

Bachelorarbeit

Ethische Aspekte in der end of life care in Bezug auf die
Palliative Sedierung – ein Literaturreview

Eingereicht von

Gloria Sophie Deutsch

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, 25.3.2019

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, 25. März 2019

Gloria Sophie Deutsch, eh.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	iv
Abstract	vi
1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Palliative Sedierung	1
1.3 Palliative Care.....	3
1.3.1 Letzte Lebensphase.....	4
1.4 Ethische Probleme in der Pflege	4
1.4.1 Definition	5
1.4.2 Ethische Reflexion	5
1.5 Pflegerelevanz	7
1.6 Forschungsziel.....	8
2 Methodik	8
2.1 Literaturrecherche.....	8
2.2 Auswahl der Studien	9
2.3 Kritische Bewertung der Studien	10
3 Ergebnisse	11
3.1 Charakteristika der Studien	11
3.2 Belastungen des Pflegepersonals	16
3.2.1 Eingeschränkte Kommunikation	17
3.2.2 Veränderung der Bewusstseinslage	18
3.3 Angehörige	19
3.4 Existentielles Leiden	20
3.5 Einsatz von künstlicher Ernährung und Hydratation.....	22
3.6 Das ethische Prinzip der Autonomie.....	23
3.7 Euthanasie	24
4 Diskussion	25
5 Schlussfolgerung	29
6 Stärken und Limitationen	30
7 Praxis- und Forschungsempfehlungen	30
8 Literaturverzeichnis	32
9 Anhang	36
9.1 Tabellenverzeichnis	36
9.2 Abbildungsverzeichnis	36
9.3 Bewertung der analysierten Studien	36

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Palliative Sedierung findet sowohl in Hospiz Einrichtungen, Palliativstationen als auch in der ambulanten Begleitung durch Mobile Palliativ Teams Anwendung. Sie stellt in vielen Fällen die letzte Therapieoption dar um refraktäre Symptome am Ende des Sterbeprozesses zu lindern. Die Indikationsstellung und der Entscheidungsprozess sollten gewissenhaft durchgeführt werden um das beste Outcome für den Patienten zu erzielen. Dabei spielt die ethische Reflexion immer mehr eine Rolle um die getroffene Entscheidung transparent darzulegen.

Methode: Für dieses Review wurde eine Literatursuche in den Datenbanken Pub-Med und CINAHL im Oktober und November 2018 durchgeführt. 10 Studien wurden aus den Jahren 2008 bis 2018 inkludiert.

Forschungsziel: Das Ziel ist es, die ethischen Herausforderungen von Pflegepersonen bei der Betreuung von Patienten/innen mit einer Palliativen Sedierung in der letzten Lebensphase herauszufinden.

Ergebnisse: Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass folgende Themen als ethische Herausforderungen identifiziert werden konnten: die Betreuung von Angehörigen, die Vorgehensweise bei psycho-existentialen Leiden, der Einsatz von künstlicher Ernährung und Hydratation, das Prinzip der Autonomie und die Euthanasie. Zusätzlich haben sich die Belastungen für das Pflegepersonal, die infolge der eingeschränkten Kommunikation und der Veränderten Bewusstseinslage bei Patienten/innen mit einer Palliativen Sedierung ergeben, als sehr relevant erwiesen.

Diskussion: In den meisten Studien fand die Euthanasie aufgrund der schwierigen Abgrenzung zur Palliativen Sedierung immer wieder großen Anklang im multidisziplinären Team. Für eine ganzheitliche Betreuung des Patienten/in in der letzten Lebensphase muss der Wunsch nach Euthanasie ebenfalls berücksichtigt werden. Die Belastungen für Pflegepersonen wurden in fast allen Studien aufgegriffen, dennoch wird diesem Thema im speziellen viel zu wenig Aufmerksamkeit zugesprochen. Denn es hat sich bei der Recherche bestätigt, dass Pflegepersonen die in der Palliativ oder End-of-life Care tätig sind zumeist alleine mit ihren Ängsten und Zweifeln kämpfen müssen. Oft führt der Einsatz oder Entzug von künstlicher Ernährung und Hydratation aufgrund der möglichen

lebensverkürzenden Wirkung zu einer Herausforderung im Entscheidungsprozess für oder gegen die Palliative Sedierung.

Schlussfolgerung: Aufgrund des umfangreichen Aufgabengebietes und den ethischen Herausforderungen die eine Pflegeperson im Rahmen der End-of-life Care zu bewältigen hat, sollte der Fokus auf weitere Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten gelegt werden. Nur so kann der interdisziplinäre Entscheidungsprozess verbessert werden und folglich wird die Betreuung von Angehörigen und Patienten/innen optimiert.

Abstract

Background: Palliative sedation is used in hospice facilities, palliative care units as well as in outpatient care. In many cases it is the last option to alleviate refractory symptoms at the end of life. The indication and the decision making process should be carried out conscientiously to achieve the best outcome for the patient.

Methods: A literature search in the PubMed and CINAHL databases was done in October and November 2018. 10 studies from 2008 to 2018 were included.

Aim: The aim was to identify the ethical challenges of nurses caring for patients under palliative sedation in the last stage of life.

Results: The literature search has shown that the following topics could be identified as ethical challenges: the care of relatives, the approach to psycho-existential suffering, the use of artificial nutrition and hydration, the principle of autonomy and euthanasia. In addition, the burden on nurses resulting from limited communication and altered consciousness of patients with palliative sedation become very relevant.

Discussion: In most studies, euthanasia was so well received as a result of ongoing discussion about the distinction against palliative sedation. For a holistic care for patient in the last stage of life, the desire for euthanasia must also be considered. The burdens on nurses were addressed in almost all studies, but far too little attention is given to this topic in particular. Research confirmed that nursing staff working in palliative or end-of-life care usually have to deal with their fears and doubts on their own. The use or withdrawal of artificial nutrition and hydration together with the possible life-shortening effect leads to a challenge in the decision making process.

Conclusion: Based on the extensive range of tasks and the ethical challenges that a care giver has to cope with in the context of end-of-life care, the focus should be on further education and training opportunities. Only in this way can the interdisciplinary decision making process can be improved and consequently, the care of relatives and patients be optimized.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Die Zahlen zur Häufigkeit der Anwendung einer Palliativen Sedierung variieren zwischen 5 und 52% aller behandelten Patienten/innen im Stationären Bereich (Stiel et al. 2008, p. 665-671). Die Durchführung ist sowohl in Hospizeinrichtungen und Palliativstationen als auch in der ambulanten Begleitung durch Mobile Palliativ Care Teams sehr bedeutsam (Riedel, Annette 2014, p. 10). Erst wenn keine anderen medizinischen Optionen zur Linderung der unerträglichen Symptome mehr wirksam sind, kommt es zum Einsatz der letzten Therapieoption in Form einer Palliativen Sedierung (Alt-Epping et al. 2010). Das Ziel ist es durch diese ethisch gerechtfertigte und medizinisch gebotene Behandlungsoption das Leiden von Patienten/innen die sich am Lebensende befinden zu lindern.

Die Voraussetzung für die Durchführung einer Palliativen Sedierung ist eine gewissenhafte Indikationsstellung, eine fachlich präzise Beratung und Begleitung aller am Entscheidungsprozess beteiligten Personen sowie die ethische Reflexion (Dietl & Böhm 2012, p. 135-139). Nur so ist es möglich die Entscheidung in der jeweiligen Situation transparent darzulegen, wodurch sich weniger Konflikte und Verunsicherungen innerhalb des multidisziplinären Teams ergeben (Riedel, Annette 2014, p. 11)

1.2 Palliative Sedierung

Unter einer palliativen Sedierung wird die Dämpfung oder sogar Ausschaltung des Bewusstseins durch die Verabreichung bestimmter Medikamente verstanden. Dies führt dazu, dass der Patient die therapierefraktären unerträglichen Symptome nur begrenzt wahrnehmen muss (Alt-Epping et al. 2010).

In den meisten Fällen kommen Benzodiazepine in Verbindung mit sedierenden Antipsychotika und Narkotika zum Einsatz. Für die Durchführung der palliativen Sedierung müssen jedoch zwei Bedingungen vorherrschen, in erster Linie muss eine medizinische Indikation gegeben sein und in zweiter Instanz muss die Einwilligung des Patienten vorliegen. (Trachsel et al. 2018, p. 53)

Probleme die in einem multidisziplinären Palliativ Care Setting in Bezug auf die palliative Sedierung auftreten könnten sind:

- Meinungsverschiedenheiten über Pflegeentscheidungen und Behandlungsmöglichkeiten
- Nicht Akzeptanz der Wünsche des Patienten/innen
- Qualitativ Minderwertige End-of-life Care
- Entscheidungsfindung des Pflegepersonals
- Wertekonflikt zwischen Pflegepersonal und Patienten/innen

(Gaudine et al. 2011, p. 9-19)

Am häufigsten kommt es jedoch bei der Indikationsstellung zu ethischen Konflikten. Neben der pflichtbewussten Indikation ist die „*ethische Rechtfertigung*“ und „*das Prinzip des informierten Einverständnisses, der Proportionalität und der Doppelwirkung*“ die Voraussetzung für die Durchführung einer palliativen Sedierung (Laufenberg-Feldmann, Gerlach & Weber 2012, p. 2158).

Beispiel: Wenn die Kommunikation mit dem Patienten/in über einen längeren Zeitraum nicht möglich ist, weil die Dauer der Sedierung verlängert werden musste, führt dies durchaus zu Belastungen und moralischen Fragestellungen innerhalb des multidisziplinären Palliativ Care Teams.

Folglich werden drei ethische Kernpunkte beschrieben:

- Die „subjektive und objektive Einschätzung des Leidens“
- „Das Problem der Zumutung und Zumutbarkeit“
- „Die Sorge vor Instrumentalisierung“

(Nietzke et al. 2009, p. 203)

Des Weiteren führt die Anwendung der palliativen Sedierung bei psychischer Symptomlast, wie bei depressiven Zuständen, Angst und existentiellen Krisen, durch deren schwere Beurteilbarkeit zu einer ethischen Reflexion (Alt-Epping et al. 2010, p. 115).

Sehr oft kommt es bei der Betreuung von Patienten/innen die sich in der letzten Lebensphase befinden zu emotionalen Belastungen und moralischen Irritationen seitens des Pflegepersonals. Dies führt zu Unsicherheiten innerhalb des

multidisziplinären Teams und immer häufiger bekommen Patienten/innen und deren Angehörige nicht die erforderliche Unterstützung und psychosoziale Begleitung. (Nietzke et al. 2009, p. 185-207)

1.3 Palliative Care

In der Palliativ Care leiden Patienten/innen an einer lebensbedrohlichen Krankheit, deswegen gilt es auch durch Prävention und Linderung von Leiden, frühzeitige Diagnose und Schmerzbehandlung die Lebensqualität der Patienten/innen und ihrer Familien bestmöglich zu stärken (WHO 2018). Das Handlungsfeld der Palliativ Care beschränkt sich nicht nur auf die Betreuung am Lebensende, womit es von Laien und Fachpersonal fälschlicherweise oft assoziiert wird (Trachsel et al. 2018, p. 11).

Zentrale Elemente der Palliativ Care:

1. Diagnostik des Todes
2. Kommunikation mit dem Patienten/in und dessen Angehörige
3. Spirituelle Begleitung
4. Verabreichung von Medikamenten zur Linderung von Symptomen
5. Regelmäßige Erhebung der Meinung der Patienten/innen
6. Regelmäßige Beurteilung der Hydratation
7. Regelmäßige Beurteilung der Ernährung
8. Miteinbezug der Patienten/innen und Angehörigen in den Pflegeplan
9. Regelmäßige Neubeurteilung des Patienten/in
10. Würdevolle Betreuung nach dem Tod

(Ellershaw 2013)

Definition der End-of-Life Care:

Das Pflegepersonal hat sich bei der Betreuung von Patienten/innen am Lebensende auf die End-of-life Care spezialisiert. Der Fokus liegt dabei auf der letzten Lebensphase in der sich der Patient/in befindet. (Trachsel et al. 2018, p. 12)

1.3.1 Letzte Lebensphase

Ein Patient/in jeder Altersgruppe befindet sich dann am Lebensende, wenn die verbleibende Zeit nicht mehr lange ist und mit dem baldigen Eintritt des Todes gerechnet wird. Eine genauere zeitliche Bestimmung der letzten Lebensphase ist nicht möglich, da eine Erhebung erst nach dem Versterben des Patienten/in möglich ist. (Trachsel et al. 2018, p. 12)

Die Therapie am Lebensende umfasst alle medizinischen Maßnahmen die zu einer Verlängerung des Lebens und Linderung der Symptome führen. Folglich kann es bei der Palliativen Sedierung und bei Verabreichung von Schmerzmedikamenten zu einer Verkürzung des natürlichen Sterbeprozesses kommen. Dies ist aber nicht das Ziel einer Therapie am Lebensende weswegen der fälschlicherweise oft handgehabte Begriff der „indirekten Sterbehilfe“ in diesem Kontext nicht verwendet werden sollte. (Ethikrat 2006)

Entscheidungen am Lebensende werden aus ethischer und rechtlicher Sicht in zwei Gruppen differenziert. Zu unterscheiden sind Handlungen die einen vorzeitigen Tod hervorrufen und Handlungen die ein natürliches Sterben zulassen. Letzteres wird auch als Behandlungsabbruch bezeichnet. Worunter das Nichtbeginnen und das Beenden einer Lebensverlängernden Maßnahme verstanden wird. Beispiele für Lebenserhaltende Maßnahmen sind die Reanimation, Dialyse, künstliche Beatmung und notwendige Operationen. (Jox 2015, p. 133-140)

1.4 Ethische Probleme in der Pflege

In der Praxis kommt es immer wieder zu ethischen Problemen, wobei sich das Pflegepersonal die Frage nach der richtigen Vorgehensweise um das Problem zu lösen stellt. Die meisten Konfliktfelder ergeben sich in der Betreuung von Patienten/innen und im Umgang mit deren Angehörigen, wodurch eine eigenständige ethische Reflexion aller Handlungsbereiche des Pflegepersonals erforderlich ist. Erst die selbstständige ethische Reflexion, die Begründung des Handelns und des intuitiven moralischen Verständnisses zeichnet eine professionelle Pflege aus. Folglich können Probleme und Konflikte deutlicher

beschrieben werden. Weiters kann anhand der ethischen Überlegungen nach einer Lösung für die Situation gesucht werden.

