leeuw und Larsson 2013</b>  Nurse-led follow-up care for cancer patients: what is known and what is	<b>Ziel:</b>  Die Literatur der vergangenen 5 Jahre über nurse-led Follow-Up wurde analysiert, um künftige Forschung vorzubereiten.	<b>Suche in folgenden Datenbanken:</b>  Medline, Medline in Progress, PsychInfo, CINAHL, and the Cochrane Database of Systematic Reviews.  <b>Einschlusskriterien:</b>  Generell Studien zum Thema zwischen 02/2007 und 09/2012 (keine	<b>Ergebnisse:</b>  Besondere Aufmerksamkeit wurde head and neck cancer-Patienten zuteil: eine Patientengruppe, die noch sehr wenig erforscht und in der Literatur unterrepräsentiert ist. Diese Patientengruppe hat spezifische Bedürfnisse in Bezug auf Information und Edukation sowie besondere Bedürfnisse in Hinblick auf langfristige psychosoziale Unterstützung und praktische Ratschläge.

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>needed. Review</p> <p>Evidenzlevel 1</p>		<p>Formulierung von Ausschlusskriterien).</p> <p>21 Studien wurden eingeschlossen, darunter 5 RCT-Studien und 12 mit vergleichendem Design.</p>	<p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <p>Nurse-led Follow-Up hat das Potenzial, im Sinne von größerer Patientenorientierung körperliche, emotionale und soziale Bedürfnisse von Krebspatienten zu begegnen.</p>
<p><b>Donald et al. 2015</b></p> <p>Hospital to community transitional care by nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Die Kosteneffektivität von transitional care durch Pflegekräfte untersuchen. Systematisches Review von RCT-Studien.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Basis: 10 elektronische Datenbanken (AMED, CINAHL, Cochrane, DARE, EMBASE, Global Health Star, HEED, MEDLINE, Web of science), Bibliographien, manuelle Recherchen und Website-Recherchen</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Es wurden RCT-Studien untersucht, die pflegerische Entlassungsplanung mit herkömmlicher Pflege untersuchten. Die Artikel wurden durch zwei Reviewers unabhängig voneinander gescreent.</p> <p>Nur 5 Studien erfüllten die Einschlusskriterien.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Eine der 5 eingeschlossenen Studien evaluierte einen alternative provider nurse practitioner (n = 154 Patienten), 4 evaluierten 6 complementary provider nurse practitioners (n= insgesamt 1017 Patienten). Die ökonomischen Analysen waren in allen Studien schwach.</p> <p>In der Studie zu dem alternative provider nurse practitioner waren keine gesundheitlichen Verbesserungen bei den Patienten im Vergleich zur herkömmlichen Entlassungsplanung zu verzeichnen.</p> <p>Auch bei den complementary provider nurse practitioners waren die Ergebnisse auf Patientenseite mit der herkömmlichen Praxis vergleichbar – außer dass die Entlassungsplanung durch Pflegekräfte die Ängste der Patienten zu reduzieren vermochte und die Zufriedenheit einiger Patientengruppen steigern konnte.</p> <p>Allerdings reduzierten die complementary provider nurse practitioners die Rehospitalisierungsraten nach 90 und 180 Tagen bei multimorbiden Patienten.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <p>Angesichts der niedrigen Beweiskraft/Qualität, schwachen ökonomischen Analysen, niedrigen TN-Zahlen und niedriger Zahl beteiligter nurse practitioners in den untersuchten Studien, sind die Ergebnisse des Reviews nicht beweiskräftig und weitere</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			Forschung ist nötig.
<p><b>Feltner et al. 2014</b></p> <p>Transitional Care Interventions to Prevent Readmissions for Persons with Heart Failure</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Die Wirksamkeit, Effektivität im Vergleich und Nachteile konventioneller Pflege-Interventionen erheben, um Krankenhauswiedereinweisungen und Mortalitätsraten für Patienten mit Herzinsuffizienz zu reduzieren.</p> <p>Hintergrund: Fast 25 % der Patienten, die wegen Herzinsuffizienz ins Krankenhaus aufgenommen werden, werden innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung wieder eingewiesen.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>MEDLINE, Cochrane Library, CINAHL, ClinicalTrials.gov und World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform,</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>RCT-Studien zwischen 1.1.1990 und 31.10.2013</p> <p>Zwei Reviewer haben die Studien unabhängig voneinander ausgewählt</p> <p>47 Studien wurden eingeschlossen.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Durchschnittsalter der Patienten: 70 Jahre.</p> <p>Wenige Studien berichteten über Wiedereinweisungsraten innerhalb der ersten 30 Tage nach Entlassung. Intensive Programme, incl. Hausbesuchen, vermögen die Wiedereinweisungsraten nach 30 Tagen zu senken („all-cause readmissions“). Hausbesuche und multidisziplinäre, klinische Herzinsuffizienz-bezogene Interventionen haben in einem Zeitraum von 3 bis 6 Monaten nach Entlassung die Wiedereinweisungsrate gesenkt. Hausbesuche konnten auch speziell die Wiedereinweisungen, die erneut aufgrund von Herzinsuffizienz erfolgten, senken.</p> <p>Strukturierte telefonische Unterstützung reduzierte die spezifische, Herzinsuffizienz-bezogene Wiedereinweisungsrate aber nicht die allgemeine Wiedereinweisungsrate („all-cause readmissions“).</p> <p>Schlussfolgerungen: Hausbesuche und Multidisziplinäre Herzinsuffizienz Interventionen reduzierten allgemein die Wiedereinweisungsraten. Strukturierte telefonische Unterstützung reduzierte die Wiedereinweisungsrate aufgrund von Herzinsuffizienz und die Mortalität.</p>
<p><b>Fraga de Jesus and Figueiredo Marques 2013</b></p> <p>Nursing assi-</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Das Review hatte zum Ziel, in der Fachliteratur Hinweise für die Notwendigkeit</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>LILACS, SciELO, MEDLINE</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die ausgewählten Artikel belegen die Notwendigkeit von gut geplanten pflegerischen Interventionen im Entlassungsprozess nach kardiologischen Operationen. Die Entlassung sollte vom Tag der Aufnahme an geplant werden und neben den Patienten</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>stance at the hospital discharge after cardiac surgery: integrative review</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p>pflegerischer Interventionen im Entlassungsprozess nach kardiologischen Operationen zu finden.</p>	<p>Portugiesische, englisch-, spanisch- und französisch-sprachige Artikel, veröffentlicht im Zeitraum 2001 bis 2011.</p> <p>Zehn themenrelevante Artikel wurden ausgewählt.</p>	<p>auch die Familien miteinbeziehen. Die Entlassung sollte zwar pflegerisch geleitet werden, aber darüber hinaus ein multidisziplinäres Team einbeziehen.</p>
<p><b>Fromer 2011</b></p> <p>Implementing chronic care for COPD: Planned visits, care coordination, and patient empowerment for improved outcomes</p> <p>Evidenzlevel: nicht zu ermitteln</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Dieses Review untersucht Pflegepraktiken bei Patienten mit COPD mit Fokus auf multidisziplinäre Zusammenarbeit, Pflegekoordination und Einbeziehung/Aktivierung der Patienten.</p>	<p><b>Keine Darstellung der Recherchestrategie.</b> Es wurde vor allem mit Literatur folgender Gesellschaften gearbeitet:</p> <p>GOLD (Global Initiative for Obstructive Lung Disease), ATS (American Thoracic Society)/ERS (European Respiratory Society).</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Verbesserte multiprofessionelle Kommunikation reduziert die Rate von Wiedereinweisungen und die Dauer von stationären Aufenthalten, womit eine Kostensenkung einhergeht.</p> <p>Ein Mangel an Dialog und ein mangelndes Verständnis für andere Berufe sind Barrieren für adäquate Kommunikation im Rahmen der Entlassungsplanung. Daraus ergeben sich folgende Empfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wege untersuchen, um personenzentrierte Pflegeplanung zu fördern, die ältere Menschen, deren Familie und relevante Pflege-/Betreuungskräfte einbezieht,</li> <li>- Interventionen entwickeln, die multiprofessionelle Kommunikation und Transitional Care für marginalisierte und sozial benachteiligte ältere Patienten verbessern und</li> <li>- Untersuchung der sich verändernden Rollen für Angehörige von multiprofessionellen Teams.</li> </ul>
<p><b>Gonçalves-Bradley et al. 2016</b></p> <p>Discharge planning from hospital</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Beurteilung der Wirksamkeit der individuellen Entlassungsplanung von Patienten aus dem Kranken-</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Social Science Citation Index, US National Institutes of Health trial register (ClinicalTri-</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In 21 Studien ältere Teilnehmer mit einem medizinischem Leiden (medical condition), in fünf Studien Teilnehmer mit Mischung medizinischer und chirurgischer Kondition, eine Studie mit Teilnehmern aus der Psychiatrie, eine Studie mit Teilnehmern aus Psychiatrie und Allgemeinkrankenhäusern, zwei Studi-</li> </ul>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Evidenzlevel 1	haus	<p>als.gov).</p> <p>(3. Update)</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>RCT-Studien mit einem Vergleich individualisierter Entlassungsplanung mit Routine-Entlassungsplanung; Teilnehmer Krankenhauspatienten.</p> <p>Anzahl der Studien: insgesamt 30 (mit 11,964 Teilnehmern), 6 weitere in diesem Update</p>	<p>en mit Teilnehmer mit Sturzhintergrund.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenhausaufenthaltsdauer und Wiedereinweisungen ins Krankenhaus reduzierten sich für Teilnehmer, die mit medizinischer Diagnose ins KH aufgenommen wurden und die die Entlassungsplanung erhalten haben.</li> <li>- Es ist ungewiss, ob Entlassungsplanung die Wiedereinweisungsraten für Patienten, die mit Sturzhintergrund ins Krankenhaus eingewiesen wurden, reduziert.</li> <li>- Bei älteren Patienten mit medizinischer Diagnose war nur eine kleine bis gar keine Differenz zwischen den Gruppen bezüglich der Mortalität.</li> <li>- Kaum Evidenz bezüglich Mortalität für Teilnehmer, die sich von einer Operation erholt haben oder die eine Mischung aus medizinischen und chirurgischen Konditionen erhalten hatten.</li> <li>- Entlassungsplanung kann dazu führen, die Zufriedenheit von Patienten und Fachleuten im Gesundheitswesen zu steigern.</li> <li>- Es ist ungewiss, ob es einen Unterschied gibt bezüglich der Betreuungskosten, wenn die Entlassungsplanung für Patienten mit medizinischer Kondition implementiert ist.</li> </ul> <p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine individuelle Entlassungsplanung kann die Aufenthaltsdauer reduzieren und das Risiko der Wiedereinweisungen für ältere Leute mit medizinischer Kondition nach 3-Monate-Follow-Up reduzieren.</li> <li>- Entlassungsplanung kann die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung bei Patienten und Fachleuten erhöhen.</li> <li>- Es gibt kaum Evidenz, dass es ein eine individuelle Entlassungsplanung zu einer Kostenreduzierung im Gesundheitsdienst führt.</li> </ul>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Hall; Chang und O'Grady 2016</b></p> <p>Discharge plans to prevent hospital readmission for acute exacerbations in children with chronic respiratory illness (Protocol)</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Primary Outcomes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rate und Frequenz von Verschlimmerungen, die eine Krankenhausaufnahme oder einen Besuch der Notfallaufnahme erforderlich machen.</li> <li>2. Adverse events (aus allen möglichen Gründen).</li> </ol> <p><b>Secondary Outcomes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rate der Besuche beim Hausarzt</li> <li>2. Lebensqualität nach einem und nach sechs Monaten nach Krankenhausentlassung</li> <li>3. Kosten-Effektivität</li> <li>4. Länge der Krankenhausaufenthaltsdauer bei weiteren Hospitalisationen</li> <li>5. Das Einhalten der Medikation nach Entlassung</li> </ol>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>The Cochrane Airways Group register of Trials (alle Jahrgänge), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE (ab 1950). EMBASE (ab 1974), Trials registries</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Es werden ausschließlich RCT's eingeschlossen und zwar Studien zu Kindern im Alter jünger als 18 J., die ins Krankenhaus eingewiesen wurden, mit einer akuten Verschlechterung einer chronischen Erkrankung der Atemwege. Der Fokus liegt auf der Arbeit von Case Managern, zB „Facilitating the discharge plan“, Kooperation mit anderen Gesundheitsdiensten, Kooperation mit niedergelassenen Gesundheitsdienstleistern, Edukation und Information sowie emotionaler Support für die Kinder und ihre Familien.</p>	<p>Skizze eines geplanten Reviews, noch ohne Ergebnisse.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	6. Die poststationäre Mortalität in Bezug auf Atemwegserkrankungen		
<p><b>Inglis et al. 2010</b></p> <p>Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure.</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Ein Review von RCTs mit dem Thema Telefon-Support oder Telemonitoring im Vergleich zur üblichen poststationären Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz, um die Effekte der Interventionen zu quantifizieren.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>CENTRAL, DARE, HTA, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, AMED und Science Citation Index Expanded und Conference Citation Index on ISI Web of Knowledge Zeitraum: 2006 bis 11/2008</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Es wurden ausschließlich RCTs eingeschlossen, die einem Peer-Review-Verfahren unterzogen worden waren.</p> <p>25 Studien und 5 publizierte Abstracts wurden eingeschlossen.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Von den 25 Studien haben 16 strukturierten telefonischen Support behandelt und 11 evaluierten Telemonitoring (darunter zwei, die beide Themen behandelten). Durch das Telemonitoring konnte die Mortalität (all-cause) gesenkt werden- Der strukturierte telefonische Support zeigte nicht signifikante positive Effekte. Beide Formen der Intervention reduzierten die auf CHF (Chronische Herzinsuffizienz) beruhenden Hospitalisierungen. Beide Formen der Intervention trugen dazu bei, die Lebensqualität zu erhöhen, sie reduzierten die gesundheitsbezogenen Kosten und wurden von den Patienten akzeptiert. Es wurden außerdem Verbesserungen im Patientenwissen, in den Selbst-Pflege-Fähigkeiten und in Bezug auf die NYHA-Klassifikation beobachtet.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <p>Strukturierter telefonischer Support sowie Telemonitoring sind effektiv darin, die Mortalität und CHF-bezogene Wiedereinweisungs-raten zu senken. Sie verbessern die Lebensqualität und reduzieren Kosten.</p>
