

Bachelorarbeit

End of Life Care- Kommunikation mit Sterbenden

eingereicht von
Nadine Rieger

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, am 26.03.2019

Eidesstattliche Erklärung

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

26.03.2019

Nadine Rieger, eh.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	IV
Abstract.....	V
1 Einleitung	1
1.1 Palliative Care und End of Life Care	1
1.2 Advanced Care Planning.....	3
1.3 Geriatrischer Patient.....	4
1.4 Grundlagen der Kommunikation.....	5
1.5 Pflegerelevanz, Forschungslücke und Forschungsziel.....	8
2 Methodik.....	10
2.1 Literaturrecherche	10
2.2 Auswahl der Studien	11
2.3 Kritische Bewertung der Studien	12
3 Ergebnisse	14
3.1 Charakteristika der Studien	14
3.2 Kommunikation mit Patientinnen und Patienten	18
3.3 Verbesserung der Kommunikationskompetenz der Pflegenden.....	25
3.4 Kommunikation mit pflegenden Angehörigen	27
4 Diskussion.....	29
4.1 Stärken und Limitationen.....	31
5 Schlussfolgerung.....	32
5.1 Empfehlung für die Praxis	33
5.2 Empfehlung für die Forschung	33
6 Literaturverzeichnis	34
7 Anhang.....	38
7.1 Abbildungsverzeichnis.....	38
7.2 Tabellenverzeichnis.....	38
7.3 Bewertung der inkludierten Studien.....	39

Zusammenfassung

Hintergrund: Fast die Hälfte der Menschen in Österreich stirbt in Krankenanstalten, wodurch End of Life Care zu einer wichtigen Aufgabe der Pflege wird. Im österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz ist „theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation“ in den Kernkompetenzen verankert. In einer Studie äußerten jedoch mehr als die Hälfte der befragten Personen, darunter PatientInnen, die Pflege am Lebensende erhielten und deren Angehörige, mit der Kommunikation unzufrieden gewesen zu sein.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, Kommunikationsansätze in der Betreuung von geriatrischen PatientInnen am Lebensende zu finden.

Methode: Um dieses Ziel zu erreichen wurde ein Literaturreview durchgeführt. Dazu wurde sowohl in den Datenbanken PubMed und CINAHL recherchiert, als auch eine Handsuche in Google Scholar und Referenzlisten durchgeführt. Dabei wurden zehn Studien aus verschiedenen Ländern inkludiert. Diese wurden kritisch bewertet und anschließend wurden deren Ergebnisse zusammengefasst.

Ergebnisse: Um Kommunikation mit sterbenden geriatrischen PatientInnen zu erleichtern ergaben sich verschiedene Ansätze. Eine gute Basis zwischen den Gesprächspartnern herzustellen und den richtigen Zeitpunkt für End of Life Gespräche zu wählen sind unterstützende Faktoren. Außerdem sind Schulungen und eine genaue Abklärung, welche Berufsgruppe für Gespräche über Wünsche und Bedürfnisse am Lebensende zuständig ist, notwendig.

Schlussfolgerung: Aufgrund der wenigen Literatur, die sich speziell mit geriatrischen PatientInnen befasst, lässt sich keine genaue Strategie zur Führung eines Gespräches herausfinden. Deshalb wäre es notwendig auf diesem Gebiet mehr Forschung durchzuführen, da vor allem am Ende des Lebens die Kommunikation zwischen Pflegepersonen und PatientInnen sehr wichtig ist, um auf Wünsche bestmöglich eingehen zu können.

Schlüsselwörter: Kommunikation, End of Life Care, geriatrische PatientInnen

Abstract

Background: Almost half of the deaths in Austria take place in hospitals, which makes End of Life Care an important task of care. In the Austrian health and nursing law, "theory and concept-led discussion and communication" is anchored in the core competences. However, in one study, more than half of respondents, including those receiving End of Life Care and relatives, were dissatisfied with the communication.

Aim: The aim of this thesis is to find communication approaches in the care of geriatric patients at the end of their lives.

Method: To achieve this goal, a literature review was conducted. For this purpose, the databases PubMed and CINAHL were researched, as well as a hand search in Google Scholar and reference lists was conducted. Ten studies were included. These were critically evaluated, then the results from these studies were collected.

Results: To facilitate communication with dying geriatric patients, various approaches were developed. Above all, supporting factors are to establish a good basis between the interlocutors and to choose the right time for end of life discussions. In addition, training and a detailed clarification of which professional group is responsible for talking about wishes and needs at the end of life is necessary.

Conclusion: Due to the limited literature that deals specifically with geriatric patients, it is not possible to find an exact strategy for conducting a conversation. Therefore, it would be important to carry out more research in this area, because especially at the end of life the communication between caregivers and patients is very important in order to respond to wishes in the best possible way.

Keywords: communication, end of life care, geriatrics

1 Einleitung

Im Jahr 2017 starben in Österreich 83.270 Menschen, wovon 57.796 über 75 Jahre alt waren. 48,5% starben in Krankenanstalten (Statistik Austria, 2018b). In einer Studie, in der nach den Erfahrungen der PatientInnen und deren Angehörigen bei der Pflege am Ende des Lebens gefragt wurde, gaben mehr als die Hälfte der befragten Personen (51,4%) an, mit der Kommunikation unzufrieden gewesen zu sein (Cohen-Mansfield et al., 2017).

1.1 Palliative Care und End of Life Care

Palliative Care kommt zum Einsatz, wenn eine schwere Erkrankung vorliegt, deren Heilung nicht mehr möglich ist. Ein Anliegen ist dabei, die Lebensqualität bestmöglich zu erhalten, wenn die Verlängerung des Lebens kein primäres Ziel mehr ist (DVHÖ, 2018).

Ziele der Palliative Care sind zum Beispiel Symptome und Schmerzen zu lindern, Sterben als normalen Prozess zu behandeln und die Familie zu unterstützen. Der Tod wird dabei nicht beschleunigt, sondern die Lebensqualität verbessert (Krau, 2016).

Die Konzepte von Palliative Care und End of Life Care sind zwar ähnlich, aber nicht gleich. End of Life Care ist Palliativpflege, die sich an Personen richtet, welche das Ende des Lebens erreicht haben. Obwohl es schwer vorherzusehen ist, ist End of Life Care an jene Personen gerichtet, die sich im letzten Jahr des Lebens befinden. Ein wichtiger Teil dabei ist es, PatientInnen das Sterben mit Würde zu erlauben (Krau, 2016).

End of Life Care beschreibt die medizinische Versorgung, Unterstützung und Pflege rund um die Zeit des Todes. Diese Unterstützung und Pflege erfolgt nicht nur in den Momenten bevor das Herz zu schlagen aufhört, sondern schon Tage und Wochen davor.

Das Lebensende ist eine Phase, in der die Pflege der PatientInnen sich von der in einer anderen Lebensphase unterscheiden soll. PatientInnen, Familienmitglieder und Angehörige des Gesundheitswesens sind sich einig, dass in dieser Phase die

Verbesserung der Symptome durch minimalinvasive Mittel wichtiger ist, als die Spezialisierung auf Lebensverlängerung durch invasive Verfahren (Lamont, 2005).

End of Life Care ist für alle verfügbar, die Behandlung von Symptomen wie Schmerz oder Atemnot benötigen, egal welche Erkrankung sie haben. Außerdem kann End of Life Care als Unterstützung beim Verarbeiten von Emotionen sein, die aufgrund von einer Krankheit entstehen. Manche Menschen benötigen End of Life Care nur für ein paar Wochen, andere in Intervallen über eine längere Zeit (Department-of-Health&Human-Services, 2017).

Zusammenfassend lässt sich also sagen:

- Es gibt keine einheitliche Definition von End of Life Care
- End of Life Care hilft die Lebensqualität zu verbessern, wenn jemand eine lebenslimitierende Erkrankung hat, indem Informationen und Unterstützung bereitgestellt werden und Überweisungen und Beratungen getätigt werden (Department-of-Health&Human-Services, 2017)
- End of Life Care bietet auch Freunden, Angehörigen und Pflegenden Unterstützung (Department-of-Health&Human-Services, 2017)

Um die Pflege und damit auch die Kommunikation anzupassen, ist es außerdem wichtig zu erkennen, welche PatientInnen End of Life Care benötigen.

Die "Surprise question" ist eine Methode, die helfen soll herauszufinden, ob ein Patient sich seinem Lebensende nähert und dementsprechende Pflege braucht. Dabei wird die Frage „Würden Sie überrascht sein, wenn dieser Patient in den nächsten x Monaten stirbt?“ (meistens 12 Monate) gestellt. Wird sie mit Nein beantwortet, so bedeutet es, dass der Patient Palliativversorgung benötigt. Um herauszufinden wie treffsicher diese Methode ist, wurden 22 Studien ausgewertet. In 82% der Fälle hatten die befragten Kliniker Recht mit ihrer Annahme. Außerdem wurde untersucht, ob ÄrztInnen oder diplomierte Pflegepersonen mit ihrer Vermutung über die nächsten 12 Monate eher richtig lagen. Dabei erkannten ÄrztInnen häufiger jene PatientInnen, die in den nächsten 12 Monaten versterben als Pflegepersonen (White et al., 2017).

Generell liegen aber die Ergebnisse, ob die Antworten auf die „Surprise question“ nun zutreffend sind oder nicht, weit auseinander. Um ihre Genauigkeit zu verbessern und ihre Leistung mit anderen fortgeschritteneren Prognosetools vergleichen zu können, ist noch weitere Forschung nötig (White et al., 2017).

1.2 Advanced Care Planning

Advanced Care Planning ist ein Kommunikationsprozess zwischen Einzelpersonen und deren Gesundheitsdienstleistern, um zukünftige Gesundheitsentscheidungen für eine Zeit zu planen, in der diese Person nicht in der Lage ist eine Entscheidung zu treffen. Im besten Fall ist das Ergebnis dieser Planung die Benennung eines Vertreters der Gesundheitsfürsorge und die Erstellung eines schriftlichen Plans, der Ziele, Werte und Wünsche in Bezug auf die zukünftige Gesundheitsfürsorge genau beinhaltet. Diese Planung muss öfter überprüft werden, da sich die Entscheidungen im Laufe der Zeit verändern können (ACP-international, 2019).

Ziele:

- Patient und Familienangehörige sollten bestmöglich über ihre Erkrankung, inklusive Prognose und Behandlungsoptionen Bescheid wissen
- Ein Pflegeplan sollte erstellt werden, der im besten Fall spezifische Anweisungen beinhaltet, die sich auf den Gesundheitszustand der Person beziehen und der einen Vertreter dieser Person benennt (ACP-international, 2019)

Essentielle Elemente:

- Gespräche über Advanced Care Planning mit allen Personen beginnen, die es benötigen
- Professionelle schriftliche Dokumentation
- Sicherstellung, dass die Pläne verfügbar sind, wenn diese benötigt werden
- Laufende Aktualisierung des Plans
- Den Plänen respektvoll folgen (ACP-international, 2019)

1.3 Geriatrischer Patient

Ein durchschnittlicher geriatrischer Patient hat ein Lebensalter von 70 Jahren und benötigt eine ganzheitliche Behandlung, da häufig mehrere Erkrankungen bestehen. Es liegt also eine Multimorbidität vor. Außerdem funktioniert der Organismus dieser PatientInnen anders als bei jungen Menschen. Sie werden häufig in verschiedenen medizinischen Bereichen behandelt. Ältere Personen reagieren aufgrund von altersbedingten Einschränkungen anders auf unterschiedliche Auslöser als junge Menschen. Eine Behandlung solcher Personen muss diese Reaktion der Organsysteme berücksichtigen. So ist es zum Beispiel wichtig zu entscheiden, ob eine Krankheit mit Medikamenten behandelt werden soll, oder ob auf nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Gymnastik zurückgegriffen werden kann, um die Nebenwirkungen so gering wie möglich zu halten. Da geriatrische PatientInnen häufig in mehreren medizinischen Bereichen behandelt werden, ihre ÄrztInnen aber nicht immer im Austausch miteinander sind, versucht ein Geriater individuelle Lösungen zu finden und nicht nur ein Symptom zu behandeln, sondern den Gesamtzustand eines älteren Menschen zu betrachten und dessen Gesundheit und Eigenständigkeit zu bewahren. Geriatrische PatientInnen sollten nicht nur mit normalen ärztlichen Untersuchungsmethoden untersucht werden, sondern mit einem geriatrischen Assessment (Deutsche-Gesellschaft-für-Geriatrie-e.V., 2013).

