

DGKS KARIN GRÖSSING, KONTINENZ-UND STOMABERATERIN,  
WWW.KONTINENZKOMPETENZ.AT

# Pflegekompetenz bei Inkontinenz im Widerstreit zur Wirtschaftskompetenz von Pflegefachkräften

basierend auf der Abschlussarbeit im Rahmen der 2. Weiterbildung  
zur Kontinenz-und Stomaberatung im AKH Wien 2009

von Karin Grössing

2011

KARIN GRÖSSING, WIMBERGERGASSE 33/23, A-1070 WIEN,  
TEL.+43 (0)699 17 249 537

## **Abstract**

Ich habe mich im Rahmen der „Weiterbildung Kontinenz- und Stomaberatung“ mit folgender Frage beschäftigt:

Kann ein Support durch Kontinenz- und StomaberaterInnen einer Profit-Organisation, den pflegerischen Einsatz von aufsaugenden Inkontinenzprodukten im geriatrischen Bereich ökonomischer und transparenter gestalten?

Als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester (DGKS), beschäftigt bei einer Profit-Organisation (HerstellerIn von aufsaugenden Inkontinenzprodukten), bin ich nicht nur durch pflegerische Kompetenz, sondern auch durch wirtschaftliches Denken und Handeln gefordert.

Meine langjährigen Erfahrungen im geriatrischen Bereich haben gezeigt, dass dieses Denken und Handeln bei Pflegepersonen noch sehr im Hintergrund steht.

Meiner Meinung nach wurzelt dieses Defizit stark in der Geschichte der Pflege, aber auch in Wissensdefiziten die Pflege bei Inkontinenz betreffend, sowie in mangelndem Wissen von Ökonomie im Pflegealltag.

2

Ich sehe meine Aufgabe darin, dieses Wissen zu vermitteln, gepaart mit Erfahrungen aus der Praxis, unterstützt in der vorliegenden Arbeit durch Dr. Kozon, der mich „Zur Entstehung der beruflichen Krankenpflege in Österreich“ (Walter, 2003) gebracht hat.

Ein wesentlicher Baustein zur Wissensvermittlung liegt auch im angeführten Umsetzungskonzept, das seinen Schwerpunkt in Schulungsmaßnahmen setzt, um die oben angeführte Frage eindeutig mit ja zu beantworten.

Es wurde bewusst auf eine geschlechtssensible Sprache Wert gelegt (vgl. Sprachleitfaden, FH Campus Wien, 2006).

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>4</b>
1.1.	Der schnöde Mammon und die edle Pflege im Widerstreit?	5
<b>2</b>	<b>FACHWISSEN UND WIRTSCHAFTLICHKEIT</b>	<b>6</b>
2.1.	Support	6
2.2.	Geriatric	6
2.3.	Kontinenz-und StomaberaterInnen (KSB)	7
2.4.	Die Geschichte der Pflege	9
2.5.	Kontinenz – Inkontinenz	16
2.6.	Qualität und Funktionalität von aufsaugenden Inkontinenzprodukten	19
<b>3</b>	<b>UMSETZUNG</b>	<b>22</b>
3.1.	Schulungs- und Umsetzungsmaßnahmen beim pflegerischen Einsatz von aufsaugenden Inkontinenzprodukten unter gleichzeitiger Berücksichtigung ökonomischer Aspekte in transparenter Gestaltung	22
<b>4</b>	<b>SCHLUSSBETRACHTUNG</b>	<b>26</b>
	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>29</b>
	<b>DANKSAGUNG</b>	<b>30</b>

# 1 EINLEITUNG

Nicht nur seit der vielzitierten **Wirtschaftskrise** ist man gefordert auch im Gesundheits- und Sozialbereich das Budget im Auge zu behalten.

Medienberichten zufolge ist die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems einem Kollaps nahe.

Besonders heikel ist die Situation im geriatrischen Bereich, denn bei einem prognostischen Bevölkerungswachstum Österreichs auf **9,52 Mio.** im Jahr 2050, verschiebt sich vor allem die Altersstruktur deutlich hin zu den älteren Menschen. Stehen derzeit **22%** der Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren, so werden es langfristig (cirka ab 2030) sogar mehr als **30%** sein (vgl. Statistik Austria – Bevölkerungsprognosen, März 2009).

**Alter und Inkontinenz** stehen in einem engen Zusammenhang.

Ich halte das Thema Inkontinenz für eines der spannendsten Pflegeethemen, mit all seinen Dimensionen und dazu gehört auch der wirtschaftliche Aspekt.

4

Seit Jahren betreue ich als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester (DGKS) mit Spezialisierung auf das Thema Inkontinenz auch geriatrische Langzeitpflegeeinrichtungen und es gibt zwei entscheidende Gründe für Institutionen meine, beziehungsweise die Dienste der Industrie im Sinne von KundInnenorientierung in Anspruch zu nehmen:

1. explodierende **Kosten** der Inkontinenzversorgung mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten
2. Defizite bei der **Pflege** von inkontinenten Menschen

Unterschiedlich hoch ist auch das Konfliktpotential gekoppelt an diese Thematik, meiner Meinung nach basierend auf Vorurteil und Wissensdefizit.

**Vorurteil:** Pflegepersonen haben keine Ahnung und kein Interesse an wirtschaftlichen Zusammenhängen am Arbeitsplatz.

**Wissensdefizit:** Inkontinenz im geriatrischen Bereich ist zwar täglich vorhanden, wird aber selten in der gesamten Dimension wahrgenommen. Wahrgenommen wird der Arbeitsaufwand und die damit verbundene Belastung.

Firmen (Profit-Organisationen) haftet oftmals der Ruf der Keilerei an, Institutionen (Non Profit-Organisationen) der Ruf der Bestechlichkeit.

Ein Kollege (Pfleger) hat mich einmal gefragt, ob das, was ich tue (für eine Profit-Organisation zu arbeiten) nicht Verrat an der Pflege sei. Dies zeigt sehr deutlich die Haltung von Pflegepersonen gegenüber der Wirtschaft / der Industrie. Doch ohne Industrie und den Pflegefachkräften in der Industrie wäre Fortschritt in der Pflege kaum möglich.

### **1.1. *Der schöne Mammon und die edle Pflege im Widerstreit?***

Ich behaupte, dass wir Pflegepersonen mehr Pflege- und Wirtschaftskompetenz besitzen, als man uns oftmals zutraut, unabhängig davon ob wir in Profit- oder Non-Profit-Organisationen tätig sind.

5

Eine gewagte Behauptung und dies anhand von Literatur zu beweisen, ist nicht ganz einfach.

*Wer die Vergangenheit kennt,  
kann die Gegenwart verstehen  
und die Zukunft gestalten.*

So bin ich bei meiner Literatursuche zu den Wurzeln beruflicher Pflege hinabgestiegen und habe mich dann hochgearbeitet ins Hier und Jetzt.

Besonders hilfreich wurde ich von Dr. Kozon mit seinem umfangreichen Wissen über die Geschichte der Pflege unterstützt.

Das „Positionspapier der Kontinenz- und StomaberaterInnen Österreichs“ und der „Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ sind zeitgemäße Orientierungshilfen.

