



PflegeDienst

Das HARTMANN-Magazin für die ambulante und stationäre Pflege

Heft 3/2013

Pflegeschwerpunkt Harninkontinenz

Titelthema

**Harninkontinenz darf
kein Altersschicksal sein**

Pflegewissen

**Das Tabu Harninkontinenz
einfühlsam durchbrechen**

Brennpunkt

**Herausforderung
Inkontinenzversorgung**





HARTMANN Fachberater-Seminare

Die Fachberater-Seminare von HARTMANN unter dem Motto „**Fachwissen, das ankommt**“ vermitteln umfassendes Wissen rund um Hygiene, Infektionsschutz und Inkontinenz. Sie sollen dabei helfen, die unterschiedlichen Gesetze, Verordnungen und Richtlinien, die das Betreiben einer Altenpflegeeinrichtung immer schwieriger und komplexer gestalten, richtig zu verstehen und umzusetzen.

In Workshops kann praxisnah erlernt werden, wie mit möglichen Ausbrüchen umzugehen ist, welches das richtige Vorgehen in Bezug auf biologische Arbeitsstoffe ist, welche Hygienemaßnahmen bei den unterschiedlichen Tätigkeiten erforderlich sind und welche Neuerungen sich aus der Überarbeitung des Expertenstandards zur Förderung der Harnkontinenz in der Pflege ergeben. Dann können sowohl Kollegen als auch Bewohner und ihre Angehörigen bei Inkontinenz richtig beraten werden.

Die Seminare werden von qualifizierten Experten der PAUL HARTMANN AG durchgeführt, die alle selbst über langjährige Erfahrung in der Pflege verfügen und den Arbeitsalltag in einer Altenpflegeeinrichtung sehr gut kennen. Die Themen und Termine – dieses mal für den Süden Deutschlands – sind:

Seminar 1: Optimal geschützt

Richtige Händehygiene bei der Inkontinenzversorgung
 06.03.2014 München, MÜNCHENSTIFT Haus St. Martin
 09.04.2014 Filderstadt, Altenzentrum St. Vinzenz
 07.05.2014 Herbrechtingen, PAUL HARTMANN AG
 08.05.2014 Erfurt, DRK Seniorenheim Albert Schweitzer

Seminar 2: Alles im Griff?

Praktisches Ausbruchsmanagement in Pflegeeinrichtungen
 23.01.2014 Lichtenfels, BRK Pflegeheim „Am Weidengarten“
 30.01.2014 Augsburg, Caritas Seniorenzentrum Antoniushaus
 05.03.2014 Kirchheim/Teck, Stiftung Tragwerk Altenpflegeheim
 12.06.2014 München, MÜNCHENSTIFT Haus St. Martin

Seminar 3: Risiken erkennen – Risiken vermeiden

Personalschutz in Pflegeeinrichtungen
 27.02.2014 Ravensburg, Seniorenzentrum Gustav-Werner-Stift
 13.05.2014 Nürnberg, Dr.-Werr-Heim Alten- und Pflegeheim

Seminar 4: Auf dem neuesten Stand?

Vertiefungsseminar für Kontinenzberater
 07.10.2014 Nürnberg, Dr.-Werr-Heim Alten- und Pflegeheim
 13.10.2014 Ochsenfurt, Kneipp-Werke Ochsenfurt-Hohstadt
 22.10.2014 Memmingen, AWO Pflegestationen Memmingen

Die Tagesseminare dauern von 10 bis ca. 16 Uhr. Die Seminargebühr beträgt jeweils 79 € zzgl. ges. MwSt. und beinhaltet Arbeitsunterlagen und Verpflegung. Für die Seminarteilnahme werden Fortbildungspunkte der RbP vergeben. Die Anmeldung erfolgt per Internet www.hartmann.de/seminare und wird schriftlich mit weiterführenden Informationen bestätigt. Bei Fragen hilft Traude Scheifele gerne weiter. Tel. 07321 36-1639, Fax 07321 36-2639, E-Mail traude.scheifele@hartmann.info.

DNQP konsentiert Aktualisierung des Expertenstandards

Am 11. Oktober 2013 veranstaltete das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) in Osnabrück die 8. Konsensuskonferenz in der Pflege. Thema war das Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Die Erstveröffentlichung dieses Standards erschien 2004 unter dem Titel „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen“. Im Dezember 2011 folgte die 1. Aktualisierung unter dem Titel „Schmerzmanagement in der Pflege bei **akuten** Schmerzen“. Im Oktober fand nun die 2. Aktualisierung, eben zum Thema Pflege bei **chronischen** Schmerzen, ihren vorläufigen Abschluss durch lebhaftes Diskutieren und die Annahme im Rahmen der 8. Konsensuskonferenz. Damit gilt der Expertenstandard als konsentiert, die Implementierung und Erprobung in ausgewählten Krankenhäusern mit anschließender Veröffentlichung durch das DNQP Anfang 2014 kann beginnen.

Vom DNQP wurden bisher sieben nationale Expertenstandards entwickelt, konsentiert und implementiert. Sie können als pflegewissenschaftlich fundierte Handlungsempfehlungen dazu beitragen, die Qualität der Versorgung gerade bei dringlichen Kernproblemen der Pflege zu erhöhen, aber auch die Entwicklung einer professionellen Pflege in Deutschland zu fördern.



Gesundheitseinrichtungen und Einrichtungen der Altenhilfe sowie Einzelpersonen können sich in den Verteiler der DNQP aufnehmen lassen, um sich über Konsensus-Konferenzen und Netz-Workshops informieren zu lassen:
dnqp@hs-osnabrueck.de

HARTMANN unterstützt Duale Hochschule mit Stiftungsprofessur



Von rechts: Am 10. September unterschrieben HARTMANN-CEO Andreas Joehle, CFO und Arbeitsdirektor Stephan Schulz, DHBW-Rektor Prof. Manfred Träger und Prorektor Prof. Dr. Andreas Mahr die Kooperationsurkunde zur Stiftungsprofessur.

An der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) Heidenheim wird das Studienfeld Gesundheit weiter ausgebaut. Neben den bestehenden Professuren in den Studiengängen „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“, „Angewandte Gesundheitswissenschaften“ und „Medizintechnische Wissenschaften“ wird es zusätzlich eine Stiftungsprofessur in diesem Bereich geben, die von der PAUL HARTMANN AG in den nächsten fünf Jahren finanziell unterstützt wird. Die Stiftungsprofessur soll mit einem Mediziner besetzt werden, der sowohl Fachkompetenzen in der interprofessionellen, sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung als auch Expertise im Wundmanagement aufweisen kann. Die Stiftungsprofessur unterstützt das bislang bestehende Team aus einer Gesundheitsökonomin, einem Humanbiologen und Pflegewissenschaftler sowie einem Endokrinologen.



Die Broschüre ist kostenlos und kann telefonisch, per Post oder im Internet bestellt werden: Deutsche Seniorenliga e.V., Heilsbachstraße 32, 53123 Bonn, www.dsl-chronische-schmerzen.de, Hotline 01805 - 001 905*

* 0,14 Euro/Min. aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunkpreise abweichend

Neue Broschüre der deutschen Seniorenliga: Schmerzen erkennen bei Demenz

Ältere Menschen tragen ein höheres Risiko für Schmerzen als junge. Doch gerade sie erhalten oftmals nicht die richtige Schmerztherapie. In besonderem Maße gilt das für Menschen mit Demenz: Sie werden noch seltener schmerztherapeutisch behandelt als nicht demenzkranke Schmerzpatienten. Privatdozent Dr. Matthias Schuler, Chefarzt der Klinik für Geriatrie am Diakoniekrankenhaus Mannheim, erklärt das so: „Selbst für nicht demente Menschen ist es oftmals schwierig, Schmerzen genau zu beschreiben. Wie soll dies dann Patienten gelingen, die nach und nach ihr Gedächtnis und ihr Ausdrucksvermögen verlieren?“

Die Deutsche Seniorenliga e.V. hat deshalb in ihrer neuen Broschüre wichtige Kriterien zum Erkennen von Schmerzen bei Demenz und wesentliche Aspekte der Schmerztherapie als Orientierungshilfe für Angehörige, Ärzte und Pflegepersonal zusammengefasst. Denn diese

Personen sind es, die aufmerksam beobachten und handeln müssten, wenn sich ein Patient ungewöhnlich verhält oder körperliche Auffälligkeiten zeigt. So können Schmerzen dazu führen, dass der Betroffene bei Körperkontakt aggressiv reagiert, sein Appetit nachlässt oder die Muskulatur ständig angespannt ist. „Jedes dieser Anzeichen gilt es ernst zu nehmen“, betont Schuler. „Zum einen kann das den Patienten unnötige Schmerzen ersparen. Zum anderen können mögliche organische Ursachen früher erkannt und behandelt werden.“

Ein gutes Werkzeug für eine genaue und lückenlose Beobachtung sind Schmerzerfassungsbögen, anhand derer Pflegepersonen die Schmerzsituation der Patienten einschätzen können. Vor allem in Pflegeheimen und Krankenhäusern mit wechselndem Personal sollten die Schmerzerfassungsbögen nach Ansicht des Experten Standard sein.

Dekubitus 1. Grades und IAD sicher unterscheiden

Vom 28. bis 30. August 2013 fand in Wien die 16. Jahrestagung des EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) statt, dessen Organisation im Aufgabenbereich der APUPA (Austrian Pressure Ulcer Prevention Association) lag. Von vielen interessanten Themen war dabei eines für Pflegekräfte besonders wichtig, weil es eine oft vorkommende Pflegesituation behandelt: die Unterscheidung eines Dekubitus 1. Grades von einer inkontinenzassoziierten Dermatitis, kurz als IAD bezeichnet.

Hauptursachen für die Dekubitusentstehung sind die Faktoren Druck und Zeit, die auf ein bestimmtes Hautareal einwirken, wobei zum einen die Druckhöhe und zum anderen die Zeitdauer von klinischer Relevanz ist. Bekannt ist aber auch, dass Inkontinenz als sekundärer Risikofaktor die Entstehung eines Dekubitus begünstigt. Denn Feuchtigkeit und die aggressiven Zersetzungsprodukte von Urin und/oder Stuhl reizen und weichen die Haut auf, wodurch sich nicht nur das Risiko der Entstehung von Dermatitis erhöht, sondern auch die Drucktoleranz der Haut herabgesetzt wird. Hinzu kommt, dass vor allem ältere Menschen gefährdet sind, deren Haut allgemein wenig Widerstandskraft aufweist.

Die kurz skizzierte Problematik unterstreicht die Wichtigkeit einer sorgfältigen und gründlichen Inspektion der Haut bei Menschen mit Inkontinenz, möglichst bei jedem Wechsel der aufsaugenden Inkontinenzprodukte. Da immer auch Dekubitusgefahr besteht, ist die Haut auch auf solche Anzeichen hin zu überprüfen, wobei die nebenstehende Tabelle äußerst hilfreich ist. Absolut notwendig zur Gesunderhaltung der Haut ist auch eine gewissenhafte Hautpflege mit Aufbau eines

sicheren Hautschutzes. Der Gesunderhaltung dienen aber auch qualitativ hochwertige Inkontinenzprodukte, die die Haut trocken halten. Hingegen kann eine inkontinenzassoziierte Dermatitis durchaus durch minderwertiges Material entstehen.

Unterscheidungskriterien Dekubitus 1. Grades und IAD

	Dekubitus 1. Grades	Inkontinenzassoziierte Dermatitis
Ursache	Druck und / oder Scherkräfte müssen vorliegen	Feuchtigkeit muß vorliegen (z. B. glänzende nasse Haut aufgrund von Harninkontinenz oder Diarrhoe)
Lokalisation	Wunde über einem knöchernen Vorsprung ist möglicherweise ein Dekubitus	IAD kann möglicherweise über einem knöchernen Vorsprung sein; Dekubitus und Scherkräfte sollten als Ursache ausgeschlossen werden und eine Feuchtigkeit muß vorliegen
Ausprägung	Ist die Läsion auf eine bestimmte Stelle begrenzt, ist es möglicherweise ein Dekubitus	Diffuse, differente oberflächliche Hautveränderungen auf der Haut sind möglicherweise eine IAD
Nekrose	Eine schwarze Nekroseplatte über einem knöchernen Vorsprung ist ein Dekubitus Grad 3 oder 4. Ist die Muskelmasse unter der Nekrose nicht oder begrenzt beteiligt, ist es ein Dekubitus Grad 4.	Keine Nekrose
Ränder	Ausgeprägte Ränder	Diffuse oder ungleiche Ränder
Farbe	Ist die Rötung nicht wegdrückbar, ist es möglicherweise ein Dekubitus Grad 1.	Wegdrückbar oder nicht wegdrückbares Erythem und rosa oder weiß umliegende Hautstellen mit Mazeration

Quellen: Synthese des European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) – Differenzierung zwischen Dekubitusklassifikation und IAD (EPUAP, 2005, Defloor et al., zit. aus Beekman et al., 2010, Steinger et al.: Wenn der Dekubitus kein Dekubitus mehr ist. Österreichische Pflegezeitschrift 2/2012, S. 25 ff)



Yuri / Stock

Harninkontinenz darf kein Altersschicksal sein

In unserer zunehmend überalterten Gesellschaft sind immer mehr Menschen von Harninkontinenz betroffen. Damit verbunden sind oft erhebliche Beeinträchtigungen der Lebensqualität, denen nur durch eine sachgerechte Versorgung begegnet werden kann.

