

# PflegeDienst

Das HARTMANN-Magazin für die ambulante und stationäre Pflege

Heft 3/2010

## Schicksal Demenz

Titelthema

**Demenzkrank:  
Was sind die Ursachen?**

Brennpunkt

**Ein Jahr Pflegenoten –  
Was hat sich für  
Pflegeheime geändert?**

Fit im Beruf

**Schutz vor Gewalt  
am Arbeitsplatz**



## Zehn Jahre erfolgreiche Fortbildung: Wissen teilen, Gelerntes umsetzen



Das Programm der Fachtagung war sehr vielseitig. Neben Themen wie Hautpflege und Hygiene wurden u. a. auch soziale Aspekte bei dieser Fortbildung behandelt, wie beispielsweise „Motivation als Motor für Erfolg und Zufriedenheit im Beruf“ (Foto oben).

Zehn Jahre „Fachkraft für Kontinenzstörungen“, zehn Jahre Erfahrungsaustausch in der Praxis und für die Praxis, mehr als 400 Teilnehmer in zehn Jahren: ein Anlass zum Feiern. Zum Jubiläum richteten die PAUL HARTMANN AG und die Agaplesion Akademie des Bethanien-Krankenhauses Heidelberg deshalb am 25. und 26. Juni 2010 in Heidenheim eine nationale Fachtagung zum Thema Kontinenzförderung aus. Rund 80 Absolventen der Fortbildung folgten der Einladung und informierten sich über aktuelle Themen, die in Verbindung mit Inkontinenz stehen. Workshops, ein kostenloser MRSA-Test und eine Betriebsbesichtigung rundeten das 2-tägige Seminar ab.

Auf Initiative von HARTMANN kam es im Jahr 2000 zu einer Kooperation mit Elke Kuno von der Agaplesion Akademie des Bethanien-Krankenhauses Heidelberg und Margit Müller, Pflegedirektorin und Expertin für Kontinenzförderung. Bald darauf schrieb HARTMANN das erste Seminar aus und lud zur Teilnahme ein. Seither haben mehr als 400 Pflegekräfte den Abschluss „Fachkraft für Kontinenzstörungen“ erworben – ein Beweis für den großen Bedarf an Weiterbildung auf diesem Gebiet. Ursprünglich

war die Fortbildung für Pflegekräfte in der stationären Altenpflege konzipiert. Doch das Thema Kontinenzförderung stieß auch beim Pflegepersonal in Krankenhäusern auf Interesse. So erweiterte HARTMANN den Teilnehmerkreis und verzeichnete dadurch stetig wachsende Teilnehmerzahlen.

„Von Anfang an stand bei der Fortbildung zur Fachkraft für Kontinenzstörungen die Idee, Wissen zu vermitteln, im Vordergrund“, sagt Raimund Koch, der das Projekt vor 10 Jahren bei HARTMANN initiierte. „Das Seminar fördert den Erfahrungsaustausch in der Praxis. Dadurch kommt das Thema Inkontinenz auch wirklich in der Praxis an.“ Seit 2008 ist das Grundlagenseminar als Kernmodul 1 durch den DBfK Südwest anerkannt, ein weiterer Hinweis darauf, dass sich die Fortbildung in Pflegekreisen fest etabliert hat und das Thema Kontinenzförderung an Bedeutung gewonnen hat.

„Trotz aller Erfolge in den letzten zehn Jahren bleiben noch Visionen“, erläutert Raimund Koch. „Ähnlich wie in Großbritannien streben wir eine landesweit berufspolitisch anerkannte Zusatzqualifikation zum Pflegeexperten für Kontinenzförderung an.“

## Internationaler Vergleich: Pflegeausgaben in Deutschland niedriger

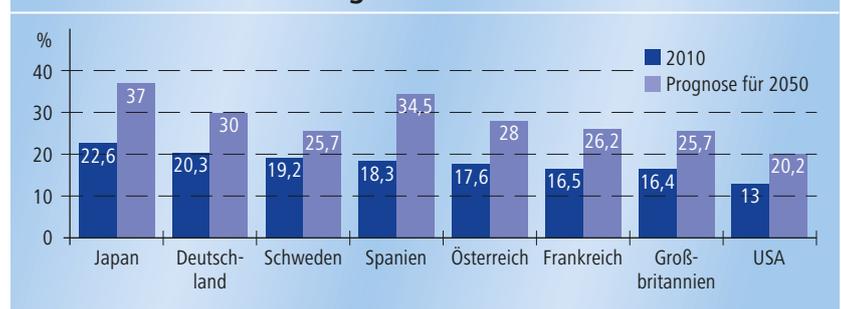
Zwei neue Studien des Wissenschaftlichen Instituts der privaten Krankenversicherung (WIP) untersuchten die Absicherung des Pflegerisikos in 13 Industrieländern sowie die Entwicklung des deutschen Beitrags zur Pflegeversicherung in den nächsten Jahren. Ihre Ergebnisse verdeutlichen, dass die demographische Entwicklung in vielen Ländern den Ausbau des Pflegesektors erfordert. So wurden in Frankreich, Spanien, Japan und Luxemburg gesetzliche Pflegeversicherungen etabliert. Deutschland diente mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 manchem Land als Vorbild. Allerdings sind die Pflegeausgaben hierzulande geringer als in einer Reihe von Ländern mit jüngerer Bevölkerung. Besonders in Schweden und den Niederlanden hat die Altenpflege einen wesentlich höheren Stellenwert.

Bis zum Jahr 2010 rechnen alle Industrieländer mit einer steigenden Anzahl von Pflegebedürftigen. Der Anteil der über 80-Jährigen wird sich fast überall ver-

doppeln, Deutschland wird dann nach Japan den höchsten Anteil an über 80-Jährigen aufweisen. Um das heutige Pflegeniveau finanzieren zu können, wird sich nach der Prognose des WIP der Beitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung bis zum Jahr 2060 mehr als verdoppeln und damit auf etwa 4,5 % steigen müssen.

Die beiden Studien können im Internet unter [www.wip-pkv.de](http://www.wip-pkv.de) heruntergeladen werden.

Anteil der über 65-Jährigen 2010 und 2050



## Jeder Vierte braucht fünf oder mehr Medikamente

Jeder vierte Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) – das sind etwa 15 Millionen Deutsche – bekam im Lauf des Jahres 2009 fünf oder mehr unterschiedliche Wirkstoffe zur Behandlung verschrieben. Diese Zahl ermittelte das Deutsche Arzneiprüfungsinstitut e. V. (DAPI) im Auftrag der Bundesapothekerkammer (BAK). 12 % der Versicherten – also mehr als 7 Millionen Patienten bundesweit – verordneten die Ärzte sogar elf oder mehr verschiedene Medikamente.

Mit der Anzahl der gleichzeitig angewandten Wirkstoffe steigt das Risiko für Wechselwirkungen. Dr. Andreas Kiefer, 2. Vorsitzender des DAPI und Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der BAK weist darauf hin, dass – vor allem wenn verschiedene Ärzte die Medikamente verschreiben – nur der Apotheker Wechselwirkungen erkennen und mögliche Probleme mit dem verordnenden Arzt lösen kann. Dr. Andreas Kiefer empfiehlt daher: „Patienten sollten ihrem Apotheker von allen Präparaten berichten, die sie einnehmen. Nur wenn Patienten, Ärzte und Apotheker eng zusammenarbeiten, ist die Arzneimitteltherapie sicher.“ Weitere Infos unter [www.abda.de](http://www.abda.de) und [www.dapi.de](http://www.dapi.de).



RBF / Fotolia

**Zwischen mehreren Medikamenten kann es zu Wechselwirkungen kommen, d. h. sie können ihre Wirkungen oder Nebenwirkungen gegenseitig stärken oder abschwächen. Beides kann für den Patienten gefährlich sein.**

## Nicht auf Durst warten, besser rechtzeitig trinken



Gina Sanders / Fotolia

**Ein Erwachsener sollte täglich 1,3 bis 1,5 l trinken, denn sein Wasserverlust pro Tag beträgt via Urin ca. 1.140 ml, mit dem Stuhl 160 ml, über die Haut 550 ml und via Lunge 500 ml. Vermehrte Protein- und Kochsalzzufuhr steigert die Wasserausscheidung. Intensive körperliche Belastung kann zum Verlust von bis zu 4 Litern führen.**

Der Körper eines Erwachsenen besteht zu 50-60 % aus Wasser. 5 bis 6 % davon tauscht er jeden Tag aus, zum Ausgleich muss er täglich etwa 2-3 Liter in Form von Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen. Wird mehr Wasser ausgeschieden als aufgenommen und hat sich das Ganzkörperwasser um 0,5 % vermindert, stellt sich Durstgefühl ein. Ältere Menschen haben häufig ihr natürliches Durstgefühl verloren. Auch bei Kleinkindern und Sportlern kann es abgeschwächt sein.

Deshalb sollte regelmäßig und nicht erst bei Durst getrunken werden, rät die Deutsche Gesellschaft für Ernährung. Denn schon bei einem Flüssigkeitsdefizit von 2 % muss mit körperlichen und geistigen Leistungsseinbußen gerechnet werden. Konzentrations- und Reaktionsvermögen nehmen ab. Ab minus 3 % kommt es zu Dehydration mit starkem Durst, trockenem Mund, Obstipation sowie dunklem, intensiv riechendem Harn. Wird das Defizit nicht ausgeglichen, drohen Fieber, Herzrasen, Kreislaufstörungen und Verwirrheitszustände. Ein Körperwasserverlust von mehr als 20 % ist lebensbedrohlich.

Daher täglich etwa 1,3 bis 1,5 l trinken: Wasser, Kräuter- und Fruchtees oder Schorle. Bei hohem Energieumsatz, Hitze, Kälte, Sport sowie vermehrtem Kochsalz- und Proteinverzehr ist der Bedarf deutlich höher.

## Kleine Hygienekunde: MRSA & cMRSA

Durch den übermäßigen und falschen Gebrauch von Antibiotika hat sich im Laufe der Zeit der Selektionsdruck auf Bakterien ständig verstärkt mit dem Ergebnis, dass die Zahl der Erreger, die gleich mehreren Antibiotika widerstehen können, wächst und wächst. So konnte sich auch der multiresistente bzw. methicillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) entwickeln, der leicht übertragbar, schwer zu bekämpfen und die häufigste Ursache für oft schwere nosokomiale Infektionen ist.

MRSA-Stämme, die zu einer Infektion führen, können sowohl von der betroffenen Person selbst stammen (endogene Infektionen), als auch exogen von anderen Menschen oder Tieren bzw. über die unbelebte Umgebung übertragen werden. Bei etwa einem Drittel aller Menschen findet sich *S. aureus* in der Nase. Von diesem nasalen Reservoir aus kann eine Streuung der Staphylokokken auf andere Hautareale (z. B. Hände, Achilla, Perianalregion) und Schleimhäute (z. B. Rachen) sowie in die Umgebung stattfinden.

Die Ausbreitung antibiotikaresistenter Keime wie MRSA nimmt auch in Einrichtungen der Altenpflege zu. Hier scheinen auch zunehmend die sog. „community-associated“ MRSA-Stämme (cMRSA) eine Rolle zu spielen, die mittlerweile in der Allgemeinbevölkerung zirkulieren. Durch eine erhöhte Virulenz sowie eine besonders leichte Übertragbarkeit durch Hautkontakt sind cMRSA-Stämme noch gefährlicher als MRSA einzustufen.

### Maßnahmen bei MRSA

Bei MRSA greifen die Maßnahmen der Schutzstufe 2. Dazu gehört die richtige Schutzausrüstung mit Schutzkittel, Einmalhandschuhen und ggf. Atemschutz bei der Grund-/Behandlungspflege eines überwiegend pflegerisch betreuten Bewohners.



Sofort nach dem Ausziehen der Schutzausrüstung wird diese in einen Abfallbehälter abgeworfen. Anschließend erfolgt eine hygienische Händedesinfektion, Mindesteinwirkzeit 30 Sekunden. Da für die Erregerübertragung die 10 Finger des Personals als die 10 wichtigsten Risikofaktoren

gelten, ist die hygienische Händedesinfektion, z. B. mit Sterillium, vor und nach jeder Pflegehandlung ein absolutes Muss. Für die Flächendesinfektion von bewohnernahen Bereichen und Instrumenten, z. B. mit Mikrobac forte/Bacillol AF, gelten die Vorschriften des Robert Koch-Instituts.

### MRSA-Ganzkörperanierung jetzt noch einfacher

Zur Sanierung kontaminierter Bewohner stehen jetzt die gebrauchsfertigen, antiseptischen Reinigungstücher Stellisept med tissues zur Verfügung, mit denen der ganze Körper inklusive der Haare behandelt werden kann. Die Einmaltücher bieten Bewohnern und Pflegekräften ein Maximum an Vorteilen:

- **Praktische Anwendung:** kein Abwarten der Einwirkzeit, kein Nachspülen, keine Reinigungsutensilien notwendig
- **Hohe Sicherheit:** Wirksamkeit innerhalb 60 Sekunden
- **Sehr gute Hautverträglichkeit:** farbstoff- und parfümfreie Rezeptur
- **Mehr Komfort:** Tücher lassen sich 30 Sekunden in der Mikrowelle bei 750 Watt erwärmen oder für eine erfrischende Ganzkörperreinigung vorkühlen.