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) darf nicht fehlen, wenn wir auf der sicheren Seite sein wollen.

Alt, aber gut, finde ich die Definition von Kontinenz aus dem Buch „Pflege Inkontinenter“ von Erich Grond aus dem Jahr 1997, weil in dieser Definition unter anderem die wesentliche Aufgabe von Kontinenzberatung implementiert ist.

Trotz intensiver Suche im Internet und auch Anfragen bei den Krankenkassen, konnte ich keine aussagekräftige Literatur über den wirtschaftlichen Einsatz von aufsaugenden Inkontinenzprodukten im geriatrischen Bereich finden, lediglich firmenspezifische Kostenkontrollprogramme und meine persönlichen Erfahrungen.

## 2 Fachwissen und Wirtschaftlichkeit

### 2.1. Support

Unter Support (Anglizismus, v.engl. *support* = die Stütze; *to support* = unterstützen) versteht man eine problemorientierte Beratungs-/Unterstützungstätigkeit (vgl. wikipedia,support,2009).

Kaum ein Dienstleistungsbereich der heute ohne Support auskommt. Von besonderer Bedeutung ist der Support durch Kontinenz- und StomaberaterInnen (KSB) im geriatrischen Bereich, speziell in geriatrischen Langzeitpflegeeinrichtungen und Geriatriezentren.

### 2.2. Geriatrie

Die **Geriatrie**, auch *Altersmedizin* oder *Altersheilkunde*, ist die Lehre von den Krankheiten des alten Menschen.

Bei Inkontinenz in der Geriatrie handelt es sich nicht um eine **Alterskrankheit**, sondern um ein **Alterssyndrom**.

Als Syndrom bezeichnet man das gleichzeitige, gemeinsame Auftreten verschiedener Symptome oder Merkmale. Alterssyndrom heißt also die Anhäufung mehrerer Einzelsymptome, die in dieser Kombination zwar typisch für die Altersgruppe sind, ihre Ursache jedoch in ganz verschiedenen Krankheiten (gleichzeitig) haben kann (vgl. wikipedia, Geriatrie,2009).

Im **Geriatrischen Assessment** wurden 1993 folgende Schritte erarbeitet:

im ersten Schritt, dem **Screening**, wird mittels standardisiertem Fragebogen nach Leistungseinbußen oder Beschwerden geforscht, unter anderem nach Harn- und Stuhl-inkontinenz, neben Ernährung, Beweglichkeit und mehr.

Im zweiten Schritt wird das **Basis-Assessment** durchgeführt, hierbei handelt es sich hauptsächlich um Tests, wie zum Beispiel Gedächtnistest, Barthel-Index und andere (vgl. Wikipedia, Geriatrisches Assessment, 2009).

### **2.3. Kontinenz-und StomaberaterInnen (KSB):**

KSB sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit mehrjähriger Berufserfahrung und nach absolvierter Weiterbildung „Kontinenz- und Stomaberatung“ im Rahmen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (§ 64 GuKG).

**§ 64 des GuKG besagt:** Weiterbildungen gemäß § 64 dienen der Erweiterung der Kenntnisse und Fertigkeiten, die grundsätzlich bereits in der Grundausbildung vermittelt wurden. Durch die Absolvierung von Weiterbildungen werden jedoch die **Tätigkeitsbereiche nicht erweitert**, es werden lediglich die persönlichen **Kenntnisse und Fertigkeiten** der Pflegeperson in einzelnen Bereichen **vertieft**.

7

AbsolventInnen von Weiterbildungen haben gemäß **§ 12 Abs 2** die Möglichkeit, nach der Berufsbezeichnung die absolvierte Fachrichtung in Klammer als **Zusatzbezeichnung** anzufügen.

Die Absolvierung einer Weiterbildung bedeutet zweifelsohne eine **Qualitätssteigerung** für die Berufsausübung im betreffenden Bereich. In diesem Sinne soll durch die Möglichkeit, eine Zusatzbezeichnung zu führen, diese **zusätzliche Qualifikation** insbesondere für PatientInnen, KlientInnen und pflegebedürftigen Menschen ersichtlich gemacht werden (vgl. Weiss-Faßbinder, Lust, 2006, S.195)

Der positive Einfluss durch die zusätzlich erworbene Fachkompetenz auf das Vertrauen von Betroffenen, ist nicht zu unterschätzen, zumal es sich bei Inkontinenz um eine Problematik handelt, über die betroffene Menschen selten offen und unmittelbar sprechen können.

Erfahrungsgemäß ist Inkontinenz mit großer Scham verbunden.

Der Nutzen von **Kontinenz- und StomaberaterInnen** liegt in der **Qualitätssteigerung** durch:

- Früherkennung von Kontinenzproblemen durch Aufklärung und Inkontinenzprophylaxe (nicht nur für Betroffene, auch für Angehörige und Pflegepersonen)
- Überblick an Therapieangeboten, Heilbehelfen und Hilfsmitteln
- Komplikationsvermeidung durch bedürfnisgerechte Versorgung
- Sicherheit in der Handhabung von Versorgungsmaterialien im Alltag, dadurch kann die Wirtschaftlichkeit im Produkteinsatz erhöht werden
- Förderung der Lebensqualität durch Wiedererlangung von Alltagskompetenz und der Fähigkeit am gesellschaftlichen Leben wieder aktiv teilzunehmen (vgl. Mund, Skriptum Weiterbildung KSB 2008/09, Positionspapier der Kontinenz- und StomaberaterInnen Österreichs).

8

Besonderes Augenmerk möchte ich auf den Nutzen von KSB durch eine Profit-Organisation für Pflegepersonen in geriatrischen Langzeitpflegeeinrichtungen richten.

Vorurteile gilt es auszuräumen

- **Vorurteil Nummer 1:** es ginge einer Profit-Organisation nur um den Verkauf von aufsaugenden Inkontinenzprodukten, was implementiert, das Wohl von betroffenen Männern, Frauen und von Pflegepersonen wäre zweitrangig. Ich behaupte aus meiner langjährigen Erfahrung, genau das Gegenteil ist der Fall, denn, geht es den Pflegepersonen gut, geht es auch den BewohnerInnen gut und somit geht es auch der Pflege-und Betreuungsorganisation. Viel zu selten „leistet“ sich die Industrie (HerstellerInnen von aufsaugenden Inkontinenzprodukten) eine Pflegefachkraft mit der Zusatzqualifikation der „Kontinenz- und Stomaberatung“, doch es gibt Firmen, die diesen Nutzen für beide Seiten bereits erkannt haben. Hat die/der Betroffene, wie auch die betreuende, pflegende Person nach umfangreicher Beratung, Unterstützung und Anleitung durch KSB, das der Inkontinenzform entsprechende Produkt,

steigt sowohl die Lebensqualität der/des Betroffenen, wie auch die Arbeitszufriedenheit der betreuenden, pflegenden Person.

- **Vorurteil Nummer 2:** Pflegepersonen fehlt es an wirtschaftlichem Denken. Woran es Pflegepersonen fehlt, ist meiner Meinung nach ein gut entwickeltes berufliches Selbstverständnis, beziehungsweise Selbstbewusstsein.