Harninkontinenz – von Laien auch als Blasenschwäche bezeichnet – gilt als eine der häufigsten Alterserkrankungen, die allerdings genau genommen ein Symptom, also ein Anzeichen für eine andere, zugrundeliegende Erkrankung darstellt. Durch die starke Tabuisierung der Harninkontinenz ist es jedoch schwierig, exakte Daten über deren Häufigkeit zu erhalten. Nach Zahlen der Deutschen Kontinenz Gesellschaft leiden in Deutschland etwa fünf Millionen Menschen an einer behandlungs- und versorgungsbedürftigen Harninkontinenz. Schätzungsweise sind davon zwei Millionen älter

als 60 Jahre, d. h. dass 11 % der Senioren dieser Altersgruppe betroffen sind, bei den über 80-Jährigen sogar 30 %. Die starke Altersabhängigkeit der Inkontinenz erklärt auch die überdurchschnittlich hohen Zahlen in Alten- und Pflegeheimen. Schätzungsweise haben 80 % der Heimbewohner ein mehr oder weniger ausgeprägtes Kontinenzproblem. Leiden sie zusätzlich an einer Demenzerkrankung, steigt diese Rate auf über 90 % an.

Was bedeutet Inkontinenz für den Betroffenen?

Zeitgerecht einsetzendes und lebenslang mögliches Beherrschen der Ausscheidung von Harn und Stuhl ist eine wesentliche Voraussetzung für die Gesellschaftsfähigkeit jedes Einzelnen. Die Fähigkeit zur Blasen- und Darmkontrolle muss dabei im Kindesalter erlernt werden und gilt in unserer Kultur als Meilenstein in der kindlichen Entwicklung. Dementsprechend ist das Symptom der Harninkontinenz gesellschaftlich äußerst diskriminierend. Wer inkontinent ist, gerät leicht in den Verdacht, in seiner geistigen Leistungsfähigkeit eingeschränkt und im sozialen Umgang schwierig zu sein.

In diesen Vorurteilen dürfte auch der Schlüssel dazu liegen, warum Harninkontinenz trotz aller intensiven Aufklärungsbemühungen von Urologen, Gynäkologen, Fachverbänden und der in diesem Bereich tätigen Industrie noch immer ein Tabuthema ist. Aus Schamgefühl wird die Inkontinenz von Betroffenen möglichst lange verschwiegen – oft selbst dem vertrauten Hausarzt gegenüber. Das Unvermögen, die Blasenentleerung zu kontrollieren, wird vom Betroffenen als kränkend empfunden und verletzt dessen Selbstwertgefühl. Die Folge ist häufig ein sozialer Rückzug mit Isolation und den verschiedensten Beziehungsstörungen, vor allem mit den nächsten Angehörigen. Des Weiteren resultiert aus der Harninkontinenz bei einem hohen Prozentsatz Betroffener sogar eine Pflegebedürftigkeit. Dies ist dann eine Situation, die die häusliche Pflege „zum Kippen“ bringen kann. Für jede zweite Übersiedelung ins Heim ist Inkontinenz der Grund.

Blasen- und Darmentleerung – nicht immer ein Tabu

„Naturalianon sunt turpia – Was natürlich ist, kann nicht schändlich sein“, meinte der römische Dichter Vergil (70-19 v. Chr.), und so boten die römischen Bedürfnisanstalten Platz für viele Kunden gleichzeitig. Auf steinernen und mit Schlitzfenstern versehenen Bänken (Bild rechts) konnte man in geselliger Runde seine Notdurft verrichten und wichtige Geschäfte besprechen. Allerdings waren diese antiken Prachtlatrinen wohlhabenden Römern vorbehalten, der Pöbel musste sich im Freien entleeren.

Im Mittelalter diente dann nahezu jeder Ort, an dem man sich gerade befand – Straßen, Treppen, Zimmerecken oder Mauern – der Entleerung. Dabei war man ganz ungeniert. Traf man jemanden bei der Notdurft an, war dies kein Hindernis, ein Gespräch zu beginnen. Es war durchaus üblich, dass Könige oder Adelige Gäste und Bittsteller empfangen, während sie auf dem Leibstuhl saßen (Bild links). Bis ins 18. Jahrhundert war es auch noch gang und gäbe, den Nachtopf aus dem Fenster zu entleeren.

Mit der wachsenden Stadtbevölkerung im 19. Jahrhundert wurde dann die Notdurft und ihre Verrichtung immer mehr zum Problem.

Es gab keine Kanalisation, keine Abwasserleitungen, keine Toiletten in den Häusern, kaum öffentliche Toiletten, und die hygienischen Zustände auf Straßen und Plätzen müssen unbeschreiblich gewesen sein.

Heute sind wir verwöhnt durch hervorragend funktionierende sanitäre Einrichtungen. Aber damit ist die Notdurft auch absolute Privatsache geworden, und das Gemeinschaftsgefühl vergangener Zeiten entwickelte sich zu einem vor allem in der Pflege oft hinderlichen, extremen Schamgefühl.

Dieses Bild kann aus lizenzrechtlichen Gründen nicht angezeigt werden.

Unwissen behindert Therapie und Pflege

Es ist vor allem die weitverbreitete Vorstellung, dass Harninkontinenz im Alter als Folge der altersbedingten geistigen und körperlichen Leistungsverminderung hingenommen werden muss, und bei Frauen aufgrund ihrer Anatomie sowieso. Dies kann aber so heute nicht mehr akzeptiert werden. Harninkontinenz ist auch im höheren Alter nicht „normal“, sondern, wie in jüngeren Jahren, Anzeichen für eine mehr oder weniger ausgeprägte Funktionsstörung des unteren Harntraktes, die grundsätzlich auch im Alter noch beeinflussbar ist. Folge dieser falschen Vorstellung ist, dass viele Betroffene keinen Arzt aufsuchen, weil sie ihre Harninkontinenz als ein zu geringfügiges gesundheitliches Problem ansehen. Nicht selten sind aber auch Ärzte der Ansicht, dass Harninkontinenz im Alter nicht mehr kurativ angegangen werden kann.

Auswirkungen auf die institutionelle Pflege

Wenn etwa 80 % der Heimbewohner inkontinent sind, dann ist die Pflege und Inkontinenzversorgung dieser überwältigend großen Gruppe eine fast unlösbare Herausforderung für die Altenpflegeeinrichtungen, wie einige Zahlen belegen. Allein der Anteil der Arbeitszeit für den Prozess der Hilfsmittelversorgung beträgt heute ca. 30 %. Erfasst ist dabei der Zeitaufwand für die Durchführung der Versorgung – Wechseln und Entsorgen des Inkontinenzproduktes einschließlich der Körperpflege – sowie für die Administration, die Bestellung und das Controlling.

Entsprechend dem Zeitaufwand ist die Versorgung so vieler inkontinenter Menschen in den Altenpflegeeinrichtungen mit hohem finanziellem Aufwand verbunden. Neben den Kosten für Inkontinenzprodukte, die etwa 20 % der Gesamtkosten betragen, sind beispielsweise die Aufwendungen für Krankenkassenanmeldungen, Bestellung von Inkontinenzprodukten, Lagerhaltung, Verteilung der Produkte auf die Stationen, Überwachung der Lieferungen usw. miteinzukalkulieren. Der größte Posten ist allerdings der Personaleinsatz mit ca. 70 %. Für die Entsorgung werden ca. 10 % der Gesamtkosten angesetzt. In diesen Zahlen nicht berücksichtigt sind der Zeitaufwand und die damit verbundenen Kosten für die aktivierende Pflege inkontinenter Bewohner, wie sie vom DNQP-Expertstandard vorgegeben ist. Dazu zählen beispielsweise die Durchführung kontinenzfördernder Maßnahmen und die Schaffung eines kontinenzfördernden Umfeldes.

Zu den betriebswirtschaftlichen Herausforderungen gesellen sich aber auch organisatorische. Vorrangig sind dabei der zunehmende Mangel an Fachkräften und die vielen, zum Teil gesetzlich verankerten Richtlinien und Vorgaben zu nennen, die das Betreiben einer Altenpflegeeinrichtung immer komplexer und schwieriger werden lassen. Im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte Versorgung inkontinenter Bewohner kann sich vor allem das Fehlen qualifizierter Pflegefachkräfte für Kontinenzstörungen nachteilig auswirken, da die komplexen

pflegerischen und wirtschaftlichen Fragestellungen bei Kontinenzstörungen nur durch fachliche Kompetenz und Expertenwissen zu lösen sind.

Professionelle Lösungen von HARTMANN

Das HARTMANN Inkontinenzmanagement hilft dabei, die komplette Prozesskette der Altenpflege zu betrachten und hält professionelle Lösungen für alle Bereiche der Inkontinenzversorgung bereit.

Im Mittelpunkt stehen dabei die innovativen, qualitativ hochwertigen HARTMANN Inkontinenzprodukte. Sie tragen entscheidend dazu bei, dass Menschen mit Inkontinenzproblemen individuell und gezielt versorgt werden und Pflegekräfte einfach und effizient arbeiten können. Die Beispielrechnungen verdeutlichen dabei, wieviel Zeit und Produkte eingespart werden können, wenn optimiert versorgt wird. Mit einer individuellen und gezielten Versorgung kann vor allem auch eine zeit- und kostenaufwendige Über- bzw. Unterversorgung vermieden werden. Wie sich das einfach bewerkstelligen lässt, ist auf den Seiten 14/15 zusammengefasst.

Die Versorgungsprozesse bei Inkontinenz pflegerisch und wirtschaftlich zu optimieren, ist auch Aufgabe von HILMAS. Was die Software HILMAS alles leistet und warum sie so wichtig für Altenpflegeeinrichtungen ist, zeigen die Seiten 10/11.

Ein wichtiger Bestandteil des Inkontinenzmanagement von HARTMANN ist die Beratung vor Ort. Sowohl die Außendienstmitarbeiter als auch die Fachberaterinnen Pflege unterstützen Heimleitungen und Pflegekräfte vor Ort in Sachen Inkontinenz. Der ADM ist zum Beispiel für alle Fragen und Lösungen zuständig, die den wirtschaftlichen Einsatz von Inkontinenzprodukten betreffen. Die Fachberaterinnen geben direkt in den Wohnbereichen Hilfestellung zur Anwendung der Produkte. Mit den HARTMANN Inhouse Seminaren wird schließlich dem großen Bedarf an Fort- und Weiterbildung Rechnung getragen. Speziell in den nicht inhouse abgehaltenen, mehrtägigen Intensivseminaren werden Pflegekräfte zur „Fachkraft für Kontinenzstörungen bei älteren Menschen“ ausgebildet. Mehr dazu auf Seite 18.



Neu im Dienstleistungsprogramm von HARTMANN ist der „Verräumservice“, mit dem die benötigten Inkontinenzprodukte direkt bis in die Schränke der Bewohner geliefert werden. Detaillierte Informationen zum HILMAS+ Verräumservice erhalten Sie durch Ihren HARTMANN Außendienstmitarbeiter.

Beispielrechnungen einer Optimierung

Zeitersparnis für die Pflegekräfte bei 10 Minuten je Produktwechsel und 80 inkontinenten Bewohnern

	Wechsel pro Tag	Gesamtstunden pro Monat
Ist-Situation	6	2.400
Optimierte Situation	4,5	1.800
Einsparung je Monat		600 Stunden

Produktersparnis für die Pflegekräfte bei 80 inkontinenten Bewohnern

	Produkte pro Tag	Gesamtaufwand pro Monat
Ist-Situation	2 Inkontinenzslips à ,044 € 1 Inkontinenzvorlagen à 0,28 €	4.800 €
Optimierte Situation	1 Inkontinenzslip für die Nacht à 0,44 € 3,5 Inkontinenzvorlagen à 0,28 €	3.720 €
Einsparung je Monat		1.080 € (- 23 %)

Harninkontinenz richtig behandeln

Harninkontinenz ist in vielen Fällen behandelbar oder kann zumindest soweit rehabilitiert werden, dass der Betroffene nicht in die soziale Isolation gerät. Allerdings gibt es nicht die Therapie schlechthin – vielmehr müssen je nach Form und Schweregrad der Harninkontinenz individuelle Behandlungskonzepte ausgearbeitet werden.



AlexRaths / iStock

Bei der Behandlung der Harninkontinenz im Alter dominieren konservative Therapiekonzepte wie Beckenbodengymnastik, eventuell in Kombination mit Elektrostimulation und Bio-Feedback, Trainingsmethoden zur Verbesserung des Miktionsverhaltens sowie Medikamente. Zunehmend werden aber auch operative Möglichkeiten genutzt. Laut Prof. Dr. med. Heinz Kölbl, dem 2. Vorsitzenden der Deutschen Kontinenz Gesellschaft und Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz, stehen inzwischen über 300 verschiedene Verfahren zur Verfügung. Allerdings rät der Experte erst zu einer Operation, wenn die konservative Behandlung fehlschlägt.

Der Erfolg konservativer Behandlungsmethoden ist an verschiedene Voraussetzungen gebunden:

- Form und Schweregrad der Harninkontinenz müssen exakt und eindeutig diagnostiziert sein, sodass die zu ergreifenden Maßnahmen gezielt auf die jeweiligen Funktionsstörungen abgestimmt werden können.
- Der betroffene Bewohner/Patient sollte geistig und körperlich noch in der Lage sein, sowohl die Anwei-

sungen zu verstehen als auch die Übungen bzw. das Training auf längere Zeit durchführen zu können. Insbesondere muss er es selbst wollen, d. h. ohne Patient compliance geht nichts.

- Unerlässlich ist schließlich auch, dass Pflegefachkräfte über das notwendige Wissen verfügen, um die erforderlichen Maßnahmen sicher durchführen und den Betroffenen mit Empathie anleiten zu können.

Beckenbodentraining: Muskeln gezielt stärken

Bei leichteren Schweregraden der Belastungsinkontinenz (früher als Stressinkontinenz bezeichnet) zeigt ein Training der Beckenbodenmuskulatur gute Erfolge, vorausgesetzt die Patientin ist zur Mitarbeit motiviert und bereit, eine intensive Beckenbodengymnastik über längere Zeit durchzuhalten. Denn im Anschluss an die ersten Erfolge muss weitertrainiert werden, weil ein Muskel, der nicht arbeitet und bewegt wird, wieder erschlafft. Des Weiteren müssen ausgeprägte anatomische Defekte wie beispielsweise eine Gebärmuttersehnung bzw. ein Gebärmuttervorfall ausgeschlossen sein. Bei gemischter Belastungs-/Dranginkontinenz empfiehlt sich gleichzeitig eine medikamentöse Therapie der Dranginkontinenz.