Die Pflegeethik wird als zentraler Kern der Pflegequalität beschrieben, wodurch ethische Prinzipien deutlich in den Fokus bei der Betreuung von Patienten/innen rücken. (Fölsch 2017, p. 231)

1.4.1 Definition

Unter einem ethischen Problem wird eine moralisch begründete Sichtweise über eine bestimmte Thematik verstanden (Kemetmüller & Fürstler 2013, p. 11). Der Unterschied zwischen einem Problem und einem Dilemma wird so beschrieben: Ein Problem kann gelöst werden, ein Dilemma nicht. „Wir haben nur die Wahl zwischen zwei gleich schwierigen oder schlechten Alternativen.“ (Tschudin 1988, p. 125) Ein Problem ergibt sich dann, wenn das Pflegepersonal in einer speziellen Situation die Entscheidung über eine Handlung nicht durch deren moralische Intuition lösen kann, sondern zwischen verschiedenen Lösungsmöglichkeiten wählen muss (Hiemetzberger, Messner & Dorfmeister 2010, p. 63).

Der Aufenthalt in einem Krankenhaus oder Pflegeheim stellt für Betroffene einen Ausnahmezustand mit belastenden Lebenserfahrungen da, wodurch es vor allem im Zusammenhang mit der letzten Lebensphase verstärkt zu ethischen Problemen kommt. Durch die Zunahme an medizinischen Therapiemöglichkeiten und die Stärkung der Patientenautonomie werden immer mehr ethische Probleme dargelegt. (Gordijn & Steinkamp 2012, p. 76-87)

1.4.2 Ethische Reflexion

In den meisten Fällen ist bei der Indikationsstellung einer kontinuierlichen palliativen Sedierung in der letzten Lebensphase eines Patienten/in keine Hektik geboten. Es bleibt genügend Zeit um die gesamte Situation im multidisziplinären Team zu besprechen. Eine Ethische Reflexion führt dazu bereits bestehende Vorschriften zu hinterfragen und zu überarbeiten um eine transparente Entscheidung für das gesamte multidisziplinäre Team zu gewährleisten. Die wichtigsten Verfahrensschritte um eine ethisch begründete Entscheidung zu treffen sind zunächst die systematisierte ethische Reflexion, im Rahmen von Ethik

Fallbesprechungen und folglich das Abwägen und Zensieren der kontextuell beteiligten Werte. (Riedel, Annette 2014, p. 11, 64)

Der zentrale Kern besteht darin die beteiligten Werte gemeinsam innerhalb des Teams auszuwählen und zu interpretieren, da das Werteverständnis bei jedem Teammitglied situativ sehr unterschiedlich sein kann (Riedel, A. & Lehmeier 2013). Nachfolgend müssen die Entscheidungsmöglichkeiten ethisch begründet werden und mit Argumenten anhand von Werten gestützt werden (Albisser Schleger et al. 2012). Besonders wichtig ist es zudem die Wertorientierungen aller im Entscheidungsprozess beteiligten Personen zu erfassen und festzuhalten. Dazu gehören alle Mitglieder des multidisziplinären Teams, die Patienten/innen und deren Angehörige. (Riedel, Annette 2014, p. 65)

Es gibt zwei zentrale Grundorientierungen bestehend aus der deontologischen und der konsequentialistischen Argumentation. Die Deontologie beschäftigt sich mit den Handlungen selbst, die aufgrund von vorgegeben Regeln und Geboten als moralisch schlecht oder gut gelten. Zum Beispiel wird eine Handlung als moralisch gut eingestuft, wenn sich die Pflegeperson anlässlich ihrer normativen Verpflichtungen für diese Handlung entscheidet. Im Gegensatz dazu befasst sich der Konsequentialismus uneingeschränkt mit den Folgen einer Handlung. Wenn die Folgen einer pflegerischen Handlung positiv überwiegen werden sie als moralisch gut bewertet. Im Konsequentialismus rückt das Ergebnis der Handlung deutlich in den Fokus. (Kemetmüller & Fürstler 2013)

Dieses Hintergrundwissen wird benötigt um die anschließende Gegenüberstellung der ethischen Perspektiven zu verstehen. Deontologische Werte in Bezug auf die Palliative Sedierung sind die Autonomie des Patienten/in, die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität, die Linderung des Leidens, das Respektieren der Würde, das Nicht-Schaden, die pflichtbewusste Aufklärung und die informierte Zustimmung. Kritische deontologische Ansicht der eben angeführten Werte wären die Akzeptanz des Sterbens als normalen Prozess, die Heiligkeit des Lebens, die Sinnerfahrung im Leid und die Akzeptanz der individuellen Lebensentwürfe. (Riedel, Annette 2014, p. 42)

Konsequentialistische Werte in Bezug auf die Palliative Sedierung: Erleichterung des Leidens, Verbesserung der Lebensqualität, Stärkung der Patientenautonomie,

Entlastung der Angehörigen, Akzeptanz des nahen Todes, Schaden-Nutzen-Abwägen, Prinzip des Doppeleffekts.

Kritische Konsequentialistische Ansicht: Missbrauch, Gesellschaftliche Erwartung an gutes Sterben, Unterstützung bei psychosozialen und spirituellen Belastungen, Sedierung als Ausweg bei komplexen Problemen, Gesellschaftliche und ökonomische Erwartungen, Angst davor anderen zu Last zu fallen. (Riedel, Annette 2014, p. 42) Nach Analyse der Werte werden die erfassten Wertorientierungen und ethischen Implikationen systematisiert.

Entscheidungen am Lebensende werden aus ethischer und rechtlicher Sicht in zwei Gruppen differenziert. Zu unterscheiden sind Handlungen die einen vorzeitigen Tod hervorrufen und Handlungen die ein natürliches Sterben zulassen. Letzteres wird auch als Behandlungsabbruch bezeichnet, worunter sowohl das Nichtbeginnen als auch das Beenden einer lebensverlängernden Maßnahme verstanden wird. Beispiele für lebenserhaltende Maßnahmen sind die Reanimation, Dialyse, künstliche Beatmung und notwendige Operationen. (Jox 2015, p. 133-140)

1.5 Pflegerelevanz

Das Pflegepersonal ist für die Versorgung sterbender Patienten/innen verantwortlich und steht immer in direkten Kontakt mit den Patienten/innen, deswegen spielt es auch eine wichtige Rolle im ethischen Entscheidungsprozess und sollte optimal vorbereitet sein, damit die bestmögliche Betreuung des Patienten gewährleistet werden kann. (Riedel, Annette 2014) (Alt-Epping et al. 2010)

In bestimmten Behandlungssituationen wird deutlich wie hilfreich die Möglichkeit einer Palliativen Sedierung ist, deswegen sollte das Pflegepersonal ein Augenmerk auf klare ethische Begründungsstrukturen legen. So wird verhindert, dass diese wertvolle Therapieoption nicht durch falsche Handhabung und Missachtung der Ethischen Prinzipien in falsches Ansehen gerät. (Alt-Epping et al. 2010)

„Ethik ist integraler Bestandteil der Berufe im Gesundheitswesen. Das eigenständige Reflektieren über moralische Probleme gehört zur Praxis und zum Selbstverständnis dieser Berufe dazu.“ (Gordijn & Steinkamp 2012, p. 149)

1.6 Forschungsziel

Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit ist es, herauszufinden welche ethischen Herausforderungen bei der Betreuung von Patienten/innen mit einer Palliativen Sedierung in der letzten Lebensphase auf das Pflegepersonal zukommen, und wie sie damit umgehen.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Welche ethischen Herausforderungen entstehen für das Pflegepersonal bei der Betreuung von Patienten/innen mit palliativer Sedierung in der letzten Lebensphase?

2 Methodik

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde als Design das Literaturreview gewählt. Worunter eine Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes über ein bestimmtes Forschungsproblem verstanden wird (Polit & Beck 2017, p. 733).

2.1 Literaturrecherche

Im Zeitraum von Oktober bis November 2018 fand die Literaturrecherche in den wissenschaftlichen Datenbanken Pubmed (Public Medical Literature Online) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health) statt. Zusätzlich erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten und in der Bibliothek der Medizinischen Universität Graz.

Folgende englische Suchwörter wurden verwendet: ethics, palliative sedation, end of life care und palliative care. Diese wurden als Stichwörter eingesetzt und mit den booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verbunden.

Verwendete Suchabfrage

Tabelle 1: Suchanfragen in den Datenbanken PubMed und CINAHL

PubMed	ethic AND palliative sedation AND (end-of-life care or palliative care)
CINAHL	ethic AND palliative sedation AND (end-of-life care or palliative care)

Folgende Filter wurden gesetzt:

- Publikationsdatum von 1.1. 2008 bis 31.12. 2018
- Sprache Deutsch/Englisch

2.2 Auswahl der Studien

Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden nur Studien eingeschlossen die sich mit den ethischen Herausforderungen von Pflegepersonen bei der Betreuung von Patienten/innen mit einer Palliativen Sedierung beschäftigten.

Auswahlprozess

Alle Suchergebnisse aus den Datenbanken wurden in ein Literaturverwaltungsprogramm (Endnote X8) importiert. Mit der Suchanfrage wurden nach Ausschluss der Duplikate 217 Treffer erzielt. Durch die Handsuche in Referenzlisten und in Google Scholar wurden weitere 5 Studien inkludiert. In der Vorauswahl erfolgte zuerst ein Titelscreening und in weiterer Folge ein Abstractscreening wodurch einige Studien ausgeschlossen wurden. Als geeignet wurden nur Studien vermerkt die für die Beantwortung der Forschungsfrage genutzt werden konnten. Von den 20 als aussagekräftig identifizierten Studien wurde der Volltext gelesen um zu beurteilen, welche sich zum Lösen der Forschungslücke als geeignet erweisen. Folglich wurden 10 Studien eingeschlossen, diese wurden einer kritischen Bewertung unterzogen. Der Ablauf des Auswahlprozesses ist in Abbildung 1 dargestellt.

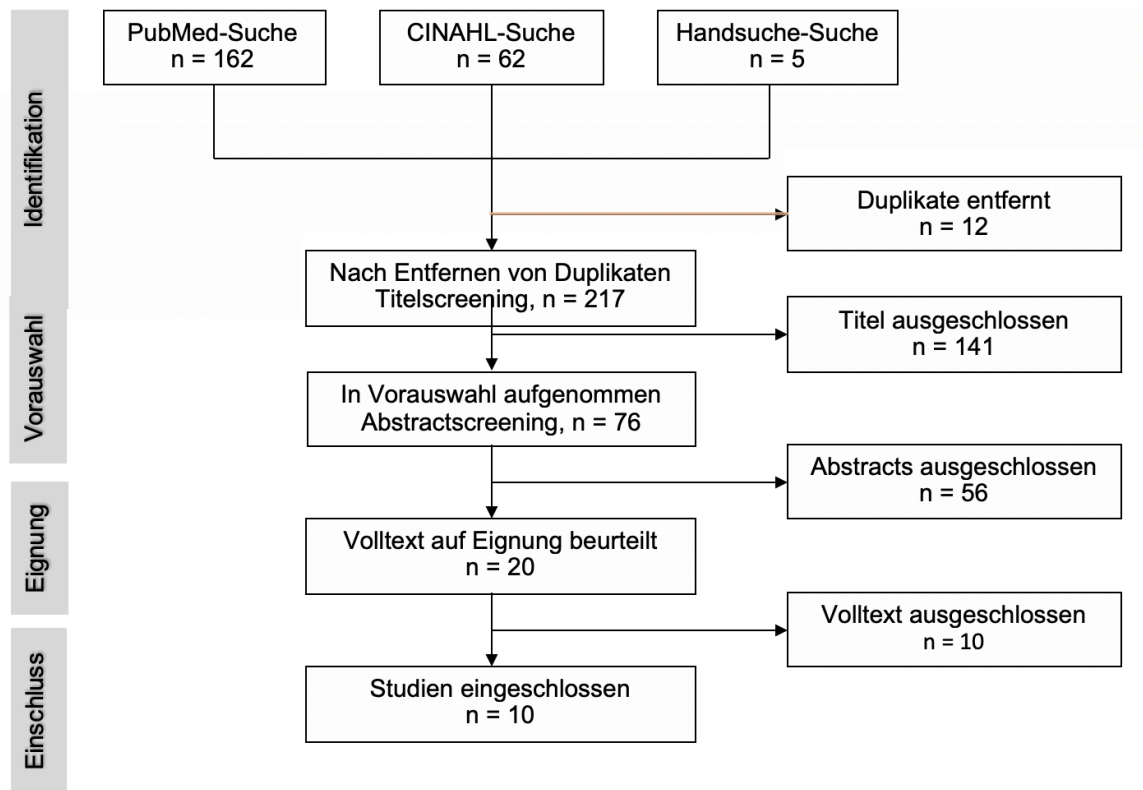


Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Ziegler, Antes & König 2011)

2.3 Kritische Bewertung der Studien

Anhand des Bewertungsbogens von Hawker et al. (2002) wurden die zehn eingeschlossenen Studien kritisch bewertet. Mit Hilfe dieses Bewertungsinstruments können sowohl qualitative als auch quantitative Studiendesigns bewertet werden. Der Bewertungsbogen umfasst die Beurteilung von neun Kategorien: Abstract, Titel, Einleitung, Ziel, Methode der Datenerhebung, Sampling, Datenanalyse, ethische Gesichtspunkte und Limitationen.

