

Inhalt

AKTUELLES

Hypnose bei Wundheilungsstörungen	4
Kurzmeldungen	6
Buchtip	7
Termine	7
Rechtsprechung: Die olympische Idee	9

TITELTHEMA

Lebensqualität und Pharmako- Ökonomie in der Behandlung chronischer Wunden	11
--	----

FORSCHUNG

Immunbiologie der Wundheilung – die Schrittmacherfunktion des Makrophagen	16
---	----

KASUISTIK

Sehnenerhaltendes Wundmanagement unter Hydrosorb plus	20
---	----

PRAXISWISSEN

Entstehung von Druckschäden am diabetischen Fuß	22
Der Verbandwechsel – Anregungen für die Entwicklung von Standards	26

FAX-HOTLINE

Fragen und Antworten aus der Fax-Hotline	33
Leitfaden für Autoren	34
Impressum	34

Editorial

Verehrte Leserinnen und Leser,

irgendwie hat es mich schon etwas bedenklich gestimmt, als kürzlich einer unserer Autoren im Gespräch erwähnte, er hoffe für sich persönlich, möglichst nie mit einer chronischen Wunde „in die Hände eines deutschen Kollegen zu fallen“. Nun sind solche Spontanäußerungen mit Sicherheit immer emotional überzogen und werden so der Realität wohl nur schwer gerecht. Aber dennoch bleibt im Hintergrund die Frage, weshalb der Wundbehandlung innerhalb der medizinischen Disziplinen generell ein eher bescheidenes Niveau zugesprochen wird. Und das gilt, um der Gerechtigkeit die Ehre zu geben, durchaus nicht nur für das deutsche Gesundheitswesen.

Dabei wären eigentlich alle Voraussetzungen gegeben, die ständig zunehmende Zahl chronischer und sekundär heilender Wunden medizinisch und pflegerisch verhältnismäßig leicht in den Griff zu bekommen: Die wesentlichen physiologischen und pathophysiologischen Gesetzmäßigkeiten der Wundheilung sind bekannt, noch nie gab es eine derartige Flut von qualifizierten Veröffentlichungen zu Themen der Wundheilung und Wundbehandlung, und letztlich herrscht absolut kein Mangel an qualitativ ausgereiften Produkten und Produktsystemen, die dazu beitragen können, die Wundheilung entscheidend zu verbessern, den Heilungsprozeß zu beschleunigen und damit die Lebensqualität des Patienten positiv zu beeinflussen.

Was also sind die Kriterien, die den derzeit immer noch bescheidenen Standard der Wundbehandlung prägen? Ist es der traditionell niedrige Stellenwert, den die Wundbehandlung innerhalb der Medizin unverständlicherweise einnimmt, ist es die mangelhafte Ausbildung zu dieser Thematik an Universitäten und Fachschulen, oder sind es schlicht die vermeintlich höheren Kosten, die beim Einsatz moderner Wundbehandlungsprodukte bei reinem Produktkostenvergleich gesehen werden?

Vermutlich werden, oft zum Schaden des Patienten, all diese Komponenten ihre Rolle spielen, und es wird sicherlich noch einiger Anstrengungen bedürfen, eine deutliche Trendwende in dieser Beziehung herbeizuführen und zu einer realistischeren Einschätzung der Gesamtproblematik zu kommen. Vielleicht können ja zwei Beiträge in dieser WundForum-Ausgabe einen weiteren Anstoß dazu geben, z. B. das Titelthema auf Seite 11 oder der Artikel zum Verbandwechsel, der unter der Rubrik „Praxiswissen“ auf Seite 26 beginnt. Ich freue mich schon heute auf Ihre Resonanz.



Kurt Röthel
Marketingdirektor der PAUL HARTMANN AG

Hypnose bei Wundheilungsstörungen

G. Handte

Kreiskrankenhaus Leonberg

Seit über 4 Jahren bin ich als Krankenhauspsychologin in einem Allgemeinkrankenhaus tätig. Meine Ausbildung in Klinischer Hypnose MEG, zusammen mit meinem Interesse an dem seit etwa 16 Jahren bestehenden Forschungsgebiet der Psychoneuroimmunologie (der interdisziplinären Zusammenführung von Medizin, Psychologie, Endokrinologie und Immunologie, zurückgehend auf den amerikanischen Psychologen R. Ader) haben mich veranlaßt, Patienten mit Wundheilungsstörungen begleitend mit Hypnose, Schwerpunkt ressourcenorientiert, zu behandeln.

Der zunächst grundlegende Gedanke, auch plausibel für Patienten, ist das Wissen, daß eine bessere Durchblutung des Wundgebiets eine bessere Wundheilung bedeutet. Wird die Wunde ausreichend mit Blut und Sauerstoff versorgt, besteht ein höheres Angebot an Nährstoffen und Energie. Ein intensiver Abtransport von metabolischen Zerfallsprodukten ist möglich. Kapillarsprossung, Granulationswachstum, Wundkontraktion und Epithelisation werden positiv beeinflußt. Im umgekehrten Fall, bei Streß oder erlebter Hilflosigkeit, werden pathogenetische Effekte der Katecholamine (Adrenalin, Noradrenalin) sowie von Glucokortikoiden (z. B. Kortisol) für inhibitorische Tendenzen verantwortlich gemacht.

Wichtig ist mir an dieser Stelle zu betonen, daß hypnotherapeutische Interventionen das medizinische und pflegerische Vorgehen unterstützend begleiten, jedoch keinesfalls ersetzen können.