Der Beckenboden lässt sich trainieren, weil er wie Arm-, Bein- oder Bauchmuskulatur aus sogenannter Skelettmuskulatur besteht, die willentlich gesteuert werden kann. Ähnlich wie bei jedem anderen Muskeltraining kann somit auch der Beckenboden durch bestimmte Übungen gekräftigt werden. Das große Problem dabei ist jedoch, dass die Beckenbodenmuskulatur von außen weder sichtbar noch in ihrer Tätigkeit zu fühlen ist. Es ist deshalb gar nicht so einfach, sie aktiv anzuspannen. Das Durchlesen einer schriftlichen Anleitung genügt meist nicht. Wesentlich erfolgversprechender ist die Unterweisung und Überprüfung durch eine darin ausgebildete Physiotherapeutin.

Zur Unterstützung des Beckenbodentrainings kann als weitere Methode die Elektrostimulation eingesetzt werden. Mithilfe verschieden ausgebildeter Elektroden wie Nadel- oder Clipelektroden wird die Beckenbodenmuskulatur durch elektrische Impulse zur Kontraktion angeregt, was quasi einer passiven Gymnastik gleichkommt. Allerdings akzeptieren jüngere Patientinnen dieses Verfahren eher als ältere.

Auch das sogenannte Biofeedback kann das muskuläre Aufbau- und Training intensivieren. Hierbei wird mit speziellen Drucksensoren, die über Vaginalsonden Verbindung mit den zu trainierenden Muskelgruppen haben,

Bei leichteren Graden der Belastungsinkontinenz lässt sich selbst in höherem Alter durch ein Beckenbodentraining Besserung erzielen. Sehr wichtig ist dabei die Anleitung durch eine entsprechend ausgebildete Physiotherapeutin, damit auch der richtige Muskel trainiert wird.



AlexRaths / iStockphoto

der Patientin der Spannungszustand dieser Muskel angezeigt. Dadurch kann sie die Wirksamkeit der durchgeführten Übung direkt kontrollieren.

Toilettentraining: Inkontinenzepisoden vermeiden

Sinn dieser Maßnahme ist es, dem kritischen Blasenfüllungszustand beim Betroffenen durch rechtzeitiges Wasserlassen zuvorzukommen und so Inkontinenzepisoden zu vermeiden. Gleichzeitig kann damit die Wahrnehmung des Betroffenen für seine Blasenfunktion verbessert werden. Hauptindikation für das Toilettentraining ist die bei älteren Menschen sehr häufig vorkommende Dranginkontinenz. Da sich die motorische Dranginkontinenz gut mit Medikamenten beeinflussen lässt, die die Überaktivität der Blasenmuskulatur und den zwingenden „imperativen“ Harndrang dämpfen, kann eine adäquate medikamentöse Therapie das Toilettentraining stützen bzw. eine sinnvolle Blasenrehabilitation erst möglich machen. Zusätzlich kann der Einsatz von Inkontinenz-Vorlagen dem Betroffenen während der Zeit des Toilettentrainings Sicherheit geben.



MarkGabrielya / iStock

setzt. Sie reduzieren die Überaktivität des Blasenmuskels (siehe Grafik), wodurch es zu einer Besserung der Drangsymptomatik mit häufigem Wasserlassen bei Tag und in der Nacht (Pollakisurie und Nykturie) kommt. Vor allem bei individuell richtiger Dosierung der Medikamente sind auch die Nebenwirkungen wie beispielsweise Mundtrockenheit, Obstipation, Sehstörungen usw. gering und erträglich.

Operationen: nicht ohne sorgfältige Diagnose

Operative Therapieoptionen ergeben sich vor allem bei der Belastungsinkontinenz der Frau. Entsprechend den Fortschritten in den chirurgischen Techniken profitieren heute auch ältere Frauen von den operativen Verfahren, vorausgesetzt, es wurde durch eine sorgfältige Diagnose die individuell abgestimmte, beste Operationsmethode gefunden. Beispielsweise können bei einer Beckenboden-Schwäche schon sehr kleine Eingriffe das Problem beheben: Bei Korrekturoperationen an den verschiedenen inneren Geschlechtsorganen (Gebärmutter, Blase und Scheide) sind zumeist nur kleine Schnitte am Unterbauch erforderlich, oder aber die Operationen werden über die Scheide durchgeführt. Zu den sog. „minimalinvasiven“ Methoden zählt zum Beispiel die Einführung von Netzbandschlingen, auch Kontinenzbändchen genannt. Diese werden um die Harnröhre gelegt und verhindern, dass diese unter Belastung absinkt. Laut Prof. Dr. med. Heinz Kölbl führt das in neun von zehn Fällen zu einer Heilung der Inkontinenz.

Tipp für die Pflege: Die Aufnahme des Toilettentrainings in die Pflegeplanung stellt die individuelle Leistungserbringung nach dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse dar. Diese Vorgehensweise kann u. U. zu einer Erhöhung der Pflegestufe führen, da die Pflegeleistungen möglicherweise steigen. Zu beachten ist: Es muss der genaue Hilfebedarf dargestellt sein (Anleitung, Teilübernahme, Vollübernahme, Hilfsmiteinsatz usw.).

Medikamente: Drangsymptomatik reduzieren

Medikamentöse Therapien sind bei einer Belastungsinkontinenz bedingt möglich, ihre Domäne aber haben sie bei der Behandlung der Dranginkontinenz.

Bei der weiblichen Belastungsinkontinenz können beispielsweise Medikamente zur Anwendung kommen, die den Tonus, also die Spannung der Harnröhre erhöhen. Frauen in der Postmenopause kann gegebenenfalls eine Östrogen Therapie helfen, da sich durch den Mangel an Östrogenen das urogenitale Gewebe zurückbildet. Aufgrund oftmals nur geringer Therapieeffekte, aber hoher Nebenwirkungsraten, sollte eine medikamentöse Therapie bei Belastungsinkontinenz einer strengen Indikationsstellung unterliegen.

Zur medikamentösen Behandlung der Dranginkontinenz durch eine überaktive Blase (Overactive Bladder, OAB) werden als häufigste Standardtherapie sog. Anticholinergika wie beispielsweise Oxybutynin, Tolterodin, Propiverin oder Trosipiumchlorid einge-

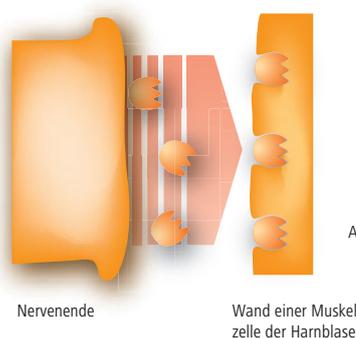


Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e. V. hat es sich als gemeinnützige, medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft seit 1987 zur Aufgabe gemacht, Inkontinenz aus der Tabuzone zu holen und so den Weg frei zu machen für eine verbesserte Diagnose, Behandlung und Prävention von Harn- und Stuhlinkontinenz. Mehr unter www.kontinenzgesellschaft.de

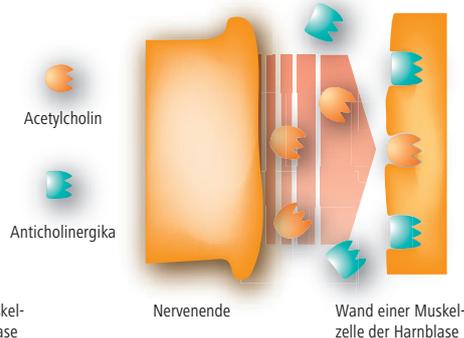
Wie wirken Medikamente gegen Dranginkontinenz?

Wenn die von Nerven übertragenen Signale, die die zunehmende Blasenfüllung und den Harndrang melden, vom Gehirn wieder zur Blase gelangen, so setzen sie an den Nervenendigungen die Substanz Acetylcholin frei. Diese wandert zu bestimmten Bereichen in der Wand der Muskelzellen, aus denen die Blase besteht. Dort wird Acetylcholin an so genannte Rezeptoren gebunden, d. h. Acetylcholin passt wie ein Schlüssel zum Schlüsselloch (A). Diese Verbindung bewirkt dann, dass sich die Muskelzellen zusammenziehen (kontrahieren). Geschieht dies im gesamten Blasenmuskel, so kommt es zu einer Harnentleerung. Eine bestimmte Gruppe von Medikamenten – die Anticholinergika – wirken nun dadurch, dass sie ebenfalls in das „Schlüsselloch“ an der Wand der Muskelzellen passen. So blockieren sie dieses Schlüsselloch, und das vom Körper freigesetzte Acetylcholin kann nicht mehr wirken (B). Die Fähigkeit der Blase, sich zu kontrahieren, lässt nach, die Miktionsintervalle verlängern sich.

A Das Andocken von Acetylcholin bewirkt eine Kontraktion der Blasenwand



B Anticholinergika verhindern das Andocken von Acetylcholin



Das Tabu Harninkontinenz einfühlsam durchbrechen

Trotz aller Aufklärung verbergen immer noch zu viele Menschen ihre Inkontinenz, oft mit der Folge physischer, psychischer und sozialer Probleme. Umso wichtiger ist, dass sich Pflegekräfte mit Empathie der Betroffenen annehmen, um das hinderliche Tabu abzubauen.



Die Versorgung inkontinenter Bewohner ist ein unvermeidlicher Bestandteil der Pflege, der noch dazu sehr viel Arbeitszeit bindet. Dabei wird von der Pflegefachkraft erwartet, dass sie den Umgang mit den Ausscheidungen anderer ohne Ekelgefühle akzeptiert. Hinzu kommt die Problematik des Umgangs mit dem Intimbereich, die Kinie Hoogers, Autorin des Buches „Inkontinenz verstehen“, einmal so beschrieb und die hier gekürzt wiedergegeben ist: „Es ist schwer, die Gratwanderung zwischen Abgestumpftsein/Abgebrühtheit und notwendiger Sensibilität, Einfühlungsvermögen, auch im Sinne der Wahrung der Würde des alten Menschen – und der Pflegenden –, zu vollziehen, ohne nach der einen (Gefühllosigkeit) oder der anderen (ständige Überforderung durch zu große emotionale Investitionen) Seite abzurutschen.“

Vor diesem Hintergrund ist aber auch festzuhalten, dass die Pflegefachkraft diejenige ist, die dem inkontinenten Menschen kompetent bei der Bewältigung seiner Probleme helfen und ihm Selbstvertrauen zurückgeben kann. In der praktischen Umsetzung könnte dies bedeuten, Inkontinenz nicht als unangenehmen, aber eben unvermeidlichen Bestandteil der Arbeit hinzunehmen, sondern sie „aktiv“ im Sinne einer individualisierten, patientenzentrierten Pflege anzugehen. Dazu gehören ein fundiertes Wissen zum Symptom Inkontinenz sowie die Bereitschaft, sich durch ein einfühlsames Befragen und Beobachten mit den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen auseinanderzusetzen. Zugleich sollte man aber auch offen die eigenen Probleme und Gefühle ansprechen, die bei der Pflege inkontinenter Menschen entstehen, um letztlich beruflichen Frust zu vermeiden.

Quellen

1 Heft 39 – Harninkontinenz aus der Reihe „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“, herausgegeben durch das Robert Koch-Institut, September 2007

2 Junkin et al., (J Wound Ostomy Continence Nurs. (2007) 34:260-9)

3 Bliss et al., (Nurs Res. (2006) 55:243-51)

Wichtige Eckpfeiler des Assessments

Assessment ist der englische Begriff für „Beurteilung und Einschätzung“. Bei Inkontinenz fallen nun eine Vielzahl von Ursachen und Risiken an, die hier nur ansatzweise zusammengefasst werden können. Es gilt jedoch, sie alle zu beurteilen und einzuschätzen, damit dem inkontinenten Menschen auch effizient geholfen werden kann – sei es durch eine medikamentöse oder operative Behandlung, verhaltenstherapeutische Maßnahmen und / oder eine adäquate Hilfsmittelversorgung.

Vollständige Krankengeschichte erfassen

Der erste wichtige Eckpfeiler beim Assessment einer Inkontinenz besteht darin, eine möglichst vollständige Krankengeschichte vom Betroffenen zu erhalten. Dazu gehören nicht nur die Anamnesebefragungen, die direkt auf den Verdacht oder das Vorhandensein einer Inkontinenz abzielen (siehe Infokasten), sondern auch die Evaluierung seiner medizinischen Vorgeschichte sowie seines allgemeinen Gesundheitszustandes.

Inkontinenz ist ein Symptom, d. h. gynäkologische, urologische oder neurologische Erkrankungen können sich beispielsweise direkt störend auf die Blasen- bzw. Darmfunktionen auswirken. Aber auch indirekt werden einige Krankheiten zu Risikofaktoren, weil die Medikamente zu ihrer Behandlung als Nebenwirkung zu Harninkontinenz führen können. Da geriatrische Patienten in Deutschland mit durchschnittlich mindestens drei Medikamenten dauerhaft behandelt werden, verdient dieser Punkt besondere Aufmerksamkeit.

Bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes sind es vor allem aktuelle Probleme, auf die geachtet werden sollte. Beispielsweise kann eine Harnwegsinfektion ganz erheblich zur Verschlechterung einer bestehenden Dranginkontinenz beitragen. Darüber hinaus sind die (verbliebenen) körperlichen Fähigkeiten richtig einzuschätzen. Wie steht es mit der Mobilität, der manuellen Geschicklichkeit oder dem Sehvermögen? In diesem Zusammenhang sind auch Umweltbedingungen zu überprüfen, die einer effizienten pflegerischen Betreuung im Wege stehen, wie beispielsweise schlecht gelegene Toiletten und beschwerliche Zugänge.

