

# Inhalt

## AKTUELLES

Routinemäßige Flächen-  
desinfektion überflüssig? ..... 4

Buchtipps ..... 5

Rechtsprechung:  
Notwehr und Nothilfe zum Schutz  
der Pflegenden und Sicherung  
von Patienten und Kollegen ..... 6

Kurzmeldungen ..... 7  
Termine ..... 8

## TITELTHEMA

Katabolismus:  
Hauptstörfaktor der  
Wundheilung im Alter ..... 9

## FORSCHUNG

Tissue-Engineering: vom  
Flickwerk zum Realersatz ..... 16

## KASUISTIK

TenderWet bei der  
Reinigung von Wunden –  
Praxisbeobachtungen ..... 21

## PRAXISWISSEN

Kompatibilität moderner  
Verbandstoffe mit wund-  
freundlichen Antiseptika ..... 26

Biochirurgie – Wundbehandlung  
mit Fliegenmaden ..... 27

Subaquale niederfrequente  
Ultraschall-Therapie in der  
Wundbehandlung ..... 29

Leitfaden für Autoren ..... 34  
Impressum ..... 34

Titelbild:  
Vitamin C in 35facher Vergrößerung  
(Aufnahme mit polarisiertem Licht)

# Editorial

Verehrte Leserinnen und Leser,

eigentlich müsste in Sachen Wundbehandlung und Wundheilung, zumindest in den sogenannten Wohlfühlsländern, alles zum Besten bestellt sein. Auf unzähligen Kongressen und Symposien steht gerade die Wunde im Mittelpunkt, die Literatur zum Thema füllt ganze Bücherschränke, und von einem Mangel an geeigneten Produkten und Behandlungsmethoden kann schon lange keine Rede mehr sein.

Trotzdem wissen wir alle aus eigener Anschauung, dass wir selbst im deutschsprachigen Raum auf dem Weg zu einem verantwortungsbewussten und erfolgreichen Wundmanagement noch ein gutes Stück vor uns haben. Hemmend wirken sich dabei ganz sicher die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen aus, oft auch allzu kurzfristiges ärztliches Budgetdenken im Falle des Einsatzes moderner und zunächst teurer erscheinender Wundaufgaben, obwohl sich diese langfristig in fast allen Fällen als effizienter und durchaus wirtschaftlicher erweisen.

Häufig sind es aber schlichte Unkenntnis der Produkte und Methoden oder pure Gedankenlosigkeit, die trotz aller publizierten Standards zu inadäquater Wundbehandlung und damit zu hohen Folgekosten führen. Ein Beispiel: Nach Exzision eines Abszesses in unmittelbarer Nähe des Anus wurde die Wunde eines 85-jährigen, harn- und stuhlinkontinenten Patienten mit feuchten Mullkompressen tamponiert und mit Vliesstoffpflaster abgedeckt. Eine Sekundärinfektion der Wunde in diesem extrem keimbelasteten Bereich war damit praktisch vorprogrammiert. Glücklicherweise kam bei der schon am Folgetag vorgenommenen Überleitung in die ambulante Pflege jemand darauf, zumindest für eine sichere Keimbarriere in Form eines Hydrokolloid-Verbandes zu sorgen. Innerhalb von knapp vier Wochen war die Wunde bei gleichzeitiger Tamponade mit Calciumalginat-Kompressen problemlos abgeheilt.

Was zeigt dieser Fall? Manchmal reicht für gutes Wundmanagement die simple Logik. Hoffen wir also darauf, dass sie im Sinne der uns anvertrauten Patienten im Alltag nicht ganz verloren geht.



Kurt Röthel  
Marketingdirektor der PAUL HARTMANN AG

# Routinemäßige Flächen- desinfektion überflüssig?

**Kontroverse zwischen Experten für Krankenhaushygiene und dem  
Freiburger Umweltmediziner Prof. Dr. Franz Daschner**

Laut einer Pressemitteilung sind die Experten für Krankenhaushygiene zutiefst besorgt. Anlass sind verschiedene Publikationen, in denen der Freiburger Umweltmediziner Prof. Dr. Franz Daschner routinemäßige Flächendesinfektionen in deutschen Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen für überflüssig erklärt. Prof. Daschner, der durch den Verzicht auf routinemäßige Flächendesinfektion am Universitätsklinikum Freiburg nach eigenen Angaben pro Jahr rund 65.000 DM einspart, erhielt für seine Thesen in diesem Jahr den Deutschen Umweltpreis.

