

Inhalt

AKTUELLES

Die Behandlung venöser
Ulcera und ihre Abrechnung
nach dem neuen EBM 4

Rechtsprechung:
Das Risiko „gefahrgelegter
Arbeit“ – Grauzone zwischen
Theorie und Praxis? 7

Kurzmeldungen 7
Buchtips 7
Termine 10

2. Internationaler HARTMANN
Wundkongreß 10

TITELTHEMA

Die chronisch posttraumatische
Wunde 12

FORSCHUNG

Biologische Eigenschaften
von Myofibroblasten 17

KASUISTIK

Die Behandlung eines
Gamaschenulcus mit TenderWet 20

Calciumalginat in der
Therapie infizierter und
sekundär heilender Wunden 22

PRAXISWISSEN

Häufige Probleme bei der
Behandlung chronischer Wunden ... 27

FAX-HOTLINE

Fragen und Antworten aus
der Fax-Hotline 33

Leitfaden für Autoren 34
Impressum 34

Das Titelphoto zeigt die 3D-Rekonstruktion (Auschnitt) eines Schädelskelettes nach Hirnoperation mit erheblichem knöchernen Defekt. Das Fallbeispiel ist im Titelthema auf Seite 15 dargestellt.

Editorial

Verehrte Leserinnen und Leser,

das WundForum geht mit der vorliegenden Ausgabe in sein drittes Jahr, und die noch ständig steigende Zahl an Abonnenten deutet immerhin darauf hin, daß diese in ihrer Art erste Fachpublikation im deutschsprachigen Raum auch nach inzwischen neun Ausgaben nichts an Aktualität eingebüßt hat.

Dennoch würden wir das gerne etwas genauer wissen, um Inhalt und Gestaltung der Zeitschrift künftig vielleicht noch weiter zu verbessern und noch mehr an den Erfordernissen der Praxis zu orientieren. Allen 13 000 Abonnenten-Heften liegt deshalb ein Fragebogen bei, mit dessen Rücksendung Sie Ihren Beitrag dazu leisten können, das WundForum der nächsten Jahre mitzugestalten.

Ich darf Sie somit herzlich bitten, sich an der kleinen Umfrage aktiv zu beteiligen, und ich verspreche, daß Sie dafür nicht mehr als zehn Minuten Ihrer kostbaren Zeit werden aufwenden müssen. Für Schnellentschlossene kann sich die Teilnahme übrigens doppelt lohnen: Unter allen Einsendungen, die uns bis zum 11. März erreichen, verlosen wir fünf Blitzreisen zum 2. Internationalen HARTMANN Wundkongreß in Stuttgart; Kongreßgebühr und Aufenthaltskosten inklusive.

Der Stuttgarter Kongreß ist auch in diesem Jahr mit 27 Referenten wieder hochkarätig besetzt und dürfte damit erneut zu einem Meilenstein innerhalb der fachlichen Auseinandersetzung mit der Thematik der Wundheilung und der Wundbehandlung werden. Sie sind herzlich eingeladen; Details zum Programm und zur Organisation finden Sie auf den Seiten 10/11.

Bitte erlauben Sie mir abschließend noch einen besonderen Hinweis auf ein Experiment, das wir für das vorliegende Heft zum erstenmal gewagt haben. Es geht um den Beitrag „Häufige Probleme bei der Behandlung chronischer Wunden“ auf den Seiten 27-32. Vier Mitglieder unseres Expertenbeirats haben ihre langjährige Praxiserfahrung zu dieser augenscheinlichen Thematik eingebracht. Von unserer Redaktion bearbeitet und zusammengefaßt könnte der Artikel sicher Anlaß zur Diskussion und zum erweiterten Erfahrungsaustausch sein. Zögern Sie also nicht, uns Ihre Meinung dazu wissen zu lassen.



Kurt Röthel
Marketingdirektor der PAUL HARTMANN AG

Die Behandlung venöser Ulcera und ihre Abrechnung nach dem neuen EBM

A. Gericke

Phlebologe, Traunstein

Man schätzt, daß etwa zwei Millionen Bundesbürger mit einem venös bedingten Unterschenkelgeschwür behaftet sind. Dabei haben viele Ulcus-Patienten einen jahrzehntelangen Leidensweg hinter sich, was sicherlich die vielfältigen Schwierigkeiten bei einer Ulcusbehandlung unterstreicht. Vor allem die Tatsache, daß es in den wenigsten Fällen zur schnellen Ulcusabheilung kommt, verursacht Probleme. Arzt und Patient verlieren die Geduld, unwissenschaftliche Polypragmasie ersetzt nicht selten die konsequente Kompressionstherapie und Wundbehandlung, der Ulcus-Patient wird ein „teurer“ Patient, es drohen Regresse der Krankenkassen.

Der neue EBM hat die Situation nicht gerade vereinfacht. Dennoch kann der Ulcus-Patient natürlich nicht unbehandelt bleiben, und es ist nach Lösungen zu suchen, die ihm eine adäquate Versorgung mit Aussicht auf Abheilung des Ulcus bietet. Eine auf pathophysiologischen Erkenntnissen begründete Therapie wird sich hierbei nicht nur als die effizientere, sondern auch als die wirtschaftlichere erweisen.

ZUR KLINIK UND DIAGNOSE

Beinulcerationen entstehen zu etwa 90% auf dem Boden einer venösen Hypertonie als Folge einer ausgeprägten chronischen Veneninsuffizienz. Etwa 6% der Ulcerationen sind auf eine periphere arterielle Minderversorgung und ca. 4% auf spezifische Hauterkrankungen zurückzuführen. Eine exakte Diagnose, die auch differentialdiagnostische Maßnahmen umfaßt, ist daher zu Beginn jeder Behandlung unerlässlich, auch wenn für den Erfahrenen in der Regel die klinische Symptomatik zur Diagnosestellung ausreicht.

