

PflegeDienst

Das HARTMANN-Magazin für die ambulante und stationäre Pflege

Heft 1/2015

Palliative Care –
Pflege & Fürsorge
in der letzten
Lebensphase

Titelthema

**Bis zuletzt dem Leben
Sinn und Würde geben**

Pflegewissen

**Wundversorgung in
der Palliativsituation**

Brennpunkt

**IAD als Problem für Patient
und therapeutisches Team**



Einfachere Pflegedokumentation in der Praxis erfolgreich getestet

Viele Pflegekräfte, aber auch Angehörige von Pflegebedürftigen sind unzufrieden mit dem Umfang des bürokratischen Aufwands in der Pflege. Das Bundesministerium für Gesundheit hat daher ein Projekt zum Bürokratieabbau in der Pflege finanziell unterstützt. Ziel war es, verschiedene Vorschläge zum Abbau von Bürokratie in der Pflegedokumentation zu finden. Im Mittelpunkt stand dabei die Praxistauglichkeit.

Auf der Grundlage des im Projekt erarbeiteten Strukturmodells zum Aufbau einer Pflegedokumentation einschließlich des Konzepts zur praktischen Umsetzung kann der Dokumentationsaufwand erheblich reduziert werden, ohne fachliche Standards zu vernachlässigen, die Qualität zu gefährden oder haftungsrechtliche Risiken aufzuwerfen.

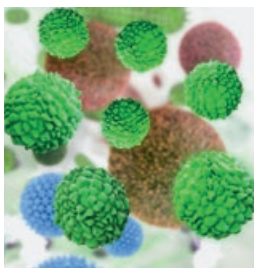
Hierzu erklärte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe: „Gute Pflege braucht vor allem eins: Zeit. Wir müssen die bürokratischen Anforderungen für die Pflegekräfte deshalb auf ein Maß reduzieren, das zur Qualitätssicherung wirklich notwendig ist. Die Ergebnisse des Modellprojektes zeigen, wie das gelingen kann. Nun geht es darum, die Erfahrungen aus dem Projekt in die Fläche zu tragen. Ich freue mich über die große Bereitschaft aller Beteiligten, den begonnenen Prozess fortzusetzen.“



Der Abschlussbericht zum Praxistest „Praktische Anwendung des Strukturmodells Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ gibt entscheidende Empfehlungen zur Vereinfachung der Pflegedokumentation. Weitere Informationen unter <http://goo.gl/SqmcDL>

Im Rahmen des Projekts haben 26 stationäre Pflegeeinrichtungen und 31 ambulante Pflegedienste Modellbögen für eine einfachere Dokumentation im praktischen Alltag getestet. Das Konzept einer veränderten Dokumentationspraxis war zuvor von der Ombudsfrau für Entbürokratisierung in der Pflege, Elisabeth Beikirch, zusammen mit Fachleuten aus Praxis und Wissenschaft sowie juristischer Expertise entwickelt worden. Weitere Umsetzungsschritte sind momentan mit dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, und in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit in Vorbereitung.

Mit konsequenter Händehygiene gegen Überlebenskünstler Norovirus



© iStockphoto.com/fotolia

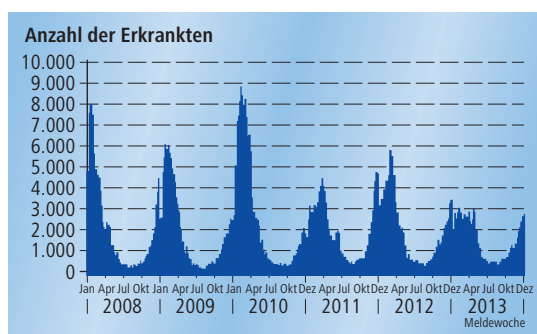
Noroviren sind weltweit verbreitet, hochinfektiös und überdauern auch auf Oberflächen. Für eine Ansteckung reichen bereits 10 bis 100 Viruspartikel aus, wodurch sich das Virus rasend schnell ausbreitet. Infektionen mit dem Norovirus treten vor allem in den Monaten November bis April auf (siehe Grafik). „Hotspots“ sind dabei insbesondere Gemeinschaftseinrichtungen wie z. B. Krankenhäuser oder Alten- und Pflegeheime. Hier sind dann in der Regel nicht nur Patienten / Bewohner betroffen, sondern auch das Personal, was oftmals große organisatorische Schwierigkeiten aufwirft, aber auch hohe Kosten verursacht.

Die Übertragung der Noroviren erfolgt hauptsächlich fäkal-oral über direkten oder indirekten Kontakt (z. B. Handkontakt mit kontaminierten Gegenständen), weshalb zur Vorbeugung, Eindämmung bzw. Inaktivierung der widerstandsfähigen Noroviren einer korrekten hygienischen Händedesinfektion, aber auch einer sorgfältigen Flächendesinfektion eine entscheidende Rolle zukommt. Seit August 2014 gibt es eine differenzierte Empfehlung des Robert Koch-Instituts (RKI) zu Hände- und Flächendesinfektionsmitteln bei Noroviren. Dabei unterscheidet das RKI bei Norovirus-Infektionen zwischen der Händedesinfektion im Routinefall und in Ausbruchssituationen.

Detaillierte Angaben zu den Wirksamkeitsanforderungen der Hände- und Flächendesinfektionsmittel sind in einer Übersicht zusammengefasst, die auch unter www.rki.de zur Verfügung steht: Robert Koch-Institut (2014) Desinfektion bei Noroviren – Erläuterungen zur Prüfung und Deklaration von Desinfektionsmitteln. Mitteilung des Robert Koch-Institutes und des Fachausschusses Virusdesinfektion der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e. V. (DVV) Epidemiologisches Bulletin, 32 / 2014. 89 f.

Die Noroviren-Hochsaison von November bis April zeigt die Grafik der laborbestätigten Norovirus-Gastroenteritiden nach Meldewoche in Deutschland von 2008 bis 2013

Quelle: Robert Koch-Institut. Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2013, Datenstand: 1. März 2014



Grundlagenwissen 2015 zur Kontinenzförderung

Auch 2015 wird die PAUL HARTMANN AG in Zusammenarbeit mit der AGAPLESION AKADEMIE HEIDELBERG das Grundlagenseminar **Fachkraft für Kontinenzförderung** veranstalten. Die Zielsetzung dieses Seminars besteht in der Vermittlung theoretischer Grundlagen zum Themenbereich Inkontinenz, der Einschätzung von Kontinenzproblemen, der therapeutischen Maßnahmen und deren Umsetzung in der Praxis. Ein Schwerpunkt ist dabei die Situation älterer Menschen.

Zwei Termine stehen für die 5-tägigen Seminare zur Auswahl: **22. bis 26. Juni** und **5. bis 9. Oktober 2015**. Der Kurs beginnt am ersten Tag um 10.00 Uhr und endet am letzten Tag um 14.30 Uhr. Die Teilnahmegebühr beträgt 590 € (zzgl. ges. MwSt.) und beinhaltet umfangreiche Arbeitsunterlagen, Pausenverpflegung und Mittagessen. Zum Abschluss wird ein Zertifikat „Fachkraft für Kontinenzförderung (Grundlagenwissen – Modul 1)“ erteilt. Außerdem erhalten die Teilnehmer 16 Fortbildungspunkte für die Registrierung beruflich Pflegender.

Zielgruppe: Diese Fortbildung richtet sich an examinierte Kranken- und Altenpflegekräfte (3-jährige Ausbildung) mit Berufserfahrung.



Anmeldung per Internet unter www.hartmann.de/seminare.php oder per Fax 07321 36-4277. Unseren Seminarservice erreichen Sie unter Telefon 07321 36-3277 oder per E-Mail an dgmar.obebe@hartmann.info. Für die Übernachtung geht Ihnen mit der Anmeldebestätigung eine Liste ausgewählter Unterkunftsmöglichkeiten in Heidelberg zu.

Versorgungsdefizite in der ambulanten Pflege



De Visu/forolia

Bei den in der Studie befragten Pflegebedürftigen ist der überwiegende Teil mit seiner ambulanten Versorgung zufrieden. 63 Prozent der Befragten empfinden die Arbeitsweise als sehr angenehm und 60 Prozent geben an, mehr vom Leben zu haben, seit sie ambulant betreut werden. Mehr zur Studie online unter www.zqp.de und im WebWatch auf Seite 19.

Bei der Versorgungssituation häuslich gepflegter Menschen zeigen sich im bundesweiten Vergleich deutliche Unterschiede. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Demnach besteht im Norden Deutschlands bei jedem zweiten Pflegebedürftigen zusätzlicher Hilfe- und Pflegebedarf. So gibt es in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Schleswig-Holstein deutlich häufiger als in anderen Bundesländern Anhaltspunkte dafür, dass die Versorgung nicht ausreichend ist. Im Bundesdurchschnitt gilt dies immerhin für jeden Dritten.

Vor allem alleinlebende Menschen mit Pflegebedarf sind davon betroffen. „Da sich im letzten Jahrzehnt die Zahl der alleinlebenden Pflegebedürftigen verdoppelt hat, wird die Frage nach einer angemessenen Unterstützung dieser Gruppe immer wichtiger. Hierbei können auch ehrenamtliche Strukturen eine wichtige Rolle spielen“, erklärt Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender des ZQP. Während in Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz alleinlebende Pflegebedürftige zumindest hin und wieder Besuch von Nachbarn, Freunden oder Angehörigen bekommen, bleiben in Berlin fast 30 Prozent der zu Pflegenden allein zu Hause. „Der einzige soziale Kontakt besteht hier in den Routinebesuchen des ambulanten Dienstes“, so Suhr.

Expertenstandard der DNQP zum Ernährungsmanagement

Zweifelloos gibt es sie, die rüstigen Senioren, die sich selbstständig gesund und ausreichend ernähren. Aber es gibt auch eine Vielzahl älterer Menschen, die zu wenig und zu einseitig essen, sodass eine bedarfsgerechte Nährstoffzufuhr in keinsten Weise gewährleistet ist. Sie sind ernsthaft durch Mangelernährung bedroht, wenn sich nicht Angehörige oder betreuende Pflegekräfte um sie kümmern und für die richtige Ernährung sorgen. Denn Mangelernährung ist keineswegs ein alters- und krankheitsbedingtes Schicksal, das hingenommen werden muss. Sie lässt sich heute schnell und exakt diagnostizieren und ist durch eine entsprechende ernährungsmedizinische Intervention zumeist auch gezielt zu therapieren.

Vor diesem Hintergrund hat das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) im Mai 2014 einen weiteren Expertenstandard vorgestellt, nämlich den **Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege**.

Der vorliegende Expertenstandard beschreibt den pflegerischen Beitrag zum Ernährungsmanagement und zielt darauf ab, eine bedürfnisorientierte und bedarfsgerechte orale Ernährung von kranken und pflegeabhängigen Menschen zu sichern und zu fördern. Mit einer angemessenen Unterstützung bei der Aufnahme von Speisen und Getränken sowie der Gestaltung der Mahlzeiten ist zu gewährleisten, dass eine Mangelernährung verhindert oder bereits bestehenden Ernährungsdefiziten begegnet wird.

Als Begründung wird vorgegeben: Essen und Trinken beeinflussen die Lebensqualität, sind wichtige Bestandteile sozialer und kultureller Identität und dienen der Gesunderhaltung durch die Nährstoffaufnahme. Die Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung kann durch die frühzeitige Erfassung und Bewertung ernährungsrelevanter Gesundheitsprobleme, angemessene Unterstützung und Umgebungsgestaltung, spezifische Maßnahmen sowie ein geeignetes Nahrungsangebot eine Mangelernährung verhindern und bestehenden Defiziten entgegenwirken.

Für den Fall, dass trotz der Möglichkeit zur oralen Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitsaufnahme zeitweise oder dauerhaft der Bedarf an Energie, Nährstoffen und Flüssigkeit durch Essen und Trinken alleine nicht ausreichend gedeckt werden kann, ist rechtzeitig eine ernährungstherapeutische Beratung und Behandlung durch Fachexperten einzuleiten.

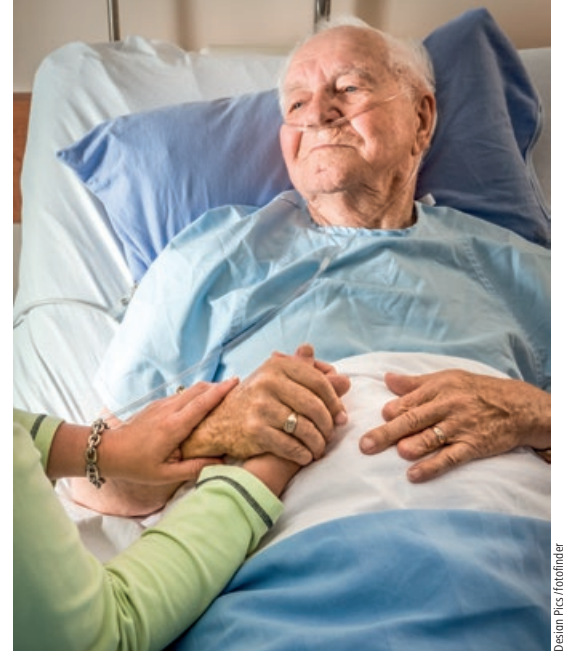
Der Expertenstandard kann zu einem Preis von 24 € (inkl. MwSt., versandkostenfrei) schriftlich bestellt werden beim Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Hochschule Osnabrück, Postfach 1940, 49009 Osnabrück, E-Mail: dnqp@hs-osnabrueck.de



Monkey Business/forolia

Bis zuletzt dem Leben Sinn und Würde geben

Palliativmedizin und -pflege bedeuten die umfassende Versorgung und Begleitung unheilbar kranker oder alter Menschen, denen durch eine kurative Behandlung nicht mehr geholfen werden kann. Ziel ist, dem Menschen eine annehmbare Lebensqualität zu erhalten und ihm einen selbstbestimmten Lebensabschluss zu ermöglichen.



Design Pics / Fotofinder



Als Begründerin der „modernen“ Hospizbewegung gilt die britische Ärztin Dame Cicely Saunders, die mit dem Modell des St. Christopher's Hospice in Sydenham bei London für entscheidende Impulse sorgte.

