

**Ursula Halbmayr-Kubicsek**

**Autonomie am Lebensende trotz Hochaltrigkeit und kognitiver  
Beeinträchtigung?!**

**Effekte von Advance Care Planning in der stationären Altenpflege**

Mag. sc. hum. Ursula Halbmayr-Kubicsek

FH Campus Wien Studienstandort Vinzentinum Linz

[u.halbmayr@eduhealth.at](mailto:u.halbmayr@eduhealth.at)

Autonomie am Lebensende trotz Hochaltrigkeit und kognitiver Beeinträchtigung?!  
Effekte von Advance Care Planning in der stationären Altenpflege

Zusammenfassung

**Problemdarstellung:** Institutionen der stationären Altenpflege nehmen in der End-of-Life Care einen zentralen Stellenwert ein. Eine würdevolle Betreuung am Lebensende und die Berücksichtigung der Behandlungspräferenzen stellen für die Health Care Professionals eine große Herausforderung dar. Advance Care Planning (ACP) wurde in den 1990er Jahren entwickelt, um bei nicht äußerungsfähigen Patientinnen und Patienten eine Betreuung, gemäß der früher festgelegten Wünsche, zu gewährleisten.

**Zielsetzung:** Das Ziel dieser Literaturarbeit besteht darin, aufzuzeigen, welche Effekte sich durch die Implementierung von ACP in stationären Altenpflegeeinrichtungen ergeben.

**Methode:** Durch eine systematische Literaturrecherche konnten zwölf Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage identifiziert werden.

**Ergebnisse:** Eine Implementierung von ACP in der stationären Altenpflege bringt positive Effekte für die Qualität, Validität und Quantität der Vorausverfügungen mit sich. Zudem verbessert sich die Lebensqualität in der Sterbephase und es kommt zu einer gesteigerten Berücksichtigung der Behandlungswünsche am Lebensende. Positive Auswirkungen zeigen sich auch bei der Anzahl der Krankenhauseinweisungen ohne konkrete medizinische Indikation und es sinkt damit der Ressourcenverbrauch. Auch Health Care Professionals sowie An- und Zugehörige profitieren von ACP Programmen.

**Schlussfolgerung:** Um die Implementierung von ACP Programmen im deutschsprachigen Raum voranzutreiben, benötigen alle Beteiligten umfassende Informationen und ein Verständnis für den Benefit von vorausschauenden Planungen.

Schlüsselwörter: Advance Care Planning, Vorausschauende Planung, Palliativpflege, Altenheim, Autonomie

# Autonomy at the end of life in spite of very old age and cognitive impairment?! Effects of Advance Care Planning in nursing homes

## Abstract

**Background:** Nursing homes take a central role in the end-of-life care. It represents a challenge for health care professionals to ensure a dignified care and respect preferences of care at end of life. Advance Care Planning (ACP) was developed in the 1990s for patients who have lost decision making capacity.

**Aim:** The aim of this thesis is to show the effects of the implementation from ACP in nursing homes.

**Method:** Twelve studies were identified through a systematic literature research.

**Results:** An implementation of ACP in nursing homes shows positive effects on the quality, validity and quantity of advance directives. In addition, the quality of life improved in the dying phase and there is an increased consideration of treatment wishes at the end of life. Positive effects are also evident in the number of hospital admissions without specific medical indication. Health care professionals and relatives have also a benefit from ACP programs.

**Conclusion:** In future it is important to promote the implementation of ACP programs in the German-speaking countries also to show the benefit for elderly people, their relatives and the health care professionals.

**Keywords:** Advance Care Planning, End-of-life Care, nursing homes, autonomy

## **1 Einleitung**

In Einrichtungen der stationären Altenpflege leben vorwiegend hochbetagte, meist chronisch multimorbide Menschen (Sommer et al. 2012), von denen etwa zwei Drittel demenziell erkrankt sind (Caritas 2005). Dem Deutschen Ethikrat zufolge sterben etwa 30 Prozent der Senioren innerhalb der ersten drei Monate nach ihrem Einzug ins Pflegeheim (Nationaler Ethikrat 2006). Somit nehmen Einrichtungen der stationären Altenpflege einen zentralen Stellenwert in der Versorgung alter, sterbender Menschen ein (Heller et al. 2007; Schwermann et al. 2012).