Als Prädilektionsstelle bevorzugt das Ulcus cruris venosum die perimalleoläre Region (Bisgaard'sche Kulisse), es kann jedoch auch an anderen Stellen am Unterschenkel auftreten. Vom klinischen Aspekt her unterscheidet man bei der Beurteilung des Ulcusgrundes eine Reinigungs-, Granulations- und Epithelisierungsphase, die jeweils zur Beurteilung der voraussichtlichen Heilungsdauer herangezogen werden können. Die Ausdehnung der Ulceration spielt hierbei eine eher sekundäre Rolle. Häufig sind es gerade die kleinen, in Zonen einer Capillaritis alba auftretenden Ulcerationen, die dem Patienten erhebliche Schwierigkeiten bereiten und ausgesprochen schlechte Heilungstendenzen aufweisen.

Ulcerationen bei primärer Varikosis verursachen zumeist wesentlich geringere Beschwerden – auch ist hier das Ödem weniger ausgeprägt – als jene, die sich in Folge einer postthrombotisch bedingten chronischen Veneninsuffizienz entwickeln.

Bei Postthrombotikern findet sich als Begleiterkrankung häufig ein sekundäres Lymphödem. Spitzfuß-Stellungen und selten Ankylosen im Bereich des oberen Sprunggelenkes sind Zeichen eines schon jahrzehntelang bestehenden Ulcus mit häufigen Rezidiven. Zumeist findet sich auch in der Ulcusumgebung ein mehr oder minder ausgeprägtes Begleitexzem.

Zu jeder klinischen Untersuchung gehört die Palpation der Fußpulse und die Überprüfung der Beweglichkeit in den großen Gelenken, wobei insbesondere auf beginnende Versteifungen im Bereich der Sprunggelenke geachtet werden muß. Bei stärkeren Ödemen sind initial und später vergleichende Umfangmessungen unumgänglich, um

durch den Rückgang des Ödems den Effekt der Kompressionsbehandlung beurteilen zu können.

Auch sollte nach den klinischen Zeichen einer latenten oder manifesten Rechtsherzinsuffizienz gefahndet werden, da die plötzliche Erhöhung des venösen Rückstromes durch den Kompressionsverband eine Rechtsherzde-kompensation auslösen kann. Labor-technisch müssen der postprandiale Blutzucker, CRP, das Hämoglobin, Erythrozytenzahl und gegebenenfalls auch der Hämatokrit bestimmt werden.

Beim diabetischen Patienten kann die Palpation der peripheren Fußpulse als klinisches Kriterium nicht verwendet werden, da gegebenenfalls aufgrund einer ausgeprägten Mediasklerose bei gut gefüllten Pulsen bereits erhebliche mikrozirkulatorische Störungen bestehen können und die Ulceration somit gemischt arteriell-venös bedingt ist. Ebenso können beim Diabetiker aufgrund der eventuell bestehenden diabetischen Neuropathie die typischen klinischen Zeichen einer Claudicatio intermittens fehlen. Auch die periphere Druckmessung mittels Ultraschall-Doppler verschafft keine Klarheit über die aktuelle arterielle Situation, da in Folge der Mediasklerose zu hohe Druckwerte gemessen werden. Diagnostisch weiterführend ist hier ausschließlich die akrale Oszillographie.

ABRECHNUNG DER DIAGNOSELEISTUNGEN

Welche Maßnahmen zur Diagnose und Differentialdiagnose im Einzelfall erforderlich werden, ist natürlich abhängig von der konkreten Patientensituation. In der Tabelle sind kurz die EBM-Leistungen aufgeführt, die grundsätzlich in Frage kommen können.

Dabei ist besonders auf die Möglichkeit der mehrmaligen Abrechnung von aufklärenden und motivierenden Gesprächen mit dem Patienten hinzuweisen, die während der zumeist über Wochen dauernden Ulcusbehandlung die unerlässliche Patientencompliance sichern sollen. Das Gespräch ist unter der Nr. 10 für Hausärzte (Allgemeinärzte, praktische Ärzte, hausärztliche Internisten) bzw. unter der Nr. 17 für die übrigen Fachärzte auch dann abrechenbar, wenn es während anderer Tätigkeiten, so z. B. während des Anlegens des Kompressionsverbandes geführt wird.

THERAPIEPRINZIPIEN

Ein Ulcus kann erst dann abheilen, wenn der venöse Abfluß im Bein weitestgehend normalisiert ist. Das bedeutet, daß zunächst kausalthérapeutische Maßnahmen zur Kompensierung der chronisch venösen Insuffizienz erforderlich werden. Zur Verfügung stehen verschiedene invasive Verfahren, z. B. Sklerosierung und/oder Operation, sowie die Kompressionstherapie, die immer – auch bei chirurgischen Eingriffen am Venensystem – die Basis jeglicher Behandlung darstellt.

Kompressionstherapie

Eine lege artis durchgeführte Kompressionstherapie führt rasch zu Schmerzfreiheit, die begleitend einsetzende Heilungstendenz ermutigt den Patienten, die oft langwierige Behandlung zu akzeptieren.

Da zu Beginn der Behandlung das Ulcus täglich versorgt werden muß, erfolgt die Kompressionsbehandlung in Form von Wechselverbänden, d. h. mit elastischen und wiederverwendbaren Kurzzugbinden. Ausnahme sind ausgeprägte Ödeme, die am schnellsten mit einem Zinkleimverband oder einem kombinierten Verband aus Klebebinden- und textilen Kurzzugbinden ausgeschwemmt werden können.

Liegt gleichzeitig eine periphere arterielle Verschußkrankheit vor, stellt die Kompressionstherapie bis Stadium IIa eine relative Kontraindikation dar, ab Stadium IIb darf in der Regel kein Kompressionsverband mehr angelegt werden. Die Kompressionstherapie darf somit immer nur nach Kenntnis der arteriellen Druckverhältnisse durchgeführt werden (Cave: arterieller Knöcheldruck unter 70 mm Hg).

Zu beachten ist auch – wie schon erwähnt – das besondere Risiko bei Diabetes-Patienten mit Mediasklerose und bei Patienten mit einer Rechtsherzinsuffizienz. Nahezu wirkungslos ist der Kompressionsverband, wenn es durch jahrzehntelang bestehende Ulcerationen mit häufigen Rezidiven im Bereich des Sprunggelenkes zu Versteifungen gekommen ist und/oder eine ausgeprägte Dermatosklerose die Tiefenwirkung des Verbandes verhindert.

