

# **Bachelorarbeit**

## **Advance Care Planning**

Konzepte und deren pflegerische Handlungsfelder

eingereicht von

Novak Jutta, BA

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Schüttengruber Gerhilde, BSc MSc

Graz, 24.03. 2019

## **Eidesstattliche Erklärung**

*„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“*

24.03.2019

Jutta Novak „eh“

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>3</b>
<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>5</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>7</b>
1.1. Entwicklung von Advance Care Planning.....	8
1.2. Definition „Advance Care Planning“ in End-of-Life Care .....	9
1.3. Advance Care Planning Prozess.....	11
1.3.1. Kernpunkte des ACP Prozesses.....	12
Einführung ins Thema .....	12
Strukturierte Diskussionen .....	13
Dokumentation der Präferenzen .....	13
Evaluation und Aktualisierung.....	14
Anwendung an die gegebenen Umstände .....	14
1.4. Patientenverfügung .....	14
1.5. Forschungslücke und Forschungsziel .....	15
<b>2. Methodik.....</b>	<b>16</b>
2.1. Literaturrecherche .....	16
2.2. Studienauswahl.....	17
Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien.....	17
Auswahlprozess .....	17
2.3. Kritische Bewertung der Studien .....	19
<b>3. Darstellung der Ergebnisse .....</b>	<b>24</b>
3.1. Respecting Choice® .....	24
OPTIMISTIC-Projekt .....	25
Honoring Choices Wisconsin (HCW).....	26
3.2. Respecting Patient Choices .....	27

Making Health Choices (MHC) .....	28
Let someone else decide .....	29
3.3. „beizeiten begleiten“ .....	30
3.4. „we DECide“ .....	31
3.5. „Let Me Decide-Advance Care Planning“ .....	32
3.6. „Planning Ahead“ .....	32
3.7. „Let me speak“ .....	33
<b>4. Diskussion .....</b>	<b>34</b>
<b>5. Schlussfolgerung .....</b>	<b>43</b>
<b>6. Stärken &amp; Limitationen.....</b>	<b>43</b>
<b>7. Praxis- und Forschungsempfehlungen .....</b>	<b>44</b>
<b>8. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>45</b>
<b>9. Anhang .....</b>	<b>49</b>
9.1. Abkürzungsverzeichnis .....	49
9.2. Tabellenverzeichnis.....	50
9.3. Abbildungsverzeichnis.....	50
9.4. Beurteilungen der inkludierten Artikel.....	50

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** In der End-of-Life Care haben patientenpräferierte Behandlungswünsche und das Einbeziehen von Familien oberste Priorität. Oft herrscht Unklarheit, welche Behandlungswünsche ein Mensch am Lebensende bevorzugt. Traditionelle Patientenverfügungen bieten mäßige Klarheit darüber, so hat sich Advance Care Planning (ACP) als strukturierter Gesprächsansatz entwickelt. Pflegepersonen können in diesem Prozess eine bedeutende Schlüsselrolle einnehmen und durch jene Gespräche die Patientenwünsche erfassen. Dies ist für individuelle und ganzheitliche Pflegemaßnahmen entscheidend.

**Ziel:** Diese Arbeit untersucht, welche etablierten ACP-Konzepte in der End-of-Life Care beschrieben sind, wie sie sich unterscheiden und welche pflegerischen Handlungsfelder formuliert sind.

**Ergebnisse:** Elf Konzepte wurden in die Praxis umgesetzt und auf ihre Effektivität hin überprüft. Respecting Choice® gilt seit 1990 als Basis für viele ACP-Konzepte. Unterschiedlichkeiten wurden in den Zielen, den durchgeführten Interventionen und dem Setting gefunden, wobei die Grundlage der Konzepte immer ein ganzheitlicher, strukturierter und teils standardisierter Gesprächsprozess ist. In allen Konzepten sind Pflegefachkräfte Teil des ACP-Gesprächsprozess.

**Schlussfolgerung:** ACP-Gespräche sind als pflegerisches Tätigkeitsfeld ein fixer Bestandteil in der End-of-Life Care. Ein effektives ACP hat eine zielgruppenorientierte Ausrichtung. Die Gespräche erfordern ein hohes Maß an Sensibilität und Know-how. Eine optimale Personalschulung ist notwendig, um eine patientenpräferierte Pflegequalität am Ende des Lebens zu sichern. Stress, Depressionen und Angst können dadurch bei den hinterbliebenen Angehörigen reduziert werden. ACP-Konzepte, auf Basis von Wissen und mit klar definierten Tätigkeitsfeldern sowie unterstützende Rahmenbedingungen können bei der nachhaltigen Implementierung förderlich sein.

**Schlüsselwörter:** advance care planning, acp, end of life, terminal care, hospice care, palliative care

## **Abstract**

**Background:** In end-of-life care, patient-preferred treatment wishes, and the involvement of families have top priority. It is often unclear which treatment wishes a person prefers at the end of life. Traditional living wills offer moderate clarity, so Advance Care Planning (ACP) has developed as a structured approach to discussion. Caregivers can play a key role in this process and use these conversations to understand the patient's wishes. This is critical for individual and holistic care.

**Objective:** This paper examines, which established ACP concepts are described in End-of-Life Care, how they differ, and which nursing fields of action are formulated.

**Results:** Eleven concepts have been put into practice and tested for their effectiveness. Respecting Choice® has been the basis for many ACP concepts since 1990. Differences were found in the objectives, the interventions carried out and the setting, whereby the concepts are always based on a holistic, structured and partly standardized discussion process. In all concepts, nurses are part of the ACP interview process.

**Conclusion:** ACP interviews are a fixed component of end-of-life care as a nursing field of activity. An effective ACP has a target group-oriented orientation. The discussions require a high degree of sensitivity and know-how. An optimal staff training is necessary to ensure a patient-preferential nursing quality at the end of life. Stress, depression and anxiety can thus be reduced among the bereaved relatives. ACP-concepts based on knowledge and with clearly defined fields of activity as well as supporting framework conditions can be beneficial for sustainable implementation.

**Keywords:** advance care planning, acp, end of life, terminal care, hospice care, palliative care

# 1. Einleitung

Der Stellenwert und die Bedeutung nach einem würdigen Sterben bzw. das Erleben des letzten Lebensabschnittes hat in den letzten Jahren zunehmende Bedeutung erlangt. Da im Prozess des Begleitens die vertrauten Personen einen wichtigen Platz einnehmen, ist es von Relevanz, sie mit einzubeziehen und ebenso in diesem Abschnitt zu betreuen. Bei den Angehörigen und Pflegepersonen herrscht oft Unsicherheit sowie Unklarheit, welche Wünsche, Bedürfnisse und Behandlungen ein Mensch am Lebensende präferiert. Es gibt in Österreich die Möglichkeit, anhand einer Patientenverfügung gewisse Bedingungen für die Betreuung zu vereinbaren. Jedoch konnte diese „traditionelle“ Variante den Ansprüchen an die Wünsche und Bedürfnisse von Sterbenden nicht gerecht werden (in der Schmitt, Nauck & Marckmann 2016; Sommer et al. 2012; Simon et al. 2004). Mit dem Konzept, „Advance Care Planning“ wird somit versucht, den Präferenzen der Patientinnen und Patienten sowie deren Anvertrauten am Ende des Lebens nachzukommen (Coors, Jox & in der Schmitt 2015). In Österreich wurde erstmalig 2015 das Projekt „Vorsorgedialog“ als Angebot für alle Pflegeheime in Tirol von der Tiroler Hospiz Gemeinschaft vorgestellt und wird jetzt vom Dachverband Hospiz Österreich in die mobilen Bereiche angepasst. Diese Erweiterung kann die Implementierung von Advance Care Planning in Österreich fördern und das Wissen von Pflegefachpersonal erhöhen (Tiroler Hospiz Gemeinschaft 2015). Advance Care Planning ist nicht ein Ereignis, sondern ein Prozess in der End-of-Life Care, der auch im GuKG §22b verankert ist. Die Palliativ- und Hospizbetreuung definiert jene pflegerischen Tätigkeiten am Patienten und deren Angehörigen, die unter anderem die „...*vorausschauende Planung zur Erfassung und Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse für die letzte Lebensphase (advance care planning)*“ (Rechtsinformationssystem des Bundes, 2018) beinhaltet. Eine systemische und koordinierte Vorrausplanung ist unterstützend bei der Identifizierung von Patientenwünschen. Weiters ist die Berücksichtigung und der Respekt vor den Bedürfnissen des Patienten hilfreich und reduziert Angst, Stress und Depression bei den Hinterbliebenen (Detering et al. 2010).

## 1.1. Entwicklung von Advance Care Planning

Der Begriff „Advance Care Planning“ wird zurzeit nur von wenigen im deutschsprachigen Raum verwendet. Hauptthematik ist ein „Sterben in Würde“. In diesem Rahmen werden bereits bestehenden Möglichkeiten, die Menschen am Ende ihres Lebens zur Verfügung stehen, wie z.B. die Patientenverfügung analysiert und auf ihre Effektivität überprüft. Im angloamerikanischen Raum wird Advance Care Planning bereits seit den 1990er Jahren in unterschiedlicher Literatur diskutiert und ist seit diesem Jahrzehnt auch im Gesundheitssystem implementiert. Anstoß für die Entstehung eines neuen Konzeptes und das Verwenden von Advance Care Planning war das Ergebnis der SUPPORT-Studie in den USA („Study to Understand Prognosis and Preferences of Outcomes and Risks of Treatments“). Die Autoren folgerten, dass das alleinige Erhöhen von Patientenverfügungen nicht ausreichte, um vermeidbare medizinische Behandlungen am Ende des Lebens zu minimieren. Sie kamen zu dem Schluss, dass es vielmehr darum ginge, die Kommunikation zwischen den beteiligten Personen zu verbessern. In weiterer Folge soll dann auch statt der traditionellen Patientenverfügung eine sogenannte *„umfassende vorausschauende Behandlungsplanung“* („a more comprehensive advance care planning“) angestrebt werden (in der Schmittgen & Marckmann 2015). Nun gewinnt auch im deutschsprachigen Raum das Konzept „Advance Care Planning“ an Bedeutung. So wird durch die Bioethikkommission des österreichischen Bundeskanzleramtes in der Stellungnahme zum Thema „Sterben in Würde“ vom Februar 2015 die Anwendung von Advance Care Planning erwähnt und ausdrücklich empfohlen. In diesem Statement sprechen sie neben der Senkung der finanziellen und formalen Hürden zur Errichtung von Patientenverfügungen und der Überprüfung der Qualität jener, von einer

- Stärkung des Verantwortungsbewusstseins für die Vorsorge in der Bevölkerung durch nationale Programme, die sich an die internationalen Vorbilder von „Advance Care Planning“ anlehnen (Geschäftsstelle der Bioethikkommission 2015).

Das Verwenden des Konzeptes wird von den Autoren der S3-Leitlinie Palliativmedizin befürwortet. Es wird beschrieben, dass bei Patientinnen und Patienten mit

denen frühzeitig über Themen des Lebensendes gesprochen wurde, weniger psychische Belastungen und mehr Zufriedenheit auftreten können. Auch das Gefühl ernst genommen zu werden, wird dadurch gestärkt. Die Patientinnen und Patienten gewinnen Hoffnung auf Heilung, Leidenslinderung, Lebensqualität und dass sie nicht mit ihrem Leiden allein gelassen werden (Leitlinienprogramm Onkologie 2015). Die Autorinnen und Autoren der S3-Leitlinie Palliativmedizin empfehlen auch in ihrer aktuellen Fassung der Leitlinie explizit die Durchführung von Gesprächen über eine vorausschauende Versorgungsplanung. Die Gesprächsbegleitung soll jedoch frühzeitig gestartet werden, damit sie bei jeglichen Veränderungen der Lebensweise, der Prognose oder des Befindens aktualisiert werden kann. Weiters sollen auch alle beteiligten Personen miteinbezogen werden. Die besprochenen Themen, Ergebnisse und Beschlüsse sollen in einer dafür schriftlichen Form dokumentiert und regelmäßig evaluiert werden (Leitlinienprogramm Onkologie 2015). Als Kernpunkt setzen die Autorinnen und Autoren auf eine patientenzentrierte Kommunikation, die gekennzeichnet ist von Empathie, Aufrichtigkeit sowie Wertschätzung. Dies soll dazu dienen, Vertrauen und Sicherheit zwischen den beteiligten Personen herzustellen. Erst unter Rücksichtnahme dieser wichtigen Punkte ist es möglich, die Wünsche, Bedürfnisse, Ressourcen sowie Ängste und Sorgen der Patientinnen und Patienten wahrzunehmen. Dadurch können die beteiligten Personen beim Erhalt der Autonomie unterstützend tätig werden. Dem Betroffenen wird somit ein umfangreiches Verständnis für seine Situation ermöglicht. Dieses Verständnis bietet in weiterer Folge die Fähigkeit, informierte Entscheidungen zur Lebensweise und Lebensende zu treffen (Leitlinienprogramm Onkologie 2015).

## **1.2. Definition „Advance Care Planning“ in End-of-Life Care**

Lamont 2005 definiert, *‘the “end of life” can be thought of as the period preceding an individual’s natural death from a process that is unlikely to be arrested by medical care’*. End-of-Life besteht aus zwei Schlüsselkomponenten. Erste Schlüsselkomponente ist die krankheitszentrierte Perspektive, die als Basis eine Periode des irreversiblen Rückgangs vor dem Tode hat. Zweite Komponente definiert eine zeitliche Perspektive, die durch eine Aufnahme in das Hospiz für weniger als

sechs Monate oder mit einer geringeren Lebenserwartung formuliert ist (Lamont 2005).

Der Begriff Advance Care Planning konnte ins Deutsche noch nicht einheitlich übersetzt werden. Es beschreibt einen ganzheitlichen Ansatz, indem Patientinnen und Patienten mit ihren Behandlungspräferenzen im Mittelpunkt stehen. Im deutschsprachigen Raum werden Begriffe, wie gesundheitliche Vorausplanung, vorausschauende Behandlungs- bzw. Versorgungsplanung, gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase und Behandlung im Voraus planen, verwendet (in der Schmitt et al. 2016). Der Begriff „Behandlung im Voraus planen“ („BVP“) beschreibt gut den Kern des amerikanischen Konzepts von Advance Care Planning (in der Schmitt et al. 2016). Es ist ein neues und grundlegend andersartiges Konzept, das die traditionelle Vorgehensweise einer Patientenverfügung verändern kann. Im Konzept wird eine gemeinsame Entscheidungsfindung („Shared Decision Making“) angestrebt. Patientinnen und Patienten ziehen in den Gesprächsablauf auch ihre Angehörigen bzw. Vertraute mit ein. Dieses Miteinbeziehen schafft die Möglichkeit, bestmögliche Maßnahmen zur Optimierung seiner Lebensqualität zu erreichen. Dies führt zu einem Gesprächsprozess, indem die Kommunikation innerhalb des Teams im Vordergrund steht. Dieser Gesprächsprozess dient dazu, den Patienten, seinen Anvertrauten und das behandelnde multiprofessionelle Team, gedanklich und emotional darauf vorzubereiten, die Krankheitssituation besser anzunehmen. Dadurch wird das Gefühl der Selbstwirksamkeit, Autonomie und Lebensqualität frühzeitig bewahrt und gefördert (Coors, Jox & in der Schmitt 2015). Es entstehen selbstbestimmte Behandlungsentscheidungen, die durch das betreuende Team gekennzeichnet sind, von einer Haltung aus Respekt und Würde (in der Schmitt et al. 2016; Emanuel et al. 2000). Im Zentrum von Advance Care Planning soll somit der Gesprächsprozess stehen, in der Werte, Grundhaltungen und Ziele in Bezug auf bevorstehende hypothetische medizinische und pflegerische Behandlungen reflektiert und diskutiert werden. Es soll dazu dienen, die Krankheitssituation besser zu verstehen. Aus diesem besseren Verständnis heraus sollen individuelle Behandlungswünsche im Gespräch mit seinem Anvertrauten entwickelt werden (Coors et al. 2015; Emanuel et al. 2000). So definieren die Autoren Coors, Jox und in der Schmitt (2015) Advance Care Planning als *‘die Annäherung an das Ideal einer gemeinsamen Ent-*

*scheidungsfindung für künftige Behandlungsentscheidungen im Fall hypothetischer Krankheitsszenarien, in denen der Betreffende selbst krankheitsbedingt nicht einwilligungsfähig ist und daher die Entscheidung nicht mehr aktuell beeinflussen kann‘.*

### **1.3. Advance Care Planning Prozess**

Da sich die Behandlungswünsche im Laufe des Lebens verändern können, abhängig vom Gesundheitsstand und von sozialen Bedingungen sind, bedarf es einem dauerhaften Gesprächsprozesses, in denen die aktuellen Bedürfnisse einfließen können (Coors et al. 2015; Emanuel et al. 2000; Heyland et al. 2013). Durch den Advance Care Planning-Gesprächsprozess (ACP-Gesprächsprozess) wird die Entstehung eines Beziehungsraumes ermöglicht und die Patientinnen und Patienten bekommen die Chance, ihre Präferenzen zu entwickeln, kritisch zu überprüfen und festzulegen. Diese gemeinsame Entscheidungsfindung vom behandelnden Arzt und Patientin sowie Patient, schafft die Grundlage für eine wirksame Einwilligung nach dem Prinzip des „Informed Consent“. Damit die Patientinnen und Patienten wirksam in eine Maßnahme einwilligen oder sie ablehnen können, müssen sie zuerst dazu befähigt werden („Empowerment“). Dazu bedarf es einem bedeutsamen und hoch anspruchsvollen Beziehungs- und kommunikativen Prozesses. Hierfür wird ein neuer konzeptioneller Ansatz erforderlich. Die Verantwortung zur Erstellung und die Umsetzung von Patientenverfügungen bzw. Vorsorgevollmachten soll nicht mehr dem Einzelnen überlassen werden, sondern soll vielmehr vom regionalen Versorgungssystem unterstützt werden. Diese Unterstützung bei der Vorausplanung und die Sicherstellung der Behandlungswünsche basiert auf einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (in der Schmitt et al. 2016; Emanuel et al. 2000). Diese wird in einem professionell moderierten Gesprächsprozess durchgeführt, eingebettet ins regionale Gesundheitsversorgung (Coors et al. 2015). Da die Phase der vorausschauenden Versorgungsplanung am Ende des Lebensabschnittes sehr oft mit diversen Perspektiven, Wünschen und Bedürfnissen zu tun hat, ist es oft nicht sehr eindeutig nachvollziehbar, welche Ziele wie verfolgt werden sollen und welche aktuellen und langfristigen Ziele in Zusammenhang stehen (Hosemann & Geiling 2013). Durch die Erweiterung der sprachlichen Kompetenzen von

Pflegefachkräften können sie in der Lage sein, diese Pflegepräferenzen in der End-of-Life Care professionell zu erfassen und zu planen. Ein Mangel an notwendigem Know-how sowie schlechte Kommunikationsfähigkeiten können als Hindernis für Advance Care Planning gesehen werden. Pflegefachkräften wird eine wichtige Rolle im ACP Prozess zugeschrieben, da sie die Patientinnen und Patienten regelmäßig betreuen und sich auf eine ganzheitliche Pflege konzentrieren, mit dem Ziel das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten (Dixon & Knapp 2018).

