

# **Bachelorarbeit**

Terminal Care – die letzten Stunden des Lebens auf der Intensivstation.  
Herausforderung an das Pflegeteam, das Ärzteteam und an die  
Angehörigen – ein Literaturreview

eingereicht von

**Elisabeth Rappitsch**

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Gerhilde Schüttengruber, BSc MSc

Birkfeld, 23.06.2020

## **Eidesstattliche Erklärung**

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

Birkfeld, am 23.06.2020

Elisabeth Rappitsch, e.h.

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
1.1	Definitionen und Begrifflichkeiten .....	2
	Gesetzliche Definition der Hospiz- und Palliativversorgung .....	2
	Entstehung der Palliativmedizin .....	4
	„End-of-Life Care“ .....	5
	Intensivstation .....	6
1.2	Forschungsziel und Forschungsfragen .....	7
2	Methodik.....	8
2.1	Literaturrecherche .....	8
2.2	Auswahl der Studien .....	9
2.3	Auswahlprozess .....	9
2.4	Kritische Bewertung der Studien .....	11
3	Ergebnisse .....	12
3.1	Charakteristika der ausgewählten Studien.....	12
	Die Kommunikation zwischen Pflege, ÄrztInnen, PatientInn und Angehörige als Herausforderung.....	18
	Die Übertherapie als Herausforderung.....	25
	Qualitätsmanagement für das Pflegeteam, ÄrztInnen und Betroffene .....	27
	Angenehme Maßnahmen setzen in der EOLC für Familienangehörige .....	29
3.2	Diskussion.....	34
4	Schlussfolgerung.....	37
5	Praxis- und Forschungsempfehlungen.....	38

6	Literaturverzeichnis .....	39
7	Anhang.....	42
7.1	Tabellenverzeichnis .....	42
7.2	Abbildungsverzeichnis .....	42
7.3	Bewertung der analysierten Studien .....	42

## Abkürzungsverzeichnis

CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DGKP	Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
EoL	End of Life
EoLC	End of Life Care
ICU	Intensiv Care Unit
MeSH-Terms	Medical Subject Headings
PubMed	Public Medical Literature OnLine

## Zusammenfassung

Hintergrund: Aufgrund der Verbesserung in der medizinischen Versorgung, welche durch den technologischen Fortschritt beeinflusst wird, steigt die Anspruchshaltung der Bevölkerung an die Qualität und Effektivität von Gesundheitsleistungen in der Intensivmedizin erkennbar. Es entstehen einige Herausforderungen für das betreuende Team, die PatientInnen und die Angehörigen, die für eine gute Qualität der End of Life Care von großer Wichtigkeit sind.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, den bestehenden Kenntnisstand abzubilden und zu identifizieren, welche Herausforderungen für Pflegekräfte und ÄrztInnen im Zusammenhang mit End of life Care bestehen.

Methode: Für dieses Review wurde eine Literatursuche in den Datenbanken CINAHL und Pub-Med im November 2019 durchgeführt. Die Suche beschränkte sich auf Studien zwischen 2008 und 2018 in Englisch und in Deutsch. Davon entsprachen sechs Studien qualitativ und quantitativ den Einschlusskriterien. Diese Studien wurden kritisch bewertet und analysiert.

Ergebnisse: Alle Studien zeigten auf, dass großes Verbesserungspotenzial bei der Betreuung von PatientInnen in der „Terminal Care“ besteht und dass dies große Herausforderungen mit sich bringen. Um die Qualität und die Zufriedenheit der Behandlung zu verbessern, fehlt es häufig an Grundlagenforschung, welche notwendig wäre. Die drei größten Herausforderungen für die Pflege, für ÄrztInnen und Angehörige sind die Kommunikation, die Übertherapie und das Qualitätsmanagement. Die Kommunikation ist eine der größten Herausforderungen in der End of Life Care und sie ist von großer Bedeutung, damit die End of Life Care mit einer guten Qualität durchgeführt werden kann. Interdisziplinärer Austausch und Mentoring für alle MitarbeiterInnen durch erfahrene MitarbeiterInnen ist von großer Wichtigkeit.

Schlussfolgerung: Damit die Versorgung von Patienten und Patientinnen in der End of Life Care noch mehr an Qualität gewinnt, benötigt es noch viele weitere Studien und für die Praxis gute Schulungen für das behandelte Team.

Schlüsselwörter: terminal care, end-of-life-care, ICU

## **Abstract**

**Background:** Due to the improvement in medical care, which is influenced by technological advances, the population's sense of entitlement to the quality and effectiveness of intensive care health services is increasing noticeably. Some challenges arise for the caring team, the patients and their relatives, which are of great importance for good quality end-of-life care.

**Goal:** The goal of this paper is to describe the existing state of knowledge and identify the challenges facing carers and doctors in connection with end-of-life care.

**Method:** For this review, a literature search was conducted in the databases CINAHL and Pub-Med in November 2018. The search was limited to studies between 2008 and 2018 in English and German. Of these, six studies met the inclusion criteria qualitatively and quantitatively. These studies were critically evaluated and analysed.

**Results:** All studies showed that there is great potential for improvement in attending to patients in terminal care and that this involves great challenges. To improve quality of care and satisfaction with treatment, basic research would be required but is often lacking. The three greatest challenges for carers, doctors and relatives are communication, over-treatment and quality management. Communication is one of the greatest challenges in end-of-life care and is vital for this to be carried out with good quality. Interdisciplinary exchange and mentoring for all employees by experienced personnel are of great importance. In practice, it would be highly relevant to provide employees with good training and explanations regarding this topic in order to enhance the quality of end-of-life care.

**Conclusion:** In order for the end-of-life care of patients to gain even more quality, many more studies and good training for the treated team are required.

**Keywords:** terminal care, end-of-life-care, ICU

# 1 Einleitung

*„Du bist wichtig, weil du DU bist. Du bist bis zum letzten Augenblick deines Lebens wichtig und wir werden alles tun, damit du nicht nur in Frieden sterben, sondern auch leben kannst bis zuletzt.“ Cicely Saunder*

Um PatientInnen eine qualitativ hochwertige Therapie in diesem Stadium ihres Lebens anbieten zu können, bedarf es eines ganzheitlichen und interdisziplinären Ansatzes. Neben ausreichenden personellen, zeitlichen und räumlichen Ressourcen ist insbesondere die Kommunikation zwischen ÄrztInnen, dem Pflegepersonal, den Angehörigen und vor allem (wenn möglich) den PatientInnen, die in der „Terminal Care“ von herausragender Bedeutung. Um garantieren zu können, dass PatientInnen und/oder Angehörige Entscheidungen über die Einleitung und Fortführung intensivmedizinischer Maßnahmen auf Grundlagen von klaren ethischen und juristischen Grundsätzen treffen können, ist eine klare Kommunikationsstruktur zwischen allen Beteiligten notwendig. Diese Kommunikationsstruktur muss eine einfühlsame Aufklärung der PatientInnen und/oder Angehörigen über die komplexe Krankheitssituation des/der PatientIn, welche für Laien oft nicht leicht verständlich sind, beinhalten und Raum für die Ängste und Sorgen der Betroffenen lassen (Reinhart, 2013, S. 8).

Laut Statistik Austria sind im Jahre 2017 48,5 % der Österreicherinnen und Österreicher im klinischen Setting verstorben (Statistik Austria 2018).

In einer Kohortenstudie in Österreich wurden hochbetagte PatientInnen in 41 Intensivstationen über einen Zeitraum von 11 Jahren (1998-2008) erfasst. Die Studie zeigte einen geringen, aber signifikanten Anstieg der hochbetagten PatientInnenzahl von 11,5% (1998-2001) auf 15,3% (2005-2008), was den Schluss erlaubt, dass der Bedarf an intensivmedizinischer Versorgung vor allem bei hochbetagten Menschen in den kommenden Jahren mit hoher Wahrscheinlichkeit steigen wird (Ihra, Lehberger, Hochrieser et al., 2012) (Statistik Austria 2018).

Neben dem steigenden Bedarf ist auch eine durch den technologischen Fortschritt bedingte Verbesserung in der medizinischen Versorgung gesteigerte Anspruchshaltung der Bevölkerung an die Qualität und Effektivität von Gesundheitsleistungen in der Intensivmedizin erkennbar. Dies betrifft insbesondere

auch jene letzte Lebensphase, in der lebensverlängernde, intensivmedizinische Maßnahmen irreversible Organschäden nicht mehr beheben können bzw. dem Willen des/der PatientIn entgegenstehen würden. Systemkontrolle und die Begleitung der PatientInnen wie auch der Angehörigen in diesem Stadium der „End of Life Care“ gewinnt somit immer mehr an Bedeutung (Michalsen, Hartog, 2013, SS.9).

Die Herausforderungen an die intensivmedizinische Betreuung in dieser „End-of-Life“ Phase sind vielfältig. So können Unsicherheiten in der Prognose eines Krankheitsverlaufs zu unterschiedlichen Bewertungen einer Situation durch die behandelnden ÄrztInnen, PatientInnen und Angehörigen führen bzw. divergierende ethische und/oder religiöse Weltanschauungen eine Entscheidungsfindung hinsichtlich der weiteren Behandlungsweise erschweren (Michalsen, Hartog, 2013, SS. 9-10).

Die genannten Herausforderungen in der End-of-Life Care stellen sich jedoch nicht nur für das behandelnde ÄrztInnenteam sondern auch für das Pflegepersonal. Zu den physischen Belastungen, die PflegerInnen durch den täglichen Kontakt mit PatientInnen und Angehörigen erfahren, stellt die End-of-Life Care auch eine große körperliche Belastung für das Pflegepersonal dar. Da PatientInnen in diesem Stadium in den meisten Fällen körperlich nicht mehr in der Lage sind die Körperpflege oder Lagewechsel selbstständig durchzuführen ist das regelmäßige Umbetten, die Durchführung der Körperpflege sowie Mobilisation, sehr kraft- und zeitaufwendig (Reinhart, 2013, S.8).

## ***1.1 Definitionen und Begrifflichkeiten***

Um ein besseres Verständnis zum Lesen meiner Arbeit zu erlangen, werden in diesem Abschnitt wichtige Definitionen genauer erläutert.

### **Gesetzliche Definition der Hospiz- und Palliativversorgung**

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz legt die Rahmenbedingungen an die Qualität der Hospiz- und Palliativversorgung wie folgt fest:

*„§ 22b Die Hospiz- und Palliativversorgung beinhaltet die Pflege und Begleitung von Menschen mit einer fortschreitenden, unheilbaren und damit lebensbedrohlichen Erkrankung sowie die Betreuung von deren Angehörige und sonstige nahestehende Personen vor dem Hintergrund eines umfassenden Verständnisses von Krankheit unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts und Berücksichtigung des Patientenwillens, die das Ziel haben, die Lebensqualität zu verbessern, insbesondere durch*

- 1. Identifikation des Bedarfs an Hospizversorgung und spezialisierter Palliativpflege,*
- 2. Vorausschauende Planung zur Erfassung und Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse für die letzte Lebensphase (advance care planning),*
- 3. Erfassung und Beurteilung von Intensität und Verlauf der Symptome,*
- 4. Mitwirkung beim Einsatz medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapie zur Symptomlinderung im gesamten Krankheitsverlauf einschließlich kontinuierlicher Evaluierung deren Wirkung,*
- 5. Beratung und/oder Schulung der Palliativpatienten und -Patientinnen sowie deren Angehörige und sonstige nahestehende Personen im Umgang mit den Symptomen,*
- 6. Kontinuierliche und enge Zusammenarbeit und Kommunikation mit verschiedenen Professionen, Disziplinen sowie Einrichtungen,*
- 7. Mitwirkung in der umfassenden multiprofessionellen Versorgungsplanung und Unterstützung im Zugang zu externen Ressourcen,*
- 8. Beistand in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Abschied, Sterben und Tod (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 2019, §22b).*

Mit der Festlegung dieser Rahmenbedingungen hat der Gesetzgeber die Mindeststandards für die Ausgestaltung der (intensiv-)medizinischen Behandlung von PatientInnen in ihrer finalen Lebensphase vorgeschrieben, ohne jedoch klare Anforderungen an deren Qualität oder Gestaltung zu definieren.