Lokale Ulcusbehandlung

Die lokale Ulcusbehandlung orientiert sich an den pathophysiologischen Gegebenheiten der chronischen Wun-

**ABRECHNUNG VON DIAGNOSE UND THERAPIE
VENÖSER ULCERATIONEN NACH DEM NEUEN EBM**

Nr.	Leistungsbeschreibung	Punkte
DIAGNOSELEISTUNGEN		
1	Ordinationsgebühr Mitglied/Rentner	265 / 475
2	Konsultationsgebühr	50
10	therapeutisches hausärztliches Gespräch Dauer mindestens 15 Minuten	450
17	fachübergreifendes Beratungsgespräch	450
Klinische Prüfung		
in der Ordinationsgebühr enthalten, in Ausnahmefällen Nr. 60 möglich		
60	Erhebung des Ganzkörperstatus	320
Doppler-Untersuchungen/differentialdiagnostische Maßnahmen		
666	Doppler-sonographische Untersuchung der Venen oder der Arterien einer Extremität, in Ruhe	50
667	Doppler-sonographische Druckmessung an Arterien einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung	130
668	Duplex-sonographische Untersuchung, Arterien und/oder Venen	600
671	Direktionale Doppler-sonographische Untersuchung	200
672	Sonographische Untersuchung der Vene, B-Mode	200
650	Oszillographie/Rheographie in Ruhe	150
651	Oszillographie/Rheographie in Ruhe und nach Belastung	200
652	Licht-Reflexions-Rheographie	180
653	Sauerstoffpartialdruck transkutan	190
660	Verschußpletysmographie Vene,	150
665	blutige Venendruckmessung, an einer Extremität; in Ruhe und nach Belastung	350
Labortechnische Maßnahmen		
3661	Glukosebestimmung	25
3707	ggf. als „Zuschlag“ zu Leistungen der Naßchemie	15
3840	Blutbild	40
THERAPIE		
205	Phlebologischer Funktionsverband an einem Bein	160
212	Fixierender Verband (zwei große Gelenke)	180
526	Kompressionstherapie intermittierend, je Sitzung	55
905	Abtragen von Hyperkeratosen (Ulcusrand, Stauungsekzeme)	80
930	Spaltung thrombosierter oberflächlicher Beinvenen, einschl. Thrombus-Expression, je Sitzung	180
2022	Ulcus-cruris-Behandlung einschl. Kompressionsverband je Bein und Sitzung	200
2023	Verödung von Krampfadern einschl. Kompressionsverband je Bein und Sitzung	300
2024	Verödung von Krampfadern einschl. Behandlung eines oder mehrerer Ulcera cruris einschl. Kompressionsverband je Bein und Sitzung	400

de und beinhaltet folgende Therapie-schritte:

- ▶ Wundbettsanierung durch ein gründliches Débridement und effiziente Wundreinigung,
- ▶ Konditionierung der Wunde durch feuchte Wundbehandlung mit dem Ziel eines sauberen, gut durchbluteten Granulationsrasens,
- ▶ Wundverschluß, entsprechend der Wundsituation durch Spontanepithelisierung (erforderlich dazu ist weiterhin eine feuchte Wundbehandlung) oder durch Hauttransplantation. Diese kann vor allem bei großflächigen Ulcera indiziert sein, bei denen durch die lange Konditionierungsphase die Gefahr einer fibrinösen Umbildung des Granulationsgewebes besteht.

Für die feuchte Wundbehandlung sind Verbandstoffe zu wählen, die die Wunde sicher vor dem Austrocknen bewahren, denn ein Austrocknen der Wunde kann zu irreversiblen Zellschädigungen führen und somit die Abheilung erheblich verzögern.

Salben, Puder, Desinfektionsmittel oder gar lokale Antibiotika haben auf der Wunde nichts zu suchen. Davon sind auch die Patienten zu überzeugen. Eine solche Selbstmedikation kann den Prozeß der Wundheilung ebenfalls empfindlich stören und erhöht drastisch das Risiko einer lokalen und/oder systemischen Allergie.

Zur bakteriellen Situation ist anzumerken, daß immer von einer Keimbeseidelung des Ulcus ausgegangen werden muß, wobei die Kontamination relativ selten zu einer klinisch sichtbaren Infektion führt. Das bedeutet, daß weder die „prophylaktische“ Anwendung von Desinfektionsmitteln noch topisch angewandte Antibiotika sinnvoll sind. Aufgrund des hohen Risikos einer Sensibilisierung durch Antibiotika und das Problem von Keimresistenzen, wird eine lokale antibiotische Therapie heute nicht mehr empfohlen.

Normalerweise reinigt sich das Ulcus nämlich von selbst, sobald der durch die Kompressionstherapie bewirkte Heilungsprozeß einsetzt. Zumeist es deshalb auch unnötig, Abstriche zur Keimbestimmung zu machen und womöglich noch systemisch antibiotisch zu behandeln. Ausnahme ist natürlich das gangränöse Erysipel.

Antispetische Lösungen haben ihre Berechtigung dagegen zur Behand-

lung superinfizierter Ekzeme in der Ulcusumgebung. Ein Austrocknen der Haut ist dabei jedoch zu verhindern.

Das subakute oder chronische Ekzem ist einer differenzierten Behandlung zu unterziehen, wobei ausschließlich allergenneutrale Salbengrundlagen (z. B. Pasta zinki und Unguentum leniens zu gleichen Teilen) und Substanzen zur Anwendung kommen dürfen. Insbesondere ist eine Dauertherapie mit kortikoidhaltigen Externas wegen der drohenden Hautatrophie zu vermeiden.

Kontraindiziert sind auch anästhesierende, schmerzlindernde Lokaltherapeutika, die mit hohem Risiko behaftet sind, Kontaktallergien auszulösen. Bei starken Schmerzen empfiehlt sich das Kühlen der Ulcusregion durch intervallmäßiges Auflegen von in Eiswasser getauchten Kompressen oder Eisbeutel für einen Zeitraum von 20 bis 30 Minuten. Bei ausgeprägten nächtlichen Beschwerden kann in der Anfangsphase ein Analgetikum gegeben werden bzw. eine kurzzeitige Kortikoidstoßtherapie erfolgen.

