

Qualitätsmanagement auf einer Palliativstation – welchen Beitrag können qualitative Interviews mit Patienten und ihren Angehörigen leisten?

Quality Management on a Palliative Care Unit – What Can be Gained from Qualitative Interviews with Patients and their Relatives?

Autoren

K. Klindtworth¹, J. Cuno², N. Schneider¹, K.-H. Wehkamp³

Institute

¹ Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Arbeitsgruppe Versorgung im letzten Lebensabschnitt

² Sozialstiftung Bamberg, Abteilung Palliativmedizin, Hospiz- und Palliativzentrum

³ Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Department Life Sciences

Schlüsselwörter

- qualitative Forschung
- Qualitätsmanagement
- Palliativstation
- Patientenzufriedenheit

Keywords

- qualitative research
- quality management
- palliative care unit
- patient satisfaction

Zusammenfassung



Hintergrund Krankenhäuser, und damit auch die Palliativstationen, sind zu einem internen Qualitätsmanagement (QM) verpflichtet. Ein wichtiger Indikator ist die Patientenzufriedenheit. Sie kann auf unterschiedliche Weise erfasst werden. Häufig kommen quantitative Instrumente wie teilstandardisierte Fragebögen zum Einsatz, was mit diversen methodischen und inhaltlichen Limitationen behaftet ist. Ziel dieses Beitrages ist es, ein qualitatives Erhebungsverfahren näher zu beleuchten („embedded research“).

Material und Methode Durchgeführt wurden 19 qualitative Interviews mit Patienten (n=10) und Angehörigen (n=9) auf einer Palliativstation in Bamberg. Die Interviews wurden handschriftlich aufgezeichnet und mit Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse Die Durchführung der qualitativen Interviews hat sich bewährt. Als entscheidende Faktoren für die Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen mit der Versorgung auf der Palliativstation wurden zwischenmenschliche Beziehungen und Kommunikation herausgearbeitet. Von erheblicher Bedeutung sind weiterhin eine patientenzentrierte medizinisch-pflegerische Versorgung, Selbstständigkeit sowie die Atmosphäre der Einrichtung. Die Ergebnisse sowie der methodische Zugang wurden in das QM der Palliativstation in Bamberg integriert.

Diskussion Der Zugang über „embedded research“ sowie der Gebrauch qualitativer Interviews sind gut geeignet, um Informationen von Patienten und Angehörigen für ein praxisorientiertes QM zu erhalten. Das Potenzial qualitativer Verfahren sollte zur Optimierung des QM in der Palliativversorgung stärker genutzt werden.

Abstract



Background Internal quality management is compulsory for health care institutions and consequently also for palliative care units. The patients' satisfaction is an important quality indicator that can be measured using different approaches. Frequently quantitative instruments such as semi-standardised questionnaires are used, resulting in several methodical and contentual limitations. The aim of this article is to highlight a qualitative approach („embedded research“).

Materials and methods Qualitative interviews with patients (n=10) and their relatives (n=9) on a palliative care unit in Bamberg. The interviews were documented in writing and analysed using qualitative content analysis.

Results Conducting the qualitative interviews was reliable. For satisfaction of patients and their relatives with the delivery of care on the palliative care unit, interpersonal aspects and communication were highly important. Furthermore, patient-centred nursing and medical care as well as patient autonomy and the atmosphere of the palliative unit were worked out as relevant factors for satisfaction. The findings as well as the methodical approach were integrated into routinely quality management of the palliative care unit in Bamberg.

Discussion The approach of „embedded research“ and the use of qualitative interviews are well-suited to gather information from patients and relatives for practice-oriented quality management. To optimise quality management in a palliative care setting, the potential of qualitative instruments should be exploited more intensively.

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1248503>
Z Palliativmed 2010; 11:
180–187

© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 1615-2921

Korrespondenzadresse

Katharina Klindtworth
Medizinische Hochschule
Hannover, Institut für Epidemiologie,
Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Tel.: 0511/532-4063
Fax: 0511/532-5347
klindtworth.katharina@mh-hannover.de

Hintergrund



Mit der Gesundheitsreform 2000 sind die Krankenhäuser nach dem Sozialgesetzbuch V § 135a Abs. 2 verpflichtet, interne Qualitätsmanagementsysteme einzuführen. Ziel ist die Verbesserung der Versorgungsqualität durch Optimierung von Strukturen und Prozessen in der Patientenversorgung, effizienter Ressourceneinsatz sowie Förderung der Transparenz, u.a. durch Veröffentlichung eines 2-jährlichen Qualitätsberichts [1,2].

Dabei kommen in den Krankenhäusern, wie auch in anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen, unterschiedliche Qualitätsmanagementansätze zum Einsatz. Ein Beispiel dafür ist die internationale Norm DIN EN ISO 9001, die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem festlegt und die Grundlage für eine externe Zertifizierung bildet [1]. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Dokumentation von Verfahrensanweisungen und der Kontrolle, diese Grundsätze und Verfahrensregeln einzuhalten.

Das Qualitätsmanagement (QM) betrifft alle Bereiche der stationären Patientenversorgung und somit auch die Palliativstationen. Qualitätssicherung muss erbracht werden [3], wobei sich die besondere Herausforderung stellt, die Qualität der Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Patienten adäquat abzubilden und Methoden zu verwenden, die dieser vulnerablen Zielgruppe gerecht werden.

Definitionen und Eingrenzungen der Palliativversorgung tragen zu einer Sicherung der Behandlungsqualität anhand messbarer und objektiver Outcome-Parameter bei [4]. Zahlreiche Instrumente wurden entwickelt, die sich der Evaluation der Lebensqualität (quality of life – QoL) in der palliativen Situation widmen [5], in verschiedenen Settings und mit unterschiedlichen Schwerpunkten [6]. Ein globales Instrument ist der Palliative Outcome Score (POS) [3], der sowohl Patienten- als auch Mitarbeiter einschließt und in der deutschen Version validiert ist [7].