Beforscht werden in der Geriatrie neben Polypharmazie, Sturzprävention und Mangelernährung vor allem solche geriatrischen Assessmentinstrumente. Mithilfe dieser werden zum Beispiel die Aktivitäten des täglichen Lebens, die Mobilität, die Denkfähigkeit und der Ernährungszustand der PatientInnen festgestellt. Solch eine Assessmentmethode benötigt zwar zeitliche und personelle Ressourcen, kann aber helfen, Fähigkeiten und Defizite festzustellen und dort mit der Therapie anzuknüpfen (Kaiser, 2009).

Bei geriatrischen PatientInnen findet man des Öfteren die geriatrischen „I’s“: Immobilität, Irritabilität, Instabilität, Inkontinenz, Isolation, Immundefekte und Impotenz. Weiters sind geriatrische PatientInnen anfälliger für Krankheiten aufgrund physiologischer Altersveränderungen. Es muss unbedingt verhindert werden, dass durch ein Ereignis, wie zum Beispiel einem Sturz mit Knochenbruch, eine Kettenreaktion ausgelöst wird, die sich auf die Eigenständigkeit des geriatrischen Patienten auswirkt.

Es ist daher wichtig, den Gesamtzustand zu betrachten, um seine Gesundheit und Autonomie zu bewahren (Deutsche-Gesellschaft-für-Geriatrie-e.V., 2013).

Erfolgreiche Kommunikation hat Einfluss auf den Erfolg der Behandlung und bestimmt das Befinden der PatientInnen und Angehörigen. Verständnisprobleme oder ein falscher Umgangston können zu Frust bei den PatientInnen führen. Gerade bei älteren PatientInnen ist die Kommunikation häufig erschwert. Nicht nur kognitive Einschränkungen geriatrischer PatientInnen können ein Gespräch erschweren, 75 % der über 65-Jährigen hören schlecht, viele benötigen Sehhilfen. Diese Faktoren müssen in der Kommunikation berücksichtigt werden (Füeßl, 2015).

In der Geriatrie kann palliative Betreuung nie losgelöst von der übrigen Geriatrie stattfinden. Rehabilitative, kurative Anstrengungen und rein palliative Maßnahmen werden miteinander verknüpft und im Verlauf der Krankheit verlagert sich das Gewicht immer mehr auf die Seite der palliativen Versorgung. Wichtig bei der Planung der Behandlung ist es, Prioritäten zu setzen. Häufig werden Symptome und Probleme, die leicht zu messen sind, zuerst behandelt. So könnte einer Überschreitung der Grenzwerte des Blutdrucks mehr Beachtung geschenkt werden, als der Tatsache, dass die Hörschwäche des Patienten zum sozialen Rückzug führt. Beim Assessment ist es deshalb wichtig zu erfassen, welche Symptome den Patienten subjektiv am meisten stören, um die Behandlung dort anzusetzen. Die erfassten Daten sollten dann zu klar formulierten Zielen führen, welche am besten mit dem Patienten und den Angehörigen gemeinsam besprochen werden. Außerdem soll auch die Evaluierung in Zusammenarbeit mit dem Patienten durchgeführt werden. Bei diesen Gesprächen kann auch über den Willen, seine Werte und Vorstellungen bezüglich Sterben und Tod sowie lebensverlängernde Maßnahmen gesprochen werden (Kunz, 2007).

1.4 Grundlagen der Kommunikation

Kommunikation kommt vom lat. Wort *communicare* und bedeutet „mitteilen“, „gemeinsam machen“. Mithilfe von Kommunikation werden alltäglich Informationen ausgetauscht. Sie findet auf verbaler und nonverbaler Ebene statt. Nach A. Mehrabian wird den verbalen und nonverbalen Inhalten unterschiedlich viel Gewichtung

geschenkt, so zählt das gesprochene Wort 7%, die Stimme 38% und die Körpersprache 55% (Welk, 2015, S. 8).

Im heutigen Sprachgebrauch hat das Wort Kommunikation eine sehr weite Bedeutung. So verwendet man es für zwischenmenschlichen Kontakt von Angesicht zu Angesicht und als Verbindung zwischen zwei Einheiten, die nicht unbedingt zwei Menschen sein müssen. Es beschreibt aber auch die Verwendung von Medien wie zum Beispiel elektronische Medien (Adam, 2018, S. 16).

1.4.1 Fünf Grundsätze der Kommunikation

Paul Watzlawick formulierte fünf Grundsätze für den Kommunikationsprozess. Sein erster Grundsatz lautet *„Es ist unmöglich nicht zu kommunizieren“*. Dieser Satz erscheint erst verständlich, wenn man bedenkt, dass Kommunikation nicht nur durch Worte, sondern auch durch Schweigen oder Handzeichen geschieht. Die nonverbale Kommunikation wird bereits sehr früh erlernt und umfasst Gestik, Mimik, Blickkontakt, Körperhaltung und äußere Erscheinung. Der zweite Grundsatz besagt *„Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt“*. Es geht also nicht nur um die Weitergabe von Inhalten, sondern beim Kommunizieren wird auch unsere Beziehung zum Gegenüber definiert. Der dritte Grundsatz Watzlawicks lautet *„Die Interpunktion von Ereignisfolgen bestimmt die Beziehung“*, was bedeutet, dass jede Person ihre Schwerpunkte und dementsprechende Einteilungen (die Interpunktionen) im Gespräch anders setzt. Sind diese bei den GesprächspartnerInnen unterschiedlich, kann es zu Missverständnissen kommen. So wollen zum Beispiel PatientInnen in Gesprächen häufig Informationen darüber, dass die anstehende Operation keine Risiken birgt, oder die Krankheit, an der sie leiden, nicht gefährlich sei. Die Pflegeperson jedoch kann diese Interpunktion nicht annehmen und darf nicht von der Wahrheit abweichen. Der vierte Grundsatz besagt *„Menschliche Kommunikation geschieht auf digitale oder analoge Art und Weise“*. Digitale Kommunikation bedeutet in diesem Fall Kommunikation mit Worten. Wenn man etwas benennen will, nennt man es beim Namen. So ist zum Beispiel ein Tisch einfach ein Tisch. Im Gegensatz dazu ist analoge Kommunikation eher im Bereich der Beziehungen anwendbar. So kann man durch eine Geste etwas Ausdrücken, ohne es beim Namen zu nennen. Der fünfte Grundsatz beschreibt *„Zwischenmenschliche Kommunikation verläuft entweder symmetrisch (bei Gleichheit der Beziehung) oder komplementär (bei Unterschiedlichkeit der Beziehung), wobei symmetrische*

Kommunikation dann erfolgt, wenn sich die GesprächspartnerInnen auf der gleichen Ebene befinden, wie zum Beispiel zwei leitende MitarbeiterInnen. Komplementäre Kommunikation dagegen erfolgt zwischen Personen unterschiedlicher Positionen, die jedoch mit ihren Rollen zusammenhängen, wie Pflegeperson und PatientIn (Adam, 2018, S. 18).

1.4.2 Aktives Zuhören

Zuhören ist Grundbestandteil gelungener Kommunikation, besonders in der Pflege stellt es einen wesentlichen Teil dar. Hört man rein passiv zu, indem man sich neutral verhält, kann das schnell zu einem Abbruch des Gespräches führen. Bestätigendes Zuhören inkludiert jedoch nonverbale Signale wie mit dem Kopf nicken, Blickkontakt herstellen oder eine offene Körperhaltung. Außerdem gibt es verschiedene Techniken des aktiven Zuhörens:

Paraphrasieren: Bei dieser Technik wird der Inhalt des Gesprochenen kurz in eigenen Worten zusammengefasst und wiederholt. Dabei überprüft man, ob man das Gesagte verstanden hat und der Gesprächspartner wird zum Weiterreden ermuntert.

Verbalisieren: Beim Verbalisieren wird versucht, indirekt im Gespräch angesprochene Gefühle direkt anzusprechen. Dies kann dem Gegenüber helfen, sich über Gefühle klar zu werden.

Zusammenfassen: Darunter versteht man, vor allem bei einem längeren Gespräch, durch zusammenfassen die wichtigsten Aussagen noch einmal hervorzuheben. Somit behält man den Überblick.

Klären: Hierbei ist das Ziel, Aussagen des Gesprächspartners genauer abzuklären, um zu verhindern, dass die Gesprächspartner aneinander vorbeireden.

(Adam, 2018, S. 67)

1.4.3 Kommunikation mit Sterbenden - Symbolsprache

Die Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross beschreibt, dass Sterbende eine eigene Sprache haben. Sie drücken sich indirekt, durch Gesten, Blicke, oder Kinder auch durch Zeichnungen aus. Sie beschreibt, dass es wichtig ist, diese symbolische Sprache zu verstehen, da PatientInnen sie oft benutzen, wenn sie sich der Reaktion ihrer Umgebung nicht sicher sind. PatientInnen wollen sich aussprechen, sind sich

jedoch ihrer tiefen Angst vor der Wahrheit nicht bewusst. Ein Beispiel für Symbolsprache wäre ein Patient, der Aussagen wie „Meine Zeit rückt näher und es ist mir recht.“ benutzt. Verstehen wir symbolische Sprache können wir solchen Aussagen entnehmen, dass der Patient zumindest zum Teil mit seiner Todesangst fertig wird. Elisabeth Kübler-Ross teilt die symbolische Sprache in zwei verschiedene Sprachen ein: die verbale und nonverbale Sprache. Kleine Kinder bedienen sich eher der nonverbalen Symbolsprache, benutzen also Zeichnungen, Puppen oder Teddybären um über Sterben zu sprechen. Größere Kinder und Erwachsene bedienen sich eher einer verbalen Symbolsprache. Bemühen wir uns sie zu verstehen, können wir der Symbolsprache Sterbender wichtige Informationen entnehmen (Kübler-Ross, 1981).

In der palliativen Betreuung von PatientInnen sollten diese die Wahrheit über ihre Krankheitssituation erfahren. Im Blick auf die Kommunikation ist das nicht leicht, da auch ÄrztInnen den Krankheitsverlauf nicht immer genau vorhersagen können. Wahrhaftigkeit ist in dieser Situation eher als Ausdruck einer inneren Haltung zu verstehen und nicht nur das Überbringen schlechter Botschaften. Der Patient soll wahrhaftige Zuwendung von ärztlicher und pflegerischer Seite erfahren. Verdrängungsstrategien und diagnostische Notlügen führen zu einem Vertrauensbruch und sollten vermieden werden. Die erfolgreiche Informationsübermittlung beinhaltet drei Komponenten: den sachlichen Informationsgehalt, die Patientenzentriertheit des Gesprächs und die emotionale Wärme der Kommunikation. Diese drei Komponenten sollten in ausgewogener Weise enthalten sein. Doch auch PatientInnen selbst tragen in dieser Situation oft zu Kommunikationsproblemen bei. Der Umgang mit der Situation läuft in der Praxis nicht immer so, wie man es in Kursen gelernt hat. Der Verarbeitungsprozess läuft meist in Windungen ab und ist nicht linear (Senn, 2007).

