

**Wirkung und Konsequenzen
der Einführung des Deutschen Palliativsiegels®
im a. ö. Krankenhaus Oberwart.**

Bachelorarbeit

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Maria Batthyány-Strattmann

Matrikelnummer: 1410759001

Begutachterin: Dr.ⁱⁿ Esther Thaler

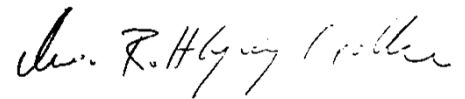
Wien, 28. Mai 2017

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.

28. Mai 2017

Unterschrift

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Dr. R. H. G. Müller". The signature is written in a cursive style with some loops and flourishes.

Abstract

Im April 2015, wurde dem Krankenhaus Oberwart das Deutsche Palliativsiegel verliehen. Im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung wurde gezeigt, dass dieses über eine hervorragende Qualität in der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden verfügt (<http://www.krages.at>, 10.02.2017). Meine Bachelorarbeit geht nun der Frage nach, inwieweit die Kriterien des Deutschen Palliativsiegels den Anforderungen - der Verbesserung der Versorgungskultur und -praxis bei Sterbenden - gerecht werden. Dafür wurden Interviews mit Führungskräften sowie mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorgenommen. Die Wirkung und die Konsequenzen der Einführung des Deutschen Palliativsiegels® im Krankenhaus Oberwart sollen untersucht werden.

Schlüsselbegriffe: Sterben im Krankenhaus, KTQ, Deutsche Palliativsiegel

Abstract

In April 2015 the hospital Oberwart has been presented with the „Deutsche Palliative Siegel“. As part of a KTQ certification it was made visible that this institution is characterized by excellence and high quality in the care and support of nurses and the dying. (<http://www.krages.at>, 10.02.2017). My bachelor thesis examines the question, as to what extent and degree the criteria of the „Deutsche Palliative Siegel“ satisfy and meet requirements - improvement of the “supply and care culture” and - practice for the dying. For this purpose, interviews with hospital management as well as other members of staff were conducted. The effect and consequences of the introduction of the „Deutsche Palliative Siegel“ in the hospital Oberwart were examined.

Key-terms: dying in hospitals, KTQ, „Deutsche Palliativsiegel“

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	Problemstellung	5
1.2	Zielsetzung und Forschungsfragen	6
1.3	Aufbau der Arbeit	6
2	KTQ® als Qualitätsmanagementsystem in Krankenhäusern	6
2.1	Das Deutsche Palliativsiegel.....	7
3	Untersuchungsmethodik	7
3.1	Untersuchungsplanung	7
3.2	Untersuchungsdesign	8
3.3	Aufbau der Fragebögen	8
3.4	Ablauf und Durchführung der Untersuchung	9
4	Ergebnisse und Interpretation	9
4.1	Sterbeort im Krankenhaus	15
4.2	Eingeführte Maßnahmen für Schwerstkranke und Sterbende	15
4.3	Gesamtbeschreibung der Interviews	21
4.3.1	Vergleich der Interviews ÄD, PD, KD und QM	21
4.3.2	Interview mit der Leitung der Seelsorge	27
4.3.3	Interview mit der Leitung der Geburtsstation.....	29
4.3.4	Interview mit der Stationsleitung der Onkologie und Palliativstation.....	32
4.3.5	Interview mit dem Oberarzt der Intensivstation	35
5	Diskussion und Fazit	39
6	Ausblick	42
7	Anhang	44
7.1	Einverständniserklärung	44
7.2	Fragebögen	45
	Literaturverzeichnis	51
	Abbildungsverzeichnis	52
	Tabellenverzeichnis	52

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Über 400.000 Menschen sterben jährlich in Deutschlands Krankenhäusern. Als Sterbeorte werden neben der Palliativstation auch andere Versorgungsbereiche wie z.B. die internen Abteilungen, oder die Intensivstationen genannt. Deutsche Studien zu den Sterbebedingungen in den Krankenhäusern, den stationären Pflegeeinrichtungen und den Hospizen zeigten, 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).

Aus diesen aktuellen Umständen wurde das „Deutsche Palliativsiegel®“ entwickelt, das Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen Betreuungsqualität für Schwerstkranke und Sterbende bescheinigt und diese fördert. Der Erwerb des Siegels, der an die KTQ-Zertifizierung gebunden ist, soll nicht nur die Versorgungsqualität des sterbenden Menschen verbessern helfen, sondern auch die Krankenhäuser und Pflegeheime dahingehend unterstützen, dass sich diese als mitmenschlich zugewandte Dienstleistungsunternehmen ihrer Region zeigen (<https://www.transmit.de>, 10.2.2017.) Die Auszeichnung mit dem Qualitätssiegel ist sowohl für das externe als auch das interne Image eines Krankenhauses von Vorteil.

Vor etwa zwei Jahren, im April 2015, wurde dem Krankenhaus Oberwart das Deutsche Palliativsiegel verliehen. Im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung konnte die Einrichtung nachweisen, dass diese über eine hervorragende Qualität in der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden verfügt (<http://www.krages.at>, 10.02.2017).

Meine Bachelorarbeit geht nun der Frage nach, inwieweit die Kriterien des Deutschen Palliativsiegels den Anforderungen - der Verbesserung der Versorgungskultur und -praxis bei Sterbenden – gerecht werden. Dafür sind Interviews mit Führungskräften sowie mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorgesehen. Die Wirkung und die Konsequenzen der Einführung des Deutschen Palliativsiegels® im Krankenhaus Oberwart sollen untersucht werden.

1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen

Ziel ist, die Forschungsfragen mit Hilfe einer empirischen Erhebung (qualitative Interviews mit Führungskräften sowie mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) im Krankenhaus Oberwart zu beantworten.

- Inwieweit werden die Kriterien des Deutschen Palliativsiegels den Anforderungen - der Verbesserung der Versorgungskultur und -praxis bei Sterbenden – gerecht.
- Was hat sich aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seit der Einführung des Deutschen Palliativsiegels bei der Versorgung Sterbender und Schwerstkranker geändert?
- Welche Vor- bzw. Nachteile für Patientinnen und Patienten sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben sich seit Einführung des deutschen Palliativsieges im Krankenhaus ergeben?

1.3 Aufbau der Arbeit

Seit ziemlich genau zwei Jahren, im April 2015, haben zwei Österreichische Krankenhäuser als erste weltweit das Deutsche Palliativsiegel® im Rahmen der KTQ Zertifizierung erhalten. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Wirkung und den Konsequenzen der Einführung des Deutschen Palliativsiegels in einem der Krankenhäuser.

Die Arbeit umreißt zu Beginn die Eckpunkte bei einer Krankenhaus-Zertifizierung nach KTQ und geht dann auf die Anforderungen des Deutschen Palliativsiegels ein. Im Weiteren wird - um die Fragestellung zu beantworten – die durchgeführte empirische Studie näher beschrieben. Dafür werden Untersuchungsmethodik, Planung und Design der Untersuchung, sowie Aufbau der Fragebögen erläutert. Der Hauptteil der Arbeit konzentriert sich auf die Ergebnisse sowie die Interpretation davon. Zuletzt gibt es ein Fazit und einen Ausblick in die Zukunft.

2 KTQ® als Qualitätsmanagementsystem in Krankenhäusern

Einrichtungen des Gesundheitswesens sind gesetzlich verpflichtet, ein QM-System aufzubauen und weiterzuentwickeln. Welches Verfahren dazu angewendet wird, bleibt den Einrichtungen selbst überlassen. Welches Modell also 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 (Steinbrucker, 2011, S. 835).

Das **KTQ-Verfahren** ist besonders dafür geeignet dieser gesetzlichen Verpflichtung zu entsprechen, da das KTQ-Verfahren das einzige ist, das speziell von Praktikerinnen und Praktikern aus Krankenhäusern für den Einsatz in Krankenhäusern entwickelt wurde. Es ist im deutschsprachigen Raum führend und erlaubt noch am ehesten den Vergleich zwischen verschiedenen Krankenhäusern. Es gibt rund 435 zertifizierte Häuser im deutschsprachigen Raum, 20 davon in Österreich (siehe Batthyány-Strattmann, 2017, S. 8). Ziel einer KTQ-Zertifizierung ist stets die Optimierung von Prozessen innerhalb der Patientenversorgung.

2.1 Das Deutsche Palliativsiegel

Ziel des Deutschen Palliativsiegels ist, die Versorgungsqualität von Sterbenden und Schwerstkranken entlang reproduzierbarer Kriterien zu bewerten und Krankenhäuser auszuzeichnen, welche diese in gutem bzw. sehr gutem Ausmaß erfüllen. Jede medizinische, pflegerische bzw. therapeutische Maßnahme muss auf die Symptomfreiheit und die Erhaltung der Lebensqualität ausgerichtet sein. Angehörige Schwerstkranker und Sterbender werden in die umfassende Begleitung miteinbezogen. Das Siegel bescheinigt, dass interne Zuständigkeiten und Abläufe verbindlich reguliert werden (siehe Batthyány-Strattmann, 2017, S. 33f).

3 Untersuchungsmethodik

3.1 Untersuchungsplanung

Fokus der Untersuchung ist das Krankenhaus Oberwart, das nach KTQ qualifiziert wurde und die Auszeichnung des Deutschen Palliativsiegels besitzt. Im Zuge der Untersuchungsplanung wurden Interviews mit folgenden Berufsgruppen/Abteilungen vereinbart (Abkürzungen daneben angeführt):

- Direktorin für Qualitätsmanagement: QM
- Ärztlicher Direktor: ÄD
- Pflegedirektor: PD
- Kaufmännischer Direktor KD
- Leitung der Seelsorge: S
- Stationsleitung der Geburtshilfe: GST
- Abteilungsleiter der Intensivstation: IST
- Stationsleitung der Onkologie und Palliativstation: PST

Ein Besuch des Krankenhauses mit Besichtigung der Räumlichkeiten (Geburtenstation, klinische Pathologie, Onkologie- und Palliativstation, medizinisch-chemische Labordiagnostik, die Dialysestation, sowie die Kapelle) wurde organisiert. Ausgewählte Experten (ÄD, PD, KD, S, GST, IST und PST) wurden interviewt. Die empirische Erhebung im Krankenhaus wurde im Zeitraum von zwei Tagen, vom 06.03.2017 – 07.03.2017 durchgeführt. Die Befragung der Direktorin für das Qualitätsmanagement (QM) des Krankenhauses fand am 23.03.2017 in Eisenstadt statt.

3.2 Untersuchungsdesign

Für die Befragung wurden einerseits die Verantwortlichen der Kollegialen Führung - Ärztlicher Direktor (ÄP), Pflegedirektor (PD), Kaufmännischer Direktor (KD) - und die übergeordnet zuständige Direktorin für das Qualitätsmanagement (QM) des Krankenhausträgers ausgewählt, andererseits aber auch Führungskräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den spezifischen Abteilungen - Leitung der Geburtenstation (GST), Stationsleitung der Onkologie und Palliativstation (PST), Abteilungsleiter der Intensivstation (IST) und die Leitung der Seelsorge (S). Innerhalb dieser Studie wurden acht qualitative Interviews geführt. Die breite Aufstellung der Interviewpartner - sowohl aus den Reihen der Krankenhausverantwortlichen und des Qualitätsmanagements, als auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der einzelnen Abteilungen - wurde bewusst gewählt, um die Fragestellungen bzgl. der Einführung und der Konsequenzen des Deutschen Palliativsiegels aus diversen Sichtweisen zu erörtern. Es sind dies also einerseits jene Experten, die das Qualitätsmanagementsystem KTQ und das Deutsche Palliativsiegel angestrebt und eingeführt haben und nun die Verantwortung dafür tragen, und andererseits die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit den damit verbundenen Anforderungen im Alltag zurechtkommen und damit arbeiten müssen.

Eine Einverständniserklärung der Interviewpartner das Interview aufzunehmen und die Daten im Rahmen der Bachelorarbeit auszuwerten wurde vorab eingeholt. Sie dazu auch Anhang 1.

3.3 Aufbau der Fragebögen

In Zuge der Vorbereitungsarbeiten wurden insgesamt acht Interviewleitfäden erstellt (siehe Anhang 7.2). Fragen zum Ablauf der KTQ Zertifizierung, zum Erhalt des Deutschen Palliativsiegels, sowie zu den Erwartungen, den umgesetzten Maßnahmen und Konsequenzen daraus wurden gestellt. Einige der Fragestellungen wurden nur der kollegialen Führung bzw. dem Qualitätsmanagement gestellt. Andere Fragen wiederum wurden nur an die Experten der betreffenden Abteilung gerichtet (siehe Anhang 7.2).