### **1.1 Problemdarstellung**

Altenpflegeeinrichtungen stehen vor der Herausforderung, hochbetagte, sterbende Menschen in ihrer letzten Lebensphase würdevoll zu betreuen (Heller et al. 2007). Ist ein Mensch bei vollem Bewusstsein, einsichts- und urteilsfähig sowie uneingeschränkt handlungsfähig, stellt es kein Problem dar, Wünsche bezüglich der Versorgung am Ende des Lebens zu eruieren. Problematisch wird es immer dann, wenn die zuvor genannten Kompetenzen nicht mehr vorhanden sind und eine Kommunikation nur sehr eingeschränkt, beziehungsweise nicht mehr möglich ist (Preuschl 2010). Daher, konstatiert Richards (2007), ist es wichtig, Präferenzen bezüglich der zukünftigen Betreuung am Lebensende zu besprechen, bevor die Fähigkeit sich auszudrücken verloren geht. Patientenverfügungen sollen ein Mittel zur Selbstbestimmung darstellen (Körtner et al. 2009). Innerhalb einer Patientenverfügung können lediglich medizinische Behandlungen abgelehnt werden. Behandlungswünsche können nicht verbindlich verfügt werden (PatVG 2006, §4). Das schafft Lücken in der individuellen Vorausverfügung. Sommer et al. (2012) zufolge, sind aussagekräftige und erkennbar valide Patientenverfügungen im klinischen Alltag selten zu finden. Weniger als vier Prozent der österreichischen Bevölkerung besitzt eine Patientenverfügung (Körtner et al. 2009). Eine deutsche Studie von Sommer et al. (2012) ergab, dass für neun von zehn Heimbewohnerinnen und Heimbewohner keine Vorausverfügung vorlag. Eine prozesshafte, gesundheitsbezogene Vorausplanung kann eine Alternative oder Ergänzung zur Patientenverfügung darstellen (Sommer et al. 2012), denn gebrechliche, alte

Menschen in ihren letzten Lebensjahren haben das Recht, in alle Entscheidungen bezüglich ihrer Sterbephase eingebunden zu sein, Wünsche für diese Phase zu äußern und Maßnahmen abzulehnen (Department of Health 2008). Für May (2013) ist das Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen und Patienten als zentrales Grundrecht anzusehen. Gerade im geriatrischen und/oder gerontologischen Bereich kommt es am Ende des Lebens oft zu Einbußen im Bereich der Selbstbestimmung. Dies geschieht zum einen durch kognitive Beeinträchtigungen und zum anderen durch den Verlust der Selbstständigkeit (Frühwald 2012). Fragen bezüglich der Behandlungspräferenzen am Lebensende bei verlorengegangener Entscheidungsfähigkeit müssen daher, laut Gerhard und Bollig (2007), möglichst im Voraus geklärt werden.

## **1.2 Begriffsdefinition Advance Care Planning (ACP)**

Advance Care Planning stellt, In der Schmitt (2013) zufolge, für den deutschsprachigen Raum ein noch neues Konzept dar. ACP hat sich in den 1990er Jahren aus der Praxis heraus, im Sinne einer gesundheitlichen Vorausplanung, als Alternative und/oder Ergänzung zur Patientenverfügung entwickelt, um bei nicht äußerungsfähigen Patientinnen und Patienten eine Betreuung gemäß der früher festgelegten Wünsche zu gewährleisten (In der Schmitt 2013). ACP ist als Prozess zur Entscheidungsfindung zwischen betroffenen Menschen und dem Betreuungsteam für zukünftige Betreuungssituationen zu verstehen (Henry/Seymour 2007). Bei ACP steht die Entscheidungsfindung individueller Behandlungspräferenzen für die letzte Lebensphase im Vordergrund. Menschen, deren Tod in absehbarer Zeit zu erwarten ist, werden Gespräche über ihren Willen zur Betreuung in der letzten Lebensphase aktiv angeboten. Zur Zielgruppe von ACP zählen auch, auf Grund der Nähe zum Tod, Senioren in Altenpflegeeinrichtungen (In der Schmitt et al. 2014). Die Gespräche zur vorausschauenden Planung sollen idealerweise unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen sowie Hausärztinnen und -ärzten geführt werden (In der Schmitt 2013). Die so entstandenen Vorausplanungen sollen allen beteiligten Health Care Professionals zur Verfügung stehen und im Bedarfsfall verlässlich beachtet werden (In der Schmitt et al. 2014).

In der Schmitt et al. (2014) sprechen im Zusammenhang mit ACP von einem Informed-Consent-Prozess. Ein informiertes Einverständnis setzt Information, Verständnis, Einwilligungsfähigkeit und Zustimmung voraus. ACP enthält Wünsche, Ziele und Grenzen möglicher medizinischer Behandlungen in hypothetischen Szenarien, die sich künftig, auf Grund einer realen Krankheit, ergeben können. Daneben werden auch Werte, Ressourcen, Hoffnungen und Lebensziele der Betroffenen festgehalten (In der Schmitt 2013). In einer umfassenden vorausschauenden Planung können, für den Fall akuter Komplikationen und gesundheitlicher Verschlechterung, Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen festgelegt werden. Neben medizinischen Maßnahmen können auch weitere Betreuungsaspekte, wie Seelsorge, Anwesenheit von An- und Zugehörigen, für den Notfall verfügt werden (Sahm 2006).

