

# **Bachelorarbeit**

End of life.

Wünsche am Ende des Lebens. Ein Literaturreview.

Eingereicht von

Claudia Wieser, MSc.

**Zur Erlangung des akademischen Grades**

**Bachelor of Nursing Science**

**(BScN)**

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Gerhilde Schüttengruber, BSc. MSc.

Graz, 13.3.2018

## 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.“

Graz 13. März 2018

---

Wieser Claudia, MSc.

## **Inhaltsverzeichnis**

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	i
Hintergrund.....	ii
Abstract.....	iii
1. Einleitung.....	1
1.1 Definitionen.....	2
1.2 Pflegerelevanz.....	5
1.3 Fragestellung und Forschungsziel.....	5
2. Methode.....	6
2.1 Suchprozess.....	6
2.2 Suchergebnisse.....	7
3. Ergebnisse.....	9
3.1 Charakteristika der Studien.....	9
3.2 Spiritualität.....	17
3.3 Sterbewunsch.....	19
3.4 Sterbeort.....	21
3.5 Patientinnenverfügung und Patientenverfügung.....	22
3.6 Leben in der Gegenwart.....	23
3.7 Keine Last sein.....	24
3.8 Familie.....	25
3.9 Schmerzfreiheit.....	25
3.10 weitere relevante Wünsche.....	26
4. Diskussion.....	29
4.1 Empfehlung für die Forschung.....	33
4.2 Empfehlung für die Praxis.....	33
4.3 Limitationen.....	34

5.	Schlussfolgerung .....	35
6.	Literaturverzeichnis .....	37
7.	Anhang .....	42

## **Abbildungsverzeichnis**

<b>Abbildung 1:</b> Timeframes in the dying process.....	3
<b>Abbildung 2:</b> Flowchart über die Literaturrecherche.....	8
<b>Abbildung 3:</b> Wunschkategorien.....	27

## **Tabellenverzeichnis**

<b>Tabelle 1:</b> Charakteristika der Studien.....	10
--	----

## **Zusammenfassung**

**Hintergrund:** In Österreich verstarben im Jahr 2016 80.669 Personen, 39.574 davon in Krankenanstalten. Dadurch wird ersichtlich wie häufig die Pflege mit dem Sterben konfrontiert ist. Eine Kernaufgabe der Gesundheits- und Krankenpflege ist die Betreuung von schwerst kranken und sterbenden Menschen. **Ziel:** Das Ziel der Arbeit ist eine mögliche, für die Pflege anwendbare Definition von „end of life“ zu erläutern. Der Schwerpunkt ist, relevante Wünsche von Patientinnen und Patienten aufzuzeigen, die sie am Ende ihres Lebens verspüren. Diese Wünsche sollen den Sterbeprozesses individueller und würdevoller gestalten, und dadurch als ein Handwerkzeug in der Pflege dienen. **Methode:** Mit diesem Literaturreview werden wesentliche Wünsche, die Menschen am Ende des Lebens haben, aufgezeigt. Die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken PubMed und Cinahl durchgeführt. Weiters wurde eine Handsuche in google scholar und anhand von Referenzlisten durchgeführt. Danach wurden ausgewählte Studien anhand des Bewertungsbogens von Hawker et al. (2002) bewertet. Daraus resultieren elf qualitative und quantitative Studien. **Ergebnisse:** Für end of life care gibt es keine einheitliche Definition. Jedoch zeigt die Literatur auf, dass es sich um eine spezielle Pflege für sterbende Patientinnen und Patienten handelt, eine genaue Zeitspanne variiert. Wesentliche Ergebnisse von Wünschen am Ende des Lebens sind, das Bedürfnis nach Spiritualität, Äußerung des Sterbewunsches, den Sterbeort zu bestimmen, in einer Patientinnenverfügung und Patientenverfügung klare Wünsche am Ende des Lebens festzulegen, Leben in der Gegenwart, das heißt weiterleben wie bisher, auf keinen Fall eine Last für die Familie zu sein, die verbleibende Zeit mit der Familie gemeinsam zu verbringen und diese letzte Zeit schmerzfrei zu sein. **Schlussfolgerung:** Wünsche am Ende des Lebens können nur dann erfüllt werden, wenn diese bekannt sind. Ein weiterer wichtiger Aspekt zeigt sich darin, dass sich Wünsche am Ende des Lebens ändern können. Dieser relevante Punkt sollte Angehörigen von Gesundheitsberufen bekannt sein. Denn nur so, können Patientinnen und Patienten ganzheitlich, würdevoll und professionell betreut werden. Die offene Kommunikation und Wünsche klar ansprechen, diese Herausforderung steht für die Pflege in Zukunft an. Eine fehlende Definition für End of life zeigt der Forschung eine Lücke auf. **Suchbegriffe:** end of life, hospice, terminal care, wish

## **Abstract**

**Background:** In 2016, 80.669 people died in Austria – 39.574 of them did in health care institutions. These numbers demonstrate how health care and nursing are confronted with death and dying. One of the core tasks of health care and nursing is caring for severely ill and dying patients. **Aim:** This thesis aims to outline a definition for “end of life care” relevant for health care and nursing. The focus lies on relevant wishes which patients might express at the end of their life. These wishes should make dying a more individual process full of dignity, thus they should be implemented in health care and nursing. **Method:** This literature review shall demonstrate essential wishes of people at the end of their life. Literature research was carried out in PubMed and Cinahl. Furthermore, google scholar was searched based on reference lists. Selected studies were evaluated based on the assessment tool by Hawker et. al. (2002). Finally, 11 qualitative and quantitative studies were included. **Results:** No homogenous definition for end of life care is implemented. Nevertheless, literature shows that end of life care is presented as a special type of care for dying patients within no definitive time frame. Essential results for wishes which patients utter when they are close to death and dying are spirituality, the wish to die, the wish to determine the place of dying, to define clear wishes in an advance health care directive, to live in the present (which means going on with life like before), not to be a burden for the family, to spend the remaining time with the family, and to be free of pain in the remaining time. **Conclusion:** Wishes which patients might utter at the end of their life can only be fulfilled when they are known. Furthermore, wishes can change towards the end of life. This relevant aspect should be known to health care and nursing staff as this knowledge enables health care and nursing staff to care for their patients in a holistic, dignified and professional way. Clearly addressing and communicating wishes are challenges which health care and nursing will face in the future. The lack of a clear definition for end of life care shows the knowledge gap in research.

**Key words:** end of life, hospice, terminal care, wish

## 1. Einleitung

*„Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können“* dieses Zitat von Cicely Saunders, Gründerin der Hospizbewegung, zeigt auf, dass die individuelle Pflege am Ende des Lebens eines Menschen einen wichtigen Aspekt in der Pflege haben sollte. Um betroffene Menschen würdevoll und individuell begleiten zu können, ist die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen, Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, unumgänglich (Hospizverein Steiermark 2018). *„Auch wenn wir an der grundsätzlichen Situation sterbender Menschen wenig ändern können – wir können versuchen, ihnen in dieser schwierigen Phase ihres Lebens beizustehen [...] alle unsere Bemühungen müssen also an den Bedürfnissen unserer Patienten orientiert sein.“* (Saunders/Baines, 1991: XII zit. in Knipping 2007, S. 26). Zusammengefasst kann gesagt werden, dass es das Ziel von Cicely Saunders war, unheilbar-kranken Menschen ein würdevolles Leben bis zum Tod zu ermöglichen. Diese Zeit soll frei von Schmerzen und selbstbestimmt sein (Pleschberger 2007).

Eine wesentliche Kernaufgabe der Gesundheits- und Krankenpflege ist die Betreuung von schwerst Kranken und sterbenden Menschen. Daraus ergibt sich, dass die Pflege nur dann individuell und ganzheitlich agieren kann, wenn die Äußerungen von Patientinnen und Patienten am Ende deren Lebens ernst genommen werden. Die geäußerten Wünsche müssen in dieser Situation erkannt werden und in der Pflege Platz finden (Pleschberger & Heimerl 2002). Virginia Henderson war eine US-amerikanische Pflegewissenschaftlerin, die auch die individuelle Pflege am Ende des Lebens anspricht. Sie beschreibt, dass die Aufgabe der Pflegepersonen vielmehr ist, als die Erfüllung der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten. *„Wichtig ist zu bedenken, daß alle Menschen Bedürfnisse haben, doch ebenso wichtig ist die Erkenntnis, daß alle diese Bedürfnisse auf unendlich verschiedene Art befriedigt werden können. Das bedeutet: [Die Pflegenden] (...) kann niemals alles erfüllen und deuten, was eine andere Person zu ihrem Wohlbefinden benötigt. Sie kann nur unterstützend wirken bei den Bemühungen des Patienten um Erlangung von Gesundheit, Genesung von Krankheit und um das, was für den Kranken ein friedlicher Tod bedeutet“*

(Henderson 1977 zit. N. Drerup 1993; zit. in Pleschberger, Heimerl & Wild 2002, S. 69).

Aus diesem Grund soll mit dieser Arbeit herausgefunden werden, was die Wünsche am Ende des Lebens sind. Was sind Sterbewünsche und wann entstehen diese?

## **1.1 Definitionen**

Zur Einleitung dieser Arbeit werden wesentliche Begriffe definiert. Da die Thematik „end of life“ oder das Ende des Lebens (EOL) und insbesondere Wünsche am Lebensende eine entscheidende Rolle spielen, werden diese genauer beleuchtet.

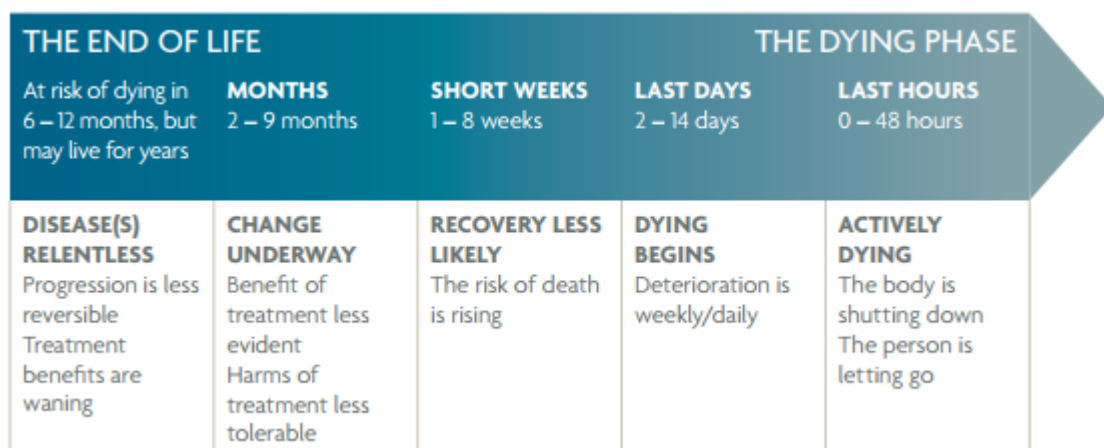
Wünsche am Ende des Lebens tragen wesentlich zu einer optimalen letzten Phase des Lebens bei. Dahingehend muss der Begriff "end of life" gleich zu Beginn genauer definiert werden. End of life ist nicht gleichzusetzen mit dem Begriff Palliativ Care. Es ist nicht genau definiert wann das Lebensende beginnt (Nauck 2003 zit. in Knipping 2007, S. 35). Wichtig ist zu unterscheiden, dass der Begriff Palliativ Care nicht auf das Ende des Lebens beschränkt ist (Loewy & Springer-Loewy 2002). Das Lebensende. „...ein äußerst unklarer Begriff. Das Ende des Lebens ist ein integrierter Bestandteil des ganzen Lebens. Man weiß zwar wann das Leben aufhört – man ist tot, aber kaum wann „das Lebensende“, das Sterben, beginnt. Daher kann das Ende des Lebens nur dann so annehmbar und würdig wie möglich gestaltet werden, wenn der Rest des Lebens auch annehmbar und würdig ist“ (Loewy & Springer-Loewy 2002, S. 133).

### **End of life care**

Es gibt keine genaue Definition von end of life (EOL). Es gibt jedoch Evidenzbasierte Komponenten wie beispielsweise die Präsenz einer chronischen Krankheit, Symptome die bestehen oder fluktuieren, oder die von diesen Symptomen entstehenden Nebendiagnosen, die irreversibel sind. Diese Patientinnen und Patienten benötigen spezielle Pflege, diese Pflege wird auch end of life care genannt. Unter end of life wird eine Periode von ein bis zwei Jahren verstanden. In dieser Zeitspanne sind sich alle Beteiligten (Patientinnen und Patienten, Familienangehörige, und medizinisches und pflegerisches Personal) im

Klaren, dass diese Krankheit lebensverkürzend ist. End of life care ist auch eine spezielle zusätzliche Pflege für sterbende Patientinnen und Patienten in den letzten Tagen und Stunden ihres Lebens. Diese Pflege kombiniert ein breites Fachwissen an Gesundheitsversorgung und Kommunikation mit Patientinnen und Patienten am Ende des Lebens (Shigeko et al. 2012). Über das genaue Zeitintervall des Endes des Lebens wurde in den letzten 30 Jahren immer wieder diskutiert. Es gibt keine wissenschaftlichen Belege über die Indikatoren, die das Lebensende charakterisieren. Daher ist es nicht möglich eine Zeitspanne vorauszusagen. Das heißt, es gibt in der Forschung noch erhebliche Mängel an der Begriffsdefinition des Lebensendes. Jedoch gibt es einige Phasenmodelle, die das Ende des Lebens aufzeigen (Shigeko et al. 2012).

In der nachstehenden Abbildung wird ein möglicher Verlauf des Sterbeprozesses am Ende des Lebens dargestellt. Dieser Verlauf zeigt die letzten zwölf Monate eines Menschen auf.



**Abbildung 1:** Timeframes in the dying process (Williams 2013, S. 14)

Der General Medical Council, UK 2010, sieht bei dieser Definition von End of life, dass sich Menschen dem Ende ihres Lebens nähern, wenn sie innerhalb der nächsten zwölf Monate sterben. Das heisst, es betrifft Menschen, deren unmittelbarer Tod bevorsteht (innerhalb weniger Stunden und Tage), mit fortgeschrittenen, progressiven, unheilbaren Krankheiten und mit der Altersgebrechlichkeit (Frailty). Genauso betroffen sind Personen, die der Gefahr ausgesetzt sind, dass sich ihr Gesundheitszustand binnen kurzer Zeit wesentlich

verschlechtert und dadurch der Tod innerhalb der nächsten zwölf Monate eintritt (General Medical Council 2010, zit. in Thomas et al. 2011).

Da in Österreich nach wie vor vermehrt der Begriff Palliativpflege für die Begleitung von Menschen in der Phase ihres Lebensendes verwendet wird, wird das Ziel der Palliativpflege nachstehend genutzt um die Wichtigkeit der Pflege hervorzuheben. Das oberste Ziel der Palliativ Pflege ist es die Selbstbestimmung des betroffenen Menschen einzuhalten. Das heißt, Wünsche sollen respektiert und wenn möglich berücksichtigt werden (Draguhn 2012). Nachstehend wird der Begriff Wunsch definiert um aufzuzeigen, warum Wünsche am Ende des Lebens relevant sind.

## **Wunsch**

Der Begriff Wunsch kann weitreichend definiert werden. Im Folgenden sind Aspekte von Sigmund Freud und des Philosophen Epikur dargestellt.

