

Inhalt

AKTUELLES

100 Jahre Friedrich'sche
Wundausschneidung 4

Buchtips 5
Kurzmeldungen 6
Termine 7

Rechtsprechung:
Ambulante Pflegedienste
zwischen zwei Stühlen? 8

TITELTHEMA

Das Wunddébridement 10

FORSCHUNG

Tissue Engineering –
neue Chancen für eine
aktive Wundbehandlung? 15

KASUISTIK

Plastischer Sternumersatz
mittels ePTFE-Patch 20

PRAXISWISSEN

Operative Therapie-
strategien beim Basaliom 26

Praxiserprobung von
TenderWet 24 31

HOTLINE

Fragen und Antworten aus
der Fax-Hotline 33

Leitfaden für Autoren 34
Impressum 34

Editorial

Verehrte Leserinnen und Leser,

gern habe ich der Bitte entsprochen, für unser WundForum, speziell für die zweite Ausgabe 1998 im Wonnemonat Mai, einleitende Worte zu schreiben, einige Aspekte zu behandeln und Ihnen persönliche Wertungen mitzuteilen. Bereits im Frühjahr 1994 erschien die erste Ausgabe dieser Zeitschrift, die sich nunmehr bereits im 5. Jahr als Periodikum im vierteljährlichen Rhythmus mit den Fragen der Wundheilung und der Wundbehandlung auseinandersetzt. Es war mir vergönnt, zu den „Geburtshelfern“ dieser speziellen Zeitschrift zu gehören. Die kontinuierliche Mitarbeit war für mich eine neuartige Herausforderung, die ich bereitwillig übernahm, zumal ich schon damals von der Aktualität der Thematik und der Notwendigkeit der Herausgabe einer derartigen Publikation überzeugt war. So wurde ich folgerichtig Mitglied des Expertenbeirates und habe in dieser Funktion auch im Rahmen der Fax-Hotline bis heute eine Vielzahl von interessanten und nicht selten schwierigen Anfragen fachgerecht zu beantworten versucht.

Das WundForum hat inzwischen einen beachtlich großen und treuen Leserkreis und darf nun mit Stolz auf das Erreichte zurückblicken. Wo liegen die Geheimnisse des Erfolges? Aus meiner Sicht gibt es unterschiedliche Ursachen. Die Thematik ist immer noch von großer Aktualität, breit gefächert sowie verständlich und didaktisch gut dargestellt. Es ist gelungen, fachkompetente und namhafte Autoren zu gewinnen. Neben modernen Forschungsergebnissen wurde stets besonderer Wert auf praxisrelevante Wissensvermittlung gelegt. So ist das WundForum nicht nur für den wissenschaftlich oder praktisch tätigen Arzt, sondern besonders für die Vielzahl von Schwestern und Pflegern, die täglich mit den Fragen und Problemen der Wundbehandlung konfrontiert werden, eine wichtige Informationsquelle.

Die vorliegende neue Ausgabe bietet Ihnen sicherlich wieder einige interessante Beiträge. Das Forschungsthema über die Möglichkeiten des Tissue Engineerings behandelt vielversprechende Ansätze einer zukunftsorientierten Wundbehandlung. Die in der letzten Ausgabe begonnene Beitragsreihe „Tumoren der Haut“ wird mit operativen Behandlungsstrategien beim häufigsten Hauttumor, dem Basaliom, fortgesetzt. Dabei spielen Probleme der plastischen Deckung von Defektwunden nach Hauttumoroperationen, einschließlich der Fragen einer zwischenzeitlichen Konditionierung, eine dominierende Rolle. Begrüßenswert sind auch die speziellen Ausführungen zum Thema Wunddébridement, das auch noch heute nicht immer mit der erforderlichen Konsequenz berücksichtigt wird. Der Beitrag der Kasuistik beschäftigt sich mit dem Thema des plastischen Sternumersatzes mittels eines ePTFE-Patch, wobei die plastische Deckung größerer Thoraxwanddefekte ohne simultane Thorakoplastik bis zur Mitte des 20. Jahrhundert noch ein ungelöstes Problem war.

Ich hoffe, daß Sie auch in dieser Ausgabe interessante und wertvolle Anregungen für Ihre Tätigkeit auf dem Gebiet der Wundbehandlung finden. Dem WundForum wünsche ich noch viele erfolgreiche Ausgaben.

Ihr

Prof. Dr. med. Helmut Winter
Universitätshautklinik der Charité, Berlin



100 Jahre Friedrich'sche Wundausschneidung

13. April 1898 – anlässlich des XVII. Congresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, trat Paul Leopold Friedrich, Professor für Chirurgie, zum ersten Mal mit seiner Methode der primären Wundversorgung an die Öffentlichkeit: „Die aseptische Versorgung frischer Wunden unter Mittheilung von Thier-Versuchen über die Auskeimungszeit von Infectionserregern in frischen Wunden.“

Auch wenn mittlerweile wirksamere Desinfektionsmittel als zu Friedrichs Zeiten zur Verfügung stehen, ist die sogenannten Friedrich'sche Wundausschneidung heute noch praktizierter Standard. Sie ist als Technik der operativen Behandlung von Wunden charakterisiert, die innerhalb 8 Stunden (bei Friedrich innerhalb von 6 Stunden) nach der Verletzung zur „Versorgung“ kommen, als nicht infiziert gelten und deren Wundränder nicht wesentlich unterminiert sind. Nach der „Wundanfrischung“, die im allgemeinen in einem keilförmigen Ausschneiden der Ränder und des Wundgrundes mit Entfernung von zerstörtem Gewebe, Fremdkörpern etc. besteht, folgt der Wundverschluss durch primäre Naht.