Die Offenheit der gesetzlichen Bestimmung hinsichtlich der Ausgestaltung der „End-of-Life Care“ oder „Terminal Care“ verlangt nun eine weitere Präzisierung, die im Folgenden vorgenommen werden soll. Trotzdem werden die Mindestanforderungen die §22b Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von der Hospiz- und

Palliativversorgung verlangt als Maßstab für die Beurteilung der Qualität von „Terminal Care“ in Kapitel 4 herangezogen bzw. als zugrundeliegender Standard betrachtet.

### **Entstehung der Palliativmedizin**

*„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“* Cicely Saunders

Cicely Saunders war eine englische Krankenschwester, die später Ärztin wurde und im Jahre 1967 das St. Christopher's Hospice in London eröffnete. Wie aus dem Zitat erkennbar war ihr nicht nur die Behandlung einer Erkrankung wichtig, sondern insbesondere auch die Bedürfnisse der PatientInnen und deren Angehörigen zu erkennen und zu behandeln um Leid ganzheitlich zu mildern. Ihr Verständnis, dass auch Sterbende das Recht auf eine qualitativ hochwertige Betreuung haben und sie weiterhin als gleichwertiger Teil der Gesellschaft zu gelten haben, macht sie zur Begründerin der modernen Hospizbewegung. Ihr Ansatz ist es auch, auf die Bedürfnisse der Angehörigen einzugehen und zu berücksichtigen, um das Leid zu mildern, anstatt eine Krankheit zu bekämpfen. (Dachverband Hospiz Österreich 6.2.2019).

Neben Cicely Saunders war es insbesondere die Arbeit der Ärztin und Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross, die den Umgang mit Sterbenden enttabuisierte. In ihrem 1969 erschienenen Buch „Interviews mit Sterbenden“ setzte sie sich als Erste mit den Ängsten und Wünschen von unheilbar kranken Menschen vor ihrem Tod auseinander. Wie Saunders trat sie dafür ein, den Tod als Teil des Lebens zu betrachten und sterbensranke PatientInnen selbstbestimmt in ihre Behandlung miteinzubeziehen (Kübler-Ross, 1969).

Diese von Saunders und Kübler-Ross vertretenen Prinzipien sind die Grundlage für die heutige Ausgestaltung der „End-of-Life“ oder „Terminal Care“. Beide Begriffe sind dem Bereich der „Palliative Care“ zuzuordnen. Das Wort *palliativ* wird vom lateinischen Wort *pallium* abgeleitet und bedeutet Mantel oder Hülle. Das Wort *care* kommt aus dem Englischen und bedeutet Fürsorge, Pflege und Betreuung. Zur Palliative Care zählen die Palliativmedizin und auch die Palliativpflege (Feichtner 2014, S.16).

Die Definition der World Health Organization (WHO) der Palliative Care lautet:

*„Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with 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. Palliative care:*

- *provides relief from pain and other distressing symptoms;*
- *affirms life and regards dying as a normal process;*
- *intends neither to hasten or postpone death;*
- *integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;*
- *offers a support system to help patients live as actively as possible until death;*
- *offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;*
- *uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;*
- *will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;*
- *is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.“* (World Health Organisation 2019)

Ist „Palliativ Care“ der Oberbegriff für die medizinische Betreuung von unheilbaren oder lebensbedrohlichen Krankheiten, beziehen sich die Begriffe „End-of-Life“ und „Terminal Care“ auf die letzte Lebensphase die häufig in einem stationären Setting stattfindet. Da sich vorliegende Arbeit auf diese Zeit und dieses Setting bezieht werden die Begriffe „End-of-Life“ und „Terminal Care“ austauschbar verwendet.

### **„End-of-Life Care“**

Für die Begriff „End-of-Life“ und „Terminal Care“ hat sich bislang noch keine einheitliche Terminologie etabliert und es gibt noch keine adeqauten deutschen Begriffe dafür.

„End-of-Life Care“ in der Intensivmedizin bezieht sich auf die medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung von Patienten in ihren letzten Lebensphasen einschließlich der Entscheidung und deren Umsetzung bezüglich des individuell festzulegenden Therapieumfangs (Michalsen, Hartog, 2013, S.38).

Der Begriff „Terminal Care“ ist ein Teil der Palliative Care und bezieht sich auf die Betreuung der PatientInnen in den letzten Tagen, Wochen oder auch Monaten des Lebens, ab dem Zeitpunkt, wo deutlich wird, dass sich die/der PatientIn in einem nicht mehr kurativen Zustand befindet (Jannssens et al, 2013)

### **Intensivstation**

Wie oben erwähnt behandelt diese Arbeit die „Terminal Care“ von PatientInnen in stationären Settings, d.h. auf Intensivstationen. Auf einer Intensivstation werden PatientInnen behandelt, die schwerkrank sind und eine Monitorüberwachung ihrer Vitalzeichen benötigen, da sie sich in einer akuten Lebensgefahr befinden, wie zum Beispiel nach einem Unfall oder einem Herzinfarkt. Viele andere Personen werden auch nur vorsorglich auf der Intensivstation überwacht, um sicherzustellen, dass es nicht zu einer Verschlechterung des Zustandes des/der PatientIn kommt, beziehungsweise, um schnellst möglich reagieren zu können. Der pflegerische sowie medizinische Aufwand auf einer Intensivstation ist besonders groß. Er besteht aus der Intensivüberwachung der Vitalzeichen, der Intensivtherapie und der Intensivpflege.

Intensivpflege wird definiert als die besondere Pflege von schwerstkranken PatientInnen. Häufig auftretende Erkrankungen auf einer Intensivstation sind: Störungen der Herz-Kreislauffunktionen, der Atmung, des zentralen Nervensystems, des Wasser- und Elektrolythaushalts, des Säure-Basen-Gleichgewichts oder der Nierenfunktion. Eine lebensbedrohliche Erkrankung kann akut entstehen oder absehbar sein.

Die Intensivstation kann fachspezifisch oder interdisziplinär organisiert sein. Auf einer Intensivstation arbeiten FachärztInnen, Pflegekräfte und andere Fachdisziplinen wie PhysiotherapeutInnen eng zusammen.

Die Pflegepersonen auf der Intensivstation sind laut dem Intensivmediziner Reinhard Larsen die Pflegegruppe im Krankenhaus mit der höchsten Anforderung. Zu ihren Aufgaben zählen die allgemeine und spezielle Pflege wie Körperpflege,

Ernährung oder Mobilität sowie die Beobachtung und Überwachung der PatientInnen und deren Vitalfunktionen. Das ÄrztInnenteam und das Pflegeteam müssen eng zusammenarbeiten, viele ärztliche Aufgaben wurden schon an das Pflegepersonal abgegeben, viele Therapieentscheidungen werden nicht mehr nur alleine vom ÄrztInnenteam getroffen, sondern in Zusammenarbeit mit dem Pflegeteam. Die Pflegekräfte sind einer großen Verantwortung ausgesetzt, sie beobachten die Vitalparameter von PatientInnen, überwachen mittels EKG (Elektrokardiogramm) die Herzfunktion und den Sauerstoffgehalt im Blut mit einem Pulsoxymeter. Verschlechtern sich die Vitalfunktionen der PatientInnen, treffen die Pflegekräfte selbstständig Maßnahmen, um die PatientInnen zu stabilisieren. Dazu zählt etwa das Anpassen der kreislaufunterstützenden Medikamente. Weiteres werden noch andere Vitalparameter und Daten wie die Beatmungsparameter, der zentrale Venendruck oder der bispektrale Index, welcher zur Abschätzung der Narkosetiefe dient, erhoben. Es werden Blutgasanalysen und Blutlaborwerte abgenommen, die Pflegekraft entscheidet selbstständig ob und wie auf diese Werte zu reagieren ist, ob der Arzt/ die Ärztin verständigt werden muss. Damit der/die PatientIn gut überwacht ist, muss die Pflegefachkraft mit vielen medizinischen Geräten vertraut sein. Die Intensivpflege beinhaltet viele Geräte und Monitore, trotzdem darf der Blick auf die PatientInnen selbst nicht verloren gehen. Um dies einheitlich zu gestalten, werden Scores verwendet, um verschiedene Parameter des Krankheitsgeschehens zu ordnen und mit festgelegten Punkten zu bewerten. Scores beurteilen aber nur Teilaspekte und nicht die PatientInnen in ihrer Gesamtheit. Deswegen ist die Dokumentation wie der Pflegebericht und eine strukturierte Übergabe an den nachfolgenden Dienst von großer Bedeutung (Wedler et al, 2017).

## ***1.2 Forschungsziel und Forschungsfragen***

Der derzeitige Forschungsstand ist, dass internationale Studien zeigen, dass sich Herausforderungen für Pflegenden, ÄrztInnen und Angehörige in den Bereichen Kommunikation, Übertherapie und Qualitätsmanagement für Ärzte und Betroffene ergeben (Tripathy, Routray, Mishra, 2017; Ramos et al. 2016; Brooks, Manias, Nicholson, 2017; Hartog et al, 2018).

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, den bestehenden Kenntnisstand abzubilden und zu identifizieren, welche Herausforderungen für Pflegekräfte, ÄrztInnen und Angehörige im Zusammenhang mit EoL<sub>C</sub> bestehen. Herausgefiltert sollen zentrale Problembereiche werden, die in den identifizierten Studien aufgezeigt werden. Welche Maßnahmen gesetzt werden können, um für PatientInnen in der EoL eine würdevolle Pflege zu gewährleisten. Nachdem wie in der Einleitung beschrieben, die funktionierende Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen allen Beteiligten eine wesentliche Rolle für ein qualitativ hochwertige Intensivbetreuung in der „letzten Lebensphase“ spielt, wird hierauf besonderes Augenmerk gelegt.

Folgende Forschungsfragen liegen der Arbeit zu Grunde:

Welche Herausforderungen ergeben sich an das Pfllegeteam, das ÄrztInnenteam und die Angehörigen bei der Betreuung von PatientInnen in der letzten Lebensphase auf der Intensivstation?

Welche Strategien können angewandt werden, um zu garantieren, dass PatientInnen und Angehörige in wesentliche Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden?

## **2 Methodik**

Um die Forschungsfrage zu beantworten wurde ein Literaturreview durchgeführt. Unter einem Literaturreview versteht sich die kritische Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes zu einem bestimmten Forschungsproblems (Polit & Beck 2017).

### ***2.1 Literaturrecherche***

Die Literatursuche startete im Juli 2019 in ausgewählten wissenschaftlichen Datenbanken, PubMed (Public Medical Literature OnLine) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Die Suche wurde auf Englisch durchgeführt und daher die Keywords auf Englisch definiert.

Folgende Suchwörter wurden verwendet: *Terminal care, End of Life Care, hospice care, ICU (Intensive Care)*. Die Stichwörter wurden - wenn verfügbar - auch als

MeSH-Terms (Medical Subject Headings) eingesetzt und mit den booleschen Operatoren „AND“ verknüpft.

Unter dem Begriff „MeSH-Terms“ werden Schlagwörter verstanden, welche den Inhalt eines Textes beschreiben und den Artikeln in MEDLINE systematisch von Fachexpertinnen und Fachexperten zugeordnet werden (Kleibel und Mayer, 2011, SS. 57, 121).

