

# Der Pflegebrief

Das Online Magazin für die Pflege

## EDITORIAL

Wussten Sie es schon? Das Krankenpflegegesetz soll novelliert werden.



Ein Vorhaben, das relativ still vonstatten geht. Pflege ist halt kein Thema für die allgemeine Presse (außer, wenn es um Dekubitus-Skandale oder Pflegeversicherung geht). Der DBfK kann sich freuen: Es soll eine generalistische Pflegeausbildung eingeführt werden. Unerfreulich für den BKK, weil die Kinderkrankenschwestern eine feindliche Übernahme durch die Krankenpflege drohen sehen.

Ja, wie denn nun? Da reden wir in den letzten Jahren immer nur noch von Pflege und meiden Zusätze, um „PC“ zu sein. Und wieder ist es nicht recht. Es ist doch nicht möglich, an einem Strang zu ziehen, wenn die einzelnen Seile noch nicht zusammengeflochten sind. Bitte, liebe Verbände, spricht wenigstens beim Gesetz mit einer Stimme.

Pflege hat schon wenig Gehör genug, da müssen wir uns doch nicht noch als Berufsgruppe öffentlich ansprechen und uns unglaubwürdig machen.

Ihr **Roland Bröhe**

## Internet und Pflege?

Von **Matthias Martin**

Im ärztlichen Bereich an der Tagesordnung, doch bei Pflegenden noch alles andere als selbstverständlich: Die dienstliche Nutzung des Internet. Die Nutzung von Informationsquellen, die Darstellung der eigenen Arbeit und Kooperation mit anderen Krankenhäusern zeigen einen Weg, der den Umgang mit dem neuen Medium zu einer bedeutenden Qualifikation werden läßt. Längst ist es unstrittig – das Internet stellt eine grundlegende,

unverzichtbare und unerschöpfliche Informationsquelle dar, die zudem schnell und jederzeit verfügbar ist. Was im ärztlichen Bereich (insbesondere in Krankenhäusern) schon längst als selbstverständlich gilt – der Zugriff auf das Internet als Bestandteil der dienstlichen Tätigkeit – stellt sich aus Sicht „der Pflege“ zu einem nicht unerheblichen Teil als „neuzeitliche Verteilung von Privilegien“ dar. *[mehr]*

### Der Spritzenschein - ein Befähigungsnachweis? Von **Gerhard Leschik**

Ein Spritzenschein ist die schriftliche Bestätigung einer Delegation vom Arzt auf eine andere Person. Delegation bedeutet "das Übertragen einer Vollmacht", in unserem Fall für das Durchführen einer Injektion. Gerhard Leschik ist Lehrer für Pflegeberufe und betreut ab sofort unsere neue Rubrik „Der juristische Rat“. Wenn Sie also Sorgen, Probleme oder Nöte haben und einen fachlichen Rat in Sachen Recht für Pflegeberufe suchen, wenden Sie sich doch an den Pflegebrief. *[mehr]*

### Herr F. Eine Fallgeschichte Von **Maria Penzlien**

Was tun Sie mit einem Menschen, der in Ihrer Einrichtung lebt, der aber jeden Kontakt vermeidet; sich – wenn überhaupt – nur äußerst bärbeißig zu Wort meldet? Woran kann es liegen, wenn ein Bewohner so schwierig im Umgang ist. Die Fallgeschichte von Maria Penzlien macht es deutlich: Wer in der Biografie des Bewohners nachsieht, wird fündig und findet plötzlich Erklärung für so manche sonderbare oder skurrile Verhaltensweise. *[mehr]*

### Kompetenzentwicklung - aber wie denn nun? Benner versus Olbrich Von **Uwe Dubbels**

Was tut die Pflege? Dies ist eine zentrale Frage, mit deren Beantwortung sich viele beschäftigen. Patricia Benners „Stufen der Pflegekompetenz“ und Christa Olbrichs „Dimensionen pflegerischen Handelns“ werden verglichen und auf ihre Bedeutung gerade in der deutschsprachigen Pflege untersucht. Liegt die Stärke Benners in der Entwicklung eines Tätigkeitskataloges, legt Olbrich ihren Schwerpunkt auf Selbstevaluation. *[mehr]*