### **Steht wirtschaftliches Denken im Widerstreit zu professioneller Pflege?**

Betriebswirtschaftslehre gründet auf der Tatsache, dass Güter grundsätzlich knapp sind und dementsprechend einen ökonomischen Umgang erfordern (vgl. Wikipedia, Betriebswirtschaftslehre,2009).

### **Wirtschaftliches Denken mindert keineswegs professionelle Pflege!**

#### **2.4. Die Geschichte der Pflege**

Der Blick in die Geschichte der Pflege zeigt, dass Pflege eine elementare Tätigkeit von Menschen ist, aber erst seit cirka 100 Jahren als eigenständiger Beruf mit einer dazugehörigen Ausbildung anerkannt.

Das Christentum mit seinem Gebot der Nächstenliebe und der Barmherzigkeit sorgte dafür, dass man sich auch um chronisch Kranke und unheilbar Kranke kümmerte. Die caritativen Aufgaben wurden vor allem von Frauen ausgeübt.

Im Mittelalter wird die Pflgetätigkeit durch Angehörige der Hospitaliterorden auf Basis der christlichen Caritas ausgeübt (vgl. Lauber, 2007, S 25 ff).

Dies sind die geschichtlichen Wurzeln der Pflege in Deutschland, doch in Österreich verhielt es sich ein wenig anders.

#### **Zur Entstehung der beruflichen Krankenpflege in Österreich**

„Geborgte Geschichte“

Über die Pflege in Österreich im 19. Jahrhundert existieren bisher nur wenige Forschungsarbeiten. Im berufsgeschichtlichen Unterricht in den Gesundheits- und Krankenpflegesschulen wurde internationale Pflegegeschichte unterrichtet und sozusagen als landeseigene die deutsche Geschichte.

Doch vieles, was in Deutschland für die Entstehung der beruflichen Krankenpflege im 19. Jahrhundert typisch ist, existierte in Österreich nicht (vgl. Walter, 2004, S.25-26).

Die für die deutsche Pflegegeschichte so wichtigen Rotkreuz-Schwesternschaften mit ihren „Mutterhäusern“ fehlten in Österreich völlig, der Einfluss der evangelischen Diakonissenpflege war gering. Die bedeutende Rolle, die das Schweizerische Rote Kreuz in der Pflegeausbildung übernahm, hat in Österreich kein Pendant.

Hier prägten hingegen die Auswirkungen des Reformabsolutismus Josephs II. die Entwicklung in bedeutendem Ausmaß.

Der Einfluss der katholischen Orden auf die Pflege war in Österreich sicher bedeutend, wird jedoch, zumindest was das Ende des 18. und die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts betrifft, oft überschätzt (vgl. Walter, Frühling 2003, S. 22-29).

### **Bürgerspitäler**

Bis weit ins 18. Jahrhundert hinein waren die Spitäler Einrichtungen der allgemeinen Wohlfahrt, die Hilfsbedürftige aller Art beherbergten, alte Menschen, Kranke, Obdachlose, Waisen und so weiter.

Im Soldbuch des Wiener Bürgerspitals für die Jahre 1704 bis 1708 sind ein „Siechknecht“ und eine „Siechdirn“ verzeichnet, 1711 bis 1712 ein „erster Kranckenwarter“ und eine „erste Kranckenwarterin“.

„Wärterin“ beziehungsweise „Wärter“ war bis Ende des 19. Jahrhunderts die übliche Bezeichnung für „Krankenpflegerin“ und „Krankenpfleger“, deren Tätigkeit als „Wartedienst“ bezeichnet wurde. Erst allmählich erhielt der Ausdruck eine negative Konnotation (vgl. Walter, Frühling 2003, S. 22-29).

### **Ordensspitäler und Ordenskrankenpflege**

Im 18. Jahrhundert hatten in Österreich nur zwei Orden in der Krankenpflege Bedeutung: die Barmherzigen Brüder (pfl egten nur Männer) und die Elisabethinen (pfl egten nur Frauen).

„Die weltliche Pflege überwog zu dieser Zeit bei weitem. Weltliche Wärterinnen waren für fast fünfmal so viel PatientInnen (beziehungsweise Krankenhausbetten) zuständig wie geistliche WärterInnen. Allerdings war dieses Verhältnis stark vom

Wiener Allgemeinen Krankenhaus bestimmt, das seit der Gründung im Jahr 1784 über circa 2000 Betten verfügte und an dem bis 1899 nur weltliches Personal tätig war.“ (Walter, Frühling 2003, S.23).

In der Mitte des 19. Jahrhunderts kam es zu einer Forcierung der Ordenskrankenpflege durch die Behörde. Erst im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts kehrte sich das Verhältnis von weltlicher zu geistlicher Pflege um.

Damit wurde die Ordenspflege zu einer echten Konkurrenz für die weltliche Pflege (vgl. Walter, Frühling 2003, S.23).

### **Die Krankenhausgründungen Josephs II. und seiner Nachfolger**

„Der Grundgedanke Josephs war es, die medizinisch Kranken (soweit ihre Krankheiten als heilbar angesehen wurden) von anderen Versorgungsbedürftigen zu trennen beziehungsweise an einem Ort zu zentralisieren; dies sollte eine Rationalisierung der Versorgung bewirken.“ (Walter, Frühling 2003, S.23).

Für die österreichische Pflege waren diese neu entstehenden zentralen Krankenhäuser von großer Bedeutung. Sie beschäftigten – zumindest bei der Gründung – nur weltliches Pflegepersonal, und zwar erstmals in großer Zahl. Grundsätzlich hätten sich dadurch durchaus Möglichkeiten zu einer Professionalisierung des Pflegeberufs ergeben können. Tatsächlich kam es jedoch zu einer mehr als ein Jahrhundert dauernden Stagnation, die für die österreichische Pflege im Vergleich zum europäischen Ausland einen Rückstand bewirkt hat, dessen Folgen noch heute spürbar sind.

11

Die Gründe für diese Stagnation sind vielfältig: die notorisch angespannte **finanzielle Lage** und die daraus resultierenden **Sparmaßnahmen**, die bereits ein Jahrzehnt nach der Gründung des Krankenhauses zu einer drastischen **Reduzierung** der Zahl des Pflegepersonals führten; die äußerst **schlechten Arbeitsbedingungen** und der daraus resultierende Mangel an geeignetem Personal, die Unbeweglichkeit und **bürokratische Umständlichkeit** der zuständigen Behörden; die Entwicklung des Krankenpflegeberufs zu einem **Frauenberuf**; die Tatsache, dass sich die Behörden bis 1914 nicht zu einer gezielten **Ausbildung** für die Pflegepersonen entschließen konnten; und anderes mehr.

Häufig wurde auch versucht, die Ordenskrankenpflege gegen die weltliche Pflege auszuspielen, eine Tatsache, die dem Beruf ebenfalls geschadet hat (vgl. Walter, Frühling 2003, S.23-24).

Mehr oder weniger starke Parallelen sind auch heute noch gut erkennbar.