In jeder Kategorie wurden für die Stufe *Very Poor*, *Poor*, *Fair* und *Good* Punkte von 1 bis 4 vergeben. Folglich ergab sich durch die Punktevergabe ein summarischer Qualitätsscore für jeden Artikel. Wenn diese Studien mehr als 60% der maximalen Punkteanzahl erreichten wurden sie in das Review inkludiert. Die Bewertung dieser zehn Studien ist im Anhang zu finden.

3 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Datenbankrecherche wurden in diesem Kapitel aufgezeigt. Die anhand der Literaturrecherche ausgewählten Studien wurden für eine bessere Übersicht in der Tabelle 2 veranschaulicht. Folglich wurden die Ergebnisse in Themenbereiche gegliedert.

3.1 Charakteristika der Studien

Von den zehn ausgewählten Studien wurden je zwei in England, Belgien und Portugal durchgeführt und je eine in den USA, Norwegen, Deutschland und Frankreich. Sechs der untersuchten Studien hatten ein qualitatives Studiendesign, drei waren Mixed Methods Studien und zwei waren Literaturreviews. Die Datenerhebungsmethoden waren in erster Linie Interviews, aber auch Datensätze früherer Studien wurden ausgewertet. Eine Übersicht über die Charakteristika der ausgewählten Studien ist in der Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien

Autoren, Land	Titel	Forschungsziel	Studiendesign	Setting, Stichprobe	Erhebung	Hauptergebnisse
Claessens, P. et al. (2011) Belgien	Palliative Sedation, Not Slow Euthanasia: A Prospective, Longitudinal Study of Sedation in Flemish Palliative Care Units	Ziel dieser Studie war es, die Eigenschaften von Patienten zu beschreiben, die für refraktäre Symptome auf Palliativstationen vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Todestag sediert werden.	Prospektives, Longitudinales, Deskriptives Design	8 Palliativstationen, 266 Patienten	Informationen über Demographie, Medikamente, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Entscheidungsfindung, Bewusstseinsgrad und Symptomerfahrung wurden von Krankenschwestern und Forschern dreimal pro Woche gesammelt.	Die Sedierung begann durchschnittlich 2,5 Tage vor dem Tod. Die Patienten waren vollen Bewusstseins und hatten nur eine begrenzte Aufnahme von oraler Nahrung und Flüssigkeit. Die wichtigsten refraktären Symptome waren: Schmerzen, Müdigkeit, Depressionen, Schläfrigkeit und Verlust des Wohlbefindens.
Claessens et al. (2012) Belgien	Level of consciousness in dying patients. The role of palliative sedation: a longitudinal prospective study	Ziel dieser Studie war es, die Entwicklung der Bewusstseinslage von Patienten auf Palliativstationen von der Aufnahme bis zum Tod detailliert zu beschreiben. Auswirkungen der Palliative Sedierung auf die Bewusstseinssebene?	Prospektives, longitudinales und deskriptives Design	266 Patienten; 8 Palliativ Care Units: 3 PCU's in allgemeinen Krankenhäusern, 1 Hospiz, und 4 weitere PCU's.	Der Forscher besuchte die Einheit einmal alle zwei Wochen und sammelte die Daten, die in den Patientendiagrammen verfügbar waren.	Die Palliative Sedierung hat einen Einfluss auf die GCS. Nach der Verabreichung der Palliativen Sedierung sinkt die Bewusstseinssebene allmählich bis zum Tod.

Autoren, Land	Titel	Forschungsziel	Studiendesign	Setting, Stichprobe	Erhebung	Hauptergebnisse
De Vries & Plaskota (2017) England	Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer	Ziel dieser Studie ist es die Erfahrungen von Hospizschwester bei der Verabreichung von Palliativsedierung zu erforschen.	Qualitative Studie Phänomenologischer Ansatz	Hospiz in Südengland, 7 Hospizschwestern	Semistrukturierte Interviews	Die Erleichterung des Todes war das vorrangige Ziel der Krankenschwestern. Ethische Dilemmata im Zusammenhang mit der Entscheidungsfindung waren ein Faktor um dies zu erreichen. Diese waren Medikamentenentscheidungen, Betreuung der Familien, Hospiz ist ein Ort an dem der Tod beschleunigt.
Ebun A. Abarshi & IMPACT (2014) England	The Complexity of Nurses Attitudes and -practice of Sedation at the End of Life	Das Ziel war eine Systematische Überprüfung der Erkenntnisse über die Einstellungen der Krankenschwestern und die Praxis der Sedierung am Lebensende.	Systematisches Literaturreview	10 Studien erfüllten die Einschlusskriterien.	Es wurden 8 elektronische Datenbanken, 4 Zeitschriften zur Palliativmedizin und Referenzlisten für empirische Studien durchsucht die zwischen 1990 und 2012 auf Englisch veröffentlicht wurden.	Die meisten Krankenschwestern betrachteten die PS als eine Behandlung als letzten Ausweg zur Linderung von Leiden und refraktären Symptomen. Einige von Ihnen erlitten durch die Verabreichung der PS Belastungen, dies konnte durch Leitlinien unterstützt werden.
Martins Pereira, Fradique & Hernández-Marrero (2018) Portugal	End-of-Life Decision Making in Palliative Care and Recommendations of the Council of Europe: Qualitative Secondary Analysis of Interviews and Observation Field Notes	Ziel dieser Studie war es, zu analysieren ob die Entscheidungsfindung am Lebensende in der Palliativ Care mit dem Leitfaden des Bioethikausschusses übereinstimmt und ob strittige Fragen Teil der End-of-Life Entscheidungen sind.	Qualitative Sekundäranalyse	In der Original Studie wurden, 9 Palliative Care Teams in Portugal beobachtet und 20 Professionals (11 Krankenschwestern und 9 Ärzte) wurden befragt.	4 qualitative Datensätze, darunter 44 Interviews und 9 Teambeobachtungsnotizen aus früheren Studien mit Palliative Care Teams und Profis in Portugal.	Die Mehrheit der Fachleute empfand das ethische Prinzip der Autonomie als vorrangig bei der Entscheidungsfindung am Ende der Lebensdauer. Palliativsedierung und der Wunsch, den Tod zu beschleunigen, waren die am häufigsten umstrittenen Themen.

Autoren, Land	Titel	Forschungsziel	Studiendesign	Setting, Stichprobe	Erhebung	Hauptergebnisse
Papavasiliou et al. (2014) Deutschland	Current debates on end-of-life sedation: an international expert elicitation study	Ziel dieser Studie war es, die Perspektiven internationaler Palliativmedizin – Experten in Bezug auf die End-of-life Sedierung zu erheben.	Qualitative Studie	21 Experten	Semi-strukturierte Interviews mit offenen Fragen	Drei Hauptaspekte wurden identifiziert und als problematisch diskutiert: Kontinuierliche tiefe Sedierung, psychosoziale-existentielle Leiden, Entzug oder Einbehaltung künstlicher Nährstoffe und Hydratation als potenzielle Lebensverkürzende Wirkung.
Patel et al. (2012) USA	Nurses' attitudes and experiences surrounding palliative sedation: components for developing policy for nursing professionals	Ziel dieser Studie war es, die Perspektiven und Konzepte der Krankenschwestern für die Handhabung der Palliativen Sedierung zu ermitteln.	Qualitative Studie (Grounded Theory)	Aufteilung der Teilnehmenden Krankenschwestern: 9 Onkologie, 10 ICU, 12 Hospiz.	Aufzeichnung von vier Fokusgruppen, wortgetreu transkribiert und Kodierung für die wichtigsten Themen.	Es identifizierten sich 5 Schlüsselkonzepte, die für die Betrachtung und die Implementierung der PS notwendig sind: Definition der PS, Faktoren welche die Eignung einer PS bestimmen, Erforderliche Fähigkeit für die Verabreichung der PS, Aufklärung über die Palliative Sedierung und End-of-life care.

Autoren, Land	Titel	Forschungsziel	Studiendesign	Setting, Stichprobe	Erhebung	Hauptergebnisse
Rodrigues, Crokaert & Gastmans (2018) Frankreich	Palliative Sedation for Existential Suffering: A Systematic Review of Argument-Based Ethics Literature.	Das Ziel dieses Literaturreviews war die Systematische Identifizierung, Beschreibung, Analyse und Diskussion ethischer Argumente und Konzepte, die der argumentbasierten bioethischen Literatur zu PS-ES zugrunde liegen.	Systematisches Literaturreview	18 Artikel haben die Aufnahmekriterien erfüllt	Untersuchung der Argumentbasierten Bioethischen Literatur in PubMed, CINAHL, Embase, The Philosophers Index, PsychINFO, PsysArticles, Scopus, Science Direct, Web of Science, Pascal-Francis und Cairn.	Die Analyse ergab, dass der Dualismus zwischen Geist und Körper, existentielles Leiden, Refraktorität, Endzustand und drohender Tod als relevante Konzepte in der ethischen Debatte um PS-ES gelten. Obwohl Einstimmigkeit darüber besteht, dass PS zur Kontrolle von refraktären physischen Leiden in End-of-Life Situationen eingesetzt wird, bleibt die Verwendung umstritten.
Venke Gran & Miller (2008) Norwegen	Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation	Das Ziel der Studie war es zu untersuchen ob Krankenschwestern eine tiefe palliative Sedierung als ethisches Problem ansehen oder nicht, und wenn ja warum sie der Meinung sind, dass es ein Problem für sie darstellt.	Exploratory descriptive design Quantitativer und Qualitativer Teil	2 Krankenhäuser in zentral Norwegen und eine Palliativstation im Osten von Norwegen 145 Krankenschwestern die Vollzeit angestellt waren.	Fragebogen bestehend aus offenen und geschlossenen Fragen.	63 % waren der Meinung, dass eine tiefe palliative Sedierung ethische Probleme aufwirft. Die Befragten hielten es für ethisch schwierig, wenn Patienten nicht an der Entscheidung beteiligt waren und wenn die Familien weiterhin das Bedürfnis hatten mit ihren Angehörigen zu kommunizieren.

3.2 Belastungen des Pflegepersonals

In der norwegischen Studie von Eburn A. Abarshi & IMPACT (2014) mit einem deskriptiven Design, gegliedert in eine Quantitative und Qualitative Phase wurden Interviews mit 73 Krankenschwestern in 3 Settings in Norwegen durchgeführt. Das Ziel des Systematischen Literaturreviews von Eburn et al. war es Kenntnisse über die Einstellungen der Pflegepersonen bezüglich der Palliativen Sedierung am Lebensende zu erlangen. Es stellte sich heraus, dass einige der Krankenschwestern über die Todesursache nach dem Einsatz einer Palliativen Sedierung besorgt waren. Sie zweifelten an der Angemessenheit oder am Zeitpunkt des Verfahrens, folglich bekamen sie Unterstützung von Teammitgliedern und klinischen Psychologen. (Eburn A. Abarshi & IMPACT 2014)

In einer weiteren qualitativen Studie mit einem phänomenologischen Ansatz von De Vries et al. aus Südeuropa wurden 7 Hospizschwestern anhand von semistrukturierten Interviews über ihre Erfahrungen bei der Verabreichung einer Palliativen Sedierung befragt. Das Ziel der dort arbeitenden Hospizschwestern war es den Patienten/innen mit diagnostizierten Krebs im Endstadium einen friedvollen Tod zu ermöglichen. Dies führte zu mehreren emotionalen und ethischen Konfliktfeldern im Rahmen der Tätigkeitsfelder. Die häufigsten Dilemmata traten in Verbindung mit der Verabreichung und Dosierung spezifischer Medikamente für die Palliative Sedierung auf. Die Pflegepersonen äußerten in den Interviews immer wieder Unsicherheiten, da sie nicht wussten ob sie das richtige Medikament zur Linderung der Symptome gewählt hatten. Während der End-of-life Periode eines Patienten mussten oft mehrere Medikamente wie Midazolam, Levomepromazine oder Haloperidol eingesetzt werden, um die gewünschte Linderung der Symptome und Erregungszustände zu erreichen. Solche Ausnahmezustände führten zu Diskussionen innerhalb des multidisziplinären Teams und Unbehagen seitens der Familienangehörigen. Zunehmend machten sich die Hospizschwestern Gedanken darüber, ob deren Tätigkeiten ethisch einwandfrei sind oder nicht, vor allem für junges Personal war dies sehr belastend. Des Weiteren wurde festgestellt, dass das Alter der zu behandelnden Patienten ausschlaggebend für die Gefühlslage und Bedenken des Pflegepersonals war. Die Sedierung junger Patienten, vor allem wenn es sich um ein akutes Ereignis handelte, verstärkte die Ängste der Hospizschwestern bezüglich der Auswirkungen. Sie empfanden die Verabreichung

hoher Dosierungen als bedenklich und waren bei der Handhabung vorsichtiger. Die erfahrenen Pflegepersonen berichteten hingegen ein höheres Vertrauen in ihre eigenen Entscheidungen zu haben, stets mit dem Ziel dem Patienten/in bestmögliches Wohlbefinden in der letzten Lebensphase zu ermöglichen. (De Vries & Plaskota 2017)