**Tabelle 1: Suchanfragen in den Datenbanken PubMed und CINAHL**

PubMed	((terminal care) OR end of life care) OR hospice care) AND ICU
CINAHL	((terminal care) OR end of life care) OR hospice care) AND ICU

## ***2.2 Auswahl der Studien***

Folgende Filter wurden gesetzt:

- Publikationsdatum: nicht älter als zehn Jahre
- Erwachsene „all adult“
- Sprachen Englisch und Deutsch

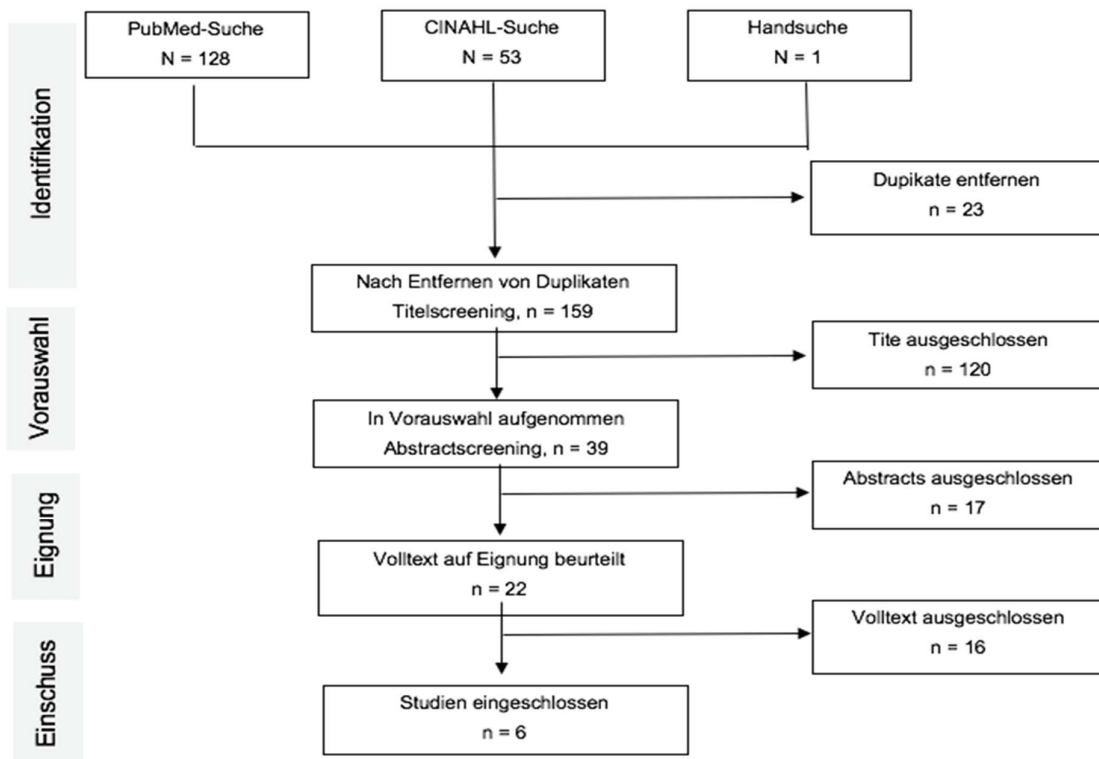
### **Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien**

Hinsichtlich der inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien der für den Literaturreview als wichtig erachteten Studien wurden nur Studien eingeschlossen, die das Setting ICU (Intensive Care Unit) aufwiesen und sich auf die End-of-Life-Care im Erwachsenenalter beziehen. Die Studien die eingeschlossen wurden basierten alle auf die Behandlung, Betreuung und deren Herausforderungen von Patienten und Patientinnen auf der ICU in der End- of- Life- Care. Die Daten können aus der Sicht des Pflege- oder medizinischen Personal, der Patientinnen oder Patienten als auch von den Angehörigen erfragt worden sein.

## ***2.3 Auswahlprozess***

Die Suchstrategie ergab 182 Ergebnisse (n=182), nach Entfernung der Duplikate blieben noch 159 Treffer übrig. Im Anschluss erfolgte das Titelscreening und das

Abstractscreening der in Frage kommenden Studien. Durch das Abstractscreening wurden Studien ausgeschlossen, da sie für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht geeignet schienen. Bei 22 Publikationen wurde eine Volltextanalyse durchgeführt, um festzustellen ob sie zur Beantwortung der Forschungsfrage geeignet sind. Zum Schluss blieben 6 Studien über die nach der kritischen Bewertung in die Arbeit eingeschlossen wurden. Dieser Prozess wird in der Abbildung 1 als Flowchart dargestellt.



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

So wurden sechs relevante Studien (quantitative und qualitative Studien) identifiziert, die in Kapitel 4 nach dem Bewertungsbogen von Hawker et al. bewertet werden (die genaue Beschreibung der Auswertungsmethode ist der Bewertung der Studien in Kapitel 4.1. vorangestellt).

## **2.4 Kritische Bewertung der Studien**

Insgesamt wurden sieben Studien als relevant für die Beantwortung der Forschungsfrage identifiziert und anhand des Bewertungsbogens von Hawker et al. (2002) kritisch beurteilt. Dieses Bewertungsinstrument kann für sämtliche qualitative und quantitative Studiendesigns verwendet werden und wurde aus diesem Grund für den Literaturreview gewählt. Nach der Methode von Hawker et al. werden im Bewertungsbogen neun verschiedenen Kategorien, die den wesentlichen Abschnitten einer wissenschaftlichen Arbeit entsprechen, beurteilt.

Der Bewertungsbogen von Hawker et al. beinhaltet die Beurteilung von Abstract und Titel, die Einleitung und das Ziel, die Methode und Datenerfassung, das Sampling, die Datenanalyse, der ethischen Gesichtspunkte und Limitationen, der Ergebnisse, der Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit und der Implikationen für die Praxis und der Forschung,

In jeder Kategorie werden Punkte von eins bis vier vergeben in den Stufen *Very Poor*, *Poor*, *Fair* und *Good*. Mit diesen Punkten ergibt sich ein summarischer Qualitätsscore für jede Arbeit. Im Literaturreview wurden nur Studien miteinbezogen, die mehr als 60% der maximalen Punktezahl erreicht haben. Die Bewertung der Studien ist in Anhang I zu finden.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studien und deren kritische Auswertung im Detail erläutert.

### **3 Ergebnisse**

In diesem Kapitelabschnitte werden aller Ergebnisse der Artikel aus der Datenbankrecherche zusammengefasst und beschrieben. Die Studien die eingeschlossen wurden, sind in Tabelle 1 aufgelistet. Die sechs Studien weisen sowohl qualitatives als auch quantitatives Studiendesign auf.

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

Die Studien wurden in Canada, Indien, USA, Australien, Deutschland und der Schweiz durchgeführt. Davon wurde bei 4 Studien ein quantitatives Designe und bei 2 Studien ein qualitatives Studiendesigne angewendet. Das Setting von den durchgeführten Studien war im Krankenhaus auf Intensivstationen und eine Ausbildungsstätte für Pflegepersonen im Intensivkurs, welche schon Berufserfahrung auf einer Intensivstation vorweisen.

**Tabelle 2 Charakteristika der ausgewählten Studien**

<b>Autoren, Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Forschungsziel</b>	<b>Studiendesig n</b>	<b>Setting, Stichprobe</b>	<b>Erhebung</b>	<b>Hauptergebnisse</b>
Stajduhar, K. et al 2017  Canada	Bereaved family members` perceptions of the quality of end-of-life care across four types of inpatient care settings	Das Ziel dieser Studie ist es, ein besseres Verständnis zu bekommen, wie die Hinterbliebenen Familienangehörige n die EOL Betreuung empfinden und ihre Zufriedenheit mit der Qualität der EOL in vier verschiedenen Settings.	Quantitative Studie	Setting: Erweiterte Pflegestationen, Intensivstationen, medizinische Versorgungseinheiten und die Palliativ Station  Stichprobe von 712 Hinterbliebenen Familienmitgliedern 388 nahmen teil – response rate von 70%	Cross-sectional mail-out survey an Hinterbliebenen Familienmitgliedern, die einen Fragebogen erhalten	Die Hinterbliebenen Familienmitglieder erfuhren eine deutlich geringere Zufriedenheit in den medizinischen Settings im Vergleich zu den anderen. Das Ergebnis zeigt, dass es in allen Versorgungsbereichen Verbesserungspotenzial gibt, besonders in den Akutstationen.
Tripathy, S. et al 2017  India	Intensive Care Nurses` Attitude on Palliative and End of Life Care	Ziel ist das Wissen, die Einstellungen und die Überzeugungen von IntensivpflegerInnen in Ostindien gegenüber EOL zu untersuchen	Quantitative Studie	Setting: regionales Ausbildungsprogramm für IntensivpflegerInnen	Fragebogen an 178 Personen ausgeteilt und 138 kamen ausgefüllt zurück. Die Hälfte der Befragten hatte mehr als 1 Jahr ICU Erfahrung	Die Mehrheit stimmte zu, dass KrankenpflegerInnen in EOL-Gespräche miteinbezogen und integriert werden sollten.

Ramos, K. et al 2015	Using Nurse Ratings of Physician Communication in the ICU to identify potential Targets for Interventions to improve End-of-Life Care	Ziel dieser Studie war es die Aspekte der Kommunikation zu identifizieren, die für Interventionen zur Verbesserung der Sterbequalität auf der Intensivstation geeignet sind.	Qualitative Beobachtung Cluster randomisierte Studie	Setting: 15 Krankenhäuser im Raum Seattle zwischen 2003-2008. Die Krankenschwestern haben Umfragen bei PatientInnen durchgeführt, die auf der Intensivstation sterben (die innerhalb von 30 Stunden nach Verlegung in ein anderes KH starben).	Innerhalb von 72 Stunden nach dem Tod der PatientInn wurden Fragebögen an die betreuenden Krankenschwestern ausgeteilt. Zum Fragebogenmaterial gehörte auch eine Kaffeekarte, ein frankierter Rückumschlag und das Fragebogenheft.	Die Arzt-Pflege- Kommunikation wurde insgesamt sehr gut bewertet, lediglich das Thema der Bedenken der Krankenschwester in Bezug auf den/die PatientIn oder die Familie wurde schlechter bewertet. Die Arzt-Familien-Kommunikation wurde sehr gut bewertet. Auch die Kommunikation in Bezug auf PatientInnen Wünsche war sehr wichtig.
----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Brooks, L. et al 2017  Australia	Communication and Decision-Making about End-of-Life Care in the Intensive Care Unit	Ziel ist es mit dieser Studie die Erfahrung und Perspektiven von Krankenschwestern und Ärzten bei der Einleitung einer End-of-Life Versorgung auf der ICU zu erforschen.	Quantitative Studie	Setting: 24 Intensivbettenstationen in Melbourne Australien Stichprobe: 5 Fokusgruppen, - 17 Pflegekräfte und 11 ÄrztInnen nahmen teil.	Es wurde eine interpretative, qualitätsorientierte Untersuchung mit Fokusgruppen als Datenerhebungsmethode verwendet. Fokusgruppe: Krankenschwestern und ÄrztInnen wurden dazu rekrutiert. Diskussionen in der Fokusgruppe wurden aufgezeichnet, transkribiert und einer thematischen Datenanalyse unterzogen	Im Vordergrund stand die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und Pflegekräften sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung. Die Umsetzung und multidisziplinäre Akzeptanz von Versorgungsplänen am Lebensende und gemeinsame Entscheidungen unter Einbeziehung von PatientInnen und Familien waren Thema im Zusammenhang mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung.
----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Hartog, C. et al 2018</p> <p>Deutschland</p>	<p>Übertherapie und emotionale Erschöpfung in der „end-of-life-care“. Ergebnisse einer Mitarbeiterumfrage auf der Intensivstation</p>	<p>Ziel war es herauszufinden, wie die Wahrnehmung von Übertherapie und die emotionale Erschöpfung der Mitarbeiter durch Rahmenbedingungen der EOLC vorhergesagt werden kann.</p>	<p>Quantitative Studie, prospektive Längsschnittstudie</p>	<p>Setting: 11 Intensivstationen, eine medizinische, fünf chirurgische und sechs interdisziplinäre Stichproben: von den Befragten waren 325 Pflegekräfte, 91 StationsärztInnen und 26 OberärztInnen</p>	<p>Fragebogen.</p>	<p>Pflegekräfte nahmen eine Übertherapie häufiger wahr als Stations- und Oberärzte. Prädiktoren für die Wahrnehmung von Übertherapie waren die Profession, die Zusammenarbeit im EOL Kontext, eine zu hohe Arbeitsintensität sowie die Anzahl der Wochenendarbeitstage/Monat. Für die emotionale Erschöpfung wirkten die emotionale Unterstützung im Team und die intensivmedizinische Spezialisierung protektiv. Andersrum wurde die emotionale Erschöpfung durch Kontakt mit Angehörigen am Lebensende und eine hohe Arbeitsintensität erhöht.</p>
-------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Cyrol, K. et al 2015</p> <p>Schweiz</p>	<p>End-of-Life-Care auf der Intensivstation, Pflegerische Strategien zum Einbezug von Familienangehörigen am Ende eines Lebens</p>	<p>Ziel: Es wurden die Strategien untersucht, welche Intensivpflegende in der Deutschschweiz haben, um Familienangehörige in die Situationen am Lebensende miteinzubeziehen.</p>	<p>Qualitative Studie, Ansatz von Grounded Theory, halbstrukturiertes Interview</p>	<p>Setting: universitäres Spital der Deutschschweiz, Angestellte auf einer von fünf Intensivstationen, mindestens 80% angestellt und seit mindestens drei Monaten, sowie diplomierte ExpertInnen der Intensivpflege/Intensivpflegefachpersonen, die Familienangehörige von sterbenden Menschen in den letzten zwölf Monaten betreut haben</p>	<p>Fragebogen (drei visuelle Analogskalen) und Interview (beginnt mit einer offenen Einstiegsfrage), Fragebogen diente zum Selektieren der Pflegenden, welche ein Interesse an der Studie teilzunehmen hatten.</p>	<p>Pflegende schaffen persönlich Raum und Ruhe für die Familienangehörigen und ermöglichen ihnen die Anwesenheit zu jeder Zeit, geben Ihnen einen Halt und ermöglichen den Familienangehörigen, sich bewusst vom sterbenden Menschen zu verabschieden.</p>
------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Alle Studien zeigen auf, dass bei der Betreuung von PatientInnen in der „Terminal Care“ wesentliche Herausforderungen zu meistern sind und großes Verbesserungspotential besteht. Hier fehlt es häufig auch an Grundlagenforschung, die notwendig wäre um die die Qualität der Behandlung zu steigern und so die Zufriedenheit mit der Behandlung zu verbessern. Die drei größten Herausforderungen für die Pflege, für ÄrztInnen und Angehörige sind die Kommunikation, die Übertherapie und das Qualitätsmanagement. Diese Punkte werden in den nächsten Schritten genauer erläutert.