Lieferbar als 12 Einzeltücher im praktischen Flow Pack. Stellisept med tissues können unter 01802-226618 bestellt werden.



# Demenzkrank: Was sind die Ursachen?

Eine Demenz kann viele verschiedene Ursachen haben und ist keineswegs immer nur eine Demenz vom Alzheimer-Typ. Da einige Formen in gewissem Umfang behandelt werden können, ist eine Ursachenabklärung für das Schicksal des Betroffenen sehr wichtig.

Der Begriff „Demenz“ stammt vom lateinischen „Dementia“ ab und bedeutet soviel wie „ohne Geist“. Von einer Demenzerkrankung Betroffene erleiden einen zunehmenden Verfall ihrer im Laufe des Lebens erworbenen kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten, bis sie schließlich vollständig auf die Hilfe und Fürsorge anderer angewiesen sind. Demenzerkrankungen sind im Alter die häufigste Ursache für Pflegebedürftigkeit.

## Formen der Demenz

Nach der Art ihrer Entstehung werden Demenzerkrankungen grundsätzlich in primäre und sekundäre Formen unterschieden.

**Primäre Demenzen** liegen vor, wenn der Krankheitsprozess direkt im Gehirn beginnt. Dazu zählen degenerative Demenzerkrankungen wie die präsenile und senile Form (Beginn vor bzw. nach dem 65. Lebensjahr) sowie die Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT), die mit einem Anteil von etwa 60 % aller Fälle die häufigste Form ist.

Auch vaskuläre Demenzerkrankungen, die durch ein Absterben von Gehirnzellen als Folge von Durchblutungsstörungen charakterisiert sind, zählen zu den



Vladimir Voronin / Fotolia

primären Demenzen. Formen sind beispielsweise die Multi-Infarkt-Demenz (MID), die mit ca. 20 % der Fälle relativ häufig ist, die Lewy-Körperchen-Demenz, die der Alzheimer-Krankheit stark ähnelt, das Korsakow-Syndrom (amnestisches Syndrom), das sich als ausgeprägte Störung der Merkfähigkeit äußert, oder die Demenz bei Morbus Parkinson.

**Sekundäre Demenzen** sind die Folge einer anderen Grunderkrankung wie beispielsweise von Stoffwechselerkrankungen, Vergiftungserscheinungen durch chronischen Alkohol- und/oder Medikamentenmissbrauch, Vitaminmangelzustände oder auch Depressionen. Es können aber auch Hirninfekte und Hirntumoren für demenzielle Symptome verantwortlich sein.

## Risikofaktoren und Präventionsmöglichkeiten

Entsprechend den vielen Ursachen sind auch die Risikofaktoren zahlreich. Dabei ist ein hohes Lebensalter unumstritten der Hauptrisikofaktor für eine Demenzerkrankung, insbesondere für die Alzheimer-Demenz.

Auch Depressionen gelten als Risikofaktor. Sie treten gehäuft in frühen Demenzstadien auf oder können einer Demenz vorausgehen. Eine Depression tritt aber auch



Alexey Klementiev / Fotolia

## Akute Verwirrtheit – ein weitverbreiteter Notfall in der Geriatrie

Das Delir oder akute Verwirrheitszustände können völlig unabhängig von einer Demenz auftreten, erste Anzeichen einer beginnenden demenziellen Störung sein oder Begleiterscheinungen bereits bestehender Demenzen darstellen. Beide Krankheitsbilder – Delir wie Demenzen unterschiedlichster Ursachen – zählen zu den hirnorganischen Störungen und weisen ähnliche Symptome auf.

Im Gegensatz zu den demenziellen Erkrankungen, die schleichend, langsam beginnen, setzen beim Delir die Verwirrheitszustände jedoch meist „plötzlich“ ein. Dieses Ereignis sollte dann immer als Notfall bewertet werden, der sofortiger sorgfältiger Abklärung und therapeutischen Handelns bedarf.

Die Liste der **Ursachen**, die zu akuter Verwirrtheit führen können, ist lang: Psychosoziale Krisen und Depressionen, ausgelöst z. B. durch den Tod des Ehepartners, Selbstwertkrisen (etwa durch das Auftreten von Inkontinenz), veränderte Tagesabläufe mit Orientierungsschwierigkeiten, Heimeinzug usw. können ebenso schuld

sein wie körperliche Ursachen. Hierzu zählen beispielsweise Fieber, Harnwegsinfekte, ischämische Attacken, Unterzuckerung beim Typ-2-Diabetiker (vor allem nachts) und oftmals: **verminderte Flüssigkeitszufuhr mit Austrocknung**. Besonders häufig lösen auch Medikamente akute Verwirrtheit aus, z. B. durch Überdosierung, plötzliches Absetzen oder direkte Nebenwirkungen.

Das Risiko, in einen Verwirrheitszustand zu geraten, nimmt mit steigendem Alter zu. Besonders gefährdet sind Personen ab dem 70. Lebensjahr, die an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden. Wichtige **Anzeichen** der akuten Verwirrtheit sind Bewusstseins-, Denk- und Aufmerksamkeitsstörungen, die meist „fluktuierend“ auftreten. Das bedeutet, dass das auffällige Verhalten des Erkrankten wechselt und an Ausprägung zu- oder abnimmt. Es kann zur wahnhaften Verkennung der Umwelt, zu Halluzinationen, zur örtlichen und zeitlichen Desorientierung sowie zu affektiven Störungen und großer psychomotorischer Unruhe kommen.

bei alten Menschen häufig isoliert auf. Bei mangelnder Abklärung wird dann dem psychisch erkrankten, alten Menschen nicht selten die Diagnose Demenz zugewiesen, was für diesen therapeutisch fatale Folgen haben kann.

Weitere Risikofaktoren sind vor allem Faktoren, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigen wie hoher Blutdruck, ein hoher Cholesterin- und Homocystein-spiegel, Diabetes mellitus, Übergewicht, Rauchen, Alkoholmissbrauch usw. Man vermutet, dass Menschen mit Herz-Kreislaufproblemen eher einen „stillen Schlaganfall“ bekommen. Studien zeigten, dass Menschen mit „stillen Schlaganfällen“ ein erhöhtes Risiko haben, an einer Demenz zu erkranken.

In der Vermeidung der kardiovaskulären Risikofaktoren sowie von Nikotin- und Alkoholabusus liegen demnach auch gute Chancen, einer Demenzerkrankung vorzubeugen. Da man annimmt, dass geistige wie körperliche Fitness den Ausbruch einer Demenz verzögern kann, wird empfohlen, rechtzeitig für geistige und körperliche Beweglichkeit zu sorgen. Dazu zählen vor allem auch soziale Aktivität und Kontakte. Wie die Alzheimer Forschung Initiative feststellt, haben Alleinlebende ein doppelt so hohes Risiko an Alzheimer zu erkranken wie Menschen in einer Partnerschaft.

### Alzheimer-Krankheit

1906 beschrieb der bayerische Psychiater und Neuropathologe Alois Alzheimer erstmals eine „eigenartige Krankheit der Hirnrinde“, die durch den fortschreitenden Abbau und Untergang von Nervenzellen im Gehirn und pathologische Eiweiß-Ablagerungen in der Hirnrinde gekennzeichnet ist. Alzheimer bezeichnete die Eiweiß-Ablagerungen als „senile Plaques“, die erst 1985 als Beta-Amyloide entschlüsselt werden konnten. Nach heutigen Erkenntnissen scheinen sie eine zentrale Rolle beim Krankheitsgeschehen zu spielen.

Noch sind die genauen Ursachen der Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT) nicht bekannt, und wenn Alzheimer-Patienten erstmals durch extreme Vergesslichkeit auffallen, dann hat das Gehirn meist schon eine über Jahre währende, schleichende Veränderung hinter sich.

Bei der Suche nach den Ursachen werden verschiedene Ansätze verfolgt: genetische Faktoren, das Alter, Auswirkungen von Gehirntraumen, chronische Infektionen, toxische Einflüsse und auch die vaskulären Risiken, wie sie bei der MID gegeben sind, weshalb entsprechende Mischformen möglich sind.

Fest steht: Die Alzheimer-Demenz ist organisch bedingt, unweigerlich progressiv, d. h. die Erkrankung schreitet unaufhaltsam fort, und führt – je nach Beginn – nach etwa 5 bis 20 Jahren zum Tode. Das Erkrankungsrisiko steigt mit zunehmendem Lebensalter, Schätzungsweise leiden ca. 30 % der 85-Jährigen an Demenzen (Grond). Frauen scheinen dabei ein größeres Alzheimer-Risiko zu haben als Männer. Derzeit geht man davon aus, dass hierzulande etwa eine Million Menschen an der Alzheimer-Demenz erkrankt sind.

## Krankheitsverlauf bei Demenz (nach Reisberg)

Die Kenntnis des Krankheitsverlaufes soll einerseits eine Überforderung des Patienten durch unrealistische Erwartungen vermeiden helfen, andererseits aber auch die Sicht auf die verbliebenen Fähigkeiten und Möglichkeiten erleichtern, um diese zu fördern oder, solange es möglich erscheint, zu erhalten. Die nachfolgende Stadieneinteilung orientiert sich an der Einteilung der Alzheimer-Krankheit von Reisberg.

### Sehr geringe Störung

Die Patienten vergessen, wo sie Dinge hingelegt haben oder wie ihnen bekannte Personen heißen; Wortfindungsstörungen mit Umschreibungen von Hauptwörtern, keine Beeinträchtigung des beruflichen und sozialen Lebens. Die Abgrenzung von normalerweise auftretenden Gedächtnisstörungen in belastenden Situationen ist in diesem Stadium schwierig.

### Geringe Störung

Stärkeres Nachlassen der Merkfähigkeit, verstärkte Probleme in unbekanntem Situationen, erste Orientierungsstörungen in fremder Umgebung. Nachlassen der allgemeinen Leistungsfähigkeit, erste Rückzugstendenzen aus gewohnten Aktivitäten, auffällige Wort- und Namensfindungsprobleme. Der Patient ist sehr um die Aufrechterhaltung einer normalen Fassade bemüht, aggressive Verleugnung von Defiziten, aber auch Apathie mit Depressionen können auftreten. Die Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen lassen sich jetzt auch testpsychologisch nachweisen.

### Mäßige Störung

Die Patienten haben offensichtliche Störungen bei der Bewältigung komplexerer Alltagsstrukturen (z. B. im Umgang mit Geld, beim Einkaufen, Verreisen). Die Rückzugstendenzen und die Vermeidung von Situationen, in denen ein Defizit offensichtlich werden könnte, setzen sich fort. Die Verleugnung von Defiziten kann wahnhaftige Züge annehmen und sich in Bestehungs-ideen,

einer Veränderung der Wahrnehmung oder verstärktem Misstrauen äußern. Die emotionale Kontrolle ist vermindert. Die Gedächtnisstörungen betreffen jetzt auch die zeitliche Zuordnung von Ereignissen aus der Vergangenheit und die Erinnerung an früher.

### Mittelschwere Störung

Unfähigkeit, sich an wichtige Dinge des täglichen Lebens (eigene Telefonnummer, Adressen, Namen von Verwandten) zu erinnern. Probleme bei der Auswahl passender Kleidungsstücke (Gelegenheit, Wetterbedingungen), unter Umständen Vernachlässigung der Körperpflege. Die Betroffenen sind auf Bezugspersonen angewiesen und können mit deren Hilfe noch einige Aktivitäten der Selbstversorgung ausüben.

### Schwere Störung

Die Erinnerung an kurz zurückliegende Ereignisse geht verloren. Die Erfahrungen aus der Vergangenheit werden unbestimmt. Einfaches Zählen oder Routinetätigkeiten werden nicht mehr bewältigt. Wahnhaftes Erleben und Sinnestäuschungen können sich verstärken mit Verknennung bekannter Personen, von denen sich der Patient bedroht fühlen kann. Die Bewältigung von Verhaltensproblemen (Unruhe, Umherlaufen, Reizbarkeit, Schreien, Rufen u. a.), die jetzt einen Höhepunkt erreichen können, stellen die Pflegenden vor schwere Probleme. Es besteht eine vollständige Abhängigkeit von der Hilfe Dritter, unter Umständen Verlust der Kontrolle über Blasenentleerung und Stuhlgang.

### Sehr schwere Störung

Extreme Verminderung des Wortschatzes mit weitgehendem Verlust der Sprachfähigkeit, Probleme beim Sitzen; Lächeln oder Blickkontakt werden selten oder treten nicht mehr auf. Die Dauer dieser Krankheitsphase hängt jetzt wesentlich vom Auftreten körperlicher Komplikationen wie Entzündungen der Luftwege oder der Blase ab.