DER FAST VERGESSENE INAUGURATOR

Im Gegensatz zu seiner Methode der primären Wundversorgung sind der Lebensweg und die Entwicklung Paul Leopold Friedrichs nahezu in Vergessenheit geraten.

Als gebürtiger Thüringer (geb. am 20.1.1864 in Rhoda), studierte er in Leipzig Medizin, wo er 1888 auch promovierte. 1889 wurde er als Angehöriger der Sächsischen Armee an das königliche Reichsgesundheitsamt in Berlin versetzt, dessen Leiter Robert Koch (1843 – 1910) war. Hier, in einem Zentrum moderner Bakteriologie, erhielt er entscheidende Impulse für seine spätere Arbeit und konnte sich mit neuesten bakteriologischen Arbeitsmethoden vertraut machen. Eine Reihe von

Schriften aus dieser Zeit zeugen von einem großen wissenschaftlichen Eifer, und seine Erfahrungen führten sogar dazu, daß er 1892 als sächsischer Cholera-Arzt eingesetzt wurde.

Im gleichen Jahr trat er in die Chirurgische Universitätsklinik in Leipzig ein, die von Karl Thiersch (1822 – 1895) geleitet wurde. Karl Thiersch beschäftigte sich selbst intensiv mit der Wundantiseptik, so daß Friedrich seine klinische Forschungsarbeit zu vorwiegend chirurgisch-bakteriologischen Problemen ausbauen konnte. 1894 habilitierte er mit der Schrift „Beobachtungen über die Bedeutung von Stäbchenbakterien für acute Eiterung – beziehentlich septische Prozesse beim Menschen.“

Die Leistungen Paul Leopold Friedrichs wurden allgemein anerkannt, was sich in seiner weiteren Laufbahn niederschlägt. 1896 bekommt er als a. o. Professor die Leitung der Chirurgischen Poliklinik in Leipzig übertragen, 1903 siedelt er als Ordinarius für Chirurgie in die Universitätsklinik nach Greifswald über. Hier wird Ferdinand Sauerbruch sein Assistent. 1907 folgt er einer Berufung nach Marburg, 1911 übernimmt er den chirurgischen Lehrstuhl der Albert-Universität in Königsberg. Am 15. Januar 1916 stirbt Paul Leopold Friedrich an den Folgen eines Leidens, das er sich im Krieg zugezogen hatte.

DER ENGAGIERTE PRAKTIKER

Wie so oft in der Medizin, mußte auch Paul Leopold Friedrich mit seiner Methode der Versorgung von Gelegenheitswunden gegen etablierte Lehrmeinungen antreten und die besseren Beweise erbringen. Zwar wurde die von Ernst von Bergmann inaugurierte operative Wundzurichtung seit den 90er Jahren allgemein praktiziert, aber die Experimente Schimmelbuschs an Mäusen und Ratten zum Thema „Desinfektion der septisch infizierten Wunden“ schienen nicht für die Wirksamkeit der

von Bergmann'schen Wundzurichtung zu sprechen. Schimmelbusch hatte die Schwanzspitzen der Tiere mit Milzbrand-Reinkulturen infiziert und 10 Minuten später die Schwänze amputiert, dennoch verendeten alle Tiere durch Milzbrand.

Friedrich, dessen praktische klinische Erfahrung gegen diese Ergebnisse sprach, konzentrierte sich deshalb in seinen Experimenten auf den Grad der Pathogenität von Bakterien, wie sie üblicherweise in Gelegenheitswunden zu finden sind, und stellte Überlegungen zu deren Auskeimungszeit an. In seinem Referat erläuterte er sein Vorgehen und seine Schlüsse, die er daraus zog, in eindrucksvoller Weise:

„... Kommen wir zurück auf die Zeit des Infectionseintrittes, wie sie durch Versuche festgestellt worden ist. Französische und deutsche Autoren (Renault und Boulay, Colin, Niessen) zeigten mit mehr oder weniger Uebereinstimmung, dass das Aufbringen frischen von animalischen Infections-herden gewonnenen Infectionsstoffes (Rotz und Schafpocken bei Pferd und Hammel) oder Reinculturmaterialies (Milzbrand beim Kaninchen) innerhalb kurzer Zeit zur Allgemeininfektion führt und weder tiefgehende Verschorfungen noch Abnahme der inficirten Gliedmaßen nach wechselnden, kurzen Zeitabschnitten im Stande sind, die inficirten Versuchsthiere vor der Allgemeininfektion zu schützen und am Leben zu erhalten.