Die Palliativpflege, für die international der Begriff „Palliative Care“ verwendet wird, stellt eine tragende Säule der Palliativmedizin dar. Ihr Ziel ist gemäß der Weltgesundheitsbehörde (WHO) „die Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“. Palliativpflege bejaht das Leben und betrachtet Sterben als einen zum Leben gehörenden, natürlichen Vorgang. Sie wird den Tod weder beschleunigen noch verzögern.

Der Begriff „palliativ“ ist abgeleitet vom lateinischen „pallium“ für Decke oder Mantel. Die Unterstützung wird dem Patienten ganz im Sinne eines „schützenden Mantels“ angeboten. Im Mittelpunkt allen Bemühens steht nicht mehr die Verlängerung der Lebenszeit um jeden Preis, sondern die Lebensqualität, also die Wünsche, Ziele und das Befinden des Betroffenen. Oder wie es Cicely Saunders, die Begründerin der modernen Hospizbewegung, formulierte: „Nicht dem Leben mehr Tage hinzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben“.

Wem hilft Palliativpflege?

„Palliative Care“ oder „Hospice Care“ entstand als besondere Betreuung für schwerkranke und sterbende Krebspatienten. Inzwischen herrscht Einigkeit darüber, dass die Fortschritte der Palliativmedizin und -pflege nicht nur Tumorpatienten, sondern auch anderen Patientengruppen zugute kommen sollten. Es ist vor allem die Gruppe alter und hochbetagter Menschen mit mehreren gleichzeitig bestehenden Grunderkrankungen, die in ihrer letzten Lebensphase der Palliativpflege bedürfen. Die Idealvorstellung wäre dabei, dass alte, kranke Menschen eine umfassende palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung und Betreuung erhalten, unabhängig davon, wo sie sich befinden: im Krankenhaus, in Einrichtungen der Altenpflege oder zu Hause.

Während sich jedoch Palliative-Care-Programme für Tumorpatienten gut etabliert haben, profitieren Menschen mit Alterserkrankungen noch längst nicht ausreichend von dieser Entwicklung. Da vielfach eine fachbezogene Aus- und Fortbildung zur Palliativpflege fehlt, ist es nicht selten eine Frage des Zufalls, ob schwerkranke, sterbende Menschen und ihre Angehörigen die notwendige Unterstützung mit kompetenter Schmerztherapie und Symptomlinderung erfahren.

Zeitliche Entwicklung des Behandlungsbedarfs am Lebensende

Zum Tode führende Erkrankung	Zeitliche Entwicklung	Behandlungsbedarf
Maligne Erkrankungen (Karzinome, hämatologisch-onkologische Erkrankungen)	Lange Zeit stabiler Zustand, Möglichkeit der Selbstversorgung zu Hause	Zunächst fachspezifische Operationen, Chemo- und Radiotherapien, in der Endphase Schmerztherapie, kurzer finaler Zustand
Chronisch fortschreitende Organerkrankungen (Herz, Lunge, Niere)	Langsame, kontinuierliche Verschlechterung, unterbrochen von akuten Dekompensationsphasen (Behandlung meist in Akutkliniken)	Über Jahre hinweg Inanspruchnahme spezieller Fachdisziplinen, in der Endphase akute Organverschlechterung
Altersdemenz, Altersabbau	Stetig, ohne Unterbrechungen fortschreitend	Langfristige Pflege und Betreuung in Alterspflegeeinrichtungen, Bedarf an Physiotherapie, medikamentöser Therapie, intensiver pflegerischer Zuwendung

Quelle: Lorenz KA et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. Ann Intern Med 2008; 148:147-159

Wo findet Palliativpflege statt?

Früher fanden Sterben und Tod in der Familie statt, ohne große Hilfe oder Einwirkung von außen. Bei einem Patienten oder alten Menschen, der nicht mehr essen und trinken konnte oder auch nicht mehr wollte, wurde das Ende des Lebens akzeptiert.

Der gesellschaftliche Wandel hat dazu geführt, dass sich der Sterbeort immer stärker in Institutionen verlagert. Sterbende Menschen werden häufig noch in letzter Minute ins Krankenhaus eingewiesen, weil die Familie den Abbruch einer Behandlung nicht akzeptieren kann oder hilflos und ängstlich auf die Situation reagiert. Das Krankenhaus ist in Deutschland der häufigste Sterbeort.

Siedeln Menschen in ein Pflege- und Altenheim über, geschieht das heute meist in sehr fortgeschrittenem Alter, sodass auch das Heim zum Sterbeort wird. Daraus ergibt sich für institutionelle Alten- und Pflegeeinrichtungen, aber auch für ambulante Dienste die dringliche Notwendigkeit, Palliativpflege zu organisieren, zu implementieren und mit einem passenden Qualitätsmanagement abzusichern. Grundsätzlich aber gehört die Aufgabe, wie die letzte Lebensphase zu bewältigen ist, zu den größten Herausforderungen, denen unsere Gesellschaft und unser Gesundheitswesen gegenüberstehen.

Warum ist Palliativpflege so wünschenswert?

Dass geriatrischen Patienten mit einer Palliativversorgung oftmals besser geholfen wäre als mit einer unreflektierten kurativen Behandlung, lässt sich folgendermaßen begründen: Der geriatrische Patient leidet größtenteils an chronisch fortschreitenden, unheilbaren Krankheiten wie beispielsweise Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, Demenzerkrankungen oder Tumoren, die im letzten Stadium nicht mehr kurativ, d. h. heilend behandelt werden können. Eine Heilung ist so gut wie ausgeschlossen und Rehabilitation führt allenfalls zu einer zeitlich begrenzten Stagnation. Aber auch die Lebenserwartung ist durch die Erkrankung(en) an sich und das Alter erkennbar begrenzt, wobei Prognosen (Voraussagen) durch die individuelle Konstitution des Menschen immer unsicher sind.

In dieser Situation ist dann das Ziel, dem Betroffenen in der letzten Phase seines Lebens bestmögliche Lebensqualität zu erhalten. Dies lässt sich mit dem ganzheitlichen Konzept der Palliativmedizin und -pflege realisieren, die ihren Schwerpunkt nicht nur in der Linderung von Schmerzen und anderen qualvollen, belastenden Symptomen hat, sondern auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte in die Betreuung integriert.

In diesem Zusammenhang ist allerdings auf die Schwierigkeiten aufmerksam zu machen, die eine palliative Versorgung demenzkranker Menschen mit sich bringt. Denn sowohl für Angehörige als auch für Pflegekräfte ist es extrem schwer, den Willen, die speziellen Bedürfnisse sowie die Schmerzen und Belastungen durch die verschiedenen Krankheitssymptome auszuloten, da eine Kommunikation bei Demenz im Endstadium

Die Hospizbewegung als Wurzel der Palliativpflege

Das auf religiösen Motiven begründete Bemühen der Gesellschaft, Kranken und Armen eine Zufluchtstätte anzubieten, in der für sie gesorgt wird, lässt sich weit über die Jahrhunderte zurückverfolgen. Und wiewohl diese Hospize – abstammend vom lat. Wort „hospes“ für Gast und Gastgeber – nicht speziell geschaffen wurden, um unheilbar Kranken ein Refugium zu sein, ist doch anzunehmen, dass man sich hier auch um Sterbende gekümmert hat. 1842 gründete in Frankreich Mme Jeanne Gamier eine Einrichtung zur Betreuung und Begleitung terminal Erkrankter, und dies ist das erste Mal, dass der Begriff „Hospiz“ in der heutigen Bedeutung benutzt wurde. Als Begründerin der „modernen“ Hospizbewegung gilt jedoch die britische Ärztin Dame Cicely Saunders. Insbesondere ist es ihr und der Arbeit ihres Teams zu verdanken, dass Schmerztherapie und Symptomkontrolle zu Eckpfeilern der palliativen Behandlung wurden. Zugleich wurde aber auch auf die psychologischen und spirituellen Bedürfnisse Sterbender und deren Angehöriger aufmerksam gemacht und diese in das Konzept einer humanen Sterbebegleitung integriert. Auch in Deutschland ist es der Hospizbewegung mittlerweile gelungen, impulsgebende Zentren aufzubauen und viele Menschen zur Mitarbeit zu bewegen. Nachdem die Palliativpflege eine Leistung der Krankenversicherungen geworden ist und auch das Bundesministerium für Gesundheit Verbesserungen der Hospiz- und Palliativversorgung angekündigt hat, ist zu erwarten, dass das Angebot an ambulanten und stationären Palliativdiensten weiter zunehmen wird.

Dieses Bild kann aus lizenzrechtlichen Gründen nicht angezeigt werden.

kaum noch möglich ist. Die demenzkranken Menschen sind absolut darauf angewiesen, dass sich die Helfer in ihre Situation hineindenken und durch eine gute Krankenbeobachtung rechtzeitig Symptome lindern können.

Wann beginnt Palliativpflege?

Wiewohl Sterbebegleitung in der Finalphase häufig ein wesentlicher Bestandteil der Palliativpflege ist, ist sie nicht auf dieses Stadium begrenzt. Die palliativmedizinischen und -pflegerischen Methoden und Einstellungen sind bereits in früheren Stadien der Erkrankung gefordert, sobald die Erkenntnis gereift ist, dass die kurativen Behandlungen sinnlos geworden sind. Dann ist es Zeit, dem betroffenen Menschen für die verbleibende Lebensspanne ein möglichst schmerz- und beschwerdefreies und ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Wer leistet die Palliativpflege?

Das Bundesministerium für Gesundheit hat in einem Papier vom 10. November 2014 Leistungen beschrieben sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung angekündigt, die auch online abrufbar sind (Adresse rechts). Sie betreffen den Ausbau der Regelversorgung, die Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung sowie die Vernetzung und Kooperation unterschiedlicher Professionen. Aufgeführt werden auch Verbesserungen in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und Regelungen und Maßnahmen für stationäre Pflegeeinrichtungen. Ein wichtiges Ziel hierbei ist, Pflegefachkräfte mit Blick auf die Versorgung schwerstkranker sterbender Menschen zu schulen. Auch die ambulante ärztliche Versorgung soll stärker in die Organisation eingebunden werden.

Hier finden Sie detaillierte Informationen zur Verbesserung der Leistungen in der Palliativversorgung: <http://goo.gl/5JzspP>



Miriam Derr/Fotolia

Herausforderung Palliative Care im Team lösen

Palliativ Care erfordert menschliche und fachliche Kompetenz und ein multidisziplinäres Team aus Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern und Seelsorgern, wenn sie den vielschichtigen Herausforderungen einer Palliativsituation gerecht werden will.

Die Pflege schwerstkranker und sterbender Menschen im Rahmen von Palliative Care stellt außerordentlich hohe Anforderungen an die Qualifikation der Pflegefachkraft. Erforderlich sind Kenntnisse zu

- körperlichen Aspekten der Pflege wie Schmerztherapie und Symptomkontrolle, Wissen zu den verschiedensten chronischen und onkologischen Erkrankungen und deren Auswirkungen im fortgeschrittenen Stadium, aber auch zu den Auswirkungen von altersbedingtem Abbau und Demenzercheinungen,
- psychosozialen Aspekten der Pflege wie psychischen Reaktionen des Patienten und seiner Angehörigen, dem sozialen Hintergrund, Trauerbewältigung usw.,

- spirituellen und kulturellen Aspekten der Pflege wie Lebensbilanz, Leid und Tod in spiritueller Sicht, religiös geprägten Vorstellungen über ein Leben nach dem Tod,
- ethischen Aspekten der Pflege wie Formen der Hilfe beim Sterben, Wahrheit am Krankenbett, Umgang mit Verstorbenen sowie
- organisatorischen und allgemeinen Aspekten der Pflege wie Qualitätssicherung, Stressmanagement, Hospizbewegungen und rechtlichen Fragen.

Darüber hinaus ist die Pflegefachkraft aber auch als „Care Coordinator“ gefordert. Denn trotz der erforderlichen Teamarbeit ist sie zumeist diejenige, die den intensivsten Kontakt zum Patienten und seinen Angehörigen pflegt sowie über den aktuellen Zustand und die spezielle Situation des Patienten oft besser informiert ist als andere Berufsgruppen. Ohne ihre umsichtige Koordinationsarbeit ist eine umfassende Palliativversorgung im Team kaum möglich.

Palliativpflege ist Teamarbeit

Entsprechend der ganzheitlichen Ausrichtung des Konzeptes der palliativen Medizin und Pflege ist eine multi- und interdisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich. Um den vielschichtigen Bedürfnissen des terminal Erkrankten und Sterbenden gerecht werden zu können, sind im Team Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und Seelsorger sowie Familienmitglieder und ehrenamtliche Helfer gleichermaßen wichtig.

Die Zusammenarbeit eines solchen Teams mit verschiedenen Arbeitsansätzen ist aber auch besonders konfliktträchtig. Deshalb sind klare Strukturen vorzugeben, die die einzelnen Aufgaben und Verantwortungsbereiche eindeutig festlegen. Für das gute Funktionieren eines Teams wird aber letztlich die Bereitschaft der einzelnen Teammitglieder entscheidend sein, respektvoll miteinander umzugehen und partnerschaftlich an den gemeinsamen Zielen arbeiten zu wollen.

Die Erarbeitung eines gemeinsamen Leitbildes und Standards (siehe dazu Tabelle „Kernmerkmale für Palliative Care“) ist so gesehen keine Zeitverschwendung und wird dem zu Betreuenden die notwendige Kontinuität und Zuverlässigkeit in der Ausübung der einzelnen Verrichtungen gewährleisten.