### **Tätigkeitsbereich, Arbeitsbedingungen und Status der „ZivilwärterInnen“**

Häufig werden die sogenannten „ZivilwärterInnen“ an den österreichischen Krankenhäusern des 19. Jahrhunderts als Dienstboten betrachtet. Dies ist in bezug auf ihren Status und ihr gesellschaftliches Ansehen sicher richtig, doch hatten sie auch alle Aufgaben über, die PflegerInnen zukamen.

Die Arbeitsbedingungen der WärterInnen waren äußerst schlecht, geringer Lohn, sehr lange Arbeitszeiten, Strafen für geringfügige Vergehen und die Gefahr, mit einer ansteckenden Krankheit infiziert zu werden, prägten den Berufsalltag. Sie unterstanden den Ärzten und den „Oberkrankenpflegern“, die nicht aus der Pflege kamen, sondern in der Verwaltung tätige Beamte waren.

12

Im Unterschied zu den weltlichen Wartepersonen genossen die geistlichen Wärterinnen ein relativ hohes Ansehen.

Besonders problematisch war für die weltlichen Pflegepersonen jedoch die immer wieder geäußerte Meinung, gute Krankenpflege könne überhaupt nicht als Erwerbsberuf, sondern nur aus christlicher Nächstenliebe ausgeübt werden (vgl. Walter, Frühling 2003, S.24).

### **Die Entwicklung der Krankenpflege zum Frauenberuf**

Wärter und Wärterinnen erhielten im Wiener Allgemeinen Krankenhaus nachweislich bis zum Jahr 1854 denselben Lohn.

Es hieß jedoch, für den äußerst geringen Lohn, den das Krankenhaus bieten könne, fänden sich eher Frauen zur schweren Arbeit der Krankenpflege bereit als Männer. Männer waren auch eher bereit zur Auflehnung gegen schlechte Arbeitsbedingungen als Frauen.

Wieweit die außerdem angeführten Motive, nämlich *„Man hat wahrgenommen, dass das weibliche Geschlecht, theils weil es mehr für die Reinlichkeit aufgelegt, und mehr*

*nüchtern – theils auch eines größeren Mitleids gegen die Kranken empfänglich ist, bey Bedienung der Kranken einen entschiedenen Vorzug verdiene“*, zutreffend waren oder ob sie nur der ideologischen Verbrämung der Tatsache dienten, dass eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen verweigert wurde, ist heute schwer zu entscheiden.

Die Frage liegt nahe, ob sich der Pflegeberuf anders entwickelt hätte, wäre er nicht zum Frauenberuf geworden.“(vgl. Walter, Frühling 2003).

Ein Seitenblick in die **allgemeine Geschichte der Frau** zeigt uns, dass Frauen auch heute noch weltweit für gleiche Arbeit weniger Lohn erhalten als Männer. Bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts galt der Mann als „Haupt der Familie“ und durfte bestimmen, ob die Ehefrau einem Beruf nachgehen darf, wie auch körperliche Züchtigung durch das männliche Familienoberhaupt gegenüber Frauen und Kindern legitim war.

Noch vor ein paar Jahren war es üblich, dass die wirtschaftliche Leitung eines Pflegeheimes ausschließlich in den Händen eines Mannes lag, nicht immer war eine spezielle Ausbildung nachweisbar, aber man war der Auffassung, Männer wären für wirtschaftliche Angelegenheiten besser geeignet als Frauen aus dem Pflegebereich.

13

Hier hat spürbar ein Wandel statt gefunden.

Frauen fungieren als Heimleiterinnen, Männer fungieren als Pflegedienstleiter – Kollegiale Führung ist keine leere Worthülse.

### **Entwicklung der Ausbildung** (auszugsweise der Beginn)

1874: Erste Krankenpflegeschule der Österreichisch-Ungarischen Monarchie in Prag, als Werk der tschechischen Frauenbewegung gemeinsam mit der Vereinigung tschechischer Ärzte

25. Juni 1914: Verordnung des Ministeriums des Inneren, gesetzliche Regelung der Berufsausbildung zur Pflege, Dauer der Ausbildung 2 Jahre, Abschluss mit Diplomprüfung.

Bis in die ersten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts enthalten fast alle Krankenpflegelehrbücher eindringliche Warnungen vor der Vermittlung von allzu viel Bildung an die Pflegenden.

Einschränkende Veränderungen durch die nationalsozialistische Herrschaft und ein besonders düsteres Kapitel stellt die Teilnahme von Pflegepersonen an „Euthanasie“-Maßnahmen dar (vgl. Walter, Frühling 2003, S.25 ff).

### **1945 bis in die achtziger Jahre**

Von politischer Seite wurde versucht, dem Mangel an Pflegepersonal durch Herabsetzung des Mindestalters zum Eintritt in die Krankenpflegeschule sowie durch vermehrten Einsatz von unausgebildetem Personal zu begegnen – zwei Strategien, die der Professionalisierung des Berufs entgegenstanden. Zusätzlich wurde Personal aus fernöstlichen Ländern angeworben (vgl. Walter, Frühling 2003, S.27).

### **Professionalisierungsbestrebungen**

Die eigenständige Tätigkeit gewinnt an Bedeutung, immer mehr Pflegepersonen sehen ihren Beruf nicht mehr als medizinischen Assistenzberuf; sie wollen auch die Entwicklung des Berufes mitgestalten und streben eine Professionalisierung und Verwissenschaftlichung des Berufes an.

14

Das österreichische Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 1997 trägt dem Rechnung, indem es den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege definiert und Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung sowie Pflegeforschung in Tätigkeit und Unterrichtsgegenstände einbezieht.

Ferner wird der Anschluss an die internationale Entwicklung angestrebt, was auch eine Akademisierung des Pflegeberufs einschließt (vgl. Walter, Frühling 2003, S.28).

Verwunderlich ist die Berufsbezeichnung für weibliche Pflegepersonen: Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, die es erst seit dem 2. Weltkrieg gibt. Zuvor war die Bezeichnung „Pflegerin“, die das Tätigkeitsprofil wesentlich besser bezeichnet. Noch besser wäre meiner Meinung nach die Bezeichnung „Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft“. Ich persönlich bin zwar eine Schwester, allerdings familiär bedingt durch meine Brüder und ich gehöre keinem geistlichen Orden an.

Im **Gesundheits- und Krankenpflegegesetz**, ist unter anderem die Ausbildung gesetzlich geregelt.

Was in den Ausbildungs-Lehrplänen fehlt, ist die Auseinandersetzung und die Sensibilisierung für die wirtschaftliche Seite der Pflege. Somit kann Pflegepersonen kein Vorwurf über mangelnde Kenntnisse der Betriebswirtschaftslehre gemacht werden.

**Firmen stellen durch die Installierung und die damit verbundene umfangreiche Schulung eines Kostenkontrollprogramms ein Verbindungsglied zwischen pflegerischem und wirtschaftlichen Denken und Handeln dar.**

Doch ein Kostenkontrollprogramm ist zuwenig, **vor** dem Einsatz von aufsaugenden Inkontinenzprodukten stehen die Inkontinenz und das Wissen darüber, in all ihren Facetten.

Dieses Wissen zu vermitteln gehört zu den Aufgaben von KSB einer Profit-Organisation.