3.4 Ablauf und Durchführung der Untersuchung

Die Auswertung der qualitativen Interviews erfolgte anhand der Themenanalyse von Froschauer und Lueger (2003). Bei dieser Form der Auswertung von Gesprächen ist das vorrangige Ziel einen Überblick über Themen zu erhalten, diese in Kernaussagen zusammenfassen und den Kontext zu erkunden (Froschauer und Lueger, 2003 S. 158). Weiteres werden charakteristische Elemente der Themen herausgearbeitet, um die Unterschiede in einem oder verschiedenen Themen sichtbar zu machen (Froschauer und Lueger, 2003 S. 159).

4 Ergebnisse und Interpretation

Tabelle 1 zeigt die aus den Interviews ausgearbeiteten Themen; Tabelle 2 die Maßnahmen, die im Zuge der KTQ Zertifizierung und der Verleihung des Deutschen Palliativsiegels eingeführt, bzw. erweitert wurden.

Tabelle 1 Themenausarbeitung der Interviews

Interviewpartner	ÄD	PD	KD	QM	S	GST	PST	IST
Themen								
Einführung KTQ und Deutsches Palliativsiegel								
KTQ entspricht der mitteleuropäischen Kultur	x		x	x				
Palliativsiegel für das gesamte Haus				x	x		x	
Zeitdruck				x			x	
Vorteile								
Vergleichbar			x	x				
Interne Prozesse		x		x				
Qualitätszeichen	x			x				x
Hinderliche und förderliche Faktoren								
Engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	x	x	x	x		x	x	
Kritische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. Berufsgruppen	x	x	x	x				
Räumliche Gegebenheiten	x							
Vorarbeit	x			x				
Transparenz		x						
Erwartungen								
Transparenz der Leistungen		x			x			
Rezertifizierung	x	x	x	x	x			
Sicherheit für Patientinnen und Patienten / Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	x	x						
Verbesserungen								
Kommunikation hierarchisch	x							
Überzeugungsarbeit				x				

Interviewpartner	ÄD	PD	KD	QM	S	GST	PST	IST
Themen								
Kommunikation stärken		x				x	x	
Weiterbildung der Berufsgruppen (Mediziner)				x				
Durchdringung		x		x				x
Stetige Verbesserung der Abläufe		x					x	
Evaluierungsphase (bzgl. Dokumentation)			x					
QM-Kernteam			x					
Fehlermanagement				x				
Räumliche Situation						x		
Konsiliarärztin bzw. -arzt							x	
Nachteile								
Kritische Stimmen bzgl. Mehraufwand (Dokumentationsarbeit) bzw. der Anzahl der Leit- und Richtlinien	x	x	x	x				x
Durchdringung		x		x				
Lessons Learned								
Durchdringung notwendig		x		x			x	
Kritik bzgl. der Zertifizierung - Zeitmangel	x						x	
Kritik bzgl. der Einführung des Deutschen Palliativsiegels		x	x				x	
Auswirkungen hinsichtlich Organisationskultur								
Einhaltung des Dienstweges	x							
Wertschätzung und Vertrauen		x		x				
Umgang mit Qualität			x	x				
Stolz	x			x		x		

Interviewpartner	ÄD	PD	KD	QM	S	GST	PST	IST
Themen								
Auswirkungen für Sterbende und Schwerstkranke								
Achtsamkeit	x					x		
Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen		x						
Eigendynamik				x			x	
Zeit für Patientinnen und Patienten		x				x		
Sensibilität für den Menschen		x			x	x		
Seelsorge auf der Intensivstation					x			
Therapiezieländerungen								x
Auseinandersetzung mit dem Patientenwillen							x	x
Großzügige Besuchsmöglichkeiten								x
Kritik an mangelnder Palliativmedizin im niedergelassenen Bereich								x
Seelsorge als Teil des KH			x		x			
Patientinnen und Patientenzufriedenheit / Mitarbeiterinnen und Mitarbeiterzufriedenheit	x		x	x				
Kosten der Zertifizierung			x					
Leitbild				x				

Tabelle 2 Maßnahmen der KTQ Zertifizierung und der Einführung des Deutschen Palliativsiegels nach Interviewpartner

Interviewpartner	ÄD	PD	KD	QM	S	GST	PST	IST
Maßnahmen								
Transferchecklisten		x						
Vorbereitungen im Bereich Sterbebegleitung		x						
Ablauf im Verabschieden von Patientinnen und Patienten		x	x		x		x	
Adaptierung des Verabschiedungsraumes	x	x	x	x			x	
Implementierung des Ethikkodexes, Ethikkomitee	x	x		x				
Türschilder „Bitte nicht stören“		x			x	x		
Maßnahmen bei einer stillen Geburt		x				x		
Ökumenische Gottesdienste für alle Verstorbenen (nicht nur für Palliativpatientinnen und Patienten)	x	x		x	x			
Ansprechpartner für andere Konfessionen		x		x	x			
Leitlinien	x			x		x	x	x
Ausbildung	x		x					
Patientenverfügung	x		x					x
Verabschiedungstücher	x			x	x	x	x	
Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige	x		x				x	x
Andere Partner	x							
Komplementärmedizin	x							
Trauerboxen					x	x	x	
Neue Ideen: Segnung für Frühgeborene und Neugeborene								
Selbsthilfegruppen			x					
Offener Zugang der Seelsorge			x					x
Kondolenzbuch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter				x	x			
Bestattungen						x		
Trauerbuch						x		

Interviewpartner	ÄD	PD	KD	QM	S	GST	PST	IST
Maßnahmen								
Nottaufe						X		
Trauermappe für Patientinnen						X		
Palliativmedizin bzw. -Care							X	X

4.1 Sterbeort im Krankenhaus

Tabelle 3 zeigt den Bereich der im Krankenhaus verstorbenen Patientinnen und Patienten im Jahr 2015. Der größte Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten ist auf der Palliativstation verstorben. Dennoch macht das nur 22% aller Verstorbenen im Jahr 2015 aus. Ein großer Anteil kommt aus den Bereichen Interne III (17%) und Interne IV (12%), gefolgt von der Intensivstation mit 16%. Die Tabelle zeigt, dass auf allen Stationen Sterbefälle auftreten, nicht nur auf der Palliativstation. Dementsprechend ist auch das Deutsche Palliativsiegel zu verstehen, dass es sich nämlich nicht allein auf die Palliativstation bezieht, sondern dem gesamten Krankenhaus für seine hervorragenden Leistungen gegenüber schwerstkranker und sterbender Menschen verliehen wurde.

Tabelle 3 Anzahl der Verstorbenen im Jahr 2015 im Krankenhaus Oberwart nach Bereichen

Bereich	Anzahl der verstorbenen Patientinnen und Patienten	%
Care	26	7
Onkologie	14	4
Palliativ	76	22
Int. III	59	17
Int. IV	40	12
Neuro. Bet.	25	7
Neuro Stroke A, B, C	22	6
Chirurgie	9	3
Unfall I	3	1
Unfall II	4	1
Uro-Chi	7	2
Intensiv	56	16
Aufnahmestation	6	2
Gesamt	347	100

Quelle: Krankenhaus Oberwart

4.2 Eingeführte Maßnahmen für Schwerstkranke und Sterbende

Im Rahmen KTQ Zertifizierung und der Verleihung des Deutschen Palliativsiegels wurden einige Maßnahmen umgesetzt. Folgende sind zu erwähnen:

Räumliche Adaption des Verabschiedungsraumes in der Pathologie

Der Verabschiedungsraum in der Pathologie wurde weitgehend umgebaut, sodass nun eine würdige Verabschiedung von verstorbenen Angehörigen möglich ist. Ein Schrank mit diversen Utensilien (Ein Kreuz zum Aufstellen, Kerzen, Blumen und spirituelle Verabschiedungstexte) sind vorhanden. Stimmige Bilder geben dem Raum Atmosphäre und lassen ihn freundlich

wirken. Auf religiöse Motive an den Wänden wurde absichtlich verzichtet, sodass alle Konfessionen gleichermaßen angesprochen sind.



Abbildung 1 Der neu adaptierte Raum in der Pathologie. Links: Schrank mit diversem Zubehör für Verabschiedungsfeiern. Rechts: Vorlagen für Verabschiedungsrituale.

Verabschiedungsboxen (Trauerboxen) auf den Stationen

Verabschiedungsboxen werden nicht nur auf der Pathologie, sondern auch auf allen anderen betroffenen Stationen (Geburtenstation, Intensivstation, usw.) vorgehalten. Sie beinhalten - wie oben erwähnt - spirituelle Texte und weitere Utensilien (Kreuz, Engelfiguren, Kerzen etc.) für würdige Verabschiedungsrituale. Die Texte sind so gestaltet, dass im Prinzip alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses (nicht nur die Seelsorge) die Verabschiedung, falls erwünscht, vorbereiten und leiten können.



Abbildung 2 Links oben: Trauerbox auf der Geburtenstation. Links unten: Spruch mit kleiner Brosche (Fußabdruck) für die Eltern. Rechts: Vorlage eines Verabschiedungsrituals.



Abbildung 3 Vorbereitung einer Verabschiedungsfeier auf der Palliativstation.

Verabschiedungstücher

In Zusammenarbeit mit Künstlern, Spitalsmitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Schülerinnen und Schülern sowie der Seelsorge wurden Verabschiedungstücher entworfen, die zum Abdecken der Verstorbenen dienen. Teilweise sind christliche Motive abgebildet, es gibt aber auch

neutrale Tücher. Diese Tücher haben bei den Pflegekräften Gefallen gefunden, denen der Transport der Verstorbenen nun leichter fällt.



Abbildung 4 Verabschiedungstuch für „Stillgeburten“ der Selbsthilfegruppe Regenbogen.

Bestattungsmöglichkeiten für Früh- und Spätaborte sowie Totgeburten

Es wurde die Möglichkeit geschaffen, auch Früh- und Spätaborte nach der Einäscherung in einem Sammelgrab zu bestatten.

Ökumenische Gottesdienste

Es finden regelmäßige ökumenische Verabschiedungsgottesdienste für verstorbene Patientinnen und Patienten statt. Während ursprünglich das Angebot nur an die Palliativstation gerichtet war, werden mittlerweile auch für Verstorbene aller Stationen Messfeiern abgehalten. Auch Patientinnen der Gynäkologie mit einem Abort oder einer Totgeburt werden zu Gottesdiensten eingeladen. Ein **Trauerbuch** mit den Kontaktdaten der betroffenen Patientinnen stellt sicher, dass diese auf Wunsch angeschrieben und informiert werden können. Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses nehmen an den Gedenkfeiern teil.

Kondolenzbuch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Für verstorbene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses hat die Seelsorge in der Kapelle ein Trauerbuch aufgelegt. Angehörige, Kolleginnen und Kollegen können sich darin eintragen und so der/dem Verstorbenen gedenken.

Kreuzweg in der Krankenhauskapelle

In der Hauskapelle befindet sich ein von einem Künstler modern gestalteter Kreuzweg. Patientinnen und Patienten, sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind eingeladen, ihre

Bitten, Schmerzen, oder auch ihre Danksagung dort abzugeben. Auf kleinen „Post-its“ kann man seine Empfindungen niederschreiben und an eine gewünschte Position der Kreuzwegbilder legen oder auf das Glas kleben.



Abbildung 5 Ausschnitt des Kreuzweges in der Hauskapelle mit aufgeklebten „Post-its“.

Die Seelsorge hält Kontakt zu den Menschen auf allen Stationen

Ihre Arbeit richtet die Seelsorge in erster Linie an Patientinnen und Patienten und deren Angehörige, wobei sie sich um Kontakt mit Patientinnen und Patienten auf allen Stationen (nicht nur auf der Palliativstation) bemüht. Großes Engagement zeigte sie für die seelsorgliche Betreuung von Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation. Aber auch für die oft durch ihre Arbeit belasteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern fühlt sie sich zuständig.

Handbuch für den Umgang mit Patientinnen und Patienten nichtchristlicher Glaubensgemeinschaften oder Kulturen - Ansprechpartner für andere Konfessionen

Ein Handbuch für den Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen nicht christlicher Glaubensgemeinschaften wurde erstellt. Das soll vor allem den Pflegekräften eine Hilfestellung für den Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden anderer Konfessionen sein. Die Seelsorge baut ihre Kontakte zu anderen Glaubensrichtungen aus, um Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen anderer Konfessionen (anders als katholisch oder evangelisch), falls erwünscht, die Möglichkeit einer Begleitung entsprechend ihrer Religion zu geben.