In der norwegischen Studie von Venke Gran & Miller mit einem explorativen deskriptiven Design wurden 145 Krankenschwestern aus 3 unterschiedlichen Settings mittels Fragebogen befragt. Ziel dieser Studie war es herauszufinden ob die befragten Krankenschwestern die tiefe Palliative Sedierung als ein ethisches Problem ansehen oder nicht und wenn ja warum. Der Fragebogen wurden von 2 erfahrenen Krankenschwestern der Onkologie in Norwegen entwickelt und auf Validität geprüft. Die Pflegepersonen mussten ihre Gedanken und Gefühle in Bezug auf die Palliative Sedierung beschreiben und hatten am Ende des Fragebogens die Möglichkeit ihre schwerwiegenden Erlebnisse mit Patienten/innen niederzuschreiben. 31 Krankenschwestern empfanden die Palliative Sedierung als ethisch schwierig und bezeichneten das Abschalten des Bewusstseins eines Menschen als sehr bedenklich. Die Tatsache, dass die Gefühle und das Leiden des Patienten/in während einer tiefen Palliativen Sedierung nicht erhoben werden können erschweren die fürsorgliche Rolle der Krankenschwestern. Es wird auch darauf hingewiesen, dass spezielle Schulungen für die Betreuung bei Patienten/innen in der letzten Lebensphase den Krankenschwestern bei der Verarbeitung ihrer Emotionen sehr helfen. (Venke Gran & Miller 2008)

3.2.1 Eingeschränkte Kommunikation

Zu den Aufgaben der Pflegepersonen auf einer Palliativ Station gehören die Verabreichung und Überwachung von Medikamenten und die Betreuung von Patienten und Angehörigen. Der Einsatz einer Palliativen Sedierung erschwert die Rolle der Krankenschwestern zunehmend, weil die Patienten oft nicht mehr in der Lage sind ihre Bedürfnisse und Schmerzen zu kommunizieren. Dies führt durchaus zu einer ethischen Herausforderung da die Pflegepersonen nicht erheben können wie sich die Patienten fühlen und ob sie Schmerzen oder Leiden empfinden. (Eburn A. Abarshi & IMPACT 2014)

Bei der Betreuung von Patienten/innen mit einer kognitiven Beeinträchtigung kam es in der Studie von Hernandez-Marrero zu schwierigen Herausforderungen für das Pflegepersonal. Demenzkranke Patienten/innen zum Beispiel sind nicht in der Lage ihre Wünsche mitzuteilen was zur Folge hat, dass die Krankenschwestern rein intuitiv und aufgrund ihrer Berufserfahrung handeln müssen. Um eine Entscheidung treffen zu können versuchten sich die Krankenschwestern in die Lage des Patienten/in hineinzusetzen. In den Interviews äußerten die Krankenschwestern auch Überforderung mit der Verantwortung die sie tragen mussten (Hernandez-Marrero, Fradique & Pereira 2018)

3.2.2 Veränderung der Bewusstseinslage

Das Ziel der belgischen Studie von Claessens et al. war es die Auswirkungen der Palliativen Sedierung auf die Bewusstseinslage von Patienten/innen zu erheben. Die Studie hatte ein prospektives, longitudinales und deskriptives Design, folglich wurden 266 Patienten/innen eingeschlossen, von denen 7.5% eine palliative Sedierung erhielten. Die Forscher sammelten zweimal wöchentlich in 8 ausgewählten Palliativstationen Daten aus den Patientendiagrammen. Bei der Analyse stellte sich heraus, dass die Palliative Sedierung Auswirkungen auf den Glasgow Coma Scale Wert hat. Bereits nach Beginn der Sedierung steigt die Wahrscheinlichkeit deutlich, dass die Patienten einen niedrigeren GSC Wert haben. Der Abfall der Bewusstseinslage führt zu einer Verschlechterung der Kommunikation mit den Patienten/innen. Ab dem Zeitpunkt des Einsatzes der palliativen Sedierung sinkt die Bewusstseinslage bis zum Todestag kontinuierlich. Die Dosis der sedierenden Medikamente wird nach Intensität der Symptome abgestimmt, was einen Rückgang der Bewusstseinslage nicht verhindert. Demzufolge kann der Patient/in nicht mehr am Entscheidungsprozess über weitere medizinische und therapeutische Verfahren teilnehmen. (Claessens et al. 2012)

Eine andere Studie von Claessens et al. die 2011 durchgeführt wurde hatte das Ziel die Eigenschaften von Patienten/innen mit einer Palliativen Sedierung vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Eintritt des Todes zu erfassen. Durch die Sammlung von Daten bei 266 Patienten/innen konnte festgestellt werden, dass bei 88% die Sedierung als eine milde oder intermittierende Form vier Tage vor dem Todestag begonnen hat. Infolgedessen entwickelte sich im Durchschnitt zwei Tage

vor dem Tod eine tiefe kontinuierliche Form der Sedierung. Maßgeblich dafür ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit im Entscheidungsprozess, anhand dessen wird die Intensität, Form und Dosierung der Sedierung bestimmt. Demgemäß setzt der Einsatz von sedierenden Medikamenten nicht voraus das ein Patient bis zur Bewusstlosigkeit sediert wird. Das Ziel ist es lediglich das Bewusstsein soweit zu reduzieren um die refraktären Symptome des Patienten zu verringern oder bestenfalls zu beseitigen. Durch das Prinzip der Verhältnismäßigkeit in der Medizin kann ein klarer Unterschied zwischen der Palliativen Sedierung und der Euthanasie hergestellt werden. (Claessens, Patricia et al. 2011)

3.3 Angehörige

In der Qualitativen Sekundäranalyse von Pereira et al. wird hervorgehoben, dass die Betreuung von Familienangehörigen ebenfalls sehr relevant ist. Dies muss bei der Pflege von Patienten/innen mit einer Palliativen Sedierung berücksichtigt werden. In der Originalen portugiesischen Studie wurden 9 Palliative Care Teams beobachtet und 20 Experten/innen befragt. Das Ziel dieser Studie war es zu analysieren ob die Entscheidungsfindung am Lebensende in der Palliative Care mit dem Leitfaden des Bioethikausschusses übereinstimmt.

Insbesondere wenn Patienten/innen aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes nicht mehr in der Lage sind ihre Wünsche zu äußern hilft die Anwesenheit der Angehörigen für ein besseres Verständnis. Aufgrund dessen sollten Familienangehörige angesichts ihrer emotionalen Bindung zu den Patienten auch in den Entscheidungsprozess über die Palliative Sedierung und weitere Vorgehensweisen miteinbezogen werden. (Martins Pereira, Fradique & Hernández-Marrero 2018)

Auch in der portugiesischen Studie von Hernandez-Marrero et al. wird die Kommunikation mit Angehörigen in allen Kulturen als eine der größten Herausforderungen für das Pflegepersonal betont. In dieser qualitativen Studie wurde anhand von drei Datensätzen und 32 Interviews aus früheren Studien versucht die ethischen Grundsätze des Pflegepersonals die bei der Entscheidungsfindung am wichtigsten waren zu identifizieren. Dabei wurde das ethische Prinzip der Gerechtigkeit in Zusammenhang mit der Einbeziehung von Familienangehörigen in den Entscheidungsprozess sehr hervorgehoben. Die

verständnisvolle Betreuung von Angehörigen wird als ethische Verantwortung die zum Berufsbild der Krankenschwestern gehört gezählt. (Hernandez-Marrero, Fradique & Pereira 2018)

In der Studie von De Vries et al. wurde das Thema ebenfalls aufgegriffen, hier war es für die Hospizschwestern oft eine Herausforderung den Bedürfnissen der Angehörigen und der Patienten/innen nachzugehen. Die schwierigen Umstände mit denen die Familien der Patienten/innen oft konfrontiert waren und der Umgang mit familiären Dilemmata hatten Auswirkungen auf die Durchführung der pflegerischen Tätigkeiten. Die Angehörigen kommunizierten oft indirekt den Wunsch für die Verabreichung sedierender Medikamente, um die unruhige und agile Bewusstseinslage nicht mit ansehen zu müssen. (De Vries & Plaskota 2017)

Die Betreuung der Angehörigen und Familien der Patienten/innen erhält auch in der Studie von Venke Gran & Miller 2008 ein großes Maß an Bedeutung. Die Aufklärung von Familien über häufige Symptome am Lebensende hilft vor falschen Interpretationen und bereitet die Angehörigen gleichzeitig auf schwierige Situationen vor. Die Krankenschwestern in der Studie betonten auch, dass es sehr wichtig ist den Patienten/innen und ihren Angehörigen zuzuhören und ihnen Aufmerksamkeit zu schenken um Belastungen zu verringern. Außerdem ist es wichtig die Familien zu ermutigen trotz der eingeschränkten Bewusstseinslage mit den Patienten/innen zu kommunizieren und ihre Zuneigung durch Berührungen auszudrücken. (Venke Gran & Miller 2008)

3.4 Existentielles Leiden

Der Einsatz von Palliativer Sedierung bei existentiellen Leiden wird in dem systematischen Literaturreview von Rodrigues et al. aus Frankreich erörtert. Das Ziel dieser Studie war es, anhand der 18 eingeschlossenen Artikel ethische Argumente und Konzepte über die Bioethik der Palliativen Sedierung zu identifizieren. Es wurden zwei Definitionen von Leiden gefunden. Als erstes wird neurokognitives Leiden in Form von Angststörungen, Depressionen oder Psychosen definiert, diese Art des Leidens ist klinisch. Erzählerisches Leiden hingegen ist nicht klinisch, dazu gehört existentielles Leiden, Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit. (Rodrigues, Crokaert & Gastmans 2018)

Für Pflegepersonen ist es schwer zwischen individuellen Sorgen und psychologischen Problemen der Patienten/innen zu unterscheiden. Der Beginn einer Palliativen Sedierung bei existentiellen Leiden ist somit nicht gerechtfertigt, insofern würden die Patienten/innen ihre Probleme nicht mehr selbstständig lösen können. Aufgrund der schwierigen Einschätzung über die Art und Stärke des individuellen Leidens stellt dies eine weitere Herausforderung für das Pflegepersonal da. Folglich kommen geeignete Bewertungsinstrumente zum Einsatz, um die Gefahr einer subjektiven Einschätzung zu verhindern. (Rodrigues, Crokaert & Gastmans 2018)

Das Patienten neben körperlichen Symptomen auch ausgeprägte psychosoziale und existentielle Belastungen erleben wurde ebenfalls in der Studie von Patel et al. erfasst. Das Ziel dieser qualitativen Studie mit dem Design einer Grounded Theory war es die Perspektiven und Konzepte der Krankenschwestern für die Handhabung der Palliativen Sedierung zu erheben. Neun der teilnehmenden Krankenschwestern arbeitenden auf einer Onkologie, 10 auf einer Intensivstation und 12 im Hospiz, die Teilnehmer wurden in 4 Fokusgruppen eingeteilt. Die Befragten Krankenschwestern empfanden, dass jeder Form des Leidens ein bestimmtes Ausmaß an qualifizierter Betreuung zustehe. Die Behandlung von psychosozialen Leiden mit einer Palliativen Sedierung bei ungeklärten körperlichen Symptomen wurde als ethisch fragwürdig identifiziert. (Patel et al. 2012)

Dieses Thema wurde in der qualitativen Studie von Papavasiliou et al. (2014) ebenfalls aufgegriffen. Die befragten Experten äußerten Bedenken hinsichtlich der ethischen Angemessenheit beim Einsatz von Palliativer Sedierung zur Linderung von existentiellen Leiden. Vier Teilnehmer lehnten den Einsatz eindeutig ab. Einer hingegen würde nur zustimmen, wenn das existentielle Leiden in einem direkten Zusammenhang mit körperlichen Leiden steht. Mehrere der Teilnehmer betonten die Besprechung von ethisch schwierigen Entscheidungen in einem multidisziplinären Team und das Hinzuziehen von Experten. (Papavasiliou et al. 2014)

3.5 Einsatz von künstlicher Ernährung und Hydratation

Um die Perspektiven internationaler Palliativmedizinexperten in Bezug auf die End-of-life Sedierung zu erheben wurde eine qualitative Studie von Papavasiliou et al. (2014) in Deutschland durchgeführt. Anhand von semistrukturierten Interviews wurden 21 Experten aus verschiedenen Bereichen bezüglich der aktuellen Debatten rund um die Sedierung befragt. Eines der drei als problematisch identifizierten Themen war die Beibehaltung oder der Entzug der künstlichen Ernährung und Hydratation und deren denkbar lebensverkürzende Wirkung. Einige der Befragten verdeutlichten, dass der Flüssigkeits- und Nahrungsentzug vor allem bei Patienten mit einer tiefen kontinuierlichen Sedierung den Eintritt des Todes beschleunigen kann. Einige Experten befürchteten, dass es durch den Verzicht von Ernährung und Flüssigkeit zu einer Überschreitung der Absichtslinie zwischen der Linderung von refraktären Symptomen und der Beschleunigung des Todes kommt. Infolgedessen käme die Palliative Sedierung der Euthanasie einen Schritt näher. Deshalb wurde beim Rückzug oder Zurückhalten von künstlicher Ernährung und Hydratation die Sedierung von den befragten Experten als eine verdeckte Form der Euthanasie assoziiert. (Papavasiliou et al. 2014)