<p><b>Jorgenson, Young and Solomon 2015</b></p> <p>Optimal delivery of colorectal cancer follow-</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Übersicht liefern über empfehlenswerte Follow-Up-Strategien für Menschen mit kolo-</p>	<p><b>Recherchestrategie:</b></p> <p>10 nationale Leitlinien (Guidelines) für Follow-Up und „Survivorship Care“ wurden analysiert (Australien)</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Kolorektaler Krebs ist der weltweit am dritthäufigsten diagnostizierte Krebs. Die Zahl an Erkrankungen steigt, auch aufgrund steigender Lebenserwartung.</p> <p>Verschiedene Leitlinien unterscheiden sich sehr hinsichtlich der Dauer und Frequenz von Follow-Up-Interventionen. Die wenig-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>up care: improving patient outcomes</p> <p>Evidenzlevel 4</p>	<p>rektalem Krebs.</p>		<p>ten Leitlinien betrachten sekundäre Folgen der Krebserkrankung, obwohl Patienten erwiesenermaßen auch psychosozial unter der Erkrankung leiden.</p> <p>Die Versorgung durch Pflegekräfte und durch niedergelassene Ärzte ist essenzielle für Patienten, die nach einer initialen Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen wurden.</p> <p>Es braucht aber eine Verschiebung des Fokus: neben der Beobachtung eventueller Zeichen für ein Wiederauftreten der Krebserkrankung (klassische Vorsorge) braucht es auch eine Beachtung von sekundärer Folgen der Krebserkrankung.</p>
<p><b>Karmali et al. 2014</b></p> <p>Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation (Review).</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Untersuchung der Effekte (Hindernisse wie Vorteile) von Interventionen von Interventionen zur besseren Annahme von kardiologischer Rehabilitation.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL EBSCO, CPCI-S, NHS (National Health Service) Centre for Reviews and Dissemination (CRD) databases, HTA und DARE.</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>RCT-Studien zu kardiologischer Rehabilitation, Patienten nach Herzinfarkt, Bypass-Operationen, koronarer Angioplastie, Herzinsuffizienz, Angina Pectoris oder KHK.</p> <p>Die Suche lieferte Daten von insgesamt 8 neuen Studien.</p> <p>Insgesamt wurden 36 Studien ausgewertet.</p>	<p><b>Ergebnisse und Schlussfolgerungen:</b></p> <p>Die Evidenz, dass Interventionen zu einer verbesserten Annahme von kardiologischer Rehabilitation führen können, ist nur sehr schwach. Es können keine praktischen Implikationen aus dem Review gezogen werden. Interventionen, die patientenbezogene Barrieren fokussieren, steigern evtl. den Erfolg. Es bedarf immer noch weiterer Studien.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Kim and Thyer 2015</b></p> <p>Does transitional care prevent older adults from rehospitalization? A review</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Eine Übersicht gewinnen über Erkenntnisse darüber, ob transitional care effektiv darin ist, ältere Menschen vor Wiedereinweisung in Kliniken zu bewahren (USA).</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>ISI Web of Knowledge und PsycINFO [transitionast]</p> <p>Zusätzlich manuelle Suche.</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>RCT-Studien ab April 2011, ausschließlich englischsprachig.</p> <p>9 Studien erfüllten die Einschlusskriterien.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die Prävalenz der Wiedereinweisungen unter Medicare-Empfängern ist hoch. Eine beachtliche Zahl von Rehospitalisierungen kann aber vermieden werden. Transitional care ist eine (erfolgreiche) Strategie, um ungeplante Wiedereinweisungen zu vermeiden.</p> <p>Ältere Menschen über 65 sind potenzielle Empfänger von transitional care.</p> <p>Sieben der neun untersuchten Studien zeigen positive Effekte von transitional care auf, d. h. Erfolge bei dem Ziel, Wiedereinweisungen von älteren Menschen in Krankenhäusern zu verhindern. Allerdings variierten die Effekte in verschiedenen Perioden des Follow-Ups.</p> <p>Einige Studien haben geringere Kosten ermittelt in Zusammenhang mit Patienten, die transitional care erhielten.</p> <p>„These cost-reducing effects of transitional care may indicate, that the Medicare system would benefit by providing reimbursement for older adults receiving transitional care services. Hospitals could also reap financial benefits by implementing transitional care services“.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <p>Das Review lässt die Schlussfolgerung zu, dass die untersuchten Studien die Hypothese unterstützen, dass transitional care Rehospitalisierungen älterer Menschen vermeidet. Zusätzliche Studien, die unterrepräsentierte Patientengruppen in den Blick nehmen, und mit längeren Follow-Up-Perioden sind nötig.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Kwan et al. 2013</b></p> <p>Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Ziel des Reviews war, evidenzbasierte Studien zusammenzufassen, die sich mit der Effektivität von Arzneimittelabgleich im Krankenhaus befassen.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>RCT-Studien bis November 2012. Vorausgesetzt war, dass in den Studien unerwünschte Medikamentenfehler explizit von (kommunizierten) Medikamentenänderungen unterschieden wurden.</p> <p>18 RCT-Studien haben die Einschlusskriterien erfüllt</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die meisten unbeabsichtigten Medikamentenfehler hatten keine klinische Relevanz. Der Arzneimittelabgleich allein ergibt keine Reduktion von Wiedereinweisungen. Die Wirksamkeit dieser singulären Intervention kann außerdem nicht über einen zeitlichen Rahmen von dreißig Tagen hinausgehen.</p>
<p><b>Leppin et al.</b></p> <p>Preventing 30-Day Hospital Readmissions. A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized trials</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Untersuchung der Effizienz von intensiven Interventionen im Bereich der Entlassungsplanung (nicht nur pflegerische), gemessen an der Anzahl von (frühen) Wiedereinweisungen.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>PubMed, Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, EBSCO CINAHL und Scopus (1990 bis 01.04.2013)</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Randomisierte vergleichende Studien zum Thema, in englisch oder spanisch.</p> <p>47 Studien wurden eingeschlossen.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>In 42 der 47 eingeschlossenen Studien konnten die Interventionen frühe Wiedereinweisungen verhindern.</p> <p>In den Studien vor dem Jahr 2002 erwiesen sich die Interventionen als effizienter als ab 2002.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <p>Die getesteten Interventionen waren generell effektiv. Bessere Effekte zeigen komplexe Interventionen, die ein großes Augenmerk auf die Fähigkeiten von Patienten zur Selbstpflege legen. Diese Interventionen wurden v.a. in den Studien bis 2002 durchgeführt.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Mabire et al. 2016</b></p> <p>Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in discharged elderly inpatients: a systematic review</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Bestimmung der bestmöglichen Evidenz bzgl. der Effektivität von Entlassungsplanungsinterventionen, bei denen mindestens eine Pflegeperson involviert ist, bei gesundheitsbezogenen Outcomes für ältere Patienten, die nach Hause entlassen wurden. Außerdem Erfassung des relativen Einflusses von individuellen Komponenten der Entlassungsplanungsinterventionen.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>PubMed, CINAHL, Embase Health Source, JBI Library, Cochrane Library (DARE, CCTR), Web of Knowledge, BioMed Central and Health Source: Nursing/ Academic Edition, ProQuest, Network Digital Library of Thesis and Dissertations (NDLTD), The Dart, TripDatabase and the Mednar search platform.</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Englische Sprache, ältere Patienten mind. 65 Jahre alt, Entlassung nach Hause von Akutbehandlung oder Rehabilitation nach Akutbehandlung, Publikation zwischen 2000 und 2015, Design: RCT, nicht randomisierte CTs, quasi-experimentelle Studien, Vorher-Nachher-Studien, prospektive/retrospektive Kohortenstudien, Fallkontrollstudien und analytische Querschnittsstudien,</p> <p>Einschluss von 13 Studien, davon 2 Pilotstudien und eine Studie mit einem Vorher-Nachher-Design. Insgesamt 3.964 Studienteilnehmer mit einem Durchschnittsalter von 77 Jahren.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Pflegerische Entlassungsplanung konnte die Wiedereinweisungsrate und die Lebensqualität nicht signifikant senken, wobei die Wiedereinweisungen bei Studien, die in den USA durchgeführt wurden, weniger waren. Der allgemeine Effekt-Score für pflegerische Entlassungsplanung war bezüglich der Aufenthaltsdauer erhöht (d.h. längere Aufenthaltsdauer) und statistisch signifikant.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Nurjannah et al. 2014</b></p> <p>Discharge planning in mental health care: an integrative review of the literature</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Ermittlung der Evidenzbasis in Bezug auf die Entlassungsplanung im Zusammenhang mit der Bereitstellung akuter und kommunaler Dienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung, um die Notwendigkeit künftiger Forschung zu ermitteln.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>CINAHL, PsychINFO</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>1990-2011, englische Sprache, peer-reviewed, Bezug auf Entlassungsplanung bei psychischen Erkrankungen, Bezug zur Entlassungsplanung in akuten oder kommunalen Settings und Perspektive der Patienten und deren Angehörigen oder den psychologischen Fachkräften</p> <p>Einschluss von 19 Artikeln, darunter alle Methoden enthalten</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Forschungsergebnisse zur Entlassungsplanung für Menschen mit psychischen Problemen zeigen die Bedeutung der Kommunikation zwischen Gesundheitsfachkräften, Patienten und ihren Familien auf, um die Wirksamkeit dieses Prozesses zu maximieren.</p> <p>Die Komplexität der Gesundheitsbedürfnisse der Verbraucher beeinflusst den Entlassungsplanungsprozess und wirkt sich auf die Einhaltung der Nachsorge und die Rückübernahmequote aus.</p> <p>Es gibt eine begrenzte Anzahl von Forschungsergebnissen, die sich auf die Unterschiede zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe und der Familien hinsichtlich des für eine wirksame Entlassungsplanung erforderlichen Informationsniveaus und die angemessene Beteiligung von Personen mit psychischen Problemen in ihrer eigenen Entlassungsplanung beziehen.</p> <p>Die Ergebnisse dieser integrativen Überprüfung werden zukünftige Forschungen zu diesem Thema informieren.</p>
<p><b>Oeseburg et al. 2009</b></p> <p>Effects of Case Management for Frail Older People or Those With Chronic Illness - A Systematic</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Evaluierung der Effekte von patientenbezogenem Case Management bzgl. der Nutzung von Angeboten (service use), und Kosten für das Gesundheitswesen bei</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Medline, CINAHL und Cochrane databases.</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>englische Sprache, Veröffentlichungszeitraum März 1995 – März 2007, RCTs, die Nutzung des Angebots und</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>In keiner der Studien wurde Evidenz für eine klinisch relevante Zunahme der Nutzung des Services oder der Kosten gefunden.</p> <p>In 2 Studien wurde ermittelt, dass ein patientenbezogenes Case Managements zu einer Verringerung der Inanspruchnahme von Leistungen und zur Einsparung von Kosten führte.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Review Evidenzlevel 1	beeinträchtigten älteren Menschen oder Erwachsenen mit einer chronischen somatischen Erkrankung in der Community.	die Kosten für das Gesundheitswesen eines patientenbezogenen Case Management Modells bei beeinträchtigten älteren Menschen oder Erwachsenen mit einer chronischen somatischen Erkrankung in der Community.  Einschluss von 9 Artikeln aus 8 RCTs.	
<b>PATH-THETA Collaboration 2013</b>  Optimizing Chronic Disease Management Mega-Analysis: Economic Evaluation  Evidenzlevel 2	<b>Ziel:</b>  Bewertung der Kosteneffektivität und des erwarteten Budgetrahmens von Interventionen in chronischen Krankheitskohorten, die im Rahmen der Megaanalyse zur Optimierung des chronischen Krankheitsmanagements evaluiert wurden	<b>Suche in folgenden Datenbanken:</b>  Ovid MEDLINE und EMBASE, Wiley's Cochrane Library und Health Economic Evaluation Database (HEED), the National Library of Medicine's PubMed (for non-MEDLINE records) und dem Centre for Reviews and Dissemination database,  <b>Einschlusskriterien:</b>  Studien ab 2002, eine der folgenden sieben chronischen Erkrankungen: Diabetes, CAD, CHF, COPD, stroke, atrial fibrillation, and chronic wounds), englische Sprache, Messung in QALYS  Einschluss von 8 Kosten-Effektivitätsanalysen	<b>Ergebnisse:</b>  Die Modelle waren robust gegenüber den meisten durchgeführten Sensitivitätsanalysen, aber aufgrund struktureller Einschränkungen und Zeitbeschränkungen wurden nur wenige Sensitivitätsanalysen durchgeführt.  Inkrementelle Kosteneinsparungen pro Patient, der eine Intervention erhielt, reichten zwischen 15 US-Dollar pro Diabetiker mit spezieller Pflege bis zu 10.665 US-Dollar pro Patient mit kongestiver Herzinsuffizienz, die häusliche Pflege erhielten.