„Wunsch, auch Begehren, Bezeichnung für den Drang, emotional geprägte Vorstellungen und Situationen auszuführen und zu durchleben. Nach Sigmund Freud ist der Wunsch eine bewusste oder unbewusste Form des Triebes, die ausgelebt, verstärkt oder verdrängt werden kann.“ (Deutsche Enzyklopädie 2014)

Der Philosoph Epikur sprach von drei Wünschen um ein glückseliges Leben führen zu können. Die erste Wunschkategorie ist der natürliche und notwendige, der uns Menschen ein sicheres Leben und Überleben gewährleistet wie Schlaf und Nahrung. Die zweite Wunschkategorie ist natürlich, aber nicht notwendig. Hierbei kommt es zu einer Verbesserung der ersten Kategorie, wie gutes Essen im Restaurant und feine Kleidung. Bei der dritten Art des Wunsches sprach Epikur von nicht natürlich und nicht notwendig, das heißt er spricht von Luxusgütern. Damit eine sorglose Befriedigung der Wünsche erfolgt, riet Epikur nur zur ersten Wunschkategorie (Ruffing 2015).

„[.], dass ein Wunsch eine positive Einstellung oder Haltung zu einem Objekt darstellt.“ (Ziehm 2010, S. 8) Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass ein Wunsch, eine Hoffnung oder ein Verlangen nach etwas ist (Ohnsorge, Gudat & Rehmann-Sutter 2014).

## **1.2 Pflegerelevanz**

In Österreich verstarben im Jahr 2016 80.669 Personen, 39.574 davon in Krankenanstalten. Dadurch wird ersichtlich wie häufig die Pflege mit dem Sterben konfrontiert ist (Statistik Austria 2017). Da das Sterben, wie auch die Geburt, Teil eines Prozesses ist, verläuft dieser bei jedem Menschen anders. Am Ende jedes Sterbeprozesses steht jedoch immer der Tod (Feichtner 2014). Daher ist genau diese Begleitung am Ende des Lebens für jeden Menschen relevant. Wünschenswert ist eine würdevolle Versorgung am Ende des Lebens. In dieser Phase des Lebens stehen noch viele intensive Momente der Patientinnen und Patienten mit deren Angehörigen im Vordergrund. Spezielle Wünsche prägen diese Phase (NHS England 2014). Wenn diese speziellen Wünsche am Ende des Lebens bekannt sind, kann individueller auf Patientinnen und Patienten eingegangen werden. Diese Wünsche können auch als Instrument gesehen werden, um selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können (Bundeskanzleramt Österreich 2011).

## **1.3 Fragestellung und Forschungsziel**

Nachfolgend wird die Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit aufgezeigt.

**„Welche Wünsche haben Patientinnen und Patienten in der letzten Phase ihres Lebens?“**

Folgedessen ergibt sich für diese Arbeit folgendes Forschungsziel:

Ziel dieser Arbeit ist es, eine mögliche Definition von "end of life" für die Pflege anwendbar zu definieren. Schwerpunkt ist jedoch, relevante Wünsche von Patientinnen und Patienten aufzuzeigen, die sie am Ende ihres Lebens verspüren. Diese Wünsche sollen die Begleitung des Sterbeprozesses individueller und würdevoller gestalten und dadurch als ein Handwerkzeug in der Pflege dienen.

## **2. Methode**

Im Methodenteil wird ausführlich die wissenschaftliche Herangehensweise der vorliegenden Bachelorarbeit beschrieben. Es wird näher auf die Literaturrecherche, Ein- und Ausschlusskriterien und die Suchstrategie eingegangen. Anschließend wird in einem Flow chart bildlich die Suchstrategie dargestellt.

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Literaturreview durchgeführt.

### **2.1 Suchprozess**

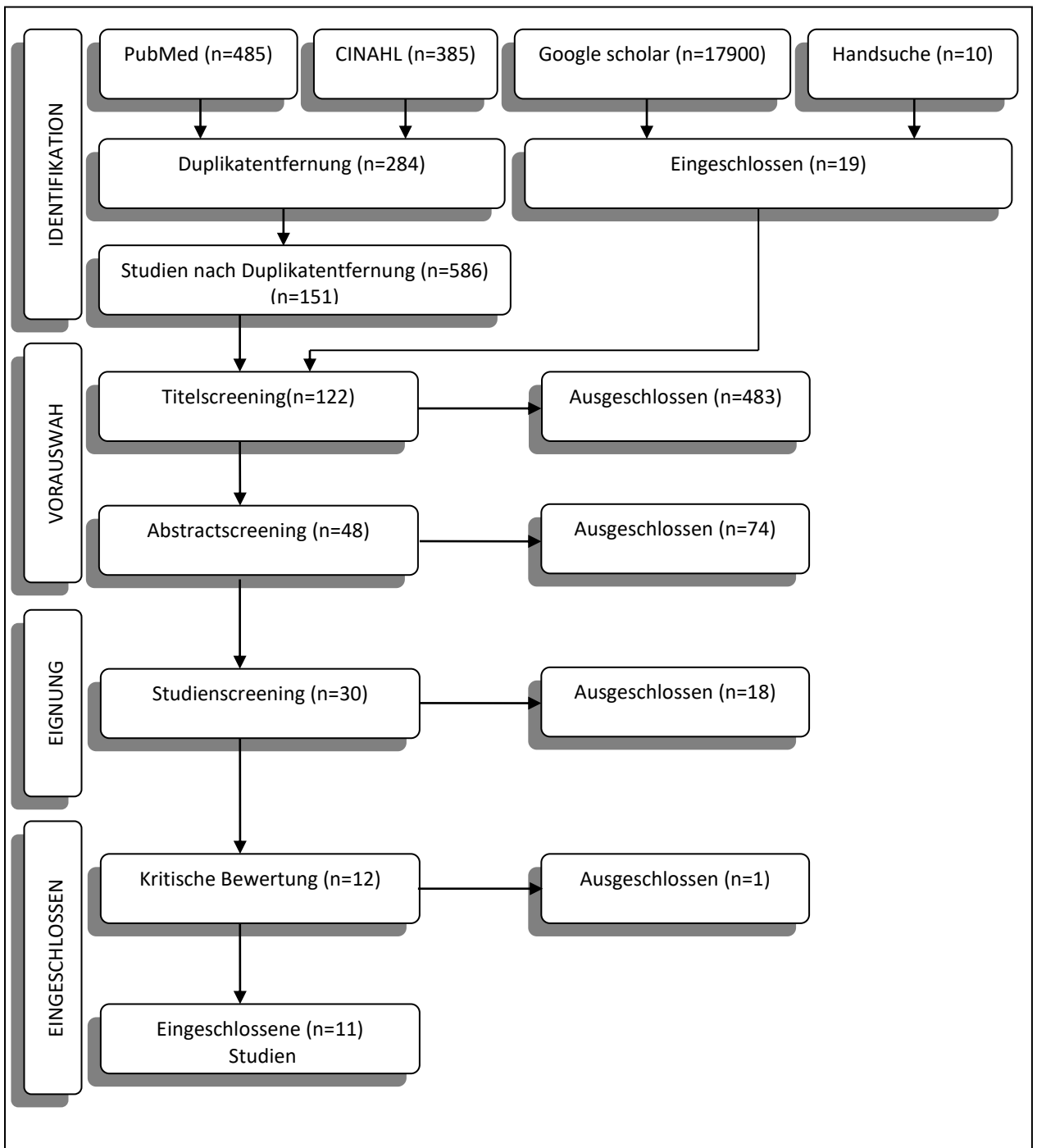
Die Literaturrecherche fand im Zeitraum von Oktober 2017 bis Jänner 2018 statt. Verwendet wurden die Datenbanken Public Medical Literature OnLine (PubMed) und Commulated Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Zusätzlich wurden einige Studien per Handsuche über Referenzlisten und Google Scholar eingeschlossen. Die Datensuche wurde in allen Datenbanken anhand von englischen Suchbegriffen durchgeführt. Mit Hilfe der Bool'schen Operatoren „AND“ und „OR“ wurden diese verknüpft. Um die Suche zu erweitern, wurden auch Trunkierungen „\*“ verwendet. Die Suchstrategie mit den Keywords war in beiden Datenbank gleich. Die kombinierten Keywords waren: "end of life" OR hospice OR "terminal care" AND wish\*. Eingegrenzt wurde die Suche mittels Publikationszeitraum von 2012 bis 2018 um die Aktualität der Studien zu gewährleisten und die Sprache wurde auf Deutsch und Englisch begrenzt. Besonderes Augenmerk wurde auf die Zielgruppe, Menschen am Ende ihres Lebens gesetzt und welche Wünsche in einer solch speziellen Situation bestehen. Ausgeschlossen wurden Studien die älter als fünf Jahren sind, mit einer Ausnahme. Desweiteren wurden Studien die Kinder betreffen, ausgeschlossen. In beiden Datenbanken Pubmed und CINAHL wurden keine weiteren Einschränkungen durchgeführt.

Die Suche in Google scholar wurde mit den Keywords „end of life“ AND wish\* durchgeführt und ergab mit einer Zeitbeschränkung von fünf Jahre, 17900 Treffer. Hierbei wurden die ersten fünf Seiten durchsucht.

## **2.2 Suchergebnisse**

Mit der oben genannten Suchstrategie wurden in Pubmed 485 und in CINAHL 385 Ergebnisse gefunden. Mittels der Software Refworks wurde ein Duplikat Screening durchgeführt. In der Datenbank Google scholar wurden 9 mögliche Studien für die Beantwortung der Fragestellung herangezogen. Währenddessen die Handsuche in diversen Referenzlisten 10 Treffer ergab. Wodurch insgesamt 605 Studien zur Durchsicht übrigblieben. Diese wurden anhand von Titelscreening auf 122 eingegrenzt. Diese 122 Studien wurden mittels der Ein- und Ausschlusskriterien und lesen des Abstracts auf 48 Studien reduziert. Nach dem Abstractscreening blieben 30 Studien zur Volldurchsicht übrig. Wenn bei den ausgewählten Studien die Volltexte die zuvor festgelegten Kriterien erfüllt hatten, wurden sie für die Beantwortung der gestellten Forschungsfrage eingeschlossen. Wenn sie inhaltlich und thematisch die Anforderungen nicht erfüllt hatten, wurden die Studien ausgeschlossen.

Nachstehend wird der gesamte Suchverlauf anhand eines Flowcharts dargestellt.



**Abbildung 2:** Flowchart über die Literaturrecherche

Wie im Flow chart ersichtlich wurden elf Studien eingeschlossen. Diese wurden anhand des Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002) bewertet. Diese Bewertungen sind im Kapitel 7, Anhang, zu finden.

### **3. Ergebnisse**

Die Ergebnisse der Datenbankrecherchen werden nachstehend aufgezeigt. Die inkludierten Studien wurden in einer Tabelle zur besseren Übersicht dargestellt. Nachstehend wurden Kategorien gebildet, um die aussagekräftigsten Ergebnisse besser zusammenfassen zu können.

#### **3.1 Charakteristika der Studien**

Im Folgenden werden die Studien die dieser Arbeit zugrunde liegen, grafisch dargestellt. Inkludiert sind elf Studien aus sieben verschiedenen Ländern (Schweiz, England, Italien, Kanada, Texas, Singapur und Belgien). Es wurden qualitative und quantitative Studien verwendet. Die verschiedenen Designs der Studien werden in der Tabelle 1 angeführt und im nachstehenden Ergebnisteil aufgezeigt.

**Tabelle 1:** Charakteristika der Studien

Autor/Jahr/Land	Titel	Ziel	Methode	Ergebnisse
<p><b>Monod, S. et al.</b> 2017 Schweiz</p>	<p>Understanding the wish to die in elderly nursing home residents: a mixed method approach</p>	<p>Zu prüfen ob älter Menschen im Pflegeheim über Sterbewünsche sprechen, und ob es beeinflussende Faktoren gibt.</p>	<p><b>Design:</b> Mixed method  n= 280 Heimbewohnerinnen und Heimbewohner</p>	<p>Faktoren wie Depression, spirituelle Unterversorgung, das Gefühl eine Belastung zu sein und andere Faktoren wie Angst, erhöhtes Lebensalter, körperliche Symptome und Demoralisierung, beeinflussen den Sterbewunsch.</p> <p>Mittels SAHD (Messinstrument) wurde festgestellt, dass 11 Prozent aller Beteiligten den Wunsch zu sterben hatten.</p>
<p><b>Gudat Keller, H. et al.</b> 2017 Schweiz</p>	<p>Palliativ non-oncology patients` wish to die.  The attitudes and concerns of patients with neurological diseases, organ failure or frailty about the end of life and dying.</p>	<p>Ziel war es, die Sterbewünsche von Patientinnen und Patienten am Lebensende besser zu verstehen und dadurch individueller und ganzheitlicher betreuen zu können.</p>	<p><b>Design:</b> qualitative Studie (Grounded Theory)  n= 32 Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sterbewünsche bei schweren Erkrankungen sind eine normale Reaktion und können sich ändern.</li> <li>• Erhöhter Sterbewunsch bei dem Gefühl anderen zur Last zu fallen.</li> </ul>

<p><b>Horne, G., Seymour, J. &amp; Payne, S.</b></p> <p>2012</p> <p>England</p>	<p>Maintaining integrity in the face of death: A grounded theory to explain the perspectives of people affected by lung cancer about the expression of wishes for end of life care</p>	<p>Ansicht und Wahrnehmung von Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs und deren Angehörigen in Bezug auf die Pflege am Lebensende.</p>	<p><b>Design:</b> qualitative Studie (Grounded Theory)</p> <p>n= 25 Patientinnen und Patienten</p> <p>n= 19 Angehörige</p>	<p>Patientinnen und Patienten mit Lungenkrebs wünschen sich ein normales Leben weiter zu führen – Leben in der Gegenwart.</p>
<p><b>Dobrina, R. et al.</b></p> <p>2016</p> <p>Italien</p>	<p>Mutual Needs and Wishes of Cancer Patients and their family caregivers during the last week of life.</p>	<p>Das Ziel war, Wünsche und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in den letzten Wochen ihres Lebens, zuhause aufzuzeigen. Zusätzlich wurde die Sicht der Angehörigen berücksichtigt.</p>	<p><b>Design:</b> Deskriptive Phänomenologische Studie</p> <p>n= 22 Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p>	<p>vier Hauptwünsche:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mit meinem Leben verbunden bleiben- Dinge wie gewohnt ausüben.</li> <li>2. Loslösen vom Leben- Martyrium beenden.</li> <li>3. Mit dem Sterbeprozess verhandeln.</li> <li>4. Beginnen an ein Leben ohne mich zu denken- ungeteilte Sorgen.</li> </ol>

<p><b>Ohnsorge, K., Gudat, H. &amp; Rehmann-Sutter, C.</b></p> <p>2014</p> <p>Schweiz</p>	<p>Intentions in wishes to die: analysis and a typology - A report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care.</p>	<p>Das Ziel war den Wunsch zu Sterben bei Palliativpatientinnen und Paliativpatienten darzustellen.</p>	<p><b>Design:</b> Qualitative Studie (Grounded Theory)</p> <p>n= 30</p> <p>Krebspatientinnen und Krebspatienten</p>	<p>Der Wunsch zu Sterben ist dynamisch und interaktiv.</p> <p>Neun Gründe, die den Wunsch zu Sterben beeinflussen, wurden dokumentiert.</p>
<p><b>Swinton, M. et al.</b></p> <p>2017</p> <p>Kanada</p>	<p>Experiences and Expressions of Spirituality at the End of Life in the Intensive Care Unit.</p>	<p>Das Ziel war, die Erfahrungen und den Zusammenhang der Spiritualität und des Sterbeprozesses auf der Intensivstation aufzuzeigen.</p>	<p><b>Design:</b> Qualitative Studie</p> <p>n= 70 Patientinnen und Patienten</p> <p>n= 76 Angehörige</p> <p>n= 150 Betreuendes Personal</p>	<p>Umsetzung des Three Wishes Project:</p> <p>vier Spirituelle Kategorien an Wünschen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trost und Frieden</li> <li>2. Verbindungen und Wiedervereinigung</li> <li>3. Persönliche Anerkennung</li> <li>4. Spirituelle Rituale und Praktiken</li> </ol>

