

Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Fakultät Life Sciences

Studiengang Gesundheit

**Erhebung der Patientenzufriedenheit in der palliativen  
Versorgung: Reflektion der Methode und Ergebnisse**

**- Diplomarbeit -**

vorgelegt am 01. Juli 2009

von

Katharina Klindtworth

Referent:

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Koreferent:

Dr. Jörg Cuno

Sozialstiftung Bamberg

**- Dank -**

Prof. Dr. Dr. Karl- Heinz Wehkamp

für die Idee sowie die geistige und menschliche Begleitung

Dr. Jörg Cuno

für die anregende Zusammenarbeit und Unterstützung

dem Palliativteam der Sozialstiftung Bamberg,

für den Beistand bei einer intensiven Erfahrung

einigen besonderen Menschen in meiner Umgebung

für Ihr Dasein und die wohltuenden Gespräche mit Ihnen

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b>	<b>5</b>
<b>Abstract</b>	<b>6</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>7</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>8</b>
1.1 Hintergrund und Problemstellung	8
1.2 Entstehung und Zielsetzung der Arbeit	10
<b>2 Eine Palliativstation auf dem Weg zur Zertifizierung</b>	<b>12</b>
2.1 Die Sozialstiftung Bamberg	12
2.2 Die Palliativstation	13
2.3 Palliative Versorgung	16
2.4 Qualitätsmanagement	22
2.5 Das Qualitätsmanagementsystem in der Sozialstiftung Bamberg	28
2.6 Probleme bei dem Einsatz des quantitativen Fragebogens auf der Palliativstation	31
<b>3 Methode der Wahl für die Palliativversorgung</b>	<b>34</b>
3.1 Qualitative Sozialforschung	34
3.2 Die qualitativen Interviews	35
3.3 Auswertungsverfahren	37
<b>4 Die Befragung an der Sozialstiftung Bamberg</b>	<b>39</b>
4.1 Entwicklung des Interviewleitfadens	39
4.2 Datenerhebung	41
4.3 Auswertung	43
4.5 Beschreibung der Stichprobe	45
4.4 Darstellung der Ergebnisse	47
4.4.1 Ergebnisse erster Ordnung	48
4.4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse für die Sozialstiftung	57
4.4.3 Ergebnisse zweiter Ordnung	58
4.4.4 Vergleich mit den bisherigen quantitativen Ergebnissen	59
<b>5 Auswertende Diskussion und Reflektion der Ergebnisse</b>	<b>61</b>
<b>Epilog</b>	<b>71</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>72</b>
Buchquellen	72
Internetquellen	75
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>76</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>76</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung</b>	<b>77</b>
<b>Anhang</b>	<b>78</b>

## Zusammenfassung

Qualitätsziele und die zu ihrer Erreichung eingesetzten Techniken des Qualitätsmanagements haben in den vergangenen Jahren im deutschen Gesundheitswesen an Bedeutung gewonnen. Patientenzufriedenheit als Ausdruck qualitativ hochwertiger Versorgung wird mit verschiedenen Messverfahren zu objektivieren versucht. Dabei werden vorwiegend quantitative Fragebögen eingesetzt, deren Eignung in dieser Arbeit in Frage gestellt wird.

In der vorliegenden Arbeit kommen als Instrument der Erhebung qualitative Interviews zum Einsatz, um die Zielgruppe der Untersuchung, schwer kranke Patienten und ihre Angehörigen auf einer Palliativstation, hinsichtlich ihrer Zufriedenheit zu befragen.

Anhand der Befragung werden Perspektiven des Wohlbefindens erfasst, die den Ist-Zustand der Zufriedenheit der Befragten widerspiegeln. Grundlegende Aspekte wie zwischenmenschliche Beziehungen, Kommunikation und eine gute Versorgung stehen dabei im Vordergrund.

Die Untersuchung zeigt auf, dass das Instrument der qualitativen Interviews am besten geeignet ist, um Menschen in einer sensiblen Situation zur Erfassung gewünschter Informationen zu begegnen, ohne diesen zu schaden bzw. wertvolle Zeit zu nehmen. Die angewandte Form der Befragung wird als ‚embedded research‘ beschrieben, welches die Synchronisation von Betreuungs-, Kommunikations- und Forschungsmethode beabsichtigt. Es wird empfohlen, dieses Vorgehen in ein ganzheitlich orientiertes Konzept zu integrieren, einer Organisationskultur, die das methodische Vorgehen des Qualitätsmanagements dermaßen in den Versorgungsprozess einbindet, dass ein Patient, unabhängig von dessen Verfassung, eine angemessene Versorgung auf menschlicher und ethischer Grundlage erfährt und sein Wohlbefinden sowie seine Zufriedenheit sich damit erhöhen. Die Übertragung auf andere Stationen und Einrichtungen könnte auf Grundlage dieses Konzeptes realisiert werden.

## Abstract

In previous years goals of quality and the techniques applied by the quality management in the German health sector to achieving them have gained importance. Patient's satisfaction as an expression of a high quality health care supply is tried to be objectified with several methods of assessment or evaluation. Therefore the predominantly application of quantitative questionnaire and its suitability is put to question in this work.

However, qualitative interview will be employed in this thesis as the instrument of investigation for querying the target group, critically ill patients and their relatives on a station for palliative care concerning their satisfaction.

Based on the interview, the prospects of well-being that reflects the present situation of the interviewee will be covered. Though basic aspects like interpersonal relationship, communication and a good health care supply stand in the foreground.

This investigation shows that qualitative interview used as instrument is most suitable for approaching persons in a sensible situation for covering required data without having to harm them or waste their precious time. The applied form of questioning is described as 'embedded research', which is intended for the synchronisation of the methods of health care, communication and research. It is recommendable to integrate this approach in a holistic oriented concept - organisational culture, that integrates the methodic approach of the quality management in the health care process in such a way that a patient, independent of his/her condition, is getting an appropriate supply based upon human and ethical values thereby enhancing his/her well-being as well as his satisfaction. The transfer to other situations and other facilities can be realised based on the principles of this concept.

## Abkürzungsverzeichnis

CIRS	Critical Incidence Reporting System
DGG	Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DRG	Diagnosis Related Groups
DIN EN ISO	Deutsches Institut für Normung - Europa Norm - Internationale Standard Organisation
EAPC	Europeen Association of Palliativ Care
EFQM	European Foundation for Quality Management
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Wettbewerbstärkungsgesetz der GKV
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Imabe	Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PDCA	Plan-Do-Check-Act
QM	Qualitätsmanagement
QM-System	Qualitätsmanagementsystem
RKI	Robert Koch Institut
SAPV	Spezielle ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SSB	Sozialstiftung Bamberg
TQM	Total Quality Management
WHO	World Health Organisation

# 1 Einleitung

## 1.1 Hintergrund und Problemstellung

In den vergangenen Jahren ist neben fortlaufenden Rationalisierungsanstrengungen die Verbesserung und Sicherstellung von Qualität zu einem wichtigen und von der Politik geforderten Bereich im Gesundheitswesen Deutschlands geworden. Eine qualitativ hochwertige Versorgung des Patienten ist ein Leitziel, mit dem viele Kliniken und Einrichtungen werben, um sich im Wettbewerb zu positionieren. Das Qualitätsmanagement verfolgt die Umsetzung dieses Ziels im Unternehmen.

Verschiedene Kontroll- und Prüfmaßnahmen im Leistungserstellungsprozess werden zur Sicherung der Qualität herangezogen. Diverse Konzepte, wie z. B. DIN EN ISO, KTQ® oder EFQM, bieten hierfür einen Rahmen und bestätigen die erfolgreiche Implementierung mit einem Zertifikat.

Die eingesetzten Maßnahmen beruhen zum größten Teil auf einer quantitativen Grundlage. Es werden Ist- bzw. Soll-Zustände und Abweichungen erhoben sowie Verfahren, Prozesse und Zielsetzungen mittels quantifizierbarer Einheiten und Daten dokumentiert.

Der Maßstab der Bemühungen zur Sicherstellung von Qualität sollte dabei vor allem die Zufriedenheit des Patienten sein. Ein häufig eingesetztes Messinstrument ist die Erhebung der Patientenzufriedenheit unter Einsatz eines quantitativen Fragebogens. An Hand verschiedener Parameter werden die Versorgungsqualität und Zufriedenheit aus Sicht der Betroffenen erfragt.

Quantitative Erhebungsbögen haben den Vorteil, dass eine große Anzahl von Personen auf relativ unkompliziertem Weg erreicht werden können, das Ausfüllen dieser Fragebögen in der Regel wenig Zeit in Anspruch nimmt und sich das finanzielle Ausmaß der Befragung im Rahmen hält. Kurz: es scheint kostengünstig und effektiv.

Es bleibt zu hinterfragen, ob eine solche Befragung die intendierten Ziele erreicht und die gewünschten Ergebnisse hervorbringt. Darüber hinaus bleibt es offen, ob die erfahrenen Aspekte eine sinnvolle Anwendung innerhalb des Qualitätsmanagements zur Folge haben und damit den Einsatz dieses Messinstrumentes rechtfertigen.

Verschiedene Gründe können den erfolgreichen Einsatz eines Fragebogens erschweren. Neben dem inhaltlichen Aufbau, der auf die Beantwortung für das Unternehmen relevanter Parameter abzielt, könnte eine mangelnde Bereitschaft der Zielgruppe, die Fragebögen zu nutzen, die verwertbare Datenlage reduzieren. Diese Bereitschaft kann durch die investierte Zeit oder schlichte Lustlosigkeit geschmälert werden, beruhend auf der Überzeugung, dass die Befragung sowieso keine Veränderungen nach sich ziehen wird. Darüber hinaus könnte man Befürchtungen seitens der Befragten vermuten, -eine bedingt-anonyme Vorgehensweise voraussetzend- bei kritischen Äußerungen umgehend eine schlechtere Behandlung zu bekommen.

Ein letzter Punkt für den Unmut der Patienten, die Bögen während des Aufenthaltes oder kurz vor der Entlassung anzuwenden, soll in dieser Arbeit hinterfragt werden. Dieser Punkt könnte das Missen der menschlichen Komponente sein. Es wäre die These zu diskutieren, dass diese Form der Erhebung als unpersönlich wahrgenommen wird, der Befragte sich ‚benutzt‘ bzw. ‚materialisiert‘ fühlt zur Erstellung von Statistiken.

Was bereits in der herkömmlichen Krankenversorgung problematisch sein kann, stößt auf einer Palliativeinheit an seine Grenzen. Patienten stellen grundsätzlich den Mittelpunkt der Arbeit in einem Krankenhaus dar, im Rahmen der Palliativmedizin verdichtet sich dieser Aspekt noch einmal, weil Therapien und der Einsatz technischer Geräte nahezu reduziert sind. Hier handelt es sich meistens um unheilbar kranke Menschen, deren Versorgung einen anderen Focus bekommt. Wie stellt sich in diesem Kontext die Zufriedenheit der Patienten, wie die Qualität der Versorgung dar?

Trotz der reduzierten Lebenszeit der Betroffenen handelt es sich nicht um ein ‚sinnloses‘ Unterfangen, in diesem Versorgungskontext Zufriedenheitserhebungen optimieren zu wollen.

Qualitätssicherung in Form von Patientenerhebungen auf einer Palliativstation ist sinnvoll, im Zuge einer Zertifizierung sogar notwendig. Die Palliativmedizin ist ein noch recht junges Fachgebiet, das sich unter den anderen Disziplinen behaupten muss. In der öffentlichen Diskussion wird zunehmend ein Schwerpunkt auf die Versorgung schwerkranker bzw. sterbender Patienten gelegt. Daher ist der Druck, sich

durch Qualitätssicherung und eine darüber hinausgehende anerkannte Zertifizierung zu etablieren, enorm groß.

## **1.2 Entstehung und Zielsetzung der Arbeit**

Die Idee zu dieser Arbeit entstand durch ein fortlaufendes Beratungs- und Untersuchungsprogramm, das Prof. Dr. Dr. Wehkamp an der Sozialstiftung Bamberg seit 2007 durchführt. Im Rahmen der geplanten Zertifizierung der Palliativstation Ende Oktober 2008 sollte die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen auf dieser Station untersucht werden. Dabei ergab sich die Frage, in wieweit die Zufriedenheit von sterbenskranken Menschen durch den vorliegenden quantitativen Fragebogen abgebildet werden kann bzw. ob nicht der Einsatz von qualitativen Forschungsverfahren sinnvoller sei, um die gewünschten Informationen zu erhalten. Bei dieser Überlegung spielte der Umstand eine große Rolle, dass Menschen in ihren letzten Lebensstagen in einer besonderen Situation sind, die eine Anpassung der Qualitätssicherungsverfahren erforderlich machen. Die Patienten und Angehörigen befinden sich in großer Todesnähe und häufig bereits im Sterbeprozess. Daraus ergibt sich eine sensible Gesprächssituation, die nach ethisch vertretbaren Gesichtspunkten zu gestalten ist.

Ziel dieser Untersuchung war, herauszufinden, wie sich die Zufriedenheit von Palliativpatienten und ihren Angehörigen darstellt und welche Erwartungen sie an eine Palliativstation haben. Werden diese von den Mitarbeitern erfüllt? Und gibt es Stärken oder Schwächen in der Abteilung aus Sicht der Patienten und Angehörigen?

Darüber hinaus stellte sich die Frage, welches Erhebungsverfahren am besten geeignet ist, um die Zufriedenheit der Betroffenen zu erfassen. Wie sollte die Erhebung gestaltet sein, um der besonderen Situation gerecht zu werden? Welcher ist der richtige Weg, um diesen Menschen zu begegnen?

Die vorliegende Arbeit soll die Problematik aufzeigen, die sich bei einer Erhebung der Zufriedenheit in einer Palliativeinheit ergeben. Dafür werden eingangs die Besonderheiten der Palliativmedizin und die Grundlagen des Qualitätsmanagements veranschaulicht → Kapitel 2.

Demgemäß wird die Methodenwahl begründet → Kapitel 3, darauf aufbauend das Konzept vorgestellt und seine Anwendbarkeit demonstriert. Es folgen die Darstellung der unmittelbaren Ergebnisse (1. Ordnung) und der mittelbaren Ergebnisse bei

Rückkopplung mit den betroffenen Mitarbeitern (2. Ordnung) sowie ein kurzer Vergleich mit den Ergebnissen der in der Vergangenheit durchgeführten quantitativen Befragung → Kapitel 4.

In der auswertenden Diskussion wird unter Reflektion aller Ergebnisse der Nutzen dieses Verfahrens erörtert. Dabei sollen die Ziele des Qualitätsmanagements genauer beleuchtet werden mittels Prüfung der Hypothese, dass der Einsatz qualitativer Verfahren den quantitativen in vielerlei Hinsicht überlegen ist und je nach Einsatzort auch eine Kombination beider Verfahren zu empfehlen wäre. Abschließend wird in Hinblick auf eine mögliche Generalisierung des Gesamtkonzepts zur Qualitätssicherung in Palliativeinheiten bzw. in anderen Einrichtungen und Stationen medizinischer Versorgung diskutiert (Ergebnisse 3. Ordnung) → Kapitel 5.

#### Anmerkungen:

In dieser Arbeit wählte die Autorin bewusst eine weitestgehend maskuline Schreibweise, um zum einen den Lesefluss zu harmonisieren und zum anderen den Grad der Anonymisierung zu erhöhen. Es werden damit immer beide Geschlechter gewürdigt.

Zum besseren Verständnis wurde für die Angehörigen, mit denen direkt ein Gespräch geführt wurde, durchgängig der Terminus ‚Angehörige‘ verwandt. Wenn der Patient als Verwandter des Angehörigen beschrieben wird, wählte die Autorin dagegen den Begriff ‚Anverwandter‘.

## 2 Eine Palliativstation auf dem Weg zur Zertifizierung

Auf eine einführende Darstellung der Sozialstiftung Bamberg und ihrer Palliativstation werden die Entstehung und Inhalte der Palliativversorgung sowie die Grundlagen des Qualitätsmanagements im Überblick dargestellt, um diese Arbeit thematisch einzurahmen. Es folgt eine Vertiefung des Qualitätsmanagements der Sozialstiftung und des bisher zur Anwendung gekommenen Fragebogens. Im Anschluss stellt die Autorin sich daraus ergebende Probleme und Anforderungen an die Thematik dar, die als Grundlage für die auswertende Diskussion im abschließenden Kapitel dienen.

### 2.1 Die Sozialstiftung Bamberg

Die Sozialstiftung ist ein seit 2004 bestehender Zusammenschluss verschiedener Einrichtungen und Institute an drei verschiedenen Standorten in Bamberg. Es besteht aus den drei Häusern ‚Klinikum am Bruderwald‘, ‚Klinikum am Michelsberg‘, ‚Klinik am Heinrichsdamm‘ sowie der Privatklinik Dr. Schellerer. Gemeinsam bilden sie ein Schwerpunktkrankenhaus und sind ein Akademisches Lehrkrankenhaus der Friedrich-Alexander-Universität in Erlangen-Nürnberg (vgl. Qualitätsbericht 2006).

Ergänzt wird die Stiftung durch ein Gesundheitszentrum am Standort ‚Bruderwald‘, das ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ<sup>1</sup>) sowie diverse andere Einrichtungen mit einschließt, wie z. B. eine ambulante Rehabilitation, eine Apotheke, einen medizinischen Fachhandel, verschiedene selbstständige Praxen und ein kleines Hotel. Außerdem zählen zwei Senioreneinrichtungen, die Akademie für Gesundheitsberufe und eine eigene Energiegesellschaft zu der Sozialstiftung.

Der Träger der Sozialstiftung Bamberg ist eine rechtsfähige örtliche Stiftung des öffentlichen Rechts.

Mit ihren 1031 Betten zählen sie jährlich ca. 40.000 stationäre Patienten und 32.000 Patienten in der ambulanten bzw. teilstationären Versorgung. Die durchschnittliche Verweildauer liegt bei 7 Tagen (6,7) pro Patient (vgl. Imagebroschüre Sozialstiftung Bamberg, 2007).

---

<sup>1</sup> Bei einem MVZ handelt es sich um einen räumlichen Zusammenschluss verschiedener Fachrichtungen. Als Teil der vom Staat geförderten Integrierten Versorgung wird dem Patienten bzw. Kunden eine ambulante Versorgung nach dem Prinzip „alles unter einem Dach“ angeboten.

Rund 2.500 Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen arbeiten in den unterschiedlichen Einrichtungen, die zum Teil privatisiert sind zu Servicegesellschaften.

Die Sozialstiftung sieht sich als ein wachsendes Unternehmen, das „akute Gesundheitsversorgung, Prävention und ambulante Rehabilitation sinnvoll miteinander“ verknüpft (ebd.).

Angeschlossen an das ‚Klinikum am Bruderwald‘ ist das Hospizhaus, in das die Hospiz-Akademie, der Hospizverein und die Palliativstation räumlich eingebunden sind – eine Kombination, die derzeit in Deutschland einmalig ist. Das Hospizhaus ist wenige Gehminuten entfernt auf dem Gelände des Klinikums am Bruderwald gelegen, hat aber durch die Trennung vom Haupthaus eine ruhige und offene Umgebung im Grünen.

## 2.2 Die Palliativstation

Seit 1. Dezember 1999 existiert die Palliativstation am Klinikum, seit 1. Juni 2008 ist sie angegliedert an die ‚Medizinische Klinik V‘ für Hämato-Onkologie. Die Leitung hat seit 2005 einen Oberarzt, unterstützt durch eine weitere Palliativmedizinerin seit Oktober 2008, so dass die ambulante Palliativversorgung<sup>2</sup> weiter ausgebaut werden kann, die Februar 2008 eingerichtet wurde.

Die Auslastung der Station konnte in den letzten Jahren kontinuierlich gesteigert werden. Die Belegungszahlen lagen im Jahre 2002 bei 174 Patienten, erhöhten sich 2005 auf 258 Patienten und 2007 auf 373 Patienten. Für das Jahr 2008 wurde eine gleichbleibende Auslastung erwartet (314 Patienten, Stand: 7.12.08). Dazu trugen Maßnahmen wie gezielte Patientenakquise, verstärkte Öffentlichkeitsarbeit, Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter durch Qualitätszirkel, einer verbesserten Zusammenarbeit mit der Hospizakademie sowie der Implementierung eines Palliativkonsildienstes<sup>3</sup> bei. Konsequenterweise folgte daraus auch eine Steigerung des Umsatzes und Gewinns.

---

<sup>2</sup> Spezielle ambulante Palliativversorgung, kurz: SAPV, wurde mit der letzten Gesundheitsreform im April 2007 als individueller Leistungsanspruch in das Sozialgesetzbuch V eingeführt.

<sup>3</sup> Konsil/ Konsiliarius meint einen zu der Behandlung hinzugezogenen Arzt, der um Rat gebeten wird in einer Fragestellung, z. B. zum Thema Symptomkontrolle oder zu einem Aufklärungsgespräch.

Die Palliativstation hat insgesamt zehn Betten. Es handelt sich ausnahmslos um Einzelzimmer, die ebenerdig mit einem Badezimmer und einer kleiner Terrasse ausgestattet sind. Die Zimmer sowie die ganze Station sind wohnlich eingerichtet, so dass sie möglichst viel von der Krankenhausatmosphäre verlieren. Ein kleiner Aufenthaltsraum und ein ‚Raum der Stille‘ stehen den Angehörigen und Bewohnern jederzeit zur Verfügung.