Externe BeraterInnen können oftmals von großem Vorteil sein, da strukturelle Bedingungen einer Institution nur temporär Einfluss nehmen und die Akzeptanz von Pflegepersonen externen BeraterInnen gegenüber manchmal etwas höher ist.

15

Doch ist manchmal auch bei der besten Absicht von Wissensvermittlung mit Widerstand seitens von Pflegepersonen zu rechnen.

„Selten wird Wissen in reiner Bildungsabsicht, also in dem Bestreben, zur Reflexion und Erweiterung des (Wissens-) Horizonts der TeilnehmerInnen beizutragen, sondern fast immer mit der Intention, Veränderungen der gewohnten Alltagspraxis einzuleiten und herkömmliche Routinen, die sich aus der Sicht der TeilnehmerInnen bis dato aber als tragfähig erwiesen haben, zu revidieren. Wissenstransfer dieser Art startet also faktisch mit einer Negativbotschaft – die vorhandene Praxis ist defizitär, obwohl sie funktioniert – und stellt die Sinnhaftigkeit des bisherigen, für sinnvoll erachteten und tragfähigen Handelns in Frage.“ (Schaeffer, 2006, S.5)

Es darf uns nicht verwundern, dass diese Vorgehensweise Abwehr, Abschottung, also verschiedene Arten des Widerstands auslöst! (vgl. Schaeffer, 2006, S. 5)

Welche Vorgehensweisen bieten sich an um:

- den Ansprüchen der pflegerischen Leitung einer Institution – **individuell Inkontinenzversorgung bei qualitativ hochwertiger Pflege** und
- den Ansprüchen der wirtschaftlichen Leitung einer Institution – **Kosten der Inkontinenzversorgung zu senken** – gerecht zu werden?

In beiden Fällen hat sich aus meiner praktischen Erfahrung gezeigt, dass Wissensdefizit das größte Hindernis zu professioneller Pflege bei Inkontinenz und auch zum wirtschaftlichen Umgang mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten darstellt.

**Wissensvermittlung schafft Handlungskompetenz!**

## **2.5. Kontinenz – Inkontinenz**

16

„Kontinenz ist die Fähigkeit, die Entleerung von Urin und Stuhl willentlich zu steuern bzw. zurückzuhalten, bis zu gelegener Zeit ein sozial akzeptabler, geeigneter Ort gefunden ist.

Kontinent ist, wer Urin und Stuhl loslassen kann, wann und wo sie/er will.

Kontinenz ist zu fördern, wenn Risiken identifiziert, Inkontinenz geklärt, ursächlich behandelt, verhindert, Beckenboden und Anhalten trainiert, unvermeidbare Inkontinenz eingedämmt und über Inkontinenz hinreichend informiert und beraten wird“ (Grond, 1997, S. 6).

### Harninkontinenzformen:

Klinisches Bild	Terminologie ICS neu (2002)	Terminologie ICS alt	Veränderte Blasenfunktion
Unfreiwilliger, beobachtbarer Urinverlust über die Harnröhre synchron mit körperlicher Anstrengung z.B. Hustenstoß, Niesen	Belastungs (Stress) - Inkontinenz	Stress- Inkontinenz	Speicherproblem
Unfreiwilliger Urinverlust mit Drang einhergehend, häufig Pollakisurie, Nykturie	Detrusorüberaktivität - neurogen - idiopathisch - symptomatisch	Drang – Inkontinenz - motorisch - sensorisch	Speicherproblem
Unfreiwilliger Urinverlust bei Erreichen der Blasenkapazität, fehlende / eingeschränkte Wahrnehmung der Blasenfüllung	Neurogene Detrusorüberaktivität mit oder ohne Harndrang	Reflex - Inkontinenz	Speicherproblem und / oder Entleerungsproblem
Unfreiwilliger, beobachtbarer Urinverlust teils synchron mit Drucksteigerung im Bauchraum z.B. Husten Niesen, Heben teils im Rahmen einer Harndrang-symptomatik	Misch ( Drang- und Belastungs) - Inkontinenz	Kombinierte Stress/- Dranginkontinenz	Speicherproblem
Erhöhter Restharn, gefüllte Blase tastbar unfreiwilliger Urinverlust	Chronische Harnretention, mit Harnverlust	Überlauf- Inkontinenz	Entleerungsproblem
Beobachtbarer, ständiger Urinverlust über andere Kanäle als die Harnröhre	Extraurethrale HIK	Extraurethrale HIK	Speicher / Entleerungsstörung

17

(Schön Gisele, Weiterbildung KSB 2008)

Zur Einschätzung der Harninkontinenz und der daraus resultierenden Versorgung mit Inkontinenz-Hilfsmitteln unerlässlich, sind meiner Meinung nach die **Kontinenzprofile**

Profil	Merkmal	Beispiel
<b>Kontinenz</b>	Kein unwillkürlicher Harnverlust.  Keine personelle Hilfe notwendig  Keine Hilfsmittel	
<b>Unabhängig erreichte Kontinenz</b>	Kein unwillkürlicher Harnverlust.  Keine personelle Unterstützung notwendig.  Selbständige Durchführung von Maßnahmen.	z.B. Patienten und Bewohner, die durch eigenständige Medikamenteneinnahme, eigenständigen Gebrauch von mobilen Toilettenhilfen, intermittierenden Selbst-Katheterismus oder Durchführung von Trainingsmaßnahmen (z.B. Blasentraining) keinen unwillkürlichen Urinverlust haben.
<b>Abhängig erreichte Kontinenz</b>	Kein unwillkürlicher Harnverlust.  Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen notwendig.	z.B. Patienten und Bewohner mit begleiteten Toilettengängen zu individuellen/festgelegten Zeiten oder bei denen ein Fremdkatheterismus durchgeführt wird.
<b>Unabhängig kompensierte Inkontinenz</b>	Unwillkürlicher Harnverlust.  Keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln.	Es kommt zu einem unwillkürlichen Harnverlust, aber der Umgang mit Inkontinenz-Hilfsmitteln (aufsaugende Hilfsmittel, Kondomurinal, Blasenverweilkatheter) erfolgt selbständig.
<b>Abhängig kompensierte Inkontinenz</b>	Unwillkürlicher Harnverlust.  Personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig.	Kompensierende Maßnahmen werden von einer anderen Person übernommen.
<b>Nicht kompensierte Inkontinenz</b>	Unwillkürlicher Harnverlust.  Personelle Unterstützung und therapeutische bzw. Versorgungsmaßnahmen werden nicht in Anspruch genommen.	Dieses Profil trifft beispielweise auf Betroffene zu, die nicht über ihre Inkontinenz sprechen wollen und deshalb keine personelle Hilfe oder Hilfsmittel in Anspruch nehmen bzw. aufgrund kognitiver Erkrankungen nicht akzeptieren.

Darstellung der Kontinenzprofile (Expertenarbeitsgruppe Förderung der Harnkontinenz, 2006), (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2007, S.35)

## **Stuhlinkontinenzformen**

Klinische Einteilung der Stuhlinkontinenz nach Parks in drei Grade:

### **Grad 1: Leichte Form**

- Unkontrollierter Abgang von Winden

### **Grad 2: Mittlere Form**

- Unkontrollierter Abgang von dünnflüssigem Stuhl

### **Grad 3: Schwere Form**

- Unkontrollierter Abgang von geformten Stuhl

Neben verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten, stellt die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten für Betroffene eine große Erleichterung dar.