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Peters 2017</b></p> <p>Role of Transitional Care Measures in the Prevention of Readmission After Critical Illness</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Untersuchung der Rolle von Transitional Care auf die Vermeidung von Rückerverlegung auf die Intensivstation nach Verlegung von dort auf den medizinisch-chirurgischen Bereich während desselben Krankenhausaufenthalts.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Pubmed, CINAHL, Cochrane</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Erwachsene Patienten, Übergänge innerhalb des Krankenhauses</p> <p>Einschluss von 75 Studien, darunter systematische Reviews, und Studien mit experimentellem oder qualitativem Design. Die Mehrheit der Studien hatte eine hohe oder gute Evidenz.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Der Übergang von der Intensivstation in den medizinisch-chirurgischen Bereich ist für die Genesung und die Heilung kritischer Erkrankungen entscheidend. Solche Übergänge sind notwendig, um die verfügbaren Krankenhausressourcen optimal zu nutzen, um die Bedürfnisse der Patientenversorgung zu erfüllen.</p> <p>Einer von zehn Patienten, die von der Intensivstation entlassen wurden, werden während des Krankenhausaufenthalts wieder auf die Intensivstation zurückverlegt.</p> <p>Die Wiederaufnahme der Intensivmedizin ist mit einem signifikanten Anstieg der Krankheitsschärfe, der Gesamtaufenthaltsdauer und der Kosten für die Gesundheitsversorgung sowie einem potenziell 4-fach erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden.</p> <p>Patienten mit komplexen Erkrankungen, multiplen komorbiden Zuständen und einem längeren Erstaufenthalt in der Intensivstation haben ein erhöhtes Risiko, wieder auf die Intensivstation aufgenommen zu werden und schlechte Ergebnisse zu erleiden.</p> <p>Die Implementierung von krankenpflegeorientierten Maßnahmen, die die Kontinuität der Versorgung und konsistente Kommunikationspraktiken wie eine erhöhte Reichweite der Intensivpflege-Angebote, Übergangskommunikationstools, Entlassungsplanung und Übergangspflegeeinheiten unterstützen, verbessert den Übergang von Patienten aus der Intensivpflegeumgebung und reduziert die Rückübernahmequoten.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Piraino et al. 2012</b></p> <p>Transitional care programs - who is left behind? A systematic review.</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Überprüfung, ob ältere Patienten mit dem größten Risiko einer Wiedereinweisung ausreichend in RCTs bzgl. Transitional Care Interventionen berücksichtigt sind</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Medline, CINAHL, Embase</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Entlassung aus Krankenhaus nach Hause als Setting, RCT, Durchschnittsalter über 55 Jahr, Self-care war Bestandteil der Interventionen, Interventionen wurden vor und nach Entlassung durchgeführt, Berücksichtigung der Effizienz, englische Sprache, bis einschließlich August 2011</p> <p>17 Studien wurden eingeschlossen</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Die meisten Transitional-Care-Interventionen fokussieren sich nicht explizit auf ältere Patienten mit besonderen Risikofaktoren für eine Wiedereinweisung wie z.B. Demenz, Depression, kognitive Einschränkungen, Multimorbidität, Polymedikation, nahendes Lebensende</p> <p>2) Ergebnisse der veröffentlichten Transitional-Care Interventionen sind nicht einfach auf Patienten mit dem größten Risiko generalisierbar</p> <p>3) Transitional-Care Interventionen sollten auch für diese Population entwickelt und evaluiert werden.</p>
<p><b>Popejoy et al. 2009</b></p> <p>A Review of Discharge Planning Research of Older Adults 1990-2008</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Forschung über Krankenhaus-Entlassungsplanung innerhalb der historischen Zeitlinie von Änderungen der öffentlichen Politik, die sich auf die Nutzung der Dienste auswirkte.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>CINAHL, Ovid Medline, Sociology Abstracts</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>1990-2008, Studien aus den USA, Alter der Patienten 65 Jahre oder älter, Kontext im Krankenhaus</p> <p>Einschluss von 36 Artikeln, davon 21 aus pflegerischer Sicht, 6 von Sozialarbeitern, 5 von Medizinern und 4 von Soziologen. Die Methodik der Studien war in den 90ern hauptsächlich deskriptiv, ab 1996 wurden zunehmend</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die Überprüfung ergab mehrere interessante Erkenntnisse. Obwohl die Familie die erste Verteidigungslinie gegen Probleme darstellt, wurde wenig getan, um Partnerschaften zwischen Patienten, Familien und Gesundheitsversorgern aufzubauen. Die Kosten der Behandlung treiben das Gesundheitssystem an; dennoch wurden die Kosten für Interventionen selten beschrieben. Ein intensives Fallmanagement von Risikopopulationen wurde weder weitgehend übernommen noch wird es aus öffentlichen Mitteln erstattet, obwohl es sich als kostenwirksam erwiesen hat.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		prospektive Studien, quasi-experimentelle Studien und RCTs durchgeführt.	
<p><b>Press et al. 2012</b></p> <p>Interventions to improve outcomes for Minority Adults with Asthma: A Systematic Review</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Charakterisierung von Interventionen, die das Outcome Erwachsene einer Minderheit mit Asthma verbessern können</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Medline, PsycINFO, CINAHL, Cochrane</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Erwachsene, Interventionsstudien bei denen die Mehrheit der Teilnehmer keine weiße Hautfarbe hatte, Schlagwörter zu Asthma in Kombination mit Schlagwörtern zu Minderheiten</p> <p>Einschluss von 24 Artikeln</p> <p>15 Studien mit Edukation-Interventionen, 9 Studien mit System-Interventionen</p> <p>Studienqualität im Durchschnitt bei 21,0 (DB scores)</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Edukation von „health care professionals“ scheint den Outcome zu verbessern</p> <p>2) Einsatz von Team-basierten spezialisierten Kliniken und langanhaltende Follow-ups nach der Akutversorgung sind vielversprechend</p>
<p><b>Preyde et al. 2009</b></p> <p>Discharge Planning From Hospital to Home for Elderly Pati-</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Untersuchung der Auswirkungen von Discharge Planning auf Liegedauer, Wiedereinweisungsrate, Kosten, Lebensquali-</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, Social Sciences Citation Index, Social Services Abstracts, Abstracts in Social Gerontology und PubMed</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Untersuchungen von „social work professionals“ fehlen</p> <p>2) Mangel an geeigneter Berichterstattung über Methoden und Ergebnisse</p> <p>3) Großer Einfluss auf Patienten-zufriedenheit (evident)</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>ents: A Meta-Analysis</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p>tät, Patienten Well-being und Patientenzufriedenheit.</p> <p>Keine explizite Fragestellung</p>	<p>(a) discharge planning with no restriction on specific characteristics (e.g., could span hospital and home)</p> <p>(b) RCT oder quasi-experimentelle Studie</p> <p>(c) Alter oder Durchschnittsalter über 65</p> <p>(d) Messung von mindestens einem der folgenden Parameter: hospital length of stay (LOS), readmission rate, costs, quality of life (QOL), patient well-being, and patient satisfaction</p> <p>Artikel auf Englisch von 1995-2005</p> <p>3,327 Studien identifiziert, davon 73 relevant, Einschluss von 25 Studien</p>	<p>4) Moderater Einfluss auf Lebensqualität und Wiedereinweisungsrate (evident)</p>
<p><b>Pringle et al. 2014</b></p> <p>A review of the early discharge experiences of stroke survivors and their carers.</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Besseres Verstehen / Erheben der Erfahrungen von Schlaganfall-Patienten und ihren Pflegenden während der ersten Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus → um eine adäquate Pflege in</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>AARP, AMED, BNI, CINAHL, EMBASE, ERIC, MEDLINE, PsycINFO, Social Work Abstracts, ASSIA, all listed EBM reviews</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Untersuchung des ersten Monats zu Hause, Einbezug von qualitativen Aspekten, englische Sprache</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die Rückkehr nach Hause nach einem Schlaganfall bringt viele Hindernisse für Patienten und ihre Angehörigen mit sich, aufgrund der typischerweise auftretenden Veränderungen (Einschränkungen).</p> <p>Das Review lässt darauf schließen, dass das Bewusstsein gegenüber den Folgen eines Schlaganfalls für alle Betroffenen wächst.</p> <p>Die meisten Studien konzentrieren sich dabei auf die Langfrist-</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	diesem kritischen Zeitraum gewährleisten zu können	Nach Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden 28 relevante Studien gründlich untersucht.	<p>Folgen. Hinweise auf die Erfahrungen in den ersten Tagen nach Entlassung finden sich vorrangig in rückblickenden Langzeitstudien.</p> <p>Das Review zeigt weiter, dass Patienten mit Aphasien häufig aus der Forschung zu Schlaganfall ausgeschlossen werden.</p> <p>Mit der fortschreitenden Gesundheitsversorgung in der Gemeinschaft können Patienten und Pflegekräfte erwarten, dass die Erholung zu Hause zu einem früheren Zeitpunkt stattfindet. Eine frühere Entlassung könnte wichtige Auswirkungen auf die Beteiligten haben.</p> <p>Um Patienten und pflegende (Angehörige) besser auf die Rückkehr nach Hause vorzubereiten, ist weitere Forschung zu den Bedürfnissen in den ersten Tagen nach Entlassung nötig. Außerdem sollten Patienten mit Aphasie in die Forschung zu Schlaganfällen mit eingeschlossen werden.</p>
<p><b>Prvu Bettger et al. 2012</b></p> <p>Transitional care after hospitalization for acute stroke or myocardial infarction a systematic review.</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Transitional-care-Interventionen beschreiben und einen Nutzen oder Schaden bei Patienten, die wegen einem akuten Schlaganfall oder Herzinfarkt im Krankenhaus behandelt werden zu überprüfen/beweisen</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>CINAHL, MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews, and EMBASE ergänzt mit manueller Suche in Referenzlisten mit relevanten Studien und Übersichtsartikeln (January 2000 to March 2012).</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Englisch-sprachige Untersuchungsberichte oder Beobachtungsstudien, die Transitional care mit normaler</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Identifizierte Transitional-care-Interventionen: hospital-initiated support (n=14), patient and family education (n=7), community-based support (n=20), chronic disease management (n=3)</p> <p>2) Hospital-initiated support kann die Aufenthaltsdauer mit mäßiger Evidenz bei Patienten mit Schlaganfall reduzieren.</p> <p>3) Hospital-initiated support kann mit schwacher Evidenz bei Patienten mit Herzinfarkt die Mortalität senken.</p> <p>4) Evidenz der anderen Interventionen war ungenügend.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		<p>Pflege bei Erwachsenen mit Schlaganfall oder Herzinfarkt vergleichen und über "patient, caregiver, process, or systems outcomes" innerhalb eines Jahres nach Entlassung berichten.</p> <p>Einschluss von 62 Artikeln mit 44 Studien, davon 41 Artikel über Schlaganfall (good quality: 6, fair quality: 29, poor quality: 6) mit 27 Studien und 21 Artikel über Herzinfarkt (good quality: 4, fair quality: 13, poor quality: 4) mit 17 Studien.</p>	
<p><b>Puhr and Thompson 2015</b></p> <p>The Use of Transitional Care Models in Patients With Stroke.</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Identifizierung von TCM, die erfolgreich bei Schlaganfall-Patienten angewendet werden.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>CINAHL, PubMed, and the Cochrane Database of Systematic Reviews  Zeitraum:  January 2000 to June 2013  Zusätzlich Webseiten von etablierten TCM.</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Englische Sprache  Pat. 19 Jahre und älter  Schlaganfall  Entlassung von Krankenhaus oder Akut-Rehaeinrichtung nach Hause</p> <p>13 Artikel über 11 Studien</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) In den ausgewählten Studien wurde TC mit normaler Pflege verglichen, wobei normale Pflege nicht konsequent beschrieben ist.</p> <p>2) Weniger als die Hälfte der Studien konnte signifikante Ergebnis auf ausgewählte Outcomes erbringen.</p> <p>3) TC konnte nicht zu einer signifikanten Verringerung der Notaufnahme-Besuche und Wiedereinweisungen führen.</p> <p>4) Unterschiede in den Personen, die die Interventionen durchführen, den in TC benutzten Interventionen selbst und in der Ergebnismessung.</p> <p>5) In 6 Studien konnte positive Ergebnisse erzielt werden.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p>6) Es existiert etwas Evidenz, dass TC zu einem positiven Outcome bei Schlaganfall-Patienten führt.</p> <p>7) Interventionen und Outcomes sollten standardisiert werden.</p>
<p><b>Rennke et al. 2013</b></p> <p>Hospital-Initiated Transitional Care Interventions as a Patient Safety Strategy - A Systematic Review.</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Untersuchung der Effektivität von Transitional-Care-Interventionen, die im Krankenhaus eingeleitet wurden bzgl. der Verhinderung von Komplikationen, Notaufnahme-Besuchen und Wiederaufnahmen nach Entlassung von allgemeinmedizinischen Patienten</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>MEDLINE, CINAHL, EMBASE und Cochrane Database of Controlled Trials</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Englische Sprache, RCTs, nicht randomisierte kontrollierte klinische Studien, allgemeine medizinische Population, Beschäftigung mit dem Effekt von vor Entlassung eingeleiteten Maßnahmen auf Komplikationen, Notaufnahmebesuche, Wiedereinweisung nach Entlassung</p> <p>47 Studien eingeschlossen, davon 28 RCTs (24 –51) und 19 controlled clinical trials</p> <p>Interventionen:</p> <p>Interventionen vor Entlassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assessment für Risiko von Komplikationen oder Wiedereinweisungen</li> <li>- Patientenbindung (z.B. Patienten</li> </ul>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Mit geringer Evidenz reduzieren “bridging strategies” (Maßnahmen vor und nach Entlassung) die Wiederaufnahmeraten und Notaufnahmebesuche.</p> <p>2) Die Evidenz für die Vermeidung von Komplikationen nach der Entlassung ist spärlich und nicht eindeutig.</p> <p>3) Strategien, um die Qualität von care transitions zu verbessern, bleiben undefiniert.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		<p>oder caregiver Edukation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individualisiertes Patientendokument mit klinischen und edukativen Informationen für den Patienten nach Entlassung</li> <li>- Assessment of risk for adverse events or readmissions</li> <li>- Vereinfachung der Kommunikation mit ambulanten Versorgern</li> <li>- Multidisziplinäres Entlassungsplanungsteam</li> <li>- Geeigneter Entlassungsbeauftragter in persönlichen oder telefonischen Kontakt vor Entlassung</li> <li>- Medikamentenabgleich</li> </ul> <p>Interventionen nach Entlassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontakt halten (Follow-Up Telefonate, Hausbesuche, Hotlines)</li> <li>- Vereinfachung des klinischen Follow-Ups (erleichterte ambulante Follow-Up-Versorgung)</li> <li>- Medikamentenabgleich nach Entlassung</li> <li>- Bridging interventions (mindestens 1 Intervention vor und nach Entlassung)</li> </ul>	

