

PflegeDienst

Das HARTMANN-Magazin für die ambulante und stationäre Pflege

Heft 2/2014

Kernproblem Dekubitus: gemeinsam sicher lösen



Titelthema

**Risikoeinschätzung
individuell durchführen**

Pflegewissen

**Prinzipien der
Dekubitusbehandlung**

Fit im Beruf

BGF – ein Gewinn für alle

NICHT VERGESSEN:
Zur Verlängerung Ihres Abonnements
bitte online neu registrieren unter
<http://pflegedienst.hartmann.de>.
Vielen Dank!

Grundlagenseminar 2014 „Fachkraft für Kontinenzförderung“

13.10. (10 Uhr) bis 17.10.2014 (14.30 Uhr), Teilnahmegebühr 590 € (zzgl. ges. MwSt.). Die Teilnahmegebühr beinhaltet umfangreiche Arbeitsunterlagen, Pausenverpflegung und Mittagessen. Zum Abschluss wird ein Zertifikat „Fachkraft für Kontinenzförderung (Grundlagenseminar)“ erteilt. Außerdem erhalten Sie für die Teilnahme 18 Fortbildungspunkte für die Registrierung beruflich Pflegender.

Anmeldung online www.hartmann.de/seminare.php, oder per Fax 07321/36-4277. Unseren Seminarservice erreichen Sie unter Telefon 07321/36-3277 oder per E-Mail dagmar.obele@hartmann.info.

Das Thema Inkontinenz als medizinisches, pflegerisches und vor allem auch wirtschaftliches Problem nimmt eine immer größere Rolle in Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege ein, nicht zuletzt auch durch die steigende Zahl älterer, inkontinenter Menschen. Für einen professionellen Umgang mit dieser Problematik sind Spezialisten gefragt. Fachkräfte für Kontinenzförderung sind jedoch rar, obwohl diese Kontinenzexperten eine wichtige Funktion in der Pflege wahrnehmen. Ihre Bedeutung hat mit der Veröffentlichung des Nationalen Expertenstandards zum Thema Harninkontinenz weiter zugenommen. Diese Experten setzen Qualitätsmaßstäbe und tragen durch eine adäquate Schulung und Anleitung der Mitarbeiter zur Umsetzung des Standards bei.

Die PAUL HARTMANN AG veranstaltet daher in Zusammenarbeit mit der Agaplesion Akademie Heidelberg das Grundlagen- und Intensivseminar „Fachkraft für Kontinenzförderung“. 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.



squarepixels/Stockphoto

Die Seminarleitung haben Margit Müller, Diplom-Pflegewirtin (FH), und Simone Hartmann-Eisele, Diplom-Pflegepädagogin (FH). Als Referentinnen stehen Elke Kuno, Lehrerin für Pflegeberufe und Enterostomatherapeutin, und Dr. Elke Müller, Lehrerin für Krankenpflege (Diplom), zur Verfügung. Simone Hartmann-Eisele, Elke Kuno und Dr. Elke Müller sind Mitglieder der Experten-Gruppe „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“.

Die Weihnachtsgeschenke für Ihre Bewohner stressfrei jetzt schon aussuchen!

Ob im Sommer oder zur Weihnachtszeit – all denen, die einem am Herzen liegen, macht man gerne eine Freude. Mit HARTMANN gelingt Ihnen das ganz stressfrei. Denn mit dem Menalind professional Geschenkservice suchen Sie schon jetzt ganz gelassen die liebevoll zusammengestellten Weihnachtsgeschenke für Ihre Bewohner aus. Wie jedes Jahr liefern wir Ihnen die weihnachtlich verpackten Präsente natürlich zu Ihrem Wunschtermin.

1. **Pflege-Set** für gepflegte und gesunde Altershaut: Menalind professional Waschlotion und Körperlotion, jeweils 250 ml
2. Mit dem **Bilderrahmen-Set** schöne Momente immer im Blick: Bilderrahmen, Fotoformat 9x13 cm, und Menalind professional Waschlotion 250 ml

3. Das **Kalender-Set** mit Sprichwörtern, Rätseln, Sudoku und Witzen auf den Kalenderrückseiten sorgt täglich für gute Laune: Kalender, Maße 11x14 cm, und Menalind professional Waschlotion 250 ml

4. Das **Kerzen-Set** bringt Gemütlichkeit in die Zimmer: sichere LED-Kerze, Maße 4,3x5,7 cm, mit An- und Ausschalter inklusive Batterie, und Menalind professional Waschlotion 250 ml

5. Das **Lupen-Set** mit integriertem Licht erleichtert das Lesen: Lupe, Maße 6,5x15 cm, Lupenglas Ø 5 cm, aus Kunststoff, inklusive Batterie, und Menalind professional Waschlotion 250 ml

6. Das **Kneipp-Set** mit der Pflegedusche „Stressfrei“ sorgt für Entspannung und Wohlfühl: Kneipp Aroma-Pflegedusche 200 ml

Eine Übersicht über alle Menalind professional Geschenk-Sets mit den entsprechenden Informationen erhalten Sie bei natalie.bonn@hartmann.info oder Ihrem HARTMANN Außendienstmitarbeiter.



Ergebnis der Leserbefragung 2014: Hohe Akzeptanz für den HARTMANN PflegeDienst

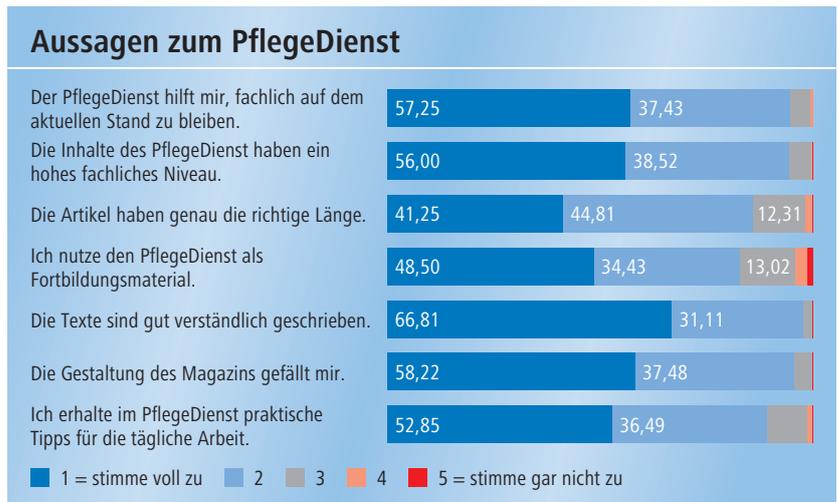
678 Leserinnen und Leser haben an der Leserbefragung 2014 teilgenommen, worüber wir uns sehr gefreut haben. Wir bedanken uns sehr herzlich bei Ihnen, denn Sie haben uns wichtige Erkenntnisse und Anregungen vermittelt. Hier einige der interessanten Fakten ...

Die große Mehrheit der Teilnehmer (87 %) ist direkt in der Pflege tätig, der kleinere Teil in der Verwaltung, der Ausbildung oder anderen Bereichen. Stationäre und ambulante Altenpflege sind unter den PflegeDienst-Lesern etwa gleich vertreten.

Die Leser des PflegeDienst verfügen über eine hohe Qualifikation. Über 83 % haben eine Ausbildung in der Kranken- oder Altenpflege absolviert, rund 11 % verfügen sogar über einen entsprechenden Hochschulabschluss.

Dementsprechend sind auch ihre Anforderungen an eine Fachzeitschrift. Für 96 % der Leserinnen und Leser waren medizinisch-pflegerische Hintergründe wichtig, 94 % gaben an, dass praxisrelevante Themen sowie Tipps und Tricks für sie bedeutend seien. Bei der Frage nach der gewünschten Länge der Beiträge waren die Meinungen gespalten: 59 % der Leser wünschten kurze und knappe Beiträge, während 45 % angaben, ausführliche Berichte lesen zu wollen.

Ein Teil der Fragen beschäftigte sich mit der Bedeutung und der Qualität der verschiedenen Rubriken. Hier konnte jeweils auf einer Skala von 1 für sehr wichtig bzw. sehr gut bis zu 5 für nicht wichtig bzw. mangelhafte Qualität bewertet werden. Besonders wichtig war den Lesern die Rubrik „Pflegethemen“, die 96,5 % für wichtig oder gar sehr wichtig hielten. Aber auch alle anderen Rubriken wurden von mindestens zwei Dritteln der Leser in ihrer Wichtigkeit mit 1 oder 2 bewertet. Noch besser war die Bewertung der Qualität, bei der alle Rubriken mit Werten von über 80 % bei den Noten „sehr gut“ und „gut“ erhielten. Spitzenreiter ist wiederum das „Pflegethemen“ mit 94 % guten oder gar sehr



guten Noten. Alle Aussagen unterscheiden sich dabei zwischen den verschiedenen Tätigkeitsbereichen und Ausbildungsständen nur gering. Bei der Frage nach weiteren Themen waren vor allem Fallbeispiele (97,7 %) und Buchtipps (68,2 %) gefragt.

Die hohe Zustimmung zeigte sich auch bei den Antworten auf die „Aussagen zum PflegeDienst“ (siehe Graphik oben). Bei allen Themenbereichen gaben über 83 % der Leser eine Bewertung von 1 oder 2 auf einer Skala von 1 bis 5. Besonders gut bewertet wurden dabei das fachliche Niveau, die Gestaltung und vor allem die Verständlichkeit mit 97,9 % Zustimmung.

Auf die Frage „was wir tun sollten, damit Sie den PflegeDienst noch intensiver nutzen“, die im Tenor vielfach mit „bitte nichts verändern, nur weiter so“ beantwortet wurde, erhielten wir insbesondere zu möglichen Pflegethemen viele gute Anregungen. Wir werden versuchen, sie im Rahmen der redaktionellen Gesamtkonzepte künftiger PflegeDienst-Ausgaben umzusetzen. Denn die hohe Akzeptanz ist natürlich der beste Ansporn, das Informationsangebot weiter auszubauen.

Die hohe Zustimmung erklärt sicher auch, warum der PflegeDienst gern weitergegeben wird. Nur 21 % der Leser nutzen ihn allein, weitere 20 % geben ihn an einen weiteren Leser weiter, 58 % sogar an zwei oder mehr andere Leser.



Dekubitus – Crux der Pflege

Nicht zuletzt durch die steigende Zahl hochbetagter, multimorbider Menschen, die als Hauptrisikogruppe gelten, bleiben Dekubitusprävention und -behandlung eine herausragende Aufgabe pflegerischen Handelns, die ein effizientes Management erfordert.



Silvia Jansen / Stock

Nach dem European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) und dem amerikanischen National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) „ist ein Dekubitus eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind, deren Bedeutung ist aber noch zu klären“.

Diese Definition impliziert, dass die Entstehung eines Dekubitus – auch wenn der kausale Faktor Druck eindeutig identifiziert ist – ein multifaktorielles, d. h. ein von vielen Faktoren abhängiges und beeinflusstes Geschehen darstellt, das in seiner Komplexität nicht

einfach zu erfassen ist. Eine Vielzahl äußerer Einflüsse und individueller Risikofaktoren beim Patienten ergeben oft eine unübersichtliche „Datenlage“, die dann dazu führt, dass Pflege und Behandlung sich ausschließlich auf die Wunde konzentrieren. Die Dekubitusgefährdung verringert sich jedoch deutlich, wenn bereits im Rahmen der Prävention möglichst alle Risikofaktoren berücksichtigt werden (siehe Seiten 6/7). Es sollte stets versucht werden, ganzheitlich auf den Bewohner/Patienten einzugehen und ihn in bestmöglichem Allgemeinzustand und guter psychischer Verfassung zu halten.

Internationales Klassifikationssystem verstehen

Die bisher benutzten Ausdrücke Staging (Stufen) oder Grading (Schweregrade) unterstellen nach Ansicht der Experten ein Fortschreiten der Dekubitusentwicklung von Grad I nach III oder IV. Dies ist jedoch keineswegs immer der Fall. Beispielsweise kann ein tiefer Dekubitus Grad III und IV sich zunächst unter intakter Haut entwickeln und dann sozusagen „hervorbrechen“. Umgekehrt können unter einem diagnostizierten Dekubitus Grad I bereits alle Gewebeschichten geschädigt sein.