### **1.3.1. Kernpunkte des ACP Prozesses**

Emanuel et al. (2000) veröffentlichten die Kernpunkte des ACP-Prozesses, *'advance care planning is a process, not an event (...) During this process, patients explore, discuss, articulate and document their preferences'*. Der Prozess soll den Patientinnen und Patienten bei der Identifikation ihrer Wünsche, Wertvorstellungen und Bedürfnisse in Bezug auf ihre medizinische Behandlung bzw. Betreuung unterstützen. Dies erfolgt im Idealfall unter strukturierten Gesprächen, Dokumentationen und einem Respektieren der Wünsche der Patientinnen und Patienten. Des Weiteren erkennt der ACP-Prozess kulturelle, ethnische (Pecanac et al. 2014; Emanuel et al. 2000) und altersbedingte Unterschiede in der Behandlung an. Die Patientinnen und Patienten werden individuell und ganzheitlich betreut (Emanuel et al. 2000).

Damit der ACP-Prozess erfolgreich ist, soll er durch fünf Schritte geführt werden. Diese fünf Schritte bestehen aus

- (1) Einführung ins Thema,
- (2) Strukturierte Diskussionen,
- (3) Dokumentation der Präferenzen,
- (4) Evaluation und Aktualisierung und
- (5) Anwendung an die gegebenen Umstände (Emanuel et al. 2000).

#### **Einführung ins Thema**

Der Start des Prozesses soll mit großer Sorgfalt und Einfühlungsvermögen durchgeführt werden. Oft warten Patientinnen und Patienten auf die Fremdinitiative

durch das medizinische Personal (Emanuel et al. 2000). Viele Patientinnen und Patienten sowie deren Familienangehörige machen sich bereits im Vorfeld vor einem Krankenhausaufenthalt Gedanken über die zukünftige Pflege (Heyland et al. 2013). Deshalb ist es sinnvoll, den ACP-Prozess bereits vor lebensentscheidenden Situationen zu beginnen, wenn Stabilität und Anpassung an die Krankheits- und Lebenssituation möglich sind. Dies bedeutet einerseits einen frühzeitigen Start des ACP-Prozesses und andererseits das rechtzeitige Miteinbeziehen des pflegenden Umfeldes unter Berücksichtigung von bestehenden Ressourcen (Emanuel et al. 2000).

### **Strukturierte Diskussionen**

Patientinnen und Patienten sowie deren Familienangehörigen diskutieren bereits früh über die Wünsche und Bedürfnisse (Heyland et al. 2013). Ein entscheidender Faktor ist demnach die Fähigkeit, das Gespräch mit den Patientinnen und Patienten so zu strukturieren, dass sie die Informationen bekommen, die sie benötigen. Sie sollen dann in der Lage sein, anhand dieses Wissens jene Entscheidungen zu treffen, die für sie Priorität haben. Unklarheiten und Missverständnisse sollen in weiteren ausführlichen Gesprächen bereinigt werden (Emanuel et al. 2000). In vielen Fällen stimmen die Wünsche der Patientinnen und Patienten und deren Familienmitglieder überein (Heyland et al. 2013). Ein gemeinsamer Weg, Bereitschaft und Empowerment stellen das Kernstück des ACP-Prozesses dar. Das Funktionieren als Gesamtprozess ist hier unumgänglich. Der ACP-Prozess soll den Beteiligten den Rahmen bieten, Informationen, Entscheidungen, Bedürfnisse und Vorstellungen zu reflektieren und diskutieren. Der ACP-Prozess ist dann erfolgreich, wenn Patientinnen und Patienten das Verständnis über die diversen medizinischen Szenarien, Behandlungsmöglichkeiten, Einschränkungen sowie Lebenserwartungen gewinnen. Unter diesen unterschiedlichen Aspekten soll es Patientinnen und Patienten möglich sein, vorausschauende Planungen auszuwählen („informed choice“) und informiert einzuwilligen („informed consent“) (Emanuel et al. 2000).

### **Dokumentation der Präferenzen**

Sind alle Unklarheiten und Bedürfnisse sowie Vorstellungen erfasst, ist es unumgänglich dies zu verschriftlichen. Dazu ist es von Vorteil, eine Verfügung, die gesetzliche Verbindlichkeiten in Bezug auf die vorausschauende Behandlungspla-

nung festlegt, anzufertigen. Rollendefinition und Ressourcenerfassung spielen eine bedeutsame Rolle (Emanuel et al. 2000).

### **Evaluation und Aktualisierung**

Es ist entscheidend, dass die Verfügungen regelmäßig evaluiert und im Rahmen von Gesprächen an die jeweilige Lebens- bzw. Behandlungssituation adaptiert werden. Denn es ist kein starres Dokument, sondern ein Teil eines veränderlichen Systems (Emanuel et al. 2000).

### **Anwendung an die gegebenen Umstände**

Oft treten jene Verfügungen erst dann in Kraft, wenn Patientinnen und Patienten nicht mehr in der Lage sind, Entscheidungen selbstständig zu treffen. Der Respekt vor den getroffenen Behandlungsplanungen ist zu wahren, auch wenn Patientinnen und Patienten die Wünsche nicht mehr selbst äußern können (Emanuel et al. 2000). Wenige Betroffene besprechen ihre Präferenzen mit dem behandelnden Facharzt bzw. Hausarzt (Heyland et al. 2013). Oft ist das Gespräch mit den Familienangehörigen bzw. den vertrauten Personen hilfreich, die Situation der Patientinnen und Patienten nachzuvollziehen (Emanuel et al. 2000).

## **1.4. Patientenverfügung**

Die bestehende Form der Patientenverfügung steht zurzeit sehr unter Diskussion. Analysen werden durchgeführt, ob sie für die Erfassung der Patientenwünsche am Lebensende noch geeignet sind. So berichtet die Studie von Sommer et al. (2012), dass beinahe neun von zehn Klienten in Alterseinrichtungen (n=1089) keine Vorausverfügungen besitzen. Mehr als die Hälfte dieser verfassten Patientenverfügungen waren unvollständig. Zusätzlich war die Rate der Dokumentation über ein Beratungsgespräch gering (3%) und nur 6% der verfassten Dokumente waren vom behandelnden Arzt unterschrieben. Dies weist auf eine fehlende Nachvollziehbarkeit von Validitätskriterien im Sinne eines „informed consent“ hin (Sommer et al. 2012). Dies wird mit dem Ergebnis untermauert, dass trotz Wissen über die Möglichkeit einer Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht viele Personen sich zwar vorstellen können, eine Patientenverfügung zu erstellen, aber dennoch keine besitzen. Der Wunsch nach einer verpflichtenden routinemäßigen Information und Aufklärung über Verfügungen bei Krankenhausaufnahmen ist sehr

groß (Simon et al. 2004). Die Praxis zeigt, dass nur ein geringer Anteil der Patientinnen und Patienten bei Krankenhausaufnahme gefragt wurden, ob sie schriftliche Dokumente oder Aufzeichnungen bzw. Diskussionen über ihre zukünftigen Behandlungswünsche besitzen (Heyland et al. 2013). Da in der End-of-Life Care das Bedürfnis nach Patientenorientierung, wie z.B. Ermutigung und Ernstnehmen, Fürsorglichkeit sowie Einbeziehen des Umfelds, besonders wichtig ist (van Oorschot et al. 2004), soll einem regelmäßigen Gesprächsprozess mit Patientinnen und Patienten und seinem Team große Bedeutung zuteilwerden (Sommer et al. 2012). Die Einstellung zur Patientenverfügung wird von der Haltung zum gemeinsamen Entscheidungsprozess statistisch signifikant beeinflusst (van Oorschot et al. 2014). Eine kommunizierende Pflegeabsprache ist dazu ein entscheidender Eckpfeiler (Sommer et al. 2012). So ist der richtige Umgang und Prozess zur Erstellung einer Patientenverfügungen ausschlaggebend für die Effektivität. Die kritische Analyse von bereits etablierten Prozessen zur Erstellung solcher Verfügungen soll Aufschluss darüber geben.

## **1.5. Forschungslücke und Forschungsziel**

Advance Care Planning ist in der österreichischen Pflege ein noch sehr neues und wenig verbreitetes Konzept. Das Befassen mit dem ACP-Prozess und deren bereits etablierten Konzepte geben uns Erkenntnisse darüber, wie eine würdige Begleitung und Betreuung am Lebensende möglich sein kann und welche Rolle Pflegefachkräfte in der End-of-Life Care im Rahmen dieses Prozesses einnehmen können.

Ein Literaturreview über die etablierten ACP-Programme und den pflegerischen Handlungsfelder dient zur Wissenserweiterung und gibt Aufschluss über pflegerische Tätigkeitsfelder. Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

„Welche etablierten Advance Care Planning Konzepte in der End-of-Life Care sind beschrieben, wie unterscheiden sie sich und wo sind pflegerische Handlungsfelder im Rahmen des Advance Care Planning Prozesses formuliert?“

## 2. Methodik

Mittels einem Literaturreview wurde in dieser Arbeit versucht, die aufgestellte Forschungsfrage zu überprüfen. Darunter wird eine kritische Zusammenfassung des Forschungsgegenstandes zu einem definierten Forschungsproblem gesehen (Polit & Beck 2017).

### 2.1. Literaturrecherche

Die Recherche der Literatur wird als Prozess der Materialsuche und -sichtung verstanden. Um eine umfangreiche Erfassung der Literatur zu erhalten, die für die Thematik und die Beantwortung der Forschungsfrage relevant ist, ist eine strukturierte Recherche Mittel erster Wahl. Dadurch geht die Suche weit über eine oberflächliche Erkundung des Themas hinaus und ist auf einen speziellen Gegenstand ausgerichtet (Ertl-Schmuck et al. 2015). Nach Erkundung der Literatur zur Thematik fand die Literatursuche zwischen Oktober und Dezember 2018 statt. Die Literaturrecherche umfasste die Datenbanken PubMed (Public Medical Literature Online) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Da die Suche mit englischen Suchbegriffen durchgeführt wurde, wurden „keywords“ ebenfalls auf Englisch formuliert. Zur Suche wurde, wie in Tabelle 1 ersichtlich wird, „advance care planning“, „end of life“, „terminal care“, „hospice care“ und „palliative care“, als „keywords“ verwendet.

Tabelle 1: Suchanfragen in den Datenbanken PubMed und CINAHL

<b>PubMed</b>	((("advance care planning"[Title/Abstract] AND ((((((("end of life"[Title/Abstract])) OR ("hospice care"[Title/Abstract])) OR ("palliative care"[Title/Abstract])) OR ("terminal care"[Title/Abstract]))
<b>CINAHL</b>	( "advance care planning" or "acp" or "advance-care-planning" ) AND ( end of life or palliative care or terminal care or hospice care )

Sie wurden als Stichwörter und als MeSH-Terms (Medical Subject Headings), wenn verfügbar, eingesetzt und mit den booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft. In den Suchanfragen wurden folgende Limitationen bzw. Filter gesetzt:

- Zeitraum – 10 Jahre (2008-2018)
- Sprache – Englisch und Deutsch

Um die Datenrecherche zu erweitern, wurde mittels Handsuche in den Referenzlisten gesucht sowie eine zusätzliche Suche in „Google Scholar“ mit dem Schlüsselbegriff „Advance care planning“ durchgeführt. Auch hier wurden Limitationen gesetzt, indem Studien nur aus dem Zeitraum 2008-2018, sowie englisch- und deutschsprachige Artikel verwendet wurden.

## **2.2. Studienauswahl**

### **Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien**

In diese Abschlussarbeit wurden nur Studien eingeschlossen, die sich auf Advance Care Planning und deren etablierten, internationalen und nationalen Konzepten bzw. Programmen fokussierten. Zum Einschluss einer Studie musste ersichtlich sein, dass es sich um bereits bestehende und erprobte Advance Care Planning Programme im Rahmen der End-of-Life Care handelt. War dies nicht eindeutig erkennbar, wurde die Studie nicht verwendet und verworfen. Eingeschlossen wurden Studien aus allen Settings, die sowohl aus Sicht von Personal, Patienten, sowie deren Angehörigen bzw. vertrauten Personen, als auch aus Sicht einer gesundheitspolitischen Organisation oder medizinischen bzw. pflegerischen Einheit das Thema Advance Care Planning bearbeiteten. Weiters wurden nur Artikel inkludiert, die Angaben zur Datenerhebungen beschrieben haben. Darunter fielen nicht Einzelfallberichte und Artikel, die lediglich Meinungen ausdrückten, wie zum Beispiel Editoriale. Studien, bei denen die Probanden Minderjährig waren, wurden ebenfalls ausgeschlossen.

### **Auswahlprozess**

Zu Beginn wurden die Suchbegriffe in die Datenbanken eingegeben und die Limitierungen gesetzt. In den Datenbanken PubMed und CINAHL wurden nach Limita-

tion und Duplikat Entfernung 987 Treffer erzielt. Zusätzlich wurde mittels Handsuche in Referenzlisten und in Google Scholar gezielt nach passenden Publikationen gesucht. Zwei Studien wurden mittels Handsuche gefunden und ins Screening aufgenommen.

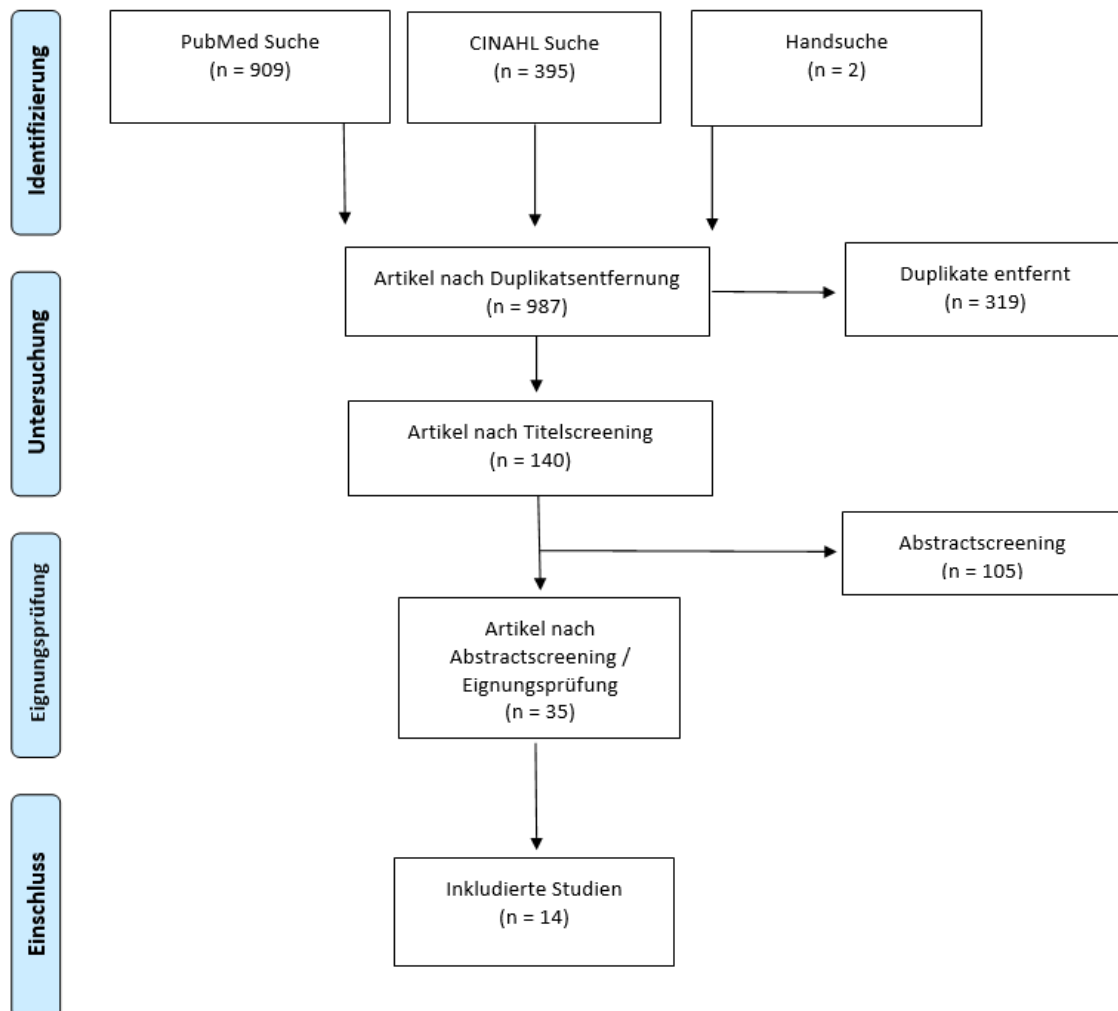


Abbildung 1: PRISMA Flowchart

Im weiteren Auswahlprozess, wie in Abbildung 1 als Flowchart ersichtlich wird, erfolgte zuerst eine Vorauswahl nach Titel und im weiteren Schritt ein Abstractscreening. Dadurch wurde eine sehr hohe Anzahl an Studien ausgeschlossen, die nicht zur Beantwortung der Forschungsfrage geeignet erschienen. 35 Abstracts waren aussagekräftig und wurden als Volltext gelesen. In dieser Eignungsprüfung wurde untersucht, ob die Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage in Frage kommen könnten. Nach diesem Schritt verblieben 14 Stu-

dien, die im weiteren Verlauf einer kritischen Bewertung nach dem Beurteilungsinstrument nach Hawker et al. (2002) unterzogen wurden.