## **2.6. Qualität und Funktionalität von aufsaugenden Inkontinenzprodukten**

19

**Kriterien** für die Auswahl von aufsaugenden Inkontinenzprodukten:

- Wie viel Sicherheit soll gegeben werden?
- Welche Inkontinenzart (Harn- und/oder Stuhlinkontinenz) liegt vor?
- Welche Menge und welche Beschaffenheit hat die Ausscheidung?
- Wie ist die Mobilität der/des Betroffenen?
- Ist die/der Betroffene aufgrund seiner geistigen und körperlichen Verfassung in der Lage, die Inkontinenzversorgung selbst vorzunehmen?
- Wie ist die Hautbeschaffenheit der/des Betroffenen?

**Anforderungen** an die Inkontinenzversorgung:

- Möglichst dicht gegen Ausscheidungen und Gerüche
- Geräuscharmes und optisch unauffälliges Produkt
- Hautfreundliches Material
- Ausscheidungen sicher aufnehmen
- Möglichst die Selbstständigkeit des Betroffenen erhaltend (einfache Handhabung)

- Umweltverträgliche Produktion und Entsorgung
- Finanziell leistbar

### **Historisches zu aufsaugenden Inkontinenzprodukten**

Früher wurden Gummihosen und Stoffwindeln sowohl bei Babys als auch bei Erwachsenen verwendet.

Erfindung der Höschenwindel Anfang der 50er Jahre von Marion Donovan (USA).

1956: Victor Mills erkannte durch das „Wickeln“ seiner Enkel die Bedeutung dieser Erfindung.

1957: Mills erhielt von Procter & Gamble den Auftrag neue Produkte zu entwickeln.

1961: „Pampers“ kam auf den amerikanischen Markt, das Wort „Pampers“ kommt aus dem Englischen „to pamper“ und bedeutet soviel wie „verwöhnen“ oder „verhätscheln“.

1966: Carlyle Harmon und Billy Gene Harper entwickeln saugfähigere Papiereinlagen für die Höschenwindel.

20

Die erste Höschenwindel hatte eine rechteckige Form, das Futter bestand aus Kunstseide, nach zahlreichen Schichten Krepppapier befand sich die Kunststoffolie. Verschluss wurde die Windel anfangs noch mit Sicherheitsnadeln.

1966 Patenteinreichung von Carlyle Harmon (Johnson&Johnson) und Billy Gene Harper (Dow Chemical) für den Einsatz eines besonderen Polymers.

1968: Windel mit anatomischer Passform durch Kimberley-Clark.

1976: erste Höschenwindel mit elastischen Beinbündchen durch Procter & Gamble.

1987: erstmals Superabsorber in Baby-Höschenwindeln, Jahre später auch in Höschenwindeln für Erwachsene.

Durch Einsatz von Superabsorber wurde die Saugfähigkeit wesentlich erhöht und die Verteilungseigenschaft der Flüssigkeit optimiert.

Die ersten Inkontinenzslips für Erwachsene, die einen für damalige Verhältnisse brauchbaren Rücknässeschutz anboten, waren von der Firma Procter & Gamble und

wurden unter dem Namen „Attends“ vertrieben. „Die Attends“ hatte innen eine Plastikfolie mit trichterförmigen Löchern, die sich bei Belastung schlossen.

Mathematiker beschäftigen sich heute mit der perfekten Konstruktion einer Windel, Strömungs- und Absorbtionsprozesse werden in mathematische Gleichungen verwandelt, Anwendungsverhalten simuliert, Trageeigenschaften geprüft und Chemiker entwickeln immer bessere, noch saugfähigere Superabsorber (vgl. pflegewiki, Inkontinenzhilfsmittel, März 2009).

### **Arten von aufsaugenden Inkontinenzprodukten:**

#### Zweiteiliges System:

Zum Beispiel: Einlagen / Vorlagen in verschiedenen Saugstärken und Größen, mit Fixierhose oder gut sitzender Unterwäsche zu tragen

#### Einteiliges System:

Zum Beispiel: Inkontinenztrainers (Pull Ons / Pants) und Inkontinenzslips

21

Die Bezeichnung „Windelhose“ sollte aus ethischen Gründen, aus Respekt vor erwachsenen Menschen und wegen dem negativen Einfluss auf das Selbstwertgefühl nicht verwendet werden.

Bewährt hat sich die Bezeichnung Inkontinenz-Slip, doch sind die Bezeichnungen österreichweit sehr unterschiedlich und vielfältig („Pampers“, Schutzhose, GIS = Geschlossenes InkontinenzSystem,...).

Bei der Anwendung von Inkontinenzprodukten gilt es einige Grundregeln zu beachten, vor allem der korrekte **Sitz am Körper** und die **Körperpflege** im Intimbereich.

Die Kooperationspartner des EBN (Evidence Based Nursing) - Netzwerk am LKH Universitätsklinikum Graz beschäftigten sich mit der Frage:

„Welche Hautpflege vermeidet bei harn- und stuhlinkontinenten BewohnerInnen und PatientInnen, die mit Inkontinenzprodukten versorgt werden, das Entstehen von Hautirritationen?“ ([www.ebn.at](http://www.ebn.at))

Die Antwort steht noch nicht standardisiert fest, doch meine Erfahrung hat gezeigt, dass allzu häufig, allzu viel von diversen Cremes, Salben oder Pasten verwendet wird und dass man der Reinigung zu wenig Beachtung schenkt.

„Zukleistern“ der Poren der Haut und somit auch der Poren des aufsaugenden Produktes hat unweigerlich negative Auswirkungen, wie beispielsweise Hautirritationen und / oder mangelnde Saugleistung von Inkontinenzprodukten, was wiederum zu vermehrten Aufwendungen führt, die wiederum Zeit und Geld kosten.

Bewährt hat sich im Bedarfsfall Pflegeprodukte in jener Menge einzusetzen, dass sie nach dem Auftragen nicht weiter sichtbar sind, dies gilt auch für auf Inkontinenzprodukte individuell abgestimmte Pflegeprodukte.

„Weniger ist mehr!“

### 3 Umsetzung

22

#### 3.1. Schulungs- und Umsetzungsmaßnahmen beim pflegerischen Einsatz von aufsaugenden Inkontinenzprodukten unter gleichzeitiger Berücksichtigung ökonomischer Aspekte in transparenter Gestaltung.

##### Zielsetzung:

- Qualitätssicherung im Sinne des Pflegeprozess bei der Versorgung von inkontinenten BewohnerInnen mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten
- Sensibilisierung für die ökonomischen Aspekte der Inkontinenzversorgung vor dem Hintergrund eines Kostencontrollings
- Wissenstransfer **von** Fachkräften aus dem Profit-Bereich **für** Fachkräfte aus dem Non-Profit-Bereich unter Einbeziehung eines Schnittstellenmanagements
- Erhöhte Arbeitszufriedenheit durch Arbeitserleichterung für Pflege- und Betreuungspersonen (zum Beispiel Zeitersparnis)
- Steigerung der Lebensqualität für inkontinente BewohnerInnen

### **Mehrere Wege führen zum Ziel:**

Es empfiehlt sich im Rahmen einer **Teambesprechung**, nach Vorstellung der Ansprechperson, auf die Charakteristika von Inkontinenz-Produkten einzugehen (Leistungsfähigkeit, Produktaufbau, Kennzeichnungen etc.).

