

# **Bachelorarbeit**

## **Der Verlauf des Pflegebedarfs in der End-of-Life Care Phase bei geriatrischen Patienten/-innen**

eingereicht von:

Melanie Reiter

zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Nursing Science  
(BScN)

Medizinische Universität Graz  
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von  
Schüttengruber Gerhilde BSc, MSc

Graz, 28. März 2019

## Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, 28. März 2019

Melanie Reiter, eh“

## Inhalt

Zusammenfassung.....	III
Abstract.....	IV
1 Einleitung.....	1
1.1 Hintergrund .....	1
1.2 Definitionen .....	2
1.2.1 Palliative Care.....	3
1.2.2 End-of-Life Care .....	4
1.2.3 Advance care planning (ACP).....	5
1.2.4 Pflegebedarf .....	6
1.2.5 Der/die geriatrische Patient/-in.....	7
1.3 Pflegerelevanz und Themenbegründung .....	8
1.4 Ziel und Forschungsfrage.....	8
2 Methode.....	9
2.1 Literaturrecherche .....	9
2.2 Auswahl der Studien .....	10
3 Ergebnisse.....	12
3.1 Physische- und Alltagsbedürfnisse .....	15
3.2 Psychologische Bedürfnisse .....	18
3.3 Soziale Bedürfnisse und das Thema Tod.....	20
3.4 Information und Kommunikation.....	21
3.5 Angehörige.....	26
4 Diskussion .....	28
4.1 Limitationen.....	32
5 Schlussfolgerung .....	34
5.1 Praxisempfehlung .....	34
6 Abbildungs-/ Tabellenverzeichnis .....	35
7 Literaturverzeichnis.....	35
8 Anhang .....	37

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Aufgrund der demografischen Entwicklung kommt es zu einer Alterung der Bevölkerung, die mit einer Erhöhung des Pflegebedarfs einhergeht. Für geriatrische End-of-Life Patienten/-innen ist es wichtig, möglichst selbstbestimmt und selbständig leben zu können. Das zunehmende Selbstfürsorgedefizit, kann nur durch die ständig neue Erhebung des Pflegebedarfs, der Dokumentation und Evaluierung des Krankheitsverlaufs, minimiert werden.

**Ziel:** Das Ziel der Arbeit ist die Darstellung des Verlaufs des Pflegebedarfs bei geriatrischen Patienten/-innen in der End-of-Life Care Phase, um besser auf die Bedürfnisse eingehen zu können. In dieser Arbeit sollte aufgezeigt werden, was es dazu benötigt und zu welchen besonderen Bedürfnissen es in der End-of-Life Care kommt.

**Methode:** Es wurde in den Datenbanken PubMed und CINAHL nach Studien gesucht und zusätzlich wurde auf Google Scholar eine Handsuche durchgeführt. Die Literaturrecherche fand von Oktober 2018 bis Dezember 2018 statt. Alle Studien, welche die Einschlusskriterien erfüllten, wurden zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen und mit dem Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002) kritisch bewertet.

**Ergebnisse:** Es konnte aufgezeigt werden, dass sich der Pflegebedarf vom Beginn bis zum Schluss der End-of-Life Care Phase steigert. Speziell die körperlichen Beeinträchtigungen steigen und es kommt vermehrt zu Einschränkungen der Mobilität. Bei bereits stark körperlich eingeschränkten gebrechlichen Patienten/-innen, ändert sich meist auch in der End-of-Life Care wenig. Kommunikation ist besonders wichtig in dieser Phase, weshalb, „advance care plans“ erstellt werden, in denen Wünsche und Bedürfnisse bezüglich der Pflege am Lebensende festgehalten werden.

**Schlussfolgerung:** Möglichst frühe Palliativ- und End-of-Life Versorgung weist einen positiven Effekt für die Patienten/-innen auf. Der Verlauf des Pflegebedarfs ist individuell auf die Patienten/-innen und deren Erkrankung abzustimmen und muss laufend überprüft und angepasst werden, um eine optimale Versorgung gewährleisten zu können. Nur durch ständige Beobachtung, Dokumentation und Evaluierung der sich ändernden Symptome kann eine ideale End-of-Life Versorgung erreicht werden.

## Abstract

**Background:** As the population is getting older and older due to demographic change, an increase in the care needs can also be expected. For geriatric end-of-life patients it is important to be able to live as self-determined and independent as possible. The increasing self-care deficit can only be minimized by constantly monitoring the need for care as well as documenting and evaluating the course of the disease.

**Aim:** The aim of this bachelor`s thesis is to present the course of the care needs of geriatric patients in the end-of-life care phase in order to be able to respond better to the needs. Furthermore, it intends to show what special needs arise in the end-of-life care phase.

**Methods:** Studies were searched in the databases PubMed and CINAHL and in addition to that Google Scholar was searched manually. The literature search took place from October 2018 to December 2018. All studies that fulfilled the inclusion criteria were used to answer the research question and critically evaluated using the checklist from Hawker et al. (2002).

**Results:** It could be shown that the need for care increases from the beginning to the end of the end-of-life care phase. In particular, physical impairments increase and mobility is increasingly restricted. In patients who are already severely physically handicapped and frail, nothing usually changes in the end-of-life care phase. Communication is particularly important in end-of-life care, which is why "advance care planning" is used to collect the patients wishes and needs relating to care at the end of life.

**Conclusion:** Palliative care and end-of-life care has a positive effect on patients. The course of the need for care must be individually adjusted to the patient and his/her illness and must be continuously reviewed and adapted in order to ensure optimal care. An ideal end-of-life care can only be achieved by constant observation, documentation and evaluation of the changing symptoms.

# 1 Einleitung

## 1.1 Hintergrund

Im Jahr 2015 gab es in Österreich circa 455.000 Menschen, welche auf ständige Pflege angewiesen waren. Da die Bevölkerung aufgrund des demografischen Wandels immer älter wird, ist auch in den kommenden Jahren mit einer Erhöhung des Pflegebedarfs zu rechnen (Bundesministerium für Arbeit, 2018).

„Palliative Care“ meint die Versorgung von Personen, welche an einer lebensbedrohlichen Krankheit leiden und die „End-of-Life Care“ ist laut Izumi et al. (2012) ein Teil davon. Für End-of-Life Care gibt es keine einheitliche Definition, jedoch bezieht sie sich meistens auf die Pflege, welche Patienten/-innen sechs Monate oder maximal ein Jahr vor dem Tod bedürfen (Izumi et al., 2012).

Besonders in der End-of-Life Care Phase müssen die Ziele und der Fokus der Pflege anders gesetzt werden, als bei jenen Menschen, die Heilungschancen besitzen. Das Hauptziel der Betroffenen ist es, noch möglichst selbstbestimmt und selbständig leben zu können (Nowossadeck, 2013).

In der End-of-Life Care wird genau auf die Familienverhältnisse, physische und psychische Verfassung der Betroffenen sowie auf Verlust und Trauer eingegangen. Die grundlegenden Bedürfnisse der Sterbenden, welche sich im Verlauf ändern, spielen die Hauptrolle der Versorgung. Es stehen andere Bedürfnisse im Vordergrund, welche sich von denen gesunder hochaltriger Personen in den Bereichen physisch/psychische Gesundheit und grundlegende Versorgung unterscheiden (Lee et al., 2018).

Gerade bei geriatrischen Patienten/-innen spielt die End-of-Life Care eine wichtige Rolle. Bei End-of-Life wird oft nur an Patienten/-innen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung gedacht, zum Beispiel bei krebserkrankten Patienten/-innen, jedoch kommen auch geriatrische Patienten/-innen ohne lebensbedrohliche Erkrankung in die End-of-Life Phase. Das Ziel der End-of-Life Care in diesem Bereich ist es, dass Schmerzen nicht unerkannt bleiben und behandelt werden, dass bereits am Anfang viel Kommunikation stattfindet, um die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen herauszufinden. Personen am Lebensende sollten, unabhängig von der Diagnose, die bestmögliche Pflegeversorgung erhalten. Jedoch ist eine Vorhersage, wann das Lebensende eines/r Patienten/-in mit einer nicht-malignen Erkrankung eintritt, eine Herausforderung (Rowley and Taylor, 2011).

Bei der Palliativpflege ändern sich die Bedürfnisse, eingeschränkte Mobilität und vermehrte Kommunikation sind hier besonders hervorzuheben. Das Ziel der Palliativpflege ist nicht mehr die ständige Aktivierung. Aktivitäten dürfen verweigert werden, im Vordergrund steht es, die Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden zu erfüllen und vorhandene Symptome zu lindern. Der Fokus der Palliativpflege liegt auf dem Kontakt zu den Patienten/-innen, die Kommunikation ist dabei der Hauptpunkt der Palliativpflege und dieser ändert sich in dieser Phase grundlegend (Beck et al., 2012). Es ergeben sich unterschiedliche physische und psychische sowie soziale und existentielle Bedürfnisse, welche Patienten/-innen in der End-of-Life Care haben (Beernaert et al., 2016).

## 1.2 Definitionen

Um meine Arbeit genauer ausführen zu können, müssen am Anfang Begrifflichkeiten geklärt werden. Im Falle dieser Arbeit gehören die Begriffe Palliative Care, End-of-Life Care und advance care planning (ACP) genau definiert. Wichtig ist, dass Palliative Care und End-of-Life Care nicht gleichzusetzen sind. Palliative Care ist nicht unmittelbar auf das Lebensende beschränkt. (Izumi et al., 2012)

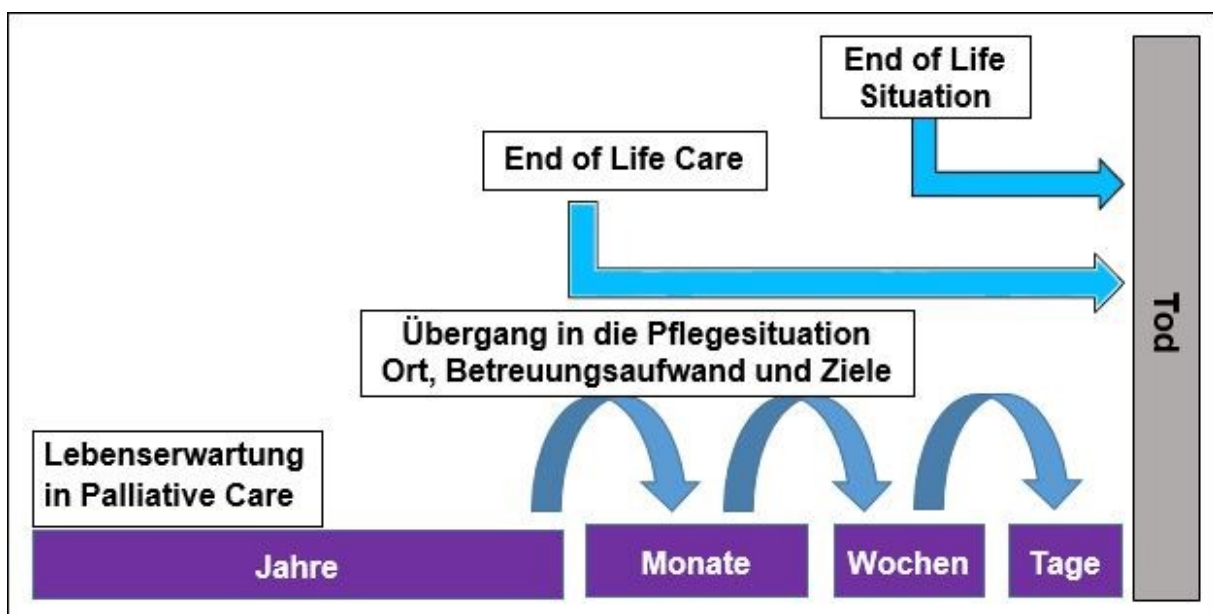


Abbildung 1: Verlauf der Palliative Care (Journal of Pain and Symptom Management, 2014)

In der Abbildung 1 wird der Verlauf der Palliative Care bis hin zum Tod dargestellt. Es wird ein möglicher Verlauf mit Jahren, Monaten, Wochen und Tagen gezeigt. Palliativpflege kann über Jahre hinweg dauern und die End-of-Life Care beginnt ab einem Jahr beziehungsweise Monate vor dem Tod.

### 1.2.1 Palliative Care

Eine mögliche Definition von Palliative Care lautet folgendermaßen:

*“Palliative care is an approach which improves quality of life of patients and their families facing life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial, and spiritual.” (WHO, 2002)*

Palliative Care ist die ganzheitliche Betreuung von Patienten/-innen, deren Krankheit nicht auf eine kurative Behandlung anspricht. Die Betreuung der Betroffenen zielt auf die Behandlung beziehungsweise Linderung der vorhandenen Symptome der Erkrankung ab, noch bevor das Endstadium der Krankheit erreicht wird. Es sollte schon ab der Diagnosestellung der lebensbedrohlichen Krankheit mit der Palliative Care begonnen werden. Dies trägt zu einer besseren Qualität der Pflege und der Lebensqualität bei (Izumi et al., 2012).