### **2.3. Kritische Bewertung der Studien**

Um die Qualität der 14 inkludierten Studien sicherzustellen, wurden sie anhand des Bewertungsassessments von Hawker et al. (2002) einer kritischen Überprüfung unterzogen (siehe Anhang). Das Beurteilungsinstrument dient dazu, qualitative und quantitative Studien anhand von Kriterien auf ihre Qualität hin zu überprüfen. Das Bewertungsinstrument ermittelt eine sehr gute Qualität (Good 40) bis hin zur sehr schlechten Qualität (Very Poor 10) (Hawker et al. 2002).

Die inkludierten Studien wurden, wie in Tabelle 2 ersichtlich ist, von neun der zehn Kategorien anhand des Hawker et al. (2002) Beurteilungsbogens bewertet. Die Analyse umfasste das Abstract, die Einführung und Zielformulierung sowie Forschungsfrage, Methodik, Sampling, Datenanalyse, Ethik und Limitationen, Resultate, Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit sowie die Auswirkungen und Nützlichkeit für die Praxis. Auf den letzten Punkt „Gesamteindruck“ wird explizit verzichtet, somit entsteht eine Gesamtsumme von 36. Die Studien wurden in den oben genannten Kategorien überprüft und einer vierstufigen Bewertung ((Good (4), Fair (3), Poor (2) und Very Poor (1)) unterzogen. Diese Einstufung ergab einen summarischen Qualitätsscore. Die 14 inkludierten Studien erreichten einen Qualitätsscore von mehr als 60% der maximalen Punkteanzahl und wurden somit in die Arbeit eingeschlossen. So wird im nächsten Kapitel die Darstellung der Ergebnisse, beginnend mit der tabellarischen Darstellung der Charakteristika der inkludierten Studien, beschrieben.

Tabelle 2: Charakteristika der inkludierten Studien

Autoren	Titel	Design	Forschungsziel	Sample / Setting	Methodik	Hauptergebnisse
Hammes et al. 2010 (USA)	A Comparative, Retrospective, Observational Study of the Prevalence, Availability, Specificity of Advance Care Plans in a County that Implemented an Advance Care Planning Microsystem	Quantitative Methode	Überprüfung der Effektivität von Advance Care Planning	n=540 Erwachsene  alle Gesundheitsorganisationen in La Crosse County, Wisconsin	Retrospektiver Vergleich von Krankenakten und Sterbeurkundendaten	Prävalenzsteigerung von Patientenverfügungen und POLST-Formularen (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment).
Pecanac et al. 2014 (USA)	Respecting Choices and Advance Directives in a Diverse Community	Quantitative Methode	Untersuchung der Prävalenz und Verwendung von Patientenverfügungen bei ethnischen und rassischen Minderheiten (vor und nach Respecting Choice®)	N = 732 (n=369 Pre-RC; n=362 Post-RC)  Krankenhaus in Midwestern	Retrospektive Überprüfung der Patientenverfügungsdokumente und ärztlichen Anweisungen	Replikation des Respecting Choice® Programm in eine rassistisch und ethnisch vielfältig Gemeinschaft.
Klingler et al. 2016 (USA)	Does facilitated Advance Care Planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations	Quantitative Methode	Beschreibung der Kostenreduktionen durch Advance Care Planning Programme	n= 7 Studien (6 in den USA und 1 in Kanada)	Systematisches Review	Reduktion der Betreuungskosten in End-of-Life durch professionell durchgeführte Gespräche über zukünftige medizinische Versorgung.

Cornally et al. 2015 (Irland)	Evaluating the systematic implementation of the 'Let Me Decide' advance care planning programme in long term care through focus groups: staff perspectives	Qualitative Methode	Bewertung der systematischen Umsetzung von „Let Me Decide-Advance Care Planning“	n=17 Pflegeheim in Irland	Interviews	Verbesserung der Kommunikation und Förderung der Pflegekultur.
Detering et al. 2010 (Australien)	The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial	Quantitative Studie	Hypothese: Koordinierte Vorsorgeplanung führt zur Verbesserung der Pflege am Ende des Lebens und der Lebensqualität. Reduktion von Stress, Angst und Depression bei der Familie.	N=309 stationäre Patienten mind. 80 Jahre  Universitätsklinik Melbourne	Prospektiv randomisiert kontrollierte Studie	ACP verringert die Wahrscheinlichkeit von Stress, Angst und Depression bei den Hinterbliebenen.
Silvester et al. 2012 (Australien)	Quality of advance care planning policy and practice in residential aged care facilities in Australia	Quantitative Methode	Erhebung der Qualität von ACP-Best Practice Praktiken	n=45 Mitarbeitern in 19 Pflegeheimen (RACF)	Befragung von RACF-Mitarbeiter, Dokumentenanalyse (Audit)	Patientendokumente und ACP-Best Practice Praktiken besitzen eine mangelhafte Qualität.

in der Schmitt et al. 2014 (Deutschland)	Implementing an Advance Care Planning Program in German Nursing Homes. Results of an Inter-Regionally Controlled Intervention Trial	Quantitative Studie	Bewertung der Durchführbarkeit eines ACP-Programms in Deutschland	n=575 Pflegeheimbewohner	Prospektive inter-regional kontrollierte Interventionsstudie	Erhöhung der Vorausverfügungen und der Ernennung eines Stellvertreters.
Peltier et al. 2017 (USA)	Initial Experience with 'Honoring Choices Wisconsin': Implementation of an Advance Care Planning Pilot in a Tertiary Care Setting	Quantitative Methode	Auswirkungen des Pilotprogramms „Honoring Choices Wisconsin“ (HCW) in der tertiären Pflege	n=98 onkologische Patienten	Retrospektive Überprüfung der prospektiv erhobenen Daten	Reduktion der Aufnahmen auf eine Intensivstation.
Hickman et al. 2016 (USA)	An Interim Analysis of an Advance Care Planning Intervention in the Nursing Home Setting	Quantitative Methode	Analyse vom „OPTIMISTIC-Projekt“	n=2709 Pflegeheimbewohner	Datenanalyse	Erhöhung des Wunsches einer Hospizpflege.
Silvester et al. 2013 (Australien)	Development and evaluation of an aged care specific Advance Care Plan	Quantitative Methode	Bewertung der Dokumentenqualität und der ACP Prozesse	n=203 19 Pflegeeinrichtungen	Befragung und Datenanalyse (Audit)	Zur Verbesserung der Dokumentenqualität und des ACP Prozesses durch ein standardisiertes Verfahren.

Meller, A & Caplan, GA 2009 (Australien)	Let someone else decide? Development of an advance care planning service for nursing home residents with advanced dementia	Artikel	10-stufigen Plan zur Einführung von Advance Care Planning für Personen mit Demenzerkrankung	Pflegeeinrichtung für Demenzerkrankte	Schulungsmaßnahme für Pflegefachpersonal und Ärzte	Pflegefachpersonal und Allgemeinmediziner möchten die Pflege nach den Wünschen des Patienten anbieten, haben jedoch Befürchtungen.
Abel et al. 2013 (England)	The impact of advance care planning of place of death, a hospice retrospective cohort study	Quantitative Methode	Effektmessung von ACP auf den Todesort, Krankenhausaufenthalte und Kosten	n=969 onkologische Patienten	Retrospektive Studie	Reduktion der Krankenhaustage und des Versorgungsaufwandes.
Chan, HYL & Pang, SMC 2010 (Hongkong)	Let me talk – an advance care planning programme for frail nursing home residents	Quantitative Methode	Testung der Machbarkeit vom Programm „Let me talk“	n=121 Patienten im höherem Alter	Quasi-experimentelle Studie	Steigerung der Erfassung von Behandlungspräferenzen.
Ampe et al. 2016 (Belgien)	Advance care planning for nursing home residents with dementia: Influence of 'we DECide	Quantitative Methode	Einflussmessung vom Programm „we DECide“	n=90 Mitarbeiter in 18 Pflegeheimen	Pre-Test-Post-Test Studie	Positiver Einfluss auf ACP, aber keine Veränderung der tägl. Praxis.

### **3. Darstellung der Ergebnisse**

Die Literaturrecherche ergab elf ACP-Konzepte, die anhand von 14 inkludierten Studien auf ihre Effektivität hin überprüft wurden. Zu diesen Konzepten zählen in Amerika Respecting Choice® (RC), das OPTIMISTIC-Projekt und „Honoring Choices Wisconsin (HCW)“. Aus Australien wurde „Respecting Patient Choices (RPC)“ und „Let someone else decide“ analysiert. In Deutschland wurde das Projekt „beizeiten begleiten“ implementiert und überprüft. Das Programm „we DECide“ wurde in Belgien bewertet und „Let Me Decide-Advance Care Planning (LMD-ACP)“ ist ein Projekt in Südirland. In England konnte das Projekt rund um das Dokument „Planning Ahead“ inkludiert werden und in Hongkong konnte mit „Let me speak“ ein weiteres etabliertes ACP-Konzept in dieser Arbeit beschrieben werden.

#### **3.1. Respecting Choice®**

Alle Gesundheitsorganisationen in La Crosse County, Wisconsin (USA) entwickelten als Teil der medizinischen Routineversorgung ein Konzept mit sechs Zielen: (1) erwachsene Patientinnen und Patienten werden ermutigt, Pläne für ihre zukünftige Gesundheitsversorgung zu verstehen, zu reflektieren und zu besprechen (2) Patientinnen und Patienten erhalten eine kompetente Unterstützung im Planungsprozess durch ausgebildetes nichtmedizinisches Personal (3) Verfassung von schriftlichen Vorsorgeplänen, die klar, spezifisch und für alle Beteiligten verständlich sind (4) Verschriftliche Vorsorgepläne werden gespeichert, weitergeleitet und für die Betreuung zur Verfügung gestellt (5) Vorsorgepläne werden aktualisiert und mit fortschreitender Krankheit präziser formuliert und (6) Vorsorgepläne werden zum richtigen Zeitpunkt evaluiert und adaptiert. Das Konzept Respecting Choice® war somit das erste implementierte Konzept im Kontext „Advance Care Planning“, dass nach einer gesetzlichen Vorgabe 1993 in La Crosse County vollständig umgesetzt wurde (Hammes et al. 2010).

Zur Überprüfung von Respecting Choice® führten Hammes et al. 2010 einen retrospektiven Vergleich von Krankenakten und Sterbeurkundendaten von verstorbenen Erwachsenen (n=940) in allen Gesundheitsorganisationen in La Crosse Coun-

ty durch. An der Anzahl der verfassten Patientenverfügungen und ausgefüllten POLST-Formularen (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment) wurde die Effektivität von RC gemessen. Es konnte eine gesteigerte Prävalenz von Patientenverfügung, Testamente u/o POLST-Formularen durch Respecting Choice® vermerkt werden und Verfügungen waren in der Krankenakte sowie am Ort des Todes auffindbar (Hammes et al. 2010).

Da die Gesellschaft in La Crosse County hauptsächlich weißer Abstammung ist, wurde es auch von Hammes et al. 2010 als Limitation in der Studie angegeben. So überprüfte Pecanac et al. 2014 als Ergänzung, in einer retrospektiven Evaluationsstudie die Wirkung von Respecting Choice® in einer rassistischen und ethnischen Minderheitsgesellschaft über 50 Jahren (n=732). Die Studienintervention enthielt Standardisierungsrichtlinien für die Verfassung und Verwaltung von Patientenverfügungen. So diente ein Informationspaket mit dem Arbeitsblatt „values clarification“ als Richtlinie zur Bestimmung eines gesetzlichen Vertreters. Eine klare Kontaktinformation für die Patientenversorgung wurde dadurch gewährleistet. Weiters waren die Gemeinschaftsbildung, Steigerung der Dienstleistungsqualität und standardisierte Kompetenztrainings für das Personal Teil der Intervention. So wurden in einem Train-the-Trainer Ausbildungsmodell nach RC Pflegefachpersonen geschult, um ACP-Gespräche durchführen zu können (Pecanac et al. 2014). Durch professionell durchgeführte ACP-Gespräche konnten die Betreuungskosten in der End-of-Life Care bis auf die Hälfte reduziert werden (Klingler et al. 2016). Auch zeigten die Studienergebnisse, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen weißer Gesellschaft und rassistischen sowie ethnischen Minderheiten bei der Definierung ihrer Behandlungswünsche gab. Es war eine signifikante Zunahme von Patientenverfügungen bei der rassistischen und ethnischen Minderheit erkennbar (Pecanac et al. 2014). Die Autonomie der Patientinnen und Patienten wurde respektiert, indem Patientenwünsche und verordnete Behandlungen übereinstimmten (Hammes et al. 2010; Pecanac et al. 2014).

### **OPTIMISTIC-Projekt**

Die Studie von Hickmann et al. 2016 überprüfte das OPTIMISTIC-Projekt, das von der Universität von Indianapolis und Pennsylvania 2012 implementiert wurde. Ana-

lysiert wurden Bewohnerinnen und Bewohner aus 19 Pflegeheimen (n=2709) in Amerika. Das OPTIMISTIC-Projekt bestand aus drei Interventionskernpunkten, die das Ziel besaßen, vermeidbare Krankenhausaufenthalte zu reduzieren. Zu den Interventionskernpunkten zählten die Verbesserung der medizinischen Versorgung durch frühe Identifizierung akuter Erkrankungen und dadurch die Verbesserung der Pflege chronischer Beschwerden mit einem optimalen Behandlungsübergang. Weiters zielte es auf eine bessere Integrierung der Palliativmedizin mit dem Schwerpunkt Advance Care Planning in der Betreuung. Diese Interventionen wurden von eigens dafür ausgebildeten sogenannten „OPTIMISTIC registered nurses (RNs)“ und „OPTIMISTIC nurse practitioners (NPs)“ in Zusammenarbeit mit Fachärzten durchgeführt. Die pflegerischen Schwerpunkte lagen bei den RNs und NPs in der Hospiz-, Intensiv- und Altenpflege. Sie verfügten über eine umfassende Ausbildung des End-of-Life Nursing Education Consortium und absolvierten für die Durchführung der ACP-Gespräche die Ausbildung zu ACP-Moderatorinnen und Moderatoren, auf Basis von Respecting Choice®. Als fixer Bestandteil im pflegerischen Handling wurden ACP-Gespräche durchgeführt. Dadurch konnten Behandlungspräferenzen von Patientinnen und Patienten ermittelt und verschriftlicht werden. Die ACP-Gespräche waren Anreiz dafür, nochmals über Behandlungswünsche nachzudenken. Dadurch kam es zu einer Änderung der bereits bestehenden dokumentierten Behandlungspräferenzen bei mehr als der Hälfte der Patientinnen und Patienten. Der Wunsch einer Hospizpflege in der End-of-Life Care war am Größten. Durch das OPTIMISTIC-Projekt stieg die Anzahl der ACP-Gespräche (70%) und die Erstellung einer ärztlichen Verordnung für medizinische Behandlungen (87%) (Hickmann et al. 2016).