Grundsätzlich sind auch Ausschlußkriterien für eine Hypnotherapie gegeben: Erstens, wenn eine Wunde im familiären Rahmen eine Funktion erfüllt, wie beispielsweise die Sicherung der Zuwendung durch Angehörige (Patient manipuliert vielleicht sogar die Wun-

de), ist eine hypnotherapeutische Begleitung des Patienten alleine sicherlich nicht ausreichend, und zweitens, wenn die Konzentrationsfähigkeit des Patienten, eventuell medikamentös bedingt, stark herabgesetzt ist.

Ansonsten ist es verständlich und nachvollziehbar, wenn ein Patient nach einem mehrwöchigen Krankenhausaufenthalt aufgrund einer chronischen, nicht heilen wollenden Wunde depressiv reagiert, sich seiner Situation gegenüber hilflos ausgeliefert erlebt und das Ende der Behandlung für ihn in weite Ferne zu rücken scheint. Dabei kann man auch in Betracht ziehen, daß gestörte Wundheilungsprozesse letztlich gesundheitliche, einschließlich psychische, soziale und finanzielle Nachteile für den Patienten mit sich bringen.

GRUNDSÄTZE HYPNOTHERAPEUTISCHEN ARBEITENS

Zum psychologischen Vorgehen ist folgendes zu sagen. Nach der Kontaktaufnahme zum Patienten und dem Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung ist es wichtig, ihm plausible Erklärungen für ein hypnotherapeutisches Vorgehen anzubieten, wie z. B. die oben genannte bessere Durchblutung des Wundgebiets als psychophysiologischen Effekt der Hypnose mit all ihren positiven Folgen. Des weiteren ist es unerlässlich, das Informationsbedürfnis des Patienten über Hypnose zu befriedigen und gegebenenfalls falsche Vorstellungen, wie sie mit Showhypnose verbunden werden, zu korrigieren. Hierzu gibt es gute patientene geeignete Literatur.

Das letztlich überzeugendste Argument ist jedoch, wenn man es dem Patienten in einer ersten Sitzung ermöglichen kann (ähnlich wie beim Autogenen Training), im Wundgebiet ein Wärmeempfinden zu entwickeln (aufgrund

der besseren Durchblutung) und eventuell sogar auch das Pulsieren oder Pochen des Blutes unter dem Verband spüren zu lassen als deutliche psychophysiologische Wirkung.

Entscheidend bei der Hypnose ist jedoch im Gegensatz zum Autogenen Training nicht die bloße Entspannung, sondern die Veränderung der inneren Erlebniswelt, die man auch als Phantasie, Vorstellungen oder Imaginationen umschreiben kann.

Hypnotherapeutisches Arbeiten oder Arbeit in Trance bedeutet, würde man gleichzeitig ein EEG ableiten, eine starke rechtshemisphärische Aktivität. Der Patient „denkt“ in Bildern oder Vorstellungen und ist eher bereit, sich auch auf recht ungewöhnliche, aber hilfreiche Vorstellungen einzulassen.

Dabei verändert sich auch die erlebte Hilflosigkeit des Patienten in Richtung aktives Handeln für das Gesundwerden. Psychologisch gesehen etabliert man eine sogenannte Selbstkontrollüberzeugung, die lautet: „Ich kann selbst etwas tun, um den Wundheilungsprozess positiv zu beeinflussen.“

Man kann sich sehr gut vorstellen, wie Makrophagen Fremdkörper, die sich in der Wunde befinden, „fressen“, um die Wunde zu reinigen, wie sich Kapillaren bilden, wie die Wunde durch neu entstehendes Gewebe zusammenwächst und sich Zelle an Zelle reiht, so als würde man einen Film über die eigene Wundheilung sehen (sog. Dissoziation).

FALLDARSTELLUNG

Um das bislang Beschriebene noch transparenter werden zu lassen, stelle ich im folgenden einen Fall dar, einschließlich der von mir benutzten Suggestionen, Bildern und Metaphern, die im Laufe von mehreren Sitzungen zum Einsatz kamen.

Dem geschilderten Patienten (männlich, 65 Jahre, Diabetes mellitus seit vielen Jahren) war eine schwere Betonplatte auf den linken Fuß gefallen. Dabei hatte er sich eine starke Quetschwunde zugezogen, die sich infiziert hatte (Aufnahme KH 7.8.95). Zum Zeitpunkt der Vorstellung bei mir als Krankenhauspsychologin (20.9.95, Grund: depressive Reaktion aufgrund der Wundheilungsstörung) war der Patient schon einige Wochen stationär und hatte bereits verschiedene Eingriffe

hinter sich (Nekrektomie, Vakuumversiegelungen, Meshgraft-Hauttransplantation). Ein Ende der Behandlung war für den Patienten noch nicht abzusehen, weitere Eingriffe (nochmals Meshgraft) standen bevor. Seine psychische Verfassung war verständlicherweise stark beeinträchtigt. Er schien resigniert und erlebte sich seiner Erkrankung gegenüber hilflos ausgeliefert – ohne die Möglichkeit, selbst aktiv positiv auf den Genesungsprozess Einfluß zu nehmen.

Nach dem Aufbau einer therapeutisch tragfähigen Beziehung und dem Erläutern der Wirkungsweise hypnotherapeutischen Vorgehens (s. o.) entschloß sich der Patient, mein Angebot anzunehmen. Wir einigten uns auf zwei Sitzungen pro Woche.