<p><b>Cook, D. et al.</b> 2015 Kanada</p>	<p>Personalizing Death in the Intensive Care Unit: The 3 Wishes Project. A Mixed-Methods Study</p>	<p>Die letzten Tage des Lebens eines Menschen zu verbessern und den Trauerprozess für Angehörige zu erleichtern.</p>	<p><b>Design:</b> Mixed method <b>n= 170</b> Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p>	<p>Umsetzung des Three Wishes Project anhand fünf Wunschkategorien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persönliche Umgebung gestalten</li> <li>2. Persönliche Anerkennung</li> <li>3. Familiäre Wiedervereinigung</li> <li>4. Bräuche und Rituale</li> <li>5. Finanzielle Wiedergutmachung</li> </ol>
<p><b>Delgado-Guay, M. et al.</b> 2016 Texas</p>	<p>Advanced cancer patients` reported wishes at the end of life: a randomized controlled trial.</p>	<p>Wünsche am Ende des Lebens von Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenen Krankheiten zu bestimmen.</p>	<p><b>Design:</b> RCT <b>n= 100</b> Patientinnen und Patienten</p>	<p>zehn meistgewählten Wünsche:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Friede mit Gott</li> <li>2. Beten</li> <li>3. Präsenz der Familie</li> <li>4. Schmerzfreiheit</li> <li>5. Keine Last zu sein</li> <li>6. Ärztin und Arzt Vertrauen</li> <li>7. Sinn für Humor behalten</li> <li>8. Von wichtigen Menschen verabschieden</li> </ol>

				<p>9. Die Familie auf den bevorstehenden Tod vorbereiten</p> <p>10. In der Lage zu sein anderen zu helfen</p>
<p><b>Wei Ling, C. et al</b></p> <p>2016</p> <p>Singapur</p>	<p>End-of-life care preferences of nursing home residents: Results of a cross-sectional study</p>	<p>End of life Care für ältere Bewohnerinnen und Bewohner in Langzeiteinrichtungen im Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen, CPR und Sterbeort festzulegen.</p>	<p><b>Design:</b></p> <p>Querschnittsstudie</p> <p><b>n= 600</b></p> <p>Bewohnerinnen und Bewohner</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 93 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner gaben an keine CPR zu wünschen.</li> <li>• 77 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner gaben an im Pflegeheim sterben zu wollen.</li> <li>• 52,3 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner gaben an nur begrenzt medizinische Interventionen erhalten zu wollen, egal ob Pflegeheim oder Krankenhaus.</li> </ul>

<p><b>Vleminck, A. et al.</b> 2015 Belgien</p>	<p>The prevalence in the general population of advance directives on euthanasia and discussion of end-of-life wishes: a nationwide survey</p>	<p>Festzustellen inwieweit Personen mit ihrer zuständigen Ärztin, ihrem zuständigen Arzt über Wünsche in Bezug auf medizinische Behandlung am Lebensende und AD (advance directive) zur Sterbehilfe, sprechen.</p>	<p><b>Design:</b> Querschnittsstudie  n= 9651 Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Von allen Befragten gaben 1,8 Prozent an eine AD zur Sterbehilfe zu haben.</li> <li>• Von allen Befragten gaben 4,4 Prozent an mit ihrem zuständigen Arzt und Ärztin über medizinische Behandlungen am Lebensende gesprochen zu haben.</li> <li>• Faktoren die eine AD beeinflussen: Geschlecht und der Gesundheitszustand.</li> </ul>
<p><b>Krones, T. et al.</b> 2017 Schweiz</p>	<p>Multiprofessional advance care planning and shared decision making for end of life care MAPS Trial</p>	<p>Entwicklung und Implementierung einer Intervention (Advance Care Planning - ACP) zur Verbesserung und Vorbereitung von Patientinnen und Patienten für Entscheidungen am Lebensende</p>	<p><b>Design:</b> RCT  n= 115 Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p>	<p>Implementierung einer Patientinnenverfügung und Patientenverfügung plus (ACP plus) in der IG</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konkrete Behandlungswünsche für EOL waren nach 6 Monaten signifikant häufiger bekannt.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"><li>• Erfüllung des Sterbeortes gelang durch die ACP plus signifikant häufiger.</li><li>• Dokumentation der Behandlungswünsche war besser.</li><li>• Alle IG hatten eine Patientinnenverfügung und Patientenverfügung und eine vertretungsberechtigte Person angeführt.</li></ul>
--	--	--	--	---

Die Ergebnisse der vorliegenden ausgewählten Studien wurden anhand von Kategorien definiert.

Diese Kategorien sind: Spiritualität, Sterbewunsch, Sterbeort, Patientinnenverfügung und Patientenverfügung, Leben in der Gegenwart, keine Last sein, die Familie und Schmerzfreiheit. Im letzten Unterkapitel werden allgemeine Wünsche festgehalten, die definitiv erwähnt werden sollten.

### **3.2 Spiritualität**

Swinton, M. et al. (2017) befassten sich mit den spirituellen Bedürfnissen und Wünschen von Patientinnen und Patienten auf einer ICU in Kanada. Der Grund dieser Untersuchung beruhte darauf, dass die Gefahr bestand, dass die Ausdrucksformen von Spiritualität im Speziellen Setting der Intensivstation unterdrückt würden. Die vorangegangenen Ergebnisse haben gezeigt, dass Intensivstationen keineswegs Einrichtungen waren, die der Thematik der Spiritualität so großen Stellenwert eingeräumt hat. Es wurden semistrukturierte Interviews mit 70 Patientinnen und Patienten, 76 Angehörigen und 150 Betreuungspersonen (Pflegerpersonen, Ärztinnen und Ärzte, Seelsorgende, Therapeutinnen und Therapeuten) geführt. Umgesetzt wurden diese erfragten Wünsche anhand des "Three Wishes Project". Dieses Projekt setzt Spiritualität in zwei Schritten um. Als Erstes wurden Wünsche zur Spiritualität von allen Beteiligten erfragt und im zweiten Schritt wurden spirituelle Bedürfnisse durch Wunschumsetzung implementiert. Daraus resultierten vier spirituelle Kategorien: Trost und Frieden, Verbindungen und Wiedervereinigungen, persönliche Anerkennung und spirituelle Rituale und Praktiken. Die Umsetzung der spirituellen Wünsche erfolgte anhand nachstehender Beispiele. In der Kategorie Trost und Frieden wurden persönliche Gegenständen, wie ein Rosenkranz oder Heilsteine, am Bett angebracht. Zu besonderen Anlässen wie Ostern, Weihnachten oder Geburtstage wurde das Zimmer geschmückt. Auch Ausflüge wurden, wenn gesundheitlich möglich, umgesetzt. Genauso wie Momente der Stille für Angehörige nach fehlgeschlagener Wiederbelebung. In der Kategorie Verbindung und Wiedervereinigung wurde versucht Erinnerungen wieder aufleben zu lassen und längst ausständige Versöhnungen zwischen Familienangehörigen herbeizuführen. Auch eine Hochzeit wurde auf der Intensivstation abgehalten. In

der Kategorie persönliche Anerkennung verhalf beispielsweise ein Familienfoto den sterbenden Menschen eine Art Andenken für sich und die Angehörigen zu schaffen. Die vierte Kategorie spirituelle Rituale und Praktiken wurde mit Beten und gemeinsamen Singen unterstützt. Weitere mögliche Ansätze waren persönliche Gebetskarten zu erstellen, das heilige Sakrament der Krankensalbung und die Bibel. Auch auf Bestattungsrituale wurde eingegangen. Durch die Implementierung des Three Wishes Project kann die Begleitung der Spiritualität eines Menschen während des Sterbeprozesses auf der Intensivstation unterstützt werden. Desweiteren konnte diese Studie von Swinton, M. et al. (2017) aufzeigen, dass Friede, Trost und Liebe wesentliche Bestandteile der Spiritualität und der eigenen Lebensgeschichte sind. Cook, D. et al. (2015) führten im Zeitraum von Jänner 2013 bis November 2014 eine mixed method Studie auf einer Intensivstation in Kanada durch. Hierbei hatte die Spiritualität wieder einen besonderen Stellenwert. Es wurden insgesamt 170 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die Studie eingeschlossen. Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie war, dass die Wahrscheinlichkeit, dass die Patientin oder der Patient in der Intensivstation verstirbt, größer als 95 Prozent war. Das Ziel der Studie war, die letzten Tage des Lebens eines Menschen zu verbessern und den Trauerprozess für Angehörige zu erleichtern. Dafür wurden 160 Interviews mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Pflegepersonen, Ärztinnen und Ärzten geführt, wobei mindestens drei Wünsche erfragt wurden. Es wurden als Ergebnis des Three Wishes Project fünf Kategorien von Wünschen definiert. Eine davon hebt die Spiritualität am Ende des Lebens hervor. Die Kategorie wurde Bräuche und Rituale genannt. Folgende Wünsche standen hierbei im Vordergrund: Segnungen, Erneuerung des Ehegelübdes, Hochzeitszeremonie auf der Intensivstation, gemeinsames Beten, Gespräche mit Seelsorge, Begräbnisrituale bekannt geben (Einäscherung und verstreuen der Asche). Einen anderen Ansatz weist die nächste Studie auf. Ohnsorge, K., Gudat, H. & Rehmann-Sutter, C. (2014), führten eine qualitative Studie anhand einer Grounded Theory durch. Es wurden qualitative Interviews mit 30 Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung durchgeführt. Mitinterviewt wurden Angehörige, Pflegepersonen und Ärztinnen und Ärzte. Das Ziel der Studie war es, Gründe aufzuzeigen wie sich der Sterbewunsch bei krebserkrankten Menschen beeinflussen lässt. Hierbei wurde festgestellt, dass die Spiritualität eine wesentliche Rolle bei dem

Sterbewunsch spielt. Einige Patientinnen und Patienten, die eine starke religiöse Überzeugung hatten, gaben an sich auf den Tod zu freuen. Sie hatten eine positive Einstellung dem Tod gegenüber, denn sie freuten sich auf eine weniger belastende Zeit im Jenseits. Ebenso fanden Delgado-Guay et al. (2016) die Relevanz der Spiritualität heraus. Es wurde eine randomisiert kontrollierte Studie durchgeführt, die Wünsche am Ende des Lebens von 100 Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Krebs in Texas untersucht hat. Anhand einer Liste und eines Kartenspieles - List of wishes/statements (LOS) und Go Wish cards game (GWG), wurden relevante Wünsche am Ende des Lebens erhoben. Das Go Wish card game (GWG) wurde zwischen 2005 und 2006 von der Coda Alliance entwickelt. Dieses Tool dient dazu, Werte und Wünsche bei der Versorgung am Ende des Lebens besser erfragen und integrieren zu können. Dieses Kartenspiel ist breit anwendbar. Das bedeutet, auch kognitiv eingeschränkte Betroffene und Menschen mit eingeschränkter Lesefähigkeit kommen damit zurecht. Bei der Liste der Wünsche (LOS) wurde mit den gleichen 35 Aussagen des Go Wish card game eine Checkliste erstellt (Delgado-Guay, M. et al. 2016). Die Patientinnen und Patienten wurden in vier Gruppen randomisiert. Gruppe A (n=25) erhielt im ersten Durchgang LOS und nach 4-24h beim zweiten Durchgang wieder ein LOS. Gruppe B (=25) erhielt im ersten Durchgang ein GWG und im zweiten Durchgang ebenfalls nach 4-24h wieder ein GWG. Gruppe C (n=26) wurde im ersten Durchgang LOS zugeteilt und im zweiten nach 4-24h die GWG. Gruppe D (n=24) erhielt im ersten Durchgang LOS und im zweiten GWG. Die zehn Wünsche die von Patientinnen und Patienten im ersten und zweiten Durchgang als besonders wichtig eingestuft wurden, wurden anhand Prozentsatz dargestellt. Die beiden wichtigsten Punkte betrafen wie schon anfänglich erwähnt mit 74 Prozent versus 71 Prozent im zweiten Durchgang, den Frieden mit Gott. Und als zweiten Punkt das Beten mit 62 Prozent versus 61 Prozent.

### **3.3 Sterbewunsch**

Monod, S. et al. (2017) definierten in ihrer mixed method Studie Faktoren, die den Wunsch zu Sterben, beeinflussen. Dafür führten sie bei 280 Bewohnerinnen und Bewohnern in Langzeiteinrichtungen in der Schweiz qualitative Interviews durch. Zusätzlich erhoben sie mit Hilfe der SAHD- Messmethode den Sterbewunsch.

Schedule of Attitudes Toward Hastened Death (SAHD) ist ein Fragebogen zur Selbstauskunft für Patientinnen und Patienten. Dieser misst bei schwerkranken Menschen mit einer tödlichen Krankheit den Wunsch nach dem Tod (Rosenfeld 2000). In der Studie von Monod, S. et al. (2017) konnte durch dieses Messinstrument ein signifikantes Ergebnis ermittelt werden. Elf Prozent der 280 Bewohnerinnen und Bewohner hatten den Wunsch zu sterben. Folgende Faktoren beeinflussen den Sterbewunsch: Depression erhöht den Sterbewunsch um ein 5faches, spirituelle Unterversorgung wies einen 2-6fach erhöhten Sterbewunsch auf, eine hohe Belastung für die Familie zu sein, einen 3-4fach erhöhten Sterbewunsch und andere Faktoren, wie Demoralisierung, körperliche Symptome und Angst wiesen nur einen minimal erhöhten Sterbewunsch auf. Je höher das Alter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist, umso höher ist der Sterbewunsch.

Ohnsorge, K., Gudat, H. & Rehmann-Sutter, C. (2014) führten eine qualitative Studie anhand einer Grounded Theory durch. Es wurden qualitative Interviews mit 30 Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung geführt. Mitinterviewt wurden Angehörige, Pflegepersonen, Ärztinnen und Ärzte. Das Ziel der Studie war, Faktoren aufzuzeigen wie sich der Sterbewunsch bei krebserkrankten Menschen beeinflussen lässt. Ohnsorge, K., Gudat, H. & Rehmann-Sutter, C. (2014) identifizierten in ihrer Studie neun Gründe, die den Wunsch zu sterben, fördern. Diese einzelnen Faktoren zeigten auf, dass der Sterbewunsch sich häufig in einen Lebenswunsch verwandelt. Das heißt, der Wunsch zu sterben ist dynamisch und interaktiv. Gudat Keller, H. et al. (2017) setzten sich in ihrer Grounded Theory das Ziel, Sterbewünsche von Patientinnen und Patienten besser verstehen zu können und dadurch eine ganzheitlichere Betreuung zu gewährleisten. Diese Studie wurde an die Studie von Ohnsorge, K., Gudat, H. & Rehmann-Sutter, C. (2014) angeschlossen. Es wurden insgesamt 142 Interviews mit 32 nicht onkologischen Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen, Pflegepersonen, Ärztinnen und Ärzten, geführt. Eine wesentliche Erkenntnis der Studie war, wie schon bei Ohnsorge, K., Gudat, H. & Rehmann-Sutter, C. (2014), dass Sterbewünsche nicht stetig sind. Die meisten der Patientinnen und Patienten äußerten während einer lebensbedrohlichen Situation den Wunsch zu sterben, jedoch wurde dieser widerlegt, als sich der Allgemeinzustand wieder verbesserte. Sterbewünsche sind grundsätzlich eine

normale Reaktion bei Menschen mit schweren Erkrankungen. Wie bereits auch Monod, S. et al. (2017) haben auch Gudat-Keller, H. et al. (2017) das Gefühl eine Last zu sein, als Faktor der den Sterbewunsch beeinflusst, identifiziert.