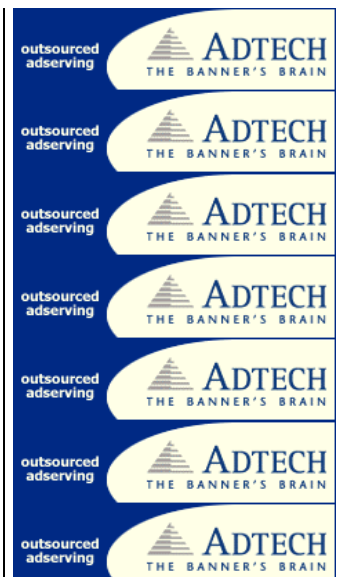
### Leser-Mail Anfragen und Briefe

In dieser Ausgabe zu den Themen:

- Primary Nursing
- Aktivierung in der Altenpflege
- Antwort zur Anfrage "Wundversorgung"
- Leserbrief zum Editorial 3-2000
- Eine Klarstellung der DGK
- Zu den Problemen beim Versand des Pflegebriefes

### Schwuler pflegen: Esskultur Von **Ben Robe**

Hauptsache, man verläßt das Krankenhaus gesund und auf den eigenen zwei Beinen. Das ist sicherlich die Hauptsorge jedes Patienten. Doch während der Zeit in der Klinik gibt man sein Interesse an der Umgebung ja nicht komplett ab. Schon mal darüber nachgedacht, warum Krankenhausesen immer so einfalllos präsentiert werden muss? Nein? Ben Robe hat es getan. *[mehr]*



## ONLINE-KIOSK

**Kinästhetik**

ist ein Bewegungskonzept, das von Dr. Frank Hatch und Dr. Lenny Maietta aus Santa Fe, USA, bereits in den achtziger Jahren entwickelt wurde. In der deutschsprachigen Pflege hat es sich inzwischen einen festen Platz sichern können. Dies ist ein Grund, sich mal im Web umzuschauen, welche Informationen verfügbar sind:

**Institut für Kinästhetik (IfK)**

[www.kinaesthetik.com](http://www.kinaesthetik.com)

Das IfK hat seinen Sitz in Uster (Schweiz). Es wird von den beiden Begründern der Kinästhetik betrieben. Hier werden die einzigen „offiziellen“ Kinästhetik-Trainer ausgebildet (zumindest die, die sich auch so nennen dürfen und entsprechende Schulungen nach dem Original anbieten dürfen). Somit ist das IfK auch eine verwaltende Einrichtung. Auf der Webseite gibt es Grundinformationen über das Konzept sowie die Einrichtung. In einem Shop werden Medien angeboten. Der besondere Clou ist die Trainerdatenbank, die jeden zertifizierten Trainer beinhaltet. Es kann nach verschiedenen Kriterien gesucht werden. Somit ist der nächste Trainer in Ihrer Nähe schnell zu kontakten. Die im zarten Lila gehaltene Website ist einen Besuch wert.

[mehr]

**Internet und Pflege**

von **Matthias Martin** [kontakt@pro-pflege.de]

Längst ist es unstrittig – das Internet stellt eine grundlegende, unverzichtbare und unerschöpfliche Informationsquelle dar, die zudem schnell und jederzeit verfügbar ist. Was im ärztlichen Bereich (insbesondere in Krankenhäusern) schon längst als selbstverständlich gilt – der Zugriff auf das Internet als Bestandteil der dienstlichen Tätigkeit – stellt sich aus Sicht „der Pflege“ zu einem nicht unerheblichen Teil als „neuzeitliche Verteilung von Privilegien“ dar. Diverse Anfragen auf der „ISfP – Pinwand“ und auch in der Mailingliste von „nurseGer“ haben deutlich gemacht, dass der dienstliche Zugriff auf das Internet für Pflegepersonal alles andere als selbstverständlich ist.