Udo Kroener, Carol Heesen / fotolia, Jason R Warren / istockphoto

### Multi-Infarkt-Demenz (MID)

Diese Form der Demenz wird durch viele kleine, zum Teil unbemerkte Schlaganfälle verursacht, wodurch es zur Unterbrechung der Durchblutung bestimmter Hirnbereiche kommt. Von der Symptomatik her ist die MID von der Alzheimer-Demenz allerdings schwer zu unterscheiden. Diagnostisch richtungsweisend für die MID können Bluthochdruck und Gefäßkrankheiten in der Vorgeschichte sein oder auch ein akuter Beginn, der eindeutig mit einem ischämischen Ereignis, z. B. einem Schlaganfall, in Zusammenhang zu bringen ist. Wie Alzheimer führt auch die MID zum Tod des Patienten.



Michael Weesthoff / iStockphoto

## Wie man demenzkranken Menschen helfen kann

Noch können Demenzen nicht geheilt werden. Die Therapiebemühungen konzentrieren sich somit auf die Beeinflussung der Symptome, teils mit Medikamenten, teils mit – was noch viel wichtiger ist – psycho- und verhaltenstherapeutischem Training.

Es liegt leider im Wesen der Demenzerkrankung, dass sich weder Betroffene noch Angehörige eingestehen wollen, dass mit der Gehirnleistung etwas nicht stimmt. Der Arztbesuch wird deshalb häufig hinausgezögert und es vergeht meist viel, viel Zeit, bis eine Diagnose gestellt wird.

Nachdem es noch keine Therapie gibt, die zur Heilung der Demenz führt, lässt sich nun argumentieren, dass man dem Schicksal auch seinen Lauf lassen kann. Wer jedoch als Angehöriger oder Pflegefachkraft mit Alzheimer oder einer anderen Form der Demenzerkrankung konfrontiert ist, weiß, wie wichtig Früherkennung und vor allem die Akzeptanz der Erkrankung sein kann: Es ergibt sich die Chance, Familienangelegenheiten zu regeln und vor allem verbleibt wertvolle, gemeinsame Zeit. Denn auch dies darf nicht vergessen werden: Je früher Alzheimer-Patienten mit speziellen medikamen-

tösen Therapien und begleitenden Maßnahmen beginnen, desto länger kann der geistige Verfall verzögert werden.

### Brücken bauen zu Demenzkranken

Das Wichtigste im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen sind einführendes Verstehen, Akzeptanz und Güte – und auch viel Geduld. Ungeduld seitens der Pflegeperson vermittelt dem Erkrankten das Gefühl, etwas falsch gemacht zu haben, was die Ursache für seine Unzufriedenheit und Traurigkeit, aber auch für Unwohlsein und aggressives Verhalten sein kann. Außerdem muss man sich darüber im Klaren sein, dass der Demenzkranke aufgrund seiner Gedächtnisstörung nur bedingt lernfähig ist, wobei die Lernfähigkeit im Laufe der Erkrankung immer weiter abnimmt.

Mit einem demenzkranken Menschen kann also nichts mehr zuverlässig vereinbart werden, und er kann sich auch nicht mehr an seine Umgebung anpassen, was ihm aber auf keinen Fall als „Versagen“ angelastet werden darf. Vielmehr sollte der Umgang der Pflegepersonen bzw. der Altenpflegeeinrichtung mit dem Demenzkranken an dessen verändertes Erleben angepasst sein. Damit kann so manche Konfliktsituation umgangen oder auch entschärft werden.

Als besonders hilfreich im Umgang mit Demenzkranken haben sich dabei Verhaltenstherapien wie die Biografiearbeit, die Validation und die basale Stimulation erwiesen.

### Das Konzept der „Erinnerungspflege“ – Biografiearbeit

Bei einer Demenz betreffen die Störungen zunächst ganz kurz zurückliegende Ereignisse, das Langzeitgedächtnis mit den vielen Erinnerungen aus der eigenen Lebensgeschichte bleibt oft erstaunlich lange gut erhalten. Deshalb kann vom Pflegenden, der bei den integrativen Konzepten immer auch so etwas wie ein Therapeut ist, auf diese Inhalte zurückgegriffen werden, um den demenzkranken Patienten in seiner verbliebenen Identität zu bestärken. Gerade bei einem Heimeintritt, der für den Betroffenen mit großer seelischer Unruhe und Verwirrtheit verbunden ist, kann die Biografiearbeit zu einer Art „Sicherheitsgurt“ werden, weshalb bereits in

Die Biografiearbeit hilft dem Kranken dabei, zurückliegende Lebenserfahrung zu erklären und zu bewerten.



Gina Sanders / Fotolia

### Ganzheitliche Therapie bei demenziellen Erkrankungen

- Stabilisierung des Allgemeinzustandes, Behandlung vorhandener Grunderkrankungen durch internistische Therapien
- Verbesserung der demenziellen Symptomatik sowie die zeitweise Stabilisierung des Krankheitsverlaufs durch gezielte Behandlung mit antidemenziellen Medikamenten
- Stabilisierung der psychischen Verfassung und Stimmungslage durch die Gabe geeigneter Psychopharmaka
- Psycho- und verhaltenstherapeutisches Training der verbliebenen Fähigkeiten (Alltagskompetenz, Hirnleistungstraining, Bewegungstraining)

vielen Heimen biografische Daten erfragt werden. Diese Informationen ermöglichen es dann, die verschiedenen Verhaltensweisen bzw. -störungen, aber auch die Wertvorstellungen des Demenzkranken nachzuvollziehen und zu verstehen und mit ihm auf der Basis seiner Erinnerungsbilder zu kommunizieren. Damit verbleibt dem Demenzkranken wenigstens ein kleines Stück heile und für ihn gültige Welt, auch wenn er sich sonst in der Realität nicht mehr gut zurechtfindet. Wichtige Hilfen bei der Therapiearbeit können Fotos, Bücher, persönliche Gegenstände usw. sein. Über die Biografiearbeit gelingt es oft auch pflegenden Angehörigen, emotional verfahrenere Situationen zu entspannen.

### Das Konzept der Validation

Das Konzept der Validation wurde von Naomie Feil (1990, Cleveland/USA) entwickelt. Nicole Richard, Kassel, hat das Konzept modifiziert und nennt ihre Methode „integrative Validation“. Der Begriff Validation kommt ursprünglich vom lateinischen „validus“ (= stark, wirksam, gesund) und wird hier im Sinne des englischen „to be of value“ (= wertvoll sein) verwendet. Er stellt eine Kommunikationstechnik – oder treffender ausgedrückt – eine Grundhaltung des Pflegenden dar, den Demenzkranken in seiner ganz anderen Welt zu respektieren und ihn mit seinen Äußerungen, Gefühlen und Handlungen ernst zu nehmen. Validation korrigiert deshalb den desorientierten alten Menschen nicht, wenn er etwas „Falsches“ sagt oder tut, sondern akzeptiert seine momentane Befindlichkeit, die genauso von differenzierten Gefühlen geprägt ist wie die eines geistig gesunden Menschen. Das Annehmen der Gefühle und das Sicheinlassen des Pflegenden auf die „Realität“ des desorientierten alten Menschen schafft Nähe und Vertrauen und gibt dem Demenzkranken Sicherheit in seinem letzten Lebensabschnitt. Hingegen ist es ein sinn- und würdeloses Unterfangen, einen Menschen mit Demenz ändern zu wollen.

Auch wenn mithilfe der Validation nicht eigentlich Konflikte gelöst werden können, ist sie ein gutes Instrument, um gerade in schwierigen Pflegesituationen wie z. B. bei Weglauftendenzen, Aggressionen, Rufen nach einer Bezugsperson (häufig der Mutter) oder Angstgefühlen beruhigenden Zugang zum Demenzkranken zu finden. Die Methode der Validation ist nicht schwierig zu erlernen, setzt aber vor allem vom Pflegenden eine ehrliche Bereitschaft voraus, sich in die Situation des demenzkranken Menschen hineindenken zu wollen.

### Das Konzept der basalen Stimulation

Die basale Stimulation ist eigentlich eine Pflegephilosophie. Ähnlich wie die Biografiearbeit oder die Validation hat sie zum Ziel, Kontakt zum demenzkranken Menschen aufzunehmen und ihm durch entsprechende Maßnahmen vor allem das Gefühl für seinen Körper zu erhalten oder es teilweise wieder zu wecken. Mit der basalen Stimulation kann der Reizverarmung entgegengewirkt werden, von der Demenzkranke durch

## Zum Nachdenken ...

Gerade weil der Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen so schwierig ist und nicht selten Pflegefachkräfte wie Angehörige an die Grenzen ihrer eigenen Belastbarkeit führt, kann es sich lohnen, über ein paar Anregungen aus dem Qualitätshandbuch des Kuratoriums Deutsche Altershilfe e. V. (KDA) nachzudenken:

- Akzeptiere den Menschen, so wie er ist.
- Lass ihn seinen eigenen Willen behaupten und seine Gefühle ausdrücken.
- Biete ihm Nähe und Wertschätzung.
- Gib ihm die Möglichkeit, Selbstachtung zu erleben.
- Fördere seine sozialen Kontakte.
- Biete dem Erkrankten die Möglichkeit, vertrauten Beschäftigungen nachzugehen und sein Leben so normal wie möglich zu gestalten.

- Stimuliere seine Sinne, lass ihn genießen und sich entspannen.
- Arbeite mit Humor.
- Schaffe eine sichere und fördernde Umgebung.
- Klage den Erkrankten nicht für sein Verhalten an.
- Zwinge ihn nicht, etwas zu tun, was er nicht will.
- Mach ihn nicht zum Objekt deines beruflichen Handelns.
- Schließe den Erkrankten nicht aus und gib ihm nicht das Gefühl, nutzlos zu sein.
- Spotte nicht über ihn und mach dich nicht über ihn lustig.
- Entmächtige ihn nicht und behandle ihn nicht wie ein Kind.

die Desintegrationsprozesse besonders gefährdet sind. Typische Handlungen von Demenzkranken wie permanentes Nesteln auf der Bettdecke oder monotones Schaukeln mit dem Oberkörper werden von Fachleuten vielfach als „Notruf“ von Menschen interpretiert, die unter einem Mangel an Sinneseindrücken leiden.

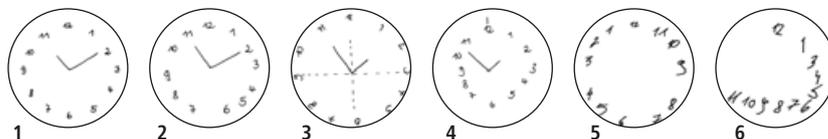
Die Mittel der basalen Stimulation sind einfach und erfordern kaum mehr Pflegeaufwand, weil sie genau genommen Teil der Pflege sind. Entscheidend ist jedoch, wie bewusst die möglichen Reize bei den einzelnen Pflegehandlungen gesetzt werden. Dem Engagement des Pflegenden sind natürlich keine Grenzen gesetzt und mit zunehmender praktischer Erfahrung wird man immer sicherer werden.

## Hilfreiche Tests zur Diagnosestellung

### Uhrenzeichentest

Mit dem Uhrenzeichentest wird die Fähigkeit überprüft, abstrakt denken zu können. Er dient auch zur Verlaufskontrolle, wobei es verschiedene Arten der Durchführung und Bewertung gibt. Beim Test z. B. nach Shulman wird der Patient aufgefordert, in einen vorgegebenen Kreis (Durchmesser 10 cm) die Ziffern einer Uhr einzuzeichnen, wobei er so

lange probieren kann, bis er mit der Uhr zufrieden ist. Nach den Ziffern soll er zusätzlich die Uhrzeit „zehn nach elf“ einzeichnen. Jede nicht korrekt dargestellte Uhr, kann dann auf den Demenz-Verdacht hinweisen. Die Beispiele zeigen: 1/2 = perfekt, 3/4 = leichte visuell-räumliche Fehler, 5/6 = mittelgradige visuell-räumliche Desorganisation, korrektes Einzeichnen wird unmöglich (Geriatric von A-Z)



### DemTect (Demenz-Detektion Test)

Wie die anderen Tests, soll auch der DemTect mit-helfen, geistige Beeinträchtigungen zu erkennen bzw. den Verlauf des geistigen Abbaus zu bewerten. Er ersetzt jedoch keine ausführliche neuropsychologische Untersuchung. Der DemTect (Dauer circa 10 Minuten) besteht aus fünf Untertests. Dazu gehören Aufgaben zur Wortflüssigkeit, das Lernen von Wortlisten, die Umwandlung von Zahlen und das Auf-sagen von Zahlenlisten in umgekehrter Reihenfolge.



Alexander Reiths / Fotolia

### Mini Mental Status Test (MMSE)

Dieser Test nach Folstein ist einer der am häufigsten benutzten Tests zum Screening auf kognitive Defizite. Mit einer Reihe von Fragen und kleineren Aufgaben werden Orientierungsvermögen, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit sowie Erinnerungsfähigkeit geprüft. Dieser Test wird auch zur Bestimmung der Veränderung der Hirnleistungsfunktionen im Verlauf der Erkrankung oder zum Nachweis der Wirkung von Medikamenten genutzt.