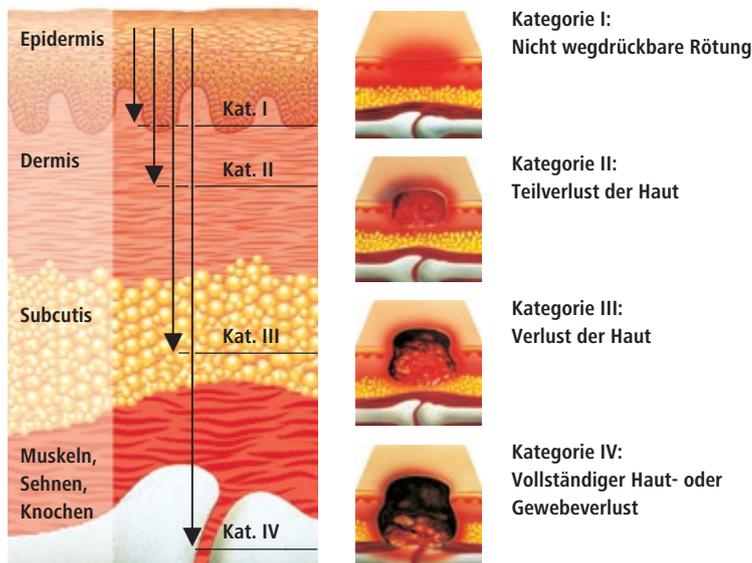
Da es nun schwierig war, einen international gemeinsam gültigen Begriff für Stufe und Schweregrad zu finden, einigte man sich auf den Begriff „Kategorie“. Dieser Begriff hat außerdem den Vorteil, dass er keinen Entwicklungsverlauf ausdrückt, sodass die Vorstellung verlassen werden kann, dass sich ein Dekubitus von „I nach IV“, also von oben nach unten entwickelt oder von „IV nach I“, d. h. von unten nach oben heilt.

Da die Experten des EPUAP und NPUAP durchaus anerkennen, dass es für die bisherigen Bezeichnungen einen großen Bekanntheitsgrad gibt und bei allen drei Begriffen kein Unterschied bezüglich der Tiefe der Gewebeschädigung besteht, schlugen sie vor, vor Ort denjenigen Begriff – Stufe, Schweregrad oder Kategorie – zu nutzen, der in der jeweiligen Einrichtung am gebräuchlichsten ist. Wichtig ist jedoch, bei der Klassifizierung die oben beschriebene Problematik zu beachten.

Auswirkungen eines Dekubitus auf den Patienten

Mit einem Dekubitus erleidet der Bewohner/Patient zusätzlich zu seiner Grunderkrankung eine Schädigung, die physisch und psychisch neues Leid mit sich bringt. Viele Dekubitalulzera heilen erst nach Monaten oder Jahren. Das bedeutet oft monatelange Immobilisation, Schmerzen, Sepsisgefahr sowie eine Reihe weiterer Komplikationen, die unter Umständen zu einem unmenschlichen Dasein führen. Insbesondere im Hinblick auf die körperlichen Auswirkungen kann ein regel-

Internationale Dekubitusklassifikation



rechter Teufelskreis entstehen, wenn nicht durch geeignete Maßnahmen gegengesteuert wird. Nachfolgend ist diese ungute Entwicklung beschrieben.

Eine Dekubituswunde kostet den Betroffenen sehr viel Substanz und der Verlust ist zunehmend nur schwer durch eine normale Nahrungsaufnahme auszugleichen. Dies beschleunigt die Entwicklung einer Kachexie (krankhafter Gewichtsverlust) bzw. verstärkt eine bereits vorliegende Kachexie. Der Patient gerät in eine katabole, d. h. abbauende, muskelschädigende Stoffwechselsituation, durch die der Aufbau von Eiweiß, das in größeren Mengen dringend zur Wundheilung gebraucht wird, in allen Stufen stark vermindert ist. Eine normale Wundheilung ist unter diesen Umständen nicht denkbar.

Bei einem abgemagerten Menschen treten dann auch die Knochenstrukturen stärker hervor. Das hat ein Ansteigen der Druckspitzen an diesen exponierten Stellen zur Folge, sodass sich die Dekubitusgefährdung weiter erhöht. Ein weiteres gravierendes Problem und mit ein Ergebnis des katabolen Stoffwechsels ist schließlich der Verlust an Muskelmasse. Bereits eine kurzzeitige Bettruhe von wenigen Tagen (1 bis 2 Wochen) führt zu hochgradigem Proteinmangel und Muskelschwund von bis zu 500 g pro Tag (Seiler, 2001). Klinisch treten Symptome auf wie allgemeine Schwäche, Verminderung kognitiver Leistungen, Verlust des Steh- und Gehvermögens bis hin zu kompletter Immobilität.

Auswirkungen eines Dekubitus auf die Pflege

Menschen mit einem Druckgeschwür benötigen zumeist über einen langen Behandlungszeitraum eine intensive, in den Bemühungen nie nachlassende Pflege. Dies bedeutet eine große berufliche Herausforderung, die nur mit klaren Therapie- und Pflegekonzepten zu bewältigen ist, die in der Praxis jedoch oftmals fehlen. Dabei nimmt der forensische Druck auf die Pflege seit einigen Jahren drastisch zu. Denn die Rechtsprechung definiert klar, dass jeder Patient einen Rechtsanspruch auf eine sichere Versorgung nach den aktuellen Erkenntnissen der Wissenschaft hat und die Qualität der Versorgung im Detail dokumentiert werden muss.

Die häufigsten Dekubituslokalisationen



A Sakraler Dekubitus entsteht in Rückenlage

Ein Dekubitus im Sakralbereich dürfte die häufigste Lokalisation sein. Hier sind oftmals auch tangentielle Scherkräfte mitbeteiligt.



B Fersendekubitus entsteht in Rückenlage

Sowohl einem Sakral- als auch einem Fersendekubitus lässt sich mit einer 30°-Schräglagerung rechts und links sicher vorbeugen (Seiler et al.).



C Trochanterdekubitus entsteht in 90°-Seitenlage

Eine 90°-Lagerung ist hochrisikant und sollte nicht mehr angewendet werden. Als risikoärmste Lagerung empfiehlt sich die 30°-Schräglagerung.



D Knöcheldekubitus entsteht in 90°-Seitenlage

Besonders dekubitusgefährdet sind die seitlichen Fußknöchel. Wie die Fersen sind sie zusätzlich zur 30°-Schräglagerung durch Freilagern zu schützen.



E Sitzbeindekubitus entsteht beim Sitzen (Stuhl/Rollstuhl)

Hierbei darf der Patient in Rückenlage liegen, da in dieser Position die Sitzbeinhöcker nicht belastet sind.

HARTMANN Inhouse Seminar: Dekubitusprophylaxe

Der Dekubitus gehört immer noch zu den gravierendsten Gesundheitsrisiken hilfe- und pflegebedürftiger Bewohner/Patienten. Angesichts des vorhandenen Wissens über die Möglichkeiten der Prävention eines Dekubitus heißt das Pflegeziel, die Entstehung eines Dekubitus weitestgehend zu verhindern. Von herausragender Bedeutung ist dabei, dass das Fachpflegepersonal die Kontinuität prophylaktischer Maßnahmen gewährleistet. Dazu zählen u. a. eine systematische Risikoeinschätzung, die Schulung von Patienten/Bewohnern bzw. deren Angehörigen, wenn möglich eine Bewegungsförderung und als Allerwichtigstes die Maßnahmen zur Druckentlastung. Basis des HARTMANN Inhouse Seminars ist der neu überarbeitete Expertenstandard des DNQP. Dementsprechend lauten die Seminarinhalte: Bedeutung des Expertenstandards für die Pflegepraxis, Aufbau des Standards, Bedeutung der Aktualisierung 2011 und die „neue“ Umsetzung.

Das eintägige Seminar ist konzipiert für Pflegefachkräfte in Einrichtungen der stationären Altenhilfe sowie in stationären und ambulanten Einrichtungen. Es wird ein Zertifikat ausgestellt. Bei Fragen bzw. Angebotserstellung hilft Dagmar Obele vom HARTMANN-Seminarservice (dagmar.obele@hartmann.info).



Das HARTMANN Inhouse Seminar „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ vermittelt die Inhalte des DNQP-Expertenstandards und hilft so bei der Implementierung dieses außerordentlich wichtigen Standards.

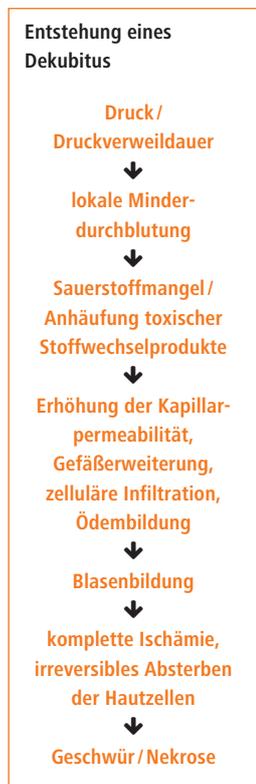
Leitlinien und Expertenstandards

Auch wenn sich nicht jeder Dekubitus vermeiden lässt, wird das Nichtauftreten eines Dekubitus als Qualitätsmerkmal der Pflegeleistung angesehen. Dementsprechend wurden zur Dekubitusprävention verschiedene Leitlinien und Expertenstandards entwickelt, die zur evidenzbasierten Pflege anleiten sollen.

EPUAP und NPUAP stellen dazu eine Kurzanleitung zur Verfügung, die in verschiedene Sprachen übersetzt wurde und über die EPUAP-Website www.epuap.org verfügbar ist. Für Deutschland ist der vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelte Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ verbindlich, der auch bei der Sozialrechtsprechung und bei Gutachterverfahren eine wichtige Rolle spielt. Sollte es durch Mängel in der Pflege zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung kommen, nutzt das Gericht den Expertenstandard als Bewertungsmaßstab.

Risikoeinschätzung individuell durchführen

Die Faktoren, die zur Entstehung eines Dekubitus führen können, sind so zahlreich, dass sie durch den Einsatz üblicher Skalen kaum abzudecken sind. Deshalb sollte die Risikoeinschätzung als Grundlage für eine sichere Pflegeplanung möglichst individuell erfolgen.



Um nicht den Überblick zu verlieren, kann bei der Einschätzung von Dekubitusrisiken deren Unterteilung in primäre und sekundäre Risikofaktoren (Infobox unten) hilfreich sein. Primärer Risikofaktor ist eine totale bzw. relative Immobilität, wie sie durch Bewusstlosigkeit, Narkose und vollständige Lähmung oder durch Sedierung, Frakturen, starke Schmerzen oder Halbseitenlähmung entstehen kann. Das Alter des Betroffenen spielt dabei keine Rolle. Eine totale bzw. relative Immobilität führt zu einer riskanten Verlängerung der Dauer der Druckeinwirkung, die bei der Dekubitusentstehung die entscheidende Rolle spielt.

Als sekundäre Risikofaktoren gelten alle Zustände und Krankheitsbilder, die insbesondere die Funktionsfähigkeit und Widerstandskraft der Haut beeinträchtigen, sodass es bereits bei kurz andauernder Druckeinwirkung zur Schädigung kommen kann. Da das Auftreten sekundärer Risikofaktoren stark altersabhängig ist, sind davon vor allem alte Menschen betroffen.

Prinzipiell ist bei der Risikoeinschätzung zu berücksichtigen, dass ein sekundärer Risikofaktor allein keinen Dekubitus verursachen kann. Ein Dekubitus entsteht ursächlich durch Druckeinwirkung auf die Haut, sekundäre Risikofaktoren wie Mangel durchblutung, Fieber oder Inkontinenz sind die Entstehung begünstigende Faktoren. Ggf. kann es bei der Erst- und den unbedingt notwendigen Wiederholungseinschätzungen auch erforderlich werden, medizinisches Personal einzubeziehen.

Nachfolgend sind einige wichtige Aspekte aufgezeigt, die im Fokus einer gewissenhaften Risikoeinschätzung stehen, die aber im pflegerischen Alltag nicht selten zu wenig beachtet und bewertet werden.



Ist es eine IAD oder ein Dekubitus 1. Grades?

Bei der inkontinenzassoziierten Dermatitis (IAD) handelt es sich um eine Entzündung der Haut, lokalisiert in der perinealen Region und hervorgerufen durch wiederholten Kontakt mit Feuchtigkeit und/oder den aggressiven Zersetzungsprodukten von Stuhl und Urin. Eine beginnende IAD zeigt sich als Rötung (Erythem) und geht bei Nichteinschreiten in eine ausgeprägte Entzündungsreaktion der Haut mit Bläschenbildung, Nässen und Krustenbildung über. Bei derart geschädigter Haut besteht zudem immer ein großes Risiko für eine oberflächliche bakterielle Infektion (Erythrasma). Auch eine sehr schmerzhaft und belastende Candidainfektion im Genitalbereich ist eine häufige Komplikation.

Es droht aber auch ein Dekubitus. Denn aufgequollene und mazerierte Haut hat wenig Widerstandskraft gegen Druck, sodass es bereits durch kurzfristige Druckeinwirkungen zu einem Dekubitus kommen kann.