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Scott 2010</b></p> <p>Preventing the rebound: improving care transition in hospital discharge processes: International Perspectives</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Bestimmung der relativen Effizienz von Entlassungsinterventionen, kategorisiert nach zwei Gruppen: (1) einzelne Interventionen, etnweder vor oder nach Entlassung durchgeführt (2) integrierte Interventionen aus mehreren Komponenten mit Elementen vor und nach der Entlassung</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>PubMed, Cochrane, EPOC und CINAHL</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>RCTs oder Reviews, die zwischen 1990 und 2009 publiziert wurden und den Effekt auf Wiedereinweisungen messen in</p> <p>2776 Artikel gefunden, davon, 378 systematische Reviews, davon 7 nach 2000, die als Hauptquellen verwendet wurden</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>1) Bei einzelnen Interventionen können nur Verbesserung des Selbstmanagements, Coaching von Hoch-Risiko-Patienten, Hausbesuche durch Nurses oder Telefonische Unterstützung bei Patienten mit Heart failure die Wiedereinweisungen effektiv vermindern</p> <p>2) Interventionen mit mehreren Komponenten wie frühes Assessments für Entlassungsbedarf, Patientenedukation, frühes Follow-Up nach Entlassung bei Hoch-Risiko-Patienten sind evident und vorteilhaft, besonders bei älteren Patienten und solchen mit Heart failure.</p> <p>3) Insgesamt scheinen mehrere kombinierte Interventionen effektiver zu sein als einzelne Interventionen</p>
<p><b>Shan et al. 2014</b></p> <p>Interventions to prevent heart failure readmissions: The rationale for nurse-led heart failure programs</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Bewertung des Werts von Interventionen zur Verringerung der Wiederaufnahmerate bei Herzinsuffizienz. Dabei Fokussierung auf die wichtige Rolle der Pflege bei der erfolgreichen Umsetzung vieler dieser Interventionen.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Pubmed, CINAHL, Cochrane</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Zeitraum 2004-2014, sonst nicht näher angegeben</p> <p>Einschluss von 40 relevanten Artikeln</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Mehrere spezifische Interventionen haben eine nachweislich günstige Wirkung bei der Verringerung der Wiedereinweisungsrate bei Herzinsuffizienz. Dazu gehören ein optimales medizinisches Management, Patientenschulung und Anweisungen zur Selbstbehandlung sowie eine angemessene Nachsorge nach der Entlassung.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b></p> <p>Trotz dieses Wissens bestehen in den Vereinigten Staaten nach wie vor große Unterschiede bei den Wiedereinweisungsrate. Dies kann teilweise auf die Variabilität bei der adäquaten Durchführung von Interventionen und / oder das Fehlen einer erforderlichen Anzahl von Interventionen zu verschiedenen Zentren</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p>zurückzuführen sein.</p> <p>Jede einzelne Intervention an sich hat nur eine sehr geringe positive Wirkung. Die Durchführung von mehreren Interventionen ist wesentlich, um eine signifikante Verringerung der Wiederaufnahmen bei Herzinsuffizienz zu erreichen. Die Fähigkeit, mehrere Interventionen erfolgreich gemeinsam zu nutzen, könnte die vielversprechenden Ergebnisse strukturierter, von der Pflege geleiteter Herzinsuffizienz-Programme erklären.</p>
<p><b>Shepperd et al. 2009</b></p> <p>Hospital at home early discharge (Review)</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Untersucht werden sollten die Kosteneffektivität und die allgemeine Effektivität einer frühen Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus nach Hause, im Vergleich zur stationären Versorgung.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>EPOC Group Register, MEDLINE (1950 bis 2008), EMBASE (1980 bis 2008), CINAHL (1982 bis 2008) und EconLit bis Jan. 2008.</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Es wurden RCT-Studien über Patienten im Alter von mindestens 18 J. eingeschlossen.</p> <p>Die Studien verglichen frühe Entlassung nach Hause mit akuter Behandlung von Patienten im Krankenhaus. Pädiatrische, Psychiatrische und Geburtshilfe-Patienten wurden vom Review ausgeschlossen.</p> <p>Einschluss von 26 RCT-Studien, davon 21 geeignet für IPD-Meta-Analyse.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Bei Patienten im Z.n. Schlaganfall und für ältere Patienten mit einem Mix verschiedener Erkrankungen wurden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Mortalität zwischen Interventions- und Kontrollgruppen festgestellt. Die Patienten berichteten eine höhere Zufriedenheit bei früher Entlassung nach Hause. Bei Patienten nach einer Operation gab es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Wiedereinweisungsraten.</p> <p>Schlussfolgerungen: Das Review liefert nicht genügend Daten, um die Effekte einer frühen Entlassung nach Hause hinreichend beurteilen zu können.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>Shepperd et al. 2010</p> <p>Discharge planning from hospital to home</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Bestimmung der Effektivität von Entlassungsplanung von Patienten, die das Krankenhaus verlassen.</p> <p>Kriterien für das Outcome: Aufenthaltsdauer im Krankenhaus, Wiedereinweisungsrate, Komplikationsrate, Entlassungsort, Mortalitätsrate, Gesundheitszustand, Patientenzufriedenheit, Zufriedenheit des Personals, Kosten des Entlassungsmanagements für das Krankenhaus und für das gesundheitliche Versorgungssystem, Medikation.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Cochrane EPOC Group Trials Register, MEDLINE, EMBASE and the Social Science Citation Index</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>RCTs, die einen individualisierten Entlassplan mit normaler Entlassungspflege, die nicht auf einen Patienten bezogen war, vergleichen Teilnehmer sind Krankenhauspatienten, bis März 2009</p> <p>Einschluss von 21 RCTs mit insgesamt 7234 Patienten, davon 10, die erstmalig identifiziert wurden. Davon: 14 RCTs mit medizinischen Erkrankungen („medical condition“) (4509 Patienten)  4 RCTs mit einem Mix aus medizinischen Erkrankungen und chirurgischen Behandlungen („medical and surgical conditions“) (2225 Patienten)  1 RCT mit Patienten aus einem psychiatrischen Krankenhaus (343 Patienten)  1 RCT aus einem allgemeinen und psychiatrischen Krankenhaus (97 Patienten)  1 RCT mit Patienten, die nach einem Sturz ins Krankenhaus eingewiesen wurden (60 Patienten).</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Die Aufenthaltsdauer und die Anzahl der Wiedereinweisungen konnte durch das Entlassungsmanagement signifikant reduziert werden. (mean difference length of stay -0.91, 95% CI -1.55 to -0.27, 10 trials; readmission rates RR 0.85, 95% CI 0.74 to 0.97, 11 trials)</li> <li>2) Keine signifikanten Unterschiede bei älteren Menschen mit medizinischen Erkrankungen (meist Herzinsuffizienz) in Bezug auf die Mortalität oder der Entlassung nach Hause</li> <li>3) Auch bei Personen mit einem chirurgischen Eingriffen sowie Personen mit medizinischer Erkrankung und chirurgischem Eingriff ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.</li> <li>4) In drei Studien wurde aufgrund des Entlassungsmanagements über eine verbesserte Patientenzufriedenheit berichtet.</li> <li>5) Allgemein geringe Evidenz bezüglich der Kosten</li> </ol> <p><b>Schlussfolgerung:</b></p> <p>Strukturiertes Entlassungsmanagement kann eine geringfügige Reduktion der Aufenthaltsdauer und der Wiedereinweisungsrate bei älteren Menschen mit einer medizinischen Erkrankung erzielen. Ob ein strukturiertes Entlassungsmanagement Einfluss auf die Mortalität, den Gesundheitszustand oder auf die Kosten hat, bleibt ungewiss.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Spittle et al. 2015</b></p> <p>Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Vergleich der Effektivität von frühen Entwicklungs- Interventionen, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus angeboten werden, um motorische oder kognitive Beeinträchtigungen von Frühgeborenen zu vermeiden mit Standard-Follow-Up</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>CENTRAL, MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, EMBASE</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Es wurden nur RCT- oder Quasi-RCT-Studien eingeschlossen, die Interventionen untersuchten, die innerhalb des ersten Lebensjahres begannen. Die Interventionen begannen teilweise stationär, mussten aber immer auch eine poststationäre Komponente beinhalten.</p> <p>25 Studien wurden eingeschlossen mit insgesamt 3.615 zufällig ausgewählten Patienten. Nur 12 Studien waren RCT-Studien.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die Studien ließen den Schluss zu, dass die Interventionen die kognitiven Fähigkeiten der Kinder verbessern konnten. Diese Effekte halten allerdings nicht bis zum Alter der Einschulung an. Die Studien waren sehr heterogen. In Bezug auf die motorischen Fähigkeiten zeigte sich ein leichter positiver Einfluss der Interventionen.</p> <p><b>Schlussfolgerungen der Autoren:</b></p> <p>Frühe Interventionen bei Frühgeborenen haben einen positiven Einfluss sowohl auf die motorische als auch auf die kognitive Entwicklung der Kinder. Die verbesserten kognitiven Fähigkeiten lassen sich bis zum Vorschulalter beobachten. Ein Vergleich der verschiedenen Studien war aufgrund der Heterogenität schwierig. Es braucht weitere Forschung, um genau zu untersuchen, welche Interventionen am wirksamsten sind und herauszufinden, welche Interventionen sich am längsten auswirken.</p>
<p><b>Stamp et al. 2014</b></p> <p>Transitional Care Programs improve outcomes for Heart Failure Patients. An integrative Review.</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Es sollten kritisch untersucht werden: die Interventionen, Lebensqualität und Wiedereinweisungsraten bei Patienten mit Herzversagen, die in ein „transitional care program“ eingebunden waren. Dabei sollte auch die Kos-</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>PubMed, CINAHL, Ovid, Medline, Cochrane, Proquest, Web of Science, PsychInfo, Embase, und Joanna Briggs Institute databases.</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Schlüsselwörter: HF, transitional care, transition of care, discharge, hospital to home, readmissions, and continuity of care.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Ergebnis des Reviews ist, dass transitional care programs für Patienten mit Herzinsuffizienz die Lebensqualität der Patienten erhöhen kann und sowohl die Anzahl der Wiedereinweisungsraten und die Gesamtkosten für die Pflege gesenkt werden können.</p> <p>Die erfolgreichsten Interventionen zur Senkung der Wiedereinweisungsraten sind Hausbesuche oder Hausbesuche in Kombination mit Telefonanrufen</p> <p>Arten der Interventionen in den untersuchten Studien: Hausbe-</p>