### **Die Kommunikation zwischen Pflege, ÄrztInnen, PatientInn und Angehörige als Herausforderung**

Wie schon in der oben genannten Studie von Tripathy, Routray und Mishra aus Indien werden die Bedürfnisse der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Betroffenen erwähnt. Durch den Fragebogen wird aufgezeigt, dass mehr als 50% der Befragten gerne schon früher an aktiven Gesprächen mit Familienmitgliedern teilnehmen bzw. sogar initiieren wollten. Jedoch nur 40% der Probanden und Probandinnen waren jemals aktiv an EOLC beteiligt oder haben diese miterlebt (Tripathy, Routray, Mishra, 2017).

In der Studie von Ramos et. al. 2016 wird erhoben, wie die Kommunikation zwischen ÄrztInnen, Krankenpflegepersonal und Familienangehörigen in der EOL - Pflege stattfindet. Ziel der Studie ist es, die Aspekte der Kommunikation zu identifizieren, die für Interventionen zur Verbesserung der Sterbequalität auf der Intensivstation geeignet sind.

Durchgeführt wurde die Studie in jenen 33 Krankenhäusern in Seattle oder Tacoma, welche genügend Todesfälle auf der Intensivstation aufweisen konnten und somit teilnahmeberechtigt waren. Studiendesign war eine randomisierte Beobachtung im Zeitraum von 2003-2008 basierend auf 1173 PflegerInnenbefragungen. Erfragt wurden: die vorherrschende Familiendynamik, spezifische Fragen zum Familienstatus, spirituelle und kulturelle Themen und die Sorgen des diplomierten Pflegepersonals um die PatientInnen und deren Familien. Innerhalb von 72 Stunden nach dem Tod der PatientInnen wurden die Fragebögen an die betreuende

diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, die zum Zeitpunkt des Todes für den/die PatientIn zuständig war, übermittelt. Um die Response Rate zu erhöhen, wurden Erinnerungsmails versendet und der Fragebogen erneut versendet. Daraufhin wurden 604 (51%) zurückgesendet und bewertet.

Die Ergebnisse aus dem Fragebogen zeigten auf, dass die Bewertung für die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und Familienangehörigen als sehr gut wahrgenommen wurde sowie auch die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und dem Krankenpflegepersonal. Jedoch fanden die Sorgen des Krankenpflegepersonals um die PatientInnen und deren Angehörigen bei den behandelnden ÄrztInnen nicht viel Gehör. Als ein Grund hierfür wurde genannt, dass Sorgen vom Pflegepersonal als Uneinigheiten oder sogar als Kritik an der PatientInnenversorgung verstanden wurden. Positiv bewertet wurde jedoch die ÄrztInnen - Pflegekommunikation in den Bereichen spezifische Familienfragen, spirituelle und kulturelle Überlegungen.

Potenzielle Störfaktoren in der Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen können Merkmale wie das Geschlecht, oder die Berufserfahrung in der Intensivpflege sein und auch die PatientInnenmerkmale (Geschlecht, Alter, Art der Erkrankung etc.) können sich auf die Kommunikation auswirken.

Eine gute ÄrztInnen – Familien - Kommunikation zeigt auf, dass es zu einem verkürzten Sterbeprozess des Betroffenen führt und die Zufriedenheit der Familie verbessert wird. Die Qualität des Sterbens wird überdies auch beeinflusst durch mehrere Arten der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und Familie, indem der Familie zugehört wird, ihre Fragen beantwortet werden und auf die Wünsche der PatientInnen eingegangen werden. Durch die Verbesserung der Kommunikation zwischen den ÄrztInnen, dem Pflegepersonal, den Familienangehörigen und den PatientInnen kommt es zu einer Verbesserung der Qualität des Sterbens (Ramos et al. 2016).

Kommunikation und gemeinsame Entscheidungen sind zentrale Aspekte in der EOL Betreuung. Dies geht aus der qualitativen Studie von Brooks, Manias und Nicholson hervor.

Ziel der Studie war es, die Erfahrungen und Perspektiven von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals und ÄrztInnen bei der Einleitung einer EOL Versorgung auf der Intensivstation zu untersuchen.

Es wurden fünf Fokusgruppen entwickelt, an denen 17 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und 11 ÄrztInnen teilnahmen. Das Setting war ein Krankenhaus in Melbourne / Australien, wo PatientInnen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, neurochirurgische- Erkrankungen, allgemeinmedizinischen Erkrankungen und Traumata behandelt werden. Zur Teilnahme wurden nur diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die das Zusatzdiplom der Intensivpflege absolviert haben, eingeladen und mindestens einmal schon in der EOLC praktiziert haben. ÄrztInnen in Ausbildung wurden von der Studie ausgeschlossen. Die Fokusgruppen wurden nach ihren Erfahrungen in der EOL Betreuung auf der Intensivstation befragt, ebenso über die Kommunikation und der Zusammenarbeit in der EOL Betreuung. Die Fokusgruppe wurde audioaufgezeichnet, damit die Aufnahmen wortgetreu transkribiert werden konnten. Um die Wahrnehmung und die Erfahrung der beiden Berufsgruppen zu vergleichen, wurde die Befragung von ÄrztInnen und diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals getrennt durchgeführt.

Die Kommunikation zwischen allen Beteiligten und die gemeinsame Entscheidungsfindung wurden als wichtiger Aspekt beim Übergang von der aktiven Behandlung unheilbar kranker PatientInnen zur EOLC identifiziert. Die Fragen der Kommunikation betreffen sowohl das Unbehagen der ÄrztInnen bei der Diskussion über die Prognose, als auch unzureichende Fähigkeiten der ÄrztInnen bei der Durchführung schwieriger Gespräche, die einer mangelnden Ausbildung und häufiger Unerfahrenheit geschuldet sind. Für eine gute EOL Betreuung ist die gemeinsame Entscheidungsfindung unerlässlich, dass Angehörige miteinbezogen werden und dass eine gute Zusammenarbeit in einem multidisziplinären Team vorhanden ist. Leider hebt die Literatur jedoch hervor, dass es eine schlechte interdisziplinäre Zusammenarbeit gibt und es durch Konflikte zwischen den multidisziplinären Teams zu einer Minderung der Qualität der EOL Betreuung von PatientInnen und Familienangehörigen kommt. Ein wichtiger Aspekt beider Seiten

ist, dass die EOLC Gespräche schon vorab durchgeführt werden sollten, bevor die PatientInnen überhaupt auf die Intensivstation aufgenommen werden.

Oft ist der Zeitpunkt der Gespräche über die EOL Betreuung schlecht terminisiert. Sie werden oft zu spät durchgeführt. Dies führt zu Frustration und negativen Auswirkungen. Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und ÄrztInnen sprachen über die Notwendigkeit, dass die Wünsche der PatientInnen schon bei der Aufnahme besprochen werden sollten, bevor sich der Zustand des/der PatientIn verschlechtert. Die Gespräche sollten mit den Familienangehörigen in der Notaufnahme oder vor der Aufnahme auf die Intensivstation stattfinden, damit die Familie die Wünsche ihrer Liebsten verstehen können. Ein diplomierte Gesundheits- und Krankenpersonal sagt:„

*People need to understand what their own end-of-life wishes are before they end up as a MET (medical emergency team) call on the ward at midnight or being brought in by an ambulance from home at 2 in the morning. It's part of the broader conversation that we need, as a community, to have.“( Brooks, Manias, Nicholson, 2017, S. 338)*

Pflegepersonal und ÄrztInnen äußern in der Fokusgruppe sehr oft ihre Frustration der schlecht terminisierten Diskussionen betreffend der EOL Versorgung und dass sie dadurch oft das Vertrauen der Angehörigen verlieren. Ein Arzt sagt:

*“You lose the trust of the family and that`s a really distressing situation for staff, for the family, and patient, which really contributes to their grief.“  
( Brooks, Manias, Nicholson, 2017, S. 338)*

Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal äußert sich, dass die Gespräche schon früher stattfinden sollten, wie zum Beispiel bei der Aufnahme und was die Gründe für den schlechten Zeitpunkt sind:

*“The biggest barrier is the team recognition, incorporating the ICU multidisciplinary team and the external medical teams, that this process is actually underway, we acknowledge it`s underway, and we`re all heading in the right direction. You have different perspectives and, if not on the same page, then it`s hard to institute a streamlined therapeutic*

*approach towards end-of-life-care.“ ( Brooks, Manias, Nicholson, 2017, S. 338)*

Eine weitere große Herausforderung für das befragten diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal sowie für ÄrztInnen ist die Durchführung der schwierigen Gespräche. Krankenpflegepersonal schlug sogar Strategien vor, um die Fähigkeit zum Führen solcher Gespräche zu verbessern, einschließlich der Unterstützung und Weiterbildung durch die leitenden ÄrztInnen. Das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal betont auch, dass ÄrztInnen und Oberschwestern/Oberpfleger das Personal ermutigen sollten, an den EOL Gesprächen teilzunehmen, um damit die Fähigkeit zur Durchführung von schwierigen Gesprächen zu verbessern. Ein großes Problem ist leider oft, dass das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal von den Gesprächen ausgeschlossen wird, meistens aufgrund eines Personalengpasses. Bei ÄrztInnen gibt es auch unterschiedliche Charaktere, dem einen fällt es leicht, Gespräche in solch schwierigen Situationen zu führen und dem anderen nicht. Eine Aussage von einem Arzt:

*“I think a lot of the time, our communication regarding difficult conversations is hopeless, not just for end-of-life care, but...everything.“ (Brooks, Manias, Nicholson, 2017, S. 339)*

Gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen den einzelnen Professionen wäre gut für eine qualitativ hochwertige EOL Betreuung. In der Studie von Brooks, Manias und Nicholson diskutieren die TeilnehmerInnen die Einführung eines EOL Pflegeplans auf ihrer Intensivstation. Darauf sollten spezifische Medikationstabellen wie Opiode dokumentiert werden, um die Konsistenz der PatientInnenversorgung zu verbessern. Die teilnehmenden diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen hielten den EOL Pflegeplan für eine nützliche Ressource, aber die Umsetzung war umstritten. Eine DGKP sagt:

*“I think we still need a lot of education for correct application of the end of life care plan.“ (Brooks, Manias, Nicholson, 2017, S. 339)*

Die EOL Pflegepläne benötigen viel mehr Struktur und sind abhängig vom betreuenden ÄrztInnenteam sowie dem betreuenden diplomierten Gesundheits-

und Krankenpflegepersonal. Eine große Herausforderung für einen gutfunktionierenden EOL Pflegeplan ist die Erreichung einer multidisziplinären Akzeptanz, vor allem wenn mehrere Gesundheitsdienstleister eine/n Patienten/Patientin betreuen.