Es bleibt die Herausforderung, den eigenen Qualitätsbegriff von jedem Palliativpatienten selbst definieren und bewerten zu lassen [8]. Die subjektiv empfundene Zufriedenheit des Patienten in der aktuellen Versorgungssituation hat einen erheblichen Anteil an seiner Lebensqualität. Diesen Punkt zu fokussieren führt zu einem besseren Verständnis der Patienten und ihrer betreuenden Personen in der Lebensendphase [9].

Vor dem Hintergrund der Zertifizierung einer Palliativstation bedarf es einer Methode, die mit relativ einfacher Handhabung im stationären Alltag die wichtigsten Punkte aus Sicht des QM erfragt, ohne den Fokus auf die Zielgruppe zu vernachlässigen. Optimal wäre es, durch die Anwendung der Erhebungsmethode einen Beitrag zur Versorgung und Begleitung des Betroffenen zu leisten.

Das Beispiel der Sozialstiftung Bamberg

Im Rahmen eines explorativen Ansatzes wurde für die im Oktober 2008 geplante Zertifizierung nach DIN EN ISO von den Verantwortlichen entschieden, das quantitative Messverfahren auf der Palliativstation der Sozialstiftung Bamberg (SSB) durch qualitative Interviews zu ersetzen und diese in den Versorgungsalltag zu integrieren. Bei dieser Überlegung spielte der Umstand eine große Rolle, dass Menschen in ihren letzten Lebenstagen in einer besonderen Situation sind, die eine Anpassung der in anderen Versorgungskontexten üblichen Qualitätssicherungsverfahren erforderlich machen.

Bis zu diesem Zeitpunkt kamen in der gesamten Einrichtung 2-seitige quantitative Fragebögen zum Einsatz, die anhand von

13 Fragen die Zufriedenheit u.a. in den Bereichen Versorgung, Freundlichkeit und Betreuung erhoben. Für die Palliativstation sollten weitere Aspekte wie Wohlbefinden, Schmerzen bzw. Schmerzfreiheit, zwischenmenschliche Beziehungen, Einbezug der Angehörigen in die täglichen Abläufe und Aufgaben, gewünschtes Beratungsangebot – auch über den Tod des Patienten hinaus – sowie Speisenversorgung bzw. Berücksichtigung besonderer Ernährungswünsche integriert werden, um ein umfassenderes Bild der Versorgung der Patienten und ihrer Angehörigen zu erlangen.

Die Erfahrung auf der Palliativstation sprach gegen die weitere Verwendung der quantitativen Befragung und für den Versuch einer anderen Erhebungstechnik. So war der Rücklauf der quantitativen Fragebögen wiederholt unbefriedigend niedrig (<10 Bögen/Quartal) und es ergaben sich zu wenig verwertbare Hinweise zur Qualitätssicherung und -verbesserung. Gespräche mit Pflegekräften im Vorfeld der Studie zeigten, dass sich bei ihnen das Gefühl fehlenden Anstandes bzw. einer defizitären ethischen Grundhaltung seitens der Einrichtung einstellen, wenn sie für die Ausgabe der Fragebögen an die Patienten zuständig sind.

Vor diesem Hintergrund entstand die Idee einer qualitativen Befragung, die folgende Kernaspekte beleuchten sollte:

- Wie zufrieden sind die Patienten und ihre Angehörigen auf der Palliativstation?
- Welche Erwartungen haben die Patienten und ihre Angehörigen und wie kann die Zufriedenheit und das Wohlbefinden verbessert bzw. gestärkt werden?
- Ist das qualitative Interviewverfahren geeignet, um den Palliativpatienten und ihren Angehörigen im Rahmen einer Zufriedenheitsbefragung zu begegnen? Bedarf es einer Anpassung bzw. Ergänzung der bisherigen Methode?

Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, die Ergebnisse der ersten qualitativen Patienten- und Angehörigenbefragung auf der Palliativstation der Sozialstiftung Bamberg vorzustellen und die Ergebnisse sowie die Erfahrungen mit dieser Erhebungsmethode im Rahmen des Qualitätsmanagements zu diskutieren.

Wissenschaftstheoretische Überlegungen

Der Impuls zu dieser Studie entstand durch ein laufendes Ethikprojekt, das an der SSB von einem Autor (KW) begleitet wurde. Die organisationsethische Komponente führte dabei zu einer Überprüfung der Methoden des QM. Ausgehend von der Annahme, dass es sich hier um eine besonders vulnerable Gruppe handelt, wurde die bisherige Praxis der Zufriedenheitserfassung/-messung ersetzt durch ein Herangehen durch „embedded research“ (eingebettete Forschung). Dieser Terminus beschreibt eine Synchronisation von Betreuungs-, Forschungs- und Kommunikationsmethode und fußt auf einem eher hermeneutischen Ansatz, der den Forscher bzw. Qualitätsbeauftragten niemals aus seiner humanen Verantwortung gegenüber dem Befragten entlässt.

Methodik



Interviewleitfaden

Es wurden teilstandardisierte Leitfadenterviews durchgeführt. Auf Basis der oben genannten Fragestellungen und unter Berücksichtigung der herkömmlichen Zufriedenheitserhebungen auf der Palliativstation wurde der Leitfaden für die Patienten unter Beteiligung des Palliativteams und der Autoren erarbeitet, der aus 6 Fragen bestand (► Tab. 1). Den Befragten wurde die Möglichkeit

Tab. 1 Leitfaden Patienten.

1. Sie werden hier von verschiedenen Leuten betreut, sind Sie damit zufrieden? An welchen Faktoren liegt das?
Perspektiven: insgesamt, Personal, Versorgung (Pflege / Ernährung u. a.), Einbezug Angehöriger in Aufgaben / Abläufe, Beratungsangebot (Zeitpunkt / Themen), geistiger Beistand
2. Was schätzen Sie hier ganz besonders?
3. Und gibt es etwas, was Sie hier belastet oder stört?
4. Mögen Sie mir ein wenig darüber erzählen, wie es Ihnen geht?
Perspektiven: Schmerzen / Schmerztherapie, Wohlbefinden, Angst, Aufklärungszustand, Lebenszufriedenheit
5. Haben Sie Wünsche oder Vorschläge an die Abteilung? Was könnten wir besser machen?
6. Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?

Tab. 2 Leitfaden Angehörige.