Die Aufnahme erfolgt in der Regel über eine andere Station des Hauses oder die direkte Einweisung durch den Hausarzt, sofern eine Indikation für palliativmedizinische Versorgung vorliegt. Mitunter kommt es auch vor, dass bereits bekannte Patienten aus der palliativen Ambulanz einer intensiveren Betreuung bedürfen, die dort nach vorheriger Absprache ermöglicht wird.

Bei dem Großteil der aufgenommenen Palliativpatienten handelt es sich um Patienten mit unheilbaren Tumorleiden, nach Aussage des leitenden Oberarztes liegt diese Quote bei ca. 70%. Darüber hinaus werden unter anderem auch Patienten mit Demenzen, Herz- und Lungeninsuffizienzen sowie Folgeschäden nach Schlaganfall oder Herzinfarkt in einem weit fortgeschrittenen und unheilbaren Stadium versorgt, bei denen eine ambulante Versorgung nicht mehr möglich ist.

Der durchschnittliche Aufenthalt eines Patienten beträgt 12 Tage (11,7) und erreicht damit eine Steigerung von knapp 50% gegenüber der Liegezeit anderer stationärer Patienten. In Ausnahmefällen kann es auch zu längeren Liegezeiten von einigen Wochen kommen. Das stellt mitunter ein Problem in der Finanzierung dar, weil die Legitimation gegenüber den Krankenkassen aufgrund der Vergütungsform erschwert ist und nur gewährleistet wird, wenn es medizinisch -also nicht nur pflegerisch- indiziert ist.

Die Abrechnung erfolgt im Gegensatz zur heute gängigen Praxis der DRGs<sup>4</sup> im Krankenhauswesen über den tagesgleichen Pflegesatz, der derzeit bei 360 Euro pro Tag und Patient liegt. Dieser muss alle entstehenden Kosten der sogenannten ‚palliativmedizinischen Komplexbehandlung‘ im Sinne einer ‚best supportive care‘<sup>5</sup> abdecken.

---

<sup>4</sup> Diagnosis related groups sind vereinheitlichte Fallpauschalen bzw. eine diagnosespezifische Vergütung, die seit 2003 in deutschen Krankenhäusern eingeführt ist.

<sup>5</sup> ‚Best supportive care‘ meint eine umfassende, medizinisch und pflegerisch unterstützte Fürsorge.

Eine Vergütung über Fallpauschalen ist in der Palliativmedizin schwer umsetzbar. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die anderen Stationen ihre Patienten trotz Indikation nicht mehr auf die Palliativstation weiter verlegt haben, weil das DRG-System nur eine Abrechnung der letzten behandelnden Station vorsieht. Um diesem Negativanreiz entgegen zu wirken, wird die DRG-Berechnung der zuvor behandelnden Station bei Verlegung auf die Palliativstation abgeschlossen und die Palliativstation rechnet getrennt über die tagesgleichen Pflegesätze ab. Ein weiterer Grund für diese Form der Abrechnung ist, dass die Diagnosen der Palliativpatienten sich sehr schwer in die vorgegebenen Pauschalen des DRG-Systems einordnen lassen, zumal bei vielen Patienten eine spezielle Schmerztherapie durchgeführt wird oder nur noch ein geringer Einsatz von Medikamenten oder Geräten erfolgt.

Das Team der Palliativstation besteht aus 19 Mitarbeitern, das sich aus zwei Ärzten (1,65 Stellen), einer medizinischen Fachangestellten (drei Stunden/ Tag) und 16 Pflegekräften<sup>6</sup> zusammensetzt. Ergänzt wird das Team durch eine Reihe ehrenamtlicher Hospizhelfer und Hospizhelferinnen des Hospizvereins, die sich den Wünschen der Patienten entsprechend engagieren, als Gesprächspartner dienen, vorlesen oder bei der Eingabe des Essens behilflich sind. Weitere Unterstützung erfährt das Team durch die Physio-, Musik- und Kunsttherapie. Außerdem ist dieser Station eine Reinigungskraft zugeteilt.

Täglich findet eine Kurven- und Patientenvsiste statt und einmal die Woche eine gemeinsame Chefarztvisite der ‚Medizinischen Klinik V‘. Abhängig von der Verfassung und des individuellen Bedarfs werden die Patienten zudem in ergänzenden Gesprächen betreut. Dafür stehen alle Mitarbeiter des Teams als Ansprechpartner zur Verfügung. Für die Angehörigen ist eine Arztsprechstunde am Nachmittag von einer Stunde vorgesehen.

Der auf dieser Station verfolgte Grundgedanke palliativmedizinischer Behandlung liegt in der Linderung zeitweise auftretender Schmerzen sowie Angst und Unruhezuständen mit dem Ziel, den Patienten nach einer subjektiven Verbesserung der Beschwerden wieder ins heimische Umfeld entlassen zu können oder eine professionel-

---

<sup>6</sup> Laut Personalschlüssel handelt es sich um insgesamt zehn Vollzeitstellen. Pro Bett werden 1,2 Stellen berechnet.

le und emotionale Begleitung bis zum Tod zu bieten. Eine Entlassung ist in ca. 35% der Fälle möglich, die übrigen 65% der Versorgten versterben.

Wichtig ist, dass der Patient über seine Krankheit und ihre Unheilbarkeit informiert ist und dass keine intensivmedizinischen Maßnahmen mehr durchgeführt werden. Neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung ist es den Mitarbeitern der Station ein Bedürfnis, den oftmals sterbenskranken Patienten ein Gefühl der Geborgenheit und Wärme zu vermitteln, gemäß der Bedeutung der palliativen Versorgung (lat. pallium: bequemer Umhang; Bettdecke).

Nach dem Verständnis des Oberarztes hat Palliation auch das Ziel, den Betroffenen mit seinen Angehörigen in der letzten Lebensphase zu vereinen, soweit dies möglich und gewünscht ist. Lagen Missverständnisse vor, kann eine Versöhnung gleich zu Beginn des Aufenthalts erfolgen. Möglich ist überdies, dass der oder die Angehörigen erst nach einer persönlichen regenerativen Phase wieder zunehmend am Leben ihres Anverwandten teilnehmen.

Der allgemeingültige Leitsatz aus der Palliativversorgung „Lebensqualität vor Lebenszeitverlängerung“ findet auch hier seine Anwendung.

### **2.3 Palliative Versorgung**

Nicht dem Leben mehr Tage hinzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben.

(Dame Cicely Saunders, 1918 - 2005)

Die Palliativversorgung<sup>7</sup> ist traditionell eng mit der Hospizbewegung verknüpft und hat sich mittlerweile als eigene Disziplin in der Medizin etabliert.

Hospize (lat. hospicium: Gastfreundschaft, Herberge) gibt es seit Beginn des Christentums im Römischen Reich, um Bedürftigen, Kranken und Reisenden Unterkunft und Hilfe zu bieten. Aus der Idee von Nächstenliebe und Barmherzigkeit entstanden im frühen Mittelalter Hospize als karitative Einrichtungen. Im 14. Jahrhundert ver-

---

<sup>7</sup> In dieser Arbeit werden die im deutschsprachigen Raum gängigen Begriffe der Palliativmedizin und -versorgung synonym verwendet: sie umfassen gleichermaßen die Medizin, Pflege und Betreuung. International wird auch der Begriff ‚Palliativ Care‘ gebraucht.

breiteten sich Hospize unter der Leitung christlicher Orden im östlichen Mittelmeerraum. Die Irish Sisters of Charity eröffneten 1879 ‚Our Lady’s Hospice‘ in Dublin. Das ‚St. Christopher’s Hospice‘ in London, 1967 von Dame Cicely Saunders gegründet, gilt als Ausgangspunkt der modernen Hospizbewegung.

Nach diesem Vorbild wurde in Köln 1983 die erste in die Universitätsklinik eingegliederte Palliativstation eingerichtet.

Als weitere Meilensteine, um den Aufbau und Fortschritt der Palliativmedizin und -pflege im europäischen sowie deutschen Raum zu fördern, sind die Gründungen der ‚European Association of Palliative Care‘ (EAPC) im Jahre 1988 und 1994 der ‚Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin‘ (DGP) zu sehen.

Seit Eröffnung der ersten Station in der Kölner Universitätsklinik stieg die Anzahl von Palliativstationen und Hospizen in Deutschland kontinuierlich. Mittlerweile existieren 178 Palliativstationen und 154 stationäre Hospize (vgl. DGP\_a<sup>8</sup>), ergänzt durch über 1500 ambulante Hospizdienste, die psychosoziale Sterbebegleitung auf ehrenamtlicher Basis ermöglichen.

Trotz der zunehmenden Zahl von Einrichtungen befindet sich die Palliativversorgung in Deutschland nach wie vor in einem ausbaufähigen Stadium, zumal eine bundeseinheitlich flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung nach wie vor nicht gegeben ist.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin empfiehlt 50-60 Betten in Palliativ- und Hospizeinrichtungen/ 1 Mio. Bundesbürger. Diese Mindestplangröße wird mit durchschnittlich 34 Betten gerade zu 57-68% erfüllt. Die Stadt Hamburg hält mit 59 Betten/ 1 Mio. Einwohner als einziges Bundesland eine angemessene Versorgungsstruktur vor (ebd.).

Besonders der Ausbau ambulanter Palliativversorgung<sup>9</sup> ist ein zunehmend gefordertes und gefördertes Ziel, um einer Vielzahl von Menschen die Möglichkeit zu schaffen,

---

<sup>8</sup> basierend auf Daten des „Wegweiser Hospiz & Palliativmedizin“, DGP, Stand: 18.10.2008.

<sup>9</sup> SAPV („Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“) ist seit 2007 mit dem GKV- WSG als individueller Leistungsanspruch in das SGB V aufgenommen und soll durch die Leistungsträger bis zum Jahr 2010 mit knapp 250 Mio. Euro pro Jahr gefördert werden.

im häuslichen Umfeld unter Begleitung palliativmedizinischer und –pflegerischer Betreuung, zu sterben (vgl. DGP\_b).

Ein Großteil aller Menschen in Deutschland verstirbt gegenwärtig immer noch in einer Einrichtung, meist im Krankenhaus oder Pflegeheim (vgl. Heimerl et al., 2007<sup>2</sup>: 50). Eine wichtige Aufgabe der Ärzte und des Pflegepersonals ist daher, sich mit der Problematik des Sterbens und der Palliation auseinanderzusetzen und sich die Frage zu stellen, wann der richtige Zeitpunkt ist, sich der kurativen Behandlung ab- und der palliativen Behandlung zuzuwenden. Dabei ist ein fließender Übergang zu bevorzugen, um für den Patienten nicht das Gefühl des Therapieabbruchs aufkommen zu lassen, sondern den Wechsel des Therapieziels zu vermitteln.

### *Ziele der Palliativmedizin*

Seit den Anfängen der Medizin stand nicht nur die unbedingte Heilung im Zentrum der Aufgaben des Arztes, sondern auch die Linderung und Tröstung des Patienten (vgl. Torelló, 1992: 229 ff.). Schon ein französisches Sprichwort aus dem 16. Jahrhundert besagt: „Guerir – quelquefois, soulager – souvent, consoler – toujours“ (Heilen – manchmal, lindern – oft, trösten – immer).

Heute wird die Konfrontation mit dem Tod eines Patienten von den meisten in Heilberufen Tätigen oftmals immer noch als ihr höchsteigenes Versagen angesehen, „als Ende ihrer persönlichen Interventionsfähigkeit“ sogar „als peinliches Zugeständnis der Ohnmacht gegenüber einer mächtigen Natur“ (Munkel, 1998: 136). Daher besteht die Herausforderung der heutigen Medizin darin, eine sinnlos gewordene Therapie abubrechen und sich der symptomorientierten Leidenslinderung und Tröstung zuzuwenden (vgl. Imabe, 2003: 1<sup>10</sup>).

Diesem Anspruch versuchen palliativmedizinische Einrichtungen gerecht zu werden. Es sind meist eigenständige, an ein Krankenhaus angebundene Abteilungen, die sterbenskranken Menschen einen Raum zur Verfügung stellen, wo sie aufgefangen werden und eine Behandlung erfahren, die sich auf die Linderung der Schmerzen stützt und eine Verbesserung der Lebensqualität anstrebt. Palliativmedizin verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, der seine Konzentration auf den ganzen Menschen, der an

---

<sup>10</sup> Insitut für medizinische Anthropologie und Bioethik

einer Krankheit leidet, legt und nicht allein auf die Krankheit.

Somit unterscheidet sich die Palliativmedizin von anderen Disziplinen, die eine vollständige Genesung bzw. Symptombefreiung des Patienten zum optimalen Ziel haben. Dabei darf sie nicht „als konkurrierende ‚neue Disziplin‘ gesehen werden, sondern muss sich als Ergänzung zu den bestehenden Fachrichtungen etablieren.“ (Klaschik et al., 2000: 611)

Gemäß dem Selbstverständnis der ‚Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin‘ ist Palliativmedizin die „aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Sie strebt die Besserung körperlicher Krankheitsbeschwerden ebenso wie psychischer, sozialer und spiritueller Probleme an. Das Hauptziel der palliativmedizinischen Betreuung ist die Verbesserung der Lebensqualität für die Patienten und ihre Angehörigen (auch über die Sterbephase hinaus)“ (DGP\_c).

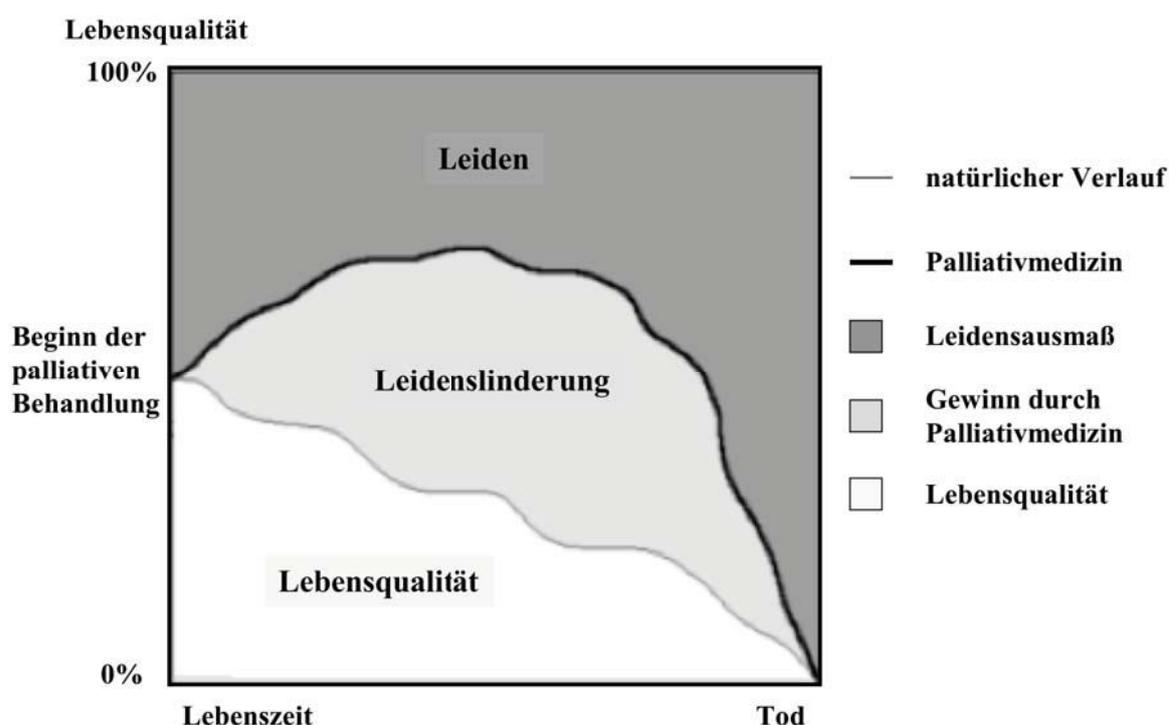
Inhaltlich deckt sich diese Definition mit denen der WHO<sup>11</sup> und der EAPC. In der ausführlichen Begründung der WHO heißt es ergänzend: „Die palliative Behandlung betont das Leben und betrachtet das Sterben als einen normalen Vorgang, beschleunigt weder noch verzögert den Tod, sorgt für Erleichterung der Schmerzen und anderer quälender Symptome, integriert die psychologischen und spirituellen Aspekte der Behandlung, bietet Unterstützung an, um den Patienten bis zum Tod behilflich zu begleiten.“ (WHO bei Beck et al., 2006: 456).

Die Palliativmedizin versteht sich damit als ein multiprofessionelles und ganzheitliches Konzept, das physische, psychische Aspekte sowie ethische und rechtliche Fragen integriert und sich darüber hinaus deutlich gegen die aktive Sterbehilfe (Euthanasie) positioniert (vgl. Binsack, 1997: 663).

---

<sup>11</sup> World Health Organisation

Schmerz- bzw. Leidenslinderung als ein Prinzip der Palliativmedizin erfolgt durch medikamentöse Kontrolle von Symptomen wie z. B. Kopfschmerzen, Übelkeit, Atemnot, Durst oder Störungen des Magen-Darm-Trakts durch Obstipation oder Appetitlosigkeit sowie psychische Probleme wie Ängste und Depression. Der schmerztherapeutische Ansatz ist für Betroffene, sogenannte Schmerzpatienten, der wichtigste Bestandteil der Behandlung (siehe dazu die Ergebnisse der Untersuchung Kapitel 4.4). Operative Eingriffe wie auch Chemo- und Strahlentherapien sind von vornherein nicht ausgeschlossen, sollten aber eine Steigerung des Wohlbefindens als Ziel nach sich ziehen und nicht die Beseitigung des Grundleidens<sup>12</sup>.



**Abbildung 1: Erhöhung der Lebensqualität durch das Prinzip der Leidenslinderung in der Palliativmedizin (Imabe-Info 2/03: Palliativmedizin: 2, ergänzt durch die Autorin)**

Psychische, religiöse und spirituelle Bedürfnisse des Patienten und der Angehörigen, aber auch des Behandlungsteams müssen sowohl während des Erkrankungszeitraums, als auch beim Sterben und in der Zeit danach berücksichtigt werden. Darüber hinaus ist die intensive Auseinandersetzung mit speziellen Fragen der Kommunika-

<sup>12</sup> Bsp.: Operative Entfernung eines Tumors in der Speiseröhre zur Linderung der Beschwerden (vgl. Palliativmedizin. Die Blauen Ratgeber 57: 12.)

tion und Ethik erwünschenswert. Hier wären exemplarisch zu nennen (vgl. Klaschik et al., 2000: 607):

- die Gestaltung der Arzt- und Patientenbeziehung
- Wahrung der Selbstbestimmung (Autonomie) und Würde des Patienten
- Grenzen der Behandlung (z.B. Therapieabbruch, Chemo- oder Strahlentherapie)
- Sterbehilfe und Beistand.

Das Maß an menschlicher Zuwendung und psychosozialer Betreuung ist bei palliativmedizinischen Maßnahmen besonders hoch. Die Begleitung der Patienten und Angehörigen wird durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegepersonal, therapeutischen Kräften<sup>13</sup>, Seelsorgern und Sozialarbeitern sowie freiwilligen Helfern (z. B. Hospizhelfer) ermöglicht.

Eine stationäre Aufnahme erfolgt bei Patienten mit einer inkurablen Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium mit begrenzter Lebenszeit, sofern eine unzureichende Symptomkontrolle (Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Unruhe) vorliegt und ein versorgendes soziales Netz fehlt, um die sozialen Belastungen und seelischen Krisen des Patienten auffangen zu können sowie zur gezielten Sterbebegleitung, sofern diese zu Hause bzw. ambulant nicht realisiert werden kann.

Definitionsgemäß ist die Palliativmedizin nicht auf Patienten mit Tumorerkrankungen beschränkt. Sie widmet sich ebenso Patienten mit z. B. Aids, neurologischen, kardialen, respiratorischen oder renalen Erkrankungen im Terminalstadium (vgl. Klaschik et al., 2000: 608). Dennoch nimmt die palliative Versorgung von nicht-onkologischen Patienten in Deutschland mit einer Größenordnung von ca. 2% einen sehr geringen Stellenwert ein. Auch ein Vergleich mit England, das eine längere palliativmedizinische Tradition aufweist, findet man nur einen Anteil von 6% nicht-onkologische Palliativpatienten (vgl. Bausewein, 2005: 19).

Die Finanzierung der Palliativmedizin ist deutschlandweit nicht einheitlich und erfolgt entweder nach dem gängigen DRG-System oder über die Vergütung tagesgleicher Pflegesätze, die für ‚besondere Einrichtungen‘ gewährt werden und für jedes

---

<sup>13</sup> dazu zählen Physio-, Musik-, Kunst- und Psychotherapeuten und Psychologen

Krankenhaus individuell ausgehandelt werden müssen. Diese Klassifizierung gilt allerdings nur für ein Viertel aller palliativen Einrichtungen in Deutschland. Die Problematik der DRG-Vergütung wurde bereits im vorgehenden Kapitel angesprochen. Zwar ist prinzipiell die Erhebung eines Zusatzentgeltes im Rahmen des DRG-Systems möglich, doch deckt dieser Betrag nur in Ansätzen die resultierenden Defizite der Palliativstationen (vgl. DGP\_b).