Einer der Hauptgründe für die restriktive Handhabung von Internetzugriffsmöglichkeiten scheint, neben der Gefahr des Missbrauchs (z.B. Downloads und „gebührenpflichtige Seiten“), auch die Befürchtung zu sein, dass seitens des Pflegepersonals, statt zu arbeiten nur „gesurft“ wird.

In einer Zeit, in der der medizinische Fortschritt (und damit einhergehend) auch die permanente Entwicklung der Pflege, nach wie vor von rasanten Veränderungen geprägt wird, gilt es die verfügbaren Informationsquellen zu nutzen – unabhängig davon, welches Medium letztlich zur Anwendung kommt.

Insbesondere die anstehenden Veränderungen, nicht nur im deutschen Gesundheitswesen, verlangen neben fachlich kompetenten Führungskräften (und die EDV sollte längst schon Bestandteil der Fachkompetenz darstellen) auch nach visionären und kreativen Fähigkeiten. In einer Zeit des ökonomischen Drucks und der Notwendigkeit, gemeinsame, d.h. berufsgruppenübergreifend, Strategien und Konzepte zu entwickeln, sollte der Grundsatz der Gleichbehandlung der dienstlich zugänglichen Informationsmöglichkeiten nicht zum theoretischen Ansatz und zum Lippenbekenntnis verkommen.

Neben der Möglichkeit der persönlichen Information einzelner Mitarbeiter/innen (unabhängig von der Zugehörigkeit einer Berufsgruppe) bietet das Internet die Möglichkeit informativer Plattformen. Unter Berücksichtigung des anhaltenden Kostendrucks auf das deutsche Gesundheitswesen werden sich Krankenhäuser neue Strategien

für ihren Erhalt einfallen lassen müssen – Kooperation trotz Konkurrenzsituation wäre ein möglicher Weg. Denkbar wäre (z.B.) ein Internet-Netzwerk verschiedener Krankenhäuser im Rahmen einer gemeinsamen Homepage bzw. Internetplattform.

Neben der Publikation geplanter und abgeschlossener Projekte und Weiterbildungsarbeiten (z.B. aus Leitungslehrgängen, Intensiv- und Onkologieweiterbildungen). Neben dem qualitativen Aspekt einer derartigen Informationspolitik- und -philosophie könnte auch ein wirtschaftlicher Faktor zum Tragen kommen – warum sollte man das Rad schließlich immer wieder neu erfinden?

Es ist völlig unstrittig, dass es Spielregeln bei der dienstlichen Nutzung des Internets geben muss. Deren Einhaltung will überprüft werden und eine Missachtung entsprechender dienstlicher Regelungen verlangt auch dienstrechtliche Konsequenzen, aber moderne Medien verlangen nach zeitgemäßem Umgang und dieser beinhaltet eine gleichberechtigte Handhabung bei der Nutzung moderner Medien. Schließlich beinhaltet die Nutzung des Internets qualitative Aspekte, die selbst ein gut angelegtes Fortbildungskonzept innerhalb eines Krankenhauses nicht bieten kann – den Blick über den Tellerrand, den Informationsaustausch auf der informellen Ebene.

Nicht zuletzt die seit Jahren anhaltende Forderung nach einer verstärkten Professionalisierung der Krankenpflege verlangt nach einem professionellen Umgang mit informativen Medien. Eine derartige Forderung sollte primär aber auch die dienstliche Nutzung und nicht den etwaigen Missbrauch unterstellen.