Palliative Care dient dem Zweck, auftretende Schmerzen und andere belastende Symptome zu lindern. Außerdem soll sie dazu beitragen, dass Sterben als natürlicher Prozess angesehen werden kann. Von größter Wichtigkeit sind in der Palliativpflege die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten/-innen und ihrer Angehörigen. Die Absicht der Palliativpflege ist es nicht, den Tod zu beschleunigen oder zu verschieben. Dennoch sind, wenn früh genug mit der Palliative Care begonnen wird, in manchen Fällen auch lebensverlängernde Therapien anwendbar, wie zum Beispiel eine Chemo- oder Strahlentherapie. Es können verschiedene psychologische und spirituelle Aspekte in die Betreuung integriert werden und zusätzlich werden Unterstützungssysteme angeboten, damit die Patienten/-innen bis zum Tod so selbständig wie möglich leben können. Palliative Care unterstützt nicht nur die erkrankten Betroffenen, sondern auch deren Angehörige. Ihnen werden Bewältigungsstrategien gezeigt, um die Krankheit zu verstehen und mit dem bevorstehenden Tod umgehen zu können. Falls nötig, kann auch Trauerbegleitung in Anspruch genommen werden (WHO, 2002).

Palliative Care wird weiterhin nur als Pflege für Todkranke angesehen. Palliativpflege umfasst jedoch die ganzheitliche Betreuung des/der einzelnen Patienten/-in. Eingeschlossen werden Patienten/-innen welche zum Beispiel HIV/AIDS haben, geriatrische Patienten/-innen mit chronischen Erkrankungen, und

Patienten/-innen mit onkologischen Erkrankungen (Izumi et al., 2012).

Die Palliativmedizin ist zwar teilweise überlappend mit der End-of-Life Care, sollte aber laut Izumi et al. (2012) dennoch nicht als das Gleiche angesehen werden. Die wichtigste Differenzierung der beiden Begriffe umfasst die Tatsache, dass es in der Palliativmedizin nicht zwingend um das Lebensende geht. (Izumi et al., 2012)

### 1.2.2 End-of-Life Care

Für die meisten Personen wird Palliativpflege und End-of-Life Care mit der Pflege von Menschen gleichgesetzt, welche nur noch wenige Tage zu leben haben (Gardiner et al., 2013). Dabei sind End-of-Life Care und Palliativpflege getrennt zu sehen. Für die End-of-Life Care gibt es derzeit keine einheitliche Definition. Das Intervall der End-of-Life Care kann nicht genau festgelegt werden, dies kommt dadurch zustande, dass es keine klare Vorhersage des Todeszeitpunktes gibt. Es wäre unmöglich und unangemessen ein Datum festzulegen, welches beispielsweise den genauen Todestag in 6 Monaten voraussagt (Izumi et al., 2012). Jedoch gibt es eine genaue Vorstellung der Bestandteile, die End-of-Life Care umfasst. Dazu zählen Sterbebegleitung, Hospizversorgung und palliativmedizinische Versorgung (Diagnosestellung, Prognose und Therapie). Es müssen eine Krankheit, Symptome oder funktionelle Beeinträchtigungen (können auch schwanken) zugrunde liegen, welche formelle oder informelle Pflege erfordern und nicht heilbar sind. Gebrechliche alte Menschen befinden sich oft in der Situation, dass sie lebensbedrohliche Krankheiten und Begleiterkrankungen haben (Izumi et al., 2012).

Auch bei Krebserkrankungen ist es üblich, End-of-Life Care zu nutzen. So werden zum Beispiel Patienten/-innen, welche einen Tumor haben, der nicht mehr auf die Therapie und Behandlung anspricht und weiter wächst, mit End-of-Life Care betreut. Dies bezieht sich auf einige Wochen beziehungsweise Monate vor dem Tod (Izumi et al., 2012).

Es wird deutlich dargestellt, dass es in der End-of-Life Care zu anderen Pflegebedürfnissen kommt (Gardiner et al., 2013) und dass ein Ziel der End-of-Life Care die Verbesserung der Lebensqualität ist (Teno et al., 2015).

### 1.2.3 Advance care planning (ACP)

Eine mögliche Definition von ACP lautet folgendermaßen:

*„Kommunikationsprozess zwischen Individuen, ihren gesetzlichen Vertretern und ihren Behandelnden und Betreuenden. Es verfolgt das Ziel, mögliche künftige Behandlungsentscheidungen für den Fall, dass die Betroffenen selbst nicht entscheiden können, zu verstehen, zu überdenken, zu erörtern und vor auszuplanen.“ (ACPEL-Society, 2016)*

ACP beschreibt gewissermaßen eine Vorausplanung des weiteren Vorgehens im gesundheitlichen Bereich. Es wird gemeinsam mit den Patienten/-innen selbst, dem medizinischen und pflegerischen Personal, den Familienangehörigen und weiteren wichtigen Bezugsangehörigen über die zukünftige Gesundheitsversorgung entschieden. Dadurch werden Entscheidungen, welche die Patienten/-innen zukünftig nicht mehr eigenständig treffen können, zum Beispiel aufgrund einer möglichen Verschlechterung des Krankheitsverlaufs vorher schon getroffen. So können die getroffenen und gewünschten Entscheidungen auch dann in die medizinische und pflegerische Behandlung einfließen, wenn die Patienten/-innen selbst nicht mehr in der Verfassung sind ihre Bedürfnisse zu äußern (Detering et al., 2010).

ACP beinhaltet unterschiedliche Elemente. Wichtig ist zu klären, ob die Patienten/-innen verstanden haben, an welcher Krankheit sie leiden, welche Behandlungsmöglichkeiten bestehen und welche davon für sie persönlich in Frage kommen. Weiters ist es wichtig, die Einstellung, Wertvorstellungen und Ziele der Patienten/-innen zu kennen. Wenn nötig wird auch einer Person aus dem Bekannten- oder Verwandtenkreis eine Vorsorgevollmacht übertragen (Detering et al., 2010).

Die Definition für Vorsorgevollmacht lautet:

*„Mit einer Vorsorgevollmacht kann eine Person das Recht auf Selbstbestimmung wahrnehmen und im Vorhinein festlegen, wer als Bevollmächtigte/Bevollmächtigter für sie entscheiden und sie vertreten soll. Dies betrifft den Fall eines zukünftigen Verlusts der Geschäftsfähigkeit, der Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder der Äußerungsfähigkeit. Derartige Situationen können z.B. bei einer Demenzerkrankung oder bei längerer Bewusstlosigkeit entstehen. Eine Vorsorgevollmacht muss bestimmte*

*formale und rechtliche Voraussetzungen erfüllen.“ (Bundesministerium für Arbeit, 2018)*

Ein großes Problem des ACP ist es, dass es zu wenig geschultes Personal in diesem Bereich gibt. Weiters spielen Zeit, Kompetenz und Zuversicht, um über dieses Thema mit den Patienten/-innen zu sprechen, eine wichtige Rolle. ACP sollte bereits im Frühstadium der End-of-Life Care stattfinden. (Detering et al., 2010)

#### 1.2.4 Pflegebedarf

Zum Begriff Pflegebedarf findet man im Sozialgesetzbuch (SGB XI) unter dem § 14 folgende Definition:

*„Pflegebedürftig ...*

*... sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“ (Sozialgesetzbuch, 2018)*

Im § 15 des SGB steht zusätzlich:

*„Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.“ (Sozialgesetzbuch, 2018)*

Grad 0 bedeutet, dass keine Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten vorhanden ist.

Grad 1 bedeutet gering in der Selbständigkeit oder den Fähigkeiten beeinträchtigt zu sein.

Grad 2 bedeutet, dass bereits eine erhebliche Beeinträchtigung in der Selbständigkeit oder den Fähigkeiten vorherrscht.

Grad 3 zeigt schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten.

Grad 4 bedeutet, dass schwerste Beeinträchtigungen in der Selbständigkeit und den Fähigkeiten (Sozialgesetzbuch, 2018).

### 1.2.5 Der/die geriatrische Patient/-in

Als geriatrische Patienten/-innen werden Personen, welche über 65 Jahre alt sind, angesehen. Jedoch gibt es auch hier keine einheitliche Definition des/der geriatrischen Patienten/-in. Um geriatrische Patienten/-innen zu definieren, gibt es neben dem chronologischen Alter auch noch einige Zusatzfaktoren. So zählen zum Beispiel die geriatrietypische Multimorbidität und das höhere Lebensalter (über 65 oder 70 Jahre) zu einer der Definitionen. Jedoch gibt es auch noch eine andere Definition, bei der erst bei über 80-jährigen Patienten/-innen, mit einer alterstypisch erhöhten Vulnerabilität („frailty“), von einem/r geriatrischen Patienten/-in gesprochen wird (Sieber, 2007).

#### Alterstypische Multimorbidität

Im Alter nehmen die funktionellen Reserven ab, dies gilt für den gesamten Organhaushalt. Dem Alter entsprechend kommt es zu Veränderungen des Körpers, es kommt zu altersphysiologischen Funktionseinschränkungen. Dazu zählen Einschränkungen der Mobilität, der Stabilität und der Kontinenz, sowie der intellektuelle Abbau. Diese vier Einschränkungen werden oft als „giants of geriatric medicine“ bezeichnet (Sieber, 2007).

#### „Frailty“

Als „frailty“ wird ein Syndrom bezeichnet, welches den Zustand eines älteren Menschen beschreiben soll. Gekennzeichnet ist das durch geringere Belastbarkeit, wenn sich im Leben des älteren Menschen etwas ändert. (Sieber, 2007)

Zu den physischen Zeichen zählen (Sieber, 2007):

- Physische und psychische Erschöpfung
- Körperliche Schwäche
- Verlangsamte Gangart
- Verminderte körperliche Aktivität

In dieser Arbeit wird der/die geriatrische Patient/-in mit einem Alter von über 65 Jahren, welche/r sich in der End-of-Life Care Phase befindet, definiert.

### 1.3 Pflegerelevanz und Themenbegründung

Für die Pflegewissenschaft und die Pflegepraxis ist die End-of-Life Care Phase und die Palliativversorgung im Allgemeinen ein sehr wichtiger Aspekt. Es fehlen noch Forschungen zum Verlauf des Pflegebedarfs speziell in der End-of-Life Care Phase bei geriatrischen Patienten/-innen. Mit dieser Arbeit sollte ein besserer Überblick über den Verlauf des Pflegebedarfs geschaffen werden, dieser sollte auch Basis für weitere Forschung sein können.

Die Relevanz des Themas ergibt sich daraus, dass es in der End-of-Life Care Phase zu einem erhöhten Pflegebedarf kommt und dieser sollte detailliert beschrieben werden. Dies sollte ein Fortschritt für die Praxis sein, damit es zu einer korrekten Pflegezielsetzung in der End-of-Life Care Phase kommen kann und die Betroffenen somit bestmöglich betreut werden können (Nowossadeck, 2013).

#### Forschungslücke

Es gibt bereits viele Studien, in denen die Palliativversorgung erforscht wurde, jedoch gibt es noch wenig Forschung, welche das Thema End-of-Life Care behandelt. Speziell der Verlauf des Pflegebedarfs in der End-of-Life Care Phase bei geriatrischen Patienten/-innen wurde noch nicht erforscht. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass es keine einheitliche Definition für den Begriff End-of-Life Care gibt.

### 1.4 Ziel und Forschungsfrage

Das Ziel der Arbeit ist die Darstellung des Verlaufs des Pflegebedarfs bei geriatrischen Patienten/-innen in der End-of-Life Care Phase, um besser auf die Bedürfnisse eingehen zu können. Mit dieser Studie sollte aufgezeigt werden, was es dazu benötigt und zu welchen besonderen Bedürfnissen es in der End-of-Life Care kommt.

Die Forschungsfrage lautet „Wie ist der Verlauf des Pflegebedarfs in der End-of-Life Care Phase bei geriatrischen Patienten/-innen?“

## 2 Methode

### 2.1 Literaturrecherche

Es wurde in den Datenbanken PubMed (Public Medical Literature Online) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) nach Studien gesucht und zusätzlich wurde auf Google Scholar eine Handsuche durchgeführt. Die Literaturrecherche fand von Oktober 2018 bis Dezember 2018 statt. Es wurde in den Datenbanken nach den Keywords „end-of-life care“, „hospice care“, „terminal care“, „palliative care“, „care need“, „care dependency“ und „functional decline“ gesucht. Zusätzlich wurden die Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verwendet sowie, wenn verfügbar, MeSH-Terms (Medical Subject Headings).

#### Verwendete Suchabfragen

PubMed	(((((((((("functional decline"[Title/Abstract] AND "last 10 years"[PDat] AND aged[MeSH])) OR (dependency[Title/Abstract] AND "last 10 years"[PDat] AND aged[MeSH])) OR (need*[Title/Abstract] AND "last 10 years"[PDat] AND aged[MeSH])) AND "last 10 years"[PDat] AND aged[MeSH])) AND ((((((("end-of-life care"[Title/Abstract] AND "last 10 years"[PDat] AND aged[MeSH])) OR ("palliative care"[Title/Abstract] AND "last 10 years"[PDat] AND aged[MeSH])) OR ("hospice care"[Title/Abstract] AND "last 10 years"[PDat] AND aged[MeSH])) OR ("terminal care"[Title/Abstract] AND "last 10 years"[PDat] AND aged[MeSH])) AND "last 10 years"[PDat] AND aged[MeSH])) AND "last 5 years"[PDat] AND aged[MeSH])) AND (geriat* AND "last 5 years"[PDat] AND aged[MeSH])
Cinahl	("end-of-life care" OR "terminal care" OR "palliative care" OR "hospice care") AND ("care need*" OR "care dependency" OR "functional decline")

Tabelle 1: Verwendete Suchabfragen

## 2.2 Auswahl der Studien

Gesucht wurden deutsch- und englischsprachige Studien, welche im Zeitraum von 01.01.2008 bis 30.11.2018 publiziert wurden, eine weitere Limitation war, dass die Partizipanten/-innen der Studien über 65 Jahre alt sein mussten. Ausgeschlossen wurden Studien, welche nicht die palliativmedizinische Betreuung umfassten, sowie Studien, in denen die Altersgruppe unter 65 Jahre war. Eingeschlossen wurden Studien, in welchen die Teilnehmer/-innen selbst zu ihren Pflegebedürfnissen befragt wurden, oder Studien, in denen aus pflegerischer oder multidisziplinärer Sicht über die Pflegebedürfnisse gesprochen wurde.