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

gegeben, ihre Sicht auf verschiedene Aspekte der Versorgung zu äußern und ihre subjektive Zufriedenheit zu beschreiben. Der Leitfaden für die Angehörigen wurde entsprechend modifiziert und umfasst 7 Fragen (● **Tab. 2**). Die Leitfäden wurden auf Handhabbarkeit sowie die Verständlichkeit der Fragen an 5 Interviewpartnern getestet.

Rekrutierung

Eingeschlossen wurden alle Patienten, die im Befragungszeitraum (August bis September 2008) auf der Palliativstation Bamberg behandelt wurden und ihre Angehörigen. Die Rekrutierung erfolgte durch die Pflegekräfte und den leitenden Arzt der Palliativstation (JC). Es wurde zuerst die Fähigkeit zur Teilnahme des Patienten und die Bereitschaft zu einem Gespräch geprüft, erst danach kam der Kontakt zwischen der Interviewerin (KK) und dem Interviewpartner zustande. Der Interviewteilnehmer wurde über Zweck, Ablauf und voraussichtliche Dauer des Gesprächs informiert. Anonymität in der Auswertung und Behandlung der Daten wurde zugesichert und gewährleistet, das mündliche Einverständnis der Teilnehmer eingeholt.

Durchführung

Die Interviews wurden von der Erstautorin (KK), die nicht in die Patientenversorgung involviert war, an 2 Tagen im August (Pretest) und 5 Tagen im September 2008 (Hauptphase) auf der Palliativstation in Bamberg durchgeführt.

Zur Dokumentation wurde die klassische Methode der Feldnotizen gewählt [10], um in der Situation so viel Natürlichkeit wie möglich zu bewahren.

Anschließend Notizen und ein Ambienteprotokoll ergänzten die Aufzeichnungen. Nachträglich eingefügte Anmerkungen wurden explizit markiert, um sie als mögliche Interpretationen in der Auswertung behandeln zu können. Personendaten wie Diagnose und Alter wurden den Akten entnommen und separat dokumentiert. Das Führen eines Forschungstagebuchs dokumentierte die täglichen Abläufe auf der Palliativstation, Änderungen, auftretende Probleme und Besonderheiten. Die Interviews erfolgten mit den Patienten im Einzelgespräch. Bei den Angehörigeninterviews war mitunter ein weiterer Angehöriger anwesend bzw. das Angehörigengespräch fand in Gegenwart des Patienten statt.

Eine sensible und aufmerksame Wahrnehmung aller Veränderungen bzw. möglicher Belastung durch die Interviewsituation stellte die Interviewerin durch das individuelle Eingehen auf die Situation des Gesprächspartners sicher. Eine Unterbrechung bzw. ein Abbruch des Interviews waren jederzeit möglich.

Nach Durchführung von insgesamt 19 Interviews wurde die Erhebung abgeschlossen, weil kein weiterer Erkenntnisgewinn zu verzeichnen war (Sättigung) [11].

Parallel zu den Interviews sind ergänzende Gespräche mit dem Personal (Therapeuten, Pflege, Hospizhelferinnen und Menüsassistentin) auf der Station geführt worden. Diese Gespräche dienten der Ergänzung und dem Perspektivwechsel in der Darstellung angesprochener Themen und Probleme.

Auswertung

Die Auswertung erfolgte auf Grundlage einer 4-stufigen qualitativen Inhaltsanalyse [12]. Alle 19 geführten Interviews flossen mit in die Auswertung ein.

Im ersten Schritt wurden die Aufzeichnungen zeitnah in elektronische Form (Word) übertragen. In der Pretestphase wurde ein initiales Auswertungsraster entwickelt, das im zweiten Schritt eine konzentrierte Gliederung des Datenmaterials ermöglichte (● **Tab. 3**).

Ziel dieses Zwischenschrittes war, erste Ergebnisse im Rahmen der Zertifizierung vorzulegen. Innerhalb dieser übergeordneten Fragestellungen wurden nachfolgend im dritten Schritt die Aussagen interviewübergreifend kategorisiert und gewichtet. Als abschließender Schritt folgte eine weitere Abstraktion der gebildeten Kategorien, die anhand verschiedener Perspektiven die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen wiedergaben.

Es fand eine kontinuierliche Kontrolle der Kategorien und extrahierten Textpassagen am Ursprungsmaterial sowie die Reflektion des Prozesses zwischen den Autoren statt. KK ist Gesundheitswissenschaftlerin mit qualitativem Methodenschwerpunkt, JC ist ärztlicher Leiter der Palliativstation der Sozialstiftung Bamberg, NS ist Arzt und Gesundheitswissenschaftler mit Schwerpunkt Versorgungsforschung und KW ist Arzt, Sozialwissenschaftler und Medizinethiker.

Ethik

Die Studie wurde Ethikexperten (Mitgliedern der Akademie für Ethik in der Medizin) vorgestellt. Es wurde keine Notwendigkeit für ein formales Ethikvotum gesehen.

Ergebnisse



Beschreibung der Teilnehmer

Es wurden insgesamt 19 Interviews durchgeführt, davon 10 Interviews mit Patienten und 9 mit Angehörigen (● **Tab. 4** und

Tab. 3 Initiales Auswertungsraster.

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

ID	Geschlecht Patient	Alter Patient	Aufenthaltsdauer in Tagen*	Hauptdiagnose: nicht- / onkologisch
P 1	weiblich	84	7	nicht onkologisch
P 2	männlich	61	13	onkologisch
P 4	weiblich	51	27	onkologisch
P 5	männlich	46	17	nicht onkologisch
P 6	weiblich	54	9	onkologisch
P 8	weiblich	75	19	onkologisch
P 9	männlich	77	12	onkologisch
P 11	weiblich	48	10	onkologisch
P 13	männlich	57	3	onkologisch
P 14	weiblich	72	2	onkologisch

Tab. 4 Personendaten Patienten (* zum Zeitpunkt des Interviews).