Die Pflege von Menschen mit Demenz hat vor allem zum Ziel, dem Erkrankten so lange wie möglich eine gewisse Selbstständigkeit und sein Selbstwertgefühl zu erhalten, was keine leichte Aufgabe ist.

Die Pflege von Demenzkranken unterscheidet sich von der „normalen“ Kranken- und Altenpflege dadurch, dass die Fähigkeit des Erkrankten zum Mitarbeiten und Mitmachen zunehmend nachlässt. Der Pflegenden muss mitfühlen, mitdenken und letztlich entscheiden, was für den Erkrankten gut ist. Dabei sind die psychisch emotionalen Bedürfnisse des Menschen ebenso zu berücksichtigen wie ganz praktische pflegerische Aspekte. Nachfolgend sind ein paar Tipps zusammengestellt, worauf bei letzteren besonders zu achten ist.

Grundsätzlich sollte alles getan werden, um dem Menschen mit Demenz ein Leben in einer vertrauten Umgebung, mit geregelten Tagesabläufen und möglichst konstanten Bezugspersonen zu sichern. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für sein Sicherheitsgefühl und seine emotionale Stabilität.

### Unfällen vorbeugen

Menschen mit Demenz vor Unfällen zu schützen, ist ein wichtiger und vorrangiger Aspekt der Betreuung, denn durch den zunehmenden Verlust der Alltagskompetenz besteht ein hohes Unfallrisiko. Neben Stürzen sind vor allem Verbrennungen und Verbrühungen häufig. Potenzielle Gefahrenquellen sind deshalb so gut wie möglich auszuschalten: Elektrogeräte mit zusätzlichen Sicherheitsschaltern ausstatten, niedrige Fenster, Treppengeländer und -absätze sichern, rutschende Teppiche entfernen, Feuerzeuge und Streichhölzer nicht herumliegen lassen (ein an Demenz Erkrankter sollte möglichst auch nicht alleine rauchen), Haushaltschemikalien und Medikamente wegschließen, Glastüren auffällig markieren usw.

### Körperpflege und Kleidung

Die tägliche Körperpflege sollte vom Betroffenen so lange wie möglich selbst durchgeführt werden. Entsprechende partielle Unterstützung bzw. eine umfassende Hilfe werden dann notwendig, wenn der Erkrankte beginnt, sich zu vernachlässigen, oder die Abläufe bei der Körperpflege nicht mehr bewältigen kann.

Bei der Körperpflege nicht vergessen: Die Nägel des Erkrankten kurz halten, um Kratzverletzungen zu vermeiden. Die Haut regelmäßig auf Hautreizungen, kleine Verletzungen und Druckstellen hin überprüfen und mit geeigneten Körperlotionen vor Austrocknung schützen. Eine sorgfältige Mundhygiene und die Pflege der Zahnprothese dienen nicht nur dem Wohlbefinden, sondern sind auch für die Ernährung wichtig. Der Sitz der Zahnprothese sowie der Zustand des Zahnfleisches sind regelmäßig zu kontrollieren.

Bei der Kleidung bzw. beim Ankleiden kann es bereits in einem relativ frühen Krankheitsstadium zu Schwierigkeiten kommen, sodass Unterstützung notwendig wird. Die Kleidung sollte einfach anzuziehen (keine komplizierten Verschlüsse), locker und bequem sein und – schon aus Achtung vor der Persönlichkeit des Erkrankten – möglichst den Vorlieben und Bedürfnissen des Betroffenen entsprechen. Im Frühstadium kann es als Hilfe ausreichend sein, dem Betroffenen die Dinge, die er braucht, in der richtigen Reihenfolge des Anziehens bereitzulegen. Auf Auswahlmöglichkeiten ist dabei allerdings zu verzichten, weil dies in der Regel nur verwirrt.

### Ernährung

Fürsorgliche Betreuung ist auch im Hinblick auf die Ernährung angesagt, weil verwirrte Personen das Essen einfach vergessen, zu viel essen oder gar nicht mehr nachvollziehen können, dass sie sich falsch und schlecht ernähren.

Grundsätzlich ist auf eine „normale“, ausgewogene und gut verdauliche Ernährung zu achten, gegebenenfalls sind spezielle Ernährungsvorschriften, z. B. bei Diabetes mellitus, zu befolgen. Eine eiweißreiche Kost kann sinnvoll sein, um die körperliche Belastbarkeit des Pati-

### Der Buchtipp



Erich Grond

#### Pflege Demenzerkrankter

Menschen mit Demenz sind eine Herausforderung in der Pflege. Sie, ihre Angehörigen und die Pflegekräfte brauchen Wertschätzung, einführendes Verstehen, Akzeptanz und Güte. Dieses Buch will zur Reflexion anregen, denn im Mittelpunkt allen Geschehens steht nicht die Krankheit, sondern der Mensch mit seinen Hoffnungen, Wünschen und Bedürfnissen.

Die aktuelle Auflage dieses Buches berücksichtigt viele neue Veröffentlichungen zur Qualitätssicherung in der Pflege und zur aktuellen Gesetzeslage. Außerdem wurden neue Erkenntnisse zur Krankheit Demenz eingearbeitet. Besonderes Augenmerk wurde auf die Handlungen gelegt, in denen es um Zuwendung, Wertschätzung und basale Kommunikation mit dem demenzkranken Menschen geht. Dieses Buch kann allen Beteiligten dabei helfen, die Pflege von Menschen mit Demenz zu verbessern, zu professionalisieren und die Pflegequalität zu sichern.

BRIGITTE KUNZ VERLAG, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover, 4. überarbeitete Auflage, 2009, 276 Seiten, ISBN 978-3-89993-466-3, € 19,90

enten zu erhalten, insbesondere auch um die Infektanfälligkeit zu vermindern. Die Speisen sollten bei Bedarf gut zerkleinert, aber dennoch appetitlich zubereitet sein und nicht zu heiß und in nicht zu großen Mengen gereicht werden. Ist der Patient nicht mehr in der Lage, selbstständig zu essen, sollte sich die Pflegeperson für die Hilfe beim Essen ausreichend Zeit nehmen, damit dieser jeden Bissen einzeln hinunterschlucken kann.

Ein weiteres Problem ist der Appetitmangel. Er kann viele Ursachen haben: Der Kranke glaubt, er hat schon gegessen, durch Bewegungsmangel entsteht kein ausreichender Hunger, es bestehen Probleme beim Kauen und Schlucken oder der Patient ist nicht mehr in der Lage, mit dem Besteck umzugehen.

### Flüssigkeitszufuhr

Wie das Essen wird auch das Trinken oft einfach vergessen, wobei hinzukommt, dass im Alter das Durstgefühl ohnehin reduziert ist. Ohne Kontrolle und Überwachung der Flüssigkeitszufuhr wird es also nicht gehen. Die anzustrebende Trinkmenge liegt bei mindestens 1,5 Liter pro Tag. Durch starkes Schwitzen, z. B. bei heißem Wetter oder bei Fieber, ist der Flüssigkeitsbedarf noch höher. Ganz besonders ist darauf hinzuweisen, dass Flüssigkeitsmangel eine häufige Ursache für akute Verwirrheitszustände (Delir) ist!

### Schlafprobleme und nächtliches Umherwandern

Bei Menschen mit Demenz scheint die „innere Uhr“ anders zu gehen: tagsüber sind sie oft schläfrig, nachts dagegen sehr wach. Die Schlaflosigkeit ist häufig von unruhigem, verwirrtem Umherwandern begleitet, das vom Patienten nicht beeinflusst werden kann. Es ist zu überprüfen, ob der Kranke tatsächlich am Tage zu viel schläft. Wenn möglich, sollten längere Spaziergänge am späten Nachmittag unternommen werden. Nächtliche Verwirrtheit lässt sich unter Umständen durch Helligkeit (Lampe) positiv beeinflussen; Schlaf- oder Beruhigungsmittel werden nur nach ärztlicher Verordnung verabreicht und engmaschig kontrolliert, um unerwünschte Nebenwirkungen gering zu halten.

### Inkontinenz

Mit fortschreitender Krankheit wird auch die Fähigkeit zur bewussten Kontrolle der Blasen- und Darmentleerung Einbußen erleiden. Dabei ist festzuhalten, dass die auftretende Inkontinenz oft nicht ausschließlich ein Demenzproblem ist, sondern sonstige altersbedingte Ursachen mitbeteiligt sind.

Auch der an Demenz Erkrankte behält lange seine Schamgefühle und wird versuchen, Inkontinenz zu verleugnen. Wird er darauf angesprochen, sind aggressive Reaktionen nicht selten. Macht sich im Verlauf der Erkrankung die Unsicherheit des Kranken bemerkbar, die zur Blasen- und Darmentleerung notwendigen Handlungen nicht mehr zu beherrschen, wird die Versorgung mit geeigneten Inkontinenzprodukten unumgänglich sein. Näheres dazu auf den Seiten 10/11.

## Komplikationen bei schwerer Demenz

### Dekubitus

Da der Demenzkranke im Endstadium eine ausgeprägte Apathie zeigt, die auch das Bewegungspotenzial auf wenige stereotypische Automatismen reduziert, erhöht sich das Dekubitusrisiko. Insbesondere ist dem sehr hohen nächtlichen Dekubitusrisiko durch geeignete Prophylaxemaßnahmen vorzubeugen.

### Krampfanfälle

Epileptische Anfälle treten vor allem bei der Multi-Infarkt-Demenz häufig auf. Für den Erkrankten bedeutet ein Krampfanfall immer einen schwerwiegenden Vorfall: Ein Anfall kann das Selbstwertgefühl ernsthaft verletzen, eine starke Beeinträchtigung der Aktivität verursachen und zu lebensverkürzenden Frakturen führen.

### Mangelernährung

Der Gewichtsverlust im Alter ist bei Demenzkranken viermal so hoch wie bei Gleichaltrigen ohne Demenz, weil die Nahrungsaufnahme aus vielen Gründen gestört ist: Das Hungergefühl ist vermindert, der Appetit lässt nach, fehlende Zähne, Schmerzen und Medikamente stören die Nahrungsaufnahme usw. Fehlen aber die Ernährungsbausteine Kohlenhydrate, Eiweiß, Fett sowie Vitamine und Mineralstoffe, führt dies zum rapiden Muskelabbau und zur allgemeinen Schwächung mit Sturzneigung, Infektions- und Dekubitusanfälligkeit und Krankheitshäufung, was wiederum die Pflegebedürftigkeit und Sterblichkeit erhöht.

### Schmerzen

Es ist unverantwortlich anzunehmen, dass Demenzkranke keine Schmerzen mehr verspüren. Sie empfinden Schmerzen wie jeder andere auch. Der zunehmende Verlust der kognitiven Fähigkeiten, einhergehend mit schweren Kommunikationsstörungen, machen es ihnen jedoch nach und nach unmöglich, Schmerzen zu beschreiben. Menschen mit Demenz benötigen deshalb besondere Aufmerksamkeit beim Schmerzassessment. Sie sind darauf angewiesen, dass Außenstehende ihren Zustand erkennen und die ihre non-verbalen Schmerzausprägungen wie z. B. Stöhnen, Schonhaltungen oder aggressive Reaktionen erkennen.

### Lungenentzündung

Durch das unaufhörliche Versagen aller Körperfunktionen im Endstadium werden die Patienten auch anfälliger für eine Lungenentzündung. Insbesondere die zunehmende Unfähigkeit zu kauen und zu schlucken führt häufig zu einer Aspirations-Pneumonie. Inwieweit in diesem Stadium noch lebensverlängernde Maßnahmen durchgeführt werden, obliegt der Entscheidung Angehöriger bzw. gesetzlich bestellter Betreuer, die durch eine Patientenverfügung sehr erleichtert wird.

### Angehörige gut beraten und mitbetreuen

In den Familien, sei es vom gesunden Ehepartner oder von den Kindern, wird viel aufopfernde Pflege erbracht, die häufig über die Grenzen der Belastbarkeit hinausgeht. Beratung und Betreuung der pflegenden Bezugspersonen eines Demenzkranken bilden daher einen unerlässlichen Bestandteil jedes Behandlungs- und Betreuungsprogramms. Insbesondere sollen pflegende Bezugspersonen dazu ermutigt werden, zur Entlastung die Hilfe ambulanter Pflegedienste in Anspruch zu nehmen. Im Endstadium wird es dann häufig unumgänglich, den Kranken in ein Pflegeheim zu geben. Diese Entscheidung ist schmerzlich und nicht selten von Schuldgefühlen begleitet, die eigentlich nur durch die einfühlsame Unterstützung von Pflegekräften gemindert werden können.



Makuba / Fotolia



Thinking Earth / Fotolia



Gina Sanders / Fotolia

# Inkontinenzprobleme bei Demenz stadiengerecht und einfühlsam lösen

Bei demenziellen Erkrankungen tritt Harninkontinenz im mittleren Stadium häufig, im fortgeschrittenen Stadium praktisch zu 100 % auf. Dabei erschweren es die kognitiven Defizite und Verhaltensstörungen oft, den Demenzkranken optimal zu versorgen. Lösungen bietet hier das breite HARTMANN-Sortiment an Inkontinenzprodukten, mit denen allen individuellen Anforderungen und Herausforderungen Rechnung getragen werden kann.