Psychischen Status und soziales Umfeld beachten

Psychisch reagieren Menschen sehr unterschiedlich auf ihre Inkontinenz: Manche tun alles, damit ihnen geholfen wird. Andere wiederum sind aggressiv und verleugnen hartnäckig ihr Problem. Nicht wenige sind apathisch oder deprimiert. Studien ergaben, dass Depressionen bei Inkontinenzbetroffenen häufiger sind als bei nicht Betroffenen gleichen Alters [1].

Auch das soziale Umfeld kann mitbestimmend sein, wie der Inkontinenzbetroffene mit seinem Problem zurecht kommt. Viele isolieren sich aus freien Stücken und weigern sich, an sozialen Aktivitäten teilzunehmen. Psychosoziale Belastungen wie häusliche Spannungen oder das Sich-nicht-Zurechtfinden in der neuen Heimumgebung kann eine Inkontinenzentstehung begünstigen.

gen bzw. eine bereits bestehende Inkontinenz verstärken. Umgekehrt kann ein Inkontinenzbetroffener aber auch die Gemeinschaft, in der er lebt, mit großen emotionalen und sozialen Problemen belasten.

Hilfsmittelberatung unbedingt erforderlich

Bei den verschiedenen für Inkontinenz zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln dominieren die aufsaugenden Inkontinenzprodukte zum Einmalgebrauch. Es sind dies Produkte wie Einlagen mit entsprechenden Fixierhöschen, Inkontinenzslips und -hosen sowie Krankenunterlagen, die „körperfern“ als Bettschutz Verwendung finden. Um nun aus dieser Vielfalt das individuell „passende“ Inkontinenzhilfsmittel auszuwählen, braucht es eine gute Beratung, aber auch eine Überprüfung, wie der Betroffene mit dem Produkt zurechtkommt.

Inkontinenzversorgung darf nicht krank machen

Wo eine Inkontinenzversorgung notwendig ist, sind Hautprobleme nicht weit. Verschiedene Studien haben bei 42,5 % aller inkontinenten Personen irritative Hautveränderungen wie Rötungen, allergisch bedingte Reizungen oder auch die sogenannte „Windeldermatitis“ nachgewiesen [2]. Diese Hautschädigungen sind für die Betroffenen nicht nur unangenehm und schmerzhaft, sondern verursachen auch einen hohen Pflegeaufwand mit entsprechenden Kosten. In 6,9 % der Fälle müssen Betroffene sogar ärztlich behandelt werden [3].

Neben den bekannten Faktoren wie Nässe, Bakterien und Ammoniak können auch die zur hygienischen Versorgung eingesetzten Inkontinenzprodukte Hautschädigungen begünstigen. Als potenziell riskant sind dabei Inkontinenzslips einzustufen, die im Hüftbereich luftdicht abschließen. Wird die Luftzirkulation verhindert, kann die Haut nicht ausreichend Feuchtigkeit und Wärme abgeben. Durch den daraus resultierenden Schweiß- und Hitzestau sinkt der bakterieneindäm-

„Klassische“ Anamnesefragen

Beim Erstkontakt mit dem Bewohner bzw. dem Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich empfiehlt der Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ folgende Fragen zur Identifizierung der Inkontinenz, die je nach Gegebenheiten beim Bewohner mit Taktgefühl individuell zu formulieren sind.

- Verlieren Sie ungewollt Urin?
- Verlieren Sie Urin, wenn Sie husten, lachen oder sich körperlich betätigen?
- Verlieren Sie Urin auf dem Weg zur Toilette?
- Tragen Sie Vorlagen / Einlagen, um Urin aufzufangen?
- Verspüren Sie häufig (starken) Harndrang?
- Müssen Sie pressen, um Wasser zu lassen?

Werden diese Fragen nicht ausreichend oder gar nicht beantwortet, ist bei weiteren Kontakten auf „Auffälligkeiten“ (z. B. häufige Toilettengänge, versteckte Schmutzwäsche, Geruchsbildung usw.) zu achten, die auf eine verschwiegene Harninkontinenz hinweisen.

mende Säuregehalt der Hornschicht, Bakterien vermehren sich. Da der Stau auch zur Folge hat, dass sich der im gesunden Zustand dichte Zellverbund der Hornschicht lockert, können Bakterien bzw. Keime ungehindert in tiefere Hautschichten eindringen. Für eine „gesunde“ Versorgung müssen aufsaugende Inkontinenzprodukte deshalb einen ausreichenden Feuchtigkeits- und Wärmeaustausch sicherstellen.

Eine weitere Gefährdung der Altershaut kann sich durch allergenwirkende Materialien ergeben. Denn wie Bakterien können auch Allergene bei vorgeschädigter (Alters-)Haut leichter in tiefere Hautschichten eindringen und eine Kontaktallergie mit entzündlichen Reaktionen auslösen.

All diese Risiken machen deutlich, warum es so wichtig ist, einen guten Hautschutz aufzubauen. Besonders geeignet hierzu ist die zinkfreie Menalind Transparente Hautschutzcreme, die jederzeit eine Beurteilung des Hautzustandes ermöglicht.



Der Mehrfachschutz von HARTMANN Inkontinenzprodukten

HARTMANN Inkontinenzprodukte sind eine qualitativ hochwertige Lösung für den Schutz der empfindlichen Altershaut. Mit ihnen können schädliche Einflüsse zuverlässig unterbunden werden, sodass Irritationen gar nicht erst entstehen. Nicht zuletzt reduziert sich durch den Mehrfachschutz auch der Pflegeaufwand. Dies spart Kosten und vor allem Zeit, die für andere Pflegeaufgaben genutzt werden kann.

Absorption von Nässe im Schrittbereich

Der 3-lagige Saugkörper sorgt für ein trockenes Hautmilieu, das die Schutzbarrieren der Haut in einem gesunden Zustand belässt: Spezielle Zellulosefasern leiten den Urin schnell ins Innere des Saugkörpers. SAP-Kügelchen speichern dann die Flüssigkeit sicher im Saugkörper – auch unter Druck. Eine Rücknässung wird damit ausgeschlossen, der Schrittbereich bleibt trocken.

Eliminierung von Bakterien

Die oberste Schicht des Saugkörpers, die Verteilerauflage, hat einen hautneutralen pH-Wert von 5,5 und ist somit im leicht sauren Bereich, wodurch Bakterien an ihrer Vermehrung gehindert werden und absterben. In Labortests wurde nachgewiesen, dass das Bakterienwachstum zu 99,9 % unterbunden wird.

Reduzierung von aggressivem Ammoniak

Die Aufspaltung von Harnstoff zu Ammoniak und Kohlendioxid wird von Ureasen in Gang gesetzt – das sind Enzyme, die von Bakterien im Urin stammen. Die urinspeichernden SAP-Kügelchen im Inneren des 3-lagigen Saugkörpers können die Konzentration von Ureasen nun so weit herabsetzen, dass der Zerfall des Harnstoffs gestoppt wird. Damit sinkt die Produktion von hautschädigendem und geruchsintensivem Ammoniak auf ein Minimum.

Hypoallergenität bei Altershaut

Alle Materialien von MoliCare und MoliForm sind äußerst hautverträglich und hypoallergen, was in drei unabhängigen dermatologischen Tests belegt wurde. Somit gibt es bei MoliForm und MoliCare kaum allergenes Potenzial.

Vermeidung von Okklusionen im Hüftbereich

Falls Slips angewendet werden, ist MoliCare Premium mit luftdurchlässigen Vliesstoffseitentteilen im Hüftbereich besonders geeignet: Die sehr hohe Luft- und Wasserdampfdurchlässigkeit sorgt für ein trockenes Hautklima, der natürliche pH-Wert wird aufrechterhalten, die Haut bleibt gesund.



Beispiele aus dem breiten Sortiment an Inkontinenzprodukten von HARTMANN: MoliCare Premium soft & MoliForm Premium soft.



Mit der HILMAS Software Zeit und Kosten im Griff

Seit 17 Jahren trägt die intelligente Softwarelösung HILMAS von HARTMANN dazu bei, Bewohner mit Inkontinenz pflegerisch perfekt und zugleich wirtschaftlich zu versorgen. Bewährte, aber auch neue, innovative Funktionen helfen, die Herausforderungen bei der Inkontinenzversorgung in der stationären Pflege optimal zu lösen.

Die Nebenprozesse im Zuge der Versorgung inkontinenter Bewohner stellen eine zeit- und kostenintensive Aufgabe dar. Gleichzeitig wird die Kostenerstattung für Inkontinenzprodukte immer geringer. Um dennoch ohne viel Aufwand in Alten- und Pflegeheimen ein effizientes Inkontinenzmanagement betreiben zu können, kann der Einsatz einer intelligenten Softwarelösung sinnvoll sein. Ein Programm, das sich weltweit auf dem Markt bewährt hat, ist HILMAS von HARTMANN.

Optimale Funktionen für effiziente Prozesse

Doch welche Funktionen kann eine solche Softwarelösung im Rahmen der Inkontinenzversorgung eigentlich erfüllen? Zuallererst erleichtert HILMAS die Versorgungsplanung. Auf Basis der hinterlegten Bewohnerdaten und Wechselzeitpunkte können in nur wenigen Schritten ebenso individuelle wie optimale Versorgungspläne erstellt werden, die eine pflegerisch hochwertige Versorgung jedes einzelnen Bewohners rund um die Uhr sicherstellen.

Danach erfolgt die Umsetzung: Direkt aus den Versorgungsplänen heraus generiert HILMAS einen bedarfsgerechten Bestellvorschlag. Aktuelle Lagerbestände können dabei nach der Erhebung berücksichtigt und teure Überbestände vermieden werden. Online kann die Bestellung dann direkt zu HARTMANN geschickt werden. Das ist einfach – und reduziert im Vergleich zu handschriftlichen und mündlichen Bestellungen die Fehlerquote.



Kostenkontrolle für mehr Wirtschaftlichkeit

Nützliche Details wie bewohnerbezogene Ausgabelisten, welche den individuellen Produktbedarf eines Bewohners für einen Zeitraum x definieren, erleichtern Pflegekräften darüber hinaus die Arbeit. So bleibt mehr Zeit für die Bewohnerversorgung. Ein weiteres Plus: Dank der integrierten Kostenkontrolle ist es Heim- und Pflegedienstleitungen möglich zu kontrollieren, wie sich geplante und tatsächliche Kosten entwickeln.

Hohe Sicherheit bietet HILMAS durch ein integriertes Rollenkonzept: Jeder Mitarbeiter sieht nur das, was er für seine Arbeit tatsächlich benötigt. Das macht die Bedienung einfacher. Gut geschützt sind die hinterlegten Daten durch eine zentrale Datenhaltung in dem hartmanneigenen, modernen Rechenzentrum.

Dass durch HILMAS deutliche finanzielle wie zeitliche Einsparungen realisiert werden, zeigt eine Umfrage. Pflegedienstleitung Iris Gatzemeier von der Stiftung St. Thomaehof in Braunschweig sagt: „Seit wir HILMAS verwenden, ist unser Inkontinenzmanagement eindeutig einfacher geworden. Zugleich haben wir mehr Zeit für unsere Bewohner, die sich über mehr Aufmerksamkeit freuen.“ Damit unterstützt HILMAS Heime bei einer ebenso optimalen wie individuellen, wirtschaftlichen Inkontinenzversorgung – von der Konzeption bis zur Realisierung. Neben der Basisversion von HILMAS entstanden zahlreiche Zusatzmodule. Hier einige Beispiele:

HILMAS+ Rollcontainermanagement

Logistik- und Planungstätigkeiten sind eine zeitintensive Arbeit in Alten- und Pflegeheimen. Mit dem innovativen Rollcontainerservice bietet HARTMANN für dieses Problem eine effiziente Lösung. Alle Produkte für die Inkontinenzversorgung werden dabei ohne Kartonverpackung und ohne Umweg über ein Zentrallager direkt in das jeweilige Wohnbereichslager geliefert. Eine aufwendige Umverteilung innerhalb des Heimes entfällt ebenso wie ein Zentrallager mit hoher Kapitalbindung.

Mit dem HILMAS+ Rollcontainermanagement können Rollcontainerbestellungen direkt in HILMAS durchgeführt werden. Aus dem durch Fachberaterinnen optimierten Versorgungsplan wird direkt in der

Anwendung ein Bestellvorschlag für den Rollcontainer generiert. Eine graphische Darstellung zeigt die aktuelle Befüllung des Rollcontainers an, sodass sich das Containervolumen exakt berechnen und optimal ausnutzen lässt. Mit nur wenigen Klicks können die Bestellmengen und Bestellzeitpunkte ermittelt und die Bestellungen direkt online an HARTMANN übertragen werden. Bereits getätigte Bestellungen lassen sich speichern und als Vorlage für weitere Bestellungen verwenden.

HILMAS+ Abrechnungsmanagement

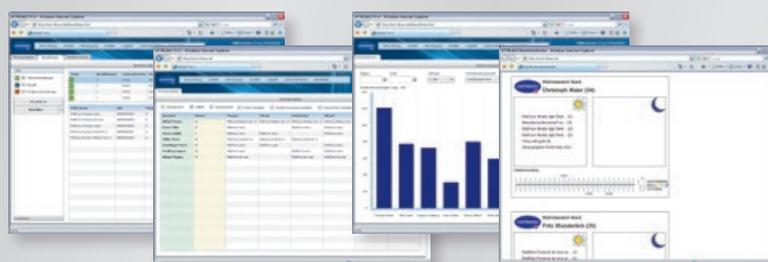
Leistungserbringer in der Altenpflege sind nach § 302 SGB V verpflichtet, die Abrechnung der Inkontinenzpauschale auf elektronischem Weg durchzuführen. Nur wenn diese Anforderung erfüllt ist, wird der Rechnungsbetrag vollständig beglichen. Andernfalls ist eine Kürzung von bis zu 5 % möglich. Sinnvoll ist es dabei, den gesamten Abrechnungsprozess mit einem einzigen Softwaretool selbst in der Hand zu behalten, nicht zuletzt, um die sensiblen Daten nicht außer Haus geben zu müssen. Mit dem HILMAS+ Abrechnungsmanagement lassen sich die geforderten Daten direkt aus HILMAS heraus einfach, schnell und sicher übertragen. Die Nutzung des Moduls erfordert einige einmalig zu erfassende Informationen wie z. B. zur Einrichtung, zu den Abrechnungskassen und zu den abzurechnenden Bewohnern. Anschließend müssen nur noch regelmäßig die eingehenden Rezepte erfasst werden. Mit nur einem Klick startet dann einmal im Monat die sicher verschlüsselte Datenübertragung an die Krankenkasse.