## **2 Fragestellung**

Das Ziel dieser Literaturarbeit besteht darin, aufzuzeigen, welche Effekte sich durch die Implementierung von ACP in stationären Altenpflegeeinrichtungen zeigen. Darüber hinaus soll durch eine ausführliche Erläuterung des Begriffs „Advance Care Planning“ diese Thematik den Pflegenden erschlossen und die Bedeutung davon durch die Problemdarstellung bewusst gemacht werden. Auf Grundlage der Auseinandersetzung mit aktueller fachlicher und wissenschaftlicher Literatur, konnte folgende Forschungsfrage geriert werden:

Welche Effekte zeigen sich durch die Implementierung von Advance Care Planning in der stationären Altenpflege?

## **3 Methodik**

Die Recherche für die vorliegende Literaturarbeit wurde von Jänner 2014 bis August 2014 durchgeführt. Die zur Beantwortung der Forschungsfrage verwendete Literatur konnte in der wissenschaftlichen Datenbank PubMed identifiziert werden (Tabelle 1). Für die Recherche wurden englischsprachige Suchbegriffe (Tabelle 2) verwendet. Um die Aktualität der Literaturarbeit zu betonen, wurde der Publikationszeitraum der verwendeten Artikel von 2000 bis 2014 gewählt. Ausgeschlossen wurden Artikel, die nicht in deutscher oder englischer Sprache verfügbar waren, sich mit anderen

Settings als mit stationären Einrichtungen der Altenpflege auseinandersetzen oder keine Effekte der Implementierung von ACP behandeln. Zur Beantwortung der Forschungsfrage konnten anhand der systematischen Literaturrecherche zwölf Studien identifiziert werden. Zur Ergebnisdarstellung wurde ein reduktives Verfahren, im Sinne einer Inhaltsanalyse, angewendet (Mayer 2011). Nach dem Durchlesen der Studien wurden die wesentlichen Passagen markiert und aus inhaltstragenden Stellen Kategorien gebildet (Tabelle 3). Innerhalb dieser Kategorien wurde aus jenen Ergebnissen, die zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen, eine Synthese gebildet.

## **4 Ergebnisdarstellung**

### **4.1 Validität und Qualität der Verfügungen**

Molloy et al. (2000) stellten in ihrer kontrolliert-randomisierten Studie fest, dass in den Interventionsheimen, in denen das Personal spezifisch geschult und ACP systematisch eingeführt wurde, die Verfügungen der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner spezifischer und umfassender waren als in den Kontrollheimen. In der Schmitzen et al. (2014) kamen in ihrer nicht randomisierten, inter-regional kontrollierten Interventionsstudie zum Ergebnis, dass die neu erstellten Vorausverfügungen, nach systematischer Einführung von ACP, eine verbesserte Qualität und einen höheren Standard aufwiesen. Dies zeigte sich in einer höheren Validität und Aussagekraft. Innerhalb der Interventionsgruppe waren in den neu entstandenen Vorausverfügungen häufiger Vertreter benannt (IG 95,7% vs. KG 50%,  $p < 0,01$ ), die Verfügungen waren vermehrt von einem Arzt unterschrieben (IG 93,9% vs. KG 16,7%,  $p < 0,01$ ), Notfallbögen wurden verwendet (IG 98% vs. KG 44,4%,  $p < 0,01$ ) und der Reanimationsstatus war klar geregelt (IG 95,9% vs. KG 38,9%,  $p < 0,01$ ). Auch Detering et al. (2010) fanden in ihrer kontrolliert-randomisierten Studie heraus, dass ACP die Qualität der Vorausverfügungen positiv beeinflusst. In der Interventionsgruppe waren bei 25 Verstorbenen (86%,  $p < 0,001$ ) die Wünsche für die End-of-Life Care bekannt. In der Kontrollgruppe war dies bei acht Verstorbenen (30%,  $p < 0,001$ ) der Fall. In der Interventionsgruppe waren bei drei Verstorbenen (10%,  $p < 0,001$ ) keine konkreten Wünsche für die Sterbephase bekannt, in der

Kontrollgruppe gab es hingegen bei 17 Verstorbenen keine konkreten Wünsche (63%,  $p < 0,001$ ). Zu ähnlichen Erkenntnissen kamen auch Morrison et al. (2005, zit. nach Wickson-Griffiths et al. 2014). Heimbewohnerinnen und Heimbewohner der Interventionsgruppe mit ACP gaben viel konkretere Anweisungen zur Behandlung am Lebensende an, als die Vergleichsgruppe ohne ACP.