In der Studie von Claessens et al. wird das Thema ebenfalls wieder aufgegriffen. Bei keinem von 20 Patienten/innen die eine Palliative Sedierung erhielten wurde während des Aufenthaltes eine künstliche Ernährung oder Hydratation begonnen. Zu Beginn einer Palliativen Sedierung wurde die orale Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit bei den Patienten/innen auf ein Minimum reduziert. In der Studie wird auch darauf hingewiesen, dass ein durchschnittlicher Patient/in im fortgeschrittenen Stadium seiner/ihrer Erkrankung nur wenig Flüssigkeit und Nahrung zu sich nimmt. Was nach sich zieht, dass die Verabreichung künstlicher Flüssigkeit einen negativen Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand des Patienten/in hat. Folglich besteht bei Zurückhaltung oder Verzicht künstlicher Ernährung und Hydratation laut Claessens et al. keine nachgewiesene lebensverkürzende Wirkung. Der Verzicht von künstlicher Flüssigkeit ist unter anderem keine Voraussetzung für eine Palliative Sedierung, 60 % der Patienten/innen erhielten nach dem Beginn der Sedierung weiterhin die gleiche Menge an Flüssigkeit wie zuvor. (Claessens, Patricia et al. 2011)

Die Ergebnisse der Studie von Hernandez-Marrero, Fradique & Pereira (2018) zeigten, dass unter den am häufigsten genannten umstrittenen Fragen die künstliche Ernährung und Hydratation war. Dabei mussten sich die befragten Krankenschwestern mit der Entscheidung für oder gegen das Setzen einer Ernährungssonde auseinandersetzen oder dafür Sorge leisten, dass die Patienten/innen genügend Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen. In einem Interview erzählte eine Krankenschwester, dass solche Entscheidungen über einen Behandlungsverzicht sowohl für die Pflegepersonen selbst als auch für den Patienten/in und deren Familien außerordentlich schwierig sind. (Hernandez-Marrero, Fradique & Pereira 2018)

3.6 Das ethische Prinzip der Autonomie

In der qualitativen Sekundäranalyse von Pereira et al. stellte sich heraus, dass die Befragten des Palliative Care Teams in Portugal die Autonomie als eines der bedeutsamsten ethischen Prinzipien empfanden. Die Autonomie ermöglicht einem Patienten/in in der letzten Lebensphase selbstständig eine Entscheidung über das weitere therapeutische Vorgehen zu treffen. 33 der 44 Befragten bezeichneten die Relevanz und die Auswirkungen der Autonomie sowohl für die aktuelle Situation des Patienten/innen als auch für die Zukunft sehr wertvoll. Das Erfassen der Präferenzen und Wünsche des Patienten/in und die damit verbundene Vorausplanung der pflegerischen Tätigkeiten wird als Qualitätsindikator in der End-of-Life Care angesehen. Beim Entscheidungsprozess liegt das Augenmerk auf eine gemeinsame Kommunikation zwischen dem Patienten/in und dem Pflegepersonal um das ethische Prinzip der Autonomie optimal zu berücksichtigen. (Martins Pereira, Fradique & Hernández-Marrero 2018)

In einer anderen Studie von Rodrigues wird ebenfalls das Prinzip der Autonomie betont. Das Recht des Patienten/in sich individuell für die richtige Therapieform zu entscheiden. Ein autonomer Patient/in hat folglich das Recht eine vorgeschlagene Behandlungsart anzunehmen oder abzulehnen. (Rodrigues, Crokaert & Gastmans 2018)

Auch in der norwegischen Studie von Venke and Miller wird das ethische Prinzip der Autonomie in Zusammenhang mit Entscheidungen am Lebensende betont. Die befragten Krankenschwestern sind der Meinung, dass die Patienten/innen jene

Entscheidungen, die ihr Leben verändern selbst treffen sollten. Patienten/innen haben das Recht über Vorteile, Nachteile und Folgen der tiefen Palliative Sedierung aufgeklärt zu werden um eine Entscheidung treffen zu können. Darauf wird in westlichen Ländern sehr viel Wert gelegt. (Venke Gran & Miller 2008)

3.7 Euthanasie

In der Studie von Claessens et al. (2012) wird die Palliative Sedierung als eine medizinische Behandlung definiert, die in außergewöhnlichen Situationen und bei refraktären Leiden am Ende des Sterbeprozesses eingesetzt wird. Die Palliative Sedierung sei weder als eine langsame Euthanasie noch als eine gegensätzliche Behandlung zu verstehen. (Claessens et al. 2012)

Es herrscht ein schmaler Grad zwischen der Absicht refraktäre Symptome zu lindern und den Tod zu beschleunigen, so heißt es in der Studie von Papavasiliou et al. (2014). Bei Fällen in denen zum Beispiel die Verabreichung der künstlichen Ernährung und Hydratation gestoppt oder verringert wurde, begann die Assoziation mit einer verdeckten Euthanasie. Einige Teilnehmer wiesen auch darauf hin, dass die Legalisierung der Euthanasie in anderen Ländern zu einer Grauzone zwischen den beiden Vorgehensweisen geführt hat. (Papavasiliou et al. 2014)

In dem Literaturreview von Claessens, P. et al. (2011) betonen einige Autoren, dass mit dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit eine klare Unterscheidung zwischen Palliativer Sedierung und Euthanasie getroffen werden kann. Mit Hilfe des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit wird nach Erfassung der Intensität und Art des Leidens die geeignete Form der Sedierung ausgewählt. (Claessens, P. et al. 2011)

In der Studie von Patel et al. (2012) wurde erwähnt, dass sich die Krankenschwestern durch die ungeklärte Terminologie in ihren beruflichen Tätigkeiten unsicher fühlen. Denn die Krankenschwestern hatten Angst, dass sich die Palliative Sedierung als ärztlich unterstützter Selbstmord oder Euthanasie herausstellen würde. (Sanft et al. 2009)

4 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden mit welchen ethischen Herausforderungen Pflegepersonen bei der Betreuung von Patienten/innen mit einer Palliativen Sedierung in der letzten Lebensphase zu kämpfen haben. Anhand der 10 untersuchten Studien konnten die Ergebnisse in folgende Bereiche gegliedert werden: Belastungen des Pflegepersonals, Eingeschränkte Kommunikation, Veränderte Bewusstseinslage, Betreuung von Angehörigen, Existentielles Leiden, Medikamentenentscheidungen, Einsatz von künstlicher Ernährung, Ethische Prinzip der Autonomie.

Die psychischen Belastungen des Pflegepersonals stellten sich in den untersuchten Studien als häufig genanntes aber dennoch vernachlässigtes Thema heraus (De Vries & Plaskota 2017; Eburn A. Abarshi & IMPACT 2014; Venke Gran & Miller 2008). Bei der Erhebung über die Einstellung von Pflegepersonen bezüglich der Palliativen Sedierung in der letzten Lebensphase, stellte sich in der Studie von Eburn A. Abarshi & IMPACT (2014) heraus, dass es zu erheblichen Belastungen und Zweifel seitens der Krankenschwestern kommt. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Venke Gran & Miller (2008), hier wird beschrieben, dass Krankenschwestern die Palliative Sedierung als ein ethisches Problem ansehen, zudem bezeichneten sie die Beeinträchtigung des Bewusstseins durch Medikamente als sehr bedenklich. Auch De Vries & Plaskota (2017) berichten, dass Hospizschwestern Bedenken und Angst bezüglich der ethischen Korrektheit ihrer Tätigkeiten haben, dies betrifft vor allem junges Personal. Alle drei Studien heben hervor, dass die Belastungen der Pflegepersonen sehr ernst genommen werden müssen und die Verarbeitung ihrer Emotionen und Zweifel im Berufsalltag nicht vernachlässigt werden darf. Aus diesem Grund ist es umso wichtiger die Entscheidung über den Einsatz einer Palliative Sedierung nicht einer einzigen Pflegeperson aufzubürden, sondern dies innerhalb eines interdisziplinären Teams zu besprechen, betont Hernandez-Marrero, Pereira & Carvalho (2016).

Ein weiteres Ergebnis der untersuchten Studien war, dass die Kommunikation mit Angehörigen als große Herausforderung für das Pflegepersonal gilt (Hernandez-Marrero, Fradique & Pereira 2018). Bei De Vries & Plaskota (2017) kam es sogar dazu, dass der Umgang mit familiären Dilemmata Auswirkungen auf die

Durchführung der pflegerischen Tätigkeiten hatte. Im Gegensatz dazu wird in der Studie von Martins Pereira, Fradique & Hernández-Marrero (2018) darauf hingewiesen, dass die Anwesenheit von Angehörigen infolge einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes der Patienten/innen sehr bei der Verständigung von Wünschen und Anliegen helfen kann. Zudem stellte es sich als sehr wichtig heraus, die Angehörigen über häufige Symptome am Lebensende aufzuklären und damit gleichzeitig auf belastende Situationen vorzubereiten (Venke Gran & Miller 2008). Angesichts der emotionalen Bindung, welche Angehörige zu den Patienten/innen haben wird der Einbezug der Familien in den Entscheidungsprozess und die weitere Vorgehensweise von Martins Pereira, Fradique & Hernández-Marrero (2018) deutlich betont. Die verständnisvolle Betreuung von Angehörigen wird bei Hernandez-Marrero, Fradique & Pereira (2018) sogar als ethische Verantwortung die zum Berufsbild der Krankenschwestern gehört gezählt.

Die Angehörigen kommunizierten oft indirekt den Wunsch für die Verabreichung sedierender Medikamente, um die unruhige und agile Bewusstseinslage ihrer Angehörigen nicht mitansehen zu müssen (De Vries & Plaskota 2017). Ebenfalls häufen sich Situationen in denen Patienten/innen voller Schmerzen und refraktärer Symptome geplagt sind, sodass sie die Pflegepersonen um die Beendigung ihres Leidens bitten. Demzufolge wird das Thema der Euthanasie in den untersuchten Studien am häufigsten behandelt (Claessens, Patricia et al. 2011; Claessens et al. 2012; Eburn A. Abarshi & IMPACT 2014; Papavasiliou et al. 2014; Patel et al. 2012; Rodrigues, Crokaert & Gastmans 2018). Laut Radbruch et al. (2016) gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen Euthanasie und der Palliativmedizin. Von Euthanasie wird dann gesprochen, wenn ein Arzt auf den Wunsch eines Patienten/in hin absichtlich Medikamente zur Tötung verabreicht (Materstvedt et al. 2003). Pflegepersonen der Palliativmedizin sollten den Wunsch des Patienten nach Euthanasie genauso berücksichtigen um einer ganzheitlichen Betreuung nachzukommen. Jedoch liegt der Fokus darauf dem Wunsch nach einem beschleunigten Tod auf den Grund zu gehen, betont Radbruch et al. (2016). Trotz der eindeutigen Definition bleiben unterschiedliche Ansätze und Meinungen in der Literatur nicht aus, so beschreibt Claessens et al. (2012) die Palliative Sedierung weder als langsame Euthanasie noch als doppeldeutige Praxis. Billings & Block

(1996) hingegen definieren die Palliative Sedierung als langsame Euthanasie und als versteckte Form der Euthanasie. Laut der Studie von Ebn A. Abarshi & IMPACT (2014) glauben 5,4% der befragten Krankenschwestern, dass sich die Euthanasie nicht von der Palliativen Sedierung unterscheiden lässt. Einen ganz anderen Zugang wies die Studie von Papavasiliou et al. (2014) auf, hier definierten die befragten Teilnehmer die Sedierung als eine Therapie zur Linderung des Leidens, hingegen die Euthanasie als eine Absicht zur Beendigung des Leidens aufgezeigt wurde. In der Fallstudie von Sanft et al. (2009) baten die Krankenschwestern sogar um eine eindeutige Definition, weil die Palliative Sedierung vermehrt als ärztlich unterstützter Selbstmord oder Euthanasie bezeichnet wurde.

Das Prinzip der Autonomie und deren Bedeutsamkeit bei Entscheidungen am Lebensende erhält in den untersuchten Studien von Martins Pereira, Fradique & Hernández-Marrero (2018), Rodrigues, Crokaert & Gastmans (2018) und Venke Gran & Miller (2008) Anklang. Dass die Autonomie, durch ihre Befähigung persönliche Entscheidungen zu treffen als wertvollstes ethisches Prinzip beschrieben wird, deckt sich mit den Ergebnissen des Bioethikausschusses des Europarats von Veshi & Neitzke (2016). Damit der Patient/in eine ungezwungene Entscheidung über die weitere Vorgehensweise treffen kann muss eine informierte Zustimmung über Vorteile und Risiken erfolgen, betont Crenshaw (2009). In der Studie von Rodrigues, Crokaert & Gastmans (2018) wird die Möglichkeit der eigenhändigen Entscheidung gleichzeitig als beste Therapieform bezeichnet die es für einen Patienten/in in der letzten Lebensphase geben kann. Jedoch weisen Crenshaw (2009) und Sadler (2012) auf die Grenzen des Prinzips hin, denn es müssen bestimmte Anforderungen für die Indikation einer Palliativen Sedierung erfüllt sein um den autonomen Wunsch des Patienten/in gerecht zu werden.

