



Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

Studiengang Pflege

**Pflegerische Strategien für den Umgang mit  
ethischen Herausforderungen im Rahmen der  
Palliative Care im Intensivversorgungssetting**

**Bachelorarbeit**

zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Science in Nursing  
(B.Sc.)

Vorgelegt von: **Theresa Hoffmann**

7. Fachsemester

Betreuer\*innen:

1. Prof. Dr. Stefanie Kämper
2. Heike Wirth, M.Sc.

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2024-0287-8

Datum: 01.01.2025

## Zusammenfassung

**Einleitung/Zielsetzung:** Es sollen Strategien ermittelt werden, die Pflegefachpersonen (im multiprofessionellen Team) im Intensivversorgungssetting anwenden, um mit ethischen Herausforderungen im Rahmen der Palliative Care umzugehen und diese zu bearbeiten.

**Methodik:** Mit Hilfe einer Literaturrecherche, die im Zeitraum von September bis November 2024 durchgeführt wurde, soll ein systematisiertes Review erstellt werden. Dabei wurden relevante 6 Studien identifiziert und in die Ergebnisdarstellung aufgenommen.

**Ergebnisse:** Oftmals erfolgt die Integration von Palliative Care in die intensivmedizinische bzw. -pflegerische Versorgung in der terminalen Phase, obwohl eine frühzeitige Einbindung die Patient\*innenzufriedenheit, Behandlungsqualität und Ressourcenschonung nachweislich deutlich verbessert. Eine Herausforderung auf der Intensivstation ist die Entscheidungsfindung, die sich aufgrund fehlender Patient\*innenverfügungen und mangelnder Entscheidungsfähigkeit der Betroffenen schwierig gestaltet. Pflegefachpersonen übernehmen eine zentrale Rolle in dem Prozess, indem sie eine würdevolle Atmosphäre schaffen, transparent im multiprofessionellen Team kommunizieren und Angehörige emotional unterstützen, während Ärzt\*innen meist die Hauptverantwortung für Entscheidungen tragen. Instrumente zur Entscheidungsfindung wie ethische Fallbesprechungen und palliativmedizinische Konsile werden zwar verwendet, zeigen jedoch Optimierungsbedarf hinsichtlich der Verfügbarkeit und Standardisierung.

**Diskussion/Schlussfolgerung:** Es besteht weiterhin Bedarf an Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten bezüglich Palliative Care für Pflegende auf Intensivstationen, um die Entscheidungsfindung in Bezug auf kommunikative und ethische Kompetenzen zu fördern.

## Abstract

**Background/Objective:** To identify strategies used by nurses (in multi-professional teams) in the intensive care setting to deal with and address ethical challenges in palliative care.

**Method:** A systematic review is to be compiled with the help of a literature search conducted between September and November 2024. Relevant 6 studies were identified and included in the presentation of results.

**Results:** Palliative care is often integrated into intensive medical and nursing care in the terminal phase, although early integration has been shown to significantly improve patient satisfaction, quality of treatment and resource conservation. One challenge in the intensive care unit is decision-making, which is difficult due to the lack of advance directives and the patient's lack of decision-making capacity. Nurses play a central role in the process by creating a dignified atmosphere, communicating transparently within the multi-professional team and providing emotional support to relatives, while doctors usually bear the main responsibility for decisions. Tools for decision-making such as ethical case discussions and palliative care consultations are used, but show a need for optimization in terms of availability and standardization.

**Discussion/Conclusion:** There is still a need for training and further education opportunities regarding palliative care for nurses in intensive care units in order to promote decision-making with regard to communicative and ethical skills.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>8</b>
1.1	<i>Problemstellung und Relevanz.....</i>	<i>8</i>
1.2	<i>Zielsetzung .....</i>	<i>9</i>
<b>2</b>	<b>Theoretischer Hintergrund.....</b>	<b>11</b>
2.1	<i>Intensivstation .....</i>	<i>11</i>
2.2	<i>Palliative Care.....</i>	<i>12</i>
2.3	<i>Begriffsbestimmungen .....</i>	<i>13</i>
2.4	<i>Implementierung von Palliative Care in die Intensivstation .....</i>	<i>15</i>
2.5	<i>Ethisch gutes Sterben auf der Intensivstation.....</i>	<i>17</i>
2.5.1	<i>Biomedizinische Prinzipienethik.....</i>	<i>18</i>
2.5.2	<i>Ethik der Achtsamkeit.....</i>	<i>18</i>
<b>3</b>	<b>Methodik.....</b>	<b>19</b>
3.1	<i>Systematische Literaturrecherche .....</i>	<i>20</i>
<b>4</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>29</b>
4.1	<i>Pflegerische Strategien zum Umgang mit Sterbenden auf der Intensivstation.....</i>	<i>29</i>
4.2	<i>Instrumente zur Entscheidungsfindung.....</i>	<i>31</i>
4.3	<i>Herausforderungen bei der Entscheidungsfindung auf der Intensivstation .....</i>	<i>33</i>
<b>5</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>36</b>
5.1	<i>Pflegerische Strategien zum Umgang mit Sterbenden auf der Intensivstation.....</i>	<i>36</i>
5.2	<i>Instrumente zur Entscheidungsfindung.....</i>	<i>37</i>
5.3	<i>Herausforderungen bei der Entscheidungsfindung auf der Intensivstation .....</i>	<i>38</i>
5.4	<i>Kritische Reflexion.....</i>	<i>40</i>
5.4.1	<i>Inhaltlich .....</i>	<i>40</i>
5.4.2	<i>Methodisch.....</i>	<i>41</i>
<b>6</b>	<b>Fazit und Ausblick .....</b>	<b>42</b>
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>44</b>



<b>Anhang.....</b>	<b>47</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>	<b>69</b>



## Abkürzungsverzeichnis

ACP	Advance Care Planning (Vorausschauende Versorgungsplanung)
EoL	End of Life (Lebensende)
HPC	Hospiz- und Palliativ-Care
ICU(s)	Intensive Care Unit(s) (Intensivstationen)
PCT	Palliative Care Team
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

## **Anhangsverzeichnis**

Anhang 1: Kritische Beurteilung der Studien .....	47
Anhang 2: Übersicht Studien .....	61

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Flowchart für die Darstellung verschiedener Phasen einer systematischen Übersicht.....	27
---	----

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien .....	22
Tabelle 2: Suchprotokoll .....	25

# 1 Einleitung

## 1.1 Problemstellung und Relevanz

„Eine akute lebensbedrohliche Krankheit oder die Verschlimmerung einer intensivmedizinisch behandelten chronischen lebensbedrohenden Krankheit kann zum Tod auf der Intensivstation führen.“ (Lemm et al., 2018, S. 249)

Heutzutage versterben immer mehr Menschen in Institutionen als in der eigenen Häuslichkeit. Insbesondere während der Covid-19 Pandemie ist die Zahl der Intensivbetten in den deutschen Krankenhäusern im Jahr 2020 um 5% im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Im Vergleich zum Jahr 2013 verstarben 2023 rund 6% mehr Menschen in deutschen Krankenhäusern (Statistisches Bundesamt, 2024).

Daher rückt die Betreuung Sterbender in Kliniken immer weiter in den Vordergrund. Sie ist eine wesentliche Aufgabe des Behandlungsteams vor allem auf Intensivstationen (ICUs). Bei Patient\*innen auf ICUs sind die Krankheitsverläufe oft dynamisch und prognostisch unsicher, jedoch sind die Strukturen der ICU primär für eine kurative Therapie ausgelegt. Hinzu kommt, dass der\*die Betroffene sich aufgrund seines\*ihres Zustandes oftmals nicht mehr äußern kann, was das Treffen von Entscheidungen in Bezug auf Therapiemaßnahmen erheblich beeinträchtigen kann (Heinemann, 2005, S. 6). Daher fällt diese Verantwortung meist auf Angehörige zurück, die dadurch einer hohen psychischer Belastung ausgesetzt sind (Vanden Bergh and Wild, 2015, S. 56). Entscheidungen bezüglich der weiteren Behandlung müssen zeitnah und im Sinne des\*der Patienten\*in getroffen werden. Zudem muss das gesamte Team über die getroffenen Entscheidungen und darauf folgenden Interventionen informiert sein und die Balance zwischen kurativen und symptombezogenen Maßnahmen halten (Vanden Bergh and Wild, 2015, S. 56).

Auch wenn Palliativmedizin und Intensivmedizin auf den ersten Blick unterschiedlich und sogar gegenteilig wirken, verbinden sie viele Gemeinsamkeiten und beide Disziplinen ergänzen sich hervorragend, da der Übergang von der kurativen Therapie zur palliativen Begleitung oft fließend ist. Dies bestätigt die Charta zur Versorgung schwerstkranker Menschen der Bundesärztekammer (2020). „Die Intensivtherapie endet nicht mit der Feststellung einer palliativmedizinischen Situation. Das Ziel ist vielmehr eine gelungene



Integration palliativmedizinischer Verfahren in die intensivmedizinische Therapie.“  
(Vanden Bergh and Wild, 2015, S. 56)

Die Einbeziehung von Palliative Care in das intensivmedizinische Setting schwankt erheblich (Lemm et al., 2018, S. 249) und wurde bereits mehrfach erforscht (Wiese, 2023, Michels et al., 2023). Allerdings sind Untersuchungen zur pflegerischen Perspektive weitaus gering. Aus diesem Grund soll sich die vorliegende Arbeit mit dem pflegerischen Aspekt der Umsetzung von Palliative Care im intensivmedizinischen – bzw. pflegerischen Setting befassen.

## 1.2 Zielsetzung

Aufgrund einiger Hindernisse bei der Umsetzung der Palliative Care im Intensivversorgungssetting soll die vorliegende Arbeit dazu dienen, die gewonnenen Erkenntnisse in die Pflegepraxis zu etablieren, um somit die palliativpflegerische Versorgung auf Intensivstationen verbessern zu können. Das Ziel der Arbeit ist es, Strategien zu identifizieren, die Pflegefachpersonen (im multiprofessionellen Team) im Intensivversorgungssetting nutzen, um mit ethischen Herausforderungen im Rahmen der Palliative Care umzugehen und diese zu bearbeiten. Daher lautet die Forschungsfrage dieser Arbeit wie folgt:

*Welche Strategien wenden Pflegefachpersonen für den Umgang mit ethischen Herausforderungen im Rahmen der Palliative Care im intensivmedizinischen und -pflegerischen Setting an?*

Da dieses Thema von Interprofessionalität geprägt ist und ethische Aspekte im Vordergrund stehen, werden folgende Unterfragen formuliert:

- *Welche Instrumente zur Entscheidungsfindung am Lebensende zieht das multiprofessionelle Behandlungsteam der Intensivstation hinzu?*
- *Welche Herausforderungen bezüglich der Entscheidungsfindung gibt es auf der Intensivstation?*

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wird folgende Hypothese aufgestellt: Pflegefachpersonen betrachten den\*die Patienten\*in ganzheitlich und agieren im multiprofessionellen Behandlungsteam. Sie sehen sich als Begleiter\*in für Patient\*innen und Angehörige in allen Lebenssituationen. Jedoch besteht im Intensivsetting weiterhin Bedarf an der Implementierung und Umsetzung von

Palliative Care- Konzepten, die sowohl die Kommunikation im Behandlungsteam als auch mit An- und Zugehörigen selbst betreffen.

Es wird vermutet, dass Instrumente wie multiprofessionelle und ethische Fallbesprechungen, Patient\*innenkonferenzen und die Einbeziehung des Ethikkomitees angewendet werden. Bezüglich der Herausforderungen auf der ICU stellt die Autorin die Vermutung auf, dass teilweise Uneinigkeiten innerhalb des Behandlungsteams und zwischen Fachpersonen und Angehörigen bestehen. Grund dafür sind eine nicht entscheidungsfähige schwerkranke Person, eine nicht vorhandene Patient\*innenverfügung oder Vorsorgevollmacht sowie eine unzureichende Kommunikation innerhalb des Behandlungsteams.

Um die Vermutungen zu bestätigen oder zu widerlegen, werden mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche relevante Studien gesucht und in Form eines Reviews dargestellt. So kann ein Spektrum von aktuellen Forschungsergebnissen aufgezeigt und analysiert werden, ohne eigene empirische Daten zu erheben und somit ebenfalls Forschungslücken identifiziert werden. Zunächst werden wichtige Begrifflichkeiten definiert, die sich mit der Intensiv- und Palliativversorgung sowie deren Vereinbarkeit befassen. Anschließend werden die ethischen Aspekte aus verschiedenen Sichtweisen beleuchtet. Nach Beschreibung des Rechercheprozesses wird in der Diskussion erörtert, welche Konzepte, Instrumente und Strategien in der Pflegepraxis angewendet werden können, um die Versorgungsqualität am Lebensende auf ICUs verbessern zu können.

## 2 Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Intensivstation

„Intensivmedizin rettet Menschenleben.“ (Neitzke et al., 2016, S. 486)

Schwerkranke Patient\*innen kommen meist mit einem kurativen Therapieansatz auf die Intensivstation, um möglichst wieder in ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben entlassen zu werden. Durch fachliches Wissen, eine hohe Personaldichte und medizinische, pflegerische sowie medizintechnische Verfahren sollen Betroffene beeinträchtigte oder verlorene Körper- und Organfunktionen wiedererlangen und somit im Erfolgsfall das Überleben gesichert werden (Neitzke et al., 2016, S. 486).

Wie bereits in der Einleitung angedeutet wurde, bedeutet ein Aufenthalt auf der Intensivstation für die meisten Betroffenen und ihre Angehörigen einen großen Einschnitt in ihr Leben.

Einige verlassen die Station mit schweren physischen oder psychischen Einschränkungen, die ihr gesamtes persönliches Umfeld belasten können. Manche sind für den Rest ihres Lebens abhängig von lebensunterstützenden Apparaturen. Daher muss sich das multidisziplinäre Behandlungsteam in jedem Fall individuell beraten, bewerten und letztendlich Entscheidungen treffen. So muss unter anderem das **Therapieziel** festgelegt werden, welches von unterschiedlichen Aspekten beeinflusst wird. Durch z.B. dynamische Verläufe, wechselnde Ansprechpartner\*innen, kurative Erwartungen und fehlende Rahmenbedingungen werden Entscheidungen zu Therapiezieländerungen erschwert. Das Therapieziel beschreibt das angestrebte Ergebnis der Behandlung und kann sich auf der Intensivstation auf Heilung, Lebensverlängerung, Verbesserung der Lebensqualität, Symptomlinderung und Sterbebegleitung beziehen (Neitzke et al., 2016, S. 487 f, Vanden Bergh and Wild, 2015, S. 56).

Um die geplanten Ziele zu erreichen, orientiert sich die Intensivmedizin an „aktuellem medizinischem Wissen, ethischen Wertvorstellungen, dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und definierten Qualitätsindikatoren“ (Wiese, 2023, S. 133). Dazu gehören einerseits die tägliche multiprofessionelle und interdisziplinäre Visite und andererseits eine strukturierte Patient\*innen- und Angehörigenkommunikation sowie die Dokumentation aller Daten und besprochenen Aspekte (Wiese, 2023, S. 133).

Die Idee von Intensivstationen existiert bereits etwas länger als die der Palliativmedizin. Die erste Intensivstation wurde 1954 in Dänemark eröffnet, die erste Palliativstation hingegen im Jahr 1967 in London (Wiese, 2023, S. 133).

## 2.2 Palliative Care

Laut der World Health Organization (WHO) ist Palliativmedizin "ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen – und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychischer und spiritueller Art." (Sepúlveda et al., 2002, S. 91)

Die Begriffe Palliativversorgung, Palliativmedizin sowie das englische Palliative Care werden als Synonym verwendet und sind der Oberbegriff für alle Aktivitäten, die die *Lebensqualität* von Patient\*innen mit einer lebenslimitierenden Erkrankung und ihren An- und Zugehörigen verbessern oder erhalten. Dieser Versorgungsbereich zeichnet sich durch *Interdisziplinarität* und *Multiprofessionalität*, Prävention und Linderung von Leiden sowie frühzeitiges Erkennen und Behandeln von Problemen in den oben genannten Bereichen laut der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ (2021) aus. Um eine Betreuung zu ermöglichen, die sich an den Bedürfnissen, Wünschen und Entscheidungen des\*der Betroffenen orientiert, arbeiten Haupt- und Ehrenamtliche in multiprofessionellen Teams zusammen, die das gemeinsame Ziel eines friedlichen, ruhigen und *würdevollen Sterbens* anstreben (Leitlinienprogramm Onkologie, 2021, S. 29f).

Um dieses Ziel zu erreichen bedarf es bestimmte fachliche Kompetenzen und Interventionen wie (Wiese, 2023, S. 134):

- „die gezielte Beobachtung, Beurteilung und Behandlung von Symptomen aller Dimensionen [...],
- Linderung des Leidensdrucks für Patienten und Angehörige,
- Management komplexer Situationen,
- Durchführung qualifizierter ethischer und rechtlicher Beratung,
- qualifizierte und strukturierte Kommunikation mit Zieldefinition und Umsetzungsmöglichkeiten sowie Erhalt realistischer Therapieziele,

- Koordination der Versorgung des Patienten,
- sektorenübergreifende Zusammenarbeit,
- Begleitung der Angehörigen sowie Trauerarbeit.“

In den vergangenen Jahrzehnten hat die Palliativmedizin einen Wandel durchlaufen und wurde gesetzlich verankert. Sowohl stationäre als auch ambulante Palliativtherapie (z.B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung [SAPV]) kann nach § 37b SGB V abgerechnet werden. Im folgenden Kapitel werden die eben verwendeten, relevanten Begrifflichkeiten definiert, um sie in den Kontext dieser Arbeit einzuordnen.