ABRECHNUNG VON THERAPIELEISTUNGEN

Die kurz zusammengefaßten Therapieprinzipien machen deutlich, daß in nahezu allen Fällen ein venöses Ulcus durch eine kontinuierliche, konsequent durchgeführte Kompressionstherapie und eine sachgerechte feuchte Wundbehandlung in der Reinigungs-, Granulations- und Epithelisierungsphase ambulant zum Abheilen gebracht werden kann. Viele Externas, die nur das Budget belasten, sind wissenschaftlich nicht begründet und überflüssig.

Die grundsätzlichen Leistungen für die Kompressionstherapie und lokale Wundbehandlung sind mit den entsprechenden neuen EBM-Nummern in der Tabelle aufgeführt. Dabei wird auf einige Besonderheiten gegenüber dem alten EBM hingewiesen:

In die Ordinationsgebühr sind viele sog. „kleine Leistungen“ eingegangen, die bisher im Rahmen der Ulcusbehandlung angesetzt werden konnten, z. B. 200, 406 oder 407, 252, 253, 295 usw.

Leistungen aus Abschnitt C I (Verbände) sind neben den Nummern 2022, 2023, 2024 nicht abrechenbar, d. h. ein therapeutisch notwendiger, redressierender Klebebinden- oder Zinkgelverband (= Nr. 121) am Ulcusbein

wird nicht vergütet, da in der „Komplexziffer“ 2022 lediglich die „Vergütung“ für die Nr. 205 enthalten ist.

Der Ansatz der Nr. 205 (z. B. Kompressionsverband beim postthrombotischen Syndrom) muß immer begründet werden, wenn am anderen Bein Leistungen nach den Nummern 2022, 2023 und 2024 anfallen.

Aufgrund der Vergütungsarithmetik wurde ein – medizinisch nicht begründbarer – Unterschied zwischen einer nicht primär heilenden Wunde und einem Ulcus cruris geschaffen. Beispiel: Nr. 2021, Wundbehandlung, groß, nicht primär heilend + Nr. 205 = 280 Punkte; Nr. 2022 = 200 Punkte!

Da im neuen EBM ja die zum Teil honorargestützten „Töpfe“ fehlen, können gestiegene Praxiskosten durch eine Leistungsausweitung nicht mehr aufgefangen werden, sondern letztere treibt nur – für alle – den Punktwert in den Keller. Es seien daher noch zwei Hinweise angebracht.

Um die Verbandwechselhäufigkeit in der Praxis zu reduzieren, aber auch um den Patienten in seiner Eigenverantwortlichkeit zu stärken bzw. um ihm die langandauernde Behandlungszeit zu erleichtern, sollten er oder seine Angehörigen (im Falle eines geriatrischen Patienten im Altersheim das Pflegepersonal) in die Kompressionstechnik und Wundbehandlung eingewiesen werden. Bis die Techniken beherrscht werden, ist eine 2-3malige wöchentliche Kontrolle erforderlich. Danach genügt eine mehrwöchige Kontrolle.

Der Patient sollte auch darüber informiert werden, welche Kosten durch seine Behandlung entstehen. Dies kann zu einer neuen Sichtweise beim Patienten mit mehr Kostenbewußtsein führen, was letztlich auch die Compliance stärkt.

*Dr. med. Andreas Gericke
Phlebologe und Angiologe
Ludwigstraße 4-6
83278 Traunstein*

Service

Sammelmappe für 1996/97

Die praktische Stab-Sammelmappe hat sich bewährt und steht jetzt rechtzeitig für die nächsten acht Ausgaben des HARTMANN WundForum zur Verfügung.



Sie kann beim WundForum Abo-Service, Postfach 1420, 89504 Heidenheim, Fax 0 73 21 / 36 36 37, angefordert werden.

Rechtsprechung

Das Risiko „gefährdeter Arbeit“ – Grauzone zwischen Theorie und Praxis?

Theorie und Praxis sind zwei verschiedene Paar Schuhe. So erscheint es zumindest dem objektiven Betrachter auf den ersten Blick. Effektive Prophylaxen und Behandlungsmaßnahmen sind in der klinischen und ambulanten Versorgung den fortgebildeten ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern bestens bekannt. Doch wie steht es um die Umsetzung?

Bei Mängeln ziehen sich die Verantwortlichen einschließlich der Träger und Organisationsverantwortlichen im

Rahmen einer mitunter auch rechtlich angestellten Untersuchung oft auf wenig schlagkräftige Argumente, Rechtsfertigungen und Entschuldigungen zurück. Pflegenotstand und Überlastung werden bei unterlassenen Therapiemaßnahmen angeführt. Kritische Fragen nach neuen Standards wie z. B. der Wundversorgung werden abgetan mit pauschalen Hinweisen auf gute Behandlungsergebnisse, ohne diese wissenschaftlich und statistisch verifizieren zu können; schließlich habe man immer so gearbeitet, auch sei in all den Jahren nichts passiert.

Wie sieht es aber aus, wenn es um die Vermeidbarkeit eines Patientenschadens geht – sei es nun ein Dekubitus, eine Wundinfektion oder ein sonstiger Schaden, der bei Einhaltung der gebotenen Sorgfalt mit einiger Wahrscheinlichkeit nicht oder mit nicht so gravierenden Folgen eingetreten wäre?

Klarstellend sei vermerkt: Schon die Verlängerung der Leidensphase eines Patienten ist tatbestandlich eine strafrechtlich indizierte Körperverletzung, aus der zivilrechtlich Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche folgen.

Das gilt für zeitlich verspätet veranlaßte Behandlungsmaßnahmen ebenso wie für sonstige Fehler. Das zunehmend aufgeklärte und anspruchsbewußte Patienten Klientel ist im Schadensfall nicht weiter mit dem Hinweis auf eine Schicksalhaftigkeit oder ein immer verbleibendes Restrisiko zu befrieden. Vielmehr bleibt festzustellen, daß Patienten und ihre Interessensvertreter eher dazu neigen, einen kurzfristigen und oft überzogenen Behandlungserfolg als „Rechtsanspruch“ zu erwarten. Es ist die nicht immer dankbare und oft wegen mangelhafter Behandlungsdokumentation insbesondere bei Beweislastentscheidungen nicht voll überzeugende Aufgabe der Gerichte, Haftung zuzuweisen oder die für Behandlung und Pflege im Einzelfall Verantwortlichen freizuzeichnen.