ID	Verwandtschaftsverhältnis zum Patienten	Alter des Angehörigen	Aufenthaltsdauer des Patienten in Tagen*	Hauptdiagnose: nicht- / onkologisch
A 3	Tochter	51	7	nicht onkologisch
A 7	Ehemann	76	13	onkologisch
A 10	Sohn	Ende 40	12	onkologisch
A 12	Schwester	51	10	onkologisch
A 15	Tochter	52	45	nicht onkologisch
A 16	Ehefrau	55	2	onkologisch
A 17	Cousine	ca. 70	1	onkologisch
A 18	Lebensgefährtin	76	1	onkologisch
A 19	Tochter	40	8	onkologisch

Tab. 5 Personendaten Angehörige (* zum Zeitpunkt des Interviews).

► **Tab. 5).** Die Länge der Interviews lag zwischen 15 und (im Einzelfall) 70 Minuten.

Sechs Patienten waren weiblich und 4 Patienten männlich. Das Durchschnittsalter belief sich auf 63 Jahre mit einer Spannweite von 46–84 Jahren. Das Verhältnis von onkologischen zu nicht onkologischen Patienten betrug 8 : 2. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug am Tag der Befragung 12 Tage mit einer Spanne von 2–27 Tagen.

Von den 9 befragten Angehörigen waren 7 weiblich und 2 männlich. Die Aufenthaltsdauer der dazugehörigen Patienten betrug zum Zeitpunkt der Angehörigeninterviews im Schnitt 11 Tage. Das Verhältnis von onkologischen zu nicht onkologischen Patienten betrug hier 7 : 2. Alle Befragten besaßen die deutsche Staatsangehörigkeit.

Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit

Insgesamt wurde eine große Zufriedenheit der befragten Patienten und ihren Angehörigen festgestellt. Die Untersuchung gene-

Tab. 6 Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit.

Zwischenmenschliche Beziehungen
– Kommunikation
Versorgung
– Schmerztherapie
– Selbstständigkeit
– Verpflegung
– soziales und therapeutisches Angebot
Einrichtung und Atmosphäre

rierte verschiedene Faktoren, die Einfluss auf diese Zufriedenheit haben. Es wurden 3 Hauptkategorien und weitere 5 Unterkategorien gebildet (► **Tab. 6**). Die Ergebnisse werden im Folgenden entlang der Kategorien gemeinsam für Patienten (P) und Angehörige (A) präsentiert, wobei selektiv einzelne Aspekte vertieft und mit Aussagen der Befragten illustriert werden. Auf eine ge-

trennte Darstellung der Ergebnisse wird aufgrund von Redundanzen verzichtet.

1 Zwischenmenschliche Beziehungen

Patienten wie Angehörige schätzten gleichermaßen den aufmerksamen und hilfsbereiten sowie menschlichen Umgang des Personals. Die Persönlichkeit und das Auftreten des Einzelnen können dabei eine Rolle spielen.

„Man äußert Wünsche, die man sonst nicht äußern würde.“ P13

„So was wie hier habe ich noch nicht gehabt.“ P8

Als wichtig beschrieben einige Angehörigen die freundliche und einfühlsame Zuwendung durch das Personal. *„Ständig kümmert sich jemand“ A10; „(...) Freundlichkeit, ist bisl außergewöhnlich.“ A7*

Ein Angehöriger erzählte von *„Freude, Fröhlichkeit, Kindergeschrei draußen und Lachen“ A3*, was Leben auf die Station bringt.

Befragte berichteten von einem freundlichen und respektvollen Kontakt sowohl zwischen den Mitarbeitern untereinander als auch den Patienten und Angehörigen gegenüber, was sich ebenso in der Wahrung individueller Schamgrenzen und Würde bei Lebenden als auch im pietätvollen Umgang mit den Toten widerspiegelte.

„Habe Hemmungen, bin eine Frau.“ (Anm.: Patientin zeigte auf ihren Schambereich – wollte ausdrücken, dass – generationsbedingt – weniger Offenheit da ist, ihren Körper zu zeigen etc. – auf die Rückfrage, ob sie sich damit hier aufgehoben fühle, sagte sie ja.) P1

Diese harmonische Haltung trug zu einer guten Atmosphäre auf der Station bei. Die Anwesenheit des Arztes wurde dabei als notwendig und beruhigend bewertet.

„Hier haben sie der Mutter das Gefühl zurückgegeben, wieder zu leben und die Angst genommen.“ „Irgendwo ist es eine Familie für die Mutter.“ A15

Ein Ehemann erachtete seine eigene Anwesenheit als wertvoll und unumgänglich.

„Sie legt Wert drauf, dass ich da bin. Sie braucht mich da.“ A7

Ein Patient führte den Einfluss der investierten und zur Verfügung stehenden Zeit des Personals auf die gesonderte Vergütungsform zurück.

„Man merkt, dass es nicht nach DRGs abgerechnet wird, es ist nicht so stressig.“ P5

1.1 Kommunikation

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

Patienten äußerten ihre Wertschätzung über die offene und vertrauensvolle Form des Gesprächs, in der die Bedürfnisse und Wünsche des Gegenübers wahrgenommen wurden. Einige Angehörige begrüßten, dass das Personal trotz Mangels an Erwidern und Reaktion die Patienten ansprach und Gespräche führte. Viele Befragte lobten die nahezu ständige Präsenz eines Ansprechpartners, der bei Bedarf Beistand und Aufklärung leisten konnte. *„Auf jede Frage gibt es eine Antwort.“ P6*

Die Aufklärung über die Therapiemaßnahmen und Abläufe auf der Station wurde von einigen Angehörigen als sinnvoll erachtet. Klare verständliche Worte und kein *„Fachgesimpel“ P8* wurden von vielen Patienten begrüßt und trugen ebenso wie die entgegengebrachte Akzeptanz, ein aufklärendes Gespräch zu meiden, zu einer gelungenen Kommunikation bei.

2 Versorgung

Die Kategorie „Versorgung“ umfasst die allgemeinen Aspekte der Pflege und medizinischer Maßnahmen. Die Schmerztherapie hatte als einen Ansatz medizinischer Intervention für die Patienten eine beträchtliche Relevanz und wird daher gesondert dargestellt. Ferner vereint diese Kategorie weitere Unterkategorien wie die Selbstständigkeit, soziale und therapeutische Angebote sowie die Verpflegung.