In eindrucksvollster und geradezu classischer Weise stützte Schimmelbusch experimentell die durch solche Versuche mehr und mehr sich Anerkennung verschaffende Vorstellung von der schnellen resorptiven Verbreitung der Infectionserreger bei der Wundinfektion. Uns allen sind die Versuche geläufig, in denen er Mäusen am Schwanz eine Verletzung beibrachte, diese mit Milzbrand inficirte und nach verschiedenen Zeiten den Schwanz höher oben amputirte; es zeigte sich, dass bei dem Verstreichen von 10 Minuten eine Erhaltung des Thieres nicht mehr möglich war; alle Thiere gingen an Milzbrand zu Grunde und eine weitere geradezu bestechende Ergänzung erfuhren diese Experimente durch die später mitgetheilten Versuchsreihen, bei welchen er innerhalb kurzer Zeit die Organüberschwemmung mit Keimen nachweisen

konnte. Die Versuche wurden von verschiedener Seite, auch im Koch'schen Institut, wiederholt und ihre Ergebnisse bestätigt. Ich selbst führe sie alljährlich in meiner Vorlesung über allgemeine Chirurgie den Studierenden vor.

Was war und musste die Folge dieser Versuchsergebnisse sein? Die Auffassung, dass wir, gegenüber der enorm raschen Resorbierbarkeit der Bakterien von frischen Wunden aus, mit den Mitteln zu einer örtlichen Bekämpfung zumeist zu spät kommen werden und gegenüber der Infection machtlos sind.

Seltsamer Weise erfuhren diese, unserer practischen Erfahrung bei den nicht operativen Verletzungen nicht entsprechenden Versuchsergebnisse, abgesehen von einer beiläufigen Bemerkung Schimmelbusch's selbst, nicht die nothwendige Einschränkung; so zwingend schien die Beweiskraft der technisch schön angelegten und in das Schema der Koch'schen Infectionstheorien passenden Versuche zu sein. Im Gegentheil, sie inauguirten, wie nunmehr zu erwarten war, eine Zeit der Unsicherheit oder des Fatalismus für die Theorie der Behandlung frischer Verletzungen. Erst allmähig ward der Kampf gegen die Verallgemeinerung der Consequenzen dieser Versuche aufgenommen, aber: vielmehr ex juvantibus, als ex nocentibus!

...Sie experimentirten endlich mit Material, das in ganz ungleichmässigen Infectionsbedingungen unter sich (Staphylokokken und Streptokokken bei Kaninchen) und zum parallelen Infectionsmodus des Menschen (insbesondere Streptokokken) sich befindet. Die über Allem stehende brennende Frage

1. «Wie lange Zeit bedarf das infectionsverdächtige in die Wunde gelangte Material bis zur Entwicklung der in demselben enthaltenen Keime und damit bis zum wirklichen Ausbruch der bakteriellen Infection» und

2. «Wie lange bleibt diese Wundinfection ein örtlicher Process?» ermanget bis zum heutigen Tage einer experimentellen Beantwortung.

... Diese Uebersicht zeigt (Friedrich bezog sich dabei auf die Ergebnisse seiner Tierversuche, bei denen die Thiere mit Staub oder Erde infiziert und die Verletzungsstellen dann 1-2 mm im Gesunden angefrischt wurden), dass bis zur 6. Stunde mit Sicherheit, bis zur 8.

Stunde in ungleichmässiger Weise, eine Anfrischung und damit Abtragung des Infectionsherdes die Thiere vor der Infection mit malignem Oedem bewahrt und dieselben gesund, ohne Krankheitszeichen bleiben. Wir haben es hier mit einem biologischen Gesetz von nur annähernd möglicher zeitlicher Grenzbestimmung zu thun, weil, wie bei allem Lebenden, wechselnde, hier nicht zu erörternde Factors einen zum Theil noch unberechenbaren Einfluss haben können.

Jedenfalls war hiermit die Auskeimungszeit des das Wundgebiet inficirenden Materials (für Staub und Erde im Thierversuch) für die nachfolgende practische Prüfung der Frage annähernd ermittelt.

Vielfältige Beobachtung des Infectionseintritts beim verletzten Menschen zeigt nunmehr, dass hier hinsichtlich der Staphylokokken- und Streptokokken- Infectionen die Verhältnisse der Zeit nach zumeist mindestens ebenso günstig, wenn nicht noch günstiger liegen.

Ich verschone Sie mit einer Statistik behandelter Verletzungen; darf doch wohl eine allgemeine Uebereinstimmung darüber vorausgesetzt werden, dass man ein sicheres Urtheil über eine Verletzung, ohne sie selbst gesehen zu haben, besonders mit Rücksicht auf die vorliegende Frage nur schwer gewinnen kann und alle entsprechenden Statistiken von fraglichem Werthe sein müssen.

Für die chirurgische Praxis darf aber, in Anlehnung an die gegebenen Ausführungen und gestützt auf die Erfahrung am verletzten Menschen, gefolgert werden:

Wenn durchführbar, – nach äusseren Umständen (aseptischer Apparat, Narkose oder örtliche Anästhesie) oder nach Zeit, Art und Umfang der Verletzung, – muss eine bis zur 6. Stunde bei frischen, nicht operativen Verletzungen noch bewerkstelligte Anfrischung jegliche Infectionsgefahr für den Träger beseitigen. Ich brauche nicht vor Fachmännern darauf hinzuweisen, dass die Technik der Anfrischung sich in subtiler Weise zu vollziehen hat, dass jegliche vorherige erneute Finger- oder Sondenläsion im Verletzungsbereich das Werk der Anfrischung fruchtlos machen kann; dass nicht die aus infectionsverdächtigem in gesundes und aus diesem wieder in infectionsverdächtiges Terrain schlagende Scheere

BUCHTIP



H. Lippert (Hrsg.)

Praxis der Chirurgie – Allgemein- und Viszeral- chirurgie

Mit dieser umfassenden Darstellung der Allgemein- und Viszeralchirurgie soll der weitgehend ausgebildete Student angesprochen werden, vor allem aber auch dem jungen Kollegen auf dem Weg zum Facharzt ein Buch zur Hand gegeben werden, in dem er aktuelle Leitlinien und Handlungsanleitungen für die tägliche Praxis finden kann. Kompetente Autoren aus den einzelnen Bereichen der Chirurgie haben mit ihren Beiträgen dazu beigetragen, daß das Buch seine Zielsetzung erfüllt.