1.5 Pflegerelevanz, Forschungslücke und Forschungsziel

„Jede Pflegehandlung ist Kommunikation oder die Chance zu einer Begegnung von Mensch zu Mensch oder von Subjekt zu Subjekt.“ (Grond, 2000, S.47)
Innerhalb von Pflegehandlungen kommt es immer wieder zu Situationen, die von

PatientInnen oder Pflegenden falsch interpretiert werden. So können PatientInnen Äußerungen der Pflegeperson positiv oder negativ deuten. In diesen Situationen sollten nonverbale Signale gedeutet werden können, um die Handlung anzupassen. Außerdem muss auch bei PatientInnen mit Einschränkungen in Bezug auf Kommunikation Kontakt hergestellt werden, wodurch Kommunikation zu einer Schlüsselqualität des Pflegeberufes wird (Josuks, 2018, S. 88).

Auch im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz ist unter den pflegerischen Kernkompetenzen der Punkt „theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation“ zu finden (Bundesministerium-für-Digitalisierung-und-Wirtschaftsstandort, 2016).

Im Jahr 2000 betrug der Anteil der über 65-jährigen in Österreich 15,4%, laut Prognose soll dieser Wert im Jahr 2030 bereits auf 23,1% angestiegen sein (Statistik Austria, 2018a).

Aus diesen Zahlen lässt sich ableiten, dass die Betreuung geriatrischer PatientInnen immer mehr an Bedeutung gewinnen wird und da im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz Gesprächsführung und Kommunikation als Kernkompetenz verankert ist (Bundesministerium-für-Digitalisierung-und-Wirtschaftsstandort, 2016), ist die Auseinandersetzung mit dem Thema Kommunikation mit geriatrischen PatientInnen unumgänglich. In einer Studie, in der Bedürfnisse von Menschen am Lebensende erfasst wurden, geht hervor, dass „Kommunikation und Verbundenheit mit Mitmenschen“ eines der Hauptbedürfnisse von sterbenden Menschen ist (Platzer, 2017). Gerade bei geriatrischen PatientInnen, bei denen häufig mehrere Erkrankungen bestehen (Deutsche-Gesellschaft-für-Geriatrie-e.V., 2013), ist es wichtig die Kommunikation anzupassen, um trotz kognitiver Einschränkungen oder Begleitscheinungen des Alterns, wie Hörverlust oder Sehschwäche, ein zufriedenstellendes Gespräch führen zu können (Füeßl, 2015).

Das Ziel dieser Arbeit ist es, herauszufinden, welche kommunikativen Ansätze es in der Betreuung von geriatrischen PatientInnen am Ende des Lebens gibt.

Daraus ergibt sich die Forschungsfrage: Welche kommunikativen Ansätze gibt es in der Betreuung von geriatrischen PatientInnen am Ende des Lebens?

2 Methodik

Um die Forschungsfrage der Arbeit zu beantworten wurde ein Literaturreview durchgeführt. Ein Literaturreview ist eine kritische Zusammenfassung von Forschungsergebnissen, mit dem Ziel, die bisherigen Resultate zu ermitteln, zusammenzufassen und zu evaluieren (Polit&Beck, 2017).

2.1 Literaturrecherche

Im Oktober und November 2018 wurde die Literatur ausgewählt. Zuerst wurden die Keywords „communication“, „end of life care“ und „geriatric“ definiert. Weiters wurden für diese Keywords Synonyme gefunden: „terminal care“, „hospice care“, „palliative care“, „elderly“ oder „old“. Begonnen wurde mittels Handsuche in der Suchmaschine Google Scholar, danach wurde mit den vorher genannten Suchbegriffen in den wissenschaftlichen Datenbanken PubMed (Public Medical Literature Online) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) recherchiert. Dabei wurden die Begriffe mit den booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft.

Verwendete Suchabfragen

Tabelle 1: Suchabfragen in den Datenbanken

PubMed	((communicat*[Title/Abstract]) AND (((("palliative care"[Title/Abstract]) OR "hospice care"[Title/Abstract]) OR "end-of-life care"[Title/Abstract]) OR "terminal care"[Title/Abstract])) AND (((elderl*[Title/Abstract]) OR old*[Title/Abstract]) OR geriatric*[Title/Abstract])
CINAHL	communication AND ("end of life care" OR "terminal care" OR "hospice care" OR "palliative care") AND (geriatric OR old OR elderly)

Bei PubMed und CINAHL wurden folgende Filter gesetzt:

- Publikationsdatum in den letzten 10 Jahren
- Sprache: Deutsch/Englisch

Zusätzlich wurde eine Handsuche in Google Scholar und Referenzlisten durchgeführt.

2.2 Auswahl der Studien

Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien

Bei der Auswahl der Studien wurde darauf geachtet, dass sich diese mit PatientInnen in der letzten Lebensphase beschäftigen, während die Erkrankung oder sonstige Einschränkungen beim Auswahlprozess keine Rolle spielten. Ein weiteres Kriterium war, dass sich die Studien mit geriatrischen PatientInnen befassen. Die Definition eines geriatrischen Patienten geschieht nicht nur durch das Alter, trotzdem wurden auch Studien eingeschlossen in denen von „elderly“ oder „old“ gesprochen wird, da nicht immer explizit das Wort geriatrische PatientInnen verwendet wurde. Außerdem wurden auch Studien eingeschlossen, die sich mit Kommunikationstrainings bezüglich End of Life Care befassen.

Auswahlprozess

Nach den Suchen in den angeführten Datenbanken und der Handsuche wurden die Ergebnisse in ein Literaturverwaltungsprogramm (EndNote) importiert. Nach Ausschluss der Duplikate verblieben 570 Studien, die anhand des Titels auf ihre Tauglichkeit überprüft wurden. Übrig blieben 56 Studien, deren Abstract gelesen wurde. Nach diesem Abstractscreening erschienen 13 der Studien als geeignet, die Forschungsfrage zu beantworten. Diese wurden einem Volltextscreening unterzogen um herauszufinden, ob sie die Anforderungen erfüllen. Schließlich verblieben 10 Studien, die einer kritischen Bewertung unterzogen wurden.

Der Auswahlprozess als Flowchart

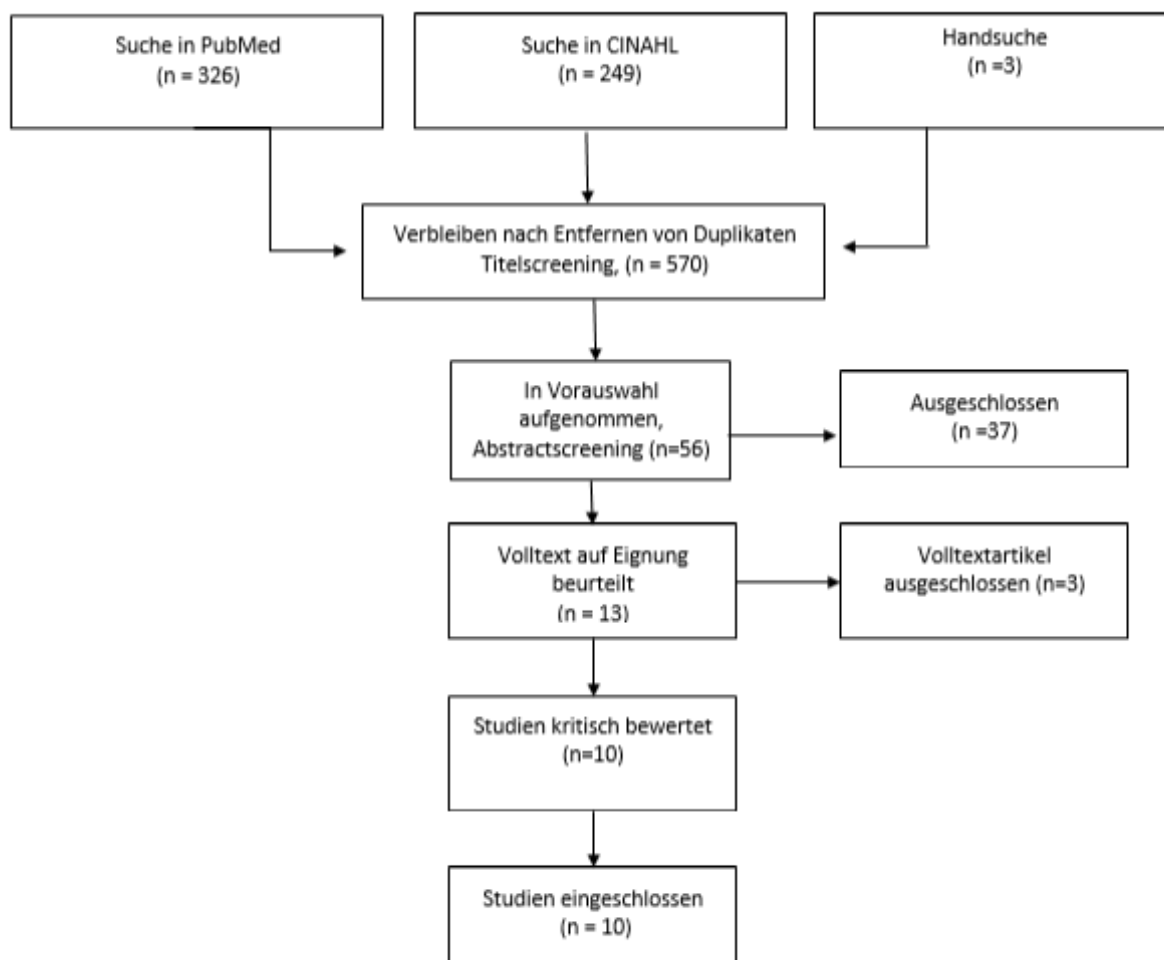


Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses in Anlehnung an das PRISMA Statement (Ziegler, 2011)

2.3 Kritische Bewertung der Studien

Alle eingeschlossenen Studien wurden mit Hilfe des Bewertungsbogens von Hawker (Hawker, 2002) kritisch geprüft. Der Bewertungsbogen besteht aus neun Kategorien, die zur Beurteilung von Abstract und Titel, der Einleitung und des Ziels, der Methode und der Datensammlung, des Samplings, der Datenanalyse, der ethischen Gesichtspunkte, der Resultate, der Generalisierbarkeit und der Übertragbarkeit der Resultate in die Praxis und Forschung dienen. In jeder dieser Kategorien

werden ein bis vier Punkte vergeben, wobei die Zahl eins für „very poor“, die Zahl zwei für „poor“, die Zahl drei für „fair“ und die Zahl vier für „good“ eingesetzt wird. Zählt man die Punkte zusammen ergibt sich für jede Studie eine Gesamtpunktezahl. Hat die Studie mindestens 22 Punkte erreicht (entspricht mehr als 60% der Gesamtpunktezahl), wurde sie in dieses Literaturreview eingeschlossen. Alle Studien die bewertet wurden, erreichten diese Punktezahl und konnten somit zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen werden. Die Bewertung der Studien ist im Anhang zu finden.

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Charakteristika und Ergebnisse der 10 inkludierten Studien aufgezeigt. Die Resultate werden in verschiedene Themen eingeteilt, die sich während der Auseinandersetzung mit den Studien herauskristallisierten.

3.1 Charakteristika der Studien

Von den zehn inkludierten Studien wurden sechs in den USA durchgeführt, eine in Schweden, eine in Italien, eine in der Schweiz und eine in England. Die Daten wurden auf verschiedene Arten erhoben. In sechs der Studien wurden halbstrukturierte Interviews durchgeführt, in vier davon zusätzlich noch Daten mittels Beobachtung erhoben. In einer Studie wurden Daten nur mittels Beobachtung erhoben, in einer anderen wurden qualitative Daten in Gruppendiskussionen gesammelt. Zwei der Studien beantworteten ihre Forschungsfrage mithilfe von Fragebögen, die von den PartizipantInnen ausgefüllt und danach ausgewertet wurden.