Auch wenn der Ansatz in der Palliativversorgung ganzheitlich und an das Individuum angepasst ist, ist die Erarbeitung von Qualitätsstandards notwendig. Zur Überprüfung dieser Standards und Leitlinien (empfohlen von der DGP) dient die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen, die eine qualitativ hochwertige Versorgung von sterbenskranken Patienten gewährleisten muss.

## **2.4 Qualitätsmanagement**

Um Qualitätsansprüche erfüllen zu können und die Erreichung der gesetzten Qualitätsziele durch Messbarkeit abzubilden, wird im gesamten Gesundheitssystem ein Managementinstrument eingesetzt, das Qualitätsmanagement (QM).

Dem Management von Qualität in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens wird in den letzten Jahren zunehmende Bedeutung beigemessen.

Das Ziel ist die Herstellung und Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung mit Gesundheitsleistungen und das Management der entsprechenden Maßnahmen. Dabei dient der Einsatz von Messinstrumenten zur Überprüfung der Qualität. Ebenso wächst der ökonomische Druck auf die Leistungserbringer, so dass ein wirksames Qualitätsmanagement und eine erfolgreiche Zertifizierung der Selbstdarstellung des Hauses und dem darauf aufbauenden Marketing dienlich sein kann.

Von Seiten des Gesetzgebers besteht durch die Erlassung des GKV-Reformgesetzes<sup>14</sup> im Jahre 2000 die Verpflichtung zur Einführung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagements sowie die Durchführung externer Maßnahmen zur Qualitätssicherung, z.B. in Form einer freiwilligen Zertifizierung, mit dem Ziel einer Verbesserung der Ergebnisqualität (§ 135a Abs.2 SGB V im SGB). Die zweijährlich gefor-

---

<sup>14</sup> Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – das GKV-Reformgesetz trat zum 1.1.2000 in Kraft.

derten Qualitätsberichte (§ 137 SGB V) sollen die Transparenz des Leistungsgeschehens und damit eine Vergleichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen ermöglichen. Die Androhung von Vergütungsabschlägen im selben Paragraphen steigert das Interesse an Qualitätsmanagementsystemen (QM-System im Folgenden).

Die Deutsche Gesellschaft für Qualität e. V. versteht unter Qualitätsmanagement „die Gesamtheit der qualitätsbezogenen Tätigkeiten und Zielsetzungen in einer Organisation. Die Definition nach DIN EN ISO ergänzt, dass diese Tätigkeiten „aufeinander abgestimmt“ sind (DIN EN ISO 9000: 2000, zitiert bei Gerull, 2007: 33).

Diese Formulierung zeigt deutlich, dass es nicht genügt, ein bereits bestehendes System einer anderen Einrichtung zu übernehmen. Vielmehr muss ein Qualitätsmanagementsystem in einer Einrichtung wachsen und den gegebenen Rahmenbedingungen, die meist sehr spezifisch und besonders sind, angepasst werden. Die Implementierung eines QM-Systems darf somit nicht nur externe Anforderungen erfüllen, sondern muss auch intern die Prozesse und den Nutzen aller Beteiligten des Systems – d.h. Kunden<sup>15</sup> und Mitarbeiter- erhöhen (vgl. Rudolf et al, 2007: 166).

Zur Einführung eines QM-Systems ist auf dem internationalen wie deutschen Markt eine große Auswahl verschiedener Konzepte vorhanden. Branchenspezifisch für das Sozial- und Gesundheitswesen sind besonders drei Konzepte in Deutschland zu erwähnen: die Norm DIN EN ISO 9001, das EFQM-Modell für Excellence sowie das Selbst- und Fremdbewertungsverfahren nach KTQ®.

---

<sup>15</sup> Die Verwendung des Kundenbegriffs in Gesundheitseinrichtungen ist heute üblich, um den Patienten, aber auch z. B. den Einweisern, als Ziel eines Dienstleistungsprozesses zu definieren. Die Eignung dieses Wortes für den Patienten wird in dieser Arbeit nicht näher erörtert, sondern es wird, sofern es die verwendete Literatur hergibt, übernommen. Die Autorin bevorzugt ansonsten die Bezeichnung ‚Patienten‘.

### *Das DIN EN ISO Konzept<sup>16</sup>*

Die DIN EN ISO 9001: 2000<sup>17</sup> ist eine internationale Norm, die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem festlegt und die Grundlage für eine Zertifizierung<sup>18</sup> bildet. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Dokumentation von Verfahrensanweisungen und der Kontrolle, diese Grundsätze und Verfahrensregeln auch einzuhalten. Meist werden nur einzelne Abteilungen der Klinik zertifiziert und selten das ganze Haus. Das Zertifikat stellt die potentielle Qualität eines Hauses nach außen hin dar.

Die Normen der DIN EN ISO kommen ursprünglich aus der Industrie und sind für Dienstleistungsunternehmen, wie z.B. Kliniken und Gesundheitseinrichtungen, angepasst worden.

Auf diesem Ursprung basierend ist eine andauernde Kritik an der DIN EN ISO-Norm, dass sie sehr technisch ausgerichtet und die Übertragung auf ein Krankenhaus dadurch erschwert ist. Zudem wird die angestrebte Standardisierung in der praktischen Umsetzung in einer mit Menschen arbeitenden Einrichtung als problematisch angesehen. Somit bedarf es einer gründlichen Einarbeitung in die Materie und Anpassung an die besonderen Bedürfnisse einer Einrichtung des Gesundheitswesens.

### *Elemente des QM-Systems*

Welches QM-System letztendlich vom Krankenhaus gewählt wird, bleibt von Seiten des Gesetzgebers frei gestellt, sofern folgende in Tabelle 1 aufgeführte Anforderungen eines umfassenden Qualitätsmanagements erfüllt werden <sup>19, 20</sup>.

---

<sup>16</sup> Die DIN EN ISO-Norm setzt sich aus verschiedenen Normierungsreihen zusammen, für diese Arbeit ist jedoch nur die DIN ISO 9001 von Relevanz, weil diese Grundlage für die Zertifizierung der Sozialstiftung Bamberg ist. Hier wird nur ein kurzer Einblick in das Konzept gegeben. Eine kurze Beschreibung der beiden anderen Konzepte findet sich der Vollständigkeit halber im Anhang I.

<sup>17</sup> Letztmalig wurde die Norm 9001 im Jahr 2008 überarbeitet und trägt jetzt die Nummer 9001:2008.

<sup>18</sup> Zertifizierung ist „ein Verfahren, bei dem ein unparteiischer Dritter bestätigt, dass ein Erzeugnis, ein Verfahren, eine Dienstleistung oder eine Organisation in ihrer Gesamtheit vorgeschriebene Anforderungen erfüllt und nach Begutachtung ein Zertifikat ausstellt.“ (vgl. Kahla-Witzsch, 2005<sup>2</sup>: 147).

<sup>19</sup> Vereinbarung gemäß § 137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM, Gemeinsamer Bundesausschuss.

<sup>20</sup> Eine vereinfachte Aufzählung der Grundlagenelemente findet sich bei GERULL: 1. Prozesse, 2. Management, 3. Ressourcen, 4. Mitarbeiter, 5. Kunden, 6. Verbesserungen (Gerull, 2007: 34ff.).

QM-SYSTEM-ELEMENTE	ERLÄUTERUNG
Qualitätskultur	Verpflichtung zu einer ethischen, moralischen und humanitären Werteorientierung
Patientenorientierung	Prioritäres Ziel ist die patientenorientierte Prozessoptimierung
Verantwortung und Führung	QM ist Bestandteil der Unternehmenspolitik und wird als Unternehmensziel verankert  Die Leitung informiert regelmäßig über Ziele und Maßnahmen des QM
Wirtschaftlichkeit	Verdeutlichung der ökonomischen Voraussetzungen und Auswirkungen  QM-Maßnahmen müssen effektiv und wirtschaftlich sein  Evaluation von Kosten und Nutzen im Einzelfall
Prozessorientierung	Festlegung der Kernprozesse (in Abgrenzung zu Führungs- und Unterstützungsprozessen)
Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterbeteiligung	Beachtung der Qualitätssicherungsmaßnahmen und Unterstützung des QM-Systems  Information und Schulung über QM und Qualitätssicherung  Leitende Mitarbeiter dienen als Vorbild  Mitarbeiter erhalten nötige Freiräume und Ressourcen
Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern	z. B. durch Einführung eines ‚Critical Incidence Reporting System‘ (CIRS)
Kontinuierlicher Verbesserungsprozess	Bewertung und Optimierung mit dem ‚Plan- Do- Check- Act- Zyklus‘  Systematische Überprüfung der Prozesse auf Verbesserungsmöglichkeiten
Qualitätssicherung	Externe Qualitätssicherung als integraler Teil des internen QM (Zertifizierung)  Interdisziplinäre Ergebnisdiskussion
Zentrales QM-Gremium	Übergeordnetes Gremium mit enger Anbindung an die Leitung  Teilnahme leitender Mitarbeiter oder eines QM-Beauftragten

**Tabelle 1: Gesetzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM (Hoefert, 2007: 169f., ergänzt durch die Autorin)**

Anhand dieser Elemente, deren Umsetzung durch die vorgestellten QM-Konzepte erfüllt werden, erkennt man die ganzheitliche Orientierung eines Qualitätsmanagementsystems, in dem alle Hierarchien und Bereiche involviert und nicht abgegrenzt werden sollen. Die Basis bildet dabei das Prozessmanagement, welches „bereichs- und funktionsübergreifend ganzheitlich synergetisch zusammenwirkend“ auf ein gemeinsames Ziel, der Erzeugung des Kundennutzens, abzielt (Zollondz, zitiert bei Gerull, 2007: 33).

Das Prozessmanagement integriert eine Reihe von Tätigkeitsschritten (Planen, Ausführen, Überprüfen und Verbessern), die -gemäß dem Kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP)- eine stetige Verbesserung der Prozesse und Leistungen anstreben, mit dem Ziel, die Effizienz und Zufriedenheit der Kunden bzw. Patienten und Mitarbeiter zu erhöhen. Dieser Ablauf geht zurück auf den bekannten Führungsregelkreis nach W. E. DEMING<sup>21</sup>. Der so genannte PDCA-Zyklus (Plan- Do- Check- Act) gilt heute als Grundlage des Qualitätsmanagements.

Das Management einer Einrichtung legt die Qualitätspolitik fest, um sie anhand des QM-Systems umzusetzen, zu überprüfen und notwendige Änderungen vorzunehmen. Die interne Qualitätssicherung stellt dabei einen instrumentalen Teil des Qualitätsmanagements dar, die Fehler während des Leitungsprozesses auszuschließen versucht.

### *Qualitätssicherung*

Ist das Qualitätsmanagementsystem nicht speziell an einem Produkt ausgerichtet, sondern gibt nur eine Struktur vor, so sind dagegen die Qualitätssicherungsmaßnahmen, die eingesetzt werden, um die gesetzten Ziele zu erreichen und zu ‚sichern‘, individuell an das Produkt bzw. die Leistung angepasst.

Eine Auswahl qualitätssichernder Instrumente, die in der Praxis eingesetzt werden können, ist nachfolgend aufgeführt.

---

<sup>21</sup> William Edwards Deming ist Physiker und Statistiker und gilt als Wirtschaftspionier im Bereich des Qualitätsmanagements. Der Amerikaner lebte von 1900 – 1993.

Dabei entspricht die Reihenfolge in etwa der Häufigkeit des Einsatzes in der Praxis (Mühlbauer, 2003: 74):

- Patienten- und Mitarbeiterbefragungen
- Ist- und Prozessanalysen
- Beschwerdemanagement
- Einweiser-/ Angehörigenbefragungen
- Innerbetriebliches Vorschlagswesen
- Leitbilder und Visionen
- Benchmarking<sup>22</sup>

### *Zertifizierung*

Gründe für die Zertifizierung eines QM-Systems und den damit verbundenen Kosten sind neben der Motivation und dem Ansporn durch ein gemeinsames Ziel, die Anerkennung nach außen durch Patienten, der Öffentlichkeit und Kostenträger und nach innen durch Kollegen und Mitarbeiter (das Gefühl einer ‚Corporate Identity‘<sup>23</sup> wird damit gefördert) (vgl. Kahla-Witzsch, 2005: 148). Die Zertifizierung schafft einen Rahmen, in dem mögliche Verbesserungspotenziale von externen Dritten aufgezeigt werden und die von Mitarbeitern und Leitung unter dem externen Druck der sich regelmäßigen Erneuerung des Zertifikats umgesetzt werden müssen (vgl. Rudolf et al., 2007: 172).

QM-Konzepte sind nicht für die direkte Umsetzung in die Praxis gedacht. Vielmehr bilden sie eine Grundlage, auf der sich jede Einrichtung ein eigenes QM-System erstellen muss. Dabei ist zu bedenken, dass QM-Systeme immer nur so gut wie ihre Verankerung in allen Arbeitsbereichen der Einrichtung und in der alltäglichen Kommunikation der Mitarbeiterschaft sind. Es gilt als wichtigster Grundsatz, dass bei allem konzeptionellen Aufwand der primäre Qualitätsmaßstab nicht in den Hinter-

---

<sup>22</sup> Benchmarking = Verfahren zur Qualitätsverbesserung durch Vergleich und Lernen. Qualität ist nicht als feste Größe zu messen, sondern aufgrund von Vergleichen mit anderen Leistungsanbietern realistisch einzuschätzen (Gerull, Glossar: 285).

<sup>23</sup> Corporate Identity = Gesamtheit der Ausdrucksformen und Verhaltensweisen, die das Erscheinungsbild eines Unternehmens bestimmen; weitestgehend identisch mit dem Begriff der Unternehmensphilosophie (Gerull, Glossar: 286)

grund treten darf: die Zufriedenheit der Patienten sowie ihre bestmögliche ärztliche und pflegerische Versorgung (vgl. Geisen, 2003: III).

### *Qualitätsbegriff*

Um diesen Qualitätsmaßstab zu konkretisieren, bedarf es in der Praxis der Bewusstwerdung über den Begriff der Qualität. Allzu selbstverständlich wird von Qualität als etwas allgemein Gültiges gesprochen, doch entwickelt jeder Mensch sein eigenes Bild davon, was Qualität für ihn bedeutet.

Orientiert man sich an publizierten Definitionen, findet man unzählige Begriffsbestimmungen für Qualität. Ursprünglich kommt es aus dem Lateinischen (lat.: *qualitas*) und bezeichnet die ‚Beschaffenheit‘ einer Sache. Eine Definition, die speziell für die Gesundheitsversorgung formuliert wurde, findet sich bei DONABEDIAN: „Qualität in der Gesundheitsversorgung ist das Ausmaß, in dem die tatsächliche Versorgung mit vorausgesetzten Kriterien übereinstimmt“ (Donabedian, 1982: 3<sup>24</sup>).

Folgt man dieser Definition, ist es notwendig für eine Einrichtung im Gesundheitswesen -hier: ein Krankenhaus-, die Kriterien, die ein Patient in diesem Haus erwarten kann, im Vorhinein festzulegen, um die Erwartungen realistisch einzugrenzen und dann umfassend zu erfüllen. Die Formulierung dieser Kriterien kann unter anderem in den Qualitätszielen des Hauses erfolgen, die im Rahmen der Qualitätspolitik auf Führungsebene festgelegt werden.

## **2.5 Das Qualitätsmanagementsystem in der Sozialstiftung Bamberg**

Betrachtet man die Definitionen der Sozialstiftung Bamberg (kurz: SSB), erkennt man eine weitestgehende Übereinstimmung. Sie formuliert Qualität für sich als den momentan höchstmöglichen Erreichungs- und Ausprägungsgrad von Kriterien bzw. Güte Merkmalen für ein Produkt oder eine Dienstleistung, wobei die Anforderungen eine fortschreitende Anpassung erfahren sollen<sup>25</sup>. Im Qualitätsbericht der Sozialstiftung von 2006 heißt es sinngemäß: Das QM-System des Unternehmens ist ein strate-

---

<sup>24</sup> übersetzt aus dem Original: „Assessment of quality is a judgment concerning the process of care, based on the extent to which that care contributes to valued outcomes.“

<sup>25</sup> vgl. Konzept zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in der Sozialstiftung Bamberg, 04\_2008

gisches Führungsinstrument, das eine schnelle und sichere Erreichung der Ziele verfolgt sowie die Messbarkeit der Leistung, wobei die Steigerung der Kundenzufriedenheit die wichtigste Ausrichtung des Systems ist (vgl. QM-Bericht SSB 2006: 211ff.). Folgende Maßnahmen zur Erreichung dieser Qualitätsziele wurden dafür formuliert (ebd.):

	QUALITÄTSZIELE	MAßNAHMEN
1	Die Erfüllung der individuellen, subjektiv empfundenen Erwartungen unserer Kunden und Patienten sowie die Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen im Hinblick auf unsere Aufgabe als Krankenhaus	Kontinuierliche Patientenbefragung und Befragung der einweisenden Ärzte  Diskussion der Ergebnisse und gezielte Umsetzung daraus resultierender Maßnahmen
2	Die Steigerung der Qualität unserer Leistungen und der Ausbau eines premium- medizinischen Angebotsspektrums, um die Marktführerschaft des Unternehmens weiter auszubauen	Anpassung des Angebotes an die Nachfrage der Patienten und Kunden  Überprüfung der Leistungsentwicklung der Kliniken und Institute durch regelmäßige Ergebniscenterberichte  Klinikbezogene Analysen des Einweiserverhaltens in der Region  Erfassung, Bearbeitung und Auswertung von Beschwerden
3	Die Verbesserung der Abläufe im Unternehmen	Gezielte Analysen einzelner Prozesse bzw. - Prozessabläufe, Aufzeigen von Schnittstellenproblematiken mittels graphischer Darstellung der Abläufe, Erstellung von Arbeitsanweisungen, Analyse der Wartezeiten und Verweildauer
4	Die Senkung der Kosten durch Fehlervermeidung	Einführung eines Risikomanagementsystems,  Führen von Problemhitlisten und kontinuierliche Bearbeitung und Auswertung (in einzelnen Abteilungen)
5	Schaffung von Transparenz und Akzeptanz hinsichtlich der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems	Externe Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001: 2000 verschiedener Bereiche des Hauses

**Tabelle 2: Qualitätsziele der Sozialstiftung Bamberg (Kürzungen durch die Autorin)**

Zur Erfüllung des fünften Ziels werden nachfolgend verschiedene Abteilungen nach DIN EN ISO 9001: 2000 zertifiziert. Erstmals führte die Sozialstiftung das Konzept im Jahr 2007 ein. Zu der Zeit erhielt das Brustzentrum als erste Abteilung dieses

Zertifikat. Es schlossen sich weitere Zertifizierungen in der Radio-Onkologie und Strahlentherapie an, im Jahr 2008 folgten die Urologie und die Palliativstation<sup>26</sup>.

Die anderen Qualitätsziele werden durch Einsatz folgender Maßnahmen verfolgt (ebd.):

1. Erstellung und Veröffentlichung eines strukturierten Qualitätsberichts alle zwei Jahre
2. Kontinuierliche Patientenbefragungen
3. Innerbetriebliches Vorschlagswesen
4. Zentrales Beschwerdemanagement für Kritik und Anregungen
5. Fachbereichsbezogene Zuweiserbefragungen
6. Umsetzung und Kontrolle von Expertenstandards
7. Hygieneplan nach Richtlinien des Robert-Koch-Instituts (RKI)

### *Patientenzufriedenheit*

Zur Erhebung der Patientenzufriedenheit werden laut Punkt 2 kontinuierliche Befragungen mittels auf den Stationen ausliegender Fragebögen vorgenommen (Abb. 3 und 4 im Anhang II). Das Ziel ist das oben formulierte erste Qualitätsziel: „die Erfüllung der individuellen, subjektiv empfundenen Erwartungen unserer Kunden und Patienten (...)“

Der Fragebogen besteht aus 13 Fragen, die zum Teil der Vorlage ZUF-8 nach SCHMIDT und WITTMANN<sup>27</sup> entnommen (Fragen 6-13) und seitens des Hauses erstellter Fragen ergänzt wurden (Fragen 1-5). Neben Fragen zur Freundlichkeit, der Verpflegung und Betreuung in den einzelnen Abteilungen wird um eine Beurteilung der Behandlungsqualität und der eigenen Bedürfnisbefriedigung gebeten. Fragen nach dem Alter, Geschlecht und der genutzten Fachabteilung fügen sich an. Es wird das Prinzip ‚Multiple

---

<sup>26</sup> Das Gefäßzentrum der Sozialstiftung ist nicht nach DIN EN ISO zertifiziert, sondern nach einem eigenen Zertifikat der deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie DGG.

<sup>27</sup> erschienen in: Brähler, E., Schumacher, J., Strauß, B. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Göttingen, Hogrefe, 2002, S. 392-396.

Choice'<sup>28</sup> mit den Antwortkategorien: „Stets – überwiegend – manchmal – nie“ verwendet, so dass das Ausfüllen der Bögen nur wenige Minuten für den Anwender in Anspruch nimmt. Zusätzlich hat der Befragte die Möglichkeit, Ergänzungen und Vorschläge frei zu formulieren.

Für die Auswertung werden sämtliche Fragebögen aller entlassenen Patienten berücksichtigt, die bis zum Quartalsende abgegeben wurden. Die Rücklaufquote lag in den vergangenen Quartalen durchschnittlich bei 13% für das gesamte Klinikum.