HARTMANN FORUM Inhouse Seminar „Palliativpflege“

Palliativpflege ist eine besondere Herausforderung, die in intensiven Schulungen erlernt werden muss. Seitens der Einrichtung sind Pflegekräfte aber auch auf organisatorische Strukturen angewiesen, die eine Palliativpflege überhaupt erst ermöglichen. Das HARTMANN FORUM Inhouse Seminar „Palliativpflege“ bietet ein dementsprechend breites Themenspektrum. Exemplarische Seminarinhalte sind:

- Formen der Kooperation
- Hospizidee und Hospizbewegung
- Fragestellungen palliativer Versorgung
- Symptomkontrolle von Schmerz und anderen belastenden Symptomen

- Würdevolle Betreuung in der letzten Lebensphase
- Kooperation mit Angehörigen
- Verabschiedungs- und Trauerkultur

Das HARTMANN Inhouse Seminar „Palliativpflege“ wird individuell als Tagesseminar in der Pflegeeinrichtung durchgeführt und richtet sich an Pflegefachkräfte des Gesundheitswesens. Zum Abschluss wird ein Zertifikat ausgestellt.

Weitere Informationen und Angebotserstellung bei der PAUL HARTMANN AG, Seminarmanagement, Dagmar Obele, Telefon: 07321 36-3277, Telefax: 07321 36-4277, E-Mail: dagmar.obele@hartmann.info oder seminare@hartmann.info

Kernmerkmale für Palliative Care als Haltung und Handlungskonzept

Radikale Orientierung am Sterbenden	Jedes Handeln orientiert sich an den Wünschen, Einschätzungen und Bedürfnissen des Betroffenen und zwar „radikal“, d. h. von Grund aus erfolgend, ganz und gar. Der Betroffene wird in der Situation einer lebensbegrenzenden Erkrankung als der Experte seines eigenen Lebens verstanden.
Symptomkontrolle / effektives Symptommanagement	Dazu müssen zielgerichtet vorhandene und auch zu erwartende Symptome erfasst und möglichst frühzeitig adäquate Maßnahmen zum Erhalt, zur Wiederherstellung eines für den Betroffenen lebenswerten Lebens oder zur Vermeidung einer symptombedingten Verschlechterung organisiert werden.
Abbau der Hierarchien	Der Austausch von Menschen mit unterschiedlichen Ausbildungen / Sichtweisen ermöglicht es, die bruchstückhaften, subjektiven Beobachtungen zusammenzutragen und ein möglichst genaues Bild der Situation des Betroffenen zu erkennen. Jede Wahrnehmung ist dabei gleichermaßen wertvoll!
Netzwerkarbeit und Interdisziplinarität	Symptome können in körperlichen, seelischen oder religiösen Bereichen auftreten. Die Akteure der unterschiedlichen Professionen müssen eng zusammenwirken, um durch eine gute Vernetzung für den Betroffenen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung, Lebensqualität und Würde zu erzielen.
Qualitätsentwicklung und Evaluation	Eine professionelle Handlung zeichnet sich dadurch aus, dass ihr Verlauf und das erreichte Ergebnis im Hinblick auf die angestrebten Ziele bewertet werden. Dies bezieht sich konkret zum einen auf den betroffenen Menschen, zum anderen auf die Optimierung von Palliative Care im Allgemeinen.
Trauerbegleitung / lebensbegleitende Trauerarbeit	Zu erkennen, welche Art der Trauerarbeit geleistet werden soll und welche Unterstützung Betroffenen und Angehörigen anzubieten sind, sind Handlungen im Bereich von Palliative Care. Unterstützung kann dabei auch darin bestehen, die Traurigkeit mit auszuhalten, wenn es keine Lösung gibt.
Angehörigenarbeit	Angehörige sind laut WHO-Definition zum Palliative-Care-Begriff die zweite Gruppe, auf die sich alles Handeln bezieht. Dabei sind sie in doppelter Weise betroffen: als Helfer und Unterstützer für den Sterbenden und als Trauernde und Menschen in einer Verlustsituation.

Die Rolle der Angehörigen

Es gibt viele Varianten, wie Familienmitglieder auf das nahende Ende ihres Angehörigen reagieren können. Aber auch der Sterbende selbst kann Bedingungen vorgeben, die es der Pflege nicht immer leicht machen, auf die unterschiedlichsten Situationen klärend und unterstützend einzuwirken.

Das Selbstbestimmungsrecht gilt auch für Sterbende und ist so lange wie möglich aufrecht zu erhalten. Es ist deshalb zunächst zu sondieren, inwieweit der Sterbende wünscht, dass die Angehörigen über seinen Zustand und die Einzelheiten der Diagnose aufgeklärt und in die letzte Lebenszeit einbezogen werden sollen. Denn geschieht eine Einbeziehung gegen den Willen des Sterbenden, kann dies für ihn eine große psychische Belastung bedeuten. Nicht selten erfordert es dann großes Feingefühl und diplomatisches Geschick der Pflegekraft, hier vermittelnd zu agieren, um rechtzeitig eine versöhnliche Situation zu schaffen. Viele Angehörige und Freunde haben aber auch Angst, bei der Sterbebegleitung Fehler zu machen. Für die Pflegekraft ergibt sich daraus die Aufgabe, den Angehörigen Mut zu machen und ihnen zu zeigen, wie man dem Sterbenden natürlich und angstfrei begegnen kann. Sind die Angehörigen in die Versorgung eingebunden, so sollten sie insbesondere auf den nahen Tod des Patienten vorbereitet werden. Hierzu gehören auch Erläuterungen, was sie an Verfall und Todessymptomen zu erwarten haben.

Die Rolle der Pflegekräfte

Die Gesellschaft sowie die (meisten) Pflegekräfte gehen ganz selbstverständlich davon aus, dass die Aufgabe der Sterbebegleitung Teil des Arbeitsspektrums und des Berufsethos der Pflegekräfte ist. Es wird daher

oft erwartet, dass Pflegekräfte geradezu professionell mit dem Sterben anderer umgehen, nicht zuletzt deshalb, weil es vor allem in der Altenpflege eine nahezu alltägliche Situation darstellt. Aber gerade die häufige Konfrontation mit dem Tod kann eine Reihe psychischer Probleme hervorrufen, die von Verstimmungen und Kommunikationsstörungen bis zu schwersten Depressionen reichen können und den „inneren Ausstieg“ aus der Aufgabe der Sterbebegleitung vorbereiten. Deshalb ist es wichtig, dass auch die Pflegekräfte ihrerseits Hilfen zur Problembewältigung angeboten bekommen. Das Team bzw. die Leitung der pflegerischen Einrichtung sollte deshalb insbesondere die Möglichkeit befreiender und klärender Gespräche offerieren.

Fachliteratur hilft bei der Aufgabenbewältigung

Den wenigsten Pflegekräften wird es möglich sein, sich in Seminaren für Palliative Care fortzubilden, weshalb auf die Möglichkeit hinzuweisen ist, sich Kompetenz im Handeln durch Fachliteratur anzueignen.

Praktisches Basiswissen zur palliativen Pflegeplanung bietet beispielsweise das Buch „Pflegeplanung in der Palliativpflege“ von Dr. phil. Angela Paula Löser. Die Autorin ist Diplom-Pädagogin, Lehrerin für Pflegeberufe, Fachkrankenschwester für Pflege in der Onkologie und in Palliative Care, interne Auditorin sowie freiberufliche Dozentin. Ihr Buch berücksichtigt Expertenstandards und MDK-Richtlinien, zeigt Vernetzungsmöglichkeiten auf und hält Formulierungshilfen bereit. Damit werden Pflegenden mit den spezifischen Anforderungen der Palliativpflege vertraut und stärken ihre Kompetenz. Die Pflegeplanungen werden sensibler und konkreter auf den Sterbenden und seine besondere Situation hin ausgerichtet.



Photographie: eu/fotolia



Alexander Raiths/fotolia

Absolut im Mittelpunkt jeglichen Handelns im Rahmen der Palliative Care steht der Betroffene selbst. Vielfältige Unterstützung und oftmals Trost benötigen aber auch seine Angehörigen.



Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover, 2014, 208 Seiten mit 10 Abbildungen, ISBN 978-3-89993-327-7 29,95 €. Einige Textpassagen und die Inhalte der Tabelle wurden mit freundlicher Genehmigung des Verlags in stark gekürzter Form dem Buch entnommen.

Mit einfühlsamer Schmerz- und Symptomkontrolle Leiden lindern

Die Liste der Symptome, die Menschen in ihrer letzten Lebensphase quälen, ist lang, und es erfordert von Pflegekräften viel Einfühlungsvermögen, hier immer das Richtige zu tun. Denn belastende Behandlungen sollten dem Leidenden möglichst erspart bleiben.

Mit fortgeschrittener, nicht mehr heilbarer Erkrankung sowie mit hohem Alter an sich treten in der letzten Lebensphase oft zusätzlich Beeinträchtigungen verschiedenster Organfunktionen auf. Sie äußern sich in bestimmten Symptomen wie z. B. Schmerzen, Schwäche, Appetitlosigkeit, Atemnot, Schlafstörungen oder Verwirrtheit. Das nahende Ende kann aber auch mit zunehmenden psychischen Problemen wie Angst, Panik, Depression oder Aggressivität verbunden sein.

Nachfolgend werden einige häufig auftretende Symptome dargestellt. Nicht berücksichtigt sind psychische Probleme oder auch die Auswirkungen demenzieller Erkrankungen auf die Gesamtsituation des Patienten und die daraus resultierenden erschwerten Bedingungen für die Pflege.

Schmerzen

Sehr oft sind fortgeschrittene Erkrankungen mit starken chronischen Schmerzen verbunden. Bei vielen Menschen weckt dies große Ängste, die Schmerzen in der Finalphase nicht mehr aushalten zu können. Die Schmerzen haben somit nicht nur Auswirkungen auf das körperliche Empfinden, sondern vor allem auch auf die Psyche und die Beziehungen zum sozialen Umfeld.

Schmerzen können jedoch (fast) immer ausgeschaltet oder zumindest auf ein erträgliches Maß reduziert werden, wenn konsequent eine Schmerztherapie nach dem Stufenschema der WHO durchgeführt wird. Um dabei von Fall zu Fall schnell zur Schmerzlinderung zu kommen, wird aktuell ein frühzeitiger Behandlungsbeginn mit starken Opioiden der Stufe 3 mit Überspringen der Stufe 2 (= schwache Opiode) befürwortet.

Patienten im letzten Stadium einer unheilbaren Krankheit durch eine fachlich fundierte und ganzheitliche Pflege bis zuletzt Lebensqualität zu geben, kann nur im Team gelingen. Eine Fachpflegekraft als „Care Coordinator“ ist dabei eine wertvolle Stütze für das ganze Team.

Besondere Aufmerksamkeit beim Schmerzassessment benötigen Menschen mit Demenz. Sie erhalten oft keine ausreichende Schmerzbehandlung, weil der zunehmende Verlust ihrer kommunikativen Fähigkeiten es ihnen nach und nach unmöglich macht, ihre Schmerzen verbal zu beschreiben. Bei der Einschätzung der Schmerzintensität können Schmerzskaleten helfen, insbesondere die Smiley Analogue Scale (SAS) mit den fünf Gesichtern.

Atemnot (Dyspnoe)

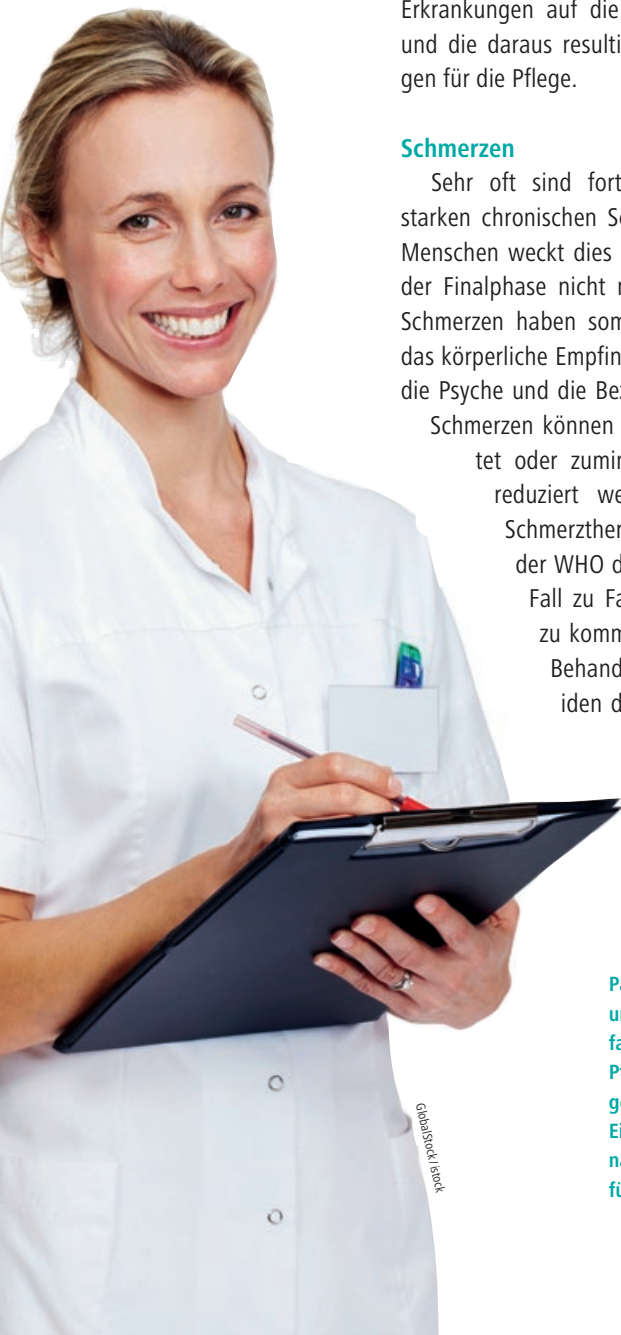
Ein Symptom, das den Patienten in Todesangst versetzen kann, ist Dyspnoe. Es handelt sich hierbei um eine erschwerte Atmung, die viele Ursachen haben kann wie beispielsweise Lungen- und Herzkrankheiten, Stoffwechselstörungen, komatöse Zustände bei Diabetes mellitus, aber auch psychische Gründe. Dyspnoe ist verbunden mit dem Gefühl, nicht mehr genügend Luft zu bekommen, das sich bei schwerer Dyspnoe bis zur Erstickungsangst steigern kann, was die Ateminsuffizienz weiter verstärkt. Ziel der Pflege ist es, dem Patienten die Angst zu nehmen, beruhigend auf ihn einzuwirken und ihn vor allem in seiner Not nicht allein zu lassen.