#### **4.2 Quantität der Verfügungen**

Spezielle Schulungen zu ACP beeinflussen auch die Anzahl der Neuverfügungen. In der Schmitt et al. (2014) berichten, dass nach entsprechender Schulung der Health Care Professionals in den Interventionsheimen der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit Vorausverfügungen anstieg. Nach dem Beobachtungszeitraum von 16,5 Monaten entstanden in der Interventionsgruppe bei 36 Prozent der Bewohnenden neue Vorausverfügungen. Bei der Kontrollgruppe entstanden dagegen bei 4,1 Prozent der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner neue Vorausverfügungen. Das entspricht einer 9-fach höheren Inzidenz von Vorausverfügungen im Beobachtungszeitraum.

#### **4.3 Autonomie der Bewohnenden**

Jeong et al. (2010) konstatieren, dass ACP eine hohe Wertschätzung der Autonomie der alten Menschen im Heim mit sich bringt und das Recht der Bewohnerinnen und Bewohner, in Würde zu sterben, unterstützt. Des Weiteren bietet ACP Unterstützung bei der Bewusstseinsbildung, dass Heimbewohnerinnen und Heimbewohner eigenverantwortlich und selbstbestimmt ihren letzten Lebensabschnitt gestalten können.

#### **4.4 Einhaltung der Bewohnerwünsche**

Durch die systematische Einführung von ACP werden die Wünsche der Bewohnenden häufiger respektiert (Molloy et al. 2000). Morrison et al. (2005, zit. nach Wickson-Griffiths et al. 2014) zufolge wurden in der Interventionsgruppe mit ACP die Wünsche zur Behandlung signifikant höher befolgt als in der Vergleichsgruppe ohne ACP. Auch Wickson-Griffiths et al. (2014) kamen in ihrem Systematic Review zu dem Schluss, dass es in Heimen mit ACP eine höhere Wahrscheinlichkeit der Berücksichtigung der Bewohnerwünsche gibt. Bei 86 Prozent

( $p < 0,001$ ) der Verstorbenen der Interventionsgruppe mit ACP wurden die Wünsche zur Behandlung am Lebensende befolgt (Detering et al. 2010).

#### **4.5 Anzahl der Krankenhauseinweisung**

Mehrere Studien (Molloy et al. 2000; Shanley et al. 2011; Robinson et al. 2012; Wickson-Griffiths et al. 2014) bestätigen, dass ACP ein hilfreiches Instrument darstellt, um die Anzahl der nichtindizierten Krankenhauseinweisungen zu reduzieren. Gemäß der Studie von Molloy et al. (2000) wurden im Erhebungszeitraum 143 Bewohnende aus den Interventionsheimen und 290 Bewohnende der Kontrollheime ( $p = 0,001$ ) ins Krankenhaus transferiert. An absoluten Krankenhaustagen gab es in der Interventionsgruppe 1378 und in der Kontrollgruppe 3551 ( $p = 0,01$ ). Auch Nicholas et al. (2014) bestätigen, dass alte, im Heim lebende Menschen mit Demenz seltener im Krankenhaus sterben, wenn eine schriftliche Vorausplanung vorliegt.

#### **4.6 Mortalität**

Trotz geringerer Krankenhauseinweisungen in der Interventionsgruppe war die Mortalität, Molloy et al. (2000) zufolge, in beiden Gruppen ähnlich (IG 24% vs. KG 28%,  $p = 0,20$ ). Auch Detering et al. (2010) konstatieren, dass die Mortalität der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner innerhalb von sechs Monaten nach der Einführung von ACP in beiden Gruppen etwa gleich war (IG=29=19% vs. KG=27=17%,  $p = 0,75$ ).

#### **4.7 Ökonomie und Ressourcenverbrauch**

Robinson et al. (2012) und Wickson-Griffiths et al. (2014) fanden heraus, dass ACP einen Beitrag leisten kann, um Gesundheitskosten zu senken. Laut Molloy et al. (2000) waren, bedingt durch die geringere Anzahl von Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustagen, die berechneten Kosten in der Interventionsgruppe geringer als in der Kontrollgruppe (IG Can\$ 1772 vs. KG Can\$ 3869). Auch die gesamten Gesundheitsausgaben, inklusive der Kosten für die Implementierung, waren in den Heimen der Interventionsgruppe signifikant niedriger als in Heimen der Kontrollgruppe (Can\$ 3490 vs. Can\$ 5239,  $p = 0,01$ ). Diese Ausgaben stehen dem Ressourceneinsatz für die begleitenden Gespräche zu ACP gegenüber. Gemäß In

der Schmitt et al. (2014) lag dieser Zeitaufwand zwischen 60 und 240 Minuten (Median 100).