In den Krankenhäusern zeigt sich erste Verunsicherung. Viele sehen den Patientenschutz gefährdet, befürchten eine bedrohliche Zunahme von schweren Infektionen aufgrund mangelnder Hygiene. Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) hat jetzt gemeinsam mit drei anderen hygienisch-medizinischen Fachgesellschaften, der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM), der Gesellschaft für Hygiene und Umweltmedizin (GHU) und dem deutschsprachigen Arbeitskreis für Krankenhaushygiene, das Bundesgesundheitsministerium in einer gemeinsamen Stellungnahme aufgefordert, die Verunsicherung bezüglich der notwendigen Hygienemaßnahmen unverzüglich zu beenden.

Nach Auffassung der Fachgesellschaften lasse der aktuelle Wissensstand keinen Zweifel daran, dass „die Notwendigkeit zur routinemäßigen Flächendesinfektion nicht abgeschwächt, sondern – im Gegenteil – verstärkt werden müsse“. Die Thesen von Daschner seien „wissenschaftlich fragwürdig“ und stellten – so die Experten – eine ernst zu nehmende Gefährdung für Krankenhauspatienten dar.

Laut Daschner sei eine Flächendesinfektion nur nach sichtbarer Kontami-

nation (Verunreinigung) und nach Entlassung von Patienten mit meldepflichtigen Erkrankungen notwendig. Die Empfehlungen Daschners bleiben nicht ohne Wirkung. Durch den erheblichen Kostendruck an Krankenhäusern wird zunehmend an Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen gespart. Für die Hygieneexperten ein bedrohlicher Umstand: Eine Reihe gefährlicher Erreger, vor allem sogenannte antibiotikaresistente Mikroorganismen, könnten durch mangelnde Desinfektion „vermehrungsfähig“ bleiben. In der gemeinsamen Stellungnahme weisen die Hygieniker außerdem darauf hin, dass es erst kürzlich in diesem Zusammenhang durch den Ausbruch nosokomialer Infektionserreger bei Frühgeborenen zu Todesfällen gekommen sei.

Die einfache Reinigung mit Seife ohne Zusatz von desinfizierenden Substanzen führt erwiesenermaßen nicht zur Abtötung gefährlicher Infektionserreger, sondern vielmehr zu „einer Weiterverbreitung [...] auch in das Umfeld anderer Patienten“. Die Experten fordern deshalb die Gesundheitspolitiker auf, die Flächendesinfektion auf die seit 1976 geltenden Richtlinien des Bundesgesundheitsamtes zurückzuführen, nach denen diese ein wichtiger Bestandteil einer umfassenden Präventionsstrategie sei. Durch die Umsetzung der Forderungen Daschners werden aus Sicht der Fachgesellschaften



**Prof. Dr. med.  
Franz Daschner  
ist Direktor des  
Institutes für  
Umweltmedizin  
und Kranken-  
haushygiene,  
Universitätskli-  
nikum Freiburg.**

„der Patientenschutz gefährdet, das Grundprinzip ärztlichen Handelns [...] in Frage gestellt sowie die äußerste Grenze der ärztlichen und ethischen Verantwortung für Patienten erreicht“.

Diese Kontroverse nahm das WundForum zum Anlass, Prof. Daschner um eine Stellungnahme zu bitten:

**WundForum:** *In der Presseinformation der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene vom 28.11.00 kam zum Ausdruck, dass Experten für Krankenhaushygiene in Deutschland um den Hygieneschutz zutiefst besorgt sind. Anlass sind verschiedene Publikationen von Ihnen, die eine routinemäßige Flächendesinfektion in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen für überflüssig erklärt.*

*Namhafte Spezialisten aus dem Bereich der Krankenhaushygiene erheben die These, dass durch den Verzicht einer Flächendesinfektion eine bedrohliche Zunahme von schweren Infektionen aufgrund mangelnder Hygiene zu befürchten sei.*