Bei der internen Veröffentlichung der Ergebnisse werden die Stationen der Sozialstiftung untereinander und mit einem Bundesdurchschnitt verglichen<sup>29,30</sup>.

Anhand dieser Ergebnisse sollen dann mögliche Veränderungs- und Verbesserungspotenziale erarbeitet und umgesetzt werden (laut PDCA-Zyklus), mit dem übergeordneten Ziel, die Patientenzufriedenheit zu steigern.

Der Einsatz dieser Fragebögen trägt durch das quantifizierbare Vorgehen der Forderung nach Messbarkeit der Leistung Rechnung (in der Definition des QM-Systems der SSB beschrieben, vgl. 2.5: 29).

## **2.6 Probleme bei dem Einsatz des quantitativen Fragebogens auf der Palliativstation**

Der in Kapitel 2.5 vorgestellte quantitative Fragebogen fand in der Vergangenheit auch seinen Einsatz bei den Patienten der Palliativstation<sup>31</sup>.

Dabei wurde dem Umstand, dass es sich bei Palliativpatienten in den meisten Fällen um todkranke, wenn nicht gar bereits im Sterben liegende Menschen handelt, wenig Beachtung geschenkt.

---

<sup>28</sup> Multiple choice (engl.)= Mehrfachauswahl-Fragebogen, der mehrere Antwortmöglichkeiten vorgibt.

<sup>29</sup> Der Bundesdurchschnitt wird lt. Angabe der Sozialstiftung dem ZUF-8 nach SCHMIDT UND WITTMANN entnommen.

<sup>30</sup> Auf die Veröffentlichung eines exemplarischen Berichts in dieser Arbeit wird aus datenschutzrechtlichen Gründen verzichtet.

<sup>31</sup> Der Patient -und nicht der Angehörige- soll in der weiteren Darstellung als Beispiel herangezogen werden, da er der erste Adressat der Befragung ist.

Es handelt sich um eine hochsensible Situation, in der auf ethisch vertretbare Weise und mit Anstand dem Patienten begegnet werden muss. Die Möglichkeit, Schaden mit der Erhebung zuzufügen, ist hoch, wenn nicht genügend Sensibilität eingesetzt wird. Ebenso besteht aber auch die Möglichkeit, dass ein Schaden entsteht, wenn die Bedürfnisse des Patienten und seines Angehörigen niemals erfragt werden.

Aus diesen Überlegungen heraus ergaben sich Fragestellungen bereits in früherer Zeit seitens der Mitarbeiter der Palliativstation und der Autorin in Vorbereitung auf diese Studie.

Einige Mitarbeiter der Pflege zeigten sich aus pietätischen Gründen skeptisch, den Fragebogen, entweder kurz vor dem Ableben des Patienten oder aber in einem -zwar stabilen- Zustand weit fortgeschrittener Krankheit, zu verteilen. Das gleiche gilt für die Bitte an die Angehörigen direkt vor oder nach dem Tod des Patienten. Wörtlich nannten Mitarbeiter dieses Eingreifen in diese intime Privatsphäre „geschmacklos“.

Eine weitere Frage, die gestellt wurde, ist die Form, in der sich die Zufriedenheit ausdrückt. Welche Aspekte sind dem Palliativpatienten wichtig, welche bekommen mehr Gewicht kurz vor dem Tod und welche verlieren vielleicht sogar an Bedeutung?

Es wurden die Thesen formuliert, dass der Einsatz eines quantitativen Fragebogens der Situation eines Palliativpatienten nicht gerecht werden kann und die getroffene Auswahl an Fragen die Bedürfnisse nicht adäquat erfasst. Um die Zufriedenheit des Patienten im letzten Stadium seines Lebens zu erfahren und sicherzustellen, dass die Ziele des Qualitätsmanagements erreicht werden, bedarf es besonderer methodischer und ethischer Standards, die ein quantitatives Vorgehen in dieser isolierten Form nicht erfüllen kann.

Vor diesem Hintergrund wurde der Einsatz einer qualitativen Befragung in Form von persönlich geführten Interviews gewählt. Fernerhin wurde eine Verknüpfung quantitativer und qualitativer Maßnahmen für künftige Verfahren mit in Betracht gezogen.

Es ist eine Frage der Methodik und der passenden Atmosphäre, um die Bedürfnisse und Zufriedenheit eines sterbenskranken Menschen im Rahmen der Qualitätssicherung zu erfragen, dessen letzte verbleibende Zeit äußerst wertvoll -weil begrenzt- ist. Es könnte auch als Widerspruch bezeichnet werden, diese Patienten für die eigenen Qualitätstests zu benutzen, doch muss die Sicherstellung guter qualitativer Standards

auch in der palliativen Versorgung gewährleistet werden. Daher ist der Sinn einer solchen Maßnahme zwangsläufig eingeschränkt, wenn kein qualitativer Nutzen vorhanden ist, sowohl für die Einrichtung, als auch -und das in besonderer Weise- für den Befragten. Die Interviews müssen daher Reziprozität<sup>32</sup> aufweisen, um sicherzustellen, dass beide Seiten einen Gewinn davontragen.

In der Vorbereitungsphase prägte sich bereits der Begriff des ‚eingebetteten Interviews‘ (‚embedded research‘). Das Vorgehen meint das Integrieren bzw. ‚Einbetten‘ des Interviews in den täglichen Ablauf, so dass dem Befragten das Gefühl vermittelt werden kann, dass die Befragung ein selbstverständlicher Teil des Aufenthalts ist. Dieses persönlich geführte Gespräch mit dem Patienten möchte emotionale Wärme, Interesse und Wertschätzung transportieren – eine Leistung, die ein maschinell erstellter und ausgewerteter Fragebogen nicht vollbringen kann. Die Hypothese ‚quantitative Befragungen seien kalt‘ sollte im Laufe der Untersuchung untermauert werden.

Gerade im Zuge einer Zertifizierung, die die Maßstäbe der durchgeführten Maßnahmen festlegt und als Aushängeschild der Einrichtung dienen soll, ist der Einsatz sinnvoller und angemessener Erhebungsinstrumente zum Ausdruck der Qualität in der Palliativmedizin, gemessen an der Zufriedenheit und der Versorgung, mit Bedacht zu wählen und sollte mit dem ‚Gegenstand‘ der Untersuchung -sterbenskranken Palliativpatienten in der letzten Lebensphase- kongruieren.

---

<sup>32</sup> Reziprozität (lat. *reciprocus*): Gegenseitigkeit, Wechselseitigkeit, Wechselbeziehung

### 3 Methode der Wahl für die Palliativversorgung

Für die Befragung der Patienten und Angehörigen wurde aus oben dargelegten Gründen die Methode des leitfadengestützten Interviews gewählt. Diese Erhebungsförm hat ihren Ursprung in der Qualitativen Sozialforschung, die faktisch kurz umrissen werden soll.

#### 3.1 Qualitative Sozialforschung

Die Qualitative Sozialforschung wurde bereits im frühen 20. Jahrhundert als Gegenbewegung zur objektivierten und weitestgehend statistischen Vorgehensweise der quantitativen Forschung angewendet. „Im Verlauf der Etablierung beider Wissenschaften haben sich jedoch zunehmend die <härteren>, experimentell, standardisierend und quantifizierend konzipierten Ansätze gegen <weiche>, verstehend, offen und qualitativ - beschreibend konzipierten Ansätze durchgesetzt“ (Flick, 2007: 30f.). Nach 1970 wurde die Kritik an der quantitativen Forschung wieder lauter und die qualitative Sozialforschung nahm auch in Deutschland wieder an Bedeutung zu.

Im qualitativen Vorgehen macht der Forscher die von der Forschungsfrage betroffenen Subjekte zur Ausgangslage und dem Ziel der Untersuchung (vgl. Mayring, 2002: 20). Die Methode sollte dem Gegenstand gegenüber angemessen sein (vgl. Flick, 2007: 273).

Damit trägt man den wesentlichen Merkmalen der qualitativen Methodologie Rechnung (Diekmann, 2008: 531):

- Subjektbezogenheit
- Offenheit bezüglich Fragen, Antworten und Methoden
- Untersuchung in alltäglichen Situationen (Kontextbezogenheit)

Die untersuchten Subjekte werden in ihrer Komplexität und ihrem alltäglichen Umfeld untersucht und aus diesen Zusammenhängen heraus gedeutet. Man bemüht sich einen Alltags- und Lebensweltbezug zu erfassen, gegenüber der vollständig oder teilweise experimentellen oder gar laborähnlichen Erhebungssituation der quantitativen Methoden.

‚Kommunikativität‘ spielt hierbei eine entscheidende Rolle. Erst durch das Eingehen einer Kommunikationsbeziehung mit dem Forschungssubjekt ist im Allgemeinen der Zugang zu relevanten Daten möglich (vgl. Lamnek, 2005: 348).

Zentrale Gütekriterien sind die Objektivität und intersubjektive Überprüfbarkeit des Forschungsprozesses, die durch die Dokumentation bzw. Offenlegung aller Verfahrensschritte gewährleistet wird.

Qualitative Forschung arbeitet in der Regel mit geringen Fallzahlen. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgt nach der Relevanz für die Fragestellung und das Untersuchungsfeld. Idealerweise wird die Untersuchung abgeschlossen, wenn keinerlei neue Erkenntnisse mehr zu erwarten sind (vgl. Keddi et al., 2008: 2). Man spricht dann von der ‚theoretischen Sättigung‘<sup>33</sup>.

### **3.2 Die qualitativen Interviews**

Eine häufig angewandte Methode in der qualitativen Forschung ist das Durchführen von Interviews<sup>34</sup>, die nach FRIEDRICHS das Ziel verfolgen, „genauere Informationen vom Befragten mit besonderer Berücksichtigung seiner Perspektive, Sprache und Bedürfnisse zu erlangen“ (Friedrichs, 1990: 224).

Interviews unterscheiden sich im Grad der Freiheit zur Beantwortung der Fragen. Qualitative Interviews können halb- bis nicht-standardisiert sein. In dieser Untersuchung wurde als Methode das halbstandardisierte Leitfaden-Interview gewählt.

Der Interview-Leitfaden wird nach thematischen Bereichen konstruiert, die dem Forschungsinteresse bzw. formulierter Hypothesen entsprechen soll. Durch den nur grob strukturierten Leitfaden geht der Interviewer stärker auf den Befragten ein und erhöht seinen Spielraum, Fragen zu formulieren, anzuordnen und Nachfragen zu stellen (vgl. ebd.). Ein Themenwechsel und das Einführen neuer Fragen erfolgt nach einer angemessenen Gelegenheit und ausreichendem Raum für die Ausführung eines

---

<sup>33</sup> Die ‚theoretische Sättigung‘ ist auf das ‚theoretical Sampling‘ im Rahmen der ‚Grounded Theory‘ (Glaser und Strauss, 1998) zurück zu führen: Datenerhebung, -auswertung und Theoriebildung verlaufen zeitlich parallel und beeinflussen sich gegenseitig. Die Anzahl der Fälle ergibt sich im laufenden Prozess. Abschluss der Untersuchung ist der Punkt, an dem keine neuen Erkenntnisse mehr gewonnen werden.

<sup>34</sup> *Interview* leitet sich aus dem Französischen ‚entrevue‘ ab und bedeutet ‚verabredete Zusammenkunft‘ oder ‚sich begegnen‘ (Verb: *entrevoir*).

Themas (vgl. Flick, 2007: 274). In Formulierung und Deutlichkeit der Fragen orientiert sich der Interviewer sorgsam an der Stimmung sowie dem Befinden des Gegenübers.

Offen gestellte Fragen charakterisieren das qualitative Interview, um eine „ausreichende Offenheit für die subjektive Sicht des Interviewpartners“ zu gewährleisten (Flick, 2007: 269). Es wird versucht, den Charakter eines Alltagsgesprächs zu realisieren sowie sich der Sprachform des Befragten anzupassen (vgl. Lamnek, 2005: 351).

Qualitative Interviews haben einen explorativen Charakter, der nicht nur Antworten auf die vorgegebenen Fragen erwarten lässt, sondern auch neue Erkenntnisse, die über die Vermutungen des Interviewers hinausgehen. Durch die Offenheit sowohl gegenüber der zu erwartenden Antworten als auch des Gesprächsverlaufs, erhält der Befragte die Gelegenheit, auf Themen zu kommen, die in der Planung des Interviews nicht vorgesehen waren. Vorgegebene Antwortkategorien dagegen -wie gemeinhin in einem quantitativen Fragebogen- würden den Zugang zu neuen Erkenntnissen verschließen.

Um dem Forschungsfeld gerecht zu werden, wird hier als Erhebungsmethode das sogenannte ‚weiche‘ Interview angewandt. Der Interviewer versucht ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, in dem er der befragten Person mit Sympathie begegnet wird und sich den Antworten gegenüber neutral verhält. Nach LAMNEK sind „gerade das Einfühlen in die Situation der Betroffenen und das Schaffen eines Vertrauensverhältnisses in der Kommunikationssituation (...) wesentliche Voraussetzungen für verlässliche und gültige Befunde“ (Lamnek, 2005: 344).

Zur Aufzeichnung der Interviews wurde das klassische Medium der qualitativen Forschung gewählt: die handschriftlichen Notizen bzw. Feldnotizen. Die verfolgte Absicht ist, sich dem Forschungsfeld angemessen zu nähern und soviel Natürlichkeit wie möglich während des Interviews und in der anschließenden Analyse zu bewahren, ohne eine neue Version des Geschehens zu konstruieren, worin eine Gefahr beim Einsatz technischer Geräte bestünde (vgl. Bergmann, 1985, zitiert in Flick, 2007: 374). Es erfolge „eine Veränderung der untersuchten Situation durch die Form der Aufzeichnung sowie der Verlust an Anonymität für die Befragten“, die FLICK als neue Fragen der Forschungsethik formuliert (ebd.). Dieses Vorgehen folgt dem Anspruch,

eine angenehme und natürliche Atmosphäre in der Gesprächssituation zu schaffen gemäß dem Verständnis des ‚embedded research‘.

Die handschriftlich aufgezeichneten Interviews halten in komprimierter Form das Wesentliche der Antworten des Befragten sowie weitere Informationen zum Verlauf des Interviews fest und sollten unverzüglich niedergeschrieben werden (vgl. Flick, 2007: 374 f.).

### **3.3 Auswertungsverfahren**

Der maßgebliche Prozess der Erkenntnisfindung dieser Arbeit beruht auf der ‚Grounded Theory‘.

Das Konzept der ‚Grounded Theory‘ wurde von Glaser und Strauss 1967 formuliert und verfolgt ein Herangehen an die für die Forschungsfrage relevanten Variablen und deren Bezüge über verschiedene Ebenen, um sie zu erschließen. Es werden unterschiedliche Datenarten analysiert wie z.B. Interviews, Beobachtungs- und Ambienteprotokolle sowie Gesprächsnotizen. Die daraus gewonnen Erkenntnisse ermöglichen mittels vergleichender Analyse die Generierung von Theorien und Hypothesen, die im weiteren Prozess schrittweise verfeinert und angepasst werden. Aussagen einzelner Probanden werden als neue Hypothesen in die weitere Befragung aufgenommen und auf diese Weise überprüft (vgl. Glaser/Strauss, 1998: 107 ff.).

Die Methode der Auswertung ist abgestimmt auf das Forschungsfeld und die Erhebungsmethode. Nach LAMNEK „gibt es keinen Konsens über *eine bestimmte* anzuwendende Analysemethode, vielmehr wird angestrebt, dem jeweiligen Projekt eine an Thema und Erhebungsmethode angepasste Auswertungsmethode auf den Leib zu schneiden.“ (Lamnek, 1995: 114, kursiv im Original).

In diesem Sinne wird in dieser Arbeit eine Inhaltsanalyse vorgenommen, die sich an einer allgemeinen Handlungsanweisung zur Auswertung qualitativer Daten orientiert mit dem Ziel, das Material zu konzentrieren (vgl. Lamnek, 2005: 402 ff.).

Die Analyse unterteilt sich in die nachfolgend aufgeführten vier Phasen. Die konkrete Anwendung in dieser Untersuchung wird näher im folgenden Kapitel beschrieben.

Phase 1: Rekonstruktion der Interviews auf Grundlage des gesammelten Materials

Phase 2: Einzelanalyse anhand übergeordneter Fragen (Fragenkatalog)

Phase 3: Generalisierende Analyse

Phase 4: Kontrollphase

Die Einhaltung dieser vier Phasen stellt sicher, dass der Auswertungsprozess nicht in ein „völlig unsystematisches Vorgehen mündet“, sondern vielmehr bestimmte Verfahrensregeln eingehalten werden. MAYRING spricht von ‚Regelgeleitheit‘, betont allerdings, dass diese Regel nicht „sklavisch“ verfolgt werden muss, sondern dass Offenheit und Modifikation in den geplanten Analyseschritten angezeigt sind (Mayring, 2002: 145 f.).

Die Analyse qualitativer Daten erfolgt in der Regel induktiv<sup>35</sup>. Dafür ist die Reflexion des Forschers ein wichtiger Teil der Erkenntnisfindung. Die Subjektivität des Untersuchers wird zum Bestandteil des Forschungsprozesses: Beobachtungen, Eindrücke, Störungen und Gefühle fließen in die Interpretation mit ein und werden dokumentiert<sup>36</sup> (vgl. Flick, 2007: 29). Bereits die Auswahl der Aspekte, die Eingang zu den Notizen des Forschers finden, bestimmt diese Erkenntnisfindung (vgl. Flick, 2007: 376).

Aufgrund der hochgradigen Vulnerabilität der Zielgruppe (sterbenskranke Patienten) war bei der Durchführung der Befragung die Wahl der oben charakterisierten Forschungsmethode geboten.

---

<sup>35</sup> Ausgehend vom Einzelfall wird auf das Allgemeine geschlossen bzw. eine Regel aufgestellt.

<sup>36</sup> Dazu wurden in dieser Untersuchung sowohl ein Ambienteprotokoll im Anschluss an jedes Interview sowie ein Forschungstagebuch während der gesamten Untersuchung geführt.

## 4 Die Befragung an der Sozialstiftung Bamberg

Ein einführendes Gespräch mit der Qualitätsbeauftragten der Sozialstiftung, sowie dem leitenden Arzt der Palliativstation und der stellvertretenden Stationsleitung legte die Ziele dieser Untersuchung fest, die in einem Konzept dargelegt und seitens der Sozialstiftung angenommen wurden.

Der Forschungsgegenstand war die „Ermittlung von Patientenzufriedenheit der Palliativstation im Rahmen der Qualitätssicherung an der Sozialstiftung Bamberg unter Einbezug der betroffenen Angehörigen, des Pflegepersonals und der Ärzteschaft.“

Die konkreten Forschungsfragen lauteten:

1. Wie zufrieden sind die Patienten und ihre Angehörigen auf der Palliativstation? Wie stellt sich die Zufriedenheit von Palliativpatienten dar?
2. Welches Erhebungsinstrument ist am besten geeignet, um die Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen unter Berücksichtigung der besonderen Umstände zu erfassen?

### 4.1 Entwicklung des Interviewleitfadens

Der bisher zur Anwendung gekommene quantitative Fragebogen deckt u.a. Fragen nach der Freundlichkeit des Personals, ausreichender Information, der Zufriedenheit mit der Verpflegung oder der Qualität der Behandlung ab. Darüber hinaus sollten auf Wunsch der Sozialstiftung ergänzend folgende Aspekte erhoben werden, um ein umfassenderes Bild der Zufriedenheit zu erlangen:

- Wohlbefinden
- Schmerzen bzw. Schmerzfreiheit
- Zwischenmenschliche Beziehungen
- Aufklärungszustand des Patienten und der Angehörigen
- Einbezug der Angehörigen in die täglichen Abläufe und Aufgaben
- Gewünschtes Beratungsangebot für Patienten und Angehörige – auch über den Tod des Patienten hinaus
- Berücksichtigung besonderer Ernährungswünsche

Auf Basis der formulierten Ziele und einer Analyse der herkömmlichen Zufriedenheitserhebungen wurde unter Berücksichtigung der Forschungsfragen der Leitfaden erarbeitet, der aus sechs Fragen besteht.

#### **PATIENTEN**

1. Sie werden hier von verschiedenen Leuten betreut, sind Sie damit zufrieden?

An welchen Faktoren liegt das?

Perspektiven: Insgesamt, Personal, Versorgung (Pflege/ Ernährung u.a.), Einbezug Angehöriger in Aufgaben/ Abläufe, Beratungsangebot (Zeitpunkt/ Themen), Geistiger Beistand

2. Was schätzen Sie hier ganz besonders?

3. Und gibt es etwas, was Sie hier belastet oder stört?

4. Mögen Sie mir ein wenig darüber erzählen, wie es Ihnen geht?

Perspektiven: Schmerzen/ Schmerztherapie, Wohlbefinden, Angst, Aufklärungszustand, Lebenszufriedenheit

5. Haben Sie Wünsche oder Vorschläge an die Abteilung? Was könnten wir besser machen?

6. Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?

#### **Tabelle 3: Leitfaden Patienten**

Es handelt sich überwiegend um offene Fragen, die nach Interviewsituation durch Vertiefungsfragen spezifiziert wurden. Die Perspektiven, die mit einer Frage erfasst werden können, sind ergänzend aufgeführt und dienen der Interviewerin zur unterstützenden Lenkung des Gesprächs.