Die IAD von einem Dekubitus 1. Grades* zu unterscheiden, ist nicht einfach. Das wohl wichtigste Kriterium ist die Art der Hautrötung. Bei einer IAD sind die Hautrötungen diffus (Abb. 1) und in ihren Rändern nicht begrenzt, und sie lässt sich für gewöhnlich wegdrücken. Ein Dekubitus 1. Grades ist dagegen charakterisiert durch eine scharf begrenzte Hautrötung bei intakter Haut, die sich **nicht** wegdrücken lässt.

Bei den geringsten Zweifeln, ob es sich um eine IAD oder bereits einen Dekubitus 1. Grades handelt, sind sofort Maßnahmen zur Behandlung **beider** Krankheitsbilder einzuleiten:

- Die geschädigte Haut wird entsprechend dem Stadium mit vom Arzt verordneten Salben bzw. Hautschutzcremes saniert ...
- ... und zugleich durch geeignete Lagerung vom Druck entlastet. Bei konsequenter Druckentlastung wird die Rötung nach einigen Stunden bis Tagen verblassen, je nachdem wie ausgeprägt die vorausgegangene Minderdurchblutung war.

Anmerkung: Salben und Cremes dienen zur Vermeidung und Behandlung von Hautschäden, aber nicht zur Vermeidung eines durch Druck bedingten Dekubitus!

Wichtige Risikofaktoren

Primär

- Totale Immobilität ohne Spontanbewegungen
- Relative Immobilität mit eingeschränkten Spontanbewegungen
- Relative Immobilität nachts – ein besonders zu beachtender Risikofaktor!

Sekundär

- Mangel durchblutung der Haut
- Fieber
- Harn- / Stuhlinkontinenz
- Natürliche Hautalterung, Hautkrankheiten
- Unter- bzw. Mangelernährung

Ist der Hautschutz ausreichend?

Unabhängig von vorliegenden Erkrankungen stellt die Altershaut an sich ein Dekubitusrisiko dar. Denn durch den altersbedingten Schwund an Zell- und Faser-elementen wird die Haut insgesamt dünner, das Hautbindegewebe verliert an Elastizität. Damit verringert sich die mechanische Belastbarkeit der Haut, sodass bei anscheinend gesunder Haut Druckeinwirkungen in kürzester Zeit zur Dekubitusentwicklung führen können. Ist die Altershaut zusätzlich durch Mangeldurchblutung (z. B. bei niederem Blutdruck, Dehydration, Diabetes, Herzinsuffizienz, Fieber usw.) oder Inkontinenz belastet, erhöht sich das Dekubitusrisiko mitunter drastisch.

Eine intensive Hautpflege zur Gesunderhaltung der Altershaut ist deshalb generell eine entscheidende Präventivmaßnahme und erst recht, wenn eine Inkontinenz vorliegt.

Wird der Allgemeinzustand genügend beachtet?

Chronisch verlaufende oder schwere Krankheiten, maligne Prozesse, Infektionen, Malnutrition mit Eiweiß-, Vitamin- und Zinkmangel, Anämie, Austrocknung (Exsikkose), Auszehrung (Kachexie) usw. erhöhen ebenfalls das Dekubitusrisiko. Denn viele der Erkrankungen wirken sich stark einschränkend auf die Mobilität des Bewohners/Patienten aus und beeinträchtigen den Stoffwechsel in der Haut. Zu den Risikofaktoren zählen aber auch psychische Erkrankungen wie akute Psychosen und Depressionen, wobei vor allem die Auswirkungen der Psychopharmaka eine Rolle spielen.

Um diese potenziellen Risikofaktoren zu entdecken, bedarf es keiner aufwendiger Pflegeprogramme, sondern einer aufmerksamen Patientenbeobachtung, die Basis jeder pflegerischen Beziehung sein sollte.

Wann ist eine Druckentlastung angezeigt?

Bei allen Bewohnern/Patienten, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, ist von einem Dekubitusrisiko auszugehen, ein adäquates Assessment durchzuführen und sofort – noch bevor sich Hautrötungen zeigen – mit den



Hautrötung als Unterscheidungskriterium: Abb. 1 zeigt die diffusen Hautrötungen bei einer inkontinenzassoziierten Dermatitis (IAD). Abb. 2 zeigt einen Dekubitus Grad 1 mit scharf begrenz-



ten, flächigen Hautrötungen. Im Gegensatz zur IAD, bei der die Hautrötung weggedrückt werden kann, ist sie bei einem Dekubitus Grad 1 nicht mehr wegdrückbar.



Abb. 3/4: Intraoperativ entstandener Dekubitus: 48 Stunden nach der Operation ist im Kreuzbeinbereich eine bläuliche Verfärbung zu erkennen, die mit weißlichen Arealen durchsetzt ist.



Vier Tage nach der OP sind trotz konsequenter Entlastungslagerung aus den weißen Bezirken Nekrosenareale entstanden, die chirurgisch exzidiert werden mussten.

wichtigsten prophylaktischen Maßnahmen zu beginnen: an den gefährdeten Stellen die Dauer der Druckeinwirkung z. B. durch Mobilisierung verkürzen, die Stärke der Druckeinwirkung durch Weichlagern reduzieren oder sie durch Freilagern vollständig von Druck entlasten. Diese Gruppierung schließt dabei nicht nur bettlägerige oder eindeutig immobile Patienten mit ein, sondern auch alle Personen, die teilmobil den größten Teil des Tages im Rollstuhl oder Lehnstuhl sitzend verbringen. Gefährdet sind hier vor allem die Sitzbeinhöcker, die Wirbelsäule und die Fersen. Gerade bei teilmobilen Bewohnern ist es oft noch möglich, sie durch aktive Bewegungsübungen zu motivieren, ihre Restmobilität zur eigenständigen Druckentlastung zu nutzen.

* Die Problematik und die Unterscheidungskriterien wurden ausführlich im PflegeDienst 1/2014 vorgestellt. Die Ausgabe kann unter www.hartmann.de heruntergeladen werden.

Sicherer Hautschutz bei Inkontinenz mit HARTMANN Inkontinenzprodukten



Für die Gesunderhaltung der Haut spielt es eine große Rolle, wie „sicher“ die zur Anwendung kommenden aufsaugenden Inkontinenzprodukte sind. Primäre Anforderungen sind dabei, die Haut möglichst trocken zu halten und einen ausreichenden Luftzutritt zu sichern. Die HARTMANN Inkontinenzprodukte **MoliForm Premium soft** und **MoliCare Premium soft** erfüllen durch ihre Premium Produktausstattung und -konstruktion bis ins letzte Detail alle medizinisch-pflegerischen Anforderungen, die zum Wohle des Bewohners/Patienten gestellt werden müssen.

So schützen Moli Inkontinenzprodukte gleich mehrfach:

- **Absorption von Nässe** im Schrittbereich durch 3-lagigen Saugkörper als Garant für ein trockenes Hautmilieu
- **Eliminierung von Bakterien** durch hautneutrale Verteilerauflage mit antibakteriellen Eigenschaften
- **Reduzierung von aggressivem Ammoniak** durch urinspeichernde SAP-Kügelchen im Inneren des 3-lagigen Saugkörpers
- **Vermeidung von Okklusionen im Hüftbereich** durch luftdurchlässige Vliesstoffseitenteile im Hüftbereich bei MoliCare Premium soft
- **Zuverlässiger Auslaufschutz** durch 3-lagigen Saugkörper und Z-Cuffs als Innenbündchen bei MoliForm Premium soft

Menalind professional protect Transparente Hautschutzcreme

Die Creme mit dem hochwertigen Nutriskin Protection Complex – frei von Parabenen und ohne Zinkoxid – bildet einen transparenten Schutzfilm und schützt so die Haut im Intimbereich vor den aggressiven Substanzen von Urin und Stuhl. Die Creme lässt die Haut atmen und ermöglicht jederzeit eine sichere Hautinspektion.



Wichtig für die Praxis: die Transparente Hautschutzcreme schränkt die Saugleistung von Inkontinenzprodukten nicht ein!



BSIP / ddbc-stock

Prinzipien der Dekubitusbehandlung

Die Ausheilung eines Dekubitus zieht sich oft über viele Monate hin und stellt häufig eine Herausforderung dar, die nicht selten ungelöst bleibt. Hilfreich kann es deshalb sein, sich an pathophysiologisch belegten Therapiegrundsätzen zu orientieren, die wie eine Checkliste benutzt werden können.

Die langwierige Behandlung eines Dekubitus fällt üblicherweise in den Bereich der Pflege. Dies erfordert von den Pflegenden umfassendes Wissen und Können. Eine wertvolle Orientierungshilfe bei dieser Aufgabe kann dabei die Dekubitustherapie gemäß dem Basler Konzept (Seiler et al., 2008) sein.

1. Komplette Druckentlastung sichern

Ein Dekubitus entsteht durch anhaltende Druckeinwirkung auf die Haut. Wichtigste Maßnahme jeder Dekubitusbehandlung ist deshalb die komplette Druckentlastung zur Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Gewebedurchblutung im betroffenen Hautgebiet. **Ohne Druckentlastung ist eine Heilung nicht möglich und alle weiteren Maßnahmen sind sinnlos.**

Während bisher galt, dass eine ausreichende Druckentlastung durch 2-stündliches Umbetten in die 30°-Schräglagen rechts und links erreicht werden kann, empfiehlt das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) in der 1. Aktualisierung 2010 des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ ein flexibles Vorgehen. Demnach sind die Intervalle zwischen den Bewegungsförderungen bzw. Positionsveränderungen zur Druckentlastung abhängig vom individuellen Dekubitusrisiko des Patienten, den therapeutischen und pflegerischen Zielen sowie den individuellen Möglichkeiten und der (noch möglichen) Eigenbewegung des Patienten.

Im Hinblick darauf, dass die meisten Dekubitalulzera nachts entstehen, ist auch die Überlegung nicht korrekt, generell nachts weniger zu mobilisieren oder zu bewegen als tagsüber. Vielmehr muss die Häufigkeit der Bewegungsförderung bzw. der Positionsveränderung der akuten Gefährdungssituation angepasst werden. Die Einschätzung der notwendigen Häufigkeit erfolgt dabei immer aktuell durch die Pflegekraft.

Bei großen Dekubitalulzera, bei Patienten mit multiplen Dekubitusrisikofaktoren und postoperativ nach einer Dekubitus-Chirurgie können zusätzlich druckverteilende Hilfsmittel wie Lagerungskissen aus Schaumstoff oder spezielle Anti-Dekubitus-Matratzen hilfreich sein.

2. Nekrotisches Gewebe gründlich debridieren

Nekrosen werden in der Regel entfernt. Eine Ausnahme bilden Nekrosen an Fersen. Hier wird nur debridiert, wenn zuvor eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK), beispielsweise durch eine sorgfältige Ermittlung des Knöchel-Arm-Index (ankle brachial [pressure] index = ABI), ausgeschlossen oder eine Rekanalisationsoperation erfolgreich durchgeführt wurde.

Nekrotisches Gewebe muss so früh wie möglich chirurgisch exzidiert werden, da sich unter einer Nekrosekruste eine Infektion unbemerkt in die Tiefe ausdehnen kann. Die Gefahr der Entwicklung einer Dekubitalsepsis oder Osteomyelitis steigt dann rasch an. Zudem verhindern Nekrosen die Heilung.

Das chirurgische Débridement sollte wegen Schmerzen und möglicher Komplikationen möglichst von einem erfahrenen Arzt unter ausreichender Anästhesie und ggf. im OP durchgeführt werden. Ist im Einzelfall ein

Beispiele lokaler und allgemeiner Störfaktoren der Wundheilung

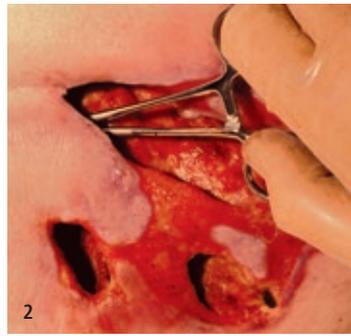
Lokale Störfaktoren

- **Druckentlastung ungenügend:** weißlicher Wundgrund, Druckstempel am Ulkusrand durch zu dicke Verbände
- **Nekrose:** schmierige Beläge, schwarze Nekrosekruste
- **Lokalinfektion:** Ulkusrand gerötet, ödematös, schmerzhaft, Infektionsparameter erhöht
- **Wundfläche ohne Granulation, ausgetrocknet:** Verband klebt, nach Verbandwechsel blutende Stellen, Schmerzen beim Verbandwechsel
- **Toxische Lokaltherapeutika:** Wasserstoffsuperoxyd, starke Desinfektionsmittel, gefärbte Lösungen

Allgemeine Störfaktoren

- **Infektionen:** z. B. Pneumonie, chronische Bronchitis, Harnwegsinfektionen, Fieber
- **Malnutrition:** z. B. Katabolismus, Dehydratation, eiweißarme Ernährung, Mangel an Vitaminen und Spurenelementen
- **Krankheiten:** z. B. Depression, Anämie, Diabetes mellitus, Immunschwäche, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz
- **Medikamente:** z. B. Kortikosteroide, sedierende Medikamente, Immunsuppressiva, Zytostatika

(Seiler, 2002)



chirurgisches Débridement nicht durchführbar, ist eine möglichst rasche Wundreinigung mithilfe der feuchten Wundbehandlung, Wundspülungen und schonender mechanischer Ablösung von Nekrosen anzustreben.