*Sehen Sie den Patientenschutz als gefährdet an, wenn auf eine routinemäßige Flächendesinfektion verzichtet wird?*

**Prof. Daschner:** Prinzipiell ist zur Presseinformation der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene anzumerken, dass sie weder von der Gesellschaft für Hygiene und Umweltmedizin noch von der angesehensten deutschen Fachgesellschaft, nämlich der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, autorisiert war. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie hat sich ausdrücklich von der Presseerklärung und auch von der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene zur Flächendesinfektion, in der eine routinemäßige Flächendesinfektion ausdrücklich befürwortet wird, distanziert.

Nun zu Ihrer Frage: Ich sehe natürlich den Patientenschutz nicht gefährdet, wenn in der Klinik auf eine routinemäßige Flächendesinfektion verzichtet wird. Routinemäßig heißt beispielsweise, dass man einmal am Tag oder ein- oder zweimal pro Woche den Fußboden desinfiziert, denn spätestens 2 Stunden nach Fußbodendesinfektion ist die Ausgangskeimzahl wieder erreicht. Anstelle der routinemäßigen, ungezielten Flächendesinfektion muss aber natürlich eine gezielte Flächen-

desinfektion erfolgen, wenn die Fläche, auch der Fußboden, mit Blut, Urin, usw. verunreinigt ist, dann wird die Verunreinigung mit einem mit Desinfektionsmittel getränkten Lappen und der behandschuhten Hand entfernt. Gezielte Flächendesinfektion würde auch heißen, dass man z. B. die patientennahen Flächen auf der Intensivstation, z. B. Monitore, die häufig mit den Händen berührt werden, desinfiziert.

**WundForum:** Ist die Befürchtung einer Zunahme von schweren, im Krankenhaus erworbenen Infektionen bei Verzicht auf eine Flächendesinfektion gerechtfertigt?

**Prof. Daschner:** Diese Befürchtung ist deswegen nicht gerechtfertigt, weil man mittlerweile weiß, wie die häufigsten Krankenhausinfektionen entstehen, nämlich Harnwegsinfektionen meistens durch Katheterisieren, Sepsis meist durch Venenkatheter, Pneumonie bei Beatmung aus der Flora des Rachens und des Magens und postoperative Wundinfektionen aus der patienteneigenen Flora. Harnwegsinfektionen und Sepsis entstehen nicht von Flächen.

Es gibt übrigens kein einziges nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene in Europa, welches eine routinemäßige Flächendesinfektion empfiehlt. Die Centers for Disease Control and Prevention, die größte Krankenhausinfektionszentrale der Welt in Atlanta, USA, empfiehlt nicht einmal eine routinemäßige Flächendesinfektion im OP. Umfangreiche epidemiologische Untersuchungen im Universitätsklinikum Freiburg haben gezeigt, dass in Freiburg die Krankenhausinfektionsrate nicht höher ist als in anderen vergleichbaren Kliniken, obwohl wir seit über 15 Jahren auf eine routinemäßige Flächendesinfektion verzichten.

**WundForum:** In der Pressemitteilung wird der Fall aus Gießen aufgeführt, wo es infolge einer zu niedrig dosierten Desinfektionslösung bei Säuglingen zu nosokomialen Septikämien mit Todesfolge gekommen ist. Können schwere nosokomiale Infektionen durch routinemäßige Flächendesinfektion vermieden werden?

**Prof. Daschner:** Mir sind keine Daten aus der internationalen wissenschaftlichen Literatur bekannt, dass durch routinemäßige Flächendesinfektion schwere nosokomiale Infektionen vermieden werden können. Die Durchfüh-

rung derartiger Untersuchungen wäre dringend erforderlich. Diejenigen, die eine routinemäßige Flächendesinfektion empfehlen, hätten solche Untersuchungen schon lange machen können. Die Todesfälle in Gießen sind aufgetreten, weil (!) Flächen desinfiziert wurden, und zwar mit einem falsch konzentrierten Flächendesinfektionsmittel. Weil das Mittel in der empfohlenen Konzentration dermaßen übel gerochen hatte und daher vom Personal nicht akzeptiert wurde, wurde die Konzentration vom zuständigen Krankenhaushygieniker halbiert, dadurch konnten Krankenhausinfektionserreger in dieser Desinfektionslösung wachsen. Wenn man die Flächen desinfiziert, dann natürlich mit den richtigen Konzentrationen.