Ethikkodex und Ethikkomitee

Im Rahmen der KTQ Zertifizierung wurde ein Ethikkomitee eingeführt. Das hat es davor nicht gegeben. Auch ein Ethik- und Compliance-Kodex wurde erarbeitet, der für jeden ersichtlich und zugänglich auf den Stationen aufliegt. Fragen wie folgende etwa werden diskutiert: Soll die Behandlung intensiviert werden, oder soll eher eine palliativmedizinische Richtung eingeschlagen werden? Wie sollen Angehörige eingebunden werden? Was ist zu tun, wenn das Behandlungsteam in Bezug auf die weitere Vorgangsweise uneinig ist? Aber nicht nur Fragen zur Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten werden im Verhaltenskodex beschrieben, sondern auch der Umgang der Bediensteten miteinander, mit Angehörigen oder anderen Dienststellen oder Kooperationspartner sowie den Betriebsmitteln.

Richt- und Leitlinien

Im Rahmen der KTQ Zertifizierung wurden etliche Richt- und Leitlinien erstellt. Ein elektronisches Dokumentenverwaltungssystem ermöglicht den Zugang für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Unter anderen sind folgende zu nennen:

- Ethisches Verhalten und ethisches Management
- Struktur & Aufgaben des Ethik-Komitees
- Therapiebegrenzung und Therapiezieländerungen
- Beruhigende Waschung
- Belebende Waschung
- Begleitung sterbender Patienten
- Versorgung von Verstorbenen
- Klinisch-pathologische Konferenzen

Fort- und Weiterbildungskatalog

Einige neue Fortbildungen zum Thema Pflege, Palliativ Care, Kommunikation und Recht finden sich im Weiterbildungsangebot für Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses. Unter anderen z.B.:

- Palliative Care – Ganzheitliche Begleitung am Lebensende – Neu
- Konstruktiver Umgang mit Menschen anderer Kulturen – Neu
- Kinaesthetics in der Pflege – Neu
- Professionelle Gesprächsführung mit Senioren im Krankenhaus - Neu

- Allgemeines und Wissenswertes über Sachwalterschaft, Heimaufenthaltsgesetz und Patientenverfügung.

4.3 Gesamtbeschreibung der Interviews

4.3.1 Vergleich der Interviews ÄD, PD, KD und QM

Einführung KTQ und Deutsche Palliativsiegel

Hinsichtlich Einführung der KTQ Zertifizierung und Erhalt des Deutschen Palliativsiegels wurden die Fragestellungen im Großen und Ganzen von allen vier Interviewpartnern übereinstimmend beantwortet: Nach einem Geschäftsführerwechsel, wurde die Entscheidung getroffen, KTQ als Qualitätsmanagementsystem einzuführen, obwohl das Krankenhaus Oberwart bereits in der Vorbereitung zur JCI Zertifizierung war. Ein weiteres Krankenhaus des Eigentümers war damals (seit 2011) bereits von JCI akkreditiert. Die Gründe, dennoch auf KTQ zu umzusteigen lagen daran, dass KTQ der **europäischen Kultur** eher entspricht und im deutschsprachigen Raum führend ist, wodurch ein Vergleich mit anderen Krankenhäusern so besser möglich ist. Das Deutsche Palliativsiegel im Rahmen der KTQ Zertifizierung anzustreben, war nicht von Anfang an geplant. Die KTQ Geschäftsführung hat auf diese Möglichkeit hingewiesen. Nachdem auf Grund der Vorbereitung zur JCI bereits viel getan war, beschloss die Krankenhaus- Geschäftsführung das Siegel ebenfalls anzustreben. Der **Zeitraum** für die KTQ Vorbereitungsarbeiten **war knapp** bemessen. Gestartet wurde im September 2014 und die Zertifizierung erfolgte bereits im April 2015, rechtzeitig vor den Landtagswahlen. Dass das Deutsche Palliativsiegel ebenfalls angestrebt wird, wurde erst kurz vor Bekanntgabe der KTQ Zertifizierung kommuniziert „[...] die KTQ Geschäftsführung hat uns gesagt, es gibt diese Möglichkeit, und wir haben nicht einmal Unterlagen gehabt. Dann haben wir gesagt, na gut, wir probieren es, wir haben schon sehr viel Vorarbeit. [...] Und wir haben gesagt, wir probieren es, wir haben so viele Dinge schon getan und wir haben Leitlinien, Richtlinien, die ganzen Prozesse rundherum sind wirklich schon ganz toll gelaufen – probieren wir es!“ (Interview 8, Zeile 38 ff).

Der Erhalt des Deutschen **Palliativsiegels für das gesamte Krankenhaus**, nicht allein für die Palliativstation, hat anfänglich zu Irritationen und Missverständnissen bei einzelnen Abteilungen (v.a. der Palliativstation) geführt. Hier musste nachträglich viel Überzeugungsarbeit geleistet werden, damit die Anerkennung für das gesamte Haus akzeptiert

wurde. „[...] dieses Palliativsiegel, das ist dann ursprünglich irgendwie falsch in die Kehle gekommen bei den anderen, weil sie haben geglaubt, das ist auf der Palliativstation, und wir haben dann gesagt: Nein. Insgesamt. Gestorben wird überall und nicht nur auf der Palliativstation!“ (Interview 8, Zeile 41 ff).

Vorteile der KTQ Zertifizierung und der Auszeichnung mit dem Deutschen Palliativsiegel

Einen großen Vorteil stellen die Interviewpartner ÄD und PD im Zusammenhang damit fest, dass man sich auf Grund der KTQ Zertifizierung Zeit genommen hat, **interne Prozesse und Abläufe zu evaluieren** und zu hinterfragen. QM weist außerdem noch auf das **Sichtbarmachen der Qualität** und die **Vergleichbarkeit** mit anderen Häusern hin.

Hinderliche und förderliche Faktoren bzgl. der Zertifizierung

Hinderliche bzw. förderliche Faktoren wurden im Zusammenhang mit **Berufsgruppen bzw. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** genannt, die einerseits sehr engagiert und bemüht sind, andererseits aber auch der Zertifizierung und dem **Mehraufwand** kritisch gegenüberstanden. „[...] das muss ich auch sagen, und da haben wir sehr, sehr, sehr, sehr **engagierte Mitarbeiter**“ (Interview 3, Zeile 123f). „[...] hinderlich war halt zum einen der Druck, der Zeitdruck, und zum anderen...es gibt gewisse Berufsgruppen, die kämpfen mit, zum Beispiel die Pflege, aber es gibt andere, die lehnen sich zurück und sagen: das geht mich nichts an. Das sind meistens die Mediziner“ (Interview 8, Zeile 114 ff).

Als förderlich wurde auch die große **Vorarbeit** angesehen, die bei der Entscheidung für die KTQ Zertifizierung bereits geleistet war. Nur dadurch konnten die Vorbereitungen und die Zertifizierung in sehr kurzer Zeit stattfinden.

Bzgl. der kritischen Stimmen meint der PD: „Ich glaube, das einzige, wie man damit umgehen kann, ist **Transparenz** – den Mitarbeitern gegenüber. Warum, wieso, weshalb wir was machen und wir sie dahingehend informieren“ (Interview 3, Zeile 214ff).

Der ÄD hingegen empfand die damalige **Raumsituation in der Pathologie** zusätzlich als hinderlich. Eine Adaptierung des Verabschiedungsraumes war im Rahmen der Zertifizierung notwendig.

Erwartungen

Die Erwartungshaltung bzgl. der KTQ Zertifizierung ist bei den Interviewpartnern differenziert. Einerseits werden die Patientinnen- und Patientensicherheit und die **Transparenz der**

Leistungen hervorgehoben. „Ich glaube, dass uns die Zertifizierung eines gebracht hat: **Mitarbeitersicherheit, Patientensicherheit** und Transparentwerden unserer Leistungen. Und Verbesserungspotential“ (Interview 3, Zeile 183ff). Auch hofft der ÄD, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Vorteil einer Zertifizierung - die Sicherheit für Patientinnen und Patienten sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern - erkennen.

Aber auch die **Rezertifizierung** im kommenden Jahr 2018 stellt sich als Erwartung dar und wird als Möglichkeit gesehen **Maßnahmen umzusetzen**. „Und das ist für mich, eine ganz, ganz große Erwartung, dass Dinge, die über Jahre verzögert, verschleppt etc. wurden, dass die umgesetzt werden“ (Interview 1, Zeile 126f).

Verbesserungen

Als Verbesserungspotential sehen ÄD und PD die Kommunikation mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die **Durchdringung von Prozessen** im ganzen Haus und auch die **Überzeugungsarbeit**, die geleistet werden muss, damit alle den Vorteil einer Zertifizierung erkennen. Zusätzlich hebt der ÄD noch die **hierarchischen Strukturen** hervor die seiner Meinung nach geändert gehören. „Und wo noch Potential ist. In der Kommunikation, in unserem Betrieb. Da haben wir sicher Verbesserungspotential. Das ist meine Meinung, das traue ich mir hier auch zu sagen, viel zu hierarchische Kommunikationsschienen. Ich würde mich freuen, wenn das mehr kooperativ wäre als hierarchisch. Das haben wir gewaltiges Verbesserungspotential, das würde auch KTQ unterstützen, aber da sind wir noch weit weg“ (Interview 1, Zeile 134 ff).

Der KD wünscht sich hingegen eine **Evaluierungsphase** zwischen der Zertifizierung und der nächsten Rezertifizierung. Vor allem der Dokumentationsaufwand ist seiner Meinung nach zu stark angestiegen und gehört nochmal überdacht „Was ich vermisse, es gab dazwischen keine Phase der Evaluierung – so, „Okay das ist gut, das ist nicht gut“. Ich bin jemand der sagen würde „Gut, gehen wir nochmal einen Schritt zurück.“ Vor allem bei der Dokumentation, es ist doch viel überbordet“ (Interview 4, Zeile 105ff).

QM sieht Verbesserungsmöglichkeiten bei den Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich ihrer Teilnahme und ihrer **Weiterbildung** in dem Bereich. „[...] Verbesserungspotential sehe ich ganz einfach... Wobei, es ist eh schon auf dem Weg gekommen, das sind die Ärzte. Da ist für mich noch zu wenig Punkte Teilnahme und gewissen/Fortbildungen. Weil sie sagen, ich bin der Doktor, ich schaffe an. Aber man sieht, sie kommen irgendwann an ihre Grenzen und sie können damit nicht so richtig umgehen. Da sehe ich mein Verbesserungspotential. Dort müssen

wir noch ansetzen, aber das ist ein langer Weg, dass da der Schalter umgelegt wird“ (Interview 8, Zeile 182ff).

Der Interviewpartner PD sieht die **Abläufe in einer stetigen Verbesserung**. „Wie gesagt, das ist ein stetiges Verbessern. Momentan sind wir gerade dabei, ich hätte gerne Verabschiedungsboxen auf den Stationen. [...] wichtigsten Utensilien drinnen haben, so wie zum Beispiel die Verabschiedungstücher, die sind da drinnen“ (Interview 3, Zeile 228f). Interviewpartner QM betont die Wichtigkeit der Aufrechterhaltung der vorhandenen Qualität. Die Möglichkeit von Verbesserungen in Abläufen sieht sie durch die Aufmerksamkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und durch neu etablierte QM Systeme, wie das Fehlermanagement. „Wir versuchen, die vorhandene Qualität zu halten, beziehungsweise besser zu werden. Und ich kann nur besser werden, wenn ich meine Schwachpunkte sehe. [...] Und das **Fehlermanagement** ist wirklich ganz, ganz, toll, weil wir haben jetzt gesehen, dass die Mitarbeiter mit mehr offenen Augen durch die Gegend gehen und auch sehen, wenn ich einen Fehler oder einen Beinahe-Fehler aufdecke, dass ich nicht bestraft werde. Das ist schon ganz einfach eine Motivation“ (Interview 8, Zeile 284ff).

Nachteile

Auf die Frage bzgl. der Nachteile für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind sich alle Befragten dahingehend einig, dass durch die KTQ Zertifizierung und die Verleihung des Deutschen Palliativsiegels **keine Nachteile** entstanden sind. Dennoch sind alle der Meinung, dass die Vorbereitungsarbeiten für die Zertifizierung eine Mehrfachbelastung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darstellten „Das einzige, wo sie vielleicht gestöhnt haben, war ganz einfach... Wir haben aufgrund der Zertifizierung...da wurden **so viele Leit- und Richtlinien** erstellt, wo ich dann gesagt habe, das geht nicht, wir müssen bremsen. Und es hat sich dann auch im Rahmen der Visitation gezeigt, wir haben so einen Wulst gehabt, dass der **Durchdringungsgrad nicht vorhanden** war“ (Interview 8, Zeile 198ff).