Im Gegensatz zu den Erwartungen wurden die Schwierigkeiten beim Feststellen von psychosozialen und existentiellen Leiden nur in den folgenden drei Studien von Patel et al. (2012), Papavasiliou et al. (2014) und Rodrigues, Crokaert & Gastmans (2018) aufgegriffen. In der Studie von Rodrigues, Crokaert & Gastmans (2018) wird per Definition zwischen neurokognitivem Leiden sprich Angststörungen, Depressionen und Psychosen und dem erzählerischen Leiden also in Form von existentiellen Leiden, Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit unterschieden. Sadler (2012) hingegen weist darauf hin, dass es zwischen existentiellen Leiden und

psychosozialen Belastungen sehr wahrscheinlich einige Überschneidungen gibt. Laut Sadler (2012) sollte das Pflegepersonal in der Lage sein zwischen einem existentiellen Leiden und einer psychologischen Störung des Patienten/in unterscheiden zu können. Einen ganz anderen Aspekt wies Kirby (2010) auf, hier wird beschrieben, dass Krankenschwestern darauf geschult werden nonverbale Manifestationen von körperlichem Leiden wie zum Beispiel Grimassen zu erkennen. Im Gegensatz zu einem Patienten/in mit körperlichen Leiden kann ein Patient/in mit existentiellen Leiden dies nicht nach außen quantifizierbar offenbaren. Um eine subjektive Einschätzung des individuellen Leidens zu verhindern werden in der Studie von Rodrigues, Crokaert & Gastmans (2018) geeignete Bewertungsinstrumente eingesetzt. Zudem betont Patel et al. (2012), dass die Therapie von psychosozialen Leiden mit einer Palliativen Sedierung bei unklarer körperlicher Symptomatik als ethisch fragwürdig angesehen wird. Ebenfalls äußerten die Teilnehmer in der Studie von Papavasiliou et al. (2014) Bedenken bezüglich der Verwendung einer Palliativen Sedierung zur Linderung von psycho-existentiellen Leiden. Laut Sadler (2012) ergeben sich die Schwierigkeiten bei dem Einsatz einer Palliativen Sedierung zur Behandlung vor allem durch das Fehlen von Konzepten. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Rousseau (2001), denn hier wird ebenfalls beschrieben, dass es für psychosoziales und existentielles Leiden keine klinisch orientierte Bewertungs- und Therapiemethode gibt.

Der Einsatz von künstlicher Ernährung und Hydratation wurde in den untersuchten Studien von Claessens, P. et al. (2011), Papavasiliou et al. (2014) und Hernandez-Marrero, Fradique & Pereira (2018) diskutiert. Laut Papavasiliou et al. (2014) hat der Entzug von Nahrung und Flüssigkeit bei Patienten/innen mit einer tiefen kontinuierlichen Sedierung eine lebensverkürzende Wirkung. Mercadante et al. (2009) versuchte genau diesem möglichen Zusammenhang auf den Grund zu gehen und überprüfte Patientenakten auf einer Palliativstation in einem Krebszentrum. Aufgrund der medianen Sedierungsdauer von 22 Stunden bei 42 Patienten/innen mit einer Palliativen Sedierung lässt sich daraus schließen, dass die Dehydrierung oder der Nährstoffmangel den Tod nicht beschleunigt hat (Mercadante et al. 2009). Auch Legemaate et al. (2007) greift dieses Thema auf und kommt zu dem Entschluss, dass die Entscheidung über den Einsatz von künstlicher Ernährung und Hydratation getrennt von der Entscheidung für eine

Palliative Sedierung getroffen werden sollte. Beispielsweise könnte die Möglichkeit einer Palliativen Sedierung bei Patienten/innen mit einer bereits laufenden künstlichen Ernährung und Hydratation zu einer zunehmenden gesundheitlichen Belastung führen (Schildmann & Schildmann 2013). Dies deckt sich ebenfalls mit den Ergebnissen von Kirby (2010) hier wird darauf hingewiesen, dass beim Patienten/innen die noch selbständig essen und trinken aber eine Palliative Sedierung indiziert ist folglich das Zurückhalten einer künstlichen Ernährung im Vordergrund steht.

5 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieses Reviews haben gezeigt, dass die ethischen Herausforderungen für Pflegepersonen bei der Betreuung von Patienten/innen in der letzten Lebensphase sehr umfangreich und vielfältig sind. Es wurde herausgefunden, dass die Betreuung von Angehörigen, die Beurteilung von Existentiellen Leiden, die Verabreichung von künstlicher Ernährung und Hydratation, das Prinzip der Autonomie und die Euthanasie zu Diskussionen und Belastungen innerhalb des multidisziplinären Teams führen.

Als großes Thema hat sich die Euthanasie identifiziert, da sie in fast allen Studien zum Anklang kommt und diskutiert wird. Aufgrund des schmalen Grades, zwischen der Euthanasie und der Palliativen Sedierung führt dies immer noch zu Verunsicherungen und Zweifel seitens des Pflegepersonals.

In diesem Literaturreview hat sich auch bestätigt, dass die Betreuung von Angehörigen in der Palliativmedizin ein zentraler Kern der Praxis ist und nicht außer Acht gelassen werden darf. Insbesondere weil Angehörige eine große Unterstützung darstellen, wenn die Patienten/innen aufgrund ihrer Bewusstseinslage nicht mehr in der Lage sind ihre Wünsche und Anliegen zu kommunizieren. So kann das Prinzip der Autonomie, welches sich ebenfalls als sehr wichtig in den untersuchten Studien identifiziert hat, optimal berücksichtigt werden.

Der Entzug von künstlicher Ernährung und Hydratation bei laufender Palliativer Sedierung führte auch zu unterschiedlichen Ansätzen in der Literatur. Jedoch hat sich keine Lebensverkürzende Wirkung herausgestellt, dennoch sollte der Wunsch

des Patienten/in erhoben werden um eine optimale, ethisch korrekte Therapie durchführen zu können.

Im Allgemeinen hat sich die Betreuung von Patienten/innen in der letzten Lebensphase als eine Herausforderung für das Pflegepersonal erwiesen. Denn die Entscheidung über das richtige Medikament, die Eingeschränkte Kommunikation, die Sedierung junger Patienten/innen, die Veränderung der Bewusstseinslage und die Beurteilung von existentiellen und psychosozialen Leiden führte zu erheblichen Belastungen, Ängsten und Zweifel. Deswegen gehört der ethischen Reflexion im multidisziplinären Team auch eine große Bedeutung zugesprochen, nur so kann die beste Betreuung für den Patienten/in geschaffen werden. Zusätzlich wird jede einzelne Pflegeperson bei ihren Entscheidungen unterstützt und beraten.

6 Stärken und Limitationen

Es wurden Internationale Studien von 7 verschiedenen Ländern und zwei Kontinenten (Europa, Amerika) verwendet, die zudem sehr aktuell sind, weil nur Literatur der letzten 10 Jahre berücksichtigt wurde. Positiv ist auch, dass sowohl qualitative als auch quantitative Studien miteinbezogen werden konnten.

Als Limitation kann angesehen werden, dass nur zwei Datenbanken (Pubmed und CINAHL) nach englisch- und deutschsprachiger Literatur durchsucht wurden. Möglicherweise wären durch die Suche in anderen Datenbanken und unter Einbezug anderer Sprachen mehr relevante Artikel gefunden worden.

7 Praxis- und Forschungsempfehlungen

Praxisempfehlung – Damit die Pflegepersonen im Palliativ Care Setting mit den Belastungen die sich im Rahmen des Entscheidungsprozesses ergeben gut umgehen können, ist es wichtig das Angebot zur Verarbeitung von einschneidenden Erlebnissen wahrzunehmen. Folgende Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegekräfte die in der Palliativ und End-of-life Care tätig sind, sollten sich besser auf Bewältigungsstrategien spezialisieren und das Angebot ausbauen. Denn Pflegepersonen mit langjähriger beruflicher Erfahrung sind sehr wertvoll und dürfen

aufgrund der zunehmenden Belastungen und des geringen Angebotes an Unterstützung nicht verloren gehen.

Forschungsempfehlung – Aus dem aktuellen Stand der Forschung geht hervor, dass bisher wenig Bezug auf die ethischen Herausforderungen von Pflegepersonen in der end-of-life care genommen wurde. Spezifische Studien könnten die Qualität der Pflege im Setting der Palliative und end-of-life care verbessern und weiterentwickeln. Um die Erlebnisse und Dilemmata des Pflegepersonals in der end-of-life care und im Umgang mit der Palliativen Sedierung zu identifizieren ist eine weitere Forschung sinnvoll. Nur wenn konkrete Probleme erfasst werden, kann die Qualität der Pflege gesteigert werden. Zudem profitieren Patienten sehr davon, wenn die refraktären Symptome gezielt erkannt und therapiert werden können. Die einheitliche Definition der Euthanasie zur Abgrenzung der Palliativen Sedierung bietet ebenfalls noch Forschungsbedarf.

8 Literaturverzeichnis

Albisser Schleger, H, Mertz, M, Meyer-Zehnder, B & Reiter-Theil, S 2012, *Klinische Ethik - METAP: Leitlinien für Entscheidungen am Krankenbett.*, Springer, Heidelberg.

Alt-Epping, B, Sitte, T, Nauck, F & Radbruch, L 2010, 'European Association for Palliative Care (EAPC). Sedierung in der Palliativmedizin. Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung.', *Der Schmerz*, vol. 24, pp. 342-354

Billings, JA & Block, SD 1996, 'Slow euthanasia', *J Palliat Care*, vol. 12, no. 4, pp. 21-30

Claessens, P, Menten, J, Schotsmans, P & Broeckaert, B 2011, 'Palliative sedation, not slow euthanasia: a prospective, longitudinal study of sedation in Flemish palliative care units', *J Pain Symptom Manage*, vol. 41, no. 1, pp. 14-24, doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.04.019.

Claessens, P, Menten, J, Schotsmans, P & Broeckaert, B 2011, 'Palliative Sedation, Not Slow Euthanasia: A Prospective, Longitudinal Study of Sedation in Flemish Palliative Care Units', *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 41, no. 1, pp. 14-24, doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.04.019>.

Claessens, P, Menten, J, Schotsmans, P & Broeckaert, B 2012, 'Level of consciousness in dying patients. The role of palliative sedation: a longitudinal prospective study', *American Journal of Hospice Palliative Care*, vol. 29, no. 3, pp. 195-200

Crenshaw, J 2009, 'Palliative sedation for existential pain: an ethical analysis', *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, vol. 11, no. 2, pp. 101-108

De Vries, K & Plaskota, M 2017, 'Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer', *Palliat Support Care*, vol. 15, no. 2, pp. 148-157, doi:10.1017/s1478951516000419.

Dietl, B & Böhm, H 2012, *Die Indikation aus ärztlicher und juristischer Sicht.*, vol. 21, BtPrax.

Ebun A. Abarshi, M, PhD, Evangelia S. Papavasiliou, MRes, Nancy Preston, PhD, Jayne Brown, PhD, and Sheila Payne, BA(Hons), RN, DipN, PhD, CPsychol & IMPACT, oboE 2014, 'The Complexity of Nurses Attitudes and -practice of Sedation at the End of Life', *Journal of Pain and Symptom Management*, doi:0.1016/j.jpainsymman.2013.06.011.

Ellershaw, J 2013, 'Best care for the dying patient. Why do so many people die badly when we know how to care for them well?', *British Medical Journal*, vol. 4428, no. 347,

Ethikrat, N 2006, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende.*, Nationaler Ethikrat, Berlin.

Fölsch, D 2017, *Ethik in der Pflegepraxis: Anwendung moralischer Prinzipien auf den Pflegealltag*, vol. 3, Facultas.

Gaudine, A, LeFort, SM, Lamb, M & Throne, L 2011, *Clinical ethical conflicts of nurses and physicians* vol. 18, Nursing Ethics.

Gordijn, B & Steinkamp, N 2012, *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung - ein Arbeitsbuch.*, vol. 3, Hermann Luchterhand Verlag.

Hawker, S, Payne, S, Kerr, C, Hardey, M & Powell, J 2002, 'Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically.', *Qual Health Res*, vol. 12, no. 9, pp. 1284-1299

Hernandez-Marrero, P, Fradique, E & Pereira, SM 2018, 'Palliative care nursing involvement in end-of-life decision-making: Qualitative secondary analysis', *Nurs Ethics*, p. 969733018774610, doi:10.1177/0969733018774610.

Hernandez-Marrero, P, Pereira, SM & Carvalho, AS 2016, 'Ethical Decisions in Palliative Care: Interprofessional Relations as a Burnout Protective Factor? Results From a Mixed-Methods Multicenter Study in Portugal', *Am J Hosp Palliat Care*, vol. 33, no. 8, pp. 723-732, doi:10.1177/1049909115583486.

Hiemetzberger, M, Messner, I & Dorfmeister, M 2010, *Berufsethik und Berufskunde: Ein Lehrbuch für Pflegeberufe*, vol. 2, Facultas.