Aussage einer Pflegekraft und eines Arztes in der Fokusgruppe:

*“The more treating teams there are, the more difficult it is for everybody to get on the same page. Particularly, we had a long-term cardiothoracic surgical patient last year and it was a very difficult time for him, his family, and for the ICU team because the surgical team were just very stoic about their position despite multiple cardiac arrests.” ( Brooks, Manias, Nicholson, 2017, S. 339)*

Es stellt sich heraus, dass einige externe medizinische Teams eher bereit waren, mit dem multidisziplinären Team zusammenzuarbeiten und einen EOL Pflegeplan zu erstellen als andere. Eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson berichtet, dass die OP-Teams eher dazu geneigt sind auf aktive Behandlung zu drängen, während ÄrztInnen auf der Intensivstation die Situation etwas realistischer sehen. Auch das persönliche Befinden spielt eine große Rolle bei der subjektiven Beurteilung vom Ist-Stand der PatientInnen.

Die Entscheidungen zur Anwendung von Behandlungsmethoden und Entscheidungen zur Einleitung der EOL-Behandlung spielt für ÄrztInnen und für das DGKP eine große Rolle. Die direkte Beteiligung der PatientInnen an der Entscheidung über die EOL Betreuung ist oft ein großes Problem, da einige PatientInnen im Vorhinein nicht mit den Familienmitgliedern über die EOL Betreuung gesprochen haben, oder aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung oft keine Entscheidung mehr über ihre Behandlung treffen können.

Auch das Thema Entscheidungentreffen von Familienmitgliedern war ein gut diskutiertes Thema in den Fokusgruppen. Das Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und ÄrztInnen halten es für unfair, wenn die Familie über die weitere medizinische Vorgehensweise entscheiden soll. Sie sagen, dass die wichtigsten Entscheidungsträger die behandelnden ÄrztInnen sein sollten, wenn die Wünsche der PatientInnen unbekannt sind. Eine diplomierte Pflegeperson sagt:

*“Clearly the family should not be the big decision maker, you take their input and, I think the consultant should be the decision maker.” Eine weitere Aussage ist: “If I was building a bridge, I’d want the engineer to be deciding how to do it. If I’m deciding medical treatment, it should be the doctors and nurses looking after the patient who do it, and I don’t think it’s fair on nonprofessionals to be doing it.” (Brooks, Manias, Nicholson, 2017, S. 340)*

Als die komplizierteste Frage oder die größte Herausforderung beschrieben das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und die ÄrztInnen, die Komplexität, die mit der Entscheidung verbunden ist, Behandlungseinschränkungen anzuwenden oder eine EOL Behandlung einzuleiten. Die Frage, wann eine Behandlungseinschränkung angewendet werden sollte, das heißt die Entscheidung, die derzeit angebotene Behandlung einzuschränken oder mit der EOL Behandlung zu beginnen, ist die schwierigste. Beispiel einer Aussage eines Arztes:

*“It’s difficult to know where to draw the line, different specialist treating units will have very different ideas of what’s feasible and appropriate, and where the line would be drawn.” Und eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson sagt dazu: “ There are health care clinicians who will recognize death, or the processes that are leading towards death, but it’s acknowledging when to draw a line in the sand. That line might be somewhat wavy and move, the goal posts move a little bit sometimes, as to when to change or implement alternative therapies and alternative management strategies.” (Brooks, Manias, Nicholson, 2017, S. 340)*

Es wird sehr oft die Schwierigkeit bei der Anwendung der EOL Behandlung sowie bei der Einleitung der EOLC beschrieben. Auch das rechtzeitige Einleiten des Gesprächs mit den Angehörigen sollte nicht übersehen werden, denn oft fragen die Angehörigen warum noch medizinische Maßnahmen gesetzt werden und wann diese endlich beendet werden.

Somit sagten alle ProbandInnen gleich aus, dass für die Verbesserung der Qualität der EOL Betreuung eine Optimierung der Kommunikation von großer Wichtigkeit ist (Brooks, Manias, Nicholson, 2017).

## **Die Übertherapie als Herausforderung**

In der Studie von Hartog et al. wird der Zusammenhang zwischen der Arbeitsumgebung der EOLC mit der Wahrnehmung von Übertherapie oder Burn-out hinterfragt (Hartog et al, 2018).

In Deutschland werden immer mehr multimorbide, ältere PatientInnen mit einer deutlich eingeschränkten Prognose auf den Intensivstationen aufgenommen. (Simon, 2011). Dadurch nehmen die Therapie und die Betreuung am Lebensende auf der Intensivstation, die EOLC, immer mehr zu und gewinnen zunehmend an Bedeutung. Die EOLC gehört zum Alltag auf der Intensivstation, gleichzeitig nimmt das Risiko der Übertherapie zu. Übertherapie bedeutet eine fehlende Angemessenheit der Behandlung in Bezug auf die Prognose oder den PatientInnen Willen. EOLC ist für alle Beteiligten wie das ÄrztInnenteam oder das Pflegeteam eine große Herausforderung und ist ein Risikofaktor für Burn-out (Hartog et al, 2018).

In der Studie „Übertherapie und emotionale Erschöpfung in der „end-of-life-care“ von Hartog et al. wurden ÄrztInnen und Pflegekräfte an 11 deutschen Intensivstationen, welche von 2015-2016 an einer internationalen prospektiven Längsschnittbeobachtungsstudie der EOLC teilnahmen. Mittels validierten Instrumenten zielte die Studie auf die Wahrnehmung zur Übertherapie ab und ob es mit Burn-out assoziiert werden kann. Insgesamt nahmen 325 Pflegekräfte, 91 StationsärztInnen und 26 OberärztInnen teil.

Primäre Endpunkte der Befragung waren die Wahrnehmung von Übertherapie, die emotionale Erschöpfung und die wahrgenommenen Gründe für eine verzögerte Therapiebeschränkung. Weiteres wurden noch die Merkmale der Demografie, die Arbeitserfahrung, die Arbeitsorganisierung und die Arbeitszeiten abgefragt (Hartog et al, 2018).

Die Übertherapie oder der übermäßige Einsatz medizinischer Leistungen kann als Gesundheitsvorsorge oder Behandlung definiert werden, die nicht zu einer nennenswerten Verbesserung der Lebensqualität und -quantität führt (Brownlee et al, 2017).

Bei der Wahrnehmung von Übertherapie und emotionaler Erschöpfung zeigten die Ergebnisse, dass die Pflegekräfte die Übertherapie manchmal bis sogar oft wahrgenommen haben und die StationsärztInnen sowie die OberärztInnen nur manchmal oder sogar nur selten. Zu den häufigsten Gründen für eine verzögerte Therapiebeschränkung zählen die Interaktionen mit mitbehandelten ÄrztInnen wie zum Beispiel ChirurgInnen oder Interaktion mit den Angehörigen und leider oft auch das Fehlen einer PatientInnenverfügung. Bei der Messung der emotionalen Erschöpfung zeigte sich, dass diese nur selten bis manchmal eintritt.

Bei der Bewertung der Rahmenbedingungen der Arbeitsorganisation zeigten sich oft signifikante Unterschiede wie zum Beispiel bei der Frage "Zusammenarbeit und Rollenklarheit". Die Pflegekräfte bewerten diesen Punkt eher neutral bis niedrig wohingegen die ÄrztInnengruppe es sehr gut bewertet. Das Stresserleben im Kontext mit EOL wurde insgesamt mittelmäßig belastend bewertet, wobei die Pflegekräfte eine etwas höhere Belastung angaben, als die StationsärztInnen. Ein Beispiel, welches als ziemlich belastend angegeben wurde, ist die fortgesetzte kurative Behandlung ohne Aussicht auf Heilung sowie die Konfrontation mit Verzweiflung und Trauer von Angehörigen. Als Gegenteil wurde die Beteiligung an Entscheidungen zu Therapiebeschränkung als weniger belastend beschrieben. In Bezug auf die Frage hinsichtlich der Ausbildung im Kontext mit EOLC fühlten sich ÄrztInnen sicherer als die Pflegekräfte. Bei den Entscheidungen und der Kommunikation im EOL Kontext waren die OberärztInnen zufriedener als die StationsärztInnen und diese waren wieder zufriedener als die Pflegekräfte. In zwei Punkten waren sich die ÄrztInnen und das Pflegeteam einig: das Vorhandensein ausreichender Personalressourcen wurde von allen mit „stimmt eher nicht zu“ bewertet und die emotionale Unterstützung im EOL Kontext wurde von allen Gruppen mit eher zustimmend beantwortet. Die Arbeitsintensität wurde von den Pflegekräften deutlich höher eingestuft wie von den StationsärztInnen. Die Frage bezüglich der psychologischen Sicherheit wurde von den Pflegekräften und StationsärztInnen fast übereinstimmend mit einem „eher zustimmend“ bewertet. Zum Vergleich bei der Einschätzung von Pflegekräften durch die OberärztInnen die Einschätzung höher ausfiel als wie die Selbsteinschätzung.

Bei der Analyse zur Wahrnehmung von Übertherapie ergaben sich als unabhängige Prädikatoren die Profession, die Zusammenarbeit im EOL-Kontext, die

Arbeitsintensität und die Anzahl der Wochenendarbeitstage/Monat. Eine intensivmedizinische Spezialisierung und eine emotionale Unterstützung im Team wirken sich protektiv auf die emotionale Erschöpfung aus. Die emotionale Erschöpfung erhöht sich mit zunehmendem Kontakt mit Angehörigen am Lebensende und einer zu hohen Arbeitsintensität. Weiteres zeigt sich aus der Studie, dass die Wahrnehmung von Übertherapie kein signifikanter Prädiktor für die emotionale Erschöpfung ist.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass Pflegekräfte häufiger eine Übertherapie wahrnehmen als ÄrztInnen. Pflegekräfte bewerten die Zusammenarbeit, Rollenklarheit und Arbeitsintensität negativer als ÄrztInnen. Als besonders belastend werden die fortgesetzten Behandlungen ohne Aussicht auf Heilung und die Konfrontation mit Verzweiflung und Trauer von Angehörigen gesehen. Defizite in der interdisziplinären Zusammenarbeit, eine subjektiv gesehene zu hohe Arbeitsintensität und eine höhere Anzahl der Wochenendarbeitstage pro Monat erhöhen das Risiko für die Wahrnehmung von Übertherapien. Durch ein zu hohes Stresserleben im Kontakt mit Angehörigen verstärkt durch die erhöhte Arbeitsintensität erhöht sich das Burn-out Risiko und die emotionale Erschöpfung. Der emotionale Rückhalt im Team und eine intensivmedizinische Spezialisierung wirken sich hingegen protektiv aus (Hartog et al, 2018).