#### **4.8 Qualität des Sterbeprozesses**

Die Qualität der letzten Lebensphase alter Menschen im Alten- und Pflegeheim kann durch die Implementierung von ACP gesteigert werden (Chan/Pang 2010; Detering et al. 2010; Vandervoort et al. 2014). Vandervoort et al. (2014) fanden in ihrer Studie heraus, dass sterbende alte Menschen im Altenheim ohne ACP in ihrer letzten Lebenswoche ein dreimal höheres Risiko für emotionalen Stress hatten als jene mit schriftlicher ACP (OR 2,99). Auch das Symptom Angst war bei Vorliegen einer schriftlichen ACP geringer und das emotionale Wohlbefinden höher. Dies wird auf einen besseren Kommunikationsprozess und auf die Berücksichtigung der persönlichen Wünsche bezüglich der End-of-Life Care zurückgeführt. In der Interventionsgruppe gaben 86 Prozent retrospektiv an, dass die Betroffenen in der Sterbephase sehr zufrieden mit der Betreuung waren. In der Kontrollgruppe schätzten 37 Prozent ihre sterbenden Angehörigen als sehr zufrieden ein (Detering et al. 2010). Chan und Pang (2010) stellten in ihrer Studie, zwölf Monate nach der ACP Diskussion, bei der Interventionsgruppe eine statistisch signifikante ( $p=0.034$ ) Verbesserung der Werte des modifizierten Quality-of-Life in the End of Life Questionnaire fest. Laut Stone et al. (2013) war es für die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime durch ACP erstmalig möglich, ihre Gefühle, Ängste und Bedürfnisse auszudrücken.

#### **4.9 Effekte für die Health Care Professionals**

ACP kann zu einer Veränderung der Kultur, der Verhaltensmuster und der Einstellung zu Sterben und Tod im Altenheim beitragen (Jeong et al. 2010). Durch Gespräche bezüglich ACP wird den Pflegenden ihre eigene Sterblichkeit bewusst und ein Prozess der Beschäftigung mit dem eigenen Konzept zu Tod und Sterben wird initiiert (Stone et al. 2013). Pflegepersonen kommt in ACP eine aktive Rolle zu, um den Bewohnerinnen und Bewohnern relevante Informationen zu vermitteln und sich ihrer Sorgen und Ängste anzunehmen (Chan/Pang 2010). Desweiteren fördert der ACP Prozess die Einrichtung von Fallkonferenzen und eine intensive

Auseinandersetzung mit End-of-Life Care durch Health Care Professionals sowie die Beschäftigung mit ethischen Richtlinien und Gesetzen (Jeong et al. 2010). Stewart et al. (2011) zufolge äußerten sich Mitarbeitende der Pflegeheime positiv über ACP.

#### **4.10 Effekte für die Angehörigen**

Durch die Implementierung von ACP kommt es zu einer Verbesserung der Zufriedenheit der Angehörigen (Stewart et al. 2011; Detering et al. 2010). Stewart et al. (2011) bestätigen positive Rückmeldungen der Angehörigen bezüglich ACP. Detering et al. (2010) konstatieren auch in Zusammenhang mit der Qualität der Sterbephase („quality of death“) mehr Zufriedenheit der Familienangehörigen in Heimen mit ACP als in Heimen ohne ACP. 83 Prozent der Angehörigen von Menschen in den Interventionsheimen waren sehr zufrieden, wogegen in der Kontrollgruppe 48 Prozent der Angehörigen sehr zufrieden waren ( $p=0,02$ ). Weitere Auswirkungen von ACP zeigten sich durch geringere Werte für posttraumatische Stressreaktionen, Depression und Angst bei den Angehörigen in der Interventionsgruppe (Detering et al. 2010).