Insgesamt konnten in den beiden Datenbanken und bei der Handsuche 454 Studien gefunden werden. Von diesen 454 Studien wurden aufgrund des Titel- und Abstractscreenings 344 Studien ausgeschlossen, die zur Beantwortung der Forschungsfrage nicht herangezogen werden konnten. Weiters gab es 77 Duplikate und so blieben 33 Studien zur Durchsicht, welche die Forschungsfrage zu beantworten schienen. Nach dem Volltextscreening konnten 8 Studien ausgewählt werden, welche zur Beantwortung der Forschungsfrage geeignet waren, diese wurden dann mittels des Bewertungsbogens von Hawker et al. (2002) kritisch bewertet. In diesem Bewertungsbogen müssen folgende neun Punkte bearbeitet werden:

Abstract and title	Ethics and bias
Introduction and aims	Results
Method and data	Transferability or generalizability
Sampling	Implications and usefulness
Data analysis	

*Tabelle 2 Bewertungskriterien nach Hawker et al. (2002)*

Die verwendeten Studien wurden in das Literaturverwaltungsprogramm EndNote X8 importiert. In dem in Abbildung 2 gezeigten Flowchart wird noch einmal genau die Auswahl der in der Literaturrecherche gefunden Studien gezeigt.

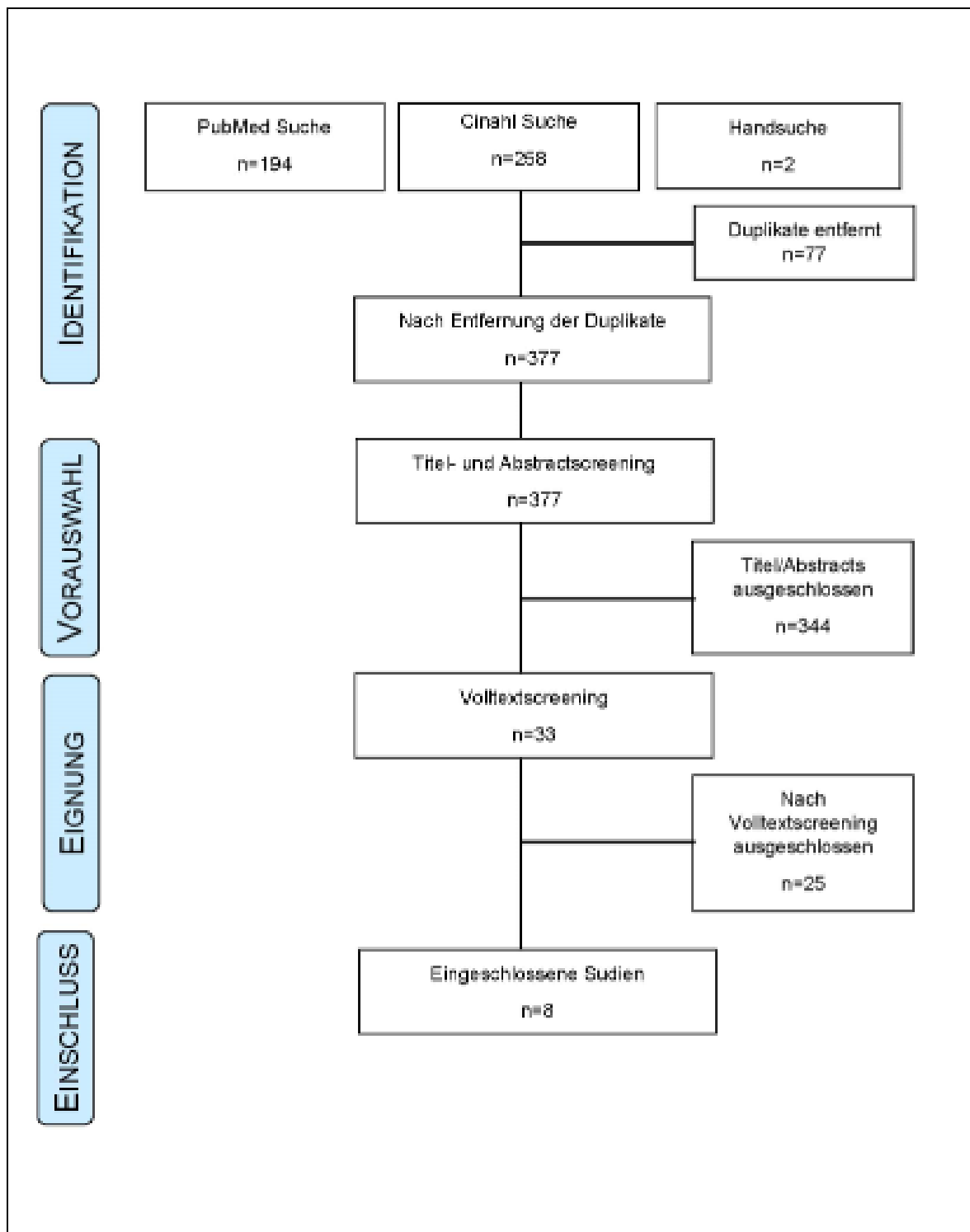


Abbildung 2: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses

### 3 Ergebnisse

Autoren, Land	Titel	Forschungsziel	Methode, Setting	Hauptergebnisse
Beck et al. 2012  Schweden	Having to focus on doing rather than being – Nurse assistants` experience of palliative care in municipal residential care settings	Ziel der Studie war es, die Erfahrungen der Pflegeassistenten, in Bezug auf die Palliativpflege im Pflegeheim, zu beschreiben.	Qualitative Studie, Interviews mit 25 nurse assistants, 22 Frauen, 3 Männer  Pflegeheime im Süden Schwedens  End-of-Life: keine Definition	In der Palliativpflege wird besonders auf den/die Patienten/-in eingegangen; Angehörige sind ein wichtiger Teil der Betreuung des Sterbenden.
Gardiner et al. 2013  England	Provision of palliative and end-of-life care in stroke units: A qualitative study	Ziel dieser Studie war es, aus der Sicht der health care professionals Palliativpflege und End-of-Life Care in Stroke units in England zu implementieren.	Qualitative Studie, 66 health professionals (multidisziplinär)  Stroke units Nord England  End-of-Life: 12 Monate vor dem Sterben	Ziel ist eine bessere Vorbereitung für Familie und Patienten/-innen sich auf das Sterben einzustellen, so können Patienten/-innen eher in der gewünschten Umgebung sterben.
Beernaert et al. 2015  Belgien	Is There a Need for Early Palliative Care in Patients with Life-Limiting Illnesses? Interview	Ziel ist es, den genauen Pflegebedarf des/der Patienten/in, bei palliativer Diagnosestellung, zu erfassen und genau auf die	Qualitative Studie, semi-strukturierte Interviews 18 Teilnehmer/innen  Belgien Patienten/-innen im häuslichen Umfeld	Der Pflegeverlauf der 6 Kernbereiche wird genau erklärt: physische, psychologische, soziale, existentielle, Informations- und Kommunikationsbedürfnisse sowie Koordination und Kontinuität der

	Study with Patients About Experienced Care Needs From Diagnosis Onward.	Pflegebedürfnisse einzugehen.	End-of-Life: keine Definition	Versorgung. Zusätzlich wurde auch noch die finanzielle Belastung angesprochen.
Eneanya et al. 2017	Palliative and end-of-life care in nephrology: moving from observations to interventions.	Das Ziel dieses Literaturreviews ist es, die Pflegeaspekte in der palliativen Nephrologie aufzuzeigen und eine bessere patientenbezogene Pflege zu gewährleisten.	Literaturreview End-of-Life: keine einheitliche Definition	Patienten/-innen mit terminalen Nierenerkrankungen nahmen seltener palliative und Hospizversorgung in Anspruch. Konservative Therapie führt zu Beruhigung des körperlichen und emotionalen Zustandes.
Pal et al. 2017 Singapur	Death among elderly patients in the emergency department: a needs assessment for end-of-life care	Das Ziel ist es, die Häufigkeit und Art des Todes bei Patientinnen im Alter von 65 Jahren in der Notaufnahme zu bestimmen und den Verlauf darzustellen.	Retrospective chart review study 197 Partizipanten/innen Notaufnahme der National University Hospital in Singapur End-of-Life: keine Definition	Es gibt einen Unterschied in der Versorgung von EOL und akuten Patienten/-innen in der Notaufnahme. Es wurden drei verschiedene chronische Krankheitsverläufe beschrieben: fortgeschrittener Krebs, Organversagen und chronische Gebrechen. Advance care planning ist wichtig für EOL care.
Kinley et al. 2017 England	Developing, implementing and sustaining an end-of-life care programme in	Das Ziel ist die Implementierung von einem End-of-Life Care Programm, damit das Personal die Pflegeziele der	Implementierungsstudie Patienten/-innen über 65 Jahre Pflegeheime in England	Das Pflegepersonal sollte die letzte Lebensphase erkennen und die Pflege dementsprechend durchführen, das Vertrauen in das Personal soll gestärkt werden und das Pflegeheim zu einer vertrauten Umgebung werden, es sollen

	residential care homes	Bewohner erfüllen kann.	End-of-Life: 1 Jahr vor dem Tod	Wünsche bezüglich der Therapie geäußert werden können (advance care planning).
Teno et al. 2015 England	Is Care for the Dying Improving in the United States?	Ziel ist es, Veränderungen in Bevölkerungsebenen zu untersuchen und zusätzlich wird der Zusammenhang von Hospiz und Qualität am Lebensende dargestellt.	Qualitative Studie, retrospektive Interviews über Qualität der Pflege, Entscheidungsfindung, Schmerz und Symptommanagement und emotionale Unterstützung 1208 Teilnehmer  England  End-of-Life: der letzte Lebensmonat	Es gibt teilweise ein unzureichendes Schmerzmanagement, die Verstorbenen wurden nicht immer respektvoll behandelt, Angst und Traurigkeit wurde in manchen Fällen nicht wahrgenommen.
Bailey et al. 2011 England	Trajectories of End-of-Life Care in the Emergency Department	Ziel dieser Studie ist es, die End-of-Life Care in Notaufnahmen dazustellen und das Empfinden der Sterbenden zu eruieren.	Ethnographische Studie, Beobachtung über 12 Monate mit Feldnotizen, 15 Interviews mit einem multidisziplinären Team, 7 Interviews mit den Erkrankten sowie deren Angehörigen  Notaufnahme eines städtisch-akademischen Lehrkrankenhauses  End-of-Life: 6 Monate vor dem Tod	Es gibt „spectacular“ und „subtacular“ Notfälle. Auf End-of-Life Care wird zu wenig Rücksicht genommen, Patienten/-innen, welche einen DNR (do not resuscitate) Vermerk bekamen, sind oft zu kurz gekommen – es wird ihnen zu wenig Aufmerksamkeit zuteil.

Tabelle 3: Ergebnistabelle

### 3.1 Physische- und Alltagsbedürfnisse

Die qualitative Studie von Beernaert et al. (2016) hebt hervor, dass es sechs verschiedene Kernbereiche gibt, in denen sich der Pflegebedarf in der palliativen Versorgung, besonders in der End-of-Life Care Phase, deutlich ändert. In dieser Studie wurden 18 semistrukturierte Interviews mit unheilbar kranken Patienten/-innen durchgeführt. Die Krankheiten, welche die Patienten/-innen hatten, waren Krebs, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, Herzfehler oder Demenz. Hierbei wurde gezeigt, dass es zu einer Erhöhung des Pflegebedarfs kommt. Vor allem bei physischen, psychologischen, sozialen und existentiellen Belangen und im Informations- und Kommunikationsbedarf der Patienten/-innen kommt es zu einer massiven Steigerung. Um diesen Bedarfsänderungen gerecht zu werden, ist die Koordination und Kontinuität der pflegerischen Versorgung wichtig. Der Verlauf muss systematisch erfasst werden, was durch Beobachtung, Dokumentation und die ständige Evaluierung des Pflegebedarfs jedes/r einzelnen/r Patienten/-in geschieht.

Im Verlauf der Erkrankungen kam es zu verschiedenen Symptomen, wie vermehrte körperliche Schmerzen, Atemnot und Mundtrockenheit, je nach Krankheitsbild nahmen auch die kognitiven Beeinträchtigungen zu. Diese traten oft schon vor der Diagnosestellung auf und wurden teilweise von den Betroffenen einfach als Teil der Krankheit oder des Älterwerdens gesehen, oder sogar geleugnet. Das Selbstversorgungsdefizit nahm durch körperliche Einschränkungen immer mehr zu und es wurde vermehrt Hilfe benötigt. Es kam zu einer zunehmenden Einschränkung der Mobilität. Praktische Bedürfnisse, wie zum Beispiel putzen oder einkaufen, konnten teilweise nicht mehr, oder nur mehr zum Teil selbst ausgeführt werden. Familienmitglieder wurden zu Tätigkeiten wie Putzen, Einkaufen, Kochen und vielem mehr herangezogen und dies wurde im Verlauf der Krankheit, durch die Zunahme der körperlichen Beeinträchtigungen der Patienten/-innen, immer mehr. Professionelle Hilfe wurde meist, vor allem am Beginn der Pflegeabhängigkeit, nicht in Anspruch genommen (Beernaert et al., 2016).