Alexander Raiths / Fotolia

Bei einer demenziell bedingten Harninkontinenz handelt es sich im Wesentlichen aufgrund der zerebralen Schädigung mit Wegfall bzw. Beeinträchtigung der zerebralen Hemmung um eine Form der Dranginkontinenz, die im Anfangsstadium zumeist noch gut zu beeinflussen ist. Als Maßnahmen kommen vor allem ein Toiletten- und Miktionstraining in Frage. Mit Medikamenten zur Beeinflussung der Drangsymptomatik kann darüber hinaus dem Patienten das Leben insofern erleichtert werden, dass der ständige Harndrang genommen wird. Eine Inkontinenz kann aber auch bereits vor dem Auftreten der ersten demenziellen Symptome bestanden haben. Mischformen sind so relativ häufig, was bei den therapeutisch-pflegerischen Maßnahmen zu berücksichtigen ist.

Das Erleben von Inkontinenz ist zumindest in den anfänglichen Demenzstadien für den Betroffenen mit den gleichen psychischen Problemen belastet wie für geistig gesunde Personen. Das macht es dann auch nicht gerade einfach, den Betroffenen von der Notwendigkeit einer Inkontinenzversorgung mit absorbierenden Einmalprodukten zu überzeugen. Oftmals sind sog. „Pull-ups“, Inkontinenzhosen, die wie Unterwäsche angezogen werden, hier eine vom Erkrankten akzeptierte Lösung.

Das in langen Lebensjahren geübte Kontinenzverhalten geht erst in späteren Demenzstadien sukzessive verloren. Das bedeutet praktisch, dass der Erkrankte

fast bis zum Endstadium durchaus selbstständig und auf eigenen Antrieb hin die Toilette aufsucht, auch wenn bereits eine Inkontinenz besteht und er entsprechend mit Inkontinenzprodukten versorgt wird.

Die Inkontinenzversorgung muss dann so gestaltet sein, dass sie vor allem den mit dieser verbliebenen Selbstständigkeit verbundenen Problemen gerecht wird: Beispielsweise können Demenzkranke im fortgeschrittenen Stadium die Vorlagen nach dem Toilettengang nicht mehr richtig in der Unterwäsche positionieren, werfen sie in die Toilette oder legen sie irgendwo im Zimmer ab.

## Die „stadiengerechte“ Versorgung

Das HARTMANN Inco-System bietet mehrere Alternativen für die Versorgung in **frühen Stadien**:

- **MoliMed Classic** sind Inkontinenzeinlagen für leichte Inkontinenz, die mit einem breiten Klebestreifen in der Unterwäsche fixiert werden. So bleibt die Einlage, falls sie nicht ausgewechselt werden muss, auch nach dem Toilettengang an Ort und Stelle.
- **MoliMed for men** ist eine speziell auf die männliche Anatomie zugeschnittene Einlage und ebenfalls mit einem breiten Klebestreifen in der Unterwäsche zu fixieren. Sie steht in zwei Varianten zur Verfügung: als „active“ in körpergerechter Taschenform, die den Penis aufnimmt, und als „protect“ in körpergerechter, V-förmiger Passform, die den gesamten Urogenitalbereich umschließt.
- **MoliCare Mobile** ist eine Inkontinenzhose („Pull-up“), die wie Unterwäsche zu handhaben ist. Sie ist in zwei unterschiedlichen Saugleistungen für mittlere bis schwere Inkontinenz erhältlich.

Schwieriger wird die Versorgung in **fortgeschrittenen Stadien**. Ist der Erkrankte noch mobil und wird der Toilettengang von einer helfenden Person begleitet, kann **MoliForm Premium** – fixiert mit dem Fixierhöschen MoliPants soft – die Versorgungsprobleme bei Frauen und Männern lösen. Noch später, wenn der Erkrankte zumeist harn- und stuhlinkontinent ist, leisten Inkontinenzslips wie **MoliCare Premium** gute Dienste. Die Inkontinenzslips liegen gut am Körper an und können deshalb vom Erkrankten, der im späten Stadium häufig sehr unruhig ist, nicht so leicht zerpfückt und zerrissen werden.

## HARTMANN Inkontenzprodukte für eine stadiengerechte Versorgung

**MoliMed Classic**  
Inkontenzeinlagen



Anatomisch geformte Einlage **bei leichter Blasenschwäche** mit antibakterieller, pH-hautneutraler Verteilerschicht für eine schnelle Aufnahme der Miktion, zuverlässiger Schutz vor Rücknässung durch den geruchsbindenden Saugkern mit optimaler Speicherleistung, anatomische Form und breiter Klebestreifen bieten optimalen Sitz und sichere Fixierung in der Unterwäsche.

**MoliMed for men**  
Inkontenzeinlagen



Anatomisch geformte Einlage in zwei Ausführungen **bei leichter Blasenschwäche speziell für Männer. MoliMed for men active:** körpergerechte Taschenform, die den Penis aufnimmt. **MoliMed for men protect:** körpergerechte, V-förmige Passform mit extra breiten Innenbündchen, die den gesamten Urogenitalbereich umschließen.

**MoliForm Premium**  
Inkontenzvorlagen



Anatomisch geformte Inkontenzvorlagen **für jeden Grad von Harn- und Stuhlinkontinenz.** Neben antibakterieller, pH-hautneutraler Verteilerschicht und dem geruchsbindenden Saugkern, der zuverlässig vor Rücknässung schützt, haben MoliForm Premium eine Auslaufsperrle im Front- und Rückenbereich sowie einen Nässeindikator zur Erkennung des optimalen Wechselzeitpunkts.

**MoliForm for men**  
Inkontenzvorlagen



Anatomisch geformte Vorlage **bei mittlerer bis schwerer Harn- und/oder Stuhlinkontinenz speziell für Männer.** Diese spezielle Ausführung der MoliForm Premium verfügt über einen breiteren Saugkörper im Bauchbereich für eine zuverlässige Aufnahme der Miktion bei Männern.

**MoliPants soft**  
Fixierhöschen



Hochelastische, unterwäscheähnliche Netz hose **zur sicheren Fixierung von Inkontenzvorlagen.** Das weiche Material ohne Seitennähte, der verlängerte Beinansatz und der breite Hüftbund sorgen für optimalen Tragekomfort ohne Einschnitten. MoliPants soft sind bei 60 °C waschbar und trocknergeeignet.

**MoliCare Premium**  
Inkontenzslips



Hautfreundlicher Inkontenzslip mit luftdurchlässigem Vlies im Hüftbereich **bei schwerer und schwerster Harn- und/oder Stuhlinkontinenz.** Die antibakterielle, pH-hautneutrale Verteilerschicht sowie der geruchsbindende Saugkörper halten die Haut trocken und gesund. Durch den Nässeindikator lässt sich der optimale Wechselzeitpunkt erkennen.

**MoliCare Mobile**  
Inkontenzhosen



Inkontenzhose mit diskreter, unterwäscheähnlicher Anmutung für Personen **mit mittlerer bis schwerer Harn- und/oder Stuhlinkontinenz.** MoliCare Mobile lässt sich wie normale Unterwäsche an- und ausziehen, somit ist sie besonders für aktive und mobile, aber auch unruhige Personen sowie für den Einsatz beim selbstständigen Toiletentraining geeignet.

**MoliNea**  
Krankentunterlagen



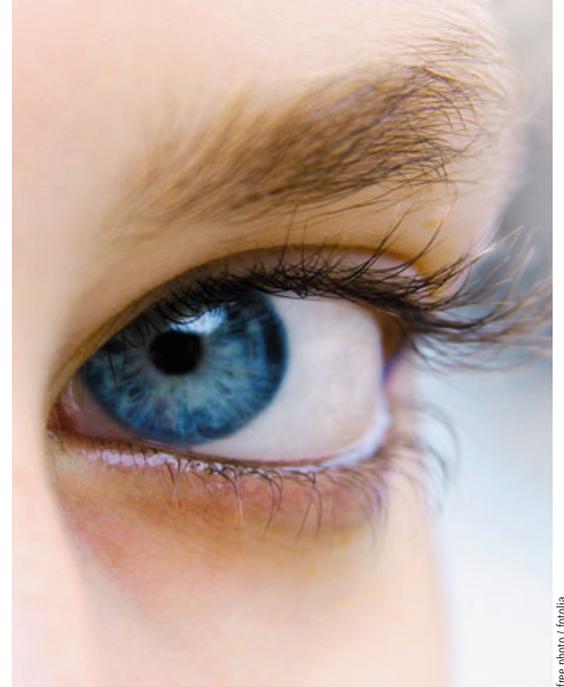
Bewährte Krankentunterlagen aus weichen Zellstofflocken oder -lagen zum Einsatz als Bettschutz oder zum zusätzlichen Schutz bei der Verwendung von körpernahen Produkten. MoliNea bietet durch die undurchlässige Außenfolie einen hohen Auslaufschutz. Der Saugkörper aus Zellstoff sorgt für eine schnelle Aufnahme von Flüssigkeiten.

### Die vier Farben des HARTMANN Inco-Systems

Die vier Farben auf den HARTMANN Inkontenzprodukten ermöglichen es Ihnen, die Saugkapazität auf den ersten Blick zu erkennen, weil die Foliensfarbe Auskunft über die Produktleistung gibt. So wissen Sie sofort, was das Produkt kann. Die vier Farben stehen für die vier Grade von Inkontinenz. Gelb steht für leichte, Grün für mittlere, Blau für schwere und Violett für schwerste Inkontinenz. Die jeweilige Farbe erscheint natürlich nicht nur auf der Produktfolie, sondern auch auf jeder Verpackung.

- Gelb bei leichter Inkontinenz**  
Bei leichter Inkontinenz beträgt der Harnverlust weniger als 100 ml in 4 Stunden.
- Grün bei mittlerer Inkontinenz**  
Bei mittlerer Inkontinenz beträgt der Harnverlust ca. 100 – 200 ml in 4 Stunden.
- Blau bei schwerer Inkontinenz**  
Bei schwerer Inkontinenz beträgt der Harnverlust ca. 200 – 300 ml in 4 Stunden. Zusätzlich liegt häufig eine Stuhlinkontinenz vor.
- Violett bei schwerster Inkontinenz**  
Bei schwerster Inkontinenz beträgt der Harnverlust mehr als 300 ml in 4 Stunden und geht häufig mit Stuhlinkontinenz einher.

Die Farbkodierung des Inco-Systems von HARTMANN bietet Ihnen entscheidende Vorteile: Mehr Sicherheit in der Produktauswahl, da Sie die Leistung schon an der Foliensfarbe sehen. Und mehr Ordnung durch die klare Kennzeichnung der Verpackung, die neben der Saugleistung zusätzlich Auskunft über die Produktkategorie gibt.



free photo / fotolia

## Erkrankungen der Augen

Etwa die Hälfte aller Menschen ist in ihrer Sehkraft eingeschränkt. Mit steigendem Lebensalter und Erkrankungen wie Diabetes und Bluthochdruck wächst die Gefahr von Schäden am und im Auge. Dank der modernen Medizin lässt sich heute aber ein Großteil der Augenprobleme beheben. Voraussetzung dafür ist eine frühzeitige Erkennung.

Die Augen sind unser kostbarstes Sinnesorgan. Um so wichtiger ist es, ihre Funktion zu erhalten. Dies kann durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen geschehen, durch eine vielseitige, Vitamin-A-reiche Ernährung, durch Sonnenbrillen, die vor grellem Sonnenlicht und UV-Strahlen schützen, durch Schutzbrillen bei gefährlichen Arbeiten und durch den Verzicht auf Nikotin, das Gift für die Augen ist.

### Das trockene Auge

Gerötete Augen, Juckreiz, Brennen, geschwollene Lider, Lichtempfindlichkeit, das Gefühl, einen Fremdkörper im Auge zu haben? Solche Störungen lassen auf ein trockenes Auge, auch Keratoconjunctivitis sicca oder Sicca-Syndrom (siccus = trocken) genannt, schließen.

Viele Menschen sind heute vom trockenen Auge betroffen. Vollklimatisierte Räume, Arbeit am Computer, Vitamin-A-Mangel, einzelne Wirkstoffe in Medikamenten wie Betablockern, Schlafmitteln oder Antidepressiva können die Ursache sein. Oft ist es aber eine

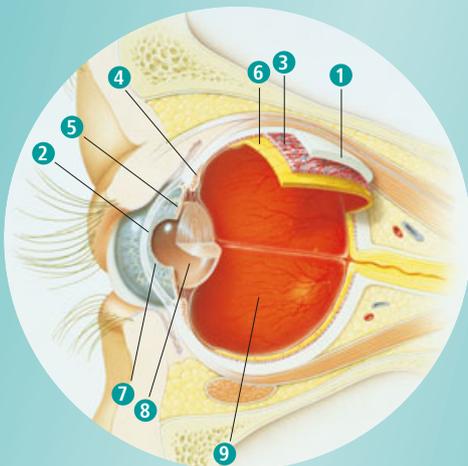
Alterserscheinung, die Frauen häufiger als Männer trifft, weil die hormonelle Umstellung auch die Sekretbildung beeinflusst. Weitere Auslöser können Krankheiten wie Leukämie, Mumps und Rheumatismus sein. Recht häufig liegt bei trockenen Augen auch eine Störung der Filmzusammensetzung oder eine Fehlstellung der Lider vor. Die Folge der mangelhaften Benetzung: Keime und Erreger können leichter eindringen, die Augen sind schneller infektionsgefährdet.