### **3.4 Sterbeort**

Wei Ling, C. et al. (2016) untersuchten in ihrer Querschnittsstudie im Zeitraum von September 2009 bis April 2012 inwieweit eine Vorsorgeplanung die Qualität am Lebensende verbessert. Sie führten in sieben Pflegeheimen in Singapur bei 600 Bewohnerinnen und Bewohnern eine Vorsorgeberatung (Projekt CARE) zum Thema medizinische Eingriffe, CPR und Sterbeort durch. Das heißt, diese 600 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben alle eine advance care planning (ACP) erhalten. Hierbei kam es zu dem Ergebnis, das 77 Prozent aller Befragten angaben, im Pflegeheim sterben möchten. Diejenigen Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner die angaben unentschlossen zu sein, im Pflegeheim sterben zu wollen oder nicht, wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Dies waren in der Studie 41 Personen. Zusätzlich beinhaltet das Projekt CARE, Schulungen für das Personal im Pflegeheim über die Inhalte im Bezug auf das Gespräch über ACP (advance care planning) und Schulungen für Palliativpflege. Krones, T. et al. (2017) legten in ihrer durchgeführten RCT den Schwerpunkt in der Implementierung einer Patientinnenverfügung und Patientenverfügung plus (ACP) um Patientinnen und Patienten in ihren Entscheidungen am Lebensende zu unterstützen. Es wurden 115 Patientinnen und Patienten in verschiedenen Abteilungen des Universitätsspitals Zürich eingeschlossen. Die Interventionsgruppe erhielt Unterstützung bei ihren Entscheidungen durch Videos, Informationsmaterial und persönliche Beratungen mit geschultem Personal (3 Termine). Die Kontrollgruppe erhielt die vorgesehene Routineentlassung mit einem zuständigen Sozialdienst. Diese Studie von Krones, T. et al. (2017) konnte die Wichtigkeit einer Patientinnenverfügung und Patientenverfügung klar hervorheben. Durch die implementierte ACP (Patientinnenverfügung und Patientenverfügung plus) konnte der Wunsch des Sterbeortes signifikant häufiger umgesetzt werden. Genauso konnte durch die Einführung der ACP die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten gesteigert werden, da eine genauere und individuellere Dokumentation durchgeführt wurde. Dass das

Sterben zu Hause auch ein relevanter Wunsch von Menschen am Ende des Lebens ist, zeigen Delgado-Guay, M. et al. (2016) in ihrer Studie. In der randomisierten kontrollierten Studie wurden Wünsche am Ende des Lebens anhand von Karten und einer Liste erhoben. In dieser Aufstellung erreichte der Wunsch des Sterbeortes den 28. Platz. 13 Prozent versus 16 Prozent aller 100 Patientinnen und Patienten äußerten den Wunsch zu Hause zu sterben.

### **3.5 Patientinnenverfügung und Patientenverfügung**

Krones, T. et al. (2017) haben in ihrer RCT eine Patientinnenverfügung und Patientenverfügung plus erstellt und implementiert. In der Studie wurde diese als ACP plus bezeichnet, ausgesprochen Advance Care Planning mit Decision Aids. Damit dieser geplante Beratungsprozess einheitlich geschieht, wurden Ärztinnen und Ärzte und auch andere Fachkräfte des Gesundheitswesens, wie Pflegepersonen, Sozialarbeiter und Seelsorger, anhand eines Programms in der Gesprächsführung geschult. Anhand der Ergebnisse konnte aufgezeigt werden, dass nach einem ACP Beratungsprozess (das heißt all jene Personen die in der Interventionsgruppe waren) die konkreten Behandlungswünsche von Patientinnen und Patienten oder den vertretungsberechtigten Personen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten nach sechs Monaten signifikant häufiger bekannt waren. Auch Entscheidungskonflikte für zukünftige Notfallsituationen wurden nach sechs Monaten deutlich weniger angegeben. Auch die Festlegung von Behandlungswünschen in Bezug auf Reanimation in Notfallsituationen, künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Dialyse und Antibiotikagabe war bei den Betroffenen, die eine Patientinnenverfügung und Patientenverfügung plus hatten, signifikant besser dokumentiert. Wie schon im Kapitel Wunsch des Sterbeortes erwähnt, zeigte die Implementierung einer ACP, dass der Wunsch des Sterbeortes signifikant umgesetzt werden konnte. Wie auch in der Querschnittstudie von Wei Ling, C. et al. (2016) ist gut erkennbar, dass eine ACP wesentlich zur Erfüllung der Wünsche am Lebensende beiträgt. Somit haben 93 Prozent der 600 Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner angegeben, keine CPR zu wünschen. Auch bezüglich medizinischer zusätzlicher Interventionen, wie Sauerstoff Gabe, Intubation, der Transport ins Krankenhaus hatten die Bewohnerinnen und Bewohner klare Vorstellungen. Somit gaben 52,3 Prozent an

nur begrenzt medizinische Unterstützung erhalten zu wollen. Anders sehen die Ergebnisse aus Belgien aus, hierbei hat die Sterbehilfe eine wesentliche Rolle. Vleminck, A. et al. (2015) führten in Belgien anhand der Daten der Querschnittsstudie "Health Interview Study" von 2008 eine Befragung anhand einer Cluster Stichprobe durch. Die Rücklaufquote betrug 55 Prozent von allen kontaktierten Haushalten. Es wurden 9651 Menschen befragt. Das Mindestalter musste das 18. Lebensjahr sein. Von allen Befragten gaben 4,4 Prozent an mit ihrem zuständigen Arzt und ihrer zuständigen Ärztin über medizinische Behandlungen am Lebensende gesprochen zu haben. Explizit gaben 1,8 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, in ihrer Verfügung den Wunsch zur Euthanasie dokumentiert zu haben. Desweiteren kristallisierte sich bei dieser Studie heraus, dass Menschen mit einer langen chronischen Krankheit oder einer Behinderung und auch speziell Frauen, vermehrt über Wünsche bezüglich medizinischer Behandlung am Lebensende mit einer Ärztin oder einem Arzt sprechen.

### **3.6 Leben in der Gegenwart**

In der Studie von Horne, G., Seymour, J. & Payne, S. (2012) kam ganz klar heraus, dass Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs ihren größten Wunsch am Ende des Lebens darin sehen, ihr Leben so weiterzuleben wie bisher. Zwischen 2006 und 2008 wurden 25 Patientinnen und Patienten und deren 19 Familienmitglieder in Nordengland mittels semistrukturierter Interviews zu ihren Wünschen am Ende des Lebens mit der Erkrankung Lungenkrebs im Endstadium befragt. Diese Interviews wurden in verschiedene Kategorien mit dazugehörigen Unterkategorien unterteilt. Beispielsweise wurden Fragen zum Tod gestellt, dies wurde jedoch aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht als relevant empfunden. Da 18 von 25 Patientinnen und Patienten angaben, sich nicht krank zu fühlen und deshalb keinen Grund sahen, sich damit zu belasten. Das Hauptaugenmerk lag darin in der Gegenwart zu leben, Urlaube zu planen und dem Beruf nachzugehen. Desweiteren wurden Fragen zur Zukunft gestellt, über die Vorbereitung auf den Tod und die Aufklärung über die Prognose. Es kristallisierte sich immer klar heraus, dass das Hier und Jetzt relevant ist, „carry on as normal“. Über dezidierte Wünsche am Lebensende wie Testament, Begräbnis

wurde kaum geredet. Zusammenfassend ergibt sich das Ergebnis, dass bei Lungenkrebspatientinnen und Lungenkrebspatienten nicht die Pflege und Behandlung ihrer Diagnose im Vordergrund steht, sondern eher der soziale Aspekt. Dies heißt, in erster Linie konzentrierten sich diese Menschen auf die Gegenwart. Ein normales Leben bis zum Schluss ist für sie erstrebenswert. Ebenso hatte das Weiterleben wie bisher, in der Studie von Dobrina, R. et al. (2016) aus Italien Relevanz. Sie führten elf Interviews mit Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Krebs und deren Angehörigen zu Hause durch. Erwähnenswert ist hierbei, dass ausschließlich das letzte Interview, das vor dem Tod der Patientin oder des Patienten geführt wurde, für die Studie herangezogen wurde. Einer der vier Hauptwünsche in dieser Studie war es mit dem eigenen Leben verbunden zu bleiben. Hierbei kam es zu einem signifikanten Ergebnis. Es ist von großer Bedeutung für Patientinnen und Patienten sich aktiv im tägliche Leben integrieren zu können wie kochen, Freunde treffen und andere Tätigkeiten. Voraussetzung war jedoch, dass sich die Betroffenen gut fühlten. Patientinnen und Patienten, die angaben sich schlecht zu fühlen, änderten ihre Prioritäten und die Schmerzkontrolle wurde zum Fokus.

### **3.7 Keine Last sein**

Keine Last für die Familie zu sein, war in fünf der elf Studien ein Wunsch von Patientinnen und Patienten am Ende des Lebens. In der Studie von Horne, G., Seymour, J. & Payne, S. (2012) in der explizit Lungenkrebs Patientinnen und Patienten befragt wurden, äußerten einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Wunsch keine Belastung für die Familie darstellen zu wollen. Augenscheinlich war diese Thematik auch in der Studie von Dobrina, R. et al. (2016) aus Italien und Monod, S. et al. (2016) aus der Schweiz relevant. Eine Last für die Familie zu sein erhöhte wiederum den Wunsch zu sterben erheblich, diese Erkenntnis gelang Gudat Keller, H. et al. (2017), aus der Schweiz. In dieser Studie wurde aufgezeigt, welche Faktoren den Sterbewunsch beeinflussen und eine Last zu sein, war einer dieser Faktoren. In der randomisierten kontrollierten Studie von Delgado-Guay et al. (2016) erreicht der Wunsch keine Last für die Familie zu sein, sogar den fünften Rang von zehn wesentlichen Wünschen am Ende des Lebens. Die

Befragung durch das Go Wish card game und der Liste der Wünsche ergab 48 Prozent versus 49 Prozent der Patientinnen und Patienten keine Last sein wollen.

### **3.8 Familie**

Das Three wishes Project von Cook, D. et al. (2015) definierte in einer Kategorie die Wichtigkeit der Familie. Patientinnen und Patienten wünschen es sich ihre Angehörigen am Ende des Lebens dabei zu haben. In dieser Studie zeigte sich, dass das Sterben im Beisein der Familie ein großer Wunsch ist. Ebenso hat die Wiederversöhnung mit der Familie einen wichtigen Stellenwert, wie auch der Kontakt mit langverlorenen Verwandten oder Freunden. In der randomisierten kontrollierten Studie von Delgado-Guay et al. (2016) hatte die Familie einen sehr hohen Stellenwert. An dritter Stelle stand die Präsenz der Familie mit 57 Prozent versus 61 Prozent. Ebenso fanden die Wünsche, sich von wichtigen Menschen verabschieden können (41 Prozent versus 37 Prozent) und die Familie auf den bevorstehenden Tod vorzubereiten (40 Prozent versus 49 Prozent), Platz unter den ersten zehn wichtigsten Wünschen.

### **3.9 Schmerzfreiheit**

Wie schon anfangs erwähnt war, das Resultat der Studie von Dobrina, R. et al. (2016) in Italien, dass Menschen vier Hauptkategorien an Wünschen am Ende des Lebens haben. Einer davon beinhaltet auch das Verhandeln. Einige Patientinnen und Patienten gaben an, dass sie wussten, dass sie sterben werden, jedoch wünschten sie sich, nicht leiden zu müssen. Einige Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer änderten ihren Wunsch auch. Wenn sie sich schlechter fühlten und die Schmerzen stärker wurden, wurde der Wunsch der Schmerzkontrolle an erste Stelle gesetzt. Einige gaben an diese Schmerzen nicht mehr aushalten zu können. Auch für die Angehörigen waren diese Situationen am belastetsten, denn sie gaben Angst an, ihre leidenden Angehörigen alleine zu lassen. Delgado-Guay et al. (2016) fanden in ihrer randomisierten kontrollierten Studie anhand des Go Wish card games und der Liste der Wünsche an vierter Stelle die Wichtigkeit der Schmerzfreiheit heraus. Dass Schmerzfreiheit mit 54 Prozent versus 60 Prozent

einen hohen Stellenwert in der EOL Versorgung für Patientinnen und Patienten hat, konnte klar aufgezeigt werden.

### **3.10 weitere relevante Wünsche**

Relevante Wünsche, wie dem Arzt Vertrauen (44 Prozent versus 45 Prozent), den Sinn für Humor behalten (41 Prozent versus 45 Prozent) und in der Lage zu sein anderen zu helfen (36 Prozent versus 31 Prozent), wurden auch innerhalb der zehn Wünsche der Studie von Delgado-Guay et al. (2016) definiert. Vor allem der Punkt in seinem Leben, beziehungsweise mit seinem Tod, noch jemanden zu helfen wurde auch im Three wishes Project von Cook, D. et al. (2015) in einer Kategorie aufgezeigt. Im Punkt finanzielle Wiedergutmachung, wird der Wunsch anderen zu helfen, zum Beispiel im Rahmen einer Organspende oder Wohltätigkeitsspenden, klar dargestellt. Auch die finanzielle Absicherung der Angehörigen gehört hier dazu. Der Aspekt der finanziellen Versorgung der Angehörigen sprechen auch Lungenkrebspatientinnen und Lungenkrebspatienten in der Studie von Horne, G., Seymour, J. & Payne, S. (2012) an. Ein weiterer Wunsch ist es, persönliche Dinge in den Pflegealltag einzubauen und zu berücksichtigen. Wünsche wie persönliche Fotos im Zimmer zu haben oder das Lieblingsgericht zum Mittagessen zu erhalten wurden in der Studie von Cook, D. et al. (2015) festgehalten.

Nachstehend werden anhand einer Abbildung die vorangegangenen Wünsche zusammengefasst. Es wird aufgezeigt, welchen Part Pflegepersonen in der Praxis übernehmen können, um Patientinnen und Patienten bei ihren Wünschen am Ende des Lebens professionell zu begleiten.