Dabei sind die rechtlich relevanten Kriterien in Beurteilung der einzuhaltenden Patientensicherheit keineswegs überzogen. Der Patientenanspruch ist nicht auf einen bestimmten Behandlungserfolg ausgerichtet; geschuldet ist „lediglich das sorgfältige Bemühen um Hilfe und Heilung“. Dieser Sicht entspricht die gefestigte Erkenntnis, daß das medizinische Eingriffsrisiko vielfach der körpereigenen, oft un-

BUCHTIP



R. Jensen / H.-W. Röhlig

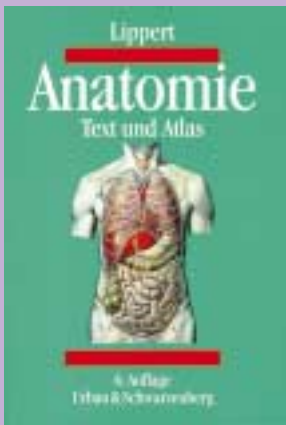
Das neue Betreuungsrecht – ein Leitfaden für Krankenhaus, Heim und Sozialstation

Das neue Betreuungsrecht ist seit 1.1.1992 in Kraft. Es löst das bis dahin geltende Vormundschafts- und Pflegschaftsrecht ab und ändert nicht weniger als 51 Gesetze. Um so notwendiger ist das vorliegende Buch. Es ist eine Quelle umfassenden Wissens für Pflegende, Ärzte und alle, die Verantwortung für Menschen tragen, die nicht mehr für sich entscheiden und handeln können. Es beseitigt die noch weitgehend vorhandenen Unklarheiten über Pflichten und Rechte in verantwortlichen ärztlich-pflegerischen Teams in Alten- und Pflegeheimen, Krankenhäusern und Sozialstationen.

Das Buch beantwortet Fragen wirksamer Versorgungsverträge mit Betreuten, der Aufklärung der Betreuten und ihrer Betreuer, über die Tragweite und Risiken pflegerischer und ärztlicher Maßnahmen, der wirksamen Einwilligung in eine Heilbehandlung sowie der Abgrenzung von Sicherungsmaßnahmen zum Schutz und Wohl des Betreuten von strafrechtlich relevanten Tatbeständen.

(Schlütersche Verlagsanstalt und Druckerei, Hannover, 1993, 107 Seiten, DM 45,-, ISBN 3-87706-392-6)

BUCHTIP



H. Lippert

Anatomie – Text und Atlas

Fachlich präzise und doch verständlich – so präsentiert sich diese Kombination von Kurzlehrbuch und Atlas. In mehr als 1200 Abbildungen werden alle Aspekte des Körperbaus des Menschen veranschaulicht: Zellen, Gewebe, Organe, Lagebeziehungen, Entwicklung und Gestalt werden jeweils in funktioneller und ärztlicher Sicht behandelt. Die Abbildungen sind lückenlos mit deutschen und lateinischen anatomischen Bezeichnungen versehen und werden eingehend erläutert. Ein Wiederholungsteil erleichtert mit rund 800 Fragen und Antworten das Überprüfen des eigenen Wissens und die Vorbereitung auf ein Examen.

Das Buch wendet sich in erster Linie an die Schüler der Pflegeberufe und medizinischen Assistenzberufe, vermittelt aber auch dem Medizinstudenten ein Grundverständnis und Basiswissen der Anatomie, mit denen er die ausführlicheren Lehrbücher effizienter studieren wird. Mit den über 5000 Einzelbezeichnungen des Bildteils behält das Buch als Nachschlagewerk über ein Examen hinaus seinen Wert.

(Urban & Schwarzenberg, München / Wien / Baltimore, 1995, 6. Auflage, 597 Seiten, 1231, großteils mehrfarbige Abb., DM 49,80, ISBN 3-541-07216-4)

berechenbaren Patientensphäre entstammt. Bei aller Objektivität und dem grundsätzlichen Vertrauen in die Kompetenz der Ärzte und Pflegekräfte führen offensichtliche Mängel in der qualitativen Versorgung bei letztlich selbst ungeklärten Schadensfällen dann jedoch fast zwangsläufig zu haftungsrechtlichen Konsequenzen. Eine übermäßige rechtliche Inanspruchnahme ist öfters geäußerten Warnrufen zum Trotz nicht zu befürchten; es sei denn, die selbstverständlichen Pflichten verantwortlichen Handelns, wie sie jedem auch in der Industrie, im Dienstleistungsgewerbe und mit Einschränkung auch in Behörden abverlangt werden, sind kraß mißachtet worden.

So ist eine längerfristige zu Schäden führende Unterversorgung nicht schicksalhaft unabwendbar. Kurzfristige Grenz- und Notfallsituationen sind bei bester Planung und Organisation nie ganz auszuschließen. Eine kontinuierlich andauernde Unterversorgung oder gar eine Schlechtversorgung durch nicht qualifiziertes Personal oder/und mit nicht geeigneten oder minderwertigen Materialien und Medizinprodukten verstößt gegen gesetzliche Obliegenheiten.

Es steht in der Pflicht der Träger stationärer und ambulanter Einrichtungen, ausreichendes und qualifiziertes Personal für die sichere Patientenversorgung vorzuhalten. Eine Einrichtung kann und darf eben Leistungen nur entsprechend den personellen Ressourcen anbieten – Ausnahmen sind nur im akuten Notfall gestattet. Der oft zitierte „Pflegenotstand“ ist bei vollem Verständnis für oft überlastete Schwestern und Pfleger ein nicht hinzunehmender Mangelzustand. Dies hat die Rechtsprechung eindeutig klargestellt, als sie die zur Rechtfertigung erhobene Berufung einer Schwester auf die generelle, streßbedingte Gefahrerhöhung pflegerischer Aktivitäten zurückwies. Begrifflich ist von einer gefahr- oder schadensgeneigten Arbeit nur auszugehen, „wenn die zu leistende Arbeit ihrer Art nach eine besonders große Wahrscheinlichkeit in sich birgt, daß Versehen unterlaufen und dadurch Schäden verursacht werden“; dieses Kriterium wird bei einer im Grundsatz beherrschbaren medizinischen Standardversorgung verneint. Bei personeller Unterversorgung liegt dann bei möglicher Entlastung des strapazierten

Personals im (dokumentierten) Einzelfall in der Regel ein zur Haftung führender Organisations- oder Planungsfehler vor.

