

**DIE VERORTUNG VON
ETHISCHEN FRAGESTELLUNGEN
IM QUALITÄTSMANAGEMENT**

Bachelorarbeit

am

Studiengang „Aging Services Management“

an der Ferdinand Porsche FernFH

Maria Batthyány-Strattmann

Matrikelnummer: 1410759001

Begutachterin: Dr.ⁱⁿ Esther Thaler

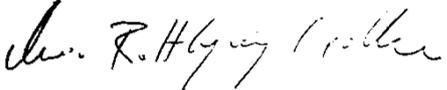
Wien, 6. Februar 2017

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

6. Februar 2017

Unterschrift



Abstract - Die Verortung von ethischen Fragestellungen im Qualitätsmanagement

Das Krankenhaus ist mit rund 50 % aller Sterbefälle der relevanteste Sterbeort. Seit 2004 ist in Österreich das Gesundheitsqualitätsgesetz in Kraft, das Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, ein Qualitätsmanagement-System aufzubauen und weiterzuentwickeln. Häufig kommen in den Krankenhäusern die Modelle DIN ISO 9001, KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) und JCI (Joint Commission International) zur Anwendung. Die vorliegende Bachelorarbeit untersucht, wie die implementierten Qualitätsmanagementsysteme zu einem würdevollen Sterben im Krankenhaus beitragen können. Die drei Qualitätsmanagement Systeme ISO 9001:2015, JCI und KTQ werden nach ethischen Aspekten im Allgemeinen und zum Thema „Sterben und Tod“ im Speziellen analysiert. In Folge wurde untersucht, welche weiteren ethischen Anforderungen das Deutsche Palliativsiegel stellt, welches an KTQ-zertifizierte Krankenhäuser vergeben werden kann.

Schlüsselbegriffe: Sterben im Krankenhaus, Qualitätsmanagementsysteme, ISO 9001:2015 JCI, KTQ

Abstract - The localization of ethical questions within quality management

With around 50% of mortality taking place in the hospital, it is the most relevant place of death. Since 2004 in Austria the health quality bill is in place, which encourages and obliges hospitals by law, to establish and to develop further their own quality management system. Commonly the models DIN ISO 9001, KTQ (cooperation for transparency and quality within the health sector) and JCI (Joint Commission International) are applied. The bachelor thesis in hand, examines, in which way the implemented quality management systems can contribute to death with dignity within hospitals. The three quality management systems ISO 9001:2015, JCI and KTQ are being analyzed following ethical aspects in general and in regards to the subject of „dying and death“ in particular. Subsequently it was investigated, which ethical requirements the German Palliative Seal imposes, which can be awarded to KTQ-certified hospitals.

Key-terms: dying in hospitals, quality management systems, ISO 9001:2015 JCI, KTQ

Inhaltsverzeichnis

1	Problemstellung	5
1.1	Forschungsfragen.....	6
2	Qualität im Gesundheitswesen – rechtliche Grundlagen	6
2.1	Das gesamtösterreichische QM-System.....	6
2.2	QM-Systeme und Verwendung in Österreich.....	8
3	Qualitätsmanagementsysteme	10
3.1	DIN EN ISO 9000ff.....	10
3.2	DIN EN 15224:2012.....	13
3.3	KTQ®	14
3.4	JCI.....	18
4	Sterbebedingungen	21
4.1	Wo sterben Menschen?.....	21
4.2	Sterben im Krankenhaus.....	22
4.2.1	Der Wandel des Sterbens im Krankenhaus.....	22
4.2.2	Sterben auf der Intensivstation.....	24
4.3	Leben und Sterben in Würde: Palliative Care	25
4.4	Ergebnisse der Gießener Studie zu den Sterbebedingungen	26
5	Analyse der QM Systeme hinsichtlich ethischer Kriterien	28
5.1	DIN EN ISO 9001 - Anforderungen an QM-Systeme	28
5.2	Der JCI Standard: Steuerung, Führung und Leitung (GDL).....	29
5.3	Die Patientinnen- und Patientenorientierung im KTQ Modell.....	30
5.4	Das deutsche Palliativsiegel	33
5.4.1	Weitere Kriterien des deutschen Palliativsiegels	39
6	Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion	41
	Literaturverzeichnis	44
	Abbildungsverzeichnis	47
	Tabellenverzeichnis	47
	Abkürzungsverzeichnis	48

1 Problemstellung

Um eine hohe Qualität im Gesundheitswesen zu gewährleisten und laufend Verbesserungen voranzutreiben, wurde 2004 in Österreich das Gesundheitsqualitätsgesetz erlassen (www.gesundheit.gv.at, 12.11.2016). Seitdem müssen alle Krankenhäuser ein tragfähiges Qualitätsmanagement aufweisen. Häufig kommen in den Krankenhäusern die Modelle DIN ISO 9001 bzw. die davon für Krankenhäuser abgeleitete ÖNORM EN 15224 und KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zur Anwendung (Domittner & Geißler, 2013, S. 15). Aber auch die Akkreditierung nach JCI (Joint Commission International) mit dem Fokus Patientinnen- und Patientennutzen ist möglich.

Über 400.000 Menschen versterben jährlich in Deutschlands Krankenhäusern. Als Sterbeorte werden neben der Palliativstation auch andere Versorgungsbereiche wie z.B. die internen Abteilungen oder Intensivstationen genannt. Deutsche Studien zu den Sterbebedingungen in den Krankenhäusern zeigen, dass eine Verbesserung in der Versorgung Sterbender in etlichen Fällen dringend notwendig ist (George, Dommer & Szymczak, 2013, S. 67ff.). Die Situation in Österreich ist ähnlich (Freilinger, 2009, S. 6ff). Wenn auch die häusliche und ambulante Versorgungskultur vielfältig gefördert wird, muss dennoch – u.a. auf Grund der demografischen Entwicklung – davon ausgegangen werden, dass ältere Menschen auch zukünftig unter stationärer Versorgung versterben werden.

Aus diesen aktuellen Umständen wurde das Deutsche Palliativsiegel entwickelt, welches an KTQ-zertifizierte Krankenhäuser vergeben werden kann. Das Deutsche Palliativsiegel bewertet die Versorgungsqualität von Sterbenden und Schwerstkranken mittels Kriterienkatalog und zeichnet jene Krankenhäuser aus, welche die Anforderungen in gutem bzw. sehr gutem Ausmaß erfüllen. Mit dem Erwerb des Deutschen Palliativsiegels soll sich vor allem Nutzen für die Sterbenden, die Angehörigen und Familie, die Angestellten und dem Einrichtungsträger ergeben (<http://palliativsiegel.de>, 12.10.2016). Die vorliegende Bachelorarbeit untersucht, wie Qualitätsmanagement zu einem würdevollen Sterben im Krankenhaus beitragen kann. Anhand eines Vergleichs des Kriterienkatalogs des Deutschen Palliativsiegels mit den Kriterien von QM-Systemen wie JCI, KTQ und der ISO 9001 erfolgt eine Analyse der Kategorie Patientenorientierung mit der Subkategorie Sterben und Tod.

1.1 Forschungsfragen

- Welche ethischen Kriterien beinhalten die QM Systeme JCI, ISO 9001 und KTQ?
- Welche weiteren Kriterien bringt das Deutsche Palliativsiegel dazu ein?

2 Qualität im Gesundheitswesen – rechtliche Grundlagen

Seit Beginn der 90er Jahre trachtet die österreichische Bundesregierung danach, den Bereich der Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen aufzubauen. In den letzten Jahren wurden diverse Gesetze, Verordnungen und Regelungen erlassen, um die Qualität in der Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten sicherzustellen und zu verbessern. Unter anderem wurden dabei die Dokumentationspflichten, die Qualität von Medizinprodukten und Arzneimitteln, die Qualität der Ausbildung und Ausübung der Gesundheitsberufe sowie die Qualitätsarbeit in Krankenanstalten geregelt.

Weiteres hat der Bund eine Zahl an qualitätsrelevanten Projekten, wie die Qualitätsberichterstattung, die Antibiotikastrategie, die Patientinnen- und Patientenorientierung sowie die Ergebnisqualitätsmessung, unterstützt (www.bmgf.gv.at, 10.11.2016).

Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen

Ein Meilenstein bzgl. Qualität wurde im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 mit dem Erlass des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG) gesetzt. Der Aufbau eines **flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems** ist darin verankert. Das Gesetz gilt für alle Gesundheitsbereiche, öffentliche sowie private Spitäler und Ambulatorien, Mediziner und andere Gesundheitsberufe.

2.1 Das gesamtösterreichische QM-System

Die **Prinzipien des gesamtösterreichischen QM-Systems** umfassen vier Aspekte: Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effizienz und Effektivität.

Bei der **Patientenorientierung** stehen die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt der Entscheidungen und werden dabei unterstützt, ihre Lebensqualität selbst mitzugestalten und zu verbessern. Unter **Transparenz** versteht man, dass erbrachte Leistungen und ihre Ergebnisse dokumentiert werden und dadurch nachvollziehbar sind. Ohne Transparenz können keine Vergleiche zur Qualitätsverbesserung angestrebt werden. Die Leistungen sollen **effektiv** im Sinne des bestmöglichen Ergebnisses betreffend die Steigerung des

Zielerreichungsgrads in Bezug auf die Gesundheitsversorgung und **effizient** im Sinne eines wirtschaftlichen Mitteleinsatzes (Verhältnis zwischen dem Einsatz von Mitteln und dem Ergebnis) erbracht werden (www.bmgf.gv.at, 10.11.2016).

Die **Inhalte des QM-Systems** beziehen sich u.a. auf die drei Dimensionen der Qualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) nach Donabedian, der einen Zusammenhang zwischen der Unternehmensausstattung, den Organisationsabläufen und dem erzielten Betriebsergebnis herstellt (<https://www.gesundheit.gv.at>, 12.11.2016).

- **Strukturqualität**

Die personelle und sachliche Ausstattung von Einrichtungen werden in Menge und Qualität beschrieben (z.B. die Anzahl der Fachärztinnen/Fachärzten, Geräte oder Betten in einer Versorgungsregion oder in einem Spital). Dieser Bereich wird als Strukturqualität bezeichnet.

- **Prozessqualität**

Behandlungs- und Arbeitsabläufe (Prozesse) werden nach dem Stand des professionellen Wissens beschrieben, z.B. in verbindlichen Richtlinien oder empfohlenen Leitlinien. Dieser Bereich wird als Prozessqualität bezeichnet. Ein Beispiel ist die Bundesqualitätsleitlinie für Diabetes mellitus Typ 2 (2009). Sie beschreibt, welche Anforderungen zu erfüllen sind, damit Diabetes-Patientinnen/Diabetes-Patienten optimal versorgt und somit schwere Folgeerkrankungen vermieden werden können.

- **Ergebnisqualität**

Veränderungen des Gesundheitszustands, der Lebensqualität und der Zufriedenheit der Patientinnen/Patienten werden gemessen, dokumentiert und ausgewertet. Durch den Vergleich der Ergebnisse können die Leistungserbringer (z.B. Spitäler) die Qualität der medizinischen Versorgung sicherstellen und verbessern.

- **Information**

Um die Transparenz im Gesundheitswesen zu verbessern, werden Informationen über Gesundheits- und Qualitätsthemen für die Öffentlichkeit erarbeitet. Als Grundlagen für Entscheidungen der Akteure des Gesundheitswesens (z.B. Bund, Länder, Sozialversicherung) werden Qualitätsberichte ausgearbeitet.