3. Lokalinfection und Sepsis nicht übersehen

Eine Lokalinfection und eine periulzeröse bakterielle Dermatitis sind sehr häufige Komplikationen. Werden sie nicht frühzeitig erkannt, kann sich eine perakute Dekubitalsepsis oder unbemerkt eine Osteomyelitis entwickeln. Die Lokalinfection präsentiert sich prinzipiell mit den klassischen Symptomen: Rötung und Überwärmung der Hautareale rings um das Ulkus, brennende Schmerzen im Ulkusgrund und der Wundumgebung, Druckdolenz und Ödem am Ulkusrand und an der Wundumgebung sowie Bewegungseinschränkung. Systemisch erwartet man Fieber, Leukozytose und ein erhöhtes C-reaktives Protein, wobei diese Symptome im Alter oft fehlen. Eine kleine Gewebebiopsie für die bakteriologische Kultur ist sehr hilfreich. Sie ermöglicht die Verordnung einer gezielten Antibiotikatherapie bei plötzlichem Ausbruch einer Dekubitalsepsis.

4. Wunden permanent feucht behandeln

Aus Studien über die Wundpathophysiologie geht hervor, dass Wunden unter feuchten Verbänden besser heilen als unter trockenen. Die permanente Feuchttherapie hat einen sehr guten wundreinigenden Effekt, schont Abwehrzellen, bewirkt ein heilungsförderndes Mikroklima und fördert die Bildung von Granulationsgewebe. Besonders wichtig ist aber auch, dass das Austrocknen der Wundflächen verhindert wird und der Verband nicht mit der Wunde verklebt. Dies ermöglicht einen atraumatischen, schmerzarmen Verbandwechsel ohne „Zellstripping“, d. h. neugebildete Zellen werden nicht mit dem verklebten Verband abgerissen.

5. Plastisch-chirurgische Defektdeckung eruieren

Débridement und plastisch-chirurgische Deckung mittels Rotationslappen sind dank der Fortschritte auf den Gebieten der Anästhesie und der operativen Techniken Standard geworden. Wenn immer möglich, sollten davon auch Alterspatienten mit höhergradigen Dekubitalulzera profitieren, weil Ulzera der Kategorie III und IV ohne eine plastisch-chirurgische Operation nur schwer oder gar nicht zur Abheilung mit stabilen Narbenarealen gebracht werden können.

6. Systematisch nach Störfaktoren suchen

Wenn Ulzera nicht heilen, so liegt es, falls die Therapieprinzipien und vor allem die Druckentlastung konsequent eingehalten wurden, an zusätzlichen lokalen und allgemeinen Störfaktoren (Infobox links). Anhand von sorgfältig erstellten Checklisten, die auch das individuelle Risikoprofil des Patienten berücksichtigen, sollte deshalb immer wieder nach neuen oder bestehenden Störfaktoren gesucht werden. Denn nur durch das Aufdecken von Störfaktoren können neue begleitende Therapieansätze gefunden werden: Einmal sind es beispielsweise eine Malnutrition, ein Zinkmangel oder eine Depression, ein anderes Mal eine Aspirationspneumonie, eine Dehydratation oder ein Medikament, das die Heilung beeinträchtigt.

6. Optimale Ernährung anstreben

Malnutrition stellt einen sehr häufig auftretenden Störfaktor der Wundheilung dar. Bei Patienten mit einem großen Dekubitus liegt in über 80 % eine Malnutrition vor (Seiler, 2002). Deshalb gehört zur Eintrittsuntersuchung immer auch die Überprüfung des Ernährungsstatus. Ein Nutrogramm hilft bei der Aufdeckung von Defiziten und der Optimierung der individuellen Ernährungstherapie.

Wichtige Kriterien zur Wundbeurteilung:
 [1] Trochanter-Dekubitus mit Lokalinfection und deutlich sichtbarer Rötung und Ödem (glänzende Haut). [2] Sakraler Dekubitus mit multiplen Fistelgängen; Fistelgänge weisen immer auf eine Osteomyelitis hin. [3] Weißliche, hyperkeratotische Veränderungen (beginnende Schwielenbildung) sind ein typisches Zeichen für ungenügende Druckentlastung bei zu harter Matratze.

Allgemein wird für geriatrische Patienten mit bestehenden Krankheiten und Wunden empfohlen:

- 1,5 g Proteine pro kg Körpergewicht
- 40 kcal pro kg Körpergewicht
- 20 ml Flüssigkeitszufuhr pro kg Körpergewicht
- 20 mg Zink pro Tag, Vitamin C bzw. Multivitaminpräparate
- Vitamin B 12 pro Woche 1 mg subkutan während zehn Wochen (Seiler, 2007)

Wichtige Tipps zum hygienischen Verbandwechsel

Von einem Dekubitus sind vor allem alte und hochbetagte Menschen betroffen, die durch die bekannten Faktoren wie Multimorbidität, schlechte Immunlage usw. ein extrem hohes Infektionsrisiko tragen. Jeder Verbandwechsel – auch im häuslichen Pflegebereich – hat deshalb unter sterilen Bedingungen zu erfolgen. Dies gilt auch für bereits offensichtlich infizierte Wunden, denn sie stellen ein Reservoir äußerst virulenter Keime dar, deren Verschleppung nur durch umfassende Hygiene zu verhindern ist.

- Da die meisten Wundinfektionen durch Handkontakt übertragen werden, ist beim Verbandwechsel immer die sog. Non-Touch-Technik anzuwenden, d. h. Wunde oder Verband dürfen niemals mit bloßen Händen berührt werden.
- Eine korrekt durchgeführte Händedesinfektion **vor und nach** dem Verbandwechsel ist eine der wichtigsten Maßnahmen zur Vermeidung von Infektionen.
- Das Tragen unsteriler Handschuhe beim Entfernen des Wundverbandes sowie von sterilen Handschuhen bei der nachfolgenden Wundversorgung schützt sowohl Patienten als auch Behandler.
- Alle Materialien, die in direkten Kontakt mit der Wunde kommen bzw. die dem sicheren aseptischen Ablauf des Verbandwechsels dienen, müssen steril sein.
- Zum Verbandwechsel über der Dienst-/Bereichskleidung ist eine frische (Einmal-)Schürze anzulegen.
- Ein Mund- und Nasenschutz ist erforderlich, wenn großflächige Wunden zu versorgen sind oder wenn der Durchführende an einer Erkältung leidet.
- Während des Verbandwechsels darf das Zimmer von anderen Personen nicht betreten werden, um Keimverwirbelungen zu vermeiden. Auch Haustiere sind unbedingt aus dem Zimmer zu entfernen.
- Ebenso ist Zugluft zu vermeiden. Auch sie führt zur Keimverwirbelung.
- Nicht über der Wunde sprechen. Die Mundhöhle ist stark mit Keimen besiedelt, die beim Sprechen direkt in die Wunde gelangen.

TenderWet plus & HydroTac: starkes Team zur Wundbehandlung

Insbesondere schwer heilende Problemwunden wie z. B. Dekubitalulzera profitieren von der innovativen Nasstherapie wie sie mit TenderWet plus und HydroTac möglich ist: Zuerst sorgt TenderWet plus für eine tiefenwirksame Reinigung, im Anschluss daran bewirkt HydroTac ein heilungsförderndes, ausgewogen feuchtes Wundmilieu.



TenderWet plus ist tiefenwirksam

Dass TenderWet plus bis in die Tiefe wirkt, ist auf den einzigartigen Spül-Saug-Mechanismus zurückzuführen: Das Wundkissen verfügt über einen Saugkern aus superabsorbierendem Polymer (SAP), der mit Ringerlösung getränkt ist. Diese wird kontinuierlich an die Wunde abgegeben, wodurch Nekrosen und Beläge rasch aufgeweicht und abgelöst werden. Gleichzeitig werden mit dem Wundexsudat Detritus (zelluläre Zerfallsprodukte bspw. von Gewebenekrosen) und Bakterien in den SAP-Saugkörper aufgenommen und dort sicher gebunden.

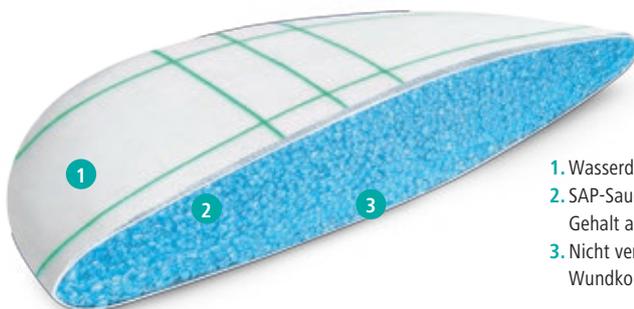
Dieser Austausch – Ringerlösung gegen mit Detritus und Bakterien beladenes Wundexsudat – funktioniert, weil der Superabsorber eine höhere Affinität oder auch „Vorliebe“ für das proteinhaltige Wundexsudat besitzt als für die salzhaltige Ringerlösung und so diese quasi aus dem Saugkern drängt.

Auf diese Weise lassen sich auch Matrix-Metalloproteasen (MMPs) reduzieren, die sich immer dann wundheilungsstörend auswirken, wenn sich zu viele von ihnen in der Wunde befinden, was bei chronischen Wunden häufig der Fall ist. Sie werden mit dem Wundexsudat in den Saugkern aufgenommen, dort sicher gebunden und beim Verbandwechsel mit dem TenderWet-Wundkissen aus der Wunde entfernt.

Zusätzlich zur sicheren Bindung von Detritus, Bakterien und MMPs an die SAP-Partikel im Saugkern hat TenderWet plus eine weitere Keimbarriere aufzuweisen. In den SAP-Saugkern ist in gebundener Form das Antiseptikum Polyhexanid eingebracht, das durch seine gebundene Form nicht an die Wunde abgegeben wird, aber die mit dem Wundexsudat aufgenommenen Bakterien abtötet. Damit wird die Wunde zuverlässig vor einer Rekontamination geschützt.

TenderWet plus ist somit eine äußerst effiziente Wundaufgabe zur intensiven Reinigung, Nekrosenablösung, Abtötung von Bakterien und Inaktivierung entzündungsfördernder Proteasen. Die klinische Praxis zeigt außerdem, dass die tiefenwirksame Reinigung mit TenderWet plus rasch einsetzt, was die Heilungszeiten vielfach auf Zeitspannen verkürzt, die nicht nur den betroffenen Patienten erheblich entlasten, sondern auch aus wirtschaftlicher Sicht von Bedeutung sind.

TenderWet plus: einzigartiger Spül-Saug-Mechanismus



1. Wasserdichte Deckfolie
2. SAP-Saugkern mit hohem Gehalt an Ringerlösung
3. Nicht verklebende Wundkontaktschicht



Kontinuierliche Abgabe der Ringerlösung.



Aufnahme von Nekrosen, Fibrin, Bakterien, Exsudat und MMPs.



Optimales Wundklima für den weiteren Heilungsprozess.

Die Anwendung von TenderWet plus ist dementsprechend die Therapie der Wahl

- bei allen chronischen Wunden in der Reinigungsphase, die Nekrosen, Beläge und/oder Fibrin und daher eine hohe Bakterienbelastung aufweisen,
- bei Wunden in der Granulationsphase, bei denen noch heilungsstörende Faktoren zu vermuten sind,
- aber auch bei akut traumatischen Problemwunden mit Sekundärheilung, die als hoch infektiösgefährdet bzw. manifest infiziert gelten.
- Speziell zum Austamponieren tiefer Wunden steht TenderWet plus als cavity-Aufmachung zur Verfügung.

HydroTac für effizientes Exsudatmanagement

HydroTac ist eine Wundauflage aus Schaumstoff, die auf der wundzugewandten Seite netzförmig mit einem Hydrogel beschichtet ist. Durch diesen Aufbau nimmt HydroTac überschüssiges Wundexsudat schnell und effektiv auf, ohne die Wunde auszutrocknen, und speichert es sicher im Inneren. Ein Zuviel an wundheilungsstörender Nässe wird zuverlässig reguliert, was auch hilft, Mazerationen von Wundrand und Wundumgebung zu vermeiden.