### **Qualitätsmanagement für das Pflegeteam, ÄrztInnen und Betroffene**

In der Querschnittstudie von Stajduhar et. al. (2017) wird die Qualität EOLC von 4 Settings von hinterbliebenen Familienangehörigen beurteilt. Ziel der Studie ist es, ein besseres Verständnis zu erlangen, wie die hinterbliebenen Familienangehörigen die EOL Betreuung empfunden haben und wie sie damit zufrieden waren.

Die Studie wurde in Kanada durchgeführt. Mittels Postauslieferung wurden 558 hinterbliebene Familienangehörige mittels Fragebogen befragt, davon wurden 388 beantwortet zurückgesendet, was eine hohe Rücklaufquote von 70% bedeutet. In allen vier Settings waren die Aufteilung der PatientInnen von Geschlecht und Alter annähernd gleich. Die vier Settings bestanden aus vier Pflegestationen, einer

erweiterten Pflegestation, einer Intensivstation, einer medizinischen Versorgungseinheit und einer Palliativstation. Inkludiert im Fragebogen waren die Zufriedenheit mit der EOLC, die Trauer, der Optimismus und die Belastbarkeit.

Aus diesen Fragebögen geht hervor, dass in der medizinischen Versorgungseinheit eine signifikante geringere Zufriedenheit von Familienangehörigen im Vergleich zu den anderen Settings besteht. Die Familienangehörigen waren vor allem mit der Gesamtpflege sehr unzufrieden. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Verbesserung der Qualität der EOL - Betreuung höchste Priorität haben sollte, sowohl für KrebspatientInnen, Menschen mit lebensbeeinträchtigender Erkrankung und deren Angehörigen. Aus der Studie ging unter anderem hervor, dass die Familienangehörigen von PatientInnen auf der Intensivstation sich aufgrund des höheren Personalstandes besser betreut gefühlt haben, als auf einer medizinischen Normalstation.

Unter anderem ist aber auch zu berücksichtigen, dass die Familienangehörigen, die die Qualität der EOLC bewerten, auch unterschiedliche psychologische Variablen aufweisen wie zum Beispiel die Belastbarkeit der Familienangehörigen. Auch andere Merkmale können die Beurteilung beeinflussen, etwa der Beschäftigungsstatus des Familienangehörigen, die Nähe oder der Betreuungsstatus zum Betroffenen in der EOLC und ob der Familienangehörige mit dem Betroffenen zusammenwohnte.

Aus der quantitativen Studie von Tripathy, Routray und Mishra aus Indien geht hervor, dass PatientInnen auf Intensivstationen den Wunsch verspüren, sich an der EOL Pflege stärker zu beteiligen.

Die Datenanalyse erfolgte mittels Fragebogen, die an 178 DGKPs verteilt wurden, die sich gerade im Ausbildungsprogramm für Intensivpflege befanden. Davon wurden 138 vollständig ausgefüllt retourniert. Die meisten ProbandenInnen waren zwischen 20-30 Jahren alt und hatten eine Berufserfahrung auf einer Intensivstation von mindestens 3 Monaten.

Das Krankenpflegepersonal ist in der Lage, die Bedürfnisse und Erwartungen der PatientInnen in der EOLC sowie deren Angehörigen gut zu verstehen. Um diese Qualität der EOLC zu verbessern, sind die Aufnahme relevanter Module in den

Pflegeplan sowie regelmäßige Schulungen auf Intensivstationen notwendig (Tripathy, Routray, Mishra, 2017).

### **Angenehme Maßnahmen setzen in der EOLC für Familienangehörige**

Untersuchungen zeigten auf, dass das Risiko von Familienangehörigen, an einer posttraumatischen Belastungsreaktion zu erkranken signifikant steigt, wenn Angehörige auf eine Intensivstation verlegt werden (Azoulay et al, 2005). Familienangehörige erwähnen unterschiedliche Aspekte in der EOLC Situation auf der Intensivstation als belastend und kritisieren diese. Dazu zählen, dass sie zu wenig Unterstützung bekommen als Entscheidungstragende und dass sie sich zu wenig an der Pflege beteiligen dürfen. Das sie oft nur unvollständig und nicht zeitnah informiert werden, die Besuchszeiten oft nicht flexibel sind, die Privatsphäre oft zu kurz kommt sowie dass das Pflegepersonal sehr häufig wechselt (Kisorio & Langley, 2016; Kjerulf, Regehr, Popova & Baker, 2005).

Das Ziel der qualitativen Studie von Cyrol et al. war es, durch zwölf halbstrukturierte Interviews herauszufinden, welche Strategien Intensivpflegende in der Deutschsprachigen Schweiz haben, um Familienangehörige in Situationen am Lebensende einzubeziehen. Durch die Interviews konnten drei Kernkategorien erstellt werden, die den strategischen Einbezug von Familienangehörigen in EOL Situation beschreibt:

- Geschützten Rahmen schaffen
  1. Persönlichen Raum & und Ruhe geben
  2. Individuelle Zeitlichkeiten ermöglichen
- Ein Halt sein
  1. Verbindlich und präsent sein
  2. Trost spenden
- Sich verabschieden ermöglichen
  1. Nah sein unterstützen
  2. Sterben verstehbar machen

Die Kernkategorie „Geschützten Rahmen schaffen“ unterteilt sich in zwei Subkategorien „Persönlichen Raum & und Ruhe geben“ und „Individuelle Zeitlichkeiten ermöglichen“. Diese zwei Subkategorien ermöglichen den Familienangehörigen eine vertrauenswürdige Umgebung zu schaffen, in der sie sich auf den bevorstehenden Prozess einlassen können.

Bei der Subkategorie 2 „Individuelle Zeitlichkeit ermöglichen“ wird den Angehörigen ermöglicht, ihren persönlichen Bedarf an Dasein, ob An- oder Abwesenheit, selbst zu entscheiden. Die Pflegenden betonen, dass die Familienangehörigen „Zeit haben“, was ein zentraler Bestandteil in verschiedenen Situationen im EOL-Prozess ist. Strukturen der Intensivstation werden aufgehoben, beispielsweise Besuchszeiten und beschränkte Personenzahl. Die Pflegenden richten sich nach den Bedürfnissen der Familienangehörigen und passen pflegerische Arbeitsabläufe an. Pflegende erkennen, wie weit sich die Familienangehörigen einlassen können und warten, bis diese zum nächsten Schritt bereit sind, was vor allem wichtig ist, wenn die EOL Betreuung nach einem langen Krankheitsverlauf eingeleitet wird. Das heißt lebenserhaltende Maßnahmen werden nicht sofort sistiert, um den Tod nicht unmittelbar herbeizuführen. Beispiel aus einem Interview:

*“...weil der Patient hatte noch Katecholamine laufen gehabt und es war klar, wenn wir die jetzt abstellen, würde der Patient sofort sterben. Wir haben der Ehefrau noch Zeit gegeben, Abschied zu nehmen.“ (Cyrol et al. 2018, S.139)*

Eine große Herausforderung für die betreuende Pflegekraft ist, vom Behandlungsteam erwartete Arbeitsabläufe nicht erfüllen zu können. Wie zum Beispiel, wenn der Bettenplatz des/der verstorbenen Patienten/Patientin schon für den nächsten bereit gemacht werden muss, die Familienangehörigen sich aber noch nicht von ihrem Liebsten verabschieden konnten. Auszug aus einem Interview:

*“...ist schon belastend gewesen, dass nachher der Oberarzt gedrückt hat: Wir brauchen jetzt den Platz. Endlich (soll der Sterbende und seine Familienangehörigen) gehen und so. Wir brauchen den Platz. Das ist, was mich gestresst hat.“ (Cyrol et al. 2018, S.139)*

In der zweiten Subkategorie „Persönlichen Raum und Ruhe geben“ ermöglicht die Pflegeperson den Angehörigen Intimität, indem sie Schutz vor fremden Blicken und Geräuschen ermöglicht. Dies passiert durch Verlegungen, räumliche Trennungen, Raumveränderungen, Deinstallieren technischer Geräte und persönliche Accessoires anbringen. Angehörigen werden Getränke und Sitz- oder Schlafgelegenheiten angeboten und die Pflegenden halten sich im Hintergrund und sind nur auf Wunsch in direkter Nähe. Dadurch wird den Angehörigen vermittelt, dass sie neben dem/der Patienten/Patientin die Hauptakteure im laufenden Prozess sind, kulturelle Werte werden wertfrei angenommen. Das Pflorgeteam minimiert Geräusche und ermöglicht den Angehörigen, sich auf die Situation konzentrieren zu können.

Kernkategorie 2 „Ein Halt sein“ unterteilt sich auch wieder in zwei Subkategorien „Trost spenden“ und „Verbindlich und präsent sein“. Hier leisten Pflegenden den Angehörigen Beistand.

In der Kategorie „Trost spenden“ kann es oft zu Körperkontakt mit den Angehörigen kommen, wie einer Umarmung oder die Hand halten. Pflegekräfte die in der EOL-Betreuung schon mehr Erfahrung aufweisen, erzählen oft von ihren Erfahrungen und Emotionen. Die Pflegepersonen sind mitfühlend und zeigen, dass sie das Leid erkennen und verstehen. Sie zeigen Interesse an der Lebensgeschichte und ermutigen die Betroffenen zum Erzählen und somit werden positive Erinnerungen sichtbar gemacht. Den Pflegekräften fällt es leichter Trost zu spenden, wenn sie die familiären Strukturen verstehen und kennen. Deswegen wünschen sie sich Betreuungskontinuität im gesamten Prozess. Sehr unerfahrene, junge Pflegepersonen fühlen sich in solchen Prozessen oft sehr schnell überfordert und benötigen Unterstützung von erfahrenen KollegInnen. Auszug aus einem Interview:

*“Angehörige sind (...) so schockiert (...). Wo ich persönlich dann auch überfordert bin (...), vielleicht weil ich auch so emotional mit ergriffen bin und die Situation nicht handeln kann. Mir dann professionelle (...) Hilfe holen muss.“ (Cyrol et al. 2018, S.140)*

„Verbindlich und präsent sein“ nennt sich die zweite Subkategorie, hier zeigen sich die Pflegenden zuverlässig in ihren Aussagen und Handlungen. Die Pflegekraft ist

in Ruf- oder Sichtnähe für die Angehörigen und die PatientInnen, hält sich aber ansonsten, wenn sie nicht gewünscht ist, im Hintergrund auf. Zitat eines Interviews:

*„Es gibt auch Angehörige die möchten allein sein und denen biete ich einfach an (...): Möchten sie, dass ich da bin, rufen sie mich.“ (Cyrol et al. 2018, S.140)*

Angehörige können 24h auf der Intensivstation anrufen, um Auskunft über den Ist-Zustand zu erhalten, Pflegende organisieren oft auch Gespräche mit anderen Disziplinen oder geben Informationen oder Kontaktdaten weiter für die nächsten Schritte wie Seelsorge oder den Bestattungsprozess.

Die dritte und letzte Kernkategorie ist „sich verabschieden ermöglichen“, die sich auch in zwei Subkategorien unterteilt: „Sterben verstehbar machen“ und „Nah sein unterstützen“.

Bei „Sterben verstehbar machen“ erklären die Pflegenden den Angehörigen die Prozesse am Lebensende in Laiensprache, erklären technische Abläufe und machen beobachtbare Phänomene verständlich. Sie versichern sich nach dem Aufklärungsgespräch durch die Ärzte beim Angehörigen, ob er alle Fakten und Zusammenhänge verstanden habe. Bericht aus einem Interview:

*“(...) erklärt, dass die Atmung sich verlangsamt, (...) und das dann oft für Patienten wie in einem Dämmer Schlaf hier endet. (...) erklärt: Das Grüne da oben ist das EKG, (...) sie sehen, dass die Abstände immer breiter werden, sprich das Herz wird immer langsamer. Die rote Kurve ist der Blutdruck, das wird immer flacher werden, die Zahlen werden immer kleiner.“ (Cyrol et al. 2018, S.140)*

Die Pflegekraft erklärt, dass das Sterben nicht schmerzvoll sein muss und interpretiert oft gemeinsam mit den Angehörigen die Mimik oder die Körpersprache der PatientInnen.