### **Honoring Choices Wisconsin (HCW)**

Das „Honoring Choices Wisconsin“ (HCW) Pilotprojekt zielte darauf ab, die Popularität von Advance Care Planning zu erhöhen. So wurden die ACP-Gespräche nur von jenen ACP-Gesprächsbegleiterinnen und ACP-Gesprächsbegleiter durchgeführt, die eigens dafür nach einem Moderatoren-Framework auf Basis von Respecting Choice® geschult wurden. Das Interventionsteam bestand aus Pflegefachpersonen, Ärzten, Krankenhausseelsorgern und Sozialarbeitern. Die Patientinnen und Patienten erhielten Informationen zum Pilotprojekt und konnten zur

Teilnahme zustimmen. Bei Einwilligung zum Projekt wurde im Rahmen der ACP-Gespräche über Advance Care Planning, vorhandenen Vorsorgeplänen, vorangegangenen ACP-Gesprächen und Behandlungspräferenzen gesprochen. Die Auswirkungsprüfung des Pilotprojektes zeigte, indem die Daten von Patientinnen und Patienten in Wisconsin (n=98) nach ihrem Tod analysiert wurden, dass diese ACP-Gespräche positiv und als hilfreich empfunden wurden. Zusätzlich führte es zu einem besseren Verständnis über den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten und unterstützte den Entscheidungsfindungsprozess. Ebenso wurde ein Rückgang der Verlegungen auf Intensivstationen ersichtlich und die Erhöhung des Patientenwunsches, eine Hospizpflege in Anspruch zu nehmen (Peltier et al. 2017).

### **3.2. Respecting Patient Choices**

In Australien wurde 2002 im Rahmen von ACP das Konzept „Respecting Patient Choices (RPC)“ am Austin Hospital in Melbourne implementiert und durch staatliche Förderung auf zahlreiche Krankenhäuser, Senioreneinrichtungen und ambulante Bereiche ausgeweitet. Es besteht aus fünf Schlüsselementen, die als entscheidend für eine erfolgreiche Pflegeplanung definiert wurden: (1) geschulte Moderatoren für die ACP-Gespräche (2) patientenzentrierte ACP-Gespräche (3) Beteiligung der Familie an den ACP-Gesprächen (4) ordnungsgemäß archivierte Vorsorgedokumente und (5) eine systematische Ausbildung der Ärzte. Ziel dieser koordinierten Pflegevorausplanung am Lebensende, ist eine Verbesserung der Pflegequalität. Weiters soll dadurch Stress, Angst und Depressionen bei den hinterbliebenen Angehörigen reduziert werden (Detering et al. 2010)

Die randomisiert kontrollierte Studie von Detering et al. 2010 untersuchte australische ältere Menschen über 80 Jahre (n=309), die eine stationäre Behandlung erhielten. Sie nahmen an einem ACP-Gespräch mit einem nicht-ärztlichen ACP-Gesprächsbegleiter („facilitator“) nach Respecting Patient Choice teil. Werte, Überzeugungen und Behandlungsziele wurden mit den Patientinnen und Patienten sowie deren Familien besprochen, reflektiert und diskutiert. Im Anschluss wurden die zukünftigen Entscheidungen über die medizinische Versorgung dokumentiert. Zwei Drittel der Patientinnen und Patienten erhielten ein solches ACP-

Gespräch. Mehr als die Hälfte nutzte es zur Äußerung von Pflegewünschen und zur Dokumentation einer Vorsorgeplanung. Familien waren zu zwei Drittel bei den ACP-Gesprächen anwesend und dies war für eine vollständig ausgefüllte Vorsorgeplanung sowie die Ernennung eines Stellvertreters förderlich. Die Angehörigen waren über die Patientenwünsche informiert und respektierten die Entscheidungen. Jene Familienmitglieder hatten weniger posttraumatische Symptome, wie Stress, Depression und Angst. Sie waren zufriedener mit dem Umgang, der Betreuungsqualität und den Patientenperspektiven (Detering et al. 2010).

### **Making Health Choices (MHC)**

Das Modell „Making Health Choices (MHC)“ basiert auf Respecting Patient Choices und wurde in Victoria (Australien) nach der Implementierung von RPC entwickelt und umgesetzt. Ziel ist eine nachhaltige Umsetzung von ACP in Altenpflegeeinrichtungen. Vor der Umsetzung von „Making Health Choices“ wurden bereits bestehende ACP Best-Practice Praktiken in Altenpflegeeinrichtungen durchgeführt, die jedoch eine schlechte Qualität aufwiesen, das durch die Studie von Silvester et al. 2012 aufgezeigt wurde. Es wurden dazu jene Mitarbeiter (n=45) aus 19 Altenpflegeeinrichtungen in Victoria befragt, die im Rahmen von MHC zum Thema ACP geschult wurden. Weiters wurden vorhandene Vorsorgepläne von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner analysiert. Diese Dokumentenanalyse zeigte, dass eine Vielzahl an unterschiedlichen Dokumenten für die Erfassung der Patientenpräferenzen zur Verfügung stand. Keines der Dokumente deckte in angemessener Weise jene Informationen ab, die für ein erfolgreiches ACP notwendig sind. Sie enthielten zwar Informationen über persönliche, kulturelle und religiöse Wünsche der Bewohner in Bezug auf die Betreuung am Lebensende, sowie Präferenzen zu Krankenhausaufenthalten, aber klare und präzise Formulierungen zu künftigen medizinischen Behandlungen fehlten. Die Mitarbeiterbefragung zeigte, dass die Kenntnisse und Erfahrungen zum Thema ACP mangelhaft waren. Die Hälfte der Befragten schilderten eine schlechte bis sehr schlechte Umsetzung von ACP Best-Practice Praktiken. Dennoch war die Einstellung zu ACP positiv und zwei Drittel der Befragten gaben an, die dokumentierten Wünsche der Bewohner anzuerkennen und die Pflege danach zu richten (Silvester et al. 2012). Die vorangegangene Studie zeigte, dass für eine Verbesserung der

ACP Best-Practice Praktiken, ein standardisiertes Verfahren zur Durchführung der ACP-Gespräche und Dokumentationen notwendig sind. Die systematische Umsetzung von „Making Health Choices“ beinhaltete die Verwendung einer altersspezifischen Standardvorlage („Respecting Patient Choices-Advance Care Plan“) in 12 Altenpflegeeinrichtungen in Victoria (n=203). Dies sorgte dafür, dass beinahe die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner einen Stellvertreter (sog. „Medical Enduring Prokura of Attorney MEPOA“) ernannten. Informationen zur medizinischen Behandlung sowie gewünschten bzw. unerwünschten behandelnden Maßnahmen wurde beinahe vollständig dokumentiert und blieben konstant bestehen. Informationen über Werte, Familien, Unabhängigkeit, Glaube und spirituelle Überzeugungen wurden festgehalten. Fast alle Bewohnerinnen und Bewohner beschrieben unangenehme künftige Gesundheitssituationen und dokumentierten unerwünschte Behandlungsmaßnahmen (Silvester et al. 2013).

### **Let someone else decide**

Das ACP-Programm „Let someone else decide“ legt den Fokus darauf, sich auf jene Patientinnen und Patienten zu konzentrieren, die selbst kaum mehr in der Lage sind, ihre Zustimmung zu Behandlungen zu geben. Meller & Caplan 2009 beschrieben in ihrem Artikel einen 10-stufigen Plan zur Einführung von ACP für Personen mit Demenzerkrankung. Dieser 10-stufige Plan fokussierte auf die Bildung, Informationsweitergabe und Aufklärung rund um das Thema „Demenz“ und „Advance Care Planning“ (Erkrankung, Beeinträchtigungen, Vor- und Nachteile von Behandlungen, gesetzliche Rechte zu Patientenverfügung, Benennung von Stellvertretern, verfügbare Dienstleistungen). Zu dieser Bildungsmaßnahme wurden Angehörige des Gesundheitsberufes und Ärzte eingeladen. Im Rahmen dieses Projektes äußerten Pflegefachpersonen und Allgemeinmediziner, dass sie gewillt sind, die Pflege nach den Wünschen des Patienten anzubieten. Sie äußerten jedoch von ihrer Seite Befürchtungen, dass Familienangehörige das Verständnis für die Entscheidungen der Patientinnen und Patienten nicht verstehen bzw. akzeptieren könnten. So sind Ängste vor unrechten Beschuldigungen (z.B. Vernachlässigung, Advance Care Planning als Form der Euthanasie) und Rechtsstreitigkeiten beim Pflegefachpersonal und bei den Ärzten groß. Diese Ängste zählten als Hindernis für ACP. Damit diesen Barrieren entgegengewirkt werden konnte, setzte das Projekt auf Aufklärung und einen frühzeitigen Beginn von

ACP. Weiters lenkten sie den Schwerpunkt auf die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und auf offene Diskussionen über alle möglichen medizinischen Optionen. Pflegefachpersonal fungierten hier nach Meller & Caplan 2009 als Sprachrohr.

### **3.3. „beizeiten begleiten“**

Die Literaturrecherche ergab für den deutschsprachigen Raum eine interregional kontrollierte Interventionsstudie, die ein ACP Programm in 13 Pflegeheimen (n=575) implementiert und analysiert hat, mit dem Ziel der Bewertung der Durchführbarkeit. Dieses Programm, genannt „beizeiten begleiten“ wurde an die hiesigen Gegebenheiten angepasst, basierend auf der Grundlage des Respecting Choice® Programms aus La Crosse County. Um die Qualität des zu implementierenden Programms gewährleisten zu können, wurden die dafür vorgesehenen Autoren vor Beginn der Studie in La Crosse County in einer einwöchig zertifizierten Schulung zum „facilitator“ und darauf aufbauend zum „instructor“ für Respecting Choice® ausgebildet. Im Projekt „beizeiten begleiten“ beschreibt in der Schmitt et al. 2014, dass für die Rolle der Gesprächsbegleiter („facilitator“), nicht-ärztliches Personal aus den Pflegeeinrichtungen ausgewählt und trainiert wurden. Diese ACP-Gesprächsbegleiter wurden geschult und mit anschließender Weiterbetreuung fachmännisch unterrichtet. In der Studie wurde analysiert, ob ACP zu einer Erhöhung der Anzahl von klar formulierten und gültigen Vorsorgeplänen führte. So geht aus der Studie hervor, dass beinahe alle Heimbewohner, die ein erstes Gespräch mit einem nicht-ärztlichen Personal hatten, eine neue Vorausverfügung veranlassten. Fast alle Bewohner ernannten einen Stellvertreter. Die Patientenverfügungen enthielten Unterschriften durch einen Dritten bzw. durch einen Arzt. Die Implementierung eines POLST-ähnlichen Notfallbogens, genannt „Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HAnNo)“ wurde ebenfalls implementiert und analysiert. Beinahe alle Patientinnen und Patienten verwendeten diesen Notfallbogen. Der Reanimationsstatus war klar geregelt und sichtbar auf der Patientenakte vermerkt (in der Schmitt et al. 2014). Die Studie von in der Schmitt et al. 2014 zeigt einen deutlich erkennbaren Interventionseffekt im Rahmen von „beizeiten begleiten“ anhand der verfassten Vorausverfügungen.

### 3.4. „we DECide“

Ampe et al. 2016 untersuchte „we DECide“ (Discussing End-of-Life Choices), eine eigens für diese Studie entworfene Kommunikationsintervention für Pflegefachpersonen und Mediziner zum Thema „Mitbestimmung“ im Kontext ACP für demenzerkrankte Personen in 19 Pflegeheimen in Belgien. Ziel der Studie war das Üben von ACP-Gesprächen anhand der Kommunikationsintervention „we DECide“, die Bewertung des Einflusses der Intervention auf die ACP-Gespräche und das Aufzeigen von Hindernissen bei der Umsetzung von ACP-Gesprächen. Die Kommunikationsintervention „we DECide“ wurde auf dem Drei-Schritte Modell für „Shared Decision Making“ nach Elwyn et al. 2012 entwickelt. Das Modell beschreibt jene Schritte, die für den Aufbau einer Gesprächsbeziehung in der End-of-Life Care zwischen klinischem Personal und Patientinnen sowie Patienten notwendig sind. Das Modell „Shared Decision Making“ bestand aus drei Schritten, die im ACP-Gespräch berücksichtigt wurden. Erster Schritt war „Choice Talk“, indem über die Tatsache gesprochen wurde, dass für medizinische Behandlungen mehrere Entscheidungen möglich wären. Der zweite Schritt war „Option Talk“. Hier wurde über patientenbezogene Entscheidungsmöglichkeiten gesprochen. Im letzten Schritt „Decision Talk“, wurde über finale Entscheidung im konkreten Fall gesprochen. Im Rahmen dieser Studie wurden Pflegefachpersonen und Ärzte (n=90) auf Basis von „we DECide“ geschult und führten die ACP-Gespräche mit Patientinnen und Patienten durch. Das Ergebnis der Studie zeigte, dass die Interventionsgruppe, die an „we DECide“ teilnahm, im Vergleich zur Kontrollgruppe, eine verbesserte Vereinbarkeit von ACP und der Praxis aufzeigte. Dennoch erhöhte sich die Anzahl der ACP-Gespräche durch die Intervention nicht. Jene durchgeführten ACP-Gespräche wurden häufiger vom Pflegefachpersonal, als von Ärzten durchgeführt. Die Schulung nach „we DECide“ allein, verbesserte die Kommunikation im ACP-Gespräch nicht signifikant, sondern blieb unverändert. Auch ein Anstieg der Diskussionsbereitschaft über das Thema ACP konnte nicht nachgewiesen werden und Pflegeheimbewohner wurden nicht häufiger in ACP-Gespräche miteinbezogen. Als Hindernis für die Verbesserung von ACP-Gesprächen wurden begrenzte Verantwortung des Personals, Zeit- und Arbeitsdruck sowie hierarchische Strukturen genannt (Ampe et al. 2016).

### **3.5. „Let Me Decide-Advance Care Planning“**

Cornally et al. 2015 analysierte in einer zweijährigen Vorher-Nachher-Studie die systematische Umsetzung von „Let Me Decide-Advance Care Planning (LMD-ACP)“ in drei Langzeitpflegeeinrichtungen in Südirland. Das Ziel ist die Verbesserung der Versorgungsqualität am Ende des Lebens. LMD-ACP ist ein strukturierter Ansatz für die End-of-Life Pflegeplanung im Langzeitpflegesetting. Es ist eine Unterstützungsmaßnahme für Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner, die eine Vorsorgeplanung abschließen möchten. Das Programm LMD-ACP umfasste die Schulung des Pflegefachpersonals in ACP im Kontext Palliativpflege. Ziel ist die Unterstützung bei der Fertigstellung der Vorsorgeplanung für Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner. Dafür standen Betreuungsrichtlinien, End-of-Life Entscheidungspläne und Aufklärungsmaterialien für Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Familie zur Verfügung. Die Analyse zeigte eine verbesserte Pflegekultur und Kommunikation im interdisziplinärem Setting nach der Umsetzungsphase. Die Förderung der präferenzbasierten Pflege und die Vermeidung von Krisenentscheidungen wurden als Vorteile vermerkt. Nach Ansicht des Pflegefachpersonals förderte das Programm das multidisziplinäre Bewusstsein für ACP. Verlegungen in Krankenhäuser konnten minimiert werden und Familien waren besser auf die Situationen vorbereitet. Durch LMD-ACP konnte die Bereitstellung von Möglichkeiten für End-of-Life Entscheidungen gefördert werden. Trotz positivem Feedback zeigte die Studie, dass ACP nicht für alle Patientinnen und Patienten geeignet war. Unentschlossenheit bei der Entscheidungsfindung und erheblicher Zeitaufwand waren Barrieren für die Fertigstellung von Vorsorgeplanungen (Cornally et al. 2015).

### **3.6. „Planning Ahead“**

Abel et al. 2013 führten eine retrospektive Kohortstudie mit Hospizpatienten (n=969) in England durch, um zu überprüfen, ob ACP ein routinemäßiger Bestandteil im Rahmen der End-of-Life Care sein kann. Dafür kam ein Dokument, namens „Planning Ahead“ zum Einsatz, welches bei Hospizpatienten angewendet wurde und eine modifizierte Version des Dokuments „Preferred Priorities For Care“ ist. „Planning Ahead“ ist ein einheitliches Dokument für künftige Pflegeanleitungen als

Teil der Hospizpflege und wurde auf Patienten- und Angehörigenwunsch hin angefertigt. Es beinhaltet einen Leitfaden („Putting Affairs In Order“) und ein Dokument zur Verschriftlichung der Behandlungspräferenzen („Advance Decision To Refuse Treatment“). Die Evaluierung von „Planning Ahead“ Dokumenten, multidisziplinäre Besprechungen sowie Informationsweitergabe und die Unterstützung der Angehörigen, waren laut Abel et al. 2013 pflegerische Handlungsfelder von spezialisierten Palliativpflegepersonen in der Hospizpflege. Die Evaluierung des standardisierten Dokuments „Planning Ahead“ zeigte, dass mehr als die Hälfte der Hospizpatientinnen und -patienten eine Patientenverfügung verfasst hatten. Weiters stieg im Rahmen der Studie die Anzahl der verfassten Patientenverfügung stetig an. Signifikante Hauptaussage war, dass mehr als zwei Drittel der Hospizpatientinnen und -patienten mit einer Bekanntgabe ihres präferierten Sterbeortes, auch an diesem Ort verstarben. Patientinnen und Patienten ohne bevorzugten Sterbeort verstarben häufiger in einem Krankenhaus. Die Anzahl der Notfallaufnahmen in Krankenhäusern waren bei Patientinnen und Patienten ohne „Planning Ahead“ signifikant höher. So beschrieben Abel et al. 2013 Zusammenhänge zwischen ACP und der Reduktion von Krankenaustage.