**WundForum:** In welchen klinischen Bereichen ist eine regelmäßige Flächendesinfektion sinnvoll oder nicht sinnvoll?

**Prof. Daschner:** Zu diesem Thema empfehle ich das Video „Sinnvolle und nicht sinnvolle Desinfektion“ des Nationalen Referenzzentrums für Krankenhaushygiene, das über das Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene (Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg, Fax. 0761/270-5485, Tel. 0761/270-5469) bezogen werden kann. Eine routinemäßige Fußbodendesinfektion ist nicht sinnvoll, ebenso wie eine routinemäßige Flächendesinfektion in Sanitärbereichen, z. B. Duschen, Toiletten, Badewannen. Da in 95% der deutschen Krankenhausbetten keine Infektionspatienten liegen, müssen auch Betten nicht routinemäßig desinfiziert, sondern nur gereinigt werden. Auch eine routinemäßige Matratzendesinfektion ist nicht notwendig, Matratzen erhalten einen waschbaren dichten Überzug, der bei Verunreinigung und Kontamination gewaschen wird. Die routinemäßige Flächendesinfektion muss durch eine gezielte Flächendesinfektion ersetzt werden.

Eine routinemäßige gezielte Desinfektion ist bei Flächen notwendig, die häufig mit den Händen von Personal oder Patienten berührt werden, z. B. Monitore oder Beatmungsgeräte auf Intensivstationen.

**WundForum:** Herr Prof. Daschner, wir danken Ihnen für die Beantwortung der Fragen.

Das Gespräch führte Hardy-Thorsten Panknin, Berlin

## BUCHTIPP



P. Kujath (Hrsg.)

### Haut- und Weichteilinfektionen

Das Buch umfasst mehr als 90 Seiten, ist sehr klar gegliedert und mit guten Graphiken und Übersichtstabellen sowie Farbfotos ausgestattet. Es beinhaltet einen kurzen historischen Überblick und teilt die Haut- und Weichteilinfektionen sowie wichtige Aspekte zu den häufigsten Erregern (insbesondere Staphylokokken, Streptokokken und Clostridium perfringens) ein.

Ein ausführliches Kapitel beschreibt die schweren, lebensbedrohlichen Weichteilerkrankungen. Ferner werden die Prinzipien der chirurgischen Therapie bis hin zur plastischen Deckung der oft ausgedehnten Defekte eingegangen. Prinzipien der Wundheilung und der modernen Verbandstechniken komplettieren das Werk.

In einem separaten Kapitel wird auf die antiinfektive Therapie eingegangen. Des Weiteren werden spezielle Krankheitsbilder wie Dekubitus und der diabetische Fuß – um nur einige klinisch bedeutsame Haut- und Weichteilinfektionen zu nennen – beschrieben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Buch einen guten und kurzen Überblick über den derzeitigen Kenntnisstand der konservativen wie operativen Therapie von Haut- und Weichteilinfektionen gibt und sicherlich einen hohen Praxiswert hat.

UNI-MED Verlag AG, 1. Auflage, Bremen, 2000, 96 Seiten, 85 Abb., DM 79,80, ISBN 3-89599-476-6

## BUCHTIPP



Martin Runge / Gisela Rehfeld  
**Mobil bleiben –  
 Pflege bei Gehstörungen  
 und Sturzgefahr**

Die Selbstständigkeit älterer Menschen wird durch kaum ein anderes Problem so stark bedroht wie durch die Einschränkung der Bewegungsunfähigkeit und die damit verbundene Sturzgefahr. Stürze im Alter sind zudem in der Therapie sehr kostenintensiv. Dieses Buch informiert über Stürze, deren Ursachen, Folgen und Risiken. Auf leicht verständliche Weise wird Grundsätzliches zur Bewegungsfähigkeit des Menschen vermittelt. Viele Fallbeispiele und Hilfen erläutern, wie Stürze verhindert werden können.