Zur Behandlung des trockenen Auges werden „künstliche Tränen“ in flüssiger und in Gelform eingesetzt. Gel stabilisiert den Tränenfilm dauerhafter und empfiehlt sich daher bei schweren Störungen.

### Entzündung der Bindehaut

Zu den häufigsten Erkrankungen gehört die Bindehautentzündung. Die Symptome, die sich innerhalb einiger Stunden entwickeln, sind eine Rötung des Weißen im Auge, ein kratziges Gefühl, dicke und gelbliche oder wässrig und klare Absonderungen sowie eine Schwel-

## Das menschliche Auge



Das Auge, oft auch als Augapfel bezeichnet, ist ein kugelförmiges Organ mit einem Durchmesser von ca. 25 mm. Es liegt gut geschützt durch ein Fettpolster in der von Schädelknochen gebildeten Augenhöhle.

Die äußere Hülle des Auges besteht aus drei Gewebeschichten: Ganz außen liegt die undurchsichtige Lederhaut (Sclera) [1], die auf der Augenvorderseite in die vorgewölbte, durchsichtige Hornhaut (Cornea) [2] übergeht. Die mittlere Schicht ist die mit vielen Blutgefäßen durchzogene Aderhaut (Choroidea) [3]. Sie umschließt etwa drei Fünftel des hinteren Augapfels und setzt sich im Ziliarkörper [4] und in der Regenbogenhaut (Iris) [5] fort. Die innerste Schicht bildet dann die lichtempfindliche Netzhaut (Retina) [6]. Durch die Hornhaut gelangt das Licht in das Augennere. Hinter der Hornhaut liegt die vordere Augenkammer [7], die mit Kammerwasser, einer

wässrigen, durchsichtigen Flüssigkeit gefüllt ist. Den hinteren Abschluss der vorderen Augenkammer bildet die transparente Augenlinse [8]. Die Linse ist über Bänder mit einem Ringmuskel umgeben (Ziliarmuskel), der zusammen mit dem umgebenden Gewebe den Ziliarkörper bildet. Der Ziliarmuskel kann die Linse flacher oder kugelförmiger machen und damit ihre Brennweite verändern.

Die Iris, die zwischen Hornhaut und Linse liegt, weist in ihrer Mitte eine runde Öffnung auf, die Pupille, deren Größe von einem Muskel am Rand der Iris gesteuert wird, sodass immer die richtige Lichtmenge ins Auge gelangt. Hinter der Linse befindet sich die große hintere Augenkammer mit dem raumfüllenden Glaskörper [9], der aus einer durchsichtigen gelartigen Substanz besteht. Der Druck des Glaskörpers bewirkt, dass der Augapfel straff und fest bleibt.

lung und ein Jucken der Augenlider. Ursachen der Bindehautentzündung können eine Infektion mit Bakterien oder Viren wie z. B. ein Erkältungsvirus oder Herpes sein, eine allergische Reaktion oder Reizung durch Rauch, Verschmutzung oder ultraviolettes Licht.

Bindehautentzündungen, die auf eine Infektion mit Bakterien oder Viren zurückgehen, sind hochansteckend. Die allergische Bindehautentzündung geht oft mit Heuschnupfen oder einer Staub- bzw. Pollenallergie einher. Außerdem kann die Erkrankung durch Chemikalien, Kosmetika oder Pflegemittel für Kontaktlinsen ausgelöst werden. In manchen Fällen ist die Allergie familienerbedingt. Erste Linderung verschafft ein Augenbad mit künstlicher Tränenlösung. Auch antiallergische Augentropfen mildern die Symptome. Nach der Berührung der Augen immer die Hände waschen und nie gemeinsame Handtücher etc. benutzen, um die Ausbreitung der Infektion zu vermeiden. Wenn das Auge rot wird und schmerzt, unbedingt den Augenarzt aufsuchen.

### Die Makuladegeneration

Bei der altersbedingten Makuladegeneration (AMD) gehen Zellen der Netzhaut um die Stelle des schärfsten Sehens herum zugrunde. Es kommt zu einer allmählichen Minderung der Sehschärfe und des Gesichtsfeldes. Sie tritt gewöhnlich nach dem 70. Lebensjahr auf, bei Frauen öfter. Die trockene Makuladegeneration lässt sich schlecht behandeln, der Verlauf kann höchstens aufgehalten werden. Bei der feuchten AMD steht Augenärzten seit über einem Jahr eine erfolgreiche Therapie zur Verfügung. Voraussetzung ist jedoch die frühzeitige Erkennung der Krankheit.

### Netzhautablösung

Die lichtempfindliche Netzhaut des Auges ist am darunterliegenden Gewebe befestigt. Bei einer Ablatio retinae löst sie sich davon ab, meist beginnt das mit einem kleinen Riss in der Netzhaut, ausgelöst durch eine Verletzung oder durch starke Kurzsichtigkeit. Die eindringende Flüssigkeit trennt die Netzhaut allmählich vom Stützgewebe dahinter. Lichtblitze oder viele dunkle Punkte im Gesichtsfeld kündigen die schmerzfreie Erkrankung an. Dann sofort (!) zum Augenarzt gehen. Kleine Ablösungen lassen sich per Laserbehandlung schließen, bei größeren ist eine Operation erforderlich.

Schäden an der Netzhaut des Auges können auch durch Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) entstehen.

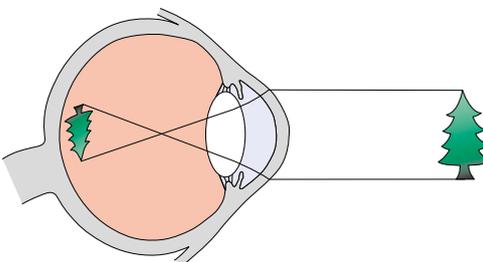
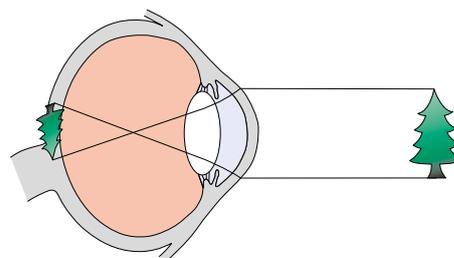
### Grauer Star

Als grauer Star oder Katarakt wird eine Trübung der Augenlinse bezeichnet. Die Linsentrübung ist meist altersbedingt, kann aber auch weitere Ursachen haben wie eine Augenverletzung, zu lange Sonneneinstrahlung, Diabetes mellitus, Langzeitbehandlung mit Kortikosteroiden oder Vererbung (z. B. Trisomie). Je mehr die Linse eingetrübt ist, um so stärker ist die Sehschärfe herabgesetzt. Symptome sind trübe Pupillen, verschwommene oder verzerrte Bilder, eine sternför-

## Formen der Fehlsichtigkeit

### Weitsichtigkeit

Scharfes Sehen im Nahbereich ist nicht möglich. Der Grund: Der Augapfel ist im Verhältnis zu kurz, die Brechkraft von Hornhaut und Linse zu gering. Die Lichtstrahlen werden erst hinter der Netzhaut fokussiert. Für Ausgleich sorgen Brille, Linsen oder eine Laserbehandlung.



### Kurzsichtigkeit

Der Betroffene kann in der Ferne nicht scharf sehen. Die Lichtstrahlen werden schon vor der Netzhaut gebündelt. In 80 % der Fälle ist ein zu langer Augapfel die Ursache. Korrektur durch eine Brille mit Konkavgläsern, Linsen oder eine OP.

mige Streuung von Licht – besonders bei Nacht – ein verändertes Farbsehen (mehr Rot- und Gelbtöne) und eine zeitweise Besserung der Nahsicht bei Menschen, die weitsichtig waren.

Der graue Star kann durch eine Katarakt-Operation behoben werden. Die befallene Linse wird entfernt und durch eine künstliche ersetzt. Dieser Eingriff ist die häufigste Operation in der Augenmedizin.

### Grüner Star

Beim grünen Star (Glaukom) ist der Flüssigkeitsabfluss aus dem Auge behindert und der Augeninnendruck steigt an. Dadurch können Schäden am Sehnerv entstehen. Es kann zu Gesichtsfeldausfällen bis hin zur Erblindung kommen. Es gibt unterschiedliche Formen (akutes und chronisches, angeborenes und sekundäres Glaukom) und Ursachen des Glaukoms. Mit dem Alter werden Glaukome häufiger und betreffen vor allem Menschen über 60 Jahre. Das akute Glaukom führt rasch zum Verlust des Sehvermögens und zu starken Schmerzen, das chronische ist schmerzlos und entwickelt sich über Jahre hinweg.

Oft reicht eine Behandlung mit Augentropfen aus, die den Augeninnendruck senken. In schwereren Fällen ist eine Operation notwendig. Da der grüne Star eine heimtückische Erkrankung ist, sind bei erhöhtem Risiko (Kurzsichtigkeit, niedriger Blutdruck, Diabetes etc.) Vorsorgeuntersuchungen unerlässlich.



Regelmäßige augenärztliche Untersuchungen ab dem 40. Lebensjahr helfen, Augenkrankungen rechtzeitig zu erkennen. Der Augenarzt kann feststellen, ob nur eine Sehverschlechterung vorliegt oder eine Erkrankung des Auges droht.



deamm1974 / Fotolia

## Ein Jahr Pflegenoten – was hat sich für Pflegeheime geändert?

Seit mehr als einem Jahr prüft der MDK Pflegeeinrichtungen in ganz Deutschland nach den bekannten Prüfkatalogen. Erste Ergebnisse wurden bereits im November 2009 präsentiert, jetzt stehen auch flächendeckende Informationen über die Noten zur Verfügung.

Aus der „Pflege-Transparenzvereinbarung“ wurde in der öffentlichen Diskussion schnell der „Pflege-TÜV“. Die Prüfmethode steht nach wie vor in der Diskussion, viele Interessensgruppen fordern Veränderungen, und so richtig glücklich scheint niemand zu sein. Auch Gerichte urteilen unterschiedlich, ob die Ergebnisse veröffentlicht werden dürfen oder nicht. Denn es wird die Gefahr gesehen, dass mit einer umstrittenen Methode eine nachhaltige Rufschädigung verursacht wird. Aus Verbrauchersicht sind die Noten aber sicherlich positiv: Für den zukünftigen Bewohner bietet das veröffentlichte Ergebnis erstmalig einen Blick hinter die Kulissen.

Die Karte zeigt große Unterschiede in der Benotung in den einzelnen Bundesländern, die sicher nicht nur auf regionale Qualitätsunterschiede schließen lassen, sondern auf unterschiedliche Maßstäbe bei der Prüfung hinweisen.  
Quelle: [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de), Stand 26.07.2010



Die Bedeutung der Note ist regional unterschiedlich, da Pflegeheimkunden sich zumeist in der Umgebung orientieren. Schneidet eine Einrichtung nun im Vergleich mit den regionalen Wettbewerbern deutlich schlechter ab, lassen sich freie Plätze nur viel schwerer wieder neu belegen und der Ruf ist schnell geschädigt. Allein diese Rufschädigung war für einige Betreiber bereits Grund genug, Einrichtungen zu schließen. Besonders interessant ist vor allem, wie weit das Niveau der Noten in den Bundesländern auseinanderliegt: In Baden-Württemberg kann eine 3,3 sicherlich schon zur Gefahr für die Einrichtung werden, denn der Landesschnitt liegt bei 1,2. In Schleswig-Holstein liegt eine 3,3 dagegen nur leicht unter dem Landesschnitt und wird damit je nach Region keine relevanten Nachteile bedeuten. Eine Note schlechter als 4 hat aber sicherlich immer die Wirkung einer „roten Ampel“ und wird zum Problem.

Neben der Prüfung der Transparenzkriterien prüft der MDK auch die Struktur- und Prozessqualität. Dieser Teil der Prüfung ersetzt die „alte“ MDK-Prüfung und wird nicht veröffentlicht.

### Wer noch nicht geprüft wurde, darf keine Zeit verlieren

Bis Ende 2010 sollen alle Einrichtungen geprüft sein, danach wird es eine jährliche Wiederholung der unangekündigten Prüfung geben. Wer also bis heute noch nicht geprüft wurde, muss täglich mit den Prüfern rechnen. Heute gibt es keine Ausrede mehr: Die Einrichtungen hatten jetzt fast zwei Jahre Zeit zur Vorbereitung. Eine schlechte Note in der eigenen Einrichtung fällt daher mit Sicherheit auch auf die Führungskräfte zurück.