Gleichzeitig wirkt HydroTac dank der AquaClear Technologie aber auch feuchtigkeitsspendend. Durch die hydroaktive Gelbeschichtung kann HydroTac trockene bzw. austrocknungsgefährdete Wunden mit ausreichend Feuchtigkeit versorgen, sodass ein optimales Wundmilieu für die Zellaktivitäten entsteht.

Die wundabgewandte Seite verfügt über eine wasser- und bakteriendichte Deckschicht, die wirksamen Schutz vor Kontamination und damit Patient und Anwender die erforderliche Sicherheit bietet. Zudem wird durch die flexible Wasserdampfdurchlässigkeit der Folie die Aufnahme von Exsudat an die Gegebenheit des Wundzustands angepasst.

Problemlos ist auch die Handhabung von HydroTac. Die netzartige Gelbeschichtung haftet leicht auf der Haut, wobei dieser „Initial Tack“ eine Vorfixierung von HydroTac ermöglicht. Die selbstklebende Variante HydroTac comfort verfügt zusätzlich über einen umlaufenden Kleberand.

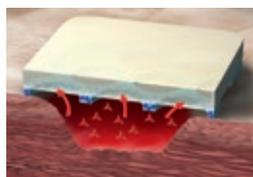
Des Weiteren verhindert die netzartige Gelbeschichtung ein Verkleben mit der Wundoberfläche, sodass ein schmerzarmes Abnehmen von HydroTac gewährleistet ist. Durch das Nichtverkleben bleibt zudem die Wundruhe erhalten, was eine wichtige Voraussetzung für einen störungsfreien Heilungsverlauf ist.

HydroTac ist somit die ideale hydroaktive Wundauflage zur Anschlussbehandlung an TenderWet plus und ist indiziert bei gering bis mäßig exsudierenden Wunden in der Granulations- und Epithelisierungsphase, z. B. bei Ulcus cruris, diabetischem Fußsyndrom und Dekubitus, zur Versorgung von Verbrennungen bis Grad 2a sowie zur Behandlung von Spalthautentnahmestellen nach vorausgegangener adäquater Blutstillung.

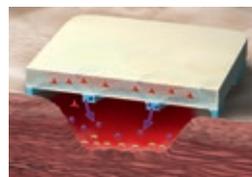
Zur Behandlung von schwer zu versorgenden Körperstellen wie dem Sakralbereich wurde das Sortiment um

HydroTac: optimale Regulierung des Wundklimas

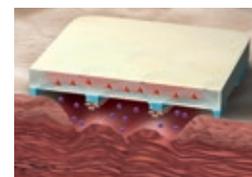
1. Semipermeable Schutzfolie
2. Feuchtigkeitsspendendes Wundkontaktgel
3. Innovativer Schaumkörper mit hoher Aufnahmekapazität



Überschüssiges Exsudat wird von der Schaumstoffschicht aufgenommen.



Zu trockene Wunden werden durch die Wundkontaktschicht befeuchtet und feucht gehalten.



Die Anreicherung von Wachstumsfaktoren an der Wundkontaktschicht fördert den Heilungsprozess.

die Sonderform HydroTac sacral erweitert. Der spezielle Zuschnitt ist mit einem breiten, umlaufenden Kleberand ausgestattet, der nicht nur sicher fixiert, sondern auch eine gewisse Barriere gegen seitliche Keimeinwanderung darstellt. HydroTac ist allerdings nicht zur Versorgung tiefer, zerklüfteter Dekubitalulzera geeignet, da hierbei der erforderliche Direktkontakt zwischen Wundauflage und -fläche nicht gewährleistet ist. HydroTac kann jedoch über austamponierten Ulzera als leicht zu applizierender, sicher haftender sowie wasser- und bakteriendichter Sekundärverband angewendet werden.



Ein 70-jähriger Patient zog sich am 14.10.2012 – ausgelöst durch ein Trauma – eine Wunde an der linken Schienbeinkante zu. Da eine CVI bestand, entwickelte sich die Verletzung zu einem Ulcus cruris venosum. Bei der ersten Vorstellung des Patienten – zugleich der Beginn der Behandlung mit TenderWet plus – am 18.01.2013 war die Wunde ödematös und schmierig, fibrinös belegt [1/2]. Bereits eine Woche später, am 25.01.2013, war die Wunde hervorragend gereinigt und zu 100 % mit Granulationsgewebe bedeckt [3]. Am 06.02.2013, rund 20 Tage nach Behandlungsbeginn, begann die Wunde, vom Wundrand her zu epithelisieren [4]. Bis zur vollständigen Abheilung wurde dann mit der hydroaktiven Schaumstoffauflage HydroTac weiterbehandelt. Kasuistik: Frans Meuleneire, Wondentrum, AZ St. Elisabeth, Zottegem, Belgien.

Ein lebensbedrohliches Ereignis: der Herzinfarkt

Treten die typischen Anzeichen eines Herzinfarkts auf, zählt jede Minute. Denn wird ein verschlossenes Herzkranzgefäß nicht so schnell wie möglich geöffnet, stirbt Herzmuskelgewebe ab. Dies führt zu irreparablen Schäden – und leider häufig zum Tod.

Herz-Kreislauf-Leiden werden immer noch als Männerproblem betrachtet. Dabei ist die Zahl der Herzinfarkte bei Männern etwas zurückgegangen, während sie bei Frauen erschreckend ansteigt – und häufiger als bei Männern tödlich endet. Besonders betroffen sind jüngere Frauen. Die größte Risikogruppe sind nämlich Raucherinnen, die durch den Nikotinkonsum die Östrogen-Schutzbarriere für Herz und Gefäße schwächen. Auch Bluthochdruck und Diabetes mellitus erhöhen das Risiko eines Infarkts um das Vier- bis Siebenfache.

Leider sind jedoch vielen Frauen die kardiovaskulären Risikofaktoren ebenso wenig bekannt wie die Symptome eines Herzinfarkts, die sich von denen bei Männern unterscheiden. Nur etwa ein Drittel der Frauen klagen über Brustschmerzen; im Vordergrund der Symptomatik stehen vielmehr Müdigkeit, Kurzatmigkeit, Übelkeit, Schmerzen im Oberbauch (Magenbeschwerden) und Erbrechen (siehe auch Infokasten rechts).

Jeder fünfte Betroffene, meist Ältere und Menschen mit Diabetes mellitus oder Bluthochdruck, erleidet einen „stillen Infarkt“. Sie spüren keine Schmerzen in der Brust, sondern zeigen nur Symptome wie Atemnot,



Ohnmacht, Schweißausbrüche und Hautblässe. Bei Angina-Pectoris-Patienten können die Schmerzen in der Brust immer weiter zunehmen.

Was geschieht bei einem Herzinfarkt?

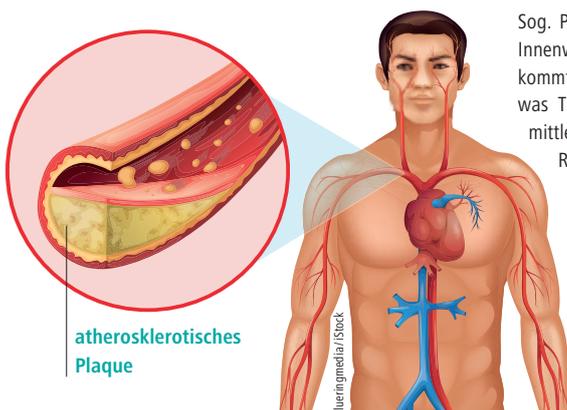
Der Herzinfarkt (Myokardinfarkt) ist Folge einer Mangeldurchblutung des Herzens. Häufigste Ursache dafür ist eine Verengung der Herzkranzgefäße durch Arteriosklerose (Arterienverkalkung). Die Fett- (Cholesterin-) und Kalkablagerungen in den Arterien sind mit einer bindegewebigen Schicht überzogen, an der häufig Risse oder raue Stellen auftreten, was wiederum die Bildung von Blutgerinnseln fördert. Verschließt solch ein Gerinnsel eine Arterie, wird die Blutzufuhr zum Herzen unterbrochen und es kommt zum Herzinfarkt, bei dem das betroffene Herzmuskelgewebe untergeht. Ein besonders kritischer Zeitpunkt für das Auftreten eines Herzinfarkts sind die frühen Morgenstunden, speziell in den ersten drei Stunden nach dem Erwachen.

Risikofaktoren für einen Herzinfarkt

Herzinfarktgefährdet sind vor allem Menschen mit Arteriosklerose. Zu den Risikofaktoren für deren Entstehung zählen: erhöhte Blutfette – vor allem das LDL-Cholesterin – Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Rauchen. Eine ungesunde, fettreiche Ernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel und Stress können ebenfalls eine koronare Herzkrankheit (KHK) begünstigen. Bei den nicht beeinflussbaren Risiken kann eine mögliche erbliche Belastung eine Rolle spielen, aber auch Alter und Geschlecht. So steigt bei Frauen das Risiko nach den Wechseljahren deutlich an. Seltener lösen eine Entzündung der Herzkranzgefäße oder eine Embolie (eingeschlepptes Blutgerinnsel) den Infarkt aus.

Aus der Liste der Risikofaktoren wird ersichtlich, wie man selbst zur Vorbeugung einer Arteriosklerose beitragen kann: durch fettarme, vitaminreiche Ernährung, regelmäßige Bewegung, Gewichtsreduzierung und Nikotinverzicht und wenn möglich durch Stressabbau.

Hochrisiko Arterienverkalkung (Arteriosklerose)



Sog. Plaques bilden sich, wenn es an der Innenwand einer Arterie zu Verletzungen kommt. Diese müssen repariert werden, was Thrombozyten und Muskelzellen der mittleren Gefäßwand übernehmen. Die Reparaturstelle aber behindert den Blutfluss, sodass sich im Blut transportierte Blutfette und Calcium daran anlagern und zu Plaques umbilden, die zunehmend die Arterie verschließen. Reißen die Plaques an ihrer Oberfläche plötzlich auf, entstehen Thromben, die akut ein Gefäß verschließen.

Was ist im Notfall lebenswichtig?

Sind typische Anzeichen für einen Herzinfarkt aufgetreten (siehe Infokasten), heißt es blitzschnell handeln. **Auf keinen Fall abwarten, ob sich die Beschwerden bessern – denn dies kann tödliche Folgen haben –, sondern sofort unter der Notrufnummer 112 den Notarzt rufen.** Im Notarztwagen können bereits erste lebensrettende Maßnahmen durchgeführt werden, weshalb man sich erst gar nicht überlegen sollte, mit dem Privatwagen in die Klinik zu fahren.

Diagnostik des Herzinfarkts

Durch die charakteristischen Symptome ist die Diagnose häufig offensichtlich. Apparativ lässt sich mithilfe eines Elektrokardiogramms (EKG), das die Funktion des Erregungsleitungssystems im Herzen aufzeichnet, die Diagnose bestätigen. Das EKG gibt auch Aufschluss darüber, wie schwer der Herzinfarkt ist und welches Gebiet (Vorder-, Scheide- oder Hinterwand) des Herzens davon betroffen ist.

Des Weiteren verändert sich bei einem Herzinfarkt die Konzentration der Herzenzyme (CK-Wert) im Blut. Denn wenn nach einem Infarkt Zellen des Herzmuskels absterben, wird dieses Enzym verstärkt freigesetzt und ist im Blut nachweisbar.

Eine Ultraschall-Untersuchung kann aufzeigen, wie gut sich das Herz bewegt und weitere Hinweise zur Lokalisation des Infarkts geben. Durch eine Herzkatheter-Untersuchung kann festgestellt werden, welches Herzkranzgefäß verschlossen bzw. welche weiteren Gefäße verengt sind.

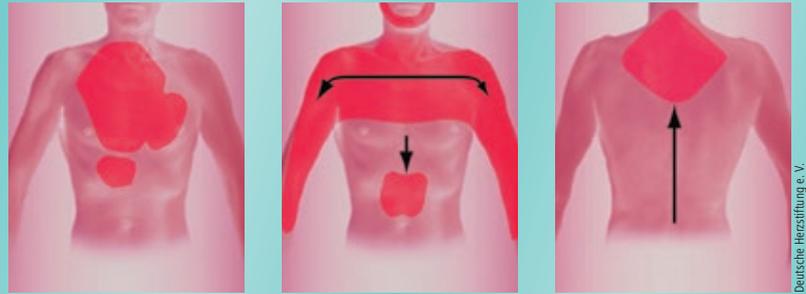
Behandlung des Herzinfarkts

Entscheidend für eine erfolgreiche Therapie sind die ersten Stunden nach dem Herzinfarkt. Dabei leitet der Notarzt die ersten Maßnahmen zur Herzinfarkt-Behandlung ein. Im Krankenhaus angekommen, erfolgt mindestens für zwei bis drei Tage eine Überwachung auf der Intensivstation, da die ersten 48 Stunden nach einem Herzinfarkt besonders kritisch sind. Der Patient erhält Sauerstoff und blutverdünnende Medikamente (Heparin). Essenziell ist außerdem die richtige Blutdruckeinstellung.