Die letzte Subkategorie ist die „Nah sein unterstützen“. Hier unterstützen Pflegekräfte die Angehörigen, Nähe zum Sterbenden aufzubauen. Sie sprechen den Angehörigen Mut zu, in direktem Kontakt mit den PatientInnen zu gehen wie zum Beispiel, die Hand halten oder streicheln und mit ihm/ihr zu sprechen. Auch

Pflegehandlungen können in der Zeit von Angehörigen übernommen werden. Zum Schluss wird den Angehörigen die Einzigartigkeit der Situation und die nahende Endlichkeit des Menschenlebens verdeutlicht.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflegekräfte in der EOLC eine familienzentrierte und intime Umgebung im Setting Intensivstation schaffen. Sie ermöglichen den Familienangehörigen ein bewusstes Abschiednehmen (Cyrol et al. 2018).

### **3.2 Diskussion**

Die in den untersuchten Arbeiten aufgezeigten Ergebnisse konnten in verschiedene Bereiche wie die Herausforderungen an das betreuende Krankenhausteam und die Familienangehörigen gegliedert werden, welche sich noch in die Teilbereiche der Kommunikation in der EOLC, der Qualität der EOLC und die Erschöpfung des Pflorgeteams unterteilen lässt und die Maßnahmen, die in der EOL gesetzt werden können um es für die Familienangehörigen erträglicher zu machen.

Die größte Herausforderung ist die Kommunikation mit allen Beteiligten. Dies betrifft das gesamte behandelte ÄrztInnenteam, das betreuende Pflorgeteam, die Familienangehörigen und die PatientInnen. In der Studie von Ramos et al. wird aufgezeigt, dass es durch die Verbesserung der Kommunikation zwischen den ÄrztInnen, dem Pflegepersonal, den Familienangehörigen und den/der PatientInnen Patientin es zu einer Verbesserung der Qualität des Sterbens kommt. (Ramos et al. 2016). Angesichts der Tatsache, dass die Bevölkerung immer älter wird, chronische Erkrankungen zunehmen werden und somit auch die EOL Betreuung im stationären Setting steigen wird muss die Qualität der EOL Betreuung verbessert werden (Amelung, Wolf, 2011).

Die Ergebnisse der Studie von Stajduhar deuten darauf hin, dass es in allen Bereichen der Versorgung Verbesserungspotenzial gibt, aber vor allem zeigen die Ergebnisse, dass eine deutliche Verbesserung der EOL Betreuungs-Qualität auf den Akutstationen erforderlich ist. Die Betroffenen berichten von Kommunikationsschwierigkeiten zwischen dem behandelten Team als große Barriere. Sie waren mit der Beteiligung in der Entscheidungsfindung nicht zufrieden, sie wurden zu wenig miteingeschlossen. Oft hatten die Betroffenen, das Gefühl nicht dazu zugehören und das weniger Aufmerksamkeit auf sie gerichtet wird (Stajduhar et al. 2017). Eine weitere Maßnahme, um die Qualität der EOL zu verbessern ist die Aufnahme relevanter Module in den Pflegeplan sowie regelmäßige Schulungen auf Intensivstationen, erläutert Tripathy in seiner Studie. Auch dass das Pflegepersonal gerne schon früher an Gesprächen mit Familienmitgliedern teilnehmen oder generell Gespräche über die EOL Betreuung führen möchte, geht aus der Studie von Tripathy hervor (Tripathy, Routray, Mishra, 2017). Ramos (2016) beweist, dass es durch eine gute Kommunikation zwischen Arzt oder Ärztin mit der Familie zu

einem reduzierten verlängerten Sterbeprozess des Betroffenen kommt und die Zufriedenheit der Familie verbessert wird. Mit der dieser Kommunikation, das heißt, dass ÄrztInnen der Familie zuhören, die Fragen beantwortet und auf Wünsche seitens der PatientInnen und der Familie eingegangen wird die Qualität der EOL deutlich verbessert. Durch eine gute Kommunikation zwischen allen Beteiligten, ÄrztInnenteam, Pflegeteam, Angehörigen und Betroffenen kommt es zu einer Verbesserung der Qualität des Sterbens (Ramos et al. 2016).

Die Studie von Brooks (2017) zeigt, dass es eine deutliche Lücke in der Kommunikationspraxis von Ärzten gibt, um Gespräche mit PatientInnen und Angehörigen über die Pläne der EOL Betreuung zu führen. Somit sagten alle Probanden gleich aus, dass das Wichtigste für die Verbesserung der Qualität der EOL Betreuung eine Verbesserung der Kommunikation von großer Wichtigkeit hat. Eine effektive Kommunikation und Entscheidungsfindung bei der Einleitung der EOLC auf der Intensivstation ist sehr wichtig. Klare Organisationsprozesse wie die Einführung eines EOL Pflegeplanes zu einer verbesserten Betreuung der PatientInnen für das Pflegeteam und Ärzteteam wären von großer Notwendigkeit und würden die Ergebnisse für PatientInnen, (würdevolles Sterben, keine Schmerzen), Familienangehörige (Angehörige bei Sterbeprozess begleiten), Pflegepersonal und ÄrztInnen optimieren. Oft tragen Konflikte zwischen den verschiedenen Professionen interdisziplinär dazu bei, dass die EOL Betreuung oft viel zu spät eingeleitet wird. Die EOL Gespräche finden oft erst sehr spät, manchmal schon zu spät statt, besser wäre es, wenn die Gespräche schon bei der Aufnahme des/der PatientIn stattfinden würden. Auch die Zufriedenheit der Angehörigen lässt nach, wenn die Gespräche zur EOL Betreuung zu spät durchgeführt werden (Brooks, Manias, Nicholson, 2017).

Die Studie von Hartog et al. bestätigt, dass die Arbeitsumgebung auf der Intensivstation das Stresserleben und die Wahrnehmung von Übertherapie beeinflusst. Dazu zählen die Defizite in der interdisziplinären Zusammenarbeit, eine höhere Anzahl von Wochenendarbeitstagen/Monat und eine subjektiv zu hohe Arbeitsintensität steigern das Risiko der Wahrnehmung einer Übertherapie. Um dies zu vermeiden und Mitarbeiter vor Burn-out zu schützen, könnten intensivmedizinische Spezialisierungen wie regelmäßige Teamtreffen oder Fallbesprechungen und emotionale Unterstützungen im Team hilfreich sein.

Aufgefallen ist in der Studie, dass DGKP häufiger eine Übertherapie wahrnehmen als Ärzte. Meistens war die schlechte Kommunikation im Team zwischen DGKP und Ärzte der Grund dafür, dass die Wünsche und Anregungen von den Angehörigen nicht weitergeleitet worden sind. In der Studie von Hartog et al. wird klar, dass eine optimale PatientInnenversorgung in der EOL Betreuung nur mit einer guten berufsgruppenspezifischen Zusammenarbeit erfolgreich ist. Dies benötigt aufwendige Strukturen wie tägliche Teamvisiten oder interprofessionelle Fallbesprechungen (Hartog et al, 2018). Leider erhöht sich durch die Wahrnehmung von Übertherapien auf Intensivstationen die Kündigungsabsicht (Schwarzkopf et al, 2017).

Pflegekräfte sehen EOL- Betreuung als einen Prozess des Abschiednehmens der Angehörigen an. Für diesen Prozess werden spezielle Strukturen geändert oder erschaffen, um den Angehörigen einen Halt zu geben und ihnen Trauern zu ermöglichen und sich bewusst von Sterbenden zu verabschieden. In der Studie von Cyrol wurden drei Kernkategorien entwickelt, die Ergebnisse zeigten, dass diese Kernkategorien eine gute Ausgangsbasis für eine gute EOL Betreuung bieten. Pflegende versuchen den Angehörigen zu zeigen, dass sie sich verstanden fühlen durch aktives Zuhören, das Teilen persönlicher Trauererfahrungen und den Versuch, den Angehörigen dazu zu bringen, sich an schöne Momente mit dem/der PatientIn zu erinnern. Durch eine steigende Lebens- und Berufserfahrung nimmt die Fähigkeit Angehörigen Trost zu spenden zu. Deswegen sollten berufserfahrene KollegInnen Berufseinsteigern gezieltes Mentoring betreffend EOL Situationen bieten. Weiters sind zum Lernen auch interdisziplinäre Austausch- und Reflexionsstrukturen für Pflegende überaus wichtig. Um den Angehörigen das „Sich verabschieden“ zu ermöglichen, ist es sehr wichtig, ihnen durch persönliche Wissensvermittlung das Sterben verständlich zu machen und den nahenden Tod zu akzeptieren (Cyrol et al. 2018).

## 4 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Auswertung der Studien haben gezeigt, dass die Kommunikation eine der größten Herausforderungen in der EOLC darstellt und von großer Bedeutung ist, damit die EOLC mit einer guten Qualität durchgeführt werden kann. Die Kommunikation mit all ihren Hürden und Schwierigkeiten zieht sich wie ein roter Faden durch alle Studien, ob es sich um die Qualität der EOL handelt, Strategien zu entwickeln oder speziell die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Professionen. Bei jeder einzelnen Studie wird geschrieben, dass mehr Studien bezüglich EOL - Betreuung verbunden mit der Kommunikation durchgeführt werden sollten. Für die Praxis lassen sich einige Sachen ableiten: die räumlichen Gegebenheiten für eine angemessene EOLC müssen geschaffen werden; Privatsphäre muss ermöglicht werden; Pflegeverständnis aufgebaut werden; und die Werte und Vorstellungen von Angehörigen sowie der PatientInnen müssen miteinbezogen werden. Ein wichtiger Aspekt ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die massiv ausgebaut werden muss durch bessere Kommunikation und ein Miteinander Arbeiten für eine gute Qualität in der EOLC der PatientInnen. Interdisziplinäre Austausch und Mentoring für alle MitarbeiterInnen durch erfahrene MitarbeiterInnen zu ermöglichen. Die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit durch strukturierte gemeinsame Visiten und Fallbesprechungen zu stärken. Die Kommunikation sollte immer im Vordergrund stehen, egal in welchen Zusammenhängen. Ob mit den Angehörigen, zwischen den Teams und auch interdisziplinär wobei Wert auf eine gute Gesprächskultur gelegt werden soll. Die EOL Betreuung ist ein schwieriges Thema und greift in die Privatsphäre jedes einzelnen ein.

## 5 Praxis- und Forschungsempfehlungen

**Praxisempfehlung:** Um die Qualität der EOL Betreuung auf der Intensivstation zu verbessern und dadurch die Herausforderungen zu minimieren, werden Schulungen von Berufserfahren durchzuführen und EOL Pflegepläne zu implementieren sein, um eine gute Struktur für alle Betreuenden zu ermöglichen. Die Kommunikation muss verbessert werden in jeder Art und Weise und in jeder Berufsgruppe. Dies könnte auch durch spezielle Schulungen erreicht und schon in der Ausbildung von DGKPs und ÄrztInnen mit einbezogen werden.

**Forschungsempfehlung:** Um die Qualität zu verbessern, benötigt es mehr Forschungsergebnisse, wie die Kommunikation verbessert werden kann und wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit/Kommunikation ausgebaut werden kann. Krankenhäuser bräuchten Leitlinien oder spezielle Strukturen, mit denen sie die EOLC besser planen und leichter umsetzen können.

## 6 Literaturverzeichnis

Anmelung, V, Wolf, S (2011): Gesundheitssystem im Umbruch. *Der Urologe* 50, 1566-1572.

Azoulay, E, Pochard, F, Kentish-Barnes, N, Chevret, S, Aboab, J, Adrie, C, Schlemmer, B (2005), Risiko of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 171 (9), 987-994.

Brooks, L, Manias, E, Nicholson, P, (2017): Communication and Decision-making about End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 26, 336-341.