Die Sitzungen selbst waren jeweils wie folgt aufgebaut. Eine Phase zum warming-up, dann die hypnotherapeutische Sequenz bzw. Arbeit in Trance (ca. 20-30 Minuten, ohne Amnesie), anschließend die Rückmeldung des Patienten an mich über sein inneres Erleben und schließlich die Aufforderung an ihn, soweit es ihm möglich ist, die hilfreichen Imaginationen z. B. vor dem Einschlafen vor seinem inneren Auge nochmals Revue passieren zu lassen (entspricht aktivem Tun und Nutzung der Selbstheilungsmöglichkeiten des Patienten).

Die eigentliche hypnotherapeutische Sequenz wiederum unterteilte sich in eine Phase der Tranceinduktion, der Nutzung von Imaginationen und Metaphern in Trance und dann der Reorientierung in die äußere Realität.

In Trance suggeriert wurde zunächst eine bessere Durchblutung und somit Wärme des linken Fußes, indem sich der Patient unter meiner verbalen Anleitung vorstellte, wie die Blutgefäße des Beines sich öffnen, so daß viel Blut in den linken Fuß fließen kann (analog eines Wasserhahns, den man öffnet). Die erwünschte Wärmeempfindung kann man zusätzlich durch die Vorstellung eines warmen Fußbades oder der Sonne, wie sie auf den Fuß scheint, forcieren.

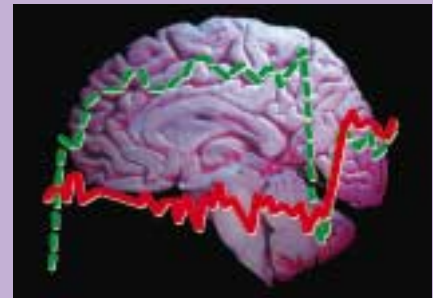
Der zweite Schritt betraf jeweils die Imagination der Wundheilung an sich, als würde man, wie bereits beschrieben, quasi in einem Lehrfilm sehen, wie das Wundgebiet gut mit Blut versorgt wird, Makrophagen Jagd auf Fremdkörper in der Wunde machen und fres-

PSYCHONEUROIMMUNOLOGIE ODER „HORMONE LÜGEN NICHT“

Letzteres ist eine beliebte Aussage sogenannter PNI-Forscher. Nach herkömmlichen Vorstellungen funktionieren das Hormon-, Nerven- und Immunsystem unabhängig voneinander. Nach neueren Erkenntnissen der PNI-Forschung bilden sie zusammen jedoch eine Einheit. Gehirn, Hormondrüsen und Lymphknoten tauschen über biochemische Botenstoffe ständig Informationen aus.

A. Futterman beispielsweise arbeitete mit Schauspielern. Sie ließ sie Gefühlszustände spielen wie tiefe Freude, festliche Stimmung, Trauer oder Schwermut. Als Ergebnis zeigte sich eine erhöhte Abwehrzellenaktivität nach den freudvollen und eine reduzierte nach den traurigen Szenen.

Die PNI-Forschung ist heute insbesondere relevant für jene Erkrankungen, an denen das Immunsystem mitbeteiligt ist (Krebserkrankungen, AIDS), und wir sind aufgefordert, das Dogma der Trennung von Körper und Seele (zurückgehend auf den Philosophen Descartes) zu überwinden.



sen, um die Wunde zu reinigen, Kapillaren sprossen und sich dann Zelle an Zelle reiht, so daß neues, gesundes, gut durchblutetes Gewebe entsteht. Nützliche Analogien sind dabei Bilder von Putzkolonnen, die die Wunde reinigen, von Maurern, die die Wände eines Hauses mauern, Stein auf Stein – wie Zelle an Zelle – oder Bienen, die ganz emsig Bienenwaben herstellen.

Trance hat dann noch den Vorteil, daß man sich innerlich in seiner Phantasie frei bewegen kann. So forderte ich den Patienten auch auf, seinem Fuß gut zuzureden und ihm für seine bisherigen Bemühungen zu danken (wichtig: Pause, damit der Patient dies innerlich auch tun kann). Des weiteren lud ich ihn zu ganz „märchenhaften“ Vorstellungen ein, nämlich eine Fee, einen Zauberer oder irgendeinen anderen Helfer (frei der Vorstellung des Patienten überlassen) zu imaginieren, mit einer Wundersalbe oder einem Zauberstock, um die Wunde zu behandeln. Schließlich sollte sich der Patient dann noch vorstellen – könnte man die Zeit mit einer Zeitmaschine vorwärts drehen – wie sein Fuß nach abgeschlossener, erfolgreicher Behandlung aussieht und wie es sich anfühlt, dann mit der Hand oder den Fingern darüber zu streichen (sog. Zeitprojektion unter Nutzung des visuellen und taktilen, sensorischen Kanals).

In der anschließenden Phase der Reorientierung war dann immer noch die

Suggestion enthalten, daß der nun angeregte Wundheilungsprozess fortschreitet – auch wenn der Patient nicht stets bewußt daran denkt – wie ja auch unsere Atmung (innerliche Zustimmung des Patienten) und auch unser Herzschlag (innerliche Zustimmung des Patienten) stets funktionieren, Tag und Nacht (sog. Yes-set zur Unterstützung der Glaubwürdigkeit des Gesagten).