## 2.3 Begriffsbestimmungen

Der Begriff **Lebensqualität** wird von jeder Person individuell definiert. Patient\*innen bestimmen selbstständig über ihre wesentlichen Komponenten und deren Priorisierung. Lebensqualität geht über das Erleben der krankheitsbezogenen Aspekte hinaus. Für die Erfassung der gesundheitspezifischen Lebensqualität durch Individuen oder Gruppen gibt es psychometrisch geprüfte und normierte Messinstrumente (Leitlinienprogramm Leitlinienprogramm, 2021, S. 28).

Um Lebensqualität zu schaffen bzw. zu verbessern ist eine Voraussetzung sowohl im intensiv- als auch palliativmedizinischen Bereich die interdisziplinäre sowie multiprofessionelle Zusammenarbeit.

Die **Interdisziplinarität** beschreibt die strukturierte Zusammenarbeit von Vertretern verschiedener Fachbereiche innerhalb einer Berufsgruppe. Die **Multiprofessionalität** hingegen ist die Zusammenarbeit von Vertretern verschiedener Professionen innerhalb eines Teams (Leitlinienprogramm, 2021, S. 28).

Neben der Interdisziplinarität und Multiprofessionalität wird der Begriff des **würdevollen Sterbens** ebenfalls immer in Verbindung mit palliativer Versorgung gebracht. Es enthält den Begriff „Menschenwürde“ und wird für einen bestimmten Kontext konkretisiert. Aus ethischer Sicht bezieht sich die Menschenwürde auf zwei Bedeutungen. „Zum einen verbietet es der Respekt vor der Menschenwürde, einen Patienten bloß zum Objekt der Therapie oder Forschung zu degradieren.“ (Wallner, 2014, S. 14) Auf dieses Risiko soll jederzeit geachtet werden, es kommt

heutzutage jedoch selten vor. Zum anderen „verlangt es der Respekt vor der Menschenwürde, nach den Wünschen und Bedürfnissen des\*der Sterbenden zu handeln und ihm\*ihr in seiner\*ihrer individuellen Persönlichkeit gerecht zu werden“ (Wallner, 2014, S. 14). So soll die die Kontinuität zwischen dem bisherigen Leben und dem Sterben des\*der Betroffenen gewahrt werden (Wallner, 2014, S. 15).

Bei Patient\*innen, die z.B. auf der ICU behandelt werden, kann es dazu kommen, dass sie sich aufgrund der fortschreitenden Erkrankung und der damit einhergehenden Symptome, nicht mehr selbstständig äußern können. Daher stehen die Mitglieder des Behandlungsteams vor der Herausforderung, den **Patient\*innenwillen** zu ermitteln. Da das Ziel, im Sinne des\*der Patient\*in zu handeln, an oberster Stelle steht, sollten die Teammitglieder auf „Quellen zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens“ (Heinemann, 2005, S. 6) zurückgreifen. Patient\*innenverfügungen sind Dokumente, die den Willen des\*der Betroffenen schriftlich festhalten und in § 1901a BGB gesetzlich geregelt sind. Sie sind ein wichtiger Ansatzpunkt bei der Ermittlung des Willens und somit der Entscheidungsfindung, sofern der Wortlaut der aktuellen medizinischen Situation entspricht. Vorsorgebevollmächtigte können ebenfalls bei der Entscheidungsfindung helfen (Schuster et al., 2017, S. 237). Andererseits kann man auch Schlüsse aus früheren Äußerungen oder Aussagen von An – und Zugehörigen über den Willen des\*der Patient\*in ziehen. Ebenso spielt die Patient\*innenbeobachtung eine große Rolle, da anhand von nonverbalen Äußerungen, Körpersprache und Compliance des\*der Betroffenen Vermutungen über den Wunsch der betroffenen Person aufgestellt werden können. Auch das Wissen über Werte und Glauben, die der\*die Betroffene vertritt, helfen bei der Interpretation des Willens (Heinemann, 2005, S. 6).

Durch **Avance Care Planning (ACP)** können Betroffenen durch mehrmalige Beratungsgespräche bei der Formulierung einer Vorsorgeplanung geholfen werden. Die „gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ ist seit 2015 durch das Hospiz- und Palliativgesetz nach § 132g SGB V gesetzlich festgelegt und sollte bereits zu einem frühen Behandlungszeitpunkt Wert-, Lebens- und Behandlungsvorstellungen der Betroffenen sowie eine\*n Vorsorgeberechtigte\*n erfassen und dokumentieren. Es werden Aspekte zu lebenserhaltenden Maßnahmen thematisiert. Vor allem bietet ACP eine Grundlage zur Integration palliativmedizinischer Konzepte in aktummedizinische Settings (Schuster et al., 2017, S. 233).

Neben ACP bieten weitere Konzepte eine Grundlage zur Implementierung von Palliative Care in intensivmedizinische und -pflegerische Settings, die im folgenden Kapitel aufgeschlüsselt werden.

## 2.4 Implementierung von Palliative Care in die Intensivstation

„Die frühzeitige Integration palliativmedizinischer Strategien in Ergänzung zur Intensivtherapie ist ein Behandlungskonzept, das durch Beratung, Behandlung und Begleitung Schwerkranker und ihrer Angehörigen zur Verbesserung der Lebens- und Versorgungsqualität beitragen kann.“ (Schuster et al., 2017, S. 233)

Da sich die S3-Leitlinie (Leitlinienprogramm, 2021) auf Patient\*innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung bezieht, können nur einige grundlegende, palliative Aspekte für andere Versorgungsbereiche übernommen werden. Es fehlt jedoch eine umfassende Leitlinie, die sich mit den genauen Gegebenheiten der Palliativversorgung in anderen Versorgungssettings beschäftigt. Daher haben verschiedene Deutsche Gesellschaften ein Konsensuspapier (Michels et al., 2023) mit Empfehlungen zu palliativmedizinischen Aspekten in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin entworfen.

Ziel der Implementierung palliativmedizinischer Konzepte in andere Fachdisziplinen ist die Verbesserung der Lebensqualität und Symptomlinderung (Michels et al., 2023, S. 14).

In der Literatur wird häufig von drei Modellen zur intensivmedizinischen Palliativversorgung gesprochen: dem **Integrationsmodell**, dem **Kooperationsmodell** (konsultatives Modell) dem **Mischmodell** (Lemm et al., 2018, S. 250). Das Integrationsmodell beschreibt die Implementierung palliativmedizinischer Standards in die intensivmedizinischen und -pflegerische Konzepte, wodurch Mitarbeitende durch Weiterbildungen palliativmedizinische und -pflegerische Kompetenzen erlernen. So stehen diese jederzeit zur Verfügung und es besteht die Möglichkeit der Reevaluation, Systematisierung und Verlässlichkeit im Behandlungsablauf. Außerdem profitieren alle Intensivpatient\*innen von den palliativen Maßnahmen (Wiese, 2023, S. 140). Im konsultativen Modell werden schwerkranken Patient\*innen direkt Dienstleistungen durch externe ärztliche oder pflegerische Palliative-Care-Spezialist\*innen in Form

von palliativmedizinischen Konsiliardiensten angeboten. Der Umfang der Konsultation beschränkt sich auf die Evaluation von Therapiezielen und ethische Konfliktlösungen (Schuster et al., 2017, S. 234, Wiese, 2023, S. 140). Im gemischten Modell werden sowohl beratende als auch integrative Ansätze verwendet (Lemm et al., 2018, S. 250, Schuster et al., 2017, S. 234). In einigen Studien (Braus et al., 2016, Norton et al., 2007) wurde nachgewiesen, dass durch den Einsatz des Mischmodells Therapiezielgespräche und Familienkonferenzen öfter und früher im stationären Aufenthalt stattfanden und die Intensivstation-Liegedauer durch frühzeitige Planung einer poststationären Versorgung reduziert werden konnte.

Im Konsensuspapier „Palliativmedizinische Aspekte in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin“ (Michels et al., 2023) werden daher folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- Frühzeitige Integration von Palliativmedizin in die klinische Akut-, Notfall- und Intensivmedizin,
- Hinzuziehen eines Palliativdienstes bei hochsymptombelasteten Patient\*innen zur palliativen Beratung von An-, und Zugehörigen und palliativmedizinischen Komplexbehandlung,
- Vorliegen einer palliativmedizinischen Basisqualifikation bei Akut-, Notfall- und Intensivmediziner\*innen und -pflegenden,
- Erarbeitung palliativmedizinischer Grundkenntnisse und Implementierung dieser in die hausinternen Standards durch regelmäßige interdisziplinäre und interprofessionelle Fortbildungen (Michels et al., 2023, S. 16).

Das heißt, das Intensivbehandlungsteam sollte palliativmedizinische Behandlungsgrundlagen kennen und als Ressource begreifen und nutzen. Außerdem sollte die Anwendung von Palliative Care im Intensivsetting nicht als „Endstation“ gesehen, sondern als Teil der Versorgung Schwerkranker und ihrer Angehörigen in krisenhaften Lebenssituationen.



## 2.5 Ethisch gutes Sterben auf der Intensivstation

„Ethische Konflikte auf Intensivstationen sind häufig.“ (Lenz, 2020, S. 650)

Sie sind Teil der alltäglichen Arbeit des Intensivbehandlungsteams. Daher ist es wichtig, dass jedes Teammitglied lernt, mit ihnen umzugehen und Instrumente zur Bearbeitung kennt und anwenden kann.

Ethisch gutes Sterben auf der Intensivstation setzt das Zusammenspiel von den drei Dimensionen der Ethik und den drei Ebenen der Ethik voraus. Die drei Dimensionen beschreiben Ethik als kritische Reflexion der Moral, Lehre vom guten Leben und Auseinandersetzung mit dem Charakter. Neben den Dimensionen sollten auch die drei Ebenen des ethischen Denkens und Handelns im Auge behalten werden. Die individuelle Ebene beschreibt die persönliche Interaktion zwischen Behandlungsteam und Patient\*in sowie Beziehungen innerhalb des Behandlungsteams. Mit Strukturen und Prozesse, die ein gutes Sterben fördern, befasst sich die organisatorische Ebene. Dazu zählen institutionelle Angebote wie der Palliativkonsiliardienst oder die klinische Ethikberatung. Auf gesellschaftlicher Ebene werden rechtliche Rahmenbedingungen geprägt (Wallner, 2014, S. 13).

Typische Probleme entstehen oft durch Paternalismus. Der medizinische Paternalismus, der am Beginn der zweiten Hälfte des 20. Jahrhundert vorherrschte, hatte das Wohl, aber nicht den Willen des\*der Patienten\*in im Auge. Nach zunehmender Kritik trat das Prinzip der Selbstbestimmung in den Vordergrund der medizinischen Entscheidungsfindung. Sie stellt die aktive Manifestation der Autonomie dar (Lenz, 2020, S. 650).

Das Prinzip der Autonomie spielt auch in der biomedizinischen Prinzipienethik von Beauchamp und Childress (2019) eine große Rolle. Die Prinzipienethik stellt den Ausgangspunkt für ethische Entscheidungen im medizinischen Bereich dar und kann als Grundlage zur Entscheidungsfindung im multiprofessionellen Team dienen.

## 2.5.1 Biomedizinische Prinzipienethik

Die Autoren Beauchamp und Childress (2019) brechen das Konzept der Prinzipienethik auf folgende vier Prinzipien herunter:

- Respekt vor Autonomie von Personen (respect for autonomy)
- Prinzip des Nicht-Schadens (nonmaleficence)
- Prinzip der Fürsorge (beneficence)
- Prinzip der Gerechtigkeit (justice).

Anhand der Prinzipien können ethische, rechtliche, soziale und wissenschaftliche Aspekte abgewogen und beurteilt werden, sodass eine Grundlage zur Bearbeitung von ethischen Konflikten und Diskussionen geschaffen ist. Jedoch wird dieses Modell der Prinzipienethik von einigen Pflegewissenschaftler\*innen kritisiert, wie im folgenden Kapitel beschrieben.

## 2.5.2 Ethik der Achtsamkeit

Im Gegensatz zu der traditionellen ethischen Theorie und dem damit verbundenen integrativem Zusammenspiel ethischer Konzeptionen positioniert sich Elisabeth Conradi (2001).

Sie ist eine deutsche Vertreterin der Ethik der Achtsamkeit (auch Fürsorgeethik), welche eine zeitgemäße europäische Form der Care-Ethik darstellt. In der Care-Ethik wird ein Individuum nicht als autonom, sondern als Teil eines Netzwerkes, welches mit anderen Individuen durch Beziehungen verbunden ist, betrachtet. Im Mittelpunkt der Ethik der Achtsamkeit stehen daher Interaktion und Praxis. Care-Interaktionen können sowohl verbal als auch nonverbal sein und verbinden Gefühl mit Verstand, um ein reflektiertes Handeln zu schaffen. Sie sind die Grundlage für einen Beziehungsaufbau für alle am Prozess Beteiligten, unabhängig von den sich unterscheidenden Fähigkeiten, Kompetenzen und Autonomien jedes\*r Einzelnen. Die Entwicklung von Empathie sei sowohl während des Konfliktgeschehens als auch zuvor wichtig, um eine engere Verbindung zwischen den Beteiligten zu schaffen. Diese Verbindungen und Zusammenhänge von Bezogenheit benennt Conradi mit dem Begriff Interrelationalität, wobei sie im Gegensatz Kritik an der Reziprozität äußert. In Conradis Augen beschäftigt sich die feministische Ethik mit einer diversen Kritik an konventioneller Ethik, was ebenso Aufgabe der Care-Ethik darstellt. Durch Care-Interaktionen sollen Möglichkeiten der Kritik und Veränderung erkannt werden, sodass nicht nur Care-Konflikte, sondern auch

andere moralische Entscheidungsprobleme reflektiert werden können. Daher beschreibt Conradi „Care“ als „veränderungsbedürftig“ (Kohlen, 2005, S. 169 ff).

Die beschriebenen Grundlagen und Modelle bilden den theoretischen Rahmen für den Umgang mit Konflikten auf Intensivstationen. Im folgenden Methodikteil wird erläutert, wie der Rechercheprozess abläuft und zu welchen relevanten Erkenntnissen diese Arbeit geführt hat.

### **3 Methodik**

In den folgenden Kapiteln wird das methodische Verfahren zum Verfassen dieser Bachelorarbeit detailliert beschrieben. Es werden die Ein- und Ausschlusskriterien für die Literaturrecherche sowie die genutzten Suchbegriffe und Datenbanken vorgestellt. Zudem findet eine inhaltliche Beurteilung der verwendeten Studien statt und der gesamte Prozess der Literaturrecherche wird anhand von Volltexten und zusammengefasst in Tabellen erklärt. Die Literaturrecherche hat zum Ziel, Strategien herauszufinden, die im Rahmen von Palliative Care im Intensivsetting von Pflegefachpersonen angewendet werden, um ethische Konflikte im multiprofessionellen Team zu bearbeiten. Auch sollen relevante Instrumente und Herausforderungen im Rahmen der Entscheidungsfindung identifiziert werden. Die verwendete methodische Vorgehensweise der vorliegenden Arbeit ist ein systematisiertes Review.

Es hat zum Ziel, die gegenwärtige Evidenz eines bestimmten Themas aufzuzeigen. Die Erstellung eines systematisierten Reviews wurde gewählt, um einen breiten Überblick über vorangegangene Forschungen zu erhalten und mögliche Forschungslücken zu identifizieren. Zudem ist die Methode angemessen, um die Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit zu beantworten. Aufgrund des Umfangs der Bachelorarbeit ist es nicht möglich, auf alle Ressourcen, die zur Erfüllung ein systematisches Review notwendig sind, einzugehen. Daher enthält das systematisierte Review zwar einige Elemente des systematischen Reviews, beschränkt sich aber z.B. auf einige Datenbanken und wird nicht durch mehrere Gutachter geprüft, wodurch keine vollständige Abdeckung der Literatur gewährleistet ist. Die Studien werden nur durch eine\*n Reviewer\*in (die Verfasserin der Arbeit) kritisch bewertet (Grant and Booth, 2009, S. 102 f).

Aus diesen Gründen und aufgrund der begrenzten zur Verfügung stehenden Ressourcen ist es möglich, dass eventuell relevante Studien zu diesem Thema nicht gefunden oder nicht eingeschlossen wurden. Zu Beginn des Prozesses wurde eine ausführliche systematische Literaturrecherche durchgeführt, die im Folgenden beschrieben wird.

### **3.1 Systematische Literaturrecherche**

Die Literaturrecherche hat die Entwicklung einer tragfähigen Wissensbasis als Ziel (LoBiondo-Wood and Haber, 2005, S. 123).

Der Prozess der Recherche sollte immer gezielt und systematisch ablaufen. Es gibt verschiedene Anlässe für die Durchführung einer Literaturrecherche. Jedoch ist der Ausgangspunkt „immer die Erweiterung des persönlichen und/oder beruflichen Wissens.“ (Kleibel and Mayer, 2011, S. 20) Aus diesem Grund wurde auch für das Verfassen dieser Arbeit eine Literaturrecherche gewählt. Diese wurde von September bis November 2024 über den Zeitraum von zwei Monaten durchgeführt. Sie hatte zum Ziel, die derzeitige Evidenz über Strategien herauszufinden, die Pflegefachpersonen anwenden, um ethische Herausforderungen im Rahmen der Palliative Care auf Intensivstationen zu bearbeiten. Die Literaturrecherche kann neben der Darstellung der aktuellen Evidenz auch zur Themeneingrenzung und zur Entwicklung des theoretischen Rahmens dienen. Außerdem hilft sie dabei, valide und reliable Messinstrumente zu finden (Kleibel and Mayer, 2011, S. 20).