Entsprechendes gilt bei Nichteinsatz oder gar Verzicht auf medizinisch nach aktuellem Wissensstand indizierte Medizinprodukte und Verfahren.

Das allerorten angestimmte Klagen über knappe Budgets und die Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes ist kein Joker im Schadensfalle. Der Verzicht z. B. auf die Wundheilung fördernde Maßnahmen und fortschrittliche Materialien aus Kostengründen ist nicht zu rechtfertigen. Gesundheitsfördernde Maßnahmen werden kostenmäßig nicht gesetzlich, sondern leider allzu oft faktisch durch Unwissenheit oder falsch verstandene Gedanken der Wirtschaftlichkeit mit vielleicht fatalen Folgen für Patienten und Anordnungsberechtigte ausgebremst. Wirtschaftlich und damit indiziert im Sinne des Rechts und der Regelung des GSG ist schließlich die Maßnahme, die zur Absicherung eines therapeutischen Ziels erforderlich erscheint, ohne den Patienten weiteren und gegebenenfalls vermeidbaren Risiken auszusetzen. Das Absehen von einer im Einzelfall – doch vielleicht nicht in der Gesamtschau – kostenintensiven Wundbehandlung wurde jüngst von einem Arzt im Ruhrgebiet mit dem „bekannten Kostendruck“ begründet. Die gerichtliche Einschaltung erfolgte, weil bei der schließlich infolge einer Wundinfektion vital gefährdeten Patientin Zweifel an der Geschäftsfähigkeit bestanden und seitens des dann eingeschalteten Chirurgen um die Einwilligung in die Amputation des befallenen Fingers ersucht wurde.

Nach dem aktuellen Erkenntnisstand wird dieser Fall für alle an der Behandlung Beteiligten folgenlos verlaufen, wenn man von der durch schuldhaftes Unterlassen angemessener Versorgung geschädigten Patientin absieht.

Dieser Fall indiziert die weit über das Maß der gerichtlichen Inanspruchnahme und Verurteilungen hinausgehende Grauzone in diesem Bereich. Zugleich soll er Warnung sein vor haftungsrechtlichen Konsequenzen in vergleichbaren Schadensfällen, mit denen bei Geltendmachung durch zunehmend mündige und selbstbewußte Patienten mit Sicherheit zu rechnen ist.

Hans-Werner Röhlig, Oberhausen

Service

WundForum online im World Wide Web

Kommunikation weltweit – seit dem 15. Februar ist das HARTMANN WundForum auch im World Wide Web vertreten. Unter der Adresse <http://www.hartmann-online.de> findet der Benutzer eine Auswahl wichtiger Beiträge aus dem WundForum. Durch die Gruppierung nach den Rubriken Basiswissen, Forschung, Kasuistik und Praxiswissen lassen sich Artikel zu bestimmten Themen schnell finden. Selbstverständlich sind alle Abbildungen, Graphiken und Tabellen aus der gedruckten Ausgabe auch im Online-Angebot enthalten.



Besonders praktisch: Abonnements für das WundForum, aber auch sonstige Informationsmaterialien zum Thema Wundheilung und Wundbehandlung können ab sofort online bestellt werden. Auch für Leserbriefe stehen die entsprechenden E-Mail-Möglichkeiten zur Verfügung.

Kongreßbericht

V. Wundheilungs- symposium in Jena

Das Interdisziplinäre Symposium „Aktuelle Aspekte der Wundheilung und Wundbehandlung“ fand im Dezember 1995 zum mittlerweile 5. Male an der Klinik für Hautkrankheiten der Friedrich-Schiller-Universität Jena statt. Dieser auch für Ärzte im Praktikum anerkannte Veranstaltungszyklus sieht seine maßgebliche Aufgabe in der breiten Vermittlung praxisnaher neuer

chirurgischer und pharmakologischer Entwicklungen, kombiniert mit der Darstellung gesicherter Methoden.

Teilnehmer waren Chef- und Fachärzte, Naturwissenschaftler, Weiterbildungsassistenten, AiP, leitende Pflegekräfte und Studenten vornehmlich aus dem süd- und mitteleuropäischen Raum, aber auch aus Finnland.

In den einleitenden Worten hob der amtierende Direktor der Universitäts-Hautklinik Jena, Prof. U. Wollina, hervor, daß, bedingt durch die Überalterung unserer Gesellschaft, die Zunahme von Tumor-, Stoffwechsel- und Gefäßerkrankungen sowie einem beträchtlichen Anteil akut Verletzter (z. B. im Straßenverkehr) die Problematik der Versorgung akuter und chronischer Wunden an Bedeutung gewinnt.

Dr. W. Meißner (Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin; Univ. Jena) diskutierte in seinem Referat die Rolle der Schmerztherapie bei arteriellen Durchblutungsstörungen sowie beim Herpes zoster. Dr. M. Günther (Abtl. für Geburtshilfe der Univ. Frauenklinik; Univ. Jena) stellte die Besonderheiten der Wundheilung unter der Schwangerschaft vor. Es finden sich neben immunologischen Veränderungen, die mit einer Toleranzinduktion gegenüber dem Fetus verknüpft sind, gerade auch Änderungen der Durchblutung. Sie können bei Schnittentbindungen zu einer Wundinfektion in 1,0 bis 1,6% führen. Dr. Ch. Mühlhausen (Institut für Allgemeine, Krankenhaus- & Umwelthygiene; Univ. Jena) stellte die Situation nosokomialer Infektionen im Zusammenhang mit operativen Eingriffen und der postoperativen Pflege dar. Internationale Statistiken gehen von einer Inzidenz nosokomialer Wundinfektionen nach operativen Eingriffen aus, die von unter 1% (aseptische Eingriffe) bis ca. 30% (septische Chirurgie) ansteigt.