Es bietet beispielsweise Entscheidungskaskaden für den Handlungsablauf von der Anamnese, der klinischen Untersuchung, spezieller Diagnostik und Therapie bis hin zur Nachsorge, aber auch tabellarische Zusammenfassungen der Indikationen zur Operation als Entscheidungshilfe in der täglichen Praxis, übersichtliche Zusammenstellungen der einzelnen Schritte der wichtigsten Operationen als schnelle Handlungsanleitungen, sowie eine Vielzahl an Tips und Tricks erfahrener Praktiker.

Georg Thieme Verlag, Stuttgart,
New York, 1998, 1003 Seiten, 440
Tabellen, DM 348,-, ISBN 3-13-
106561-3

zur Anfrischung benutzt werden darf, sondern ausschliesslich das Messer; dass die Pincettenbranche der Schmutzseite nicht aus Versehen wieder zurückgleiten darf in die angefrischte gesunde Fläche und ähnliche Einzelheiten mehr.

Wenn ich am Schlusse meiner Ausführungen die Hauptsätze derselben als das Ergebniss meiner experimentellen und klinischen Erfahrungen nochmals herausheben darf, so sind es die Folgenden:

1. Jegliche durch nicht operative Verletzungen, bez. durch sogenannte Spontaninfektion gesetzte Wundinfektion ist zunächst ein örtlicher Process. Für seine therapeutische und prognostische Beurtheilung ist es von Wichtigkeit, damit zu rechnen, dass er in der weitaus grössten Zahl der Fälle bis mindestens zur 6. Stunde, oft länger, oder dauernd ein solcher bleibt. Dieser Zeitraum stellt gewissermassen die Auskeimungszeit des Infectionsmaterials (Latenzzeit der Infection, Incubationszeit) dar.

2. Von den in dieser Zeit angreifenden Heilverfahren ist die exakte Anfrischung des Verletzungsgebietes im Gesunden und in ganzer Ausdehnung des Verletzungsgebietes das zuverlässigste Verfahren zur Erzielung einer infectionslosen Heilung.

3. Wo Umstände dieses Verfahren verbieten oder nicht angezeigt erscheinen lassen (Zeit, Umfang der Verletzung, Assistenz, künstliche Anästhesie, aseptischer Apparat) ist eine mehr weniger offenhaltende Behandlung das beste Präservativ gegen schwere Infectionen.

4. Die Anwendung antiseptischer Stoffe hat nur Sinn, wenn das Wundgebiet für das Anbringen derselben hinreichend zugänglich ist, wenn sie in der bezeichneten Auskeimungszeit, oder nach der vom Organismus und nicht von chemischen Substanzen geleisteten Demarcation des Infectionsprocesses erfolgt. Auf progrediente oder Allgemeininfektionen ist sie einflusslos, manchmal nachtheilig. Sie leistet insgesamt kaum mehr, als die von Fall zu Fall geschickt verwerthete Einleitung einer mehr weniger offenhaltenden Behandlung.“

Friedrich hatte damit eine experimentell abgesicherte Basis für die primäre Wundversorgung geschaffen, wie sie heute noch praktiziert wird.

Info-Service

Neue medical edition „Wunde und Wundbehandlung“

In der Reihe der HARTMANN medical edition ist ein neues Kompendium zum Thema Wunde und Wundbehandlung erschienen.

Mit diesem Kompendium wurde der Versuch unternommen, den komplexen Themenkreis Wunde und Wundbehandlung in Grundzügen darzustellen. Beschrieben werden Aufbau und Funktionen der Haut, die Prozesse der Wundheilung, Einflüsse auf die Wundheilung und mögliche Störungen daraus, Prinzipien der Behandlung akuter und chronischer Wunden sowie der Wundverband als wesentliche lokaltherapeutische Maßnahme.



Besondere Berücksichtigung fand auch die Darstellung moderner, hydroaktiver Wundauflagen, deren phasengerechte Anwendung vor allem bei der Behandlung chronischer Wunden die Palette der Therapieoptionen erweitert.

Die Wundbehandlung berührt alle praktischen Disziplinen der Medizin und Pflege. Das vorliegende Kompendium möchte dazu beitragen, Ärzten und Pflegefachkräften die Information und Weiterbildung zu diesem vielschichtigen Thema zu erleichtern.

Das Kompendium umfaßt 124 Seiten und ist reichlich illustriert. Es kann kostenlos bei der PAUL HARTMANN AG, Postfach 1420, 89504 Heidenheim, E-Mail: customer.service@hartmann-online.de, bestellt werden.