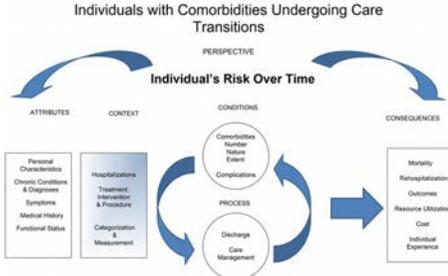
Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	<p>ten-Effektivität von nurse-led transitional care programs untersucht werden.</p> <p>Hintergrund der Studie: Hohe Wiedereinweisungsraten bei Patienten mit Herzinsuffizienz. Ein wesentlicher Grund dafür: mangelndes Wissen der Patienten über Selbstfürsorge und mangelnde Sensibilität für Symptome der Verschlechterung.</p>	<p>Einschlusskriterien sonst nicht genauer benannt</p> <p>Einschluss von 20 Studien aus 117 Studien</p>	<p>suche, teilweise in Verbindung mit telefonischen Kontakten.</p>
<p><b>Steffen et al. 2009</b></p> <p>Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Die Effizienz von Entlassungsplanungs-Interventionen bei psychischen Erkrankungen zu bestimmen in Bezug auf die Verbesserung der Gesundheitssituation der Patienten und auf Kosteneinsparung</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Medline, PsycINFO, PSYINDEXplus Literature, Cochrane Database of Systematic Reviews, CCTR und ACP Journal Club</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Studien veröffentlicht zwischen 1992 und Mai 2007, Erwachsene über 18 Jahre mit psychischen Erkrankungen, alle Länder, RCT, CCT oder Kohortenstudie</p> <p>11 Studien (5 US-amerikanische, 3</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die jeweiligen Entlassungsplanungs-Strategien variierten stark – die meisten beschränkten sich auf die Vorbereitung der Entlassung während des stationären Aufenthalts eines Patienten.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b></p> <p>Entlassungsplanungs-Interventionen sind effektiv darin, Rehospitalisierungen zu verhindern und ebenfalls darin, den Zugang zu poststationärer Nachsorge zu verbessern.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
		aus UK, je 1 aus Israel, Canada und Japan), davon 6 RCTs, 3 controlled clinical trials und 2 Kohortenstudien	
<p><b>Stolic et al. 2010</b></p> <p>Nurse-led telephone interventions for people with cardiac disease: A review of the research literature.</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Durchführung eines kritischen, integrativen Reviews der einschlägigen Forschungsliteratur (Telefon-Follow-Up) mit Bezug zu Patienten mit KHK (Koronare Herzkrankheit).</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Sciedirect, Pubmed, Proquest, Medline und Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Artikel zwischen 1980 und 2009, Bezug zu „telefonisch“ oder „telefonische Interviews“, kardiologische Erkrankungen, Zeitraum nach Entlassung, Hypothesengetestete Intervention durch „nurse“</p> <p>128 Artikel wurden gefunden, von denen 24 die Einschlusskriterien erfüllten.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Nurse-led Telefon-Follow-Up bietet eine relativ unaufwändige und kostengünstige Methode, um Edukation durchzuführen und Unterstützung in der Phase nach einem Krankenhausaufenthalt zu leisten und so den Heilungsprozess zu fördern.</p> <p>Das Review ergab, dass positive Effekte von pflegerischem Telefon-Follow-Up auf Patienten mit KHK wahrscheinlich sind. Die Effektivität muss jedoch noch genauer untersucht werden.</p>
<p><b>Sutherland and Hayter 2009</b></p> <p>Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving he-</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Präsentation der Ergebnisse eines Reviews Bewertung der Evidenz bezüglich der Effektivität eines pflegerischen Case Managements zur Verbesserung des Health Outcomes für Patien-</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>CINAHL, MEDLINE, SCOPUS, COCHRANE Controlled Trials Register and the National Research Register, Inhalte von relevanten Pflegezeitschriften (Nursing Case Management, Primary Health Care, Professional Care Manager and Lippincott's Case Management)</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Es konnten signifikant positive Ergebnisse eines „nurse case management“ auf fünf Health Outcomes festgestellt werden: objektive klinische Messparameter (FEV1, HbA1c, Blutfettspiegel, Blutdruck), Lebensqualität und Funktionalität, Patientenzufriedenheit, Adhärenz zur Behandlung sowie Selbstpflege und Inanspruchnahme von Hilfe (service use)</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b></p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p>alth outcomes in three major chronic diseases</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p>ten, die entweder Diabetes Typ 2, COPD oder KHK haben.</p>	<p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Englische Sprache, empirische Studien (RCTs und andere), die die Rolle eines pflegerischen case managers auf die Effektivität der Pflege oder Health Outcomes bezüglich Diabetes Typ 2, COPD, oder KHK untersuchten.</p> <p>Gefunden, wurden 108 Studien, von denen 18 Studien eingeschlossen wurden.</p>	<p>Die Evidenz dieses Reviews legt nahe, dass nurse case managers das Potenzial haben die Health Outcomes von Patienten mit chronischen Erkrankungen zu verbessern.</p>
<p><b>Tabanajed et al. 2014</b></p> <p>A Systematic Review of the Liaison Nurse Role on Patient's Outcomes after Intensive Care Unit Discharge</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Untersuchung des Einflusses einer Verbindungspflegekraft (liaison nurse) auf das Outcome der pflegerischen Behandlung bei Verlegung von Intensivstation (ITS) im Vergleich zu Patienten ohne liaison nurse, da die Rolle der liaison nurse die Lücke/den Unterschied zwischen ITS und Normalstation lösen konnte. Alle Outcomes der Studien in diesem Feld sollten</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Science direct, PubMed, Scopus, Ovid, Oxford, Wiley, Scholar, and Mosby</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Interventionsstudie, zwischen 2004 und 2013 publiziert, englisch Sprache, Bezug der liaison nurse auf ITS-Aufenthalt</p> <p>662 Suchergebnisse, von denen 6 eingeschlossen werden konnten. Diese waren alle randomisierte Interventionsstudien.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>4 Artikel zeigten einen statistisch signifikanten Effekt der liaison nurse auf das Patientenoutcome. So konnten Verzögerungen bei der Entlassung der Patienten von ITS reduziert und die Entlassungsplanung effektiver gestaltet werden. Außerdem konnte das Überleben von Patienten mit dem Risiko einer Rückübernahme auf ITS verbessert werden. Liaison nurses haben also eine positive Rolle auf die Outcomes von Patienten, die von ITS entlassen werden.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
	<p>einem Review unterzogen werden.</p> <p>Outcomes: Rücküberweisung an ITS, Aufenthaltsdauer auf ITS, gesamte Krankenhausaufenthaltsdauer, Patientenzufriedenheit</p>		
<p><b>Takeda et al. 2012</b></p> <p>Clinical service organisation for heart failure (Review).</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Vergleich von Krankheitsmanagement-Interventionen bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz im Vergleich zur üblichen Pflege</p> <p>Update eines früheren Reviews</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>CENTRAL, DARE, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, AMED</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Eingeschlossen wurden RCT-Studien mit einem mindestens 6-monatigen Follow-Up.</p> <p>25 Studien wurden eingeschlossen</p> <p>Folgende Interventionen wurden betrachtet: Case Management, oft kombiniert mit Hausbesuchen oder telefonischem Follow-Up, außerdem klinische Interventionen (Follow-Up in einer speziellen CHF-Klinik) und multidisziplinäre Interventionen.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die Case Management-Interventionen führten zu einer geringeren All-cause-Mortalität nach 12-monatigem Follow-Up, aber noch nicht nach 6 Monaten. Kein Unterschied mit Blick auf CHF-bezogene Todesfälle. Case Management-Interventionen konnten aber die Wiedereinweisungsraten nach 6 Monaten sowie nach 12 Monaten reduzieren. In den beiden Studien, in denen es um multidisziplinäre Interventionen ging, war die Mortalität nicht reduziert.</p> <p><b>Schlussfolgerungen:</b></p> <p>Für CHF-Patienten, die im Krankenhaus behandelt wurden, gibt es gute Evidenz, dass Interventionen durch spezialisierte Pflegekräfte die CHF-bezogenen Wiedereinweisungen nach 12-monatigem Follow-Up reduziert werden können. Auch die All-cause-Mortalität kann reduziert werden. Allerdings lässt sich nicht sagen, welches die optimalen Komponenten der Case Management-Interventionen sind. Allerdings war telefonisches Follow-Up durch spezialisierte Pflegekräfte eine typische Intervention.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Toles et al. 2016</b></p> <p>Transitional care of older adults in skilled nursing facilities: A systematic review</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Identifizieren, ob Transitional Care Interventionen klinische Outcomes wie Mortalität, Wiedereinweisungsrate, Lebensqualität und funktioneller Status im Vergleich zu normaler Behandlung verbessern.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Pubmed, Embase, CINAHL</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Nutzung der Cochrane Collaboration criteria, sonst nicht genauer angegeben</p> <p>Einschluss von 6 Studien, darunter 2 RCTs, 1 nicht-randomisierte CT und 3 nicht-randomisierte Vorher-Nachher-Studien</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Obwohl das Risiko für Bias bei den Studien hoch war, legen die Ergebnisse nahe, dass es vielversprechende, aber begrenzte Evidenz dafür gibt, dass Transitional Care klinische Ergebnisse für Skilled Nursing Facilities (SNF)-Patienten verbessert. Die Überprüfung der Evidenz identifiziert einen Bedarf für weitere Studien, wie die Notwendigkeit für randomisierte Studien und methodische Herausforderungen für Transitional Care bei SNF-Patienten.</p>
<p><b>Van Cleave et al. 2013</b></p> <p>Comorbidities In the Context of Care Transitions</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Herausfinden von theoretischen Grundlagen des Phänomens von Komorbiditäten bei Menschen, die sich in Pflegeübergangen befinden. Differenzierung der wichtigsten theoretischen Codes und Darstellungen deren Beziehungen zueinander.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>MEDLINE, CINAHL, PsychINFO, ISI Web of Science-Social Science</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Veröffentlichung auf Englisch, Empirische Studien, peer-reviewed Zeitschriften, Erwachsene aus dem US-Gesundheitssystem</p> <p>Einschluss von 60 Artikeln, davon 19 prospektive Studien, 3 RCTs und 38 retrospektive Studien</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Als Ergebnis wurde eine schematische Übersicht erstellt, die ein komplexes Phänomen mit der übergeordneten Perspektive des individuellen Risikos über die Zeit darstellt und nach den folgenden, von der Methode der Dimensional Analysis vorgeschriebenen, Dimensionen organisiert ist: Perspektive, Attribute, Kontexte, Bedingungen und Prozesse sowie Konsequenzen.</p> <p><i>Attribute:</i> Persönliche Eigenschaften, chronische Erkrankungen und Diagnosen, Symptome, medizinische Anamnese, Funktionaler Status</p> <p><i>Kontext:</i> Krankenhausaufenthalte, Behandlung, Intervention und Prozedere, Kategorisierung und Messung</p> <p><i>Bedingungen:</i> Begleiterkrankungen, Zahl, Natur, Umfang, Komplikationen</p> <p><i>Prozess:</i> Entlassung, Care Management</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p><b>Konsequenzen:</b> Mortalität, Wiedereinweisung, Outcomes, Kosten, Ressourcennutzung, individuelle Erfahrung</p> <p><b>Schema:</b></p> 
<p><b>Veronovici et al. 2014</b></p> <p>Discharge education to promote selfmanagement following cardiovascular surgery: An integrative review</p> <p>Evidenzlevel 3</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Durchführung einer Literaturübersicht über veröffentlichte Studien zur Entlassungsedukation für Patienten mit kardiovaskulärer Chirurgie, um Leitlinien für die Edukation von Patienten mit kardiovaskulärer Chirurgie zu erstellen.</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>CINAHL, Medline, Web of Science, Cochrane Database of Systematic Reviews und ERIC</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>Veröffentlichung zwischen 2007 und 2012, Fokus auf präoperative Edukation von Patienten mit kardiovaskulärer Chirurgie, englische Sprache</p> <p>Einschluss von 8 Studien, davon 7 quantitative Studien und einer qualitativen Studie als Teil einer größeren quantitativen Studie. 3 Studien aus China, 2 Studien aus UK und je 1 Studie aus Iran, Norwegen und Türkei</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Drei Studien berichteten von einer signifikanten Reduktion von berichteter Angst und Depression sowie einer Verbesserung der subjektiven Gesundheit.</li> <li>2) Vier Studien hatten gemischte Ergebnisse, mit positiven und neutralen Ergebnissen.</li> <li>3) Keine Studie berichtete von negativen Ergebnissen in Zusammenhang mit präoperativer Edukation.</li> </ol>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
<p><b>Vloothuis et al. 2016</b></p> <p>Caregiver-mediated exercises for improving outcomes after stroke (Review)</p> <p>Evidenzlevel 1</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Bestimmen, ob „caregiver-mediated exercises (CME) die funktionalen Möglichkeiten (functional ability) und die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Menschen mit Schlaganfall verbessern. Außerdem sollte die Belastung der Caregivers untersucht werden</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>Cochrane Stroke Group Trials Register, CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL, SPORTDiscus, drei weitere Datenbanken und sechs weitere Trials Registers</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>RCTs mit dem Vergleich von CME zu normaler Behandlung, keiner Intervention oder einer Intervention, die keine CME war</p> <p>Einschluss von 9 Untersuchungen, von denen 6 mit 333 Patienten-Behandlern-Pärchen in die Metaanalyse eingeschlossen wurden.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Es war schwer die Effekte von CME von denen anderer Interventionen zu trennen.</li> <li>2) Kein signifikanter Effekt von CME auf die Basis-ADLs.</li> <li>3) Kein signifikanter Effekt von CME auf erweiterte ADLs.</li> <li>4) Die Belastung der Caregivers stieg am Ende der Intervention nicht an.</li> <li>5) CME konnte Sekundärouitcomes wie „Balance im Stehen halten“ und Lebensqualität signifikant verbessern.</li> <li>6) Beim Follow-up wurde ein signifikanter Effekt von CME bezüglich der Distanz im 6-Minuten-Laufen-Test gefunden.</li> <li>7) Bei der Kontrollgruppe wurde ein positiver Effekt bezüglich der Ausführungszeit des Wolf Motor Function Test gefunden.</li> <li>8) Keine signifikanten Effekte auf andere Sekundärouitcomes wie Stimmung, Fatigue, Aufenthaltsdauer und adverse events bei Patienten sowie Stimmung und Lebensqualität bei den Caregivers.</li> <li>9) Im Gegensatz zur Primäranalyse zeigte die Sensitivitätsanalyse einen signifikanten Effekt von CME auf die Basis ADLs nach Intervention.</li> <li>10) Die methodische Qualität der eingeschlossenen Untersuchungen und die Variabilität der Interventionen beeinträchtigt die Validität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse.</li> </ol>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			Es gibt eine sehr geringe bis mäßige Qualität und Evidenz, dass CME eine wertvolle Intervention sein könnte.
<p><b>Young et al. 2016</b></p> <p>Nutrient-enriched formula versus standard formula for pre-term infants following hospital discharge (Review).</p> <p>Evidenzlevel 2</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Vergleich der Effekte von mit Nährstoffen angereicherter Nahrung und Standard Nahrung auf das Wachstum und die Entwicklung von Frühgeborenen nach Entlassung aus dem Krankenhaus</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>RCT-Studien und Quasi-RCTs, die einen Vergleich der Ernährungsarten (mit Nährstoffen angereichert versus Standard) vornehmen, alle Sprachen</p> <p>Einschluss von 16 Studien mit insgesamt 1251 untersuchten Kindern.</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die methodologische Qualität der eingeschlossenen Studien variierte.</p> <p>Es können noch keine evidenzbasierten Erkenntnisse aus der Datenlage gezogen werden. Es gibt lediglich begrenzte Hinweise auf positive Auswirkungen auf das Wachstum der Kinder bei mit Nährstoffen angereicherter Nahrung.</p>
<p><b>Zhu et al. 2015</b></p> <p>Effectiveness of nurse-led early discharge planning programmes for hospital inpatients with chronic disease or rehabilitation needs: a systematic review and meta-</p>	<p><b>Ziel:</b></p> <p>Die Effektivität von nurse-led early discharge planning Programmen im Vergleich zur Standardpflege zu untersuchen: für Patienten mit chronischen Erkrankungen oder Rehabilitations-Erfordernissen</p>	<p><b>Suche in folgenden Datenbanken:</b></p> <p>PubMed, Medline, EMBASE, CINAHL und Cochrane Library</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b></p> <p>RCTs, die pflegegeleitete Entlassungsplanungsprogramme mit normaler Behandlung bei Patienten mit chronischer Erkrankung im Krankenhaus oder der Rehabilitation vergleichen, englische Sprache</p> <p>10 RCT-Studien mit insgesamt 3438</p>	<p><b>Ergebnisse:</b></p> <p>Die Meta-Analyse ergab, dass early discharge planning Programme effektiv darin sind, Rehospitalisierungsraten zu senken sowie die Dauer von Rehospitalisierungs-Aufenthalten und die Mortalität im Vergleich zu Standardpflege.</p> <p>Dagegen konnte keine Reduzierung der „index admission“ belegt werden.</p> <p>Die zusätzlich durchgeführte narrative Analyse liefert Hinweise, dass Entlassungsplanung die Gesamtkosten und die Kosten für Rehospitalisierungen senkt sowie die Zufriedenheit und Lebensqualität von Patienten steigert.</p>