Modernes Management verlangt moderne Medien – nicht nur als theoretischen Anspruch und ferne Vision. Internet und Intranet, ob für Pflegepersonal, ärztliche Mitarbeiter/innen oder Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, um nur einige zu nennen, können nicht nur zu einem breiten und zeitgleichen Informationsfluss beitragen – vernünftig genutzt werden Internet und Intranet Bestandteil eines fortschrittlichen und auf die Zukunft ausgerichteten Qualitätsmanagements werden.

## ONLINE-KIOSK

**Kinästhetik (Fortsetzung)****Viv-Arte Kinästhetik  
Bewegungsschule  
[www.viv-arte.de](http://www.viv-arte.de)**

bietet eine breite Palette verschiedener Kinästhetik-Seminare an, die direkt vor Ort einsetzbar sind. Auf der Homepage präsentieren sich die Trainer in Wort und Bild. Die Angebote für Seminare sind reichhaltig: Sie reichen von der Pflege zu Hause über Projektarbeit (so geschehen an der Uniklinik Ulm), Bewegungsunterricht an Pflegeschulen bis hin zu Ergo- und Physiotherapie. Hinter viv-arte steht Heidi Bauder-Mißbach, die früher am IFK war.

**Kinästhetik für die Pflege  
Universität Ulm  
[www.uni-ulm.de/klinik/pflegedienst/Kinaesthetik/](http://www.uni-ulm.de/klinik/pflegedienst/Kinaesthetik/)**

Die Seiten der Uni Ulm bieten einen groben Überblick über das Konzept und ihr Veranstaltungsprogramm für Kinästhetikkurse. Besonders erwähnenswert ist jedoch die Literaturliste, die einen guten Überblick über relevante Literatur für dieses Thema bietet.

**Grundpositionen – Grafik  
[www.med-rz.uni-sb.de/pflegedienst/kinasthetik/](http://www.med-rz.uni-sb.de/pflegedienst/kinasthetik/)**

Von der Uni Saarbrücken stammt die animierte Grafik **grundpos.gif**, die verschiedene menschliche Grundpositionen nach dem Konzept der Kinästhetik aufzeigt.

[mehr]

**Spritzenschein - ein Befähigungsnachweis?**

Von **Gerhard Leschik** [[leschik.grossenheidorn@t-online.de](mailto:leschik.grossenheidorn@t-online.de)]

Ein Spritzenschein ist die schriftliche Bestätigung einer Delegation vom Arzt auf eine andere Person. Delegation bedeutet "das Übertragen einer Vollmacht", in unserem Fall für das Durchführen einer Injektion.

Im Gegensatz dazu gibt es die Anordnung (von Order = Befehl), bei der der Durchführende keinerlei eigene Entscheidungsbefugnisse erhält und die Anordnung so ausführen muss, wie sie vorgegeben wurde. Hier kann es Probleme bei der sogenannten Bedarfsmedikation geben, was aber ein eigenes Rechtsgebiet ist.

Im Zusammenhang mit der Delegation sind folgende Punkte zu beachten: Der Delegierende kann auf eine andere Person (Delegat) Tätigkeiten übertragen, wenn er selbst berechtigt ist, die Tätigkeiten uneingeschränkt auszuführen. Die Aufgabe des Arztes ist die Therapie von Patienten, wozu auch die Gabe von Arzneimitteln gehört. Der Delegat muss nach seinem Urteilsvermögen einschätzen, ob er diese Aufgabe übernehmen kann oder ob es (irgendwelche) Gründe gibt, diese Aufgabe abzulehnen. Diese Ablehnung kann auch in der Tagesform begründet sein und rechtfertigt nicht die Annahme, an eine einmal zugestimmte Delegation ohne Ausnahme gebunden zu sein. Der Delegierende hat sich selbst von der Fähigkeit des Delegaten zu überzeugen. Dazu reicht ein flüchtiger Blick in der Regel nicht aus. Es muss beispielsweise im Falle des Spritzenscheins deutlich werden, dass der Delegat die korrekte Injektionstechnik beherrscht, dass er weiß, was bei Komplikationen zu tun ist, die durch Fehler bei der Injektion oder durch Unverträglichkeiten des Arzneimittels herbeigeführt werden können. Der Delegierende muss sich während der Delegationsdauer in angemessener Weise durch gezielte oder beiläufige Kontrollen davon überzeugen, dass der Delegat die ihm übertragenen Aufgaben korrekt durchführt.