#### **5 Diskussion und Schlussfolgerung für die Praxis**

Zahlreiche Studien (Molloy et al. 2000; Morrison et al. 2005, zit. nach Wickson-Griffiths et al. 2014; Detering et al. 2010; Wickson-Griffiths 2014) bestätigen, dass Vorausverfügungen wie ACP die Selbstbestimmung am Lebensende positiv beeinflussen. Sahn (2006, S. 193) zufolge, werden Gespräche bezüglich einer umfassenden, vorausschauenden Planung sowohl von den betroffenen, alten Menschen als auch von deren Angehörigen dankbar angenommen und können für alle Beteiligten Vorteile mit sich bringen. Durch die aktive Mitbestimmung in der Planung des letzten Lebensabschnittes kann bei alten Menschen dem Gefühl der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Ohnmacht entgegengewirkt werden (Chan/Pang 2010; Detering et al. 2010). Eine systematische Implementierung von ACP soll die Qualität der Vorausverfügungen verbessern (Molloy et al. 2000; In der Schmitt et al. 2014; Morrison et al. 2005, zit. nach Wickson-Griffiths et al. 2014) und deren Quantität steigern (In der Schmitt et al. 2014). Jeong et al. (2010) sowie Stone et al. (2013) betonen, dass ACP für die Pflege eine große Herausforderung darstellt.

Pflegepersonen können dabei ihre Kompetenzen in den Bereichen Kommunikation und Edukation ausschöpfen und erweitern sowie einer modernen Rolle gerecht werden. Um die Qualität der letzten Lebensphase für Bewohnerinnen und Bewohner zu verbessern, muss ACP ins Bewusstsein aller Beteiligten gerückt werden. Sowohl Health Care Professionals und Leistungserbringende als auch alte Menschen und ihre Familien benötigen ein Verständnis für den Benefit der vorausschauenden Planung (Daaleman et al. 2009; In der Schmitten 2013). In den englischsprachigen Ländern (Großbritannien, USA, Australien) hat ACP in den letzten Jahren viel Beachtung und Anwendung gefunden. Die deutschsprachigen Länder stehen in der Entwicklung von ACP Programmen noch am Beginn. Allerdings haben auch in Deutschland erste Untersuchungen gezeigt, dass ACP die Zufriedenheit und Lebensqualität von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern sowie deren An- und Zugehörigen verbessern kann und Behandlungspräferenzen vermehrt beachtet werden (In der Schmitten 2013). Für die alten Menschen sind Gespräche über das Ende des Lebens und ihre diesbezüglichen Wünsche keine Belastung. Vielmehr empfinden sie Erleichterung, da vorausschauend für sie Sorge getragen wird (Sahm 2006; Stone et al. 2013). Alte Menschen reflektieren innerhalb der Entscheidungsfindung ihr Leben, ihre Haltung, Werte und Ziele. Sie sind durchaus in der Lage nach ausführlicher Aufklärung aus unterschiedlichen Alternativen auszuwählen. ACP bietet für die Betroffenen durch die Einbeziehung von An- und Zugehörigen, Hausärztinnen und Hausärzten sowie vertrauten Pflegepersonen die notwendige soziale Struktur, die bei der Entscheidungsfindung unterstützt. Denn für Entscheidungen über die Betreuung am Lebensende benötigt man nicht nur die medizinische Expertise, sondern auch eine menschliche Begleitung (Sahm 2006). ACP Prozesse dürfen nicht nur als zeitaufwendig angesehen werden, es sollen vor allem die Vorteile in den Vordergrund gerückt werden. Alte Menschen erhalten eine aktive Rolle im Entscheidungsfindungsprozess in der End-of-Life Care und werden befähigt ihr Recht auf Autonomie wahrzunehmen und selbstbestimmt das Lebensende zu gestalten (Jeong et al. 2010). Wesentliche Faktoren für die Umsetzung des Konzeptes sind eine entsprechende Haltung der Health Care

Professionals und geeignete Strukturen. Um ACP Programme erfolgreich zu implementieren, braucht es Schulungen innerhalb der unterschiedlichen medizinischen Berufsgruppen und Information aller Beteiligten (Detering et al. 2010). Jeong et al. (2010) konstatieren, dass es neben dem multiprofessionellen Team auch auf Expertenniveau ausgebildete Pflegepersonen braucht, um ACP erfolgreich umzusetzen. Nicht nur für Betroffene zeigt der Prozess des ACP neue Perspektiven auf, auch die Pflegepraxis erhält eine neue Rolle im Gesundheitssystem. Sowohl intensive Schulungen und Zertifizierungen von Pflegepersonen, als auch eine interprofessionelle Zusammenarbeit, sind Voraussetzungen für die Umsetzung der gesundheitlichen Vorausplanung (In der Schmitt 2013).

### **5 Limitation**

Wie Wickson-Griffiths (2014) bestätigen, gibt es wenig hochwertige Studien, die ACP Programme in Alten- und Pflegeheimen bewerten. Um die Effekte von ACP in der stationären Altenpflege umfassend darzustellen, benötigt es weitere hochwertige, kontrolliert-randomisierte Studien, insbesondere für den deutschsprachigen Raum, denn für den deutschen Sprachraum konnte lediglich eine nicht-randomisierte Evaluationsstudie zu ACP identifiziert werden.