Innerhalb der ersten Stunde nach dem Auftreten des Infarkts ist die Chance, das Blutgerinnsel durch Medikamente aufzulösen (Thrombolyse) und das Herzkranzgefäß damit wieder zu öffnen, am größten. Eine weitere Behandlungsoption ist, durch eine operative Dehnung der verschlossenen Gefäße (Ballondilatation) die Durchblutung wiederherzustellen. Zusätzlich kann eine Gefäßstütze (Stent) eingesetzt werden, um das Gefäß offen zu halten.

Mit keiner Therapie lässt sich jedoch das zugrunde gegangene Herzmuskelgewebe wieder in funktionsfähiges zurückwandeln. Es ist für immer geschädigt. Daher kann es zu lebensbedrohlichen Komplikationen kommen wie beispielsweise zu schweren Herzrhythmusstörungen, kardiogenem Schock, Herzklappenin-

Deutsche Herzstiftung: Anzeichen für einen Herzinfarkt



Deutsche Herzstiftung e. V.

Nachfolgende Anzeichen im Herzbereich oder Brustkorb deuten auf einen Herzinfarkt hin.

Starke Schmerzen: mit einer Dauer von mindestens fünf Minuten. Oft strahlen die Schmerzen in andere Körperregionen aus, z. B. in die Arme, den Oberbauch, zwischen die Schulterblätter, in den Rücken oder in den Hals und den Kiefer (siehe Abbildungen).

Massives Engegefühl: Oft tritt ein Herzinfarkt mit einem heftigen Druck oder einem sehr starken Einschnürungsgefühl im Herzbereich in Erscheinung. Viele Menschen mit einem Herzinfarkt haben das Gefühl, dass ihnen ein Elefant auf der Brust steht.

Heftiges Brennen: Oft handelt es sich bei den Schmerzen einer Herzinfarkts auch um ein stark brennendes Gefühl.

Übelkeit, Erbrechen, Luftnot und Schmerzen im Oberbauch: Ein Herzinfarkt kann sich auch alleine mit diesen sog. „unspezifischen Anzeichen“ bemerkbar machen, was bei Frauen etwas häufiger vorkommt als bei Männern. Da solche Beschwerden auch bei anderen harmlosen Erkrankungen auftreten können, empfiehlt die Deutsche Herzstiftung, immer dann den Notarzt zu rufen, wenn diese unspezifischen Beschwerden in zuvor noch nie erlebtem Ausmaß auftreten. Möglicherweise steckt dann ein Herzinfarkt dahinter.

Angstschweiß mit kalter, fahler Haut: Häufig tritt bei einem Herzinfarkt zusätzlich Angst auf, die sich z. B. mit einer blassen/fahlen Gesichtsfarbe und Kaltschweißigkeit bemerkbar machen kann.

suffizienz, Aneurysmabildung (Aussackungen) oder Thrombosen. Überlebt ein Herzinfarkt-Patient die ersten Tage, sind die Prognosen jedoch relativ gut. Wird der Arterienverschluss innerhalb der ersten sechs Stunden behoben und die Blutversorgung des Herzmuskels wiederhergestellt, besteht sogar die Chance einer vollkommenen Genesung.

Haben sich die Betroffenen vom Infarkt erholt, sind zur Erhaltung der Therapie weitere Behandlungsschritte erforderlich. Dazu zählen eine dauerhafte Behandlung mit Medikamenten, im Falle eines Arterienverschlusses die Legung eines Bypasses oder bei andauernden Herzrhythmusstörungen das Einsetzen eines Herzschrittmachers. Das Risiko eines weiteren Herzinfarkts lässt sich durch die Einnahme von Beta-Rezeptorenblockern senken, nicht zuletzt aber auch durch die Umstellung auf eine gesunde Lebensweise.



Was zu tun ist, bis der Notarzt eintrifft:

- Feststellen, ob der Betroffene bei Bewusstsein ist und atmet,
- beengende Kleidung öffnen,
- Patienten bequem mit leicht angehobenem Oberkörper lagern sowie
- Unruhe und Aufregung vermeiden.

Tritt ein Kreislaufstillstand ein, unverzüglich mit der Wiederbelebung beginnen. Dabei hat sich gezeigt, dass bei der Reanimation durch Laien die Herzdruckmassage (100- bis 120-mal pro Minute) wichtiger ist als Beatmen.

Pflegepolitik: Handlungsbedarf ist angekommen

Der Reformbedarf in der Pflege wird von der stationären Pflege seit langem immer wieder eingefordert. Ziel des 7. HARTMANN Medical Gesprächs Anfang Mai in Berlin war es deshalb, einen direkten Dialog von Top-Managern in der Pflegewirtschaft mit der Politik zu ermöglichen und die aktuellen Beschlüsse zu diskutieren.



naphthalin/Stock

Der demografische Wandel ist bekannt und dass sich die Altersstruktur der Deutschen zugunsten der älteren Generationen verändert, ist längst keine Neuigkeit mehr. Doch die damit verbundene Konsequenz der Zunahme an Pflegebedürftigen ist jetzt erst ernsthaft in den Fokus der Politik gerückt. Das Bundesgesundheitsministerium hat die Pflege nun als klaren Schwerpunkt der Regierungsarbeit definiert: Die Dynamisierung von Leistungen und die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollen zügig erfolgen.

Ein politisch hochbrisantes Thema, welches besonders die Geschäftsführer und Entscheider auf Seiten der stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt. Raimund Koch [1], Leiter des Referats Gesundheitspolitik der PAUL HARTMANN AG, stellte dieses Thema deshalb in den Mittelpunkt des diesjährigen HARTMANN Medical Gesprächs am 8. Mai in Berlin. „In diesem Jahr bieten wir mit dem Medical Gespräch bereits zum siebten Mal ein hochwertiges Forum, um den direkten Dialog von Top-Managern in der Pflegewirtschaft mit der Politik zu ermöglichen“, eröffnete Michael Albrecht [2], Vertriebsleiter Institutionelle Pflege bei HARTMANN, die

Veranstaltung. Informationen aus erster Hand lieferten Klaus-Dieter Voß [3], Vorsitzender des Expertenbeirates zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Ingrid Fischbach [4], Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, und Bernhard Schneider [5], Hauptgeschäftsführer der Evangelischen Heimstiftung GmbH in Stuttgart.

Die Pflege im Fokus

„Die Kritik am Pflegebedürftigkeitsbegriff ist ja nicht neu. Seit 1995, mit der Einführung der Pflegeversicherung, gibt es einige Punkte zu bemängeln“, erklärte Voß, der die Inhalte der Empfehlung des Expertenbeirates vorstellte. So orientiere sich der Begriff unter anderem zu sehr an somatischen Einschränkungen, während der Betreuungsbedarf kognitiv beeinträchtigter Menschen weitgehend unberücksichtigt bliebe.

Die Empfehlung des Expertenbeirates sieht nun vor, dass körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen gleich behandelt werden. „Es geht darum, wie stark die selbstständige Lebensführung eingeschränkt ist. Darüber hinaus wird der tatsächliche Hilfebedarf berücksichtigt“, erläuterte Voß. Die Einteilung der Pflegebedürftigkeit soll in Zukunft nach Pflegegraden erfolgen, welche sich aus einer Punktebewertung ergeben. Die Punkte errechnen sich aus Bedürftigkeits-Modulen, in welchen die Einschätzung der Hilfebedürftigkeit in definierten Lebensbereichen ermittelt wird. Darunter fallen zum Beispiel Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, aber auch der Grad der Selbstversorgung sowie die eigenständige Haushaltsführung.

Pflegereform in zwei Stufen

Den Handlungsbedarf habe die Politik erkannt, betonte Ingrid Fischbach. So werde auf Grundlage der Empfehlung des Expertenbeirates die Reform in zwei Stufen umgesetzt. Ab 2015 soll eine Leistungsverbesserung von vier Prozent für alle Bereiche erfolgen und der Beitrag zur Pflegeversicherung um 0,3 Prozentpunkte erhöht werden. Somit stünden 3,6 Milliarden Euro zusätzlicher Finanzmittel zur Verfügung. Die zweite Stufe solle daran anschließend ab 2016 folgen und den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einführen: Statt bisher drei Pflegestufen werde es dann fünf Pflegegrade geben. Darüber hinaus komme es zu einer weiteren Erhöhung des Beitrages zur Pflegeversicherung um 0,2 Prozentpunkte, so dass ab 2016 weitere 2,54 Milliarden Euro zur Verfügung stünden. Hier spricht die Bundesre-

Im Fokus des 7. HARTMANN Medical Gesprächs standen der Reformbedarf in der Pflege und speziell die Auswirkungen der Pflegereform auf die stationäre Altenpflege.



1



2



3



4



5

gierung von 6 Milliarden Euro zusätzlicher Finanzmittel, die als Leistung der Pflegeversicherung ab 2017 eingeplant werden könnten.

Folgen für den stationären Bereich

Zwar solle auch in Zukunft der Grundsatz „ambulant vor stationär“ weiter gelten, doch auch für die stationäre Pflege sind Mehrleistungen im Personalbereich geplant. Die erhöhte Finanzleistung wird sich also auch in diesem Bereich niederschlagen. Konkret soll das zusätzliche Betreuungsangebot in stationären Einrichtungen ausgedehnt werden. Aktuell kann ein Pflegeheim für 24 Bewohner eine Betreuungsperson beschäftigen, zukünftig soll eine Person nur noch für 20 Bewohner zur Verfügung stehen. Somit würden sich 24.000 neue Betreuungsstellen ergeben.

Als begrüßenswert, aber nicht schnell genug greifend stuft Bernhard Schneider den Referentenentwurf ein. Sein Fazit: „Den Herausforderungen an die Pflegeinfrastruktur und die Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl an Pflegekräften muss mit einer langfristigen Strategie und einem aktiven Jahrzehnt der Pflege begegnet werden.“

Die Pflegestärkungsgesetze im Überblick

Zwei Pflegestärkungsgesetze sind geplant, um die Situation der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Pflegekräfte spürbar zu verbessern. Das erste ist von der Bundesregierung jetzt 2014 auf den Weg gebracht worden, das zweite befindet sich in der Planung.

■ Pflegestärkungsgesetz 1

- Die 2,5 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland profitieren ab dem 01.01.2015 von Leistungsverbesserungen im Umfang von 2,4 Milliarden Euro.
- Die meisten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung steigen pauschal um 4 Prozent.
- Weitere Maßnahmen stärken die Pflege zu Hause und verbessern den Pflegealltag in den Heimen.
- Der neue Pflegevorsorgefonds wird den Beitragssatz in 20 Jahren stabilisieren.

■ Pflegestärkungsgesetz 2

- Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff mit fünf Pflegegraden (statt drei Stufen) ermöglicht individuellere Einstufungen und passgenauere Leistungen in der Pflege.
- Alle Pflegebedürftigen im jeweiligen Pflegegrad (egal ob körperlich, demenziell oder psychisch beeinträchtigt) haben Anspruch auf die gleiche Leistung.
- Die Pflegeversicherung erbringt dann insgesamt 20 Prozent mehr Leistungen als bisher.

Pflegekräfte stärken

Nach den Plänen der Bundesregierung heißt Pflegekräfte stärken, ihnen mehr Zeit im Pflegealltag zu ermöglichen. 950.000 Menschen sind in Deutschland bei Pflegediensten und in Pflegeheimen beschäftigt, mehr als 85 Prozent davon sind Frauen. Mit großem Einsatz und fachlichem Können leisten sie eine unverzichtbare



Das 7. HARTMANN Medical Gespräch wurde von den Teilnehmern ausgesprochen positiv beurteilt. In der abschließenden Diskussionsrunde waren sich alle Teilnehmer darüber einig, dass eine Pflegereform nun zügig umgesetzt werden muss, was mit dem Inkrafttreten des ersten Pflegestärkungsgesetzes ab dem 1. Januar 2015 Gestalt annimmt. Positiv wurden insbesondere die höheren finanziellen Leistungen bewertet, die auch der stationären Pflege zugutekommen werden.