Neben der notfallmäßigen Intervention (Gabe von Medikamenten und Sauerstoff, Sekretabsaugung usw.) kann von pflegerischer Seite die Atmung durch adäquate Oberkörperhochlagerungen, Einreibungen mit ätherischen Ölen sowie leichte Vibrations- und Klopfmassagen erleichtert werden.

Läsionen und Austrocknung der Mundschleimhaut

Mundtrockenheit durch gestörte Speichelbildung, Medikamente, Chemotherapie, Pilzbefall oder Läsionen durch schlecht sitzenden Zahnersatz sind alles Ursachen für schmerzhafte Erkrankungen des Mundes, die in schweren Fällen sogar die Nahrungsaufnahme unmöglich machen können. Mit fortschreitender Erkrankung wechseln Patienten häufig auch von einer Nasenatmung zur offenen Mundatmung, was die Austrocknung der Mundschleimhaut weiter begünstigt.

Prophylaktisch und zur Behandlung ist eine regelmäßige Mundpflege sowie die Befeuchtung von Mund und Rachen durchzuführen. Die Auswahl der verwendeten Flüssigkeit ist individuell und richtet sich nach Wunsch und Gewohnheit des Patienten. Die Flüssigkeit kann mithilfe von Pipetten verabreicht werden, um Aspirationsprobleme zu vermeiden. Die Lippen sind



regelmäßig einzucremen. Die sorgfältige Mundpflege ist eine der wichtigsten Maßnahmen zur Linderung starker Missempfindungen. Auch Durst als quälendes Symptom kann damit gemildert werden.

Ernährungsprobleme

Für den schwerkranken Menschen kann eine geregelte Nahrungsaufnahme aus vielen Gründen immer schwieriger werden, und nicht mehr essen zu können, deutet auf ein nahendes Ende hin. Sind die Ursachen der Ernährungsstörung noch medizinisch beeinflussbar, werden adäquate Maßnahmen vom Arzt festgelegt. Ebenso sind Indikation, Verordnung und das Legen einer Ernährungssonde Aufgaben des Arztes. Bei der Entscheidung für eine enterale bzw. parenterale Ernährung sind jedoch grundsätzlich die Wünsche des Patienten maßgeblich.

Vor allem in der Finalphase muss auch häufig die Entscheidung gefällt werden, ob die zunehmende Dehydratation des Sterbenden behandelt werden soll. Die bisher übliche Einstellung, dass das Gewähren einer Infusion gleichgesetzt wird mit Behandlung und pflegerischer Zuwendung, das Unterlassen hingegen mit Vernachlässigen, wird heute mehr und mehr in Frage gestellt. Vielmehr wird empfohlen, zur Entscheidungsfindung subtil die Situation des Patienten, der Familie und des Teams zu sondieren.

Übelkeit und Erbrechen

An diesem deprimierenden Symptom leiden insbesondere Krebspatienten unter Chemotherapie häufig. Die beginnende Reizung des Brechzentrums zeigt sich durch Ekelgefühl und Übelkeit, häufig verbunden mit Blässe, Schweißausbrüchen, vermehrtem Speichelfluss und verlangsamter Atmung. Wenn immer möglich, sollte man bereits zu diesem Zeitpunkt vorbeugend, das Erbrechen verhindernd eingreifen. Zur Behandlung des Erbrechens stehen sog. Antiemetika zur Verfügung. Da deren Wirkung an verschiedenen Ebenen ansetzt, ist möglichst die Ursache des Erbrechens zu klären, wozu Zeitpunkt, Häufigkeit und Begleitsymptome des Erbrechens zu beobachten sind. Während des Erbrechens bedarf der Kranke einer mitfühlenden pflegerischen Fürsorge, um eine gefährliche Aspiration zu vermeiden und ihm die quälende Situation zu erleichtern. Nach dem Erbrechen ist eine sorgfältige Mundpflege erforderlich.

Inkontinenz und IAD

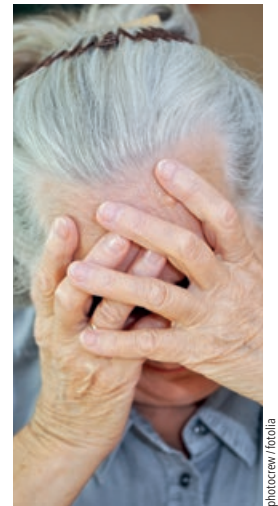
Im Endstadium ihrer Erkrankung werden viele Patienten inkontinent. Dabei kann es sich um eine Verstärkung einer seit längerem bestehenden Inkontinenz handeln, oder sie ist einfach die Folge zunehmender neurologischer Störungen und mentaler Eintrübung durch die terminale Erkrankung. Eine gute hygienische Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten (Slips und Vorlagen) ist in den meisten Fällen eine zufriedenstellende Lösung für den Patienten. Als „letzte Möglichkeit“ – jedoch nicht aus Bequemlichkeit – kann

Häufig in der letzten Lebensphase – das Fatigue-Syndrom

Fatigue (sprich: Fatiég) ist der französische Begriff für Müdigkeit oder Erschöpfung. Auch „Erschöpfungssyndrom“ genannt, bezeichnet Fatigue ein Symptom, das vor allem chronische Krankheiten begleitet. Es handelt sich um ein anhaltendes Gefühl der Müdigkeit und Antriebslosigkeit, das den gesamten Tagesablauf beeinflusst. Selbst ausreichender Schlaf bringt keine Regeneration, der Betroffene fühlt sich schwach, abgeschlagen und überfordert, was wiederum emotionale Reaktionen nach sich zieht, beispielsweise die Angst, nicht mehr gesund zu werden. Das Fatigue-Syndrom stellt für den Betroffenen eine außerordentlich belastende Lebenssituation dar, der oft auch Pflegenden unsicher gegenüberstehen.

Das Fatigue-Syndrom wurde zunächst im Zusammenhang mit Krebserkrankungen beschrieben, dann aber bei weiteren chronischen Erkrankungen festgestellt wie chronischen Herz- und Lungenkrankheiten, Rheuma, Multipler Sklerose oder Muskelerkrankungen verschiedener Art, AIDS und Morbus Crohn.

Die Entstehung von Fatigue ist noch nicht abschließend geklärt. Man vermutet eine multifaktorielle Entstehung, d. h. das Erschöpfungssyndrom kann verschiedene Ursachen haben. Dazu zählen beispielsweise Veränderungen des Blutbildes oder Blutarmut (Anämie), ernährungsbedingte Einflüsse und psychologische Faktoren – oder sie ist eine Nebenwirkung von Medikamenten. Nach heutiger internationaler Auffassung kann Fatigue aber auch als selbstständige Krankheit gelten.



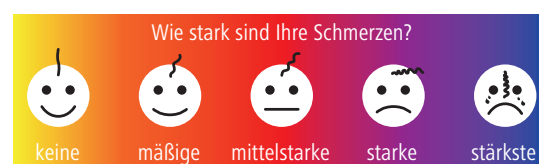
photocrew/fotolia

auch ein Dauerkatheter indiziert sein, beispielsweise wenn ein großer Dekubitus im Sakralbereich besteht oder der Wechsel der Inkontinenzlagen für den Patienten zu schmerzhaft wird. Die Indikationsstellung für den Dauerkatheter ist Sache des Arztes.

Ein weiteres Pflegeproblem ist die inkontinenzassoziierte Dermatitis (IAD). Es handelt sich dabei um eine Entzündung der Haut durch wiederholten Kontakt mit Feuchtigkeit und/oder den aggressiven Zersetzungsprodukten von Stuhl oder Urin. Bei pflegerischem Nichteinschreiten kann die IAD in folgenschwere Komplikationen übergehen. Hautschonende Reinigung und sorgfältiger Hautschutz sind deshalb ein pflegerisches Muss, um einer schmerzhaften IAD vorzubeugen.

Chronische Wunden und Dekubitus

Häufige Problemwunden in der palliativen Pflege sind Beinulzera als Folge von arteriellen Durchblutungsstörungen, von Diabetes mellitus oder einer venösen Insuffizienz, Wunden durch wachsende Tumoren unter oder in der Haut sowie AIDS-Wunden. Außerdem haben Menschen in der Palliativsituation ein außerordentlich hohes Risiko, einen Dekubitus zu erleiden. Da die Versorgung dieser Ulzera für das Palliativteam eine große Herausforderung darstellt, sind wichtige Aspekte dazu auf den Seiten 10-11 zusammengefasst.



Zur rechtlichen Problematik der IAD siehe auch Beitrag auf Seite 14.

Die Smiley Analogue Scale (SAS), auch als Smiley-Skala bekannt, besteht aus einer Serie von fünf Gesichtern, von einem lächelnden, glücklichen Gesicht bis hin zu einem weinenden, finsternen Gesicht. Sie eignet sich besonders zum Schmerzassessment bei demenzkranken Personen.

Wundversorgung in der Palliativsituation

Chronische Wunden, insbesondere exulzierende Tumorwunden, sind für den Patienten selbst und seine Angehörigen, aber auch für Pflegekräfte eine der schlimmsten Belastungen am Ende eines Lebensweges – seelisch wie körperlich. Ein paar Hinweise zur Wundversorgung sollen bei dieser schweren Aufgabe helfen.



Die Ausweitung der Palliativmedizin und -pflege auf geriatrische Patienten bringt es mit sich, dass sich auch das Spektrum der Wunden, die in der Palliativsituation zu versorgen sind, erweitert hat. Wenngleich Tumorwunden mit ihrer komplexen Problematik im Vordergrund stehen, sind bei geriatrischen Patienten häufig durch chronische Gefäß- und Stoffwechselliden oder Druck verursachte Wunden zu versorgen, die nicht selten **zusätzlich** zur Tumorwunde bestehen.

Tumorwunden treten meist erst im präfinalen oder finalen Krankheitsstadium bei schätzungsweise fünf bis zehn Prozent aller Krebspatienten auf. Ursachen für die malignen Ulzera sind in den überwiegenden Fällen primäre Hauttumoren, beispielsweise ein Melanom oder Basaliom, oder Hautmetastasen eines anderen Primärtumors. Die Versorgung exulzierender Tumorwunden ist mit einer Reihe von Problemen verbunden, die aufgrund fehlender Schulungen häufig Unsicherheiten hervorrufen. Wichtige praktische Aspekte sind auf Seite 11 zusammengefasst.

- 1) Lymphstau mit Hautveränderungen durch einen Tumor
- 2) Multiple Dekubituswunden bei einer Patientin im Finalstadium
- 3) Venös arterielles Mischulcus durch eine CVI und pAVK

Chronische Strahlenschäden entstehen durch Bestrahlungen im Rahmen der Krebstherapie. Die Strahlen führen unvermeidbar zu einer Schädigung der Haut und der darunterliegenden Gewebe. Im Laufe der Zeit kann sich ein schlecht heilendes Ulkus ausbilden, das im ungünstigsten Fall maligne entart.

Hautschäden durch Lymphabflussstörungen mit der Ausbildung von Ödemen und mitunter Ekzemen können beispielsweise nach einer Ausräumung von Lymphknoten, nach Bestrahlung oder durch Herz-, Nieren- oder Veneninsuffizienz, aber auch durch ein malignes Lymphödem (Abb. 1) entstehen. Zur Behandlung und Symptomlinderung ist eine konsequent durchgeführte Entstauungstherapie (manuelle Lymphdrainage mit ggf. Kompressionstherapie) angezeigt.

Ein **Dekubitus** (Abb. 2) ist definiert als Schädigung der Haut durch anhaltende lokale Druckeinwirkung. Die Kausalfaktoren Druck und Zeit werden aber gerade bei Palliativpatienten durch zahlreiche sekundäre Risikofaktoren verstärkt wie beispielsweise absolute Bettlägerigkeit, Fieber, Inkontinenz, sehr reduzierter Allgemeinzustand, maligne Prozesse, Malnutrition, Austrocknung (Exsikkose) oder Auszehrung (Kachexie). Die Behandlung eines Dekubitus soll jedoch auch in dieser Situation so lange wie möglich kurative Ziele verfolgen. Das heißt, es ist zu versuchen, die Wunde mithilfe der feuchten Wundbehandlung von Nekrosen und fibrinösen Auflagerungen zu reinigen und möglichst frei von Infektionen zu halten. Bereitet das Umlagern in der Finalphase starke Schmerzen, kann erwogen werden, diese Maßnahme auszusetzen.

Chronische Beinulzera entwickeln sich zumeist in jahrelangem, schleichendem Verlauf als Folge von Venenleiden, peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) oder Diabetes mellitus. Sie betreffen vor allem ältere Menschen und sind somit auch in der Palliativsituation zu finden. Da einer kausalen, ihrer Ursachen entsprechenden Behandlung in der Palliativpflege enge Grenzen gesetzt sind, verbleibt hier zumeist nur noch die Maßnahme der feuchten Wundbehandlung. Damit kann das Ulkus in der Regel in einem für den Patienten erträglichen Zustand gehalten werden.

Ziele bei der Versorgung von Tumorwunden

Die Qualität der palliativen Wundversorgung kann daran gemessen werden, wie gut es gelingt, die ständigen Wundschmerzen zu lindern und Schmerzspitzen beim Verbandwechsel zu vermeiden, der für den Patienten eine extreme Stresssituation darstellt.



Verbandwechsel möglichst schmerzfrei gestalten

Während die Dauermedikation des Wundschmerzes bzw. der Tumorschmerzen Aufgabe eines interdisziplinär angelegten Behandlungsteams ist, obliegt die Fürsorge für einen möglichst schmerzarmen Verbandwechsel der Pflegekraft. Wichtige Maßnahmen sind:

- Ein Analgetikum zur Schmerzstillung sollte mindestens 30 Minuten vor dem Verbandwechsel verabreicht werden, da fast alle Medikamente zur Verhinderung von Durchbruchsschmerzen diese Zeit bis zum Wirkungseintritt benötigen.
- Ebenfalls mindestens 30 Minuten vor dem geplanten Verbandwechsel ist ein Lokalanästhetikum in Form einer Creme (z. B. EMLA) auf die Wunde aufzutragen.
- Möglich ist auch die Applikation eines Morphin-Gels (1 mg Morphin/1 g Hydrogel) oder einer Morphin-Lösung auf einem Alginaträger.
- Die Verbandmaterialien sind so zu wählen, dass sie nicht mit der Wunde verkleben und einen atraumatischen Verbandwechsel ermöglichen. Geeignet sind z. B. Salbenkompressen (Atrauman Silicone), kombiniert mit Saugkompressen (Zetuvit plus).