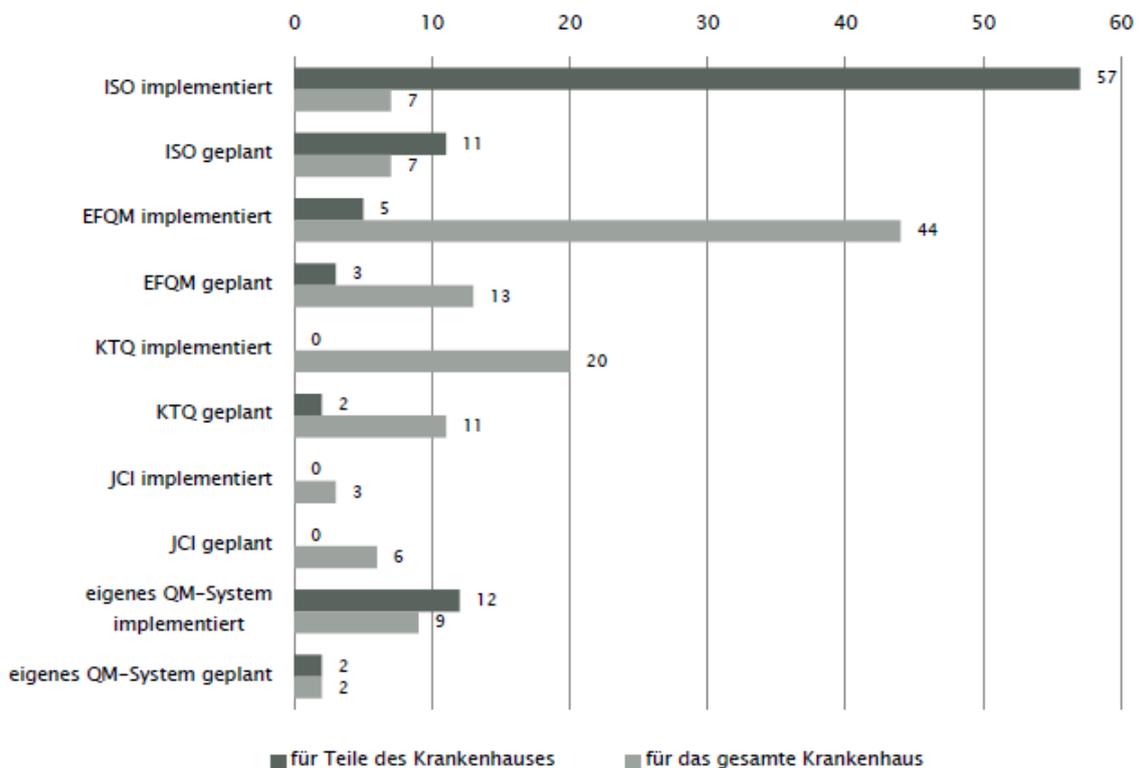
2.2 QM-Systeme und Verwendung in Österreich

Krankenhäuser sind dementsprechend gesetzlich verpflichtet, ein QM-System aufzubauen und weiterzuentwickeln. Allerdings gibt es keine Grundlage, was die Anforderungskriterien für diese Modelle sind. Welchen Aufwand und Verbreitungsgrad die Bewertungsverfahren haben und welches Modell schließlich am besten geeignet ist, entscheiden Krankenhäuser autonom. Es gibt auch keinen Zwang für die Krankenhäuser, sich nach der Implementierung eines QM-Systems entsprechend zertifizieren zu lassen. Es existieren keine gesetzlichen Vorgaben zur Auswahl des QM Modells und der Möglichkeit, sich um Qualitätspreise zu bewerben (Steinbrucker, 2011, S. 835).

In der Regel bieten sich für österreichische Akutkrankenhäuser v.a. die Modelle DIN ISO 9000 ff, EFQM und KTQ an (Domittner & Geißler, 2013, S. 15).

Abbildung 1 zeigt, dass am häufigsten das Qualitätsmodell EFQM für das gesamte Haus (44 Häuser) implementiert wurde, KTQ in 20 Häusern, ein eigenes QM System in 9 Häusern, ISO 9000ff in 7 Häusern und das Modell JCI in 3 Häusern. Der Ergebnisbericht über die Qualitätssysteme in Akutkrankenhäuser zeigt, dass 44% der befragten Häuser im Jahr 2012 ein Qualitätsmodell (u.a. ISO, EFQM, KTQ, JCI) bereits für die gesamte Organisation implementiert hatten. 17 % der befragten Häuser hatten zu diesem Zeitpunkt noch kein gesamtes Modell implementiert, jedoch in Planung. Die restlichen 37%, die kein Qualitätsmodell 2010 aufwiesen, planten auch nicht, dies in Zukunft zu tun (siehe Abbildung 2).

Abbildung 1 Qualitätsmodelle implementiert und geplant (n=128)



Quelle: Domittner & Geißler (2013, S. 15)

Abbildung 2 Implementierung bzw. Planung von Qualitätsmodellen für das gesamte Haus (n=169)



Quelle: Domittner & Geißler (2013, S. 13)

3 Qualitätsmanagementsysteme

Leistungsfähigkeit durch effiziente Qualitätsmanagementsysteme

Qualitätsmanagement ist einer der bestimmenden Faktoren des Unternehmenserfolges. Effiziente QM-Systeme erhöhen die Leistungsfähigkeit, indem durch den Einsatz verschiedener Methoden Verbesserungspotentiale aufgezeigt und umgesetzt werden können. Durch die geschaffene Transparenz aller Prozesse gewinnt die Unternehmensleitung Übersicht und Handlungsfähigkeit. Defizite liegen meist nicht in der fachlichen Qualifikation des Personals, sondern oftmals in Fragen der Führung (Steinbrucker, 2011, S. 837).

Der PDCA-Zyklus nach Deming

Das Verbessern von Prozessen oder Produkten basiert meist auf dem Schema des PDCA-Zyklus nach Deming, wobei jeder der Buchstaben eine Phase bezeichnet (Austrian Standards Institute, 2015, S. 9). Die beiden QM-Modelle ISO 9001:2015 (

Tabelle *I*) und KTQ (

Abbildung 4) haben einen prozessorientierten Ansatz und basieren auf dem PDCA-Zyklus.

P – PLAN: Bezeichnet die Planungsphase, in der Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung entwickelt werden.

D – DO: Die geplanten Maßnahmen werden umgesetzt.

C – Check: Die Maßnahmen werden hinsichtlich ihrer Zielwirksamkeit kontrolliert und bewertet.

A – Act: Auf Grund der Check-Ergebnisse werden eventuell Korrekturmaßnahmen eingeleitet. Die Korrekturmaßnahmen der letzten Phase bilden den Ausgangspunkt für ein erneutes Durchlaufen des Zyklus.

3.1 DIN EN ISO 9000ff

Die DIN EN ISO 9000ff ist eine weltweit bekannte und angewendete Normenfamilie für Qualitätsmanagementsysteme. ISO steht für Internationale Organisation für Normung (International Organization for Standardization), die 1946 gegründet wurde und heute in 150 Ländern (u.a. in allen Industriestaaten) vertreten ist. Keine andere Norm ist weltweit so verbreitet wie die ISO 9000ff Normreihe. Ziel der ISO ist, eine Basis für alle Unternehmen zu schaffen sowie Produkt und Dienstleistungsqualität sicherzustellen. Die 9000ff Normfamilie besteht aus vier Hauptnormen, mit deren Hilfe Krankenhäuser das QM-System einführen können (www.iso.org, 5.10.2016).

DIN EN ISO 9000: QM Systeme / Grundlagen und Begriffe

Die Norm erläutert Grundlagen für QM Systeme und die in der Normreihe verwendeten Begriffe.

DIN EN ISO 9001: QM Systeme / Forderungen

Beschreibt modellhaft das Qualitätsmanagementsystem und legt die Anforderungen, die zu erfüllen sind, fest. Sie bildet auch die Grundlage für die Erteilung von Zertifikaten.

DIN EN ISO 9004: QM Systeme / Leitfaden zur Leistungsverbesserung

Die Norm gibt Handlungsempfehlungen zur Einführung und Verbesserung von QM-Systemen. Sie dient als Ergänzung und Hilfestellung bei der Interpretation der DIN EN ISO 9001.

DIN EN ISO 19011: QM Systeme / Leitfaden für das Auditieren

Diese Norm beschreibt die Durchführung von internen und externen Audits von Qualitätsmanagement- und Umweltmanagementsystemen. Sie regelt Planung, Durchführung Dokumentation und die Auditorenbewertung bei Audits.

In den Jahren 2000, 2008 und 2015 wurde die internationale Qualitätsmanagementnorm überarbeitet.

Die sieben Grundsätze des Qualitätsmanagements nach ISO 9000:2015

Die ISO 9001:2015 enthält die Grundsätze des Qualitätsmanagements (Austrian Standards Institute, 2015, S. 7). Diese sieben Grundsätze (Quality Management Principles, QMP) geben den Rahmen für die Entwicklung des Unternehmens vor. Sie sprechen vor allem die oberste Leitung mit ihrer Verantwortung für das Qualitätsmanagementsystem an, um das Unternehmen zu höherer Leistung zu führen (<http://kirsch-managementsysteme.de>, 10.11.2016).

QMP 1: Kundinnen- und Kundenorientierung

QMP 2: Führung

QMP 3: Engagement von Personen

QMP 4: Prozessorientierter Ansatz

QMP 5: Verbesserung

QMP 6: Faktengestützte Entscheidungsfindung

QMP 7: Beziehungsmanagement

Die Hauptkapitel der ISO 9001:2015

Die Grundlage der Zertifizierung ist die ISO 9001:2015. Sie besteht aus zehn Hauptkapiteln. Die Kapitel der Revision beinhalten den PDCA-Zyklus (

Tabelle I).

Tabelle 1 Die zehn Kapitel der ISO 9001:2015

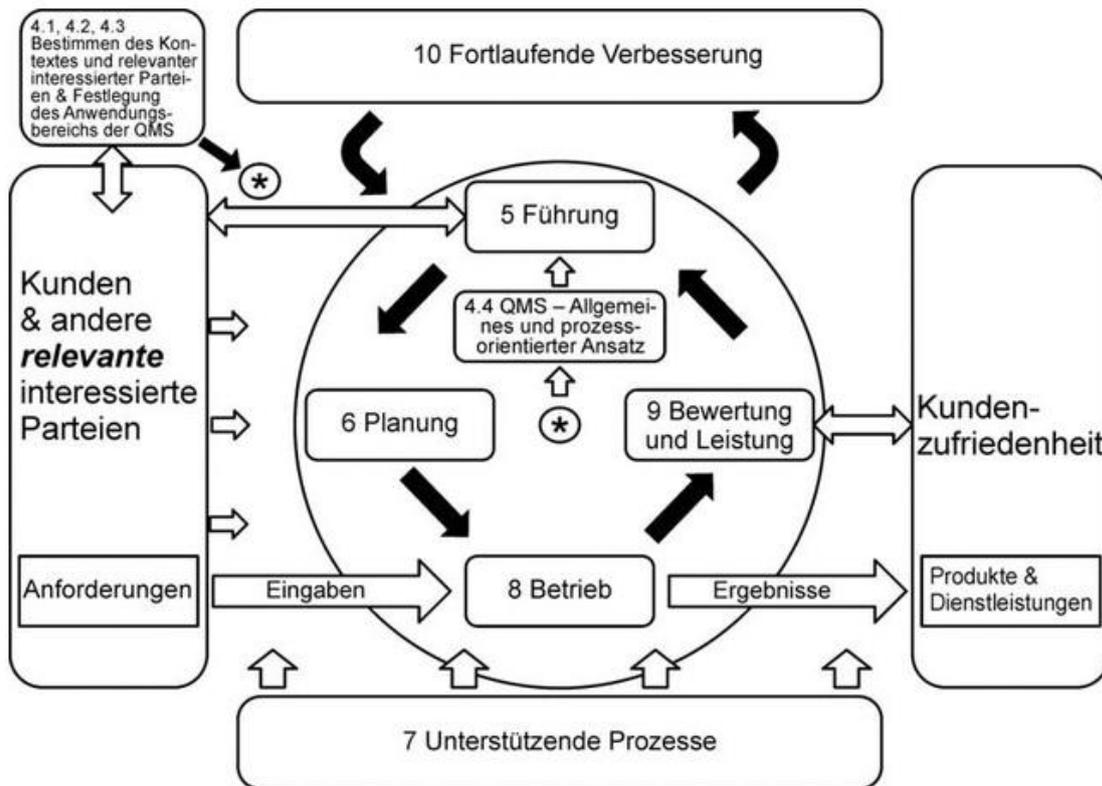
PDCA Zyklus	ISO 9001:2015 Kapitel
n.z.	0. Einleitung
	1. Anwendungsbereich
	2. Normative Verweise
	3. Begriffe
PLAN	4. Kontext der Organisation
	5. Führung
	6. Planung
DO	7. Unterstützung
	8. Betrieb
CHECK	9. Leistungsbewertung
ACT	10. Verbesserung

Quelle: www.tuv-akademie.at, 6.11.2016

Modell ISO 9001:2015

Das Modell der ISO folgt dem prozessorientierten Aufbau (Plan, Do, Check und Act) nach Deming, wobei die Anforderungen und die Zufriedenheit der Kundinnen und Kunden sowie der interessierten Parteien mit dem Gesamtziel der ständigen Verbesserung berücksichtigt werden (Abbildung 3).