Der Delegation bzw. der Durchführung der Injektion kann der Patient widersprechen, da er Anspruch darauf hat, vom Arzt persönlich behandelt zu werden. Dies ist besonders bei liquidationsberechtigten Ärzten von Bedeutung. Die Delegation muss in ihrer Durchführung die Tätigkeit selbst und die Grenzen der Handlung genau beschreiben. Allgemeine Schlagworte reichen in der Regel nicht. Die Delegation sollte aus Gründen der Rechtssicherheit schriftlich festgehalten werden. Die zeitliche Verbindlichkeit einer

Delegation kann bereits im Spritzenschein geregelt werden. Wenn nichts besonderes vereinbart wird, gilt die Delegation bis auf Widerruf. Die Delegation kann jederzeit vom Delegierenden zurückgenommen, eingeschränkt oder ausgeweitet werden.

Tätigkeiten, die nur von einer bestimmten Personengruppe durchgeführt (und in Rechnung gestellt) werden dürfen, sind nicht übertragbar, zB Operationen oder selbständige Narkose durch Pflegepersonal.

Kennzeichen der Delegation ist, dass der Delegat eigene Entscheidungskompetenzen hat und ausüben kann. Er entscheidet zB über die Injektionsstelle, die Injektionsgeschwindigkeit usw.

Der Spritzenschein als schriftliche Delegation ist personengebunden: Es ist nicht erlaubt, dass der Stationsarzt den Spritzenschein unterschreibt und Assistenzarzt, Oberarzt und Chefarzt sich auf diese Delegation beziehen in der Meinung, dass sie als Vorgesetzte des Stationsarztes deren Delegation mit verantworten. Somit ist eine Generalwirkung eines Spritzenscheins ausgeschlossen.

Spritzenscheine sind keine Befähigungsnachweise wie zB ein Führerschein. Eine sogenannte Spritzenprüfung gibt es nicht und folglich auch nicht die Möglichkeit einen Spritzenschein als persönlichen Befähigungsnachweis (wie einen Führerschein) zu haben.

Die Delegation erlischt, a) wenn der Delegierende nicht mehr Vorgesetzter ist, zB durch Wechsel des Arbeitsplatzes oder durch Eintritt in den Ruhestand b) wenn der Delegierende selbst diese Tätigkeit nicht (mehr) ausführen kann oder darf c) wenn der Delegat sich darauf beruft, eine Tätigkeit nicht mehr durchführen zu können (persönliches Unvermögen) oder zu dürfen (berufliche Veränderung des Arbeitsfeldes).

Spritzenscheine können nicht von Pflegepersonen ausgestellt werden, da diese generell nicht dazu berechtigt sind. Auch während der Ausbildung zur Krankenschwester bzw. zum Krankenpfleger ist die Kontrolle der Sprizentechnik, um einen Spritzenschein ausstellen zu können, juristisch nicht haltbar. Welche Injektionen sind Pflegepersonen erlaubt und warum?

Die sachgemäße Injektion kann bei allen Menschen Unverträglichkeiten erzeugen. Die wahrscheinlich schlimmste ist der [mehr]

## ONLINE-KIOSK

**Kinästhetik (Fortsetzung)**

**Kinästhetik bei Pflege.ch**  
[www.pflege.ch/Kinasthetik/Artikel\\_/artikel\\_.htm](http://www.pflege.ch/Kinasthetik/Artikel_/artikel_.htm)

Die Pflegesite Pflege.ch bietet mehrere Fachartikel rund um die Kinästhetik an. Von Stefan Knobel stammen die Beiträge „Das Handlungskonzept Kinästhetik in der Pflege“, „Macht Alter unbeweglich und steif?“ sowie „Wie man sich bettet, so bewegt man“. Zwei weitere Autoren steuern Beiträge über den körperlich-funktionalen Aspekt der Pflege sowie Kinästhetik als Lernfeld in der Ausbildung von Sozialpädagogen bei.