Mit guter Wundreinigung Keimlast reduzieren

Bei Tumorwunden dient die Wundreinigung nicht mehr der Unterstützung der körpereigenen Reinigungsmechanismen zur Wundkonditionierung, sondern hat zum Ziel, nekrotisches Gewebe abzutragen und so gut wie möglich die Neubildung von Nekrosen einzudämmen. Gelingt dies, trägt es entscheidend zur Verminderung von Gerüchen bei, die durch zerfallendes Gewebe entstehen. Gleichzeitig kann durch sorgfältig durchgeführte Reinigungsmaßnahmen erreicht werden, die Keimbeseidlung zu verringern, wodurch ebenfalls Gerüche bekämpft, aber auch das infektiöse Geschehen unter Umständen kontrolliert werden kann.

- Um Gewebeblutungen zu vermeiden, sind alle Reinigungsmaßnahmen äußerst schonend durchzuführen.
- Wundspülungen mit angewärmter Spüllösung dürfen nur mit geringem Druck vorgenommen werden, um weitere Schädigungen und Blutungen zu vermeiden.
- Eine schonende Option, die Wunde zu spülen und zu reinigen, ist die Nasstherapie mit TenderWet plus. Das im Saug-/Spülkörper gebundene Antiseptikum Polyhexanid trägt zur Infektionsbekämpfung bei.

Gutes Exsudatmanagement reduziert Belastung

Tumorwunden neigen zu starker Exsudation, was für den Patienten eine weitere hohe körperliche und psychische Belastung bedeutet. Mit einem guten Exsudatmanagement, das in der Hauptsache aus gut saugenden Verbandmaterialien wie z. B. Zetuvit plus besteht, können die Belastungen reduziert werden.

Bei Blutungen nicht in Panik geraten

Exulzerierte Tumorwunden sind extrem blutungsanfällig. Dabei können Blutungen durch das Einwachsen des Tumors in Blutgefäße ausgelöst werden, entstehen

Wundprodukte für die atraumatische Wundbehandlung



TenderWet plus* zur Reinigung und Infektionsbekämpfung mit Ringerlösung getränktes Wundkissen mit Superabsorber und Polyhexanid im Saugkörper, rasche aktive Wundreinigung durch Saug-/Spülwirkung, dabei sicherer Keimeinschluss, tötet in den Saugkörper eingeschlossene Keime ab, kann bis zu drei Tagen auf der Wunde verbleiben, durch geringe Verklebungsneigung atraumatisch zu wechseln.



Sorbalgon zur sanften Tamponade bei Blutungsneigung tamponierbare Calciumalginat-Kompresse, die sich bei Kontakt mit Wundsekreten in ein feuchtes Gel umwandelt, mit dem Quellvorgang werden auch Keime sicher in die Gelstruktur eingeschlossen, hohe Saugkraft mit effizienter Reinigungswirkung, durch ausgezeichnete Tamponierbarkeit ideal zur Versorgung tiefer und zerklüfteter Wunden.



Atrauman Silicone als Schutzschicht gegen Verkleben neuartige Wundkontaktschicht, bestehend aus einem PET-Netz als Trägermaterial, das beidseitig mit einem Silikongel beschichtet ist. Die beidseitige Beschichtung verhindert das Verkleben mit der Wunde und das Verrutschen des Sekundärverbandes. Durch die offene Netzstruktur wird Exsudat sicher in den Sekundärverband aufgenommen.



Zetuvit plus als Lösung für stark exsudierende Wunden wundfreundliche Saugkompressen mit Superabsorber im Saugkern, dadurch extra saugstark, saugt mehr als das Doppelte herkömmlicher Saugkompressen, durch Superabsorber sicherer Einschluss von Exsudat im Saugkern, reduzierte Verklebungsneigung durch hydrophobe Vliesaußenseite, guter Kontaminationsschutz durch wasserabweisendes Vlies.

aber häufiger durch Manipulationen an der Wunde. Die zur Blutstillung zu ergreifenden Maßnahmen, bzw. welche blutstillende Mittel (Hämostyptika) erforderlich sind, richten sich nach dem Ausmaß und der Stärke der Blutung und werden meist durch den Arzt/Notarzt angeordnet bzw. durchgeführt. Immer ist jedoch zu bedenken, dass Blutungen für den Patienten und seine Angehörigen ein bedrohliches Ereignis darstellen, das umso größere Ängste auslöst, je stärker die Blutung ist. Sind größere arterielle Blutungen hervorsehbar, sollten der Patient bzw. seine Angehörigen auf diesen Notfall durch Aussprachen vorbereitet werden. Aus rein psychologischen Gründen sollten zur Verminderung einer Panik dunkle Tücher bereitgehalten werden, da Blut auf dunklen Tüchern weniger sichtbar ist als auf hellen.

Üble Gerüche bekämpfen

Der durch die Besiedelung der Wunde mit anaeroben Bakterien bzw. durch den Zerfall von Tumorgewebe entstehende, extrem üble Geruch ist ein Problem, das Patienten, Angehörige und Pflegekräfte außerordentlich belastet. Wichtig zur Geruchsreduzierung ist eine optimierte Infektionsbekämpfung, um die geruchsbildenden Bakterien zu eliminieren. Hilfreich sind auch der Einsatz von aktivkohlehaltigen Verbänden mit geruchsbindender Wirkung oder des synthetischen Geruchsbinders Nilodor, der auf den geschlossenen Verband – nie in die Wunde direkt – gegeben wird.

***Hinweis: TenderWet plus ist zukünftig in Deutschland unter dem Namen Hydro-Clean plus erhältlich.**



Die ausführliche Originalarbeit zur „Wundversorgung in der Palliativsituation“ von M. Kiss, Klinikum Heidenheim finden Sie im HARTMANN WundForum, Heft 4/2012, das unter www.hartmann.de heruntergeladen werden kann.

Richtige Hilfsmittel erleichtern und verbessern die Pflege

Die Palliativpflege bringt eine Fülle von Aufgaben mit sich, die selbst für professionell Pflegende, aber erst recht für pflegende Angehörige oft schwer zu bewältigen sind. Die Arbeitsbelastung kann hier mit guten Krankenpflege- und Hygieneprodukten reduziert werden. Sie tragen aber auch zu einer sicheren und verbesserten Pflege bei.

Hygiene durch Einmalprodukte verbessern

Überall, wo Menschen behandelt und gepflegt werden, sind vielfältige Maßnahmen zum Schutz vor Keimübertragung und Infektion zu ergreifen. Dies gilt insbesondere für die Pflege schwerkranker, abwehrschwächer Menschen, denen zusätzliche Belastungen durch Infektionen möglichst erspart bleiben sollen. Umgekehrt hat sich aber auch der Pflegenden vor Ansteckung zu schützen, so beispielsweise bei „hygienisch kritischen“ Pflegetätigkeiten wie der Intimpflege.

Zweifellos ist es aber im Pflegealltag nicht immer einfach, hygienisch zuverlässig zu arbeiten. Sehr nützlich kann dann der Gebrauch von Einmalprodukten sein, die unter dem Markennamen **Vala** angeboten werden und sowohl im ambulanten als auch im stationären Pflegebereich gute Dienste leisten. Neben dem Aspekt der Verbesserung der Hygiene tragen Vala-Einmalprodukte viel zur Reduzierung der Arbeitsbelastung in der Pflege bei. So können beispielsweise Wäscheberge verringert und unangenehme, zeitaufwendige Säuberungsaktionen eingespart werden. Ein paar Beispiele dazu:

Textile Waschlappen sind wahre Brutstätten für Keime. **ValaClean Einmal-Waschhandschuhe [1]** hingegen ermöglichen eine absolut hygienische Körperpflege, weshalb ValaClean vor allem bei inkontinenten Personen oder infektiösen Erkrankungen zum Schutz vor einer Keimübertragung unentbehrlich ist.

Die Nahrungsaufnahme ohne Verschütten und Verkleckern ist aus den verschiedensten Gründen im Alter und bei Krankheit nicht mehr so einfach. Dann sind **ValaFit Schutzlätzchen [2]** mit entsprechenden Auffangtaschen eine saubere und ästhetische Lösung des Problems.

ValaProtect [3] sind Schutzlaken aus verschiedenen Tissuequalitäten, aber jeweils mit undurchlässiger Folien- oder Folien- und Tissue-Seite, die Flächen vor Verschmutzung schützen. Unter oder über dem Leintuch eingelegt, verhindern sie beispielsweise das Verschmutzen von Matratzen, etwa bei schwerer Inkontinenz.

Das Sortiment **ValaComfort [4]** umfasst Einmal-Produkte wie Einziehdecken und -kissen, Schürzen sowie Tücher für die unterschiedlichsten Anwendungszwecke für einen hygienischen, zeitsparenden und wirtschaftlichen Einsatz.

Keimübertragung eindämmen

Krankmachende Keime werden vor allem über die Hände der Pflegenden und die sogenannte Tröpfcheninfektion beim Sprechen, Niesen oder Husten übertragen. Beide Wege der Übertragung können mit wenig Aufwand, nämlich durch das Tragen von Einmalhandschuhen bzw. von Mund- und Nasenmasken für den Einmalgebrauch wirksam unterbunden werden. Damit wird sowohl der Pflegebedürftige als auch der Pflegenden vor Ansteckung geschützt. Im HARTMANN-Sortiment stehen sowohl **Einmalhandschuhe [5]** als auch **Einmal-Mund- und Nasenmasken [6]** in unterschiedlichen Qualitäten zur Verfügung, um auch eine wirtschaftliche Anwendung bei den verschiedensten Pflegetätigkeiten zu gewährleisten.

Wie wichtig diese Maßnahmen sind, lässt sich auch schon daran erkennen, dass Einmalhandschuhe und Mund- und Nasenmasken auf Antrag von der Pflegekasse erstattet werden.

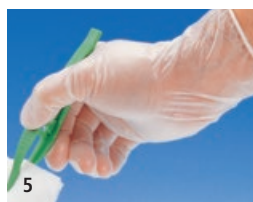
Mit guter Hautpflege gegen trockene Haut

Sehr trockene, empfindliche Haut ist ein weitverbreitetes Symptom im Alter. Als Ursache wird die verminderte Talg- und Schweißbildung angesehen, aber auch die veränderte Reifung epidermaler Zellen. Obwohl sehr trockene Haut keine lebensbedrohliche Erkrankung ist, beeinträchtigt sie deutlich die Lebensqualität. Mehr als die Hälfte der älteren Bevölkerung leidet daran und in Folge an schwer behandelbarem Juckreiz (Pruritus). Häufig von Juckreiz betroffen sind vor allem Krebspatienten, sodass Pruritus auch zu den Symptomen in der Palliative Care zählt.

Aus dermatologischer Sicht sind zur Vermeidung von Hautschäden sowie zur Linderung von Spannungsgefühlen und Juckreiz zwei Aspekte besonders wichtig:

Wichtiger Hinweis: Die meisten Pflegekassen übernehmen einen Kosten(anteil) für Pflegehilfsmittel, die zum einmaligen Verbrauch bestimmt sind. Der Antrag für eine Kostenübernahme muss jeden Monat neu eingereicht werden. Dies wird aber zumeist durch die Fachkraft in der Apotheke oder im Sanitätshaus erledigt.

Pflegehilfsmittel für den Einmalgebrauch, wie sie mit dem umfangreichen Vala-Sortiment bereitstehen, erlauben auch im häuslichen Bereich eine „Pflege wie von Profis“ – hygienisch, sicher und arbeitsleichternd.



eine schonende Reinigung der Haut und im Anschluss eine reichhaltige, regenerative Hautpflege. Mit Menalind professional stehen dazu Reinigungs-, Pflege- und Schutzprodukte zur Verfügung, deren Inhalts- und Wirkstoffe exakt auf die spezifischen Bedürfnisse der Altershaut abgestimmt sind und deren biologischem Status entsprechen.

Die Reinigungsprodukte Menalind professional clean reinigen gründlich, aber mild, sind feuchtigkeitsspendend, rückfettend und pH-hautneutral, sodass der Säureschutzmantel nicht weiter belastet wird.

Die Pflegeprodukte Menalind professional care unterstützen nach dem Waschen den Regenerationsprozess der Altershaut. Sie versorgen die Haut mit reichlich Feuchtigkeit, Fett und wichtigen Nährstoffen.

Spezielle Hautpflege bei Inkontinenz

Durch den wiederholten Kontakt mit Feuchtigkeit und/oder den aggressiven Zersetzungsprodukten von Stuhl und Urin ist die Haut in der Urogenital- und Analregion starken Belastungen ausgesetzt, die rasch zu entzündlichen Schädigungen wie einer inkontinenzassoziierten Dermatitis (IAD) führen können. Eine mazerierte, vorgeschädigte Haut kann aber auch Druckwirkungen weniger tolerieren, sodass auch das Risiko einer Dekubitusentstehung deutlich erhöht ist.

Die Prävention einer IAD muss dabei nicht aufwendig sein und braucht auch die Pflegeroutine nicht zu belasten. Wichtig ist wiederum eine schonende Reinigung und ein im Anschluss aufgebrachter, sicherer Hautschutz. Für beide Maßnahmen stehen bei Menalind professional wirksame Produkte zur Verfügung.