Lessons Learned

Der Interviewpartner ÄD würde bei einer Zertifizierung sich **mehr Zeit lassen** und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besser darauf vorbereiten, sodass der Durchdringungsgrad der Abläufe besser gegeben ist. Der PD kritisiert die **Kommunikation bzgl. des Deutschen Palliativsiegels**. Er hätte das Deutsche Palliativsiegel von Anfang an kommuniziert, sodass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besser reinwachsen können.

QM betont auch die Wichtigkeit des **Durchdringungsgrades**, vor allem hinsichtlich der

Rezertifizierung im Jahr 2018. Da ist dann auch mehr Zeit für die Vorbereitungen „Und wir schauen jetzt wirklich, dass der Durchdringungsgrad wirklich bei jedem Mitarbeiter ankommt. Das ist das Credo, das machen, alles andere ist für mich jetzt nicht unbedingt...dass ich sage, das muss ich jetzt unbedingt so machen und das muss ich jetzt noch zusätzlich erstellen – sondern das, was vorhanden ist, soll bei den Mitarbeitern wirklich gefestigt werden, alles andere bringt nichts“ Interview 8, Zeile 265ff). Für die kommende Rezertifizierung werden alle Häuser des Eigentümers gemeinsam im Verbund geprüft. Das sieht QM als eine große Herausforderung für die nächsten Monate.

Auswirkungen hinsichtlich Organisationskultur

Hinsichtlich der Organisationskultur, so der ÄD, hat sich seit der KTQ Zertifizierung und dem Verleih des Deutschen Palliativsiegel einiges geändert. Vor allem wird der **Dienstweg** seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besser eingehalten. „[...] der Dienstweg wird besser eingehalten. Das ist einmal ein Kulturproblem. Das haben wir ja gehabt. Einen echten Wildwuchs haben wir gehabt. Dadurch haben wir jetzt schon eine ziemlich straffe Einhaltung des Dienstweges bekommen. Das was besonders wichtig ist“ (Interview 1, Zeile 256ff).

Der KD meint, dass mit dem Thema **Qualität** seitdem anders umgegangen wird. „Es gibt ja die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherungskommission, das war eine Worthülse in den letzten 20 Jahren. Es ist nichts geschehen. Jetzt gibt es durch die Zertifizierung Qualitäts-Audits auf allen Ebenen. Die Apothekerin macht Audits, das QM macht eigene Audits, der Brandschutzbeauftragte macht Audits“ (Interview 4, Zeile 168ff).

Auf der andren Seite spürt man, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich mit dem Unternehmen identifizieren und **stolz** auf ihre Arbeit sind „[...] Ich habe das Gefühl, und das ist mein Gefühl, wenn ich draußen in den Häusern unterwegs bin, dass die Mitarbeiter stolz auf das Unternehmen sind. Und ich denke das hat jetzt nicht unbedingt mit KTQ etwas zu tun, sondern das ist generell. Also man kann nicht alles auf KTQ und dem Palliativsiegel aufhängen, sondern es ist ganz einfach die **Wertschätzung** und die Identifikation mit dem Unternehmen“ (Interview 8, Zeile 407ff).

Der Interviewpartner PD betont, dass seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die Zertifizierung und den Erhalt des Deutschen Palliativsiegels stolz sind, da dadurch ihre Arbeit wertgeschätzt und transparent wird. In seinem Bereich wurde aktiv kommuniziert sodass sich **Vertrauen** entwickeln konnte und ein gemeinsames Ziel (die Zertifizierung) angestrebt wurde. „Und man ist aufeinander zugegangen, weil man ein gemeinsames Ziel verfolgt hat. Und das

Ziel hat man gemeinsam erreicht und ich glaube das hat etwas bewirkt. Aber das ist jetzt etwas, das kann man nicht messen. Aber man spürt es“ (Interview 3, Zeile 388ff).

Auswirkungen für Schwerstkranke und Sterbende

Als Maßnahme in Zuge der KTQ Zertifizierung und dem Ansuchen um das Deutsche Palliativsiegel wurde das Ethikkomitee etabliert. Der interviewte PD, ist der Ansicht, dass es dadurch jetzt eine echte **Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen** gibt. Auch wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter davor auch schon ethisch gehandelt hätten, so wird es dadurch noch präsenter. „Geändert hat sich auch, dass die Leute wissen, was ist ein Ethikkodex. Dass es so etwas gibt. Das war früher gar kein Thema, Ethik. Ich glaube, dass wir es gelebt haben, aber auseinandergesetzt haben wir uns nicht damit“ (Interview 3, Zeile 252ff).

Ähnlich denkt auch der ÄD. Aus seiner Sicht wird die Arbeit jetzt mit viel mehr Aufmerksamkeit gemacht. „Also ich glaub, dass wir sie immer gut versorgt haben. Nur glaub ich, dass das jetzt mit viel mehr **Achtsamkeit** passiert. Also die passen jetzt viel besser auf, die sind viel, viel achtsamer. Und da hat sich schon einiges geändert“ (Interview 1, Zeile 184ff). Die etablierten Leitlinien helfen auch in schwierigen Situationen richtig umzugehen, was den Patientinnen und Patienten bzw. den Angehörigen wieder zugutekommt. „Es war früher so, es kommt halt drauf an wer Dienst gehabt hat und so. Aber jetzt durch die Leitlinien läufsts auch wenn jemand, man muss auch sagen es sind nicht alle gleich empathisch, oder es können damit nicht alle umgehen“ (Interview 1, Zeile 168ff).

QM sieht, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seit der Zertifizierung und dem Verleih des Deutschen Palliativsiegels sich vielmehr mit dem Thema Sterben und Tod auseinandersetzen. Eine große **Eigendynamik** hat sich auf Grund des Siegels im Nachhinein entwickelt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bringen neue Ideen (z.B. Trauerbuch auf der Geburtenstation oder Gottesdienste für alle Verstorbenen im Haus) und engagieren sich in diesem Bereich. „Das hat so eine Dynamik entwickelt, auch jetzt. Wenn man da spricht, denkt man: da schau einmal. Nicht, dass von oben angefragt wird, sondern das kommt von den Mitarbeitern und das ist ganz toll. Also da hat sich wirklich sehr, sehr, viel getan, seit wir dieses Siegel haben, und es ist so viel in Schwung gekommen“ (Interview 8, Zeile 231 ff). Ohne das Siegel, so meint die Interviewte, wäre diese Dynamik nicht entstanden.

Auf die Frage, wie die Integration der Angehörigen im Rahmen der Pflege aussehen könnte, wurde festgehalten, dass eine echte Beteiligung der Angehörigen bei der Pflege nur sehr schwer möglich ist. Vielen Angehörigen muss erst die Angst genommen werden etwas falsch zu

machen, und nicht jeder kann pflegen. Vielmehr betont der Interviewte, sei es genauso wichtig sich **Zeit für jemanden zu nehmen**, für den anderen in der **schweren Zeit da zu sein** und ihm das Gefühl zu geben, dass er nicht alleine ist. „[...] und Pflege ist enorm wichtig, aber einmal die Hand zu halten ist viel, viel mehr wert als sonst irgendetwas. Oder einfach nur da zu sein. Oder etwas vorzulesen. **Sich die Zeit nehmen**. Und ich will es nicht auf das reduzieren, aber ich will dem einen Wert geben“ (Interview 3, Zeile 165ff).

4.3.2 Interview mit der Leitung der Seelsorge

Team der Seelsorge

Das Team besteht jetzt – außer der Leiterin - aus zwei ehrenamtlichen Diakonen, einem jungen Pfarrer, einer Seelsorgerin, die auch im Pflegeheim 20 Stunden beschäftigt ist, und 2 evangelischen Pfarrern. Alle religiösen Großveranstaltungen, wie Weihnachtsfeiern, **Gedenkgottesdienste** etc. werden **ökumenisch** durchgeführt. In die Vorbereitungsarbeiten bzgl. des Palliativsiegels war die Leitung der Seelsorge eingebunden.

Betreuung von Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation

Die Seelsorge arbeitet auf der Palliativstation mit Ärztinnen und Ärzten, dem Pflegepersonal und den Angehörigen zum Wohle der Patientinnen und Patienten zusammen. Auch auf anderen Stationen funktioniert die Zusammenarbeit sehr gut. Lediglich auf der **Intensivstation** hatte die Seelsorge vor der KTQ Zertifizierung und dem Ansuchen um das Deutsche Palliativsiegel kaum Zugang zu intensivmedizinisch betreuten schwerstkranken Patientinnen und Patienten.

Spirituelle Unterstützung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Die Seelsorge sieht ihre Tätigkeit als unterstützende Funktion für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses. Sie betreut nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern bei Bedarf auch das oft belastete Personal. Für verstorbene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurde ein Kondolenzbuch gestaltet und Gottesdienste werden abgehalten.

Begleitung Sterbender und Schwerstkranker

Das Team der Seelsorge bietet spirituelle Begleitung für Schwerstkranke und Sterbende und deren Angehörige an. Dabei soll es ein unbedingtes Miteinander sein, ein Einlassen auf die Situation der Patientinnen und Patienten. „Ich muss ja nichts erreichen. Ich sage immer:

Erwarte nichts und dann wird schon etwas passieren“ (Interview 5, Zeile 158). Ganz wichtig ist **Sensibilität** für jeden einzelnen Menschen zu haben, meint die Interviewpartnerin.

Patientinnen und Patienten anderer Konfessionen

Die Interviewte meinte, dass es selten Moslems als Patientinnen und Patienten gibt. Die wenigen hatten auch nicht den Wunsch nach einer ihrem Glauben entsprechenden Betreuung. Zurzeit wird aber an einer **Kontaktliste zu anderen Konfessionen** gearbeitet, um dem Wunsch nach einer Betreuung entsprechend der eigenen Glaubensrichtung nachzukommen. „Und ich glaube auch, dass man Menschen mit allen Konfessionen betreuen kann, gut betreuen kann, wenn man Mensch bleibt“ (Interview 5, Zeile 233f).

Verabschiedungen

Der Verabschiedungsraum ist so gestaltet, dass er sich für alle Konfessionen verwenden lässt. Es gibt **Verabschiedungstücher** mit christlichen Symbolen, aber auch neutrale. Seit Neuestem gibt es auch für alle Stationen **Trauerboxen**, die alles beinhalten, was das Personal braucht, wenn ein Patient verstirbt, u.a. auch die Verabschiedungsrituale, die die Seelsorge verwendet, wenn Verabschiedungsfeiern vorgenommen werden (siehe auch Abbildungen 2 und 3).

Tatsächlich ist für Verabschiedungen nicht unbedingt ein Priester erforderlich. Verabschiedungen gehören zwar in den Aufgabenbereich der Seelsorge, aber durchgeführt werden können sie von verschiedenen Personen, auch von den Krankenschwestern. Die Interviewte erzählt, dass in der Praxis die Verabschiedungen allerdings noch im Anlaufen sind und erst jetzt in das Bewusstsein der Stationsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter und auch der Angehörigen dringen. „Und das mit diesen Verabschiedungen, das hat sich noch nicht so...so herumgesprochen. Durch diese Boxen wird das glaub ich besser, weil das dann bewusster gemacht wird, auch den Schwestern“ (Interview 5, Zeile 514 ff). Hier sieht die Interviewpartnerin auch **Verbesserungsbedarf**. Im Schnitt gibt es pro Jahr 365 Verstorbene. Die Interviewpartnerin würde sich für ein Drittel davon Verabschiedungen wünschen.

Zertifizierung & Rezertifizierung

Die Vorbereitungsphase zum Deutschen Palliativsiegel empfand die Interviewte als sehr positiv. „Ich habe das KTQ-Gespräch als sehr positiv empfunden, auch die Menschen, die dann da waren, als sehr wertschätzend, und auf Augenhöhe, und man hat nicht gedacht, dass sie hier sind um Fehler zu suchen, sondern wirklich interessiert zu sein“ (Interview5, Zeile 35).

Auch der Rezertifizierung im Jahr 2018 steht sie gelassen gegenüber, da sie, von ihrer Arbeit überzeugt ist und einige umgesetzte Maßnahmen vorzeigen kann (Verabschiedungstücher, würdige Verabschiedungen, Trauerboxen, Gottesdienste für das gesamte Haus).