Für die Vorbereitung auf die Prüfung gibt es zahlreiche Unterstützungsangebote: Wer sich selbst auf die Prüfung vorbereiten will, kann mittlerweile auf gute Fachliteratur zurückgreifen. Empfehlenswert ist das „Praxishandbuch Qualitätsprüfungen“ von Ronald Richter und Michael Wipp (siehe „Der Buchtipp“).

Wer die Sicherheit eines Experten ohne „Betriebsblindheit“ möchte, kann beispielsweise einen Probelauf, der mit einer Testnote endet, durchführen. Nach einem solchen „MDK-Check“ erhält die Einrichtung einen Maßnahmenplan und, wenn gewünscht, Unterstützung bei der Umsetzung. Dieses Angebot hat bereits einigen Einrichtungen geholfen, die Prozesse und am Ende auch die Note zu verbessern. Einer unserer Kunden hat es so geschafft, von der Probenote 3,3 auf eine 1 zu kommen. Man nutzte das halbe Jahr von Probelauf zur Prüfung zur Einführung eines QM-Systems und führte zahlreiche Schulungen der Mitarbeiter durch. Basis für die gute Note war auch, dass vieles, was bereits umgesetzt wurde, endlich auch schriftlich in der Dokumentation festgehalten wurde. Denn eine gute Dokumentation ist Voraussetzung für eine gute Note.

Egal wie man aber das Thema angeht, gilt es, sofort zu handeln: am besten einen Termin für einen Probelauf vereinbaren und sich bereits vor dem Probelauf mit Hilfe des Buchs oder anderen Hilfsmitteln vorbereiten.

## Bei schlechten Noten schnell handeln

Wenn nach der Prüfung schlechte Noten im Haus sind, heißt es, keine Zeit zu verlieren! Bei einer ungerichten Bewertung sollte man immer prüfen, ob man den Rechtsweg gehen möchte. Daneben muss eine Strategie entwickelt werden, wie man mit der Note umgeht. Insbesondere in der Kommunikation mit dem Kunden ist es entscheidend, glaubhaft darzustellen, dass man es künftig besser machen wird. Diese Verbesserungen müssen aber nachhaltig und ihre Wirkung für Externe nachvollziehbar sein.

Nach der Prüfung gibt es zwei Dokumente, die es zu bearbeiten gilt: Den MDK-Bericht auf Papier (Postweg) muss man sorgfältig sichten und negative Punkte sofort abstellen, da sonst direkte Konsequenzen drohen, im schlimmsten Fall die Kündigung des Versorgungsvertrags. Die Noten nach der Transparenzvereinbarung erhält man dagegen per E-Mail mit einem Link auf die zentrale Datenbank. Dann hat man 28 Tage Zeit, die Ergebnisse zu prüfen, die Konsequenzen zu durchdenken und Maßnahmen einzuleiten.

Wenn die Noten im Haus sind, steht zunächst die Analyse an: Ist man mit einzelnen Punkten unzufrieden oder sind diese unklar, sollte man nachvollziehen, welche Bewohner geprüft und was im Einzelnen kritisiert wurde. Bei einer fehlerhaften Bewertung lohnt es sich, über rechtliche Schritte nachzudenken.

Jede Einrichtung hat außerdem die Möglichkeit, die Noten zu kommentieren. Dieser Kommentar (maximal 3.000 Zeichen) wird am Ende des Berichts veröffentlicht. Diese Chance sollte jeder nutzen, denn egal ob das Ergebnis gut ist (hier fällt der Kommentar meist leicht) oder man schlechter als erwartet abschneidet, verleiht man dem Bericht dadurch eine persönliche Note. Bei schlechten Noten beschreibt man am besten auch schon die eingeleiteten Maßnahmen zur Verbes-

## Der Buchtipp

Ronald Richter, Michael Wipp

### Praxishandbuch Qualitätsprüfungen

Welche Erfahrungen liegen aus den ersten Qualitätsprüfungen vor? Wie bereitet man sich am besten vor, auch auf Wiederholungsprüfungen? Das Handbuch gibt detaillierte Antworten, stellt die rechtlichen Zusammenhänge dar. Es ist systematisch nach dem Ablauf der Prüfung aufgebaut. Von der Vorbereitung, dem Ablauf, den Prüfungsbereichen und Fragen bis zur Nachbereitung und der Wiederholungsprüfung. Besonders wertvoll sind dabei die Praxistipps zu den Prüfungsfragen, die Anregungen zur Umsetzung bieten. Führungskräfte bereiten sich mit diesem Handbuch der beiden HARTMANN FORUM-Referenten optimal vor.

Vincentz Network GmbH & Co. KG, 2010, 252 Seiten, kartoniert, ISBN 978-3-86-630127-6, € 39,-



serung. In diesen Situationen zeigt sich, inwiefern sich Einrichtungen den Herausforderungen stellen. Aus Beratungsprojekten kennen wir einige Einrichtungen, bei denen die Prüfung ein „Weckruf“ war. Zwar kann es dazu kommen, dass Einrichtungsträger personelle Konsequenzen ziehen – ein professionell in die Wege geleitetes Projekt hilft aber dabei, verlorenes Vertrauen wiedergutzumachen. Einrichtungen mit sehr schlechten Noten empfehlen wir immer, externe Hilfe zu holen, denn häufig muss in kurzer Zeit viel Arbeit erledigt werden. Gerade in diesen Fällen hilft es entscheidend, krisenerprobte Experten mit entsprechendem Know-how zu engagieren, die auch helfen, die Mitarbeiter in die Veränderungsprozesse einzubinden.

Neben der internen Arbeit ist es aber auch entscheidend, die Verbesserungsprojekte geschickt in Öffentlichkeitsarbeit bzw. Belegungsmanagement zu integrieren. Denn die Note bleibt bis zur nächsten Prüfung bestehen und sichtbar – und so gilt es, positive eigene Meldungen dageganzusetzen.

## Qualitätsprüfungen optimal vor- und nachbereiten

QMSservice ist ein Unternehmen der HARTMANN GRUPPE und bietet seit 2002 Managementlösungen und Schulungen im Gesundheitswesen an. Die Experten von QMSservice begleiten Pflegeheime bei der Einführung und dem Ausbau von Qualitätsmanagement-Systemen.

### Der MDK-Check von QMSservice

Ein Experte von QMSservice kommt für diesen Check in die Einrichtung und führt eine simulierte MDK-Prüfung durch. Am Ende stehen eine Probenote und Handlungsempfehlungen mit Maßnahmen, durch die Verbesserungen erreicht werden können. Dieses Audit gibt Ihnen die Sicherheit zu wissen, wo Sie stehen, und hilft Ihnen, für die Prüfung zu trainieren.

### Einführung von QM-Systemen

QMSservice unterstützt Pflegeheime beim Aufbau oder der Weiterentwicklung von Qualitätsmanagement-Systemen. Dies wurde gerade durch die Qualitätsprüfungen wieder aktuell. Denn nach Probelaufen wurde häufig festgestellt, dass die externen Anforderungen in den aktuellen Systemen von Heimen nicht ausreichend abgebildet waren. Viele Einrichtungen haben die Pflege-Transparenzvereinbarung auch zum Anlass genommen, erneut über ihr

Qualitätsmanagement nachzudenken und es mit externer Unterstützung zu modernisieren.

### Implementierung von Expertenstandards

Über 20 der 35 Fragen aus dem Bereich „Pflege und medizinische Versorgung“ befassen sich mit Pflegethemen, zu denen es Expertenstandards gibt. Nicht nur aus diesem Grund ist die Implementierung der Expertenstandards für Pflegeeinrichtungen heute unverzichtbar. Denn laut SGB V und SGB XI sind alle Leistungserbringer verpflichtet, nach dem anerkannten Stand der medizinisch / pflegerischen Erkenntnisse zu arbeiten. Bei der einrichtungsbezogenen Implementierung der Standards helfen erfahrene Projektleiter von QMSservice.

### Unterstützung nach Prüfungen

Eine schlechte Note kann eine Einrichtung vor große Herausforderungen stellen. Gerade in solchen Situationen hilft eine individuelle Unterstützung von Experten. QMSservice bietet im Krisenmanagement erfahrene Projektleiter, die gemeinsam mit den Kunden QM-Projekte organisieren und durchführen. Dabei werden sowohl Heim- als auch Pflegedienstleitung von entsprechenden Experten unterstützt und Mitarbeiter geschult und motiviert.



Robin Bähr ist Vertriebs- und Marketingleiter von QMSservice, einem Unternehmen der HARTMANN GRUPPE. Telefon 07321/ 55789-11, E-Mail: robin.baehr@qmservice.info. Weitere Infos auch online unter [www.qmservice.info](http://www.qmservice.info).

# Schutz vor Gewalt am Arbeitsplatz

Beschimpfungen, Pöbeleien und körperliche Attacken gehören für Beschäftigte in Heil-, Pflege- und Betreuungsberufen zum Alltag. Neu ist jedoch die Zunahme der Aggressionsbereitschaft sowie die Intensität der Gewalt. Wie kann dieser Entwicklung professionell entgegengewirkt werden und was sind geeignete Schutzmaßnahmen?



Peter Feketa / Fotolia

Ein tätlicher Angriff ist ein traumatisches Erlebnis, das beim Opfer meist einen tiefen Schock auslöst. Die einfühlsame Unterstützung von Kollegen, Familie und Freunden sowie ärztliche und psychologische Betreuung können helfen, das Erlebnis zu verarbeiten und das verlorene Sicherheitsgefühl zurück zu gewinnen.

Aggressivität und Gewalttätigkeit von Patienten, Klienten und Betreuten sind für die Beschäftigten medizinischer, pflegender und sozialer Berufe zunehmend eine Herausforderung, auf die sie oft hilflos reagieren, weil sie nicht ausreichend darauf vorbereitet sind. Wie kann solchen Krisensituationen präventiv entgegengewirkt und der Schutz der Beschäftigten gewährleistet werden? Häufig genügen schon einfache Maßnahmen.

## Gefahren rechtzeitig erkennen

Gewalttätige Übergriffe passieren nicht aus heiterem Himmel, immer geht eine Entwicklung voraus, die von den persönlichen Eigenarten und Lebensumstän-

den sowie der Situation in der Einrichtung geprägt ist. Pflegekräfte und Betreuer kennen ihre Patienten meist schon längere Zeit und können daher bestimmte Gesten, Worte oder Handlungen einschätzen. Weit aufgerissene Augen, ein heftiger Atemrhythmus, ein rasender Puls, der oft an den Schläfen sichtbar wird, starkes Schwitzen oder ausdrucksloses Starren sind typische Signale für einen Angriff. Bereits bei geringen Anzeichen für einen drohenden gewalttätigen Übergriff sollte man Hilfe holen. Vor dem Kontakt zu einer potenziell gewalttätigen Person sind stets Kolleginnen oder Kollegen zu informieren oder es wird mit ihnen vereinbart, sich gegenseitig in Sichtweite zu beobachten. Auch sollten Türen prinzipiell offengelassen werden.

## Der Gewalt wirksam vorbeugen

Nur wer seine Kompetenzen kennt, kann in Krisensituationen selbstsicher und souverän handeln. Der Arbeitgeber sollte daher einen **Notfallplan** mit klaren Handlungsanweisungen aufstellen und diesen regelmäßig mit allen Mitarbeitern trainieren.

Ein guter Schutz bei gefährlichen Einsätzen ist eine **Personal-Notsignal-Anlage**, die am Körper getragen und mit der jederzeit ein stiller Alarm ausgelöst werden kann. Geräte mit Zusatzfunktionen werden sogar automatisch aktiviert, wenn sich der Träger gar nicht mehr oder ganz schnell, wie auf der Flucht, bewegt.

**Deeskalationsstrategien** erleichtern den Umgang mit aggressiven Patienten, verhindern eine Steigerung des Konflikts und können gewalttätige Übergriffe vermei-

## Rechtliche Grundlagen von Notwehr und Nothilfe

Oft vermag nicht einmal die beste Kommunikation eine manifestierte Gewaltbereitschaft zu stoppen oder aufzulösen. Dann verbleiben zum eigenen Schutz und zur Sicherung von Patienten, Bewohnern und Kollegen als letzter Ausweg nur Notwehr und Nothilfe. Aufgrund der Fürsorgepflicht sind Betreuer sogar zum Eingreifen verpflichtet, wenn es zu Angriffen unter den betreuten Personen kommt. Notwehr und Nothilfe sind eine Rechtfertigung für die im Einzelfall bei Gefährdung vorrangiger Rechtsgüter hinzunehmenden Eingriffe in geschützte Bereiche Dritter.

In der Definition des Strafgesetzbuches heißt es unter Einbeziehung der Nothilfe in § 32:

- 1) Wer eine Tat begeht, die durch Notwehr gerechtfertigt ist, handelt nicht rechtswidrig.
- 2) Notwehr ist die Verteidigung, die erforderlich ist, um einen gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff von sich oder von einem anderen abzuwenden.