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
analysis.  Evidenzlevel 1		Teilnehmer wurden eingeschlossen.	<b>Schlussfolgerungen:</b>  Im Vergleich zur Standardbehandlung haben nurse-led early discharge planning Programme eine positive Auswirkung auf verschiedene Aspekte bei Patienten mit chronischen Erkrankungen und Rehabilitations-Erfordernissen.
<b>Ziebarth 2015</b>  Factors That Lead To Hospital Readmissions and Interventions that Reduce Them: Moving Toward a Faith Community Nursing Intervention  Evidenzlevel 3	<b>Ziel:</b>  Untersuchung von Schlüsselerkenntnissen aus der Literatur bzgl.: Welche Variablen führen zu Wiedereinweisungen und welche Interventionen können diese senken.	<b>Suche in folgenden Datenbanken:</b>  Nutzung des Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Modells über den Literaturzugang der University of Wisconsin, Milwaukee.  <b>Einschlusskriterien:</b>  Englische Sprache, Publikation nach 1999  Einschluss von 62 Artikeln	<b>Ergebnisse:</b>  Faktoren, die zu Wiedereinweisungen führen:  - Stehen in Verbindung mit der Krankheit, Patientenvariablen, aber auch nicht-klinische Faktoren  - Bestimmte Bedingungen wie physische oder psychische Krankheit erhöhen das Risiko einer Wiedereinweisung.  - Chronische Krankheiten wie Herzinsuffizienz, COPD, Diabetes mellitus, Krebs, Schlaganfall, Psychosen, Depression und geringer psychischer Gesundheitszustand haben das höchste Risiko.  - Das Wiedereinweisungsrisiko steigt, wenn der Patient mehr als 5 Medikamente einnimmt.  - Komplexe medizinische, soziale und finanzielle Nöte  - Fehlende soziale Unterstützung  - Krankenhäuser mit geringen finanziellen, klinischen oder öffentlichen Ressourcen haben höhere Wiedereinweisungsraten.  - Höhere Zufriedenheit mit dem Zugang zur Notfallbehandlung