Die Idee war, dass durch die allgemein gehaltene Formulierung der Fragen dem Interviewpartner die Möglichkeit gegeben würde, sich je nach Bedürfnis und Befindlichkeit zu äußern. Unangebrachte Themen konnten auf diese Weise nach Wahl des Befragten umgangen werden, ohne dass die Interviewerin auf eine Antwort bestand.

Der Leitfaden ist so konzipiert, dass einleitend die Zufriedenheit in Bezug auf die verschiedenen Mitarbeiter befragt wird, wodurch nicht nur die Angestellten der Station ‚bewertet‘ werden sollen, sondern auch Angebote wie Seelsorge, Therapie (Musik-, Kunst- oder Physiotherapie) sowie die Beteiligung der Angehörigen an den Abläufen. Danach soll der Patient einen Schwerpunkt legen auf Dinge, die er besonders an dieser Station schätzt und die er als störend und belastend wahrnimmt. Erst hier folgt eine Frage nach der persönlichen Befindlichkeit des Patienten, die mögliche Perspektiven wie z. B. Schmerzen, Wohlbefinden, Angst oder den Aufklärungszu-

stand erfassen soll. Anschließend werden Vorschläge und Wünsche erbeten, der Leitfaden schließt mit der Frage nach weiteren Mitteilungen.

Der modifizierte Leitfaden für die Angehörigen (Anhang III) besteht aus sieben Fragen. Eine Abwandlung erfolgte bei Frage 1 in ‚Zufriedenheit mit der Versorgung des Anverwandten‘, Frage 2 ‚Persönliche Beteiligung an den Aufgaben‘ und Frage 5 ‚Angebot des Hauses, hinsichtlich Beratung, Therapie und Seelsorge‘.

Geplant war die Durchführung von ungefähr 20 Patienten- und Angehörigeninterviews, was auf Grund der begrenzten Zeit und des eingeschränkten Patientenwechsels innerhalb der Hauptuntersuchungsphase als angemessen und ausreichend erschien.

Für die Dauer der Interviews wurden ungefähr 30 Minuten eingeplant, wobei jedes Interview auch im zeitlichen Herangehen der Offenheit und den Anforderungen der jeweiligen Interviewsituation unterlag.

## **4.2 Datenerhebung**

Die Auswahl der Gesprächspartner erfolgte durch die Pflegekräfte und den leitenden Arzt. Es wurde das Wohlbefinden des Patienten bzw. die Bereitschaft zu einem Gespräch eingeschätzt, erst danach kam der erste Kontakt zwischen der Interviewerin und dem Interviewpartner zustande<sup>37</sup>.

Eingeleitet wurde das Interview mit der Anfrage, ob ein Gespräch erwünscht und derzeit auch möglich ist. Als Grund für dieses Gespräch wurde dem Patienten das Anliegen geschildert, dass die Station erfahren möchte, ob er sich gut aufgehoben fühlt.

In der Durchführung diente der Leitfaden als vage Orientierung. Der Verlauf des Interviews wurde an die jeweilige Situation, das Befinden des Patienten und sein Be-

---

<sup>37</sup> Der Oberarzt formuliert zu Beginn ‚Leitsätze‘, die den Umgang mit sterbenskranken Patienten erleichtern sollten:

1. Es sind Patienten, keine Bewohner wie im Hospiz. Sie sollen, wenn möglich, wieder nach Hause entlassen werden.
2. Der Patientenwunsch ist oberstes Gebot!
3. Es darf gelacht werden.
4. Sei persönlich. Erzähle Persönliches, sonst erzählen die Patienten auch weniger.
5. Nicht ängstlich sein und abgrenzen – das spüren die Patienten.

dürfnis, ein Thema näher zu erörtern, angepasst. Wenn die Verfassung des Patienten den Abbruch des Interviews verlangte, ist dieses sofort geschehen<sup>38</sup>.

Es wurde ein Pretest von fünf Interviews durchgeführt, danach wurde der Leitfaden nochmals überarbeitet und angepasst.

Die Interviews wurden per Hand in Stichworten protokolliert und durch Zitate und Sätze in kondensierter Form ergänzt.

Ein Ambienteprotokoll beschrieb die Situation und Atmosphäre, eventuelle Störungen oder andere Auffälligkeiten während des Interviews und hielt Angaben zum Ort und der Dauer des Gesprächs fest. Es handelte es sich um eine Einschätzung der Situation aus der persönlichen Sicht der Interviewerin direkt nach dem Interview, was die Berücksichtigung ‚nonverbaler‘ Kommunikation des Patienten sowie störender Einflüsse im Nachhinein ermöglichte.

Die Interviews wurden anonymisiert und mit einer Identifikationsnummer und dem Erhebungsdatum versehen. Deskriptive Personendaten -wie Alter, Geschlecht, Erkrankung/ Diagnose und die Aufenthaltsdauer des Patienten auf der Station sowie der kulturelle Hintergrund- wurden getrennt von den Aufzeichnungen und ebenfalls anonymisiert erhoben.

Parallel zu den Interviews sind Gespräche mit dem Personal auf der Station geführt worden. Angefangen bei der Pflege, über die medizinische Assistentin, die Hospizhelferinnen und eine Menüassistentin bis hin zu den Therapeuten dienten die Gespräche der Ergänzung und dem Perspektivwechsel in der Darstellung angesprochener Themen und Probleme.

Das Führen eines Forschungstagebuchs erfasste die täglichen Abläufe, mögliche Veränderungen, auftretende Probleme und Besonderheiten, die es zu beachten galt. Damit gewonnene Hintergrundinformationen flossen mit in die Auswertung ein.

---

<sup>38</sup> Tatsächlich konnte in einem Fall nach dem Gesprächsabbruch kein weiterer Versuch vorgenommen werden, da die Verfassung des Patienten dies nicht ermöglichte.

### 4.3 Auswertung

Insgesamt wurden 19 Interviews durchgeführt und in vier Phasen ausgewertet.

#### Phase 1: Rekonstruktion der Interviews

Die Übertragung der Interviews und Daten in elektronische Form erfolgte zeitnah, um das Auftreten von Verständnisproblemen zu vermeiden. Auf Erinnerungen beruhende Ergänzungen wurden eingefügt, wenn sie dem besseren Verständnis der Mitschrift dienten. Um die Unterscheidung zwischen Gesagtem und Gedeutetem deutlich zu machen, wurden diese Anmerkungen markiert und Zitate als solche kenntlich gemacht.

#### Phase 2: Einzelanalyse anhand übergeordneter Fragen

Die Auswertung erfolgte nicht anhand eines Analyseschemas mit vorab fest gelegten Variablen, was dem Aspekt der Offenheit in der Analyse widerspräche. Vielmehr kam ein in der Pretest-Phase entwickelter Fragenkatalog zum Einsatz, der sich an den wichtigsten Punkten zur Beantwortung der Forschungsfragen orientierte (s. nachfolgende Tabelle 4).

Anhand dessen wurde jedes einzelne Interview auf passende Aussagen hin untersucht und den Fragen zugeordnet. Die übergeordneten Fragestellungen ermöglichten eine konzentrierte Gliederung der relevantesten Aussagen. Oftmals war eine klare Zuordnung des Textmaterials nicht möglich, so dass Überschneidungen aufgetreten sind.

	<b>PATIENTEN</b>	<b>ANGEHÖRIGE</b>
a)	Was tut dem Patienten (persönlich) besonders gut?	Was empfindet der Angehörige für den Patienten als wohltuend?
b)	Was ist ihm/ihr bei der Beurteilung der Abteilung wichtig?  Welche Kriterien legt er bei der Beurteilung an?	Was ist ihm/ihr bei der Beurteilung der Abteilung wichtig?  Welche Kriterien legt er bei der Beurteilung der Abteilung an?
c)	Wie erlebt der Patient  c1 - die Station insgesamt?  c2 - die Ärzte?  c3 - die Pflegekräfte?  c4 - Sonstige?	Wie erlebt der Angehörige  c1 - die Station insgesamt?  c2 - die Ärzte?  c3 - die Pflegekräfte?  c4 - Sonstige?
d)	Welche Rolle spielt die Schmerztherapie?	Welche Rolle spielen Beratungsangebote für Angehörige?
e)	Welche Rolle spielen Zuhören und Sprechen und wie wird das hier erlebt?	Wie wird dieses Interview erlebt?
f)	Gibt es Änderungswünsche?	
g)	Überraschende Aussagen	

**Tabelle 4: Fragenkatalog zur Auswertung der Interviews – Patienten und Angehörige**

### Phase 3: Generalisierende Analyse

Die gegliederten Textpassagen sind in der weiteren Auswertung interviewübergreifend zusammengefasst worden. Es folgte die Bildung von Kategorien innerhalb der übergeordneten Fragestellungen.

Diese Phase ist charakterisiert durch die Loslösung vom Einzelinterview, um Gemeinsamkeiten aufzudecken und (erste) Hypothesen zu gewinnen. Die gebildeten Kategorien können nach Häufigkeit bzw. Wichtigkeit in Rangfolge gebracht werden. Wichtig ist, dass dabei vorhandene Unterschiede der Interviews rausgearbeitet und nicht „artifizuell homogenisiert“ werden (Lamnek, 2005: 404).

#### Phase 4: Kontrollphase

Es erfolgte eine kontinuierliche Kontrolle der extrahierten Textpassagen und gebildeten Kategorien anhand der vollständigen Interviews, um Fehlinterpretationen zu vermeiden. Des Weiteren fanden mehrere Rückkopplungen der Ergebnisse mit dem Team der Palliativstation statt, die einer weiteren Überprüfung der erzielten Resultate diene.

Dieser Prozess fand größtenteils parallel zu der Erhebungsphase statt, so dass gemäß dem Prinzip der ‚Grounded Theory‘ Erkenntnisse mit in den weiteren Forschungsprozesse einfließen und darin ihre Bestätigung erfahren konnten. Es zeigte sich, dass bereits nach einer kleinen Anzahl von Interviews, ca. sieben Stück, die wichtigsten Punkte erfasst wurden.

Die Auswertung der deskriptiven Daten erfolgte in Excel.

#### 4.5 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe umfasste insgesamt 19 Interviews (N=19). Die in der Pretest-Phase erstellten Interviews (n=5) sind vollzählig in die Auswertung eingegangen.

Es wurden zehn Interviews mit Patienten und neun mit Angehörigen geführt. Die Interviewdauer lag jeweils zwischen 15 und 60 Minuten.

##### **Patienten (n=10)**

Sechs Patienten waren weiblich und vier Patienten männlich.

Das Durchschnittsalter belief sich auf 63 Jahre (62,5) mit einer Spannweite von 46 bis 84 Jahren.

Folgende Darstellung gibt einen differenzierteren Eindruck der Altersverteilung wider:

ALTER IN JAHREN	ANZAHL
45- 54	4
55- 64	2
65- 74	1
> 75	3

**Tabelle 5: Altersverteilung der befragten Patienten (n=10)**

Alle Patienten besaßen die deutsche Staatsangehörigkeit.

Ausgehend von den Diagnosen waren zwei Personen nicht-onkologische Patienten und acht Tumorpatienten (2:8), davon fünf Mammakarzinome (5). Bei den nicht-onkologischen Patienten handelte es sich um klassische Schmerzpatienten. Der eine Patient litt unter der Schmerzsymptomatik aufgrund einer Streptokokken-Infektion nach mehreren Bandscheibenoperationen, der zweite im Rahmen einer Osteochondrose und Osteoporose mit einhergehender chronischer Niereninsuffizienz. Bei drei weiteren Patienten lagen chronische Tumorschmerzsyndrome vor aufgrund ihrer Krebsgeschwüre.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug am Tag der Befragung 12 Tage (11,9) mit einer Spanne von zwei bis 27 Tagen.

### **Angehörige (n=9)**

Von den neun befragten Angehörigen waren sieben weiblich und zwei männlich.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über den Familienstand und das Alter der Angehörigen:

Lebensgefährtin, 76 Jahre	Tochter, 52 Jahre	Tochter, 40 Jahre
Cousine, ca. 70 Jahre	Schwester, 51 Jahre	Ehemann, 76 Jahre
Ehefrau, 55 Jahre	Tochter, 51 Jahre	Sohn, ca. Ende 40 Jahre

**Tabelle 6: Befragte Angehörige nach Alter und Familienstand**

Alle Angehörigen besaßen die deutsche Staatsangehörigkeit.

Sieben Angehörige wurden unabhängig von ihren Anverwandten interviewt, die meist aufgrund beeinträchtigter Befindlichkeit nicht interviewfähig waren. Nur in zwei Fällen wurden sowohl Angehöriger und Anverwandter befragt, so dass keine vergleichende Auswertung vorgenommen werden kann.

Das Durchschnittsalter der **Anverwandten**, die nicht direkt interviewt wurden, belief sich auf 75 Jahre (75,4). Die Altersspanne von 48 bis 85 Jahren deckt sich mit der Altersverteilung der direkt befragten Patienten.

Das Verhältnis von nicht-onkologischen zu onkologischen Patienten betrug hier 2:7.

Die Aufenthaltsdauer der Anverwandten betrug zum Zeitpunkt der Angehörigeninterviews im Schnitt elf Tage. Anzumerken wäre, dass zwei Angehörigeninterviews erst ein bzw. zwei Tage nach Aufnahme des Patienten durchgeführt wurden, wodurch eine Beurteilung der Versorgung nur eingeschränkt vorgenommen werden konnte und eher die Bedürfnisse und Erwartungen eingeschätzt wurden. Dagegen hatte bei einem Gespräch mit der Tochter der ersten Interviewpartnerin die Patientin mittlerweile eine Aufenthaltsdauer von 45 Tagen, was eine Bewertung auf Grundlage einer langen Zeitspanne ermöglichte.

#### **4.4 Darstellung der Ergebnisse**

Die Studie generierte Ergebnisse verschiedener Ordnungen.

Die Ergebnisse erster Ordnung ergaben sich unmittelbar aus der Auswertung der Interviews. Sie stellen die elementaren Bedürfnisse der Palliativpatienten und ihrer Angehörigen dar.

Für die Sozialstiftung wurden die Ergebnisse und konkreten Kritikpunkte entlang der übergeordneten Fragestellungen (Fragenkatalog) abgebildet, wie in Phase zwei der Auswertung beschrieben. Die Vorstellung erfolgte im Oktober 2008. Damit konnten die Palliativstation sowie das Qualitätsmanagement im Zuge der Zertifizierung sofortige Verbesserungsmaßnahmen einleiten. Hier wird eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse in 4.4.2 dargelegt, die die Aspekte aus den Einführungsgesprächen beantworten (vgl. 4.1: 39).

Für diese Arbeit erfolgte eine weitere Abstraktion der Ergebnisse, die nachfolgend in 4.4.1 als Perspektiven der Zufriedenheit dargestellt werden.

Bei der Vorstellung der Ergebnisse vor den betroffenen Mitarbeitern der Palliativstation im Oktober 2008 ergaben sich die mittelbaren Ergebnisse. Diese werden als Ergebnisse zweiter Ordnung in 4.4.3 vorgestellt.

Es folgt zuletzt der Vergleich der Ergebnisse der qualitativen Befragung mit denen der quantitativen Erhebung der Sozialstiftung in 4.4.4, der zur Begründung des qualitativen Vorgehens diente.

Die in Kapitel 5 folgende Diskussion dient mittels Reflektion aller Befunde der abschließenden Generierung der Ergebnisse dritter Ordnung, die eine mögliche Generalisierung der qualitativen Erhebungsmethode auf andere Bereiche bzw. Einrichtungen diskutieren wird.

#### 4.4.1 Ergebnisse erster Ordnung

Insgesamt wurde eine sehr hohe Zufriedenheit bei allen Palliativpatienten und ihren Angehörigen festgestellt. Folgende Perspektiven der Zufriedenheit umfassen die Exploration:

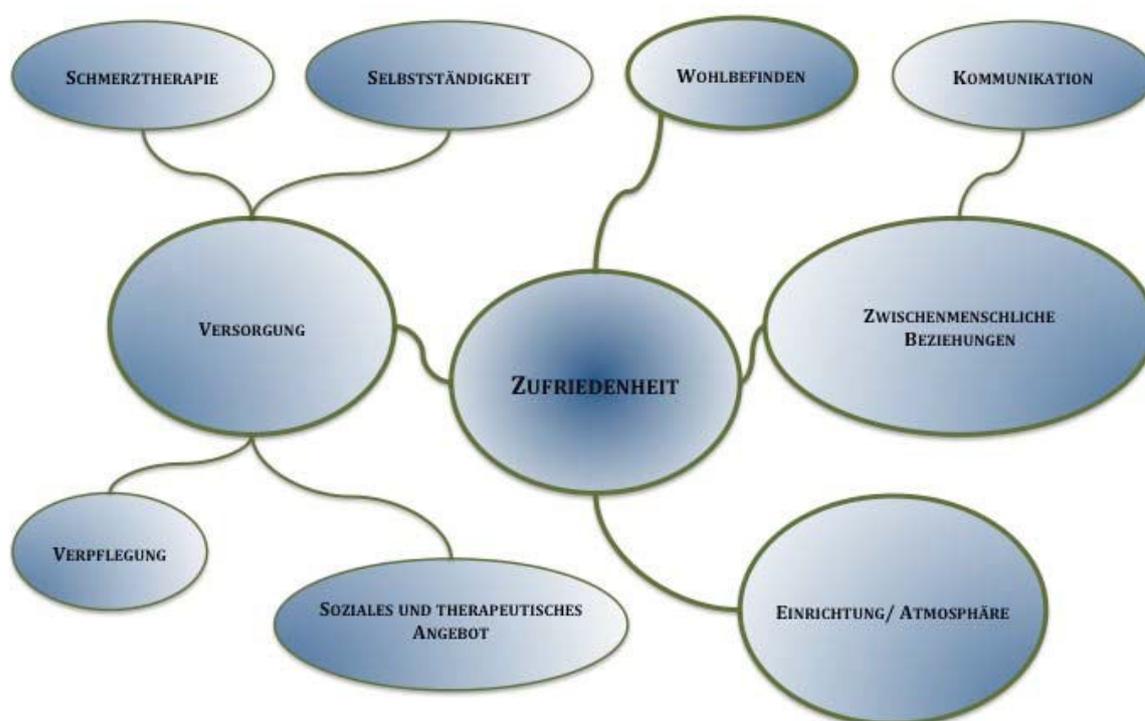


Abbildung 2: Perspektiven der Zufriedenheit (Darstellung der Autorin)

Die Perspektiven wurden aus den in der Auswertung gebildeten Kategorien entwickelt und werden nachfolgend -für Patienten und Angehörige getrennt- erläutert. Sie versuchen, weitest gehend alle sich auf die Zufriedenheit auswirkenden erforschten Aspekte und Einflüsse zu integrieren und die Interaktionen zwischen den Kategorien zu berücksichtigen. Aber auch die formulierten Perspektiven stehen weiterhin in Beziehung zueinander und müssen daher im Zusammenhang betrachtet werden.

Häufigkeiten der Aussagen werden entweder annähernd beschrieben oder mitunter auch als absolute Zahlen in Klammern {} gesetzt, um die Relationen zu den befragten Personen zu bewahren.

## **Patienten**

### *Wohlbefinden*

Auf das Wohlbefinden der Patienten haben verschiedene Aspekte Einfluss, die als ‚Pluspunkte‘ bzw. ‚Kritikpunkte‘ gegliedert werden. Die Reihenfolge der Pluspunkte entspricht der aus den Gesprächen erfahrenen Wertigkeit der Aspekte, wobei die ersten drei Positionen annähernd gleichwertig sind.

Pluspunkte:

1. Aufmerksame und angemessene Zuwendung durch Personal
2. Hoffnung auf Entlassung
3. Ruhige Umgebung/ Atmosphäre
4. Selbstständigkeit/ Freiheiten im täglichen Ablauf
5. Schmerztherapie
6. Empfangen von Besuch
7. Gespräche und andere Anregungen (z. B. Kunsttherapie, Literatur, TV)
8. Wahrung der Schamgrenzen/ Würde
9. Glauben/ Spiritualität

Kritikpunkte lagen im geringen Maße und ohne Rangfolge vor:

1. Speisenversorgung (zum Teil)
2. Bauliche und Ausstattungsmängel (Bsp.: Sichtschutze auf den Terrassen verbreitern)
3. Soziale und therapeutische Angebote werden zum Teil als störend empfunden

### *Zwischenmenschliche Beziehungen*

Ausnahmslos wird besonders der aufmerksame und hilfsbereite Umgang des Personals mit den Patienten geschätzt. Die Persönlichkeit und das Auftreten der Person spielt für einige Patienten dabei eine Rolle.

Der Kontakt sowohl zwischen den Mitarbeitern untereinander als auch gegenüber den Patienten ist freundlich und respektvoll, was sich ebenso in der Wahrung indivi-

dueller Schamgrenzen bzw. der Würde widerspiegelt {1} wie auch im pietätvollen Umgang mit Toten {1}. Diese harmonische Haltung trägt somit zu einer guten Atmosphäre im Haus bei.

*„Hier wird einem jeder Wunsch von den Lippen abgelesen.“*

*„So was wie hier habe ich noch nicht gehabt.“*

*„Man äußert Wünsche, die man sonst nicht äußern würde.“*

Patienten

Ein erheblicher Faktor ist die investierte Zeit seitens der Pflegekräfte {2}, die durch die Organisation der Station ermöglicht werden kann.

