

Inhaltsverzeichnis

Widmung	13
Danksagung	14
Geleitwort	15
Vorwort	17
Einführung	21
1. Palliative Kompetenz in der Sorge um ältere Menschen	23
<i>Andreas Heller und Claudia Wenzel</i>	
1.1 Paradigmenwechsel durch Hospizkultur und Palliative Care im Alter	23
1.2 Prägende Impulse	24
1.2.1 Modellprojekte	24
1.2.2 Krisen	26
1.2.3 Ethik	27
2. Palliative Care im Spannungsfeld von Demenz und Heimpflege	33
<i>Volker Schulte</i>	
2.1 Zur Bedeutung der Thematik	33
2.1.1 Demenzerkrankungen nehmen zu	33
2.1.2 Sterben findet in den Heimen statt	33
2.1.3 Lange Krankheitsphasen in den eigenen vier Wänden	33
2.1.4 Demenzbasierte Palliative Care: Spezifische Krankheitsverläufe	34
2.1.5 Gesellschaftliche Individualisierungstrends erschweren die Versorgungslage	35
2.2 Konsequenzen für die Versorgungsleistungen	35
2.2.1 Palliative Care nimmt an Bedeutung zu	35
2.2.1.1 Multimorbidität	36
2.2.1.2 Erhalt individueller Lebensqualität bei Menschen mit Demenz	36
2.2.2 Wirklichkeit: Imageprobleme und Personalknappheit in den Pflegeheimen	36
2.2.3 Kürzere und komplexere Aufenthaltsdauer der Patienten in Heimen	36
2.2.4 Palliative Patientengruppen und Menschen mit Demenz	37
2.2.5 Palliative Arbeit in der stationären Langzeitpflege	37
2.3 Erwachsenenschutzrecht in der Demenzpflege	38
2.4 Implikationen für die Planung von Betreuungsinstitutionen	38

3. Bewahrung von hospizlich-palliativer Qualität im Pflegeheim	41
<i>Dirk Müller</i>	
3.1 Einführung	41
3.2 Palliative Geriatrie: Hospizkultur und Palliative Care in der Altenpflege	42
3.3 Vorstellungen von Pflegeheimbewohnenden bezüglich eines palliativgeriatrischen Ansatzes	43
3.4 Was qualifiziert ein Heim mit palliativgeriatrischer Kompetenz?	44
3.5 „Alle wollen doch das Beste“	45
3.6 Die (Organisations-)Entwicklung der Palliativen Geriatrie gestalten	47
3.7 Merkmale nachhaltiger palliativgeriatrischer Kompetenz im Pflegeheim	49
3.7.1 Träger- und Pflegeheimperspektive	49
3.7.2 Bewohnenden- und Angehörigenperspektive	51
3.8 Zusammenfassung	52
 4. Ist-Situation der Palliative Care in der stationären Langzeitpflege	 57
<i>André Fringer und Anke Lehmann</i>	
4.1 Hintergrund	57
4.2 Die nationale und kantonale Palliative-Care-Strategie in St. Gallen	57
4.3 Zur Situation von Palliative Care in Alters- und Pflegeheimen der Schweiz	58
4.4 Rahmenmerkmale der befragten Einrichtungen	59
4.5 Expertise der Fachpersonen in Palliative Care	60
4.6 Die palliative Versorgungssituation in Institutionen der Langzeitpflege	60
4.7 Aspekte der Finanzierbarkeit und Kosten palliativer Versorgung	62
4.8 Schlussfolgerungen	62
 5. Messinstrumente und Ansätze zur Qualitätsüberprüfung palliativer Betreuungen	 65
<i>Carmen Seiler, Mirco Schweitzer und André Fringer</i>	
5.1 Zur Relevanz der Thematik	65
5.2 Aspekte der Qualität in der Palliativversorgung im Pflegeheim	66
5.3 Prioritäten der verschiedenen Akteure	67
5.3.1 Die Sicht der Bewohnenden	68
5.3.2 Die Sicht der Angehörigen	68
5.3.3 Die Sicht des Pflegeteams	68
5.3.4 Die Sicht des Kostenträgers	68
5.3.5 Instrumente zur Qualitätseinschätzung	69
5.3.5.1 Instrumente zur Messung der Betreuungsqualität	69
5.3.5.2 Instrumente zur Messung der Sterbequalität	70
5.3.6 Gesamtbeurteilung der Messinstrumente	72
5.4 Assessmentinstrumente	72
5.4.1 „The Minimum Data Set – Palliative Care“ (MDS-PC)	73
5.4.2 „Resident Assessment Instrument für Palliative Care“ (RAI-PC)	73
5.5 Programme zur Verbesserung der Qualität	73
5.5.1 „Gold Standards Framework in Care Homes“ (GSFCH)	74
5.5.2 „Advanced Care Planning“ (ACP)	75
5.5.3 „Liverpool Care Pathway“ (LCP)/„Best care for the dying“ (BCD)	76
5.6 Fazit	77