Eine optimale Lösung, die Haut bei starker Verschmutzung – beispielsweise bei Stuhlinkontinenz oder bei einem Anus praeter – gründlich, aber dennoch schonend ohne Wasser zu reinigen, ist der **Menalind professional clean Reinigungsschaum [7]**: Die Verschmutzung wird durch den Schaum sanft angelöst und kann mit Zellstoff mühelos abgenommen werden. Dies erspart der fragilen und durch Inkontinenz belasteten Altershaut den Kontakt mit Wasser und die mechanischen Irritationen durch starkes Reiben. Als weiteren Schutz enthält der Reinigungsschaum Kreatin zur Unterstützung der natürlichen Hautfunktion.

Menalind professional protect Transparente Hautschutzcreme [8] sorgt im Anschluss für einen sicheren Hautschutz. Die Creme mit dem hochwertigen Nutriskin Protection Complex bildet einen transparenten Schutzfilm, der die Haut vor aggressiven Substanzen schützt. Die Creme enthält kein Zinkoxid, sodass jederzeit eine sichere Hautinspektion möglich ist. Zudem lässt der Schutzfilm die Haut atmen, sodass alle Voraussetzungen gegeben sind, die durch Inkontinenz strapazierte Altershaut gesund zu erhalten.

Dazu trägt auch ganz wesentlich bei, dass die Transparente Hautschutzcreme die Saugleistung von Inkontinenzprodukten nicht beeinträchtigt. Wie ein Test zeigte, verschließt die Creme auf Basis einer Wasser-in-Öl-



Emulsion (W/O/W) die Vliesstoffporen der Inkontinenzprodukte nicht, sodass Feuchtigkeit ungehindert in den Saugkörper aufgenommen werden kann.

Aktiver Hautschutz durch MoliCare & MoliForm

In enger Zusammenarbeit mit Dermatologen hat HARTMANN MoliCare und MoliForm weiterentwickelt, sodass mit dieser neuen Generation aufsaugender Inkontinenzprodukte die Ursachen einer IAD wirksam bekämpft werden können. Dazu gehört zunächst, das Absorptionsvermögen im Schrittbereich zu verbessern, weshalb beispielsweise bei **MoliForm Premium soft [9]** der Saugkern verstärkt wurde. Entsprechend den aufgezeigten Problemkreisen bedeutet aktiver Hautschutz des Weiteren eine Reduzierung von aggressivem Ammoniak, was durch eine Verteilerauflage mit einem hautneutralen pH-Wert von 5,5 erreicht wurde. Um allergische Reaktionen weitgehend auszuschalten, wurden alle verwendeten Materialien unabhängigen dermatologischen Tests unterzogen, sodass es bei MoliCare und MoliForm kaum allergisches Potenzial gibt.

Aber was für den aktiven Hautschutz besonders wichtig ist, ist die Vermeidung von Okklusionen im Hüftbereich. Der Inkontinenzslip **MoliCare Premium soft [10]** ist mit luftdurchlässigen Vliesstoffeinheiten im Hüftbereich ausgestattet. Der damit mögliche hohe Luft- und Wasserdampfaustausch sorgt für ein trockenes Hautklima. Der natürliche pH-Wert wird aufrechterhalten und die Haut hat eine echte Chance, gesund zu bleiben.

Bei Inkontinenz bedarf es einer sorgfältigen Pflege, um die strapazierte Haut im Urogenital- und Analbereich gesund zu erhalten und vor einer IAD zu schützen. Hilfreich sind dabei der Menalind professional clean Reinigungsschaum [7] sowie die Menalind professional protect Transparente Hautschutzcreme [8]. Innovative Vliesstoffe und hochsaugfähige Superabsorber, ausgeklügelte Produktkonstruktionen und Hightech-Fertigungsprozesse garantieren die hohe Funktionalität der Moli Premium-Inkontinenzprodukte [9/10] für eine rundum sichere Versorgung mit aktivem Hautschutz.





V.Baleha/istock

IAD als Problem für Patient und therapeutisches Team

Die inkontinenzassoziierte Dermatitis (IAD) ist zwar ein bekanntes, aber wenig evaluiertes Krankheitsbild in der Pflege. Vor allem realisieren therapeutische Teams kaum, dass sie bei Entgleisung einer IAD rechtliche Sanktionen zu befürchten haben.

Das Auftreten einer IAD ist zunehmend kein Einzelfall. Eine Vielzahl von Krankenhäusern dokumentiert den Hautzustand im Sakralbereich bei Aufnahme von Risikopatienten (multimorbide, stuhl- und harninkontinente Alterspatienten), um bei Entgleisung einer IAD vor Beschwerden und finanziellen Ersatzansprüchen wegen Verminderung der gefühlten Lebensqualität bei Statusverschlechterung bis hin zu Infektionen geschützt zu sein.

Ist das aber ausreichend, um dem erkannten Problem hinreichend entgegenzuwirken? Sicher nicht: Der

Aufnahmestatus bei Krankenhauseinlieferung weist selbst bei Fotodokumentation im Einverständnis der Patienten lediglich einen mehr oder minder begründeten regelwidrigen Status mit eventuellem Hinweis auf eine Unterversorgung im Heim oder in der ambulanten Pflege auf, ohne das Krankenhaus von der Einleitung sofortiger Schutzmaßnahmen bei Verdacht auf eine IAD irgendwie zu entbinden. Allein schon die Gefahr und erst recht Anzeichen einer diagnostizierten IAD verpflichten zu einem sofortigen Handlungsmanagement im therapeutischen Umfeld aller Gesundheitseinrichtungen, gleich ob es um die angemessene Versorgung stationärer Krankenhauspatienten oder um Heimbewohner und Kunden ambulanter Pflegedienste und hausärztlich versorgte Patienten geht.

Diagnostisch-therapeutische Kompetenz

Es sollte selbstverständlich sein, dass Anzeichen einer IAD sicher erkannt und dann einer Behandlung im entsprechenden Rahmen zugeführt werden. Ist dies jedoch Standard in unserem Gesundheitssystem? Beantworten Sie diese Frage für sich selbst und Ihre Einrichtung.

Dabei soll nicht verkannt werden, dass es zuweilen nicht einfach erscheint, z. B. zwischen Anzeichen einer IAD und eines Dekubitus zu unterscheiden, wenn auch eindeutige Differenzierungskriterien bei Beachtung des pflegewissenschaftlichen Standards gesichert vorliegen. Die faktische Unsicherheit der richtigen Einschätzung einer IAD zeigt eine Studie aus dem Jahr 2010 (Beckman et al. in R. Libowitzky, „Differenzierung Dekubitus und inkontinenzassoziierte Dermatitis: eine Herausforderung in der Praxis“): Ein Praxistest mit Beurteilung von 20 Fotos (Dekubitus, IAD, gemischte Läsionen) durch 1.217 Pflegekräfte führte zu dem schon erschreckenden Ergebnis, dass mit 44,5 % nur weit weniger als zur Hälfte korrekte Einschätzungen getroffen wurden.

Eine damit fast schon als offensichtlich einzustufende Unsicherheit bei korrekter Erfassung einer IAD veranlasst, flächendeckend gezielte Schulungen u. a. mit speziellen Inhouse-Seminaren zu Diagnostik und Therapie von IAD einzufordern. Es bedarf interdisziplinärer Zusammenarbeit kompetenter ärztlicher und pflegerischer Experten, um eine standardmäßige sichere Versorgung dieses Patientenkontingents zu gewährleisten.

Erscheinungsbild, Symptome und (rechts-)praktische Folgen

Nach dem aktuellen Behandlungsstandard inkontinenzassoziierte Dermatitis (IAD) des Wundzentrums Hamburg (WZ-BS-012, Version 01, Stand: 09.10.2014) zum Vermeiden einer IAD einschließlich typischer Komplikationen einhergehend mit einer Erhaltung und Förderung der Lebensqualität gefährdeter Patienten zählt es zum verpflichtenden Maßnahmenkatalog aller Gesundheitseinrichtungen, besonders gefährdete Patientengruppen in ein bereits angesprochenes therapeutisches Schutzmanagement einzubinden.

Das abgebildete Risikospektrum umfasst dabei:

Unterscheidungskriterien Dekubitus 1. Grades und IAD

	Dekubitus 1. Grades	Inkontinenzassoziierte Dermatitis
Ursache	Druck und / oder Scherkräfte müssen vorliegen	Feuchtigkeit muss vorliegen, z. B. Stuhl- / Harninkontinenz, Diarrhoe
Lokalisation	Wunde über einem knöchernen Vorsprung, z. B. Ferse, Knöchel, Steißbein	Kann über Knochenvorsprung sein; Feuchtigkeit muss vorliegen, Druck und / oder Scherkräfte ausschließen
Ausprägung	Wunde ist lokal begrenzt	Diffuse, oberflächliche Hautveränderungen
Nekrose	Nekrose = u.U. Dekubitus 3. Grades	Keine Nekrose
Ränder	Ausgeprägte Ränder	Diffuse, ungleiche Ränder
Farbe	Nicht wegdrückbare Rötung = Dekubitus 1. Grades	Wegdrückbar oder nicht wegdrückbares Erythem

Quelle: Kerstin Protz „Analysieren Sie die lokale Wundsituation“, Heilberufe 2015, Ausgabe 2, S. 17 f. (18): Tab. 1: „Typische Beobachtungen bei Dekubitus und IAD“, basierend auf EPUAP-Synthese

- Stuhlinkontinenz alleine oder in Kombination mit Urininkontinenz
- flüssiger Stuhl mit hoher Entleerungsfrequenz
- hohes Lebensalter
- Mobilitätseinschränkungen
- Pflegebedürftigkeit
- sensorische Einschränkungen.

Bei so einzustufenden Risikopatienten für IAD bedarf es in Anlehnung an den Behandlungsstandard des Hamburger Wundzentrums übereinstimmend mit vergleichbaren nationalen und internationalen Studien eines unabdingbaren Maßnahmenkatalogs, und zwar u. a.:

- regelmäßige Hautinspektion
- Schmerzerkundung
- unverzügliches Entfernen von Ausscheidungen und sofortige Trocknung der Haut
- Fernhaltung von Stuhl und Urin durch geeignete Inkontinenzsysteme
- starke Reibung der Haut und grobes Abtrocknen durch Verwendung weicher Materialien vermeiden
- schonende Hautreinigung: keine alkalischen Seifen oder Produkte mit anionischen Tensiden nutzen; Einsatz von pH-neutralen Produkten, die die Festigkeit und Regeneration der Epidermis unterstützen
- Wasser sparsam verwenden; ggf. Einsatz von Feuchttüchern oder Reinigungsschäumen, die neben waschaktiven Substanzen rückfettende und hautschützende Stoffe enthalten
- Einsatz von geeigneten Hautschutzpräparaten* und Barrierecremes wie transparenten Hautschutzcremes, Salbenkompressen mit Silikongelbeschichtung usw.
- Einsatz von Hilfsmitteln, z. B. Fäkal Kollektoren, Analtampons, Stuhl drainagesystemen, Inkontinenzvorlagen und -slips, die die Haut weitestgehend trocken halten und so vor Mazeration schützen
- bei Bettlägerigkeit: 30°-Schräglage / ggf. Bauchlagerung
- bei Infektion nach ärztlicher Diagnose weiterführende Therapie.

Der vorgestellte und in der Umsetzung nach den jeweiligen Bedürfnissen einer Gesundheitseinrichtung anzupassende Maßnahmenkatalog eines IAD-Managements ist die praktische Folge der aktuell im Patientenrechtgesetz normierten Pflicht des therapeutischen Teams, jedem Patienten gemäß § 630 BGB eine „nach allgemein fachlich anerkannten Standards versprochene Behandlung zu gewähren“.

Wird der gesetzlich geforderte Standard in der Versorgung nicht nachweislich eingehalten, drohen bei Komplikationen einer IAD neben einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensfreude und -qualität der Patienten rechtliche Sanktionen in Form von Schadenersatz- und Schmerzensgeldklagen bis in den sechsstelligen Bereich.

Dabei seien exemplarisch nur einige im Einzelfall bei gutem IAD-Management vermeidbare Komplikationen erwähnt: Oberflächlich auftretende nässende Wunden, lokale Blutungen bis hin zu ausgedehnten Erosionen, Juckreiz und Schmerzen bis hin zu lokalen Infektionen

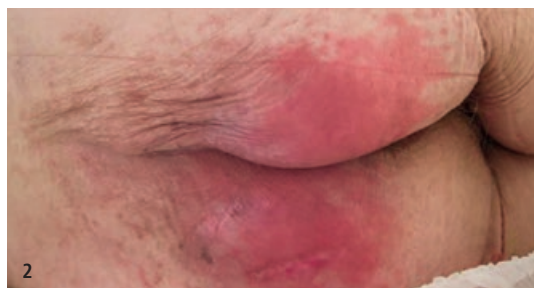


Abb. 1
Typische diffuse Hautrötungen bei einer inkontinenzassoziierten Dermatitis (IAD).
Abb. 2
Dekubitus Grad 1 mit scharf begrenzten, flächigen Hautrötungen. Im Gegensatz zur IAD, bei der die Hautrötung wegdrückbar sein kann, ist sie bei Dekubitus Grad 1 nicht mehr wegdrückbar.

z. B. mit *Candida albicans*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* und Streptokokken beeinträchtigen das Wohlbefinden betroffener Patienten in nicht mehr hinnehmbarem Umfang. Dabei soll nicht unerwähnt bleiben, dass bei Komplikationen einer IAD das allgemeine Dekubitusrisiko bei Patienten mit Stuhlinkontinenz um das 22-Fache steigt, bei Patienten mit zusätzlich eingeschränkter Mobilität sogar um das 37,5-Fache (Incontinence Associated Dermatitis (IAD): Best Practice for Clinicians. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2011).

Selbst eine entzündliche Hautveränderung im Rahmen einer IAD einhergehend mit Ammoniakgeruch bedeutet aus rechtlicher Sicht bei unzureichendem IAD-Management einen mit Schmerzensgeld zu sanktionierenden Ersatzanspruch, wenn der geschädigte Patient wegen der allgemein störenden Geruchsbildung einen Besuchs- und Kontaktmangel erleidet.