Jox, RJ 2015, *Entscheidungen über Lebensverlängernde Maßnahmen. In G. Marckmann & C. Bausewein (Hrsg.), Praxisbuch Ethik der Medizin-*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgemeinschaft, Berlin.

Kemetmüller, E & Fürtler, G 2013, *Berufsethik, Berufsgeschichte und Berufskunde für Pflegeberufe*, vol. 1, Facultas.

Kirby, J 2010, 'Accessing the ethics of complex health care practices: would a "domains of ethics analysis" approach help?', *HEC Forum*, vol. 22, no. 2, pp. 133-143, doi:10.1007/s10730-010-9129-2.

Laufenberg-Feldmann, R, Gerlach, C & Weber, M 2012, 'Palliative Sedierung - wann, wie, warum?', *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, vol. 137, no. 42, pp. 2155-2159

Legemaate, J, Verkerk, M, van Wijlick, E & de Graeff, A 2007, 'Palliative sedation in the Netherlands: starting-points and contents of a national guideline', *Eur J Health Law*, vol. 14, no. 1, pp. 61-73

Martins Pereira, S, Fradique, E & Hernández-Marrero, P 2018, 'End-of-Life Decision Making in Palliative Care and Recommendations of the Council of Europe: Qualitative Secondary Analysis of Interviews and Observation Field Notes', *Journal of Palliative Medicine*, vol. 21, no. 5, pp. 604-615

Materstvedt, LJ, Clark, D, Ellershaw, J, Forde, R, Gravgaard, AM, Muller-Busch, HC, Porta i Sales, J & Rapin, CH 2003, 'Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force', *Palliat Med*, vol. 17, no. 2, pp. 97-101; discussion 102-179

Mercadante, S, Intravaia, G, Villari, P, Ferrera, P, David, F & Casuccio, A 2009, 'Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients', *J Pain Symptom Manage*, vol. 37, no. 5, pp. 771-779

Nietzke, G, Würdehoff, D, Diemer, W, Müller, J & Wernstedt, T 2009, *Sedierung am Lebensende: Eckpunkte für einen verantwortungsvollen Umgang. In: J. Vollmann, J. Schildmann, & A. Simon (Hrsg.), Klinische Ethik: Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis.*, Campus, Frankfurt.

Papavasiliou, E, Payne, S, Brearley, S & EUROIMPACT, obo 2014, 'Current debates on end-of-life sedation: an international expert elicitation study', *Supportive Care in Cancer*, vol. 22, no. 8, pp. 2141-2149

Patel, B, Gorawara-Bhat, R, Levine, S & Shega, JW 2012, 'Nurses' attitudes and experiences surrounding palliative sedation: components for developing policy for nursing professionals', *J Palliat Med*, vol. 15, no. 4, pp. 432-437

Polit, D & Beck, C 2017, 'Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.', *Wolters Kluwer, Philadelphia, Baltimore, New York.*,

Radbruch, L, Leget, C, Bahr, P, Muller-Busch, C, Ellershaw, J, de Conno, F & Vanden Berghe, P 2016, 'Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care', *Palliat Med*, vol. 30, no. 2, pp. 104-116

Riedel, A 2014, *Ethik-Policy Palliative Sedierung: Theoretische Grundlegungen für ethische Abwägungen in der Praxis*, Jacobs-Verlag, Lage.

Riedel, A & Lehmeier, S 2013, *Konzeptentwicklung: Theoretische Fundierung und Prämissen zur Konzeptualisierung ethischer Fallbesprechungen*. In A. Riedel, S. Lehmeier & A. Elsbernd, *Einführung von ethischen Fallbesprechungen: Ein Konzept für die Pflegepraxis. Ethisch begründetes Handeln praktizieren.*, Jacobs-Verlag, Lage.

Rodrigues, P, Crokaert, J & Gastmans, C 2018, 'Palliative Sedation for Existential Suffering: A Systematic Review of Argument-Based Ethics Literature', *Journal of Pain & Symptom Management*, vol. 55, no. 6, pp. 1577-1590, doi:10.1016/j.jpainsymman.2018.01.013.

Rousseau, P 2001, 'Existential suffering and palliative sedation: A brief commentary with a proposal for clinical guidelines', *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, vol. 18, no. 3, pp. 151-153

Sadler, K 2012, 'Palliative sedation to alleviate existential suffering at end-of-life: insight into a controversial practice', *Can Oncol Nurs J*, vol. 22, no. 3, pp. 195-199, 190-194

Sanft, T, Hauser, J, Rosielle, D, Weissman, D, Elsayem, A, Zhukovsky, DS & Coyle, N 2009, 'Physical pain and emotional suffering: the case for palliative sedation', *J Pain*, vol. 10, no. 3, pp. 238-242, doi:10.1016/j.jpain.2008.10.004.

Schildmann, J & Schildmann, E 2013, 'Clinical and ethical challenges of palliative sedation therapy. The need for clear guidance and professional competencies', *Int J Clin Pract*, vol. 67, no. 11, pp. 1086-1088, doi:10.1111/ijcp.12227.

Stiel, S, Krumm, N, Schroers, O, Radbruch, L & Elsner, F 2008, 'Indikationen und Gebrauch von Benzodiazepinen auf einer Palliativstation', *Der Schmerz*, vol. 22, no. 6, pp. 665-671, doi:10.1007/s00482-008-0705-1.

Trachsel, MH, Jox, RJ, Kößler, H, Peter, C, Porz, R & Wild, T 2018, *End-of-Life Care: Psychologische, ethische, spirituelle und rechtliche Aspekte der letzten Lebensphase*, 1 edn, Hogrefe, Bern.

Tschudin, V 1988, *Ethik in der Krankenpflege.*, RECOM Verlag, Basel.

Venke Gran, S & Miller, J 2008, 'Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation', *Int J Palliat Nurs*, vol. 14, no. 11, pp. 532-538, doi:10.12968/ijpn.2008.14.11.31757.

Veshi, D & Neitzke, G 2016, 'Council of Europe: Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations', *Medical Law International*, vol. 16, no. 1-2, pp. 94-102

WHO 2018, *Definition of Palliative Care*. Verfügbar unter: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> viewed on November 2018.

9 Anhang

9.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchanfragen in den Datenbanken PubMed und CINAHL 9

Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien 12

9.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Ziegler, Antes & König 2011)..... 10

9.3 Bewertung der analysierten Studien

Die Bewertung der Studien erfolgte nach der Checkliste von Hawker et al. (2002), in der für neun Kriterien Punkte in 4 Stufen vergeben werden: Good = 4, Fair = 3, Poor = 2, Very poor = 1 Punkt.

Die Gesamtpunkte und die Prozentzahl der maximalen möglichen 36 Punkte sind zu jeder der bewerteten Studien angegeben.

CLAESSENS, P., MENTEN, J., SCHOTSMANS, P. & BROECKAERT, B. 2011. Palliative Sedation, Not Slow Euthanasia: A Prospective, Longitudinal Study of Sedation in Flemish Palliative Care Units. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41, 14-24.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält das Design, Keywords, Population und Setting. Der Abstract enthält den Hintergrund, Ziel, Methode mit Design, Stichprobengröße, Datenerhebungsmethode, wichtige Ergebnisse aber keine Forschungs- und Praxisempfehlungen.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist kurz gehalten enthält aber die wesentlichsten Hintergrundinformationen um einen Einblick in die Problematik zu bekommen. Das Ziel wird genannt.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist nicht mit Zwischentiteln gegliedert. Design, Stichprobe, Setting, Messinstrumente, Datensammlung und Analyse sind passend und ausreichend beschrieben.	Fair 3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Ja die Samplingstrategie wurde gut gewählt und das Sample war auch groß genug. Messinstrumente und Ein- und Ausschlusskriterien wurden genau beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Prozess der Datenanalyse ist detailliert beschrieben.	Good 4
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?	
Ein positives Ethikvotum wurde eingeholt. Die Einholung einer informierten Zustimmung ist beschrieben.	Good 4

7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse werden ausführlich und strukturiert präsentiert. Die Demographischen Daten der Patienten/innen werden in einer Tabelle veranschaulicht.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Eine Übertragbarkeit ist aufgrund des Designs und der großen Stichprobe möglich.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Studie liefert ein klares Ergebnis, folglich ist ein Praxisbezug deutlich gegeben. Eine Empfehlung für weitere Forschung wurde nicht gemacht.	Fair 3
Total:	32 (89%)

CLAESSENS, P., MENTEN, J., SCHOTSMANS, P. & BROECKAERT, B. 2012.
Level of consciousness in dying patients. The role of palliative sedation: a longitudinal prospective study. *Am J Hosp Palliat Care*, 29, 195-200.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält wichtige Keywords, Design, und Sample aber das Setting wird nicht benannt. Der Abstract ist in Hintergrund, Methode, Ergebnisse und Zusammenfassung. Das Ziel und Empfehlungen für Forschung und Praxis werden nicht erwähnt.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist sehr kurz und enthält nur einen kleinen Einblick in den Hintergrund. Das Ziel der Studie wird hier gut beschrieben.	Poor 2
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Setting, Stichprobe, Datensammlungsprozess und Messinstrumente wurden erläutert. Die Methode und die Aufteilung der Datenerhebung zwischen Forscher und Pflegeperson wurde explizit beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Es wurden zwar die speziellen Stationen für die Datenerhebung beschrieben jedoch ist die Anzahl der eingeschlossenen Personen nur im Abstract und nicht in der Methode ersichtlich.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Prozess der Datenanalyse ist ausführlich beschrieben.	
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?	Good 4
Ein positives Ethikvotum wurde eingeholt. Die Einholung einer informierten Zustimmung ist beschrieben.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden übersichtlich gegliedert und verständlich beschrieben. Die Fragestellung der Studie wird auch beantwortet.	Good 4

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Es ist aufgrund der großen Stichprobe eine Übertragbarkeit auf eine größere Population möglich.	Good 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind neu und auch sehr relevant für die weitere Betreuung von Patienten/innen mit einer Palliativen Sedierung. Es wird ein signifikanter Mehrwert der prospektiven Längsschnittstudie beschrieben. Es wird empfohlen, dass die Ergebnisse bei unterschiedlichen Patientenpopulationen untersucht werden müssen.	Good 4
Total:	32 (89%)

DE VRIES, K. & PLASKOTA, M. 2017. Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer. *Palliat Support Care*, 15, 148-157.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält wichtige Keywords, Design, Sample aber das Setting wird nicht benannt. Der Abstract ist in Ziel, Methode, Ergebnisse und Aussagekraft der Ergebnisse gegliedert. Das Ziel wird ausführlich beschrieben jedoch fehlen Empfehlungen für Forschung und Praxis.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung und der Hintergrund wurden sehr ausführlich beschrieben.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Setting, Stichprobe, Datensammlungsprozess wurden erläutert. Der phänomenologische Ansatz wurde gewählt um, das Individuum als Schlüsselement der menschlichen Erfahrungen zu verstehen. Es wurde ein Interpretativer Ansatz gewählt um die subjektiven Erfahrungen der Krankenschwestern in Bezug auf die Palliative Sedierung zu untersuchen.	Fair 3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sample in der Anzahl von 7 Krankenschwestern umfasst eine kleine zweckmäßige Stichprobe. Die Datensettigung wurde bereits nach 6 Interviews erreicht.	Poor 2
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Colaizzis (1978) Analysephase wurde verwendet um aus den Daten Themen zu entwickeln. Das weitere Vorgehen wurden ebenfalls ausführlich beschrieben.	Fair 3
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?	
Die Ethische Zustimmung für diese Studie wurde vom Ethikkommission der Universität und von der Forschungskommission des Hospizes eingeholt. Die	Good 4

schriftliche Zustimmung wurde von jedem Teilnehmer vor den Interviews eingeholt.	
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Hauptergebnisse wurden in 6 Bereiche gegliedert und ausführlich beschrieben. Erklärungen und Originalzitate der befragten Krankenschwestern wechseln sich ab und sind sehr relevant für das Forschungsthema.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der kleinen Anzahl an Teilnehmern in dieser qualitativen Studie ist eine Übertragbarkeit nicht möglich. Der Schwerpunkt lag auf einem besseren Verständnis komplexer menschlicher Probleme. Jedes Setting weist andere Merkmale auf deswegen sind die Erfahrungen der Krankenschwestern nicht auf alle die in der end-of-life care tätig sind übertragbar.	Poor 2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Trotz der Grenzen dieser Studie gibt es eine Reihe an Empfehlungen für die Praxis und zukünftige Forschungen. Es wird betont, dass die Komplexität der Diskussion mit Patienten und ihren Angehörigen aus allen Blickwinkeln weiter untersucht werden muss.	Good 4
Total:	29 (81%)

EBUN A. ABARSHI, M., PHD, EVANGELIA S. PAPAVALIIOU, MRES, NANCY PRESTON, PHD, JAYNE BROWN, PHD, AND SHEILA PAYNE, BA(HONS), RN, DIPN, PHD, CPSYCHOL & IMPACT, O. B. O. E. 2014. The Complexity of Nurses Attitudes and -practice of Sedation at the End of Life *Journal of Pain and Symptom Management*.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält wichtige Keywords, Design, Sample aber das Setting wird nicht benannt. Der Abstract ist in Hintergrund, Ziel, Methode, Ergebnisse und Zusammenfassung gegliedert. Das Ziel wird ausführlich beschrieben jedoch fehlen Empfehlungen für Forschung und Praxis.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die systematische Vorgehensweise des Literturreviews und das Ziel wird gut beschrieben.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Datenbanken, Stichprobe, Datensammlungsprozess wurden erläutert. Die Vorgehensweise und Suchstrategie wird auch ausführlich beschrieben. Ein- und Auswahlkriterien sind vorhanden.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Um die Validität der Studie zu erhöhen wurde eine Reihe an Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt bevor die Literaturrecherche begann. Die Anzahl an 240 inkludierten Artikeln war ausreichend.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Daten wurden mit Hilfe eines Ansatzes synthetisiert der sowohl für qualitative als auch für quantitative Datensätze erfolgreich eingesetzt wurden. Schrittweise wurden die Themen pro Studie identifiziert.	Good 4
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?	Poor 2
Die Einholung einer ethischen Zustimmung wird nicht erwähnt.	