Das Buch verzichtet weitgehend auf medizinische Fachbegriffe und bleibt somit allgemein verständlich. Sowohl zur Biomechanik des Sturzes als auch zur menschlichen Muskelkraft und Balancefähigkeit werden Anmerkungen gemacht und durch bildliche Darstellungen unterstützt. Durch die anschaulichen Beschreibungen können die vermittelten Kenntnisse unmittelbar in die Praxis umgesetzt werden.

Die Autoren Dr. Martin Runge und Gisela Rehfeld führen u. a. mehrere Forschungsprojekte zu Sturzgefahr, Schlaganfall und Trainingsmethoden in der Geriatrie.

Schlütersche GmbH & Co. KG,  
 Hannover, 2000, 184 Seiten, 109  
 Abbildungen, 44 Tabellen, DM 64,-,  
 ISBN 3-87706-597-X

## Rechtsprechung

## Notwehr und Nothilfe zum Schutz der Pflegenden und Sicherung von Patienten/Kollegen

Aggression und Gewalt kennzeichnen einen oft nicht vermeidbaren Ist-Zustand in Notaufnahmen und Ambulanzen, selbst auf Allgemeinstationen der Krankenhäuser bis hinein in Alten- und Pflegeheime, denen Probleme mit aggressiven Patienten nicht fremd oder nur als theoretisches Problem bekannt sind.

Diese Vorgabe vermittelt dem Außenstehenden Unbehagen. Schließlich ist es Aufgabe des ärztlich-pflegerischen Behandlungsteams, im Rahmen schützender Versorgung zur physischen und psychischen Gesundheit des Patienten beizutragen. Doch das Klientel der Patienten setzt die Verantwortlichen ständig neuen Konflikten aus. Das psychische Erscheinungsbild des Patienten ist nicht nur geprägt von seiner Grunderkrankung und einer auf sich bezogenen Eigengefährdung. Zunehmend führt fremd aggressives Verhalten – oft begleitet von einer Alkohol- und/oder Drogenproblematik – zur Krankenseinweisung; in einer Vielzahl von Heimaufnahmen spielt ein vorangegangener Alkoholabusus mit Aggressionstendenzen bei einem nun „beschützten Leben“ im Heim eine nicht unmaßgebliche Rolle. Nicht zu vergessen sind nicht nur im Krankenhaus und Heim, sondern auch in der ambulanten Pflege bekannte Fälle einer im Ausmaß fast unvorstellbaren Aggression teilweise schon erheblich mit Demenzsyndromen belasteter Patienten.

Für den Umgang mit aggressiv gefährlichen Patienten ist es wenig hilfreich, wenn auch rechtlich verpflichtend, darauf hinzuweisen, dass Gewalt nur in Ausnahmesituationen „ultima ratio“ pflegerischen Handelns sein darf.

In erster Linie sind Formen der Gewalt richtig zu erkennen und Strukturen zur Aggressionsvermeidung und gege-

benenfalls zur friedlichen Beilegung von emotionsgeladenen Konflikten zu finden und praxisorientiert umzusetzen.

Erst wenn die hohe pflegerische Kunst letztlich trotz allen psychologischen Einfühlungsvermögens einschließlich aller psychiatrischer Hilfsmittel und Tricks angesichts übermächtiger körperlicher Gewalt vor aggressiv randalierenden Patienten kapitulieren muss, verbleibt zum eigenen Schutz und zur Sicherung von Patienten und Kollegen der Weg zu Maßnahmen der Notwehr und Nothilfe.

Notwehr und Nothilfe sind eine Rechtfertigung für die im Einzelfall bei Gefährdung vorrangiger Rechtsgüter hinzunehmenden Eingriffe in geschützte Bereiche Dritter. In der Definition des Strafgesetzbuchs heißt es unter Einbeziehung der Nothilfe in § 32 StGB:

*(1) Wer eine Tat begeht, die durch Notwehr geboten ist, handelt nicht rechtswidrig.*

*(2) Notwehr ist die Verteidigung, die erforderlich ist, um einen gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff von sich oder von einem anderen abzuwenden.*

Damit sind zum Schutze von Personal und Patienten erforderliche Abwehraktionen rechtlich erlaubt; im Interesse der Mitpatienten eines Angreifers oft sogar geboten.