### **3.7. „Let me speak“**

Ziel der Studie von Chan & Pang 2010 ist die Bewertung vom ACP-Konzept „Let me speak“ als quasi-experimentelle Machbarkeitsstudie mit älteren chinesischen Menschen (n=121) in vier Pflegeeinrichtungen in Hongkong. Die Intervention bestand darin, ältere Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner durch Gespräche mit Pflegefachpersonen zu ermutigen, ihre Lebensgeschichten zu erzählen. Die Bereitstellung genauer und relevanter Informationen zur Klärung der Bedenken und Sorgen wurden als aktiver pflegerischer Tätigkeitsbereich beschrieben. Die Förderung der Partizipation zählte als Kernpunkt zur Aufgabe des Pflegefachpersonals. Durch die Chance, erhört zu werden, konnten die Heimbewohnerinnen und -bewohner ihre Werte und Pflegepräferenzen in der End-of-Life Care für ihre wichtigen Mitmenschen zum Ausdruck bringen. Die ACP-Gespräche wurden nach dem sogenannten „Storytelling-Ansatz“ geführt, der als Einstieg genutzt wurde, um die Person im Kontext ihrer gelebten Erfahrungen kennenzulernen und nicht als

gebrechliche alte Person mit Pflegebedarf. In den ACP-Gesprächen wurden vier Themen angesprochen, die Lebensgeschichte, Krankheitsgeschichte, Lebensanschauung und Pflegepräferenzen. Die Heimbewohnerinnen und -bewohner wurden ermutigt, ihr ganzes Leben neu zu bewerten und Erfahrungen auszutauschen, die sie im Leben gemacht hatten. Im nächsten Schritt befassten sie sich mit der Frage, welche Einstellungen sie zu Leben und Tod hatten. In den geführten ACP-Gesprächen wurde eine konsistente Präferenz von lebenserhaltenden Behandlungsmöglichkeiten erkennbar. „Let me speak“ förderte signifikant die Gespräche mit Familienangehörigen zum Thema lebenserhaltenden Behandlungspräferenzen. Der Einbezug von Familienangehörigen stellte Barrieren dar, da Tod und Sterben in der chinesischen Kultur als Tabuthema galten. Durch die ACP-Gespräche wurde die Lebensqualität in den Bereichen Körper, Beziehung, Emotion und Spiritualität statistisch signifikant verbessert. Jene Personen, die nicht am Programm teilnahmen, blieben in ihrer Behandlungsentscheidung unsicher (Chang & Pang 2010).

## **4. Diskussion**

Ziel dieser Bachelorarbeit war die Darlegung von etablierten ACP-Konzepten und deren Unterschiede sowie das Beschreiben von pflegerischen Tätigkeiten im Rahmen dieser ACP-Konzepte. Durch die Literaturrecherche wurden aus den 14 inkludierten Studien, elf implementierte Konzepte außerhalb von Österreich identifiziert (siehe Tabelle 3). Die Analyse zeigte, dass das Konzept Respecting Choice® als Vorreiter für ACP gilt und seit 1993 flächendeckend in Wisconsin implementiert ist. Als Basis für weitere adaptierte ACP-Programme zielt Respecting Choice® auf die Veränderung des Gesundheitsansatzes hin, indem ACP Teil der medizinischen Routineversorgung ist. Die Maßnahmen sind so gestaltet, dass der unzeitgemäße Ansatz durch das ganzheitlich betrachtende Advance Care Planning abgelöst wird. Respecting Choice® ist in allen Gesundheitsorganisationen und -berufen verankert. Im Vergleich dazu, ist Respecting Patient Choice in Australien zwar in allen Gesundheitseinrichtungen etabliert, richtet aber den Fokus speziell auf die Berufsgruppe der Pflege. RPC zielt somit durch spezifische, pfl-

gerische Maßnahmen auf eine Verbesserung der Pflegequalität in der End-of-Life Care hin.

Ein patientenorientierter Gesprächsprozess steht in beiden Konzepten im Mittelpunkt (Hammes et al. 2010; Detering et al. 2010) und die Wichtigkeit der Verschriftlichung, Dokumentierung und Evaluierung von Patientenverfügungsdokumenten sind wesentliche Aspekte von ACP und Teil dieser Konzepte (Emanuel et al. 2000; Hammes et al. 2010; Detering et al. 2010).

Die Evaluierungen hinsichtlich der Prävalenz von Patientenverfügungen, Testamenten u/o POLST-Formularen zeigen, dass diese Dokumente ansteigen (Hammes et al. 2010; Hickmann et al. 2016; Pecanac et al. 2014; Detering et al. 2010) und im Vergleich zu vorher, nun in der Krankenakte adäquat geführt werden (Hammes et al. 2010; Hickmann et al. 2016; Pecanac et al. 2014). Dies wird auch durch eine Studie aus Deutschland bestätigt, in der auf Basis von Respecting Choice® ein adaptiertes ACP-Programm, genannt „beizeiten begleiten“ implementiert ist (in der Schmitzen et al. 2014). Auch bei rassischen und ethnischen Minderheiten ist durch RC eine signifikante Zunahme von Patientenverfügungen ersichtlich (Pecanac et al. 2014). Die Betreuungsqualität kann weiters durch die Nutzung von standardisierten Dokumenten, wie z.B. „values clarification“, POLST-Formular, „HAnNo-Formular“, „Planning Ahead-Dokument“ und „RPC-Advance Care Plan“, gewährleistet und gegebenenfalls erhöht werden. Sie dienen in der End-of-Life Care dazu, Behandlungspräferenzen der Patientinnen und Patienten zu erfassen und zu dokumentieren (Pecanac et al. 2014; Hammes et al. 2010; in der Schmitzen et al. 2014; Abel et al. 2013; Silvester et al. 2013). Denn der Prozess der Dokumentation und Evaluation stellt einen wichtigen Kernpunkt des ACP-Konzeptes dar und sichert die Nachvollziehbarkeit der erfassten Präferenzen (Emanuel et al. 2000). Als Pflegeinstrument können sie für die gezielte Informationsweitergabe und die Berücksichtigung der patientenpräferierten Behandlungswünsche verwendet werden.

Aufgrund der unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen der Interventionen sind keine generellen Verallgemeinerung zu setzbaren ACP Maßnahmen möglich. Denn ein ausnahmslos einheitliches Konzept, das auf alle Patientinnen und Patienten transferierbar ist, scheint nicht zielführend zu sein. Jene sechs Programme,

die sich auf die Langzeitpflege fokussieren (OPTIMISTIC-Projekt, Respecting Patient Choices, „Making Health Choices“, „beizeiten begleiten“, „Let me Decide-Advance Care Planning“ und „Let me speak“) legen großen Wert auf die Erfassung der Wünsche von Patientinnen und Patienten in höherem Alter. Da im Hospizbereich keine altersspezifischen Grenzen vorherrschen, wurde das Dokument „Planning Ahead“ so verfasst, dass Präferenzen jeder Altersgruppe erfasst werden können. Weiters wird hier konkret auf die Benennung des Sterbeortes und den Wunsch auf reduzierte Krankenhausaufenthalte sowie einer Hospizpflege eingegangen. Die Programme „Let someone else decide“ und „we DECide“ sind in Einrichtungen für Demenzerkrankte implementiert und legen deshalb den Schwerpunkt besonders auf den Einbezug von Familienangehörigen in den ACP-Prozess. Dieser gemeinsame Gesprächsprozess stellt einen wesentlichen Aspekt im ACP-Prozess dar (Emanuel et al. 2000). Da die Interventionen zum Teil nur sehr mangelhaft beschrieben sind, kann ein detaillierter Vergleich nicht durchgeführt werden. Dennoch können Unterschiede in den formulierten Interventionszielen erfasst werden. So richten Respecting Choice®, „beizeiten begleiten“, Respecting Patient Choices, „Let Me Decide-Advance Care Planning“ und „Making Health Choices“ ihre Maßnahmen besonders auf eine Veränderung der medizinischen Grundversorgung aus, indem eine koordinierte, strukturierte und nachhaltige Vorausplanung für eine verbesserte End-of-Life Care angestrebt wird (Hammes et al. 2010; in der Schmitt et al. 2014; Detering et al. 2010; Cornally et al. 2015; Silvester et al. 2012). Im Vergleich dazu, legen vier Programme („Honoring Choices Wisconsin“, „Let someone else decide“, „we DECide“ und OPTIMISTIC-Projekt) den Fokus konkret auf Weiterbildungsmaßnahmen, Aufklärungsarbeit und Informationsweitergabe für Pflegefachkräfte und Familienangehörige zum Thema Advance Care Planning (Peltier et al. 2017; Meller & Caplan 2009; Ampe et al. 2016; Hickmann et al. 2016). Dazu werden Pflegefachpersonen mittels eigens dafür ausgearbeiteten Schulungsmaßnahmen auf die Durchführung von ACP-Gesprächen ausgebildet. So werden bei „Honoring Choices Wisconsin“ gezielte Schulungsmaßnahmen für Pflegefachpersonen auf Basis von Respecting Choice® zu zertifizierte Moderatorinnen und Moderatoren gesetzt (Peltier et al. 2017). Für das Pflegefachpersonal dient das Programm „Let someone else decide“ zur Informationsvermittlung zum Thema „ACP und Demenz“ und ein 10-stufiger Ausbildungsplan als Richtlinie (Meller & Caplan 2009). Bei „we DECide“ wird großen Wert auf eine

Verbesserung der sprachlichen Kompetenz bei Pflegefachkräften zur Durchführung von ACP-Gesprächen gelegt (Ampe et al. 2016). Im OPTIMISTIC-Projekt werden ACP-Gespräche von „OPTIMISTIC registered nurses“ und „OPTIMISTIC-nurse practitioners“ durchgeführt, die zu zertifizierten Moderatorinnen und Moderatoren nach Respecting Choice® ausgebildet sind (Hickmann et al. 2016). Auch in Respecting Patient Choices und „beizeiten begleiten“ wird die Rolle des ACP-Gesprächsbegleiters als eine nicht-ärztliche Fachkraft mit spezieller Schulung definiert (Detering et al. 2010; in der Schmitt et al. 2014). Es zeigt sich, dass der erhöhte Kompetenzanspruch an die Ausführung von ACP-Gesprächen durch fachmännische Schulungen gewährleistet wird und bestärkt somit, dass ein ACP Train-the-Trainer Ausbildungsmodell förderlich für die Ausweitung von ACP sein kann (Cornally et al. 2015; Pecanac et al. 2014).

Neben der Durchführung von ACP-Gesprächen wird bei „Let me speak“ zusätzlich auf die Förderung der Partizipation von Patientinnen und Patienten als pflegerische Tätigkeit eingegangen. Sie sehen den Menschen im Kontext seiner gelebten Erfahrungen und nicht nur als gebrechliche alte Person mit Pflegebedarf. Sie ermutigen ältere Menschen ihre Lebensgeschichten zu erzählen, um daraus Werte und Behandlungspräferenzen ableiten zu können (Chang & Pang 2010) und somit Patientinnen und Patienten in den Fokus zu setzen (van Oorschot et al. 2004). Der sensible Kommunikationsverlauf ist bedeutsam für das Vertrauen und die weitere Betreuung (Emanuel et al. 2000). Besonders der Einbezug von Familienangehörigen in ACP-Gespräche kann am Ende des Lebens positive Auswirkungen haben (van Oorschot et al. 2004; Detering et al. 2010; Chang & Pang 2010; Emanuel et al. 2000). Durch die Anwesenheit der Familie werden die Behandlungswünsche besser verstanden und respektiert (Detering et al. 2010; Chang & Pang 2010; Emanuel et al. 2000) und die Familien sind besser auf die Situationen vorbereitet (Cornally et al. 2015). Posttraumatische Symptome wie Stress, Depression und Angst können dadurch reduziert werden. Familienangehörige sind zufriedener mit dem Umgang, der Behandlungsqualität und den Patientenperspektiven (Detering et al. 2010). Dies dient der Respektierung der Autonomie von Patientinnen und Patienten (Cornally et al. 2015; Hammes et al. 2010; Pecanac et al. 2014; MacKenzie et al. 2017). Die ACP-Gespräche führen bei Patientinnen und Patienten zu einem besseren Verständnis für ihren Gesundheitszustand (Peltier et al. 2017).

Dadurch werden sie in ihrer Entscheidung betreffend den Präferenzen unterstützt (Peltier et al. 2017; MacKenzie et al. 2017). Sie erhalten dadurch die Chance, ihre Wünsche zur Pflege am Lebensende zu äußern (Chang & Pang 2010; Detering et al. 2010; Silvester et al. 2012; Silvester et al. 2013), um eine verbesserte Lebensqualität zu erlangen (Chang & Pang 2010). Dazu zählen essentielle Bedürfnisse, wie die Bekanntgabe des präferierten Sterbeortes (Abel et al. 2013), der Wunsch einer Hospizpflege (Hickmann et al. 2016; Peltier et al. 2017) und die Benennung eines Stellvertreters (Silvester et al. 2013; in der Schmitt et al. 2014; Detering et al. 2010; MacKenzie et al. 2017). Je informierter der gesetzliche Vertreter ist, umso mehr kann er auf die Wünsche von Patientinnen und Patienten eingehen (MacKenzie et al. 2017). Durch ACP-Gespräche stimmen, die verschriftlichten Patientenwünsche mit den ärztlichen Anordnungen überein (Hammes et al. 2010; Pecanac et al. 2014; MacKenzie et al. 2017) und dienen somit als Vorlage für eine patientenpräferierte Pflege (Silvester et al. 2012; Cornally et al. 2015). ACP kann zu einer Reduktion von vermeidbaren Krankenhauseinlieferung und -aufenthalt (Cornally et al. 2015), Verlegungen auf Intensivstationen (Peltier et al. 2017; Pecanac et al. 2014) und Notfallaufnahmen beitragen (Abel et al. 2103).

Im Unterschied zu den effektiven Bildungskonzepten, kann „we DECide“ die Kommunikation im ACP-Gespräch nicht signifikant verbessern, führt jedoch zu einer verbesserten Vereinbarkeit von ACP und der Praxis (Ampe et al. 2016). Somit kann eine verbesserte Pflegekultur und Vermeidung von Krisenentscheidungen nachgewiesen werden (Cornally et al. 2015). Es zeigt sich, dass ACP-Gespräche von Pflegefachpersonen (Hickmann et al. 2016; Peltier et al. 2017; Abel et al. 2013; Chang & Pang 2010; Ampe et al. 2016; Cornally et al. 2015) oder von nicht-ärztlichen Fachkräften (Detering et al. 2010; in der Schmitt et al. 2014) durchgeführt werden. Der positive und hilfreiche Effekt dieser Gespräche kann nachgewiesen werden (Peltier et al. 2017) und führen zu Äußerungen über Behandlungspräferenzen (Hickmann et al. 2016; Detering et al. 2010; Chan & Pang 2010; Silvester et al. 2012; Silvester et al. 2013; Abel et al. 2013; in der Schmitt et al. 2014) und somit zur Sicherung der Pflegequalität in der End-of-Life Care.

Tabelle 3: Übersicht der etablierten ACP Konzepte

Konzept	Land Setting	Grundgedanke	Pflegerische Aspekte	Outcome
<b>Respecting Choice®</b>	La Crosse County, Wisconsin (USA)  alle Gesundheitsorganisationen  Midwestern / Krankenhaus	ACP als Teil der medizinischen Routineversorgung (Hammes et al. 2010).  Informationspaket für Patienten und deren Angehörigen („values clarification“) als Richtlinie zur Bestimmung eines gesetzlichen Vertreters (Pecanac et al. 2014).	Durchführung und Dokumentation von ACP-Gespräche.  Schulungsprogramm für Pflegefachkräfte nach Respecting Choice® Train-the-Trainer Ausbildungsmodell (Hammes et al. 2010; Pecanac et al. 2014).	Prävalenzanstieg von Patientenverfügungen, Testamente u/o POLST-Formulare (Hammes et al. 2010; Pecanac et al. 2014).  Patientendokumente sind am Todesort auffindbar (Hammes et al. 2010).  Übereinstimmung der Patientenwünsche mit den ärztlichen Behandlungen (Pecanac et al. 2014).  Reduktion der Betreuungskosten im letzten Lebensabschnitt (Klingler et al. 2016).
<b>OPTIMISTIC-Projekt</b>	Indianapolis und Pennsylvania (USA)  Langzeitpflege	Reduktion von vermeidbaren Krankenhausaufenthalten durch: <ul style="list-style-type: none"> <li>• die frühzeitige Identifizierung von Krankheiten</li> <li>• Optimierung der Pflege</li> <li>• Integrierung von ACP in die Palliativmedizin (Hickmann et al. 2016).</li> </ul>	OPTIMISTIC registered nurse & OPTIMISTIC nurse practitioners (NPs) in Zusammenarbeit mit Fachärzten,  Durchführung und Dokumentation von strukturierten ACP-Gesprächen als Moderator (Hickmann et al. 2016).	Anstieg der ACP-Gespräche und Hospizpflege, sowie  vermehrte Erstellung von Arztverordnungen (Hickmann et al. 2016).