Abbildung 3 Modell der ISO 9001:2015. Die Zahlen entsprechen der Kapitelnummerierung.



Quelle: www.weka.at, 6.11.2016

Zertifizierungen und Audit

Möglich sind Einzel- oder Gruppenzertifizierungen einzelner Geschäftsbereiche oder Abteilungen, aber auch die Gesamtzertifizierung des Krankenhauses. Um die Zertifizierung zu erhalten, muss das Krankenhaus ein QM-System aufbauen, das den Anforderungen der Norm entspricht. Ein externer Auditor wird zur Prüfung herangezogen. Wenn alle Normvorgaben nachweislich erfüllt werden, wird ein Zertifikat mit einer Gültigkeit von drei Jahren ausgestellt. Danach folgt eine Re-Zertifizierung.

3.2 DIN EN 15224:2012

Die international anerkannte ISO 9001 gilt für alle Branchen und Größen von Unternehmen. Ihre Sprache ist daher sehr allgemein gehalten, was mitunter zu Interpretationsschwierigkeiten und damit auch zu Akzeptanzproblemen der ISO 9001 als QM-Standard für den

Krankenhausbereich führt. Im Jahr 2012 wurde daher die Norm DIN EN 15224:2012 „Dienstleistung in der Gesundheitsversorgung – Qualitätsmanagementsysteme“ erlassen. Sie ist eine bereichsspezifische Norm des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen und orientiert sich an der DIN EN ISO 9001:2008, von der sie Strukturierung und inhaltliche Aspekte übernimmt. Darüber hinaus normiert sie explizit das Erfordernis eines klinischen Risikomanagements.

Da die ISO 9001 weitaus bekannter ist als die DIN EN 15224, ist sie ein wesentlich besseres Marketinginstrument und hat daher auch einen höheren Stellenwert am Markt. Beabsichtigt daher ein Krankenhaus eine Zertifizierung, wird meist intern die DIN EN 15224:2012 als Interpretationshilfe herangezogen, aber nach der ISO 9001:2015 zertifiziert.

3.3 KTQ[®]

KTQ[®] (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) ist ein deutsches Modell, das fünf Zertifizierungsverfahren für Einrichtungen im Gesundheitswesen anbietet. Dazu zählen Krankenhäuser, niedergelassene Praxen und medizinische Versorgungszentren, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen und Hospize und der Rettungsdienst. KTQ wird im Gesundheitswesen verwendet. Es bietet die Möglichkeit zu Abteilungs-, Verbund- und Netzzertifizierungen. Voraussetzung ist, dass alle Kataloganforderungen erfüllt werden. Folgende Schritte sind bei einer KTQ Bewertung vorgesehen: Selbstbewertungsbericht, Fremdbewertung durch Visitatoren, Zertifizierung vor Ort und die Erstellung eines Qualitätsberichts (www.ktq.de, 5.10.2016).

Aufbau

Das KTQ-Modell ist nach dem Deming-Zyklus (Plan – Do – Check – Act [PDCA]) aufgebaut und beinhaltet die sechs Kategorien Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit, Informations- und Kommunikationswesen, Führung sowie Qualitätsmanagement (<http://www.ktq.de>, 5.10.2016).

Patientinnen – und Patientenorientierung

Bei KTQ stehen Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt. Wesentliche Bestandteile der Kategorie Patientinnen- und Patientenorientierung sind die strukturierte Erstversorgung der Patientinnen und Patienten, adäquate Information und Aufklärung, eine Behandlung entsprechend den Leitlinien und eine professionelle Entlassung.

Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterorientierung

Die Qualität der Behandlung und Versorgung hängt insbesondere von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, ihrer Qualifikation und ihrem Engagement ab. Deshalb werden im KTQ-Verfahren die Einarbeitung, Qualifizierung und Fort-/Weiterbildung sowie der Umgang mit Ideen und Beschwerden geprüft.

Sicherheit

In dieser Kategorie werden u.a. das Notfallmanagement, Hygiene Maßnahmen sowie Arbeits- und Brandschutz Richtlinien überprüft. Sie gehören zu den Kernkriterien, die als unabdingbare Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um die Zertifizierung nach KTQ® zu erlangen.

Informations- und Kommunikationswesen

Informationswege und der Umgang mit Daten werden insbesondere auch unter dem Aspekt des Datenschutzes geprüft.

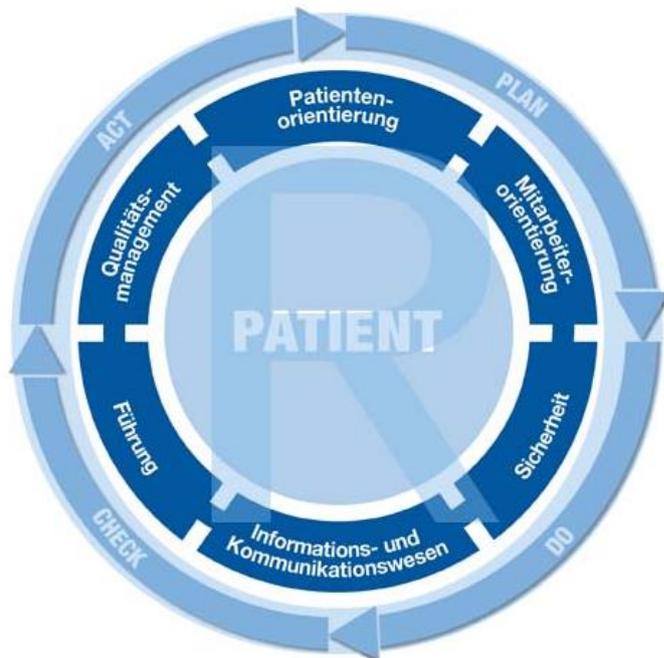
Führung

In dieser Kategorie geht es neben Strategie, Zielsetzung und Unternehmenskultur vor allem auch um das Risikomanagement, wobei es sich auch um ein Kernkriterium handelt. Das Zertifikat wird nur dann verliehen, wenn die Einrichtung ein umfangreiches und praxistaugliches Risikomanagement nachweisen kann.

Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement hat die Aufgabe, Prozesse in einer Einrichtung zu laufend zu prüfen und zu verbessern.

Abbildung 4 KTQ Modell



Quelle: <http://www.ktq.de>, 5.10.2016

Der KTQ Katalog Krankenhaus (2015) zum Aufbau des QM-Systems besteht aus 6 Kategorien, 19 Subkategorien und 55 Kriterien (Tabelle 2). Eine Kategorie ist ein übergeordneter Begriff, der die einzelnen Sachgebiete voneinander abtrennt. Die Subkategorie ist die nächstfolgende Ebene und gliedert die Kategorie nach qualitätsrelevanten Themen. Die folgende Kriterienebene beinhaltet die Forderungen, die als Fragen formuliert von den Krankenhäusern im Rahmen der Selbstbewertung bearbeitet werden sollen. Die Kriterien werden gewichtet. Essentielle Kriterien, die für die Patientenversorgung von besonderer Bedeutung sind, werden als Kernkriterien identifiziert. Hier müssen mindestens 55% Prozent erreicht werden. Die Bewertung der Kriterien beruht auf der Prüfung gemäß dem PDCA (Plan, Do, Check, Act) Zyklus. Die Summe aller Kriterienpunkte ergibt die Gesamtpunktezahl für das jeweilige Krankenhaus (<http://www.ktq.de>, 5.10.2016).

Tabelle 2: Kategorien und Subkategorien des KTQ-Katalogs, Version 2015

Kategorie	Subkategorie	Gesamtanzahl aller Kriterien
1 Patientenorientierung	1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung 1.2 Akut- / Notfallversorgung 1.3 Elektive ambulante Versorgung 1.4 Stationäre Versorgung 1.5 Weiterbetreuung / Übergabe in andere Bereiche 1.6 Umgang mit sterbenden Patienten / palliative Versorgung	14
2 Mitarbeiterorientierung	2.1 Personalplanung / Personalentwicklung	2
3 Sicherheit - Risikomanagement	3.1 Patientenbezogene Risiken 3.2 Schutz- und Sicherheitskonzepte	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie 4.2 Patientendaten 4.3 Informationsmanagement	5
5 Unternehmensführung	5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur 5.2 Strategie und Zielplanung 5.3 Unternehmensentwicklung	9
6 Qualitätsmanagement	6.1 Struktur und Ablauf 6.2 Befragungen 6.3 Meinungsmanagement 6.4 Qualitätsrelevante Daten	7
Gesamt	n.z.	55

Quelle: KTQ Katalog Krankenhaus (2015, S. 1ff)

Die Selbstbewertung

Die Selbstbewertung nach KTQ ist eine umfassende Dokumentation und Bewertung der Leistungsqualität auf Basis des KTQ-Katalogs, wobei Verbesserungspotentiale zu den gestellten Fragen identifiziert werden können. Zusätzlich misst das KTQ Verfahren bei den Kernkriterien und Kriterien den Erreichungsgrad (Qualität der Kriterienerfüllung) und den Durchdringungsgrad (Flächendeckung). Für jedes Kriterium ist ein max. Punktwert von 18 möglich. Dabei können für Plan, Check und Act max. je drei Punkte und für Do max. neun Punkte erzielt werden (www.ktq.de, 5.10.2016).

Fremdbewertung, Visitation und Zertifizierung

Die Fremdbewertung wird durch ein Visitatorensteam, bestehend aus einer Ärztin bzw. einem Arzt, einer Ökonomin bzw. einem Ökonomen und einer Pflegeperson durchgeführt. Die KTQ-Visitoren führen eine externe, unabhängige Fremdbewertung gemäß des aktuellen KTQ-Katalogs durch. In der Fremdbewertung wird der Selbstbewertungsbericht geprüft.

Anschließend erfolgen die Visitation und die Begehung des Krankenhauses. Dazu werden „Kollegiale Dialoge“ mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geführt und gezielt verschiedene Bereiche der Einrichtung in Stichproben überprüft.

Folgende Voraussetzungen müssen für die Zertifizierung nach KTQ erfüllt sein:

- Mind. 55% der möglichen Punkteanzahl in jedem Bereich
- Erstellung eines Selbstbewertungsberichtes durch das Krankenhaus
- Erfolgreiches Bestehen der Zertifizierung
- Veröffentlichung des Qualitätsberichtes

Erreicht die Einrichtung auch in der Fremdbewertung die erforderliche Anzahl von Punkten, kann das KTQ-Zertifikat vergeben werden. Das Zertifikat ist drei Jahre gültig. Jährliche interne Audits sind durchzuführen. Jährlich wird an Krankenhäuser, die den KTQ Gedanken besonders umgesetzt haben, der KTQ-Award verliehen (www.ktq.de, 5.10.2016).

3.4 JCI

Die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ist eine unabhängige, nicht profitorientierte Organisation, die 1951 in Amerika (Chicago) gegründet wurde. Die Joint Commission International (JCI) ist ihr internationaler Ableger. Sie legt Standards fest, nach denen die Qualität von Gesundheitseinrichtungen bewertet wird und führt hierzu Zertifizierungen durch (<http://www.jointcommissioninternational.org>, 20.11.2016). Die JCI hat im Jahr 2000 erstmals eine Krankenhausakkreditierung in Deutschland durchgeführt. Die JCI bietet ein speziell auf das Gesundheitswesen zugeschnittenes System zur Qualitätssicherung an, wobei immer ganze Krankenhäuser und nicht nur einzelne Abteilungen bewertet werden. Sämtliche Abläufe, von der Patientenaufnahme über Untersuchungen und Behandlungen bis hin zur Verlegung und Entlassung von Patientinnen und Patienten, werden bewertet.