Insgesamt waren es 6 Sitzungen mit hypnotherapeutischen Interventionen. In diesem Einzelfall konnte dann der Patient alsbald in gutem Allgemeinbefinden, auch die psychische Verfassung betreffend, und geschlossener Wunde nach Hause entlassen werden.

FAZIT

Wissenschaftlich kontrollierte Studien mit objektiven Daten wären selbstverständlich wünschenswert, dennoch sage ich als Praktikerin, es lohnt sich, Patienten mit chronischen Wundheilungsstörungen hypnotherapeutisch zu unterstützen, mit Rückgriff auf all unser psychophysiologisches und psychoneuroimmunologisches Wissen.

*Gudrun Handte
Diplom-Psychologin
Kreiskrankenhaus Leonberg
Rutesheimer Straße 50
71229 Leonberg*

Umfrage

Mangelhafte Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden

Die Wundversorgung an deutschen Krankenhäusern und vor allem auch in der stationären Altenpflege weist erhebliche Mängel auf. Das Pflegepersonal, das zu mehr als 75 Prozent die Versorgung übernimmt, fühlt sich unsicher, weil es nicht genügend fortgebildet wird. Viele Ärzte wenden veraltete Methoden an. Die Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden ist – zumindest aus der Sicht der Pflege – mangelhaft. Wenn veraltete Methoden der Wundversorgung angewendet werden, dann liegt dies in der Regel nicht am fehlenden Geld für wirkungsvollere, moderne Präparate, sondern am Festhalten an scheinbar bewährten, alten Methoden.

Das ist im wesentlichen das Ergebnis der Umfrage, die die im W. Kohlhammer Verlag erscheinende „Pflegezeitschrift“ unter ihren rund 16000 Abonnentinnen und Abonnenten durchgeführt hat. Knapp 1500 Fragebögen wurden sorgfältig ausgefüllt an die Redaktion zurückgeschickt. Es handelt sich also nicht um eine Repräsentativbefragung, sondern eher um ein Stimmungsbild. Aber die ungewöhnlich hohe Rücklaufquote von fast zehn Prozent vermittelt doch ein sehr deutliches Bild und zeigt vor allem, daß

das Thema Wundversorgung einen hohen Stellenwert in der Pflege hat und den Pflegenden auch Kopfzerbrechen bereitet.

DAS ERGEBNIS IM EINZELNEN

Auf die Frage, wer in der Klinik bzw. im Pflegeheim die Wunden versorgt, hieß es, dies übernehmen zu 45 Prozent Arzt und Pflegekraft gemeinsam, in 35 Prozent der Fälle übernimmt die Pflegekraft die Wundversorgung allein, in 10 Prozent der Fälle macht es der Arzt allein.

„Wann haben Sie (die Pflegekraft) zuletzt an einer Fortbildung im Bereich der Wundversorgung teilgenommen?“, fragte die Pflegezeitschrift weiter. Das Ergebnis: 55 Prozent der Pflegenden haben nach Beendigung ihrer Ausbildung nie mehr an einer entsprechenden Fortbildung teilgenommen, 10 Prozent haben an einer Fortbildung in den letzten drei Jahren teilgenommen, und 20 Prozent gaben an, vor 1992 einmal an einer Fortbildung teilgenommen zu haben. Nur 15 Prozent der Pflegenden waren im laufenden Jahr fortgebildet worden.

Es folgte nun die Frage, ob die Pflegenden eine Auffrischung ihres Wissens für nötig hielten oder ob sie sich sicher im Umgang mit Wunden fühlten. Das Ergebnis: 82 Prozent hielten eine Auffrischung ihres Wissens für dringend nötig, nur 18 Prozent fühlten sich sicher im Umgang mit Wunden. Diese 18 Prozent waren zu 85 Prozent im OP-Bereich tätig.

„Werden in Ihrer Einrichtung alle Möglichkeiten der modernen Wundversorgung ausgeschöpft?“, lautete eine weitere Frage. Das Ergebnis aus der

Sicht der Pflege: Nur 15 Prozent der Einrichtungen nutzen alle Möglichkeiten der Wundversorgung, 62 Prozent nutzen sie nicht, in 22 Prozent der Fälle wissen die Pflegenden nicht, ob dies geschieht.

„Woran krankt nach Ihrer Meinung die Wundversorgung in Ihrer Einrichtung?“, lautete eine weitere Frage. Die Antworten: An mangelnder Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden (55 Prozent), an mangelnder Fachkompetenz der Pflegenden (38 Prozent), an mangelnder Fachkompetenz der Ärzte (35 Prozent), an fehlendem Geld (15 Prozent). Hier waren Mehrfachnennungen möglich.

Mit der nächsten Frage wurde das Problem sondiert, warum auf moderne Methoden der Wundbehandlung verzichtet wird. Dies geschehe, so die Pflegenden, aus Unkenntnis des Arztes (40 Prozent), Unkenntnis der Pflegekraft (45 Prozent), weil der Glaube herrsche, daß die bewährten, alten Methoden ausreichen (36 Prozent). Auch zu dieser Frage waren mehrere Antworten möglich.