Kommentar

Zusammenarbeit Arzt – Pflegekräfte als Qualitätsmerkmal bei der Wundbehandlung

Wir leben in einer Zeit, in der einerseits von Qualitätssicherung und andererseits vom Sparen gesprochen wird. Maximale Qualität bei minimalem Kostenaufwand ist ein Widerspruch in sich, der oftmals Verärgerung bei den Beteiligten hervorruft. Insbesondere dann, wenn man grundsätzlich den Anspruch hat, seine Arbeit professionell und gut machen zu wollen. Man beklagt die Situation im Kreise der Kollegen/Innen, ärgert sich noch mehr und vergeudet so wertvolle Energie, neue Wege zu suchen und diese auch zu gehen. Dieser Aufsatz soll deshalb dazu beitragen, einige Perspektiven für eine bessere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal im Bereich der Wundbehandlung aufzuzeigen.

ZUR SITUATION

Der Arzt verordnet, die Pflegekraft führt die verordneten Maßnahmen durch. Die Aufgaben und Verantwortungsbereiche scheinen klar zu sein. Konflikte sind jedoch aus verschiedenen Gründen vorprogrammiert.

Häufig wird von Ärzten noch immer der traditionelle Wundverband bevorzugt. Sei es aus Unwissenheit über zweifelsfrei effektivere Wundverbände und Behandlungsmethoden, oder weil sie mit diesen „teuren“ Verbandmaterialien ihr Budget nicht überstrapazieren wollen. Über ein Drittel der Ärzte und auch des Pflegepersonals sind laut Umfrage der „Pflegezeitschrift“ im Jahre 1996 fachlich nicht auf dem neuesten Stand.

Dies führt natürlich auch dazu, daß die Pflegekräfte, die hauptsächlich die Wundbehandlung und den Verbandwechsel in der Praxis durchführen, vielfach mit veralteten Materialien und Verfahren arbeiten müssen. Die Folgen davon können sein, daß nicht nur mehr Pflegezeit für den einzelnen Verband-

wechsel aufzuwenden ist, sondern daß sich insgesamt die Wundheilungsdauer durch die Anwendung nicht effizienten Materials verzögert und somit die Kosten steigen.

Von Pflegekräften, die über aktuelles Wissen zur Wundbehandlung verfügen, wird zudem nicht selten beklagt, daß Ärzte auf ihren Überzeugungen und Erfahrungen bestehen und vielfach nicht mit sich diskutieren lassen, was auch generell ein altbekanntes Phänomen ist.

Eine gute Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften muß jedoch als wichtige Grundlage für einen positiven Behandlungserfolg gesehen werden. So ist grundsätzlich zu hinterfragen, wo liegen die Chancen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den an der Wundbehandlung Beteiligten.

OPTIMIERUNG DER ZUSAMMENARBEIT

Grundlage jeder Zusammenarbeit ist der Gedanke, ein gemeinsames Ziel mit dem geringsten Aufwand zu erreichen. Diese Notwendigkeit muß sich zunächst in den Köpfen der Beteiligten einprägen. Kompetenzgeplänkel muß hier außen vor bleiben, wenn es um das gemeinsame Ziel der Compliance und des positiven Behandlungserfolges gehen soll.

Verordnung

Bereits bei der Verordnung von Mitteln zur Wundbehandlung muß die Frage gestellt werden, ob die Durchführung auch praktikabel, das heißt ohne größeren oder unnötigen Aufwand für die Pflegefachkraft durchführbar ist. Da die Wundbehandlung vielfach nicht vom Arzt persönlich, sondern von dessen „Verrichtungsgehilfen“, den Pflegekräften, durchgeführt wird, ist die Absprache mit diesen darüber zwingend notwendig.

Delegation

Die Aufgabe des Arztes ist, im Sinne des Delegationsrechts zu prüfen, ob die ausführende Pflegekraft die nötigen Kenntnisse und Fertigkeiten besitzt, um die Behandlung durchzuführen. An dieser Stelle entsteht oft Mißtrauen, doch muß von seiten der Pflegekräfte diese „Kontrolle“ als Maßnahme der rechtlichen Absicherung des Arztes sowie zur Qualitätssicherung gesehen werden.

Dokumentation

Bei der Dokumentation gibt es bei den Pflegekräften noch häufig Formulierungsschwierigkeiten, und auch die Notwendigkeit zur Dokumentation ist noch nicht in allen Köpfen. Dazu kommt, daß der Arzt seine eigene Dokumentation hat, die vermutlich nicht immer identisch ist mit der Pflegedokumentation.

Um den Behandlungserfolg garantieren zu können, ist es jedoch unabdingbar, daß diese beiden Dokumentationen in den wesentlichen Aspekten zusammengeführt werden. Dies ließe sich am besten im Pflegedokumentationssystem verbinden, was allerdings die Bereitschaft der Ärzte zur Dokumentation voraussetzt. Hier sind oft Hemmschwellen auf ärztlicher Seite.

In einer sachgerechten Dokumentation müssen die genaue ärztliche Verordnung, das Aussehen der Wunde sowie die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen festgehalten werden.