Dieser Suchprozess kann in drei Phasen unterteilt werden. In der ersten Phase wird der Untersuchungsgegenstand bestimmt, in Phase zwei wird recherchiert und Phase drei umfasst die Bewertung, Lektüre und Kritik der gefundenen Literatur (Kleibel and Mayer, 2011, S. 25). Im Folgenden werden diese drei Phasen anhand der durchgeführten Literaturrecherche der vorliegenden Arbeit erläutert.

Die Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes umfasst die Wahl des Themas, eine Grobrecherche und das erste Einlesen in die Thematik (Kleibel and Mayer, 2011, S. 25). Im Falle dieser Arbeit bezog sich das Thema vorerst auf den Zusammenhang von „Palliativ Care“ und „Intensivpflege“. Durch eine grobe Literaturrecherche rückte der Aspekt „Ethik“ in den Fokus.

So kann ein Überblick über den Umfang der vorhandenen Literatur gewonnen werden und abgewogen werden, ob das Thema eventuell zu präzise oder zu grob

formuliert ist. In diesem Zuge können gleichzeitig immer wiederkehrende Begriffe dokumentiert und strukturiert gesammelt werden. Anschließend wird eine passende Fragestellung formuliert (Kleibel and Mayer, 2011, S. 26 f). Im Falle dieser Arbeit wurde das PICO-Schema als Hilfestellung verwendet. Hierbei steht P für population, I für intervention (Wirkungsvariable), C für comparison (Kontroll-/Vergleichsvariable) und O für outcome (Ergebnisvariable) (Kleibel and Mayer, 2011, S. 30). Diese Variablen werden in der Arbeit wie folgt definiert: **P**: Beteiligte auf der Intensivstation (intensivmedizinische Patient\*innen, multiprofessionelles Behandlungsteam mit Fokus auf Pflegefachpersonen), **I**: Palliativpflegerische Strategien, **C**: keine und **O**: erfolgreicher Umgang mit ethischen Herausforderungen (mit dem Ziel des würdevollen Sterbens).

Die Kontrollvariable fällt hier weg, da kein Vergleich angestrebt wird. Die Variablen wurden ebenfalls in die Ein- und Ausschlusskriterien integriert und in Tabelle 1 zusammengefasst, um eine präzise Suche vornehmen zu können. Diese Kriterien wurden definiert, um den Umfang der Literatursuche eingrenzen zu können. Bedingt durch die Sprachkenntnisse der Autorin wurde sich auf englisch- und deutschsprachige Literatur beschränkt. Um die Aktualität der Literatur gewährleisten zu können, wurden ausschließlich Studien eingeschlossen, welche innerhalb des vergangenen Jahrzehnts (2014-2024) publiziert wurden. Außerdem sollen die herausgefundenen Ergebnisse national anwendbar, nachvollziehbar und auf die Praxis übertragbar sein. Daher liegt der besondere Fokus auf Publikationen, die sich auf die deutschsprachigen Länder Deutschland, Österreich und die Schweiz konzentrieren. Um der Fragestellung dieser Arbeit gerecht zu werden, wurde sich ausschließlich auf Studien begrenzt, die sich mit adulten Patient\*innen in Intensivversorgungssettings beschäftigen. Studien mit dem Fokus auf ambulante Pflegedienste, Stationen ohne akute Intensivversorgung und Langzeitpflegeeinrichtungen wurden nicht berücksichtigt. Es wurden quantitative und qualitative Studiendesigns sowie systematische Übersichtsarbeiten einbezogen. Aufgrund des vorgegebenen Umfangs der Bachelorarbeit wurde sich auf die Publikationsarten Meta-Analysen, deskriptive Analysen, systematische Reviews und Interviews konzentriert. Zudem soll die vorliegende Arbeit auf qualitativer, wissenschaftlicher und glaubwürdiger Literatur aufbauen, weshalb nichtwissenschaftliche Literatur und Kommentare und narrative Reviews ebenfalls nicht einbezogen wurden. Leider konnten keine Meta-Analysen zu dem Thema

eingeschlossen werden, da keine gefunden wurden, die mit den definierten Ein- und Ausschlusskriterien nicht übereinstimmten.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

	Variablen, Einschränkungen		<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>
<b>Inhalt</b>	<b>P</b>	Population	Beteiligte auf der Intensivstation (intensivmedizinische Patient*innen, multiprofessionelles Behandlungsteam mit Fokus auf Pflegefachpersonen	Andere Berufsgruppen, Pflegefachpersonen in Langzeitpflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten, Kinder und minderjährige Patient*innen
	<b>I</b>	Wirkungsvariable	Palliativpflegerische Strategien	Interventionen mit kurativen Therapiezielen, physische Interventionen zur Symptomkontrolle
	<b>C</b>	Kontrollvariable	-	-
	<b>O</b>	Ergebnisvariable	erfolgreicher Umgang mit ethischen Herausforderungen (mit dem Ziel: würdevolles Sterben)	Betrachtung des Sterbens als Scheitern
<b>Form</b>	<b>Zeitraum</b>		2014-2024	vor 2014
	<b>Sprache</b>		Englisch, Deutsch	andere Sprachen
	<b>Setting</b>		Intensivmedizinisches, und -pflegerisches Setting	Stationen ohne akute Intensiv- oder Notfallversorgung, ambulantes Setting, Langzeitpflegeeinrichtungen

<b>Publikationsarten</b>	Meta-Analysen, deskriptive Analysen, systematische Reviews, Interviews	Kommentare, Leserbriefe, narrative Reviews, Randomisierte Kontrollierte Studie (RCT), Clinical Trial
<b>Geografischer Raum</b>	Deutschland, Österreich, Schweiz	andere Länder

(eigene Darstellung in Anlehnung an Kleibel and Mayer (2011, S. 143))

In der zweiten Phase findet die eigentliche Recherche statt. Hierbei sollen durch Suchhilfen und bestimmte Suchbegriffe geeignete Literaturnachweise gefunden und anschließend geordnet werden. Suchhilfen sind Instrumente zur Literaturbeschaffung wie z.B. Bibliotheken und Datenbanken, die sich je nach Thema unterscheiden können. Literaturangaben in früheren Publikationen können ebenfalls den Suchprozess unterstützen (Kleibel and Mayer, 2011, S. 31 f).

In der vorliegenden Arbeit wurde überwiegend in Fachdatenbanken recherchiert. Sie sind online zugänglich und enthalten Fachliteratur (vor allem Forschungsliteratur) zu bestimmten Themen und Fachbereichen, die mittels Abfragesprache abrufbar sind (Kleibel and Mayer, 2011, S. 35). Für die Recherche dieser Arbeit wurden die Fachdatenbanken PubMed und CINAHL verwendet.

Sie gehören zu den gebräuchlichsten internationalen Datenbanken für Gesundheitsberufe. PubMed ist eine englischsprachige medizinische Literaturdatenbank, die größtenteils Daten aus MEDLINE beinhaltet und über die National Library of Medicine (NLM) zugänglich ist (Kleibel and Mayer, 2011, S. 115). CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) ist eine bibliografische Datenbank für Pflege und verwandte Gesundheitsberufe, die über den Anbieter EBSCO genutzt werden kann (Kleibel and Mayer, 2011, S. 135). Weiterhin wurde in den Datenbanken CareLit und LIVIVO nach Literatur gesucht. Allerdings enthielten diese keine für diese Arbeit relevanten Publikationen, die mit den Ein- und Ausschlusskriterien übereinstimmen.

Zusätzlich konnte anhand der **Berrypicking-Methode** (Bates, 1989) ebenfalls relevante Literatur gefunden werden. Diese Methode geht nicht von einem linearen Suchprozess, sondern von einem weniger systematischen Durchforsten aus. Das heißt, die gefundene Literatur gibt Ideen und Richtungsweisungen für neue Fundstellen (Kleibel and Mayer, 2011, S. 65). In der Datenbank PubMed ist es

möglich, durch einen ausgewählten Artikel weitere Literaturvorschläge mit dem gleichen Thema zu finden. Auf diese Weise konnten 5 relevante Studien gefunden werden, von denen eine in das Review einbezogen wurde.

Innerhalb des Rechercheprozesses wurden Suchbegriffe definiert, aus denen Schlagwörter gebildet wurden. In der NML werden Schlagwörter als „MeSH“ (Medical Subject Headings) Terms bezeichnet. Das sind standardisierte, kontrollierte Begriffe, die nach strengen Regeln von Fachexpert\*innen in MEDLINE definiert und hinzugefügt werden. Sie sind Teil einer bestimmten Kategorie und umfassen Ober- und Unterbegriffe, um präzise Artikel und Dokumente herauszufiltern, die sich mit diesem Thema befassen (Kleibel and Mayer, 2011, S. 121). Zum Beispiel wird dem MeSH Term „Death“ ebenfalls „End of Life“ zugeordnet. Für die Recherche der vorliegenden Arbeit wurden die Schlagwörter „Palliative Care“, „Terminal Care“, „Death“, „Intensive Care Unit“, „Ethics“, „Decision Making“ und „Communication“ verwendet.

Diese wurden durch die Verwendung von den Bool'schen Operatoren **AND**, **OR** sowie **NOT** verknüpft, um präzise Ergebnisse zu erhalten (Kleibel and Mayer, 2011, S. 46). In Tabelle 2 kann der Rechercheprozess anhand der verknüpften Suchbegriffe in den verwendeten Datenbanken nachvollzogen werden.



Tabelle 2: Suchprotokoll

Sucheingabe	Datenbank	Trefferanzahl	Relevante Treffer
(Palliative Care <b>OR</b> End-of-Life Care <b>OR</b> terminal care <b>OR</b> death) <b>AND</b> Intensive Care Unit  <u>Limitationen:</u> peer reviewed, 2014-2024, Sprache: englisch, deutsch	CINAHL via EBSCOhost	121	1
	Pubmed	84	1
(Palliative Care <b>OR</b> End-of-Life Care <b>OR</b> terminal care <b>OR</b> death) <b>AND</b> Intensive Care Unit <b>AND</b> (ethics <b>OR</b> decision making <b>OR</b> communication)  <u>Limitationen:</u> peer reviewed, 2014-2024, Sprache: englisch, deutsch	CINAHL via EBSCOhost	31	1
	Pubmed	165	1
Intensive Care Unit <b>AND</b> (ethics <b>OR</b> decision making <b>OR</b> communication) <b>NOT</b> (pediatric <b>OR</b> neonatal)  <u>Limitationen:</u> peer reviewed, 2014-2024, Sprache: englisch, deutsch	CINAHL via EBSCOhost	291	0
	Pubmed	113	1
Berry-Picking-Methode in PubMed		5	1

(eigene Darstellung)

Die Begriffe „pediatric“ und „neonatal“ wurden nicht in die Suche mit einbezogen, da sich ausschließlich auf volljährige Patient\*innen konzentriert werden sollte. Nach dem ersten Querlesen wurden die Literaturnachweise nach inhaltlichen und formalen Kriterien selektiert und im Literaturverwaltungsprogramm Endnote geordnet. Im Rahmen der Suche in den Fachdatenbanken konnten bereits Limitationen eingegeben werden, welche eine Reduzierung der Trefferanzahl zur Folge hatte. Die Filter hatten die Funktion, dass alle gefundenen Treffer mit der Aktualität und Sprache der vorher definierten Ein- und Ausschlusskriterien übereinstimmten. Zudem wurde durch die Limitation „peer reviewed“ sichergestellt, dass die Ergebnisse glaubwürdig und fundiert sind. Diese Funktion erleichterte das Selektieren irrelevanter Studien. Trotz dessen wurden unter Verwendung der oben

genannten Suchbegriffe 810 Beiträge in den beiden Fachdatenbanken gefunden. 181 dieser Artikel konnten als Duplikate identifiziert werden und weitere 588 Beiträge wurden aufgrund eines nicht zum gesuchten Thema passenden Titels ausgeschlossen. Bei 23 weiteren Artikeln stellte sich durch das Lesen des Abstracts heraus, dass sie ungeeignet waren. Es erfolgte eine Beurteilung der Volltexte anhand der zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien bei den übrigen 18 Studien. 12 von ihnen stimmten nicht mit den Kriterien überein und wurden aus diesem Grund ebenfalls ausgeschlossen. Die übrigen 6 Studien wurden hinsichtlich ihrer Eignung und Qualität geprüft, was Phase 3 des Literaturrechercheprozesses darstellt. Zur Nachvollziehbarkeit des Auswahlprozesses der Studien wurde ein Flowchart (Abbildung 1) in Anlehnung an das PRISMA-Flussdiagramm erstellt.

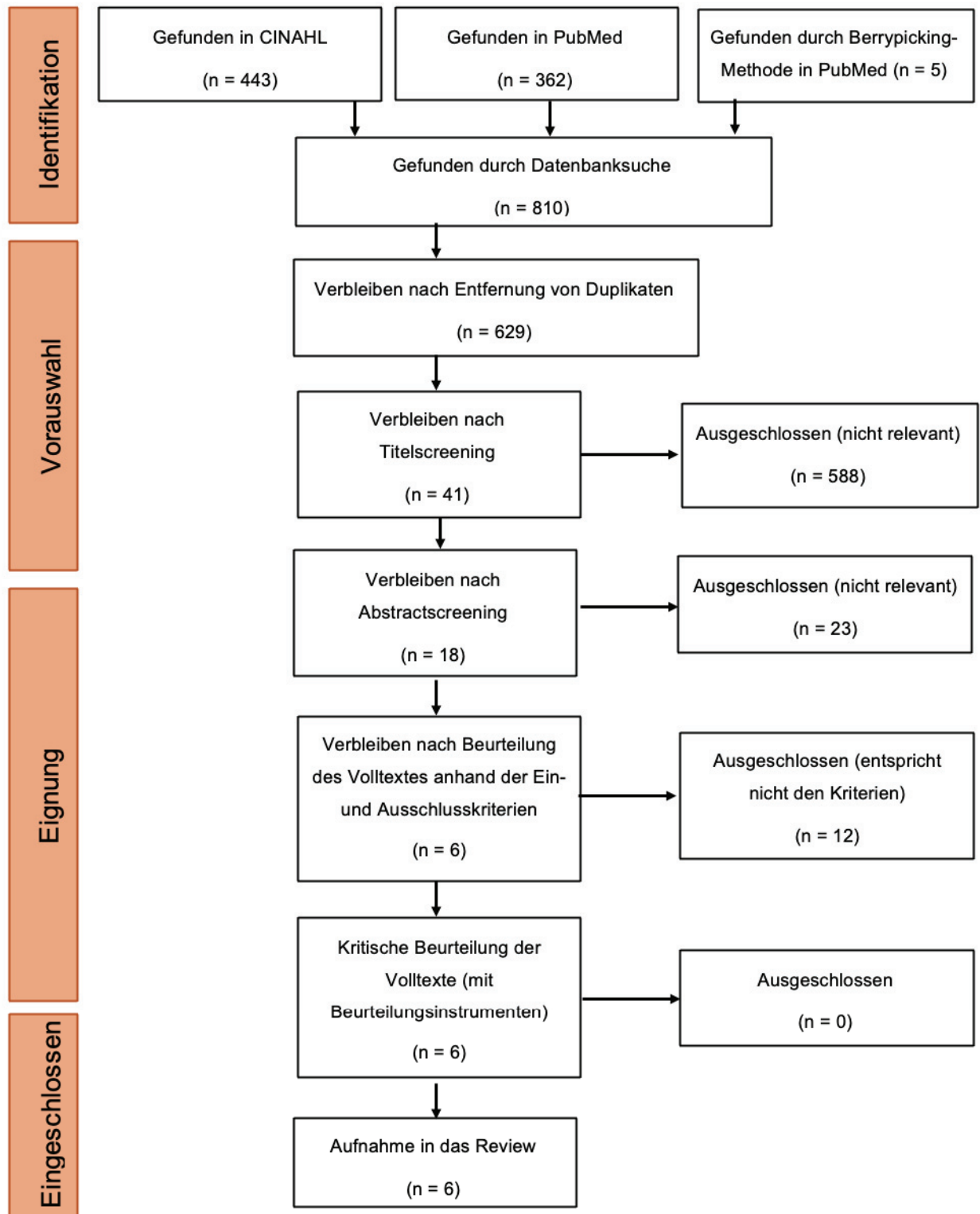


Abbildung 1: Flowchart für die Darstellung verschiedener Phasen einer systematischen Übersicht

(eigene Darstellung in Anlehnung an das PRISMA-Flowchart)

Die kritische Beurteilung schließt den Rechercheprozess ab. Die Bewertung erfolgt zum einen nach der Relevanz der Quellen für das eigene Thema und zum anderen nach formalen und inhaltlichen Qualitätskriterien, die je nach Art der Literatur verschieden, beziehungsweise individuell angepasst sind (Kleibel and Mayer, 2011, S. 85). Die Beurteilung dient zur Feststellung der Glaubwürdigkeit beziehungsweise Validität. (Kleibel and Mayer, 2011, S. 32 f). In diesem Fall fand die kritische Bewertung der qualitativen Studien und systematischen Übersichtsarbeiten anhand der Beurteilungsinstrumente nach Behrens and Langer (2010) und die Bewertung der quantitativen Studien mit Hilfe von Kleibel and Mayer (2011) statt. Die Beurteilungsbögen von Behrens und Langer wurden benotet, indem für jedes Beurteilungskriterium eine Note (anhand der Erfüllung) vergeben wurde und anschließend der Durchschnitt für die Gesamtnote berechnet wurde. Die ausgefüllten Beurteilungsbögen können im Anhang 1 eingesehen werden. Da alle Beurteilungskriterien voll zutreffen oder nur geringe Abweichungen von der optimalen Beschreibung aufweisen, wurden alle 6 Studien als relevant für diese systematische Review beurteilt sowie als qualitativ hochwertig eingestuft und demnach in die Ergebnisdarstellung aufgenommen. Um einen zusammenfassenden Überblick über die ausgewählten Studien zu erhalten, wurden sie im Anhang 2 nach den Kriterien: Ziel, Forschungsfrage, Studiendesign, Informationen über Datenerhebung/-auswertung, Population, Setting und Hauptergebnisse in einer Tabelle zusammengefasst. Außerdem wurde die verwendete Literatur auch in Publikationsjahr, -land und Sprache gegliedert. Die Studien wurden analysiert und die wichtigen Ergebnisse im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

## 4 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung orientiert sich an der Forschungsfrage (und Unterfragen) dieser Arbeit. Daher gliedert sie in pflegerische Strategien zum Umgang mit sterbenden Menschen auf der Intensivstation, Instrumente zur Entscheidungsfindung und Herausforderungen bei der Entscheidungsfindung.