HILMAS+ Bestellmanagement

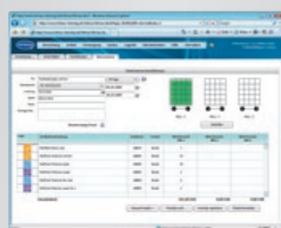
Das Bestellwesen in einem Alten- oder Pflegeheim war bisher eine aufwendige Angelegenheit. Schneller und sicherer geht es mit dem HILMAS+ Bestellmanagement. Mit wenigen Klicks werden alle benötigten Produkte von HARTMANN und anderen bereits vorhandenen Lieferanten – von Putzmitteln über Inkontinenzprodukte bis zu Krankenpflegeartikeln – nur noch über eine zentrale Plattform bestellt. Das System generiert im Hintergrund alle Bestellungen pro Lieferant.

HILMAS+ Bestellmanagement umfasst auch kompetente Beratungsdienstleistungen. So sichten die Experten von HARTMANN zunächst das bisherige Sortiment und nehmen bei Bedarf Straffungen vor. Anschließend können für jeden Artikel maximale Bestellmengen definiert werden. Die Festlegung der Bestellwege – Fax oder E-Mail – schließt die Vorarbeiten ab. Der Bestellvorgang ist nun ganz einfach. Mit dem Bestellvorschlag aus HILMAS werden gleich die richtigen Stückzahlen an Inkontinenzprodukten an die Bestellplattform übertragen. Zugleich werden für alle anderen Produkte die Stückzahlen aus der letzten Bestellung als Vorschlagswert angezeigt. Kurz überprüfen, bei Bedarf die Stückzahlen ändern und einmal auf „Bestellen“ klicken. Alle Bestellungen werden dann an die Lieferanten verschickt. Integrierte Übersichten und Statistiken bieten dabei einen perfekten Überblick über die Bestellungen.

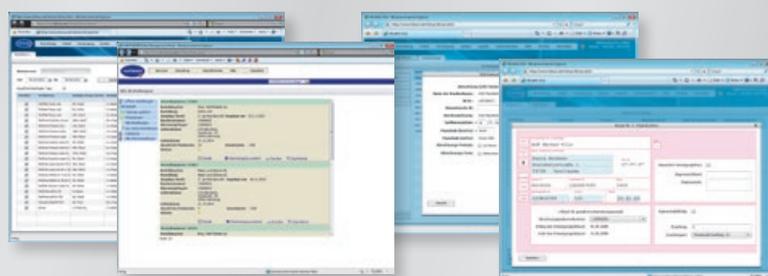
HILMAS in der praktischen Anwendung



Für die Verwaltung der Bewohner und des Versorgungsplans stehen in HILMAS übersichtliche Formulare bereit. Außerdem: graphische Auswertungen und praktische Bewohnerkarten.



- ← Die Bestückung des Rollcontainers erfolgt interaktiv über eine graphische Darstellung.
- ↙ Für das Bestellmanagement und die Warenwirtschaft werden aus den Versorgungsplänen automatisch die Bestellungen erstellt, deren Details sich jederzeit aufrufen lassen.
- ↘ Nach der Eingabe der Krankenkassendaten und der Bewohnerrezepte kann im Abrechnungsmanagement die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Daten gestartet werden.



HILMAS+ Warenwirtschaft

Als durchdachte Gesamtlösung mit Hardware, Software und kompetenter Beratung unterstützt HILMAS+ Warenwirtschaftsmanagement den gesamten Prozess der Warenwirtschaft in der Einrichtung. Im Mittelpunkt steht die Optimierung des Lagers. Unstrukturierte Lager gehören damit der Vergangenheit an: Dank eines handlichen Scanners kann der Bestand jedes Produktes schnell erfasst werden. Dabei hat jedes Produkt, das mit einem Barcode versehen ist, im neu strukturierten Lager seinen festen Platz.

Die Bedarfsmengen sowie der Bestand werden automatisch mit einem vorher im System definierten Sollbestand verglichen, Bestellungen werden über eine einzige Bestellplattform übermittelt. Die elektronische Bestellung eliminiert auch Fehllieferungen: Mengen, Artikelnummern und Verpackungseinheit sind in jeder Bestellung eindeutig definiert. Zugleich ermöglicht das System eine sichere Dokumentation aller Bestellvorgänge. Dank des Ausdrucks der Bestellung kann der Wareneingang außerdem jederzeit mit der Bestellmenge verglichen werden.

Im letzten Schritt wird dann die Ware im Lager an ihrem festen Platz eingeräumt. Das vereinfacht die Bestandserfassung, aber auch die Warenausgabe für die Wohnbereiche deutlich. Durch all diese Funktionen ergibt sich eine Zeitersparnis um bis zu 50 %.

Weitere Informationen zu HILMAS erhalten Sie bei Ihrem HARTMANN Außendienstmitarbeiter.

Der gestörte Stoffwechsel

Der menschliche Körper muss ständig Stoffe aufnehmen, umwandeln, abbauen oder ausscheiden, was Aufgabe des Stoffwechsels ist. Dass bei der Vielzahl der dazu notwendigen, biochemischen Reaktionen auch vieles schiefgehen kann, liegt auf der Hand. Dann kommt es zu meist genetisch bedingten Stoffwechselstörungen.

Risiko Übergewicht: Übergewicht oder gar Fettleibigkeit (Adipositas) ist wahrscheinlich der wichtigste Auslöser von Typ-2-Diabetes und führt zur Entstehung von Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen. Alle diese Erkrankungen zusammen sind wiederum der Boden für die Entwicklung der Arteriosklerose (Arterienverkalkung), die viele gefährliche Herz-Kreislauf-Krankheiten mitverursacht.



Shepherd/Stockphoto

Sauerstoff, Wasser und Nährstoffe wie Eiweiße, Fette, Kohlenhydrate, Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente – das alles braucht der Mensch, um seine Lebensaktivitäten in Gang zu halten. Dabei bedarf es zahlreicher biochemischer Reaktionen, die verschiedenen Stoffe in den Blutkreislauf einzuschleusen und in geeigneter Form an die Zellen zu bringen. Mit dem Atmungssystem wird Sauerstoff aufgenommen und überschüssiges Kohlendioxid abgegeben. Das Verdauungssystem baut aufgenommene Nahrung auf kleinste Bausteine ab, die das Blut übernehmen und zu den Zellen transportieren kann. Hier – in den Zellen – findet dann der eigentliche Stoffwechsel statt: Nährstoffe werden zur Energiegewinnung verbrannt oder zu neuem Baumaterial für die Zellen aneinander gekoppelt. Dabei entstehende Abbauprodukte werden in den Blutkreislauf zurückgegeben und über die Lungen oder die anderen Ausscheidungsorgane aus dem Körper entfernt.

Die einzelnen Stoffe müssen natürlich entsprechend den sehr unterschiedlichen Bedürfnissen des Körpers umgesetzt werden. Deshalb haben wir es mit Stoffwechseln zu tun, die ganz spezialisiert beispielsweise Eiweiße, Fette oder Kohlenhydrate umsetzen, auch wenn sie teilweise die gleichen Zwischenbausteine produzieren.

Was sind die Ursachen für Störungen?

Viele Störungen des Stoffwechsels lassen sich auf erbliche Anomalien im Enzymhaushalt zurückführen, wobei meist ein bestimmtes Enzym fehlt, nicht ausreichend vorhanden ist oder einfach falsch funktioniert. Enzyme sind Eiweiße in einer ganz besonderen Struktur, sodass sie die biochemischen Reaktionen der Stoffwechselvorgänge anregen und beschleunigen oder in eine bestimmte Richtung lenken können.

Die Folgen solcher Enzymdefekte sind dann entweder die Anhäufung von nicht wirksamen oder nicht verwertbaren Stoffen im Körper und/oder eine Minderversorgung der Körperzellen mit den notwendigen Nährstoffen.

Bei anderen Stoffwechselerkrankungen sind dagegen Hormone schuld an der Entgleisung, die ähnlich wie Enzyme viele Stoffwechselaktivitäten steuern. Eine ererbte oder erworbene Über- oder Unterproduktion eines der Hormone führt damit zwangsläufig zu Störungen, die denen bei Enzymmangel ähnlich sind.

Dementsprechend gleichen sich auch die Behandlungsstrategien bei beiden Ursachen: In Frage kommen spezielle Diäten und / oder die Gabe von Medikamenten, die den fehlenden Stoff ersetzen bzw. wieder einen möglichst normalen Ablauf der Stoffwechselvorgänge ermöglichen und sichern.

Der gesunde und natürliche Stoffwechsel kann aber auch auf eine langzeitige Fettleibigkeit (Adipositas), eine sehr ungesunde und einseitige Ernährung sowie starken Alkohol- und Tabakgenuss oder Medikamentenmissbrauch mit mehr oder weniger ausgeprägten Störungen reagieren. Ebenso kann ein unnatürlicher Schlafrythmus auf lange Sicht zu Veränderungen im Biorhythmus des Körpers und daraus resultierend zu Stoffwechselstörungen führen. Bei der Behandlung solcher „selbstverschuldeter“ Stoffwechselstörungen spielt neben Medikamenten eine bewusste Ernährung bzw. eine geeignete Diät – am besten verbunden mit viel Bewegung – eine entscheidende Rolle.

Diabetes mellitus – die häufigste Störung des Kohlenhydratstoffwechsels

Im Mittelpunkt des Krankheitsgeschehens steht dabei das Hormon Insulin: Die im Blut transportierte Glukose kann nicht so ohne weiteres in die Körperzellen gelangen. Der Eintritt in die Zellen ist nur über bestimmte „Pforten“ (Rezeptoren) in den Zellwänden möglich, die zuvor durch Insulin „aufgeschlossen“ werden müssen.

Insulin wird in der Bauchspeicheldrüse produziert. Es kann aber nun der Fall sein, dass diese gar kein Insulin mehr produzieren kann – was den Typ-1-Diabetes ergibt – oder nicht mehr ausreichend Insulin bereitstellt. Dann handelt es sich um einen Typ-2-Diabetes. Bei beiden Formen ist eine erbliche Veranlagung im Spiel, aber während bei Typ-1 eine Virusinfektion als Auslöser diskutiert wird, gelten bei Typ-2 Überernährung mit Bewegungsmangel und nachfolgender Fettleibigkeit als erheb-

liche Risikofaktoren für die Krankheitsentwicklung. Der Typ-2-Diabetes, der früher auch als Altersdiabetes bezeichnet wurde, weil er in der Regel nach dem 50. Geburtstag auftritt, ist übrigens die weitaus häufigere Form, ca. 95 % aller Diabetiker sind davon betroffen.

Zur Behandlung gibt es bei Typ-1-Diabetes nur eine einzige Möglichkeit: Das fehlende Insulin muss gespritzt werden. Bei Typ-2-Diabetes kann mit Gewichtsreduzierung, vollwertiger, kalorienreicher Ernährung und mehr Bewegung oftmals Besserung erzielt werden. Vielfach ist aber auch eine medikamentöse Unterstützung durch sogenannte Antidiabetika erforderlich.

Hyperlipoproteinämie – Störung des Fettstoffwechsels

Der Krankheitsbegriff „Hyperlipoproteinämie“, kurz HLP, bedeutet nichts anderes, als dass sich zu viele Fette im Blut befinden. Wie aber kommt es dazu? Fette und fettähnliche Substanzen, wie das Cholesterin, lösen sich nicht in Wasser, das aber der Hauptbestandteil des Blutes ist. Also brauchen sie Transportvehikel, die Lipoproteine, spezielle Eiweiße, die die Blutfette umschließen. So können sie dann im Blut transportiert werden, ohne die Gefäße zu verstopfen.

Zwei dieser Lipoproteine sind allgemein bekannt: Das eine ist das „Low-Density-Lipoprotein“ (LDL) mit der Aufgabe, Cholesterin von der Leber weg zu den Organen zu transportieren. Das andere, das „High-Density-Lipoprotein“ (HDL), entfernt Cholesterin und Fett aus den Geweben und bringt sie zur Leber zurück. Dabei kann HDL auch bereits an den Gefäßwänden gebundenes Cholesterin wieder herauslösen. Diese Aufgabenteilung hat dazu geführt, dass man vom guten (= HDL) und schlechten (= LDL) Cholesterin spricht. Und es ist

tatsächlich so: Je höher der HDL-Wert ist, desto geringer ist das Arteriosklerose-Risiko. Umgekehrt vergrößert ein zu hoher LDL-Anteil dieses Risiko erheblich.

Zu viel Blutfette können ihre Ursache in einer erblichen Veranlagung haben, aber auch die Folge von anderen Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus, Pankreatitis, Alkoholismus oder Überernährung bzw. Adipositas sein. Behandelt wird dementsprechend die auslösende Grunderkrankung/Ursache mit Einschränkung fett- und cholesterinreicher Nahrungsmittel, der Reduzierung von Übergewicht und/oder der Einnahme von Medikamenten, die die Aufnahme von Cholesterin im Darm hemmen.