Gute Zusammenarbeit mit der Krankenhausleitung - Einbeziehung der Seelsorge

Die Seelsorge ist in alle Belange bzgl. des Deutschen Palliativsiegels miteinbezogen worden. Die interviewte Person empfand die Einbeziehung als hohe **Wertschätzung** von der Krankenhausleitung und fühlt sich dadurch mit ihrer Arbeit inkludiert. Sie schätzt die gute Zusammenarbeit mit dem Management und meint, dass sich seit den Vorbereitungen zum Deutschen Palliativsiegel die Zusammenarbeit noch gebessert hat. „Aber ich denke, ich sehe das als Frucht dieser Arbeit, dass die Seelsorge im Haus einfach sichtbar gemacht wird. Ich sehe das als ganz hohe Wertschätzung, sie inkludieren uns, als wären wir zum Haus zugehörig. Wir sind **kein Fremdkörper, wir sind einfach ein Teil**, so wie eine Station halt“ (Interview 5, Zeile 572ff).

Palliativsiegel für das gesamte Haus

Die Interviewte erlebte eine Verabschiedungsfeier auf der Internen Station als etwas sehr Schönes und auch von Seiten der Familie kam danach positive Rückmeldung an das gesamte Haus. Dies zeigt, dass nicht nur auf der Palliativstation ein würdiges Sterben möglich ist, sondern für alle Stationen gleichermaßen dieses Ziel gesetzt ist. „[...] da ist noch Potential. Also auch die anderen zu stärken, dass das **Palliativsiegel nicht der Palliativstation gehört, sondern dem ganzen Haus**“ (Interview 5, Zeile 603ff).

4.3.3 Interview mit der Leitung der Geburtsstation

Gründung der Trauergruppe

Unabhängig von der KTQ Zertifizierung und dem Deutschen Palliativsiegel haben die Gynäkologie- und Geburtsstation im Jahr 2015 eine Trauergruppe gegründet, die sich mit offenen Fragen zu den Themen „Totgeburt“, „Frühabort“ und „Spätabort“ auseinandersetzte.

„Sie haben zuerst einmal benannt, was man unter Frühabortus versteht, was man unter Spätabortus versteht und was man unter Totgeburt versteht. Es wurde alles genau definiert und das haben sie natürlich auch niedergeschrieben und das kann dann jeder nachlesen“ (Interview 2, Zeile 109ff). Es war ein Stationsziel, Lösungen für den Umgang mit betroffenen Patientinnen

zu finden und Angebote zu formulieren sowie dann **Richt- und Leitlinien** für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu implementieren.

Umfangreiches Betreuungsangebot und sensibler Umgang mit Patientinnen

Seit der Gründung der Trauergruppe hat sich viel auf der Station geändert, meint die Interviewpartnerin. Der Umgang mit Patientinnen und deren Angehörigen ist ein anderer geworden, ein bewussterer. Das **Betreuungsangebot ist umfangreicher** geworden und wird dadurch, dass es Handbücher zum Nachschlagen gibt, auch standardisiert vom Krankenhauspersonal angewendet. „Früher wurde ein AB einfach in ein Zimmer reingelegt und schon etwas gemacht, aber dann war es fertig. Die hatten Curettage und aus und dann gingen die nach Hause. Hatten keine Betreuung, keine psychische Betreuung nachher und da hat diese Trauergruppe gute Arbeit getan“ (Interview 2, Zeile 100ff).

„Nottaufe wurde immer gemacht, da waren die Hebammen immer schon darauf, dass sie die Nottaufe machen. Natürlich ist uns das **jetzt alles bewusster** geworden“ (Interview 2, Zeile 392f).

Auf Patientinnen mit einem Abort wird auf der Station besonders **Rücksicht** genommen. Wenn möglich wird ein Einzelzimmer bereitgestellt. Mit einer Markierung an der Tür (Schmetterling) wird sichergestellt, dass der Personenfluss eingeschränkt wird und die Patientinnen Ruhe haben. „Da wird dann ein großer Schmetterling daran geklebt und dann bedeutet das für das gesamte Personal, dass dort eine Patientin mit AB drinnen liegt und das entweder nur die Schwester reingeht, die den ganzen Tag Kontakt mit ihr hatte, oder dass sehr wenig reingegangen wird. Also, dass Visite und das mehr zusammengefasst wird, dass man nicht so oft stört. Und auch für die Putzfrauen, für alle. Dass es jeder weiß“ (Interview 2, Zeile 405ff).

Verabschiedungen

Verabschiedungen sind immer möglich, unabhängig ob Früh- oder Spätabort bzw. Totgeburt. Die Föten werden dafür hergerichtet und der Mutter bzw. den Eltern übergeben. Es besteht kein Zeitdruck. Den Eltern wird die notwendige Zeit für eine Verabschiedung gegeben „Also ich muss sagen, die letzte die wir hatten, die hat fast einen ganzen Tag gebraucht. Die hatte ihr Baby die ganze Zeit bei sich. Aber ich finde das ist okay gewesen. Und manche wollen es am Anfang gar nicht sehen. Da muss man immer schauen, wie die Patienten reagieren“ (Interview 2, Zeile 188ff). „Wir richten die Babys natürlich her, sie sehen sie nackt, sie können sie anschauen... Weil manche Frauen haben Fantasien, wie sieht das Baby aus, was für

Anomalien... Dabei sind das ganz schöne Kinder. Und dann nimmt man ihnen die Angst“ (Interview 2, Zeile 191ff).

Die Trauergruppe hat Verabschiedungsboxen mit diversem Material für die Verabschiedungen entwickelt (Sprüche, Brosche, Engel mit Name des Kindes, Haarlocke bzw. Fuß- oder Handabdruck des Kindes (nur bei größeren Kindern möglich) „Wir haben so Verabschiedungskisten dann auch gemacht, und zwar für FrühAB und SpätAB war es so, dass wir dann verschiedene Dinge reingegeben haben. Kleine Füßchen, die können sie als Brosche tragen, und das kann man sich auf die Bluse stecken“ (Interview 2, Zeile 201ff).

Für Frauen, die das tote Kind nicht sehen möchten, oder für eine Verabschiedung noch nicht bereit sind, werden Fotos gemacht und der Krankengeschichte beigelegt. So wird sichergestellt, dass die Patientin sich eventuell zu einem späteren Zeitpunkt damit auseinandersetzen kann. „Das ist halt oft schwierig, weil am Anfang sind sie wirklich in einer Schockphase, wo sie ja gar nicht denken an was... Und später kommt das dann alles“ (Interview 2, Zeile 226f).

Bestattungen und Trauerbuch

Als große Erleichterung empfindet es die Interviewte, dass nun das Thema der **Bestattung** geklärt wurde. „Bestattung war immer schon ein großes Thema, was wirklich ganz schlimm war, weil wir einfach nicht die Möglichkeit...weil wir früher einfach nicht wussten, wie man damit umgeht“ (Interview 2, Zeile 134f). Frühaborte bis zur 12. Schwangerschaftswoche werden nun eingäschert und in einem Sammelgrab begraben. 1x im Jahr gibt es dann die Möglichkeit für eine Andachtsfeier. Jede Patientin die einen Abort hatte, wird in ein **Trauerbuch** aufgenommen. 1x im Jahr werden die Betroffenen kontaktiert und zu einer Andachtsfeier eingeladen.

Verbesserungen

Die Interviewte meint, dass **Kommunikation** und **Information** auf der Station wichtig sind. Obwohl sie das Gefühl hat, dass es momentan sehr gut läuft, ist dennoch immer wieder manches zu verbessern. Auch die **räumliche Situation** spricht sie an. Mit der geringen Bettenanzahl auf der Gynäkologie (9 Betten) ist es teilweise eine große Herausforderung, den betroffenen Patientinnen und ihren Angehörigen die notwendigen Räumlichkeiten und ausreichend Zeit für die Verabschiedungen zu geben. „[...] Information immer wieder. Noch weiter. Dass jeder Mitarbeiter wirklich weiß, wie er damit umgeht, und daran sind wir wirklich gut dran. [...] Einfach, dass wir mehr Räumlichkeiten hätten. Dass wir das noch besser leben könnten, wie

wir uns das vorgestellt hätten“ (Interview 2, Zeile 289ff). „Für SpätAB und Totgeburten schauen wir wirklich immer, dass wir Platz finden für den Partner und wenn andere Kinder hier sind, dass die dabei sein können. Ist oft aber auch schwierig, weil wir doch wenig Gyn-Betten haben“ (Interview 2, Zeile 247ff).

Motiviertes Personal

Die Zertifizierung und den Verleih des Deutschen Palliativsiegels empfindet die interviewte Person als Anerkennung für ihre Arbeit und der Trauergruppe. Sie hebt allerdings hervor, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihr Ziel selbst, unabhängig von den KTQ-Vorgaben, gesteckt hatten. „Grundsätzlich ist für dieses Thema die Zertifizierung sehr wichtig, aber wir hätten es auch ohne Zertifizierung gemacht. Weil die **Eigenmotivation der Mitarbeiter** sehr hoch ist, und auch von mir, aber natürlich sind sie **sehr stolz**, dass sie diese Zertifizierung bekommen haben“ (Interview 2, Zeile 356f). „Also da gibt es sicher keinen einzigen der sagt, das passt nicht. Das glaube ich...das sind sehr motivierte Mitarbeiter, die wir haben, und kommen immer ist, glaube ich, wenn man das schafft, ein **Lob für's Haus**, da wird hier gute Arbeit gemacht, und dann sind sie stolz“ (Interview 2, Zeile 362ff).

4.3.4 Interview mit der Stationsleitung der Onkologie und Palliativstation

Vorbereitungen und Verleih des Deutschen Palliativsiegels für das gesamte Krankenhaus

Die interviewte Person hat bzgl. der Vorbereitungsarbeiten zum Deutschen Palliativsiegel eher schlechte Erinnerungen. Sie meinte, dass das Ansuchen um die Verleihung des Siegels zu spät kommuniziert wurde. Nach einer Erhebung des Ist-Standes hat die Station damals für sich befunden, vom Siegel abzusehen und erst nach der Fertigstellung aller Dokumente das Siegel anzustreben. „Wir wurden einbezogen, aber leider muss ich ehrlich sagen zu spät“ (Interview 7, Zeile 5). „[...] was im Palliativsiegel aufgezeichnet ist, nur was wir nicht haben, ist das Schriftliche, diese Verschriftlichungen von diesen Dingen. Und darum haben wir gesagt, das können wir in der kurzen Zeit nicht machen“ (Interview 7, Zeile 8f). Dass dann doch um das Palliativsiegel angesucht wurde, hat die Interviewte vor dem Kopf gestoßen. „[...] es ist dann alles ruckzuck gegangen und dann haben sie uns überrumpelt“ (Interview 7, Zeile 28).

Die Tatsache, dass das Deutsche Palliativsiegel für das gesamte Krankenhaus angestrebt wurde und nicht allein für die Onkologie- und Palliativstation gilt, hat anfänglich für viel Aufregung und Missmut auf der Onkologie- und Palliativstation gesorgt. „Es war schon eine Bombe, vor

allem für das ganze Haus. Weil ja gewisse Stationen überhaupt keine Ahnung von Palliativ Care haben. Ich meine wir auf der Palliativstation leben das ja, aber auf anderen Stationen da hat es gar nichts gegeben“ (Interview 7, Zeile 40ff).

Erwartungen bzgl. des Siegels

Die Interviewte sieht die Situation 2 Jahre nach dem Verleih des Deutschen Palliativsiegels entspannter und zufriedener. „Im Nachhinein bin ich jetzt zufriedener als vorher. Vorher war mir alles zu schnell und da war ich nicht zufrieden“ (Interview 7, Zeile 142f). „Entspannter, sagen wir so. [LACHT] Weil ich merke, es tut sich etwas. Und auch die Mitarbeiter, sie werden hellhöriger und haben einfach ein bisschen mehr Gefühl dafür und man sieht, okay das Denken ist da. Und ja die Praxis fehlt halt noch. Aber es kommt und kommt und das gefällt mir jetzt. Jetzt hört man mehr davon und die Mitarbeiter selber auch von den anderen Stationen sind jetzt mehr auf dieser Welle und das ist super“ (Interview 7, Zeile 162 ff).