Einem angemessenen IAD-Management unter Einbindung kompetent geschulter therapeutischer Fachkräfte und in Verwendung sicher schützender Hilfsmittel im Rahmen der Versorgung kommt schon deshalb höchster Stellenwert zu, weil ansonsten u. a. bei Eintritt der beschriebenen Komplikationen die im Patientenrechtgesetz im § 630 h BGB normierten Sanktionen einer Beweislastumkehr drohen.

Eine unzureichende Qualifikation des therapeutischen Teams und ein Unterschreiten der Behandlungsqualität gemäß den aktuell beschriebenen IAD-Standards zur Prophylaxe und Versorgung gelten jeder für sich nach dem gesetzlich normierten Haftungssystem des Patientenrechtgesetzes aus dem Jahr 2014 als grobe Behandlungsfehler nach dem Offensichtlichkeitsprinzip.

Fazit: Allein die strikte Einhaltung verbindlicher Vorgaben eines qualitativ nicht angreifbaren IAD-Managements durch ein auf den aktuellen Stand des Wissens fortgebildetes therapeutisches Team schützt im nicht völlig auszuschließenden Komplikationsfall vor zivilrechtlicher Haftung.



Ein Beitrag von Hans-Werner Röhlig, seminaris medizinrecht, 46047 Oberhausen

*Hinweis: Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe empfiehlt u. a.: „Bei trockener Haut sollten W/O-Präparate eingesetzt werden. Nicht verwendet werden Pasten, Salben und Cremes, die die Haut verschließen (z. B. Vaseline, Zinkpaste, Melkfett), desinfizierende und austrocknende Waschlösungen (z. B. Alkohol, Franzbranntwein), gerbende Substanzen, hyperämiesierende Maßnahmen (z. B. hyperämiesierende Salben und Massagen), Wechselthermometoden (Eisen und Fönen).“

Ätherische Öle – ein Weg zu mehr Wohlbefinden

Das Wissen um die wohltuende Wirkung und Heilkraft ätherischer Öle ist sehr alt und erlebt aktuell mit dem Wellness-Trend eine enorme Belebung. Aber auch die medizinische Aromatherapie als Form der Phytotherapie erfährt immer mehr Beachtung.

Zu ätherischen Ölen und speziell zur Aromatherapie steht mittlerweile für alle Interessierten umfangreiche Literatur – auch im Web – zur Verfügung. Ein näheres Studium der Aromatherapie kann sich für das persönliche Wohlbefinden durchaus lohnen.

Schon im alten Griechenland, das für seine „Führungsrolle“ in der antiken Medizin berühmt war, hieß es: „Das beste Rezept für die Gesundheit besteht darin, dem Gehirn süße Düfte zuzuführen.“ Als Begründer der Aromatherapie im modernen Sinne gilt der französische Chemiker und Parfümeur René-Maurice Gattefossé (1881-1950). Er erlitt bei einer Explosion in seinem Labor Verbrennungen an den Händen und der Kopfhaut, die sich rasch infizierten. Da Gattefossé durch seine Tätigkeit wusste, dass naturbelassenes Lavendelöl eine gewisse Heilwirkung besaß, behandelte er seine Verbrennungen mit Lavendelöl. Mit gutem Erfolg, die Brandwunden heilten erstaunlich schnell ab. In der Folgezeit arbeitete Gattefossé verstärkt mit Ärzten und Krankenhäusern zusammen und schuf durch einschlägige Publikationen erste Verbindungen der Aromatherapie zur Schulmedizin.

Inzwischen wächst auch das Interesse von Forschern am Potenzial pflanzlicher Inhaltsstoffe und der möglichen Heilwirkung daraus gewonnener ätherischer Öle. Im Fokus stehen dabei vor allem die in der Haus- und Pflanzenmedizin verankerten und auf Erfahrung beruhenden Erkenntnisse über die Wirkung ätherischer Öle.



Canal stock / fotostock

Beispielsweise wurde untersucht, ob Lavendelöl zur Behandlung von Angststörungen ähnlich geeignet ist wie etwa synthetische Psychopharmaka. Bis jedoch die therapeutische Wirkung naturbelassener Aromaöle bei bestimmten Krankheiten genauer erforscht und wissenschaftlich belegt ist, sollte die Aromatherapie als belebende Unterstützung bei der Behandlung von Kranken gesehen werden.

Wie wirken ätherische Öle?

Beim Einatmen gelangen die Duftstoffe ätherischer Öle über die Nase zu den Riechnerven. Diese wandeln die Information in elektrochemische Signale um und leiten sie zum Gehirn in eine Region weiter, die Gefühlsreaktionen auf Umwelteinflüsse steuert. Da diese Gehirnregion in enger Beziehung zur Hormonproduktion und dem Immunsystem des Körpers steht, können die verschiedensten Körperfunktionen harmonisierend, anregend, stimmungsaufhellend usw., reflektorisch beeinflusst werden. Ätherische Öle können aber auch eine direkte Wirkung auf Organe haben, wenn sie durch Einreiben oder Einnehmen über die Haut und den Magen bzw. Darm in den Blutkreislauf gelangen.

Wichtige ätherische Öle – Wirkung und Anwendungsgebiete



Eukalyptusöl

wirkt desinfizierend, schleimlösend und schmerzlindernd; auch eine antivirale Wirkung wird ihm zugesprochen; Eukalyptusöl hilft bei Erkältungen, Fieber und Rheuma und soll das Immunsystem sowie die Konzentration stärken

Ylang-Ylang-Öl

wirkt u. a. antiseptisch, antidepressiv, hautpflegend und blutdrucksenkend; vor allem aber steht das Öl durch seinen süßen und blumigen Duft für Sexualität und Sinnlichkeit, was sich auch die Parfüm- und Kosmetikindustrie zunutze macht



Lavendelöl

wirkt psychisch ausgleichend, beruhigend und schlaffördernd; Lavendelöl wird angewendet bei Unruhe, Nervosität und Schlafstörungen und äußerlich aufgrund entzündungshemmender und antibakterieller Eigenschaften bei Hauterkrankungen

Melissenöl

wirkt belebend, krampflösend und ausgleichend; Melisse wurde schon im Mittelalter für sehr wertvoll erachtet und musste in jedem Klostergarten angebaut werden; Haupteinsatzgebiet der Melisse ist die Beruhigung des Nervensystems



Pfefferminzöl

wirkt u. a. kräftigend, erfrischend, keimtötend, krampflösend, galletreibend usw. und hat damit ein großes Anwendungsgebiet; Pfefferminzöl, inhaliert oder eingerieben, hilft bei Husten, Erkältungen und Verdauungsstörungen aller Art



Nebenwirkungen ätherischer Öle beachten!

Alles was wirkt, hat auch Nebenwirkungen – und so sind auch ätherische Öle nicht frei davon. Für die Anwendung gilt grundsätzlich: sorgfältig und niedrig dosieren. Wird zu hoch dosiert, können toxische Erscheinungen und allergische Reaktionen auftreten. Unverdünnt können sie auf empfindlicher Haut zu Reizungen oder sogar Verätzungen führen. Ätherische Öle dürfen nicht in Kontakt mit Augen und Schleimhäuten kommen. Bei innerer Anwendung ist die Gefahr von Nebenwirkungen besonders hoch. Bei Kleinkindern und Schwangeren sollte auf die Anwendung ätherischer Öle ganz verzichtet werden. In den ersten Monaten der Schwangerschaft könnten ätherische Öle abtreibend wirken oder dem Fötus schaden. Alle Öle sind für Kinder unzugänglich aufzubewahren.



Eine wichtige Säule der „5-Säulen-Philosophie“ des Pfarrers und Naturheilkundlers Sebastian Kneipp (1821-1897) ist das Wissen um die heilende Wirkung ausgesuchter Kräuter und Pflanzen, basierend auf einem jahrtausendealten Erfahrungsschatz. Bei Produkten für die Gesundheit setzt Kneipp deshalb seit jeher auf naturbelassene Pflanzenextrakte. Frei nach dem Motto Sebastian Kneipps: „Alles, was wir brauchen, um gesund zu bleiben, hat uns die Natur reichlich geschenkt.“ Ausführliche Informationen unter www.kneipp.de

Echt oder synthetisch? Auf Qualität achten!

Ätherische Öle können durch verschiedene Methoden gewonnen werden, am häufigsten ist die Destillation mit heißem Wasserdampf. Auch Herkunft und Anbau – ohne Pflanzenschutzmittel – der Pflanzen entscheiden über die Qualität des Öls.

Die starke weltweite Nachfrage nach ätherischen Ölen hat allerdings dazu geführt, dass ein sehr hoher Prozentsatz der verkauften Aromaöle synthetisch oder halbsynthetisch, also im Labor hergestellt wird. Sie enthalten nur wenige zusammengemischte Inhaltsstoffe, in erster Linie die für den Geruch wichtigen Noten. 100%ige ätherische Öle, die aus Pflanzen gewonnen werden, besitzen dagegen bis zu 300 verschiedene Inhaltsstoffe mit unterschiedlichen Wirkungen, die optimal zusammenspielen.

Man erkennt die chemischen Doppelgänger an dem Hinweis „Parfüm-/Duftöle oder naturidentische Öle“. Naturbelassene Öle tragen den Aufdruck „100% reines ätherisches Öl“. Um bei der Qualität auf Nummer Sicher zu gehen, empfiehlt es sich, ätherische Öle in Apotheken, Reformhäusern und entsprechenden Fachgeschäften zu kaufen.

Häufige Formen der Anwendung

Die Raumbeduftung bzw. Desinfektion von Krankenzimmern mithilfe einer Aromalampe ist wohl die häufigste Form der Anwendung. Wenige Tropfen ätherischen Öls werden zusammen mit Wasser in der Verdunstungsschale der Aromalampe von einem Teelicht erwärmt. Sie sollte aber nicht mehr als drei bis vier Stunden brennen, da die ständigen Sinnesreize über die Nase zu Kopfschmerz oder Übelkeit führen können.

Eine Inhalation ist vor allem bei Erkältungskrankheiten angesagt. Ein bis zwei Tropfen ätherische Öle werden in einen Liter kochendes Wasser gegeben, verbinden sich mit dem Wasserdampf und werden so in die Atemwege transportiert.

Ein Aroma-Vollbad fördert durch das warme Wasser die Durchblutung des Körpers und sorgt so für eine rasche Aufnahme des Öls über die Haut. Ähnlich wirkt eine Massage mit einem Ölgemisch aus ätherischen und Basisölen. Danach sollte man mindestens acht Stunden nicht duschen oder baden, damit die Haut die wertvollen Wirkstoffe aufnehmen kann. Einen ähnlichen Effekt hat ein Saunaaufguss mit ätherischen Ölen. Aber auch hier sparsam dosieren, es genügen wenige Tropfen.

Kamillenöl

wirkt ausgeprägt entzündungshemmend, beruhigend, krampflösend und schmerzstillend; als hochgeschätzte Heilpflanze wird Kamille eingesetzt z. B. bei Magen-Darm-Beschwerden, Schleimhautentzündungen und Infekten der oberen Atemwege



Thymianöl

wirkt durchblutungsfördernd, schleimlösend und antiseptisch; dem Öl wird aber auch eine gedächtnisstärkende und konzentrationsfördernde Wirkung zugeschrieben; die Anwendungsbereiche sind zahlreich, u. a. bei Erkältungskrankheiten



Rosmarinöl

wirkt ausgesprochen anregend, herzstärkend, krampflösend und konzentrationsfördernd; Hauptanwendungsgebiete von Rosmarinöl sind Herz-Kreislauf-Probleme, Durchblutungsstörungen sowie Störungen von Leber und Galle



Zitronenöl

wirkt desinfizierend, fiebersenkend, entzündungshemmend und verdauungsfördernd; der Zitrusduft, der zu den beliebtesten Wellness-Düften zählt, regt die Psyche an, sodass das Öl gegen Depressionen oder bei Stress eingesetzt werden kann

Wildrosenöl

oder auch Hagebuttenkernöl findet vor allem für hochwertige Kosmetika Verwendung. Die im Öl enthaltene Transretinolsäure soll die Regeneration der Haut mit Kollagenaufbau beschleunigen und so den Feuchtigkeitsfaktor in der Haut verbessern



MoliCare Premium soft super plus – ein Plus an Tragekomfort und Wohlbefinden

Inkontinenz kann die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigen, was sich jedoch durch die Wahl des richtigen Inkontinenzproduktes weitgehend vermeiden lässt. Ein gutes Beispiel dafür ist die neue MoliCare Premium soft super plus: Mit seinem dreilagigen, flüssigkeitsbindenden Saugkörper mit hoher Saugkapazität bietet der Inkontinenzslip für schwerste Harninkontinenz perfekten Schutz über die lange Nachtzeit und bei schwallartigem Urinabgang. Er eignet sich besonders für unruhige Personen. Eine neue weiche, textilartige Rückseitenfolie in Kombination mit den Eigenschaften des aktiven Hautschutzes gewährleisten dabei den außergewöhnlichen Tragekomfort. Zudem ist der Inkontinenzslip durch wiederverschließbare Klett-Klebeverschlüsse leicht zu handhaben, der Sitz kann beim Anlegen ohne Probleme korrigiert werden.

MoliCare Premium soft super plus verfügt über mehrere Besonderheiten:

- **Hautfreundlich:** Die antibakterielle Verteilerauflage bewirkt 99,9% weniger Bakterienwachstum. Zudem ist sie pH-hautneutral (5,5) und erhält dadurch den natürlichen Säureschutzmantel der Haut.
- **Dermatologisch getestet:** Das hypoallergene Material wurde an hochempfindlichen Personen getestet und für gut befunden.
- **Atmungsaktiv:** Der atmungsaktive Vliesstoff im Hüftbereich lässt die Haut atmen und verhindert zuverlässig die Schweißbildung.

Diskretes Tragen: Der integrierte Geruchsneutralisierer dämmt die Bildung unangenehmer Gerüche sicher ein.



NEU Mehr Schutz: Erhöhter Auslaufschutz durch verbessertes Bündchensystem (Z-Cuffs).



NEU Textile Außenseite: Raschelarm und in diskretem Weiß sorgt die textilartige Außenseite des Slips für höchsten Tragekomfort.