6. Entwicklungsmöglichkeiten der Palliative Care in der Langzeitversorgung . . .	83
<i>Roland Kunz, Irena Schreyer und André Fringer</i>	
6.1 Zur Entwicklung der Palliative Care in der Langzeitpflege	83
6.2 Integration der Palliative Care in die Langzeitpflege	87
6.3 Qualität und Palliative Care in der Langzeitpflege	89
7. Qualitätsoptimierung in der Praxis	93
<i>Mirco Schweitzer</i>	
7.1 Einleitung	93
7.2 Instrumente zur Definition des Sollzustands	93
7.2.1 Konzept	93
7.2.2 Prozesse	94
7.2.3 Standards	96
7.3 Ausgewählte Instrumente zur Überprüfung der Qualität	96
7.3.1 Autoevaluation (Selbsteinschätzungen/-überprüfungen)	96
7.3.2 Patienten- und Angehörigenbefragung – Follow-up-Gespräche	100
7.3.2.1 Ziele der Befragung	100
7.3.2.2 Wahl des Vorgehens	100
7.3.2.3 Gesprächsleiter	100
7.3.2.4 Auswertung der Originaldaten	101
7.3.3 Zusammenfassung der Antworten auf die offenen Fragen	101
8. Menschen mit Demenz am Lebensende: Beobachtungen und Erfahrungen . .	105
<i>Regula Steiner und Susi Saxer</i>	
8.1 Einführung	105
8.2 Vorgehen und Methode	106
8.3 Ergebnisse	107
8.3.1 Anzeichen und Hinweise für akute und chronische Verläufe	108
8.3.2 Zustandsverschlechterungen	109
8.3.3 Lebensendphase	109
8.4 Diskussion	110
8.5 Limitationen	113
8.6 Schlussfolgerungen	113
9. Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz am Lebensende	117
<i>Erika Sirsch</i>	
9.1 Vorbemerkung	117
9.2 Historie	117
9.3 Prävalenz von Schmerz im Alter	118
9.3.1 Schmerz – ein mehrdimensionales Erleben	119
9.3.2 Akuter und chronischer Schmerz	119
9.4 Bedürfnisse von Menschen mit Demenz am Lebensende	119
9.5 Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz	120
9.6 Assessmentinstrumente zur Erfassung von Schmerz	121
9.6.1 Selbsteinschätzungsinstrumente	121
9.6.2 Fremdeinschätzungsinstrumente	122
9.7 Fazit	126