Pflegepersonen erhalten Informationen für den optimalen und effizienten Einsatz von Inkontinenz-Produkten, sowie über den fachgerechten Umgang.

Arbeitserleichternde Materialien wie beispielsweise Produktanalyseblätter, Versorgungsübersicht, Produktkarten, Produktaufkleber, Miktionsprotokoll werden erläutert und zur Verfügung gestellt.

*Der Zeitplan dafür beträgt 1 Stunde.*

Nach Erhebung der **Ist – Analyse** (welche/r BewohnerIn hat welches Produkt und warum), erfolgt die Zuordnung von Inkontinenz-Produkten nach dem Grad der Inkontinenz unter Berücksichtigung individueller beziehungsweise genereller Produkt-Wechselrhythmen.

23

*Der Zeitplan dafür beträgt 1 Stunde.*

Ein wesentlicher Bestandteil von Serviceleistungen durch eine Firma / Industrie ist die **Begleitung von Pflege- und Betreuungspersonen** bei pflegerischen Maßnahmen bei inkontinenten BewohnerInnen mit dem Ziel, Sicherheit in der Produktauswahl, im Produkthandling und für den zeitgerechten Produktwechsel zu erlangen, sowohl im **Tagdienst**, wie im **Nachtdienst**.

Geboten wird auch Unterstützung im **Dokumentationswesen** und begleitete, geschulte MitarbeiterInnen erhalten eine Teilnahmebestätigung.

Regelmäßig findet **Evaluierung** und **Optimierung** von Produkteinsatz und Wissensstandsadaptierung von Pflege- und Betreuungspersonen auf einer Station statt.

*Der Zeitaufwand dafür beträgt cirka 12 Stunden.*

Ein spezielles Schulungsprogramm ist die:

**Fortbildung zur / zum Kontinenzbeauftragten** im Rahmen eines „**Inko-Workshop**“.

**Kontinenzbeauftragte** sind in der Lage die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen zu erhöhen, die Lebensqualität inkontinenter Menschen zu verbessern und den kostenoptimierten Einsatz von Hilfsmitteln und Heilbehelfen zu steuern. Durch den Einsatz von Kontinenzbeauftragten wird im Sinne des Schnittstellenmanagements der Wissenstransfer von MitarbeiterInnen der Industrie zu Pflegepersonen und umgekehrt gewährleistet.

**Nachhaltig ökonomisch** werden Inkontinenzprodukte eingesetzt. Diese Beschleunigung des Informationsflusses führt auch zur raschen Lösung allfälliger Probleme, was wiederum die Lebensqualität der Betroffenen steigert.

Auszug aus dem Inhalt der Fortbildung zur / zum Kontinenzbeauftragten:

#### **Theoretischer Teil:**

- Entstehung von Inkontinenz
- Formen der Inkontinenz, Therapie und Diagnostik bei Inkontinenz
- Hautpflege bei Inkontinenz
- Die Kraft aus der Mitte – der Beckenboden
- Die Würde des Menschen

24

#### **Praktischer Teil:**

- Portfolio von aufsaugenden Inkontinenzprodukten
- Anlegetipps
- Unterstützende Arbeitsmaterialien
- Kostencontrolling.

*Für die Fortbildung werden 8 Stunden eingeplant.*

Ein regelmäßig einberufener „**Inko-Stammtisch**“ richtet sich an Kontinenzbeauftragte, Leitungen einer Institution, sowie interessierte Pflege- und Betreuungspersonen.

Inhalte dabei sind der Informationsaustausch, die Erörterung von Problemlösungsstrategien, Neuigkeiten auf dem Gebiet der Inkontinenz in pflegerischer und medizinischer Hinsicht, aber auch alles rund um firmenspezifische Inkontinenz Produkte.

*Der Zeitaufwand beträgt cirka 2 Stunden – 4x jährlich, regional organisiert.*

Durch die angebotenen **Serviceleistungen** ist nicht nur ein reibungsloser und diskreter Ablauf bei der Einführung neuer Produkte gewährleistet, sondern auch eine besonders **hohe Pflegequalität** durch bestens geschulte MitarbeiterInnen sicher gestellt, was, wie meine Erfahrungen aus der Praxis gezeigt haben, zu erhöhter **Zufriedenheit und Motivation** führt, dies wiederum kommt den BewohnerInnen sehr zugute.

Ein besonderer Schwerpunkt beim Support für Pflegepersonen ist die persönliche Betroffenheit von Inkontinenz bei Pflegepersonen. Es werden Tools angeboten, damit Pflegepersonen lernen, achtsam mit ihrer physischen und psychischen Gesundheit umgehen. Inkontinenz ist keine Krankheit die nur die „Anderen“ betrifft, auch Pflegepersonen sind gefährdet und davon betroffen.

Um den Fokus auf die wirtschaftliche Seite von Inkontinenzprodukten zu richten, setzen Firmen in Kooperation mit Ihren KundInnen ein onlinegestütztes Kostenkontrollprogramm ein.

**Kostenkontrolle** durch webgestützte Anwendung gibt Aufschluss über Kosten der Inkontinenzversorgung, sowie Produktnutzung. Der Preis eines Produktes ist nur eine Komponente, nicht außer Acht zu lassen sind damit verbundene Arbeitszeitkosten und vor allem auch Müllentsorgungskosten.

25

**Identifikations-Skalen** ermöglichen ein korrektes Profiling der BewohnerInnen / PatientInnen nach Inkontinenzstufe 1 – 4 der Produktzuordnung,

- 1 – Leichte Inkontinenz: Harnverlust in 4h ca. 50-100ml
- 2 – Mittlere Inkontinenz: Harnverlust in 4h ca. 100-200ml
- 3 – Schwere Inkontinenz: Harnverlust in 4h ca. 200-300ml
- 4 – Schwerste Inkontinenz: Harnverlust in 4h mehr als 300ml

### **Anzeige der Ergebnisse**

Übersicht der verschiedenen Datentypen, die in den Online-Grafiken dargestellt werden:

- Entwicklung inkontinenter BewohnerInnen / PatientInnen, Übersicht der Gesamtanzahl je Einrichtung beziehungsweise je Station
- Gesamtkosten

- Verbrauch (Stückzahl) pro Tag pro BewohnerIn / PatientIn
- Kosten pro Tag pro BewohnerIn / PatientIn

### **Auswertung**

Die Ergebnisse werden in vereinbarten Zeiträumen mit der Leitung der Wirtschaft und der Leitung der Pflege, sowie mit Kontinenzbeauftragten und / oder kompetenten Pflegepersonen einer Pflegeeinrichtung besprochen.