Der Zweck des Literaturreviews von Eneanya et al. (2017) war es, den erhöhten Pflegebedarf von Patienten/-innen mit Nierenerkrankungen (chronische Niereninsuffizienz und Nierenerkrankung im Endstadium) in der End-of-Life Phase

darzustellen, da Patienten/-innen mit Nierenerkrankungen seltener Palliativpflege erhalten, als Patienten/-innen mit anderen schweren Erkrankungen.

Anämie, Hypertonie, Elektrolytentgleisungen, Ödeme, verringerte Urinausscheidung und Atemnot wurden als körperliche Symptome genannt, welche im Verlauf der End-of-Life Care, gegen Ende hin immer öfter und stärker auftraten. Der Ernährungszustand der Patienten/-innen verschlechtert sich ohne Behandlung im Verlauf und Begleiterkrankungen wie Hypertonie oder Diabetes mellitus traten stärker auf (Eneanya et al., 2017).

Der Krankheitsverlauf von den drei häufigsten Erkrankungen, wegen denen geriatrische Patienten/-innen in die Notaufnahme kamen, wurde in der Studie von Pal et al. (2017) beschrieben. Zu diesen Erkrankungen zählten:

- Onkologische Erkrankungen
- Organversagen
- Degenerative neurologische Erkrankungen und Gebrechlichkeit im Alter

Bei Krebspatienten ist der Krankheitsverlauf vorhersehbar, am Anfang der Erkrankung sind die Patienten/-innen noch in einem guten körperlichen Zustand, dieser verschlechtert sich im Krankheitsverlauf immer mehr. Es kommt vermehrt zu Schmerzen, Atemnot, Essstörungen und Einschränkungen in der Mobilität. Teilweise kommt es so weit, dass die Patienten/-innen vollständig auf die Hilfe des Pflegepersonals oder der Angehörigen angewiesen sind. Trotz guter Symptombehandlung ist es oft nicht oder nur teilweise möglich, Symptome wie Schmerzen und Atemnot vollständig auszuschalten. Bei Patienten/-innen mit Organversagen verschlechtert sich die Krankheit je nach akuter oder chronischer Phase. Es kommt entweder zu einem akuten Funktionsverlust des betroffenen Organs oder zu einem nach und nach verschlechterten körperlichen Zustandsbild. Patienten/-innen mit körperlichen Gebrechen, sowie Patienten/-innen mit degenerativen neurologischen Erkrankungen sind oft schon über Jahre hinweg körperlich eingeschränkt, bei ihnen ändert sich meist auch in der End-of-Life Phase nichts mehr (Pal et al., 2017).

In der Studie von Bailey et al. (2011) zeigt sich, dass Kurzatmigkeit, Atemnot, Kollaps, gastrointestinale Blutungen, Stürze mit Verletzungen und Schmerz, die zu einer Aufnahme in der Notaufnahme führen, in der End-of-Life Care Phase vermehrt

vorkommen. Diese Studie wurde in einem Lehrkrankenhaus in England auf der Notaufnahme durchgeführt. In dieser Studie wurde beschrieben, dass End-of-Life Care auch in der Notaufnahme ein wichtiges Thema ist und dass es im Verlauf zu einer vermehrten Aufnahme der Patienten/-innen kam. Mittels ethnographischer Methoden wurde die Studie in drei Phasen aufgeteilt. Der erste Teil war eine Beobachtung der Mitarbeiter/-innen der Notaufnahme über einen Zeitraum von 12 Monaten. Es wurde speziell auf die End-of-Life Care Versorgung geachtet. Nach vier Monaten der Beobachtung wurden 15 Interviews mit geschulten Notfallkrankenpflegern/-innen, Mediziner/-innen und Technikern/-innen durchgeführt. Nach weiteren zwei Monaten wurden sieben Patienten/-innen mit einer terminalen Erkrankung und sieben Angehörige, welche die Patienten/-innen immer begleiteten, über deren Zufriedenheit bei den Besuchen in den vergangenen sechs Monaten befragt.

Es kam zu Bedarfsänderungen aufgrund körperlicher Einschränkungen und Probleme. Anfangs waren die Patienten/-innen oft nur leicht geschwächt und müde, dies nahm im Verlauf der Krankheit immer mehr zu, wodurch sich der Pflegebedarf ständig erhöhte. Aktivitäten wie An- und Auskleiden, Duschen und Essen waren nicht mehr selbständig möglich. Das Pflegepersonal musste die Patienten/-innen aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität immer mehr unterstützen. Die zunehmende Atemnot erschwerte Aktivitäten wie Gehen und Waschen zusätzlich (Bailey et al., 2011).

End-of-Life Care kann auch bei Schlaganfallpatienten/-innen eine wichtige Rolle spielen, dies fand man in der Studie aus England von Gardiner et al. (2013) heraus. 20% bis 30% aller, die einen Schlaganfall erlitten, starben innerhalb von 30 Tagen auf der Stroke Unit. Die Hälfte aller Patienten/-innen, welche einen Schlaganfall erlitten, starb innerhalb des darauffolgenden Jahres. Für die Patienten/-innen, von denen nicht erwartet wurde, dass sie sich von ihrem Schlaganfall wieder erholten, war die End-of-Life Care von großer Bedeutung. In dieser qualitativen Studie wurden Fokusgruppeninterviews mit 66 health care professionals durchgeführt (Ärzte/-innen und Gesundheits- und Krankenpflegern/-innen).

Es wurde herausgefunden, dass die Patienten/-innen an Müdigkeit und körperlichen Beschwerden wie Sprachstörung, Lähmungen und Schluckbeschwerden litten. Durch diese körperlichen Einschränkungen waren die Patienten/-innen auf Hilfe der

Pflegekräfte angewiesen. Durch Lähmungen kam es zu Mobilitätseinschränkungen, so war der Transfer aus dem Bett für die Patienten/-innen oft nicht mehr selbständig möglich. Durch Mobilitätseinschränkungen und Schluckbeschwerden konnten die Patienten/-innen nur mit Hilfe der Pflegekräfte Essen zu sich nehmen. Es wurde dargestellt, dass der Pflegebedarf in der End-of-Life Care Phase zwar hoch ist, sich bezogen auf die körperlichen Bedürfnisse jedoch nicht oder nur wenig ändert. Das Ziel der End-of-Life Care bei einem irreversiblen Schlaganfall ist es, den Patienten/-innen eine verbesserte Möglichkeit zu bieten, um sich auf das Sterben vorzubereiten. Dies geschieht vor allem durch Kommunikation. Wichtig ist es auch die Angehörigen miteinzubeziehen und ein Sterben in der gewünschten Umgebung zu ermöglichen. Das Ziel der Pflege war es, die Patienten/-innen in der End-of-Life Care Phase so auf zu Hause vorzubereiten, dass sie noch eine gewisse Lebensqualität innerhalb des letzten Lebensjahres hatte. So war es zum Beispiel nicht das Ziel, den/die Patienten/-in gehend zu entlassen, sondern ihn/sie vom Sessel auf die Toilette transferieren zu können, die Mahlzeiten ohne verschlucken einnehmen zu können oder miteinander kommunizieren zu können (Gardiner et al., 2013).

In der retrospektiven Studie von Teno et al. (2015) wurden Patienten/-innen über 65 Jahre mit Hilfe von Umfragen zu ihrer End-of-Life Care Situation befragt. Insgesamt wurden in den beiden Erhebungen 1208 amerikanische Personen befragt. Die erste Erhebung fand im Jahr 2000 und die zweite Erhebung zwischen 2011 und 2013 statt. In dieser Studie kam es zu dem Ergebnis, dass Schmerz, Angst, Trauer, Dyspnoe und religiöse Anliegen, zentrale Themen der End-of-Life Care sind. Von 2011-2013 wurde erhoben, dass 67 % der Patienten/-innen in den letzten Lebensmonaten Schmerzen hatten, bei 25,2 % kam es zu einer unzureichenden Schmerzbehandlung. 21,4 % von 56,2 % der mit Dyspnoe Erkrankten gaben an, dass die Behandlung der Atemnot besser hätte sein können (Teno et al., 2015).

### 3.2 Psychologische Bedürfnisse

Betroffene äußerten in der qualitativen Studie von Beernaert et al. (2016) schon sehr früh im Krankheitsverlauf Ängste zu haben, psychisch belastet und depressiv zu sein. Es wurden Zukunftsängste geäußert, was zum Beispiel mit der Familie nach dem Tod geschieht, wie die Behandlung weiter verläuft, in welchem Umfeld sie

betreut werden und ob sie leiden müssen. Bei allen untersuchten Erkrankungen wurde dieses Thema aufgegriffen, doch nur Krebspatienten/-innen wiesen deutlich auf Zeiten im Verlauf der Krankheit hin, diese waren direkt nach der Diagnosestellung und kurz vor Beendigung des stationären Aufenthalts. Die Erkrankten wussten oft nicht, was sie zu Hause erwartet und zusätzlich kam noch die Angst vor schlechten Nachrichten bei Nachuntersuchungen. Gaben die Betroffenen dem/der Arzt/Ärztin Bescheid über deren Gefühle und Ängste, so wurden sie zu einem/r Psychologen/-in verwiesen. Meist wurden ihnen aber einfach Medikamente wie Antidepressiva ohne Rücksprache mit einem/r Psychologen/-in verschrieben. Die Erkrankten, welche Medikamente gegen ihre Depressionen und Ängste einnahmen, gaben eine Besserung der Symptome an. Wichtig war außerdem noch, dass sich die Betroffenen jemandem anvertrauen konnten. Sie hatten das Bedürfnis, über ihre Krankheit, Sorgen und Ängste zu sprechen (Beernaert et al., 2016).

Aus der Studie von Teno et al. (2015) ging hervor, dass es in den letzten drei Monaten des Lebens zu deutlich mehr Krankenhausaufenthalten bei End-of-Life Care Patienten/-innen, die über 65 Jahre alt waren, kam. Der Grund dafür waren Schmerzen, Angst, Atemnot und Trauer. Trotz der End-of-Life Care litten 55,8 % an Angst oder Depressionen durch ihren terminalen Krankheitsverlauf und bei 49,8% wurde dies nicht oder nur unzureichend behandelt. Für die Patienten/-innen war es unzufriedenstellend, dass oft zu wenig Kontakt zwischen dem Pflegepersonal und den Patienten/-innen in der letzten Lebensphase aufgenommen wurde. Bei der Versorgung wäre es wichtig, die Patienten/-innen in den Mittelpunkt zu stellen, so könnten Bedürfnisse, Präferenzen und Werte mitgeteilt werden, die Pflege könnte speziell nach den Bedürfnissen der Patienten/-innen durchgeführt werden. Spirituelle, psychologische und emotionale Unterstützung sollte bereitgestellt werden. Am Ende der Behandlung muss evaluiert werden, ob die Patienten/-innen genügend Hilfe bei ihrer Versorgung erhielten (Teno et al., 2015).

Zusätzlich fand man in dem Literaturreview von Eneanya et al. (2017) heraus, dass obwohl die palliative Betreuung für Patienten/-innen mit Nierenerkrankungen im Endstadium erweitert wurde, diese weit seltener in Anspruch genommen wurde als bei anderen chronischen Erkrankungen. Im Vergleich zu Patienten/-innen mit der

Diagnose Krebs oder Demenz wurde von den Patienten/-innen mit Nierenerkrankungen im Endstadium (letzte 90 Lebensstage) seltener palliative Betreuung in Anspruch genommen. Jedoch verbrachten gerade dialysepflichtige Patienten/-innen innerhalb ihres letzten Lebensjahres sehr viel Zeit im Krankenhaus oder auf Intensivstationen. Die vielen Krankenhaus- und Intensivaufenthalte führten zu zunehmender psychischer Belastung. Ein weiteres Ergebnis war, dass durch early palliative care die End-of-Life Care verbessert werden konnte, indem ACP frühzeitig durchgeführt wurde, über die Hospiznutzung aufgeklärt wurde und Trauerbegleitung stattfand. Bei jenen, die palliativ betreut wurden, konnte sichergestellt werden, dass in der End-of-Life Care Gespräche stattfanden und es zum ACP kam, wo Wünsche und Bedürfnisse hinsichtlich der Pflege und dem medizinischen Handeln am Lebensende geäußert werden konnten. Es wurden in diesem Bereich trotz ACP wenig Patientenverfügungen verfasst und die Patienten/-innen kamen nur selten in ein stationäres Hospiz. Die Ziele des ACP waren die Zufriedenheit der Patienten/-innen, dass sie eine umfassende Aufklärung über Patientenverfügungen erhielten und dass weniger Betroffene, entgegen ihrem Wunsch, im Krankenhaus sterben mussten (Eneanya et al., 2017).