10. Dialog zu guter Qualität: Perspektiven der Organisationsberatung	129
<i>Astrid Hassler</i>	
10.1 Vorbemerkung	129
10.2 Grundprinzipien von Qualitätsmanagementsystemen	129
10.3 Besonderheiten der personenbezogenen Dienstleistung: „Soft Facts“	130
10.4 Beziehungs- und Emotionsarbeit	131
10.5 Vertrauen als Fundament	132
10.6 Qualitätskontrolle: Die Perspektive des Managements	133
10.7 Gute Qualität durch gute Zusammenarbeit im Team	133
10.8 Ergebnisorientierte (Selbst-)Reflexion zur Qualitätssicherung	133
10.9 Selbstreflexion und organisationales Lernen: Teil des Qualitätsmanagements . .	134
10.10 Organisationsberatung als Teil eines Qualitätsmanagementsystems	135
10.11 Erfolgsfaktoren für Lernen und Entwicklung	135
11. Interprofessionalität in der Langzeitpflege	141
<i>Regula Schmitt-Mannhart</i>	
11.1 Palliative Care in der Langzeitpflege	141
11.2 Interprofessionalität in der Langzeitpflege	141
11.3 Das geriatrische Assessment: eine interprofessionelle Arbeitsmethode	142
11.4 Der Entscheidungsfindungsprozess – Fortsetzung der Geschichte von Frau B. . .	143
11.5 Das Konzept der Interprofessionalität: Der persönliche Wille	145
11.6 Das Konzept der Interprofessionalität: Das interprofessionelle Gespräch	145
11.7 Schwierigkeiten der interprofessionellen Zusammenarbeit	146
11.8 Das Projekt „Interprofessionelle Zusammenarbeit“ in der Langzeitpflege . . .	146
12. Die Sicht des Palliativzentrums auf die Langzeitpflege	149
<i>Daniel Büche, Irena Schreyer und André Fringer</i>	
12.1 Zur Entwicklung der Palliative Care in der Schweiz	149
12.2 Schnittstelle Spital und Pflegeheim	150
12.3 Qualität und Palliative Care	152
13. Notwendigkeit und Bedeutung der Zertifizierung durch <i>qualitépalliative</i> . . .	155
<i>Pia Hollenstein</i>	
13.1 Einleitung	155
13.2 Entstehung und Entwicklung der Qualitätssicherung mit Labelvergabe	155
13.3 Aufgaben von <i>qualitépalliative</i>	157
13.4 Instrumente zur Qualitätsüberprüfung	157
13.4.1 Was wird im Audit geprüft und beurteilt?	158
13.4.2 Zwischenschritte	158
13.4.2.1 Zwischenevaluationen	159
13.4.2.2 Zwischenaudit	159
13.5 Planungs- und Durchführungsprozess der Audits	159
13.6 Mehrwert dank Zertifizierung	160
13.6.1 Qualitätssicherung und Qualitätssteigerung	160
13.6.2 Betroffene möchten mehr Entscheidungsfreiheit	160
13.6.3 Marktorientierung	161
13.6.4 Personalrekrutierung	161
13.6.5 Wirkung gegenüber der Öffentlichkeit	161

13.7	Kritische Reflexion als Herausforderungen für Palliative Care	161
13.7.1	Die Bedeutung von Palliative Care in der Schweiz	161
13.7.2	Weiterentwicklung der Leitlinien	162
13.7.3	Berücksichtigung internationaler Empfehlungen	162
13.7.4	Investition in Bildung muss selbstverständlich sein	163
13.7.5	Palliative-Care-Angebote auf die allgemeine Versorgung ausweiten .	163
13.7.6	Politische Dimension	163
13.7.7	Öffentlichkeitsarbeit	163
13.7.8	Finanzierung	163
13.7.9	Forschung	164
13.8	Schlussbemerkung	164
14.	Versorgungssicherheit auf dem Prüfstand	167
	<i>Volker Schulte und Susanne Hübenthal</i>	
14.1	Pflegenotstand: Die Trends	167
14.2	Demographie und Langzeitpflege	167
14.3	Pflegefachpersonenmangel weltweit	167
14.4	Verhaltenskodex zur Anwerbung von Gesundheitsfachpersonen	167
14.5	Schwierigkeiten mit ausländischen Fachpersonen	168
14.6	DRG und Langzeitpflege	168
14.7	Mehrbedarf durch Spezialisierungen und Weiterbildung	168
14.8	Pflegenotstandszenarien	169
14.9	Berufsbild und Imageprobleme	169
14.10	Pflegeheime als Renditeobjekt	170
14.11	Etablierte und innovative Personalerhaltungs- und -entwicklungsmaßnahmen .	171
14.11.1	Personalentwicklungsfunktionen	171
14.11.1.1	Bildungsfunktion	171
14.11.1.2	Förderungsfunktion	171
14.11.1.3	Funktion der Organisationsentwicklung	172
14.11.2	Employer Branding	173
14.11.3	Internationale Rekrutierung von Pflegefachpersonen	173
15.	Advanced Practice Nursing und Standards/Leitlinien für die Qualitätssicherung	177
	<i>Andrea Kobleder und Beate Senn</i>	
15.1	Einleitung	177
15.2	Spezialisierte Rollen von Pflegefachpersonen in Palliative Care	177
15.3	Die Bedeutung von Evidenz in der Pflege	180
15.4	Standards und Leitlinien in Palliative Care	181
15.5	Suche und Bewertung von externer Evidenz	183
15.6	Der Beitrag von APNs in der Qualitätssicherung in Palliative Care	184
15.7	Der Beitrag von Standards und Leitlinien zur Qualitätssicherung	186
15.8	Zusammenfassung	187
16.	Alternative und komplementäre Methoden als Qualitätsaspekte	189
	<i>Claudia Wenzel</i>	
16.1	Einleitung	189
16.2	Definition der Komplementär-, Alternativ- und Integrativmedizin	189
16.3	Komplementäre Ansätze in der Pflege	190