### 4.1 Pflegerische Strategien zum Umgang mit Sterbenden auf der Intensivstation

Kohlen et al. (2015) identifizierten 2 Aktivitäten hinsichtlich des pflegerischen Umgangs mit Sterbenden auf der Intensivstation. Einerseits sehen sie Pflegende in der Pflicht, den Übergang von einer unsicheren Situation zu einer Sterbesituation zu realisieren, indem sie „Akzeptanz des Lebensendes“ (Kohlen et al., 2015, S. 333) anstreben. Andererseits sollen sie im Anschluss alle Beteiligten im Sinne einer Re-orientierung in die neue Behandlungssituation einbeziehen. Die sogenannte Konsens-Suche ist laut Kohlen et al. (2015) ein wichtiger Teil der Re-orientierung und wird als „dosiertes Informieren und Einbringen von Angehörigenstimmen“ (Kohlen et al., 2015, S. 333) verstanden. Eine Konsensentscheidung im multiprofessionellen Team ist laut Klamt (2021) notwendig, um den\*die Betroffene adäquat zu versorgen und zusätzlich die Last von den eigenen Schultern zu nehmen. Dabei ist es die Aufgabe der Pflegenden alle Informationen über den\*die Patient\*in, die die Entscheidungsfindung beeinflussen, sowie Fragen zur Therapiebegrenzung, -reduktion und zum Therapieabbruch im multiprofessionellen Team auszutauschen und transparent zu machen (Klamt, 2021, S. 103). Gefilterte Informationen sollen an Angehörige weitergegeben werden, um sichtbar zu machen, dass der\*die Betroffene sich trotz Maximaltherapie nun in einer Sterbesituation befindet (Kohlen et al., 2015, S. 333). Hierbei geben Pflegende keinen neuen, sondern bereits durch Ärzt\*innen vermittelte medizinische Informationen an Angehörige weiter bzw. wiederholen diese in einer für sie verständlichen Sprache. So können technische Abläufe und beobachtbare Phänomene erklärt werden sowie Vertrauen geschaffen und Sicherheit gegeben werden (Cyrol et al., 2018, S. 140). Neben der Konsens-Suche ist eine weitere Aktivität in der Reorientierungsphase nach Kohlen et al. (2015) die emotionale Stützung. Sie beschreibt die Zeit- und Raumgestaltung und das Sorgen

für Wohlbefinden. Pflegende handeln dabei immer nach den Wünschen und Bedürfnissen des\*der Patient\*in und seiner\*ihrer An- und Zugehörigen (Adler et al., 2017, S. 662). Durch zum Beispiel die Verlegung in ein Einzelzimmer, das Abstellen von technischen Geräten und Mitbringen von persönlichen Dingen kreieren Pflegende eine friedliche Atmosphäre. Kulturelle Unterschiede werden wertfrei angenommen und ermöglicht. Um Leiden zu lindern, führen Pflegende körperbezogene, beruhigende Aktivitäten durch, die jederzeit von Angehörigen übernommen werden können (Cyrol et al., 2018, S. 141). Pflegefachpersonen auf Intensivstationen überwachen die Schmerzlinderung und machen Ärzt\*innen eventuell auf Dosierungsanpassungen aufmerksam (Kohlen et al., 2015, S. 334). Sie interpretieren gemeinsam mit Angehörigen die Mimik und Körpersprache des\*der Sterbenden, um den Sterbeprozess nachvollziehbar zu machen und als zeitlich offen darzustellen. Pflegende spenden Trost, hören aktiv zu und reagieren mitfühlend, auch wenn sie selbst nicht mitleiden. Weiterhin stellen sich Pflegende jederzeit als Ansprechpartner\*in zur Verfügung und lernen durch Betreuungskontinuität familiäre Strukturen besser kennen (Cyrol et al., 2018, s. 140, Adler et al., 2017, S. 661). Zudem unterstützen sie durch Kontaktherstellung zu anderen Disziplinen wie z.B. der Seelsorge und ziehen bei Bedarf ein zur Verfügung stehendes Care Team hinzu (Cyrol et al., 2018, s. 140, Kohlen et al., 2015, S. 334).

In 2 Studien wurde festgestellt, dass Pflegefachpersonen der ICU ihre Arbeitsabläufe an die besondere Situation anpassen und ihre Prioritäten neu setzen, um Freiraum sowie Zeit für Angehörige mit dem\*der Sterbenden zu verschaffen. Durch das Brechen von internen Klinikregeln (wie z.B. Besuchszeiten oder Übernachtungen von Angehörigen im Patient\*innenzimmer) wird den Familienangehörigen die Anwesenheit sowohl vor, während als auch nach dem Tod gewährleistet (Cyrol et al., 2018, s. 139, Kohlen et al., 2015, S. 334). Weiterhin wurde ermittelt, dass erfahreneren Pflegefachpersonen die Durchführung der eben genannten palliativpflegerischen Maßnahmen leichter fallen. Pflegende mit weniger beruflicher Erfahrung ziehen sich häufig aus solchen Betreuungssituationen zurück oder suchen sich Unterstützung bei Kolleg\*innen (Cyrol et al., 2018, s. 140, Kohlen et al., 2015, S. 334).

Aus den Interviews der Studie von Kohlen et al. (2015) geht hervor, dass Pflegende Angehörigen eigenständig gegenüberreten und sie motivieren, ihre Stimme in ärztliche Gespräche einzubringen. Wird die Prognose von Patient\*innen

gegenüber Pflegenden jedoch unklar kommuniziert, nehmen sie eine passive Rolle gegenüber Angehörigen ein (Kohlen et al., 2015, S. 334). Für eine gute Patient\*innenbetreuung sollten laut Adler et al. (2017, S. 661) eine gute Kommunikation im Behandlungsteam vorhanden sein, Entscheidungsfindungen patientenzentriert stattfinden, die Würde der Betroffenen gewahrt werden und die Familie unterstützt werden.

Da der Wille des\*der Patient\*in im Vordergrund steht (Kohlen et al., 2015, S. 333), sollten alle Mitglieder des Behandlungsteams entsprechend danach handeln und entscheiden. Um den Willen der Betroffenen zu ermitteln, gibt es verschiedene Wege und Methoden, die im folgenden Kapitel aufgeführt werden.

## 4.2 Instrumente zur Entscheidungsfindung

Alle Teilnehmenden der Studie von Klamt (2021) sehen Angehörige als wichtigste Ansprechpartner\*innen für die Ermittlung des mutmaßlichen Patient\*innenwillen, wenn der\*die Betroffenen nicht mehr auskunftsfähig ist (Klamt, 2021, S. 102). Auch zuvor behandelnde Ärzt\*innen und die Seelsorge werden als Ansprechpartner für Informationssammlung angesehen. Durch Therapiesgespräche bei der Aufnahme des\*der Betroffenen auf die ICU werden ebenfalls Informationen über den Patient\*innenwillen gesammelt. Wenn keine Angehörigen vorhanden sind, kann eine multiprofessionelle Fallbesprechung (durch Beschreibung der subjektiven Wahrnehmung) angewendet werden (Klamt, 2021, S. 102).

Die Integration von Palliative Care kann laut Adler et. al (2017) durch interdisziplinäre Visiten, bei denen Palliativmediziner\*innen beteiligt werden, oder durch Screeningverfahren verbessert werden und die Zahl der palliativmedizinischen Konsile steigern. Außerdem wird die Einführung von Triggern im intensivmedizinischen und -pflegerischen Bereich empfohlen, um auf palliative Bedürfnisse von Betroffenen hinzuweisen und somit automatisch eine palliativmedizinische Mitbehandlung auszulösen. Diese Maßnahmen haben einen Konsens über das Therapieziel zwischen allen Beteiligten zum Ziel (Adler et al., 2017, S.665). Aus den Interviews der Studie von Kohlen et al. (2015) geht hervor, dass Pflegende zur Konsensfindung vorerst ethische Fallberatungen vorschlagen. Das Hinzuziehen von Unterstützungsinstrumenten wie standardisierte Entscheidungsfindungsmodelle oder das klinische Ethikkomitee erscheint den

Befragten der Studie von Klamt (2021) nicht als notwendig, da diese Einrichtung noch nicht lange am bayrischen Uniklinikum etabliert ist. Außerdem bringt es einen hohen organisatorischen und personellen Aufwand mit sich und schwierige Fälle können über Patientenkonferenzen oder multiprofessionelle Fallbesprechung gelöst werden (Klamt, 2021, S. 102). Aufgrund von Objektivitätsbedarf erachtet der Großteil der Teilnehmenden das Hinzuziehen von Unterstützungsinstrumenten als zweckmäßig, dennoch nicht als erforderlich. Der Kontakt zu palliativmedizinischen und -pflegerischen Fachpersonen wird durch Konsilstellungen für besondere Fragestellungen und Verlegungen von schwerstkranken Intensivpatient\*innen in Anspruch genommen. Außerdem wünschen sich die Interviewten, dass der Kontakt zu einer Psychoonkologen beziehungsweise zu einem\*er Palliativmediziner\*er früher hergestellt wird und regelmäßige Kontakte durch z.B. konsiliarische Visiten durchgeführt werden (Klamt, 2021, S. 102).

„Möglich wird eine Entscheidung im Konsens mit dem multiprofessionellen Team durch verschiedene Besprechungen, Übergaben, Visiten und multiprofessionelle Fallbesprechungen bzw. Patientenkonferenzen“ (Klamt, 2021, S. 103). Häufig ergeben sich Besprechungsoptionen während Gesprächen in der Visite oder nach neu aufgenommen und analysierten Befunden. Laut Klamt (2021, S. 103) werden Konsensentscheidungen vor allem während der morgendlichen Oberarztbesprechungen, in denen die Therapieziele der Intensivpatient\*innen für den folgenden Tag diskutiert und evaluiert werden, umgesetzt.

Aus der Analyse von Lenz et al. (2017) geht hervor, dass von 669 Patient\*innen, die in einem Jahr auf einer ICU behandelt wurden, rund 40% vom Palliative Care Team (PCT) betreut wurden. In 13 Fällen bestanden Meinungsunterschiede zwischen dem Behandlungsteam und den Angehörigen. 5-mal war ein gezielter Einsatz einer Familienkonferenz notwendig, um eine von allen akzeptierte Entscheidung zu erreichen. Nach Einführung des Mischmodells im Konventhospital stieg die Anzahl der vom PCT betreuten Patient\*innen über das Doppelte an (Lenz et al., 2017, S. 727). Es konnte nachgewiesen werden, dass die fixe Anwesenheit von palliativmedizinischen Mitarbeitenden auf der Intensivstation das gegenseitige Kennenlernen, eine engere Vertrautheit und den Wissensaustausch zwischen beiden Disziplinen verbessert (Lenz et al., 2017, S. 728). Auch die palliativmedizinische Aktivität auf der ICU ist angestiegen, obwohl nur rund 41% der Verstorbenen palliativmedizinisch behandelt wurden. Daraus schlussfolgern Lenz et al. (2017), dass der Bedarf an Palliative Care



möglicherweise größer war. Gründe für die Nichtbetreuung waren die „Nicht-Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit“ (Lenz et al., 2017, S. 729) von Palliativmediziner\*innen, Wochenendaufnahmen und zu kurze Aufenthaltsdauer. Als Hauptaufgaben des PCT ermittelten Lenz et al. neben der Koordination, Durchführung und Mithilfe bei der klassischen palliativen Betreuung, die Anregung und Führung von ethischen Diskussionen über Vorenhalt, Begrenzung oder Abbruch der Therapie sowie die Angehörigenbetreuung (Lenz et al., 2017, S. 729).

Häufig wurden nach Denke et al. (2023) Entscheidungen bezüglich der Therapiebegrenzung getroffen, wenn die Betroffenen hochbetagt oder entscheidungsfähig waren oder eine gültige Patient\*innenverfügung vorlag. Die getroffenen Entscheidungen basierten auf Patient\*innenwünschen und wurden im multiprofessionellen Team mit Angehörigen nach ethischen Aspekten diskutiert. In einigen Intensivstationen mit hohen ethischen Standards wurden häufiger Therapiebegrenzungen festgelegt, was mit dem Vorhandensein von palliativmedizinischen Strukturen zusammenhängt (Denke et al., 2023, S. 668).

### **4.3 Herausforderungen bei der Entscheidungsfindung auf der Intensivstation**

In der deskriptiven Analyse von Lenz et al. (2017) wurde festgestellt, dass die Einbindung von Palliative Care nur bei einem Teil der Intensivpatienten und erst in der terminalen Phase erfolgte (Lenz et al., 2017, S. 729).

Es lässt sich jedoch nachweisen, dass eine frühzeitige Einbindung der Palliative Care in die intensivmedizinische Behandlung sowohl die Zufriedenheit der Patient\*innen als auch ihrer Angehörigen verbessert. Außerdem wird die Behandlungsqualität gesteigert, die Krankenhausverweildauer verkürzt und die Ressourcen geschont, ohne die Sterblichkeit zu erhöhen (Adler et al., 2017, S. 665). Dennoch zeigt die Auswertung der Studien, dass die Vernetzung von Intensiv- und Palliativmedizin bzw. -pflege auf der Intensivstation nicht zufriedenstellend ist und sich als ausbaufähig herausstellt (Klamt, 2021, S. 101, Adler et al., 2017, S. 665).

Die Entscheidungsfindung ist eine Herausforderung im intensivmedizinischen und -pflegerischen Setting, da Patient\*innen oftmals nicht entscheidungsfähig sind, keine Patient\*innenverfügung vorhanden ist oder eine unklar formulierte und somit nicht eindeutige Patient\*innenverfügung vorliegt (Denke et al., 2023, S. 666). In der Untersuchung von Lenz et. al (2017) waren nur 10 von 108 untersuchten Intensivpatient\*innen entscheidungsfähig, 14 waren im Besitz einer Patient\*innenverfügung und 2 hatten eine Vorsorgevollmacht (Lenz et al., 2017, S. 726). Um diese Situation zu verbessern, sollte eine frühzeitige Thematisierung der Vorsorgeplanung und der damit verbundenen EoL-Maßnahmen angestrebt werden (Denke et al., 2023, S. 669, Lenz et al., 2017, S. 728). Unter der Leitung von Hospiz Österreich in den Beirat Hospiz und Palliative Care (HPC) und weiteren Expert\*innen wurde ein Vorsorgedialog formuliert der zukünftig auch Anwendung im Krankenhaus finden soll (Lenz et al., 2017, S. 728).

Pflegende sehen es als Pflicht an, Angehörige in den Entscheidungsfindungsprozess zu integrieren (Kohlen et al., 2015, S. 333). Denke et al. (2023) fanden jedoch heraus, dass der Wille des\*der Betroffenen häufig trotz Gesprächen mit Angehörigen unklar bleibt. In der ETHICUS-2 Studie wurden in 80% der Fälle Familienangehörige mit einbezogen, in 11% der Fälle fühlten sie sich jedoch unwohl und wünschten keine Einbeziehung (Denke et al., 2023, S. 668). Laut Cyrol et al. (2018, S. 139) sehen sich Pflegefachpersonen in einem Spannungsfeld zwischen dem Bedarf an Zeitlichkeit der Familienangehörigen und der Erwartungshaltung des ärztlichen Dienstes. Dennoch wurde von Denke et al. (2023, S. 668) nachgewiesen, dass Entscheidungen überwiegend von Ärzt\*innen getroffen werden und Pflegefachpersonen sowie andere Berufsgruppen selten aktiv diesen Prozess initiieren. Wohingegen die Befragten der Studie von Klamt (2021, S. 103) die Entscheidungsfindung als Standard des ärztlichen und pflegerischen Teams empfinden.