Betreuungsangebot für Schwerstkranke und Sterbende

Die Leiterin der Palliativstation meint, dass sich seit der Einführung des Palliativsiegels einiges im Haus verändert hat. Weniger auf ihrer Station selbst, als in den anderen Bereichen. „[...] jetzt erst im letzten halben Jahr kann man sagen, da haben wir sehr viel eingeführt für das Haus, eben diese Verabschiedungstücher oder auch die respektvolle Verabschiedung, das macht jetzt wirklich jede Station. Das war ein Meilenstein“ (Interview 7, Zeile 70ff). „Man merkt auch durch die Stationen durch, jetzt passiert etwas. Das hat man vorher nicht gemerkt. Das fängt jetzt an und jetzt passt es. **Jetzt ist schon zumindest der Gedanke schon da. Das war vorher nicht**“ (Interview 7, Zeile 74ff).

Verabschiedungstücher

Der Umgang mit den Verstorbenen ist nun auch seit der Einführung der neuen, bunt gestalteten Verabschiedungstücher für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leichter. „[...] es ist würdevoller und es sieht anders aus, wenn ein weißes Leintuch ist, diese Leichen... Einfach diese, wenn Angehörige sitzen oder wenn Patienten oder Besucher kommen, einfach dieses Image „Leichentuch“, das weiße, das kalte. Und da hat es jetzt etwas ganz Anderes“ (Interview 7, Zeile 96ff). Die Tücher wurden alle im Rahmen einer Segnungsmesse eingeweiht. Das empfand die Interviewte als sehr schön und stimmig.

Verbesserungspotential – Konsiliarärztin bzw. -arzt und Kommunikation

Verbesserungsbedarf sieht die Interviewte bei der Übernahme von Patientinnen und Patienten von anderen Stationen. Eine **Konsiliarärztin bzw. -arzt**, so meint die Interviewte, fehle auf der Palliativstation. Jemand, der die Aufklärungsgespräche mit den Patientinnen und Patienten führt und sie über Palliative Care informiert. „Also was uns stark fehlt ist ein Konsiliararzt, also auch auf unserer Station. Ein Palliativarzt, der Konsile macht und die Patienten mit Angehörigen dort abholt. Also ein ausführliches Gespräch gehört gemacht und aufgeklärt, sie müssen sich einig sein, der Patientenwunsch gilt und auch die Angehörigen müssen Bescheid wissen. Und was heißt Palliativ Care jetzt, das muss alles offengelegt werden und dann kann man die Leute holen. So sollte es sein. Aber oft werden Patienten übernommen, wo wir oft gar nicht wissen, was ist schon gesprochen worden, in welchem Ist-Zustand ist er jetzt...“ (Interview 7, Zeile 178ff). „Die [Angehörigen] wissen oft gar nichts, oder kommen mit vollster Hoffnung her, dass sie gesundwerden und... Solche Dinge, das passt nicht. Wir können nicht Palliativ Care betreiben, wenn der Patient noch voller Hoffnung und auch...auf gesundwerden, auf Heilung, und oft kommen solche... Und das geht nicht. Da muss man ein offenes Gespräch vorher führen und dann kann man die Patienten holen“ (Interview 7, Zeile 189ff).

Bzgl. anderer Stationen sieht die Interviewte Person Bedarf bei der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Krankheit. „Die Kommunikation ist eben wichtig, Gespräche führen und Klarheit schaffen. Das ist wichtig. So viele Patienten kommen und sind überhaupt unwissend. Das wäre halt ganz wichtig. [...] Auf die Krankheit selbst, auf seine... Ja, wie es weitergeht“ (Interview 7, Zeile 201 ff).

Patientenverfügung

Hinsichtlich Patientenverfügungen sieht die interviewte Person einen Anstieg. „Viele kommen besachwaltet oder haben schon eine Patientenverfügung, das sehen wir immer öfter, das ist super. Manche sind schon gut vorbereitet“ (Interview 7, Zeile 230).

Nachteile für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Die Interviewte sieht durch das Deutsche Palliativsiegel keinen Nachteil für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Der erhöhte Aufwand, der bei der Ausarbeitung der Maßnahmen für das Palliativsiegel entsteht, empfindet sie nicht als Nachteil. „Arbeitsgruppe bilden, das ist egal. Das hat nicht so jetzt mit Aufwand zu tun, weil es ja für die Station ist, das ist ja wichtig“ (Interview 7, Zeile 250f).

Zertifizierung

Die Zertifizierung selbst empfand die Interviewte als stressige Situation. Dennoch erkennt sie deren Notwendigkeit. „Die Zertifizierung ist sehr stressig, aufwendig, belastend. Weil oft diese vielen Fragen kommen, oft spontan und nicht angemeldet. Und das macht halt ein bisschen Unruhe und ein bisschen Ängste bei manchen Mitarbeitern, wenn sie es nicht gewohnt sind, so befragt zu werden über alles, nicht nur über Palliativ. Sondern alles grundsätzlich, über das ganze Haus. Gut, aber wir wissen es, und wir können sie da vorbereiten, also...“ (Interview 7, Zeile 269ff). „Aber natürlich, durch die Zertifizierung öffnet man das Ganze und man schafft etwas Neues, das ist wichtig. Weil sonst würde es ja immer so weitergehen. Also es ist schon recht gut, [...] Hat schon seine Vorteile, selbst wenn ein bisschen ein negativer Beigeschmack dabei ist“ (Interview 7, Zeile 264ff).

Wunsch nach mehr Patientenwille

Die Interviewpartnerin äußert noch einen Wunsch am Ende des Interviews. Sie betont die Wichtigkeit des palliativen Denkens auf allen Stationen und des Respekts vor den Wünschen der Patientinnen bzw. Patienten. „Ja, ich finde grundsätzlich **palliatives Denken** gehört in jede Station. Das ist wie eine Schule, da muss jeder durch. Und **das Gefühl für den Menschen** bekommen, der **Wille des Menschen** und des Patienten zählt in erster Linie. Das wird oft übersehen. Das wäre ein Wunsch, dass man besser hinhört und auf die Wünsche näher eingeht. Das wäre einfach, dann wäre es auch viel einfacher“ (Interview 7, Zeile 277ff).

4.3.5 Interview mit dem verantwortlichen Leiter der Intensivstation

Das Deutsche Palliativsiegel und die KTQ Zertifizierung

Die interviewte Person befürwortet die KTQ Zertifizierung und hat sie von Anfang an unterstützt. Er sieht dadurch nur Vorteile für das Krankenhaus, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für Patientinnen und Patienten. „Also man muss generell sagen, die KTQ-Zertifizierung hat sicher viel bewegt im Haus, auch was **Qualitätssicherung** betrifft, grundsätzlich gut. Wir haben viel erarbeitet, viele **Richtlinien, viele Leitlinien, viele Standards** erarbeitet, vielleicht da und dort ein bisschen zu viel, aber wir haben uns wirklich aktiv **beschäftigt mit unseren Prozessen**“ (Interview 6, Zeile 162ff).

Die interviewte Person meint, dass die Auszeichnung mit dem Deutschen Palliativsiegel allein der Palliativstation zu verdanken ist. Dass das gesamte Krankenhaus für die Maßnahmen bzgl. Schwerstkranker und Sterbender ausgezeichnet wurde, sieht er nicht so. Auswirkungen auf seine Arbeit erkennt er durch das Siegel nicht, da seine Abteilung ohnehin schon funktionierende Systeme hatte.

„Das mit dem **Palliativsiegel, das war in erster Linie Verdienst der Palliativstation**, und das hat jetzt für **uns auf der Intensivstation keine unmittelbare Auswirkung**. Weil wir unser System schon seit mehreren Jahren fahren und das ist eigentlich so bewährt. Also dieses Siegel hat jetzt für uns auf der Intensiv keine unmittelbaren Auswirkungen. Ich weiß, dass es das gibt und dass sie das wirklich erreicht haben, und da muss man auch gratulieren, hervorragend. Aber uns selber, für uns hat das keine unmittelbare Konsequenz. Zumindest habe ich sie bisher noch nicht realisiert“ (Interview 6, Zeile 106ff).

Arbeit auf der Intensivstation

Gerade auf der Intensivstation werden schwerstkranke, teils hoffnungslose Patientinnen und Patienten versorgt. Daher werden dort auch Themen zu Therapiezieländerungen oder -begrenzungen häufig besprochen. Hier geht es auch um die Frage, ob aktive Therapien (noch) begonnen, oder Therapien sogar zurückgenommen werden.

„Also die Therapiezielbegrenzungen, Therapiezieländerungen, das ist ein zentrales Element auf der Intensivstation, speziell **Therapien rückzunehmen** oder nicht zu erweitern, das ist immer eine sehr kritische Entscheidung. Therapien aktiv zu beginnen, sozusagen immer das volle intensivmedizinische Programm laufen zu lassen ist sehr häufig eine eher leichte Entscheidung, aber das wieder rückzunehmen, **das ist in Wahrheit eine sehr schwierige Entscheidung**“ (Interview 6, Zeile 32ff).

Patientenwille

Den Patientenwillen zu eruieren ist einer der schwierigsten Aufgaben, so der Interviewte, da viele Patientinnen und Patienten ohne Patientenverfügung oder Vorsorgevollmachten ins Krankenhaus kommen. Dann müssen erst die mutmaßlichen Erwartungshaltungen der Patientinnen und Patienten eruiert werden, was im Nachhinein nicht leicht ist.

„Das ist natürlich ein irrsinnig schwieriger Prozess, weil hier immer natürlich in erster Linie im mutmaßlichen Patientenwillen gehandelt werden muss, dann auch die Mitarbeiter an Bord geholt werden müssen und die Angehörigen. Das heißt, hier bauen sich **wahnsinnige Spannungsfelder** auf und leider ist es so, das muss man auch sagen, dass es **kaum Patientenverfügungen oder auch Vorsorgevollmachten** gibt, das heißt die Patienten

kommen ins KH und da gilt es mal zu eruieren, auf der Intensivstation, was wollen die Patienten, wie weit geht man überhaupt. Der mutmaßliche **Patientenwille, den herauszufinden, das ist oft eine schwierige Aufgabe**“ (Interview 6, Zeile 52ff).

Palliativfall

Tritt ein Palliativfall ein, so wird die **Intensivtherapie meist sukzessive zurückgestuft**. Die Patientin bzw. der Patient werden, wenn möglich, auf eine **Normalstation** transferiert, die meist **ruhiger** und angenehmer für die Patientin bzw. den Patienten und die Angehörigen ist.

„Wenn wir eine Palliativsituation einschätzen, dann wird das in der Regel definiert als AND, also Allow Natural Death, oder CCT, Comfort Terminal Care, und wir fahren die Intensivtherapie sukzessive zurück. Das heißt wir lassen gewisse Therapiemaßnahmen auslaufen, wir erweitern natürlich nicht die Therapie und versuchen, wenn es irgendwie zeitlich möglich ist, die Patienten auf die Normalstation zu transferieren, weil sie ein ruhigeres Umfeld haben“ (Interview 6, Zeile 75 ff). „Die Intensivstation ist ja naturgemäß ein eher unruhiges Arbeitsfeld mit vielen Alarmen, und das ist für Patienten gerade im Palliativstadium nicht sehr vorteilhaft. Palliativpatienten brauchen in der Regel auch **kein Monitoring**, da geht es um ganz andere Kriterien, und die brauchen in erster Linie entsprechende **Schmerztherapie, Flüssigkeitsgabe, Ruhe und Besuchsmöglichkeiten** von den Angehörigen“ (Interview 6, Zeile 87ff).

In manchen Situationen, wenn der Transfer auf eine andere Station eine zu große Belastung darstellt, können die Betroffenen auch weiter auf der Intensivstation verweilen. Es wird dann auf eine ruhige und angenehme Atmosphäre geachtet, die Invasivität und die Sedimentation reduziert, sodass eine Kommunikation mit den Angehörigen möglich ist. „[...] es gibt aber auch Patienten, wo wir sehen, es wird zeitlich sehr eng und dann lassen wir den Patienten auf der Intensivstation. [...] Weil das ist für den Patienten auch zu viel Stress. Damit belassen wir ihn auf der Intensivstation und versuchen hier eine gewisse **abgeschiedene Atmosphäre** mit **großzügigen Besuchsmöglichkeiten** zu ermöglichen“ (Interview 6, Zeile 94ff). „Wir versuchen auch wegzukommen von der **Invasivität**, das heißt wir versuchen irgendwelche Schläuche zu entfernen, also alles, was jetzt in der Situation irgendwie störend ist und nicht unbedingt gebraucht wird, wird dann entfernt. Damit die Patienten **ein komfortableres Dasein** haben. [...] und wir versuchen auch, wenn das irgendwie vertretbar ist, dass die Patienten **nicht zu sehr sediert** sind. Damit sie auch mit den **Angehörigen kommunizieren** können. Was vielen Angehörigen, aber auch den Patienten, letztendlich ein Anliegen ist“ (Interview 6, Zeile 146 ff).