Spiritualität	<p>Spiritualität hat als Wunsch von Patientinnen und Patienten einen hohen Stellenwert.</p> <p>Pflegepersonen sollten diese erfragen und berücksichtigen.</p>
Sterbewunsch	<p>Sterbewunsch ist eine normale Reaktion am Ende des Lebens.</p> <p>Pflegepersonen sollte bekannt sein, dass ein Sterbewunsch nicht stetig ist sondern sich je nach Situation ändern kann.</p>
Sterbeort	<p>Der Sterbeort, ob zu Hause oder im Pflegeheim, spielt für Patientinnen und Patienten eine große Rolle.</p> <p>Der Wunsch des Sterbeortes sollte für Pflegepersonen bekannt sein. Hilfestellung kann eine Patientinnen und Patientenverfügung darstellen.</p>
Patientinnen und Patientenverfügung	<p>Der Vorteil einer Patientinnen und Patientenverfügung liegt darin, dass Behandlungswünsche festgelegt werden können und dadurch bekannt sind.</p>
Leben in der Gegenwart	<p>Das Leben im Hier und Jetzt stellt für Lungenkrebspatientinnen und Lungenkrebspatienten einen hohen Stellenwert bei den Wünschen am Ende des Lebens dar.</p> <p>Pflegepersonen sollten diese Wünsche kennen und unterstützend bei der Umsetzung mitwirken.</p>
Keine Last sein	<p>Keine Last für die Familie zu sein, ist für einen Großteil der Patientinnen und Patienten wesentlich.</p> <p>Pflegepersonen sollten unterstützend und begleitet für Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen da sein.</p>
Familie	<p>Dass die Familie am Ende des Lebens anwesend sein sollte, ist vielen Patientinnen und Patienten ein Anliegen.</p> <p>Pflegepersonen sollten die Möglichkeit der Anwesenheit der Angehörigen unterstützen und einräumen.</p>

Schmerzfreiheit	<p>Nicht leiden müssen, ist einer der Grundtenore von Patientinnen und Patienten.</p> <p>Ein optimales Schmerzmanagement ist Voraussetzung dafür.</p>
Weitere relevante Wünsche	<p>Dem Arzt Vertrauen können, den eigenen Humor behalten, sich mit Angehörigen und Freunden aussöhnen, sind nur einige der zusätzlichen Wünsche, die Menschen am Ende ihres Lebens verspüren.</p>

**Abbildung 3:** Wunschkategorien

## 4. Diskussion

Die Spiritualität war im Großteil der Studienergebnisse ein wesentlicher Aspekt. In den Studien von Swinton, M. et al. (2017), Cook, D. et al. (2015), Ohnsorge, K., Gudat, H. & Rehmann-Sutter, C. (2014) und Delgado-Guay et al. (2016) stand der Wunsch nach spiritueller Begleitung bei Menschen am Ende des Lebens im Fokus. Swinton, M. et al. (2017) befassten sich mit den spirituellen Bedürfnissen und Wünschen von Patientinnen und Patienten auf einer ICU in Kanada ebenso Cook, D. et al. (2015). Bei beiden Studien lag der Schwerpunkt darauf, die Wünsche der Menschen am Ende des Lebens, anhand des Three wishes project zu erfragen und umzusetzen. In beiden Studien wurden Intensivpatientinnen und Intensivpatienten eingeschlossen, die Ergebnisse in Bezug auf die Spiritualität waren sehr ähnlich. In der Studie von Delgado-Guay et al. (2016) wurde mit Go Wish card games und einer Liste der Wünsche in der randomisierten kontrollierten Studie gearbeitet. Auch hier wurde ganz klar die Spiritualität anhand von Frieden mit Gott und Beten, festgestellt.

Dass die Spiritualität Einfluss auf den Sterbewunsch eines Menschen hat, zeigen die Studien von Ohnsorge, K., Gudat, H. & Rehmann-Sutter, C. (2014) und Monod, S. et al. (2017), wenn gleich die Ergebnisse zwei unterschiedliche Zugänge aufzeigen. In der ersteren Studie weisen Patientinnen und Patienten mit einer stark ausgeprägten religiösen Überzeugung keine Angst vor dem Tod auf, sie sind durch ihre religiöse Überzeugung gestärkt und stehen dem Tod offen gegenüber. Einen ganz anderen Zugang wies die Studie von Monod, S. et al. (2017) auf. Hierbei kam das Ergebnis heraus, dass spirituell unterversorgte Patientinnen und Patienten einen erhöhten Sterbewunsch angeben.

Im Jahr 2000 wurden in einer nationalen Studie von Steinhauser et al. schon einmal acht Wünsche von Patientinnen und Patienten am Ende des Lebens erfragt. Auch damals wurde geistiges Bewusstsein, Frieden mit Gott und keine Last für die Angehörigen zu sein, als sehr wichtig eingeordnet. Jedoch wurde es von ärztlicher Seite als weniger wichtig eingestuft diese Wünsche zu berücksichtigen (Delgado-Guay et al. 2016). In der Studie von Delgado-Guay et al. (2016) wurden anhand der Go Wish cards die 10 wichtigsten Wünsche herausgefiltert. Auch hier hat sich der spirituelle Ansatz und keine Last für die Familie zu sein als sehr

essentiell herausgestellt. Zum Gegensatz der Studie aus dem Jahr 2000, wurde bei dieser Studie ein besonderes Augenmerk auf die Förderung von Gesprächen von End of life Wünschen gelegt. Das Go Wish card game diente als Werkzeug für die Gesprächsführung zwischen Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Pflegepersonal, Ärztinnen und Ärzten.

Die Ergebnisse zeigten, dass Faktoren die den Sterbewunsch beeinflussen, identifiziert werden können. Monod, S. et al. (2017) definierten vier wesentliche Faktoren und Ohnsorge, K., Gudat, H. & Rehmann-Sutter, C. (2014) differenzierten sogar neun Gründe die den Wunsch zu sterben, fördern. Dass Sterbewünsche auch wieder ablegbar sein können, identifizierte Gudat Keller, H. et al. (2017). Bei den letzten beiden Studien kam auch heraus, dass es keinen Einfluss hat, ob die Patientinnen und Patienten krebskrank sind oder nicht. Wichtig ist es mit Patientinnen und Patienten offen zu kommunizieren dadurch die Sorgen zu nehmen und die Sterbewünsche zu erheben. Dies haben bereits Pleschberger, S. & Heimerl, K. (2002) erwähnt. Die Pflege sehe sich besonders gefordert, Sterbewunsch auslösende Faktoren zu erkennen und diesen professionell zu begegnen.

Die Erkenntnis der Studie, Gudat Keller, H., Rehmann-Sutter, C., Ohnsorge, K. & Streeck, N, (2017) hat aufgezeigt, dass ein Sterbewunsch bei einem schwerst kranken Menschen eine natürliche Reaktion ist. Denn in dieser speziellen Situation in seinem Leben tritt die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit ein. Dieser Wunsch kann sich mit der Zeit auch wieder ändern. Deshalb ist es besonders wichtig, dass pflegerisches- und auch medizinisches Fachpersonal eine offene Kommunikation mit den Betroffenen führen. Das heißt, Vertrauen zu aufbauen und die Menschen über ihre Ängste, das Sterben und den Tod sprechen lassen. Diese Kommunikation soll offen, respektvoll und wertschätzend stattfinden.

Die Studien zeigen, dass es einen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität hat, wenn Patientinnen und Patienten sich den Sterbeort aussuchen können. Jene 77 Prozent der von Wei Ling et al. (2016) befragten Bewohnerinnen und Bewohner äußerten den Wunsch, im Pflegeheim sterben zu dürfen. Krones, T. et al. (2017) berichtete, dass es eine genaue Dokumentation des Sterbeortes benötige um diesen Wunsch auch zu erfüllen. In Österreich starben im Jahr 2016

39574 Personen in Krankenanstalten, somit konnten lediglich 51 Prozent, das entspricht 41095 Personen, ausserhalb von Krankenanstalten versterben (Statistik Austria 2017). Gut ersichtlich ist auch in beiden Studien, dass eine ACP einen wesentlichen Beitrag leistet um den Sterbeort erfüllen zu können. Das Sterben daheim kommt in der Studie von Delgado-Guay, M. et al. (2016) erst an 28. Stelle der Wunschliste, jedoch soll vermerkt werden, dass der Wunsch nicht alleine sterben zu müssen, höhere Priorität hat. 29 Prozent versus 31 Prozent aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben diesen Wunsch an 14. Stelle an.

Die Relevanz einer Patientinnenverfügung und Patientenverfügung wurde in den Studien von Wei Ling, C. et al. (2016) und Krones, T. et al. (2017) aufgezeigt. In beiden Studien wurde die Implementierung einer Patientinnenverfügung und Patientenverfügung als Schwerpunkt gesetzt. Beide Studien wiesen positive Ergebnisse auf, Wünsche waren definitiv besser dokumentiert und Behandlungswünsche waren daraus besser bekannt. In Belgien ist ein wesentlicher Aspekt anders, als in anderen Ländern. In der Studie von Vleminck, A. et al. (2015) ist die Euthanasie ein Thema. 1,8 Prozent der 9651 Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer haben in ihrer Verfügung den Wunsch nach Euthanasie dokumentiert. Dieser Punkt ist nicht überall ein Thema, da die Sterbehilfe in vielen Ländern nicht legal ist. Wobei es auch zu diskutieren gilt, wie gültig eine Patientinnenverfügung und Patientenverfügung mit gewünschter Euthanasie ist, wenn das Ergebnis der Studien des Sterbewunsches berücksichtigt wird. Aus diesen ergibt sich ja die Tatsache, dass Sterbewünsche nicht stetig sind und sich im Laufe des Sterbeprozesses ändern. Einen wesentlichen Vorteil der Patientinnenverfügung und Patientenverfügung zeigt das Ergebnis von Wendler, D. & Rid, A. (2011). Sie sprechen davon, dass Angehörige zum Teil schwer traumatisiert sind, wenn sie alleine Entscheidungen für ein krankes Familienmitglied treffen müssen (Krones et al. 2017).

Dass das Leben weiterleben wie bisher, durchaus auch seine Gültigkeit hat, zeigt die Studie von Horne, G., Seymour, J. & Payne, S. (2012). Dieses Ergebnis zeigt klar auf, im Gegensatz zu allen anderen Ergebnissen, dass Lungenkrebspatientinnen und Lungenkrebspatienten den Wunsch haben, das Hier und Jetzt so weiter zu leben wie bisher. Der Wunsch am Ende des Lebens hat bei dieser Personengruppe einen ganz anderen Stellenwert. Das Leben in der

Gegenwart ist ganz klar der Grundtenor. Dass diese Einstellung jedoch auch schwanken kann, zeigt die Studie von Dobrina, R. et al. (2016), die Ergebnisse hierbei zeigen auf, dass wenn sich der allgemeine Zustand verändert oder verschlechtert, sich die Prioritäten auch verändern. Somit wird beispielsweise der Wunsch Leben wie bisher, von einer Schmerzkontrolle abgelöst.

Keine Last zu sein, wurde in fünf Studien dezidiert als Wunsch dargelegt. Gudat Keller, H. et al. (2017) zeigten sogar mit ihrem Ergebnis auf, dass die Bürde, eine Last für jemanden zu sein, erheblich den Sterbewunsch von Menschen beeinflusst. Dies belegt auch das Ergebnis von Monod, S. et al. (2017), das Gefühl eine Last für jemanden zu sein, erhöht den Sterbewunsch auf ein zwei bis sechsfaches. Durch diese zwei Studienergebnisse ist ersichtlich, dass diese Zusammenhänge mit dem Sterbewunsch eine Herausforderung für Pflegepersonen, Ärztinnen und Ärzten ergibt. Eine offene Kommunikation ist gefordert.

Wenn die Studie von Delgado-Guay et al. (2016) mit der Auflistung der Wünsche herangezogen wird, ist gut erkennbar, dass die Familie sich an dritter Stelle nachreicht. Die erst gereihten Wünsche sind die spirituellen Ansätze wie Friede mit Gott und Beten. Die Präsenz der Familie ist mit 57 Prozent versus 61 Prozent an dritter Stelle, doch ebenso fanden die Wünsche, sich von wichtigen Menschen verabschieden können (41 Prozent versus 37 Prozent) und die Familie auf den bevorstehenden Tod vorzubereiten (40 Prozent versus 49 Prozent), Platz unter den ersten zehn wichtigsten Wünschen. Die Familie hat bei allen Wünschen einen Einfluss. Das zeigt sich auch im Wunsch sich von lange verlorenen Verwandten zu verabschieden, im Three Wishes Project von Cook, D. et al. (2015).

Dobrina, R. et al. (2016) zeigen in ihrer Studie gut auf, dass mehrere Wünsche miteinander große Relevanz haben. Somit ist es eine Art Teufelskreis. Patientinnen und Patienten geben an, so lange wie möglich normal weiter leben zu wollen, sobald aber eine Änderung oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes eintritt und dieser passiert oftmals sehr rasch, ändern sie die Sichtweise. Somit ist die Schmerzbekämpfung ein wesentlicher Punkt und die zusätzliche Belastung und Sorge, eine Last für die Familie zu sein, stehen am Beginn der Wünsche. Wie im Vorfeld schon angegeben, gaben einige Patientinnen und Patienten an, diese Schmerzen nicht mehr aushalten zu können

zu wünschen es wäre bald vorbei. Damit verbunden geht dann der Sterbewunsch oftmals einher. Auch für die Angehörigen waren diese Situationen am belastetsten, denn Sie gaben Angst an, ihre leidenden Angehörigen alleine zu lassen. Somit ist erkennbar, dass nicht einheitlich von den ersten drei Wünschen gesprochen werden kann. Wünsche am Ende des Lebens ändern sich.

Wesentliche Vorteile des Three Wishes Project konnten in den Studien von Cook, D. et al. (2015) und Swinton, M. et al. (2017) aufgezeigt werden. Es wurde aufgezeigt, dass Wünsche am Ende des Lebens eines Menschen einfach und billig sind, jedoch aus Sicht der Betroffenen unersetzlich. Dass die Umsetzung von Wünschen am Ende des Lebens möglich ist, zeigt auch die Studie von Cook, D. et al. (2015). Insgesamt konnten von 163 Wünsche 159 umgesetzt werden. Da auch die Kostenfrage immer wieder im Raum steht, zeigt auch diese Studie auf, dass Wünsche von keinen Kosten bis höchstens zwei 200\$ Kosten waren. Cook, D. et al. (2015) sammelten in ihrer Studie sogar die bereits umgesetzten Wünsche in einer Wunschdatenbank zur zukünftigen Nutzung.

#### **4.1 Empfehlung für die Forschung**

Eine einheitliche Definition für End of life bietet noch Forschungsbedarf.

Weitere Forschung kann auch den Umgang der Pflegepersonen mit Sterbewünschen von Patientinnen und Patienten betreffen.

Die Umsetzung der Wünsche am Ende des Lebens in Langzeitpflegeeinrichtungen und Akutpflegeeinrichtungen in Österreich wäre ebenfalls ein interessantes Forschungsgebiet.

#### **4.2 Empfehlung für die Praxis**

Eine Möglichkeit der Umsetzung in der Pflegepraxis wäre die Installation der Wunschdatenbank aus dem Three Wishes Project. Die definierten und umgesetzten Wünsche der Studie wurden in einer Wunschdatenbank gespeichert (Cook, D. et al. 2015). Diese Intervention wäre ebenso eine gute Möglichkeit für Österreich. Besteht bei Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen der Bedarf könnten Pflegepersonen und ärztliches Personal auf diese Daten der Wunschdatenbank zurückgreifen. Somit müsste an eine online Datenbank, für alle

zugänglich, angedacht werden. Das könnte eine Möglichkeit aufzeigen, wie der Sterbeprozess für alle Beteiligten erleichtert und unterstützt werden kann.

Auch das Go Wish card game (GWG) könnte in der Praxis eingesetzt werden. Auch kognitiv eingeschränkte Betroffene und Menschen mit eingeschränkter Lesefähigkeit kommen damit zu recht (Delgado-Guay, M. et al. 2016). Dieses Werkzeug ist einsetzbar um end of life Gespräche zwischen Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen und Betreuungspersonen wie Pflegepersonen, Ärztinnen und Ärzte zu fördern und zu unterstützen. Definitiv könnten somit die Wünsche am Ende des Lebens priorisiert werden. Um diese relevanten Wünsche nicht zu vernachlässigen, könnten diese Go Wish Cards in der Praxis angewendet werden.

Wenn Patientinnen oder Patienten eine Notfallsituation überstanden haben und eventuell eine weitere Verschlechterung im Raum steht, sollte über eine mögliche Vorausplanung nachgedacht werden. Ein Gespräch über Möglichkeiten einer Patientinnenverfügung und Patientenverfügung sollte angestrebt werden (Krones et al. 2017).