Zudem fehlen Mitarbeitenden des Intensivmedizinischen und -pflegerischen Behandlungsteams häufig Wissen und Erfahrung aufgrund mangelnder Aus- und Weiterbildungen bezüglich schwieriger Gesprächssituationen und Kommunikationsfähigkeiten (Cyrol et al., 2018, S. 142). Das kann zur Folge haben, dass Pflegende Familienangehörige gar nicht oder kaum einbeziehen und demnach Situationen mit Angehörigen meiden (Cyrol et al., 2018, S. 136). Daher besteht der Wunsch nach einer dauerhaften oder zeitweiligen, aber vor allem durch Standards festgelegte, Zusammenarbeit mit der Palliativmedizin bzw. -

pflege durch z.B. eine palliativpflegerische Ausbildung einer Intensivpflegefachperson oder die Durchführung von Pflegevisiten durch Palliativfachkräfte (Klamt, 2021, S. 102).

## 5 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse diskutiert und mit den Hypothesen aus der Einleitung verglichen. Dies erfolgt nach der gleichen Struktur wie bei der Ergebnisdarstellung. Folglich werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten der beschriebenen Ergebnisse der Studien erörtert. Zudem wird auf die Beantwortung bzw. Erfüllung der zu Beginn formulierten Fragestellungen und Zielsetzungen sowie Übertragbarkeit in die Praxis eingegangen. Es wird im Anschluss eine kritische methodische und inhaltliche Reflexion durchgeführt.

Die vorliegende Arbeit verfolgte das Ziel, Strategien von Pflegefachpersonen im Umgang mit ethischen Herausforderungen im Rahmen der Palliative Care im intensivmedizinischen und -pflegerischen Setting zu analysieren. Außerdem sollten die Herausforderungen auf Intensivstationen hinsichtlich dieser Thematik aufgezeigt und auf Instrumente zur Entscheidungsfindung eingegangen werden.

### 5.1 Pflegerische Strategien zum Umgang mit Sterbenden auf der Intensivstation

Mit Hilfe der Durchführung einer Literaturrecherche und anschließender Ergebnisdarstellung ist den Studien zu entnehmen, dass Pflegende ein überwiegend gleiches Verständnis bezüglich ihrer Rolle im Entscheidungsfindungsprozess auf ICUs haben. Sie handeln patientenzentriert und sind sich ihrer zentralen Rolle im multiprofessionellen Team bewusst. Sie verstehen aber auch ihre Tätigkeit als Begleiter\*innen und Ansprechpartner\*innen für Schwerstkranke sowie deren Angehörige. Pflegefachpersonen im Intensivsetting kennen die Grenzen ihres Berufsbildes und können individuell entsprechende Kontakte bzw. Disziplinen vermitteln (Adler et al., 2017, S. 662). Die Erkenntnisse bestätigen gleichzeitig die anfänglichen Vermutungen der Autorin. Die Versorgungsqualität und der Umgang der Pflegefachpersonen gegenüber Betroffenen in einer Sterbesituation und deren Angehörigen werden durch die ärztliche Kommunikation (Kohlen et al., 2015, S. 333), die Erfahrung und das Wissen der Pflegenden sowie durch vorhandene Ressourcen beeinflusst (Cyrol et al., 2018, S. 140). Die Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit kann durch regelmäßige Konsile, gemeinsame Visiten und Besprechungen gestärkt werden. Trotzdem fehlen Intensivpflegefachpersonen und

-ärzt\*innen häufig die benötigten Kompetenzen bezüglich palliativer Maßnahmen. Dies betont die Notwendigkeit von Schulungen, Weiter- und Ausbildungen, die insbesondere auf die kommunikativen und ethischen Fähigkeiten zugeschnitten sind (Cyrol et al., 2018, S. 142). Weitere pflegerische Strategien sind das proaktive Zugehen auf Angehörige und Erfragen von Wünschen. Pflegende sind in der Lage ihre Arbeitsabläufe individuell nach den Bedürfnissen anzupassen und kreative Lösungen für Probleme zu finden. Zudem schaffen sie eine angenehme Atmosphäre, klären Fragen und Unklarheiten und stellen teilweise das Sprachrohr zu Ärzt\*innen dar. Es lässt sich in den Studien ein kleiner Unterschied bezüglich der Verantwortlichkeiten im Entscheidungsfindungsprozess erkennen. Während Denke et al. (2023) aus der ETHICUS-2 Studie schließen, dass Pflegende selten den Entscheidungsfindungsprozess initiieren und Entscheidungen überwiegend von Ärzt\*innen getroffen werden, sehen die Interviewten von Klamt (2021) den Prozess als Standard des pflegerischen und ärztlichen Teams an, ohne dabei Unterschiede in der Verantwortlichkeit zu benennen. Diese Wahrnehmung kann mit der geringen Stichprobe und Einseitigkeit der Studie von Klamt zusammenhängen. Dennoch sind sich alle Studien über die hohe Bedeutung der Beteiligung von Pflegenden im multiprofessionellen Behandlungsteam am Entscheidungsfindungsprozess einig, wenn auch mit leicht unterschiedlich großem Einfluss der einzelnen Professionen. Die Hierarchiebildung zwischen Ärzt\*innen und Pflegenden, die sich je nach Klinik oder auch Region unterscheiden kann, könnte ein Grund für die Abweichungen innerhalb der Studien sein. Bei der Recherche konnte jedoch festgestellt werden, dass im Allgemeinen mehr Studien zu finden sind, die sich mit der ärztlichen Perspektive und weniger mit der pflegerischen Sichtweise auseinandersetzen (Kohlen et al., 2015, S. 330).

## 5.2 Instrumente zur Entscheidungsfindung

Um die erste Unterfrage, die sich mit Instrumenten zur Entscheidungsfindung befasst, zu beantworten, können ebenfalls die Ergebnisse der Studien herangezogen werden. Die zuvor formulierte Hypothese wird bestätigt, indem sich feststellen lässt, dass das Wissen über die Anwendung von Instrumenten zur Entscheidungsfindung allen Pflegefachpersonen bekannt ist. Sie empfinden die Durchführung von multiprofessionellen und ethischen Fallbesprechungen, Familienkonferenzen und das Hinzuziehen des Ethikkomitees als zweckmäßig für

die Konsensfindung (Adler et al., 2017, S.665). Zusätzlich wurden noch weitere Instrumente wie die Einführung von Triggern, palliativmedizinische Konsile, Screeningverfahren, Palliative Care Teams aber auch multiprofessionelle Visiten einerseits zur Bearbeitung von Konflikten und andererseits zur stärkeren Verknüpfung von Palliative Care und Intensivversorgung identifiziert. Durch diese Verfahren kann die Entscheidungsqualität verbessert und die Belastung des gesamten Behandlungsteams reduziert werden (Adler et al., 2017, Lenz et al., 2017). Das wird ebenfalls im Konsensuspapier von Michels et al. (2023) bestätigt. Die Befragten der Studie von Klamt (2021) äußerten jedoch, keine Notwendigkeit für das Hinzuziehen des Ethikkomitees zu sehen. Die Gründe dafür werden bereits von Klamt diskutiert und lassen sich darauf zurückführen, dass einerseits das Komitee noch nicht lange am Klinikum integriert ist und andererseits die Anwendung als zeitaufwändig und unpraktisch wahrgenommen wird. Stattdessen werden pragmatische Ansätze wie multiprofessionelle Fallbesprechungen oder Familienkonferenzen verwendet. Dadurch fehlt jedoch der objektive Blick der Entscheidungsgrundlagen (Klamt, 2021, S. 102). Auch aufgrund der geringen Stichprobe und den Einbezug einer einzigen Intensivstation in einem Krankenhaus ist das Ergebnis von Klamt weniger aussagekräftig als die Ergebnisse anderer Studien mit größeren Stichproben. Alle Studien sind sich jedoch einig, dass die Thematisierung von Palliative Care bei der Behandlung von Intensivpatient\*innen bereits frühzeitiger erfolgen sollte und nicht erst in der letzten Lebensphase. Herausforderungen dieser Art werden im folgenden Kapitel diskutiert, welches sich auf die 2. Unterfrage bezieht.

### **5.3 Herausforderungen bei der Entscheidungsfindung auf der Intensivstation**

Die Ergebnisse der Studien weisen auf, dass nur ein geringer Teil der Patient\*innen im Besitz einer gültigen Patient\*innenverfügung oder Vorsorgevollmacht ist, wie bereits vor Durchführung der Literaturrecherche vermutete wurde. Es herrscht also Einigkeit darüber, dass ein Bedarf an einer frühzeitigen Vorsorgeplanung wie z.B. durch ACP besteht, wie es auch von Schuster et al. (2017) beschrieben wird. Als Ansatzpunkt formulieren Adler et al. (2017) die Einführung standardisierter Prozesse. Die zuvor beschriebenen Trigger zur Erkennung des Bedarfs an Palliative Care können eine frühzeitigere

Einbindung von palliativpflegerischen und -medizinischen Maßnahmen auslösen. Diese Aspekte dienen als Ansatz für die Übertragung auf die Pflegepraxis. Zusätzlich gehen Lenz et al. (2017) auf den Vorsorgedialog des HPC und die verschiedenen Integrierungsmodelle von Palliative Care in die Intensivversorgung ein, die Wiese (2023) ebenfalls vorstellt. Die übrigen Studien benennen keine weiteren Möglichkeiten zur früheren Einbindung in die Praxis. Die Erkenntnis, dass die Einführung eines Mischmodells zur Verbesserung und gesteigerter Aktivität von Palliative Care führen soll (Lenz et al., 2017), wurden ebenfalls in anderen Studien von Braus et al. (2016) bestätigt. Es wurden außerdem in früheren Untersuchungen (Norton et al. 2007) Vorteile wie Kostensenkung, gesteigerte Patient\*innen- und Angehörigenzufriedenheit sowie geringere Krankenhausliegedauer durch die frühzeitige Einbringung von palliativen Maßnahmen ebenfalls bestätigt (Adler et al., 2017, S. 662). Alternativ wünschen sich Mitarbeitende der ICU eine zeitweilige oder dauerhafte Integration von Fachpersonen mit palliativen Kompetenzen in der Intensivversorgung (Klamt, 2021, S. 102). Diese kann demnach durch die unterschiedlichen Modelle zur Implementierung (Wiese, 2023) wie das Mischmodell in der Studie von Lenz et al. (2017), gewährleistet werden.

## 5.4 Kritische Reflexion

Die folgende Reflexion dient zur Darlegung der inhaltlichen und methodischen Stärken und Schwächen dieser Arbeit, um sowohl deren Aussagekraft als auch die Grenzen aufzuzeigen.

### 5.4.1 Inhaltlich

Die Erkenntnisse dieser Arbeit sind wichtig für die zukünftige Pflegepraxis, da die Lebenserwartung der Menschen ansteigt und die Palliative Care somit an Bedeutungszuwachs gewinnt. Auf den Einfluss der kulturellen Unterschiede auf die Palliativversorgung wurde in dieser Arbeit nicht eingegangen, was jedoch in zukünftigen Forschungen zunehmend thematisiert werden sollte, um sich als Pflegefachperson individueller anpassen zu können. Außerdem sollte in zukünftigen Studien ein größerer Fokus auf die separate Erhebung der pflegerischen Perspektive (und therapeutischer Berufe) gelegt werden, da diese nachweislich geringer vertreten sind als die ärztliche. Das lässt sich vermutlich auf eine noch neue (späte) Professionalisierung und Akademisierung der Pflege zurückzuführen. Auch die Perspektive der Betroffenen selbst und ihrer Angehörigen wird in dieser Arbeit kaum berücksichtigt. In der Ergebnisdarstellung wird sich zudem hauptsächlich auf Erkenntnisse fokussiert, die sich mit der Forschungsfrage dieser Arbeit beschäftigen, wodurch die Universalität der Ergebnisse eingeschränkt wird. Die ermittelten Strategien und Erkenntnisse für den Umgang mit ethischen Konflikten auf der Intensivstation bieten zwar praxisnahe Ansätze, die tatsächliche Umsetzung jedoch hängt von institutioneller Unterstützung ab. Daher könnte sich die Anwendbarkeit der Strategien in ressourcenarmen Settings als herausfordernd herausstellen und müsste demnach in künftigen Forschungen überprüft werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bieten dennoch einen Mehrwert für die Praxis, da sie konkrete Handlungsempfehlungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit liefern.



#### 5.4.2 Methodisch

Durch die Erstellung eines systematisierten Reviews wurden selbst keine Primärdaten erhoben, was die Übertragbarkeit einschränkt. Um die Darstellung der Methodik der verwendeten Studien zu gewährleisten, wurde die kritische Beurteilung tabellarisch (Anhang 1) vorgenommen. Um den Rahmen der Arbeit nicht zu sprengen, wurde die Auswahl durch verschiedene Faktoren eingegrenzt. Neben den Sprachkenntnissen der Autorin, aufgrund derer ausschließlich deutsch- und englischsprachige Literatur einbezogen wurde, stellte die zeitliche Begrenzung von 2014-2024 eine Limitation dar. Auch der geografische Raum war auf die DACH-Staaten beschränkt, um die Ergebnisse auf Deutschland anwendbar zu machen. Daher wurden Publikationen vor 2014 und aus anderen Ländern, die einen historischen oder weitergehenden Blick auf die Thematik geboten hätten und somit eventuell zu ähnlichen oder anderen Erkenntnissen gekommen wären, nicht berücksichtigt. Allerdings kann nicht gewährleistet werden, dass alle Informationen ausschließlich in Deutschland, Österreich oder der Schweiz erhoben wurden, da die Studien von Adler et al. (2017) und Kohlen et al. (2015) zwar in einem deutschsprachigen Land publiziert wurden, aber dennoch zusätzliche Daten bzw. Erhebungen aus anderen Ländern beinhalten. Der Rechercheprozess wurde im Methodikteil systematisch und transparent beschrieben, jedoch könnten potenziell relevante Studien durch die Fokussierung auf nur 2 spezifische Datenbanken (CINAHL, PubMed) übersehen worden sein. Gründe dafür sind, dass in weiteren Datenbanken (CareLit, LIVIVO) keine passende Literatur gefunden werden konnte oder der Zugang zu anderen pflegespezifischen Fachdatenbanken begrenzt war. Aufgrund der geforderten Bedingungen von einem zeitlichen Rahmen von 8 Wochen und einem Umfang von 30 Seiten für die vorliegende Arbeit wurden nur 6 Studien einbezogen. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass andere Literaturnachweise weitere Ergebnisse zur behandelten Thematik aufweisen. Da 4 von 6 Studien auf qualitativen Studiendesigns basieren, könnte die geringe Anzahl an quantitativen Studien eine Begrenzung der Übertragbarkeit zur Folge haben. Zukünftige Forschung sollte mehr quantitative Ansätze und im besten Fall Meta-Analysen integrieren, um die Erkenntnisse empirisch zu belegen. Auch der Einbezug beider Studiendesigns erschwert den Vergleich der Ergebnisse. Zudem wurden in der vorliegenden Arbeit keine eigenen empirischen Daten erhoben, sondern ausschließlich aus anderen Studien übernommen. Zugunsten der Lesbarkeit wurde in der Arbeit der Begriff „Angehörige“ für alle vertrauten,

nahestehenden Personen, die an der Versorgung beteiligt sind, verwendet und meint ebenfalls „Zugehörige“. Die Wiederholbarkeit der Literaturrecherche ist durch klar definierte Ein- und Ausschlusskriterien gegeben, doch die subjektive Interpretation der Ergebnisse kann dennoch zu einer Verzerrung führen.

## 6 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich mit Strategien von Pflegefachpersonen im Umgang mit ethischen Herausforderungen im Rahmen der Palliativ Care im intensivmedizinischen und -pflegerischen Setting. Dabei wurde sich auf die Herausforderungen bei der Entscheidungsfindung auf Intensivstationen und Instrumente zur Entscheidungsfindung fokussiert.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen, dass eine engere Einbindung von Palliativ Care auf Intensivstationen in vielen deutschen Einrichtungen noch notwendig ist. Sie ist aufgrund von strukturellen Hindernissen, fehlenden Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Mitarbeitende und teilweise mangelnden interdisziplinären Kommunikation, noch ausbaufähig. Allerdings hat sich gezeigt, dass eine frühzeitige Integration palliativer Maßnahmen in die Behandlung Schwerstkranker die Versorgungsqualität und Patient\*innenzufriedenheit steigern kann (Adler et al., 2017, S. 662 f). Pflegefachpersonen nehmen eine zentrale Rolle in der Entscheidungsfindung im multiprofessionellen Behandlungsteam ein. Gleichzeitig übernehmen sie die Aufgabe der Begleitung und Betreuung von Betroffenen und deren Angehörigen durch Kommunikation, emotionale Stützung und Schaffung einer würdevollen Umgebung. Parallel dazu agieren sie in einem Spannungsfeld zwischen ärztlichen Entscheidungsprozessen und den Bedürfnissen der Patient\*innen und deren Familien (Adler et al., 2017, S. 662, Kohlen et al., 2015, S. 332 f). Eine weitere Herausforderung auf ICUs sind unklare oder fehlende Patient\*innenverfügungen, denen durch Instrumente wie ethische Fallbesprechungen, interdisziplinäre Visiten und dem Einsatz von Palliative Care Teams entgegengewirkt werden können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine enge Einbindung der Palliativversorgung, eine verbesserte Kommunikation und standardisierte Entscheidungsprozesse dazu beitragen können, ethische Herausforderungen auf

Intensivstationen zu bewältigen und die Versorgung von Menschen am Lebensende patientenzentriert zu gestalten.