### 3.3 Soziale Bedürfnisse und das Thema Tod

Ebenso wurde in der Studie von Beernaert et al. (2016) festgestellt, dass Betroffene einer unheilbaren Krankheit ein starkes Gefühl der sozialen Isolation angaben, sie fühlten sich einsam und dies nahm im Verlauf zu. Die erkrankten Patienten/-innen dieser Studie wurden bei ihnen zu Hause befragt, wo sie alleine, mit Familie oder dem/der Partner/-in lebten. Die zunehmende Mobilitätseinschränkung einiger Teilnehmer/-innen stellte ein großes Problem dar, es war ihnen teilweise immer weniger oder nicht mehr möglich, nach draußen zu gehen und dadurch mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Andere gaben an, das Gefühl zu haben, dass sie durch ihre Krankheit von anderen gemieden wurden und dies zu einem sozialen Ausschluss führte. Ein wesentliches Problem im Krankheitsverlauf war es, dass die Betroffenen oft durch die Krankheit ihren Job nicht weiter ausüben konnten oder den Führerschein verloren, was zu einem Verlust der sozialen Kontakte führte. Die Meisten gaben an, dass es ihnen an sozialen Kontakten fehlen würde und dass sie das Hinausgehen, welches oft durch körperliche Einschränkungen nicht mehr möglich war, wieder aufleben hätte lassen. Einige der Befragten gaben aber auch

zu verstehen, dass die Phase der sozialen Isolation nur vorübergehend war und dass es oft eine große Chance für sie war, mit den wirklich wichtigen Menschen, die Zeit des Lebens zu verbringen. Aus der Studie kam auch noch hervor, dass der Miteinbezug von freiwilligen Helfern, die speziell im Bereich der Palliativpflege ausgebildet wurden, eine große Hilfestellung für die Betroffenen war (Beernaert et al., 2016).

Ein weiteres zentrales Ergebnis aus der Studie Beernaert et al. (2016) war es, dass viele bereits über den Tod nachgedacht haben, nur wird es meist nicht explizit als Pflegeproblem angesehen. Dieses Thema wird gemieden, Patienten/-innen wollen es nicht ansprechen. In der Studie wird aber klar dargestellt, dass die Betroffenen, wenn sie auf dieses Thema angesprochen werden, Ängste und Bedenken bezüglich der Familie, dem Tod selbst, dem Leiden am Ende und der Beerdigung haben. Die Wenigen, die über den Tod sprachen, gingen vor allem mit der Familie und dem/der Hausarzt/-ärztin auf ihren besonderen Wünschen am Lebensende ein. Es geht darum, wo die Erkrankten sterben wollen, was im Testament stehen soll und die Möglichkeiten der Sedierung und Sterbehilfe. Die Betroffenen möchten sich auf den/die Hausarzt/-ärztin verlassen können und am Lebensende so wenig wie möglich leiden müssen (Beernaert et al., 2016).

Laut Bailey et al. bevorzugen Erkrankte zu Hause zu sterben, 66% sterben jedoch im Krankenhaus (Bailey et al., 2011).

### 3.4 Information und Kommunikation

In der Implementierungsstudie von Kinley et al. (2017) wurde das Programm „Steps to Success“ implementiert, welches speziell für die End-of-Life Care entwickelt wurde. Das Programm wurde vorwiegend in Pflegeheimen in England eingesetzt. Das wesentliche Ziel dieses Programms war es, den Pflegebedarf in der End-of-Life Care zu erkennen, den Verlauf zu evaluieren und die Pflege dahingehend anzupassen - sozusagen eine qualitativ hochwertige End-of-Life Care in Pflegeheimen zu betreiben. Ein wichtiger Aspekt dieses Projekts war die Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal, Ärzten/-innen und dem/der Bewohner/-in.

Ein Jahr vor der Einführung des Programms wurden anonyme Daten bezüglich des gewünschten Ortes zu sterben erhoben, „advance care plans“ wurden angefertigt und die Bewohner wurden bezüglich der Anordnung „do not resuscitate“ (DNR)

aufgeklärt und befragt. Das Programm wurde implementiert und gliederte sich in 6 „Steps“:

1. Assessment, care planning and review
2. Discussions as the end of life approaches
3. Care in the last weeks/days of life
4. Care after death
5. Delivery of high quality care
6. Good co-ordination of care

Zu den Ergebnissen dieser Studie zählte, dass das Pflegepersonal erkannte, wann End-of-Life Care angebracht war, wie sich die körperlichen und psychologischen Bedürfnisse im Verlauf des letzten Lebensjahres änderten und wie die Pflege dementsprechend durchgeführt werden konnte. Außerdem war es ein wichtiger Punkt, das Vertrauen in das Personal zu stärken und das Pflegeheim zu einer vertrauten Umgebung zu machen. Der Pflegebedarf in der End-of-Life Care stieg deutlich an, vor allem war ein vermehrtes Kommunikationsbedürfnis festzustellen. Es kam vermehrt zu körperlichen und kognitiven Einschränkungen der Patienten/-innen. Durch die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten/-innen, Pflegepersonal und den Patienten/-innen konnten „advance care plans“ erstellt und umgesetzt werden – diese wurden im Pflegeverlauf ständig evaluiert und es wurde geprüft, ob sie noch den Wünschen und Bedürfnissen entsprachen. In den „advance care plans“ wurde festgelegt, wann keine wiederbelebenden Maßnahmen mehr stattfinden sollten. Die „do not resuscitate“ (keine wiederbelebenden Maßnahmen) Anordnung wurde durch richtige Kommunikation von 6% auf 63% gesteigert. Ein weiterer wichtiger Punkt in den „advance care plans“ war die Schmerzfreiheit. Durch die Verwendung und genaue Erklärung von Schmerzskaleten konnten Schmerzen reduziert, sowie völlig genommen werden. Gerade bei Patienten/-innen, welche kognitiv nicht mehr in der Lage waren Schmerzen anzugeben, war eine Schmerzeinstellung schwierig. Durch die verwendete Doloplus 2 Scale konnten die Schmerzen der Patienten/-innen vom Pflegepersonal eingeschätzt werden und es kam zu einer medizinischen Schmerzbehandlung, wenn nötig. Die Doloplus 2 Scale umfasst insgesamt 10 Items, welche in somatische, psychomotorische und psychosoziale Auswirkungen gegliedert werden. Jedes Item kann von 0 bis 3 bewertet werden und so können insgesamt maximal 30 Punkte erreicht werden. Ab fünf Punkten wird laut dieser Skala von Schmerz gesprochen (Kinley et al., 2017).

Durch durchgeführte Interviews in der Studie von Beernaert et al. (2016) kam zum Vorschein, dass die Betroffenen meist sehr wenig Informationen bezüglich des Verlaufs ihrer Krankheit bekamen, beziehungsweise diese nicht richtig verstanden. Patienten/-innen mit Krebs oder Organversagen gaben an, mehr Informationen erhalten zu wollen. Sie wussten teilweise nicht oder nur zu wenig Bescheid über verschiedene Optionen, Nebenwirkungen, den Krankheitsverlauf an sich und was das Ziel nach der Behandlung war. Weiters gaben die Befragten an, nicht zu wissen, an wen sie sich mit speziellen Fragen bezüglich Krankheit, körperlichen Symptomen, Haushaltshilfe, Sterbehilfe und Palliativsedierung wenden konnte. Wichtige Fragen blieben oft einfach unbeantwortet, die Befragten hätten sich mehr Informationen hinsichtlich der Palliativmedizin gewünscht. (Beernaert et al., 2016)

Die Durchführung von ACP war ein zentrales Ziel von Eneanya et al. (2017). Durch ACP konnten Wünsche und Bedürfnisse im Verlauf der End-of-Life Care Phase eingebracht werden, die Patienten/-innen wurden miteinbezogen. Die gemeinsame Entscheidungsfindung war eine Bereicherung sowohl für die Patienten/-innen, als auch für deren Angehörige. Krankheitsverläufe und auch das Vorgehen in der End-of-Life Care wurden genau besprochen. Der Pflegebedarf wurde ständig angepasst, bei eingeschränkten Lebensaktivitäten, wie zum Beispiel Mobilitätsverlust, wurde der Bedarf evaluiert. Bei Unsicherheiten bezüglich ihrer Erkrankung oder der weiteren Vorgehensweise hatten die Betroffenen immer eine Ansprechperson, welche ihnen weiterhelfen konnte. Die Patienten/-innen konnten besser über ihre Krankheit sprechen und zeigten mehr Selbstvertrauen bei der Ansprache klinischer Unklarheiten (Eneanya et al., 2017).

Auch in der Studie von Pal et al. (2017) wurde beschrieben, dass durch gute End-of-Life Care sichergestellt werden kann, dass die letzte Lebensphase den Wünschen und Bedürfnissen der Patienten/-innen entspricht und mit ihren klinischen, kulturellen und ethischen Standards übereinstimmt. Diese retrospektive Studie wurde in der Notaufnahme in Singapur durchgeführt. Es wurden alle Patienten/-innen, die über 65 Jahre alt waren und während des Aufenthalts in der Notaufnahme starben, inkludiert. Dies waren 197 Personen innerhalb des Jahres 2011. Um den Verlauf des Pflegebedarfs darstellen zu können, wurden die Informationen aus der Pflegedokumentation und aus einem ärztlichen

Datenverwaltungsprogramm verwendet. In dieser Studie werden Kernbereiche der End-of-Life Care beschrieben, zu diesen zählen physische, psychologische, soziale und spirituelle Bereiche. Im Verlauf der End-of-Life Care verändern sich die Bedürfnisse der Patienten/-innen in diesen Kernbereichen.

Ziele, Wünsche und Bedürfnisse der Patienten/-innen müssen immer wieder neu erhoben werden, die Kommunikation im Verlauf der Erkrankung ist das Wichtigste. Es wurde beschrieben, dass es angebracht wäre, sich bei Beginn einer palliativen Diagnosestellung mit dem/der Hausarzt/-ärztin zusammzusetzen und mit ihm/ihr das Vorgehen bei einer Aufnahme in der Notaufnahme zu besprechen. In der palliativen Betreuung sollte geklärt werden, welche Versorgung die Patienten/-innen erhalten möchte, dies gehört in einem „advance care plan“ dokumentiert. Der Umgang mit lebensverlängernden Maßnahmen sollte genauestens geklärt und dokumentiert werden. So gibt es bei einer Einweisung in die Notaufnahme bereits eine Behandlungsentscheidung des/der Patienten/-in, an der sich das Krankenhausteam orientieren kann. Einer der Vorteile ist es, dass unnötige und nicht erwünschte Eingriffe vermieden werden können (Pal et al., 2017).

Laut der Studie von Bailey et al. (2011) wurden in der Notaufnahme End-of-life Care Bedürfnisse, wie Gespräche zu führen oder den Patienten/-innen die Angst zu nehmen, zum Teil nicht berücksichtigt. Ein wesentlicher Faktor der dazu führte, dass keine gute End-of-Life Care gewährleistet werden konnte, war, dass zu wenig Zeit und Personal für Pflegebedürfnisse der Patienten/-innen vorhanden waren. Eines der größten Probleme war es, dass die Kommunikation zwischen dem Personal und dem/der Erkrankten und den Angehörigen nicht funktionierte. Pflege für End-of-Life Care Patienten/-innen kam zu kurz, vor allem wurden die speziellen Bedürfnisse, wie die Kommunikation und Information des weiteren Vorgehens nicht weitergegeben. In der Studie von Bailey et al. (2011) wurde dies so beschrieben, dass End-of-Life Patienten/-innen eine geringere Priorität im Gegensatz zu jenen, die mit frischen Verletzungen oder anderen Erkrankungen in die Notaufnahme kamen, hatten. Aus den Interviews dieser Studie ging hervor, dass der Pflegebedarf kurz vor dem Lebensende deutlich stieg. Es standen zwar nicht mehr Aktivitäten wie Mobilisation oder Körperpflege im Vordergrund, jedoch stieg der Bedarf in der Kommunikation. Ab dem Zeitpunkt der Vermerkung „do not resuscitate“ (keine widerbelebenden Maßnahmen) auf der Fieberkurve bekamen die Patienten/-innen

jedoch weniger Aufmerksamkeit durch das Pflegepersonal, dies resultierte aus einer Fehleinschätzung der Pflegepersonen. Zusammenfassend ergab die Studie, dass der Kommunikationsbedarf stieg, die Angst vor dem Sterben sollte genommen werden und der Wunsch nicht allein zu sterben, sollte erfüllt werden (Bailey et al., 2011).

Die schwedische Studie von Beck et al. (2012) hebt hervor, dass es zu einer Änderung der Bedürfnisse in der Palliativpflege kommt, Kommunikation und Schmerzfreiheit sind das höchste Ziel. In dieser explorativ deskriptiven Studie wurden 25 Pflegepersonen, welche in verschiedenen Pflegeheimen im Süden Schwedens tätig waren, befragt. Es wurden 6 Fokusgruppeninterviews mit offenen Fragen durchgeführt. Die Idee dahinter war, dass sich mehrere Personen mit ähnlichen Problemen trafen und eine angeregte Diskussion über ihre Gefühle, Gedanken und Empfindungen führen konnten.

Während bei der Pflege von Patienten/-innen, die keine unheilbare Krankheit haben, meistens der Fokus auf die Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung gelegt wird, wird dies bei palliativen Patienten/-innen eher hintenangestellt. Palliativpatienten/-innen dürfen Aktivitäten verweigern. Es geht nicht mehr um die ständige Aktivierung der Personen, es wurde erkannt, dass der Pflegebedarf bei palliativen Patienten/-innen bis zum Tod hin deutlich, sowohl im körperlichen, als auch im Kommunikationsbereich, stieg. Das Ziel war es, die Patienten/-innen im Verlauf bestmöglich zu unterstützen, ihren Pflegebedarf immer neu zu erheben, Gespräche zu führen und ihre Symptome zu lindern. Fokussiert wird auch auf die Beziehung zwischen dem Pflegepersonal und den Patienten/-innen. Es kommt zu Änderungen der Medikamentenverordnung seitens des/der Arztes/Ärztin, besonders wird darauf geachtet, dass die Patienten/-innen genügend Schmerzmedikation erhalten, falls Schmerzen vorhanden sind. Die Patienten/-innen sollen nicht leiden müssen, deshalb ist es wichtig, ihnen genügend Aufmerksamkeit und Zusprache zu geben. Die Kommunikation zwischen dem Personal und Patienten/-innen ist besonders wichtig. Alle Informationen, welche die Patienten/-innen bezüglich der Krankheit und des Verlaufs wissen wollen, sollten ausführlich besprochen werden. In dieser Phase des Lebens, sollten Patienten/-innen sich nicht allein oder unwissend fühlen und schmerzfrei sein können (Beck et al., 2012).