Standards

Das Akkreditierungsverfahren der JCI für Krankenhäuser basiert auf derzeit 316 Standards, die in der aktuellen fünften Fassung (in Kraft seit 1. April 2014) einsehbar sind (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 2014). Das Modell ist u.a. in patientenbezogene und organisationsbezogene Standards unterteilt.

Tabelle 3 Übersicht der JCI Akkreditierungsstandards für JCI.

Abschnitt	Bereich	Abkürzung (engl.)	Anzahl der Standards
1. Voraussetzungen für eine Teilnahme an der Akkreditierung	Voraussetzungen für eine Teilnahme an der Akkreditierung	ARP	12
2. Patientenorientierte Standards	Internationale Ziele für Patientensicherheit	IPSG	10
	Zugang zu und Kontinuität der Behandlung	ACC	26
	Rechte der Patienten und Familienangehörigen	PER	19
	Untersuchung der Patienten	AOP	38
	Behandlung der Patienten	COP	26
	Anästhesie und Chirurgie	ASC	16
	Management und Anwendung von Medikamenten	MMU	19
	Aufklärung von Patienten und deren Angehörigen	PFE	5
3. Organisationsbezogene Standards	Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit	QPS	12
	Prävention und Überwachung von Infektionen	PCI	20
	Steuerung, Führung und Leitung	GLD	33
	Management der Anlage und der Sicherheit	FMS	23
	Mitarbeiterqualifikation und Weiterbildung	SQE	24
	Informationsmanagement	MOI	16
4. Standards für Universitätskliniken	Medizinische Berufsausbildung	MPE	7
	Programme zur Forschung am Menschen	HRP	10

Quelle: Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals (2014, S. 5ff.).

Begutachtung und Akkreditierung

JCI-Standards definieren die Erwartungen hinsichtlich der Leistungen, Strukturen und Prozesse, die ein Krankenhaus aufweisen muss, um von der JCI akkreditiert zu werden. Messbare Elemente eines Standards geben an, was im Rahmen eines Surveys überprüft und mit Punkten bewertet wird. Die Surveyor aus Medizin, Pflege und Verwaltung prüfen schließlich vor Ort, inwieweit die Standards eingehalten wurden.

Bei der Begutachtung sind u.a. folgende Elemente wesentlich:

- Einsicht in die vorhandene Dokumentation
- Gespräche mit Führungskräften
- Besuch der Behandlungseinheiten
- Gebäudebegehung
- Zusammenfassung der einzelnen Punkte und Erkenntnisse

Um eine Akkreditierung zu erlangen, müssen alle Kriterien (Kern- und Nichtkernstandards) mit einer Mindestpunktzahl erfüllt werden. Bei der Bewertung von Krankenhäuser hat die JCI ein komplexes Bewertungsschema entwickelt. Alle akkreditieren Einrichtungen erhalten einen Abschlussbericht und ein Zertifikat, das grundsätzlich drei Jahre gültig ist, jedoch auch vorzeitig durch die JCI aberkannt werden kann.

Nach JCI Standards akkreditierte Gesundheitseinrichtungen in ausgewählte EU Länder

Eine Datenbankabfrage am 3. Dezember 2016 auf der Website der JCI (www.jointcommissioninternational.org, 20.11.2016) zeigte, dass in Österreich aktuell 5 Gesundheitseinrichtungen (darunter bloß ein Krankenhaus) nach JCI-Standards akkreditiert wurden. Die meisten nach JCI akkreditierten Einrichtungen in der EU hat derzeit Irland mit 29 Einrichtungen. 16 davon betreffen Krankenhäuser. Italien folgt mit insgesamt 24 Einrichtungen, wobei 13 davon Krankenhäuser sind, Spanien mit 24 akkreditierten Gesundheitseinrichtungen, davon 9 Krankenhäuser. Deutschland hingegen liegt mit 3 Einrichtungen (alle davon Krankenhäuser) im unteren Feld.

4 Sterbebedingungen

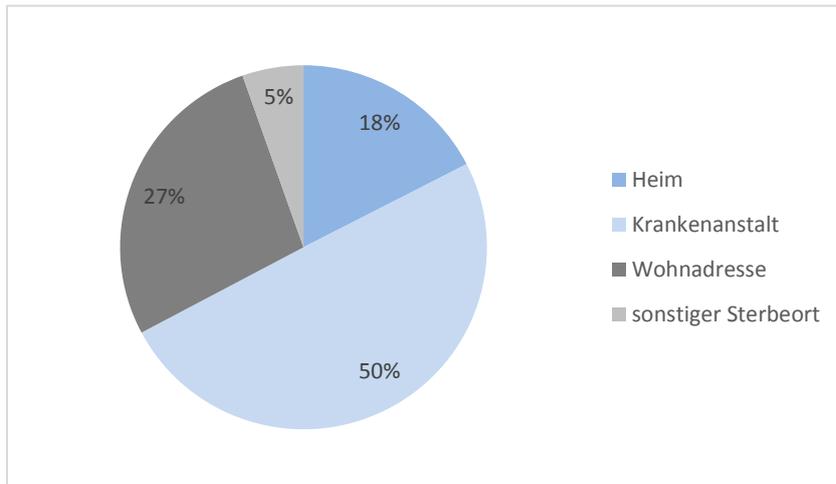
4.1 Wo sterben Menschen?

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen, wo Menschen sterben möchten. Laut Umfragen gibt die Mehrheit Deutschen an (66 %), dass sie am liebsten im häuslichen Umfeld ihre letzte Lebensphase verbringen würden. 18 % meinen, dass sie in einem Hospiz zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen sterben wollen (www.dhpv.de, 5.12.2016). Tatsächlich aber versterben Menschen nicht mehr zu Hause im Kreis der Familie, sondern eher in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen. Der Sterbeort hat sich in den letzten Jahren verschoben. Die Ursachen liegen v.a. in der Änderung von Familienstruktur, -größe und -Zusammenhalt. Familienangehörige leben oft räumlich voneinander entfernt, die Zahl der Single-Haushalte steigt, familiäre Bindungen scheinen zunehmend loser. Die Berufstätigkeit von Frauen ist auch ein Grund, weshalb sterbende Familienmitglieder oftmals nicht im familiären Umfeld betreut werden können. Abgesehen davon steigt auf Grund des demografischen Wandels die Zahl der immer älter werdenden Bevölkerung. Langjährige schwere Krankheiten sind keine Seltenheit. Diese Verschiebung des Sterbeortes weg von der Familie hin zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen (Pflege- bzw. Altersheimen) wird als „Institutionalisieren des Sterbens“ bezeichnet. Allerdings gibt es auch Gegenbewegungen, wie Hauskrankenpflege, mobile Dienste und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, die auch in Österreich immer mehr an Bedeutung gewinnen. Auch die Hospizbewegung stellt Angebote wie das mobile Palliativteam, den Palliativkonsiliardienst, und das Tageshospiz zu Verfügung (Hospiz Österreich, 2003, S. 12).

Sterbeorte in Österreich

Jährlich sterben in Österreich etwa 40.000 Menschen. Die Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit wird hier deutlich. Nur etwa 30 % der Österreicherinnen und Österreicher versterben in ihrer häuslichen Umgebung, etwa 50 % in Krankenhäusern, 18 % in Heimen und 5 % an sonstigen Orten (Freilinger, 2009, S. 4ff) (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5: Sterbeorte in Österreich 2014



Quelle: <http://statcube.at/statistik.at>, eigene Berechnung

4.2 Sterben im Krankenhaus

Über 400.000 Menschen versterben jährlich in Deutschlands Krankenhäusern. Als Sterbeorte werden neben der Palliativstation auch andere Versorgungsbereiche wie z.B. die internen Abteilungen oder Intensivstationen genannt. Deutsche Studien zu den Sterbebedingungen in den Krankenhäusern, den stationären Pflegeeinrichtungen und den Hospizen zeigen, dass eine Verbesserung in der Versorgung Sterbender in etlichen Fällen dringend notwendig ist (George, 2013, S. 67ff). Die Situation in Österreich ist ähnlich (Freilinger, 2009, S. 4ff). Wenn auch die häusliche und ambulante Versorgungskultur vielfältig gefördert wird, muss dennoch u.a. auf Grund der demografischen Entwicklung davon ausgegangen werden, dass die weit überwiegende Anzahl an älteren Menschen auch zukünftig unter stationärer Versorgung versterben wird.

4.2.1 Der Wandel des Sterbens im Krankenhaus

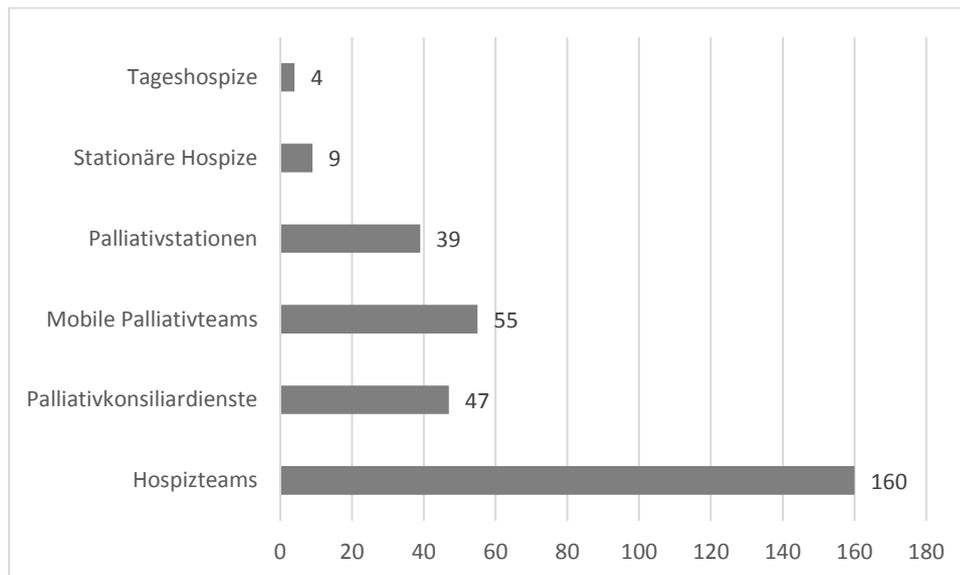
Im Gegensatz zum 19. Jahrhundert, in dem der Tod als etwas Natürliches, als unvermeidbarer Teil des Lebens angesehen wurde, wurde das Sterben im 20. Jahrhundert in der westlichen Welt verdrängt. Die Fortschritte in der modernen Medizin (künstliche Beatmung, Organtransplantation, etc.) ermöglichten Ärztinnen und Ärzten, Leben zu erhalten und zu verlängern.

Im Krankenhausbetrieb wurde das Sterben als Niederlage gewertet, das dem eigentlichen Ziel, nämlich Patientinnen und Patienten zu heilen, widerspricht. Die Krankheiten, an denen die Menschen im Laufe des 20. Jahrhundert starben, änderten sich: Menschen starben nicht mehr so häufig an einfachen Infektionskrankheiten, was zur Folge hatte, dass sie länger lebten und dann eher an chronischen Krankheiten (Herz- Kreislauferkrankungen, Alterserkrankungen, Krebs, etc.) mit langwierigem Verlauf litten und daran verstarben. Familiäre Strukturen lösten sich auf, sodass Familienmitglieder nicht bereit waren oder keine Möglichkeit hatten, ihre strebenden Angehörigen zu pflegen und bis zum Tod zu begleiten. Die Verlagerung von Sterbenden ins Krankenhaus hatte außerdem den Vorteil einer besseren medizinischen Versorgung.