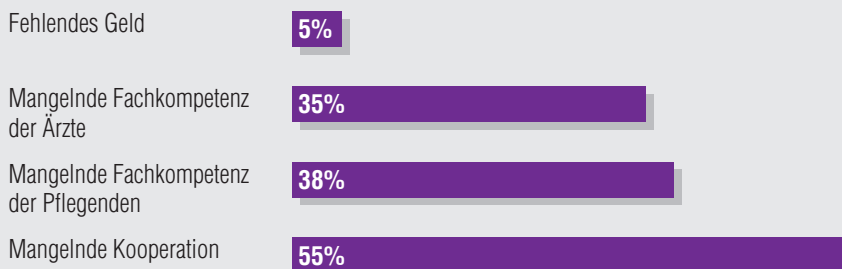
ULCUS CRURIS BEREITET SORGE

Die Pflegenden wurden dann noch gefragt, mit welchen Wunden sie am häufigsten konfrontiert würden. Das Ergebnis: Zahlenmäßig steht mit 80 Prozent aller Wunden der OP-Bereich an der Spitze, doch bereiten diese akuten Wunden auch wegen der guten Ausbildung von Pflegenden und Ärzten und der allgemein besseren Heilungsverläufe die geringsten Probleme.

Problematisch für die Pflege sind die chronischen Wunden. An erster Stelle steht der Umfrage zufolge das Ulcus



Woran krank Ihrer Meinung nach die Wundversorgung in Ihrer Einrichtung?



cruris, das in der stationären Pflege zwar nur 10 Prozent aller Wunden ausmacht, aber wegen des großen Betreuungsaufwandes, der noch zu 80 Prozent mit konventionellen Wundverbänden erfolgt, mehr Pflegepersonal und damit auch mehr Arbeitskraft bindet als notwendig wäre.

An zweiter Stelle der Problemwunden steht das Dekubitalulkus, das noch immer bei 5 Prozent aller Patienten mit Langzeitpflege auftritt und insbesondere Frauen über 65 betrifft. Die Dekubitusversorgung geschieht der Umfrage zufolge zu 75 Prozent mit Salben und konventionellen Rezepturen. Nur etwa 25 Prozent der Dekubituspatienten in der stationären Pflege werden mit Verbandstoffen versorgt, die einen Wirkstoff enthalten.

FAZIT

Im Bereich der Wundversorgung werden aus der Sicht der Pflege längst nicht alle bestehenden Möglichkeiten ausgeschöpft. Hier besteht Handlungsbedarf für die Industrie, die zwar hervorragende Präparate zur Wundversorgung entwickelt hat, der es aber offensichtlich nicht in ausreichender Weise gelungen ist, den Umgang mit diesen Präparaten an den Mann bzw. an die Frau zu bringen. Vor allem in der stationären Altenpflege übernimmt die Pflegekraft die Wundversorgung oft völlig selbständig und fühlt sich dabei auch allein gelassen. Die Teilnehmer der vorgestellten Umfrage sind zu 80 Prozent im stationären Bereich beschäftigt, davon etwa 20 Prozent in der stationären Altenpflege, 50 Prozent haben Lehr- oder Leitungsfunktion, 28 Prozent haben eine Fachweiterbildung absolviert.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des W. Kohlhammer Verlages.

Termine

Kongresse im Herbst '96

4. Gelnhäuser Hygienetag

Gelnhausen, 11.-12.9.1996
Eine Gemeinschaftsveranstaltung des Kreiskrankenhauses Gelnhausen, des Institutes für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle Gießen und der Arbeitsgruppe Krankenhaushygiene
Auskunft: Frau Dreisbach, Tel.: 06051 / 87322 oder 06051 / 870

REHAB '96 – 9. Internationale Fachmesse für Pflege, Rehabilitation und Integration

Karlsruhe, 11.-14.9.1996
Kongreß- und Ausstellungszentrum
Auskunft: Christiana Hennemann, Pressebüro, Provinzialstraße 329, 44388 Dortmund, Tel.: 0231 / 692865, Fax: 0231 / 695899

38. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie

Berlin, 25.-29.9.1996
Auskunft: Prof. Dr. med. U. Schultze-Ehrenburg, Dermatologische Klinik, Klinikum Berlin-Buch, Wiltbergstraße 50, 13122 Berlin, Tel.: 030 / 9401-4584, Fax: 030 / 9401-4581

Ambulantes Operieren – 1996 ein Schaltjahr?

Landesverband Baden Württemberg im Berufsverband der Deutschen Chirurgen und Landesverband für Ambulantes Operieren Baden Württemberg
Stuttgart, 28.9.1996
Auskunft: Dr. med. J. Reydelet, Lange Straße 4-6, 70806 Kornwestheim, Tel.: 07154 / 6330, Fax: 07154 / 16204, Prof. Dr. med. Junghanns, Klinikum

BUCHTIP



H. Winter / K.-P. Bellmann (Hrsg.)

Operative Dermatologie – Möglichkeiten und Grenzen

Nach einer kritischen Bestandsanalyse und der Besprechung wesentlicher Aspekte der Weiterbildung werden in diesem Buch neue diagnostische und therapeutische Entwicklungen auf dem Gebiet der operativen und onkologischen Dermatologie vorgestellt. Zahlreiche Beiträge befassen sich mit den Möglichkeiten und Grenzen bei ambulanten und stationären Eingriffen aus unterschiedlichem Blickwinkel. Dabei wird aus aktuellem Anlaß den Fragen der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle sowie der ambulanten operativen Tätigkeit ein besonderer Stellenwert zugeordnet. Komplikationen in der operativen Dermatologie und ausgewählte Aspekte der Melanomchirurgie werden abschließend behandelt.