<p><b>Honoring Choices Wisconsin (HCW)</b></p>	<p>Wisconsin (USA)  Angehörige des Gesundheitspersonals</p>	<p>Erhöhung der Popularität von ACP durch gezielte Schulungsmaßnahmen Respecting Choice® (Peltier et al. 2017).</p>	<p>Schulungsprogramm nach Moderatoren-Framework Respecting Choice®,  Durchführung von ACP-Gespräche und für die Nachsorge zur Verfügung (Peltier et al. 2017).</p>	<p>Verbessertes Gesundheitsverständnis,  Entscheidungshilfe und  Reduktion der Verlegungen auf die Intensivstationen (Peltier et al. 2017).</p>
<p><b>Respecting Patient Choices</b></p>	<p>Melbourne (Australien)  ältere Patienten</p>	<p>Verbesserung der End-of-Life-Pflege durch eine koordinierte Vorausplanung mittels ACP-Gesprächsbegleiter („facilitator“) (Detering et al. 2010).</p>	<p>Durchführung von ACP-Gespräche als „facilitator“,  Dokumentation der genannten Behandlungsplanung,  Einbezug der Familien in die ACP-Gespräche (Detering et al. 2010).</p>	<p>Vermehrte ACP-Gespräche,  Erhöhung der Vorsorgeplanungen sowie Ernennungen von Stellvertretern,  Erhöhung der Einbeziehung der Familienangehörigen,  Verminderung von posttraumatischen Symptomen bei den hinterbliebenen Familienmitgliedern (Detering et al. 2010).</p>
<p><b>Making Health Choices (MHC)</b></p>	<p>Victoria (Australien)  Langzeitpflege</p>	<p>Nachhaltige Umsetzung von ACP in der Langzeitpflege,  Erhöhung der ACP-Dokumentenqualität (Silvester et al. 2012).</p>	<p>Durchführung von ACP-Best Practice Praktiken im interdisziplinären Teams,  Dokumentation der Präferenzen im Respecting Patient Choices-Advance Care Plan (Silvester et al. 2013).</p>	<p>Erhöhung der Ernennung eines Stellvertreters,  Vermehrte Dokumentation von unerwünschten Behandlungsmaßnahmen (Silvester et al. 2013).</p>

<b>Let someone else decide</b>	Australien  Demenzerkrankte	Bildung, Informationsweitergabe und Aufklärung rund ums Thema ACP und Demenz (Meller & Caplan 2009).	10-stufiger Schulungsplan rund um ACP in Kombination mit Demenzerkrankung,  Sprachrohrfunktion und Aufklärungsarbeit (Meller & Caplan 2009)	Frühzeitiger Beginn von ACP,  Fokussierung der Lebensqualität, Respektierung der Patientenwünsche,  Anbietung der präferenzorientierten Pflege (Meller & Caplan 2009).
<b>„beizeiten begleiten“</b>	Deutschland  Pfleheimbewohner	Umsetzung und Durchführung von ACP in Pflegeheimen (in der Schmitt et al. 2014).	Schulungsprogramm zum ACP-Gesprächsbegleiter („facilitator“),  Durchführung und Dokumentation von ACP-Gesprächen (in der Schmitt et al. 2014).	Anstieg von Patientenverfügungen,  Steigerung der Qualität, durch ärztliche Unterschriften und klar geregelte verschriftlichte Behandlungsmaßnahmen,  Zunahme der Ausstellung von HAnNo-Formularen („Hausärztliche Anordnung für den Notfall“),  Vermehrte Benennung von Stellvertretern (in der Schmitt et al. 2014).
<b>„we DECide“</b>  (Discussion End-of-Life-Choices)	Belgien  Pfleheimrichtung für Demenzerkrankte	Trainingsprogramm zur Erweiterung der sprachlichen Kompetenzen im Rahmen von ACP,  Erhöhung von „Shared Decision Making“ („gemeinsame Einigung von Behandlungszielen“) (Ampe et al. 2016).	Training der sprachlichen Kompetenzen,  Durchführung und Dokumentation von ACP-Gesprächen (Ampe et al. 2016).	Verbesserung der Vereinbarkeit von ACP und der Praxis,  gleichbleibendes Kommunikationsniveau,  Abbau von Barrieren wie Zeitdruck und mangelnde hierarchische Organisation (Ampe et al. 2016).

<p><b>„Let Me Decide - Advance Care Planning“</b></p>	<p>Irland Langzeitpflege</p>	<p>Verbesserung der Versorgungsqualität am Ende des Lebens, Unterstützungsmaßnahme zum Verfassen von Vorsorgeplänen (Cornally et al. 2015).</p>	<p>Schulungsprogramm zum Thema ACP in der Palliative Care, Fertigstellung der Vorsorgeplanungen anhand von Betreuungsrichtlinien und End-of-Life Entscheidungsplänen, Informationsweitergabe mittels Aufklärungsmaterial (Cornally et al. 2015).</p>	<p>Verbesserung der Pflegekultur und Kommunikation, Erhöhung der präferenzbasierte Pflege wird gefördert, Verringerung von Krankenhauseinlieferungen, Erhöhung von Autonomie und Möglichkeiten für End-of-Life Entscheidungen (Cornally et al. 2015).</p>
<p><b>„Planning Ahead“</b></p>	<p>England Hospizpatienten</p>	<p>Etablierung eines einheitlichen Dokumentes als routinemäßiger Bestandteil der End-of-Life Care (Abel et al. 2013).</p>	<p>Informationsaufklärung zum Thema ACP, multidisziplinäre Besprechungen und Erfassung von Patientenpräferenzen, Evaluierung von „Planning Ahead“ Dokumenten (Abel et al. 2013).</p>	<p>Erhöhung der verfassten Patientenverfügungen, Vermehrte Bekanntgabe des präferierten Sterbeortes, Reduktion der Notaufnahmen und Krankenhaustagen (Abel et al 2013).</p>
<p><b>„Let me speak“</b></p>	<p>Hongkong Pflegeeinrichtung</p>	<p>Erfassung von Werten und Präferenzen fürs Lebensende im erzählerischen Ansatz (Chang &amp; Pang 2010).</p>	<p>Ermutigung und Durchführung von ACP-Gesprächen, Einbezug der Familien, Klärung der Präferenzen, Förderung der Partizipation (Chang &amp; Pang 2010).</p>	<p>Verbesserung der Lebensqualität, Erhöhung der Gespräche mit Familienangehörigen, Reduktion von Unsicherheiten am Lebensende (Chang &amp; Pang 2010).</p>

## **5. Schlussfolgerung**

Advance Care Planning-Konzepte wurden in den letzten 30 Jahren bereits auf vier Kontinenten im Rahmen der End-of-Life Care wirksam in die Praxis umgesetzt. Respecting Choice®, als erstes erfolgreich implementiertes Konzept, gilt als Meilenstein, auf dem viele weitere Konzepte aufbauten und somit zu einem fixen Bestandteil in der pflegerischen Betreuung wurden. Ein effektives ACP-Konzept fokussiert auf zielgruppenorientierte Aspekte, um die individuellen Behandlungspräferenzen erfassen und gewährleisten zu können. ACP bietet die Möglichkeit, einen ganzheitlichen, koordinierten, strukturierten und zum Teil standardisierten Gesprächsprozess anzubieten. Dadurch stehen die Patientinnen und Patienten mit ihren Bedürfnissen im Mittelpunkt der Betreuung. Erwünschte und nicht erwünschte Behandlungsmaßnahmen werden respektiert. Familienangehörige fühlen sich ebenfalls verstanden und können Entscheidungen besser nachvollziehen sowie annehmen. Pflegefachkräfte werden zu einem bedeutsamen Teil im Advance Care Planning, durch die Durchführung der ACP-Gespräche. Dies erfordert ein hohes Maß an Sensibilität, Know-how und Verständnis. Deshalb ist eine professionelle Schulung relevant, um die patientenpräferierte Pflegequalität am Ende des Lebens zu gewährleisten. Pflegefachkräfte können somit durch ihr professionelles Handeln dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten am Ende ihres Lebens, ihre letzten Schritte autonom entscheidend beschreiten können.

## **6. Stärken & Limitationen**

Als Limitation dieses Literaturreview kann die Suche in nur zwei Datenbanken (CINAHL und PubMed) nach englisch- und deutschsprachigen Artikeln genannt werden. Weiters könnte das Setzen der zeitlichen Eingrenzung, auf Publikation der letzten 10 Jahre, dazu geführt haben, dass einige relevante Studien, die die Entstehung von Advance Care Planning analysiert hätten, übersehen worden ist. Da Advance Care Planning bereits in den 1990 Jahren erstmalig implementiert wurde, würde Literatur aus diesem Zeitraum möglicherweise Aufschlüsse über die Implementierungszeit und Weiterentwicklung geben können.

Als Stärke dieses Reviews kann die breit gefächerte Literatursuche genannt werden. Dadurch konnte eine Vielzahl an Studien analysiert und in das Literaturreview eingearbeitet werden. So wurde ein guter Überblick über die bereits vorhandenen und etablierten ACP-Konzepte zusammengefasst. Dies führte dazu, dass die Forschungsfrage beantwortet werden konnte. Durch den Mix aus quantitativen und qualitativen Studien konnte das Wissen rund um ACP-Konzepte sowie den pflegerischen Tätigkeitsbereichen erweitert werden und für weitere zukünftige Forschungen zur Verfügung stehen. Als positiv anzumerken ist die Internationalität, da Studien aus USA, Australien, Asien und Europa eingeschlossen wurden. Das Geschlechterverhältnis war annähernd ausgeglichen und es wurden beinahe auf alle Settings in der Pflege eingegangen, mit Ausnahme von Minderjährigen.

## 7. Praxis- und Forschungsempfehlungen

**Praxisempfehlung:** Da der Wunsch nach einer ganzheitlichen Betreuung und der Respekt vor den Patientenpräferenzen das häufigste Ergebnis war, ist ein Umdenken des Gesundheitsansatzes unumgänglich. So wird für die Praxis ein koordinierter, strukturierter sowie patientenpräferierter Ansatz, wie Advance Care Planning notwendig. Damit die erwünschten Behandlungsmaßnahmen der Patientinnen und Patienten am Lebensende professionell erfasst werden können, bedarf es qualifizierte Pflegefachkräfte, die jene sprachlichen Kompetenzen vorweisen, um im Rahmen der Betreuung diese Wünsche erfassen und dokumentieren können. Durch die erfassten Behandlungswünsche können eine individuelle, ganzheitliche und interdisziplinäre Betreuungsqualität gewährleistet werden. Zur professionellen Durchführung der ACP-Gespräche sind Schulungsmaßnahmen für Pflegefachkräfte notwendig, um ein Wissen rund um das Thema ACP aufzubauen.

**Forschungsempfehlung:** Nach aktuellem Stand wurde in Österreich kein bisher vergleichbares implementierte ACP-Konzept anhand einer durchgeführten Studie überprüft. Zukünftig ist eine Implementierung eines ACP-Konzeptes mit anschlie-

ßender Effektanalyse anzudenken, die Aufschluss über die Relevanz und Wirksamkeit von Advance Care Planning in Österreich bieten kann.

## 8. Literaturverzeichnis

Abel, J, Pring, A, Rich, A, Malik, T & Verne, J 2013, 'The impact of advance care planning of place of death, a hospice retrospective cohort study', *BMJ Supportive & Palliative Care*, vol. 3, pp. 168–173, doi:10.1136/bmjspcare-2012-000327

Ampe, S, Sevenants, A, Smets, T, Declercq, A & van Audenhove, C 2016, 'Advance care planning for nursing home residents with dementia: Influence of 'we DECide' on policy and practice', *Patient Education & Counseling*, vol. 100, pp. 139-146, doi: 10.1016/j.pec.2016.08.010

Chan, HYL & Pang, SMC 2010, 'Let me talk-an advance care planning programme for frail nursing home residents', *Journal of Clinical Nursing*, vol.19, pp. 3073–3084, doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03353.x

Coors, M, Jox, RJ & in der Schmitt, J 2015, 'Advance Care Planning: eine Einführung', in Coors, M, Jox, RJ & in der Schmitt, J (ed.), 'Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung', W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, pp. 11-22.

Cornally, N, McGlade, C, Weathers, E, Daly, E, Fitzgerald, C, O' Caoimh, R, Coffey, A & Molloy, DW 2015, 'Evaluating the systematic implementation of the 'Let Me Decide' advance care planning programme in long term care through focus groups: staff perspectives', *BMC Palliative Care*, vol. 14, no. 55, doi: 10.1186/s12904-015-0051-x

Detering, K, Hancock, AD, Reade, MC & Silvester, W 2010, 'The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial', *BMJ*, vol. 340, p. 1345, doi: 10.1136/bmj.c1345

Dixon, J & Knapp, M 2018, 'Whose job? The staffing of advance care planning support in twelve international healthcare organizations: a qualitative interview study', *BMC Palliative Care*, vol. 17, no. 1, p. 78, doi: 10.1186/s12904-018-0333-1

Emanuel, LL, von Gunten, CF & Ferris, FD 2000, 'Advance Care Planning', *Arch Fam Med*, vol. 9, pp. 1181-1187.

Ertl-Schmuck, R, Unger, A, Mibs, M. & Lang, C 2015, *Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege*. UVK Verlagsgesellschaft mbH, München.

Geschäftsstelle der Bioethikkommission 2015, *Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission*, viewed 9 October 2018,

[www.bundeskanzleramt.gv.at/documents/131008/549639/Sterben\\_in\\_Wuerde.pdf/81bff2b3-b65b-467d-9d61-6cf22dbc4b75](http://www.bundeskanzleramt.gv.at/documents/131008/549639/Sterben_in_Wuerde.pdf/81bff2b3-b65b-467d-9d61-6cf22dbc4b75).

Hammes, BJ, Rooney, BL & Gundrum, JD 2010, 'A Comparative, Retrospective, Observational Study of the Prevalence, Availability, Specificity of Advance Care Plans in a County that Implemented an Advance Care Planning Microsystem', *J Am Geriatr Soc*, vol. 58, pp. 1249–1255, doi: 0.1111/j.1532-5415.2010.02956.x

Hawker, S, Payne, S, Kerr, C, Hardey, M & Powell, J 2002, 'Appraising the Evidence. Reviewing Disparate Data Systematically', *Qualitative Health Research*, vol. 12, no. 9, pp. 1284-1299, doi: 10.1177/1049732302238251

Heyland, DK, Barwich, D, Pichora, D, Dodek, P, Lamontagne, F, You, JJ, Tayler, C, Porterfield, P, Sinuff, T, Simon, J 2013, 'Failure to Engage Hospitalized Elderly Patients and Their Families in Advance Care Planning', *JAMA Intern Med*, vol.173, no. 9, pp. 778-787. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.180

Hickman, SE, Unroe, KT, Ersek, MT, Buente, B, Nazir, A, & Sachs, GA 2016, 'An Interim Analysis of an Advance Care Planning Intervention in the Nursing Home Setting', *J Am Geriatr Soc*, vol. 64, pp. 2385–2392, doi: 10.1111/jgs.14463

Hosemann, W & Geiling, W 2013, *Einführung in die Systemische Soziale Arbeit*. Ernst Reinhardt Verlag, München Basel.

in der Schmitt, J & Marckmann, G 2015, 'Theoretische Grundlagen von Advance Care Planning', in M Coors, Jox, RJ & in der Schmitt, J (ed.), *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, pp. 75-180.

in der Schmitt, J, Nauck, F & Marckmann, G 2016, 'Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen', *Z Palliativmed*, vol. 17, pp. 177–195, doi: 10.1055/s-0042-110711

in der Schmitt, J, Lex, K, Mellert, C, Rothärmel, S, Wegscheider, K & Marckmann, G 2014, 'Implementing an advance care planning program in German nursing homes: results of an inter-regionally controlled intervention trial', *Dtsch Arztebl Int*, vol. 111, no. 4, pp. 50-57, doi: 10.3238/arztebl.2014.0050

Klingler, C, in der Schmitt, J & Marckmann, G 2016, 'Does facilitated Advance Care Planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review

and ethical considerations', *Palliat Med*, vol. 30, no. 5, pp. 423-33, doi: 10.1177/0269216315601346

Lamont, EB 2005, 'A Demographic and Prognostic Approach to Defining the End of Life', *Journal of Palliative Medicine*, vol. 8, no. 1, pp. 12-21, doi: 10.1089/jpm.2005.8.s-12

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) 2015, *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.1.*, viewed 9 October 2018, <http://leitlinienprogramm.onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html>.