Eine Übersicht über die Charakteristika der ausgewählten Studien ist in Tabelle 2 ersichtlich:

Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien

Autoren	Titel	Jahr	Land	Setting/Stichprobe	Hauptergebnisse
Alftberg, Å., Ahlström, G., Nilsen, P., Behm, L., Sandgren, A., Benzein, E., Wallerstedt, B. & Rasmussen, B.	Conversations about death and dying with older people: an ethnographic study in nursing homes	2018	Schweden	Sieben Pflegeheime im Süden von Schweden; 8 PflegehelferInnen, die gerade einen Kurs über Palliativpflege älterer Menschen besuchten wurden beobachtet und befragt.	Die PartizipantInnen gaben an, über das Wissen zu verfügen um Gespräche über Tod und Sterben zu führen. Die Zeit, diese durchzuführen fehlt ihnen jedoch.
Baile, W. F., Tanzi, S., Moroni, M., Walters, R. & Biasco, G.	Using Sociodrama and Psychodrama To Teach Communication in End-of-Life Care.	2012	Italien	26 interdisziplinäre Mitarbeiter einer Palliativstation, die einen Masterlehrgang für Palliativmedizin an der Universität in Bologna machten	Mehr als 90% der TeilnehmerInnen fanden den Workshop hilfreich für ihren Beruf, 75% haben das Gelernte in ihrem beruflichen Alltag bereits angewendet.
Chi, H. L., Cataldo, J., Ho, E. Y. & Rehm, R. S.	Can We Talk About It Now? Recognizing the Optimal Time to Initiate End-of-Life Care Discussions with Older Chinese Americans and Their Families	2018	USA	14 ältere, in Amerika lebende Personen, über 55 Jahre, die sich selbst als ChinesInnen oder chinesische AmerikanerInnen identifizieren 9 erwachsene Kinder dieser Personengruppe, die erwarten ihre Eltern zu pflegen 7 Gesundheitsdienstleister, die in einer geriatrischen, einer Palliativstation oder in der Primärversorgung tätig sind	Chinesische AmerikanerInnen und ihre Familien würden an End of Life Care Diskussionen teilnehmen, wenn diese zur optimalen Zeit und mit den richtigen Personen stattfindet. Es ergaben sich Kommunikationsvorlieben und ein optimaler Gesprächszeitpunkt.

Chi, H. L., Cataldo, J., Ho, E. Y. & Rehm, R. S.	Please Ask Gently: Using Culturally Targeted Communication Strategies to Initiate End-of-Life Care Discussions With Older Chinese Americans.	2018	USA	Gleiche Stichprobe wie bei oben angeführter Studie von Chi et al.	Die Bereitschaft für End of Life Care Gespräche soll vor dem Eintreten einer ernsten Krankheit erhoben werden. Indirekte Vorgehensweise wird gegenüber direkten Fragen bevorzugt.
Erickson, J. M., Blackhall, L., Brashers, V. & Varhegyi, N.	An interprofessional workshop for students to improve communication and collaboration skills in end-of-life care.	2015	USA	Alle Medizin- und PflegestudentInnen der University of Virginia Schools of Nursing im dritten Jahr. Insgesamt nahmen 215 StudentInnen teil, davon 118 aus dem Bereich Medizin und 97 aus dem Bereich der Pflege.	Die Kommunikation der PflegestudentInnen hat sich nach dem Workshop erheblich verbessert.
Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R. & Porock, D.	Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study.	2015	England	42 PatientInnen mit durchschnittlichem Alter von 85 Jahren, die im Sterben lagen und ihre pflegenden Angehörigen in vier Akutstationen eines Universitätskrankenhauses.	Pflegende Angehörige hatten unterschiedliche Erfahrungen mit Kommunikation. Pflegende sahen es als ihre Aufgabe, das Gesagte des Arztes zu übersetzen, damit es die Angehörigen verstehen.
Lankarani-Fard, A., Knapp, H., Lorenz, K. A., Golden, J. F.,	Feasibility of discussing end-of-life care goals with	2010	USA	VA Greater Los Angeles Health Care Center, 33 Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 62 Jahren, alle männlich	„Go wish“- Karten erwiesen sich laut MitarbeiterInnen als sinnvoll um wichtige Themen, welche

Taylor, A., Feld, J. E., Shugarman, L.R., Malloy, D., Menkin, E. S. & Asch, S. M.	inpatients using a structured, conversational approach: the go wish card game				die Pflege am Lebensende betreffen, aufzugreifen.
Lenherr, G., Meyer-Zehnder, B., Kressig, R. W. & Reiter-Theil, S.	To speak, or not to speak—do clinicians speak about dying and death with geriatric patients at the end of life	2012	Schweiz	Auswahl der PartizipantInnen auf einer geriatrischen Akutstation und in einem städtischen, geriatrischen Krankenhaus 14 ÄrztInnen, 17 diplomierte Pflegepersonen	Schwierigkeiten bei End-of-Life care Gesprächen mit geriatrischen PatientInnen waren vor allem externe Umstände, wie zum Beispiel Lokalisation, Zeit oder Organisation, aber auch kognitiver Status der PatientInnen.
Schonfeld, T. L., Stevens, E. A., Lampman, M. A. & Lyons, W. L.	Assessing Challenges in End-of-Life Conversations With Elderly Patients With Multiple Morbidities.	2012	USA	32 ÄrztInnen vom University of Nebraska Medical Center	Bei multimorbiden PatientInnen fokussieren sich End of Life Care Gespräche mehr auf Lebensqualität und Wünsche als bei PatientInnen mit nur einer Krankheit. Das Thema muss öfter angesprochen werden um PatientInnen und deren Familie darauf vorzubereiten.
Towsley, G. L., Hirschman, K. B., Madden, C.	Conversations about End of Life: Perspectives of Nursing Home Residents, Family, and Staff	2015	USA	16 PflegeheimbewohnerInnen (durschnittliches Alter 88,4 Jahre), 12 Familienmitglieder von BewohnerInnen und 10 interdisziplinäre MitarbeiterInnen des Pflegeheimes	eher Gespräche über die Vorlieben der BewohnerInnen, nicht über Testament oder Einweisung ins Krankenhaus/Hospiz

3.2 Kommunikation mit Patientinnen und Patienten

Die Studie von Lankarani-Fard et al. (2010) untersuchte, ob ein Kartenspiel zur Definition von End of Life Care Zielen eingesetzt werden kann, indem man die Wünsche der PatientInnen für ihr Lebensende herausfindet. Dabei wurden MitarbeiterInnen einer allgemeinen Station, einer Rehabilitationsstation, einer Übergangspflegestation und einer Station für Veteranen befragt, welche PatientInnen ein hohes Risiko für Morbidität oder Mortalität im nächsten Jahr hätten und deren Behandlungsziele geklärt werden sollten. Dabei wurden 33 männliche Teilnehmer mit einem durchschnittlichen Alter von 62 Jahren gefunden. Die Partizipanten waren kognitiv nicht eingeschränkt und mussten körperlich in der Lage sein, Karten selbst zu sortieren und zu lesen. Dann erhielten sie 36 Karten. Auf 35 dieser Karten waren Werte, die in Zeiten von Krankheit wichtig sein könnten, aufgeschrieben. Auf der 36. Karte konnten die Teilnehmer einen Wunsch vermerken, der auf den anderen Karten nicht vorkam. Die Partizipanten sollten die Karten in drei Kategorien ordnen: sehr wichtig, wichtig oder nicht wichtig. Danach wurden die Patienten noch dazu aufgefordert, ihre zehn besten Karten nach Wichtigkeit zu sortieren. Am Ende fand ein Gespräch mit einem Arzt oder einem Sozialarbeiter statt, das durchschnittlich 21,8 Minuten dauerte. Alle der 36 Karten kamen in mindestens einer der Top 10 Listen vor. Mit 22-mal am öftesten gewählt wurde der Wunsch „frei von Schmerzen sein“, auf Platz zwei und drei waren die Wünsche „mit Gott im Einklang sein“ und „beten“. Auch „sich sauber fühlen“, „kognitiv erreichbar bleiben“, „seinen Sinn für Humor behalten“ und „eine vertrauensvolle Beziehung zum Arzt haben“ waren häufige Wünsche. Am wenigsten oft zu den 10 wichtigsten Karten gewählt wurden „Freunde beim Sterben dabei zu haben“, „zu Hause sterben“ und „nicht alleine sterben“. Auf der leeren Karte wurden eher Wünsche über persönliche Belange aufgeschrieben, wie zum Beispiel den Kontakt zu einem zerstrittenen Kind wiederherzustellen. Die Vorlieben der Teilnehmer wurden dann zusammengefasst und an die Patienten selbst und ihre Ärzte ausgehändigt. Außerdem wurden die Teilnehmer dazu ermutigt, ihre Wünsche auch Familienmitgliedern und Gesundheitsdienstleistern mitzuteilen. Es zeigte sich, dass dieses „Go Wish“-Kartenspiel als Entscheidungshilfe bei chronisch Kranken angewendet werden kann um ihre Präferenzen anzusprechen. Die MitarbeiterInnen waren der Meinung, dass die Karten sich als sinnvoll erwiesen, um Sorgen anzusprechen. Auch die Patienten empfanden die Karten als hilfreich, um das Thema

aufzugreifen. Außerdem erlaubt das „Go Wish“- Kartenspiel den Patienten ihre Werte in einem stressfreien Rahmen zu überdenken, da sie alleine ihre Karten sortieren. Das Spiel kann ein erster Schritt zur Klärung von Behandlungszielen sein. Das Kartendeck ist nicht teuer und das Spiel ist mit minimaler Schulung und annehmbarem Zeitaufwand umsetzbar (Lankarani-Fard et al., 2010).

Die Studie von Schonfeld et al. (2012) beschäftigte sich intensiver mit den Barrieren und Unterschieden von End of Life Kommunikation mit PatientInnen mit nur einer Erkrankung im Gegensatz zu PatientInnen mit mehreren Erkrankungen. Ältere Menschen weisen oft eine Vielfalt an chronischen Erkrankungen auf. Diese resultieren in einer komplexeren Behandlung. Um Unterschiede in der End of Life Kommunikation mit PatientInnen mit einer klaren Diagnose und PatientInnen mit mehreren Erkrankungen zu identifizieren, wurden Gruppendiskussionen mit 32 ÄrztInnen abgehalten. In diesen vierstündigen Gruppendiskussionen wurden Fragen über prognostische Unsicherheiten und Kommunikationsprobleme mit älteren PatientInnen mit Multimorbidität gestellt. Die ÄrztInnen empfanden es als leichter, PatientInnen mit einer klaren Diagnose über ihre Krankheit aufzuklären, da man statistische Werte nennen kann. Bei PatientInnen mit mehreren Erkrankungen ist die Prognose jedoch oft unklar. Außerdem ergab sich aus den Gruppendiskussionen, dass sich End of Life Gespräche mit PatientInnen mit nur einer Erkrankung eher auf die Krankheit selbst spezialisieren, während bei multimorbiden PatientInnen die Themen Lebensqualität und Wünsche im Vordergrund stehen. Neben diesen Unterschieden ergaben sich jedoch auch Gemeinsamkeiten bei End of Life Gesprächen mit diesen beiden Patientengruppen. Das Ziel des Gespräches ist in beiden Fällen das Gleiche und bei Entscheidungen über die weitere Vorgehensweise werden häufig Familienmitglieder involviert, was die Entscheidung oft abhängig von der Familiendynamik der PatientInnen macht (Schonfeld et al., 2012).