Insgesamt gibt dieses Buch einen Überblick über den aktuellen Stand sowie über zukünftige Entwicklungstendenzen dieser Spezialdisziplin. Praktische Hinweise und eindrucksvolle Abbildungen unterstreichen den praxisrelevanten Charakter des Buches.

(Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1995, 260 Seiten, 133 Abb., 30 Tab., DM 158,-, ISBN 3-540-58807-8)

VERZEICHNIS ALLER SONDERLEISTUNGEN (C I. ANLEGEN VON VERBÄNDEN) EINSCHLIESSLICH DER VERÄNDERUNGEN AB DEM 1.7.1996

Gebühren-ziffer	EBM-Text	Punkte
205	Entstauender phlebologischer Funktionsverband an einem Bein unter Einschluß des Fußes und mindestens des Unterschenkels	160
212	Fixierender Verband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk), auch als Notverband bei Frakturen unter Verwendung wiederverwendbarer Materialien (z. B. Schienen)	180
213	Streichung der Leistungsposition 213	
214	Änderung der Leistungslegende: Fixierender Verband an einer Extremität mit Einschluß eines großen Gelenkes unter Verwendung unelastischer, <i>individuell anmodellierter</i> , nicht wiederverwendbarer Materialien	230
215	Änderung der Leistungslegende: Fixierender Verband an einer Extremität mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken unter Verwendung unelastischer, <i>individuell anmodellierter</i> , nicht wiederverwendbarer Materialien	500
216	Änderung der Leistungslegende: Fixierender Verband des Rumpfes unter Verwendung unelastischer, nicht weiter verwendbarer, erstarrender Materialien, ggf. mit Einschluß großer Gelenke	1900
217	Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 217 Wiederanlegen und ggf. Änderung eines Verbandes nach den Nummern 212 bis 216	130
223	Streckverband	230
224	Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension	670
245	Quengelverband, zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband	120
246	Änderung der Leistungslegende: Abnahme eines mindestens unter Einschluß eines großen Gelenkes oder des Rumpfes angelegten, zirkulären, individuell modellierten Verbandes aus unelastischen, nicht weiter verwendbaren, erstarrten Materialien (z. B. Gips)	170
247	Neuaufnahme einer Anmerkung: Änderung (z. B. Fensterung, Spaltung, Schienen-einsetzung, Anlegen eines Gehbügels oder einer Abrollsohle) eines nicht an demselben Tag angelegten zirkulären Gipsverbandes. Die Leistungen nach den Nummern 217 und 247 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.	130

Ludwigsburg, Posilipostraße 49, 71640 Ludwigsburg, Tel.: 07141 / 996 361

Central European Burn Conference
Budapest (Ungarn), 12.-14.10.1996
Auskunft: Instant Congr-Ex Kft., Ex-Dir. Laszlo Varhegyi, Semmelweis utca 10, V/24, H-1364 Budapest, Ungarn, Tel.: +36 / 1 / 118-1036, Fax: +36 / 1 / 118-3418

10. Chirurgetag – Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.
Nürnberg, 25.-26.10.1996
Auskunft: MCN – Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH, Wielandstraße 6, 90419 Nürnberg, Tel.: 0911 / 393160, Fax: 0911 / 331204

Praxisführung

Zum 1.7.96 wieder EBM-Änderungen

Niedergelassene Ärzte haben im 1. Halbjahr dieses Jahres über 30% mehr Leistungen im Rahmen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für Ärzte (EBM) abgerechnet als im vergleichbaren Zeitraum des Vorjahres. Beigetragen haben dazu auch die Positionen des Kapitels C I., in dem die Gebührensatznummern für das Anlegen von Verbänden zusammengefaßt sind.

Um nun einen weiteren Verfall der Punktwerte zu unterbinden, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) für die Leistungen des Kapitels C I. ein Teilbudget für den Zeitraum 1.7.96 bis 31.12.96 verabschiedet. Damit will die KBV die Leistungsentwicklung wieder in den Griff bekommen. Was sich bei Verbänden alles ändert, ist in der Tabelle zusammengestellt.

Ab dem 1.7.96 kann ein niedergelassener Arzt pro Quartal Verbände nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnen. Diese Gesamtpunktzahl errechnet sich aus einer arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl und der Zahl der Behandlungen. Die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl wurde von der KBV für Chirurgen und Orthopäden auf 150 Punkte und für übrige Arztgruppen auf 25 Punkte festgelegt.

Errechnet wird das Teilbudget dann folgendermaßen: Hat ein niedergelassener Chirurg beispielsweise in einem

Quartal 500 kurativ-ambulante Fälle, kann er maximal 150 Punkte x 500 Fälle = 75.000 Punkte innerhalb eines Quartals abrechnen. Würde er für die 500 Fälle mehr als 75.000 Punkte abrechnen, würde der übersteigende Betrag nicht vergütet werden. Hätte der Chirurg nicht 500, sondern beispielsweise 600 Fälle, so würde sein Teilbudget entsprechend der Berechnung $150 \times 600 = 90.000$ Punkte betragen.

HARTMANN-Publikationen

Die ärztliche Krankenbetreuung im häuslichen Bereich

Bis vor hundert Jahren stellte, soweit es überhaupt eine ambulante ärztliche Versorgung gab, der im Hause des Patienten behandelnde Arzt den Normalfall dar, bis neue gesetzliche Rahmenbedingungen (Bismarck'sche Reformen) und ein ungeahnter Aufschwung der wissenschaftlich fundierten Medizin diese Situation grundlegend veränderte. Der Hausbesuch galt über Jahrzehnte als antiquiert.