Wie schon in der Studie Krones, T. et al. (2017) erwähnt, würde die Ausbildung zu einem zertifizierten Advance Care Planer die Lebensqualität der Betroffenen am Ende ihres Lebens sicher positiv beeinflussen. Da explizit auf Wünsche am Ende des Lebens eingegangen werden kann.

### **4.3 Limitationen**

Die Limitation dieser Literaturrecherche ist die Datenbankrecherche in zwei Datenbanken. Da die Sprache auf Deutsch und Englisch begrenzt wurde, kann dies auch als Limitation angesehen werden.

## 5. Schlussfolgerung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass durch die vorliegenden Ergebnisse die Wichtigkeit gegeben ist, Menschen am Ende ihres Lebens nach den spirituellen Wünschen und Bedürfnissen zu fragen und diese umzusetzen. Der wichtige Aspekt, dass Spiritualität für jeden Menschen etwas anders bedeutet, sollte sich in den Köpfen von Pflegepersonen und weiteren Berufsgruppen im Gesundheits- und Krankenpflegebereich, verankern. Die wesentliche Erkenntnis, dass sich Sterbewünsche ändern, ist von großer Bedeutung. Verschiedene Situationen, wie beispielsweise eine nicht auszuhaltende Schmerzsituation, können dazu beitragen den Wunsch zu sterben, zu erhöhen. Hierbei ist die Praxis gefordert, die notwendige Feinfühligkeit zu zeigen um diese Situationen optimal zu managen. Die Zahlen haben aufgezeigt, dass nach wie vor eine große Menschengruppe in Krankenhäusern verstirbt. Die Dokumentation des Sterbeortes in einer Patientinnenverfügung und Patientenverfügung trägt wesentlich dazu bei, dass auch am Lebensende ein Stück Lebensqualität erhalten bleibt. Patientinnenverfügung und Patientenverfügungen sollten für alle Menschen leichter zugänglich sein. Die Feststellung, dass nicht alle Patientinnen und Patienten dieselben Wünsche haben ist auch wesentlich. Dass es für Menschen mit fortgeschrittenem Lungenkarzinom der Wunsch ist in der Gegenwart so lange wie möglich zu leben, zeigt dies auf. Bei Menschen, die sich am Ende des Lebens befinden, spielt die Familie in jeglicher Hinsicht eine große Rolle. Die Anwesenheit der Familie in den letzten Stunden oder keine Last für die Familie zu sein, sind Wünsche der Patientinnen und Patienten die Pflegepersonen nicht außer Acht lassen sollten. Die Thematik des Schmerzes schwankt stark bei den Wünschen. Die Annahme war bisher, dass die Schmerzfreiheit einen hohen Stellenwert bei Wünschen am Ende des Lebens einnimmt. Wenn die Schmerzen nicht präsent sind, nehmen sie an Wichtigkeit ab, wenn die Schmerzsituation zunimmt, ändert sich auch deren Stellenwert.

Die Ergebnisse haben klar gezeigt, dass von allen Seiten offen über Wünsche gesprochen werden muss um diese Wünsche am Ende des Lebens wirklich umsetzen zu können.

Um als Person die Sicherheit der Umsetzung zu haben sollte, eine Patientinnenverfügung und Patientenverfügung abgeschlossen werden. Die Familie und die betreuenden Personen sollten zudem über diese Wünsche Bescheid wissen. Damit im Fall des Falles darauf zurückgegriffen werden kann und diese Wünsche auch erfüllt werden können.

Wünsche am Ende des Lebens ändern sich. Dieser relevante Punkt sollte Angehörigen von Gesundheitsberufen bekannt sein. Denn nur so können Patientinnen und Patienten am Ende ihres Lebens ganzheitlich, würdevoll und professionell betreut werden.

## 6. Literaturverzeichnis

Bundeskanzleramt Österreich, 2011, *Empfehlung zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende.*

<http://archiv.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?Cobold=44491>, (30.9.2017).

Cook, D., Swinton, M., Toledo, F., Clarke, F., Rose, T., Hand-Breckenridge, T., Boyle, A., Woods, A., Zytaruk, N., Heels-Ansdell, D. & Sheppard, R. 2015, „Personalizing Death in the Intensive Care Unit: The 3 Wishes Project. A Mixed-Methods Study”, *Annals of Internal Medicine*, Vol. 163 No. 4.

Delgado-Guay, M., Rodriguez-Nunez, A., De la Cruz, V., Frisbee-Hume, S., Williams, J., Wu, J., Liu, D., Fisch, M. & Bruera, E. 2016, „Advanced cancer patients` reported wishes at the end of life: a randomized controlled trial”, *Support Care Cancer*, 24:4273-4281.

Deutsche Enzyklopädie 2014, *Definitionen Wunsch*, <http://www.enzyklo.de/Begriff/Wunsch> (26.1.2018).

Dobrina, R., Vianello, C., Tenze, M. & Palese, A. 2016, „Mutual Needs and Wishes of Cancer Patients and their family caregivers during the last week of life”, *Journal of Holistic Nursing*, Volume 34 Number 1.

Draguhn, A. 2012, „Beginn des Sterbens“, in Eckart, W. & Anderheiden, M., (Hrsg.), *Handbuch Sterben und Menschenwürde*, De Gruyter Verlag.

Feichtner, A. 2014, *Lehrbuch der Palliativpflege*, 4. überarbeitete Auflage, Facultas Verlag.

General Medical Council, 2010, Definition of End of Life Care, in Thomas et al. 2011, „The GSF Prognostic Indicator Guidance“, *The Gold Standards Framework*, (PIG) 4th Edition. <https://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf> (23.2.2018).

Gudat Keller, H., Rehmann-Sutter, C., Ohnsorge, K. & Streeck, N. 2017, „Palliativ non-oncology patients` wish to die. The attitudes and concerns of patients with neurological diseases, organ failure or frailty about the end of life and dying“, End of Life. National Research Programme NRP 67.

Hawker, S. et al., 2002, „Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically.“ *Qualitative Health Research*, 12(9): 1284-1299.

Henderson 1977 zit. N. Drerup 1993, „Pflegetheorien und Qualitätsentwicklung in der Palliativpflege“, in Pleschberger, S., Heimerl, K. & Wild, M. 2002, (Hrsg.), *Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht*, Facultas Universitätsverlag, Wien.

Horne, G., Seymour, J. & Payne, S., 2012, „Maintaining integrity in the face of death: A grounded theory to explain the perspectives of people affected by lung cancer about the expression of wishes for end of life care“, *International Journal of Nursing Studies*, (49): 718-726.

Hospizverein Steiermark 2018, *Hospiz Steiermark*, <http://hospiz-stmk.at/neue-impulse-im-hospizteam-graz/> (8.2.2018).

Krones, T., Biller-Andorno, N., Zaugg, K. & Spirig, R. 2017, „Multiprofessional advance care planning and shared decision making for end of life care MAPS Trial“, End of Life. National Research Programme NRP 67.

<http://www.nfp67.ch/de/projekte/modul-2-entscheidungen-motivehaltungen/projekt-krones> (2.2.2018).

Loewy, H. & Springer-Loewy, R. 2002, „Ethische Fragen am Ende des Lebens“, in Pleschberger, S., Heimerl, K. & Wild, M. (Hrsg.), *Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht*, Facultas Universitätsverlag, Wien.

Monod, S., Durst, A., Spencer, B., Rochat, E., Mazzocato, C., Frick, E., Gunten, A., Münzer, T., Quadri, P., Levorato, A., Büla, C., Truchard, R. & Jox, R. 2017, „Understanding the wish to die in elderly nursing home residents: a mixed method approach“, End of Life. National Research Programme NRP 67.

Nauck, F. 2003, „Einführung in die Grundprinzipien in Lehrbuch Palliative Care“, in Knipping, C., 2007, (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care*, 2. durchgesehene und korrigierte Auflage, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

NHS England, 2014, Actions for End of Life Care: 2014-16.

Ohnsorge, K., Gudat, H. & Rehmann-Sutter, C. 2014, „Intentions in wishes to die: analysis and a typology - A report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care“ *Psycho-Oncology*, 23: 1021-1026.

Pleschberger, S. & Heimerl, K. 2002, „Einführung in die Palliativpflege“, in Pleschberger, S., Heimerl, K. & Wild, M. (Hrsg.), *Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht*, Facultas Universitätsverlag, Wien.

Pleschberger, S. 2007, „Grundverständnis und Transfer zu Palliative Care“, in Knipping, C. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care*, 2. durchgesehene und korrigierte Auflage, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

Rosenfeld, B., Breitbart, T., Galietta, M., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Pessin, H., Nelson, C. & Brescia, R. 2000, „The schedule of attitudes toward hastened death: Measuring desire for death in terminally ill cancer patients.“, *Cancer*, 88(12):2868-75.

Ruffing, R. 2015, *Philosophiegeschichten*, Wilhelm Fink Verlag, Paderborn.

Saunders/Baines, 1991, „Einführung in die Grundprinzipien in Lehrbuch Palliative Care“, in Knipping, C., 2007, (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care*, 2. durchgesehene und korrigierte Auflage, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

Shigeko, I., Hiroko, N., Chihoko, S. & Emiko, I. 2012, "Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics", *Nursing Ethics*, 19(5) 608-618.

Statistik Austria, 2017, *Todesursachen gesamt*, [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen\\_im\\_ueberblick/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html), (21.2.2018).

Swinton, M., Giacomini, M., Toledo, F., Rose, T., Hand-Breckenridge, T., Boyle, A., Woods, A., Clarke, F. Shears, M., Sheppard, R. & Cook, D. 2017, „Experiences and Expressions of Spirituality at the End of Life in the Intensive Care Unit“, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Volume 195 Number 2.

Thielhorn, U., 2002, „Pflegetheorien und Qualitätsentwicklung in der Palliativpflege“, in Pleschberger, S., Heimerl, K. & Wild, M. (Hrsg.), *Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht*, Facultas Universitätsverlag, Wien.

Vleminck, A., Pardon, K., Houttekier, D., Van den Block, L., Stichele, R. & Deliens, L. 2015, „The prevalence in the general population of advance directives on

euthanasia and discussion of end-of-life wishes: a nationwide survey”, *BMC Palliative Care*, 14:71.

Wei Ling, C., Cheong, S., Raj, G., Teo, W. & Leong, I. 2016, „End-of-life care preferences of nursing home residents: Results of a cross-sectional study”, *Palliative Medicine*, Vol. 30(9) 843-853.

Williams, L. 2013, *More care, less pathway. A Review of the Liverpool care pathway*,  
[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/212450/Liverpool\\_Care\\_Pathway.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212450/Liverpool_Care_Pathway.pdf), (10.2.2018).

Ziehm, C., 2010, *Wünsche und Wunschvorstellungen im 21. Jahrhundert: Eine empirische Untersuchung mit Grundschulkindern der Klassenstufen 3 und 4*, 1. Auflage, GRIN Verlag.

## **7. Anhang**

Im nachstehend Anhang sind alle elf Studienbewertungen anhand von Hawker et al. (2002) zu finden. Der Bewertungsbogen beinhaltet eine gesamt Punkteanzahl von 36, dass würde eine 100 Prozentige gute Qualität der Studie bedeuten. Die Punkte werden anhand von neun Items und einer Likert Skala von vier bis eins vergeben.

## **Studie 1:**

Cook, D., Swinton, M., Toledo, F., Clarke, F., Rose, T., Hand-Breckenridge, T., Boyle, A., Woods, A., Zytaruk, N., Heels-Ansdell, D. & Sheppard, R. 2015, „Personalizing Death in the Intensive Care Unit: The 3 Wishes Project. A Mixed-Methods Study”, *Annals of Internal Medicine*, Vol. 163 No. 4.

### **Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent:**

36 Punkte = 100 Prozent

#### **1. Abstract and title:**

##### **Did they provide a clear description of the study?**

Titel ist repräsentativ, keywords sind im Titel teilweise enthalten, Informationen über Setting und Design ist gegeben.

Abstrakt beinhaltet Hintergrund, Ziel, Methodik, Ergebnisse, Schlussfolgerung. Forschungsempfehlung fehlt, Praxisempfehlung vorhanden. Der Abstrakt ist verständlich ohne den Text zu lesen. Keywords sind nicht extra angeführt.

**(good 4 Punkte)**

#### **2. Introduction and aims:**

##### **Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Einleitung ist gut strukturier und vom Generellen ins Spezifische.

Die Forschungslücke ist vorhanden. Das Forschungsziel ist klar definiert. Keywords wurden definiert, Autoren führten im Vorfeld eine Literaturrecherche durch.

**(good 4 Punkte)**

#### **3. Method and data:**

##### **Is the method appropriate and clearly explained?**

Die Methode ist angemessen, wurde genau definiert und ist für die Beantwortung des Zieles geeignet. Der Methodenteil ist strukturiert. Die Datenerhebung wurde beschrieben.

**(good 4 Punkte)**

#### **4. Sampling:**

##### **Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Das Sample wurde angegeben und klar definiert. Ebenso die Zielgruppe und das Setting. Charakteristika der Zielgruppe wurden genau angeführt – auch in einer Tabelle. Die Rekrutierung ist angegeben, ebenso vollständig aufgezeigt wurde die Rücklaufquote.

**(good 4 Punkte)**

#### **5. Data analysis:**

##### **Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Die genaue Datenanalyse ist angegeben und nachvollziehbar. Der Prozess der Datenerhebung ist angegeben. Datensättigung wurde erreicht.

**(good 4 Punkte)**

#### **6. Ethics and bias:**

##### **Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Schriftliche Einverständniserklärungen wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingeholt. Genehmigung der Ethikkommission erfolgt. Es bestand kein Interessenskonflikt.

**(good 4 Punkte)**

#### **7. Results:**

##### **Is there a clear statement of the findings?**

Die Ergebnisse sind klar beschrieben und anhand Tabellen dargestellt. Die Hauptergebnisse sind klar aufgezeigt. Die Ergebnisse beziehen sich auf das Forschungsziel.

**(good 4 Punkte)**

#### **8. Transferability or generalizability:**

##### **Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Der Diskussionsteil ist gut strukturiert und ist vom spezifischen ins breite Feld beschrieben. Die Interpretation und Diskussion ist nachvollziehbar.

Limitationen der Studie ist angegeben. Die Ergebnisse sind übertragbar.

**(good 4 Punkte)**

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Die Studie trägt zu neuem Wissen bei. Wichtige Erkenntnisse für Politik und Praxis sind vorhanden.

Empfehlungen für die Forschung ist angegeben. Empfehlung für die Praxis ebenso.

**(good 4 Punkte)**

## **Studie 2**

Delgado-Guay, M., Rodriguez-Nunez, A., De la Cruz, V., Frisbee-Hume, S., Williams, J., Wu, J., Liu, D., Fisch, M. & Bruera, E. 2016, „Advanced cancer patients` reported wishes at the end of life: a randomized controlled trial”, *Support Care Cancer*, 24:4273-4281.

### **Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent:**

36 Punkte = 100 Prozent

#### **1. Abstract and title:**

##### **Did they provide a clear description of the study?**

Titel ist repräsentativ, keywords sind im Titel enthalten, Informationen über Population und Design ist gegeben.

Abstrakt beinhaltet Hintergrund, Ziel, Methodik, Ergebnisse, Schlussfolgerung. Forschungs- und Praxisempfehlung fehlen. Der Abstrakt ist verständlich ohne den Text zu lesen. Keywords sind angegeben.

**(good 4 Punkte)**

#### **2. Introduction and aims:**

##### **Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Einleitung ist gut strukturier und vom Generellen ins Spezifische.