Eine angemessene und gute Versorgung war unverzichtbar und wurde von Patienten wie Angehörigen gleichermaßen als *„fachlich kompetent“ P5* und auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt wahrgenommen.

„(...) gut geschultes Personal – gut abgestimmt auf Wünsche und Bedürfnisse des Patienten.“ P6

„(...) menschliche Versorgung steht im Vordergrund.“ A7

Mitunter gaben Angehörige an, dass die Versorgungssituation Sicherheit bot und die Möglichkeit loszulassen.

„Ich bin einfach nur glücklich, dass sie hier sein darf.“ A12

Zudem fühlten sich alle Angehörigen angemessen in den Versorgungsprozess einbezogen und in ihren Bedürfnissen berücksichtigt.

2.1 Schmerztherapie

Schnelle und lindernde Hilfe bei akuten Symptomen spielte für alle Patienten eine wichtige Rolle. Patienten mit einer Schmerzsymptomatik beschrieben eine gut eingestellte Schmerztherapie als essenziell, um den Zugang zu ihrer Person und ihren Gefühlen zu erhalten.

„Ich stand kurz vorm Wahnsinn. Wusste nicht, wer ich bin, wo, irgendwo, nur nicht zu Hause. (...) Ich wollte einfach sterben. Sterben wäre Erlösung (...) kein Mensch wollte mich sterben lassen. (...) Wenn Schmerzen weniger wurden, wollte ich wieder leben. (...) Mir ist hier so viel geholfen worden. Ich habe meinen Verstand wieder. Ich habe viele Menschen gesehen ohne Verstand.“ „Ich bin hier wieder Mensch. Ich habe nie gewusst, was Schmerzen sind. Ganzer Körper ist ein Schmerzballon.“ P1

„Ohne Morphium hatte ich durch die Schmerzen keine positiven Empfindungen wie Liebe, Zuneigung und Freude mehr, nur noch Aggressivität.“ P5

Eine Tochter erwähnte die Überforderung der Angehörigen und des Hausarztes bei der schmerztherapeutischen Versorgung zu Hause und ihre jetzige Erleichterung.

„Mir ist wichtig, die Mutter versorgt zu wissen.“ A15

2.2 Selbstständigkeit

Die Wahrung der Selbstständigkeit äußerte sich durch Motivation und Mobilisation bei Körperpflege und Bewegung sowie die Freiheit in der Gestaltung des täglichen Ablaufs: dazu gehörte z. B. das Glas Wein am Abend sowie die Möglichkeit, in seinem Zimmer zu rauchen.

„Bemutterung is net so, was ich will, dann hab ich das Gefühl, es ist bald soweit.“ P6

„Ich kann laufen, mich waschen, auf Toilette gehen, aber ohne Hilfe geht nichts. Die bekomme ich hier, Menschen sind sehr verständig.“ P1

Weiter äußerte die Patientin ihre Hoffnung auf Entlassung: *„Ich habe einen Wunsch: Dass ich noch etwas leben kann, menschlich, nicht liegend, dass jemand von meinen Angehörigen mich zu sich nimmt und hilft, es erträglicher zu gestalten.“ P1*

Die uneingeschränkten Besuchsmöglichkeiten von Mensch und Tier zu jeder Tages- und Nachtzeit wurden von allen Befragten gleichermaßen begrüßt.

„Menschen hier haben Weite in sich, sind tolerant und offen, sogar Hund wird akzeptiert.“ A12

2.3 Soziales und therapeutisches Angebot

Die Einschätzungen der sozialen und therapeutischen Angebote gingen auseinander. Einige Patienten berichteten von durchaus positiven Erlebnissen und Gesprächen mit Hospizhelfern und Seelsorge, der Malerei und Musik.

„Hospizhelfer finde ich toll, die lesen die Wünsche von den Lippen ab, hören zu und führen Gespräche.“ „Mit Kunsttherapie habe ich mir einen Horizont aufreißen lassen.“ P5

Andere empfanden das zusätzliche Angebot eher als „lästig“ P8 und „zu viel“ P6.

Aus ihren Reihen wurde von einem Sohn Missmut über eine wahrgenommene „Aufdringlichkeit“ A10 an Hospizhelfern geäußert. Besonders wenn Familienangehörige anwesend sind, wird ein respektvoller Rückzug gewünscht. Diese Aussage wurde von einer weiteren Patientin bestätigt, die Besuche der Hospizhelfer bis zu 4-mal am Tag als „störend“ P8 empfand.

Die meisten Angehörigen hatten keinen Bedarf an weiteren Angeboten aufgrund vorherrschender Zufriedenheit. Diese Einschätzung umfasste Beratungsangebote sowie mögliche Begleitung auch über den Tod hinaus.

„Angebote sind 100-mal besser als in anderen Krankenhäusern.“ A15

2.4 Verpflegung

Das Thema Verpflegung ist für Patienten ein zentrales Anliegen. „Es gibt ja nichts anderes als Essen, Personal, Pflege und die Krankheit, die man halt schnell loswerden möchte.“ P6

Eine Patientin war schlicht zufrieden. „Verpflegung: Schulnote eins.“ P4

Wenige kritisierten die Küche offen. Es wurde teilweise die Qualität und Auswahl der Lebensmittel sowie der Geschmack der Speisen bemängelt. Die Darreichung wurde von einer Patientin als „appetitlos“ P6 beschrieben. Sie begründete ihre Aussage mit ihrer Appetitlosigkeit und einem eingeschränkten Geschmacksinn, der auf ihre Krebserkrankung zurückzuführen ist. Mitunter wurde das Essen auch abgelehnt und auf mitgebrachte Speisen der Angehörigen zurückgegriffen.

Ein Ehemann bewertete die Verpflegung äußerst kritisch.

„Das Abendessen ist ein Witz, jeden Abend das Gleiche.“ „Die Wurst abends ist das billigste vom billigsten – das blanke Salz.“ A7

Der Gebrauch von Mikrowellen wurde von einigen Patienten und Angehörigen abgelehnt. Besondere Wünsche und vorhandene Diäten wurden nach Meinung 3 betroffener Patienten im Rahmen des Möglichen realisiert, im Gegensatz zu einem Angehörigen, der mitunter eingeforderte diätetische Einschränkungen seitens des Hauses nicht erfüllt sah.