7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Merkmale der Studien wurden aufgelistet und in Themenbereiche gegliedert.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Es wurden Daten von 7515 Krankenschwestern in vier Hauptbereichen (Palliativstationen, Hospiz, Pflegeheim und Akutkrankenhaus) aus 7 Ländern (Belgien, Kanada, Japan, Niederlande, Norwegen, England und USA) erhoben. Deswegen ist eine Übertragbarkeit möglich.	Good 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind relevant für die Praxis. Eine Empfehlung für weitere Forschung wird gegeben, um die Genauigkeit und Tiefe der Sedierungsforschung zu verbessern, die Vorgehensweise für Pflegepersonen zu klären, und die Bedürfnisse der Patienten zu erfüllen.	Good 4
Total:	33 (92%)

HERNANDEZ-MARRERO, P., FRADIQUE, E. & PEREIRA, S. M. 2018. Palliative care nursing involvement in end-of-life decision-making: Qualitative secondary analysis. *Nurs Ethics*, 969733018774610.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält wichtige Keywords, Design, Sample aber das Setting wird nicht benannt. Der Abstract ist präzise in Hintergrund, Ziel, Design, Sample, Ethik, Ergebnisse, Diskussion und Zusammenfassung gegliedert. Empfehlung für weiter Forschung wird gegeben.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Rolle der Krankenschwestern und das Ziel der Studie wird sehr ausführlich in der Einleitung beschrieben.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die qualitative Sekundäranalyse wurde deshalb gewählt um eine Reanalyse von bereits vorhandenen Primärdaten durchzuführen, um neue Fragestellungen zu beantworten. Deshalb ist das Design geeignet und der auch genau beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
In dieser Sekundäranalyse wurden Transkriptionen von Interviews aus drei Primärstudien verwendet. Dies ermöglicht die Untersuchung neuer empirischer, theoretischer und methodischer Fragen.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Für die Analyse von 32 Transkripten wurde ein spezieller Leitfaden entwickelt. Dieses Raster umfasst drei Dimensionen, welche in Kategorien und Unterkategorien unterteilt wurden die den im Leitfaden entwickelten Themen entsprechen.	Good 4
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?	

Die Genehmigung für die qualitative Sekundäranalyse wurde vom Ethics Research Lap eingeholt. Ethische und Sachkundige Schriftliche Zustimmungen waren aus den Primärstudien verfügbar.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Charakteristika der Krankenschwestern aus der Primärstudie wurden in einer Tabelle veranschaulicht. Die Ergebnisse wurden umfangreich und in Kategorien gegliedert aufgezeigt, und anhand von Originalzitate untermauert.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Dass die Studie eine Sekundäranalyse der bereits vorhandenen Daten ist bringt Einschränkungen mit sich. Jedoch wurden mehrere Maßnahmen ergriffen um die Validität und Zuverlässigkeit der Ergebnisse zu sichern. Eine Übertragbarkeit ist geringfügig möglich.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Implikationen für die Praxis und Empfehlungen für weitere Forschung werden gegeben. Durch die Nutzung einer reichen Quelle an qualitativen Daten und Informationen ist diese Studie relevant, weil sie das Risiko der Forschungsermüdung verringert. In Anbetracht der geringen Anzahl an Pflegepersonal, dass in Portugal arbeitet ist dies von großer Bedeutung.	Good 4
Total:	34 (95%)

MARTINS PEREIRA, S., FRADIQUE, E. & HERNÁNDEZ-MARRERO, P. 2018. End-of-Life Decision Making in Palliative Care and Recommendations of the Council of Europe: Qualitative Secondary Analysis of Interviews and Observation Field Notes. *Journal of Palliative Medicine*, 21, 604-615.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält wichtige Keywords, Design, Sample aber das Setting wird nicht benannt. Der Abstract ist präzise in Hintergrund, Ziel, Design, Setting Sample, Ergebnisse und Zusammenfassung gegliedert. Eine Empfehlung für weiter Forschung wird gegeben.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
In der Einleitung wurde der Hintergrund ausführlich beschrieben. Die Ziele dieser Studie werden ebenfalls benannt.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodische Ansatz der Sekundäranalyse besteht darin die bestehenden Daten zu nutzen und um Antworten auf Forschungsfragen zu finden die sich von denen der Ausgangsforschung unterscheiden.	Fair 3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Transkriptionen von Interviews und Beobachtungsnotizen aus drei früheren Studien wurden verwendet.	Poor 2
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
44 Transkripte und neun Feldnotizen wurden analysiert. Es wurde ein spezieller Leitfaden dafür entwickelt.	Fair 3
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?	
Die Genehmigung für die qualitative Sekundäranalyse wurde vom Ethics Research Lap eingeholt. Ethische und Sachkundige Schriftliche Zustimmungen waren aus den Primärstudien verfügbar.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	

Die Ergebnisse wurden nicht sehr umfangreich beschrieben. Der Fokus lag hier auf der Diskussion der Ergebnisse.	Fair 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Dass die Studie eine Sekundäranalyse der bereits vorhandenen Daten ist bringt Einschränkungen mit sich. Jedoch wurden mehrere Maßnahmen ergriffen um die Validität und Zuverlässigkeit der Ergebnisse zu sichern. Eine Übertragbarkeit ist geringfügig möglich.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Es wird die Erstellung von Leitfäden für die klinische Praxis, Ausbildung und Forschung empfohlen.	Good 4
Total:	30 (84%)

PAPAVASILIOU, E., PAYNE, S., BREARLEY, S. & EUROIMPACT, O. B. O. 2014.
Current debates on end-of-life sedation: an international expert elicitation study. *Supportive Care in Cancer*, 22, 2141-2149.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Im Titel sind Keywords und Design enthalten aber kein Setting oder Sample. Der Abstract ist in Ziel, Methode, Ergebnisse und Zusammenfassung gegliedert. Empfehlungen für weiter Forschung und Praxis fehlen.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Der Hintergrund wurde ausreichend in der Einleitung beschrieben.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist mit Zwischentiteln gegliedert. Design, Stichprobe, Ethik, Datensammlung und Analyse sind passend und ausreichend beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Auswahl der Stichprobe wurde gut beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien sind angegeben. Es ergab sich eine Stichprobe aus rund 33 Teilnehmern.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Transkripte wurden mit Hilfe der thematischen Inhaltsanalyse analysiert. Dieser induktive Ansatz beinhaltet offene Kodierung, Clustering und Kategorienbildung.	Good 4
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?	
Das Studienprotokoll, die Teilnehmerinformation und die Zustimmungsprozeduren wurden vom Ethikausschuss genehmigt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden gegliedert und umfangreich mit Zitaten der Befragten ergänzt.	Good 4

<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p>	
<p>Die große Stärke dieser Studie liegt in ihrer internationalen Ausrichtung und ihrer Stichprobe von Experten. Das ist die erste Studie die Teilnehmer aus 10 verschiedenen Ländern rekrutiert die ihr Fachwissen über die Palliative Sedierung am Ende des Lebens austauschen. Die Stichprobe war jedoch in Bezug auf Geschlecht und Alter restriktiv. Der Berufliche Status könnte die Gültigkeit der Antwort ebenfalls beeinflusst haben, sowie die persönlichen Überzeugungen der Forscher.</p>	Fair 3
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p>	
<p>Diese Studie fügt neue Informationen darüber hinzu wie die aktuelle Debatte über die Sedierung angegangen werden sollte. Eine Empfehlung für weitere Forschung, um ungeklärte Ursachen und Fragen aufzudecken wird gegeben.</p>	Good 4
<p>Total:</p>	34 (94%)

PATEL, B., GORAWARA-BHAT, R., LEVINE, S. & SHEGA, J. W. 2012. Nurses' attitudes and experiences surrounding palliative sedation: components for developing policy for nursing professionals. *J Palliat Med*, 15, 432-7.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Im Titel sind Keywords und Sample enthalten aber kein Setting oder Design. Der Abstract ist in Hintergrund, Ziel, Methode, Ergebnisse und Zusammenfassung gegliedert. Empfehlungen für weiter Forschung und Praxis fehlen.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Der Hintergrund wurde ausreichend in der Einleitung beschrieben.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist mit Zwischentiteln gegliedert. Design, Stichprobe, Ethik, Datensammlung und Analyse sind passend und ausreichend beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Vorgehensweise wie die Forscher die Teilnehmer rekrutiert haben ist gut beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien sind angegeben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Daten wurden anhand des Prinzips der Grounded Theory analysiert. Die Analyse ist knapp beschrieben.	Fair 3
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?	
Von einer Genehmigung durch die Ethikkommission wir nichts erwähnt. Eine Informierte Zustimmung wurde jedoch eingeholt.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden in fünf Schlüsselkonzepte gegliedert und umfangreich mit Zitaten der Befragten ergänzt. Die Demographischen Daten und Originalzitate der Pflegekräfte wurden in Tabellen präsentiert.	Good 4

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Eine Übertragbarkeit ist aufgrund mehrerer Einschränkungen nicht möglich. Die geringe Stichprobenanzahl an Krankenschwestern nahm freiwillig teil, was eine Selektionsverzerrung begünstigen kann.	Poor 2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Vorschläge für weitere Forschung werden nicht explizit gemacht. Die Relevanz des Themas und der Ergebnisse wird jedoch sehr stark betont.	Fair 3
Total:	30 (84%)

RODRIGUES, P., CROKAERT, J. & GASTMANS, C. 2018. Palliative Sedation for Existential Suffering: A Systematic Review of Argument-Based Ethics Literature. *Journal of Pain & Symptom Management*, 55, 1577-1590.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Im Titel sind Keywords und Design enthalten aber kein Setting oder Sample. Der Abstract ist in Hintergrund, Ziel, Methode, Ergebnisse und Zusammenfassung gegliedert. Empfehlungen für weiter Forschung und Praxis fehlen.	Poor 2
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Der Hintergrund wird sehr ausführlich in der Einleitung beschrieben. Das Ziel und die Forschungsfrage sind angegeben.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Es wurde ein Systematisches Literaturreview ausgewählt um eine Überprüfung der Argument basierten bioethischen Literatur durchzuführen. Der Vorgang und die Suchstrategie in den Datenbanken sind beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Es wurden genaue Aus- und Einschlusskriterien für die Publikationen beschrieben. Folglich wurden 18 Artikel nach Erfüllung der Aufnahmekriterien inkludiert.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Für die Datenextraktion und Syntheseverfahren wurde ein Kodierungsprozess verwendet. Folgende Schritte wurden ausführlich beschrieben.	Good 4
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?	
Die Einholung einer Genehmigung durch die Ethikkommission wurde nicht erwähnt.	Poor 2
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	

Die Ergebnisse wurden sehr umfangreich und in Themen gegliedert präsentiert. Die Ergebnisse wurden immer wieder mit den grundlegenden Konzepten der Ethik in Zusammenhang gebracht.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ja aufgrund der großen Anzahl an untersuchten Artikel ist eine Übertragbarkeit möglich.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Überprüfung in der Literatur unterstreicht die Notwendigkeit einer klar definierten Terminologie um ethische Argumente für die Palliative Sedierung besser zu begründen. Empfehlung für weitere Forschung werden gegeben.	Good 4
Total:	31 (86%)

VENKE GRAN, S. & MILLER, J. 2008. Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation. *Int J Palliat Nurs*, 14, 532-8.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Im Titel sind Keywords und Sample enthalten, aber kein Setting oder Design. Der Abstract ist nicht gegliedert. Ziel, Design, Stichprobe und Ergebnisse sind beschrieben. Empfehlungen für weiter Forschung und Praxis fehlen, Setting und die Zusammenfassung fehlt.	Poor 2
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Der Hintergrund und das Ziel wird ausführlich beschrieben.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode der Datenerhebung und die Unterteilung in einen qualitativen und quantitativen Teil werden kurz und verständlich beschrieben.	Fair 3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Ja, die Samplingstrategie wurde gut gewählt und das Sample war auch groß genug. Die Messinstrumente und Ein- und Ausschlusskriterien wurden genau beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Demographischen Daten wurden mit Hilfe eines Statistischen Programms analysiert. Die Analyse wurde genau beschrieben.	Good 4
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?	
Die Studie wurde von der Ethikkommission genehmigt. Eine Informierte Zustimmung der Teilnehmer wird nicht erwähnt.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden zwar sehr kurz zusammengefasst dies aber in gegliederter Form.	Fair 3

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der Stichprobengröße von 73 Krankenschwestern aus drei verschiedenen Settings in Norwegen ist eine Übertragbarkeit möglich.	Good 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Eine Empfehlung für weitere Forschung um die ethischen Probleme rund um die Palliative Sedierung herauszufinden wurde gegeben.	Good 4
Total:	31 (86%)