16.4	Alternative und komplementäre Methoden in der Langzeitpflege	191
16.5	Wie alternative und komplementäre Methoden die Qualität verbessern	194
16.5.1	Wirkungen auf die Organisation	194
16.5.2	Körper und Psyche	196
16.5.3	Verbale und nonverbale Kommunikation	196
16.5.4	Integration und Entlastung von An- und Zugehörigen	196
16.5.5	Teamarbeit, professionelles Selbstverständnis und Burnoutprophylaxe	197
16.5.6	Selbstsorge und Zugang zu spirituellen Dimensionen	197
16.6	Diskussion und Fazit	197
17.	Bewegungskompetenz in Palliative Care: Der Beitrag von Kinaesthetics	201
	<i>Anna Möhr und Virpi Hantikainen</i>	
17.1	Einleitung	201
17.2	Angehörige im Kontext von Palliative Care	203
17.3	Bewegung und Bewegungskompetenz in der Lebensendphase	205
17.4	Kinaesthetics in Palliative Care	205
17.5	Die sechs Kinaesthetics-Konzepte	206
17.5.1	Kinaesthetics im pflegerischen Kontext	207
17.5.2	Kinaesthetics in der palliativen Pflegeüberleitung	208
17.6	Fazit	208
18.	Spiritual Care in der End of Life Care	211
	<i>Volker Schulte</i>	
18.1	Einleitung	211
18.2	Spiritualität	211
18.2.1	Spiritualität im heutigen Kontext	211
18.2.2	Entwicklung des Spiritualitätsbegriffs	211
18.2.3	Begriffskonnotationen und Kulturen	212
18.2.4	Spiritualität in der Pflege	213
18.2	Sterben heute	213
18.3	Demut und Achtsamkeit	214
18.3.1	Achtsamkeit in der Pflege	214
18.3.2	Palliative Care im Kontext von Achtsamkeit	215
18.4	Trends in der Schweiz	215
18.5	End of Life Care im angelsächsischen Raum	215
18.6	Spiritual Care	216
18.6.1	Die Bangkok-Charta zu Spiritualität und Gesundheit	216
18.6.2	„Believing without belonging“	216
18.6.3	Keine Krankenhausseelsorge	216
18.6.4	Spirituelle Anamnese	217
19.	Kernpunkte von „Advance Care Planning“ im Pflegeheim	221
	<i>Angelika Bischofberger-Lechmann, Michael Rogner und André Fringer</i>	
19.1	Einleitung	221
19.1.1	ACP-Programme und Instrumente	222
19.1.2	Forschungsstand	223
19.2	Ziel und Fragestellung des Beitrags	224
19.3	Methode	224

19.4	Ergebnisse	225
19.5	Palliative Care	225
19.5.2	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	226
19.5.3	Kommunikation	227
19.5.4	Fachwissen	227
19.5.5	Dokumentation der Wünsche am Lebensende	227
19.6	Unterstützendes Management	227
19.7	Zusammenfassung	228
19.8	Diskussion	228
19.9	Limitationen	230
19.10	Ausblick	230
20.	Freiwilligenengagement bei zu Hause gepflegten Demenzerkrankten	233
	<i>André Fringer und Ulrich Otto</i>	
20.1	Einleitung	233
20.2	Studiensetting und -design	237
20.2.1	Untersuchungsfeld und Stichprobe	237
20.2.2	Methodik	237
20.2.3	Ergebnisse	238
20.2.3.1	Teil 1: Vom Einstieg bis zur Zugehörigkeit	238
20.2.3.2	Teil 2: Wie Freiwillige die Begleitung erleben	241
20.2.4	Phasen des Erlebens im Freiwilligenengagement	244
20.2.4.1	Phase 1: Einstiegsphase bei demenziell erkrankten Menschen	244
20.2.4.2	Phase 2: Kennenlernphase bei demenziell erkrankten Menschen	245
20.2.4.3	Phase 3: Wertschätzungsphase bei demenziell erkrankten Menschen	247
20.2.5	Zusammenfassung	247
20.3	Diskussion	248
Herausgeber		255
Autorinnen und Autoren		257
Sachwortverzeichnis		261