Trotz der wachsenden Anzahl von Sterbefällen im Krankenhaus, waren die Einrichtungen wie auch das Personal nicht auf den Prozess des Sterbens vorbereitet. Sterbende galten im Krankenhaus als unwillkommen. Auf der anderen Seite gab es aber auch keinen anderen Ort in der Gesellschaft, der auf die medizinischen und pflegerischen Anforderungen adäquat reagieren konnte (Goebel, Jors & Becker, 2013, S. 45ff.).

Die Hospiz- und Palliativversorgung entstand in der Notwendigkeit als Reaktion auf diese Mangelsituation. Ein ganzheitlicher Fürsorgeansatz, der neben einer Symptomkontrolle auch die psychosozialen Bedürfnisse und spirituellen Nöte der Schwerstkranken und Sterbenden berücksichtigt, wurde nach dem englischen Vorbild, der Gründerin der modernen Hospizbewegung, Cicely Saunders, initiiert. Somit breiteten sich die Hospizidee und die Palliativmedizin seit Mitte der 1980er Jahre in Deutschland aus. Mittlerweile hat sich die Palliativmedizin in Deutschland sowie in Österreich im Gesundheitswesen als feste Säule etabliert. In Österreich existieren aktuell (Daten 2015) 4 Tageshospize, 9 stationäre Hospize, 39 Palliativstationen, 55 mobile Palliativteams, 47 Palliativkonsiliardienste sowie 160 Hospizteams (Abbildung 6), die als Versorgungskonzepte für die Linderung von Leiden und ein würdevolles Sterben eintreten (Peltari, Pissarek & Zottele, 2016, S. 6).

Abbildung 6 Anzahl der Hospiz- und Palliativeinrichtungen



Quelle: Pelttari et al. (2016, S. 6)

4.2.2 Sterben auf der Intensivstation

In erster Linie ist es Aufgabe der Intensivstationen, Leben zu retten. Dennoch wird zunehmend diskutiert, ob in der Intensivmedizin alles, was medizinisch und technisch möglich ist, auch sinnvoll ist und gemacht werden soll. Viele Patientinnen und Patienten haben Sorge, dass durch die Intensivmedizin ihr natürlicher Sterbeprozess verhindert und ihr Leiden damit verlängert wird. Eine Untersuchung (Zhang, Nilsson, & Prigerson, 2013) bei den Betroffenen (Patientinnen und Patienten, Angehörige, Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonal) zeigt, dass lebensverlängernde Maßnahmen und Therapien sowie ein Aufenthalt auf der Intensivstation die Lebensqualität am Lebensende stark einschränkt. US Studien zeigen, dass die Hälfte der Todesfälle im Krankenhaus auf der Intensivstation stattfindet (Gruß & Weigand, 2013, S. 51ff.). Auf Grund dessen wird ein palliativer Ansatz verstärkt in Betracht gezogen. Das ist nicht immer einfach, da es für Pflegepersonal auf Intensivstationen nur selten professionelle Unterstützung im Umgang mit Sterben und Tod gibt. Dennoch hat sich in den letzten Jahren viel getan. Die palliativmedizinische Betreuung für Intensivpatientinnen und -patienten nimmt zu. Das zeigt sich etwa bei der Entwicklung des palliativmedizinischen Konsiliardienstes oder bei Palliativstationen mit Beatmungsmöglichkeiten (Gruß & Weigand, 2013, S. 51ff.).

4.3 Leben und Sterben in Würde: Palliative Care

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 1990 Palliative Care als eigenständiges Versorgungskonzept definiert. 2002 wurde diese Definition aktualisiert und lautet:

„Palliativ Care ist ein Ansatz, mit dem die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten und deren Familien verbessert werden soll, wenn sie mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung und den damit verbundenen Problemen konfrontiert sind. Dies soll durch Vorsorge und Linderung von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, fehlerlose Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen erfolgen.“ (World Health Organization, 2002 Übersetzung).

Der Definition werden noch weitere Kriterien nachgestellt, die auf die Angehörigen, die Begleitung über den Tod hinaus, einschließlich der Trauerarbeit, den Einsatz eines multiprofessionellen Teams und der Abgrenzung zur aktiven Sterbehilfe ausgerichtet sind. Auch wird klar, dass der Palliative Care Ansatz bereits früh im Krankheitsverlauf, neben der kurativen Medizin angewendet werden soll.

Palliativmedizin:

- ermöglicht Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen.
- bejaht das Leben und erkennt Sterben als normalen Prozess an.
- beabsichtigt weder die Beschleunigung noch die Verzögerung des Todes.
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung.
- bietet Unterstützung, um Patienten zu helfen, ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten.
- bietet Angehörigen Unterstützung während der Erkrankung des Patienten und in der Trauerzeit.
- beruht auf einem Teamansatz, um den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien zu begegnen, auch durch Beratung in der Trauerzeit, falls notwendig.
- fördert Lebensqualität und kann möglicherweise auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen.
- kommt frühzeitig im Krankheitsverlauf zur Anwendung, auch in Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben, wie z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung, und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind, um belastende Komplikationen besser zu verstehen und zu behandeln (World Health Organization, 2002).

4.4 Ergebnisse der Gießener Studie zu den Sterbebedingungen

Das Krankenhaus ist mit rund 50 % aller Sterbefälle der relevanteste Sterbeort. Aber unter welchen Bedingungen wird dort die Sterbebegleitung vollzogen? Sind die Sterbenden in guten Händen? Wie geht es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die den Sterbeprozess mit der von ihnen geleisteten Arbeit begleiten? Zu all diese Fragen und weiteren Aspekten zur Qualität der Sterbebetreuung wurde 2012/2013 deutschlandweit eine umfangreiche Befragung von Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften durchgeführt (George et al., 2013, S. 67ff.). Mehr als 1400 Befragte aus 212 Krankenhäusern nahmen daran teil. Psychosoziale und medizinisch-pflegerische Aspekte wurden erhoben.

Der Fragebogen beinhaltet folgende sieben Bereiche:

1. Zeitliche, personelle und räumliche Situation
2. Ausbildung
3. Arbeitsklima
4. Kommunikationssituation
5. Angehörigenintegration
6. Schmerztherapie, Lebenserhaltung und Aufklärung
7. Würdevolles Sterben und Belastung der Angehörigen

Zeitliche, personelle und räumliche Situation

Etwa 40 % der Befragten geben an, dass grundsätzlich hinreichend Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegenden (hier sind es nur 23 %) zur Verfügung stünden. Nur 17 % befinden die räumlichen Voraussetzungen für gut bzw. sehr gut.

Einschätzung der Ausbildungsqualität

Nur ein Drittel der Befragten meint, dass professionelles Personal in der palliativen Versorgung eingesetzt werde. Zur Frage nach der Qualität der Vorbereitung auf die Betreuung Sterbender während der Ausbildung meinen 19 % eine gute bis sehr gute Ausbildung zu besitzen. Doppelt so groß ist mit 38 % der Anteil derer, die diese als mangelhaft beschreiben. Die Situation bei Ärztinnen und Ärzten ist noch gravierender: Keiner der Befragten gab an, über eine gute oder sehr gute Ausbildung in diesem Bereich zu verfügen. 45 % der Befragten beurteilen ihre berufliche Ausbildung als mangelhaft oder ausreichend. 51% gaben an, dass eine Ausweitung der Ausbildung sehr notwendig sei.

Arbeitsklima und Kommunikation

Ein gutes Arbeitsklima und interkollegiale Wertschätzung für die Arbeit mit den Sterbenden, wird von 70 % der Befragten empfunden.

Angehörigenintegration

Dass die Angehörigenbindung wichtig ist, ist allen Befragten bewusst. Dennoch geben nur 26 % der Befragten an, dass die Angehörigen aktiv ermutigt würden, sich an der Pflege zu beteiligen. 53 % erklärten, dass sie sich gut bzw. sogar sehr gut vorstellen können, Laienhelfer in die Betreuung Sterbender einzubeziehen.

Schmerztherapie, Lebenserhaltung und Aufklärung

Positiv wird die medizinische Versorgung beurteilt, denn 62 % der Befragten gaben an, dass z.B. die Schmerztherapie der Patientinnen und Patienten gut gelänge. Dass die Sterbenden immer bzw. meistens über ihre Prognose informiert werden, berichtete der überwiegende Teil der Befragten (71 %). Weiteres geben 41 % der Befragten an, dass immer (3 %) bzw. oft (40 %) unnötig lebensverlängernde Maßnahmen ergriffen würden.

Würdevolles Sterben

Angesichts ihrer Bedeutung sind die Auswertungen der Fragebögen zum Teil ernüchternd. So gibt zum Beispiel nur die Hälfte der Befragten an, dass in ihrem Arbeitsbereich grundsätzlich ein würdevolles Sterben der Patientinnen und Patienten möglich wäre.

Gruppenvergleiche

Gruppenvergleiche zeigen, dass die Art der Station, auf der Patientinnen und Patienten versterben, mit Abstand das wichtigste Kriterium unterschiedlich beschriebener Sterbebedingungen ist. Einen hohen Einfluss haben auch das Lebensalter, die Berufsausbildung und das Geschlecht der Befragten. Z.B. gehen Ärztinnen und Ärzte eher davon aus, dass genügend Pflegende zur Sterbebetreuung zur Verfügung stehen als die Pflegenden selbst.

5 Analyse der QM Systeme hinsichtlich ethischer Kriterien

Im Folgenden sollen die ethischen Anforderungen der QM-Systeme ISO 9001:2015, JCI und KTQ näher beleuchtet werden. In welchem Zusammenhang steht der Prozess „Sterben und Tod“ im Krankenhaus zum eingeführten Qualitätsmanagementsystem? Inwieweit wird auf die letzte Phase des Lebens im QM-System eingegangen? Kann das interne QM-System dazu beitragen, ein würdevolles Sterben im Krankenhaus zu ermöglichen? Können Zertifizierungsverfahren mit Fragen zum Sterben und Tod den Patientinnen und Patienten und jenen Berufsgruppen die eng im Sterbeprozess verbunden sind Unterstützung bieten? Wie kann ein solches Verfahren Patientinnen und Patienten helfen, respektvoll und individuell behandelt zu werden?

5.1 DIN EN ISO 9001 - Anforderungen an QM-Systeme

Die international anerkannte ISO 9001 ist branchenunspezifisch und daher sehr allgemein gehalten. Bei näherer Betrachtung der Forderungen fällt auf, dass keine ethischen Vorgaben gemacht werden. Das jeweilige Unternehmen muss den allgemeinen Normtext für seine konkrete Situation erst übersetzen (z.B. durch Einbeziehung der bereichsspezifischen Norm DIN EN 15224:2012 für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen). Erst dann können ggf. ethische Vorgaben getroffen werden.

Zieht man die sieben Grundsätze des Qualitätsmanagements der ISO 9001:2015 (siehe auch Kapitel 3.1 DIN EN ISO 9000ff) heran, kann man m.E. vor allem auf Grund der beiden ersten Grundsätze – 1. Kundinnen- und Kundenorientierung und 2. Führung – etliche ethische Anforderungen definieren. Die Kundinnen- und Kundenorientierung stellt die Patientinnen und Patienten mit ihren individuellen Bedürfnissen in den Mittelpunkt. Das Planen, Umsetzen, Kontrollieren und Verbessern dieser Erwartungen kann die verschiedensten Bereiche, wie u.a. Räumlichkeit, Angehörige, Information, Versorgung, Ressourcen, Organisation etc., betreffen. Der 2. Grundsatz lautet Führung. Hier geht es um die Schaffung einer erfolgsorientierten Unternehmenskultur, gemeinsamer Werte und Leitbilder sowie ethisches Verhalten auf allen Ebenen der Organisation. Auch die Kommunikation der organisationsinternen Vision, Ziele und Strategie ist Aufgabe des Managements. Es ist die Verantwortung der Leitung, ethisches Handeln in unternehmensinternen Zielen, Richtlinien und Guidelines festzulegen und die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, die deren Umsetzung unterstützen.