Dreilagiger Saugkörper: Der flüssigkeitsbindende Saugkörper besteht aus einem hydrophoben Verteilervlies, einem Saugkern aus Zellstoff und Superabsorber sowie einer zusätzlichen Zellstofflage zur Stabilisation des Saugkörpers.



Gesunde Haut: Das luftdurchlässige Seitenvlies lässt die Haut atmen und verhindert zuverlässig die Schweißbildung – für eine trockene, gesunde Haut.



MoliCare Premium soft super plus für schwerste Harninkontinenz steht in den Größen S, M und L in Beuteln zu 14 Stück zur Verfügung.



Bacillol 30 Tissues – materialschonende Schnell-Desinfektionstücher



Besonders praktisch: Bacillol 30 Tissues haben nach dem Öffnen eine Standzeit von drei Monaten und erfordern keine Arbeitsvorbereitungszeit.

Mit ihrer einfachen Anwendung, der hohen Arbeitssicherheit und der sehr guten Wirtschaftlichkeit haben sich die vorgetränkten Desinfektionstücher von HARTMANN als moderne Alternative zur herkömmlichen Flächendesinfektion etabliert. Mit Bacillol 30 Tissues stehen dazu besonders effiziente Tücher zur Verfügung.

Bacillol 30 Tissues sind mit Bacillol 30 Foam vorgetränkte, gebrauchsfertige Desinfektionstücher aus reißfestem und saugfähigem PET-Vlies. Sie sind schnell und umfassend – inklusive Noroviren – wirksam, zeigen eine gute Benetzung und verfügen über eine hohe Reichweite. Bacillol 30 Tissues sind aldehyd-, farbstoff- und parfümfrei und besonders materialschonend. Sie eignen sich deshalb hervorragend zur Desinfektion von Displays, Tastaturen bzw. Bedienfeldern empfindlicher Kommunikationsgeräte wie Handys und Computer, empfindlichen Oberflächen wie z. B. aus Makrolon, Acrylglas, Polysulfon sowie Kunstleder in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ferner für empfindliche

Oberflächen im Großküchen- und Lebensmittelbereich und sensiblen produktberührenden Bereichen sowie von medizinischen Geräten und Inventar, die unter das Medizinproduktegesetz (MPG) fallen. Dank einem praktischen Tuchfaltsystem sind die einzelnen Bacillol 30 Tissues einfach und sicher aus der wiederverschließbaren Flowpack-Verpackung zu entnehmen. Da es sich bei den Tissues um ein alkoholisches Produkt handelt, sind keine regelmäßigen mikrobiologischen Untersuchungen erforderlich, was Arbeitszeit und Kosten spart. Insgesamt fördert die einfache und sichere Anwendung die Compliance zur Flächendesinfektion.



Webwatch



Recht auf hochwertige Palliativversorgung

Das Anliegen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) ist es, interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend die Fortentwicklung der Palliativmedizin auf allen Ebenen zu fördern. Dabei steht sie für die interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung aller in der Palliativmedizin Tätigen. Ziel ist es, für weitgehende Linderung der Symptome und die Verbesserung der Lebensqualität von Schwerverkranken zu sorgen – in welchem Umfeld auch immer.

www.dgpalliativmedizin.de

Karriere durch Weiterbildung mit hohem Praxisbezug

Die F+U Akademie für Wirtschafts- und Sozialmanagement in Heidelberg eröffnet Pflegefachkräften durch Weiterbildungen Karrierechancen im Sozial- und Gesundheitswesen.



Die steigenden Anforderungen an die Qualität der Pflege erfordern spezifische Fachkompetenzen, die hier durch erfahrene Dozenten verständlich und praxisnah auf neuestem wissenschaftlichen Stand vermittelt werden, z. B. im Bereich der Palliativpflege, der Gerontopsychiatrie oder im Schmerzmanagement. Mehr unter www.fuu-ak-wiso.de



Unabhängige, sach- und lösungsorientierte Hilfe

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), 2009 durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. als gemeinnützige Stiftung errichtet, will vor dem Hintergrund der sich soziodemographisch verändernden Gesellschaft mit seiner Arbeit zur Optimierung der Qualität in der Pflege und zur Verbesserung der Versorgungspraxis beitragen. Als Knotenpunkt unterschiedlicher Experten aus Politik, Wissenschaft, Praxis, Ehrenamt und Selbsthilfe vernetzt es Wissen aus Theorie und Praxis. Die Erkenntnisse vermittelt es an Entscheidungsträger und Multiplikatoren in der Pflege sowie – zur Aufklärung – an die Öffentlichkeit. www.zqp.de

Impressum

Herausgeber:
PAUL HARTMANN AG,
Postfach 1420, 89504 Heidenheim,
Telefon 0 73 21 / 36 - 0, <http://www.hartmann.de>,
E-Mail pflagedienst@hartmann.de,
Verantwortlich i. S. d. P.: Robin Bähr

Redaktion und Herstellung:
cmc centrum für marketing und communication
gmbh, Erchenstraße 10, 89522 Heidenheim,
info@cmc-online.de

Druck: Süddeutsche Verlagsgesellschaft, Ulm

PflegeDienst erscheint dreimal jährlich.
Ausgabe: 1 / 2015. ISSN-Nr. 0949-5363.
ISSN für die Online-Ausgabe 2195-2043
Titelbild: Peter Maszlen / fotolia

Copyright: Alle Rechte, wie Nachdrucke, auch von Abbildungen, Vervielfältigungen jeder Art, Vortrag, Funk, Tonträger- und Fernsehsendungen sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, auch auszugsweise oder in Übersetzungen, behält sich die PAUL HARTMANN AG vor.

Bestellungen für ein kostenloses Abonnement und Informationen über Adressänderungen richten Sie bitte an: PAUL HARTMANN AG, AboService PflegeDienst, Postfach 1420, 89504 Heidenheim, Fax: 0 73 21 / 36-3624, customer.care.center@hartmann.de

2 Krups-Eismaschinen zu gewinnen

Der Sommer kann kommen – mit der Eismaschine Krups G VS2 41 VENISE. Sie fasst bis zu 1,6 Liter und verfügt über eine Öffnung im Deckel, sodass auch während der Zubereitung noch Zutaten eingefüllt werden können. Eine LCD-Überwachungsanzeige meldet stets den aktuellen Status; Deckel, Rührarm und Eisschaber lassen sich leicht im Geschirrspüler reinigen. Wenn Sie eine der Maschinen gewinnen möchten, senden Sie eine frankierte Postkarte mit dem Lösungswort an die PAUL HARTMANN AG, Kennwort PflegeDienst, Postfach 1420, 89504 Heidenheim.



Einsendeschluss ist der 15. Mai 2015. Gewinner im nächsten Heft. Auflösung unter <http://pflagedienst.hartmann.de>

Beim Preisrätsel in PflegeDienst 3 / 2014 gab es drei Dolce-Gusto-Maschinen zu gewinnen. Die Gewinner sind: K. Geiß, 53925 Kall, K. Demes, 48249 Dülmen, A. Hammel, 70372 Stuttgart.

LÖSUNGSWORT:

1	2	3	4
---	---	---	---

heller blasser Farbtön	▼	türkische Währungseinheit	▼	legendarische englische Popgruppe	▼	Schmuckstein m. eingeschnittenem Bild	▼	zweifarbige gebänderte Schmuckstein	▼	Vermehrung, Wachstum	kleines Dachfenster	Bindewort, Konjunktion (bevor)	knifflige Aufgaben zu lösen versuchen
weißes liturg. Gewand	▶		▼			Direktverkaufsstelle (Kzw.)	▶						
deutsche Schauspieler (Katja)	▶									große Eule	▶		
süddt. Wort für: Straßenbahn	▶			4		Spitzenname für den US-Bürger	▶						
Teilzahlungsbetrag	▶					Republik (Abk.)				laugenartige chemische Verbindung		chem. Element, Metall	Etagenheizung (Abk.)
Angehöriger eines Turkvolkes		dünne Deckschicht			Entdecker d. Tuberkulosebakteriums (Robert)			franz. Maler, † 1883 (Edouard)	▶				
	▶							Auslese der Besten	▶	3			
legendarer griechischer Fabeldichter	▶							verdünnter Fruchtsaft	▶	Gemüsepflanze der Kreuzblütler			
Karpfentisch		Funkortungsverfahren		Autor von „Die Pest“ und „Der Fremde“		Donauzufluss in Deutschland	▶					Bischofsmütze	
	▶		2						Zimmer, Kammer		blasierter Vornehmer		eh. schwed. Skilangläufer (Gunde)
	▶				öffentliche Behördenstelle	kritischer Wendepunkt im Krankheitsverlauf	▶						
Formaltislandische Prosaerzählung		Teufelsrochen	▶								deutscher Nachrichten-sender		1
	▶					römische Göttin der Morgenröte	▶						
biblischer Prophet		deutscher Dichter, † 1888 (Theodor)	▶							8. UNO-Generalsekretär (Ki Moon)			

Jeder Abonnent des HARTMANN PflegeDienstes kann teilnehmen. Mitarbeiter der PAUL HARTMANN AG sowie deren Angehörige dürfen nicht teilnehmen. Unter allen richtigen Einsendungen entscheidet das Los. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Die Gewinner werden schriftlich benachrichtigt. Alle ausreichend frankierten Karten nehmen an der Verlosung teil. Jeder Teilnehmer kann nur einmal gewinnen. Sachpreise können nicht in bar ausbezahlt werden.



Hilfe ist das hochwirksame Duo gegen Noroviren.

Sterillium® med hilft im Routinefall, Sterillium® Virugard bei Ausbruch.

Seit August 2014 wird seitens des RKI eine differenzierte Empfehlung für die Händedesinfektion bei Noroviren gegeben. Für den Routinefall werden Hände-Desinfektionsmittel empfohlen, die mindestens eine nachgewiesene Wirksamkeit gegenüber dem murinen Norovirus (MNV) und Adenoviren in einem quantitativen Suspensionstest zeigen.

Bei Noroviren-Ausbrüchen wird aufgrund der höheren Sicherheit nach wie vor empfohlen, Hände-Desinfektionsmittel mit einer nachgewiesenen viruziden Wirksamkeit nach den Leitlinien der DVV/des RKI (Leitlinie der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung von Viruskrankheiten e. V.) zu verwenden. Das schließt die Wirksamkeit gegen Polio-, Adeno- sowie Polyomaviren ein und geht über die viruzide Wirksamkeit nach DIN EN 14476 hinaus.

Mehr unter www.hartmann.de

Sterillium med: Wirkstoff: Ethanol. **Zusammensetzung:** 100 g Lösung enthalten: Wirkstoff: Ethanol 99 % 85,0 g. Sonstige Bestandteile: Butan-2-on, 1-Propanol (Ph. Eur.), Tetradecan-1-ol, Glycerol 85 %, gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Zur hygienischen und chirurgischen Händedesinfektion. **Gegenanzeigen:** Nicht in unmittelbarer Nähe der Augen oder offener Wunden anwenden. Hinweis: Bei Kontakt der Lösung mit den Augen sollten die geöffneten Augen für einige Minuten mit fließendem Wasser gewaschen werden. Nicht bei Überempfindlichkeit (Allergie) gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile anwenden. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich kann eine leichte Trockenheit oder Reizung der Haut auftreten. In solchen Fällen wird empfohlen, die allgemeine Hautpflege zu intensivieren. Allergische Reaktionen sind selten. **Warnhinweise:** Nur äußerlich anwenden. Aufgrund des Gehaltes an Alkohol kann häufige Anwendung des Arzneimittels auf der Haut Reizungen oder Entzündungen verursachen. Nicht in Kontakt mit offenen Flammen bringen. Von Zündquellen fernhalten – nicht rauchen. Flammpunkt nach DIN 51755: ca. 16 °C, leicht entzündlich. Bei bestimmungsgemäßer Verwendung des Präparates ist mit Brand- und Explosionsgefahren nicht zu rechnen. Nach Verschütten des Desinfektionsmittels sind folgende Maßnahmen zu treffen: sofortiges Aufnehmen der Flüssigkeit, Verdünnen mit viel Wasser, Lüften des Raumes sowie das Beseitigen von Zündquellen. Im Brandfall mit Wasser, Löschpulver, Schaum oder CO₂ löschen. Ein etwaiges Umfüllen darf nur unter aseptischen Bedingungen (Sterilbank) erfolgen.

Sterillium Virugard: Wirkstoff: Ethanol. **Zusammensetzung:** 100 g Lösung enthalten: Wirkstoff: Ethanol 99 % 95,0 g. Sonstige Bestandteile: Butan-2-on, Glycerol, Tetradecan-1-ol, Benzol. **Anwendungsgebiete:** Hygienische und chirurgische Händedesinfektion. **Gegenanzeigen:** Nicht auf Schleimhäuten anwenden. Nicht in unmittelbarer Nähe der Augen oder offener Wunden anwenden. Überempfindlichkeit gegen Inhaltsstoffe. **Nebenwirkungen:** Selten treten leichte, diffuse Hautirritationen oder allergische Reaktionen auf. In solchen Fällen wird empfohlen, die allgemeine Hautpflege zu intensivieren. **Warnhinweise:** Nicht in Kontakt mit offenen Flammen bringen. Nicht in der Nähe von Zündquellen verwenden. Flasche nach Gebrauch verschließen. Flammpunkt nach DIN 51755: 0 °C. Leicht entzündlich. Elektrostatrische Aufladung vermeiden. Mit alkoholnassen Händen nichts berühren. Nach Verschütten des Desinfektionsmittels sind folgende Maßnahmen zu treffen: sofortiges Aufnehmen der Flüssigkeit, Verdünnen mit viel Wasser, Lüften des Raumes sowie das Beseitigen von Zündquellen. Nicht rauchen. Ein etwaiges Umfüllen darf nur unter aseptischen Bedingungen (Sterilbank) erfolgen.

BODE Chemie GmbH, Melanchthonstraße 27, 22525 Hamburg, Tel. +49 40 54006-0.
Stand: 01.07.2013

Aktuelle Informationen und Tipps zu Hygiene und Infektionsschutz unter: www.bode-science-center.de
Wir forschen für den Infektionsschutz.



hilft heilen.