Arbeit, wofür ihnen große Wertschätzung gebührt. Für ihre Aufgabe brauchen sie aber auch mehr Zeit, was in den Regierungsplänen folgendermaßen aussieht:

- Über 500 Millionen Euro sollen in zusätzliche Betreuungskräfte in den Pflegeheimen investiert werden, die ergänzend zu den Pflegekräften mit Pflegebedürftigen spazieren gehen, ihnen vorlesen oder Gespräche führen. Damit ist ein Anstieg von derzeit rund 25.000 auf dann 45.000 Betreuungskräfte möglich. Mehr Personal entlastet alle, die in der Pflege tätig sind.
- Des Weiteren soll die Bürokratie im Pflegealltag abgebaut werden, wobei die notwendige Qualitätssicherung erhalten bleibt.
- Ebenso will die Bundesregierung die Ausbildung attraktiver machen und mehr Ausbildungsplätze schaffen, um Nachwuchs für die Pflege zu gewinnen.

Der Buchtipp

Anke-Petra Peters & Claudia Fröbel

Sturzprophylaxe

Planung, Durchführung, Prüfung und Nachbesserung

Jeder Mensch lebt mit dem Risiko zu stürzen. Ältere und kranke Personen begleitet jedoch ein ungleich höheres Risiko. Pflegekräfte sollten in der Lage sein, wirksam einzugreifen, um Stürze zu vermeiden und Sturzfolgen auf ein Minimum zu reduzieren. Der vorliegende Praxisleitfaden versetzt den Pflegenden in die Lage, den Expertenstandard zur kontinuierlichen Sturzprophylaxe in der Planung, Durchführung, Prüfung und Nachbesserung professionell umzusetzen.

Anke-Petra Peters ist Qualitätsmanagerin, Dozentin und Beraterin in vielen Pflegeeinrichtungen. Zudem ist sie als Fachbuchautorin und Gutachterin tätig. Claudia Fröbel ist in der stationären Altenpflege tätig. Als Qualitätsbeauftragte, durch ihre Tätigkeiten auf Leitungsebene sowie als Gutachterin machte sie Erfahrungen in der Umsetzung von Expertenstandards.

Die Leser des Buches können nach dem Login auf der Content-PLUS-Website Zusatzmaterialien herunterladen. Das umfangreiche Begleitmaterial beinhaltet u. a. Arbeitsblätter, Checklisten, Protokollvorlagen, Abbildungen und Tabellen.

Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2013, 124 Seiten, 29 Abbildungen, 17 Tabellen, ISBN 978-3-17-022266-3, € 15,90





BGF – ein Gewinn für alle

Die Berufsbedingungen in der Altenpflege werden immer belastender und damit auch gesundheitsgefährdender. Gute Pflege aber braucht gesunde und motivierte Mitarbeiter. Viele Pflegeeinrichtungen haben deshalb die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) zu einer wichtigen Managementaufgabe gemacht, von der alle Beteiligten profitieren und die dazu beiträgt, die Zukunftsfähigkeit der Pflegeeinrichtung zu optimieren.

Die berufliche Tätigkeit steht in einer engen Wechselbeziehung zu unserer Gesundheit. Arbeit kann einen positiven, stimulierenden Einfluss auf unsere Gesundheit haben, wenn sie Freude macht, interessant ist, anerkannt wird und regelmäßige soziale Kontakte mit sich bringt. Arbeit kann uns aber auch krank machen, wenn die körperlichen und psychosozialen Belastungen zu hoch sind, beispielsweise durch ein zu hohes Arbeitspensum bei zu wenig Personal, durch permanenten Stress, Schicht-, Nacht- und Wochenenddienste, zwischenmenschliche Konflikte oder Unzufriedenheit.

Besonders hohe physische und psychische Belastungen ergeben sich dabei am Arbeitsplatz Pflege: Beruflich Pflegende arbeiten rund um die Uhr im Schichtdienst, stehen unter hohem Zeitdruck und sind oft sehr belastenden emotionalen Situationen ausgesetzt. Pflegedürftige und Angehörige erwarten, dass sie stets ein offenes Ohr für ihre Probleme haben und Verständnis für ihre Wünsche und Anforderungen aufbringen. Zunehmende,

schwer zu bewältigende Belastungen ergeben sich auch aus der immer größer werdenden Zahl dementer Personen. Und so bleiben gesundheitliche Einbußen nicht aus, was dazu führt, dass viele Pflegekräfte krankheitsbedingt lange Zeit ausfallen oder vorzeitig aus dem Berufsleben ausscheiden. Insbesondere ist es fraglich, ob der Pflegeberuf mit seinen kraftraubenden Anforderungen auch noch im fortgeschrittenen Alter ausgeübt werden kann.

In vielen Einrichtungen der Altenpflege wird deshalb das Wohlergehen und die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter immer mehr zu einem zentralen Thema – sowohl aus sozialer Verantwortung als auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht. Der Nutzen für beide Parteien – Arbeitgeber und Arbeitnehmer – wird dabei umso größer sein, je besser es gelingt, in der Einrichtung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht nur einzelne gesundheitsfördernde Maßnahmen durchzusetzen, sondern ein umfassendes betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) zu implementieren.

Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Für die Mitarbeiter

- geringere Arbeitsbelastung
- besserer Gesundheitszustand
- Erhalt der Leistungsfähigkeit
- höhere Arbeitszufriedenheit
- besseres Betriebsklima
- gesteigertes Wohlbefinden
- gesünderes Verhalten (auch in der Freizeit)

Für die Pflegeeinrichtung

- geringerer Krankenstand
- größere Mitarbeitermotivation
- erhöhte Personalverfügbarkeit
- niedrigere Fluktuationsrate
- Imageverbesserung der Einrichtung
- stärkere Position im Wettbewerb

Quelle: AOK

Die betriebliche Gesundheitsförderung

Die betriebliche Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen, die auf das Verhalten von Menschen ausgerichtet sind (Verhaltensprävention), und Maßnahmen, die die Arbeitsbedingungen analysieren (Verhältnisprävention). Eine klare Trennung ist in der Praxis dabei meist nicht möglich und auch gar nicht sinnvoll, da sich die Bereiche gegenseitig beeinflussen. Um die Gesundheit, die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern, sind

Arbeitsmittel, Arbeitsumgebung, Arbeitszeit, Arbeitsorganisation, Sozialbeziehung, individuelle Anpassungen und unterstützendes Umfeld einzubeziehen. Darüber hinaus muss auch die Lebenssituation der Beschäftigten im Sinne der Work-Life-Balance zwingend berücksichtigt werden.

Für eine erfolgreiche Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderung ist entscheidend, dass alle Beteiligten frühzeitig eingebunden werden. Denn der Gesundheitsbedarf kann nicht allein hierarchisch von „oben“ festgestellt werden. Vielmehr sind die einzelnen zu ergreifenden Maßnahmen auf die konkreten Belange der Beschäftigten und die jeweiligen Rahmenbedingungen zuzuschneiden, was nur durch konstruktive Mitarbeit der Belegschaft funktionieren kann. Ein wichtiges Instrument hierzu wäre eine Mitarbeiterbefragung, um herauszufinden, welche Präventionsangebote zur Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden beitragen und von den Mitarbeitern auch angenommen werden könnten.

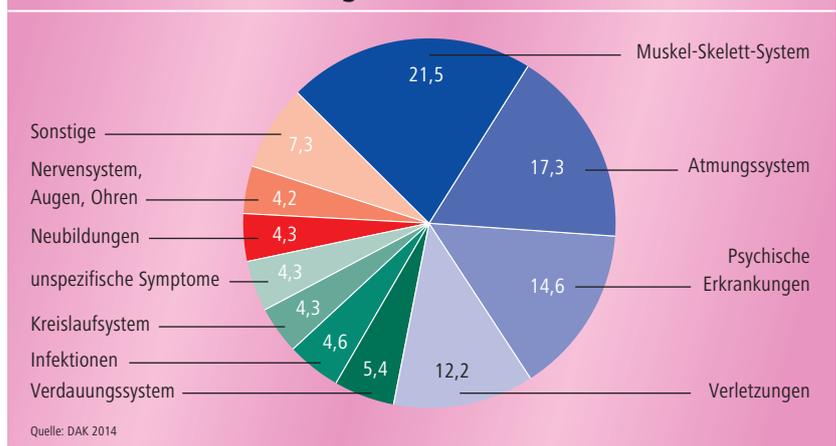
Unterstützung für die systematische Einführung einer betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. eines betrieblichen Gesundheitsmanagements erfahren Einrichtungen der Altenpflege vor allem bei den großen gesetzlichen Krankenkassen, wie beispielsweise der AOK. Nähere Informationen dazu unter www.aok-bgf.de

Das betriebliche Gesundheitsmanagement

Das Konzept des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist eine besondere Form der betrieblichen Gesundheitsförderung, denn es integriert betriebswirtschaftliches Denken. Langfristig werden damit Voraussetzungen geschaffen, über die höhere Arbeitszufriedenheit und -motivation der Arbeitnehmer zu einer höheren Pflegequalität zu kommen und damit die Wettbewerbsfähigkeit zu verbessern. Bei einer Umsetzung stehen vier Bereiche im Fokus.

- Gesundheitsförderliche Unternehmensstrategie: Vorgabe der Ziele des betrieblichen Gesundheitsmanagements, deren Aufnahme in das Unternehmensleitbild, Berücksichtigung der Interessen von Mitarbeitern bei Personalentscheidungen, regelmäßige Auswertungen von Ausfall- und Fehlzeiten.
- Gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung: Optimierung von Arbeitsprozessen, Bereitstellung ausreichender und funktionierender Hilfsmittel und Schutzkleidung, Einbeziehung der Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse.
- Förderung persönlicher Gesundheitspotenziale: Unterstützung neuer Mitarbeiter(innen) durch einheitliche Arbeitskonzepte, Ermöglichung von Fort- und Weiterbildung, Förderung von Schlüsselqualifikationen, Wertschätzung der Leistung von Mitarbeiter.
- Außerbetriebliche Rahmenbedingungen: Gestaltung familienfreundlicher Arbeitszeiten, Zusammenarbeit mit Kinderbetreuungsstätten, Einbeziehung von Sozialberatungsstellen bei schwierigen persönlichen Notlagen von Mitarbeitern.

Krankenstand nach Diagnosen



Mit der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sind in der Regel sowohl von der Unternehmensleitung als auch von den Mitarbeitern hohe Erwartungen an den Erfolg der Maßnahmen gebunden. Arbeitnehmer setzen auf geringere gesundheitliche Belastungen durch die Arbeit, auf mehr Lebensqualität durch größere Arbeitszufriedenheit, den Abbau von Stress und allgemein eine Verbesserung des Arbeitsklimas mit einer gesunden Kommunikationskultur.

Arbeitgeber erwarten von den Maßnahmen eine Verminderung von Fehlzeiten und Fluktuation als kostentreibende Faktoren, eine wachsende Leistungsfähigkeit und -bereitschaft sowie eine Qualitätssteigerung bei den Dienstleistungen, sodass die Wettbewerbsfähigkeit auf Dauer gesichert wird. Durch entsprechende Maßnahmen kann aber auch die Flexibilität und Innovationsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung verbessert werden.

Besonders kritische Gesundheitsrisiken in der Pflege



Stress hat in der Pflege ein bedeutsames Ausmaß erreicht, weil hier viele physische und psychosoziale Belastungen zusammentreffen, die das individuelle Stressbewältigungsvermögen des Einzelnen oft übersteigen. Neben anstrengender körperlicher Arbeit sind viele emotionale Erlebnisse durch die oftmals schwierigen Bewohner- und Patientenschicksale zu bewältigen. Häufig entsteht zermürender Stress aber auch durch zwischenmenschliche Probleme in einem Pflgeteam.

Chronische Rückenbeschwerden sind als Grund für Ausfälle nach Daten von Krankenkassen auf Platz 1. Sie sind auch die Crux des Pflegeberufs und führen nicht selten zur Berufsunfähigkeit. Ein Grund für die hohen Erkrankungszahlen ist dabei sicherlich die Tatsache, dass rückengerechte und -schonende Arbeitsweisen mit gezieltem Einsatz entsprechender Hilfsmittel nicht in erforderlichem Maße praktiziert werden, oft weil rückengerechte Arbeitstechniken wenig eingeübt sind.

Infektionsgefahren und allergische Risiken können sich beim Kontakt mit Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen von Bewohnern/Patienten wie Blut, Urin, Stuhl und Sputum ergeben. Bakterien, Viren und Pilze sind dann nicht weit, sodass Pflegekräfte einem ständigen Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Pflegekräfte sind aber auch durch Kontaktallergien gefährdet (Beispiel Latexallergie durch Latexhandschuhe). Es gilt also, wachsam zu sein und umfassenden Selbstschutz zu betreiben.