Zukünftig sollte die Einführung von standardisierten Instrumenten zur Entscheidungsfindung und ihre Auswirkungen auf die Praxis erforscht werden sowie Schulungsmöglichkeiten für Pflegende geschaffen werden, um ihre kommunikativen und ethischen Kompetenzen zu stärken. So entsteht eine gefestigte Grundlage für den Umgang mit Sterbenden im Intensivversorgungsbereich für Pflegende. Langfristig ist zu empfehlen, politische und institutionelle Maßnahmen zu ergreifen, um strukturelle Voraussetzungen für eine bessere Verknüpfung von Intensiv- und Palliativmedizin bzw. -pflege zu schaffen.

## Literaturverzeichnis

- ADLER, K., SCHLIEPER, D., KINDGEN-MILLES, D., MEIER, S., SCHWARTZ, J., VAN CASTER, P., SCHAEFER, M. S. & NEUKIRCHEN, M. 2017. Integration der Palliativmedizin in die Intensivmedizin. *Der Anaesthetist*, 66, 660-666.
- BATES, M. J. 1989. The design of browsing and berrypicking techniques for the online search interface. *Online review*, 13, 407-424.
- BEAUCHAMP, T. & CHILDRESS, J. 2019. Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *The American Journal of Bioethics*, 19, 9-12.
- BEHRENS, J. & LANGER, G. 2010. *Evidence-based Nursing and Caring*, Bern, Hans Huber.
- BRAUS, N., CAMPBELL, T. C., KWEKKEBOOM, K. L., FERGUSON, S., HARVEY, C., KRUPP, A. E., LOHMEIER, T., REPPLINGER, M. D., WESTERGAARD, R. P., JACOBS, E. A., ROBERTS, K. F. & EHLENBACH, W. J. 2016. Prospective study of a proactive palliative care rounding intervention in a medical ICU. *Intensive Care Med*, 42, 54-62.
- BUNDESAMT, S. 2024. *Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern* [Online]. Bonn: Statistisches Bundesamt. Available: [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_isgbe5.prc\\_menu\\_olap?p\\_uid=gastd&p\\_aid=95880151&p\\_sprache=D&p\\_help=0&p\\_indnr=550&p\\_indsp=&p\\_ityp=H&p\\_fid=#SOURCES](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gastd&p_aid=95880151&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=550&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=#SOURCES) [Accessed 19.12.2024].
- BUNDESÄRZTEKAMMER, D., DHPV. 2020. *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland* [Online]. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP), Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV), Bundesärztekammer. Available: [https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/2020\\_Charta%20Broschuere\\_Stand\\_Jan2020.pdf](https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/2020_Charta%20Broschuere_Stand_Jan2020.pdf) [Accessed 29.11.2024].
- CONRADI, E. 2001. *Take care: Grundlagen einer ethik der achtsamkeit*, Campus-Verlag.
- CYROL, K., FRÖHLICH, M. R., PIATTI, F. & IMHOF, L. 2018. End-of-Life-Care auf der Intensivstation: Pflegerische Strategien zum Einbezug von Familienangehörigen am Ende eines Lebens. *Pflege*, 31, 135-143.
- DENKE, C., JASCHINSKI, U., RIESSEN, R., BERCKER, S., SPIES, C., RAGALLER, M., WEISS, M., DEY, K., MICHALSEN, A. & BRIEGEL, J. 2023. End-of-life practices in 11 German intensive care units: results from the ETHICUS-2 study. *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 118, 663-673.
- GRANT, M. J. & BOOTH, A. 2009. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health information & libraries journal*, 26, 91-108.

- HEINEMANN, W. 2005. *Ethische Fallbesprechung - Eine interdisziplinäre Form klinischer Ethikberatung* [Online]. Köln: MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH. Available: [https://www.malteser.de/fileadmin/Files\\_sites/Fachbereiche/Krankenhausser/Downloads/ethische\\_fallbesprechung.pdf](https://www.malteser.de/fileadmin/Files_sites/Fachbereiche/Krankenhausser/Downloads/ethische_fallbesprechung.pdf) [Accessed 22.10.2024].
- KLAMT, A. C. 2021. Therapiezieländerung auf der Intensivstation—eine Untersuchung mit involvierten Berufsgruppen. *Pflegewissenschaft*, 23, 98-106.
- KLEIBEL, V. & MAYER, H. 2011. *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. Manual. 2., überarb. Aufl. ed.* Wien: Facultas.wuv.
- KOHLLEN, H. 2005. Elisabeth Conradi (2001) Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. *Ethik in der Medizin*, 17, 169-173.
- KOHLLEN, H., MCCARTHY, J., SZYLIT BUOSSO, R., GALLAGHER, A. & ANDREWS, T. 2015. Dialogisches Realisieren und Reorientieren—Pflegerische Entscheidungsfindungsprozesse und Aktivitäten am Lebensende auf der Intensivstation im internationalen Vergleich. *Pflege*, 28, 329-338.
- LEITLINIENPROGRAMM, O. 2021. *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Kurzversion 2.3* [Online]. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF, AWMF-Registriernummer: 128/001OL. Available: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> [Accessed 28.11.2024].
- LEMM, H., HOEGER-SCHÄFER, J. & BUERKE, M. 2018. Palliativbehandlung. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 113, 249-255.
- LENZ, K. 2020. Angewandte klinische Ethik. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 115, 649-653.
- LENZ, K., HOFMANN-BICHLER, B., PIHRINGER, J., FIRLINGER, F., PICKL, A. & CLODI, M. 2017. Palliative Care auf der Intensivstation. *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 112, 724-730.
- LOBIONDO-WOOD, G. & HABER, J. 2005. *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung*, Elsevier, Urban und Fischer.
- MICHELS, G., JOHN, S., JANSSENS, U., RAAKE, P., SCHÜTT, K. A., BAUERSACHS, J., BARCHFELD, T., SCHUCHER, B., DELIS, S., KARPFWISSEL, R., KOCHANNEK, M., VON BONIN, S., ERLEY, C. M., KUHLMANN, S. D., MÜLLGES, W., GAHN, G., HEPPNER, H. J., WIESE, C. H. R., KLUGE, S., BUSCH, H.-J., BAUSEWEIN, C., SCHALLENBURGER, M., PIN, M. & NEUKIRCHEN, M. 2023. Palliativmedizinische Aspekte in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 118, 14-38.
- NEITZKE, G., BURCHARDI, H., DUTTGE, G., HARTOG, C., ERCHINGER, R., GRETENKORT, P., MICHALSEN, A., MOHR, M., NAUCK, F., SALOMON, F., STOPFKUCHEN, H., WEILER, N. & JANSSENS, U. 2016. Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 111, 486-492.
- NORTON, S. A., HOGAN, L. A., HOLLOWAY, R. G., TEMKIN-GREENER, H., BUCKLEY, M. J. & QUILL, T. E. 2007. Proactive palliative care in the

medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high-risk patients. *Crit Care Med*, 35, 1530-5.

SCHUSTER, M., FERNER, M., BODENSTEIN, M. & LAUFENBERG-FELDMANN, R. 2017. Palliative Therapiekonzepte in der Intensivmedizin. *Der Anaesthetist*, 66, 233-239.

SEPÚLVEDA, C., MARLIN, A., YOSHIDA, T. & ULLRICH, A. 2002. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*, 24, 91-6.

VANDEN BERGH, H. & WILD, D. M. G. 2015. Palliativmedizin – Über das Lebensende reden auf der Intensivstation. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, 50, 56-63.

WALLNER, J. 2014. Sterben auf der Intensivstation. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 109, 13-18.

WIESE, C. 2023. Anästhesiologische Palliativ-Versorgung in der Intensiv- und Notfallmedizin-Modelle zur Optimierung der Patientenversorgung. *Anaesthesiologie & Intensivmedizin*, 64.

## Anhang

### Anhang 1: Kritische Beurteilung der Studien

#### Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

**Quelle:** Kohlen, H., McCarthy, J., Szylit Buosso R., Gallagher, A. & Andrews, T. 2015. Dialogisches Realisieren und Reorientieren–Pflegerische Entscheidungsfindungsprozesse und Aktivitäten am Lebensende auf der Intensivstation im internationalen Vergleich. *Pflege*, 28, 329-338.

**Forschungsfrage:** „Welche pflegerischen Entscheidungsfindungsprozesse und Aktivitäten lassen sich am Lebensende in verschiedenen Ländern identifizieren und beschreiben?“

---

#### Glaubwürdigkeit

---

**1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?**

*Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

Die Forschungsfrage sowie das Ziel der Arbeit wurden präzise formuliert.

**2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?**

*z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

Es kam der Forschungsansatz der Grounded Theory zur Anwendung, um Interaktions- und Handlungsmuster in sozialen Prozessen herauszufinden.

**3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?**

*Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

Es wurde eine Literaturrecherche (für den Zeitraum 1992-2012) durchgeführt. Das Ziel war die Identifikation der Forschungsbefunde zu pflegerischen Aktivitäten und Entscheidungsfindungsprozessen am Lebensende auf der Intensivstation.

**4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?**

*Wie erfolgte die Auswahl?*

Das Einschlusskriterium für die Auswahl der Teilnehmenden war die aktuelle Arbeit auf einer Intensivstation sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in der Pflege von Intensivpatient\*innen. Es wurden 51 Pflegende aus 5 Ländern (Brasilien, England, Deutschland, Irland, Palästina) interviewt.

**5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?**

*Auch die Perspektive des Forschers?*

Die Anzahl der Interviewten der jeweiligen Länder wurde benannt. Es handelte sich um eine heterogene Stichprobe in Bezug auf Gender, Alter und Sozialstatus. Jedoch konnte die Verteilung dieser Merkmale nicht nachvollzogen werden, da keine Übersicht oder Beschreibung dieser enthalten war. Auf die Perspektive der Forschenden wurde kaum eingegangen.

---

**6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?** Methode der Datensammlung?

Ja, der Prozess der Datenerhebung wurde detailliert beschrieben. Die Daten wurden durch ein offenes, mit einem flexiblen Leitfaden unterstütztes Interviewverfahren zwischen 2012 und 2013 erhoben. Sie wurden in jedem Land in der Landessprache von 2 – 3 Interview\*innen durchgeführt. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Die Interviews dauerten 40 – 60 Minuten und fanden in einem ruhigen Raum im Krankenhaus statt. Es wurden soziodemografische Daten mit einem Kurzfragebogen erhoben wurden. Es wurde ein Postskriptum angefertigt. Mit professioneller Unterstützung wurden die Interviews in die englische Sprache übersetzt.

---

**7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?** Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

Die ersten Analysen erfolgten separat in jedem Land. Fragen wurden durch ein internationales Forschungsteam in Skype-Konferenzen geklärt. Es wurde das offene Kodieren sowie Vergleichen angewandt und relevante Aussagen in Memos dokumentiert bis sich Schlüsselkategorien bildeten. In mehreren länderübergreifenden Forschungstreffen wurden Zwischenergebnisse diskutiert, Kernkategorien identifiziert und Theorien generiert. Anschließend vertieften die Autor\*innen die Ergebnisse und reflektierten die Limitationen.

---

**8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?** Wenn nein: warum nicht?

Ja, die Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung.

---

**Aussagekraft**

---

**9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?** Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

Zur Illustration der Ergebnisdarstellung wurden direkte Zitate eingebaut. Der Datenerhebungsprozess bis hin zur Entwicklung der Ergebnisse wurde nachvollziehbar und transparent dargestellt.

---

**10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?** Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Anhand von Auszügen aus den Interviews wurden Ergebnisse bestätigt. Jedoch wurde keine Validierung durch die Teilnehmenden erwähnt.

---

**Anwendbarkeit**

---

**11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?**

---

**12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?**

---

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): **1**-2-3-4-5-6



## Beurteilung einer qualitativen Studie

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

**Forschungsfrage:** „Welche Strategien wenden Intensivpflegende in der Deutschschweiz an, um Familienangehörige in EoL-situationen einzubeziehen?“

### Glaubwürdigkeit

#### 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

*Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

Die Forschungsfrage sowie das Ziel der Arbeit wurden präzise formuliert.

#### 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

*z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

Es wurde die Methode der Grounded Theory verwendet. Das Vorgehen bietet eine systematische Methode, um Daten zu sammeln, zu analysieren und ein erklärendes Modell ableiten zu können.

#### 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

*Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

Es wurde Bezug auf andere Studien genommen, jedoch keine Durchführung einer Literaturrecherche erwähnt.

#### 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

*Wie erfolgte die Auswahl?*

Es wurden präzise Einschlusskriterien (Anstellung auf einer Intensivstation, diplomierte Intensivpflegeexpert\*innen oder Intensivpflegefachpersonen und Betreuung von Angehörigen Sterbender) für die Auswahl der Teilnehmenden formuliert.

#### 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?

*Auch die Perspektive des Forschers?*

Es wurden 12 Pflegende interviewt. Die Merkmale: persönliche Bedeutung des Themas, Anzahl der Jahre der Berufserfahrung, Alter, Anteil der Mitarbeiter\*innen wurden tabellarisch nachvollziehbar dargestellt. Die Perspektive der Forscher wird nicht benannt.

#### 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?

*Methode der Datensammlung?*

Die Datensammlung wurde detailliert beschrieben. Durch einen Fragebogen (mit 3 Visuellen Analogskalen) wurden soziodemografische Daten und die persönliche Bedeutung des Themas erhoben. Die Interviews fanden von Februar bis Mai 2015 statt und waren auf 60 Minuten geplant. Sie wurden digital aufgezeichnet und anonymisiert transkribiert.

#### 7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

*Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

Datensammlung und -analyse verliefen parallel. Folgende Schritte fanden statt:

1. Initiales, offenes Kodieren mittels „Line by Line Coding“
2. Fokussiertes Kodieren
3. Verbindung der Codes durch theoretisches Kodieren.

Der Prozess des „constant comparison“ war Grundlage des Prozesses. Aus den Codes wurden Kategorien gebildet und kontinuierlich Memos aufgezeichnet. Die Interviewdaten wurden mit dem Programm ATLAS.ti Statistical Package for the Social Science (SPSS 21) analysiert.

---

**8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?**

*Wenn nein: warum nicht?*

Die Daten waren gesättigt, da keine neuen theoretischen Erkenntnisse durch neue Daten aufgedeckt wurden.

---

**Aussagekraft**

---

**9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?**

*Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*

Die Ergebnisse sind transparent und nachvollziehbar dargestellt. Es wurden Zitate der Interviewten einbezogen.

---

**10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?**

*Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*

Transkripte und Analyseverfahren wurden regelmäßig mit Studierenden und Mitautoren kritisch diskutiert.

---

**Anwendbarkeit**

---

**11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?**

**12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?**

---

*Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung):* 1-2-3-4-5-6

---

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2010): *Evidence-based Nursing and Caring*. Hans Huber: Bern.

## Beurteilung einer qualitativen Studie

**Quelle:** Klamt, A. C. 2021. Therapiezieländerung auf der Intensivstation–eine Untersuchung mit involvierten Berufsgruppen. *Pflegewissenschaft*, 23, 98-106.

**Forschungsfrage:** 1. „Wie sollten Palliativ- und Intensivmedizin zusammenarbeiten, damit die bestmögliche Patientenversorgung in Bezug auf die Lebensqualität des Patienten auf der Intensivstation gewährleistet werden kann?“, 2. „Wie kann der mutmaßliche Wille des Patienten ermittelt werden, wenn er sich in einem veränderten Bewusstseinszustand befindet und keine Vorsorge in Bezug auf die eigene Willensäußerung getroffen hat (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung)“, 3. „Wie erzielt man einen befriedigenden Konsens in Bezug auf eine Therapiezieländerung bei unterschiedlichen Sichtweisen und Funktionen für alle, die im multiprofessionellen Team an der Patientenbetreuung beteiligt sind?“

---

### Glaubwürdigkeit

---

#### 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

*Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

Es wurden 3 Forschungsfragen und das Ziel der Arbeit klar formuliert.

#### 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

*z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

Es wurde eine qualitative Querschnittstudie durchgeführt, um die Sichtweisen der beteiligten Berufsgruppen eruieren und daraus Relationen zwischen den einzelnen Berufsgruppen ermitteln zu können. Durch die qualitative Methode konnte der ethische Aspekt der Forschungsarbeit genauer herausgearbeitet werden, da die subjektive Wirklichkeit im Vordergrund steht.

#### 4. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

*Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

Es wurde sich teilweise auf andere Studien bezogen, jedoch keine Durchführung einer Literaturrecherche beschrieben.

#### 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

*Wie erfolgte die Auswahl?*

Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte so, dass jede an Entscheidungsprozessen beteiligte Berufsgruppe (Medizin, Pflege, Psychoonkologie) vertreten war. So konnten professionsspezifische Aussagen erhoben werden. Es wurden spezifische Einschlusskriterien für jede Berufsgruppe festgelegt.

#### 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?

*Auch die Perspektive des Forschers?*

Es wurden 12 Mitarbeitende eines Universitätsklinikums interviewt, die auf Intensivstationen mit verschiedenen Fachbereichen zusammenarbeiten. Die Intersubjektivität wurde durch die Auswahl der Teilnehmenden auf möglichst gleichem Wissens- und Expertenstand gewahrt. Auf die Sicht der Forschenden wird nicht eingegangen.

#### 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?

*Methode der Datensammlung?*

Die Datensammlung wurde grob beschrieben. Sie erfolgte anhand von leitfadengestützten Interviews. Die Interviews wurden auf einem Tonband aufgezeichnet und nach den Regeln von Kuckartz anonymisiert transkribiert.