Informationsfluß

Information, die für sich behalten wird, nützt nichts und niemandem. Information zu verschweigen ist Ausüben von Macht. Wenn man das nötig hat, muß man einen Grund dafür haben, der meistens in der Angst begründet liegt, der andere könnte mehr wissen oder können als man selbst. Der andere (und bessere) Weg ist mit Sicherheit der, sich regelmäßig fortzubilden, um durch ein fundiertes Wissen diese den Informationsfluß eventuell blockierenden Ängste abzubauen. Insbesondere kann das Gefühl schwinden, daß der andere einem „etwas vormacht.“ Ich erinnere daran: Es geht uns ja um das gemeinsame Ziel! Ein regelmäßiger, offener Informationsaustausch zwischen Ärzten und Pflegepersonal fördert die Zusammenarbeit und schafft Verständnis füreinander.

Fortbildung

Bei Fallbesprechungen, wie sie beispielsweise tagtäglich erfolgreich in psychiatrischen Kliniken durchgeführt werden, kann die weitere Behandlungsstrategie zwischen Arzt und Pflegekräften optimal abgestimmt werden.

Auch die gemeinsame Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, die kostenlos von Vertretern der Firmen angeboten werden, schafft nicht nur die Aktualisierung des Wissens, sondern

signalisiert beiden Seiten auch das gemeinsame Interesse am gemeinsamen Ziel.

FAZIT

Auf den momentanen Sparkurs unseres Landes können wir kaum einen Einfluß nehmen. Um Qualität dennoch sicherzustellen, ist es erforderlich, gemeinsam, Ärzte wie Pflegepersonal, an einem Strang zu ziehen. Das kostet kein Geld, aber die Bereitschaft beider Berufsgruppen zum Konsens.

Die fachkompetente Anwendung aktueller Produkte und Verfahren zur Wundbehandlung und die Kooperationsbereitschaft der Patienten tragen dazu bei, daß die Wundheilung gefördert wird. Jedoch erst durch die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal können die Behandlungserfolge deutlich optimiert werden.

*Jürgen Schnizler
Lehrer für Pflegeberufe,
Berufsfachschule für Altenpfleger,
Metzingen*

Termine

Kongresse und Fortbildung im Sommer '98

7. Hansisches Dermatologentreffen in Verbindung mit dem Regional Meeting of the International Society of Dermatopathology (ISD)

Lübeck, 19.-21.6.1998

Auskunft: Prof. Dr. H. H. Wolff, Priv.-Doz. Dr. med. M. Tronnier, Universitäts-Hautklinik, 23538 Lübeck, Tel.: 0451/500-2510, Fax: 0451 / 500-2981

8th Annual Meeting of The Wound Healing Society

Salt Lake City, USA, 17.-20.1998

Auskunft: WHS, 1550 South Coast Highway, Suite 201, Laguna Beach, CA 92651, Tel.: +1 (888) 434-4234, Fax: +1 (714) 376-3456

3rd Oxford European Wound Healing Summer School

Oxford, UK, 24.-28.6.1998

Auskunft: ETRS Business Office, Dept. of Dermatology, Churchill Hospital, Old

Road, Headington, Oxford OX3 7LJ, UK, Tel.: + 44 (0) 1865 / 228264, Fax: + 44 (0) 1865 / 228233

12th International Symposium on Bioengineering and the Skin

Boston, USA, 25.-27.6.1998
 Auskunft: Tel.: +1 (888) 338-4777, Fax: +1 (601) 366-8682, <http://www.meetingsmakers.com/ISBS/index.htm>

16. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie 1998

München, 26.-31.7.1998
 Auskunft: Kongreßbüro Erika Ratzinger, Frauenlobstraße 9-11, 80337 München, Tel.: 089 / 5160-4662, Fax: 089 / 5160-4531

8th Annual Meeting of the European Tissue Repair Society

Kopenhagen, 27.-30.8.1998
 Auskunft: Congress Consultants, P.O. Box 1250, DK-2300 Copenhagen S, Tel.: +45 / 7020 0305, Fax: +45 / 7020 0315, E-Mail: congress@image.dk

Rechtsprechung

Ambulante Pflegedienste zwischen zwei Stühlen?

Die sichere Patientenversorgung erscheint manchmal als Gratwanderung zwischen Theorie und Praxis. Kosten, ärztliche Verordnungen, Patientenanspruch und der eigene Stellenwert der Pflege stehen auf dem Prüfstand gesetzlich geforderter und normierter Qualitätssicherung. Die fachliche Kompetenz patientengerechter, angemessener Pflege unterstellt, sind im Zusammenwirken aller Beteiligten Konflikte über die richtigen Lösungsansätze nicht immer vermeidbar.

WAS TUN, WENN ... ?

Die Kommunikation pflegerischer Fachkräfte bei Wundseminaren und vergleichbaren Fortbildungen zeigt bundesweit ein Spektrum gleich gelagerter Probleme auf, die mitunter Schwestern und Pfleger insbesondere im Bereich der ambulanten Dienste stark verunsichern; nicht zuletzt im Hinblick auf die rechtliche Verantwortung

im zu befürchtenden Falle eines bei pflichtgemäßer Sorgfalt vermeidbaren Patientenschadens.

Den Mitarbeitern der Pflegedienste stellt sich die Frage, wie damit umzugehen ist, wenn der Arzt im Einzelfall besser geeignete Wundversorgungssysteme nicht verschreibt oder es z. B. nicht für notwendig erachtet, für einen Katheterwechsel zugleich die gewünschten Einmalhandschuhe zu verordnen und statt steriler Tupfer unsterile für ausreichend hält.