Die Forschungslücke ist vorhanden. Das Forschungsziel ist klar definiert. Keywords wurden definiert, Autoren führten im Vorfeld eine Literaturrecherche durch.

**(good 4 Punkte)**

#### **3. Method and data:**

##### **Is the method appropriate and clearly explained?**

Die Methode ist angemessen, wurde genau definiert und ist für die Beantwortung des Zieles geeignet. Der Methodenteil ist strukturiert. Die Datenerhebung wurde beschrieben.

**(good 4 Punkte)**

#### **4. Sampling:**

##### **Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Das Sample wurde angegeben und klar definiert. Ebenso die Zielgruppe und das Setting. Charakteristika der Zielgruppe wurden genau angeführt – auch in einer Tabelle. Die Rekrutierung ist angegeben, ebenso vollständig aufgezeigt wurde die Rücklaufquote.

**(good 4 Punkte)**

#### **5. Data analysis:**

##### **Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Die genaue Datenanalyse ist angegeben und nachvollziehbar. Der Prozess der Datenerhebung ist angegeben jedoch der genaue Zeitraum nicht..

**(good 4 Punkte)**

#### **6. Ethics and bias:**

##### **Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Schriftliche Einverständniserklärungen wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingeholt. Ethische Standards wurden berücksichtigt. Es bestand kein Interessenskonflikt.

**(good 4 Punkte)**

#### **7. Results:**

##### **Is there a clear statement of the findings?**

Die Ergebnisse sind klar beschrieben und anhand Tabellen dargestellt. Die Hauptergebnisse sind klar aufgezeigt. Die Ergebnisse beziehen sich auf das Forschungsziel.

**(good 4 Punkte)**

#### **8. Transferability or generalizability:**

##### **Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Der Diskussionsteil ist gut strukturiert und ist vom spezifischen ins breite Feld beschrieben. Die Interpretation und Diskussion ist nachvollziehbar.

Limitationen der Studie ist angegeben. Die Ergebnisse sind übertragbar.

**(good 4 Punkte)**

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Die Studie trägt zu neuem Wissen bei. Wichtige Erkenntnisse für Politik und Praxis sind vorhanden.

Empfehlungen für die Forschung ist angegeben. Empfehlung für die Praxis ebenso.

**(good 4 Punkte)**

### **Studie 3:**

Dobrina, R., Vianello, C., Tenze, M. & Palese, A. 2016, „Mutual Needs and Wishes of Cancer Patients and their family caregivers during the last week of life”, *Journal of Holistic Nursing*, Volume 34 Number 1.

### **Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent:**

35 Punkte = 97,2 Prozent

#### **1. Abstract and title:**

##### **Did they provide a clear description of the study?**

Titel ist repräsentativ, etwas zu lang, keywords sind im Titel enthalten, Informationen über Population und Design ist gegeben.

Abstrakt beinhaltet Hintergrund, Ziel, Methodik, Ergebnisse, Schlussfolgerung. Forschungsempfehlung fehlt, Praxisempfehlung vorhanden. Der Abstrakt ist verständlich jedoch ohne den Text zu lesen schwer verständlich. Keywords sind angegeben.

**(fair 3 Punkte)**

#### **2. Introduction and aims:**

##### **Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Einleitung ist gut strukturier und vom Generellen ins Spezifische.

Die Forschungslücke ist vorhanden. Das Forschungsziel ist klar definiert. Keywords wurden definiert, Autoren führten im Vorfeld eine Literaturrecherche durch.

**(good 4 Punkte)**

#### **3. Method and data:**

##### **Is the method appropriate and clearly explained?**

Die Methode ist angemessen, wurde genau definiert und ist für die Beantwortung des Zieles geeignet. Der Methodenteil ist strukturiert. Die Datenerhebung wurde beschrieben.

**(good 4 Punkte)**

#### **4. Sampling:**

##### **Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Das Sample wurde angegeben und klar definiert. Ebenso die Zielgruppe und das Setting. Charakteristika der Zielgruppe wurden genau angeführt – auch in einer Tabelle. Die Rekrutierung ist angegeben, ebenso vollständig aufgezeigt wurde die Rücklaufquote.

**(good 4 Punkte)**

#### **5. Data analysis:**

##### **Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Die genaue Datenanalyse ist angegeben und nachvollziehbar. Der Prozess der Datenerhebung ist angegeben und kurz in einer Tabelle aufgezeigt.

**(good 4 Punkte)**

#### **6. Ethics and bias:**

##### **Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Schriftliche Einverständniserklärungen wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingeholt. Ethische Standards wurden berücksichtigt und Anträge wurden gestellt. Es bestand kein Interessenskonflikt.

**(good 4 Punkte)**

#### **7. Results:**

##### **Is there a clear statement of the findings?**

Die Ergebnisse sind klar beschrieben und anhand Tabellen dargestellt. Die Hauptergebnisse sind klar aufgezeigt. Die Ergebnisse beziehen sich auf das Forschungsziel.

**(good 4 Punkte)**

#### **8. Transferability or generalizability:**

##### **Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Der Diskussionsteil ist gut strukturiert und ist vom spezifischen ins breite Feld beschrieben. Die Interpretation und Diskussion ist nachvollziehbar.

Limitationen der Studie ist angegeben. Die Ergebnisse sind übertragbar.

**(good 4 Punkte)**

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Die Studie trägt zu neuem Wissen bei. Wichtige Erkenntnisse für Politik und Praxis sind vorhanden.

Empfehlungen für die Forschung und Praxis wurden angegeben.

**(good 4 Punkte)**

#### **Studie 4:**

Gudat Keller, H., Rehmann-Sutter, C., Ohnsorge, K. & Streeck, N. 2017, „Palliativ non-oncology patients` wish to die. The attitudes and concerns of patients with neurological diseases, organ failure or frailty about the end of life and dying“, End of Life. National Research Programme NRP 67.

#### **Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent:**

33 Punkte = 91,6 Prozent

#### **1. Abstract and title:**

##### **Did they provide a clear description of the study?**

Titel enthält Informationen in Bezug auf Population und Keyword, Titel ist sehr lang und die Methode wird nicht erwähnt.

Abstrakt beinhaltet Hintergrund, Ziel, Methodik, Ergebnisse nicht komplett, Schlussfolgerung inklusive Forschungs- und Praxisempfehlung. Der Abstrakt ist teilweise verständlich ohne den Text zu lesen. Keine Keywords angegeben.

**(fair 3 Punkte)**

#### **2. Introduction and aims:**

##### **Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Die Einleitung ist gut strukturiert und geht vom Generellen ins Spezifische. Die Forschungslücke ist vorhanden. Das Forschungsziel ist klar definiert. Keywords wurden definiert, Autoren führten im Vorfeld eine Literaturrecherche durch.

**(good 4 Punkte)**

#### **3. Method and data:**

##### **Is the method appropriate and clearly explained?**

Die Methode ist angemessen, genaue Definition wurde auf die vorangegangene Studie verwiesen. Der Methodenteil ist gut strukturiert, ist geeignet um das Ziel zu beantworten. Die Datenerhebung wurde beschrieben.

**(good 4 Punkte)**

#### **4. Sampling:**

##### **Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Das Sample wurde angegeben und klar definiert.

Die Zielgruppe und das Setting wurden klar definiert und beschrieben. Die Charakteristika der Zielgruppe wurde angegeben. Die Rekrutierung wurden angeführt, ebenso die Rücklaufquote.

**(good 4 Punkte)**

#### **5. Data analysis:**

##### **Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Die Beschreibung der Datenanalyse ist erfolgt, anhand eines Modelles. Der Zeitraum und Prozess der Datenerhebung wurde angegeben.

**(good 4 Punkte)**

#### **6. Ethics and bias:**

##### **Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Schriftliche Einverständniserklärungen wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingeholt. Ethikkommission gab Bewilligung. Es bestand kein Interessenskonflikt.

**(good 4 Punkte)**

#### **7. Results:**

##### **Is there a clear statement of the findings?**

Die Ergebnisse sind klar beschrieben eine Tabelle wäre wünschenswert gewesen. Die Hauptergebnisse sind kurz und klar aufgezeigt. Die Ergebnisse beziehen sich auf das Forschungsziel.

**(fair 3 Punkte)**

#### **8. Transferability or generalizability:**

##### **Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Die Interpretation und Diskussion ist nachvollziehbar jedoch etwas unstrukturiert und kurz.

Limitationen der Studie ist angegeben. Die Ergebnisse sind übertragbar.

**(fair 3 Punkte)**

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Die Studie trägt zu neuem Wissen bei. Wichtige Erkenntnisse für Politik und Praxis sind vorhanden.

Empfehlungen für die Forschung und Praxis wurden angegeben.

**(good 4 Punkte)**

## **Studie 5**

Horne, G., Seymour, J. & Payne, S., 2012, „Maintaining integrity in the face of death: A grounded theory to explain the perspectives of people affected by lung cancer about the expression of wishes for end of life care”, *International Journal of Nursing Studies*, (49): 718-726.

### **Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent:**

36 Punkte = 100Prozent

#### **1. Abstract and title:**

##### **Did they provide a clear description of the study?**

Titel ist repräsentativ, keywords sind im Titel enthalten, jedoch ist der Titel sehr lang, Informationen über Population und Design ist gegeben.

Abstrakt beinhaltet Hintergrund, Ziel, Methodik, Ergebnisse, Schlussfolgerung. Forschungsempfehlung fehlt, Praxisempfehlung vorhanden. Der Abstrakt ist verständlich ohne den Text zu lesen. Keywords sind angegeben.

**(good 4 Punkte)**

#### **2. Introduction and aims:**

##### **Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Einleitung ist gut strukturier und vom Generellen ins Spezifische.

Die Forschungslücke ist vorhanden. Das Forschungsziel ist klar definiert. Keywords wurden definiert, Autoren führten im Vorfeld eine Literaturrecherche durch.

**(good 4 Punkte)**

#### **3. Method and data:**

##### **Is the method appropriate and clearly explained?**

Die Methode ist angemessen, wurde genau definiert und ist für die Beantwortung des Zieles geeignet. Der Methodenteil ist strukturiert. Die Datenerhebung wurde beschrieben.

**(good 4 Punkte)**

#### **4. Sampling:**

##### **Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Das Sample wurde angegeben und klar definiert. Ebenso die Zielgruppe und das Setting. Charakteristika der Zielgruppe wurden angeführt. Die Rekrutierung ist angegeben, ebenso vollständig aufgezeigt wurde die Rücklaufquote.

**(good 4 Punkte)**

#### **5. Data analysis:**

##### **Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Die genaue Datenanalyse ist angegeben und nachvollziehbar. Der Prozess der Datenerhebung ist angegeben.

**(good 4 Punkte)**

#### **6. Ethics and bias:**

##### **Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Schriftliche Einverständniserklärungen wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingeholt. Ethische Standards wurden berücksichtigt. Ethikkommission hat zugestimmt. Es bestand kein Interessenskonflikt.

**(good 4 Punkte)**

#### **7. Results:**

##### **Is there a clear statement of the findings?**

Die Ergebnisse sind klar beschrieben, die Darstellung in einer Tabelle wäre Wünschenswert gewesen. Die Hauptergebnisse sind klar aufgezeigt. Die Ergebnisse beziehen sich auf das Forschungsziel.

**(good 4 Punkte)**

#### **8. Transferability or generalizability:**

##### **Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Der Diskussionsteil ist gut strukturiert und ist vom spezifischen ins breite Feld beschrieben. Die Interpretation und Diskussion ist nachvollziehbar.

Limitationen der Studie ist angegeben. Die Ergebnisse sind nicht übertragbar - spezielle Patientinnen und Patientengruppe.

**(good 4 Punkte)**

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Die Studie trägt zu neuem Wissen bei. Wichtige Erkenntnisse für Politik und Praxis sind vorhanden.

Empfehlungen für die Forschung und Praxis sind vorhanden.

**(good 4 Punkte)**

## **Studie 6:**

Krones, T., Biller-Andorno, N., Zaugg, K. & Spirig, R. 2017, „Multiprofessional advance care planning and shared decision making for end of life care MAPS Trial“, End of Life. National Research Programme NRP 67.

### **Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent:**

33 Punkte = 91,6 Prozent

#### **1. Abstract and title:**

##### **Did they provide a clear description of the study?**

Titel ist repräsentativ, keywords sind im Titel enthalten, Informationen über Population, Setting und Design fehlen.

Abstrakt beinhaltet Hintergrund, Ziel, Methodik, Ergebnisse, Schlussfolgerung. Forschungs- und Praxisempfehlung fehlen. Der Abstrakt ist ohne den Text zu lesen schwer verständlich. Keywords sind nicht angegeben.

**(fair 3 Punkte)**

#### **2. Introduction and aims:**

##### **Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Einleitung ist gut strukturierter und vom Generellen ins Spezifische.

Die Forschungslücke ist vorhanden. Das Forschungsziel ist klar definiert. Keywords wurden definiert, Autoren führten im Vorfeld eine Literaturrecherche bzw. wurde eine Studie vorangegangen.

**(good 4 Punkte)**

#### **3. Method and data:**

##### **Is the method appropriate and clearly explained?**

Die Methode ist angemessen, wurde genau definiert und ist für die Beantwortung des Zieles geeignet. Der Methodenteil ist strukturiert. Die Datenerhebung wurde beschrieben.

**(good 4 Punkte)**

#### **4. Sampling:**

##### **Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Das Sample wurde angegeben und klar definiert. Ebenso die Zielgruppe und das Setting. Charakteristika der Zielgruppe wurden genau angeführt. Die Rekrutierung ist angegeben, ebenso vollständig aufgezeigt wurde die Rücklaufquote.

**(good 4 Punkte)**

#### **5. Data analysis:**

##### **Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Die Datenanalyse ist angegeben und jedoch nicht klar nachvollziehbar. Der Prozess der Datenerhebung ist angegeben. Signifikanzlevel ist angegeben.

**(fair 3 Punkte)**

#### **6. Ethics and bias:**

##### **Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Schriftliche Einverständniserklärungen wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingeholt. Über die Berücksichtigung von Ethische Standards oder der Bewilligung der Ethikkommission ist nichts angegeben. Es bestand kein Interessenskonflikt.

**(good 4 Punkte)**

#### **7. Results:**

##### **Is there a clear statement of the findings?**

Die Ergebnisse sind beschrieben. Die Hauptergebnisse sind klar aufgezeigt. Die Ergebnisse beziehen sich auf das Forschungsziel.

**(good 4 Punkte)**

#### **8. Transferability or generalizability:**

##### **Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Der Diskussionsteil ist nicht gut strukturiert, schwer nachvollziehbar.

Limitationen der Studie ist angegeben. Die Ergebnisse sind übertragbar.

**(fair 3 Punkte)**

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Die Studie trägt zu neuem Wissen bei. Wichtige Erkenntnisse für Politik und Praxis sind vorhanden.

Empfehlungen für die Forschung und die Praxis wurde angegeben.

**(good 4 Punkte)**

### **Studie 7:**

Monod, S., Durst, A., Spencer, B., Rochat, E., Mazzocato, C., Frick, E., Gunten, A., Münzer, T., Quadri, P., Levorato, A., Büla, C., Truchard, R. & Jox, R. 2017, „Understanding the wish to die in elderly nursing home residents: a mixed method approach”, End of Life. National Research Programme NRP 67.

### **Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent:**

33 Punkte = 91,6 Prozent

#### **1. Abstract and title:**

##### **Did they provide a clear description of the study?**

Titel ist repräsentativ, keywords sind im Titel enthalten, Informationen über Population, Setting und Design vorhanden.