Jetzt ist eine Trendumkehr erkennbar. Die Rückbesinnung auf eine patientenzentrierte Medizin hat sogar dazu geführt, daß die „sprechende Medizin“ in der Gebührenordnung besser honoriert wird, und der Hausbesuch inzwischen besser bezahlt wird.

Der Arzt, der sich intensiv der Hausarztztätigkeit widmet, wird sich sehr

leicht eine neue Klientel erschließen können, vor allem dann, wenn er zum sozialmedizinischen Engagement bereit ist und darüber hinaus auch noch den Alten und den schwerstkranken Pflegefällen seine besondere Aufmerksamkeit schenkt.

Dr. med. Wolf-Rüdiger Weisbach, Arzt für Allgemeinmedizin in Windeck-Herchen, hat sich dieser Thematik angenommen und im Rahmen der HARTMANN medical edition eine Broschüre zusammengestellt, die als praxisorientierter Leitfaden dienen kann. Kurz und übersichtlich werden alle relevanten Fragen organisatorischer und versicherungsrechtlicher Natur erörtert, wie auch Hinweise zur Verordnung von Pflegeleistungen und Hilfsmitteln nicht fehlen. Insgesamt soll die Broschüre den niedergelassenen Arztkollegen dazu ermutigen, sich verstärkt der häuslichen Krankenpflege zu widmen.

Service

Erweiterter Info-Service im World Wide Web

Unter der Adresse <http://www.hartmann-online.de> kann der Benutzer ab Anfang September 1996 nicht nur eine erweiterte Auswahl an wichtigen Beiträgen aus dem WundForum abrufen – integriert sind nunmehr auch detaillierte Informationen zu HARTMANN-Produkten für die Bereiche Wundbehandlung, Binden und Verbände, OP-Bedarf sowie Behandlung und Krankenpflege.

Die Informationen enthalten jeweils eine kurze Produktcharakteristik, eine Übersicht über die Anwendungsgebiete sowie Handelsformen und Bestellnummern.

Bei der Gestaltung des Produkt-Service wurde besonderer Wert darauf gelegt, daß die Informationen schnell zu finden und übersichtlich dargestellt sind. Die Inhalte wurden deshalb auf Basis der



Frame-Technologie erstellt, um neben den eigentlichen Informationsseiten auch Flächen zur einfachen Navigation zur Verfügung zu stellen. Als Browser sollten Netscape Navigator (ab Version 2.0) oder Microsoft Internet Explorer (ab Version 3.0) eingesetzt werden.

Rechtsprechung

Die olympische Idee

Dabeisein ist alles. Coubertin hat in Formulierung des olympischen Gedankens sicher nicht an Krankenhäuser und Seniorenheime gedacht. Doch für Patienten und Besucher ist es oft eine nicht minder sportliche Leistung, Hindernisse auf der Station elegant zu überwinden und naßgereinigte Flächen mit der Eleganz eines Hindernisläufers wie einen Wassergraben zu überqueren. Leider werden in unseren Gesundheitseinrichtungen auch keine Medaillen vergeben. Dabei ist auch die Zielrichtung eine andere: nicht die Besucher und Patienten sollen sich Edelmetall verdienen; es ist Aufgabe der Krankenhaus- und Heimträger, ihren Bewohnern, Patienten und Besuchern eine sichere Umgebung zu verschaffen, die uneingeschränkt „Gold“ verdient.



TYPISCHE ALLTAGSGEFAHREN IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN

- ▶ Naßgewischte Zimmer und Flure sind ebenso wie ungesichert abgestellte Stationswagen und sonstige Utensilien eine ständige Gefahrenquelle.
- ▶ Auch Besucher sorgen zusätzlich für Verunreinigungen, die zu kritischen Situationen führen; z. B. durch achtlos zurückgelassene Gegenstände wie die sprichwörtliche Bananenschale auf dem Flur. Dabei sind die Böden auf den Gängen und in den Zimmern ein Problem ganz besonderer Art: Der Glanz vermag die Gefahr einer rutschigen Oberfläche nicht zu kaschieren.
- ▶ Sturzverletzungen von Patienten, Bewohnern und Besuchern beschäftigen die Gerichte zunehmend. Kernfrage der rechtlichen Prüfung ist im Streit um Schadenersatz und Schmerzensgeld im Rahmen bis zu fünfstelliger DM-Beträge der Umgang mit der im Einzelfall nachweislich beachteten Verkehrssicherungspflicht.

GESTEIGERTE VERKEHRSSICHERUNGSPFLICHT BEI ERHÖHTEM GEFAHREN-POTENTIAL

Wie schon der Wohnungsinhaber seinen Gästen und Besuchern für den verkehrssicheren Zustand der Räume haftet, zu denen er den Zugang gestattet, erhöhen sich die Sicherungspflichten im Krankenhaus und Heim entsprechend dem gesteigerten Gefahrenpotential.