5.2 Der JCI Standard: Steuerung, Führung und Leitung (GDL)

Das Thema „Sterben und Tod“ wird zwar in den JCI-Akkreditierungsstandards nicht explizit hervorgehoben, jedoch finden sich in den organisationsspezifischen Standards Hinweise auf ethische Kriterien, die bei einer Akkreditierung nach JCI einzuhalten sind. Der Bereich Steuerung, Führung und Leitung (Governance, Leadership and Direction [GLD]) ist hier hervorzuheben (siehe auch Kapitel 3.4 JCI). Er wird in vier Levels (Governance, Chief Executive, Hospital Leadership und Department/Leader Service) unterteilt, welche die GLD Standards 1-11 beinhalten. Die GLD Standards 12-19 sind zusätzlich und beziehen sich auf alle vier genannten Levels (Tabelle 4).

Für die vorliegende Arbeit erscheinen die Standards GLD 8 (Clinic Staff Organization and Accountabilities) und GLD 12 (Organizational and Clinical Ethics), die auf ethische Handlungen und der Verantwortung der Leitung gegenüber den Patientinnen und Patienten verweisen, von besonderem Interesse. GLD 16 nennt die Voraussetzungen bei klinischen Studien am Menschen.

Clinic Staff Organization and Accountabilities - GLD 8

Standard 8 unterstreicht die Verantwortung der medizinischen und pflegerischen Leitung dem Krankenhaus und den Patientinnen und Patienten gegenüber. Das beinhaltet die Planung und Implementierung von qualifiziertem Personal, eine gelungene Kommunikation über Berufsgruppen hinweg sowie die Planung und Etablierung von Richtlinien, Guidelines, Protokollen und anderen Dokumenten für die medizinische Versorgung. Die Leitung wird auch für ethische Handlungen der Berufsgruppen verantwortlich gemacht und soll die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten überblicken.

Organizational and Clinical Ethics - GLD 12

Im GLD12 werden die Rahmenbedingungen für ethisches Management geschaffen. Das beinhaltet die Offenlegung von Eigentumsverhältnissen und Interessenkonflikten. Eine transparente Darstellung der angebotenen Leistungen sowie die Sicherstellung von vertraulichen Patienteninformationen. Es gibt klare Leitlinien für Aufnahme, Verlegung und Entlassung, Transparenz im Berichtswesen und eine genaue Verrechnung der Leistung. Weiters werden Mechanismen implementiert, die es ermöglichen, fehlerhaftes Handeln aufzuklären und ethische Bedenken ohne Nachteile zu äußern. Es gilt Umstände zu schaffen, unter denen ethische Bedenken frei diskutiert werden können.

Clinical Studies - GLD 16

Bei klinischen Studien muss die Spitalsführung die Informationen darüber und den Zugang zu diesen für Patientinnen und Patienten sicherstellen, wenn diese für sie relevant sind. Patientinnen und Patienten können jederzeit von der Teilnahme an der Studie zurücktreten, ohne dass ihnen daraus Nachteile entstehen.

Tabelle 4 Unterteilung des JCI Bereiches Steuerung, Führung und Leitung

Level	Bereich	GLD Standards
Level I	Governance	1
Level II	Chief Executive	2
Level III	Hospital Leadership	3 - 7
Level IV	Department / Leader Services	8 - 11
Culture of Safety, Ethics, Health Care Professional Education, (Clinical Research)	Level I - IV	12 - 19

Quelle: Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals (2014, S. 170f.)

5.3 Die Patientinnen- und Patientenorientierung im KTQ Modell

Das spezifisch für das Gesundheitswesen entwickelte Zertifizierungsverfahren der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) beschäftigt sich seit über 13 Jahren mit den Themen „Sterben und Tod“. Im Mittelpunkt des Zertifizierungsverfahren steht das KTQ Modell (

Abbildung 4 KTQ Modell, das aus sechs Kategorien, nämlich Patientinnen- und Patientenorientierung, Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterorientierung, Sicherheit-Risikomanagement, Informations- und Kommunikationswesen, Unternehmensführung und Qualitätsmanagement, besteht. Im Rahmen einer Zertifizierung werden an alle beteiligten Berufsgruppen und Hierarchien spezifische Fragen zu Rahmenbedingungen und zum Verhalten mit sterbenden Patientinnen und Patienten und den Verstorbenen gestellt.

Der KTQ-Fragenkatalog kann Unterstützung bei der strukturierten Auseinandersetzung mit der Situation sterbender Patientinnen und Patienten (Planung der Sterbebegleitung) bieten. Das geschieht über die Kriterien innerhalb der Kategorie 1. „Patientinnen- und Patientenorientierung“. In der Subkategorie 1.6 „Sterben und Tod“ im Katalog für den Bereich Krankenhaus KTQ Katalog 2015 (S. 13f) werden die Kriterien zum Umgang mit sterbenden Patientinnen und Patienten sowie mit Verstorbenen gelistet (Tabelle 5).

Tabelle 5 Kriterien der Subkategorie Sterben und Tod des KTQ Katalogs 2015

1	Kategorie: Patientinnen- und Patientenorientierung
1.6	Subkategorie: Sterben und Tod
1.6.1	Kriterium: Umgang mit sterbenden Patientinnen und Patienten, palliative Versorgung
1	Organisation, Planung und Umsetzung der Sterbebegleitung, palliativmedizinische Versorgung unter Berücksichtigung von Patientenverfügungen, Vollmachten und des Bereuungsstatus
2	Regelungen und Standards zur Symptomtherapie und palliativen Schmerztherapie, palliativmedizinische Konsildienst
3	Einbeziehung der Angehörigen / Bezugspersonen und externer Dienste, z.B. Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten, Hospizen
4	Angebot / Kooperation zur speziellen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung
5	Besondere Therapieangebote für Palliativpatientinnen und -patienten, z.B. Psychologen, Seelsorger, Musiktherapie
6	Umgang mit verschiedenen Religionen und Weltanschauungen, Berücksichtigung persönlicher, kultureller und religiöser Wünsche der Patientinnen und Patienten und der Angehörigen

7	Qualifizierung und Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit sterbenden Patientinnen und Patienten und im Bereich Palliativ Care und Palliativ Medizin
---	--

Fortsetzung Tabelle 5

1	Kategorie: Patientinnen- und Patientenorientierung
1.6	Subkategorie: Sterben und Tod
1.6.2	Kriterium: Umgang mit Verstorbenen
1	Berufsgruppenübergreifender Umgang mit Verstorbenen, Fehl- und Totgeburten
2	Regelung zur Leichenschau und zum Ausfüllen der Totenscheine
3	Kommunikation mit Angehörige / Bezugspersonen und Kommunikation mit z.B. Hausärztinnen und Hausärzte
4	Verabschiedungsmöglichkeiten, Verfügbarkeit angemessener Räumlichkeiten, Berücksichtigung kultureller und religiöser Wünsche
5	Einbeziehung und Betreuung der Angehörigen durch z.B. Seelsorge, psychoonkologischer Dienst
6	Aufbewahrung und Herausgabe des Leichnams, Zusammenarbeit mit Bestattungsunternehmen, Umgang mit Wertgegenständen
7	Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; Supervisionsangebote

Quelle: KTQ Katalog Krankenhaus (2015, S. 13f)

Ein wichtiger Aspekt ist die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Sterben und Tod. Dort können aufkommende Aspekte wie Sprachbarrieren, fehlende Kenntnisse in kultureller und religiöser Hinsicht, Datenschutz und Vertraulichkeit diskutiert werden.

Der KTQ-Katalog fordert systematisch über den PDCA Zyklus (Plan, Do, Check, Act) die Bearbeitung, Umsetzung und Überprüfung der Fragen und leitet davon

Verbesserungsmaßnahmen ab. Auf diese Weise kann Klarheit für alle Beteiligten geschaffen werden.

Mögliche Aktivitäten könnten folgendermaßen aussehen:

- Konzept zum Angebot der Palliativmedizin
- Ausreichend Zeit zum Abschied nehmen ist vorhanden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen und Seelsorge stehen für Gespräche zur Verfügung
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schaffen in den Patientinnen- und Patientenzimmern eine dem Anlass entsprechende Atmosphäre, ein Abschiedsraum steht zur Verfügung
- Standard zur Versorgung von Sterbenden
- Empfehlungen aus dem Ethikkomitee
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter könne das Angebot von professioneller Unterstützung nutzen
- Schulungsmaßnahmen, Kontakt zu Seelsorgern

Auch werden Fragen zur Situation nach dem Tod gestellt. Somit muss sich die Geschäftsführung u.a. mit kulturellen oder religiösen Besonderheiten (z.B. Möglichkeit zu rituellen Waschung) auseinandersetzen. Auch werden Regelungen zur Vermeidung von Verwechslungen von Verstorbenen bei deren Herausgabe an den Bestatter diskutiert.

Unternehmensführung - Unternehmensphilosophie und -kultur

Das Kapitel 5 „Unternehmensführung“ des KTQ Katalogs (2015) enthält die Subkategorie 5.1 „Unternehmensphilosophie und -kultur“ (siehe Tabelle 2). Hier wird auf die ethische, religiöse und kulturelle Verantwortung der Geschäftsleitung eingegangen. U.a. wird gefordert, Verantwortlichkeiten zu ethischen Themen in der Unternehmensphilosophie bzw. im Leitbild abzubilden. Auch die Aufgaben und der Wirkungsbereich des Ethikkomitees, Leitlinien sowie Empfehlungen sollen transparent gehalten werden.

5.4 Das deutsche Palliativsiegel

Ausgehend von umfassenden empirischen Studien (George, 2013, S. 67ff.) zu den Sterbebedingungen in Krankenhäusern wurde das „Deutsche Palliativsiegel[®]“ entwickelt (siehe Kapitel 4.4 Ergebnisse der Gießener Studie zu den Sterbebedingungen). In den Studien zeigt sich, dass einerseits zwar etliche Krankenhäuser bereits eine gute Versorgungsqualität anbieten, andererseits aber für eine weitere Gruppe eine Verbesserung der Versorgung Sterbender unabdingbar ist.

Das Deutsche Palliativsiegel fokussiert auf die Versorgungsqualität von Sterbenden und Schwerstkranken. Valide Kriterien und Qualitätsmerkmale werden bewertet und diejenigen Krankenhäuser ausgezeichnet, welche diese in gutem bzw. sehr gutem Ausmaß erfüllen (George, 2015, S. 3). Ein Nutzen kann durch den Erhalt des Deutschen Palliativsiegels für alle Beteiligten gestiftet werden:

1) Für Sterbende

Die Ziele zur Betreuung Schwerstkranker und Sterbender, wie sie bereits in der Charta zur Betreuung Schwerstkranker und Sterbender (www.charta-zur-betreuung-sterbender.de) beschrieben sind, werden in hohem Maß umgesetzt. Die verbleibende Lebensqualität der Sterbenden wird dadurch bestmöglich erhalten.

2) Für die Angehörigen und die Familie

Das Deutsche Palliativsiegel unterstützt, dass Angehörige ihren Möglichkeiten entsprechend in den Versorgungsprozess einbezogen werden. Über den Tod hinaus gibt es zudem auch organisatorische und psychologische Unterstützungsangebote.

3) Für das Personal

Informations- und Kommunikationswege werden etabliert, wodurch die Einsatzplanung und ablaufenden Prozesse verbessert werden können. Das Personal (Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger), das sich für sterbende Personen engagiert, wird fachlich unterstützt und erfährt Anerkennung.

4) Für das Management

Die Einführung des Deutschen Palliativsiegels wirkt sich gleichermaßen auf die interne Organisationskultur und -struktur sowie auch auf die Außendarstellung des Krankenhauses aus. Interne Abläufe und Zuständigkeiten werden verbindlich eingeführt, wodurch sich das

Arbeitsklima positiv verbessern sollte. Ferner wirkt sich die Auszeichnung mit dem Qualitätssiegel positiv auf das Image des Krankenhauses aus.

5) Für Kosten bzw. Versicherungsträger

Eine bestmögliche Versorgung ihrer Mitglieder zu garantieren, ist Anliegen und Auftrag der Krankenkassen.

6) Komplementäre Partner

Für ambulante Partner ist es nützlich zu wissen, wie die Betreuung Sterbender im Krankenhaus organisiert ist. Zwecks Einweisung von Patientinnen und Patienten aber auch für die Entwicklung integrierter Versorgungsangebote.