Zweck dieser Besprechung ist die Optimierung der Versorgung mit Inkontinenzprodukten, sowie Kontrolle und Verwaltung des Produktverbrauchs und die transparente Darstellung der Kosten, um sich im vorgegebenen Budgetrahmen zu bewegen.

Gemeinsame Ziele und die nächsten Schritte zur Zielerreichung werden vereinbart.

Die Industrie trägt auch Verantwortung für firmeninterne Weiterbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen. Lebenslanges Lernen gilt für alle MitarbeiterInnen. Es ist von großer Bedeutung stets auf dem aktuellsten Wissenstand zu sein.

26

**Live as if you were to die tomorrow. Learn as if you were to live forever.**  
*Mahatma Gandhi*

Lebe als würdest du morgen sterben, lerne als würdest du für immer leben.

## **4 SCHLUSSBETRACHTUNG**

Die Frage, ob durch den Support von Kontinenz- und StomaberaterInnen einer Profit-Organisation der pflegerische Einsatz von aufsaugenden Inkontinenzprodukten im geriatrischen Bereich ökonomischer und transparenter gestaltet werden kann, ist eindeutig mit ja zu beantworten.

Durch Literatur allein zwar nicht beweisbar, aber mithilfe verschiedener Bezugsquellen und jahrelanger Praxis hat sich letztendlich ein Steinchen zum anderen gefügt und ein komplettes Bild ergeben.

- Das Zeitalter der Elektronik erleichtert und unterstützt die transparente Gestaltung von Kosten.
- Die Vermittlung von Fachwissen erleichtert und unterstützt die schwere und anspruchsvolle Tätigkeit von Pflegepersonen.
- Die Auseinandersetzung mit der Geschichte der Pflege gibt Hoffnung, dass die Stagnation zur Entwicklung eines beruflichen Selbstbewusstseins vorüber ist.
- Frauen und Pflegepersonen drängen vermehrt in wirtschaftliche Bereiche

Die Rolle von Kontinenz- und StomaberaterInnen in einer Profit-Organisation ist geprägt von pflegerischer Fachkompetenz, wirtschaftlichem Denken und Handeln, sowie sozialer Kompetenz.

Viele Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens können daraus großen Nutzen ziehen, vorausgesetzt man verabschiedet sich von klischeebesetztem Denken.

Ohne Industrie gäbe es keinen Fortschritt und es gäbe heute keine so hoch entwickelten Inkontinenzprodukte.

27

Man muss die **Chancen** erkennen und im Sinne eines Schnittstellenmanagements und durch Networking nützen, damit **Weiterentwicklung** stattfindet.

Es geht einer Profit-Organisation nicht nur ums Geld – aber auch.

Es geht in der Gesundheitspolitik auch ums Geld – aber nicht nur.

Und es geht uns allen um ein erfolgreiches Miteinander!

**Es liegt in unserer Hand uns gegenseitig zu unterstützen,  
zu fördern und zu bereichern.**

## Literaturverzeichnis

**Alker, Ulrike & Weilenmann, Ursula:** Sprachleitfaden, geschlechtergerechter Sprachgebrauch an der FH Campus Wien, 2006

**Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP),** Hrsg., Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung - Implementierung, April 2007, Fachhochschule Osnabrück

**Grond, Erich:** Pflege Inkontinenter, Arbeitsbuch für Unterrichtende in der Kranken- und Altenpflege und für Kontinenzberater, 2. vollständig überarbeitete Auflage, 1997, Brigitte Kunz Verlag

**Lauber Anette:** Grundlagen beruflicher Pflege, 2. überarbeitete Auflage, 2007, S 25 ff

**Mund, Felizitas:** Skriptum Weiterbildung Kontinenz- und Stomaberatung 2008/09, Positionspapier der Kontinenz- und StomaberaterInnen Österreichs

**Schaeffer, Doris** (Hrsg.): Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops. Veröffentlichung des Instituts der Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). ISSN 1435-408X Bielefeld, September 2006. <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>. S.1-93

**Statistik Austria – Bevölkerungsprognosen** (Zugriff am 12.03.2009)

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html)

**Walter, Ilsemarie:** Zur Entstehung der beruflichen Krankenpflege in Österreich, HISTORICUM – Zeitschrift für Geschichte, Frühling 2003, S. 22 – 28

**Walter, Ilsemarie & Seidl, Elisabeth & Kozon, Vlastimil:** Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege, Wien 2004, S.25 ff

**Weiss-Faßbinder, Susanne & Lust, Alexandra:** Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, 5. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Wien 2006, S. 195, Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung

### **Internetrecherchen:**

[http://de.wikipedia.org/wiki/Support\\_\(Dienstleistung\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Support_(Dienstleistung)), Zugriff am 12.03.2009

<http://de.wikipedia.org/wiki/Geriatrie>, Zugriff am 12.03.2009

[www.pflegewiki.de/wiki/Geriatisches\\_Assessment](http://www.pflegewiki.de/wiki/Geriatisches_Assessment), Zugriff am 12.03.2009

<http://de.wikipedia.org/wiki/Betriebswirtschaftslehre>, Zugriff am 12.03.2009

[http://www.pflegewiki.de/wiki/Inkontinenzhilfsmittel\\_\(saugend\)](http://www.pflegewiki.de/wiki/Inkontinenzhilfsmittel_(saugend)), Zugriff am 12.03.2009

[http://de.wikipedia.org/wiki/Stuhlinkontinenz#Formen\\_der\\_Stuhlinkontinenz](http://de.wikipedia.org/wiki/Stuhlinkontinenz#Formen_der_Stuhlinkontinenz), Zugriff am 17.04.2009

[www.ebn.at](http://www.ebn.at), Evidence Based Nursing, Zugriff am 13.03.2009

### **Abbildungsverzeichnis**

**Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)**, Darstellung der Kontinenzprofile (Expertenarbeitsgruppe Förderung der Harnkontinenz, 2006), Seite 35

29

**Schön, Gisele**: Harninkontinenzformen, Vortrag Weiterbildung Kontinenz- und Stomaberatung, 2008/09

## Danksagung

Danke an meine/n Arbeitgeber/in für die geschaffene Möglichkeit an der „Weiterbildung für Kontinenz- und Stomaberatung“ teilzunehmen.

Danke an Tochter Katharina und Sohn Benjamin, die keine Scheu haben in der Schule und bei ihren FreundInnen offen über Inkontinenz zu sprechen.

Danke an meine KurskollegInnen für den Spaß während der Weiterbildung.

Danke an jene Kontinenz- und Stomaberaterinnen, die mich an ihren Erfahrungen mit der Pflege bei Inkontinenz und auch der Wirtschaftlichkeit bei der Inkontinenzversorgung teilhaben ließen.

Danke an jene betroffene Menschen, die wesentlich zur Weiterentwicklung von Pflegequalität bei Inkontinenz, Ökonomie und Transparenz beim Einsatz von Inkontinenzprodukten beitragen.

Danke all jenen Personen, die sich auf dem Weg zur Professionalisierung der Pflege nicht durch Ablehnung und Anfeindungen entmutigen ließen und lassen.

**Danke an alle Gleichgesinnten und an alle Andersdenkenden, die mir mit ihren Inputs stets eine Bereicherung sind.**