Mackenzie, MA, Smith-Howell, E, Bomba, PA, & Meghani, SH 2017, 'Respecting Choices and Related Models of Advance Care Planning: A Systematic Review of Published Evidence', *Am J Hosp Palliat Care*, vol. 35, no. 6, pp. 897-907, doi: 10.1177/1049909117745789

Meller, A & Caplan, GA 2009, 'Let someone else decide? Development of an advance care planning service for nursing home residents with advanced dementia', *Dementia*, vol 8, no. 3, pp. 391–405, doi: 10.1177/1471301209104981

Overbeek, A, Korfage, IJ, Jabbarian, L, Billekens, P, Hammes, BJ, Polinder, S, Severijnen, J, Swart, SJ, Witkamp, FE, van der Heide, A & Rietjens, JAC 2018, 'Advance Care Planning in Frail Older Adults: A Cluster Randomized Controlled Trial', *JAGS*, vol. 66, pp. 1089-1095, doi: 10.1111/jgs.15333

Peltier, WL, Gani, F, Blissitt, J, Walczak, K, Opper, K, Derse, AR & Johnston, FM 2017, 'Initial Experience with 'Honoring Choices Wisconsin': Implementation of an Advance Care Planning Pilot in a Tertiary Care Setting', *J Palliat Med*, vol. 20, no. 9, pp. 998-1003, doi: 10.1089/jpm.2016.0530

Pecanac, KE, Repenshek, MF, Tennenbaum, D & Hammes, BJ 2014, 'Respecting Choices® and Advance Directives in a Diverse Community', *Journal of Palliative Medicine*, vol. 17, no. 3, pp. 282-287, doi: 10.1089/jpm.2013.0047

RIS. Rechtsinformationssystem des Bundes, viewed am 25 November 2018, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>.

Silvester, W, Fullam, RS, Parslow, RA, Lewis, VJ, Sjanta, R, Jackson, L, White, V & Gilchrist, J 2012, 'Quality of advance care planning policy and practice in residential aged care facilities in Australia', *BMJ Support Palliat Care*, vol. 3, no. 3, pp. 349-57, doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000262

Silvester, W, Parslow, RA, Lewis, VJ, Fullam, RS, Sjanta, R, Jackson, L, White, V & Hudson, R 2013, 'Development and evaluation of an aged care specific Advance Care Plan', *BMJ Support Palliat Care*, vol. 3, no. 2, pp. 188-95, doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000392

Simon A, Meran, JG & Fangerau, H 2004, 'Patientenverfügungen als Instrument der Patientenselbstbestimmung', *Hautarzt*, vol. 55, pp. 721-726, doi: 10.1007/s00105-004-0765-9

Sommer, S, Marckmann, G, Pentzek, M, Wegscheider, K, Abholz, HH, in der Schmitt, J 2012, 'Advance directives in nursing homes: prevalence, validity, significance and nursing staff adherence', *Deutsches Ärzteblatt*, vol. 109, no. 37, pp. 577-583, doi: 10.3238/arztebl.2012.0577

Tiroler Hospiz Gemeinschaft 2015, viewed am 25 January 2019, <https://www.hospiz-tirol.at/betreuung-und-begleitung/palliativer-behandlungsplan/>

van Oorschot, B, Hausmann, C, Köhler, N, Leppert, K, Schweitzer, S, Steinbach, K & Anselm, R 2004, 'Patientenverfügungen aus Patientensicht. Ergebnisse einer Befragung von palliativ behandelten Tumorpatienten', *Ethik in der Medizin*, vol. 16, pp. 112-122, doi: 10.1007/s00481-004-0299-9

## 9. Anhang

### 9.1. Abkürzungsverzeichnis

ACP	Advance Care Planning
ACP-Gespräche	Advance Care Planning-Gespräche
ACP-Konzepte	Advance Care Planning-Konzepte
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
BVP	Behandlungen im Voraus planen
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
HAnNo	Hausärztliche Anordnung für den Notfall
HCW	Honoring Choices Wisconsin
LMD-ACP	Let me decide-Advance Care Planning
MHC	Making Health Choices
MEPOA	Medical Enduring Prokura of Attorney
MeshTerm	Medical Subject Headings Term
NPs	OPTIMISTIC nurse practitioners
PubMed	Public Medical Literature Online
POLST	Physician Orders of Life Sustaining Treatment
RC	Respecting Choice®
RPC	Respecting Patient Choices
RNs	OPTIMISTIC registered nurses
SUPPORT-Studie	Study to Understand Prognosis and Preferences of Outcomes and Risks of Treatments
weDECide	Discussing End-of-Life Choices

## 9.2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchanfragen in den Datenbanken PubMed und CINAHL	16
Tabelle 2: Charakteristika der inkludierten Studien	20
Tabelle 3: Übersicht der etablierten ACP Konzepte	39

## 9.3. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PRISMA Flowchart	18
-------------------------------	----

## 9.4. Beurteilungen der inkludierten Artikel

Peltier, WL, Gani, F, Blissitt, J, Walczak, K, Opper, K, Derse, AR & Johnston, FM 2017, 'Initial Experience with 'Honoring Choices Wisconsin': Implementation of an Advance Care Planning Pilot in a Tertiary Care Setting', *J Palliat Med*, vol. 20, nr. 9, pp. 998-1003, doi: 10.1089/jpm.2016.0530

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Abstract enthält die wichtigsten Elemente, nämlich Hintergrund, Zielformulierung, Design, Messung, Setting, Ergebnisse, Schlussfolgerung, eine normative Bewertung und wichtige Keywords. Das Abstract ist sehr umfangreich beschrieben.	Good 4
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einführung wurde kurzgehalten, enthält aber relevante Schlüsselinformationen. Es wurde das Ziel der Studie klar genannt.	Fair 3
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist sehr ausführlich beschrieben, inklusive grafischen Darstellungen. Ausführliche und klare Beschreibung der durchgeführten Intervention und Probanden, sowie Interventionszeitraum.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Strategie ist geeignet für die Beantwortung der Forschungsfrage.	Fair 3

<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse ist kurz und klar formuliert sowie nachvollziehbar beschrieben.	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Geringe Anzahl an Probanden, somit wird die statistische Aussagekraft gering. Einbezug der Ethik Kommission.	Fair 3
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Klare und ausführliche Beschreibung der Ergebnisse. Tabellen wurden verwendet.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Eine Generalisierbarkeit ist kaum möglich, da es sich um eine Single-Center-Studie handelt. Unterschiede in der Patientenzusammensetzung und im Fallmix.	Poor 2
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse dienen der Wissenserweiterung und als Basis für neue Forschungen. Ausblick für die Zukunft wird genannt.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>30</b>

Hickman, SE, Unroe, KT, Ersek, MT, Buente, B, Nazir, A, & Sachs, GA 2016, 'An Interim Analysis of an Advance Care Planning Intervention in the Nursing Home Setting', *J Am Geriatr Soc*, vol. 64, pp. 2385–2392, doi: 10.1111/jgs.14463

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Abstract enthält die Elemente, Zielformulierung, Design, Messung, Setting, Teilnehmer, Maßnahmen, Ergebnisse und ein Fazit sowie wichtige Keywords. Das Abstract ist sehr umfangreich beschrieben.	Good 4
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Sehr umfangreiche Einführung in die Thematik sowie Untermauerung mit aktueller Literaturverweise. Eine Forschungslücke	Good 4

wurde erkannt und die Wichtigkeit wurde begründet. Eine ausführliche Beschreibung und Formulierung des Zieles der Studie, mit einer klar formulierten Forschungsfrage.	
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Ausführliche Methoden- und Interventionsbeschreibung. Die Daten wurden mit eigens dafür vorgesehenen Datenbanken erfasst. Klar formuliert und nachvollziehbarer Methodenweg.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Strategie war geeignet, um die Forschungsfrage zu beantworten. Große Anzahl an Probanden konnten rekrutiert werden.	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse ist klar, strukturiert und detailliert beschrieben. Der Analyseweg ist erkennbar. ACP Audit; t-Test und Qui-Quadrat Analyse-quantitativ deskriptive Beschreibung	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die Einwohner werden passiv miteinbezogen und sind somit informiert und können die Teilnahme ablehnen. Limitation ist, dass die erhobenen Daten nur von der ersten Implementierungsphase stammen.	Fair 3
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Klare Statements der Ergebnisse, ausführliche Beschreibungen. Tabellen und Grafiken wurden zur Veranschaulichung verwendet.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Generalisierbarkeit könnte schwierig werden, da dies eine Analyse von einem spezifischen Projekt in der Langzeitpflege ist und kaum Vergleichsstudien zur Verfügung stehen.	Poor 2
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind sehr interessant und wichtig für weitere ACP Maßnahmen, die zur Wissenserweiterung dienen. Ein nachhaltiger Ansatz wurde angestrebt und zukünftige Empfehlungen wurden genannt. Die Daten zeigen die Anfangsphasen der Implementierung von ACP in einem Pflegeheim.	Fair 3

<b>Total:</b>	<b>32</b>
---------------	-----------

Hammes, BJ, Rooney, BL & Gundrum, JD 2010, 'A Comparative, Retrospective, Observational Study of the Prevalence, Availability, Specificity of Advance Care Plans in a County that Implemented an Advance Care Planning Microsystem', *J Am Geriatr Soc*, vol. 58, pp. 1249–1255, doi: 0.1111/j.1532-5415.2010.02956.x

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Abstract enthält die wichtigsten Elemente, nämlich, Zielformulierung, Design, Messung, Setting, Intervention, Ergebnisse und eine Schlussfolgerung sowie die wichtigen Keywords. Das Abstract ist sehr umfangreich beschrieben.	Good 4
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Sehr umfangreicher Hintergrund, der gut in die Thematik einführt. Forschungsziel und Forschungsfrage wurden konkret formuliert.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Ausführliche Methoden- und Interventionsbeschreibung. Setting und Population, sowie Datenerhebung- und -analyse wurden extra beschrieben. Klar formuliert und nachvollziehbarer Methodenweg.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Ja, die Strategie war geeignet, um die Forschungsfrage zu beantworten. Große Stichprobengröße.	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse ist klar, strukturiert und detailliert beschrieben. Der Analyseweg ist erkennbar. Analyse mittels SAS Version 9.2 (quantitative Analyse)	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Limitationen wurden genannt (nur weiße Populationen, ev. wurden nicht alle Verstorbenen erfasst und die retrospektive Sichtweise könnte verzerrend sein). Ausdrücklicher Hinweis darauf,	Fair 3

dass es keinen Interessenskonflikt zwischen Autoren und Sponsoren gibt.	
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Klare Statements der Ergebnisse, ausführliche Beschreibungen. Tabellen wurden zur Veranschaulichung verwendet.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Eine beschränkte Generalisierung ist möglich, da alle Gesundheitsorganisationen miteinbezogen wurde, wobei aber zu bedenken ist, dass die Population hauptsächlich weißer Abstammung ist.	Fair 3
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind sehr interessant und wichtig für weitere ACP Maßnahmen, die zur Wissenserweiterung dienen. Sie geben einen vergleichenden Einblick. Zukünftige Vorgehensweisen werden erläutert, sowie gesundheitspolitische Statements werden erwähnt.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>33</b>

Pecanac, KE, Repenshek, MF, Tennenbaum, D and Hammes, BJ 2014, 'Respecting Choices® and Advance Directives in a Diverse Community', *Journal of Palliative Medicine*, vol. 17, no. 3, pp. 282-287, doi: 10.1089/jpm.2013.0047

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Abstract enthält die wichtigsten Elemente, nämlich Hintergrund, Zielformulierung, Methoden, Ergebnisse und eine Schlussfolgerung sowie die wichtigen Keywords. Das Abstract ist deutlich formuliert.	Fair 3
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Sehr detaillierter Hintergrund, der gut in die Thematik einführt. Forschungsziel und Forschungsfrage wurden konkret formuliert. Klar und verständlich.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	

Ausführliche Methodenbeschreibung. Die Beschreibung enthält das Interventionsprogramm, das Setting und die Population, sowie Datenerhebung und -analyse. Klar formuliert und nachvollziehbarer Methodenweg.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Ja, die Strategie war geeignet, um die Forschungsfrage zu beantworten.	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse ist klar, strukturiert und detailliert beschrieben. Der Analyseweg ist erkennbar. Analyse mittels Stata's TEFACTS Programm (quantitative Analyse)	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Limitationen aufgrund des retrospektiven Designs und eine „selection bias“ wurden beschrieben. Kein Hinweis auf ethische Maßnahmen.	Poor 2
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Klare Statements der Ergebnisse, ausführliche Beschreibungen. Tabellen wurden zur Veranschaulichung verwendet.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Generalisierbarkeit könnte schwierig werden, da dies eine Analyse eines spezifischen Projekts und einer konkret formulierten Population ist.	Poor 2
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Die Studie dient der Wissenserweiterung sowie der Erkenntnisgewinnung und kann für andere vergleichbare Studie als Ergänzung dienen. Zukünftige Vorschläge werden erwähnt.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>30</b>

Klingler, C, in der Schmittgen, J & Marckmann, G 2016, 'Does facilitated Advance Care Planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations', *Palliat Med*, vol. 30, no. 5, pp. 423-33, doi: 10.1177/0269216315601346

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Abstract enthält die wichtigsten Elemente, nämlich Hintergrund, Zielformulierung, Design, Datensammlung, Ergebnisse, Diskussion, eine normative Bewertung, eine Schlussfolgerung und wichtige Keywords. Das Abstract ist sehr umfangreich verfasst.	Good 4
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Sehr umfangreiche Einführung in die Thematik sowie Untermauerung mit aktueller Literaturverweise. Eine Forschungslücke wurde erkannt, in dem noch keine Vorstudie zum Thema gefunden wurde und formuliert, sowie die Wichtigkeit begründet. Weiters wird aufgrund der heiklen Thematik, eine zusätzliche ethische Überlegung hinzugefügt.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist gut strukturiert und ausführlich beschrieben. Er enthält Einschlusskriterien, Suchstrategien, Angabe zu den Datenquellen, Studiauswahl, Datenextraktion und Analyse. Weiters ist eine Tabelle mit der Suchstrategie eingefügt. Die Methode ist passend zur Forschungsfrage gewählt.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das systemische Review umfasste nur sieben Studien, die sich in Bezug auf Studiendesign, Setting und Teilnehmer, Details der Intervention und Kostenkomponenten erheblich unterschieden. Vier Studien verwendeten ein randomisiertes kontrolliertes Studiendesign und drei Studien waren anfälliger für das Risiko einer Verzerrung.	Poor 2
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Extrahierung der Daten und die Bewertung der Studienqualität wurde mittels Einschlusskriterien durchgeführt. Eine zweite Person überprüfte die Entscheidungen. Es wurde eine narrative Synthese zur Beschreibung der Studienergebnisse durchgeführt.	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and	

what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Auf Einschränkungen wurde detailliert hingewiesen. Ethikkommission wurde aufgrund des Literaturreviews nicht benötigt.	Good 4
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind gut strukturiert und in logischer Reihenfolge angeführt. Weiters dienen Tabellen zur besseren Repräsentierbarkeit.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der geringen Anzahl an inkludierten Studien ist eine Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse zu hinterfragen und eher nicht gegeben. Dennoch dient es zur Wissenserweiterung.	Poor 2
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind hilfreich für die Praxis. Handlungsempfehlungen werden genannt und es werden Implikationen für zukünftige Forschungen formuliert sowie ethische Überlegungen diskutiert.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>31</b>

Silvester, W, Fullam, RS, Parslow, RA, Lewis, VJ, Sjanta, R, Jackson, L, White, V & Gilchrist, J 2012, 'Quality of advance care planning policy and practice in residential aged care facilities in Australia', *BMJ Support Palliat Care*, vol. 3, no. 3, pp. 349-57, doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000262

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Abstract enthält die wichtigsten Elemente, wie Zielformulierung, Design, Setting, Teilnehmer, Ergebnisse und eine Schlussfolgerung. Wichtige Keywords werden genannt. Das Abstract enthält wissenswerte Informationen. Der Titel verweist auf das Projekt und das Setting hin.	Good 4
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Sehr umfangreiche Einführung in die Thematik sowie Untermauerung mit aktueller Literaturverweise. Eine Forschungslücke wurde erkannt und die Wichtigkeit wurde begründet. Es wurde das Ziel der Studie formuliert, jedoch ohne klare Forschungsfrage bzw. Hypothese.	Fair 3

<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Bewertung anhand von Best-Practice Beispielen. Nachvollziehbare Methode, detaillierte Beschreibung.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Ja, das Sampling war prinzipiell passend. Der Rücklauf war sehr niedrig und die Motivation der Teilnehmer gering.	Poor 2
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Weitgehend deskriptive Statistik, aufgrund der kleinen Stichprobe ist ein statistischer Vergleich nicht möglich. Kurze Beschreibung der Datenanalyse.	Poor 2
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die Studie wurde von der Ethikkommission genehmigt. Kleine Stichprobe für Vergleiche.	Good 3
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Sehr umfangreiche Ergebnisdarstellung inklusive Verweise auf Tabellen. Klare und verständliche Beschreibung der Resultate.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Studie umfasste nur Einrichtungen in einem australischen Staat (städtlich / ländlich, öffentlich / privat). Die Generalisierbarkeit ist deshalb schwierig.	Poor 2
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Interessante Erkenntnisse, die Einblick in die Advance Care Planning Praxis geben. Dienen der Wissenserweiterung und können für weitere Forschung herangezogen werden. Hinweise auf Verbesserungsvorschläge für die Praxis werden erläutert.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>29</b>

Silvester, W, Parslow, RA, Lewis, VJ, Fullam, RS, Sjanta, R, Jackson, L, White, V & Hudson, R 2013, 'Development and evaluation of an aged care specific Advance Care Plan', *BMJ Support Palliat Care*, vol. 3, no. 2, pp. 188-95, doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000392