*„Man merkt, dass es nicht nach DRG's abgerechnet wird, es ist nicht so stressig.“*

Patient

### *Kommunikation*

Ein bedeutsamer Aspekt der zwischenmenschlichen Beziehungen zeigt sich bereits in der Interviewsituation: der persönliche Austausch in Form eines Gesprächs hat einen beträchtlichen Stellenwert.

Auf der Palliativstation liegt ein solcher Austausch in offener und vertrauensvoller Form vor, in der die Bedürfnisse und Wünsche des Gegenübers wahrgenommen werden. Viele Patienten loben die nahezu ständige Präsenz eines Ansprechpartners, der bei Bedarf Beistand und Aufklärung leistet sowie auch für eine kleine Unterhaltung zur Verfügung steht. Insbesondere den Arztgesprächen bei der Aufnahme und Entlassung wird von einigen eine gewinnbringende und unterstützende Bedeutung zugeschrieben.

Die Sprache ist verständlich (kein „Fachgesimpel“ {1}) und respektvoll dem Patienten gegenüber. Es wird auch akzeptiert, wenn der Patient keine Antwort wünscht {1}.

### Versorgung

Eine angemessene und gute Versorgung ist für alle Patienten unverzichtbar und wurde in völliger Übereinstimmung sehr hoch bewertet. Es liegt eine umfassende Zufriedenheit vor. Die Versorgung vereint sowohl die Pflege als auch medizinische Maßnahmen (als besonderer Aspekt die Schmerztherapie), die von der Mehrheit als kompetent und auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt wahrgenommen wurden. Ein Aspekt dabei ist die Selbstständigkeit. Ferner umfasst sie die sozialen und therapeutischen Angebote sowie die Verpflegung.

### Schmerztherapie

Schnelle und lindernde Hilfe bei akuten Symptomen spielt für alle Patienten eine gewichtige Rolle. Besonders für die Schmerzpatienten {2} ist ihre gut eingestellte Schmerztherapie essentiell und hat den größten Stellenwert, um den Zugang zu ihrer Person und Ihren Gefühlen zu erhalten.

*„Ich stand kurz vorm Wahnsinn. Wusste nicht, wer ich bin, wo, irgendwo, nur nicht zu Hause. (...) Ich wollte einfach sterben. Sterben wäre Erlösung (...) kein Mensch wollte mich sterben lassen. (...) Wenn Schmerzen weniger wurden, wollte ich wieder leben. (...) Mir ist hier soviel geholfen worden. Ich habe meinen Verstand wieder. Ich habe viele Menschen gesehen ohne Verstand.“*

Schmerzpatientin

*„Ohne Morphinum hatte ich durch die Schmerzen keine positiven Empfindungen wie Liebe, Zuneigung und Freude mehr, nur noch Aggressivität.“*

Schmerzpatient

### Selbstständigkeit

Die Wahrung der Selbstständigkeit äußert sich durch Motivation und Mobilisation bei Körperpflege und Bewegung sowie die Freiheit in der Gestaltung des täglichen Ablaufs {3}. Dazu gehört das Glas Wein am Abend sowie die Möglichkeit, in seinem Zimmer zu rauchen {2}. Die uneingeschränkten Besuchsmöglichkeiten von Mensch und Tier zu jeder Tageszeit und wenn nötig auch Nachtzeit werden von nahezu allen Patienten sehr geschätzt und durch das Personal unterstützt.

*„Bemutterung is net so, was ich will, dann hab ich das Gefühl, es ist bald soweit.“*

Patient

### *Soziales und therapeutisches Angebot*

Die Seelsorge und Hospizhelfer sind als Redepartner willkommen {5}, werden von Einzelnen {3} aber auch abgelehnt und als ‚zuviel‘ und ‚störend‘ empfunden. Die Musik- und Kunsttherapie hat ebenso Befürworter und Ablehner: für den einen ist Musik und Malerei ‚bereichernd‘ {1}, der andere wiederum empfindet sie als ‚lästig‘ {1}.

*„Hospizhelfer finde ich toll, die lesen die Wünsche von den Lippen ab, hören zu und führen Gespräche.“*

*„Mit Kunsttherapie habe ich mir einen Horizont aufreißen lassen.“* Schmerzpatient

Die Anwesenheit der katholischen wie evangelischen Seelsorge unterstützt bei Bedarf die aktive Ausübung des Glaubens mit Gesprächen und Beistand und gerade in den letzten Stunden für den letzten Segen.

### *Verpflegung*

Die Speisenversorgung durch die Küche wird von wenigen {2} als sehr gut und vom Großteil als mangelhaft bzw. verbesserungswürdig wahrgenommen. Einzelne Stimmen kritisieren die Auswahl und Qualität der Lebensmittel sowie die Darreichung als ‚appetitlos‘ und den Geschmack der Speisen. Auch der Einsatz von Mikrowellen wird beanstandet {1}. Besondere Wünsche und vorhandene Diätformen der Patienten dagegen werden im Rahmen des Möglichen realisiert.

### *Einrichtung*

Wiederholt wurde die Umgebung der Einrichtung gelobt, die freie Bewegung in der Natur erlaubt bzw. die Möglichkeit eröffnet, auf der Terrasse –der Natur nahe- zu sitzen. Gepflegte Einzelzimmer mit schöner Einrichtung bewahren die Privatsphäre der Patienten {3}, die angenehme und friedliche Atmosphäre ermöglicht ihnen außerdem seelisch und körperlich zur Ruhe zu kommen {4}.

*„Das isses, da möchte ich bleiben.“ (Anm.: als der Patient die Station das erste Mal gesehen hat)*

*„Es ist nicht krankenhaushmäßig.“*

*„ (...) wie daheim sein.“*

Patienten

## Angehörige

### *Wohlbefinden*

Für die Angehörigen waren folgende, nach Wertigkeit aufgeführte Aspekte für das Wohlbefinden ihres Anverwandten von Bedeutung.

Pluspunkte:

1. Freundliche und einfühlsame Zuwendung durch das Personal
2. Kompetente und angemessene/ befriedigende Versorgung
3. Ruhe/ Atmosphäre
4. Umgebung
5. Besuchsmöglichkeiten/ Privatsphäre für Familien und Partner
6. Schmerztherapie

Kritikpunkte:

1. Speisenversorgung {3}
2. ‚Aufdringlichkeit‘ einiger Hospizhelfer
3. Bauliche Mängel (Bsp.: Türen schließen zu laut, Sichtschutz auf den Terrassen)

### *Zwischenmenschliche Beziehungen*

Die Angehörigen schätzen ohne Ausnahme den außergewöhnlich freundlichen und menschlichen Umgang des Personals mit den Patienten. Ein Angehöriger erzählt von ‚Freude, Fröhlichkeit, Kindergeschrei draußen und Lachen‘, was Leben auf die Station bringt. Die Anwesenheit des Arztes wird dabei als notwendig und beruhigend bewertet {2}.

„Hier haben sie der Mutter das Gefühl zurückgegeben, wieder zu leben und die Angst genommen.“

„Irgendwo ist es eine Familie für die Mutter.“

Tochter

Auch die eigene Anwesenheit wird von einem Ehemann als wertvoll und unumgänglich erachtet.

„Sie legt wert drauf, dass ich da bin. Sie braucht mich da.“

Ehemann

Eine Kritik erstreckte sich auf eine mögliche Desintegration der Reinigungskraft, weil diese als zurückgezogen wahrgenommen wurde.

### *Kommunikation*

Desgleichen spielt die Kommunikation auch für die Angehörigen eine entscheidende Rolle. Es wird begrüßt, dass das Personal trotz Mangels an Erwidern und Reaktion die Patienten anspricht und Gespräche führt.

Ebenso hat der Austausch mit der Pflege und dem Arzt für die meisten Angehörigen {5} eine motivierende und erfreuende Wirkung. Die Aufklärung über die Therapiemaßnahmen und Abläufe auf der Station wird als sinnvoll erachtet {3}.

Gewünscht wird von einer Angehörigen eine Unterstützung im Rahmen einer Begleitung bis ins häusliche Umfeld, sofern der Anverwandte entlassen wird. Das kann erfolgen durch ein ausführliches Entlassungsgespräch oder darüber hinaus in Form des Case-Managements<sup>39</sup>. Eine weitere Angehörige erwartet mehr Zuverlässigkeit in Bezug auf die Arztprechstunde<sup>40</sup>.

Gleicherweise erhielten die Interviews ausschließlich positive Reaktionen. Auch im größten Schmerz aufgrund der Befindlichkeit des Anverwandten wurden die Gespräche dankbar angenommen und zeichneten sich durch Offenheit und Freundlichkeit aus.

Für die Offenheit seitens der Gesprächspartner ist vermutlich auch die Dauer des Aufenthaltes wichtig. Es entstand der Eindruck, dass den befragten Angehörigen {2} mit einer kurzen Aufenthaltsdauer des Anverwandten der ‚Nutzen‘ des Gesprächs nicht ersichtlich war.

---

<sup>39</sup> Case Management ist ein interdisziplinärer Prozess, bei dem alle erforderlichen Abläufe und Maßnahmen mit den dazugehörigen Abteilungen aus einer Hand koordiniert werden, um dem Patienten eine optimale und lückenlose Versorgung zu ermöglichen.

<sup>40</sup> In diesem Fall stellte sich nach einer Rückmeldung mit dem Arzt heraus, dass aufgrund seiner Abwesenheit mehrere Ausweichtermine angeboten wurden und bereits stattgefunden haben.

### Versorgung

Alle Angehörigen nehmen die pflegerische und ärztliche Versorgung als äußerst aufmerksam, kompetent und zufriedenstellend wahr und betonen die gute Zusammenarbeit. Viele heißen darüber hinaus die ständige Präsenz des Personals gut, wobei sich eine Tochter noch mehr Gegenwart der Pflege wünschen würde. So wird auch hier von einer Person eine Abhängigkeit der Pflegegüte von der Persönlichkeit des Pflegenden bemerkt. Es wird ferner die regelmäßige körperliche Bewegung des Pflegebedürftigen im Bett {1} sowie die Offenheit für Naturheilkunde und Anwendung von ‚Alltagsheilmitteln‘ befürwortet {1}<sup>41</sup>.

Gleichermaßen wird die gute *Schmerztherapie* von einer Angehörigen für ihren betroffenen Anverwandten wert geschätzt.

„Mir ist wichtig, die Mutter versorgt zu wissen.“	Tochter
„Ich bin einfach nur glücklich, dass sie hier sein darf.“	Schwester

### Selbstständigkeit

Die Freiheiten zur Gestaltung des täglichen Ablaufs des Anverwandten werden von den meisten positiv bewertet. Zugleich wird die Toleranz der Pflegekräfte gegenüber den Wünschen der Patienten von einem Angehörigen lobend erwähnt: „sie haben Weite in sich.“

Durch die uneingeschränkten Besuchsmöglichkeiten fühlen sich alle Angehörigen jederzeit willkommen. Weitestgehend selbstständige Handlungsweise auf der Station wird durch das Entgegenkommen der Pflegenden gefördert.

---

<sup>41</sup> Die Verwendung von Aroma- und Duftölen sind ein Bestandteil der Pflegemaßnahmen. In diesem Fall versorgte der Ehemann seine Frau täglich mit selbst zubereiteten Speisen und besonderen Nahrungsergänzungsmitteln.

### *Soziales und therapeutisches Angebot*

*„Angebote sind hundertmal besser als in anderen Krankenhäusern.“* Angehöriger

Aufgrund vorherrschender Zufriedenheit werden im Grunde keine weiteren Angebote seitens der Angehörigen gewünscht. Eine Person erhoffte sich jedoch für ihre Schwester mehr Bewegung und Massagen von der Physiotherapie.

Vielmehr äußern einige ihren Missmut über die häufige Anwesenheit der Hospizhelfer und Hospizhelferinnen. Besonders wenn Familienangehörige anwesend sind, würde ein respektvoller ‚Rückzug‘ der Hospizhelfer begrüßt werden.

### *Verpflegung*

Wenige bewerten die Speisen als sehr gut, häufiger wird die Qualität, Auswahl und Abwechslung bemängelt, das Essen gleich abgelehnt und auf mitgebrachte Speisen zurückgegriffen. Ferner würde auf manche diätetische Einschränkung von Seiten des Hauses nicht eingegangen {2}.

*„Das Abendessen ist ein Witz, jeden Abend das gleiche.“*

*„Die Wurst abends ist das billigste vom billigsten – das blanke Salz.“* Angehörige

### *Einrichtung*

Gleichwohl der Meinung der Patienten empfinden die Angehörigen in völliger Übereinstimmung die Umgebung und Ruhe als äußerst behaglich und wohltuend sowohl für die Anverwandten als auch für sich selber. Die Möglichkeit für Spaziergänge in der Natur oder die Terrasse zu nutzen sehen sie als Bereicherung.

Die Einzelzimmer mit ihrer Ausstattung schätzen die meisten hoch, ebenso die Privatsphäre für den Patienten, die dadurch ermöglicht wird. Der mangelnde Sichtschutz auf den Terrassen wird auch seitens der Angehörigen kritisiert.

Die Palliativstation hat eine angenehme Atmosphäre:

*„Es ist nicht steril, mehr Ferienwohnungsatmosphäre, nicht wie im Krankenhaus.“*

Sohn

Positiv bewertet wird die Unterbringung in den Zimmern des angrenzenden Hospizhauses, so dass der Angehörige jederzeit bei seinem Anverwandten sein kann. Oftmals wird auch eine Klappliege direkt im Zimmer aufgestellt, sofern der Wunsch besteht.

Ein geäußelter Vorschlag wäre die Möglichkeit, die Fenster zur Terrasse so weit öffnen zu können, dass auch bettlägerige Patienten die Möglichkeit hätte, ins Freie zu gelangen.

#### **4.4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse für die Sozialstiftung**

Die von der Sozialstiftung geforderten Untersuchungsaspekte konnten in der Befragung beantwortet werden. Diese werden hier zusammenfassend dargestellt.

- Wohlbefinden
- Schmerzen bzw. Schmerzfreiheit
- Zwischenmenschliche Beziehungen
- Aufklärungszustand des Patienten und der Angehörigen
- Einbezug der Angehörigen in die täglichen Abläufe und Aufgaben
- Gewünschtes Beratungsangebot für Patienten und Angehörige – auch über den Tod des Patienten hinaus
- Berücksichtigung besonderer Ernährungswünsche

Die Zufriedenheit der Palliativpatienten und ihren Angehörigen ist sehr hoch. Das drückt sich in einem umfassenden Wohlbefinden aus, auf das viele verschiedene Aspekte positiven wie auch negativen Einfluss haben.

Die zwischenmenschlichen Beziehungen spielen die größte Rolle. Ein freundlicher und menschlicher Umgang sowie eine offene und unterstützende Kommunikation gehen damit einher. Die medizinische Versorgung der Schmerzen ist kompetent und qualitativ hochwertig. Ebenso sind die Patienten und Angehörige im Rahmen des Erwünschten hinreichend informiert und aufgeklärt. Laut Aussage der Angehörigen fühlen diese sich angemessen in den täglichen Ablauf integriert, was auch auf einer ergänzenden Zusammenarbeit mit der Pflege beruht. Doch vielmehr sind sie dankbar für die Entlastung, die das Personal der Palliativstation bietet.

Das vorhandene Beratungsangebot ist für die meisten Angehörigen ausreichend. Eine Person äußert den Wunsch klarer Regelungen für die Einweisung sowie eine unterstützende Begleitung bei Entlassung des Patienten nach Hause.

In der Verpflegung besteht dagegen keine Einigkeit unter den Befragten. Konkrete Vorschläge zur Verbesserung wurden angeführt, insgesamt wird die Qualität, Auswahl und Darreichung bemängelt.

#### **4.4.3 Ergebnisse zweiter Ordnung**

Für die Mitarbeiter hatte die Rückmeldung einen anerkennenden Effekt. Gerade unter dem Aspekt der nachfolgenden Zertifizierung wirkten die Ergebnisse sehr motivierend auf die gesamte Mitarbeiterschaft. Das direkte Feedback der Autorin war für die Anwesenden das erste Mal, dass seitens eines neutralen Dritten die Struktur, Arbeitsweise und das Klima der Station positiv beurteilt wurde.

Die Meinungen der Patienten bestätigten die Mitarbeiter auf ihrem eingeschlagenen Kurs. Konkrete Hinweise und Verbesserungsvorschläge wurden dankbar angenommen und werden, im Rahmen des Möglichen, in den weiteren Prozess mit einfließen. Den Mitarbeitern ist es nun möglich, konkreten Aspekten wie z. B. Kommunikation besonderes Gewicht in der täglichen Arbeit zu verleihen.

Die Rückkopplung einzelner Kritiken, z. B. die Problematik mit den Hospizhelfern und Hospizhelferinnen erwies sich als aktuelles Thema, das derzeit Grund für einige Auseinandersetzungen darstellte. Die objektive Rückmeldung seitens der Patienten und Angehörigen gab den Verantwortlichen der Palliativstation die Möglichkeit, diesen Punkt mit neuer Perspektive in die Diskussion einfließen zu lassen. Ein weiterer Punkt konnte sogleich durch Richtigstellung der Sachlage die Aussage relativieren (Kritikpunkt: Anwesenheit Arztsprechstunde).

Die Interviewphase nahmen die Mitarbeiter ohne Ausnahme als bereichernd für sich und die Befragten wahr und gaben positive Stimmen der Patienten wieder, die sich ‚erhört‘ und ‚wichtig genommen‘ fühlten.

#### 4.4.4 Vergleich mit den bisherigen quantitativen Ergebnissen

Um einen Vergleich der qualitativen Untersuchung mit den Ergebnissen früherer quantitativer Befragungen vorzunehmen, wurden die letzten verfügbaren Auswertungen der kontinuierlichen Patientenbefragung der Sozialstiftung herangezogen<sup>42</sup>. Die vorliegenden Daten sind unvollständig und können im Rahmen dieses Vergleiches nur einer annähernden Aussage dienen.

Zusammenfassend ergibt ein Vergleich folgende Ergebnisse:

1. Die quantitative Studie kommt auf statistisch nicht-repräsentativer Basis zu vergleichsweise positiven Bewertungen der Palliativstation.
2. Die quantitative Befragung schließt durch ihr Studiendesign die im Berichtszeitraum sterbenden Patienten aus, also gerade jene, für die eine Palliativstation im Wesentlichen gedacht ist. Damit wird die Forderung der Spezifität verfehlt.
3. Im Unterschied zur quantitativen Befragung zeigt die qualitative Studie eine Fülle positiver, aber auch kritischer Aspekte auf, die für die tägliche Arbeit der gesamten Station, sowie für die Führung der Station wichtig sind und sofort berücksichtigt werden können.

Es liegt eine hohe Patientensterblichkeit auf der Palliativstation von ca. 65% und daraus resultierend eine eingeschränkte Entlassungsquote von 35% im Jahr vor. Die Quote der gesammelten Fragebögen variierte zwischen 22,2 und 44,8% pro Quartal. In Abhängigkeit zu der Entlassungsquote ergeben sich dadurch absolute Mengen von acht bis 13 Fragebögen im Quartal bzw. bis zu 50 Fragebögen auf ein Jahr gerechnet. Damit erfolgte die Zufriedenheitserhebung von Palliativpatienten auf einer nicht-repräsentativen Grundlage.

Darüber hinaus werden vorhandene Daten in der vierteljährlichen Auswertung nur berücksichtigt, wenn mehr als zehn Fragebögen vorliegen. Todesfälle fallen von vorn herein aus der Bewertung heraus. Für die Palliativstation ergibt sich damit die Pro-

---

<sup>42</sup> Die Patientenbefragungen der Jahre 2006-2008 lagen der Auswertung zu Grunde – die Veröffentlichung ist aus Gründen der Datensicherheit nicht erwünscht.

blematik, dass ihre Patienten in den Befragungen nicht adäquat erfasst bzw. gar nicht erst berücksichtigt werden.

Für 2008 lagen zum Zeitpunkt der Untersuchung keine ausreichenden Datenmengen vor, für die Jahre 2006 und 2007 dagegen ca. 50 Bögen pro Jahr, so dass diese Daten dem folgenden Vergleich dienen.

Die Zufriedenheit wird stationsübergreifend repräsentiert durch Aspekte wie Freundlichkeit, Informationsgehalt, Verpflegung, persönliche Betreuung in den Untersuchungsabteilungen<sup>43</sup> und ‚Behandlung im Großen und Ganzen‘.

Das Personal wird als stets (80%) bis überwiegend (18%) freundlich bewertet und die Patienten wurden immer bis meistens informiert (62-31%).

Die Verpflegung ist überwiegend gut (47%) bis sehr gut (35%) und die ‚Behandlung im Großen und Ganzen‘ sehr (64%) bis weitgehend zufrieden (31%).

Bei der Gesamtbewertung im Vergleich aller Abteilungen sowohl in der allgemeinen Zufriedenheit als auch in der Einzelbewertung von Freundlichkeit und Information sind die Werte der Palliativstation am höchsten.

Es kann von einer weitest gehenden Übereinstimmung von quantitativen und qualitativen Daten in Bezug auf die Palliativstation gesprochen werden. Dagegen fehlen in der quantitativen Auswertung konkrete Kritiken oder Verbesserungsvorschläge sowie positive Aspekte, die umgehend zur Anwendung kommen könnten.