Damit sind zum Schutz von Personal und Patienten erforderliche Abwehrreaktionen rechtlich erlaubt und im Interesse der Mit-

patienten/-bewohner eines Angreifers sogar beruflich geboten. Die geforderte Hilfeleistung muss jedoch nicht so weit gehen, dass eigene Verletzungen und Gesundheitsschäden in Kauf zu nehmen sind. Nach der gesetzlichen Regelung steht das therapeutisch verantwortliche Personal nur in der Rolle des auch dem aggressiven Patienten/Bewohner zum Beistand Verpflichteten, solange diese Berufspflicht „ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist“ (§ 323 c StGB). Bei der Wahl der zur Gefahrenbeseitigung erforderlichen Maßnahme werden sich erfahrene Ärzte und Pfleger stets auf den Einsatz des mildesten Mittels beschränken. Eine Prophylaxe, etwa im Rahmen der Sedierung oder Fixierung aggressiver Patienten/Bewohner, ist nur unter der weiteren Voraussetzung des in § 34 StGB geregelten „rechtfertigenden Notstandes“ zulässig. Hier bedarf es der vorherigen ärztlichen Anordnung. Lediglich im akuten Notfall dürfen solche Maßnahmen vorbeugend getroffen werden, müssen dann aber unverzüglich ärztlich überprüft werden. (Quelle H. W. Röhligh)

den. Arbeitgeber sollten ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend schulen. Schreien oder Schimpfen bewirkt das Gegenteil. Es ist wichtig, ruhig zu bleiben, in angemessener Lautstärke auf die Äußerungen der aggressiven Person einzugehen, ihr nicht ins Wort zu fallen, aber Fragen zu stellen. Nicht mit dem Zeigefinger auf sie deuten und keine Faust ballen. Durch Mimik und Gestik vielmehr zeigen, dass man ernsthaft auf sein Gegenüber eingeht. Wenn jemand ausrastet, Unbeteiligte wie andere Patienten oder Besucher aus dem Raum schicken, aber möglichst rasch Kollegen bzw. Kolleginnen zu Hilfe holen. Bei einer Person, die zu Gewalt neigt, feststellen, ob sie eine Waffe, ein Messer o. ä. bei sich trägt.

**Professionelle Befreiungs- und Fixierungstechniken** können sowohl den Angegriffenen als auch den Angreifer vor Verletzungen schützen. Sie funktionieren jedoch nur, wenn sie intensiv geübt wurden. Selbstverteidigungstechniken, die in Kampfschulen erlernt werden, eignen sich für die spezielle Pfleger-Patient-Anwendung nicht.

Sehr wichtig ist, sich gegen Bissverletzungen durch eine **Impfung** zu schützen, insbesondere gegen Hepatitis B. Immerhin beißen die Patienten bei jedem fünften Übergriff zu. Aber auch sonst sind Pflegekräfte durch den Kontakt mit Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel oder Ausscheidungen stark infektionsgefährdet.

Ebenso trägt eine **funktionale Arbeitskleidung** zur Sicherheit bei. Sicheren Stand oder eine schnelle Flucht gewährleisten geschlossene Schuhe mit rutschfesten Sohlen. Brillenträger sollten Kunststoffgläser bevorzugen, die nicht zu Bruch gehen. Schmuck wie Halsketten, Ohr- und Fingerringe stören ohnehin bei vielen Arbeiten. In Gewaltsituationen erhöhen sie die Verletzungsgefahr.

Auf jeden Fall einen Zwischenfall sofort den Kollegen und Vorgesetzten **melden und dokumentieren**. Wer als Folge des Angriffs mehr als drei Tage arbeitsunfähig ist, muss dies auch der BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) mitteilen. Denn der Übergriff ist im Sinne des Sozialgesetzbuchs VII ein Arbeitsunfall und dafür ist die gesetzliche Unfallversicherung zuständig, also die BGW.

### Opfern einfühlsam beistehen und helfen

Ist eine Kollegin oder ein Kollege angegriffen und verletzt worden, ist umgehend Erste Hilfe zu leisten und für eine ärztliche Untersuchung zu sorgen. Denn manche Schäden wie Knochenbrüche oder innere Verletzungen sind auf den ersten Blick nicht zu erkennen. Da das Opfer häufig unter Schock steht, sollte es nicht selbst zum Arzt oder nach Hause fahren.

Eine Gewalttat löst bei dem Opfer die verschiedensten Gefühle wie Angst, Ärger, Wut, Verzweiflung, Verunsicherung oder Beschämung aus. Ein einfühlsames Gespräch kann den Schmerz und Schock des Betroffenen mildern und sogar ein Trauma verhindern. Ein solches Auffanggespräch sollte in einer ruhigen, angstfreien und verständnisvollen Atmosphäre statt-



Dusan Zdear / fotolia

Gegen Bisswunden sollten sich Pflegekräfte durch eine Impfung schützen. Die Infektionsrate bei Bissen von Menschen ist nämlich höher als bei Tieren. Hier liegen die Werte über 50 %, bei einem Hundebiss bei 4 % und bei Katzenbissen um 40 %. Bei Zwischenfällen ist es meist besser, ruhig zu bleiben und freundlich auf die Probleme der aggressiven Person einzugehen.



deanm1974 / fotolia

finden. Nie „warum ist das passiert?“ fragen, weil das Opfer diese Frage möglicherweise als Vorwurf auffassen könnte. Besser gemeinsam das Ereignis chronologisch rekonstruieren, Beschimpfungen seitens des Betroffenen herausfiltern und seine Gefühle als angemessen und normal in einer solchen Extremsituation werten.

Da im ersten Moment nicht feststellbar ist, inwieweit jemand auf psychischer Ebene verletzt ist, Bagatellisierungen vermeiden und schon gar nicht Kritik üben, selbst wenn man der Meinung ist, der Betroffene hätte anders handeln können. Auch Scherze oder gar zynische Bemerkungen sind fehl am Platz, ebenso ähnliche oder dramatischere Fremdgeschichten. Hilfreicher ist, sich dem Opfer ganz zu widmen und konzentriert zuzuhören sowie gemeinsam zu überlegen, welche Maßnahmen (kurzzeitige Versetzung, Konsequenzen für den Angreifer etc.) jetzt sinnvoll sind.

Vor allem ist die lückenlose Dokumentation des Vorfalls notwendig, weil sie der rechtlichen Absicherung beteiligter Personen und als Grundlage für die hausinterne Gefährdungsbeurteilung dient. Gewaltopfern, die aufgrund ihrer seelischen oder körperlichen Beeinträchtigungen längere Zeit arbeitsunfähig sind, ermöglicht die BGW umfangreiche Reha-Maßnahmen. Infos dazu und weitere ausführliche Informationen zum Thema „Gewalt und Aggression in Betreuungsberufen“ können unter [www.bgw-online.de](http://www.bgw-online.de) (Bestellnummer TP-PUGA) heruntergeladen werden.

## Peha-soft nitrile fino – latexfrei, vielseitig, alltagstauglich

Latexallergien sind aufgrund wirkungsvoller Präventionsmaßnahmen allgemein zurückgegangen. Mitarbeiter mit Latexexposition brauchen jedoch bei ihrer Arbeit nach wie vor Schutz durch latexfreie Handschuhe. Die Latex-Sensibilisierung erfolgt auf bestimmte in den Latex-Handschuhen enthaltene Proteine. Die allergieauslösenden Partikel werden besonders leicht von gepuderten Latex-Handschuhen freigesetzt: Der mit den Allergenen beladene Puder verbreitet sich in der Raumluft und führt beim Einatmen zu Sensibilisierungen der Atemwege.

HARTMANN setzt bei seinen latexfreien Einmalhandschuhen auf Nitrilkautschuk, ein synthetisches Material, das alle Vorteile von Naturlatex bietet, aber nicht seine allergene Wirkung aufweist. Zudem zeichnet sich Nit-

rilkautschuk durch besondere Materialbeständigkeit gegen Öle, Fette, Chemikalien und Viren aus – ganz im Gegensatz zum sonst als Alternative verwendeten Vinyl.

Mit dem Einmalhandschuh Peha-soft nitrile fino von HARTMANN – geprüft nach EN 455 und ASTM F1671 – steht ein latexfreier, alltagstauglicher Allrounder zur Verfügung, der bei allen Pflgetätigkeiten der Grundpflege, wie beispielsweise der Patientenhigiene, sowie der Behandlungspflege Träger und Patienten zuverlässig vor Kontamination durch pathogene Keime und Schmutz schützt. Sein beständiges Material bildet eine undurchdringliche Barriere gegen Schmierinfektionen und Krankheiten, die über das Blut übertragen werden. Darüber hinaus sind die Handschuhe lebensmittelunbedenklich, sodass sie auch für den Einsatz in der Küche optimal geeignet sind.

Trotz der hohen Belastbarkeit ist Peha-soft nitrile fino einzigartig weich, elastisch und durch seine polymere Innenbeschichtung leicht anziehbar. So bietet er eine optimale Passform und lässt sich besonders angenehm tragen. Zudem gewährleistet Peha-soft nitrile fino höchstes Tastempfinden. Damit bleibt das nötige Fingerspitzengefühl bei der Arbeit mit den Patienten erhalten.

Anwendern steht mit Peha-soft nitrile fino ein wirtschaftlich attraktives, latexfreies Produkt für alle Einsatzbereiche zur Verfügung.



**Der Einmalhandschuh Peha-soft nitrile fino bietet höchstes Tastempfinden, sodass mit ihm auch diffizile Arbeiten, die Fingerspitzengefühl erfordern, erledigt werden können.**



## HARTMANN Inhouse Seminare zu gerontopsychiatrischen Themen

Die HARTMANN Inhouse Seminare zur Fortbildung werden direkt bei Ihnen in der jeweiligen Einrichtung abgehalten. Das spart Kosten, weil lange Anfahrtswege und Übernachtungen entfallen. Und auch für die Intensität der Fortbildung ist das ein entscheidender Vorteil.

Folgende gerontopsychiatrische Themen stehen 2010 als Tagesseminare auf dem Programm:

- **Medizinisch-pflegerische Notfallsituationen:** Damit Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen im Notfall schnell und richtig reagieren bzw. handeln können, muss dies regelmäßig geschult und trainiert werden.
- **Umgang mit demenziell erkrankten Menschen:** Pflegefachkräfte müssen sich auf die steigende Zahl Demenzkranker mit speziellen Formen der Betreuung und Sterbebegleitung einstellen.
- **Biografiearbeit:** Ganzheitliche Versorgung schließt Biografiearbeit ein. Wie finden Mitarbeiter Zugang zu dieser Thematik?
- **Aktivierung und Mobilisierung:** Wie wirkt man der zunehmenden Immobilität entgegen?

- **Basale Stimulation:** Isolation und Reizarmut führen zu Störungen. Die basal stimulierende Pflege versucht, diese abzubauen.
- **Integrative Validation (2-Tagesseminar):** Wie geht man wertschätzend auf die Ressourcen und Bedürfnisse Demenzkranker ein? (Anerkannter IVA-Grundkurs mit Zertifikat)



**Kontakt für detaillierte Fragen und Beratung:**  
**HARTMANN FORUM**  
Seminarservice,  
Telefon: 07321 / 36-1645,  
Telefax: 07321 / 36-3664,  
E-Mail: [seminare@hartmann.info](mailto:seminare@hartmann.info),  
im Internet <http://forum.hartmann.info>



„Fundiertes und aktuelles Fachwissen  
hol ich mir gern ins Haus.“

Inhouse-Seminare von HARTMANN  
haben's in sich.“

Hanno Sandmann, Zentraler Qualitätsbeauftragter,  
Caritas-Altenhilfe Dortmund GmbH, Dortmund.



## Aktuelles Wissen und umfassende Fachkenntnisse: Fortbildungen von HARTMANN.

Gezielte Fortbildungen und umfassendes Fachwissen stellen die Basis zur Bewältigung der vielfältigen Herausforderungen im Pflegebereich dar. Allerdings stehen dafür im Alltag wenig Zeit und Geld zur Verfügung. Herr Sandmann vertraut deshalb auf das InfoManagement von HARTMANN mit seinen praxisorientierten Inhouse-Seminaren: Die individuell gestaltbaren Fortbildungen zu allen wichtigen Themen der Pflege und des Managements bieten

sofort umsetzbare und nachweisliche Lernerfolge. Die Referenten, allesamt Branchenexperten, führen die Fortbildungen direkt in Ihrer Einrichtung durch. Das spart lange Anfahrtswege und teure Übernachtungskosten. Sparen auch Sie Zeit und Geld und gewinnen Sie praxisnahes Wissen durch die Inhouse-Seminare des HARTMANN InfoManagements – einem Baustein der HARTMANN Systempartnerschaft. Denn zufriedene Kunden sind unsere beste Referenz.

Praxisnahe Fortbildungen – ein Teil der HARTMANN Systempartnerschaft.



hilft heilen.