Die Darstellung eines rechtlichen Lösungsansatzes erfordert es nicht, alle nur möglichen hygienischen und materialtechnischen Problempunkte aufzulisten und aus fachlicher Sicht einzeln zu erörtern. Ziel der rechtlichen Betrachtung ist es, einen Weg zu finden, der den Belangen des Patienten dient und die Pflege nicht rechtlichen Unabwägbarkeiten aussetzt. Dabei kommt es nicht darauf an, ob es fallspezifisch um den Einsatz steriler Tupfer, die Auswahl eines bestimmten Wundversorgungssystems oder um einer geeigneten Antidekubitusmatratze geht.

STELLUNG UND VERANTWORTLICHKEIT AMBULANTER PFLLEGEDIENSTE

Pflegedienste sind autonome und damit voll eigenverantwortliche Einrichtungen im deutschen Gesundheitswesen.

Auftraggeber und damit Vertragspartner der ambulanten Pflege ist unabhängig von einer ärztlichen Verordnung der Patient, bei angeordneter Betreuung für nicht voll geschäftsfähige, z. B. demente Mitbürger handelnd durch seinen als gesetzlichen Vertreter eingesetzten Betreuer.

Diese rechtliche Konstellation durchbricht die im Krankenhaus herrschende und vielfach von der Pflege kritisierte hierarchische Struktur mit übergeordneter ärztlicher Entscheidungsgewalt. Diese Wertung soll nicht dazu verleiten, nicht realisierbare Hoffnungen zu erwecken. So bedarf es nach wie vor für Art und Umfang der pflegerischen Versorgung der ärztlichen Verordnung. Die Eigenständigkeit der Pflege im ambulanten Bereich drückt sich in erster Linie durch eine auch rechtliche Eigenverantwortlichkeit für die sichere pflegerische Versorgung in allen maßgeblichen Punkten gegenüber dem Patienten aus.

Der Krankenhausbereich ist davon geprägt, daß es der Pflege nicht zukommt, eine kritische Haltung zu in ärztlicher Letztverantwortung entschiedenen Maßnahmen und Verordnungen gegenüber dem Patienten zu verbalisieren. Ausnahmen hiervon sind nur in rein theoretisch konstruierten und nicht praxisrelevanten Fallkonstellationen denkbar.

Im Krankenhaus muß es nach gesetzlicher Vorgabe bei der faktisch unumstößlichen ärztlichen Letztentscheidung verbleiben, ohne daß ein Patient durch offene Kritik der Pflege an ärztlichen Vorgaben – hinausgehend über eine fachübergreifende, intern zu haltende Remonstration (Recht und Pflicht zum Hinweis auf Bedenklichkeiten) gegenüber dem ärztlichen oder nicht-ärztlichen Kollegen – verunsichert werden dürfte. Ein Zuwiderhandeln pflegerischer Mitarbeiter würde gegebenenfalls ohne letztendliche Entscheidung über die fachliche Richtigkeit einer verbreiteten Kritik arbeitsrechtlich sanktioniert.

Im ambulanten Bereich sieht es ganz anders aus. Die pflegerische Einrichtung ist als unabhängiger Dienstleister lösgelöst von der ärztlichen Anordnung zu sehen. Die Fachkompetenz der in eigener Verantwortlichkeit zu erbringenden pflegerischen Leistung verpflichtet nicht nur zur Remonstration gegenüber dem Arzt, sondern bei einem ärztlichen Beharren auf einer pflegerisch bedenklich eingestuften Verordnung weitergehend auch zur Remonstration, also zum direkten und nachweislichen Hinweis gegenüber dem Patienten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter.

Die bei häuslicher Pflege durch Vertragsrecht ausgestaltete Rechtsbeziehung zwischen Pflegedienst und Patient beinhaltet eine besondere Schutzverpflichtung der leistungserbringenden Vertragspartei. So obliegt es dem dienstleistenden Pflegedienst, seinen Patienten als Vertragspartner im Rahmen der vertraglichen Treueverpflichtung auf dem Patienten als Laien in der Gesundheitsversorgung nicht erkennbare Gefahren und Risiken ausdrücklich aufmerksam zu machen.

Unterbleibt der pflichtgemäße Hinweis, hat der im Rahmen seiner pflegerischen Leistungen Verantwortliche für möglicherweise durch Nichtbeachtung weiterer Sicherheitsvorgaben entstan-

dene Schäden wie z. B. für Infektionsschäden bei nicht ordnungsgemäßer hygienischer Versorgung rechtlich einzustehen. Die Anwendung der zu Recht insoweit gefürchteten Beweislastumkehr im zivilrechtlichen Haftungsprozeß zugunsten des Patienten bei als gefährlich anzusehender Versorgung wie einem Unterschreiten hygienischer Standards, einem Verzicht auf anerkannte Versorgungs- und Sicherheitssysteme, etc. versteht sich von selbst.

Es ist im Schadensfalle dann ein nur geringer Trost, wenn festzuhalten ist, daß letztendlich bei unterlassenem, jedoch gebotenem pflegerischen Hinweis auf der Grundlage einer ärztlichen diagnostischen oder therapeutischen Fehlleistung eine Schadensverteilung mehr oder minder zu Lasten des Arztes oder des Pflegedienstes je nach Einzelfall zu erfolgen hat. Eine Mithaftung bei den z. B. aus einem Infektionsschaden resultierenden Folge- und damit Gesamtkosten vermag ruinöse Ausmaße anzunehmen.