---

<sup>43</sup> Dieser Aspekt ist für einen Vergleich mit der Palliativstation unbrauchbar, da die Patienten in der Regel an keinen Untersuchungen teilnehmen.

## 5 Auswertende Diskussion und Reflektion der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit gab einen einführenden Einblick in die Grundlagen und Prinzipien der Palliativmedizin sowie in die Inhalte des Qualitätsmanagements, im Besonderen das der Sozialstiftung Bamberg. Es wurden die Probleme erläutert, die sich in Verbindung beider Themenfelder ergeben und darauf aufbauend die Methodewahl für die qualitative Untersuchung begründet.

Anhand der Untersuchung konnten drei Ordnungen von Ergebnissen generiert werden:

1. Die Ergebnisse erster Ordnung bilden die elementaren Bedürfnisse der Palliativpatienten und ihrer Angehörigen ab. Sie wurden als Perspektiven der Zufriedenheit in Kapitel 4.4.1 dargestellt.
2. Die Ergebnisse zweiter Ordnung wurden im Abschnitt 4.4.3 beschrieben. Sie ergaben sich bei der Vorstellung der Befunde vor den betroffenen Mitarbeitern der Palliativstation im Oktober 2008.
3. Die Ergebnisse dritter Ordnung zielen auf eine mögliche Generalisierung des Gesamtkonzeptes zur Zufriedenheitserhebung im Rahmen der Qualitätssicherung in Palliativeinheiten bzw. in anderen Einrichtungen und Stationen medizinischer Versorgung ab. Sie werden gemeinsam mit den Empfehlungen an die Sozialstiftung die folgende Diskussion abschließen.

### *Reflektion der Ergebnisse*

Für die Sozialstiftung Bamberg war die Befragung in mehrfacher Hinsicht von Nutzen.

Die Ergebnisse erster und zweiter Ordnung sind insgesamt sehr positiv ausgefallen. Im Rahmen der Zertifizierung bestätigte die Erhebung, dass eine Zufriedenheitsbefragung, wie sie als Qualitätsziel festgeschrieben ist und gefordert wird, durchgeführt wurde und darüber hinaus anerkennende Ergebnisse erzielte. Die Zertifizierung fand daraufhin einen erfolgreichen Abschluss.

Folgende weiterführende Fragen stellen sich: Welche Schritte können als nächstes gegangen werden? Wie können die Ergebnisse darüber hinaus genutzt werden? Und welche Entwicklungen sollten gefördert werden?

Im Vergleich der mit unterschiedlichen Methoden gewonnenen Ergebnisse wurde zusammenfassend deutlich, dass sich die Anwendung der qualitativen Gesprächsform als sinnvolle Form der Erhebung erwies, um die Zufriedenheit in vollem Umfang zu erfassen und daraus im Sinne des Qualitätsmanagements konkrete Maßnahmen ableiten zu können.

Es stellte sich im Erhebungs- und Auswertungsprozess heraus, dass bereits eine kleine Menge an Interviews eine aussagekräftige Wirkung hat. Zugleich wurde gezeigt, dass der quantitative Fragebogen aufgrund der geringen Rücklaufquote weder in der gesamten Sozialstiftung, noch speziell auf der Palliativstation seinen Zielnutzen erfüllen konnte. Für quantitative Befragungen bedarf es großer Fallzahlen, die hier nicht erreicht werden können. Darüber hinaus weist die Palliativversorgung in ihren Dimensionen und ihrem Verständnis über das Messbare hinaus. Quantitative Parameter und straffe Evaluationskriterien greifen hier zu kurz (vgl. Wegleitner, 2007: 347).

Die Grundsätze der palliativen Betreuung sollten Eingang finden in die methodische Herangehensweise des Qualitätsmanagements nicht nur auf der Palliativstation, sondern auch in anderen Einheiten.

Wie die Untersuchung zeigen konnte, stellte sich die Zufriedenheit der Patienten neben einer guten umfassenden Versorgung und einer angenehmen Atmosphäre primär durch den zwischenmenschlichen Austausch ein. Diesem Ansatz sollte in der praktischen Umsetzung des Qualitätsmanagements Beachtung geschenkt werden. Es wäre eine Kultur zu schaffen, die diese Aspekte zu integrieren versucht.

In der Entwicklung und Pflege einer Organisationskultur spielt das QM und seine angewandten Methoden eine große Rolle, weil die unterstützenden Sicherungsmaßnahmen die Qualitätspolitik des Unternehmens in der Umsetzung kritisch begleiten, kontrollieren sowie Modifikationen beabsichtigen. Folglich ist das QM für die Einhaltung des Qualitätsanspruchs entscheidend mitverantwortlich und sollte daher durch die Wahl der Instrumente und Vorgehensweise eine sinnvolle Grundlage schaffen.

Werden diese Punkte berücksichtigt, sollte sich die Zufriedenheit der Betroffenen von selbst einstellen.

Es bestehen zweifellos Parallelen zwischen diesen Aspekten, die sinnvoll in der Praxis miteinander kombiniert und umgesetzt werden können. Das Vorgehen im Sinne des ‚embedded reasearch‘ beabsichtigt eine Synchronisierung von Betreuungs-, Kommunikations- und Forschungsmethode. Die Methode integriert die notwendigen Voraussetzungen einer qualitativen Befragung auf einer Palliativeinheit wie z.B. Offenheit und Empathie, fordert eine ethische Grundhaltung und unbedingte Wertschätzung des Gegenübers und verfolgt überdies das Ziel -im Sinne des Qualitätsmanagements -, die Zufriedenheit und andere Aspekte von Interesse zu erfahren. Die Kommunikation nimmt bewiesenermaßen in diesem Zusammenhang eine exponierte Rolle ein.

### *Reflektion über Kommunikation und Haltung*

Der Kommunikationsprozess ist die Grundlage jedes zwischenmenschlichen Handelns und Zusammenkommens. Ein Ansprechen des Gegenübers ist unauflöslich mit dem Verstehen seiner Person und Bedürfnisse vermischt. Nach LÉVINAS ist das „Verstehen des Nächsten (..) von seiner Anrufung nicht zu trennen (1995: 17). Der Anrufer geht damit in die Verantwortung, sich auf das Gegenüber einzulassen - das Verstehen seiner Person konstituiert sich im Kontakt. Dieser Kontakt kann durch Worte, aber ebenso non-verbal erfolgen, jeder Kontakt ist folglich ein Austausch. Geht dieser verloren, geht das Menschliche bzw. Soziale in dem System verloren.

Die zwischenmenschliche Wahrnehmung und ihre Wirkung auf die Beteiligten muss unbedingt eine Qualität bleiben, deren Schutz sich die Qualitätssicherung widmet. In diesem Sinne spricht GOTTSCHLICH von einem „Recht auf kommunikative Grundversorgung“ (Gottschlich, 1998). Dabei steht die besondere Wertschätzung des Individuums gemäß dem Selbstverständnis der Palliativversorgung im Vordergrund. In Anbetracht einer grundlegenden Furcht des Menschen als anonymes Werkzeug benutzt zu werden von einer Macht, die nur Nutzwerte kennt, sollten Patienten nicht für statistische Erhebungen missbraucht bzw. materialisiert werden. Ein Kranker fühlt sich sonst seiner Würde beraubt in der heutigen Maschine Krankenhaus (vgl. Torello: 229 ff.).

Eingangs wurde in dem französischen Sprichwort als elementare Aufgabe der Ärzte (und anderer beteiligten Professionen) neben dem Heilen auch das Trösten angeführt. Dazu bedarf es keiner gültigen Worte, zu denen derjenige sich aufgrund der Situation des Kranken veranlasst sieht, denn Mitleid schafft häufig Distanz. Das Gegenüber braucht personale Zuwendung, eine Umarmung, effektive und ehrliche Wärme. Ob es sich nun um schwer Kranke oder Alte handelt, Menschen wollen wahrgenommen werden in ihrer Einmaligkeit und Einzigartigkeit, möchten erhört werden durch ein ‚Du‘, das eingebettet ist in Geborgenheit und Mitgefühl (vgl. Kojer, 2007<sup>3</sup>: 78). Nicht ohne Grund wird die Aussage dieses Sprichworts oft als Grundgedanke der Palliativversorgung gesehen, obwohl es Allgemeingültigkeit in der Begegnung mit hilfebedürftigen Menschen besitzt.

Ein wichtiger Aspekt ist die Wahrnehmung und Akzeptanz der eigenen Grenzen. Nach HELLER kann es ohne ein Wissen und Fühlen um die eigene Sterblichkeit keine Beziehung zwischen Menschen geben und ohne Beziehung keine Identifizierung der Bedürfnisse anderer. Der Mensch wird damit zu einem Medium, das nicht nur sein Wissen und seine Kompetenz in diese Beziehung mit einbringt, sondern auch immer sich selber (vgl. Heller, 2007<sup>3</sup>: 199).

Jene menschliche Haltung des Helfens verkörpert sich im Konzept der Palliativversorgung, in der Begegnung mit dem Fremden, in deren „Antlitz“ –im Sinne von LÉVINAS- „du sollst mich in meinem Sterben nicht alleine lassen.“ (Lévinas bei Knippling, 2007<sup>2</sup>: 42). Das meint, den anderen zu ‚erkennen‘, ihn anzusehen, dabei Rücksicht und Vor-Sicht (sic!) walten zu lassen. Das meint auch, den Vorbehalten des Gegenübers, gleich welcher Art, Beachtung zu schenken.

Mitunter wurde zu Beginn der Interviews Skepsis seitens der Angehörigen und häufiger noch der Patienten gegenüber der Autorin geäußert, die den Nutzen der Erhebung in Frage stellten.

In der Einleitung wurden mögliche Gründe für die Ablehnung gegenüber quantitativen Erhebungen aufgeführt. Diese können sich ebenso in einer qualitativen Befragung zeigen, meist -so die Erfahrung der Autorin- aufgrund einer ‚Übersättigung‘ durch frühere Befragungen mittels Fragebögen. Fest steht, nicht jeden Patienten beglückt man mit einem Gespräch. Jede Person hat das Recht auf ihre freie Entscheidung, ein Gespräch einzugehen oder es abzulehnen. Diese Autonomie muss allen zu-

gestanden werden. Es wäre vermessen, wenn nicht gar entwürdigend, zu behaupten, dass jeder Kontakt dem Gegenüber Freude und Nutzen brächte. Doch ist eines festzuhalten: in den meisten Fällen steht neben dem Ziel, die Bedürfnisse und Zufriedenheit von schwer kranken Menschen zu erfahren, ein wertschöpfender Prozess aufgrund der Gesprächssituation, in dem man seinem Gegenüber begegnet.

So steht in der palliativen Versorgung das Individuum im Mittelpunkt. „Sich um schwer Kranke und Sterbende zu kümmern, bedeutet (...) die Einmaligkeit und den individuellen Charakter wahrzunehmen, nicht zu verallgemeinern, sondern zu individualisieren und personalisieren: Natürlich sind Regeln, Standards, Verallgemeinerungen einfacher. Aber kein Mensch stirbt nach Standard (...)“ (Heller, Knipping, 2007<sup>2</sup>: 44).

### *Reflektion über Qualität in Forschung und Versorgung*

Qualitative Forschungsverfahren bieten in der Anwendung bessere Möglichkeiten, um Menschen auf angemessene Weise zu begegnen. Wie die Untersuchung gezeigt hat, eignet sich der Einsatz qualitativer Interviews besonders gut, Bedürfnisse, Werte und Sichtweisen schwer kranker Menschen zu erfahren, ohne diese allzu sehr zu belasten (vgl. auch Heimerl 2007<sup>2</sup>: 134). Aspekte des körperlichen und seelischen Wohlbefindens in ihrer subjektiven Wahrnehmung sind dabei primär und spiegeln die Lebensqualität der Palliativpatienten wider.

Ohnehin ist es äußerst schwer und anspruchsvoll, wenn nicht gar unmöglich, Qualität und besonders die Lebensqualität messbar zu machen. Dies setzt eine Quantifizierung der angenommenen Aspekte zur Erreichung des Zielzustands voraus. Dabei lassen sich die Multidimensionalität menschlicher Bedürfnisse und Empfindungen nicht erschöpfend erfassen und messen und die Versorgung kaum standardisieren und durchplanen (vgl. Wegleitner, 2007<sup>3</sup>: 347). Das Individuelle muss zwangsläufig dabei Einbußen hinnehmen. Dennoch muss das Qualitätsmanagement versuchen, sich der bestmöglichen Erreichung dieses Ziels zu widmen, beschränkt auf den zeitlich begrenzten Versorgungsprozess eines Patienten im Krankenhaus.

Verglichen mit anderen Disziplinen muss gleichwohl in der palliativen Versorgung die Einhaltung von Leitlinien und Standards zur Sicherstellung qualitativ einwandfreier Versorgung gewährleistet werden. Der Einsatz genormter Messverfahren und

Maßnahmen, wie sie im vorherigen Kapitel vorgestellt wurden, sind dabei durchaus legitim und effektiv.

Dennoch birgt jede Standardisierung, jede Dokumentation die Gefahr, das Ziel des beschriebenen Prozesses, der Betreuung aus dem Auge zu verlieren und es selbst zu standardisieren. Der Mensch, im Zuge der medizinischen Versorgung zum Patienten geworden, kann nicht der Normung unterworfen werden. Kein Patient, auch nicht der Sterbende aufgrund seiner eingeschränkten Lebenszeit, verliert seine Einzigartigkeit. Sterben ist wie das Leben höchst individuell und es muss als solches geschätzt werden. Die Orientierung am Patienten als einzigartigem Menschen ist daher unerlässlich.

Dieser Gedanke sollte sich auch in der Sicherstellung einer qualitativen Versorgung im Rahmen des Qualitätsmanagements widerspiegeln. Der Nutzen der Maßnahmen sowie die daraus folgenden Änderungen bzw. Verbesserungen müssen den Betroffenen ersichtlich sein. Das schließt die Patienten und Angehörigen wie die Mitarbeiter gleichermaßen ein.

Der Verfolgung dieses Ziels und dem damit einhergehenden Abwägen zwischen Einsatz und Nutzen sollte sich das Qualitätsmanagement primär widmen. Die Qualität der Versorgung wird sich letztendlich daran entscheiden, ob es gelingt, die Handlungen und Dokumentationen gemeinsam aufeinander abzustimmen. Eine hohe Qualität in der Betreuung bedeutet auch die Versorgungsorganisation qualitativ weiter zu entwickeln (vgl. Heller, 2007<sup>3</sup>: 204). Nach HELLER gibt es „keinen Dienst am Menschen ohne eine Dienstleistung an der Organisation (ebd.: 203).“

### *Organisationskultur*

Ein sinnvoller Schritt ginge in Richtung einer Organisationskultur auf Basis eines ganzheitlichen Gesamtkonzeptes, das optimale medizinische und pflegerische Versorgung mit einer ethischen Grundhaltung kombiniert, das stationsübergreifend und interdisziplinär in alle Abläufe eingebunden ist, in dem jede Einheit trotzdem unabhängig agieren kann. Ziel wäre eine Unternehmenskultur, mit der sich alle Mitarbeiter identifizieren können, deren Leitziele sie mit Überzeugung verfolgen können und die auf Respekt und Menschlichkeit basiert; eine Kultur, die den Menschen als wichtigstes ‚Gut‘ in ihrer Wertschöpfungskette wertschätzt (sic!), sich dabei an gesicher-

ten Leitlinien orientiert, die der Herstellung von objektiver Qualität dient sowie die Möglichkeit, im persönlichen Austausch, die subjektive Qualität bzw. Zufriedenheit des Einzelnen zu erfahren und zu unterstützen.

Führt man den Gedanken konsequent weiter, bedeutet das die Integration der palliativen Grundhaltung in die Ziele des Qualitätsmanagements: die Wahrung der Einzigartigkeit der menschlichen Existenz sowie Respekt und Wahrnehmung der Individualität in den Bedürfnissen der betroffenen Menschen.

Dazu zählt gleichermaßen die Motivation der Mitarbeiter durch Einbezug ihrer Person in der Erstellung und bei der Durchführung solcher Konzepte sowie die Wertschätzung ihrer Tätigkeit. Der Einbezug ethischer Grundsätze wirkt sich in der täglichen Praxis dabei bewiesenermaßen positiv auf das Miteinander aus und wird seitens der Patienten auch so wahrgenommen und bewertet.

Die Untersuchung vermittelte das subjektive Bild, dass die Palliativpatienten in der Sozialstiftung scheinbar zufriedener waren als die Patienten anderer Stationen<sup>44</sup>. Dies veranlasste die Autorin zu der Frage, ob es an dem Lebensabschnitt liegt, dem nahenden Tod, der die Betroffenen zu mehr Bescheidenheit auffordert oder aber daran, dass die Versorgung auf dieser Station in Strukturen eingefügt ist, die explizit nach ethischen Grundsätzen einschließlich der notwendigen Wertschätzung aufgebaut ist und einen hohen (auch zeitlichen) Anteil an Momenten des persönlichen Austauschs aufweisen kann.

### *Reflektion über Qualitätsmanagement*

Der Aspekt einer Qualitätssicherung des Qualitätsmanagements sollte nicht unbeachtet bleiben. Gerade im Konzept der DIN EN ISO könnte die Standardisierung aller Verfahren mit sich bringen, dass der unmittelbare Versorgungsprozess in den Hintergrund gestellt wird, dass eher die Dokumentation der Prozesse an Bedeutung gewinnt und dass das Konzept darüber hinaus statisch und undynamisch wird. Die Gefahr der ‚Bürokratisierung‘ ist sehr hoch - ebenfalls die Gefahr, dass Qualitätsmanagement zum Quantitätsmanagement verkommt. Die ursprünglichen Ziele eines

---

<sup>44</sup> Neben den erfassten Daten liegen Aussagen aus den Interviews vor, in den die Patienten Vergleiche zum ‚Haupthaus‘ (den anderen Stationen) zogen, die in der Vielzahl negativ ausfielen.

QM-Konzeptes dürfen nicht in Vergessenheit geraten: Wichtig ist, dass Qualitätsmanagement Qualität sichert (vgl. Wehkamp, 2007)!

Sicher besteht ein großer Reiz darin, funktionierende Modelle und Konzepte auf andere Bereiche zu übertragen, besonders wenn diese erfolgreich in anderen Einrichtungen eingesetzt werden. Obendrein ist die Möglichkeit der partiellen Zertifizierung im DIN EN ISO-Modell zum einen verlockend, ‚schnell‘ für eine Station ein Zertifikat zu erlangen, zum anderen ein Gefahrenpunkt bei der Entwicklung eines disziplin- und professionsübergreifenden Gesamtkonzeptes. Eine Anpassung des Rohmodells an das eigene Unternehmen ist somit obligat und die fortlaufenden Überprüfungen und Weiterentwicklungen ebenso. Unterstützt werden kann dieser Prozess von vornherein durch eine Prozessevaluation des Qualitätsmanagements selbst (vgl. auch Mühlbauer, 2003: 75). Dieser Schritt ist als solcher im DIN EN ISO-Modell nicht vorgesehen und sollte daher von Seiten der Unternehmensführung als qualitätssichernde Maßnahme auf den Weg gebracht werden.

#### *Empfehlungen an die Sozialstiftung/ Ergebnisse dritter Ordnung*

Auf diese Ergebnisse und Gedanken aufbauend schließen sich einige Empfehlungen an die Sozialstiftung Bamberg an. Als langfristiges Ziel ist das Aufstellen eines Gesamtkonzeptes zu empfehlen. In dieses Gesamtkonzept sollten sukzessive alle Stationen durch Zertifizierungen mit eingebunden werden, um interstationäre Ungleichheiten und Machtkämpfe zu vermeiden, Kooperation und gegenseitige Stärkung zu fördern und darüber hinaus die gesamte Organisation als eine ‚Marke‘ auf dem Markt aufzustellen. Das Qualitätsmanagement ist dabei ein elementarer Bestandteil, um die Entwicklungen kritisch zu verfolgen und zu hinterfragen sowie die richtigen Instrumente zu liefern, um die Versorgung qualitativ hochwertig und zur Zufriedenheit der Patienten zu gestalten.

Der Einsatz des Fragebogens ist im Rahmen der Qualitätssicherung kritisch zu betrachten. Auf der palliativen Einheit erfuhr er durch den inhaltlichen und methodischen Aufbau seine Grenzen. Große Fallzahlen können in dieser Disziplin niemals vorliegen und der Ausschluss Verstorbener aus der Bewertung verfälscht die Ergebnisse. Eine Erhöhung der Rücklaufquote ist ausgeschlossen und der Aussagewert dieses Instruments für die Palliativstation damit zunichte. Folglich ist das Werkzeug

der quantitativen Patientenbefragung bzw. eine Kombination beider Verfahren für Palliativpatienten nicht geeignet.

Für die Stationen anderer Fachrichtungen ist eine endgültige Aussage -auch aufgrund der unvollständigen Datenlage- nur eingeschränkt möglich. Grundsätzlich wäre der Gebrauch des Fragebogens weiterhin möglich. Fest steht jedoch, dass auch hier die Rücklaufquote zu gering ist, um eine repräsentative Aussage zu erhalten. Es ist darüber hinaus anzunehmen, dass die Bedürfnisse jedes Patienten nach Aufmerksamkeit, Freundlichkeit, guter und angemessener Versorgung sowie Menschlichkeit im Grunde gleich sind. Was als Voraussetzung an die Befragungsmethode für Palliativpatienten gelten muss, ist in der Anwendung bei anderen Zielgruppe optimal.