Bei der Vorgehensweise eines End of Life Gespräches ergaben sich drei verschiedene Ansätze: eine direkte und eine indirekte Vorgehensweise, sowie ein gemeinschaftlicher Ansatz. Bei der direkten Methode vergewisserten sich die ÄrztInnen, ob der Patient bereit ist und fragt den Patienten direkt ob er seine Prognose wissen will. Solche Gespräche gestalten sich oft schwieriger, da sie vom Arzt ausgehend geführt werden. Beim indirekten Ansatz dagegen versucht der Arzt mit einer Frage den Patienten oder die Angehörigen dazu animieren selbst das Gespräch zu

beginnen. Ein Beispiel für solch eine Frage an Angehörige wäre, wie sie über den Gesundheitszustand des Patienten denken. Der gemeinschaftliche Ansatz sieht vor, ein Treffen mit den Angehörigen zu arrangieren. Als positiver Aspekt ist hierbei zu nennen, dass dadurch eine private Atmosphäre möglich ist und jedes Familienmitglied die Möglichkeit erhält anwesend zu sein. Der Arzt ist in diesem Fall dafür verantwortlich, das Gespräch zu beginnen, Informationen zu geben und mit einer klaren Entscheidung zu beenden. Was den Zeitpunkt für solche Gespräche angeht gaben die PartizipantInnen an, je früher es geführt wird desto besser. Die TeilnehmerInnen gaben jedoch auch an, sie würden warten, sofern die Möglichkeit besteht, dass sich der Zustand des Patienten wieder verbessert. Manche TeilnehmerInnen gaben außerdem an, sich eher bereit für ein End of Life Gespräch zu fühlen, wenn der Patient älter ist (Schonfeld et al., 2012).

Die Studien von Chi et al. (2018) beschäftigen sich mit End of Life Care Diskussionen mit AmerikanerInnen über 55 Jahre mit chinesischer Abstammung und deren Familien. Das Ziel dabei war es, den richtigen Zeitpunkt für ein End of Life Gespräch mit dieser Personengruppe zu finden und Strategien für ein solches Gespräch zu entwickeln.

Befragt wurden 14 ältere chinesische AmerikanerInnen, 9 erwachsene Kinder, die planen in Zukunft einen Elternteil zu pflegen und sich selbst als ChinesInnen oder chinesische AmerikanerInnen identifizieren und 7 Gesundheitsdienstleister. Unter den GesundheitsdienstleisterInnen waren ÄrztInnen, diplomierte Pflegepersonen, SozialarbeiterInnen und Kapläne, die gerade in der Geriatrie, der Primärversorgung oder der Palliativpflege tätig sind. Außerdem wurden nur Personen eingeschlossen, die mindestens einmal im Monat End of Life Care Gespräche mit älteren chinesischen AmerikanerInnen führen. Gefragt wurde nach End of Life Care Erfahrungen, Angemessenheit dieses Themas in dieser Kultur, mit wem solch ein Gespräch am besten geführt werden sollte und wann der optimale Zeitpunkt dafür wäre (Chi et al., 2018b).

Die Ergebnisse der ersten Studie wurden in zwei Kategorien geordnet: Kommunikationsvorlieben und das Erkennen der optimalen Zeit um eine End of Life Care Diskussion zu initiieren. Ältere chinesische AmerikanerInnen bevorzugten End of Life Care Gespräche mit ihrer Familie. Bevorzugt werden dabei EhepartnerInnen,

mit denen die Wünsche für das Lebensende besprochen werden, bevor diese Entscheidungen den Kindern mitgeteilt werden. Die Hälfte der Befragten hat solch ein Gespräch bereits innerhalb der Familie geführt. Die erwachsenen Kinder wünschten sich, dass Konversationen über Wünsche am Lebensende von Gesundheitsdienstleistern mit ihren Eltern begonnen werden. Die Kinder gaben an, dass sie bereit dazu wären Gespräche mit ihren Eltern zu führen, allerdings würden sie sich wünschen zuvor Beratung von Gesundheitsdienstleistern zu bekommen. Alle der befragten älteren Personen mit chinesischer Herkunft gaben an, ein Gespräch über End of Life Care zu führen, wenn ein Gesundheitsdienstleister dieses beginnen würde (Chi et al., 2018b).

Der optimale Zeitpunkt um Gespräche über Wünsche am Lebensende zu führen wäre laut PartizipantInnen nach auslösenden Faktoren, wie zum Beispiel einer Veränderung des Gesundheitszustandes, Hospitalisierung, Ruhestand oder Stürze. Ältere chinesische AmerikanerInnen nennen als optimales Alter für diese Thematik 50-60 Jahre, die erwachsenen Kinder 60 Jahre und die GesundheitsdienstleisterInnen 70-80 Jahre. Letztere gaben zwar an zu wissen, dass es theoretisch am besten ist solche Gespräche so früh wie möglich zu führen, dies aber in der Praxis nicht immer umzusetzen (Chi et al., 2018b).

Die zweite Studie von Chi et al. (2018) kam außerdem zum Ergebnis, dass End of Life Care Diskussionen bei jedem Arztbesuch und bei der Aufnahme in eine Gesundheitseinrichtung integriert werden sollen. Das soll helfen, bei älteren AmerikanerInnen chinesischer Herkunft ein Bewusstsein dafür zu schaffen. Als Beispiel nannte eine Partizipantin ihren 99-jährigen Vater, der bei der Einlieferung in ein Krankenhaus keine Patientenverfügung hatte. Beim Aufnahmegespräch wurde danach gefragt und sie empfand es als einfache Art dieses Thema aufzugreifen. Außerdem sollten solche Diskussionen mit indirekten Ansprachen erfolgen. So soll zuerst das Thema angesprochen werden, ohne sich direkt auf den Patienten zu fokussieren, danach kann die Reaktion eingeschätzt werden. Für eine indirekte Ansprache werden folgende Strategien genannt:

- Fragen über End of Life Care als Standardfragen bei der Aufnahme integrieren

- Erfahrungen von jemand anderem benutzen und nicht direkt über den Tod dieser Person sprechen, da ChinesInnen denken, dass über den eigenen Tod zu sprechen diesen früher zu sich bringt
- Sich über kulturelle Tabus informieren und um Erlaubnis fragen
- Die eigene berufliche Erfahrung als Beispiel nutzen

(Chi et al., 2018a)

In vier der Studien ergaben sich sowohl Barrieren in der Kommunikation mit geriatrischen PatientInnen am Lebensende, als auch unterstützende Faktoren.

Schwierigkeiten bei Gesprächen mit geriatrischen PatientInnen am Lebensende werden in der Studie von Lenherr et al. (2012) beschrieben. Dabei wurden halbstrukturierte Interviews mit ÄrztInnen und diplomierten Pflegepersonen auf einer geriatrischen Akutstation und in einem städtischen geriatrischen Krankenhaus durchgeführt. 29 von 14 Befragten gaben an, dass externe Umstände wie Lokalisation, Zeit und Organisation Barrieren in der Kommunikation mit geriatrischen PatientInnen am Lebensende darstellen. 12 der Personen gaben an, dass Hindernisse von Seiten der Pflegeperson oder der PatientInnen solche Gespräche erschweren würden, während sieben Personen den kognitiven Status der PatientInnen als Kommunikationsbarriere erwähnten. Die Studie empfiehlt deshalb mehr Schulung zu diesem Thema, da es eine ethische Verpflichtung der Gesundheitsberufe ist, sowohl Offenheit zu unterstützen, als auch Würde und Autonomie beim Ansprechen der Themen Tod und Sterben zu respektieren. Dennoch war bei 7 von 29 Befragten die Bereitschaft mit geriatrischen PatientInnen über die Themen Tod und Sterben zu sprechen gering. Darunter waren drei ÄrztInnen und vier diplomierte Pflegepersonen. Vier der befragten ÄrztInnen gaben an, nur über medizinische Fakten zu sprechen, 10 ÄrztInnen und 16 diplomierte Pflegepersonen integrierten auch spirituelle und emotionale Themen (Lenherr et al., 2012).

Auch in der Studie von Caswell et al. (2015), in der Kommunikation zwischen pflegenden Angehörigen und Gesundheitsdienstleistern untersucht wurden, ergaben sich Barrieren. Als Faktoren, welche die Kommunikation negativ beeinflussen werden fehlendes Selbstbewusstsein der MitarbeiterInnen, die Angst etwas Falsches

zu sagen und beschönigende Metaphern beim Überbringen schlechter Nachrichten genannt (Caswell et al., 2015).

In der Studie von Alftberg et al. (2018), in der PflegeassistentInnen in Pflegeheimen über ihre Erfahrungen mit Gesprächen über die Themen Tod und Sterben befragt wurden wird als Barriere angegeben, dass nicht genug Zeit für Gespräche über Tod und Sterben vorhanden sei. Außerdem bedeuten solche Konversationen für Pflegenden emotionalen Stress, was sehr belastend sein kann. Die PflegeassistentInnen wurden auch über ihre Strategien befragt, um solche Konversationen zu führen. Dabei wurden aber fast nur Beispiele für Strategien genannt, um diese zu umgehen. So versuchten die PartizipantInnen, wenn BewohnerInnen über die Themen Tod oder Sterben sprechen wollten, diese abzulenken oder sie mithilfe von Animation zu vertrösten. Auch das Ignorieren der Themen Tod und Sterben wurde als Strategie genannt. Ein unterstützender Faktor, damit sich PflegeassistentInnen dazu in der Lage fühlen End of Life Gespräche zu führen, ist genügend vorhandenes Wissen zu diesem Thema (Alftberg et al., 2018).

Auch in der Studie von Towsley et al. (2015) wurden einige Barrieren in End of Life Kommunikationen in Pflegeheimen identifiziert. Allerdings wurden auch unterstützende Faktoren, zur Vereinfachung solcher Gespräche, definiert. Zu den Ergebnissen kam diese Studie indem halbstrukturierte Interviews in einem Pflegeheim durchgeführt wurden. Befragt wurden dabei BewohnerInnen aus vier Pflegeheimen Pennsylvanias mit einem Durchschnittsalter von 88,4 Jahren, sowie deren Familienangehörigen und die MitarbeiterInnen des Pflegeheims. Unter den MitarbeiterInnen waren diplomierte Pflegepersonen, SozialarbeiterInnen, FreizeitgestalterInnen, PsychologInnen, Kapläne und ein Aufnahmekoordinator. Dabei ergab sich, dass in den Pflegeheimen häufig kaum Gespräche über das Lebensende geführt werden. Vorlieben von Essen und täglichen Aktivitäten wurden erfragt, im Allgemeinen beinhalteten die Gespräche jedoch nie Themen wie die Einweisung in ein Krankenhaus oder Hospiz oder das Erstellen eines Testaments. Oft wurden solche Gespräche nicht geführt, da nicht allen MitarbeiterInnen klar war, welche Berufsgruppe dafür verantwortlich ist. Ein weiterer Grund für fehlende Gespräche über Wünsche am Lebensende war die Annahme, man wüsste aufgrund von vorangegangenen Ereignissen was die PatientInnen wollen. Wurde zum Beispiel zuvor von PatientInnen eine Entscheidung für andere Verwandte getroffen, wurde diese oft übernommen.

Familienangehörige gaben außerdem an, zu wenig eigenes Wissen in Bezug auf Kommunikationsstrategien oder organisatorische Dinge, wie einer Patientenverfügung, zu haben. Als unterstützende Faktoren für End of Life Konversationen ergaben sich eine gute Basis mit dem Gesprächspartner zu haben und einen guten Zeitpunkt für eine solche zu finden. Wenn jemand im Umfeld stirbt, ergibt sich ein potenzieller Türöffner für ein solches Gespräch (Towsley et al., 2015).