Im zweiten Teil des Symposiums wurden operationstechnische Möglichkeiten bei der Behandlung chronischer Wunden sowie von Verbrennungswunden und Keloiden dargestellt. Dr. C. Dorow (Abteilung Traumatologie der Klinik für Chirurgie; Univ. Jena) erläuterte das neue Verfahren der Wundversiegelung für tiefe Weichteilverletzungen oder kombinierte Fraktur-Weichteiltraumen. Dr. Z. Ruszak (Hautklinik Minden) würdigte die Transplantation von autologen sowie allogenen Keratinozyten-Sheets auf durch Kollagenimplantation

konditionierte Problemwunden als aussichtsreiches Verfahren mit relativ kurzer Heilungsdauer und guter mechanischer Beanspruchbarkeit. Eine andere Methode wurde von Prof. G. B. Stark (Sektion Plastische und Handchirurgie der Chirurgischen Klinik; Univ. Freiburg) im Rahmen der Therapie ausgedehnter Verbrennungen vorgestellt. Hier versagen aufgrund technischer Probleme nicht selten die Keratinozyten-Sheets. Er empfiehlt deshalb die Verwendung von autologen oder allogenen Keratinozytensuspensionen in Fibrinklebern in Kombination mit einer passageren Leichenhautabdeckung. Prof. P. Hyckel (Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/Plastische Chirurgie; Univ. Jena) würdigte die Gewebeexpander-Technik als nutzbringende Ergänzung plastisch-chirurgischer Maßnahmen in der Keloidtherapie.

Im dritten Teil der Veranstaltung stellte Prof. U. Wollina (Klinik für Hautkrankheiten; Univ. Jena) Trends und Perspektiven synthetischer Wundaufgaben dar. Eine breitere Nutzung neuer Wundaufgaben setzt die Kenntnis grundlegender Produkteigenschaften voraus. An der Klinik für Hautkrankheiten befaßt sich seit mehreren Jahren eine Arbeitsgruppe mit verschiedenen Aspekten der Biokompatibilität von Wundaufgaben und der Wechselwir-



**Tagungseröffnung durch
Professor Uwe Wollina, den
kommissarischen Direktor
der Universitäts-Klinik für
Hautkrankheiten, Jena.**

kung mit Zytokinen und Wachstumsfaktoren. Dr. Zuder (Univ.-Hautklinik Tübingen) präsentierte nicht-invasive objektive Meßverfahren der Mikrodurchblutung. Es wurden erste Ergebnisse des Therapie-Monitoring bei lokaler Anwendung von autologen Plättchen-Wachstumsfaktoren (PDWHF) vorgestellt, die eine verbesserte Mikrozirkulation als ein mögliches Therapieprinzip erscheinen lassen. Dr. D. Becker (Abtl. Unfallchirurgie am Klinikum Bad Hersfeld) verwies auf die praktikable Nutzung von Schweinehaut als temporären Wundersatz in der Traumatologie und Verbrennungsmedizin hin. Dr. Denise Rülke (Klinik für Hautkrankheiten; Univ. Jena) stellte Prinzip und Applikationsmöglichkeiten der Vollhauttransplantation nach Reverdin vor. Sie verwies insbesondere auf die sehr gute Take-Rate selbst bei hochbetagten, multimorbiden Patienten und die ausgezeichnete mechanische Stabilität der Insel-Läppchen. Prof. Dr. Dr. P. Hutzschenreuter (Forschungsinstitut für Lymphologie, Ulm) stellte die Notwendigkeit der frühzeitigen Behandlung des traumatisch bedingten Lymphödems heraus.

Das Symposium bot den Teilnehmern eine umfassende Informationsmöglichkeiten im Rahmen der Industrieausstellung. Außerdem konnten sich die Gäste vom dynamischen Wandel in der Universitätsstadt Jena überzeugen. Anfang Dezember 1996 findet das nächste Interdisziplinäre Symposium „Aktuelle Aspekte der Wundheilung und Wundbehandlung“ in Jena statt.

Berufsförderung

HARTMANN Pflegepreis '96

Der HARTMANN Pflegepreis ist eine internationale Auszeichnung, mit der bereits zum fünften Mal vorbildliche Ideen aus der Praxis prämiert werden. Auch 1996 wird der Preis wieder in neun europäischen Ländern ausgeschrieben. Der Ausschreibungszeitraum beträgt 4 Monate, 1.3.-30.6.96.

Das Thema in diesem Jahr lautet: „Vorbildliche Ideen und Pflegekonzepte zum Umgang mit stuhlinkontinenten Menschen“.



Der HARTMANN
Pflegepreis 1996

Eine unabhängige Jury namhafter Praktiker aus der Pflege wählt die Preisträger, pro teilnehmendem Land werden drei Gewinner ermittelt. Der erste Preis ist mit DM 2.000,-, der zweite mit DM 1.000,- und der dritte mit DM 500,- honoriert.

Alle Landessieger werden am 18. und 19. Oktober zur Preisverleihung nach Heidenheim eingeladen. Aus ihren Reihen wählt eine internationale Jury dann den Hauptpreisträger für den HARTMANN Pflegepreis, der mit DM 5.000,- dotiert ist.

Die ausführlichen Ausschreibungsunterlagen können bei der PAUL HARTMANN AG, Kennwort Pflegepreis, Postfach 1420, 89504 Heidenheim angefordert werden.