Abstrakt beinhaltet Hintergrund, Ziel, Methodik, Ergebnisse, Schlussfolgerung. Forschungsempfehlung vorhanden, Praxisempfehlung fehlen. Der Abstrakt ist ohne den Text zu lesen schwer verständlich. Keywords sind nicht angegeben.

**(fair 3 Punkte)**

#### **2. Introduction and aims:**

##### **Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Einleitung ist gut strukturier und vom Generellen ins Spezifische.

Die Forschungslücke ist vorhanden. Das Forschungsziel ist klar definiert. Keywords wurden definiert, Autoren führten im Vorfeld eine Literaturrecherche durch.

**(good 4 Punkte)**

#### **3. Method and data:**

##### **Is the method appropriate and clearly explained?**

Die Methode ist angemessen, wurde genau definiert und ist für die Beantwortung des Zieles geeignet. Der Methodenteil ist strukturiert. Die Datenerhebung wurde beschrieben.

**(good 4 Punkte)**

#### **4. Sampling:**

##### **Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Das Sample wurde angegeben jedoch unstrukturiert. Ebenso die Zielgruppe und das Setting. Charakteristika der Zielgruppe wurden genau angeführt. Die Rekrutierung ist angegeben, ebenso aufgezeigt wurde die Rücklaufquote.

**(fair 3 Punkte)**

#### **5. Data analysis:**

##### **Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Die genaue Datenanalyse ist nicht angegeben, nur kurz erwähnt. Signifikanzlevel ist angegeben.

**(fair 3 Punkte)**

#### **6. Ethics and bias:**

##### **Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Schriftliche Einverständniserklärungen wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingeholt. Ethische Standards wurden berücksichtigt. Es bestand kein Interessenskonflikt.

**(good 4 Punkte)**

#### **7. Results:**

##### **Is there a clear statement of the findings?**

Die Ergebnisse sind klar beschrieben und anhand Tabellen dargestellt. Die Hauptergebnisse sind klar aufgezeigt, eine Tabelle wäre wünschenswert gewesen. Die Ergebnisse beziehen sich auf das Forschungsziel.

**(good 4 Punkte)**

#### **8. Transferability or generalizability:**

##### **Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Der Diskussionsteil ist strukturiert und ist vom spezifischen ins breite Feld beschrieben. Die Interpretation und Diskussion ist nachvollziehbar.

Limitationen der Studie ist angegeben. Die Ergebnisse sind übertragbar.

**(good 4 Punkte)**

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Die Studie trägt zu neuem Wissen bei. Wichtige Erkenntnisse für Politik und Praxis sind vorhanden.

Empfehlungen für die Forschung und die Praxis ist angegeben.

**(good 4 Punkte)**

## **Studie 8:**

Ohnsorge, K., Gudat, H. & Rehmman-Sutter, C. 2014, „Intentions in wishes to die: analysis and a typology - A report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care” *Psycho-Oncology*, 23: 1021-1026.

### **Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent:**

35 Punkte = 97,2 Prozent

#### **1. Abstract and title:**

##### **Did they provide a clear description of the study?**

Titel ist repräsentativ, keywords sind im Titel enthalten, Informationen über Population, Setting und Design vorhanden.

Abstrakt beinhaltet Hintergrund, Ziel, Methodik, Ergebnisse, Schlussfolgerung. Forschungs- und Praxisempfehlung fehlen. Der Abstrakt ist ohne den Text zu lesen verständlich. Keywords sind nicht angegeben.

**(fair 3 Punkte)**

#### **2. Introduction and aims:**

##### **Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Einleitung ist gut strukturier und vom Generellen ins Spezifische.

Die Forschungslücke ist vorhanden. Das Forschungsziel ist klar definiert. Keywords wurden definiert, Autoren führten im Vorfeld eine Literaturrecherche durch.

**(good 4 Punkte)**

#### **3. Method and data:**

##### **Is the method appropriate and clearly explained?**

Die Methode ist angemessen, wurde genau definiert und ist für die Beantwortung des Zieles geeignet. Der Methodenteil ist strukturiert. Die Datenerhebung wurde beschrieben.

**(good 4 Punkte)**

#### **4. Sampling:**

##### **Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Das Sample wurde angegeben und klar definiert. Ebenso die Zielgruppe und das Setting. Charakteristika der Zielgruppe wurden genau angeführt. Die Rekrutierung ist angegeben, ebenso vollständig aufgezeigt wurde die Rücklaufquote.

**(good 4 Punkte)**

#### **5. Data analysis:**

##### **Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Die Datenanalyse ist angegeben und nachvollziehbar. Der Prozess der Datenerhebung ist angegeben.

**(good 4 Punkte)**

#### **6. Ethics and bias:**

##### **Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Schriftliche Einverständniserklärungen wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingeholt. Ethische Standards wurden berücksichtigt. Ethikkommission hat Bewilligung erteilt. Es bestand kein Interessenskonflikt.

**(good 4 Punkte)**

#### **7. Results:**

##### **Is there a clear statement of the findings?**

Die Ergebnisse sind klar beschrieben und anhand Tabellen dargestellt. Die Hauptergebnisse sind klar aufgezeigt. Die Ergebnisse beziehen sich auf das Forschungsziel.

**(good 4 Punkte)**

#### **8. Transferability or generalizability:**

##### **Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Der Diskussionsteil ist gut strukturiert und ist vom spezifischen ins breite Feld beschrieben. Die Interpretation und Diskussion ist nachvollziehbar.

Limitationen der Studie ist angegeben. Die Ergebnisse sind übertragbar.

**(good 4 Punkte)**

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Die Studie trägt zu neuem Wissen bei. Wichtige Erkenntnisse für Politik und Praxis sind vorhanden.

Empfehlungen für die Forschung und Praxis wurden angeführt.

**(good 4 Punkte)**

## **Studie 9:**

Swinton, M., Giacomini, M., Toledo, F., Rose, T., Hand-Breckenridge, T., Boyle, A., Woods, A., Clarke, F. Shears, M., Sheppard, R. & Cook, D. 2017, „Experiences and Expressions of Spirituality at the End of Life in the Intensive Care Unit“, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Volume 195 Number 2.

### **Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent:**

29 Punkte = 80,5 Prozent

#### **1. Abstract and title:**

##### **Did they provide a clear description of the study?**

Titel ist repräsentativ, keywords sind im Titel enthalten, Informationen über Population und Setting vorhanden, Design fehlt.

Abstrakt beinhaltet Hintergrund, Ziel, Methodik, Ergebnisse, Schlussfolgerung. Forschungsempfehlung fehlt, Praxisempfehlung vorhanden. Der Abstrakt ist ohne den Text zu lesen schwer verständlich. Keywords sind angegeben.

**(fair 3 Punkte)**

#### **2. Introduction and aims:**

##### **Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Einleitung ist kurz, gut und vom Generellen ins Spezifische.

Die Forschungslücke ist vorhanden. Das Forschungsziel ist klar definiert. Keywords wurden nicht definiert, Autoren führten im Vorfeld eine Literaturrecherche durch.

**(fair 3 Punkte)**

#### **3. Method and data:**

##### **Is the method appropriate and clearly explained?**

Die Methode ist angemessen, wurde teilweise definiert und ist für die Beantwortung des Zieles geeignet. Der Methodenteil ist sehr kurz gehalten und nicht genau nachvollziehbar. Die Datenerhebung wurde kurz beschrieben.

**(fair 3 Punkte)**

#### **4. Sampling:**

**Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Das Sample wurde angegeben und definiert. Ebenso die Zielgruppe und das Setting. Charakteristika der Zielgruppe wurden genau angeführt – auch in einer Tabelle. Die Rekrutierung ist angegeben, ebenso vollständig aufgezeigt wurde die Rücklaufquote anhand einer Tabelle.

**(good 4 Punkte)**

#### **5. Data analysis:**

**Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Kurz und verständlich angeführt, Der Prozess der Datenerhebung ist angeführt. Signifikanzlevel ist nicht angeben.

**(fair 3 Punkte)**

#### **6. Ethics and bias:**

**Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Mündliche Einverständniserklärung zu Beginn und für die Interviews schriftliche Einverständniserklärungen wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingeholt.

Ethische Standards wurden berücksichtigt. Es bestand kein Interessenskonflikt.

**(good 4 Punkte)**

#### **7. Results:**

**Is there a clear statement of the findings?**

Die Ergebnisse sind beschrieben und anhand Tabellen dargestellt. Die Hauptergebnisse sind aufgezeigt. Die Ergebnisse beziehen sich auf das Forschungsziel. Jedoch sind trotz der Tabellen die Ergebnisse nur schwer

erkennbar, es fehlt an Struktur, teilweise sind im Ergebnissteil Erklärungen und Definitionen beinhaltet, die im Hintergrundteil gefehlt haben

**(poor 2 Punkte)**

**8. Transferability or generalizability:**

**Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Der Diskussionsteil ist strukturiert und ist vom spezifischen ins breite Feld beschrieben. Die Interpretation und Diskussion ist nachvollziehbar jedoch sehr kurz gehalten.

Limitationen der Studie ist angegeben. Die Ergebnisse sind übertragbar.

**(fair 3 Punkte)**

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Die Studie trägt zu neuem Wissen bei. Wichtige Erkenntnisse für Politik und Praxis sind vorhanden.

Empfehlungen für die Forschung ist nicht angegeben. Empfehlung für die Praxis ist vorhanden.

**(good 4 Punkte)**

## **Studie10:**

Vleminck, A., Pardon, K., Houttekier, D., Van den Block, L., Stichele, R. & Deliens, L. 2015, „The prevalence in the general population of advance directives on euthanasia and discussion of end-of-life wishes: a nationwide survey”, *BMC Palliative Care*, 14:71.

## **Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent:**

36 Punkte = 100 Prozent

### **1. Abstract and title:**

#### **Did they provide a clear description of the study?**

Titel ist repräsentativ, keywords sind im Titel enthalten, Informationen über Population und Design vorhanden.

Abstrakt beinhaltet Hintergrund, Ziel, Methodik, Ergebnisse, Schlussfolgerung. Forschungsempfehlung fehlt, Praxisempfehlung vorhanden. Der Abstrakt ist ohne den Text zu lesen verständlich. Keywords sind nangegeben.

**(good 4 Punkte)**

### **2. Introduction and aims:**

#### **Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Einleitung ist gut strukturier und vom Generellen ins Spezifische. Die Forschungslücke ist vorhanden. Das Forschungsziel ist klar definiert. Keywords wurden definiert, Autoren führten im Vorfeld eine Literaturrecherche durch.

**(good 4 Punkte)**

### **3. Method and data:**

#### **Is the method appropriate and clearly explained?**

Die Methode ist angemessen, wurde genau definiert und ist für die Beantwortung des Zieles geeignet. Der Methodenteil ist strukturiert. Die Datenerhebung wurde beschrieben.

**(good 4 Punkte)**

#### **4. Sampling:**

##### **Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Das Sample wurde angegeben und definiert. Ebenso die Zielgruppe und das Seeting – verwendet Daten aus der Querschnittstudie 2008-2009 mit 6000 privaten Haushalten. Charakteristika der Zielgruppe wurden anhand einer Tabelle angeführt. Die Rekrutierung ist angegeben, ebenso vollständig aufgezeigt wurde die Rücklaufquote.

**(good 4 Punkte)**

#### **5. Data analysis:**

##### **Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Die genaue Datenanalyse ist angegeben und nachvollziehbar. Der Prozess der Datenerhebung ist angegeben. Signifikanzlevel ist angegeben.

**(good 4 Punkte)**

#### **6. Ethics and bias:**

##### **Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Statistikrat hat die Studie genehmigt, Ethikkommission war nicht notwendig da es sich um ein wiederkehrendes Projekt handelt.

**(good 4 Punkte)**

#### **7. Results:**

##### **Is there a clear statement of the findings?**

Die Ergebnisse sind klar beschrieben und anhand einer Tabelle kurz dargestellt. Die Hauptergebnisse sind klar aufgezeigt. Die Ergebnisse beziehen sich auf das Forschungsziel.

**(good 4 Punkte)**

#### **8. Transferability or generalizability:**

##### **Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Der Diskussionsteil ist gut strukturiert und ist vom spezifischen ins breite Feld beschrieben. Die Interpretation und Diskussion ist nachvollziehbar.

Limitationen der Studie ist angegeben. Die Ergebnisse sind übertragbar.

**(good 4 Punkte)**

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Die Studie trägt zu neuem Wissen bei. Wichtige Erkenntnisse für Politik und Praxis sind vorhanden.

Empfehlungen für die Forschung ist angegeben. Empfehlung für die Praxis ebenso.

**(good 4 Punkte)**

## **Studie11:**

Wei Ling, C., Cheong, S., Raj, G., Teo, W. & Leong, I. 2016, „End-of-life care preferences of nursing home residents: Results of a cross-sectional study“, *Palliative Medicine*, Vol. 30(9) 843-853.

### **Gesamtpunkteanzahl und Qualität der Studie in Prozent:**

35 Punkte = 97,2Prozent

#### **1. Abstract and title:**

##### **Did they provide a clear description of the study?**

Titel ist repräsentativ, keywords sind im Titel enthalten, Informationen über Population und Design ist gegeben.

Abstrakt beinhaltet Hintergrund, Ziel, Methodik, Ergebnisse, Schlussfolgerung. Forschungs- und Praxisempfehlung fehlen. Der Abstrakt ist verständlich ohne den Text zu lesen. Keywords sind angegeben.

**(good 4 Punkte)**

#### **2. Introduction and aims:**

##### **Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Einleitung ist gut strukturier und vom Generellen ins Spezifische.

Die Forschungslücke ist vorhanden. Das Forschungsziel ist klar definiert. Keywords wurden definiert, Autoren führten im Vorfeld eine Literaturrecherche durch.

**(good 4 Punkte)**

#### **3. Method and data:**

##### **Is the method appropriate and clearly explained?**

Die Methode ist angemessen, wurde genau definiert und ist für die Beantwortung des Zieles geeignet. Der Methodenteil ist strukturiert. Die Datenerhebung wurde klar beschrieben.

**(good 4 Punkte)**

#### **4. Sampling:**

##### **Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Das Sample wurde angegeben und klar definiert. Ebenso die Zielgruppe und das Setting. Charakteristika der Zielgruppe wurden genau angeführt – auch in einer Tabelle. Die Rekrutierung ist angegeben, ebenso vollständig aufgezeigt wurde die Rücklaufquote.

**(good 4 Punkte)**

#### **5. Data analysis:**

##### **Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Die genaue Datenanalyse ist angegeben und nachvollziehbar. Der Prozess der Datenerhebung ist angegeben.

**(good 4 Punkte)**

#### **6. Ethics and bias:**

##### **Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Inwieweit die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgeklärt wurden, ist nicht angegeben.

Ethische Zulassung wurde eingeholt. Es bestand kein Interessenskonflikt.

**(fair 3 Punkte)**

#### **7. Results:**

##### **Is there a clear statement of the findings?**

Die Ergebnisse sind klar beschrieben und anhand Tabellen dargestellt. Die Hauptergebnisse sind klar aufgezeigt. Die Ergebnisse beziehen sich auf das Forschungsziel.

**(good 4 Punkte)**

#### **8. Transferability or generalizability:**

##### **Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Der Diskussionsteil ist gut strukturiert und ist vom spezifischen ins breite Feld beschrieben. Die Interpretation und Diskussion ist nachvollziehbar.

Limitationen der Studie ist angegeben. Die Ergebnisse sind übertragbar.

**(good 4 Punkte)**

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Die Studie trägt zu neuem Wissen bei. Wichtige Erkenntnisse für Politik und Praxis sind vorhanden.

Empfehlungen für die Forschung ist angegeben. Empfehlung für die Praxis teilweise.

**(good 4 Punkte)**