### 3.5 Angehörige

Die schwedische Studie von Beck et al. (2012) zeigte, dass die Angehörigen in der Palliativpflege in Pflegeheimen eine besonders wichtige Rolle spielten. In dieser Studie fand man heraus, dass es auch für die Angehörigen absolut wichtig war, über die End-of-Life Care aufgeklärt zu werden. Sie wurden in zahlreiche Gespräche miteingebunden, und wurden über Veränderungen des Pflegebedarfs informiert. Wenn die Angehörigen über den Zustand Bescheid wussten, konnten sie, vor allem am Lebensende, besser für den/die Bewohner/-in da sein und mit der Situation am Lebensende umgehen (Beck et al., 2012).

Ein zentrales Ergebnis aus der Studie von Eneanya et al. (2017) war es, dass die Angehörigen der Patienten/-innen oft mit schwierigen Entscheidungen, welche die Behandlung in der End-of-Life Phase betreffen, konfrontiert wurden. Dies führte zu einer erheblichen emotionalen Belastung der Patienten/-innen und deren Angehörigen. Um dies zu vermeiden, gab es strukturierte Sitzungen, bei denen Ärzte/-innen, Pflegepersonal, Angehörige und Patienten/-innen gemeinsam über weitere palliativmedizinische Betreuung und Behandlung in der End-of-Life Care Phase entschieden. Dies war sowohl für die Patienten/-innen, als auch für deren Angehörige eine wesentliche Erleichterung, sie fühlten sich nicht auf sich allein gestellt, da eine professionelle Meinung miteinflusste. Jedoch gaben Angehörige der nierenerkrankten Patienten/-innen (chronische Niereninsuffizienz, Nierenerkrankung im Endstadium) auch an, dass es trotz End-of-Life Care in der terminalen Phase oft zu einer schlechten Schmerzkontrolle kam sowie dass zu wenig Interaktion zwischen dem Fachpersonal und dem/der Patienten/-in stattfand (Eneanya et al., 2017).

Angehörige der Notaufnahmepatienten/-innen klagten, dass sie zu wenig Information über den Zustand des/der Patienten/-in erhielten, dies war auch in der Studie von Bailey et al. (2011) ein zentrales Ergebnis. Ein weiteres Problem, welches die Angehörigen angaben, war, dass die Patienten/-innen ab der „do not resuscitate“ Verordnung (keine wiederbelebenden Maßnahmen), nur mehr einmal pro Schicht kontrolliert wurden. Angehörige gaben an, dass sowohl sie selbst, als auch ihre sterbenden Angehörigen, gerade in dieser Phase mehr Aufmerksamkeit und Zusprache benötigt hätten. Weiters kam aus der Studie hervor, dass diese

Patienten/-innen in der letzten Lebensphase oft in die weniger sichtbaren Bereiche der Station gelegt wurden, Angehörige empfanden dies, als wolle man ihre Angehörigen einfach irgendwo abstellen und diese dort liegen lassen. Es wurde den Patienten/-innen und deren Angehörigen nicht die nötige Aufmerksamkeit und Pflege gegeben, die sie in der terminalen Phase gerne gehabt hätten (Bailey et al., 2011).

Übereinstimmend mit diesen Ergebnissen, gaben auch in der Studie von Teno et al. (2015) 15,2 % der befragten Angehörigen an, dass ihre kranken Angehörigen im Verlauf der End-of-Life Care nicht immer respektvoll behandelt wurden. 20,2 % der Familien wurden nicht regelmäßig über den Krankheitsverlauf ihres Angehörigen informiert. 11,0 % gaben an, dass medizinische Entscheidungen getroffen wurden, welche nicht im Sinne des/der Verstorbenen waren. Im Jahr 2000 wurde von 56,7 % der Befragten die Pflege deren Angehöriger als ausgezeichnet bewertet, wohingegen dies in den Jahren 2011-2013 nur mehr von 47,0 % behauptet wurde. Eine Verbesserung der End-of-Life Care kann nur durch rechtzeitiges ACP stattfinden (Teno et al., 2015).

## 4 Diskussion

Das Ziel der Arbeit ist es, einen möglichen Verlauf des Pflegebedarfs in der End-of-Life Care Phase bei geriatrischen Patienten/-innen darzustellen. Die gefundenen Ergebnisse konnten in körperliche und praktische, psychologische, soziale und existenzielle Bedürfnisse eingeteilt werden. Das Hauptaugenmerk im Verlauf des Pflegebedarfs wurde jedoch auf die Kommunikation und Information der Patienten/-innen in der End-of-Life Care Phase gelegt.

Ein genauer Verlauf des Pflegebedarfs in der End-of-Life Care Phase konnte nicht aufgezeigt werden, da dies natürlich von vielen Faktoren, wie zum Beispiel der Diagnose, dem Setting oder auch dem Alter abhängig ist. Auch in den gefundenen Studien kam die End-of-Life Care bei unterschiedlichen Krankheitsbildern und in verschiedensten Settings vor.

In der Studie von Beck et al. (2012) wird deutlich gemacht, dass sich der Pflegebedarf in der End-of-Life Care deutlich steigert. Da dies aber stark von der Diagnose des/der Patienten/-in abhängig ist, unterscheidet sich dies von den Ergebnissen anderer Studien. So wird in der Studie von Pal et al. (2017) bei Krebspatienten/-innen eine deutliche Steigerung des Pflegebedarfs angegeben, wohingegen bei gebrechlichen Patienten/-innen oder Patienten/-innen mit neurologischen Erkrankungen oft nur wenig Steigerung des Pflegebedarfs in der End-of-Life Care Phase zu verzeichnen ist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Personen der zweiten Gruppe (gebrechliche Patienten/-innen und jene mit neurologischen Erkrankungen) oft schon einen sehr hohen Pflegebedarf vor der End-of-Life Phase ihres Lebens hatten und sich dabei nicht mehr viel änderte (Pal et al., 2017, Gardiner et al., 2013). Zum selben Ergebnis wie in der Studie von Pal et al. (2017) kam es auch in der Studie von Beernaert et al. (2016). Auch hier wurde festgestellt, dass es zu einer deutlichen Erhöhung von physischen, psychologischen und sozialen Bedürfnissen kam. Mittels dieser Übereinstimmung der Ergebnisse wird gezeigt, dass sich bei geriatrischen Krebspatienten/-innen ein vorhersehbarer Verlauf des Pflegebedarfs abzeichnet (Beernaert et al., 2016).

Es ging aus mehreren Studien hervor, dass Palliativpatienten/-innen in der letzten Lebensphase vermehrt ins Krankenhaus mussten (Bailey et al., 2011, Eneanya et al., 2017), jedoch wird dies nur in der Studie von Teno et al. (2015) auf einen genauen Zeitraum von drei Monaten vor dem Tod beschränkt. Im Gegensatz zu den meisten Ergebnissen wurde in der Studie von Eneanya et al. (2017) aufgezeigt, dass nierenerkrankte Patienten/-innen in ihrer letzten Lebensphase deutlich weniger palliative Betreuung in Anspruch nahmen.

Der Pflegebedarf stieg in einigen Bereichen, jedoch stieg er in zwei Bereichen besonders: Neben dem vermehrten Pflegebedarfs aufgrund körperlicher Bedürfnisse konnte ein erhöhter Kommunikationsbedarf festgestellt werden. Ein Anstieg der körperlichen Beeinträchtigungen konnte in den Studien von Beernaert et al. (2016), Pal et al. (2017), Eneanya et al. (2017), Bailey et al. (2011) und Gardiner et al. (2013) verzeichnet werden. Anfangs waren Schwäche und Müdigkeit der Patienten/-innen vorrangig, im Laufe der Erkrankung nahmen weitere körperliche Symptome aber immer mehr zu (Bailey et al., 2011). Das Selbstfürsorgedefizit der Patienten/-innen wurde durch beeinträchtigte Mobilität, Schmerzen und Atemnot immer größer. Jedoch wird aufgezeigt, dass Palliativpatienten/-innen hinsichtlich der körperlichen Belange oft nicht ausreichend unterstützt wurden (Beernaert et al., 2016, Pal et al., 2017).

Atemnot konnte in fünf Studien, Schmerz in vier Studien und Essstörungen beziehungsweise Störungen der Nahrungsaufnahme konnten in drei Studien als zunehmende Symptome, verbunden mit einer Erhöhung des Pflegebedarfs, dargestellt werden. In beiden Studien, die den Pflegebedarf der End-of-Life Care in der Notaufnahme untersuchten, wurden Schmerz und Atemnot als häufiger Aufnahmegrund angeführt und zusätzlich kam es zu dem Ergebnis, dass diese Faktoren in der terminalen Phase, trotz Symptombehandlung, zunahmen (Pal et al., 2017, Bailey et al., 2011). Durch die Zunahme der Symptome kam es allmählich zu verstärkter Beeinträchtigung der Mobilität, was zu einem vermehrten Pflegebedarf führte (Pal et al., 2017). Wie in den Studien von Pal et al. (2017) und Bailey et al. (2011) fand man auch in der Studie von Teno et al. (2015) heraus, dass Patienten/-innen vermehrt an Schmerzen und Dyspnoe litten. Zusätzlich wurde dies aber noch genau auf eine Zunahme im letzten Lebensmonat beschränkt und es wurde

angegeben, dass diese Symptome teilweise unzureichend behandelt wurden. (Teno et al., 2015).

Durch Schmerz, Atemnot, Müdigkeit, Mundtrockenheit und die daraus resultierende eingeschränkte Mobilität ändert sich der Pflegebedarf, fanden Beernaert et al. (2016), Pal et al. (2017), Bailey et al. (2011) und Teno et al. (2015) heraus. In der Studie von Gardiner et al. (2013) wurden Schlaganfallpatienten/-innen untersucht. Auch in dieser wurden Gemeinsamkeiten der körperlichen Bedürfnisse zu anderen Studien gefunden: Einerseits erhöhte sich der Pflegebedarf bei Schlaganfallpatienten/-innen durch die zunehmende Müdigkeit und Schwäche, andererseits kam es durch Schluckbeeinträchtigungen zu einer verminderten Nahrungsaufnahme und einer daraus entstehenden Essstörung. Auch in den Studien von Pal et al. (2017) und Eneanya et al. (2017) konnte im Verlauf der Erkrankung eine Essstörung der Patienten/-innen dargestellt werden. Der Grund dieser Essstörungen wurde aber nicht genannt, wie bei Gardiner et al. (2013). Eine Änderung des Pflegebedarfs durch Sprachstörungen konnte nur in der Studie von Gardiner et al. (2013) festgestellt werden.

Kommunikation war der zweite Bereich, in dem der Pflegebedarf im Verlauf der End-of-Life Care deutlich stieg. Patienten/-innen und Angehörige gaben in den Studien von Pal et al. (2017), Teno et al. (2015), Beernaert et al. (2016), Bailey et al. (2011) und Eneanya et al. (2017) an, dass es zu einem vermehrten Gesprächsbedarf in der End-of-Life Care kam und dass eine deutliche Steigerung der Kommunikation im Verlauf gewünscht worden wäre. Vor allem in der terminalen Phase kam es zu einem vermehrten Bedarf an Informationsaustausch zwischen dem Personal und den Patienten/-innen sowie den Angehörigen (Bailey et al., 2011). Eine weitere Gemeinsamkeit aus den Studien von Beernaert et al. (2016) und Bailey et al. (2011) war, dass der Bedarf nach einer besseren Aufklärung über Krankheit, Therapie und das weitere Vorgehen gewünscht wurde. In der Studie von Beck et al. (2012) wurde eine gute Kommunikation zwischen dem Personal und den Patienten/-innen als sehr wichtig empfunden, dies deckt sich auch mit den Ergebnissen von Eneanya et al. (2017) und Pal et al. (2017). Sowohl in der Studie von Eneanya et al. (2017) als auch in der Studie von Beernaert et al. (2016) wurde auf die Wichtigkeit der Gespräche in der End-of-Life Care hingewiesen. Angst und soziale Isolation konnten auch durch vermehrte Kommunikation reduziert werden

(Beernaert et al., 2016, Eneanya et al., 2017). Soziale Isolation konnte sowohl durch körperliche Probleme als auch durch das Verhalten der Mitmenschen herbeigeführt werden. In der Studie von Beernaert et al. (2016) wurde auch Angst als zentrales Thema aufgegriffen – die Angst davor, was mit der Familie nach dem Tod geschieht, wo die Patienten/-innen sterben werden, ob sie leiden müssen und wie die Krankheit weiter verläuft, ob noch Lebensqualität vorhanden sein wird und auch die generelle Angst vor schlechten Nachrichten (Beernaert et al., 2016, Eneanya et al., 2017). Patienten/-innen beider Studien, welche über den Tod sprechen wollten, war es wichtig, Gespräche über den Verlauf der Erkrankung zu führen, über lebensverlängernde Maßnahmen zu sprechen und Wünsche und Bedürfnisse zu äußern. Weitere angeführte Themen in diesen Gesprächen sind die Patientenverfügungen und Vollmachtsformulare, welche am Beginn der End-of-Life Care oft noch von den Patienten/-innen selbst erstellt werden können (Beernaert et al., 2016, Eneanya et al., 2017).