Es wird nicht verkannt, daß nicht für alle nur denkbaren Möglichkeiten eines Schadenseintritts eine absolut sichere Vorsorge getroffen werden kann. Die Krankenhaus- und Heimträger stehen jedoch organisatorisch unter Einbindung der für den Einhalt der erforderlichen Maßnahmen verantwortlichen Leitungen in der Pflicht, zumindest die Sicherheitsvorkehrungen zu treffen, die eine verständige und versierte Fachkraft für ausreichend hält. In rechtlicher Bewertung genügt es hierzu bei einem Klientel verwirrter, altersdementer Patienten und Bewohner z. B. nicht, allein durch Hinweisschilder und mündliche Information auf die Rutschgefahr der feucht gewischten Böden hinzuweisen. Derartige Vorkehrungen sind wohl gegenüber geistig voll orientierten Patienten und Besuchern ausreichend, wenn

die frisch geputzten Flächen klar erkennbar sind. Die Rechtsprechung verlangt im Rahmen der Verkehrssicherungspflicht bei halbseitig naßgewischten Fluren eine deutliche Erkennbarkeit der Gefahrenbereiche, teilweise die Absperrung bzw. Sicherung mit „Flatterband“.

Diese schon umfangreichen Anforderungen sind bei einem stark gefährdeten Patienten- und Bewohnerkreis weitergehend dem erhöhten Gefahrenpotential anzupassen. Schließlich kann ein desorientierter Patient die Gefahrensituation – wenn er sich überhaupt noch nach wenigen Minuten an die Mitteilung erinnert und ein Flatterband als Gefahrensignal wahrnimmt – oft nicht mehr gedanklich realisieren, geschweige denn sie in angepaßte Verhaltensmuster umsetzen. Hier sind kreative Sicherungsmaßnahmen gefragt – z. B. Spiel- und Gesprächsrunde mit den Patienten und Bewohnern während der Wischzeiten.

QUALITÄTSSICHERUNG DURCH ORGANISIERTES CONTROLLING

Die Verkehrssicherung der Patienten, Bewohner und Besucher zählt zum Aufgabenkreis der in § 137 SGB V (Sozialgesetzbuch, Teil V) normierten Qualitätssicherung.

Organisiertes Controlling der erforderlichen Schutzmaßnahmen heißt dann:

- ▶ Gefahren erkennen,
- ▶ Sicherungsmaßnahmen verbindlich anordnen und
- ▶ den Einhalt der Gefahrenabwehr überwachen.

Eine regelmäßige Analyse der Gefahrenlage zählt dabei zur Selbstverständlichkeit der anzustellenden Überlegungen. Insbesondere bei und nach Umbauten und Erweiterungen sind die Gebäudeteile einer kritischen Überprüfung auf neue Gefahren zu unterziehen.

Der Maßnahmenkatalog zur Verkehrssicherung ist schriftlich unter zumindest jährlicher Prüfung und Information der Mitarbeiter festzulegen, die intern zur Übernahme der anfallenden Aufgaben verpflichtet sind. Dabei stellt es weder organisatorisch noch praktisch eine Überforderung dar, einer Schichtleitung die engmaschige Kontrolle der Flure und Zimmer aufzuerlegen. Schwestern und Pfleger können eventuelle Gefahren bei ihren regelmä-

ßigen Gängen über die Station mit geschultem Auge ohne großen Mehraufwand erkennen und für notwendige Abhilfe im Einzelfall sorgen.

Im Rahmen der Organisationsverantwortung dürfen dabei die teils fremdvergebenen Auftragsbereiche wie z. B. die Reinigung durch einen Dienstleister nicht völlig außer Betracht bleiben. So schuldet die Fremdfirma zwar eine fachgemäße Reinigung, nicht aber die damit notwendig zu gewährleistende Sicherung desorientierter Patienten. Diese Aufgabe darf nicht auf Reinigungskräfte delegiert werden, die weder nach ihrer Ausbildung noch nach ihrem Erkenntnisstand den Gefahrenstatus eines Patienten oder Bewohners festlegen oder erkennen können.

DIE PRAXISORIENTIERTE DOKUMENTATION DER SCHUTZMASSNAHMEN

Die Verkehrssicherungspflicht in Krankenhäusern und Heimen zählt zum technisch beherrschbaren Bereich der zu erbringenden Versorgungsleistungen. Daher stehen die Träger und verantwortlichen Mitarbeiter in der Pflicht, bei Sturzverletzungen etc. dokumentarisch nachzuweisen, daß der Schaden nicht auf ein pflichtwidriges Verschulden organisatorisch oder pflegerisch verantwortlicher Mitarbeiter zurückzuführen ist.

Kann der Nachweis der angemessenen Verkehrssicherung nicht geführt werden, sind im Schadensfalle Beweiserleichterung zugunsten des Geschädigten mit zugesprochenen Schadenersatz- und Schmerzensgeldbeträgen in beträchtlicher Höhe zu befürchten.

Nicht gerechtfertigte Ersatzansprüche können dabei mit einer als Sicherheitsnachweis anerkannten angemessenen Dokumentation vermieden werden. Die praxisorientierte Dokumentation zeichnet sich durch eine prägnante Kürze aus. Es bedarf hierbei keinesfalls einer zeitintensiven Aufzeichnung aller im Stationsalltag durchgeführten Überprüfungen und Veranlassungen. Unter der Grundvoraussetzung eines „organisierten Controllings“ reicht es schützend aus, für jede Schicht die Durchführung der allgemein angeordneten Sicherungsmaßnahmen zusätzlich zu den individuellen Besonderheiten im Tagesverlauf in einer offiziell geführten Abteilungsdokumentation schriftlich niederzulegen.

Hans-Werner Röhlig, Oberhausen