Zusammenfassend ergeben sich folgende Barrieren:

- Externe Umstände wie Zeit, Lokalisation oder Organisation (Lenherr et al., 2012)
- Hindernisse von Seiten der Pflegeperson (Lenherr et al., 2012)
- Kognitiver Status der PatientInnen (Lenherr et al., 2012)
- Fehlendes Selbstbewusstsein der MitarbeiterInnen (Caswell et al., 2015)
- Angst der MitarbeiterInnen, etwas Falsches zu sagen (Caswell et al., 2015)
- Das Nutzen beschönigender Metaphern beim Überbringen schlechter Nachrichten (Caswell et al., 2015)
- Emotionaler Stress für Pflegepersonen (Alftberg et al., 2018)
- Keine Klarheit darüber, welche Berufsgruppe für Gespräche über das Lebensende zuständig sind (Towsley et al., 2015)
- Annahmen aufgrund vorheriger Entscheidungen des Patienten (Towsley et al., 2015)
- Familienangehörige haben zu wenig Wissen darüber (Towsley et al., 2015)

Unterstützende Faktoren:

- Genügend vorhandenes Wissen über End of Life Care Gespräche (Alftberg et al., 2018)

- Gute Basis zwischen den Gesprächspartnern (Towsley et al., 2015)
- Den optimalen Zeitpunkt für ein Gespräch wählen (Towsley et al., 2015)
- Sterbende PatientInnen in einen eigenen Raum verlegen erleichtert die Kommunikation mit pflegenden Angehörigen (Caswell et al., 2015)
- Gespräche über End of Life Care so früh wie möglich führen, am besten vor dem Eintreten einer terminalen Erkrankung (Chi et al., 2018a)

3.3 Verbesserung der Kommunikationskompetenz der Pflegenden

In zwei der ausgewählten Studien werden unterschiedliche Methoden durchgeführt, um Kommunikation am Lebensende zu lehren. In der Studie von Erickson et al. (2015) wird ein Workshop abgehalten und evaluiert, ob dieser die Kommunikationskompetenz von Studierenden in schwierigen Situationen verbessert. Dabei nahmen alle Medizin- und PflegestudentInnen des dritten Jahres der University of Virginia Schools of Medicine and Nursing an einem monatlichen, 90-minütigen Workshop teil, in dem Inhalte über End of Life Kommunikation anhand eines erfundenen Falles gelehrt wurden. Insgesamt nahmen 215 StudentInnen teil, davon 118 von der Fachrichtung Medizin und 97 Personen vom Bereich Pflege (Erickson et al., 2015).

Der Fall, der während des Workshops nachgespielt wurde, handelte von einer Frau mit Lungenkrebs, der Metastasen in Leber und Knochen gebildet hatte. Der Zustand der Patientin hat sich aufgrund von einer Lungenentzündung verschlechtert. Die StudentInnen hatten die Aufgabe, der Schwester der Patientin, welche die Bevollmächtigte in medizinischen Belangen war, zu helfen, Behandlungsziele festzulegen. Dabei bekamen Medizin- und PflegestudentInnen verschiedene Rollen zugeteilt. So waren die MedizinstudentInnen in diesem Fall die zuständigen ÄrztInnen, die von der Pflegeperson angerufen wurden, da sich der Zustand der Patientin verschlechtert hat. Ihre Aufgabe war es, die Schwester der Patientin über einen Transfer auf die Intensivstation und über etwaige Beatmung aufzuklären. Die PflegestudentInnen bekamen die Rolle der Pflegeperson, die die Patientin und ihre Schwester bereits seit der Aufnahme kennt. Die Patientin hat der Pflegeperson vor einigen Tagen anvertraut, dass sie weiß, dass sie sich dem Ende ihres Lebens nähert und die

medizinischen Prozeduren als sehr anstrengend empfindet, jedoch ihrer Schwester zuliebe weitere Therapien macht (Blackhall et al., 2014). Vor dem Kurs mussten die TeilnehmerInnen drei Fragebögen ausfüllen. Zwei davon beschäftigten sich mit Teamarbeit, die Kommunikationskompetenz wurde mithilfe eines Selbsteinschätzungsbogens gemessen. In diesem bewerteten sich die StudentInnen in folgenden neun Kategorien selbst mit Punkten von 0-100: ein Gespräch beginnen, Emotionen fördern, Gefühle erkunden, mit einem Plan abschließen, Angst und Depression einschätzen, schlechte Nachrichten überbringen, mit Ablehnung umgehen, bei Unsicherheiten helfen und Umgang mit Absprachen (Erickson et al., 2015).

Vor dem Kurs schätzten MedizinstudentInnen ihre Kommunikationsfähigkeiten in schwierigen Situationen besser ein, als die StudentInnen der anderen Fachrichtung. Nach dem Kurs haben sie sich in den drei Kategorien „schlechte Nachrichten überbringen“, „Umgang mit Absprachen“ und „bei Unsicherheiten helfen“ verbessert. In der Kategorie „ein Gespräch beginnen“ verringerte sich die Selbsteinschätzung, in den anderen fünf Kategorien (mit einem Plan abschließen, Emotionen fördern, Gefühle erkunden, Angst beurteilen und mit Ablehnung umgehen) blieben die Selbsteinschätzungen vor und nach dem Kurs gleich. Eine Interpretation dieses Zustandes ist laut Erickson et al. (2015), dass MedizinstudentInnen ihre Fertigkeiten aufgrund vorheriger Kommunikationslehrgänge mit simulierten Patientengesprächen zu hoch eingeschätzt hatten und diese nach dem Workshop realistischer betrachteten. Bei den StudentInnen der Pflege, die sich zu Beginn schlechter einschätzten als die Mediziner besserte sich die Einschätzung in allen Kategorien bis auf „ein Gespräch initiieren“ (Erickson et al., 2015).

Eine andere Methode, um Kommunikation in der End-of-Life Care zu lehren, wird in der Studie von Baile et al. (2012) untersucht. Dort werden „sociodrama“ und „psychodrama“, von einem Psychiater entwickelte Gruppenaktivitäten, eingesetzt. Sociodrama stellt dabei eine edukative Maßnahme dar, bei der Gruppenmitglieder in professionelle Rollen schlüpfen, um zum Beispiel schlechte Nachrichten zu überbringen. Psychodrama ist eine therapeutische Intervention, um jemanden beim Ordnen beziehungsweise Klären seiner Emotionen zu unterstützen, zum Beispiel bei Kummer nach Patientenverlust. Getestet wurden diese Interventionen mit 26 italienischen KlinikerInnen, die einen Masterlehrgang an der Universität in Bologna absolvierten. Dabei wurden Fallstudien generiert und nachgespielt, um versteckte

Dynamiken zu finden, die Barrieren zu effektiver End of Life Kommunikation aufzeigen. So wurde zum Beispiel ein Fall zu der Problemstellung „Wie geht man mit einem Familienmitglied um, das es verweigert, der Patientin Informationen über ihre Erkrankung zu geben?“ nachgespielt. Zuerst wurden die folgenden Rollen verteilt: Paola, eine terminal erkrankte Patientin mit Kolonkarzinom, ihre Schwester Agnes, die nicht möchte dass ihre Schwester über den Ernst ihrer Krankheit informiert wird, Paolas Ehemann Guisepppe, der nicht Agnes Meinung ist, aber keinen Streit möchte um Paola nicht zu verärgern und Paolas Arzt. Dann wurde das Rollenspiel durchgeführt und währenddessen sprachen die „Schauspieler“ selbst und auch die anderen Gruppenmitglieder nicht nur aus was sie sagen würden, sondern auch die Gefühle der Personen. Zwischen stoppte der Moderator öfter die Szene und befragte Mitglieder der Gruppe, was man besser machen könnte. So ergaben sich Szenen, wie ein solches Gespräch zwischen der erkrankten Person, ihrer Schwester, ihrem Ehemann und ihrem Arzt aussehen könnte und auch, was diese Personen in dieser Lage möglicherweise empfinden. Auch andere Fälle wurden nachgespielt, wie zum Beispiel Umgang mit PatientInnen, die ihre Diagnose leugnen, Antworten auf Anfragen der PatientInnen für Sterbehilfe, Kommunikation mit PatientInnen verschiedener Kulturen oder kognitiven Einschränkungen und schlechte Informationen überbringen. Sechs Wochen nach dem Workshop füllten die PartizipantInnen einen Fragebogen über Relevanz, Inhalt, Organisation, Zeitmanagement und Effektivität des Workshops aus. Mehr als 90% der TeilnehmerInnen fanden den Workshop hilfreich für ihren Beruf, über 85% gaben an, der Workshop habe ihre Kompetenz in Bezug auf End of Life Kommunikation verbessert. 75% der TeilnehmerInnen berichteten, das Gelernte bereits in den sechs Wochen nach dem Kurs in ihrem beruflichen Alltag angewendet zu haben. Angst und Zweifel sind oft Bestandteil von Gesprächen in der Palliativpflege und können sowohl bei PatientInnen, als auch bei professionell Pflegenden auftreten. Diese versteckten Emotionen zu enthüllen kann ihren Einfluss minimieren und zu Lösungen verhelfen (Baile et al., 2012).

3.4 Kommunikation mit pflegenden Angehörigen

In der Studie von Caswell et al. (2015) wird die Kommunikation zwischen pflegenden Angehörigen von sterbenden PatientInnen und MitarbeiterInnen von

Akutstationen eines Universitätskrankenhauses in England näher untersucht. Dabei wurden Beobachtungen, halbstrukturierte Interviews und eine Fokusgruppe abgehalten.

Die pflegenden Angehörigen empfanden die Kommunikation sehr unterschiedlich. Manche fühlten sich gut informiert, andere wiederum gaben an, Schwierigkeiten gehabt zu haben an Informationen zu kommen. Die Kommunikation zwischen MitarbeiterInnen und pflegenden Angehörigen war überwiegend verbal in Form von direkten Gesprächen. Auf Akutstationen sterben zwar regelmäßig PatientInnen, End of Life Care ist aber keine alltägliche Arbeit. Trotzdem waren die MitarbeiterInnen zuversichtlich, gute End of Life Care zu bieten. Das Überbringen schlechter Nachrichten wurde eher älteren MitarbeiterInnen überlassen. Diplomierte Pflegepersonen sahen ihre Rolle darin, die Familie zu unterstützen, nachdem ein Arzt schlechte Nachrichten übermittelt hat. Eine Pflegeperson gab an, sie empfindet es als ihre Aufgabe das Gesagte der ÄrztInnen nach dem Gespräch für die Angehörigen so zu übersetzen, dass sie es verstehen (Caswell et al., 2015).

Die befragten pflegenden Angehörigen gaben an, dass es für sie leichter war, wenn der Sterbende in einen eigenen Raum verlegt wurde. Nicht alle pflegenden Angehörigen wussten, dass ihr Verwandter im Sterben lag, da häufig beschönigende Formulierungen für den herannahenden Tod verwendet wurden oder es ihnen nicht so gesagt wurde, dass sie es verstehen. Sie hatten oft Schwierigkeiten auf der Station jemanden zu finden mit dem sie über die derzeitige Situation sprechen können (Caswell et al., 2015).

4 Diskussion

Dieser Literaturreview zeigt Strategien zur Kommunikation mit sterbenden geriatrischen PatientInnen und deren Angehörigen und wie Pflegepersonen solche Gespräche erlernen können.

Es wirkt unterstützend, eine gute Basis zwischen den Gesprächspartnern herzustellen und einen geeigneten Zeitpunkt zu wählen. Externe Umstände wie Lokalisation, Zeit und Organisation werden von Pflegepersonen als Barrieren für erfolgreiche Kommunikation mit geriatrischen PatientInnen am Lebensende gesehen. Außerdem ist auch das fehlende Selbstbewusstsein der MitarbeiterInnen häufig ein Hindernis. Die Kompetenz der Pflegekräfte kann jedoch durch Weiterbildungsmaßnahmen zu diesem Thema verbessert werden, wie zum Beispiel mit Schauspiel, wie die Studie von Baile et al. (2012) zeigt.