Eine über das verständliche Maß hinausgehende und bei verbalen Attacken gebotene Zurückhaltung ist bei als bedrohlich einzuschätzenden Angriffen auf Schwestern und Pfleger nicht angezeigt. Schließlich erstreckt sich die pflegerisch gebotene Hilfeleistung auch für aggressive Patienten nicht darauf, eigene Verletzungen und Gesundheitsschäden pflichtschuldig in Kauf zu nehmen. Die berufliche Pflicht zur Hilfeleistung versagt zwar eine grundsätzliche Verweigerung, büdet jedoch Ärzten, Schwestern und Pflegern keine erweiterte Berufspflicht auf – und zwar weder durch die Strafnorm der in § 323 c StGB geregelten „unterlassenen Hilfeleistung“ noch durch weitere einschlägige Normen zur Absicherung der angemessenen Versorgung von Patienten und Heimbewohnern durch medizinisches Personal.

Nach der gesetzlich normierten Regelung steht das therapeutisch verantwortliche Personal nur so lange in der Rolle des auch dem aggressiven Pati-

enten zum Beistand Verpflichteten, wie diese Berufspflicht „ihm/ihr den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist“.

Bei der Wahl der im Einzelfall zur Gefahrbeseitigung erforderlichen Maßnahme wird sich das erfahrene Pflegepersonal selbstredend auf den Einsatz des mildesten Mittels entsprechend der rechtlich verpflichtenden Vorgabe beschränken. Klarstellend ist zu vermerken, dass Notwehr und Nothilfe immer einen noch fortwährenden „gegenwärtigen Angriff“ voraussetzen.

Eine Prophylaxe etwa im Rahmen der Sedierung oder Fixierung aggressiver Patienten ist nur unter der weiteren Voraussetzung des in § 34 StGB geregelten „rechtfertigenden Notstandes“ zulässig. Hierzu bedarf es in der Regel der vorherigen ärztlichen Anordnung, da es sich bei Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen im Rahmen der Patientenversorgung nach rechtlicher Vorgabe immer um unter Arztvorbehalt stehende therapeutische Entscheidungen handelt. Nur im akuten Notfall – wenn ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig kommen kann, um den Eintritt einer akuten Gefahrenlage zu verhindern, dürfen Schwestern und Pfleger vorbeugend sichernde Maßnahmen treffen, die sodann unverzüglich ärztlich zu überprüfen und schützend für Patienten, Personal und/oder weitere Beteiligte festzulegen sind.

Das Spektrum der ärztlich zu treffenden Entscheidung umfasst dabei die therapeutische Anordnung sedierender Medikation und mechanischer Fixierung ebenso wie eine gegebenenfalls zu treffende bzw. anzuregende geschlossene Unterbringung nach den landesspezifischen Vorschriften der Gesetze zum Schutze psychisch Kranker und/oder nach den Vorschriften zur geschlossenen Unterbringung bzw. zu weiteren unterbringungsähnlichen Maßnahmen nach Vorgabe des Betreuungsgesetzes.

Im Einzelfall bei im Vordergrund stehender krimineller Energie eines z. B. alkoholisierten oder unter Drogeneinfluss stehenden aggressiven Patienten, Heimbewohners oder sonstigen „Störers“ mag sogar die Einschaltung der Polizei zur Sicherung einer Station und des medizinisch-pflegerischen Umfelds notwendig erscheinen.

#### IM ERGEBNIS BLEIBT FESTZUHALTEN:

Notwehr zum eigenen Schutz der Pflegenden und Nothilfe zur Sicherung von Patienten und Kollegen sind Kernbestandteil des verfassungsrechtlich garantierten Personenschutzes.

Der Einsatz gebotener Maßnahmen zur Abwehr von Gewalt ist jedoch ebenso wie die Anordnung und Durchführung prophylaktischer Sicherungen wie Sedierung und Fixierung dokumentarisch festzuhalten. Denn ebenso wie der Arzt stehen Schwestern und Pfleger in der Pflicht, ihr Handeln gegenüber dem Patienten uneingeschränkt rechtfertigen zu können.