BODE X-Wipes Tuchspendersystem: Doppelte Innovation für sichere Flächendesinfektion



Wissenschaftliche Hintergründe:
Kampf G et al. (2014) Poorly processed reusable surface disinfection tissue dispensers may be a source of infection. BMC Infectious Diseases 2014, 14:37.
Kampf G. (2013) Sichere Aufbereitung von Tuchspendern für Flächen-Desinfektionsmittel. Desinfektion - Rechtsvorschriften und Materialien, Hrsg. W. Bodenschatz, 84. Lieferung 12/2013, Behr's Verlag Hamburg.

Informationen zur sicheren Aufbereitung von Tuchspendern auf www.bode-science-center.de:

- Aufbereitungsempfehlungen für das neue Tuchspendersystem BODE X-Wipes mit Folienbeutel
- Aufbereitungsempfehlungen für Tuchspendersysteme ohne Folienbeutel
- Telefon-Hotline zu speziell zu diesem Thema geschulten Experten (Telefon +49 40 54006-111)
- Übersicht der wichtigsten Empfehlungen der VAH-Mitteilung zur Wiederverwendung von Tuchspendersystemen

Tuchspendersysteme zur Flächendesinfektion bergen ein bislang häufig unterschätztes Kontaminationsrisiko. Werden die Tuchspendersysteme unzureichend aufbereitet, kann es herstellerunabhängig zu einer Verkeimung der Anwendungslösung kommen. Darauf hat auch die Desinfektionsmittel-Kommission des Verbunds für angewandte Hygiene e.V. (VAH) hingewiesen. Die möglichen Folgen sind Infektionen bzw. nosokomiale Ausbrüche. Auch Untersuchungen des BODE SCIENCE CENTER, des wissenschaftlichen Kompetenzzentrums von HARTMANN, brachten entsprechende Ergebnisse zutage: Bei nicht fachgerecht aufbereiteten Tuchspendern finden sich in Anwendungslösungen auf Basis oberflächenaktiver Wirkstoffe ohne Aldehyd oftmals Bakterien in hoher Zellzahl.

Die wichtigste Maßnahme, bakterielle Kontaminationen dieser Art zu vermeiden, ist die sachgemäße Aufbereitung. Dies wiederum verursacht in der Regel einen hohen Arbeitsaufwand und ist außerdem mit dem Risiko einer fehlerhaften Durchführung verbunden. Schwachstellen herkömmlicher Tuchspendersysteme erhöhen das Kontaminationsrisiko zusätzlich. So wird durch Ecken und Kanten innerhalb des Tuchspendergehäuses die Bildung von Keimreservoirs begünstigt.

Lösungen für besseren Infektionsschutz

Auf Basis dieser Erkenntnisse hat HARTMANN ein neuartiges Spenderkonzept entwickelt: den **BODE X-Wipes Tuchspender** und die **BODE X-Wipes Vliesrolle im Folienbeutel**. Mit dieser doppelten Innovation wird Anwendern nicht nur die Aufbereitung wesentlich erleichtert, sondern gleichzeitig ein besserer Patienten-/Bewohnerschutz gewährleistet.

Optimal sicher: BODE X-Wipes Tuchspender

Der neue BODE X-Wipes Tuchspender erlaubt aufgrund seiner innovativen Bauweise eine wesentlich einfachere Aufbereitung im Vergleich zu herkömmlichen Systemen. Der optimierte Tuchspender setzt sich aus dem Spendergehäuse und einem neu entwickelten 3-teiligen Deckelsystem zusammen.



Das Gehäuse verfügt über glatte Innen- und Außenflächen ohne Hohlräume, Ecken und Nischen. Damit wird die Bildung von gefährlichen Keimreservoirs erschwert. Das außen liegende Gewinde des Tuchspenders stellt eine vollständige Restentleerung des Tuchspenders sicher. Insgesamt sind die glatten Oberflächen des Tuchspenders schnell und einfach zu reinigen und zu desinfizieren.

Eine weitere wichtige Komponente des neuen Spendergehäuses bildet das neue 3-teilige Deckelsystem aus passgenauem Deckelverschluss, Entnahme-Rund und griffigem Spenderaufsatz. Der neuartige Deckel erleichtert den Einsatz des Folienbeutels und erlaubt eine einfache Neubefüllung. Gleichzeitig werden die Tücher vor Austrocknung und Kontamination geschützt.

Der Clou: BODE X-Wipes Vliesrolle im Folienbeutel

Wird das optimierte Spendergehäuse zusammen mit der neuen BODE X-Wipes Vliesrolle im Folienbeutel eingesetzt, reduziert sich der Aufbereitungsaufwand sogar auf ein Minimum. Die Vliesrolle im Folienbeutel verhindert die Übertragung möglicher Kontaminationen des Tuchspenders auf die Anwendungslösung. Der Grund: Die Anwendungslösung wird direkt in den transparenten Folienbeutel mit der Vliesrolle eingefüllt und ein Kontakt der desinfektionsmittelgetränkten Vliestücher mit dem Spenderinneren ist somit nahezu ausgeschlossen.

Kommt die BODE X-Wipes Vliesrolle im Folienbeutel zum Einsatz, ist lediglich die Routineaufbereitung des farbigen Deckelverschlusses notwendig. Eine darüber hinausgehende Aufbereitung des Tuchspenders ist nur in Ausnahmefällen vorzunehmen, wie bei unbeabsichtigtem Kontakt der Anwendungslösung mit dem Tuchspender oder bei sichtbarer Verschmutzung.

Die Gefahr der Keimverschleppung wird konsequent vermieden, da bei jedem Wechsel der Vliesrolle der alte Folienbeutel zusammen mit dem gebrauchten Entnahme-Rund entsorgt und erneuert wird. Neben der hohen Hygienesicherheit bringt die Nutzung der BODE X-Wipes Vliesrolle im Folienbeutel auch eine deutliche Zeitersparnis, da der Aufbereitungsaufwand um ein Vielfaches reduziert wird.

Daneben überzeugen die neuen BODE X-Wipes mit den bewährten Vorteilen von Tuchspendern. So ist das neue System mit allen flüssigen HARTMANN Flächen-Desinfektionsmitteln und ausgewählten Produkten zur Instrumentenaufbereitung kompatibel. Der nachfüllbare Spender ist in Kombination mit Vliesrollen unterschiedlicher Größe universell einsetzbar für die desinfizierende Reinigung von Oberflächen. Die Anwendungslösung kann über einen Zeitraum von bis zu 28 Tagen verwendet werden.

Webwatch



Wie hoch sind die neuen Pflegeleistungen?

Welche Verbesserungen für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und Pflegekräfte bringt das neue Pflegeleistungsgesetz?

Auf einer speziellen Website des

Bundesministeriums für Gesundheit erhalten Interessierte sämtliche Informationen, vor allem auch einen Überblick, in welchem Umfang sich die Leistungen – vom Pflegegeld für häusliche Pflege über die Ansprüche auf Pflegesachleistungen, Hilfsmittel, Kurzzeitpflege, teilstationäre Tages- und Nachtpflege bis hin zu einer vollstationären Pflege – nach Inkrafttreten des Gesetzes ab Januar 2015 erhöhen werden. www.pflegestaerkungsgesetze.de

Förderung der Mitarbeiter-Gesundheit

Produktivität und Leistungsfähigkeit eines Unternehmens hängen stark von der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter ab. Ein fundiertes betriebliches Gesundheitsmanagement kann also ein Gewinn für alle sein. Das Institut für betriebliche Gesundheitsförderung – eine ausgegliederte Einrichtung der AOK Rheinland / Hamburg – informiert darüber, wie sich der Arbeitsplatz gesundheitsförderlich gestalten und organisieren lässt, die Führungskultur mitarbeiterorientiert funktioniert und die Mitarbeiter individuell gesundheitlich gestärkt werden können. www.bgf-institut.de.



So lässt sich Bluthochdruck wirksam bekämpfen

Eine Studie des Robert Koch-Instituts ergab: Nahezu die Hälfte der Deutschen hat hohen Blutdruck, aber nur jeder zweite weiß von seiner Erkrankung. Die

Deutsche Hochdruckliga hat es sich zur Aufgabe gemacht, hier aufzuklären. Betroffene können sich auf ihrer Website über alle Fragen rund um hohen Blutdruck, die Folgen wie Herzinfarkt und Schlaganfall, blutdrucksenkende Medikamente, Präventivmaßnahmen und auch Möglichkeiten, ohne Arzneimittel den Blutdruck zu senken, informieren. www.hochdruckliga.de

Impressum

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

Redaktion und Herstellung:
cmc centrum für marketing und communication
gmbh, Erchenstraße 10, 89522 Heidenheim,
Telefon 0 73 21 / 9 39 80, info@cmc-online.de

Druck: Süddeutsche Verlagsgesellschaft, Ulm
PflegeDienst erscheint 2014 dreimal jährlich.
Ausgabe: 2/2014. ISSN-Nr. 0949-5363.
ISSN für die Online-Ausgabe 2195-2043
Titelbild: monkeybusinessimages / iStock

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

3 Kenwood Stabmixer zu gewinnen



Der komfortable Stabmixer von Kenwood ist mit fünf Geschwindigkeitsstufen extrem schnell und kraftvoll. Neben einem zusätzlichen Mixstab umfasst das Set noch einen Kartoffel- und Gemüsestampfer, einen Zerkleinerer mit Edelstahlmesser, einen Schneebesen sowie einen Mixbecher. Wenn Sie einen der Mixer gewinnen möchten, senden Sie eine frankierte Postkarte mit dem Lösungswort an die PAUL HARTMANN AG, Kennwort PflegeDienst, Postfach 1420, 89504 Heidenheim.

Beim Preisrätsel in PflegeDienst 1/2014 gab es zehn Wörterbücher zu gewinnen. Die Gewinner sind: H. Kleinschmidt, Suhl, J. Kolb, Amtzell, D. Dörner-Böhme, Tiefenbronn, I. Bredenhagen, Enzklosterle, E. Fanciulli, Aalen, Ch. Möller, Stadthagen, B. Seufert, Udenheim, E. Hoffmann, Reutlingen, F. Reisch, Sontheim, J. Kutzelmann, Herrenberg

Einsendeschluss ist der 29.08.2014. Gewinner im nächsten Heft. Auflösung unter <http://pflegedienst.hartmann.de>

LÖSUNGSWORT:

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

britische Modeschöpferin (Vivienne)	Stillstand im Verkehrsfluss	tumultartige Auflehnung	Musikstück für zwei Stimmen	Europ. Fußballverband (Abk.)	innerlich erregt, rastlos	Hautfalte zum Schutz des Auges	ehemaliger Abgastest (Abk.)	pflanzl. Duftstoff f. kostbare Parfüme
Sohn Isaaks im Alten Testament			nicht deutlich, vage, unbestimmt					
Schubs an die Nase					4	griech. Vorsilbe für: gleich...		
Futterstoff aus Seide	7		Grund und Boden im Mittelalter			3		
künstlicher Siedlungshügel auf d. Halligen			Kunst (lat.)			unabhängiges Sultanat auf Borneo	Speisewürze	Gegenspieler Luthers
Bürogerät	Insel am Eingang des Golfs von Neapel		Hülle oder Futteral für Brillen	norweg. Dramatiker † (Henrik)				
5				französ. Chansonette (Juliette)			8	
Wurfpfeilspiel				6	Durch-einander	Froschlurch mit gefleckter Unterseite		
Kraftmaschine	Widerwärtigkeit		helle Haarfarbe	Großstadt in der Westschweiz		Schwung, Begeisterung	nicht wild, gebändigt	Anrufung Gottes
								Roman von Zola
			Auge (englisch)	Getreide für Weißmehl				
unverletzt, unversehrt	dt. Fußballnationalspieler (Mesut)					mantelartiger Umhang der Araber		
				2	großes Raubtiermaul		1	
englische Münze	nord-deutsch: Mädchen					medizinischer Beruf (Abk.)		

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.

NEU!

Hilfe ist,
wenn Innovationen die
Arbeit erleichtern und
Bewohner besser schützen.

Das neue BODE X-Wipes Tuchspendersystem hilft,
Mitarbeiter zu entlasten und zuverlässigen Infektionsschutz sicherzustellen.

Das innovative BODE X-Wipes Tuchspendersystem zur Flächendesinfektion bietet gleich zwei Neuheiten. Das optimierte Tuchspendergehäuse mit einer Innenkonstruktion ohne Ecken und Kanten ermöglicht eine wesentlich einfachere Aufbereitung. Und die neue X-Wipes Vliesrolle im Folienbeutel verhindert den Kontakt des Tuchspenders mit der Anwendungslösung. Die Gefahr einer Keimverschleppung wird damit deutlich verringert und sowohl Bewohner als auch Personal sind wirksam vor Infektionen geschützt.

Mehr unter www.hartmann.de



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



hilft heilen.