Eine Überlegung ist daher, dass sich die qualitative Befragungsform aufgrund des hohen Aussagewertes mit einer geringen Fallzahl an Interviews, möglicherweise auch aus finanziellen Gründen<sup>45</sup>, lohnt und eine sinnvolle Alternative bzw. Ergänzung zu der quantitativen Erhebung darstellt. Weiterführende Untersuchungen in nicht-palliativen Einheiten wären dafür exemplarisch angebracht.

Für künftige Befragungen wird im Rahmen der Qualitätssicherung die Nutzung qualitativer Verfahren als ‚eingebettete‘ Leitfadeninterviews („embedded reasearch“) empfohlen, wie es bereits in dem vorhergehenden Kapitel erläutert wurde.

Diese könnten in regelmäßigen Abständen stichprobenartig mit kleinen Kollektiven (n = max. zehn Personen) effektiv und wirtschaftlich durchgeführt werden. Mit entsprechender Vorbereitung wären solche Befragungen auch mit dem eigenen Personal, d.h. ohne externe Beratung bzw. externem Unternehmen möglich. Denkbar wären z.B. wechselseitige Befragungen zwischen den Stationen, um eine objektive Sichtweise zu wahren.

Gewisse Kernkompetenzen bzw. Haltungen wie Offenheit und Authentizität, unbedingte Wertschätzung des Gegenübers sowie Empathie müssten seitens der Mitarbeiter erfüllt sein, um ein schnelles Einfühlen in die Situation zu ermöglichen. Als

---

<sup>45</sup> Es wurden für diese Arbeit keine konkreten Kostenvergleiche vorgenommen. Diese Annahme beruht auf einer Schätzung der investierten Kosten (Druck, Auswertung) im Verhältnis zum Outcome (Rücklauf, Aussagekraft), verglichen mit dem Aufwand der Durchführung und Auswertung von max. zehn Interviews.

weitere Vorbereitung wäre eine Schulung im ‚Aktiven Zuhören‘ denkbar, welche eine sinnvolle Ergänzung für alle Mitarbeiter und Abwechslung zum handlungsorientierten Stationsalltag darstellen würde, weil –das spiegeln die Ergebnisse deutlich wieder- die menschliche und aufmerksame Zuwendung und Kommunikation entscheidende Faktoren in der täglichen Arbeit sind. Damit wäre diese Schulungsmaßnahme eine reziproke Investition für die Sozialstiftung.

Die Anwendung der empfohlenen Vorgehensweise wäre in anderen Einrichtungen im gleichen Stil möglich. Eine Anpassung an die vorhandenen Strukturen und Abläufe müsste auch dort im Rahmen des Qualitätsmanagements vorgenommen werden. Ferner wäre das Eingliedern des Konzeptes in eine eigene Organisationskultur richtungweisend.

Abschließend sei als Resümee gezogen, dass das Qualitätsmanagement eine sinnvolle Einrichtung in einem Unternehmen darstellt, um geforderte und selbstgesetzte Ziele zu erreichen, idealerweise eingebunden in das Gesamtkonzept einer lebendigen Unternehmenskultur. Die qualitative Vielfalt der vorhandenen QM-Instrumente sollte geschätzt und, individuell auf die Zielgruppe abgestimmt, eingesetzt werden. Im Falle von Palliativpatienten ist der Einsatz von qualitativen Befragungen jedoch unumgänglich, aber auch auf anderen Stationen durchaus sinnvoll und gewinnbringend.

## Epilog

„Ich bin wieder am Ausgangspunkt angelangt. Ich begreife: wenn ich die Erscheinungen wissenschaftlich fassen und aufzählen kann, dann kann ich damit noch nicht die Welt einfangen. (...). Die allgemeine, praktische oder moralische Vernunft, dieser Determinismus, diese alles klärenden Kategorien haben für einen aufrichtigen Menschen etwas Lächerliches. Sie haben mit dem Geist nichts zu tun. Sie leugnen seine tiefe Wahrheit (...).“

(Albert Camus: der Mythos des Sisyphos. Ein Versuch über das Absurde. 1942)

## Literaturverzeichnis

### Buchquellen

Bausewein, C.: Palliativmedizin für Nicht-Tumorpatienten. Der Klinikarzt 34 (1+2)-2005, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart/ New York, S. 19-23.

Beck, L. et al.: Palliativmedizin in: Der Gynäkologe 6-2006, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S.455-470.

Binsack, Th.: Palliativstation und Hospiz. Palliative Betreuung in der Terminalphase bei Tumorerkrankungen in: Onkologie 3-1997.Springer Verlag, Berlin, S. 663-665.

Brähler, E., Schumacher, J., Strauß, B. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen 2002, S. 392-396.

Diekmann, Andreas: Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Rowohlt Verlag, Reinbek 2008<sup>19</sup>.

Donabedian, Avedis: The criteria and standards of quality. Explorations in quality assessment and monitoring, Volume II. Health Administration Press, Michigan 1982.

Flick, Uwe: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg 2007.

Friedrichs, Jürgen: Methoden empirischer Sozialforschung. Westdeutscher Verlag, Opladen 1990<sup>14</sup>.

Geisen, Friedrich: Einführung, S. III-VI in: Geisen, Richard; Mühlbauer Bernd H. (Hrsg.): Qualitätsmanagement konkret - die Krankenhauspraxis zwischen externer Zertifizierung und internen Managementkonzepten. LIT Verlag, Münster 2003.

Gerull, Peter: Sozialwirtschaftliches Qualitätsmanagement. Grundlagen, Konzepte, Instrumente. VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken 2007.

Glaser, Barney G; Strauss, Anselm L: Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Verlag Hans Huber, Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle 1998.

Gottschlich, Maximilian: Sprachloses Leid: Wege zu einer kommunikativen Medizin; die heilsame Kraft des Wortes. Springer, Wien 1998.

Heimerl, K: Bedürfnisse von Patientinnen und Bewohnerinnen am Lebensende, S. 131-138 in: Knipping, Cornelia (Hrsg.): Lehrbuch Palliativ Care. Verlag Hans Huber, Bern 2007<sup>2</sup>.

Heimerl, K; Heller, A; Pleschberger, S: Implementierung der Palliative Care im Überblick, S.50-57 in: Knipping, Cornelia (Hrsg.): Lehrbuch Palliativ Care. Verlag Hans Huber, Bern 2007<sup>2</sup>.

Heller, Andreas: Die Einmaligkeit von Menschen verstehen und bis zuletzt bedienen. Palliative Versorgung und ihre Prinzipien, S. 191-208 in: Heller, A., Heimerl, K., Husebo, S. (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Lambertus, Freiburg i.Br. 2007<sup>3</sup>.

- Heller, A; Wegleitner, K; Heimerl, K: Palliative Care in der (stationären) Altenhilfe – Ansätze der Implementierung, S. 351-366 in: Heller, A., Heimerl, K., Husebo, S. (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Lambertus, Freiburg i.Br. 2007<sup>3</sup>.
- Heller, A; Knipping, C: Palliative Care – Haltungen und Orientierungen, S. 39-47 in: Knipping, Cornelia (Hrsg.): Lehrbuch Palliativ Care. Verlag Hans Huber, Bern 2007<sup>2</sup>.
- Hoefert, Hans-Wolfgang (Hrsg.): Führung und Management im Krankenhaus. Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG, Göttingen 2007<sup>2</sup>.
- Kahla-Witzsch, Heike Anette: Zertifizierung im Krankenhaus nach DIN EN ISO 9001:2000. Ein Leitfaden. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2005<sup>2</sup>.
- Kahla-Witzsch, Heike Anette: Praxiswissen Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Hilfen zur Vorbereitung und Umsetzung. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2005.
- Keddi, Barbara. Stich, Jutta: Qualitative Sozialforschung. Erschließung von Wirklichkeit - Auswahl der Fälle - Instrumente der Erhebung. in: DJI Bulletin 82 PLUS. 02.2008. S.1-4. (Deutsches Jugendinstitut)
- Klaschik, E et al.: Palliativmedizin – Definitionen und Grundzüge in: Der Internist 7-2000, Springer Verlag, Heidelberg, S. 606-611.
- Knipping, Cornelia (Hrsg.): Lehrbuch Palliativ Care. Verlag Hans Huber, Bern 2007<sup>2</sup>.
- Kojer, Marina: Die Welt der Alten respektieren, ihre Sprache sprechen... S.75-88 in: Heller, A., Heimerl, K., Husebo, S. (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Lambertus, Freiburg i.Br. 2007<sup>3</sup>.
- Konzept zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in der Sozialstiftung Bamberg, 2008. (Papierversion)
- Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim/ Basel, 1995<sup>3</sup>.
- Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim/ Basel 2005<sup>4</sup>.
- Lévinas, Emmanuel: Zwischen uns. Versuche über das Denken des Anderen. Carl Hanser Verlag, München/ Wien 1995.
- Lévinas, Emmanuel: Humanismus des anderen Menschen. Felix Meiner Verlag, Hamburg 2005, S. 136 zitiert in: Heller A, Knipping C: Palliative Care – Haltungen und Orientierungen, S.39-47 in: Knipping C (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, Hans Huber, Bern 2007<sup>2</sup>.
- Mayring, Philipp: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag, Weinheim/ Basel 2002<sup>5</sup>.

Mühlbauer, Bernd H.: Management by Quality- einige offene Fragen zum Qualitätsmanagement im Krankenhaus, S.62-109 in: Geisen, Richard; Mühlbauer Bernd H. (Hrsg.): Qualitätsmanagement konkret - die Krankenhauspraxis zwischen externer Zertifizierung und internen Managementkonzepten. LIT Verlag Münster 2003.

Munkel, H.: Umgang mit Sterbenden in: Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung, 1. Quartal 1998, Pabst Publishers, Lengerich, S. 136.

Palliativmedizin. Die Blauen Ratgeber 57. Deutsche Krebshilfe e.V., Bonn 2008.

Rudolf, Klaus; Claussen, Anne; Doelfs, Peter; Härter, Martin: Implementierung von Qualitätsmanagement in einem Großkrankenhaus, S. 166-179 in: Hoefert, H-W (Hrsg.): Führung und Management im Krankenhaus. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen 2007<sup>2</sup>.

SGB: Sozialgesetzbuch. Beck-Texte im dtv, Deutscher Taschenbuchverlag, München 2005<sup>32</sup>.

Sozialstiftung Bamberg, Fragebogen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit.

Sozialstiftung Bamberg, Imagebroschüre, August 2007, 4. Auflage.

Sozialstiftung Bamberg, Konzept zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in der Sozialstiftung Bamberg, Stand: 04.2008.

QM-Bericht: Strukturierter Qualitätsbericht 2006. Sozialstiftung Bamberg/ Klinikum. Stand: 24.10.2007.

Torelló, Johannes B.: Saluti et solatio aegrorum. Über die Tröstung der Kranken in der heutigen Medizin. S. 229-239 in: Bonelli, J. (Hrsg.): Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin. Springer, Wien/New York 1992.

Wegleitner, Klaus: Nachhaltigkeit in Palliativ Care Entwicklungsprozessen, S.338-350 in: Heller, A., Heimerl, K., Husebo, S. (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Lambertus, Freiburg i.Br. 2007<sup>3</sup>.

Wehkamp, K-H: Vortragsskript „Medizin im Krankenhaus zwischen ökonomischen Zielen und ethischer Verantwortung“, Deutsches Krankenhaus Institut, Berlin 2007.

## Internetquellen

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin.

a\_ „Wegweiser Hospiz & Palliativmedizin“ Zugriff: 18.10.2008

URL: [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de)

b\_Pressemitteilung, Zugriff: 28.01.2009 16:26 Uhr

URL: [www.dgpalliativmedizin.de/presse](http://www.dgpalliativmedizin.de/presse)

c\_Glossar

URL: [www.dgpalliativmedizin.de/Glossar](http://www.dgpalliativmedizin.de/Glossar), Definitionen, Zugriff: Oktober 2003, S. 4.

EFQM-Modell für Excellence - ‚European Foundation for Quality Management‘

URL: [http://www.deutsche-efqm.de/inhseiten/efqm\\_aktiv.htm](http://www.deutsche-efqm.de/inhseiten/efqm_aktiv.htm),

Zugriff: 06.12.2008 10:23 Uhr.

Imabe - Insitut für medizinische Anthropologie und Bioethik

Imabe-Info 2/03: Palliativmedizin. S. 1-4.

URL: [www.imabe.org/index.php?id=96&print=1&n0\\_cache\\_1](http://www.imabe.org/index.php?id=96&print=1&n0_cache_1),

Zugriff: 11.05.2009 20:28 Uhr.

KTQ - ‚Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen‘

URL: [www.ktq.de/ktq\\_media/pdf\\_2006/Verfahrenskurzbeschreibung\\_01\\_2006.pdf](http://www.ktq.de/ktq_media/pdf_2006/Verfahrenskurzbeschreibung_01_2006.pdf),

Zugriff: 06.12.2008 10:26 Uhr

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesetzliche Anforderungen an ein einrichtungswartungsfähiges QM	25
Tabelle 2: Qualitätsziele der Sozialstiftung Bamberg	29
Tabelle 3: Leitfaden Patienten	40
Tabelle 4: Fragenkatalog zur Auswertung der Interviews – Patienten und Angehörige	44
Tabelle 5: Altersverteilung der befragten Patienten (n=10)	45
Tabelle 6: Befragte Angehörige nach Alter und Familienstand	46
Tabelle 7: Leitfaden Angehörige	82

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erhöhung der Lebensqualität durch das Prinzip der Leidenslinderung in der Palliativmedizin	20
Abbildung 2: Perspektiven der Zufriedenheit	48
Abbildung 3: Fragebogen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit an der Sozialstiftung Bamberg – Vorderseite	80
Abbildung 4: Fragebogen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit an der Sozialstiftung Bamberg - Rückseite	81

## Eidesstattliche Erklärung

Name: Katharina Klindtworth  
Matrikelnummer: 1816054  
Anschrift: Moorkamp 10, 20357 Hamburg  
E-Mail: katharina.klindtworth@gmail.com  
Telefonnummer: 040 - 4205670  
0176 - 82149142

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit „Erhebung der Patientenzufriedenheit auf der Palliativstation: Reflektion der Methode und Ergebnisse“ ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 01. Juli 2009

## Anhang

- I Die Konzepte ‚EFQM for Excellence‘ und ‚KTQ®‘
- II Fragebogen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit an der Sozialstiftung Bamberg – Vorderseite/ Rückseite
- III Leitfaden Angehörige

## **Anhang I: Die Konzepte ‚EFQM for Excellence‘ und ‚KTQ®‘**

### **EFQM for Excellence**

EFQM ist ein Konzept des ‚Total Quality Management‘ (TQM), das nach ZOLLONDZ (zitiert nach Gerull, 2007: 36) „eher als übergeordnete Unternehmensstrategie“ zu verstehen ist.

EFQM steht für ‚European Foundation for Quality Management‘ und ist ein seit 1988 existierender Zusammenschluss europäischer Unternehmen. Diese gemeinnützige Organisation verfolgt das Ziel „Organisationen in Europa eine umfassende Managementmethode an die Hand zu geben, mit der sie Excellence, nachhaltige Spitzenleistungen auf allen Managementebenen, erreichen können“ (EFQM). Das entwickelte EFQM-Modell for Excellence ist ein umfassendes Konzept, das anhand von neun Kriterien eine Beurteilung der Organisation vornimmt, Verbesserungspotenziale herausfiltert und kontinuierliche und zielgerichtete Verbesserung verfolgt sowie den Vergleich mit anderen Unternehmen erlaubt (z. B. mit Benchmarking). Eine Zertifizierung ist nicht vorgesehen. Es wird vielmehr auf eine Eigen- und später Fremdbewertung gesetzt, die von einem EFQM-eigenen Prüfer vorgenommen werden.

### **KTQ®**

Die ‚Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen‘ (KTQ) ist eine 2001 gegründete GmbH, der die Bundesärztekammer, die Bundesverbände der Gesetzlichen Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Deutsche Pflegerat angehören. KTQ befasst sich mit der Entwicklung und Weiterentwicklung eines freiwilligen Zertifizierungsverfahrens, das speziell für Krankenhäuser ausgerichtet ist (seit 2004 auch für ambulante Praxen).

Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung und Optimierung von Prozessen und Ergebnissen innerhalb der Patientenversorgung. Anhand des so genannten KTQ-Katalogs werden Kategorien abgefragt, die eine Einschätzung über die Qualität der Prozessabläufe in der medizinischen Versorgung erlauben. Auf die Selbst- und anschließende Fremdbewertung der KTQ-Prüfer folgt eine dreijährige Zertifizierung und Veröffentlichung des Qualitätsberichts. Dabei ist die Zertifizierung des gesamten Hauses erforderlich (vgl. KTQ).

## Anhang II: Fragebogen der Sozialstiftung Bamberg

**SOZIALSTIFTUNG BAMBERG**  
HEILEN. WOHLFÜHLEN. BETREUEN.

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

basierend auf unserer 200jährigen sozialen Tradition betreuen wir Sie auf höchstem medizinischem und pflegerischem Niveau. Wir verbessern die Qualität unserer Dienstleistungen ständig und wünschen uns, dass Sie zufrieden sind. Dazu benötigen wir Ihre Hilfe, denn wir wollen auf Ihre Bedürfnisse und Wünsche eingehen. Bitte unterstützen Sie uns, indem Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen.

Wir bitten Sie, den ausgefüllten Fragebogen in die Briefkästen bei den Aufzügen bzw. Ausgängen einzuwerfen oder auf Ihrer Station abzugeben.

Für Ihre Mitarbeit bedanken wir uns im Voraus ganz herzlich !

Mit freundlichen Grüßen

X. Frauenknecht  
Vorstand

Eine anonyme Auswertung ist selbstverständlich gewährleistet.

**War das Personal freundlich ?**

*Stets*     *überwiegend*     *manchmal*     *Fast nie*

**Wurden Sie ausreichend informiert ?**

*Immer*     *Meistens*     *Teilweise*     *selten*

**Wie fanden Sie die Verpflegung ?**

*Sehr gut*     *gut*     *befriedigend*     *schlecht*

**Wie bewerten Sie die persönliche Betreuung auf Ihrer Station ?**

*ausgezeichnet*     *gut*     *weniger gut*     *schlecht*

**Wie bewerten Sie die persönliche Betreuung in den Untersuchungsabteilungen (z.B. EKG, Röntgen) ?**

*ausgezeichnet*     *gut*     *weniger gut*     *schlecht*

**Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen ?**

*ausgezeichnet*     *gut*     *weniger gut*     *schlecht*

**Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten ?**

*eindeutig nicht*     *eigentlich nicht*     *im allgemeinen ja*     *eindeutig ja*

**In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen ?**

*sie hat fast allen...*     *... den meisten...*     *... nur wenigen Bedürfnissen entsprochen*     *sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen*

... bitte weiter auf der Rückseite

Abbildung 3: Fragebogen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit an der Sozialstiftung Bamberg – Vorderseite

Würden Sie einem Freund / einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde ?

*eindeutig nicht*    *ich glaube nicht*    *ich glaube ja*    *eindeutig ja*

Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben ?

*ziemlich unzufrieden*    *leicht unzufrieden*    *weitgehend zufrieden*    *sehr zufrieden*

Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen ?

*ja, sie half eine ganze Menge*    *ja, sie half etwas*    *nein, sie half eigentlich nicht*    *nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht*

Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen ?

*sehr zufrieden*    *weitgehend zufrieden*    *leicht unzufrieden*    *ziemlich unzufrieden*

Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie Hilfe bräuchten ?

*eindeutig nicht*    *ich glaube nicht*    *ich glaube ja*    *eindeutig ja*

Nun noch einige Fragen für die Statistik

Ihr Alter ?    *unter 10*    *11 - 20*    *21 - 40*    *41 - 60*    *über 60*

Ihr Geschlecht    *weiblich*    *männlich*

In welcher Fachabteilung lagen Sie ?

Was hat Ihnen besonders gut gefallen ?

Was sollten wir besser machen ?

Herzlichen Dank für's Ausfüllen !



Abbildung 4: Fragebogen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit an der Sozialstiftung Bamberg - Rückseite

### Anhang III: Leitfaden Angehörige

#### ANGEHÖRIGE

1. Ihr/e Angehörige/r wird hier von verschiedenen Leuten betreut, sind Sie nach Ihrem Empfinden damit zufrieden? An welchen Faktoren liegt das?  
Perspektiven: Insgesamt, Personal, Aufklärung, Versorgung (Pflege/ Ernährung), Schmerztherapie
2. Inwieweit werden Sie in die Aufgaben mit einbezogen? Fühlen Sie sich ausreichend beteiligt?
3. Was schätzen Sie auf dieser Station besonders?
4. Und gibt es etwas, was Sie persönlich hier belastet oder stört?
5. Gibt es bestimmte Angebote, die Sie sich wünschen würden?  
Perspektiven: persönlich/ für den Angehörigen, Inhalte (Seelsorge, Therapien), Zeitpunkt (zum jetzigen Zeitpunkt/ über den Tod hinaus)
6. Haben Sie Wünsche oder Vorschläge an die Abteilung?  
Was könnten wir besser machen?
7. Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?

**Tabelle 7: Leitfaden Angehörige**