### **Interessenkonflikt**

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Tabelle 1: Auszug aus dem Suchprotokoll

Datenbank	Suchbegriffe	Treffer	Relevante Treffer	Autoren
Medline via Pubmed	Advance care planning AND end of life AND effect	97	2*	In der Schmitt et al. 2014 Chan, Pang 2010
	Advance care planning AND end of life AND impact	147	4*	In der Schmitt et al. 2014 Detering et al. 2010 Wickson-Griffiths et al. 2014 Stone et al. 2013
	Advance care planning AND dying AND nursing home	71	3*	Chan, Pang 2010 Vandervoort et al. 2014 Stone et al. 2013
	Advance care planning AND nursing home NOT advance directive	139	5*	Wickson-Griffiths et al. 2014 Robinson et al. 2012 Chan, Pang 2010 Stone et al. 2013 Stewart et al. 2011
	Advance care planning AND nursing home AND elderly people	98	4*	Jeong et al. 2010 Nicholas et al. 2014 Stone et al. 2013 Stewart et al. 2011
	Advance care planning AND nursing home AND hospitalisation	101	3*	Molloy et al. 2000 Shanley et al. 2011 Robinson et al. 2012
				*Doppeltreffer

Tabelle 2: Suchbegriffe

advance care planning	elderly people
advance directives	hospitalisation
nursing home	effect
end of life	dying

Tabelle 3: Kategorien

K1	Validität und Qualität der Verfügungen
K2	Quantität der Verfügungen
K3	Autonomie der Bewohnenden
K4	Einhaltung der Bewohnerwünsche
K5	Anzahl der Krankenhauseinweisungen
K6	Mortalität
K7	Ökonomie und Ressourcenverbrauch
K8	Qualität des Sterbeprozesses
K9	Effekte für die Health Care Professionals
K10	Effekte für die Angehörigen

## Literaturverzeichnis

**Caritas (2005):** Zum Thema: Demenz. Vergessen, aber nicht vergessen werden.

Broschüre Caritas Zum Thema Nr. 3/2005, Wien

**Chan, H.; Pang, S. (2010):** Let me talk – an advance care planning programme for frail nursing home residents. In: Journal of Clinical Nursing, 19, 3073-3084

**Daaleman, T.P.; Williams, C.S.; Preisser, J.S.; Sloane, P.D.; Biola, H.;**

**Zimmerman, S. (2009):** Advance Care Planning in Nursing Homes and Assisted Living Communities. In: National Institutes of Health Public Access, 1-19

**Department of Health (2008):** Advance care plan guidance for health and social care professionals. End of Life Care Strategy. London: St. Christophers Hospice

**Detering, K.M.; Hancock, A.D.; Reade, M.C.; Silvester, W. (2010):** The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. In: British Medical Journal 340:c1345, 1-9

**Frühwald, T. (2012):** Ethik in der Geriatrie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 6- 2012-45: 545–557

**Gerhard, C.; Bollig, G. (2007):** Palliative Care für Patienten mit fortgeschrittener Demenz. In: Zeitschrift für Palliativmedizin; 8: 69-72

**Heller, A.; Dingens, S.; Heimerl, K.; Reitlinger, E.; Wegleitner, K. (2007):** Palliative Kultur in der stationären Altenhilfe. In: Heller, A.; Heimerl, K.; Husebø, S. (Hrsg): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. Freiburg: Lambertus-Verlag

**Henry, C.; Seymour, J. (2007):** Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff. Department of Health, University of Nottingham

**In der Schmitten, J. (2013):** Advance Care Planning – das Gebot der Stunde. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 14; 148-149

**In der Schmitten, J.; Lex, K.; Meilert, C.; Rothärmel, S.; Wegscheider, K.;**

**Marckmann, G. (2014):** Patientenverfügungsprogramm – Implementierung in Senioreneinrichtungen: eine inter-regional kontrollierte Interventionsstudie. In: Deutsches Ärzteblatt Int 2014; 111(4): 50-57

**Jeong, S.; Higgins, I.; McMillan, M. (2010):** The essentials of Advance Care Planning for end-of-life care for older people. In: Journal of Clinical Nursing, 19, 389-397

**Körtner, U.; Kopetzki, C.; Kletečka-Pulker, M.; Inthorn, J. (2009):** Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügungs-Gesetzes (PatVG). Bundesministerium für Gesundheit. Online unter: [http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Patientenverfuegung/Evaluierungsstudie\\_Patientenverfuegungs\\_Gesetz](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Patientenverfuegung/Evaluierungsstudie_Patientenverfuegungs_Gesetz) (10.05.2014/16:55)