Autor, Jahr, Titel, Evidenzlevel	Zielstellung, Outcome	Suche, Einschlusskriterien, Anzahl Studien	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
			<p>indiziert ebenso ein höheres Wiederaufnahmerrisiko.</p> <p>Faktoren, die zu verringerten Wiederaufnahmeraten wurde in Interventionen vor und Interventionen nach der Entlassung gegliedert:</p> <p>Interventionen vor der Entlassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frühe Entlassungsplanung</li> <li>- Case Management</li> <li>- Selbstmanagement</li> <li>- Medikationsedukation</li> <li>- Standardisierte Instrumente</li> </ul> <p>Interventionen nach der Entlassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kooperationen mit Kliniken und Arztpraxen</li> <li>- Follow-up Anrufe</li> <li>- Klinische Visiten</li> <li>- Telemedizin</li> <li>- Pflegegeleitete Transitional Care Models (TCM)</li> </ul> <p>Dieses Review ist eher eine Beschreibung, der nicht auf die Evidenz eingeht.</p>

## Übersicht über Hintergrundstudien

Die nachfolgende Übersicht umfasst thematisch sortierte Listen der ausgeschlossenen Literatur, die aber zum Teil als Hintergrundliteratur verwendet werden konnten: unter Nennung von Autor, Jahresangabe und Titel (analog zu den Literaturangaben in der Tabelle der eingeschlossenen Literatur). Publikationen wurden ausgeschlossen, wenn sie:

- erstens keine pflegerischen Interventionen behandeln, sondern Maßnahmen anderer Berufsgruppen untersuchen (insb. rein medizinische Maßnahmen aber auch z. B. sozialtherapeutische),
- zweitens sich nicht im eigentlichen Sinne auf Entlassungsplanung bzw. Überleitung beziehen oder
- drittens nicht als vollständige Studie vorliegen (sondern z. B. nur als „Study Protocol“ bzw. als Poster oder als Forschungsdesign noch ohne Ergebnisse).
- Viertens wurden Studien aus sonstigen Gründe ausgeschlossen, die nur vereinzelt auftraten. Hier geht es z. B. um Studien, die andere Schwerpunkte setzen, wie die Überleitung in die palliative Versorgung in Pflegeheimen. Oder es handelt sich beispielsweise um Diskussionspapiere ohne Informationen zur Basis der Thesen, so dass die Grundlage nicht nachvollzogen werden kann.

Unter der dritten Überschrift sind auch Artikel aufgeführt, die sozusagen „veraltet“ sind: Das heißt, neuere Erkenntnisse der gleichen Studie liegen in aktuelleren Publikationen vor.

### 1. Studien, in denen die Berufsgruppe der Pflegenden keine oder kaum eine Rolle spielt

Akbari/Celik 2015, The effects of discharge training and counseling on post-discharge problems in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery

Altfeld et al 2013, Effects of an Enhanced Discharge Planning Intervention for Hospitalized Older Adults: A Randomized Trial

Arora et al. 2010, Problems after discharge and understanding of communication with their primary care physicians among hospitalized seniors: A mixed method study

Bauer, Fitzgerald and Koch 2011, Hospital Discharge as Experienced by Family Carers of People with Dementia: A Case for Quality Improvement.