Verbesserungen

Als Herausforderung sieht der Interviewte die Umsetzung der Maßnahmen, d.h. in der Praxis das umzusetzen, was zuvor erarbeitet wurde. „Also die wahre Herausforderung ist ja dann wirklich, das **Ganze auch zu leben**. Man schafft die Zertifizierung, dann ist man natürlich froh und dann ist ein bisschen die Luft draußen. Das ist immer so, wenn man etwas geschafft hat, dann gibt es immer ein bisschen einen Durchhänger. Und die ganzen **Dinge dann auch wirklich zu leben, ist die echte Herausforderung**“ (Interview 6, Zeile 181ff).

Im Zuge der Zertifizierung sind eine große Anzahl an Richt- und Leitlinien entstanden. Der Interviewte sieht das problematisch, da die Durchdringung bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dadurch nicht mehr gegeben ist. Eine kritische Auseinandersetzung hinsichtlich der Notwendigkeit der Dokumente wäre erforderlich. „[...] ich glaube eben, dass wir vielleicht da oder dort ein bisschen über die Stränge geschlagen haben, **was Leitlinien, Richtlinien betrifft, das ist schon ein bisschen ein Dschungel**. Aber ich bin unterm Strich ein 100%iger Verfechter von Leit- und Richtlinien, weil das einfach absolute Berechtigung hat und Sinn macht. Was man vielleicht verbessern könnte wäre, dass man sich **kritisch** überlegt: **Brauchen wir wirklich alle diese Schriftstücke** oder kann man vielleicht die eine oder andere doch mal auf die Seite legen“ (Interview 6, Zeile 186ff).

Mitarbeiter

Der Interviewte meint, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht so sehr stolz auf die Zertifizierung sind, sondern dass sie es eher von oben herab angeordnet empfanden. „Ich habe aber schon den Eindruck, dass die Mitarbeiter das eher sehen als **Initiative der übergeordneten Stellen**. [...] und das wird halt von der Geschäftsführung gewünscht und ist halt so umzusetzen und hat halt den positiven Aspekt, dass wir hier in gewisser Weise strukturierter auftreten. Aber es war sicher nicht so, dass die Mitarbeiter in Euphorie ausgebrochen sind, Hurraaa wir haben das geschafft, und wir gehen jetzt mit stolzer Brust hinaus und sagen draußen, wir haben die Zertifizierung geschafft“ (Interview 6, Zeile 235ff).

Kritik

Der Interviewte übt Kritik an der Situation, wie er sie momentan im Krankenhaus erlebt. Patientinnen und Patienten werden in einer Notsituation - oft gegen ihren Willen - ins Krankenhaus auf die Intensivstation gebracht. Dabei müsste aber oft schon viel früher die Palliativmedizin ansetzen, anstatt dass der Patient auf die Intensivstation kommt. Im niedergelassenen Bereich und Pflegeheimen müsste man verstärkt den Patientenwillen eruieren

und ihn mit einer Patientenverfügung geltend machen. So würde diese Situationen weniger oft auftreten. „Palliativmedizin kann sich nicht nur im KH abspielen. Beziehungsweise, man müsste die Dinge viel **früher schon draußen ansprechen**. Da wär ein Riesenfeld an Arbeit zu leisten in niedergelassenen Bereichen, in Pflegeheimen, damit hier auch die Patienten, zum Wohle der Patienten entschieden wird, und nicht Patienten zum Teil gegen ihren Willen ins KH kommen. Das erleben wir, das sind keine Ausnahmefälle. Patienten werden gegen ihren Willen in einer Akutphase ins KH gebracht. Man müsste sich im niedergelassenen Bereich viel mehr beschäftigen mit Palliativmedizin und das auch verschriftlichen. Und das geschieht leider gar nicht. Und wir spüren das, im KH in letzter Konsequenz natürlich auf der Intensivstation. Weil die Intensivstation ist sozusagen die Endstation der Versorgung, das ist die Maximalversorgung. Und hier müsste man schon viel früher Entscheidungen treffen gemeinsam mit dem Patienten. Das geschieht nicht“ (Interview 6, Zeile 258ff).

5 Diskussion und Fazit

Die Interviews zeigten, dass die Vorteile für Patientinnen und Patienten durch die KTQ Zertifizierung und die Einführung des Deutschen Palliativsiegels überwiegen. Immer wieder kam zur Sprache, dass im Zuge der Zertifizierung die internen Prozesse und Arbeitsabläufe hinterfragt werden mussten. Durch diese Auseinandersetzung mit den bestehenden Systemen wurde die Möglichkeit für deren Weiterentwicklung und Verbesserung geschaffen. Die KTQ Rezertifizierung, die alle drei Jahre stattfindet, sieht eine Evaluierung der einzelnen Arbeitsschritte vor und trägt so zu deren laufender Verbesserung bei. So kann die hohe Qualität auf lange Frist gewährleistet werden, was den Patientinnen und Patienten, aber auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu Gute kommt.

Als positiv wird auch gesehen, dass durch die im Lauf der Zertifizierung und Verleihung des Deutschen Palliativsiegels entstandenen Dokumente, wie die Leit- und Richtlinien oder auch der Ethikkodex, die Arbeitsabläufe einheitlicher gestaltet und standardisiert werden können. Das gibt Sicherheit, vor allem in Situationen, wo schnell gehandelt werden muss. Diese Leit- und Richtlinien dienen aber auch als Nachschlagewerk für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und erleichtern die Einschulung von Personal. So kann auf Dauer, unabhängig von Personal oder Dienstzeiten, eine qualitätsvolle Leistung für die Patientinnen und Patienten aufrechterhalten werden. Die Erstellung dieser zahlreichen Dokumente, die noch dazu in kurzer Zeit erfolgen musste, wurde aber von einigen Interviewpartnern kritisch betrachtet. Die große

Anzahl der Richt- und Leitlinien habe dazu geführt, dass bei manchen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Durchdringungsgrad nicht mehr gegeben war. Eine Evaluierung sei hier wahrscheinlich notwendig sein.

Verbesserungspotential sahen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor allem bei der internen Kommunikation und der Weitergabe von Informationen, zwei Faktoren, die auch für die Überzeugungsarbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Bedeutung seien. Obwohl die meisten Befragten das insgesamt große Engagement des Personals hervorhoben, hörte man hin und wieder eine gewisse Kritik in Bezug auf die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte durch, die als weniger kooperativ in Bezug auf Veränderungen genannt wurde.

Eine sehr engagierte Seelsorge ist zu spüren, die sich dem Haus verbunden fühlt und auch von der Krankenhausleitung und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr geschätzt wird. Viele Ideen für den Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden wie auch für die Verabschiedungsfeiern wurden auf Initiative der Seelsorge gestartet und umgesetzt. So werden u.a. nun auch Patientinnen und Patienten der Intensivstation von der Seelsorge spirituell begleitet, wo in früheren Zeiten der Zugang eher restriktiv gehandhabt wurde. Für Verstorbene aller Stationen werden nun ökumenische Gottesdienste angeboten, bunte Verabschiedungstücher wurden unter Leitung der Seelsorge gestaltet, Verabschiedungstexte und Trauerboxen mit Utensilien für eine würdige Verabschiedungsfeier vorbereitet und auf allen Stationen verteilt. Kontakte zu anderen Konfessionen werden aufgenommen, um den Patientinnen und Patienten eine ihrer Religion entsprechende Begleitung zu ermöglichen. Der persönliche Einsatz der Seelsorge für die Patientinnen und Patienten, aber auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber wirkt sehr positiv auf das gesamte Krankenhaus aus.

Unabhängig von der Einführung des Deutschen Palliativsiegels machten sich auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geburtenstation Gedanken darüber, wie man mit Situationen bei Früh- bzw. Spätaborten und Totgeburten umgeht und sie gründeten eine Trauergruppe, die sich mit diesen Themen befasste. Daraus resultierten etliche Maßnahmen, die einen respektvollen und sensiblen Umgang mit den betroffenen Patientinnen und deren Angehörigen ermöglichen.

Es ist anzunehmen, dass auch ohne KTQ Zertifizierung und Einführung des Deutschen Palliativsiegels das Engagement der Seelsorge bzw. das anderer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht geringer wäre. Diese Verfahren helfen aber, Maßnahmen strukturiert

vorzubringen und durchzusetzen. Durch die KTQ Zertifizierung und die Auszeichnung mit dem Palliativsiegel wurde das Thema „Sterben und Tod“ im gesamten Haus präsenter. Die Auseinandersetzung damit erfolgt auf allen Stationen und steht nicht nur bei der Seelsorge und der Palliativstation zur Diskussion. Die Leiterin der Palliativstation, die anfangs wenig Verständnis dafür zeigte, dass das gesamte Krankenhaus mit dem Siegel ausgezeichnet werden soll, kann zwei Jahre danach eine deutliche Steigerung des palliativen Gedankens und der entsprechenden Maßnahmen im gesamten Haus spüren. Dieses Bewusstwerden auf allen Stationen hätte es vermutlich ohne die Zertifizierung und das Siegel nicht gegeben. Durch die Rezertifizierung im Jahr 2018 ist sichergestellt, dass diese Diskussionen auch weiterhin auf allen Stationen und Köpfen stattfindet.

Eine große Herausforderung ist es natürlich, die Qualität auch täglich zu leben, sodass sie nicht nur als vage Vorstellung in den Köpfen existiert oder in Form von Leit- und Richtlinien bzw. dem Leitbild niedergeschrieben ist, sondern fixer Bestandteil des Alltags wird. Durch die Implementierung des Ethikkomitees und die Erstellung eines Ethikkodex im Zuge der Zertifizierung wurde hier ein großer Fortschritt erreicht. Im Rahmen des Ethikkomitees können Fragestellungen zur Betreuung und Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie der Umgang miteinander diskutiert werden und aus den Gesprächen mit dem Personal erkennt man, dass sich in den letzten zwei Jahren im Bereich Palliativ Care im Krankenhaus viel zum Wohl der Patientinnen und Patienten getan hat. Dennoch gibt nach Ansicht einiger Befragter noch manche Mängel, die eine qualitative Arbeit behindern. Auf der Geburtenstation z.B. seien auf Grund der geringen Bettenanzahl oft Engpässe bei den Räumlichkeiten vorhanden. Die Leiterin der Palliativstation äußerte Bedenken zum Ärztemangel und würde sich für eine optimale Betreuung der Patientinnen und Patienten eine Konilsärztin bzw. einen -arzt auf ihrer Station wünschen. Auch die Leitung der Seelsorge sieht Verbesserungspotential, vor allem bei der Anzahl der durchgeführten Verabschiedungsfeiern. So sieht man, dass Verbesserung ein stetiger Prozess ist, der immer wieder aufs Neue beginnt.

Durch das Siegel werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für ihre Arbeit an Schwerkranken und Sterbenden ausgezeichnet. Sie werden dadurch sichtbar gemacht und wertgeschätzt, was wiederum hohe Motivation bei ihnen hervorruft. Vor allem im Pflegebereich arbeiten viele Menschen mit Schwerkranken und Sterbenden. Trotz enormer Arbeitsbelastung und Wichtigkeit wird die Leistung dieser Berufsgruppe oft wenig anerkannt. Eine Auszeichnung mit dem Palliativsiegel kann helfen, in der Öffentlichkeit Anerkennung zu finden.

Trotz aller Standards und Richtlinien, darf man jedoch nicht vergessen, dass ethisches Handeln und ein respektvoller Umgang mit Schwerstkranken und Sterbender in der Verantwortung der einzelnen Menschen liegt. Das Qualitätsmanagement allein kann nur für die entsprechenden Rahmenbedingungen sorgen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrer Arbeit unterstützen. Ohne das persönliche Engagement, der Liebe zum Menschen und der Arbeit, sowie der nötigen Sensibilität kann ein würdevolles Sterben im Krankenhaus nicht gewährleistet werden.