**Heidi Bauder-Mißbach:**  
**Kinästhetik in der Intensivpflege**

Lehre der menschlichen Bewegung und Bewegungsempfindung

Das Bewegungskonzept der Kinästhetik hält erfolgreich Einzug in die Kliniken. Jetzt legt Heidi Bauder-Mißbach ein innovatives Konzept zur Patientenbetreuung in der Intensivpflege vor. Praktisch erprobt, mit vielen Übungsbeispielen und Erfahrungsberichten.

**Erscheint**  
**Anfang Oktober 2000**

Schlütersche Druckerei  
 und Verlag, 2000  
 ISBN 3-87706-566-X  
 DM 49,80

Die Bestellung ist schon jetzt über den Buchhandel oder über [pflegen-online.de](http://pflegen-online.de) möglich.

## Spritzenschein - ein Befähigungsnachweis? (Fortsetzung)

anaphylaktische Schock. Dieser Schock entsteht aber je nach Injektionsart unterschiedlich schnell. Bei einer sc-Injektion dauert es ca. 10 bis 15 Minuten, bis die ersten lebensbedrohlichen Situationen eintreten, bei einer im-Injektion ca. 7 bis 15 Minuten und bei einer iv-Injektion nur wenige Sekunden.

Im Fall einer Unverträglichkeit muss schnell Hilfe geholt werden. Bei der sc- und im-Injektion bleibt im Krankenhaus genügend Zeit, das Notfallteam zu alarmieren und die ärztlichen Anordnungen abzuwarten. Im Fall einer iv-Injektion kann so nicht schnell genug geholfen werden. Die Pflegeperson müsste sich zur Abwendung der Lebensgefahr des Patienten selbst Arzneimittel anordnen, wozu sie nicht berechtigt ist.

Ein solcher lebensbedrohlicher Zustand ist juristisch kein Notfall, da mit einer Unverträglichkeit bei jeder Gabe von Arzneimitteln zu rechnen ist. Die Pflegeperson ist also nicht berechtigt, die Notfallkompetenz zur Rechtfertigung bei dieser Maßnahme anzuwenden.

### Zu den Infusionen und Perfusor-Spritzen:

Die Gabe der Infusionen ist Pflegepersonen nur dann erlaubt, wenn es sich um sogenannte Standard- oder Trägerlösungen handelt. Dabei wird erwartet, dass die hygienischen Maßnahmen sachgerecht eingehalten werden und die Zumischung von anderen Arzneimitteln den pharmazeutisch erlaubten Rahmen (1 Arzneimittel je Infusion) nicht überschreitet. Bei Beachtung dieser Sorgfaltsregeln ist auch bei versehentlich beschleunigter oder verzögerter Tropfgeschwindigkeit keine lebensbedrohliche Situation für den Patienten zu erwarten.

Anders dagegen bei sogenannten Kurzinfusionen. Sie sind in der Regel stark wirkstoffhaltige Lösungen und können auch bei sachgemässer Anwendung zu Unverträglichkeiten führen. Antibiotikallösungen werden oft zum ersten Mal vom Arzt angehängt mit der Bemerkung, dass die weiteren Gaben unproblematisch seien. Das ist nicht der Fall, da gerade bei Antibiotika die Komplement-Bindungs-Reaktion erst durch den mehrmaligen Kontakt mit Substanzen einen allergischen Zustand herbeiführt.