3 Einrichtung und Atmosphäre

Ihr Wohlbefinden wurde aus Sicht einiger Patienten gefördert durch die Einrichtung und Umgebung der Palliativstation.

„Es ist nicht krankenhaushausmäßig.“ P4 „(...) wie daheim sein.“ P1

Einige Angehörige äußerten ähnliche Empfindungen:

„(...) hab nicht das Gefühl ins Krankenhaus zu gehen.“ A15

„Es ist nicht steril, mehr Ferienwohnungsatmosphäre, nicht wie im Krankenhaus.“ A10

Die Befragten gaben an, dass die gepflegten Einzelzimmer mit der schönen Einrichtung ihre Privatsphäre bewahren sowie die angenehme und friedliche Atmosphäre den Patienten ermöglichen, seelisch und körperlich zur Ruhe zu kommen.

„Das isse, da möchte ich bleiben.“ (Anm.: als der Patient die Station das erste Mal gesehen hat.) P6

Anfängliche Ängste und Abneigungen gegen die Einrichtung – „Man nennt es Todeshaus hier.“ – wurden durch die Atmosphäre aufgefangen. „(...) schönes Zimmer, es gefällt mir sehr hier.“ P14

Die Nähe zur unmittelbaren Natur durch den Zugang über die Terrasse sowie die Möglichkeit für Spaziergänge wurde von beiden Seiten als Bereicherung gesehen.

Kritisiert wurden von einigen Angehörigen der mangelnde Sichtschutz auf den Terrassen sowie die schweren Türen, die beim Verlassen des Raumes oftmals geräuschvoll schließen. In diesem Punkt wurde mehr Umsicht des Personals gewünscht.

Des Weiteren wurde die Möglichkeit zur Unterbringung des Angehörigen in den Zimmern des angrenzenden Hospizhauses sowie im Zimmer der Ehefrau positiv bewertet.

Diskussion



Relevanz am Beispiel der Palliativstation Bamberg

Die vorliegende Untersuchung lieferte für die Qualitätsentwicklung der Palliativstation der Sozialstiftung Bamberg relevante Anregungen und Kritikpunkte, die im direkten Austausch mit der Mitarbeiterschaft unmittelbar aufgenommen und sukzessive umgesetzt wurden. Die Erhebung bestätigte im Rahmen der Zertifizierung, dass eine Zufriedenheitsbefragung, wie sie als ein Qualitätsziel der Einrichtung festgeschrieben und gefordert wird, mit relevanten Ergebnissen unter Verwendung eines qualitativen Erhebungsverfahrens durchgeführt werden kann. Die Zertifizierung fand daraufhin einen erfolgreichen Abschluss, der das QM-Konzept der Palliativstation bestätigte.

Die Vorstellung der Ergebnisse auf der Palliativstation hatte einen konstruktiven und wertschätzenden Effekt bei den Mitarbeitern. Es wurden beispielsweise als Baumaßnahme Trennwände auf den Terrassen angebracht, die einen besseren Sichtschutz bieten. Als weiterer Schritt wurden Mittel genehmigt, um den „Raum der Stille“ neu zu gestalten und als weiteren Rückzugsort der Patienten und Angehörigen bereitzustellen. Einzelne Kritikpunkte (z. B. „leises Türschließen“) konnten direkt rückgemeldet werden und lenkten die Aufmerksamkeit auf die Änderung des folgenden Verhaltens.

Vorzüge qualitativer Verfahren

Wie einleitend dargestellt, haben quantitative Fragebögen mit einer geringen Rücklaufquote kaum Niederschlag in konkreten Verbesserungsmaßnahmen auf der Palliativstation der Sozialstiftung Bamberg gefunden. Dies überrascht nicht: quantifizierende Verfahren benötigen ein größeres Datenaufkommen zur Generierung einer validen Aussage. Diese können in der Palliativversorgung oftmals nicht erreicht werden. Bei qualitativen Erhebungen sind dagegen geringe Fallzahlen möglich [11]. Darüber hinaus weist die Palliativversorgung in ihren Dimensionen und ihrem Verständnis über das Messbare hinaus. Qualitatives Vorgehen erlaubt hier bedingt durch den persönlichen Kontakt zwischen Interviewer und Befragtem einen intensiveren Austausch sowie ein tiefer gehendes Verständnis für die Sichtweisen und Motive der Patienten und Angehörigen [13, 14] als es bei quantitativen Befragungen möglich ist. Quantitative Parameter und straffe Evaluationskriterien dagegen greifen zu kurz [15].

„Embedded research“

Das Interview stellt ein reziprokes Moment dar, das zum einen Informationen generiert, zum anderen dem Bedürfnis nach Gespräch und zwischenmenschlicher Beziehung nachkommen kann – es vermittelt Wärme, Aufmerksamkeit und Interesse. Spezifische Voraussetzungen wie Empathie, aktives Zuhören und aufmerksame Wahrnehmung der Gesprächssituation sind geboten [14], um einer unnötigen Belastung des Gegenübers entgegenzuwirken und rechtzeitig für entlastende Maßnahmen zu sorgen (Unterbrechung bzw. Abbruch des Gesprächs). Kommunikation stellt in diesem Rahmen eine äußerst wichtige Kompetenz dar [4, 14, 16].

Die Autoren beschreiben diesen gewählten Zugang im Rahmen des QM als „embedded research“ („eingebettete Forschung“), welches Betreuung, Forschung und Kommunikation verbinden will und für die Palliativversorgung u.E. hervorragend geeignet ist. Dieser Begriff orientiert sich damit am ursprünglichen Wort-sinn der Palliation, der „Ummantelung“, indem sie die umfassende Sorge um den Bedürftigen ins Zentrum stellt (Patientenzentrierung). Dieses Vorgehen entspricht z.B. dem Ansatz von Gysels et al., Forschungsinstrumente in die Patientenversorgung einzubetten, die Anliegen und Bedürfnisse von Patienten in die Erhebung inkludieren [13]. Routinemäßig eingesetzt kann es dazu beitragen, Veränderungen im Befinden bzw. akuten Problemen zeitnah entgegenzukommen [14].