---

**7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?**

*Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

Die Datenanalyse wurde nach der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Es wurden Kategorien deuktiv (anhand der Leitfragen) gebildet. Durch das inhaltliche Durchsehen der gesamten Transkripte mittels Einzelanalyse wurden induktiv weitere Kategorien gebildet.

---

**8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?**

*Wenn nein: warum nicht?*

Die Datensammlung erfolgte konnte nicht bis zur Sättigung erfolgen, da ausschließlich 12 Mitarbeitende der gleichen internistischen Intensivstation befragt wurden. Daher konnten die Ergebnisse nur auf diese Station bezogen werden. Eine größere Stichprobe und der Einbezug der Angehörigenperspektive könnte für einen umfassenderen Blick sorgen.

---

**Aussagekraft**

---

**9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?**

*Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*

Die Transparenz und Verfahrensdokumentation wurden durch eine umfassende Dokumentation und Darlegung des gesamten Forschungsprozesses gewährleistet. Die Ergebnisse wurden anhand von direkten Zitaten bestätigt.

---

**10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?**

*Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*

Alle Teilnehmenden kamen zu dem gleichen Schluss. Die ermittelten Ergebnisse bestätigten bisherige Forschungsergebnisse und konnten sie erweitern. Jedoch wurde empfohlen, die Ergebnisse in Form einer quantitativen Querschnittstudie zu überprüfen.

---

**Anwendbarkeit**

---

**11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?**

**12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?**

---

*Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung):* 1-2-3-4-5-6

---

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2010): *Evidence-based Nursing and Caring*. Hans Huber: Bern.

## Kritische Beurteilung einer quantitativen Studie

**Quelle:** Denke, C., Jaschinski, U., Riessen, R., Bercker, S., Spies, C., Ragaller, M., Weiss, M., Dey, K., Michalsen, A. & Briegel, J. 2023. End-of-life practices in 11 German intensive care units: results from the ETHICUS-2 study. *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 118, 663-673.

**Forschungsfrage:** keine

<b>Einleitung/ theoretischer Teil</b>	
1. Ist das Forschungsproblem klar abgegrenzt?	Das Forschungsproblem ist klar abgegrenzt.
2. Konnten die Ziele erreicht werden?/ Sind sie auf die Problemstellung ausgerichtet?	Ziel war die Untersuchung von Praktiken am Lebensende auf deutschen Intensivstationen. Das Ziel wurde im Laufe der Studie erreicht.
3. Ist die Forschungsfrage klar erkennbar und präzise formuliert?	Es wurde keine klare Forschungsfrage formuliert. Die Thematik und das Ziel der Studie waren trotzdem deutlich.
4. Werden aktuelle Forschungserkenntnisse zu der untersuchenden Thematik diskutiert?/ Ist die Literaturübersicht systematisch dargestellt?	Es werden aktuelle Forschungserkenntnisse einbezogen und mit den Ergebnissen verglichen. Die Quellen sind in der Literaturübersicht systematisch dargestellt.
5. Ist der theoretische Rahmen verständlich und wurde er passend zur Thematik ausgewählt?	Der theoretische Rahmen wird dargestellt und an die Thematik angepasst.
6. Welche konzeptuellen Definitionen stehen hinter den verwendeten Begriffen und wie werden diese Definitionen beschrieben/begründet?	Es wird auf den Begriff „Entscheidungsfindung“ und auf die Entwicklung der Pflege und Medizin in Richtung eines patientenzentrierten Ansatzes eingegangen. Auch der Wille des*der Patienten*in wird thematisiert.
7. Stehen die Studienvariablen in Zusammenhang mit den theoretischen Konzepten?	Ja, die Studienvariablen stehen im Zusammenhang mit den theoretischen Konzepten.
8. Sind die Studienvariablen klar definiert und basieren sie auf vorangegangenen Forschungsergebnissen oder Theorien?	Ja, die Studienvariablen werden beschrieben und basieren auf vergangenen Forschungsergebnissen.
9. Wurde(n) eine/mehrere Hypothese(n) formuliert?	Es wird auf die aktuelle Situation bezüglich der Palliative Care auf der Intensivstation Bezug genommen und mit Literatur belegt. Allerdings wird keine klare Hypothese formuliert.
<b>Empirischer Teil</b>	
10. Ist das Design der Untersuchung beschrieben und begründet?	Es ist eine prospektive, geplante, sekundäre Analyse der Ethicus-2 Studie, um speziell die Praktiken am Lebensende auf deutschen Intensivstationen zu beschreiben. Die Ethicus-2 Studie war eine prospektive Beobachtungsstudie von 199 Intensivstationen in 36 Ländern. In einem Zeitraum von 6 Monaten wurde die Versorgung von erwachsenen, sterbenden Patient*innen oder Patient*innen mit lebenserhaltenden Maßnahmen beobachtet.

11. Sind die gewählten Methoden geeignet zur Beantwortung der Forschungsfrage(n)?	Ja, mit den gewählten Methoden können Ergebnisse entsprechend des Ziels herausgefunden werden.
12. Wurde das Instrument von dem*der Autor*in selbst erstellt oder von anderen Personen übernommen? Wird die Auswahl des Instruments begründet?	Die Daten der Fragebögen und Skalen übernehmen die Autoren aus der Ethicus-2 Studie und übersetzen ins Deutsche. Es wird der EPS (End of Life Practice Score) verwendet, um die Qualität der Versorgung und Praxis am Lebensende zu beurteilen. Die Auswahl wird begründet.
13. Werden die Reliabilität und Validität des Instruments diskutiert?	Es sind weitere Untersuchungen erforderlich, da der EPS noch ein neuartiges Bewertungsinstrument ist und daher die Validität noch nicht ausreichend geprüft wurde. Auf die Reliabilität wird nicht weiter eingegangen.
14. Ist die Vorgehensweise der Datenerhebung nachvollziehbar?/ Welche Methode?	Dokumente wie Fragebögen und Studienmaterial wurden ins Deutsche übersetzt. Die Teilnehmenden füllten ein Formular zur Praxis von Kommunikation und Entscheidungen am Lebensende aus. Zuvor wurden sich gegenseitig ausschließende Kategorien definiert. Auch soziodemografische Daten und Informationen zum Patient*innenwillen wurden durch den Fragebogen erfasst.
15. Ist die Stichprobe beschrieben und die Auswahlstrategie nachvollziehbar?	Die Teilnehmenden wurden aus 11 Intensivstationen (9 davon in akademischen Krankenhäusern) ausgewählt. Von 7966 untersuchten Patient*innen erhielten 1092 therapiebegrenzende Maßnahmen, wovon 647 männlich waren. Das Durchschnittsalter beträgt 72 Jahre. Es wurden Einschlusskriterien für die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben.
16. Werden ethische Implikationen diskutiert und Vorgehensweisen zum Schutz der TeilnehmerInnen aufgezeigt?	Die Genehmigung des institutionellen Ethikausschusses mit einem Verzicht auf die Einverständniserklärung wurde von jeder teilnehmenden Klinik eingeholt. Zur Anonymisierung der Teilnehmenden wird keine Aussage getroffen. Es ist aber davon auszugehen, dass alle Teilnehmenden anonymisiert wurden.
17. Wie findet die Datenanalyse statt? (statistische Tests, deskriptiv/komplexe Berechnungen, Signifikanzniveau)	Die Variablen der Handlungsbeschränkungen werden hierarchisch nach Ausmaß der Einschränkung gegliedert. Für kategorische Variablen werden Zahlen und Proportionen innerhalb der End-of-Life-Gruppen beschrieben und für kontinuierliche Variablen werden die Mediane und Interquartilbereiche ermittelt. Die Unterschiede zwischen den Gruppen wurden mit dem Wilcoxon-Mann-Whitney-Test oder dem Chi-Quadrat-Test geprüft. Alle Analysen werden mit der statistischen Software R [27] durchgeführt.
<b>Aussagekraft</b>	
18. Wurden Ergebnisse und Interpretationen deutlich voneinander getrennt?	Ja, die Ergebnisse werden von den Interpretationen getrennt.
19. Bezieht sich die Ergebnisdarstellung auf die Forschungsfragen/die Hypothesen?	Die Ergebnisdarstellung bezieht sich auf die Thematik und das Ziel der Studie.

20. Werden die Interpretationen begründet und lassen sie sich aus den Ergebnissen ableiten?	Die Interpretationen können begründet werden und lassen sich aus den Ergebnissen ableiten.
21. Wird in der Diskussion ein Bezug zum theoretischen Rahmen hergestellt?	Ja, es besteht in der Diskussion Bezug zum theoretischen Rahmen der Studie.
22. Sind die Schlussfolgerungen direkt zu den Erkenntnissen der Untersuchung in Beziehung gesetzt?	Die Schlussfolgerungen werden zu den neuen Erkenntnissen der Studie in Beziehung gesetzt.
23. Werden Empfehlungen basierend auf den neuen Erkenntnissen gegeben und welche Bedeutung haben diese für die (Pflege-Praxis)?	Es wird der Mangel an Strukturen und Standards beschrieben, der für die nicht ausreichende Durchführung von multiprofessionellen und ethischen Fallbesprechungen verantwortlich ist. Außerdem sollten Pflegende mehr in den Entscheidungsprozess am Lebensende einbezogen werden und eine Kommunikation mit den Angehörigen gestärkt werden.
24. Werden Empfehlungen für weitere Untersuchungen getätigt?	Ja, es wird empfohlen, weitere Untersuchungen, die sich mit strukturierten Ansätzen zur Implementierung der Palliativpflege beschäftigen, vorzunehmen. Es sollte die Verbreitung von Vorabrichtlinien vorangetrieben werden.
25. Werden Limitationen der Studie aufgezeigt?	Es wird auf Limitationen eingegangen: Durch den hohen Anteil an akademischen Krankenhäusern, die auf der gleichen Ebene anhand der ethischen Interessen ausgewählt wurde, kann es zur Auswahlverzerrung kommen. Außerdem wird die Perspektive von Pflegenden in den Hintergrund gestellt, wohingegen die ausschließlich die ärztliche Sichtweise erfasst wurde, was ebenfalls zu Verzerrungen führen kann. Die Sichtweise von jüngeren Ärzt*innen wurde auch außer Acht gelassen. Es könne auch Voreingenommenheit und Fehlklassifizierungsverzerrung nicht ausgeschlossen werden. Auch die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Länder ist nicht gegeben.
26. Wurden alle Quellen nachvollziehbar und den wissenschaftlichen Kriterien entsprechend angegeben?	Die Quellennachweise wurden nachvollziehbar und wissenschaftlich aufgeführt.
27. Ist die verwendete Literatur umfassend und aktuell?	Die einbezogene Literatur ist umfassend und aktuell.

Quelle: Mayer H., Kleibel V. (2011, S. 105-113). Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. (2. Auflage). Wien: Facultas.

## Kritische Beurteilung einer quantitativen Studie

**Quelle:** Lenz, K., Hofmann-Bichler, B., Pihringer, J., Firlinger, F., Pickl, A. & Clodi, M. 2017. Palliative Care auf der Intensivstation. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 112, 724-730.

**Forschungsfrage:** keine

<b>Einleitung/ theoretischer Teil</b>	
28. Ist das Forschungsproblem klar abgegrenzt?	Ja, das Forschungsproblem ist klar abgegrenzt.
29. Konnten die Ziele erreicht werden?/ Sind sie auf die Problemstellung ausgerichtet?	Das Ziel ist die Untersuchung von Erfahrungen einer palliativmedizinischen Versorgung auf der Intensivstation unter Anwendung eines Mischmodells. Das Ziel wurde erreicht.
30. Ist die Forschungsfrage klar erkennbar und präzise formuliert?	Es wurde keine präzise Forschungsfrage formuliert, dennoch ist die Zielsetzung nachvollziehbar und die Problemstellung klar.
31. Werden aktuelle Forschungserkenntnisse zu der untersuchenden Thematik diskutiert?/ Ist die Literaturübersicht systematisch dargestellt?	Es werden Studien aus anderen Ländern und aktuelle Forschungserkenntnisse thematisiert und mit der Studie verglichen. Die Literatur wird systematisch dargestellt.
32. Ist der theoretische Rahmen verständlich und wurde er passend zur Thematik ausgewählt?	Der theoretische Rahmen ist nachvollziehbar und passend zur Thematik.
33. Welche konzeptuellen Definitionen stehen hinter den verwendeten Begriffen und wie werden diese Definitionen beschrieben/begründet?	Es werden die 3 Modelle der Umsetzung von Palliative Care auf der Intensivstation beschrieben, da eines von ihnen in der Studie Anwendung findet. Außerdem wird das Palliative Care Team (PCT) thematisiert.
34. Stehen die Studienvariablen in Zusammenhang mit den theoretischen Konzepten?	Ja, die Variablen stehen im Zusammenhang mit den theoretischen Konzepten.
35. Sind die Studienvariablen klar definiert und basieren sie auf vorangegangenen Forschungsergebnissen oder Theorien?	Ja, die Studienvariablen werden beschrieben und basieren auf vorherigen Forschungen und Konzepten.
36. Wurde(n) eine/mehrere Hypothese(n) formuliert?	Es wurden keine Hypothesen formuliert.
<b>Empirischer Teil</b>	
37. Ist das Design der Untersuchung beschrieben und begründet?	Das Design ist eine deskriptive Analyse aus retrospektiv erhobenen Daten aus Krankenakten. Die Wahl des Studiendesigns wird nicht begründet.
38. Sind die gewählten Methoden geeignet zur Beantwortung der Forschungsfrage(n)?	Die gewählten Methoden eignen sich zur Beantwortung des Forschungsziels.



39. Wurde das Instrument von der Autorin selbst erstellt oder von anderen Personen übernommen? Wird die Auswahl des Instruments begründet?	Die Assessmentskalen wurden übernommen und begründet.
40. Werden die Reliabilität und Validität des Instruments diskutiert?	Es wird nicht auf die Reliabilität und Validität eingegangen.
41. Ist die Vorgehensweise der Datenerhebung nachvollziehbar?/ Welche Methode?	Die Datenerhebung findet retrospektiv aus Krankenakten statt. Die elektronisch erfassten Daten werden im Zeitraum vom 01.08.2013 bis zum 31.07.2014 untersucht. Folgende Studienparameter werden benannt: Demografische Daten, Patientenverfügung, SAPS III, Mortalität, Aufenthaltsdauer, Therapiezieländerung, Verlegungsdestinationen, Gründe für eine nichtpalliativmedizinische Betreuung, spezifische Palliativ-Care Die Vorgehensweise ist nachvollziehbar. Seit über 20 Jahren werden im Rahmen des ASDI-Projekts mit Hilfe des Simplified Acute Psychology Score (SAPS) III, TISS 28 und APACHE II routinemäßig Daten erfasst.
42. Ist die Stichprobe beschrieben und die Auswahlstrategie nachvollziehbar?	Die Stichprobe wird nicht direkt beschrieben. Es werden Patient*innen mit palliativer Betreuung auf der internistischen Intensivstation des Konventhospitals der Barmherzigen Brüder in Linz einbezogen.
43. Werden ethische Implikationen diskutiert und Vorgehensweisen zum Schutz der TeilnehmerInnen aufgezeigt?	Die Studie wurde nach den Richtlinien der Deklaration von Helsinki durchgeführt. Es liegt ein positives Votum durch die Ethikkommission des Krankenhauses vor.
44. Wie findet die Datenanalyse statt? (statistische Tests, deskriptiv/komplexe Berechnungen, Signifikanzniveau)	Es wird eine deskriptive Analyse angewendet, die den Mittelwert und die Standardabweichungen ermittelt.
<b>Aussagekraft</b>	
45. Wurden Ergebnisse und Interpretationen deutlich voneinander getrennt?	Ja, die Ergebnisse und Interpretationen wurden voneinander getrennt.
46. Bezieht sich die Ergebnisdarstellung auf die Forschungsfragen/die Hypothesen?	Die Ergebnisdarstellung bezieht sich auf die Forschungsproblematik.
47. Werden die Interpretationen begründet und lassen sie sich aus den Ergebnissen ableiten?	Ja, die Interpretationen wurden begründet und lassen sich aus der Ergebnisdarstellung ableiten.
48. Wird in der Diskussion ein Bezug zum theoretischen Rahmen hergestellt?	Ja, der theoretische Rahmen mit in die Diskussion der Studie einbezogen.
49. Sind die Schlussfolgerungen direkt zu den Erkenntnissen der Untersuchung in Beziehung gesetzt?	Die Schlussfolgerungen beziehen sich auf die gewonnenen Erkenntnisse.

<p>50. Werden Empfehlungen basierend auf den neuen Erkenntnissen gegeben und welche Bedeutung haben diese für die (Pflege-)Praxis?</p>	<p>Es sollten die Grenzen der Möglichkeiten von neuartigen Behandlungsinterventionen erkannt werden. Es sollte eine möglichst frühzeitige Diskussion im multiprofessionellen Behandlungsteam über End-of-Life-Maßnahmen durchgeführt werden. Palliative Care sollte mehr in die Intensivversorgung mit einbezogen werden, um die Versorgungs- und Lebensqualität zu steigern. Die Verwendung des Mischmodells scheint eine gute Möglichkeit zu sein, Palliativ Care trotz eingeschränkter Ressourcen zu integrieren. Es wird eine frühzeitige Einbindung der Palliative Care empfohlen.</p>
<p>51. Werden Empfehlungen für weitere Untersuchungen getätigt?</p>	<p>Untersuchungen über eine mögliche Verkürzung der Aufenthaltsdauer und Kosteneinsparung, ohne Einfluss auf die Mortalitätsrate sollte künftig für Österreich in einer prospektiven Studie geklärt werden.</p>
<p>52. Werden Limitationen der Studie aufgezeigt?</p>	<p>Es wird nicht auf Limitationen eingegangen.</p>
<p>53. Wurden alle Quellen nachvollziehbar und den wissenschaftlichen Kriterien entsprechend angegeben?</p>	<p>Die Quellennachweise wurden erkennbar dargestellt und nach wissenschaftlichen Kriterien geordnet.</p>
<p>54. Ist die verwendete Literatur umfassend und aktuell?</p>	<p>Ja, die Literatur ist umfassend und aktuell.</p>

Quelle: Mayer H., Kleibel V. (2011, S. 105-113). Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. (2. Auflage). Wien: Facultas.