In den Studien von Eneanya et al. (2017), Teno et al. (2015), Beernaert et al. (2016) und Pal et al. (2017) wurde gezielt ACP angesprochen. Es wurde aufgezeigt, dass in der palliativen Betreuung genau geklärt werden müsse, welche Versorgung die Patienten/-innen im Verlauf der End-of-Life Care erhalten möchten (Pal et al., 2017) und welche Wünsche und Bedürfnisse sie haben (Eneanya et al., 2017). Lebensverlängernde Maßnahmen sollten genau geklärt und dokumentiert werden, nur so können nicht erwünschte Eingriffe vermieden werden (Pal et al., 2017). Das Ziel des ACP war die Zufriedenheit der Patienten/-innen, dass sie eine umfassende Aufklärung über Patientenverfügungen erhielten und dass weniger Betroffene im Krankenhaus sterben mussten, wenn sie das nicht wünschten (Eneanya et al., 2017). In der Studie von Bailey et al. (2011) wurden zwar auch Maßnahmen des ACP in der palliativen Phase besprochen, diese wurden aber nicht unter dem Begriff advance care planning definiert.

In den Studien von Bailey et al. (2011) und Pal et al. (2017) fand man heraus, dass den Patienten/-innen und deren Angehörigen ab dem Zeitpunkt der „do not resuscitate“-Erklärung weniger Aufmerksamkeit geschenkt wurde, als diese gebraucht oder sich gewünscht hätten. Der Kontakt mit dem medizinischen und pflegerischen Fachpersonal, wurde weniger, als die Patienten/-innen den Vermerk „do not resuscitate“ bekamen. Die Patienten/-innen wurden weniger oft kontrolliert

und die Kommunikation sowohl mit den Patienten/-innen als auch mit deren Angehörigen nahm ab. Das zeigt eine Fehleinschätzung des Pflegepersonals – der Bedarf der Patienten/-innen steigt, das Pflegepersonal nimmt das jedoch nicht wahr. Dies führte in manchen Fällen auch zu einer schlechteren Schmerzeinstellung und Patienten/-innen mussten mehr leiden (Eneanya et al., 2017). Zu den gleichen Ergebnissen kam es auch in den Studien von Bailey et al. (2011) und Pal et al. (2017).

Eine weitere Komponente der End-of-Life Care sind die Angehörigen, die in vier Studien angesprochen wurden (Beck et al., 2012, Eneanya et al., 2017, Bailey et al., 2011, Teno et al., 2015). Angehörige sollten, falls dies von den Patienten/-innen gewünscht wird, genau über deren Zustand und Pflegeverlauf Bescheid wissen (Beck et al., 2012). Sie spielen eine wichtige Rolle in der Versorgung der Erkrankten und sollten deshalb mit der Pflege vertraut sein und Erledigungen für ihre erkrankten Angehörigen machen können. Egal ob die Erkrankten physische oder psychische Unterstützung benötigen, Angehörige werden in den meisten Fällen mit einer terminalen Erkrankung gebraucht. In den Studien wird deutlich, dass auch Angehörige unter einer schweren psychischen Belastung stehen. Auch sie haben oft schwerwiegende Entscheidungen zu treffen (Eneanya et al., 2017). Sowohl aus der Studie von Bailey et al. (2011) als auch aus der von Teno et al. (2015) kam hervor, dass es oft sehr schwierig für Angehörige war, ihre Betroffenen leiden und schwächer werden zu sehen (Bailey et al., 2011, Teno et al., 2015).

Es wird nicht deutlich, ob sich der Verlauf des Pflegebedarfs innerhalb eines Jahres (Kinley et al., 2017, Gardiner et al., 2013), 6 Monate (Bailey et al., 2011) oder dem letzten Lebensmonat (Teno et al., 2015) ändert. In den Studien von Beck et al. (2012), Pal et al. (2017) und Beernaert et al. (2016) und wurden keine Angaben über den Zeitraum der End-of-Life Care gemacht. Auch in dem Literaturreview von Eneanya et al. (2017) kam es zu keiner einheitlichen End-of-Life Care Definition. Dies hat den Nachteil, dass der Verlauf des Pflegebedarfs nicht vereinheitlicht werden kann (Izumi et al., 2012).

#### 4.1 Limitationen

Es wurde nur in den Datenbanken Cinahl und Pubmed recherchiert, wodurch nur 8 relevante Studien für diese Arbeit gefunden wurden.

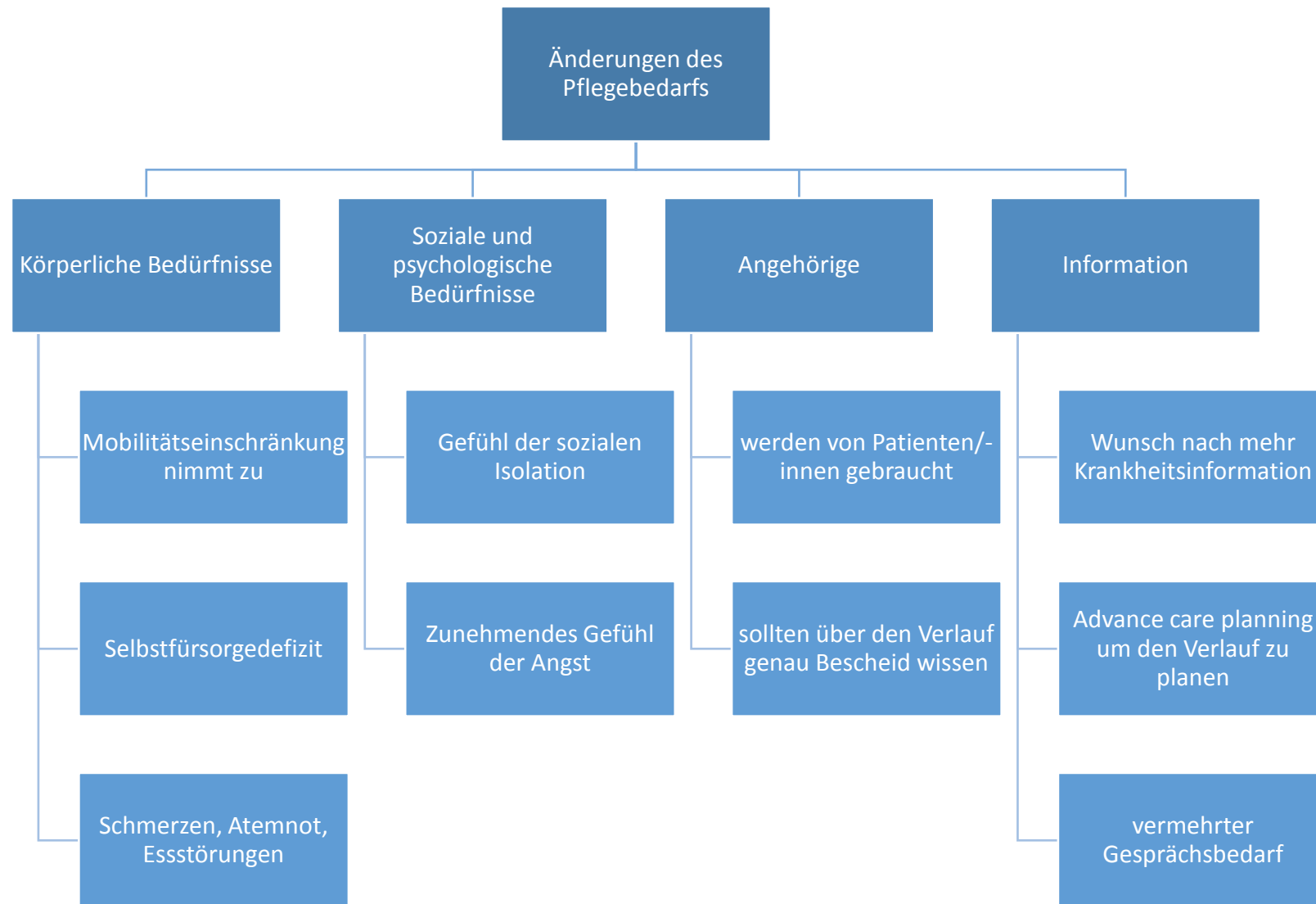


Abbildung 3: Änderungen des Pflegebedarfs

## 5 Schlussfolgerung

Aus dieser Arbeit wurde ersichtlich, dass es zu einer Erhöhung des Pflegebedarfs im Verlauf der End-of-Life Care Phase kommt, jedoch wird vor allem der Pflegebedarf für gebrechliche geriatrische Patienten/-innen nicht explizit dargestellt. Es wurden wenige Vergleiche der unterschiedlichen Krankheitsbilder in der End-of-Life Care angestellt, jedoch wurde aus dieser Arbeit ersichtlich, dass es bei verschiedenen Krankheitsbildern auch zu einem unterschiedlichen Pflegebedarf kommt. Der Verlauf des Pflegebedarfs ist individuell auf die Patienten/-innen und deren Erkrankung anzupassen. Kommunikations- und Informationswünsche sollten bestmöglich berücksichtigt werden und je mehr Kommunikation in früheren Phasen stattfand, desto besser konnten die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten/-innen festgehalten und eingebracht werden.

### 5.1 Praxisempfehlung

Mit Hilfe dieser Ergebnisse kann bereits mehr Augenmerk auf die richtige Kommunikation mit den Palliativpatienten/-innen gelegt werden. Frühzeitige Informationsgespräche bezüglich der Diagnose, des Verlaufs und der weiteren Vorgehensweise sollten stattfinden und es muss auch darauf geachtet werden, ob die Informationen von den Patienten/-innen verstanden wurde oder noch mehr Auskunft gebraucht wird. Das Pflegepersonal muss ständig evaluieren, ob das Ausmaß der Pflege in der derzeitigen Situation ausreichend ist und die Pflege dahingehend anpassen. Außerdem ist eine Symptomkontrolle, vor allem von Schmerz, Atemnot und dem Essverhalten besonders wichtig.

## 6 Abbildungs-/ Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Verlauf der Palliative Care (Journal of Pain and Symptom Management, 2014) .....	2
Abbildung 2: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses .....	11
Abbildung 3: Änderungen des Pflegebedarfs .....	33
Tabelle 1: Verwendete Suchabfragen .....	9
Tabelle 2 Bewertungskriterien nach Hawker et al. (2002) .....	10
Tabelle 3: Ergebnistabelle .....	14

## 7 Literaturverzeichnis

- BAILEY, C., MURPHY, R. & POROCK, D. 2011. Trajectories of End-of-Life Care in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 57, 362-369.
- BECK, I., TÖRNQUIST, A., BROSTRÖM, L. & EDBERG, A.-K. 2012. Having to focus on doing rather than being—Nurse assistants' experience of palliative care in municipal residential care settings. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 455-464.
- BEERNAERT, K., DELIENS, L., DE VLEMINCK, A., DEVROEY, D., PARDON, K., BLOCK, L. V. & COHEN, J. 2016. Is There a Need for Early Palliative Care in Patients With Life-Limiting Illnesses? Interview Study With Patients About Experienced Care Needs From Diagnosis Onward. *Am J Hosp Palliat Care*, 33, 489-97.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, S., GESUNDHEIT UND KONSUMENTENSCHUTZ (BMASGK). 2018. *Vorsorgevollmacht* [Online]. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). Available: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/patientenrechte/vorsorgevollmacht> [Accessed].
- DETERING, K. M., HANCOCK, A. D., READE, M. C. & SILVESTER, W. 2010. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ*, 340, c1345.
- ENEANYA, N. D., PAASCHE-ORLOW, M. K. & VOLANDES, A. 2017. Palliative and end-of-life care in nephrology: moving from observations to interventions. *Current Opinion in Nephrology & Hypertension*, 26, 327-334.
- GARDINER, C., HARRISON, M., RYAN, T. & JONES, A. 2013. Provision of palliative and end-of-life care in stroke units: a qualitative study. *Palliat Med*, 27, 855-60.
- IZUMI, S., NAGAE, H., SAKURAI, C. & IMAMURA, E. 2012. Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics. *Nurs Ethics*, 19, 608-18.
- KINLEY, J., STONE, L., BUTT, A., KENYON, B. & SANTOS LOPES, N. 2017. Developing, implementing and sustaining an end-of-life care programme in residential care homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 23, 186-193.
- LEE, J., PARK, Y., LIM, K., LEE, A., LEE, H. & LEE, J. E. 2018. Care Needs of Patients at the End of Life With a Noncancer Diagnosis Who Live at Home. *J Nurs Res*.
- NOWOSSADECK, S. 2013. Demografischer Wandel, Pflegebedürftige und der künftige Bedarf an Pflegekräften. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56, 1040-1047.
- PAL, R. Y., WIN SEN, K., YIWEN, K., KUHAN, V., IBRAHIM, I., YASH PAL, R., KUAN, W. S., KOH, Y. & VENUGOPAL, K. 2017. Death among elderly patients in the emergency department: a needs assessment for end-of-life care. *Singapore Medical Journal*, 58, 129-133.

- ROWLEY, J. & TAYLOR, B. 2011. Dying in a rural residential aged care facility: An action research and reflection project to improve end-of-life care to residents with a non-malignant disease. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 591-598.
- SIEBER, C. C. 2007. Der ältere Patient – wer ist das? *Der Internist*, 48, 1190-1194.
- SOZIALGESETZBUCH 2018. Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung
- TENO, J. M., FREEDMAN, V. A., KASPER, J. D., GOZALO, P. & MOR, V. 2015. Is Care for the Dying Improving in the United States? *Journal of Palliative Medicine*, 18, 662-666.
- WHO 2002. WHO Definition of Palliative Care.