Handschriftliche Notizen möchten dabei größtmögliche Natürlichkeit in der Interviewsituation erzeugen. Während digitale Kommunikation eher der Übermittlung des Inhaltsaspektes dient, unterstützt analoge Kommunikation als Sprache des Beziehungsaspektes [17] die Erhebungssituation im palliativen Versorgungsrahmen. Die Interviews können während des „normalen“ Stationsalltags stattfinden und in diesem Rahmen emotionale Qualität transportieren. Dem Bedürfnis nach Austausch und „Gehörtwerden“ wird hier nachgekommen [13, 18, 9] – im Sinne eines „Rechts auf kommunikative Grundversorgung“ [19].

Aspekte der Zufriedenheit

Wie die Untersuchung aufgezeigt hat, trägt u.a. der Kontakt, der durch die Berührungspunkte von medizinischen und pflegerischen Interventionen zustande kommt, zu einer Zufriedenheit in der Lebensendphase bei. Die Relevanz von Beziehungen für das soziale Wohlbefinden zeigt auch Prince-Paul auf: die Verbindung mit Freunden und Familie und auch Gott tragen zum sozialen Wohlbefinden bei [20]. Farber et al. und Schuhmacher et al. beschreiben eine unterstützende Beziehung von Patient und Arzt, welche auf empathischer Grundlage und wertschätzender Kommunikation beruht [18], die offen gestaltet und von gegenseitigem Respekt getragen sein sollte [21].

Die zwischenmenschliche Wahrnehmung ist eine Qualität, deren Schutz sich die Qualitätssicherung widmen sollte. Dabei steht die besondere Wertschätzung des Individuums gemäß dem Selbstverständnis der Palliativversorgung im Vordergrund, was zugleich die Autonomie und Selbstständigkeit des Patienten stärkt. Zeit ist dabei ein wesentlicher Faktor, der laut vorliegender Ergebnisse offensichtlich durch ein angemessenes Zeitvolumen gewährleistet werden kann. Selbstbestimmung und Zeit wurden auch von Strohbücker und Voltz in der palliativen Versorgung von Menschen im Altenheim als elementar herausgearbeitet. Hierfür ist eine Anpassung des Pflegeschlüssels und die Qualifikation der Pflegenden notwendig [22].

Der Einsatz ehrenamtlicher Helfer ist ein wichtiger Aspekt in der multidisziplinären Palliativversorgung [23]. Sie leisten einen

großen Beitrag in der täglichen Betreuung der Patienten. Die Ergebnisse der vorliegenden Befragung weisen jedoch eine gewisse Ambivalenz in der Erwünschtheit von Frequenz und Aufenthaltsdauer der freiwilligen Helfer auf. Im Sinne der Selbstbestimmtheit des Patienten und auch der Angehörigen muss in diesem Punkt der notwendige Freiraum für Familie und die Privatsphäre des Patienten geschaffen werden, sofern dieser gewünscht wird. Das Aufgabenfeld erfordert hier eine besondere Bewusstheit, Sensitivität und Absicherung zum Schutz aller beteiligten Personen [24].

Einige Patienten thematisieren eine „Hoffnung auf Entlassung“, obschon sie bei einer durchschnittlichen Sterberate von 60–70% und 10% Entlassung in dieser Untersuchungsphase unrealistisch scheint (Angabe SSB). Doch konnten auch Kylmä et al. die „Hoffnung auf Entlassung“ und „Hoffen auf etwas“ als elementare Themen von Palliativpatienten bestimmen, die Einfluss auf verschiedene Aspekte wie z.B. die Krankheit, Versorgung oder den Patienten selber nehmen [25]. Es stellt eine wichtige Aufgabe dar, den Patienten dabei zu unterstützen, seine Hoffnung neu zu formulieren und zu steigern, um damit eine schwere Krankheit besser zu verkraften [26].

Die Realisierung dieses Wunsches obliegt Faktoren wie z.B. der privaten Betreuungssituation und der Befindlichkeit des Patienten. Die Aufgabe der Einrichtung liegt in diesem Fall in der Sicherstellung eines funktionalen und zügigen Case-Managements sowie in angemessener Beratung im Rahmen der Palliativstation, um bestehenden Ängsten seitens der Angehörigen entgegenzuwirken bzw. aufzufangen. Die Förderung der ambulanten palliativen Strukturen und eine gute Netzwerkarbeit in der Region können in diesem Punkt die Zufriedenheit der Patienten und der Angehörigen optimieren.

Limitationen der Studie

Aufgrund der handschriftlichen Notizen wurden mitunter nicht alle Aussagen in ganzen Sätzen aufgeführt. Der Fokus lag jedoch nicht in der wörtlichen Wiedergabe des Gesprochenen, sondern vielmehr auf der Erfassung der wesentlichen Aussagen.

Eine Antwortverzerrung zugunsten sozialer Erwünschtheit kann nicht ausgeschlossen werden. Die Interviewerin war allerdings nicht in den Versorgungsprozess eingeschlossen, wodurch eine mögliche Verzerrung reduziert worden sein könnte.

Ein direkter Vergleich mit den vorhergegangenen Ergebnissen der quantitativen Erhebungen der Sozialstiftung konnte aufgrund der Unterschiedlichkeit und Unvollständigkeit der Datenerhebung nicht vorgenommen werden und war kein intendiertes Ziel dieser Studie. Zu berücksichtigen ist, dass qualitative Erhebungen, wie hier erfolgt, zeit- und personalintensiv sind, was eine Barriere in der Umsetzung in der Regelversorgung darstellt.

Der Methode entsprechend wurden nur Patienten befragt, die körperlich und geistig in der Lage zur Teilnahme waren. Die Daten können daher nicht als repräsentativ für alle Patienten der Palliativstation gelten.