## Kritische Beurteilung einer Systematischen

### Übersichtsarbeit

**Quelle:** Adler, K., Schlieper, D., Kindgen-Milles, D., Meier, S., Schwartz, J., van Caster, P., Schaefer, M. S. & Neukirchen, M. 2017. Integration der Palliativmedizin in die Intensivmedizin, *Der Anaesthetist*, 66, 660-666

**Forschungsfrage:** „Welche Auswirkungen hat die palliativmedizinische Mitbehandlung von Intensivpatienten auf die Versorgung?“/ „Nutzt die Intensivmedizin palliativmedizinische Unterstützungsangebote?“/ „Welche Faktoren lösen bei Intensivpatienten eine palliativmedizinische Mitbehandlung aus?“

---

### Glaubwürdigkeit

---

**1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?**

*Klar formuliert? Genug eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?*

Es wurden im Methodik-Abschnitt 3 Kernfragen klar formuliert.

**2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?**

*Welche Kriterien? Welche Studiendesigns?*

Die Einschlusskriterien wurden anhand des PICOS-Instruments bestimmt und sind angemessen. Es wurden qualitative und quantitative Studien sowie Übersichtsarbeiten eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden Kommentare und Fallstudien.

**3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?**

*Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten? Welcher Zeitraum?*

Es wurden die Datenbanken *Cochrane Library*, *Journals@Ovid*, *MEDPILOT*, *PubMed*, *Scopus* und *Web of Science* verwendet. Für die Suche nach deutschsprachigen Ergebnissen wurde die *Zeitschrift für Palliativmedizin* und *Google Scholar* durchsucht. Die Literaturrecherche wurde im August 2016 über den Zeitraum von einem Monat durchgeführt.

**4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?**

*Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?*

Es wurde keine Beurteilung der Glaubwürdigkeit der einzelnen Studien erwähnt. Die Studien wurden ausschließlich nach dem PICO-Schema geordnet und im Hinblick auf die 3 Kernfragen kategorisiert.

**5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?**

*Quellen angegeben?*

Die Quellen der Studien sind aufgelistet und abrufbar. Es wird jedoch keine Beurteilung der Studien aufgeführt.

**6. Stimmt die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?**

*Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung?*

Die Erstellung der Übersichtsarbeit erfolgte durch 8 Forscher\*innen. Es wurden keine Uneinigkeiten erwähnt.

---

**7. Waren die Studien ähnlich?** *Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenitätstest?*

Es wurden verschiedene Studiendesigns einbezogen. Die Patient\*innengruppen waren ähnlich, der Umfang jedoch unterschiedlich groß. Die Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen.

---

**Aussagekraft**

---

**8. Was sind die Ergebnisse?** *Odds ratio? Relatives Risiko? Mittelwert-Differenz?*

Es wurden 18 Studien einbezogen. Eine palliativmedizinische Mitbehandlung erweist sich als sinnvolle Ergänzung in der Intensivmedizin und erhöht die Patient\*innenzufriedenheit. Jedoch ist die Nutzung und Akzeptanz bei Intensivmediziner\*innen heterogen ausgeprägt. Die Integration kann durch die Festlegung von Triggern verbessert werden und steigert bei frühzeitiger Anwendung die Behandlungsqualität.

---

**9. Wie präzise sind die Ergebnisse?** *Konfidenzintervalle? Studien gewichtet?*

Die Ergebnisse stimmen mit jüngsten Studien überein. Es wird kein Bezug auf die Gewichtung der Studien genommen.

---

**Anwendbarkeit**

---

**10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?** *ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?*

**11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?** *Nebenwirkungen? Compliance?*

**12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?** *Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?*

---

*Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung):* 1-2-3-4-5-6

---

## Anhang 2: Übersicht Studien

1. Titel 2. Autor*innen 3. Datenbank 4. Onlineversion	1. Publikationsdatum 2. Land 3. Sprache	1. Studiendesign 2. Datenerhebung 3. Erhebungszeitraum	1. Stichprobe 2. Setting	1. Ziel 2. Forschungsfrage	Hauptergebnisse
1. Dialogisches Realisieren und Reorientieren - pflegerische Entscheidungsprozesse und Aktivitäten am Lebensende auf der Intensivstation im internationalen Vergleich 2. Helen Kohlen, Joan McCarthy, Regina Szylit Buosso, Ann Gallagher, Tom Andrews 3. PubMed	1. 2015 2. Schweiz 3. deutsch	1. Qualitativer Forschungsansatz : Grounded Theory 2. Halbstrukturierte Interviews mit 51 Pflegenden aus fünf Ländern (Brasilien, England, Deutschland, Irland, Palästina) 3. 2012 - 2013	1. Pflegende (mind. 6-montige Erfahrung) (n=51) 2. Intensivstation	1. "Identifikation eines pflegerischen Terrains, wenn es um Entscheidungen und Aktivitäten in der Betreuung und Versorgung von PatientInnen am Lebensende auf der Intensivstation geht" 2. „Welche pflegerischen Entscheidungsfindungsprozesse und Aktivitäten lassen sich am Lebensende in verschiedenen Ländern identifizieren und beschreiben?“	Der Wechsel von Aktivitäten, die auf Heilung ausgerichtet sind und Aktivitäten, die auf Sterbebegleitung ausgerichtet sind ist ein dynamischer Prozess. Dazu gehören Verhandlungen zwischen Pflegenden und Ärzt*innen, Angehörigen sowie mit sich selbst. Aufgrund von wechselnden Patient*innenbefunden und der Realisierung der aktuellen Situation findet eine dauerhafte Re-Orientierung statt. Als zentrale pflegerische Aktivitäten werden „Konsenssuche“ und

<p>4. <a href="https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000458">https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000458</a></p>					<p>„emotionale Stützung“ benannt.</p>
<p>1. End-of-Life-Care auf der Intensivstation – Pflegerische Strategien zum Einbezug von Familienangehörigen am Ende eines Lebens 2. Katharina Cyrol, Martin R. Fröhlich, Francesca Piatti, Lorenz Imhof 3. CINAHL via EBSCOhost 4. <a href="https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000615">https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000615</a></p>	<p>1. 2018 2. Deutschschweiz 3. deutsch</p>	<p>1. Qualitativer Forschungsansatz : Grounded Theory 2. Fragebogen, halbstrukturierte Interviews 3. Februar – Mai 2015</p>	<p>1. Diplomierte Expert*innen der Intensivpflege, analog anerkannte Intensivpflegefachpersonen (mind. 12-monatige Anstellung) (n=12) 2. Intensivstationen im universitären Spital</p>	<p>5. Untersuchung von pflegerischen Strategien zum Einbezug der Angehörigen bei Situationen am Lebensende auf der Intensivstation. 6. „Welche Strategien wenden Intensivpflegende in der Deutschschweiz an, um Familienangehörige in EoL-situationen einzubeziehen?“</p>	<p>Von 172 schriftlich angefragten Pflegenden wurden schlussendlich 12 Personen interviewt. Aus den Interviews lassen sich folgende drei Kernkategorien bilden, die den Einbezug von Angehörigen beschreiben: „Geschützten Rahmen schaffen“, „Ein Halt sein“, „Sich verabschieden ermöglichen“. Die Kernkategorien teilen sich in sechs Subkategorien auf und bilden die Grundlage für die Übertragung in die Pflegepraxis.</p>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. End-of-life practices in 11 German intensive care units: Results from the ETHICUS-2 study</li> <li>2. C. Denke, U. Jaschinski, R. Riessen, S. Becker, C. Spies, M. Ragaller, M. Weiss, K. Dey, A. Michalsen, J. Briegel, A. Pohrt, C.L. Sprung, A. Avidan, C.S. Hartog</li> <li>3. CINAHL via EBSCOhost</li> <li>4. <a href="https://link.springer.com/article/10.1007/s0063-022-00961-1">https://link.springer.com/article/10.1007/s0063-022-00961-1</a></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2022</li> <li>2. Deutschland</li> <li>3. englisch</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quantitativer Forschungsansatz , prospektiv geplante Analyse</li> <li>2. Prospektiv geplante Analyse des Datensatzes der deutschen Zentren, die an der weltweiten Ethicus-2-Studie teilnahmen, Übersetzung ins Deutsche und Festlegung von 12 post hoc Variablen</li> <li>3. 2015 - 2016</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ITS-Patient*innen mit einer Therapiebegrenzung oder die auf der ITS verstarben</li> <li>2. 11 multidisziplinäre Intensivstationen in akademischen Kliniken</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untersuchung/Beobachtung und Charakterisierung von Praktiken am Lebensende auf deutschen multidisziplinären Intensivstationen als Untergruppenanalyse einer weltweiten Studie</li> <li>2. -</li> </ol>	<p>Von 1092 der 7966 Patient*innen auf 11 multidisziplinären Intensivstationen galten für 967 Therapielimitationen, 92 verstarben unter voller Therapie, 33 mit Hirntod. Von den Patient*innen mit Therapielimitationen wurden 22,3 % von der ITS entlassen. Therapielimitationen waren häufiger „withdraw“ als „withhold“ Entscheidungen. Im Vergleich zu Patient*innen ohne Therapielimitationen waren die Patienten mit Therapielimitationen älter, waren öfter entscheidungsfähig, hatten öfter Patient*innenverfügungen und es gab häufiger Information über ihre Behandlungspräferenz</p>
--	--	---	---	--	---



					<p>en. Ärzt*innen gaben an, dass sie Therapielimitationen mit Pat*innienten und Angehörigen diskutierten. Die Behandlungspräferenzen waren bei 41,3 % der Patient*innen unbekannt. Der häufigste Grund für Therapielimitationen war das Nichtansprechen auf Maximaltherapie. Das heißt Therapielimitationen sind häufig, basieren auf Informationen über Behandlungspräferenzen und Diskussionen zwischen den Beteiligten, Patient*innen und Angehörigen. Jedoch zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass bei fast jedem zweiten Patienten die Behandlungswünsche unklar sind und somit</p>
--	--	--	--	--	---





					ohne Einfluss auf die Therapiezielfindung.
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Integration der Palliativmedizin in die Intensivmedizin. Systemische Übersichtsarbeit</li><li>2. K. Adler, D. Schlieper, D. Kindgen-Milles, S. Meier, J. Schwartz, P. van Caster, M. S. Schaefer, M. Neukirchen</li><li>3. PubMed</li><li>4. <a href="https://link.springer.com/article/10.1007/s00101-017-0326-0#Abs1">https://link.springer.com/article/10.1007/s00101-017-0326-0#Abs1</a></li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 2017</li><li>2. Deutschland</li><li>3. deutsch</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Qualitativer Forschungsansatz, systematisches Review</li><li>2. Literaturrecherche in den Datenbanken Cochrane Library, Journals@Ovid, MEDPILOT, PubMed, Scopus und Web of Science</li><li>3. August (1 Monat) 2016</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Intensiv- und Palliativmediziner*innen, -pflegefachpersonen, Patient*innen + Angehörige</li><li>2. Intensivstationen</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. „Erfassung der aktuellen Versorgungslage von Intensivpatienten in palliativen Therapiesituationen.“<ol style="list-style-type: none"><li>2.1 „Welche Auswirkungen hat die palliativmedizinische Mitbehandlung von Intensivpatienten auf die Versorgung?“</li><li>2.2 Nutzt die Intensivmedizin palliativmedizinische Unterstützungsangebote?</li><li>2.3 Welche Faktoren lösen bei Intensivpatienten eine palliativmedizinische Mitbehandlung aus?“</li></ol></li></ol>	<p>Von 698 Studien wurden 18 in die Analyse eingeschlossen. Bei vielen Patient*innen beeinflusst eine palliativmedizinische Mitbehandlung die Intensivtherapie günstig. Jedoch ist die Nutzung und Akzeptanz palliativmedizinischer Maßnahmen verschieden stark ausgeprägt. Durch die Einführung von Triggern palliativmedizinische Interventionen kann Integration dieser in die Intensivmedizin verbessert werden.</p>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Palliative Care auf der Intensivstation – Deskriptive Analyse der Ergebnisse eines Mischmodells an einer internistischen Intensivstation über einen Zeitraum von 12 Monaten</li> <li>2. K. Lenz, B. Hofmann-Bichler, J. Pihringer, F. Firlinger, A. Pickl, M. Clodi</li> <li>3. PubMed</li> <li>4. <a href="https://link.springer.com/article/10.1007/s00063-017-0261-5">https://link.springer.com/article/10.1007/s00063-017-0261-5</a></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2017</li> <li>2. Österreich</li> <li>3. deutsch</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quantitativer Forschungsansatz, deskriptive Analyse</li> <li>2. Retrospektive Datenerhebung aus den Patient*innenakten</li> <li>3. August 2013 – August 2014</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Schwerstkranke Patient*innen (n=669)</li> <li>2. Internistische Intensivstation im Konventhospita</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ermittlung der Ergebnisse und Erfahrungen einer palliativmedizinischen Betreuung (in Form eines Mischmodells) Schwerstkranker</li> <li>2. -</li> </ol>	<p>In dem Erhebungszeitraum von einem Jahr wurden 669 Patient*innen auf der internistischen Intensivstation betreut, wovon 11,7% während ihres Aufenthaltes verstarben. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller Intensivpatient*innen betrug <math>4,2 \pm 2,1</math> Tage, die Aufenthaltsdauer der vom PCT (Palliative Care Team) betreuten Patienten <math>9,6 \pm 3,6</math> Tage.</p>



<ol style="list-style-type: none"><li>1. Therapiezieländerung auf der Intensivstation - eine Untersuchung mit involvierten Berufsgruppen</li><li>2. Amrei Christin Klamt</li><li>3. CINAHL via EBSCOhost</li><li>4. <a href="https://research.ebsco.com/c/m626qc/view/pdf/qayfhlfq4r?route=details">https://research.ebsco.com/c/m626qc/view/pdf/qayfhlfq4r?route=details</a></li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 2021</li><li>2. Deutschland</li><li>3. deutsch</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Qualitative Querschnittstudie</li><li>2. Leitfadengestützte Interviews mit 12 Mitarbeitenden der Intensivstation</li><li>3. Februar 2019 – Februar 2020</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Fachpflegekräfte für Intensiv- und Anästhesiepflege, Ärzt*innen, Psychoonkologen (n= 12)</li><li>2. Internistische Intensivstation eines bayerischen Uniklinikums</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ermittlung einer optimalen Vernetzung von Intensiv- und Palliativmedizin sowie -pflege und Lösungsansätzen bzgl. des Patient*innenwillens, Beeinflussung des Therapieziels durch einen Konsens im multiprofessionellen Team</li><li>2. „Wie sollten Palliativ- und Intensivmedizin zusammenarbeiten, damit die bestmögliche Patientenversorgung in Bezug auf die Lebensqualität des Patienten auf der Intensivstation gewährleistet werden kann?“ / „Wie kann der mutmaßliche Wille des Patienten ermittelt</li></ol>	<p>Die Befragten sprechen von einer nicht vorhandenen und überwiegend ausbaufähigen Vernetzung von Intensiv- und Palliativmedizin bzw. -pflege auf der Intensivstation. Für die Ermittlung des Willens eines*er nicht auskunftsfähigen Patienten*in stellen Gespräche mit Angehörigen die wichtigste Basis dar. Auch multiprofessionelle Fallbesprechungen, Patient*innenkonferenzen, Visiten und Übergaben spielen eine Rolle für Therapieentscheidungen. Im Rahmen solcher</p>



				<p>wer-den, wenn er sich in einem veränderten Bewusstseinszustand befindet und keine Vorsorge in Bezug auf die eigene Willensäußerung getroffen hat (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung)“ / „Wie erzielt man einen befriedigenden Konsens in Bezug auf eine Therapiezieländerung bei unterschiedlichen Sichtweisen und Funktionen für alle, die im multiprofessionellen Team an der Patientenbetreuung beteiligt sind?“</p>	<p>Instrumente wird vor allem die multiprofessionelle Zusammenarbeit betont.</p>
--	--	--	--	---	--

## Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Bachelorarbeit mit dem Titel „**Pflegerische Strategien für den Umgang mit ethischen Herausforderungen im Rahmen der Palliative Care im Intensivversorgungssetting – ein systematisiertes Review**“ eigenständig erbracht, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde nicht, auch nicht in Teilen, unter Verwendung eines textbasierten Dialogsystems oder auf andere Weise mit Hilfe einer künstlichen Intelligenz von mir verfasst. Die Arbeit habe ich in gleicher oder ähnlicher Form oder auszugsweise noch keiner Prüfungsbehörde zu Prüfungszwecken vorgelegt. Mir ist bekannt, dass Zuwiderhandlungen gegen den Inhalt dieser Erklärung einen Täuschungsversuch darstellen, der grundsätzlich das Nichtbestehen der Prüfung zur Folge hat.

Jabel, 01.01.2025

Theresa Hoffmann