**May, A. (2013):** Patientenvorsorge – Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in Behandlungsentscheidungen. In: Sprache-Stimme-Gehör. Zeitschrift für Kommunikationsstörungen 37: 131-135

**Mayer, H. (2011):** Pflegeforschung kennenlernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. 5., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: Facultas.wuv

**Molloy, D.W.; Guyatt, G.H.; Russo, R.; Goeree, R.; O’Brian, B.J.; Bédard, M; Willan, A.; Watson, J.; Patterson, C.; Harrison, C.; Standish, T.; Strang, D.; Smith, S.; Dubois, S. (2000):** Systematic Implementation of Advance Directive Program in Nursing Homes. In: Journal of the American Medical Association, March 15, 2000 – Vol 283, No. 11, S. 1437-1444

**Nationaler Ethikrat (2006):** Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Online unter: [http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme\\_Selbstbestimmung\\_und\\_Fuersorge\\_am\\_Lebensende.pdf](http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf) (11.05.2014/19:07)

**Nicholas, L.H.; Bynum, J.P.W.; Iwashyna, T.J.; Weir, D.R.; Langa, K.M. (2014):** Advance Directives And Nursing Home Stays Associated With Less Aggressive End-of-Life Care For Patients With Severe Dementia. In: Health Affairs 33, No. 4(2014): 667-674

**Österreichisches Patientenverfügungsgesetz (PatVG) (2006):** Bundesgesetz über Patientenverfügungen. Online unter: [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA\\_2006\\_I\\_55/BGBLA\\_2006\\_I\\_55.html](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_I_55/BGBLA_2006_I_55.html) (10.07.2014/18:00)

**Preuschl, M. (2010):** Die Grenzen der Selbstbestimmung. Sterbehilfe in Österreich aus rechtlicher Sicht. In: Springer Professional Media. Online unter: <http://www.springermedizin.at/artikel/16472-die-grenzen-der-selbstbestimmung> (05.06.2014/17:20)

**Richards, M. (2007):** Advance Care Planning for adults affected by a life limiting condition. In: Henry, C.; Seymour, J. (2007): Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff. Department of Health, University of Nottingham

**Robinson, L.; Dickinson, C.; Rousseau, N.; Beyer, F.; Clark, A.; Hughes, J.; Howel, D.; Exley, C. (2012):** A systematic review of the effectiveness of advance care planning interventions for people with cognitive impairment and dementia. In: Age and Aging 2012

**Sahm, S. (2006):** Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht. Frankfurt: Campus Verlag

**Schwermann, M.; Graf, G.; Althoff, I.; Wehrach, B.; Nauck, F. (2012):** Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen. Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 13: 284–292

**Shanley, C.; Whitmore, E.; Conforti, D.; Masso, J.; Jayasinghe, S.; Griffiths, R. (2011):** Decisions about transferring nursing home residents to hospital: highlighting the roles of advance care planning and support from local hospital and community health services. In: Journal of Clinical Nursing, 20, 2897-2906

**Sommer, S.; Marckmann, G.; Pentzek, M.; Wegscheider, K.; Abholz, H.-H.; in der Schmitten, J. (2012):** Patientenverfügungen in stationären Einrichtungen der Seniorenpflege: Vorkommen, Validität, Aussagekraft und Beachtung durch das Pflegepersonal. In: Deutsches Ärzteblatt Int 2012; 109(37): 577-583

**Stewart, F.; Goddard, C.; Schiff, R.; Hall, S. (2011):** Advance care planning in care homes for older people: a quality study of the views of care staff and families. In: Age and Aging 2011; 40: 330-335

**Stone, L.; Kinley, J.; Hockley, J. (2013):** Advance care planning in care homes: the experience of staff, residents, and family members. In: International Journal of Palliative nursing, Vol 19, No 11, 550-557

**Vandervoort, A.; Houttekier, D.; Stichele, R.V.; van der Stehen, J.T. (2014):** Quality of Dying in Nursing Home Residents Dying with Dementia: Does Advance Care Planning Matter? A Nationwide Postmortem Study. In: Plos one 9(3): e91130.

**Wickson-Griffiths, A.; Kaasalainen, S.; Ploeg, J.; McAiney, C. (2014):** A Review of Advance Care Planning Programs in Long-Term Care Homes: Are They Dementia Friendly? In: Nursing Research and Practice. V 2014, A-ID 875897, 11p. Online unter: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/875897> (14.07.2014/18:37)