## 8 Anhang

Zur Bewertung der verwendeten Studien wurde der Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002) verwendet. Mit einer Punkteskala von 1 – 4 Punkten konnten 9 verschiedene Bereiche bewertet werden.

- 1 Punkt: Very poor
- 2 Punkte: Poor
- 3 Punkte: Fair
- 4 Punkte: Good

Insgesamt können 36 Punkte erreicht werden, die erreichten Punkt werden am Ende der Bewertung der Studien angeführt. In diese Arbeit wurden alle Studien inkludiert, bei denen eine Bewertung von über 60% gegeben werden konnte.

## Trajectories of End-of-Life Care in the Emergency Department

### 1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

- Titel und Abstract sind klar definiert und gut verständlich, alle notwendigen Punkte sind vorhanden.
- Das Studiendesign könnte bereits im Titel vorhanden sein.

4 Punkte

### 2. Introduction and aims:

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

- Der Hintergrund wird in der Einleitung kurz, aber sehr gut beschrieben. Das Ziel der Studie ist klar definiert.

4 Punkte

### 3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

- Die ethnographische Methode dieser Studie ist in 3 Bereiche gegliedert; diese 3 Bereiche werden genau beschrieben. Das Setting ist angegeben und die Teilnehmerzahl ist in den 3 Bereichen genau angeführt.

4 Punkte

### 4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

- Ja, genau beschrieben
- Details zu den Teilnehmern/-innen sind in der Tabelle 1 klar dargestellt.

4 Punkte

### 5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

- Ja, sehr genaue Beschreibung

4 Punkte

### 6. Ethics and bias:

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

- Die Studie erhielt eine ethische Genehmigung.
- Es wurden ethische Fragen angesprochen.

4 Punkte

### 7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

- Die Ergebnisse sind leicht zu verstehen und logisch angeordnet.
- Die Tabellen sind gut verständlich.

4 Punkte

### 8. Transferability or generalizability:

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

- Diese qualitative Studie war nicht auf die Generalisierung ausgerichtet.
- Geringe Stichprobe – nicht auf das gesamte Notfallpersonal übertragbar

2 Punkte

### 9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

- Gibt Informationen zu weiterer Forschung
- Etwas Neues wurde herausgefunden – trägt was zum Verständnis bei

4 Punkte

**Having to focus on doing rather than being – Nurse assistants' experience of palliative care in municipal residential care settings**

**1. Abstract and title:**

Did they provide a clear description of the study?

- Abstract ist klar definiert und gut verständlich, alle notwendigen Punkte sind vorhanden
- Das Studiendesign könnte bereits im Titel vorhanden sein und der Titel könnte die Studie besser beschreiben.

3 Punkte

**2. Introduction and aims:**

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

- Der Hintergrund wird gut beschrieben. Das Ziel der Studie ist klar definiert.

4 Punkte

**3. Method and data:**

Is the method appropriate and clearly explained?

- Explorative, deskriptive Studie
- Die Methode wird gut beschrieben.
- Klare Details zur Datenanalyse sind vorhanden.

4 Punkte

**4. Sampling:**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

- Ja, genau beschrieben
- Details wurden klar angegeben

4 Punkte

**5. Data analysis:**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

- Ja, sehr genaue Beschreibung

4 Punkte

**6. Ethics and bias:**

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

- Die Forscher hatten keine Verbindung zu den Teilnehmern vor der Studie.
- Schriftliche und mündliche Information über die Studie
- Ethical approval: bei schwedischen Studien nicht relevant

3 Punkte

**7. Results:**

Is there a clear statement of the findings?

- Die Ergebnisse sind leicht zu verstehen und logisch angeordnet.

4 Punkte

**8. Transferability or generalizability:**

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

- Das Setting wurde genau beschrieben und so können Vergleiche mit anderen Studien angestellt werden.

4 Punkte

**9. Implications and usefulness:**

How important are these findings to policy and practice?

- Gibt Informationen zu weiterer Forschung
  - Etwas Neues wurde herausgefunden – trägt was zum Verständnis bei
- 4 Punkte

**Gesamtpunkteanzahl: 34/36 (94%)**

---

**Provision of palliative and end-of-life care in stroke Units: A qualitative study**

**1. Abstract and title:**

Did they provide a clear description of the study?

- Titel und Abstract sind klar definiert und gut verständlich, alle notwendigen Punkte sind vorhanden.

4 Punkte

**2. Introduction and aims:**

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

- Klar definierter Hintergrund und es kommt heraus warum dieses Ziel gesetzt wurde

4 Punkte

**3. Method and data:**

Is the method appropriate and clearly explained?

- Qualitative Studie
- Beschreibung des Fragebogens für die Fokusgruppeninterviews

4 Punkte

**4. Sampling:**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

- Snowball sampling
- Details zu den Teilnehmern/-innen sind in der Tabelle 1 klar dargestellt.

4 Punkte

**5. Data analysis:**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

- Der Prozess der Datenanalyse ist vollständig, jedoch nur wenig detailreich beschrieben.

3 Punkte

**6. Ethics and bias:**

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

- Die Studie erhielt eine ethische Genehmigung.
- Es wurden ethische Fragen und Bias nicht diskutiert

2 Punkte

**7. Results:**

Is there a clear statement of the findings?

- Logischer Aufbau
- Klare Ergebnisse

4 Punkte

**8. Transferability or generalizability:**

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

- Da die Studie nur in einer Region in England angewandt wurde, ist sie nicht übertragbar auf andere Studien.
- Nur Personal der Stroke units verwendet – nicht auf andere Schlaganfallpatienten in anderen Settings anwendbar

2 Punkte

**9. Implications and usefulness:**

How important are these findings to policy and practice?

- Gibt Informationen zu weiterer Forschung
- Klare Ergebnisse wurden herausgefunden – trägt was zum Verständnis bei, zeigt neue Perspektiven auf

4 Punkte

**Gesamtpunkteanzahl: 31/36 (86%)**

---

**Is There a need for Early Palliative Care in Patients With Life-Limiting Illnesses? Interview Study With Patients About Experienced Care Needs From Diagnosis Onward**

**1. Abstract and title:**

Did they provide a clear description of the study?

- Titel und Abstract verständlich, Abstract könnte jedoch besser gegliedert sein

3 Punkte

**2. Introduction and aims:**

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

- Der Hintergrund wird in der Einleitung gut beschrieben.
- Das Ziel der Studie ist klar definiert.

4 Punkte

**3. Method and data:**

Is the method appropriate and clearly explained?

- Qualitative Methode
- Beschreibung der Methode könnte besser sein – mehr Details zur Durchführung

3 Punkte

**4. Sampling:**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

- Die Informationen sind gegeben.
- In Tabelle 1 genaue Detailangaben

4 Punkte

**5. Data analysis:**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

- Genaue Beschreibung der Datenanalyse

4 Punkte

**6. Ethics and bias:**

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

- Die Studie erhielt eine ethische Genehmigung.
- Schriftliche Einverständniserklärung
- Recal Bias

2 Punkte

**7. Results:**

Is there a clear statement of the findings?

- Ergebnisse sind leicht zu verstehen und logisch angeordnet
- Tabelle gut verständlich

- Gute Gliederung

4 Punkte

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

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

- Minimale Beschreibung dieses Punktes

2 Punkte

### **9. Implications and usefulness:**

How important are these findings to policy and practice?

- Es gibt Empfehlungen zu weiterer Forschung, policy und practice
- Sehr wichtige Ergebnisse

4 Punkte

**Gesamtpunkteanzahl: 30/36 (83%)**

---

## **Death among elderly patients in the emergency department: a needs assessment for end-of-life care**

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

Did they provide a clear description of the study?

- Die meisten Informationen sind vorhanden.
- Das Studiendesign könnte bereits im Titel erwähnt werden.

3 Punkte

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

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

- Hintergrund ist kurz und klar beschrieben
- Ziel der Studie ist klar definiert

4 Punkte

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

Is the method appropriate and clearly explained?

- Retrospective chart review study
- Datensammlung ist auch genau erklärt

4 Punkte

### **4. Sampling:**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

- Alle Personen die innerhalb eines Jahres in der Notaufnahme verstarben und über 65 Jahre alt waren (199) – zwei wurden ausgeschlossen
- Samplegröße war für diese Studie ausreichend

4 Punkte

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

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

- Minimale Details über die Datenanalyse

2 Punkte

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

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

- Es wurden keine Probleme angesprochen.

1 Punkte

### **7. Results:**

Is there a clear statement of the findings?

- Unterüberschriften würden die Ergebnisse leichter verständlich machen.

- Es könnte eine bessere Beschreibung geben.

3 Punkte

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

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

- Dadurch, dass diese Studie nur auf einer Station stattgefunden hat, ist sie nicht generalisierbar.
- Es müsste auch in anderen Krankenhäusern/Stationen geforscht werden.

3 Punkte

### **9. Implications and usefulness:**

How important are these findings to policy and practice?

- Gibt Informationen zu weiterer Forschung

3 Punkte

**Gesamtpunkteanzahl: 27/36 (75%)**

---

## **Developing, implementing and sustaining an end-of-life care programme in residential care homes**

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

Did they provide a clear description of the study?

- Titel und Abstract sind klar definiert und gut verständlich, alle notwendigen Punkte sind vorhanden.

4 Punkte

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

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

- Es wird erklärt, warum das Programm implementiert werden sollte und was das Ziel ist.

4 Punkte

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

Is the method appropriate and clearly explained?

- Genaue Beschreibung des Implementierungsvorgangs

4 Punkte

### **4. Sampling:**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

- Die Teilnehmer selbst werden nicht beschrieben, jedoch wird das Programm in Pflegeheime integriert und es ist beschrieben, welche und wie viele Heime dieses Programm implementieren.

3 Punkte

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

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

- Genaue Beschreibung der Datenanalyse und des weiteren Vorgehens

4 Punkte

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

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

- Beidseitig verblindet
- Kurze Erwähnung ethischer Probleme

2 Punkte

### **7. Results:**

Is there a clear statement of the findings?

- Ergebnisse sind leicht zu verstehen und logisch angeordnet.
- Die Tabellen sind gut verständlich.

4 Punkte

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

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

- Das Programm wurde in weitere Pflegeheime implementiert

3 Punkte

### **9. Implications and usefulness:**

How important are these findings to policy and practice?

- Gibt Informationen zu weiterer Forschung

3 Punkte

**Gesamtpunkteanzahl: 31/36 (86%)**

---

## **Is Care for the Dying Improving in the United States?**

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

Did they provide a clear description of the study?

- Der Abstract ist sehr gut, jedoch ist der Titel ohne den Abstract nicht verständlich, beziehungsweise spiegelt er den Inhalt nicht wider.

3 Punkte

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

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

- Der Hintergrund wird in der Einleitung kurz, aber sehr gut beschrieben.
- Das Ziel der Studie ist klar definiert.

4 Punkte

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

Is the method appropriate and clearly explained?

- Retrospektives Interview
- Genaue Beschreibung der Methode

4 Punkte

### **4. Sampling:**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

- Genaue Beschreibung der sampling Strategie
- Auch in der Tabelle 1 sehr gute Beschreibung der Teilnehmer

4 Punkte

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

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

- Ja, sehr genaue Beschreibung

4 Punkte

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

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

- Die Studie erhielt eine ethische Genehmigung.
- Es wurden ethische Fragen angesprochen.

4 Punkte

### **7. Results:**

Is there a clear statement of the findings?

- Die Ergebnisse sind logisch angeordnet.

- Tabellen sind gut verständlich und selbsterklärend

4 Punkte

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

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

- Nicht generalisierbar auf alle Institutionen – nur in Pflegeheimen anwendbar
- Genaue Beschreibung der Generalisierung

4 Punkte

### **9. Implications and usefulness:**

How important are these findings to policy and practice?

- Forschungsempfehlung vorhanden
- Neue Ergebnisse wurden gefunden

4 Punkte

**Gesamtpunkteanzahl: 35/36 (97%)**

---

## **Palliative and end-of-life care in nephrology: moving from observations to interventions**

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

Did they provide a clear description of the study?

- Der Titel ist gut verständlich.
- Im Abstract fehlt der Methodenteil, sonst ist alles angegeben.

3 Punkte

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

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

- Die Einleitung und das Ziel sind gut beschrieben.

4 Punkte

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

Is the method appropriate and clearly explained?

- Literaturreview
- Es gibt keine genaue Methodenbeschreibung, jedoch werden die verwendeten Studien in der Tabelle 1 dargestellt.

2 Punkte

### **4. Sampling:**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

- Keine Details über das Sampling

1 Punkte

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

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

- Keine Diskussion über die Datenanalyse

1 Punkte

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

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

- Ethische Probleme wurden genau diskutiert und beschrieben.

3 Punkte

### **7. Results:**

Is there a clear statement of the findings?

- Ergebnisse sind leicht zu verstehen und logisch angeordnet.
- Die Tabellen sind gut verständlich.

- Keine genaue Zeitangabe der End-of-Life Care (unterschiedliche Angaben)  
3 Punkte

**8. Transferability or generalizability:**

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

- Diese qualitative Studie war nicht auf die Generalisierung ausgerichtet.
- Geringe Stichprobe – nicht auf das gesamte Notfallpersonal übertragbar

2 Punkte

**9. Implications and usefulness:**

How important are these findings to policy and practice?

- Forschungs- und Praxisempfehlungen sind vorhanden.

4 Punkte

**Gesamtpunkteanzahl: 23/36 (64%)**

---