6 Ausblick

In Hinblick auf Palliative Care stimmen die Interviewten darin überein, dass vor allem der Patientinnen und Patientenwille bei der Versorgung und Behandlung im Vordergrund stehen müsse und – wie die Leitung der Palliativstation bemerkt – sei dies vor allem dadurch gewährleistet, dass Patientinnen und Patienten vermehrt Vorsorgevollmachten bzw. Patientenverfügungen besitzen. Aus Sicht des Oberarztes der Intensivstation sei es jedoch in der Praxis so, dass der palliative Gedanke viel zu spät ansetzt, und zwar erst im Krankenhaus. Patientinnen und Patienten werden im Notfall - oft gegen ihren Willen - auf die Intensivstation gebracht, wo dann nach dem mutmaßlichen Patientenwillen behandelt wird. Dabei sind schwerwiegende Entscheidungen über Therapiemöglichkeiten dann zusammen mit den Angehörigen zu treffen. Schwierig und aufwendig ist es, erst bei der Intensivbehandlung die Wünsche der Patientin bzw. des Patienten zu eruieren. Seiner Meinung nach müssten die Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich und auch in Pflegeheimen vermehrt das Thema Palliative Care ansprechen und Patientinnen und Patienten auf das immer noch in der Gesellschaft tabuisierte Thema „Sterben und Tod“ vorbereiten und zu einer Verschriftlichung des Patientinnen- und Patientenwillens hinführen, die eine wichtige Voraussetzung für ein würdevolles Sterben sei.

Auszeichnungen wie das Deutsche Palliativsiegel helfen, den Palliativgedanken in der Öffentlichkeit zu verbreiten, das Thema „Sterben und Tod“ in der Gesellschaft zu enttabuisieren und sich damit aktiv auseinanderzusetzen. In diesem Zusammenhang werden Vorsorgevollmachten bzw. Patientenverfügungen in Zukunft eine immer größere Bedeutung spielen.

Das Krankenhaus Oberwart, ist weltweit das erste, das mit dem Deutschen Palliativsiegel ausgezeichnet wurde. Es hat damit eine Vorreiter- und Vorzeigerolle im Rahmen der

internationalen Palliativbewegung inne. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind sich ihrer Verantwortung im Zusammenhang damit bewusst und mit Engagement bestrebt, ihre Ziele umzusetzen und ihr Leitbild nach einem respektvollen Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen zu realisieren. In Zukunft sollen viel mehr Menschen ihre letzten Tage entsprechend ihrem eigenen Wunsch verbringen können. Sterben ist nicht zu vermeiden, schlecht zu sterben aber schon.

7 Anhang

7.1 Einverständniserklärung

Sehr geehrte (r)

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an diesem Interview teilzunehmen!

1. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit „Die Wirkung und die Konsequenzen der Einführung des Deutschen Palliativsiegels® in einem österreichischen Krankenhaus“ an der Ferdinand Porsche FernFH führe ich qualitative Interviews zu diesem Thema durch.
2. Das Interview wird etwa 30 bis 45 Minuten in Anspruch nehmen und aufgezeichnet.
3. Die Befragung erfolgt streng vertraulich. Alle Daten werden entsprechend der österreichischen Datenschutzbestimmungen verwahrt und zur Gänze anonymisiert.
4. Ich bitten Sie hiermit um Ihr Einverständnis, dass Sie an dem Interview teilnehmen, und dass die im Zuge der Studie erhobenen Daten im Rahmen einer wissenschaftlichen Abschlussarbeit ausgewertet und herangezogen werden dürfen. Sollten Sie einverstanden sein, so bitten wir Sie die beiliegende Einverständniserklärung zu unterzeichnen.

Für Fragen und weitere Informationen stehen ich Ihnen gerne telefonisch oder per E-Mail zur Verfügung:

Dr. Maria Batthyány-Strattmann

Marokkanergasse 3/3/65, 1030 Wien

maria@batthyany.at

+43 (0)67688088412

Ich bedanke mich herzlich für Ihre Unterstützung!

Einverständniserklärung

Ich habe die Informationen über die Studie sorgfältig gelesen und verstanden.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die erhobenen Daten und Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form im Rahmen der wissenschaftlichen Abschlussarbeit von Dr. Maria Batthyány-Strattmann verwendet werden dürfen.

Ort, Datum, Unterschrift

7.2 Fragebögen

Tabelle 4 Übersicht über die Fragestellungen bei den Interviews und die jeweiligen Abteilungen

Frage #	Fragestellung	Abteilung [QM, ÄD, PD, KD, GST, IST, S, PST] ¹
1	Welches Qualitätsmanagementsystem war vor der KTQ Zertifizierung im KH implementiert?	QM
2	Warum hat man sich 2015 für eine KTQ Zertifizierung entschieden und nicht für ein anderes Qualitätsmanagementsystem?	QM, ÄD, PD, KD
3	Welche Beweggründe gab es für das Ansuchen um das Deutsche Palliativsiegel?	QM, ÄD, PD, KD
4	Welche Vorteile hat man sich für das KH durch die KTQ Zertifizierung und den Verleih des Deutschen Palliativsiegels erhofft?	QM, ÄD, PD, KD
5	Wie lange hat sich das KH auf die KTQ Zertifizierung und den Verleih des Deutschen Palliativsiegels vorbereitet?	QM, ÄD, PD, KD
6	Inwieweit wurden personelle Ressourcen für die Vorbereitung der Zertifizierung aufgestockt?	QM, ÄD, PD, KD

¹ QM: Qualitätsmanagement, ÄD: Ärztlicher Direktor, PD: Pflegedirektor, KD: Kaufmännischer Direktor, GST: Geburtenstation, IST: Intensivstation, S: Seelsorge, PST: Palliativstation

Frage #	Fragestellung	Abteilung [QM, ÄD, PD, KD, GST, IST, S, PST] ²
7	Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren zeigten sich im Vorfeld für eine Zertifizierung?	QM, ÄD, PD, KD
8	Welche Kosten sind in Zuge der Zertifizierung entstanden?	QM, ÄD, PD, KD
9	<p>Welche konkreten Maßnahmen/Standards wurden für die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in folgenden Bereichen implementiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation (Standards, Leitlinien, Ausbildung, QM) - Information (Patientenverfügungen, Willenserklärungen, Diagnostik & Therapie in Absprache mit den Patientinnen und Patienten) - Kooperation (mit anderen Partnern) - Räumlichkeiten (Einzelzimmer für Sterbende, Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige, Abschiedsraum) - Versorgung (Komplementärmedizin, Betreuung entsprechend individueller Bedürfnisse) - Angehörige (Einbeziehung in die Versorgung, Angebote für Angehörige bis über den Tod hinaus) 	QM, ÄD, PD, KD

² QM: Qualitätsmanagement, ÄD: Ärztlicher Direktor, PD: Pflegedirektor, KD: Kaufmännischer Direktor, GST: Geburtenstation, IST: Intensivstation, S: Seelsorge, PST: Palliativstation

Frage #	Fragestellung	Abteilung [QM, ÄD, PD, KD, GST, IST, S, PST] ³
10	Wie lautet das Leitbild des KH und wie wird es gelebt?	QM
11	Inwieweit konnten Ihre Erwartungen (Vorbehalte) bzgl. der KTQ Zertifizierung und dem Deutschen Palliativsiegel erfüllt werden?	QM, ÄD, PD, KD, GST, IST, S, PST
12	Wo gibt es noch Verbesserungspotential?	QM, ÄD, PD, KD, GST, IST, S, PST
13	Ergaben sich auf Grund der KTQ Zertifizierung und den Anforderungen des Deutschen Palliativsiegels auch Nachteile für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter? Wie wird damit umgegangen? z.B. Zeitmangel auf Grund eines erhöhten bürokratischen Aufwandes und/oder erhöhter Betreuungsbedarf bei Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen.	QM, ÄD, PD, KD, GST, IST, S, PST
13	Was hat sich aus Ihrer Sicht seit der Einführung des Deutschen Palliativsiegels bei der Versorgung Sterbender und Schwerstkranker geändert?	QM, ÄD, PD, KD, GST, IST, S, PST
14	Was würden Sie aus heutiger Sicht anders machen	QM, ÄD, PD, KD
15	Wie wird sichergestellt, dass stetige Verbesserungen vorangetrieben werden?	QM, ÄD, PD, KD

³ QM: Qualitätsmanagement, ÄD: Ärztlicher Direktor, PD: Pflegedirektor, KD: Kaufmännischer Direktor, GST: Geburtenstation, IST: Intensivstation, S: Seelsorge, PST: Palliativstation

Frage #	Fragestellung	Abteilung [QM, ÄD, PD, KD, GST, IST, S, PST] ⁴
16	Mit welchen Thematiken/Aufgaben musste sich das Ethikkomitee im KH in den letzten 2 Jahren auseinandersetzen?	QM, ÄD, PD, KD
17	Inwieweit hilft der KECK (Krages-Ethik-Codex) bei der Entscheidungsfindung?	QM, ÄD, PD, KD
18	Wie oft finden Patienten-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragungen, wie auch eine Befragung externer Einrichtungen statt? Wie wird mit den Ergebnissen umgegangen.	QM, ÄD, PD, KD
19	Was hat sich seit der letzten Befragung (Patientinnen und Patienten / Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) verbessert/verschlechtert?	QM, ÄD, PD, KD
20	Wie wird mit den Wünschen und Beschwerden von Patientinnen und Patienten bzw. von deren Angehörigen sowie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umgegangen? Werden die Feedback-Bögen / -Briefkästen genutzt?	QM, ÄD, PD, KD
21	Welche Auswirkungen hatte die KTQ Zertifizierung und der Verleih des Deutschen Palliativsiegels auf die Organisationskultur der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?	QM, ÄD, PD, KD, GST, IST, S, PST

⁴ QM: Qualitätsmanagement, ÄD: Ärztlicher Direktor, PD: Pflegedirektor, KD: Kaufmännischer Direktor, GST: Geburtenstation, IST: Intensivstation, S: Seelsorge, PST: Palliativstation

Frage #	Fragestellung	Abteilung [QM, ÄD, PD, KD, GST, IST, S, PST] ⁵
22	Inwieweit wurde die Abteilung zu den Vorbereitungen zur KTQ Zertifizierung und dem Deutsche Palliativsiegel einbezogen?	GST, IST, S, PST
23	Wie setzt sich das Team der Seelsorge zusammen?	S
24	Welche Angebote bietet die Abteilung für Schwerstkranke/Sterbende sowie deren Angehörige?	GST, IST, S, PST
25	Inwieweit ist das Thema Sterben und Tod auf der Abteilung präsent?	GST, IST
26	Inwieweit hat sich durch die KTQ Zertifizierung und das Deutsche Palliativsiegel ihr Führungsstil geändert?	GST, IST, PST
27	Welche Glaubensrichtungen werden von der Seelsorge betreut? Wie wird mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen anderer Konfessionen (z.B. Moslems) umgegangen?	S
28	Wie kann man sich eine palliativ medizinische Betreuung auf der Intensivstation vorstellen?	IST
29	Wie haben die Onkologie- und Palliativstation anfänglich auf die Idee, eine KTQ Zertifizierung und das Deutsche Palliativsiegel für das gesamte Krankenhaus anzustreben, reagiert? Gab es Vorbehalte	PST

⁵ QM: Qualitätsmanagement, ÄD: Ärztlicher Direktor, PD: Pflegedirektor, KD: Kaufmännischer Direktor, GST: Geburtenstation, IST: Intensivstation, S: Seelsorge, PST: Palliativstation

	gegenüber dem Siegel für das gesamte Krankenhaus? Wenn ja, welche?	
--	--	--

Literaturverzeichnis

- Batthyány-Strattmann, M. (2017). Die Verortung von ethischen Fragestellungen im Qualitätsmanagement.
- 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.
- Froschauer, U., & Lueger, M. (2003). Das qualitative Interview: zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: facultas.wuv.
- 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>

Online-Quellen

- <http://www.ktq.de/> [Abruf am 05.10.2016]
- <http://www.krages.at> [Abruf am 10.02.2017]
- <https://www.transmit.de> [Abruf am 10.2.2017]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Der neu adaptierte Raum in der Pathologie.	16
Abbildung 2 Links oben: Trauerbox auf der Geburtenstation. Links unten: Spruch mit kleiner Brosche (Fußabdruck) für die Eltern. Rechts: Vorlage eines Verabschiedungsrituals.	17
Abbildung 3 Vorbereitung einer Verabschiedungsfeier auf der Palliativstation.	17
Abbildung 4 Verabschiedungstuch für „Stillgeburten“ der Selbsthilfegruppe Regenbogen. ..	18
Abbildung 5 Ausschnitt des Kreuzweges in der Kapelle	19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Themenausarbeitung der Interviews	10
Tabelle 2 Maßnahmen der KTQ Zertifizierung und des Deutschen Palliativsiegels	13
Tabelle 3 Anzahl der Verstorbenen im Jahr 2015 nach Bereichen	15
Tabelle 4 Übersicht über die Fragestellungen	45