Nicht zu vergessen ist dabei die strafrechtliche Haftungskomponente u. a. bei Einsatz für die jeweilige Versorgung nicht geeigneter und damit als gefährdend anzusehender Medizinprodukte nach den Vorschriften der §§ 4, 43, 45 des Medizinproduktegesetzes. Das MPG stellt den Einsatz nicht mehr als tauglich geltender Medizinprodukte wie verfallener Artikel und weitergehend den Gebrauch als gefährlich anzusehender Produkte unter die Strafandrohung von Bußgeld, Geld- und Freiheitsstrafe – und zwar allein schon wegen der allgemeinen Gefährlichkeit und unabhängig von einem konkreten Schadenseintritt im individuellen Behandlungsfall.

AUF SICHEREN WEGEN OHNE RÜCKSICHT AUF WIRTSCHAFTLICHE ABHÄNGIGKEIT

In der Diskussion sicherer Versorgungswege geschieht es mitunter, daß Pflegedienste in mehr oder weniger berechtigter Furcht vor wirtschaftlichen Sanktionen selbst angesichts eklatant gefährlicher Zustände in haftungsrechtlich bedenklichem Schweigen verharren.

In einem Seminar für exponierte Pflegekräfte im Bereich der Wundversorgung war anbetriebs einer Wortmeldung Erleichterung über die endlich ausgesprochene „Wahrheit“ zu ver-

spüren, als ein Teilnehmer vermerkte: „wenn dem Arzt zu Ohren kommt, daß wir den Patienten über eine unzureichend angeordnete Versorgung mit fachkompetent für erforderlich gehaltenen Medizinprodukten wie sterilen Tupfern, etc. informieren, ist unser Pflegedienst doch aus dem Geschäft heraus.“

Natürlich, das mag sein. Der Einfluß eines Arztes, insbesondere eines besonderes Vertrauen genießenden Hausarztes ist gesellschaftlich bekannt und fast über alle Maßen anerkannt. Dieses möglicherweise auch zu Recht bestehende Phänomen ist noch nicht alles. Vereinzelt ist auch von Verbindungen bis hin zu kaum durchdringbaren Verkrustungen die Rede, die dazu führen, daß bestimmte Ärzte möglicherweise über ihren eigentlichen Auftrag hinausgehend maßgeblichen Einfluß auf die Auswahl eines Pflegedienstes ausüben.

Es steht nicht in der Möglichkeit und der Aufgabe der hier angestellten rechtlichen Betrachtung, das Bestehen oder Nichtbestehen derartiger Verbindungen mit ihren eventuellen Auswirkungen zu hinterleuchten. Im Ergebnis vermag es auf eventuelle Verquickungen in diesem Bereich nicht anzukommen. Denn unabhängig von mancherorts empfundenen wirtschaftlichen Restriktionen bedeutet das vertraglich ausgestaltete Leistungsprofil in Zusammenarbeit zwischen einem Pflegedienst und seinen Patienten die Verpflichtung der Pflege, sichere Versorgung zu leisten, den Patienten auf eventuelle Gefahren hinzuweisen, um ihm dann die auf ihn zukommende Entscheidung treffen zu lassen, ob er sich gegebenenfalls mit zwar ärztlich angeordneten, jedoch fachpflegerisch für bedenklich gehaltenen Maßnahmen zufrieden gibt oder andere Alternativen – gegebenenfalls einen Arztwechsel oder gar den privat finanzierten Zukauf von Versorgungssystemen und sonstigen Medizinprodukten – wählt.

*Hans-Werner Röhlig
Richter am Amtsgericht Gladbeck
Oberhausen*

BUCHTIP



M. M. Kochen (Hrsg.)

Allgemein- und Familienmedizin

Die kommende Studienreform sieht eine Aufwertung der Allgemeinmedizin vor, wobei vermehrt Unterricht in Allgemeinartzpraxen stattfinden soll. Diese Neuauflage bietet hier mit einem verstärkt patienten- bzw. fallzentrierten Ansatz weitaus größeren Nutzen als die vorherrschend medizin- und technikorientierte Darstellung in vielen spezialistischen Lehrbüchern. Bereits der geänderte Titel „Allgemein- und Familienmedizin“ unterstreicht die basismedinizinische Ausrichtung dieses Lehrbuchs, das nicht nur gründlich aktualisiert, sondern auch um einige Themenbereiche erweitert wurde.

Neue Themen sind z. B. Praxismanagement, Kinder und Jugendliche in der hausärztlichen Praxis oder auch Zusatzbezeichnungen für den Allgemeinarzt. Der wichtige Aspekt der Hospize bzw. der häuslichen Versorgung terminal tumor-kranker Patienten wird in einem eigenen Kapitel abgehandelt. Das frische neue Layout der Dual-Reihe rundet das Bild dieses überzeugenden Lehrbuchs ab.

Hippokrates Verlag, Stuttgart, 2. Auflage 1998, 568 Seiten, 125 Abbildungen, 224 Tabellen, DM 88,- ISBN 3-7773-1288-6, MLP Duale Reihe