Kriterien und Bewertung

Der Kriterienkatalog des Deutschen Palliativsiegels beinhaltet ein Set aus 20 Kriterien, die kritisch für eine nachhaltig gelungene Gestaltung und Versorgung Sterbender und Schwerstkranker im Krankenhaus zu sehen sind. Die Prüfung umfasst organisatorische, psychosoziale, medizinische als auch pflegerische Gegenstände.

Tabelle 6 zeigt die Zuordnung der Kriterien nach Prüfbereichen. Tabelle 7 zeigt eine Übersicht

Prüfbereich	Anzahl der Kriterien
1. Organisation	4
2. Kooperation	2
3. Räumlichkeit	3
4. Angehörige	2
5. Information	2
6. Versorgung	5
7. Ressourcen / Risiken	2
Summe	20

der 20 Kriterien. Pro Kriterium können maximal 10 Punkte vergeben werden, sodass ein maximaler Score-Wert von 200 erreichbar ist. Obwohl alle Kriterien mit max. 10 Punkten die gleiche Gewichtung besitzen, können sich diese in der Errechnung des Gesamtscores kompensieren. Beim Kriterium 15

(systematische bzw. kontinuierliche Verbesserung der Betreuung von Sterbenden und Schwerstkranken) muss jedoch eine Mindestpunktzahl von 7 Punkten erreicht werden.

Für eine Auszeichnung mit dem Deutschen Palliativsiegel ist eine Gesamtpunktzahl von mehr als 149 Punkten notwendig. Bei mehr als 174 Punkten wird das Attribut „sehr gut“ vergeben.

Das Deutsche Palliativsiegel kann nur im Rahmen eines bereits bestehenden systematischen Qualitätsmanagements eingeführt werden. Das Siegel wird im Rahmen der Zertifizierung nach KTQ® vergeben. Ein gutes Qualitätsmanagement mit regelmäßigen Prüfungen aller Abläufe ist die Basis für die Einführung einer palliativ-freundlichen Kultur. Die Prüfung erfolgt durch einen unabhängig Dritten, dem KTQ-Visitor.

Tabelle 6 Das Deutsche Palliativsiegel und die Zuordnung nach Prüfbereichen

Prüfbereich	Anzahl der Kriterien
8. Organisation	4
9. Kooperation	2
10. Räumlichkeit	3
11. Angehörige	2
12. Information	2
13. Versorgung	5
14. Ressourcen / Risiken	2
Summe	20

Quelle: George (2015, S. 4)

Tabelle 7 Übersicht der Kriterien des Deutschen Palliativsiegels

Nr.	Kriterien	Bereich	Strukturqualität (S) Prozessqualität (P) Ergebnisqualität (E)
1	In den verwendeten Arbeits- und Pflegekonzepten (Standards, Leitlinien und Behandlungspfaden) wird die Betreuungsaufgabe Schwerstkranker und Sterbender berücksichtigt.	Organisation	S
2	In den durch den Träger verantworteten Ausbildungen, den beruflichen Fort- und Weiterbildungen und der Personalentwicklung wird die Betreuungsaufgabe Schwerstkranker und Sterbender berücksichtigt.	Organisation	S
3	Träger und Führungskräfte verstehen die Versorgung Sterbender als (Teil)-Auftrag der Einrichtung.	Organisation	S
4	Das Krankenhaus kooperiert strategisch mit zur Versorgung von Schwerstkranker und Sterbender ergänzenden Partnern.	Kooperation	SP
5	Das Krankenhaus kooperiert operativ mit anderen stationären, ergänzenden ambulanten und häuslichen Versorgungspartnern.	Kooperation	SP
6	Im Regelfall werden Einzelzimmer zur Betreuung von Sterbenden ermöglicht. Diese sind für die Bedürfnisse der letzten Lebensstage gestaltet.	Räumlichkeit	S
7	Es existiert eine Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige/Partner, eine entsprechende Kooperation mit einem Hotel o.ä.	Räumlichkeit	S
8	Patientenverfügungen sowie andere in Schriftform formulierte Willensniederlegungen werden erfasst und berücksichtigt.	Information	SP
9	Die Schmerz- und Symptomkontrolle des Sterbenden gelingt durch entsprechende Anamnese, Behandlung und Dokumentation.	Versorgung	SPE

10	Sterbende mit besondere Betreuungsbedarf (sozial, medizinisch (z.B. dementiell), ethisch-religiös-kulturell oder durch Lebensalter begründet) werden identifiziert und entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse betreut.	Versorgung	P
11	Angehörige und Familie des Schwerstkranken und Sterbenden werden aktiv in die Versorgung einbezogen.	Angehörige	SP
12	Maßnahmen der Diagnostik und Therapie finden nach Informationen und Beratung und unter Einbeziehung des Patienten und des Angehörigen statt. Diese werden im Sinne einer palliativen Versorgung durchgeführt.	Information	P
13	Komplementäre bzw. entlastende Verfahren der Medizin, Pflege, Pharmazie und anderer therapeutischer Ansätze werden ermöglicht bzw. angeboten.	Versorgung	SE
14	Seelsorgerische bzw. psychologische Entlastung und Begleitung werden ermöglicht bzw. angeboten.	Versorgung	SPE
15	Es existieren QM-Management- bzw. Führungsinstrumente, die in allen Bereichen zur Anwendung gebracht werden, unter deren Einsatz eine kontinuierliche und systematische Verbesserung der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbender ermöglicht wird.	Organisation	P
16	In der Versorgung der letzten Tage und Stunden wird Beistand ermöglicht, hilfreiche Partner und die Angehörigen werden aktiv eingebunden.	Versorgung	E
17	Es existiert ein speziell für die Abschiednahme gestalteter Ort bzw. Rahmen, wie diese im Zimmer des Verstorbenen durchgeführt wird.	Räumlichkeit	S
18	Es existieren Angebote für Angehörig, die diesen über den Tod des Patienten hinaus sowohl organisatorisch als auch psychosozial entlasten.	Angehörige	E

19	Existieren besondere Ressourcen, über welche das Krankenhaus verfügt und welche dem Betreuungsprozess von Schwerstkranken und Sterbenden förderlich sind und welche durch die bisherigen Kriterien nicht ausreichend erfasst werden.	Potentiale	SPE
20	Existieren bisher nicht bekannte Risiken, Defizite, Konflikte oder Problembereiche, welche einer guten Betreuung Schwerstkranken und Sterbenden entgegenstehen könnte?	Risiken	SPE

Quelle George (2015, S. 26)

5.4.1 Weitere Kriterien des deutschen Palliativsiegels

Der Vergleich des KTQ Kataloges mit den Anforderungen des Deutschen Palliativsiegels zeigt, dass das Qualitätssiegel mit seinen 20 Kriterien höhere Anforderungen als eine Zertifizierung nach KTQ (13 Kriterien) stellt. Beim Deutschen Palliativsiegel werden die Kriterien auch spezifischer formuliert. Die Inhalte sind präziser und lassen weniger Spielraum und Interpretation zu wie bei der Definition der KTQ Kriterien.

Spezifische Formulierung der Anforderungen im Deutschen Palliativsiegel

Beispiel 1: Der KTQ Katalog fordert die Planung um Umsetzung der Qualifikation und Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (siehe auch Tabelle 5). Das Deutsche Palliativsiegel gibt sich dazu wesentlich genauer. Kriterium 2 lautet folgendermaßen: In den durch den Träger verantworteten Ausbildungen, den beruflichen Fort- und Weiterbildungen und der Personalentwicklung wird die Betreuungsaufgabe Schwerstkranker und Sterbender berücksichtigt (siehe auch Tabelle 7).

Beispiel 2: Der KTQ Katalog fordert die Planung und Umsetzung der Einbeziehung der Angehörigen und des sozialen Umfeldes. Beim Deutschen Palliativsiegel heißt es hingegen: „Angehörige und Familie des Schwerstkranken und Sterbenden werden aktiv in die Versorgung einbezogen“ (Kriterium 11; siehe auch Tabelle 5). Weiters: „In der Versorgung der letzten Tage und Stunden wird Beistand ermöglicht, hilfreiche Partner und die Angehörigen werden aktiv eingebunden“ (Kriterium 16; siehe auch Tabelle 7).

Beispiel 3: Der KTQ Katalog fordert die Planung und Umsetzung der Berücksichtigung von Patientenverfügungen (siehe auch Tabelle 5). Das 8. Kriterium des Deutschen Palliativsiegels lautet hingegen konkret: „Patientenverfügungen sowie andere in Schriftform formulierte Willensniederlegungen werden erfasst und berücksichtigt“ (siehe auch Tabelle 7).

Strukturelle Verankerung & Bekenntnis des Managements & Einsatz von QM Methoden

Die Kriterien 1 und 3 und 15 (siehe auch Tabelle 7) werden im Vergleich zum KTQ Katalog zusätzlich aufgenommen. Sie beziehen sich auf den Bereich der Organisation und lauten folgendermaßen:

Kriterium 1: „In den verwendeten Arbeits- und Pflegekonzepten (Standards, Leitlinien und Behandlungspfaden) wird die Betreuungsaufgabe Schwerstkranker und Sterbender berücksichtigt.“

Kriterium 3: „Träger und Führungskräfte verstehen die Versorgung Sterbender als (Teil-)Auftrag der Einrichtung.“

Die beiden Anforderungen richten sich an das Management und die Führungsebene der Organisation. Das 1. Kriterium stellt sicher, dass die notwendigen Strukturen geschaffen werden, die den schwerstkranken und sterbenden Menschen eine entsprechende Versorgung erst ermöglichen. Standards, Leitlinien und Arbeitsabläufe müssen dahingehend angepasst werden. Der Träger der Einrichtung, das Management und die Führungsebene bekennen sich durch die Verankerung der Anforderungen in die Organisationsstruktur dazu und schaffen damit die Grundlage für die Umsetzung einer palliativ-freundlichen Versorgung. Das 3. Kriterium hingegen zielt direkt auf das Management und die Führungsebene ab. Es verdeutlicht, dass neben den strukturellen Rahmenbedingungen auch die Menschen selbst sich mit den Zielen und Werten der Einrichtung identifizieren müssen. Die Erstellung eines Leitbildes ist hinfällig, wenn die Inhalte nicht ernst genommen werden, in einer Schublade verschwinden und damit nicht gelebt und umgesetzt werden.

Das Kriterium 15 (siehe auch Tabelle 7) fordert den Einsatz von QM-Instrumenten zur systematischen Verbesserung der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden. Ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess (anhand des PDCA Zyklus) ist Teil eines gelungenen Qualitätsmanagements.

Verstärkte Kooperation mit ergänzenden Partnern

Strategische und auch operative Kooperationen mit anderen, ergänzenden Partnern werden in den Kriterien 4 und 5 (Tabelle 7) verlangt.

Ausgedehnte Versorgungsangebote

Die Kriterien 9, 10, 13,14 und 16 (Tabelle 7) beziehen sich auf den Versorgungsbereich. Das Deutsche Palliativsiegel gibt im Gegensatz zum KTQ Katalog genauere Angaben zur Versorgung von sterbenden Patientinnen und Patienten. Schmerztherapie sowie komplementär medizinische bzw. pflegerische Maßnahmen werden angeboten. Seelsorglicher Beistand und Entlastung in den letzten Stunden werden ermöglicht.

Information, Beratung und Einbindung der Patientinnen und Patienten

Patientenverfügungen und andere Willenserklärungen werden berücksichtigt. Maßnahmen der Diagnostik und Therapie finden nach Informationen und Beratung und unter Einbeziehung der Patientin / des Patienten und ihrer / seiner Angehörigen statt. Diese werden im Sinne einer palliativen Versorgung durchgeführt (siehe Kriterium 8 und 12, Tabelle 7).

Zusätzliche Angebote für Angehörige

Es existieren Angebote für Angehörige, die diesen über den Tod der Patientin / des Patienten hinaus sowohl organisatorisch als auch psychosozial entlasten (siehe Tabelle 7, Kriterium 18).