Störungen des Eiweißstoffwechsels

Jede der Aminosäuren hat ihren eigenen Stoffwechsel, der für sich falsch ablaufen kann. Deshalb gibt es auch über 70 bekannte Störungen des Eiweißstoffwechsels, wobei einige grundsätzliche Störungsmuster erkennbar sind.

Beispielsweise kann durch Defekte in den entsprechenden Enzymen der Abbau von Aminosäuren gestört sein. Dies ist z. B. der Fall bei der Phenylketonurie, bei der die Aminosäure Phenylalanin nicht abgebaut wird und sich im Blut anreichert. Die Störung kann heute bereits kurz nach der Geburt durch einen Bluttest, den Guthrie-Test, aufgedeckt werden und wird mit einer strengen phenylalaninarmen Diät behandelt. Störungen können sich aber auch bei der Ausscheidung durch die Nieren ergeben. Eine solche Membrantransportstörung ist z. B. die Zystinurie, die die Aminosäure Zystin am stärksten betrifft. Die Erkrankung verläuft über lange Zeit symptomlos, bis es dann zur Bildung von Nierensteinen und weiteren Problemen kommt.

Beispiele für Stoffwechselerkrankungen sind

- Adrenogenitales Syndrom (Störung der Hormonsynthese)
- Diabetes mellitus
- Gicht
- Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion)
- Ketoazidose (Stoffwechselentgleisung bei Diabetes)
- Mukoviszidose
- Osteoporose
- Phenylketonurie
- Thesaurimose (vermehrte Speicherung von Stoffwechselprodukten in Organen oder Zellen)

Headline



Kohlenhydrate – Brennstoff der Zelle

Kohlenhydrate sind unsere wichtigste Energiequelle. Chemisch gesehen stellen sie zusammengesetzte Zucker dar, die nach der Länge ihrer Molekülketten unterschieden werden: in Einfachzucker (= Glukose wie Traubenzucker), Zweifachzucker (= Haushaltszucker) oder Mehrfachzucker (= pflanzliche Stärke wie Reis, Getreide, Kartoffeln). Von diesen Zuckern können die Körperzellen nur die Glukose direkt verwerten, alle anderen müssen im Rahmen der Verdauung erst zu Glukose aufgespalten werden. Nach der Verdauung geht die Glukose über die Darmwand direkt in das Blut über (= Blutzucker) und wird zur Energiegewinnung zu den verschiedenen Körperzellen transportiert.



Eiweiße – Baumaterial des Körpers

Eiweiße, in der Fachsprache auch Proteine genannt, bestehen aus verschiedenen Aminosäuren, die wir zum Aufbau oder zur Erneuerung unserer körpereigenen Proteine benötigen. Von den zwanzig Aminosäuren, die ein Mensch hat, sind acht „essenziell“, d. h. sie können vom Körper nicht selbst zusammengesetzt, sondern müssen mit der Nahrung zugeführt werden. Die Eiweißverdauung beginnt im Magen mithilfe eiweißspaltender Enzyme und wird im Dünndarm fortgesetzt, bis die Eiweiße in ihre einzelnen Aminosäuren zerlegt sind. Diese gelangen dann mit dem Blut in die Leber, wo sie zu den benötigten körpereigenen Proteinen zusammengesetzt werden.

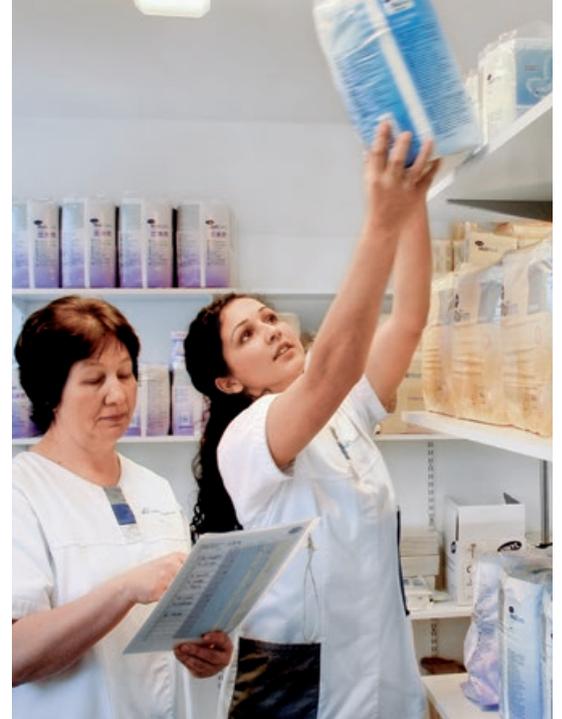


Fette – die Alleskönner

Fette, auch Lipide genannt, liefern hoch konzentriert Energie, dienen als Energiespeicher, Wärmeisolator, Körperbaustoff und Wasserlieferant und sind Träger der lebenswichtigen fettlöslichen Vitamine A, D, E und K sowie der essenziellen Fettsäuren. Die meisten der mit der Nahrung aufgenommenen Fette zählen zu den Triglyzeriden, die aus einem Glycerinmolekül und verschiedenen Fettsäuren – gesättigte, einfach und mehrfach ungesättigte – bestehen. Nicht vergessen werden darf das allseits bekannte „Cholesterin“, eine lebenswichtige, fettähnliche Substanz, die in tierischen Fetten enthalten ist, aber beim Menschen zum Großteil im Körper selbst aufgebaut wird.

Herausforderung Inkontinenzversorgung

Insbesondere bei höhergradiger Inkontinenz ist die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzprodukte notwendig und hilfreich, was sich auch in deren Verordnungsfähigkeit widerspiegelt. Allerdings stellt eine optimierte Versorgung eine große Herausforderung dar, wenn sie gleichermaßen wirtschaftlich sein soll.



Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) befasst sich in seinem 5. Expertenstandard mit den Möglichkeiten, sowohl Harnkontinenz zu erhalten und zu fördern als auch eine identifizierte Harninkontinenz zu beseitigen, weitestgehend zu reduzieren bzw. zu kompensieren. Da die Versorgung inkontinenter Menschen mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten dabei ein bedeutender Teil der Gesamtbehandlung ist, empfiehlt der Expertenstandard auch, kontinenzfördernde Maßnahmen durch eine optimierte Versorgung mit adäquaten Produkten zu ergänzen, die sowohl individuell als auch wirtschaftlich ist.

Diese Vorgaben sind weder für stationäre Altenpflegeeinrichtungen noch für den ambulanten Pflegebereich einfach zu erfüllen, weil sich die Rahmenbedingungen in der Versorgung inkontinenter Menschen verändert haben. Oft wird nur eine Basisversorgung ermöglicht, die den gestellten Aufgaben einer pflegerisch sicheren und wirtschaftlichen Inkontinenzversorgung kaum gerecht werden kann. Zu berücksichtigen ist aber auch der zunehmende Mangel an Pflegefachkräften – speziell von KontinenzberaterInnen –, der dazu führt, dass Beratungen und Anweisungen zur Auswahl und Anwendung eines „passenden“ Produktes nicht in der wünschenswerten Ausführlichkeit erfolgen können.

Voraussetzungen für eine gezielte Versorgung sind genaue Kenntnisse darüber, welche persönlichen Bedürfnisse beim Betroffenen vorliegen und wie ihnen am besten entsprochen werden kann: Wie schwergradig ist die Inkontinenz, wie steht es um Mobilität, körperliche Ressourcen und kognitive Fähigkeiten?



Ein weiteres Problem stellt aber auch die ökonomische Situation im Bereich der Inkontinenzversorgung dar, die sich bei weitem noch nicht entspannt hat. Ganz im Gegenteil: Aufgrund der Überalterung der Bevölkerung wird die Zahl der von Inkontinenz Betroffenen weiter zunehmen, wobei – wie bereits erwähnt – der Anteil inkontinenter Menschen in Pflegeheimen bei ca. 80 % liegt. Davon werden wiederum ca. 90 % mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten versorgt, sodass nach Lösungen zu suchen ist, die dem Betroffenen eine Versorgung ohne Qualitätseinbußen sichern, aber auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot gerecht werden.

Die Lösung heißt: gezielt individuell versorgen

Was bedeutet dieser Lösungsansatz praktisch? Harninkontinenz zeigt sich nicht nur in unterschiedlichen Formen, sondern auch in unterschiedlichen Schweregraden – vom tropfenweisen bis hin zum schwallartigen Urinabgang. Dementsprechend ist das wichtigste Kriterium für die Auswahl des passenden Produktes, die Saugkapazität des Produktes möglichst exakt auf den Schweregrad der vorliegenden Harninkontinenz abzustimmen. Gelingt dies, profitieren alle davon:

- Der Betroffene kann sich rundum sicher fühlen und wieder am „Leben der Gemeinschaft“ teilnehmen, weil das passende Produkt die abgehende Urinmenge zuverlässig aufnimmt und (geruchs-)sicher im Inneren des Saugkörpers bindet.
- Den Pflegenden bleibt zusätzlicher Arbeitsaufwand durch zu häufiges Wechseln erspart, weil das passende Produkt durch seinen optimalen Auslaufschutz Kleidung und Wäsche vor Verschmutzung schützt.
- Und die Kosten lassen sich reduzieren, weil das passende Produkt dazu beiträgt, eine teure Überversorgung zu vermeiden.

Dabei lohnt es sich durchaus, gerade diese Überversorgung als mögliches Einsparpotenzial einmal näher zu betrachten. In einer HARTMANN-Untersuchung vor eini-

gen Jahren konnte nachgewiesen werden, dass mehr als 55 % der 5.000 untersuchten Inkontinenzslips ein Beladegewicht von weniger als 200 ml aufwiesen. Da aber ein Inkontinenzslip mindestens 600 ml sicher speichern kann, wird deutlich, dass in mehr als der Hälfte aller Fälle das Produkt entweder zu früh gewechselt wurde oder für den vorliegenden Inkontinenzgrad klar überdimensioniert war.

Des Weiteren fehlen in den Alten- und Pflegeheimen oftmals auch exakt definierte Versorgungsstandards und effiziente Kostenkontrollsysteme. Wird jedoch der Bedarf jedes einzelnen Bewohners exakt ermittelt und als Pflegestandard auch konsequent etabliert, können durchschnittlich Einsparungen von ca. 20 % erzielt werden. Diese Ergebnisse erbrachten Wirtschaftlichkeits- und Kostenanalysen in mehr als 250 Alten- und Pflegeheimen.

Wichtig: Schweregrad der Inkontinenz ermitteln

Für die kostengünstigste, nämlich eine an den tatsächlichen Schweregrad der Inkontinenz angepasste Versorgung muss natürlich erst einmal bekannt sein: Wieviel Urin geht in welchem Zeitraum unfreiwillig ab?

Sehr hilfreich bei der Ermittlung des Schweregrades ist der Vorlagengewichtstest, auch als Pad-Weight-Test bekannt. Für den Test werden alle von einem Bewohner benutzten Inkontinenzprodukte über einen Zeitraum von 48 Stunden einzeln gewogen, woraus dann durch Zusammenzählen das Gesamtgewicht ermittelt wird. Von diesem Gesamtgewicht wird das Gesamtrockengewicht der eingesetzten Produkte abgezogen. Was verbleibt, ist das Gesamtausscheidungsgewicht für 48 Stunden, das geteilt durch 48 die durchschnittliche Ausscheidungsmenge pro Stunde ergibt. Dabei kann das Grammgewicht 1:1 als ml-Menge genommen werden, das das spezifische Gewicht von Harn mit Wasser fast identisch ist.



Der Expertenstandard zur Förderung der Harnkontinenz gibt für den Vorlagengewichtstest zur Ermittlung des Schweregrades der Inkontinenz einen Zeitraum von 24 Stunden an, was in der Praxis für die Pflegefachkraft mit weniger Aufwand verbunden ist. Dennoch sollte individuell überprüft werden, ob ein 48-Stunden-Vorlagengewichtstest im Einzelfall zuverlässigere Aussagen zulässt.

Des Weiteren ist zu beachten: Inkontinenz kann sich bessern, aber auch zunehmend verstärken. Deshalb ist es wichtig, in regelmäßigen Abständen zu überprüfen, ob die einmal gewählte Versorgungsform insbesondere im Hinblick auf die Saugkapazität des Produktes immer noch die passendste ist.

Entsprechend dem durchschnittlichen Urinverlust in vier Stunden wird die Harninkontinenz eingeteilt in

- leichte Inkontinenz: unter 100 ml
- mittelschwere Inkontinenz: 100 bis 200 ml
- schwere Inkontinenz: 200 bis 300 ml
- schwerste Inkontinenz: über 300 ml

Bei einem Urinverlust unter 100 ml in vier Stunden besteht keine Leistungspflicht der GKV. Eine Verordnung entsprechender Produkte ist nicht möglich.

Stehen die durch den Vorlagengewichtstest ermittelten Inkontinenzschweregrade fest, ist es einfach, aus dem breiten HARTMANN Inco-System das passende Produkt mit der richtigen Saugkapazität auszuwählen. Denn alle Inkontinenzprodukte sind mit einer Farb-codierung versehen, die den vier Schweregraden der Inkontinenz entsprechen: gelb für leichte, grün für mittelschwere, blau für schwere und violett für schwerste Inkontinenz.

Mit HILMAS die Versorgung optimieren!
HILMAS ist die intelligente Softwarelösung zur Optimierung der Inkontinenzversorgung in der institutionellen Pflege. Ausführliche Informationen dazu auf den Seiten 10/11.

Aufsaugende Inkontinenzprodukte sind verordnungsfähig

Die Verordnung von Inkontinenzhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung kommt dann in Betracht, wenn der Einsatz von Inkontinenzhilfen medizinisch indiziert und im Einzelfall erforderlich ist und den Versicherten in die Lage versetzt, Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu befriedigen. Darüber hinaus gibt es Fallgruppen, bei denen Inkontinenzprodukte verordnet werden können:

1. Wenn Betroffene durch Inkontinenzhilfsmittel dazu befähigt werden, wieder am Leben der Gemeinschaft teilzunehmen.
2. Wenn Beschwerden Hautveränderungen hervorrufen und durch ein geeignetes Produkt deren Behandlung unterstützt wird.
3. Wenn schwere Funktionsstörungen vorliegen, etwa eine Halbseitenlähmung mit Sprachverlust, sodass ohne Einsatz von Inkontinenzartikeln Dekubitus oder Hautentzündungen drohen, weil der Abgang von Stuhl oder Urin nicht mitgeteilt werden kann.