Ärzte äußerten außerdem es schwerer zu finden, PatientInnen mit mehreren Erkrankungen über die Schwere ihrer Erkrankung zu informieren, weil sie keine statistischen Werte über den Verlauf der Krankheit nennen können (Schonfeld et al., 2012). Vor allem bei geriatrischen PatientInnen liegen aber häufig mehrere Erkrankungen vor (Deutsche-Gesellschaft-für-Geriatrie-e.V., 2013).

Bei der Kommunikation mit Angehörigen zeigte sich in der Studie von Caswell et al. (2015), dass pflegende Angehörige oft nicht ausreichend über den Zustand der PatientInnen Bescheid wussten, da beschönigende Ausdrücke benutzt wurden. Eine Pflegeperson gab sogar an es als ihre Aufgabe zu sehen, das vom Arzt Gesagte so zu übersetzen, dass es die Angehörigen verstehen (Caswell et al., 2015).

Obwohl mit dem Alter auch die Häufigkeit von Demenzerkrankungen steigt (Höfler, 2015) wurden bei der Literaturrecherche keine eigenen Studien zur Kommunikation mit dementen geriatrischen PatientInnen am Lebensende gefunden. In der Studie von Lenherr et al. (2012) wird als Schwierigkeit bei End of Life Kommunikation der kognitive Status der PatientInnen erwähnt. In einer Studie von Olthof-Nefkens et al. (2018) wird das Thema Kommunikationsschwierigkeiten bei Demenz aufgegriffen, und logopädische Interventionen getestet. Interaktive Befragungen zur Vergangenheit, dynamisches Assessment, Schulung über Konsequenzen von Demenz für

Kommunikation und individuelle Kommunikationswerkzeuge werden bei Personen mit milder bis moderater Demenz und ihren informell Pflegenden angewendet und von diesen als positiv und hilfreich empfunden (Olthof-Nefkens et al., 2018). Allerdings befasst auch diese Studie sich nicht mit Menschen am Ende ihres Lebens.

Die Studie von Lankarani-Fard et al. (2010) kam zu dem Ergebnis, dass das „Go-wish“ Kartenspiel eine gute Möglichkeit ist um die Wünsche von PatientInnen am Lebensende herauszufinden. Allerdings wären Wünsche für das Ende des Lebens leichter zu eruieren, wenn noch keine terminale Erkrankung vorliegt, was auch die Studie von Chi et al. (2018) empfiehlt. Darum ist auch zu erwähnen, dass für die Pflege am Lebensende früh genug vorgesorgt werden soll und es außerdem sinnvoll wäre, Fragen nach Wünschen am Lebensende schon bei früheren Arztbesuchen zu integrieren, um auch die Angst vor diesem Thema zu reduzieren (Chi et al., 2018).

Um früh genug zu eruieren, was PatientInnen sich am Lebensende wünschen eignet sich Advanced Care Planning. Dies ist ein Kommunikationsprozess zwischen Einzelpersonen und deren Gesundheitsdienstleistern, um zukünftige Gesundheitsentscheidungen für eine Zeit zu planen, in der diese Person nicht in der Lage ist eine Entscheidung zu treffen (ACP-international, 2019). Wenn man aber die oben erwähnten Ergebnisse der Studie von Chi et al. (2018) und Lankrani-Fard et al. (2010) bedenkt, wäre es eine gute Möglichkeit die Kommunikation zu verbessern und Pflege am Lebensende zu erleichtern. Eine in England durchgeführte Studie, in der Familienangehörige von PflegeheimbewohnerInnen und MitarbeiterInnen zu Advanced Care Planning befragt wurden, kam zu dem Ergebnis, dass es bei der Entscheidung hilft und es einen Vorteil bringt, solche Gespräche so früh wie möglich durchzuführen und die Familie zu integrieren (Stewart et al., 2011).

Obwohl die Studien sich mit geriatrischen PatientInnen befassen, werden nie Probleme thematisiert, die sich bei der Kommunikation mit dieser Patientengruppe generell ergeben. So steigt zum Beispiel die Prävalenz von Hörverlust bei über 65-jährigen an, was zu Schwierigkeiten bei der Verständigung führen kann (Martini, 2015). Außerdem können auch Seheinschränkungen zu einer schlechteren Kommunikationsqualität beitragen, da auch die Körpersprache 55% einer Konversation ausmacht und somit auch zum Verständnis beiträgt (Welk, 2015, S.8).

4.1 Stärken und Limitationen

Als Stärken dieser Arbeit sind vor allem die Aktualität und Internationalität der einbezogenen Literatur zu nennen. Es wurden nur Studien der letzten 10 Jahre inkludiert, die außerdem in fünf verschiedenen Ländern durchgeführt wurden. Die Ergebnisse beschäftigen sich sowohl mit Kommunikation mit geriatrischen PatientInnen in der End of Life Care, als auch mit deren Angehörigen. Außerdem wurde auch der Aspekt der interkulturellen Kommunikation miteinbezogen.

Als Limitation kann gesehen werden, dass nur zwei Datenbanken (PubMed und CINAHL) durchsucht wurden, mit der Einschränkung auf deutsch- und englischsprachige Artikel.

5 Schlussfolgerung

Die durchgeführte Literaturrecherche zeigt, dass es nicht viel Literatur in Bezug auf Kommunikation mit sterbenden geriatrischen PatientInnen gibt und sich dadurch auch keine genaue Strategie zur Führung eines Gespräches herausfinden lässt. Trotzdem wäre es notwendig auf diesem Gebiet mehr Forschung durchzuführen, da vor allem am Ende des Lebens die Kommunikation zwischen Pflegepersonen und PatientInnen sehr wichtig ist, um auf Wünsche bestmöglich eingehen zu können.

Generell lässt sich von den Ergebnissen jedoch folgendes ableiten:

Als günstige und einfache Methode um Wünsche am Lebensende von PatientInnen zu erheben eignet sich das „Go-Wish“-Kartenspiel. Außerdem ist es wichtig, dass Pflegepersonen genug Schulung über die Kommunikation am Lebensende erhalten, was zum Beispiel mithilfe von Rollenspielen möglich ist. So können auch Unsicherheiten in Bezug auf Kommunikation beiseitegeschafft werden. Generell sollten Gespräche über das Lebensende so früh wie möglich geführt werden, am besten bevor eine terminale Erkrankung auftritt, weswegen es naheliegend wäre, Fragen über Wünsche am Lebensende im Assessment zu integrieren. Da auch Menschen anderer Kulturen von Pflegepersonen betreut werden, sollte man sich in diesem Fall mit kulturellen Tabus auseinandersetzen, um diese bestmöglich zu vermeiden. Des Weiteren muss klar abgegrenzt werden, welche Berufsgruppe für Gespräche über End of Life Care zuständig sind, um Missverständnissen vorzubeugen. Fehlende Zeit oder eine unruhige Umgebung sollten unbedingt vermieden werden.

5.1 Empfehlung für die Praxis

Bei der Gesprächsführung am Ende des Lebens ist es vor allem wichtig, eine gute Basis zwischen den Gesprächspartner herzustellen und einen geeigneten Zeitpunkt zu wählen. Barrieren wie fehlende Zeit oder eine ungeeignete Umgebung sollten bestmöglich aus dem Weg geräumt werden. In der Praxis bedeutet das, solche Gespräche in einem eigenen Raum zu führen. Weiters kann es hilfreich sein, wenn die Pflegeperson bereits einen Bezug zum Patienten hergestellt hat. Außerdem ist es wichtig, Pflegepersonen für solche Situationen zu schulen, was zum Beispiel mit einem Rollenspiel gut funktioniert und nicht schwer durchführbar ist. Damit können auch fehlendes Selbstbewusstsein der MitarbeiterInnen oder die Angst etwas Falsches zu sagen genommen werden.

5.2 Empfehlung für die Forschung

Um genauere „Richtlinien“ für eine erleichterte Gesprächsführung am Lebensende aufzustellen, sind weitere Erhebungen notwendig. Vor allem im Bereich der geriatrischen PatientInnen sind nicht genug Daten vorhanden und das Thema Demenz wird kaum berücksichtigt.

6 Literaturverzeichnis

- ACP-INTERNATIONAL. 2019. *The Definition of Advance Care Planning* [Online]. ACP international. Available: <https://www.acp-i.org/about-acpel/the-definition-of-advance-care-planning/> [Accessed 18.02. 2019].
- ADAM, G. 2018. *Professionelle Kommunikation in Pflege und Management*, Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- ALFTBERG, Å., AHLSTRÖM, G., NILSEN, P., BEHM, L., SANDGREN, A., BENZEIN, E., WALLERSTEDT, B. & RASMUSSEN, B. Conversations about death and dying with older people: an ethnographic study in nursing homes. *Healthcare*, 2018. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 63.
- AUSTRIA, S. 2018a. *Bevölkerung* [Online]. Available: http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html [Accessed 18.10. 2018].
- AUSTRIA, S. 2018b. *Todesursachen gesamt* [Online]. Available: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html [Accessed 18.10. 2018].
- BAILE, W. F., PANFILIS, L. D., TANZI, S., MORONI, M., WALTERS, R. & BIASCO, G. 2012. Using Sociodrama and Psychodrama To Teach Communication in End-of-Life Care. *Journal of Palliative Medicine*, 15, 1006-1010.
- BUNDESMINISTERIUM-FÜR-DIGITALISIERUNG-UND-WIRTSCHAFTSSTANDORT. 2016. *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz* [Online]. Available: <https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40185023> [Accessed 22.11. 2018].
- CASWELL, G., POLLOCK, K., HARWOOD, R. & POROCK, D. 2015. Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 14, 1-14.

- CHI, H. L., CATALDO, J., HO, E. Y. & REHM, R. S. 2018a. Can We Talk About It Now? Recognizing the Optimal Time to Initiate End-of-Life Care Discussions with Older Chinese Americans and Their Families. *J Transcult Nurs*, 29, 532-539.
- CHI, H. L., CATALDO, J., HO, E. Y. & REHM, R. S. 2018b. Please Ask Gently: Using Culturally Targeted Communication Strategies to Initiate End-of-Life Care Discussions With Older Chinese Americans. *Am J Hosp Palliat Care*, 35, 1265-1272.
- COHEN-MANSFIELD, J., SKORNICK-BOUCHBINDER, M., COHEN, R. & BRILL, S. 2017. Treatment and Communication-That Is What Matters: An Analysis of Complaints Regarding End-of-Life Care. *J Palliat Med*, 20, 1359-1365.
- DEPARTMENT-OF-HEALTH&HUMAN-SERVICES. 2017. *End of life and palliative care explained* [Online]. Victoria: State Government of Victoria. Available: <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/servicesandsupport/end-of-life-and-palliative-care-explained> [Accessed 12.02. 2019].
- DEUTSCHE-GESELLSCHAFT-FÜR-GERIATRIE-E.V. 2013. *Welchen Patienten behandeln Geriater?* [Online]. Köln. Available: <https://www.dggeriatrie.de/ueber-uns/was-ist-geriatrie> [Accessed 31.10. 2018].
- DVHÖ, D. H. Ö. 2018. *Die Idee von Hospiz und Palliative Care* [Online]. Available: <https://www.hospiz.at/hospiz-palliative-care/die-idee-von-hospiz-und-palliative-care/> [Accessed 17.10. 2018].
- ERICKSON, J. M., BLACKHALL, L., BRASHERS, V. & VARHEGYI, N. 2015. An interprofessional workshop for students to improve communication and collaboration skills in end-of-life care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 32, 876-880.
- FÜEßL, P. D. M. H. S. 2015. *Mit geriatrischen Patienten richtig umgehen* Stuttgart, Georg Thieme Verlag KG
- GROND, E. 2000. *Altenpflege als Beziehungs- oder Bezugspersonenpflege: ein interaktionelles Pflegekonzept*, Kunz.