Ausblick



Der Einsatz qualitativer Interviews nach dem Ansatz des „embedded research“ erwies sich auf der Palliativstation in Bamberg als sinnvoll und zielführend zur Erhebung der Zufriedenheit im Rahmen des QM. Der Ansatz wurde deshalb in das regelhafte QM auf der Palliativstation der Sozialstiftung Bamberg in der Form integriert, dass zusätzlich zu quantitativen Befragungen re-

gelmäßig (z. Zt. alle 2 Jahre vor einer Rezertifizierung) eine externe Person qualitative Interviews durchführt. Häufigere bzw. umfangreichere qualitative Erhebungen würden die zeitlichen und personellen Ressourcen sprengen. Insofern wird deutlich, dass es bei der Wahl der Methode hier nicht um ein „Entweder-oder“ geht, sondern unterschiedliche Ansätze sinnvoll und adaptiert an die Bedürfnisse der jeweiligen Einrichtung kombiniert werden können. Zu erwarten ist, dass eine stärkere Verbreitung qualitativer Erhebungen Auswirkungen auf die Reflektion standardmäßig eingesetzter quantitativer Verfahren haben wird.

Empfehlung für die Praxis

In der palliativen Versorgung ist ein repräsentativer Spiegel der Zufriedenheit aufgrund der Vulnerabilität der Zielpersonen schwer erreichbar und muss daher nicht Ziel der Bemühungen des QM sein. Die Momentaufnahme vereinzelter Meinungen von Betroffenen kann dagegen wertvolle Informationen liefern, die sich auf die Gesamtversorgung aller anderen Palliativpatienten auswirken wird. Die Erschließung der reinen Zufriedenheit ist dabei nur ein Teilaspekt des QM und muss durch weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung wie z. B. Routinedokumentation und interprofessionelle Teambesprechungen ergänzt werden.

Interessenkonflikte

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte und Doppelpublikationen vorliegen.

Literatur

- 1 Kahla-Witzsch HA. Praxiswissen Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Hilfen zur Vorbereitung und Umsetzung. Stuttgart: Kohlhammer, 2005: 26
- 2 Haeske-Seeberg H. Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Strategien – Analysen – Konzepte. Stuttgart: Kohlhammer, 2008: 41
- 3 Nauck F, Lindena G, Radbruch L. Dokumentation und Qualitätsentwicklung in der Palliativmedizin. In: Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart: Schattauer, 2007: 1300
- 4 Pastrana T, Jünger S, Ostgathe C et al. A matter of definition key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. Palliat Med 2008; 22: 222–232
- 5 Albers G, Echteld MA, de Vet HCW et al. Evaluation of quality-of-life measures for use in palliative care: a systematic review. Palliat Med 2010; 24: 17–37
- 6 Mularski RA, Dy SM, Shugarman LR et al. A Systematic Review of Measures of End-of-Life Care and its Outcome. Health Services Research 2007; 42: 1848–1870
- 7 Bausewein C, Fegg M, Radbruch L et al. Validation and Clinical Application of the German Version of the Palliative Outcome Scale. J Pain Symptom Manage 2005; 30: 51–62
- 8 Voltz R. Stand und Perspektiven der Palliativmedizin in Deutschland aus palliativmedizinischer Sicht. In: Höfling W, Brysch E, Hrsg. Recht und Ethik der Palliativmedizin. Berlin: Lit Verlag, 2007: 5–9
- 9 Grande G. Palliative Care in Hospice and Hospital: time to put the spotlight on neglected areas of research. Palliat Med 2009; 23: 187–189
- 10 Flick U. Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek: Rowohlt, 2007: 247
- 11 Keddi B, Stich J. Qualitative Sozialforschung. Erschließung von Wirklichkeit – Auswahl der Fälle – Instrumente der Erhebung. DJI Bulletin 82 PLUS, 02.2008: 1–4
- 12 Lamnek S. Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Weinheim, Basel: Beltz, Psychologie Verlags Union, 2005: 402
- 13 Gysels M, Shipman C, Higginson IJ. „I will do it if I help others.“ Motivations among patients taking part in qualitative studies in Palliative Care. Journal of Pain and Symptom Management 2008; 35: 347–355
- 14 Schemling-Kludas C. Die Rolle des Arztes und die Kommunikation mit Sterbenden. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2006; 49: 1113–1121
- 15 Wegleitner K. Nachhaltigkeit in Palliative Care Entwicklungsprozessen: 338–350. In: Heller A, Heimerl K, Husebø S, Hrsg. Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg i. Br.: Lambertus, 2007: 347
- 16 Periyakoil VS, Gunten CF Von. Mainstreaming Palliative Care. J Palliat Med 2007; 10: 40–42
- 17 Müller M. Bedeutung der Kommunikation im palliativmedizinischen Team. In: Lehrbuch der Palliativmedizin, 1. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 1997: 68
- 18 Farber SJ, Egnew TR, Herman-Bertsch JL et al. Issues in End-of-Life-Care: Patient, Caregiver, and Clinician Perceptions. J Palliat Med 2003; 6: 19–31
- 19 Gottschlich M. Sprachloses Leid: Wege zu einer kommunikativen Medizin. Die heilsame Kraft des Wortes. Wien: Springer, 1998
- 20 Prince-Paul M. Understanding the meaning of social well-being at the end of life. Oncol Nurs Forum 2008; 35: 365–371
- 21 Schumacher M, Schneider N. Ältere Menschen am Lebensende – Versorgungssituation und Verbesserungsbedarf aus Perspektive von Hinterbliebenen. Z Palliativmed 2010; 11: 123–129
- 22 Strohbecker B, Voltz R. Palliative Versorgung im Altenheim – Zeit und Zuwendung sind elementar. Z Palliativmed 2010; 11: 13
- 23 Scherrer J, Retschitzegger R. Wie erleben ehrenamtliche Helferinnen und Helfer die Zusammenarbeit mit den hauptamtlichen Teammitgliedern auf einer Palliativstation. Z Palliativmed 2005; 6: 77
- 24 Müller M. „Ausbildung“ für Ehrenamtliche. In: Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart: Schattauer, 2007: 1319
- 25 Kylmä J, Duggleby W, Cooper D et al. Hope in palliative care: an integrative review. Palliat Support Care 2009; 7: 365–377
- 26 Woelk CJ. Management of hope. Palliative Care Files. In: Canadian Family Physician 2008; 54: 1243–1245