Die rechtlich anerkannte Beweisfunktion der Rechtfertigung notwendiger abwehrender Sicherungsmaßnahmen teils damit verbundener körperlicher Gewalt auch unter Beschränkung der körperlichen Integrität und Freiheit des aggressiven Störers bietet dabei die nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung verpflichtende Dokumentation, der nach der Regel des „prima-facie-Beweises“ (Beweis des ersten Anscheins) ein wesentlich höherer Beweiswert und damit Schutz der zum Handeln verpflichteten Aufsichtspersonen wie Schwestern und Pflegern zukommt als der nach Monaten und zuweilen Jahren im Falle gerichtlicher Überprüfung vielleicht nicht mehr klar nachvollziehbaren Aussage eventuell noch präsenter Zeugen.

*Hans-Werner Röhlig, Oberhausen*

#### Fortbildung

## Akademie für Wundmanagement: 2001 wieder vier Fachseminare

Die in den letzten Jahren sehr erfolgreichen Fachseminare „Moderne Wundbehandlung“ der Akademie für Wundmanagement an der Berufsakademie Heidenheim werden auch 2001 fortgesetzt. Die vier Termine sind: 12.3.-17.3.2001, 14.5.-19.5.2001, 17.9.-22.9.2001 und 5.11.-10.11.2001.

Das Fachseminar soll in kompakter Form theoretisches und praktisches Wissen über die Wundheilung und

Wundbehandlung vermitteln und die Teilnehmer für die tägliche Praxis „fit“ machen. Als Referenten wirken Mediziner und Pflegefachkräfte mit langjährigem Erfahrungshintergrund.

Auskunft: Akademie für Wundmanagement an der Berufsakademie Heidenheim, Wilhelmstraße 10, 89518 Heidenheim, Tel.: 07321/381946, Fax: 07321/381947.

#### Firmennachrichten

## Ulrich Hemel neuer HARTMANN-Chef

Prof. Dr. Dr. Ulrich Hemel (44), seit 1998 im Vorstand der PAUL HARTMANN AG, hat am 1. Januar 2001 als Vorstandsvorsitzender die Nachfolge von Dr. Reinhard Bauer (65) angetreten, der altershalber aus dem aktiven Berufsleben ausgeschieden ist.

Ulrich Hemel studierte in Mainz, Rom und Regensburg katholische Theologie sowie Wirtschafts- und Sozialwissenschaften und war anschließend mehrere Jahre in Forschung und Lehre tätig. Im Jahr 1996 wurde er zum außerplanmäßigen Professor für Katholische Religionspädagogik und Katechetik in Regensburg berufen.

Eine Verlagerung des Schwerpunktes in den Wirtschaftssektor erfolgte aber bereits 1991, als Hemel hauptberuflich für die Boston Consulting Group (BCG) in München tätig wurde.

1996 wechselte er von der Beraterseite in die Industrie und übernahm bei der PAUL HARTMANN AG die Leitung der Abteilung Akquisition & Internationale Unternehmensentwicklung. 1997 wurde ihm die Leitung des Servicebereichs Integrierte Materialwirtschaft übertragen, 1998 kam die Leitung des Unternehmensbereichs Alten- und Krankenpflege hinzu. 1999 übernahm er im Vorstand zusätzlich die Verantwortung für den Unternehmensbereich Medical und ein Jahr später auch für den Unternehmensbereich Konsumgüter.



**Altenpflege 2001, 20.-22.3.2001**

## Europas Leitmesse für die Altenpflege

Der Informationsbedarf bei allen in der Altenhilfe tätigen Berufsgruppen ist immens hoch. Pflegerische Kompetenz und wirtschaftliches Handeln verknüpfen sich und stellen Fach- und Führungskräfte der Altenhilfe vor neue Aufgaben und Herausforderungen: Kundenorientierung, Strukturveränderungen, Pflegequalität und Betriebsorganisation sind die entscheidenden Stichworte. Und konkurrenzfähig bleiben die Pflegeeinrichtungen nur durch gezielte Investitionen.