Cesta 2013 a, Centers for Medicare & Medicaid Services New Interpretive Guidelines for the Conditions of Participation for Discharge Planning Part 1.

Cesta 2013b, Centers for Medicare & Medicaid Services New Interpretive Guidelines for the Conditions of Participation for Discharge Planning Part 2

Costa, Andrew P. et al 2012, Acute care inpatients with long-term delayed discharge: evidence from a Canadian health region

Chaudhry et al 2010, Telemonitoring in Patients with Heart Failure

Cua and Kripalani 2008, Medication use in the transition from hospital to home

Donovan et al. 2016, A Pilot Health Information Technology-Based Effort to increase the quality of transitions from skilled nursing facility to home: compelling evidence of high rate of adverse outcomes

- Engel et al. 2012, Patient understanding of emergency department discharge instructions: where are knowledge deficits greatest?
- Gallagher, Callaghan and Henry 2008, Do relatives of elderly patients block the discharge process?
- Gandara et al. 2009, Communication and Information Deficits in Patients Discharged to Rehabilitation Facilities: An Evaluation of Five Acute Care Hospitals.
- Garland and Connors 2013, Optimal timing of transfer out of the intensive care unit
- Hastings et al. 2011, Older patients' understanding of emergency department discharge information and its relationship with adverse outcomes.
- Joshi, A. et al. 2010, Current trends in the follow-up of head and neck cancer patients in the UK.
- Katikireddi and Cloud 2008, Planning a patients' discharge from hospital
- Kenzik et al. 2016, Treatment Summaries and Follow-Up Care Instructions for Cancer Survivors: Improving Survivor Self-Efficacy and Health Care Utilization
- Lindegaard Pedersen/Pedersen/Damsgaard 2017, Nutritional follow-up after discharge prevents readmission to hospital - a randomized clinical trial
- Moreo et al. 2014, Are We Prepared for Affordable Care Act Provisions of Care Coordination? Case Managers' Self-Assessments and Views on Physicians Roles.
- Pederson et al. (2017): Nutritional follow-up after discharge prevents readmission to hospital - a randomized clinical trial
- Watkins et al. (2012): Hospital to home: A transition program for frail older adults.

## **2. Studien, die nicht die Themen Entlassungsplanung bzw. Überleitung behandeln**

- Allen et al. 2010, Benefits of an older persons' assessment and liaison team in acute admissions areas of a general hospital
- Ansari et al. 2009, Hospital-at-home care for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: an observational cohort study of patients managed in hospital or by nurse practitioners in the community.
- Bhalla et al. 2014, Involvement of the family members in caring of patients an acute care care setting
- Boult et al. 2013, A Matched-Pair Cluster-Randomized Trial of Guided Care for High-Risk Older Patients
- Denton and Spencer 2010, Chronic health conditions: Changing prevalence in an aging population and some implications for the delivery of health care services
- DiMartino, Birken and Mayer 2016, The Relationship Between Cancer Survivors' Socioeconomic Status and Reports of Follow-up Care Discussions with Providers
- Ecklund and Bloss 2015, Progressive Mobility as a Team Effort in Transitional Care.
- Eika, Espnes, Hvalvik 2014, Nursing staff's actions during older residents' transition into long-term care facility in a nursing home in rural Norway
- Frick et al. (2009): Substitutive Hospital at Home for older persons: effects on costs
- McNamara et al. (2008): Exploratory study of mental health consultation-liaison nursing in Australia: Part 2 preparation, support and role satisfaction

- Rowe et al. (2011): The Role of Triage Liaison Physicians on Mitigating Overcrowding in Emergency Departments: A Systematic Review
- Sharrock et al. (2008): Exploratory study of mental health consultation-liaison nursing in Australia: Part 1 demographics and role characteristics
- Shiu et al. (2011): Exploring the scope of expanding advanced nursing practice in nurse-led clinics: a multiple-case study
- Stirling et al. (2016): A qualitative study of patients' experiences of a nurse-led memory clinic
- Stuck et al. (2008): Whom Do Preventive Home Visits Help?
- Thomet et al. (2018): Wie Eltern und ihre Kinder die pflegegeleitete Transitionssprechstunde für Adoleszente mit angeborenen Herzfehlern erleben.
- Van der Watt (2010): Consultation–liaison nursing: A personal reflection
- Wilson et al. (2013): Moral distress: levels, coping and preferred interventions in critical care and transitional care nurses

### **3. Publikationen, die nicht als vollständige Studie vorliegen**

- Abad-Corpa et al. 2010, Effectiveness of planning hospital discharge and follow-up in primary care for patients with chronic obstructive pulmonary disease: research protocol.
- Allen et al. 2011, The After Discharge Care Management of Low Income Frail Elderly (AD-LIFE) Randomized Trial: Theoretical Framework and Study Design
- Bartholomeyczik 2011, Schnellerer Durchlauf kränkerer Patienten im Krankenhaus: Wo bleibt die Pflege?
- Black et al. 2014, A remote monitoring and telephone nurse coaching intervention to reduce readmissions among patients with heart failure: study protocol for the Better Effectiveness After Transition - Heart Failure (BEAT-HF) randomized controlled trial
- Bobay 2015, Assessing Discharge Readiness as a Nurse Sensitive Indicator
- Boling, Peter A. 2009: Care Transitions and Home Health Care
- Connolly, M. et al 2010, Discharge preparation: Do healthcare professionals differ in their opinions?
- Courtney et al. 2011, A randomised controlled trial to prevent hospital readmissions and loss of functional ability in high risk older adults: a study protocol.
- Denson; Winefield; Beilby et al. 2012, Discharge-planning for long-term care needs: the values and priorities of older people, their younger relatives and health professionals
- Hastings et al. 2014, Discharge information and support for veterans Receiving Outpatient Care in the Emergency Department: Study design and methods
- Heijnen, Ron WH, The cost effectiveness of an early transition from hospital to nursing home for stroke patients: design of a comparative study
- Holland et al. 2016, Describing pediatric hospital discharge planning care processes using the Omaha System
- Karapinar-Carkit, Fatma et al 2010, The effect of the COACH program (Continuity Of Appropriate pharmacotherapy, patient Counselling and information rates in a multicultural population of internal medicine patients

- Li et al. 2016, Project ACHIEVE – using implementation research to guide the evaluation of transitional care effectiveness.
- Mnishita/Browne 2015, Advancing research in transitional Care: Challenges of Culture, Language and Health Literacy in asian american and Native Hawaiian elders Christy
- Naylor/Berlinger 2016, Transitional Care: A Priority for Health Care Organizational Ethics
- Ocelli, P. et al. (2016): Impact of a transition nurse program on the prevention of thirty-day hospital readmissions of elderly patients discharged from short-stay units: study protocol of the PROUST stepped-wedge cluster randomised trial
- Petersson, Springett und Blomqvist 2009, Telling stories from everyday practice, an opportunity to see a bigger picture: a participatory action research project about developing discharge planning.
- Quinn et al. (2008): Short-Stay Nursing Home Rehabilitation Patients: Transitional Care Problems Pose Research Challenges
- Rezapour, R. (2011): Does liaison nurse have an effective role in transitional care model.
- Roebers, S. und D. Dietrich 2012, Essprobleme nach Schlaganfall: Bei der Überleitung fallen sie häufig unter den Tisch
- Rydeman et al. 2012, Being in-between and lost in the discharge process — An excursus of two empirical studies of older persons', their relatives', and care professionals' experience
- Sonntag, Katja 2015, Überleitung nach Schlaganfall. Mehr Lebensqualität durch optimale Entlassungsplanung
- Szöts et al. (2014): Telephone follow-up by nurse following total knee arthroplasty – protocol for a randomized clinical trial (NCT 01771315)
- Tewes, Renate 2015, Interprofessionelle Kommunikation will gelernt sein
- Toles et al. (2014): Finding Ways to Improve Transitional Care in Skilled Nursing Facilities
- Von Rad et al. 2010, Entlassungsplanung bei Menschen mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung in einer randomisierten kontrollierten Multizenterstudie. Entwicklung und Beschreibung der Intervention
- Wales et al. (2012): Occupational therapy discharge planning for older adults: A protocol for a randomised trial and economic evaluation
- Weeks, et al. (2016): The impact of transitional care Programs on Health services utilization among community-dwelling older adults and their caregivers: a systematic review protocol of quantitative evidence
- Tubbs-Cooly et al. 2016, Testing a postdischarge nurse-led transitional home visit in acute care pediatrica: the Hospital-To-Home Outcomes (H2=) study protocol
- Utens, Cecile MA et al 2010: Effectiveness and cost-effectiveness of early assisted discharge for Chronic Obstructive Pulmonary Disease exacerbations: the design of a randomised controlled trial
- Ziebarth/Campbell 2016, A transitional care model using faith community nurses

#### **4. Publikationen, die aus sonstigen Gründen ausgeschlossen wurden**

- Davenport et al. 2009, Falls following discharge after an in-hospital fall
- Francois-Kettner, Hedwig 2009, Entlassungsmanagement in der Praxis. (Sekundärliteratur)

Giuffrida 2015, Palliative Care in Your Nursing Home: Program Development and Innovation in Transitional Care

Helleso, Ragnhild und May Solveig Fagermoen, Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care

Lattimer (2011): When It Comes to Transitions in Patient Care, Effective Communication Can Make All the Difference.

Mood et al. 2014 , Centering the Concept of Transitional Care: A Teaching-Learning

Purdy et al. (2016): NICU discharge planning and beyond: recommendations for parent psychosocial support

Rose/Haugen (2010): Discharge Planning: Your Last Chance to Make A Good Impression

Sawin et al. (2017): Development of a Self-Management Theory-Guided Discharge Intervention for Parents of Hospitalized Children

Scalvini/Giordano (2013): Optimal postdischarge management of chronic HF

Schär, W (2009): Patienten strukturiert entlassen (Sekundärliteratur)

Schmidt et al. (2015): Case Management: Implementierung gestartet (Sekundärliteratur)

Smith, SB (2013): Discharge Planning for the Patient With Chronic Pancreatitis

Sollins (2013): Office of inspector general report finds skilled nursing facilities “often” fail to meet care planning and discharge planning requirements

Treiger et al. (2012): The Interdisciplinary Team and Improving Transitions of Care

Ventura et al. (2010) : Improving Care Transitions And Reducing Hospital Readmissions: Establishing The Evidence For Community-Based Implementation Strategies Through The Care Transitions Theme

Wagstaff et al. (2010): High impact actions: discharge planning

Wepfer, VM (2014): Discharge Planning.