Ist eine der genannten Voraussetzungen erfüllt, besteht eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen unabhängig davon, ob sich der von Inkontinenz Betroffene in häuslicher Umgebung aufhält oder in einem Alten- und Pflegeheim untergebracht ist.



Kostenerstattung im ambulanten Bereich: Grundsätzlich können Inkontinenzprodukte als Hilfsmittel vom Arzt verordnet werden. Allerdings ist die Kostenübernahme der Krankenkassen auf Festbeträge beschränkt. Seit dem im April 2007 in Kraft getretenen „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ sind nun zudem Ausschreibungen in den Vordergrund getreten, auf deren Basis die Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern abschließen, die dann anschließend die komplette Versorgung der jeweiligen Versicherten mit Inkontinenzprodukten im Rahmen einer Pauschale übernehmen.

Inkontinenzpauschalen in Alten- und Pflegeheimen: Die Träger von Alten- und Pflegeheimen haben meist die Möglichkeit, mit den Landesverbänden der Krankenkassen Vereinbarungen über die pauschale Abgeltung der Kosten für Inkontinenzartikel für in Alten- und Pflegeheimen untergebrachte Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen zu treffen. Die Höhe der Pauschalen variiert nach Bundesländern. Auch in diesem Bereich sind Ausschreibungen möglich.

Wichtig: Inkontinenzprodukte sind Hilfsmittel und fließen nach § 84 SGB nicht in das Arzneimittelbudget ein. Auf dem Rezept ist die Zahl 7 für Hilfsmittel anzukreuzen.

Dieses Bild kann aus lizenzrechtlichen Gründen nicht angezeigt werden.

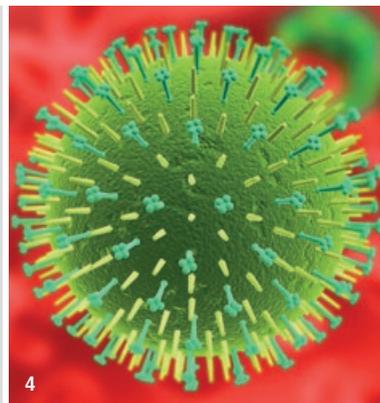
1

Dieses Bild kann aus lizenzrechtlichen Gründen nicht angezeigt werden.

2

Dieses Bild kann aus lizenzrechtlichen Gründen nicht angezeigt werden.

3



4

Eranon/Stockphoto

Mit Impfungen & Hygiene Infektionsrisiken senken

Immer wieder wird in der Presse das Thema Impfmüdigkeit und die daraus resultierenden, riskanten Lücken im allgemeinen Impfschutz aufgegriffen. Angehörige der Gesundheitsberufe sollten sich jedoch bewusst sein, dass Impfungen und ein hygienebewusstes Verhalten nach wie vor der sicherste Schutz vor Infektionen sind.

Gefährliche Viren (oben):

(1) **Hepatitis-B-Virus (HBV), Neigung zur Chronifizierung (5-10 % der Fälle) mit erhöhtem Risiko für Leberzirrhose und Leberkrebs. Impfung ist möglich.**

(2) **Hepatitis-C-Virus (HCV), hohe Chronifizierungsrate von weit über 50 % mit ebenfalls erhöhtem Risiko für Leberzirrhose und Leberkrebs, Impfschutz nicht verfügbar.**

(3) **Norovirus, häufigster Auslöser viraler Magen-Darm-Erkrankungen mit epidemieartiger Ausbreitung, am Impfstoff wird gearbeitet.**

(4) **Influenzavirus, Auslöser der echten Virusgrippe, saisonale Impfstoffe sind vorhanden.**

Leider können noch längst nicht alle gefährlichen viralen und bakteriellen Infektionskrankheiten durch Impfungen bekämpft werden. Aber die Impfungen, die uns heute zur Verfügung stehen, haben sicherlich unseren Lebensraum entweder weltweit oder auch nur regional begrenzt etwas weniger bedrohlich gemacht, denn sie gehören zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, die in der Medizin bereitstehen. Moderne Impfstoffe sind dabei gut verträglich und unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen werden nur in seltenen Fällen beobachtet.

Unmittelbares Ziel einer Impfung ist es, den Geimpften vor einer ansteckenden Krankheit zu schützen. Schutzimpfungen aber haben nicht nur eine Wirkung auf die geimpfte Person, was man als Individual-

schutz bezeichnet, sondern können indirekt auch nicht geimpfte Menschen vor einer Erkrankung schützen, da sie durch ihren Impfschutz die weitere Verbreitung einer Infektionskrankheit stoppen oder verringern.

In Deutschland besteht keine gesetzliche Impfpflicht. Das Bundesministerium für Gesundheit hat jedoch mit der **Ständigen Impfkommission (STIKO)** am Robert Koch-Institut ein unabhängiges Expertengremium für Impfeempfehlungen berufen. Die STIKO empfiehlt, welche Impfungen von hohem Wert für den Gesundheitsschutz des Einzelnen und der Allgemeinheit sind. In einem regelmäßig aktualisierten Impfkalendarer werden dabei sowohl die Grundimpfungen für Säuglinge als auch die notwendigen Auffrischungen im Jugend- und Erwachsenenalter definiert.

Neben diesen Grundimpfungen, die jeder haben sollte, sind je nach der persönlichen Risikosituation weitere Impfungen, sog. Indikationsimpfungen, sinnvoll. Dazu zählen beispielsweise Impfungen bei Fernreisen (z. B. gegen Gelbfieber), für spezielle Berufsgruppen wie im Gesundheitsdienst oder der Forschung (z. B. gegen Hepatitis A und B) oder für bestimmte Altersgruppen (z. B. Grippe-Impfung bei über 60-Jährigen). Gesetzlich Versicherte haben einen kostenfreien Anspruch auf empfohlene Schutzimpfungen, wovon allerdings Schutzimpfungen für private Auslandsreisen ausgenommen sind.

Wer trägt welches Infektionsrisiko?

Das Infektionsrisiko für die verschiedenen Bevölkerungsgruppen ist ganz unterschiedlich gewichtet. Sehr gefährdet sind zunächst Säuglinge und Kleinkinder, die ein funktionierendes Immunsystem erst im Laufe ihrer Entwicklung aufbauen müssen. Eine Reihe von Impfungen zur Aktivierung bzw. Unterstützung des körpereigenen Immunsystems betrifft deshalb auch typische Kinderkrankheiten wie Diphtherie, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern oder Windpocken. Ein gesunder Erwachsener mit einem Impfschutz aus der Kindheit und aus Auffrischimpfungen ist dann ziemlich gut gerüstet gegen die unsichtbaren Feinde. Kranke und alte Menschen tragen hingegen wieder ein erhöhtes Risiko, weil ihr Immunsystem durch die Auswirkungen von Krankheiten oder die biologischen Alterungsvorgänge in seiner Abwehrkraft mitunter stark beeinträchtigt ist.

Kooperationszentrum für Impfstoffe

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Ende August 2013 ein WHO-Kooperationszentrum für Impfstoffe (WHO-CC) am Paul-Ehrlich-Institut in Langen ernannt.

Als „**WHO-Kooperationszentrum für die Standardisierung und Bewertung von Impfstoffen**“ unterstützen nun die Impfstoff-Experten des Paul-Ehrlich-Instituts in den kommenden vier Jahren gemeinsam mit internationalen Partnern die WHO bei der Entwicklung und Umsetzung von internationalen Normen und Standards. Die Arbeit des WHO-CC wird die Vision der „Decade of Vaccines“ von einer Welt aufgreifen, in der alle Menschen gleichermaßen Zugang zu wirksamen und sicheren Impfstoffen haben. Denn Infektionskrankheiten bedrohen den Wohlstand und Fortschritt der Menschen in aller Welt.

Für die WHO besonders wichtig ist dabei die Expertise und Erfahrung des Paul-Ehrlich-Instituts in der wissenschaftlichen und regulatorischen Beratung zur Entwicklung von Impfstoffen.

Ein sehr hohes Infektionsrisiko tragen schließlich alle Angehörigen der Gesundheitsberufe. Denn neben den Infektionen, denen alle ausgesetzt sein können, sind sie durch ihren Umgang und ihre Behandlungs- und Pflegetätigkeiten mit potenziell infizierten Patienten besonders gefährdet.

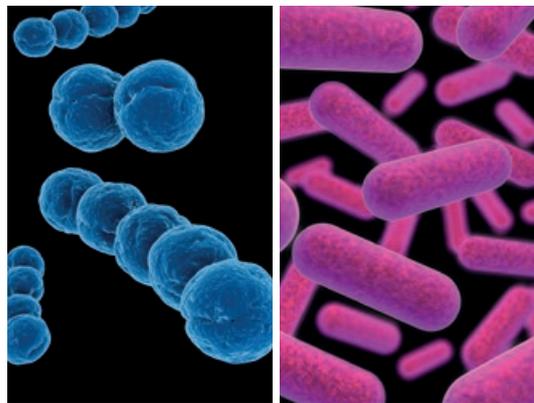
Wo liegen besondere Infektionsrisiken?

Mit einem außerordentlich hohem Risiko ist der Umgang mit Blut, Blutprodukten oder Körperflüssigkeiten belastet, da in der täglichen Praxis zumeist nicht bekannt ist, ob der Patient bzw. Bewohner infektiös ist. Die Übertragung von Viren kann durch Stich- und Schnittverletzungen an kontaminierten Kanülen, Lanzetten oder Skalpellen erfolgen, aber auch durch Kontamination mit Sekretspritzern auf Schleimhäute (Mund, Nase, Augen) sowie intakte oder geschädigte Haut.

Zu den schlimmsten Folgen dieser durch Blut und Körpersekrete übertragbaren Virusinfektionen gehören Hepatitis B und C oder HIV. Auch wenn das Risiko einer Infektion laut Robert Koch-Institut in Deutschland zahlenmäßig sehr gering ist, muss auf diese (lebens-)bedrohlichen Infektionen hingewiesen werden. Denn im HIV-Infektionsfall steht der tödliche Verlauf dahinter, bei Hepatitis B und C das erhöhte Risiko zur Entwicklung von Leberzirrhose und Leberkrebs.

Weniger dramatisch verlaufen – zumindest bei gesunden Erwachsenen – Infektionen durch Influenza oder Noroviren. Sie stellen aber gerade in Alten- und Pflegeheimen ein großes Problem dar, weil sich die Viren epidemieartig ausbreiten können. Erkranken dann Bewohner und Mitarbeiter(innen), ist das in der Regel mit erheblichen Aufwendungen und Kosten verbunden. Sind Schutzimpfungen möglich, wie beispielsweise gegen Grippe, ist eine vollständige „Durchimpfung“ von Bewohnern und Personal anzustreben, um insbesondere abwegeschwächte, multimorbide Bewohner zu schützen.

Nicht vergessen werden darf die Gefährdung durch die zunehmende Zahl multiresistenter Bakterien. Am bekanntesten ist der multiresistente Staphylococcus



Mithilfe der Gramfärbung können Bakterien nach dem Aufbau ihrer Zellwände in grampositive (blaue) und gramnegative (rote) Bakterien eingeteilt werden. Da grampositive und gramnegative Bakterien im Infektionsfall oft nur mit unterschiedlichen Antibiotika bekämpft werden können, ist die Gramfärbung u. a. ein wichtiges Verfahren zur Diagnostik von Infektionskrankheiten.

aureus (MRSA), von dem sich Stämme auch außerhalb des Krankenhauses in der Allgemeinbevölkerung ausbreiten. Ein typisches Merkmal dieser CA-MRSA-Stämme (community-associated MRSA) ist ihre besonders leichte Übertragbarkeit durch Hautkontakte. Vor allem Kinder, die als Angehörige des Personals und der Bewohner mit diesen Kontakt hatten, erkrankten häufig an durch CA-MRSA ausgelösten kutanen Infektionen.

Infektionsprävention durch Hygiene

Unabhängig davon, ob eine Schutzimpfung zur Infektionsprävention möglich ist, kann auf ein hygienebewusstes Verhalten auf keinen Fall verzichtet werden. Welche Maßnahmen im Einzelfall dabei erforderlich sind, ist abhängig von der Art der Infektionsgefährdung. Abgesehen von den Maßnahmen der Expositionsprophylaxe nach Empfehlungen und Richtlinien verschiedener Organisationen und Institute* und den Sofortmaßnahmen bei Unfällen durch Nadelstichverletzungen werden vielfach die Maßnahmen der „Basishygiene“ ausreichend sein. Sie beinhaltet als zentrales Element die Händehygiene, Einmalhandschuhe / Untersuchungshandschuhe, Einmal-Schutzkittel bzw. Plastikschrürze bei zu erwartendem direkten Kontakt mit Körperflüssigkeiten, Mund-/Nasenschutz und Schutzbrille, wenn mit dem Verspritzen von Körperflüssigkeiten bzw. Aerosolen zu rechnen ist, sowie eine sachgemäße Flächendesinfektion und -reinigung und Medizinprodukte-Aufbereitung.