Potentiale und Risiken

Die Kriterien 19 und 20 werden als offener Prüfbereich klassifiziert. Sie ermitteln besondere Kompetenzen, Leistungen oder Potenziale (Kriterium 19) bzw. besondere Risiken, Schwächen und Defizite (Kriterium 20) der Einrichtung (siehe Tabelle 7).

6 Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion

Die vorliegende Arbeit analysiert die drei QM-Systeme ISO 9001:2015, JCI und KTQ nach ethischen Aspekten im Allgemeinen und zum Thema „Sterben und Tod“ im Speziellen. Es fällt auf, dass die ISO 9001:20015 Norm, auf Grund ihrer allgemeinen Beschreibungen, keine ethischen Anhaltspunkte liefert. Sie ist branchenunspezifisch und auf alle Organisationen anwendbar (unabhängig von Art, Größe, Produkte/Dienstleistungen). Nachdem sie nicht allein auf das Gesundheitswesen ausgerichtet ist und keine ethischen Anhaltspunkte liefert, lässt sich auch das Thema „Sterben und Tod“ in den einzelnen Kapiteln nicht finden. Dennoch haben in Österreich eine Reihe an Krankenhäusern zumindest in Teilbereichen das ISO Qualitätsmanagement Modell implementiert (

Abbildung 1). Unter anderem weil die ISO 9000ff Normreihe weltweit am stärksten verbreitet und bekannt ist. Um die Anforderungen an das Unternehmen zu prüfen, muss man den allgemeinen Normtext für das jeweilige Unternehmen übersetzen. Das ist allerdings nicht immer leicht und kann zu Interpretationsschwierigkeiten führen. Der Pauschaltext der ISO 9001:2015 gibt daher nur sehr wenig Orientierungshilfe und bietet kaum Unterstützung, um ethische Handlungen im Krankenhaus zu implementieren. Es obliegt dem Management die Anforderungen der ISO 9001:2015 zu interpretieren und dann für

die eigene Organisation umzusetzen. Aber auch die Auditoren tun sich bei einer Prüfung der Umsetzung der Normanforderungen schwer. Denn wenn die Anforderungen nicht deutlich definiert sind, kann deren Umsetzung auch nicht exakt geprüft werden. Vergleiche lassen sich auch kaum anstellen, da Krankenhäuser, die zwar nach der ISO 9001:2015 zertifiziert wurden, nicht unbedingt dieselben Anforderungen erfüllen und Maßnahmen treffen.

Bei JCI hingegen, gibt es im Kapitel GLD dezidierte Vorgaben. Hier sind die drei Kapitel GLD 8 (Clinic Staff Organization and Accountabilities) und GLD 12 (Organizational and Clinical Ethics) und GLD 16 (Clinical Studies) hervorzuheben. Sie verweisen auf ethische Handlungen und der Verantwortung der Leitung gegenüber den Patientinnen und Patienten. Die Leitung wird auch für das ethische Handeln der Berufsgruppen verantwortlich gemacht (GLD8). Klinische wie auch organisationsbezogene ethische Vorgaben werden unter GLD 12 genannt. GLD16 fokussiert auf die Anforderungen bei klinischen Studien. Explizite Vorgaben zur Versorgung und Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden gibt es allerdings auch hier nicht.

Noch konkreter werden die Vorgaben im KTQ-Katalog. Die Kategorie 5 „Unternehmensführung“ mit der Subkategorie 5.1 „Unternehmensphilosophie und -kultur“ befasst sich mit der ethischen, kulturellen und religiösen Verantwortung der Geschäftsleitung. Vor allem aber wird das Thema „Sterben und Tod“ im Vergleich zu den beiden anderen QM-Modellen ISO 9000ff und JCI, explizit im KTQ-Katalog, in der Kategorie 1 „Patientinnen- und Patientenorientierung“ mit der Subkategorie 1.6 „Sterben und Tod“ erwähnt. Erst dadurch wird

es ermöglichen, sich strukturiert mit der Situation sterbender Patientinnen und Patienten und bereits Verstorbener auseinanderzusetzen. U.a. werden Fragen zu Themen wie Sterbebegleitung, Patientenverfügungen, den Umgang und die Einbeziehung von Angehörigen, Berücksichtigung von kulturellen und religiösen Wünschen, Konzepte zur Versorgung Verstorbener, angemessene Räumlichkeiten und der Qualifikation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestellt. Durch die genauen Formulierungen gibt es weniger Interpretationsspielraum, was bei der Planung (PLAN), Umsetzung (DO), Kontrolle (CHECK) und Verbesserung (ACT) der jeweiligen Maßnahmen von Vorteil ist. Der KTQ Katalog unterstützt jene Berufsgruppen, die eng im Sterbeprozess verbunden sind und ermöglicht es, den Umgang mit Patientinnen und Patienten respektvoll und individuell zu gestalten. In Folge wurde untersucht, welche weiteren ethischen Kriterien das Deutsche Palliativsiegel einbringt und welches an KTQ-zertifizierte Krankenhäuser vergeben werden kann.

Eine umfassende Recherche zeigte, dass der Katalog des Deutschen Palliativsiegels aus 20 Kriterien besteht, die sich für eine nachhaltig gelungene Versorgung Sterbender und Schwerstkranker im Krankenhaus einsetzen. Das Qualitätssiegel wurde speziell für diese Anforderung entwickelt und resultiert aus den Ergebnissen der Gießener Studien zu den Sterbebedingungen im Krankenhaus (siehe Kapitel 4.4 Ergebnisse der Gießener Studie zu den Sterbebedingungen). Krankenhäuser, die sich um das Zertifikat des Deutschen Palliativsiegels bemühen, müssen mehr Maßnahmen für eine palliativ freundliche Kultur umsetzen als es der KTQ Katalog mit dem Subkapitel „Sterben und Tod“ fordert. Die Anforderungen des Deutschen Palliativsiegels sind präziser und zielen auf die 8 Bereiche: Organisation, Kooperation, Information, Angehörige, Versorgung, Räumlichkeit, Potentiale und Risiken ab. Es hat einen ganzheitlichen Ansatz und stiftet für alle Beteiligten einen Nutzen, der in dieser Form und in dem Ausmaß mit anderen QM Systemen (ISO:9901, JCI und KTQ) nicht vergleichbar ist.

Literaturverzeichnis

Austrian Standards Institute. (2015). *Qualitätsmanagementsysteme - Anforderungen (ISO 9001:2015)* (S. 46).

Das KTQ Modell. Online: http://www.ktq.de/fileadmin/media/info/3021307_KTQ-Risikomanagement_a.pdf [Abruf am 30.11.2016]

Domittner, B., & Geißler, W. (2013). *Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern* (S. 89).

Online:

http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/9/8/CH1330/CMS1396448621605/qualitaetssysteme_in_akutkrankenhaeusern.pdf [Abruf am 20.11.2016]

Freilinger, F. (2009). Das institutionalisierte Sterben - Springer Professional Media, Bereich Medizin. *Ärzte Woche*, 44. Online: <http://www.springermedizin.at/artikel/13478-das-institutionalisierte-sterben> [Abruf am 20.11.2016]

George, W. (2015). *Kriterienkatalog und Handlungsweisung für Krankenhäuser (Kundenfassung). Deutsches Palliativsiegel* (S. 84). Gießen: Medizinisches Seminar George.

George, W., Dommer, E., & Szymczak, V. (Eds.). (2013). Ergebnisse der Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in deutschen Krankenhäusern. *Sterben im Krankenhaus* (Originalausgabe, S. 67–101). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Goebel, S., Jors, K., & Becker, G. (2013). Wandel des Sterbens im Krankenhaus: Besser sterben auf Palliativstationen? *Sterben im Krankenhaus* (S. 45–50). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Gruß, M., & Weigand, M. A. (2013). Intensivstation - Sterbeprozess und medizinische Versorgung. In *Sterben im Krankenhaus* (S. 51–57). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Hospiz Österreich. (2003). *Die letzten Schritte des Weges. Ansichten. Aussichten. Einsichten. Hospiz- und Palliativbetreuung in Österreich*. Online:

http://www.hospiz.at/pdf_dl/Die_letzten_Schritte_des_Weges.pdf [Abruf am 36.11.2016]

Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. (2014). Joint

Commission International. Online:

<https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf> [Abruf am 16.11.2016]

KTQ Katalog Krankenhaus. (2015) *Kriterien aus dem KTQ Katalog 2015* (S.55).

Peltari, L., Pissarek, A., & Zottele, P. (2016). *Hospiz- und Palliative Care in Österreich 2015* (S. 24). Wien: Hospiz Österreich. Online:

http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2015.pdf [Abruf am 5.11.2016]

Steinbrucker, S. (2011). Qualitätsmanagementsysteme sind Pflichtprogramm: die Kliniken

haben die Wahl: Ein Vergleich der QM-Systeme DIN EN ISO 9000 ff, KTQ® und

EFQM. *Der Radiologe*, 51(10), 835–843. <https://doi.org/10.1007/s00117-011-2160-8>

WEKA Verlag GmbH. Online:

https://www.weka.at/var/weka/storage/images/media/bilder/g1/10654273-1-ger-DE/G1_gross_rgb.jpg [Abruf am 30.11.2016]

World Health Organization (Ed.). (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines* (2nd ed). Geneva: World Health Organization.

Online-Quellen

http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsentwicklung_im_oesterreichischen_Gesundheitswesen [Abruf am 10.11.2016]

<http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de> [Abruf am 10.12.2016]

http://www.dhpv.de/service_forschung_detail/items/2012-08-20_Wissen-und-Einstellungen-zum-Sterben.html [Abruf am 05.12.2016]

<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/gesundheitswesen/qualitaet#headline11/> [Abruf am 12.11.2016]

<http://www.iso.org/iso/home.htm> [Abruf am 05.10.2016]

<http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Austria&a=Hospital%20Program> [Abruf am 20.11.2016]

<http://www.jointcommissioninternational.org/> [Abruf am 20.11.2016]

<http://www.ktq.de/> [Abruf am 05.10.2016]

http://www.ktq.de/fileadmin/media/info/3021307_KTQ-Risikomanagement_a.pdf [Abruf am 05.10.2016]

<http://kirsch-managementsysteme.de/blog/2014/10/31/grundsaeetze-des-qualitaetsmanagements-iso-9001-2015/> [Abruf am 10.11.2016]

<http://palliativsiegel.de> [Abruf am 12.10.2016]

<http://statcube.at> [Abruf am 03.11.2016]

<https://www.tuv-akademie.at/seminarunterlagen/normen-update-iso-90012015.html> [Abruf am 06.11.2016]

http://www.weka.at/var/weka/storage/images/media/bilder/g1/10654273-1-ger-DE/G1_gross_rgb.jpg [Abruf am 06.11.2016]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Qualitätsmodelle implementiert und geplant	9
Abbildung 2 Implementierung bzw. Planung von Qualitätsmodellen für das gesamte Haus ...	9
Abbildung 3 Modell der ISO 9001:2015.....	13
Abbildung 4 KTQ Modell	16
Abbildung 5 Sterbeorte in Österreich 2014.....	22
Abbildung 6 Anzahl der Hospiz- und Palliativeinrichtungen	24

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Die zehn Kapitel der ISO 9001:2015	12
Tabelle 2 Kategorien und Subkategorien des KTQ-Katalogs, Version 2015	17
Tabelle 3 Übersicht der JCI Akkreditierungsstandards für JCI.	19
Tabelle 4 Unterteilung des JCI Bereiches Steuerung, Führung und Leitung.....	30
Tabelle 5 Kriterien der Subkategorie Sterben und Tod des KTQ Katalogs 2015.....	31
Tabelle 6 Das Deutsche Palliativsiegel und die Zuordnung nach Prüfbereichen.....	35
Tabelle 7 Übersicht der Kriterien des Deutschen Palliativsiegels	36

Abkürzungsverzeichnis

DIN	Deutsches Institut für Normierung
EFQM	European Foundation for Quality Management
EN	Europäische Norm
GLD	Governance, Leadership and Direction
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflege Gesetz
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
ISO	International Organization for Standardization
JCI	Joint Commission International
KAKuG	Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
PDCA	Plan, Do, Check, Act
QM	Qualitätsmanagement
QMP	Quality Management Principles