- HAWKER, S., S. PAYNE, ET AL. 2002. *Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systemically*, Qualitative Health Research 12(9).
- HÖFLER, S., BENGOUGH, T., WINKLER, P., GRIEBLER, R. 2015. *Österreichischer Demenzbericht 2014*, Wien, Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.
- JOSUKS, H. 2018. *Professionelle Kommunikation in Pflege und Management*, Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- KAISER, M. 2009. Das Geriatrie Assessment–Ziele und Methoden. *Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin*, 7, 6-10.
- KRAU, S. D. 2016. The Difference Between Palliative Care and End of Life Care: More than Semantics. *Nursing Clinics*, 51, ix-x.
- KÜBLER-ROSS, E. 1981. *Living with Death and Dying*, New York, Macmillan Publishing Co., Inc.
- KUNZ, R. 2007. *Lehrbuch der Palliativpflege*, Bern, Verlag Hans Huber.
- LAMONT, E. B. 2005. A demographic and prognostic approach to defining the end of life. *J Palliat Med*, 8 Suppl 1, S12-21.
- LANKARANI-FARD, A., KNAPP, H., LORENZ, K. A., GOLDEN, J. F., TAYLOR, A., FELD, J. E., SHUGARMAN, L. R., MALLOY, D., MENKIN, E. S. & ASCH, S. M. 2010. Feasibility of discussing end-of-life care goals with inpatients using a structured, conversational approach: the go wish card game. *Journal of pain and symptom management*, 39, 637-643.
- LENHERR, G., MEYER-ZEHNDER, B., KRESSIG, R. W. & REITER-THEIL, S. 2012. To speak, or not to speak–do clinicians speak about dying and death with geriatric patients at the end of life. *Swiss Med Wkly*, 142, w13563.
- MARTINI, A. 2015. *Hearing, balance and communication problems in the elderly*. Taylor & Francis.

- OLTHOF-NEFKENS, MARIA W. L. J., KRUSE, H., DERKSEN, E., DE SWART, BERT J. M., NIJHUIS-VAN DER SANDEN, MARIA W. G. & KALF, JOHANNA G. 2018. Improving Communication between Persons with Mild Dementia and Their Caregivers: Qualitative Analysis of a Practice-Based Logopaedic Intervention. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 70, 124-133.
- PLATZER, M. D. J. 2017. *Welche Bedürfnisse haben Menschen am Lebensende?* [Online]. Graz: Hospiz Steiermark. Available: <https://hospiz-stmk.at/h529-sinnfindung-und-spiritualitaet-am-lebensende/> [Accessed 18.02. 2019].
- Polit, DF & Beck, CT 2017. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, 10th edn, Wolters Kluwer, Philadelphia.
- SCHONFELD, T. L., STEVENS, E. A., LAMPMAN, M. A. & LYONS, W. L. 2012. Assessing Challenges in End-of-Life Conversations With Elderly Patients With Multiple Morbidities. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 29, 260-267.
- SENN, H.-J. 2007. *Lehrbuch der Palliativpflege*, Bern, Hans Huber.
- STEWART, F., GODDARD, C., SCHIFF, R. & HALL, S. 2011. Advanced care planning in care homes for older people: a qualitative study of the views of care staff and families. *Age Ageing*, 40, 330-5.
- TOWSLEY, G. L., HIRSCHMAN, K. B. & MADDEN, C. 2015. Conversations about End of Life: Perspectives of Nursing Home Residents, Family, and Staff. *Journal of Palliative Medicine*, 18, 421-428.
- WELK, I. 2015. *Mitarbeitergespräche in der Pflege*, Berlin Heidelberg, Springer-Verlag.
- WHITE, N., KUPELI, N., VICKERSTAFF, V. & STONE, P. 2017. How accurate is the 'Surprise Question' at identifying patients at the end of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC medicine*, 15, 139.
- ZIEGLER, A., ANTES, G & KÖNIG 2011. Bevorzugte Report-Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement. *Dtsch Med Wochenschr*, vol. 139.

7 Anhang

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses in Anlehnung an das PRISMA Statement (Ziegler, 2011)	12
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

7.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchabfragen in den Datenbanken	10
Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien	15

7.3 Bewertung der inkludierten Studien

CHI, H.-L., CATALDO, J., HO, E. Y. & REHM, R. S. 2018. Please Ask Gently: Using Culturally Targeted Communication Strategies to Initiate End-of-Life Care Discussions With Older Chinese Americans. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 35, 1265-1272.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Abstract enthält alle wichtigen Informationen, Titel könnte kürzer sein, das Wichtigste steht nicht am Anfang	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?		4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Methode ist gut beschrieben, es wurden auch einige Interviewfragen als Beispiel angeführt.	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Sampling ist gut beschrieben, es wird aber nicht beschrieben warum diese Gruppe miteinbezogen wurde	3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?		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?	Schriftliche informierte Zustimmung wurde erhoben, jedoch wird nicht beschrieben das ein Ethikkomitee miteinbezogen wurde	2
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Leicht verständlich, gut gegliedert	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?		4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Empfehlungen für Praxis genau beschrieben	4
Punkte gesamt		32

BAILE, W. F., PANFILIS, L. D., TANZI, S., MORONI, M., WALTERS, R. & BIASCO, G. 2012. Using Sociodrama and Psychodrama To Teach Communication in End-of-Life Care. Journal of Palliative Medicine, 15, 1006-1010.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Genau beschrieben worum es geht, Titel enthält die wichtigsten Informationen	4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?		4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	lang aber verwirrend beschrieben	2
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?		4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Fragebogen ist nicht beschrieben, man weiß nicht wer ihn ausgewertet hat	2
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?	Nicht genau beschrieben	2
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Sehr logisch erklärt	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?		4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Ist in der Praxis anwendbar, jedoch fehlen Empfehlungen für Forschung und Praxis	2
Punkte gesamt		28

ERICKSON, J. M., BLACKHALL, L., BRASHERS, V. & VARHEGYI, N. 2015. An interprofessional workshop for students to improve communication and collaboration skills in end-of-life care. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, 32, 876-880.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Titel beschreibt genau worum es geht, Abstract beinhaltet alle wichtigen Informationen	4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Ziel nicht genau beschrieben	3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Fragebögen sind sehr genau beschrieben	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Nicht genau beschrieben	3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?		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?	Nicht genau beschrieben	2
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Sehr genau in Tabellen aufgelistet und auch im Text sehr verständlich	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?		4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?		4
Punkte gesamt		32

CASWELL, G., POLLOCK, K., HARWOOD, R. & POROCK, D. 2015. Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC palliative care*, 14, 35.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Im Titel sind bereits alle wichtigen Schlüsselwörter enthalten. Der Abstract ist eine gute Zusammenfassung, die auch ohne den gesamten Text zu lesen verständlich ist.	4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Sehr ausführlich	4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?		4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Nicht sehr gut erklärt	3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?		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?	Eigener Absatz	4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Mit Unterüberschriften gut gegliedert, da der Ergebnisteil sehr lang ist. Beispiele erleichtern es, alles zu verstehen.	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?		4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?		4
Punkte gesamt		35

SCHONFELD, T. L., STEVENS, E. A., LAMPMAN, M. A. & LYONS, W. L. 2012. Assessing Challenges in End-of-Life Conversations With Elderly Patients With Multiple Morbidities. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 29, 260-267.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Gut strukturierter Abstract, enthält wichtigste Informationen auch im Titel	4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?		4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Sehr gut beschrieben, Fragen sind in einer Tabelle genau aufgelistet	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Hätte genauer beschrieben sein können	3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?		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?		3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Gut gegliedert, genau beschrieben	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Durch die Methode nicht auf eine so große Population anwendbar (ist auch als Limitation angegeben)	2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?		4
Punkte gesamt		32

LANKARANI-FARD, A., KNAPP, H., LORENZ, K. A., GOLDEN, J. F., TAYLOR, A., FELD, J. E., SHUGARMAN, L. R., MALLOY, D., MENKIN, E. S. & ASCH, S. M. 2010. Feasibility of discussing end-of-life care goals with inpatients using a structured, conversational approach: the go wish card game. Journal of pain and symptom management, 39, 637-643

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Alle wichtigen Informationen enthalten, Titel beschreibt gut worum es in der Studie geht	4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?		4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Gut beschrieben	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Es wird genau erklärt wie viele ein- und ausgeschlossen wurden und warum; aus mehreren Settings wurden Partizipanten rekrutiert, jedoch nur Männer	3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?		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?		4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	detailliert beschrieben welche Dinge die Partizipanten als wichtig eingestuft haben, Ziel ist aber herauszufinden ob die Methode geeignet ist	2
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	+ Rekrutierung aus mehreren Settings - nur Männer	3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?		4
Punkte gesamt		32

TOWSLEY, G. L., HIRSCHMAN, K. B. & MADDEN, C. 2015. Conversations about End of Life: Perspectives of Nursing Home Residents, Family, and Staff. Journal of Palliative Medicine, 18, 421-428.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Gut strukturiert, alle Informationen enthalten	4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?		4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Interviewfragen sind in einer Tabelle aufgelistet, Methode ist angemessen	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Charakteristika der TeilnehmerInnen sehr detailliert angeführt (Tabelle)	4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?		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?		3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Leicht verständlich, mit Tabellen und Text	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?		4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?		4
Punkte gesamt		35

LENHERR, G., MEYER-ZEHNDER, B., KRESSIG, R. W. & REITER-THEIL, S. 2012. To speak, or not to speak—do clinicians speak about dying and death with geriatric patients at the end of life. *Swiss Med Wkly*, 142, w13563.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Abstract ist gut strukturiert und enthält alle wichtigen Informationen, vorderer Teil des Titels könnte jedoch weggelassen werden	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?		4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Es ist auch beschrieben warum diese Methode gut für dieses Ziel passt	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?		4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Gut beschrieben, leicht verständlich	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?	Nicht genau beschrieben	2
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	In Tabelle und im Text beschrieben, ergänzt sich gut	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?		4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?		4
Punkte gesamt		33

CHI, H.-L., CATALDO, J., HO, E. Y. & REHM, R. S. 2018. Can we talk about it now? Recognizing the optimal time to initiate end-of-life care discussions with older Chinese Americans and their families. Journal of Transcultural Nursing, 1043659618760689.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Erster Satz vom Titel könnte weggelassen werden, das Wichtigste steht so nicht am Anfang; Abstract enthält alle Informationen	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Sehr gut und nachvollziehbar beschrieben warum diese Studie notwendig ist, Ziel ist genau beschrieben	4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Genau beschrieben, Beispiel-Fragen aus dem Interview in einer Tabelle ersichtlich	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Man hätte statt der Einschlusskriterien die Charakteristiken der PartizipantInnen in einer Tabelle darstellen können, ist im Text nicht so übersichtlich; kleine Samplinggröße	2
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Genau beschrieben	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?		4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Gut gegliedert, leicht verständlich	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Eher nicht, weil die Samplinggröße klein war, wird auch bei Limitationen beschrieben	2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?		3
Punkte gesamt		30

ALFTBERG, Å., AHLSTRÖM, G., NILSEN, P., BEHM, L., SANDGRÉN, A., BENZEIN, E., WALLERSTEDT, B. & RASMUSSEN, B. Conversations about death and dying with older people: an ethnographic study in nursing homes. Healthcare, 2018. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 63.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Wichtigsten Schlüsselwörter stehen im Titel, Abstract enthält alle relevanten Informationen	4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?		4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Beobachtungen und halbstrukturierte Interviews sind angemessen um diese Fragestellung zu beantworten	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	nur sehr erfahrene PflegehelferInnen, niemand hatte weniger als 10 Jahre Berufserfahrung	3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?		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?	Eigener Absatz	4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	In viele Unterüberschriften gegliedert, hilft beim Verstehen	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?		4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?		4
Punkte gesamt		35