Die „Altenpflege 2001“ findet vom 20. bis 22. März 2001 im Messezentrum Nürnberg statt und hält als bedeutende Orientierungshilfe eine Fülle von Neuerungen, Informationen und Anregungen bereit. Das Angebot umfasst alle wichtigen Produkte und Dienstleistungen für die stationäre und ambulante Alten- und Krankenhilfe und stellt die beste Marktübersicht dar, die man sich denken kann – fachkundige Beratung inklusive.

Auch der begleitende Fachkongress ist längst zum Markenzeichen der Altenpflege geworden. Das Motto des Kongresses lautet „Profession Pflege: innovativ denken, kompetent handeln, verantwortlich leiten“. Außerdem geht es auf dem „Geriatric-Tag“ am Vormittag des zweiten Messetages um zentrale Fragen der geriatrischen Medizin wie Morbus Parkinson, Obstipation, Stuhlinkontinenz und konkrete Fälle neurologischer Störungen. Nachmittags setzt das „Geriatricsseminar 2001 plus“ das Programm speziell für Ärzte und klinisch tätige Geriater fort.

Selbstverständlich ist auch die PAUL HARTMANN AG auf der „Altenpflege

2001“ vertreten, Halle 1, Stand 133. Neben umfassender Produktinformation wird sie – wie im letzten Jahr – einen Fort- und Weiterbildungsservice präsentieren, der für so manche Pflegekraft interessant und nützlich sein könnte.

### Produktinformation

## Pütterbinden mit aufgedruckter Waschanleitung

Damit Waschanleitungen ständig parat sind, hat HARTMANN jetzt als erstes Unternehmen die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie in die Tat umgesetzt: Auf jeder Pütterbinde sind die Pflegehinweise zum Waschen und Trocknen aufgedruckt. Das kann für so manchen Patienten eine kleine praktische Hilfe sein und die Binden unter Umständen länger funktionsfähig halten.

Die Pütterbinde ist eine klassische textilelastische Binde aus 100% Baumwolle für eine sehr starke Kompression mit hohem Arbeits- und niedrigem Ruhedruck. Für den bekannten Pütter-Verband werden zwei dieser Binden in gegenläufiger Verbandtechnik angelegt. Dies macht die Kompressionsverbände zum einen außerordentlich haltbar, zum anderen wird damit eine dauerhafte Kompressionswirkung bis in die tiefen, subfaszialen Venenbereiche erzielt, die für eine rasche Entstauung sorgt.



### Termine

## Kongresse und Fortbildung im Frühjahr 2001

### 1. Magdeburger Symposium für operative Intensivmedizin

Magdeburg, 2.3.2001  
 Auskunft: Otto-von-Guericke-Universität, Medizinische Fakultät, OA Dr. med. G. Weiß, Klinik für Chirurgie, Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg, Tel.: 0391-6715514, Fax: 0391-6715596

### Basler Dekubitus-Seminar

Basel, 13.-14.3.2001, Kantonsspital Basel, Kongresszentrum ZLF  
 Auskunft: Frau E. Meier, Sekretariat II, Geriatrische Universitätsklinik, CH-4031 Basel, Tel.: +41-(0)61-2652996, Fax: +41-(0)61 2652670, E-Mail: lisa.meier@unibas.ch

### 6. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD e.V.)

Jena, 29.-31.3.2001, Campus der Friedrich-Schiller-Universität  
 Auskunft: Dr. med. S. Schliemann-Willers, Klinik für Dermatologie und dermatologische Allergologie der FSU Jena, Erfurter Str. 35, 07740 Jena, Tel.: 03641-937-440/-370, Fax: 03641-937-430, E-Mail: schliemann@derma.uni-jena.de

### 118. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie – Chirurgenkongress

München, 1.-5.5.2001, Internationales Congress Center  
 Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin, Tel.: 030-28004-200, Fax: 030-28004-209, E-Mail: DGChirurgie@t-online.de, Internet: www.dgch.de

### 5. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung

Ulm, 21.-23.6.2001, Congress-Centrum Ulm  
 Thema: Strukturen und Perspektiven des interdisziplinären Wundmanagements  
 Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V., Erlenbachstr. 19, 89155 Erbach, Tel.: 07305-932255, Fax: 07305-932256, E-Mail: dgfw@dgfw.de, Internet: www.dgfw.de