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Abstract enthält die wichtigsten Elemente, wie Zielformulierung, Design, Setting, Teilnehmer, Ergebnisse und eine Schlussfolgerung. Wichtige Keywords werden genannt. Es ist sehr umfangreich beschrieben und der Titel verweist auf das Projekt.	Good 4
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Hintergrund führt gut in die Thematik ein. Forschungsziel wurde konkret formuliert. Klar und verständlich.	Fair 3
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist gut strukturiert und klar beschrieben, sowie nachvollziehbar.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Ja, das Sampling ist passend.	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Prozess der Datenanalyse ist vollständig beschrieben und nachvollziehbar.	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Das Projekt wurde von der Ethik Kommission überprüft. Als Limitation wurde die zu geringe Anteilnahme der Pflegeeinrichtungen genannt.	Fair 3
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Sehr umfangreiche Ergebnisdarstellung inklusive Verweise auf Tabellen. Klare und verständliche Beschreibung der Resultate, sowie das Protokollblatt im Anhang.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Generalisierbarkeit ist aufgrund des zu geringen Rücklaufs schwierig. Die Erkenntnisse dienen der Wissenserweiterung.	Fair 3
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these find-	

ings to policy and practice?	
Die Erkenntnisse sind interessant und bieten einen Einblick in den praktischen Nutzen eines vorgefertigten ACP Dokument und deren Effektivität. Die Ergebnisse können für weitere Forschung herangezogen werden. Hinweise auf Verbesserungsvorschläge für die Praxis werden erläutert.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>32</b>

Detering, K, Hancock, AD, Reade, MC & Silvester, W 2010, 'The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial', *BMJ*, vol. 340, p. 1345, doi: 10.1136/bmj.c1345

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Abstract enthält die wichtigsten Elemente, wie Zielformulierung, Design, Setting, Teilnehmer, Intervention, Ergebnisse und eine Schlussfolgerung. Wichtige Keywords werden genannt. Es ist sehr umfangreich beschrieben und der Titel verweist auf das Projekt.	Good 4
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Der Hintergrund führt sehr gut in die Thematik ein. Forschungsziel wurde konkret formuliert. Klar und verständlich.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist gut strukturiert und klar beschrieben, sowie nachvollziehbar. (Studiendesign, Intervention, Studieninstrumente, Leistungsberechnung und Statistik)	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Ja, das Sampling ist passend. Ein- und Ausschlusskriterien wurden formuliert.	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Prozess der Datenanalyse ist vollständig beschrieben und nachvollziehbar. Tabellen vorhanden.	Good 4

<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Limitationen wurden beschrieben. Ethische Fragen geklärt.	Fair 3
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Sehr umfangreiche Ergebnisdarstellung inklusive Verweise auf Tabellen. Klare und verständliche Beschreibung der Resultate.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Ergebnisse geben sehr interessante Erkenntnisse und dienen der Wissenserweiterung.	Fair 3
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Die Aussagekraft der Studie ist aufgrund des Studiendesigns hoch. Die Ergebnisse bieten Erkenntnisse für die Praxis. Zukunftsvorschläge werden erwähnt.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>33</b>

Meller, A & Caplan, GA 2009, 'Let someone else decide? Development of an advance care planning service for nursing home residents with advanced dementia', *Dementia*, vol 8, no. 3, pp. 391–405, doi: 10.1177/1471301209104981

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Abstract ist in einem Fließtext verfasst. Es enthält Hintergrundinformation, die Zielformulierung, die Intervention und das Setting. Es ist sehr kurz und knapp verfasst. Keywords werden genannt.	Poor 3
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Hintergrund ist sehr ausführlich beschrieben und führen detailliert ins Thema ein. Forschungsziel ersichtlich.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Intervention wird sehr ausführlich beschrieben. Grafische	Fair 3

Darstellung des 10 Stufen Plans für die Implementierung von ACP bei Demenzerkrankten. Keine Datenerhebung, da es sich um einen Artikel handelt	
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Es wurde für die Intervention eine gezielte Patientengruppe (Demenzerkrankte) ausgewählt. Diese Auswahl war richtig und passend für die Intervention.	Fair 3
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Intervention wurde über einen 12-monatigen Zeitraum überwacht, notiert und evaluiert. Beschreibung der Datenanalyse ist kurz.	Poor 2
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Es wurden aufkommende Fragen angesprochen und diskutiert. Die Teilnahme war freiwillig.	Fair 3
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Klare Beschreibung der Erfahrungen mit der Intervention. Mögliche Hindernisse und Barrieren werden aufgezeigt.	Fair 3
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund des spezifischen Settings, indem die Intervention erprobt wurde, ist eine Generalisierbarkeit nicht gegeben. Dennoch dienen die Ergebnisse der Wissenserweiterung.	Fair 3
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Der Artikel liefert relevante und umfangreiche Informationen über die Intervention, die für die klinische Praxis relevant sein können. Es werden Handlungsempfehlungen für die Praxis aus unterschiedlichen Perspektiven genannt.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>27</b>

in der Schmittgen, J, Lex, K, Mellert, C, Rothärmel, S, Wegscheider, K & Marckmann, G 2014, 'Implementing an advance care planning program in German nursing homes: results of an inter-regionally controlled intervention trial', *Dtsch Arztebl Int*, vol. 111, no. 4, pp. 50-57, doi: 10.3238/arztebl.2014.0050

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Abstract enthält die Elemente, Hintergrund, Methoden, Ergebnisse und Schlussfolgerungen. Wichtige Keywords werden nicht genannt. Das Abstract enthält wissenswerte Informationen und der Titel verweist auf das Projekt, Setting und die Probanden.	Fair 3
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Hintergrundbeschreibung ist sehr ausführlich und es wurden Ziele für die Studie beschrieben. Eine konkret formulierte Forschungsfrage ist nicht vorhanden. Weiters wurde ihre Wichtigkeit mit Literatur untermauert.	Fair 3
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Prozess der Datenanalyse ist vollständig beschrieben und nachvollziehbar. Er wurde in die Unterkapitel Studiendesign, Intervention, Endpunkte / Definitionen und Auswertung und Statistik geteilt. Ausführliche Beschreibung der Methode ist im Anhang d. Artikels beigefügt.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Flussdiagramm der Rekrutierung ist vorhanden. Das Sample ist ausreichend charakterisiert, die Anzahl von Nicht-Teilnehmer und deren Gründe sind angeführt. Die Formulierung von exakten Aus- und Einschlusskriterien ist vorhanden.	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Prozess der Datenanalyse ist vollständig beschrieben und nachvollziehbar.	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Limitierungen werden in einem Unterpunkt beschrieben. Die Studie wurde von der Ethikkommission genehmigt.	Good 4
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse werden strukturiert und klar präsentiert. Zur grafischen Veranschaulichung dienen Tabellen. Es werden signifi-	Good 4

kante Aussagen zur Forschungsfrage formuliert.	
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Generalisierbarkeit ist schwierig, da die Studie in einem bestimmten Setting, mit gezielter Intervention durchgeführt wurde. Die Ergebnisse dienen jedoch der Wissenserweiterung.	Poor 2
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Die Studie liefert relevante und umfangreiche Ergebnisse, die für die klinische Praxis relevant sein können. Es werden Kernaussagen für die Praxis sowie Verbesserungsmöglichkeiten genannt. Aussichten für die zukünftige Forschung werden genannt.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>31</b>

Ampe, S, Sevenants, A, Smets, T, Declercq, A & van Audenhove, C 2016, 'Advance care planning for nursing home residents with dementia: Influence of 'we DECide' on policy and practice', *Patient Education & Counseling*, vol. 100, pp. 139-146, doi: 10.1016/j.pec.2016.08.010

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Abstract enthält die Elemente, Zielformulierung, Methoden, Ergebnisse und das Fazit. Hintergrundinformationen fehlen. Wichtige Keywords werden genannt. Das Abstract enthält wissenswerte Informationen und der Titel verweist auf das Projekt, Setting und die Probanden	Fair 3
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Hintergrundbeschreibung ist sehr ausführlich und es wurden gezielte Forschungsfragen formuliert. Weiters wurde die Intervention beschrieben und ihre Wichtigkeit mit Literatur untermauert.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Prozess der Datenanalyse ist vollständig beschrieben und nachvollziehbar. Er wurde in die Unterkapitel Setting/Teilnehmer, Instrumente zur Datenerhebung und -bewerten,	Good 4

sowie der Datenanalyse und ethischen Überlegungen gegliedert.	
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sample ist ausreichend charakterisiert, die Anzahl von Nicht-Teilnehmer und deren Gründe sind angeführt. Die Formulierung von exakten Aus- und Einschlusskriterien fehlte. Sie wurden anhand von ACP Audit Ergebnissen ausgewählt.	Fair 3
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Prozess der Datenanalyse ist vollständig beschrieben und nachvollziehbar. Ausführliche Beschreibung der Datenerhebungsinstrumente und der Pre-Tests. Weiters wird ein Verweis auf die Auditpositionen und Bewertungskriterien in einem Zusatzblatt informiert. Ausführliche Beschreibung der Bewertungsinstrumente.	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ethische Überlegungen wurden in einem separaten Unterkapitel beschrieben. Einwilligungserklärungen wurden eingeholt (Bewohner oder gesetzlicher Vertreter). Eine Genehmigung von der Datenschutzkommission und vom Ethikkomitee wurden ebenfalls eingeholt. Limitierungen werden genannt.	Good 4
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse werden strukturiert und sehr ausführlich präsentiert. Zur grafischen Veranschaulichung dienen Tabellen. Es werden klare Aussagen zur Forschungsfrage formuliert.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der geringen Anzahl der Gespräche ist eine Generalisierbarkeit nicht gegeben. Dennoch dienen die Ergebnisse der Wissenserweiterung.	Poor 2
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Die Studie liefert relevante und umfangreiche Ergebnisse, die für die klinische Praxis relevant sein können. Es werden Vorschläge für die Praxis sowie Verbesserungsmöglichkeiten genannt. Aussichten für die zukünftige Forschung werden genannt.	Fair 3

<b>Total:</b>	<b>31</b>
---------------	-----------

Cornally, N, McGlade, C, Weathers, E, Daly, E, Fitzgerald, C, O’Caoimh, R, Coffey, A & Molloy, DW 2015, 'Evaluating the systematic implementation of the 'Let Me Decide' advance care planning programme in long term care through focus groups: staff perspectives', *BMC Palliative Care*, vol. 14, no. 55, doi: 10.1186/s12904-015-0051-x

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Abstract enthält die wichtigsten Elemente, wie Hintergrundinformationen mit einer Zielformulierung, Methoden, Ergebnisse, Diskussion und eine Schlussfolgerung. Wichtige Keywords werden genannt. Das Abstract enthält wissenswerte Informationen. Der Titel verweist auf das Projekt, Setting und die Probanden.	Good 4
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einführung in die Thematik ist sehr umfangreich gestaltet. Es wird die Vorgeschichte, wie es zu dieser Studie gekommen ist, beschrieben, sowie jene Interventionen, die gesetzt wurden. Verweise auf aktuelle Literaturen sind vorhanden und Untermauerung die Wichtigkeit dieser Studie. Eine Forschungslücke wurde erkannt und das Ziel der Studie wurde beschrieben. Es gibt keine klar formulierte Forschungsfrage.	Fair 3
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode wurde klar beschrieben und ist unterteilt in die Unterkapitel Fokusgruppen und Datenanalyse. Detailinformationen zur genaueren Beschreibung waren vorhanden. Die ausgewählten Fokusgruppen sowie der Ort, an dem die Interviews geführt wurden, wurde beschrieben. Im Anhang befindet sich der Interviewleitfaden.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sample war für diese Studie angemessen und spiegelte die durchschnittliche Pflegeheimbelegung in Irland wider. Ein- und Ausschlusskriterien fehlten aber.	Fair 3
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	

Der Prozess der Datenanalyse ist vollständig beschrieben und nachvollziehbar.	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die ethische Genehmigung wurde eingeholt. Schriftliche Genehmigungen für die Interviews wurden eingeholt. Limitierungen werden nicht erwähnt.	Fair 3
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse werden strukturiert (Einteilung in Kategorien) und sehr ausführlich präsentiert. Erklärungen und Originalzitate aus den Interviews wechseln sich ab und sind relevant für das Forschungsthema. Weiters veranschaulichen Tabellen die Ergebnisse.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund des qualitativen Designs und der geringen Stichprobe ist eine Generalisierbarkeit schwierig, dennoch dient es der Wissenserweiterung.	Poor 2
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Die Studie liefert relevante und klare Ergebnisse. Es werden Vorschläge für die Praxis sowie Verbesserungsmöglichkeiten genannt.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>30</b>

Abel, J, Pring, A, Rich, A, Malik, T & Verne, J 2013, 'The impact of advance care planning of place of death, a hospice retrospective cohort study', *BMJ Supportive & Palliative Care*, vol. 3, pp. 168–173, doi:10.1136/bmjspcare-2012-000327

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Abstract enthält die Elemente, Zielformulierung, Ergebnisse und eine Schlussfolgerung. Im Abstract wird weder eine Forschungsfrage noch eine Hypothese formuliert. Weiters wird die Methode nicht beschrieben. Wichtige Keywords werden genannt. Das Abstract ist mangelhaft verfasst. Der Titel verweist auf das Projekt und das Setting, indem es umgesetzt wurde.	Poor 2
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	

Der Hintergrund gibt mit Hilfe von aktueller Literatur eine Einführung in die Thematik. Eine Zielformulierung wird am Ende formuliert.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Ausführliche Beschreibung der Methode in einem eigenen Abschnitt. Ein- und Ausschlusskriterien werden ebenfalls beschrieben. Klar und deutlicher Methodenweg.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingstrategie ist passend. Ein- und Ausschlusskriterien fehlten.	Fair 3
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Klare Beschreibung des Studiendesigns. Detailinformationen fehlten.	Fair 3
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Alle Daten wurden nur mit Zustimmung der National Health Service verwendet.	Good 4
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisdarstellung ist klar verständlich und anhand von Tabellen veranschaulicht worden. Sie liefern klare Aussagen, die zur Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Eine Übertragbarkeit auf eine andere Population ist schwierig, da die Studie nur an Krebspatienten durchgeführt wurde.	Poor 2
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Die Informationen dienen der Wissenserweiterung und Erkenntnisse über die Anwendung von Advance Care Planning in der Praxis. Weiters dient das Paper dazu, andere gleiche Studienergebnisse zu untermauern.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>29</b>

Chan, HYL & Pang, SMC 2010, 'Let me talk – an advance care planning programme for frail nursing home residents', *Journal of Clinical Nursing*, vol.19, pp. 3073–3084, doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03353.x

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Abstract enthält die wichtigsten Elemente, wie Hintergrund, Zielformulierung, Design, Methode, Ergebnisse, eine Schlussfolgerung. Weiters wird die Praxisrelevanz beschrieben und wichtige Keywords werden genannt. Das Abstract ist sehr umfangreich verfasst. Der Titel verweist auf das Projekt und das Setting, indem es umgesetzt wurde.	Good 4
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einführung in die Thematik ist besonders umfangreich und startet mit einer allgemeinen Einführung und schließt dann mit einer ausführlichen Hintergrundbeschreibungen und Darstellung des konzeptuellen Rahmens ab. Dies stützt sich auf Verweise auf aktuelle Literatur. In einem eigenen Punkt werden Ziele und die Zielsetzung beschrieben. Eine Forschungslücke wurde erkannt und die Wichtigkeit wurde begründet. Die Formulierungen der Ziele der Studie sind klar und enthalten drei zu beantwortenden Punkte.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist klar in einem eigenen Punkt formuliert und nachvollziehbar beschrieben, dennoch fehlen Detailinformationen.	Fair 3
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Alle Pflegeeinrichtungen wurden zur Studie eingeladen und konnten auf freiwilliger Basis mitwirken. Erhielten Informationsmaterial und Aufklärung. Das Sampling war durch die Freiwilligkeit passend, eine große Stichprobe zu erhalten und aktive Teilnehmer zu gewinnen. Ein- und Ausschlusskriterien wurden formuliert.	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Beschreibung der Assessments, die zur Erhebung des Gesundheits- und Funktionszustandes sowie der Beurteilung der Lebensqualität eingesetzt wurden. Weiters wurden Fragen zu hypothetischen Lebenssituationen gestellt und bewertet. Klare und verständliche Beschreibung der Analyse (quantitative Datenanalyse mittels MWU-Tests und Wilcoxon Test)	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	

Ethische Genehmigung wurde im Vorhinein eingeholt. Teilnehmer wurden über ihre Rechte aufgeklärt und konnten ihre schriftliche Zustimmung geben. Eine Verzerrung der Beobachtung wurde durch ein doppelblindes Studiendesign vermieden. Es wurden keine Interessenskonflikte genannt.	Good 4
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Die Daten sind klar beschrieben und verständlich. Sie wurden zusätzlich grafisch (Tabellen, Flowchart) dargestellt.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Studie befasste sich mit gebrechlichen, älteren chinesischen Personen, mit sehr ähnlichem Umfeld in Bezug auf Alter, sozio-ökonomischen Status und Gesundheitszustandes. Eine globale Generalisierung ist daher kaum möglich und beschränkt sich auf die eben genannten Merkmale.	Poor 2
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Sehr wichtige Informationen, über die Möglichkeit der Implementierung von ACP in chinesischen Pflegeheimen. Dies dienten der Wissenserweiterung sowie der Beschreibung eines praktischen ACP Konzeptes für die Arbeit in Pflegeheimen. Weiters wurde die klinische Relevanz für solche Programme untermauert.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>32</b>