Brownlee, S, Chalkidou, K, Doust, J, Elshaug, A, Glasziou, P, Heath, I, Nagpal, S, Saini, V, Srivastava, D, Chalmers, K, Korenstein, D, (2017): Evidence for overuse of medical services around the world: *The Lancet*, Volume 390, Issue 10090, 156-168.

<https://cicelysaundersinternational.org/dame-cicely-saunders/> [Stand:06-02.2019]

Cyrol, K, Fröhlich, M, Piatti, F, Imhof, L, (2018): End-of-Life-Care auf der Intensivstation-Pflegerische Strategien zum Einbezug von Familienangehörigen am Ende eines Lebens: *Pflege*, 31(3), 135-143.

Dachverband Hospiz Österreich <https://www.hospiz.at/hospiz-palliative-care/geschichte/> [Stand:06-02.2019]

Feichtner, A 2014, Lehrbuch der Palliativpflege, 4th edn, Facultas Universitätsverlag, Wien.

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, 2019, Republik Österreich, [Stand:05-02.2019]

Hartog, C, Hoffmann, F, Mikolajetz, A, Schröder, S, Michalsen, A, Dex, K, Riessen, R, Jaschinski, U, Weiss, M, Raggaller, M, Bercher, S, Briegel, J, Spies, C, Schwarzkopf, D, (2018): Übertherapie und emotionale Erschöpfung in der "end-of-life care"- Ergebnisse einer Mitarbeiterumfrage auf der Intensivstation: *Anaesthesist*, 67, 850-858.

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

Ihra GC, Lehberger J, Hochrieser H et al. Development of demographics and outcome of very old critically ill patients admitted to intensive care units. Intensive Care Med 2012; 38:620-626.

Jannsens, U, Burchardi, H, Duttge, G, Erchinger, R, Gretenkort, P, Mohr, M, Nauck. F, Rothärmel, S, Salomon, F, Schmucker, P, Simon, A, Stopfenkuchen, H, Valentin, A, Weiler, N, Neitzke, G. (2013): Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin, In: Der Anaesthetist, Volume 62, Issue 1, S.47-52.

Kisorio, L. C. & Langley, G.C. (2016), End-of-life care in intensive care units: Family experiences. Intensive and Critical Care Nursing, 35, 57-65.

Kjerulf, M, Regehr, C, Popova, S. R. & Baker, A. J. (2005), Family perceptions of end-of-life care in an urban ICU. Dynamics. 16 (3), 22-25.

Kleibel, V& Mayer, H (2011), Literaturrecherche für Gesundheitsberufe, 2nd edn, Facultas, Wien.

Kübler-Ross, E. (2018) Interviews mit Sterbenden, Herder Verlag.

Michalsen, A. (2013): Begriffsklärungen, in: Michalsen, A. Hartog, C. (Hrsg.): End-of-Life Care in der Intensivmedizin, Spinger Verlag, S. 38.

Polit, DF & Beck, CT 2017, Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice, 10 edn, Wolters Kluwer, Philadelphia, Baltimore, New York.

Ramos, K, Downey, L, Nielse, E, Treece, P, Shannon, S, Curtis, R, Engelberg, R, (2016): Using nurse Ratings of Physician Communication in the ICU to Identify Potential Targets for Interventions to Improve End-of-Life Care. *Journal of Palliative Medicine*, V19, N3, 292-341.

Schwarzkopf, D, Ruddel, H, Thomas-Ruddel DO et al, 2017, `Perceived nonbeneficial treatment of patients, burnout, and intention to leave the job among ICU nurses and junior and senior physicians. Crit Care Med 45 (3):265-273.

Simon, A, 2011 'Alte Patienten in der Intensivmedizin' Ethische Aspekte, Med Klin Intensivmed Notfmed 106(1):24-28 (Geriatric in intensive care medicine. Ethical aspects).

Stajduhar, K, Sawatzky, S, Cohen, R, Heyland, D, Allan, D, Bidgood, D, Norgrove, L, and Gadermann, A, (2017): Bereaved family members' perceptions of the quality of end-of-life care across four types of inpatient care settings. *BMC Palliative Care*, 10.

Statistik Austria 2019, Obduktions und Sterbeorte 2017 nach Todesursachen, Statistik Austria Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien.  
[https://www.statistik.at/web\\_de/nomenu/suchergebnisse/index.html](https://www.statistik.at/web_de/nomenu/suchergebnisse/index.html).

Tripathy, S, Routray, P, & Miashra, J, (2017): Intensiv Care Nurses Attitude on Palliative and End of Life Care. *Indian Journal of Ciritcal Care Medicine*, 10, 655-659.

Welder, K, Mersmann, J, Schuster, S, Stadelmeyer, U, Stork, G, Schwarz, C, Machner, M, Krebs, A, Petri, B, Fuchs, A, Scharf, J, Friesdorf, M, Swistun, H, Glien, P, Weiß, C, Dietz-Wittstock, M, Dormann, P, Schilling, T, Wachler, F, (201): Positionspapier zur Stärkung und Weiterentwicklung der Notfallpflege in deutschen Notaufnahmen. Notfall Rettungsmed, *Springer Medizin Verlag GmbH*.

World Health Organisation 2019,  
<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. [Stand:06-02.2019]

Ziegler, A, Antes, G & König, I 2011, 'Bevorzugte Report-Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement', Dtsch Med Wochenschr, vol. 139, pp.e)-e15.

## **7 Anhang**

### ***7.1 Tabellenverzeichnis***

Tabelle 1: Suchanfragen in den Datenbanken PubMed und CINAHL ..... 9

**Tabelle 2 Charakteristika der ausgewählten Studien ..... 13**

### ***7.2 Abbildungsverzeichnis***

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

### ***7.3 Bewertung der analysierten Studien***

Die Bewertung der Studien wurde anhand der Checkliste von Hawker et al (2002), in der für neun Kriterien Punkte in 4 Stufen vergeben werden, durchgeführt: Good 0 4, Fair = 3, Poor = 2, Very poor = 1 Punkt.

Die Gesamtpunkte sowie die Prozentzahl der maximal möglichen 36 Punkte sind zu jeder der bewerteten Studien angegeben.

Stajduhar, K. Sawatzky, S. Cohen, R. Heyland, D. Allan, D. Bidgood, D. Norgrove, L. and Gademann, A. (2017): Bereaved family members' perceptions of the quality of end-of-life care across four types of inpatient care settings. *BMC Palliative Care*, 10.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Abstract enthält alle wichtigen Informationen, Titel könnte kürzer sein	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Der Hintergrund war gut und klar definiert und etwas kompliziert formuliert für die Ziele	3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Methode ist gut beschrieben, es wurde auch eine Skala verwendet	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Sampling ist gut beschrieben, mit Response rate von 70%	4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Datenanalyse war ausreichend aber etwas kompliziert	3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	Schriftliche informierte Zustimmung wurde erhoben, ethische Genehmigung für die Studie vom Ethik Fachausschuss der Universität erteilt	4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Ja, sogar mit Tabellen, sehr viel, aber gut verständlich	3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Eher ja	3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Empfehlungen für Praxis mäßig beschrieben	2
Punkte gesamt		29

Cyrol, K. Fröhlich, M. Piatti, F. Imhof, L. (2018): End-of-Life-Care auf der Intensivstation-Pflegerische Strategien zum Einbezug von Familienangehörigen am Ende eines Lebens: *Pflege*, 31(3), 135-143.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Abstract enthält alle wichtigen Informationen, Titel sehr gut – kurz und Aussagekräftig	4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Der Hintergrund war gut und klar definiert – klar für das Ziel	4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Methode ist gut beschrieben – auch Auszüge von Interviews	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Sampling sehr gut mit Einschlusskriterien beschrieben	4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Datenanalyse sehr genau beschrieben und ausreichend	4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	Ethikkommission erteilte eine Unbedenklichkeitserklärung Teilnahme konnte jederzeit unbegründet abgebrochen werden	4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	Sehr weitläufig aber verständlich	3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Ja	4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Empfehlungen für Praxis wird beschrieben, nicht genau	2
Punkte gesamt		33

Hartog, C. Hoffmann, F. Mikolajetz, A. Schröder, S. Michalsen, A. Dex, K. Riessen, R. Jaschinski, U. Weiss, M. Raggaller, M. Bercher, S. Briegel, J. Spies, C. Schwarzkopf, D. (2018): Übertherapie und emotionale Erschöpfung in der "end-of-life care"- Ergebnisse einer Mitarbeiterumfrage auf der Intensivstation: *Anaesthesist*, 67, 850-858.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Abstract enthält alle wichtigen Informationen-aber erst auf der dritten Seite – unübersichtlich – Titel gut-Ziel fehlt im Abstract	1
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Der Hintergrund war gut formuliert – Ziel nicht genau formuliert	2
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Methode ist gut beschrieben	3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Sampling gut beschrieben	3
5. Data analysis: Was the de- scription of the data analysis suffi- ciently rigorous?	Datenanalyse gut beschrieben	3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship be- tween researchers and participants been adequately considered?	Ethikkommission Studie zugestimmt, Anonyme Teilnahme	4
7. Results: Is there a clear state- ment of the findings?	Sehr gut beschrieben / mit Abbildungen	4
8. Transferability or generaliza- bility: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?		
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Empfehlungen für Praxis wird sehr gut beschrieben	4
Punkte gesamt		24

Brooks, L. Manias, E. Nicholson, P. (2017): Communication and Decision-making about End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 26, 336-341.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Abstract enthält alle wichtigen Informationen- Titel gut/Klar	4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Der Hintergrund war gut formuliert Klar für das Ziel	4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Methode ist gut beschrieben	3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Sampling sehr gut beschrieben	4
5. Data analysis: Was the de- scription of the data analysis suffi- ciently rigorous?	Datenanalyse gut beschrieben	3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship be- tween researchers and participants been adequately considered?	Ethikzulassung wurde für das teilnehmende Krankenhaus eingeholt	4
7. Results: Is there a clear state- ment of the findings?	Sehr gut beschrieben / Mit Interviewauszügen	4
8. Transferability or generaliza- bility: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Ja auf andere Intensivstationen	3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Empfehlungen für Praxis und Forschung	4
Punkte gesamt		33

Tripathy, S. Routray, P. & Miashra, J. (2017): Intensiv Care Nurses Attitude on Palliative and End of Life Care. *Indian Journal of Ciritcal Care Medicine*, 10, 655-659.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Abstract enthält alle wichtigen Informationen- Titel gut/Klar	4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Der Hintergrund war gut formuliert Klar für das Ziel	3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Methode ist gut beschrieben	3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Sampling in der Methode beschrieben	3
5. Data analysis: Was the de- scription of the data analysis suffi- ciently rigorous?	Datenanalyse sehr gut beschrieben	4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship be- tween researchers and participants been adequately considered?	Ethikkommission genehmigt Studie	4
7. Results: Is there a clear state- ment of the findings?	Sehr genau beschrieben	4
8. Transferability or generaliza- bility: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Ja auf andere Intensivstationen/Ländern	3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Empfehlung für Praxis in der Zusammenfassung	3
Punkte gesamt		31

Ramos, K. Downey, L. Nielse, E. Treece, P. Shannon, S. Curtis, R. Engelberg, R. (2016): Using nurse Ratings of Physician Communication in the ICU to Identify Potential Targets for Interventions to Improve End-of-Life Care. *Journal of Palliative Medicine*, V19, N3, 292-341.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	Abstract enthält alle wichtigen Informationen- Titel gut/Klar aber lang	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Der Hintergrund war sehr gut formuliert – Klar für das Ziel	4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	Methode ist sehr gut beschrieben	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Sampling sehr genau beschrieben	4
5. Data analysis: Was the de- scription of the data analysis suffi- ciently rigorous?	Datenanalyse sehr gut beschrieben	4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship be- tween researchers and participants been adequately considered?	Genehmigung lt. Research Supervision Komitee genehmigt	2
7. Results: Is there a clear state- ment of the findings?	Sehr genau beschrieben	4
8. Transferability or generaliza- bility: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Ja	3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	Empfehlung für Praxis um Qualität EOL zu verbessern	3
Punkte gesamt		31