Termine

Kongresse im Frühjahr '96

4. International Conference on Wounds, Dressings and Burns

Tel Aviv (Israel), 4.-7.3.1996
Auskunft: Staatliches Israelisches Verkehrsbüro, Dr. Yvonne Gleibs, Stollbergstraße 6, 80539 München, Tel. 089 / 2904039, Fax 089 / 2289569

Trinationales Gerontologisches Treffen

Basel (Schweiz), 7.3.1996
Auskunft: Prof. Dr. med. H. B. Stähelin, Geriatrie Universitäts-Klinik, Kantonsspital, Sekretariat, Spitalstraße,

CH-4031 Basel, Tel. +41 / 61 / 265-2954, Fax +41 / 61 / 265-2670

113. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Berlin, 9.-13.4.1996
Auskunft: Prof. Dr. med. Wilhelm Hartel, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Elektrastraße 5, 81925 München, Tel. 089 / 915-205/-227, Fax 089 / 915-071

EUROMED '96

Leipzig, 2.-5.5.1996
Auskunft: Leipziger Messegesellschaft mbH, Projektteam 6, Postfach 100720, 04007 Leipzig, Tel. 0341 / 223-0, Fax 0341 / 223-2096

Diagnostische und therapeutische Endoskopie in der Medizin

Antalya (Türkei), 22.-26.5.1996
Auskunft: Lemas Touristik GmbH, Birkenring 10, 31319 Ilten, Tel. 05132 / 865251, Fax 05132 / 865086

22./23. März 1996

2. Internationaler HARTMANN Wundkongreß

Die Vorbereitungen sind abgeschlossen, das endgültige Programm steht fest. 27 Referenten aus Deutschland, den USA und den Niederlanden, aus der Schweiz, aus Österreich, Großbritannien, China und Rußland werden in Stuttgart zu Gast sein und ihre Erkenntnisse und Erfahrungen einbringen. Schwerpunkt des ersten Veranstaltungstages wird die Präsentation wissenschaftlicher Denkansätze zur Wundproblematik sein, während am zweiten Kongreßtag die Behandlungsmethodik im Vordergrund steht.

Die offizielle Kongreßsprache ist Deutsch. Für die „internationale Verständigung“ sorgen jedoch Simultanübersetzungen von Deutsch in Englisch/Französisch bzw. von Englisch in Deutsch/Französisch. Selbstverständlich werden auch die Diskussionsrunden nicht zu kurz kommen.

Noch sind Anmeldungen möglich, die Adresse für Anmeldung und Auskunft finden Sie nebenstehend.

PROGRAMM ZUM 2. INTERNATIONALEN HARTMANN WUNDKONGRESS

Freitag, 22. März 1996

**14.00 UHR
BEGRÜSSUNG UND
KONGRESS-ERÖFFNUNG****14.05 – 15.35 UHR
VORTRAGSREIHE I***Habrich (Ingolstadt, D)*Aus der Geschichte der Wund-
behandlung*Audring (Berlin, D)*Stadien der Wundheilung –
histologische und histochemische
Untersuchungen*Hatz (München, D)*

Immunobiologie der Wundheilung

*Rasmussen (Odense, DK)*Topical human growth hormone
treatment of chronic leg ulcers*Desmoulière (Genf, CH)*Granulation tissue contraction and
remodeling: myofibroblastic differ-
entiation and apoptosis*Leaper (Bristol, GB)*Technical and surgical factors in
prevention of wound infection**15.35 – 16.00 UHR KAFFEPAUSE****16.00 – 18.00 UHR
VORTRAGSREIHE II***Bell (Boston, USA)*The role of instructive biopolymer
scaffolds in wound healing*Schermer (Cambridge, USA)*Microcarrier grown, high density-
cryopreserved 3T3 for immediate
use as feeders for keratinocyte
cultures*Falanga (Miami, USA)*Growth factors: status and
expectations*Guo (Peking, China)*The experience in the treatment of
patients with major burns*Germann (Ludwigshafen, D)*Therapiekonzepte für problemati-
sche posttraumatische Wunden*Adamyan (Moskau, RUS)*Modern approaches to the devel-
opment and study of dressings*van Dorp (Leiden, NL)*Evaluation of a cell-seeded skin
substitute for the treatment of full-
thickness skin wounds: an in vitro
and in vivo study*Arnold (Oxford, GB)*

Angiogenesis in wound healing

**18.00 UHR
POSTERBEGEHUNG****20.00 UHR
COCKTAILS UND ABENDESSEN**

Samstag, 23. März 1996

**8.45 – 10.15 UHR
VORTRAGSREIHE III***Boswick (Denver, USA)*Decisions on the definitive care
of burn wounds*Gottrup (Kopenhagen, DK)*

Wound healing and oxygen

Jensen (Denver, USA)

Treatment of mal perforans

*Auböck (Linz, A)*Klinische Erfahrungen mit
synthetischen Verbänden*Seiler (Basel, CH)*Pathophysiologische Grundlagen
der Feuchttherapie chronischer
Hautulcera*Winter (Berlin, D)*Chirurgische Behandlung von
Strahlenulcera**10.15 – 10.45 UHR KAFFEPAUSE****10.45 – 13.05 UHR
VORTRAGSREIHE IV***Gerster (Stuttgart, D)*Noch wenig Interesse an neuen
Methoden. Moderne Wundbehand-
lung hat bei Krankenhausärzten
einen geringen Stellenwert –
Ergebnis einer Befragung von
Pflegerinnen*Edgers (Oregon City, USA)*Initiation of consistent wound care
protocols in an acute care setting*Müller (Heidenheim, D)*Kostenmanagement in der Wund-
behandlung*Lang (Leonberg, D)*Hydrogele in der Wundbehand-
lung, intraoperative Prävention
eines Dekubitus*Biedermann (Neuhausen, CH)*Naßtherapie bei Problemwunden –
Erfahrungen aus der Praxis*Albrecht (Erfurt, D)*Einfluß von unterschiedlichen Ver-
bandstoffen auf die Wundheilung*Jürgens (Hamburg, D)*Entwicklung einer neuen resorbier-
baren Wundaufgabe**13.05 – 13.30 UHR
POSTERPRÄMIERUNG****13.45 BUFFET****ANMELDUNG UND AUSKUNFT:**INTERPLAN Kongreß- und Besu-
cherdienst, Sophienstraße 1, 80333
München, Tel. 0 89 / 59 44 92, Fax:
0 89 / 59 16 10.Der 2. Internationale HARTMANN
Wundkongreß wird als Ausbildungs-
veranstaltung nach § 34c der Appro-
bationsordnung für Ärztinnen und
Ärzte im Praktikum anerkannt. Eine
entsprechende Bescheinigung wird
ausgestellt.

**Auditorium beim
1. Internationalen
HARTMANN Wundkongreß
in Stuttgart.**