* Beispielsweise die Centers of Disease Control and Prevention (CDC) oder das Robert Koch-Institut (RKI), aber auch die technischen Regeln für „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ (TRBA 250)

Die Geschichte der Impfmedizin

Seuchen und um sich greifenden Infektionskrankheiten standen die Ärzte in Europa bis ins 18. Jahrhundert weitgehend hilflos gegenüber. Insbesondere die Pocken waren mit einer Sterblichkeitsrate von 30 % und von Narben entstellten Überlebenden eine weitverbreitete Krankheit. Die Menschen hatten jedoch entdeckt, dass Überlebende sich nicht noch ein zweites Mal anstecken konnten. Es wird vermutet, dass daher schon rund 200 v. Chr. in Indien und China mit der Methode experimentiert wurde, Menschen zu immunisieren, indem ihnen Erreger von schwachen Krankheitsverläufen verabreicht wurden. Und auch den Türken des 18. Jahrhunderts werden ähnliche Verfahren zugeschrieben.

Diese Idee griff der englische Arzt Edward Jenner 1796 wieder auf und infizierte einen Jungen mit Kuhpocken – woraufhin dieser gegen die Pocken immun war. Die Herkunft des Impfstoffes erklärt auch den Namen der Technik: „Vaccination“ nach dem lateinischen „vaccinus“, was „von der Kuh stammend“ bedeutet.

Trotz dieser Erfolge war der eigentliche Auslöser von Infektionskrankheiten weiterhin unbekannt. Das sollte sich erst ändern, als 1864 Louis Pasteur die Keimtheorie entwickelte und Robert Koch 1876 den Milzbranderreger sowie 1881 das Tuberkulose-Bakterium nachwies.

Pasteur entwickelte in den folgenden Jahren dann gemeinsam mit Emil Roux Impfstoffe gegen Milzbrand und Tollwut, bis 1890 von Paul Ehrlich, Emil von Behring und Shibasaburo Kitasato ein Verfahren zur passiven Immunisierung bei Diphtherie und Wundstarrkrampf entwickelt wurde.

Darauffin begannen umfangreiche nationale Impfprogramme, so dass zahlreiche Krankheiten inzwischen fast ausgerottet werden konnten. 1980 erklärte die WHO die Welt für pockenfrei und drei der sechs WHO-Regionen gelten zudem als frei von Kinderlähmung. Auch traten seit 2000 in Deutschland keine Fälle von Diphtherie mehr auf.

HARTMANN FORUM Seminare – Programm für 2014 liegt vor

Das flexible und kostenorientierte Konzept der HARTMANN FORUM Inhouse Seminare sowie der Intensivseminare zur Fort- und Weiterbildung garantiert seit Jahren eine individuelle Mitarbeiterqualifikation. Jetzt liegt das Programm 2014 vor, das aktuell um einige Seminare in den Bereichen Pflegepraxis und Management erweitert wurde.

Für detaillierte Fragen und zur Beratung steht Ihnen der Seminarservice gerne zur Verfügung. Hier können Sie auch das Seminarprogramm 2014 anfordern.

Frau Dagmar Obele,
PAUL HARTMANN AG,
Seminarmanagement,
Telefon 0 73 21 / 36-3277,
Telefax 0 73 21 / 36-4277,
E-Mail: dagmar.obele@hartmann.info oder
seminare@hartmann.info

Wir erstellen Ihnen gerne ein Angebot.



Die HARTMANN FORUM **Inhouse Seminare** sind bis ins letzte Detail so gestaltet, dass sie „maßgeschneidert“ den individuellen Anforderungen und Gegebenheiten in den jeweiligen Einrichtungen gerecht werden.

- Inhouse Seminare werden direkt in der Einrichtung abgehalten. Dies spart Zeit und Kosten, weil Fahrtkosten für die Mitarbeiter entfallen und auch keine Übernachtungskosten entstehen. Die Seminarzeit entspricht der reinen Arbeitszeit.
- Für den Auftraggeber ist ein Inhouse Seminar mit wenig Aufwand verbunden. Er bestimmt, wie viele Personen am Seminar teilnehmen und stellt entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung.
- Der Seminartermin wird vom Auftraggeber gemeinsam mit HARTMANN als Veranstalter festgelegt.

- Ein Inhouse Seminar dauert üblicherweise einen Tag, kann aber auf Kundenwunsch auch über zwei oder mehrere Tage abgehalten werden.
- Die Inhouse Seminare basieren auf dem neuesten Stand aus Pflegepraxis und Management (Themenauswahl siehe Infobox). Dabei arbeitet HARTMANN mit namhaften Branchenexperten zusammen, die im Rahmen des Themas auch konkrete Abläufe und Problemstellungen aus dem Pflegealltag der jeweiligen Einrichtung aufgreifen und deren Wünsche im Hinblick auf die Gestaltung der Seminare berücksichtigen.
- Jeder Teilnehmer erhält eine Teilnahmebescheinigung als Fortbildungsnachweis. Bei einer freiwilligen Registrierung können außerdem 8 Punkte pro Seminartag geltend gemacht werden (www.freiwilligeregistrierung.de).

Die nicht inhouse abgehaltenen, fünf- bzw. achttägigen HARTMANN **Intensivseminare** bieten Einrichtungen die Möglichkeit, ausgewählte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Experten ausbilden zu lassen und damit die Einrichtung auf heutige und kommende, pflegerische sowie medizinische Herausforderungen durch Expertenwissen vorzubereiten. Der Abschluss der Intensivseminare besteht in Zertifizierungen, die sowohl in der Fachwelt als auch durch den Gesetzgeber als Expertise anerkannt werden.

Seminarübersicht Expertenstandards, Pflege- und Managementthemen & Intensivseminare

Pflegethemen nach Expertenstandards

- Management von Expertenstandards – **neu**
- Expertenstandard Express
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege
- Pflege bei chronischen Schmerzen – **neu**
- Schmerzmanagement in der Pflege
- Sturzprophylaxe in der Pflege
- Dekubitusprophylaxe in der Pflege
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
- Entlassungsmanagement in der Pflege
- Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege

Pflegethemen (Beispiele)

- Pflegeplanung und Pflegedokumentation
- Kontraktprophylaxe
- Umgang mit demenziell erkrankten Menschen
- Konzepte für Menschen mit Demenz
- demenz balance-modell c
- Palliativpflege

- Basale Stimulation
- Kinästhetik
- Aktivierung und Mobilisierung
- Hygienemanagement
- Behandlung chronischer Wunden und Kompressionstherapie
- Diabetes mellitus
- Medizinisch-pflegerische Notfallsituationen
- Wunddokumentation – praxisnah und aktuell
- Kundenorientierung im Arbeitsalltag – Serviceverständnis als professionelle Haltung im Beruf
- Deeskalation – Konfliktverhalten im Umgang mit Pflegepatienten
- Umgang mit schwierigen Kollegen

Managementthemen (Beispiele)

- Arbeit muss Spaß machen – **neu**
- Das Organisationsprinzip der stationären Tourenplanung – **neu**
- Der Regelkreis der Einsatzplanung / Nettoarbeitszeit

- Arbeitgeberattraktivität steigern – Wettbewerb um Fachkräfte gewinnen
- Machen Sie Ihre Mitarbeiter zu Pflegestufenexperten
- Vorschriften und Gesetze im Pflegealltag
- Fachkräftemangel durch Management sicher bewältigen
- Marketing und Belegungsmanagement für Pflegeeinrichtungen
- Erfolgreiche Führung in der Altenhilfe
- Risikomanagement und Pflegecontrolling
- Vorbereitung für die MDK-Qualitätsprüfung
- Hausgemeinschaften in der stationären Altenpflege

Intensivseminare (nicht inhouse!)

- Fortbildung zur Fachkraft für Kontinenzstörungen bei älteren Menschen
- Fortbildung zum Pflegeexperte für Kontinenzförderung
- Fortbildung ambulantes Operieren für medizinische Fachangestellte

Webwatch



Für bessere Lebenssituation rheumakranker Menschen

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V. ist mit mehr als 1.400 Mitgliedern die größte medizinische Fachgesellschaft in Deutschland im Bereich der Rheumatologie. Seit über 80 Jahren ist es ihr Ziel, durch Wissenschaft und Forschung die Möglichkeiten zur Behandlung von Menschen mit Rheuma zu verbessern. Mitglieder der DGRh sind Ärzte, Psychologen, Natur- und Sozialwissenschaftler, aber auch Verbände, Institutionen und Organisationen, die die Zielsetzung der DGRh unterstützen. Die Internetseite beantwortet Fragen zu sämtlichen Rheuma-Erkrankungen, von der Arthritis bis zum Fibromyalgiesyndrom, informiert über neueste Erkenntnisse der Forschung, über die Behandlung und Versorgung von Patienten und vieles mehr. www.dgrh.de.

Antworten zu allen Erkrankungen der Schilddrüse

Welche Beschwerden treten bei Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion auf, was ist ein heißer Knoten, welche Untersuchungsmöglichkeiten gibt es, was passiert bei der Radiojod-Therapie, wann ist eine Operation erforderlich, wie wird medikamentös behandelt, wo finde ich einen Schilddrüsen-Spezialisten in meiner Nähe? Diese und viele andere Fragen rund um die Schilddrüse finden Ratsuchende auf der Internetseite www.schilddruese-und-mehr.de.



Die richtige Ernährung bei Diabetes und bei Gicht

Wie ernährt man sich bei Diabetes mellitus oder bei Gicht richtig? Ist eine strenge Diät erforderlich oder genügt es, auf bestimmte Kriterien zu achten?

Das Deutsche Ernährungsberatungs- und -informationsnetz (DEBInet), das von Ärzten, Diätassistenten und Oecotrophologen (Ernährungswissenschaftlern) initiiert wurde, gibt Interessenten patientengerecht aufbereitete Ernährungsinformationen zu sämtlichen Fragen. www.ernaehrung.de

Impressum

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

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 2013 dreimal jährlich.
Ausgabe: 3 / 2013. ISSN-Nr. 0949-5363.
ISSN für die Online-Ausgabe 2195-2043
Titelbild: SquaredPixels / 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

5 edle Thermoskannen zu gewinnen



Ob eine schöne Tasse Kaffee oder ein heißer Tee – in der Alfi-Thermoskanne Bono bleibt alles wunderbar warm. Und mit der mattierten Oberfläche aus hochwertigem Edelstahl sieht die einen Liter fassende Thermoskanne auch besonders edel aus. Sie verfügt zudem über eine praktische Einhand-Ausgießtaste und einen handlichen Kunststoffgriff. Der vakuumgepumpte Topthermo-Isolierkörper ist unzerbrechlich.

Wenn Sie eine dieser Thermoskannen gewinnen möchten, senden Sie bitte eine frankierte Postkarte mit dem Lösungswort an die PAUL HARTMANN AG, Kennwort PflegeDienst, Postfach 1420, 89504 Heidenheim.

Beim Preisrätsel in **PflegeDienst** 2/2013 gab es drei Trolleys zu gewinnen. Die Gewinner sind: P. & H. Eismann, Berlin, H. Schmidt, Bestwig, G. Metzger, Stuttgart.

Einsendeschluss ist der **24.01.2014**. Gewinner im nächsten Heft. Auflösung unter <http://pflagedienst.hartmann.de>

LÖSUNGSWORT:

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

natürlich entstandener Flusswall	▼	Lied in der Oper	Bergvolk im Norden Nepals	▼	feiner Schmutz	alkoholisches Getränk	▼	eh. Name d. indischen Stadt Varanasi	Fußballmannschaft	Wind-schatten-seite des Schiffes	ständig mäkelnder Mensch
beinahe, nicht ganz	▶				mit Windkraft (über Wasser) fahren						
feierlich stimmend, weihewoll	▶							Name von 13 Päpsten	▶		
niederländischer Stargeiger (André)	▶				Aufgussgetränk						
bei Stoffen: robust, fest, widerstandsfähig	▶				Adresse (Abk.)			Vereinsatzung		Gewebe mit weicher Flordecke	Flüsschen in Thüringen
das Gebiet um eine Stadt		Südost-asien		Missgunst		Würz- und Konservierungsflüssigkeit	▶				
▶						Viehunterkunft	▶				
Zeichnung im Holz	▶					Bleisiegel, Bleiverschluss		Frau, die ein fremdes Kind stillt u. betreut	▶		
deutscher Name der Rebsorte für Fendant	▶	Frauenboot der Eskimos		Himmelswesen		zugunfähig beim Schach	▶				ung.-östr. Operettenkomponist † (Franz)
▶								waagrecht Bauglied		Wickelgewand indischer Frauen	Boden, Untergrund
▶				ein-farbig		europäisches Meer	▶				
Vorzeichen, Vorbedeutung		vulkanisierter Kautschuk	▶					linker Nebenfluss des Rheins	▶		
▶						kleines, geländegängiges Fahrrad	▶				
Stadt in Baden-Württemberg		alt-römischer Grenzwall	▶					West-europäer	▶		

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.



Weil Altershaut durch Inkontinenz stark beansprucht wird: Menalind® professional protect.

Aggressive Substanzen in Stuhl und Urin greifen die Barrierschicht der Haut an und machen sie durchlässig für Bakterien, wodurch es zu Entzündungen und Hautirritationen kommen kann.

Wie vermeidet man Hautirritationen, die durch Harn- und/oder Stuhlinkontinenz hervorgerufen werden, ohne die Saugleistung von Inkontinenzprodukten zu beeinträchtigen?



Menalind® professional: transparente Hautschutzcreme

- Schützt die Haut im Intimbereich vor aggressiven Substanzen in Stuhl und Urin.
- Enthält den Nutriskin Protection Complex, der die Barrierefunktion und Regeneration der Haut unterstützt.
- Bildet eine transparente Schutzschicht, die die Haut atmen lässt.
- Zieht sehr gut ein und spendet Feuchtigkeit durch die Wasser-in-Öl-in-Wasser-Emulsion.
- Schränkt die Saugleistung von Inkontinenzprodukten nicht ein.
- Ohne Zinkoxid.
- Mit neuem frischem Duft und Odour Neutralizer zur Neutralisierung unangenehmer Gerüche.

Weitere Informationen erhalten Sie auch telefonisch unter 0800 2 843647* oder unter www.menalind.de

*Dieser Anruf ist kostenfrei aus dem gesamten deutschen Festnetz und Mobilfunknetz.



hilft heilen.