Die Gabe von stark wirkenden Arzneimitteln durch eine Perfusionspumpe ist durch Pflegepersonen dann möglich, wenn eine Einweisung in die Funktion der Geräte erfolgt ist und die Handhabung sachgemäss erfolgt. Pflegepersonen dürfen keine Kurzinfusionen anhängen, da dies Aufgabe des Arztes bleibt. Diese Aufgabe kann wegen der Risikoeigenschaft nicht ohne weiteres auf Pflegepersonen übertragen werden.

Iv-Injektionen dürfen nur dann durchgeführt werden, wenn ein Arzt in unmittelbarer Nähe ist und eine Gefahrensituation innerhalb sehr kurzer Zeit beherrschen kann. Das Argument, eine Pflegeperson in einer Intensivabteilung dürfe aber iv injizieren, ist nur dadurch gerechtfertigt, dass ein Arzt in dieser Abteilung stets unmittelbar Hilfe leisten kann. Ist kein Arzt auf der Station, darf, juristisch gesehen, nicht iv durch Pflegepersonen injiziert werden.

### Wie soll ein Spritzenschein aussehen?

An die inhaltliche Gestaltung eines Spritzenscheins sind die gleichen Anforderungen zu stellen wie im Prinzip bei jeder anderen Delegation auch:

- Name des Arztes, der die Delegation wünscht. Wenn mehrere Ärzte eine Aufgabe auf eine Pflegeperson übertragen, muss jeder einzelne genannt sein.
- Name des Delegates
- Beschreibung der delegierten Tätigkeit
- Etwaige Einschränkungen der Delegation
- Bestätigung der fachlichen Überprüfung durch den delegierenden Arzt
- Ort, Datum und Unterschrift der Delegationspartner.

Wenn mehrere Ärzte eine Aufgabe auf eine Pflegeperson übertragen möchten, muss jeder einzelne unterschreiben.

### Beispiel:

Hiermit berechtige ich Frau/ Herrn ... (Name der Pflegeperson), in meinem Namen folgende Tätigkeit durchzuführen:

..... (Beschreibung der Tätigkeit)

Ich habe mich von der korrekten Durchführung und dem Wissen über konkrete und mögliche Gefahren überzeugt. Diese Delegation gilt bis auf weiteres und kann jederzeit von mir eingeschränkt oder erweitert werden. (Ort, Datum, Unterschriften der Beteiligten)

Die rechtliche Wirkung des Spritzenscheins wird oft überbewertet. Er ist aber ein sehr sinnvolles Instrument, um ärztliche Delegationen zu dokumentieren, was innerhalb des Krankenhauses leider viel zu wenig interessiert.

Wenn man diesen Aspekt weiterverfolgt: Warum gibt es dann zB keine oder kaum "Scheine" über die Delegation folgender Tätigkeiten: Tabletten stellen, Katheter legen, Blutzucker messen usw? Auch hier übernehmen Mitarbeiter der Pflege Tätigkeiten des Arztes.

Der Autor ist Lehrer für Pflegeberufe und betreut ab sofort unsere neue Rubrik "Der juristische Rat".

## PFLEGE-PROSA

## Ein letzter Wunsch

von **Matthias Martin**  
[kontakt@pro-pflege.de]

ich will sterben  
mit der lust auf's  
leben  
nicht von dieser erde  
scheiden  
ohne glanz in meinen  
augen  
ohne einmal noch  
spöttisch lächelnd  
meinen freunden  
zu begegnen.

ich will nicht sterben  
- worte für den weihnachtszettel  
und der sommer ist  
noch nicht einmal  
vorüber

die jahre hinter mir  
revue passieren lassen  
nicht hadern  
mit den jahren hinter  
mir,  
mit dem was vor mir  
liegt,  
mir nicht die frage  
stellen müssen  
warum ich nicht  
in diesem,  
meinem Leben  
mehr versucht,  
getan

ich will sterben  
würdig  
und in ruhe  
in dem wissen  
und mit dem gefühl,  
wenigstens mit dem

- ich habe freunde.

## Herr F.

Eine Fallgeschichte von **Maria Penzlien** [Maria.Penzlien@t-online.de]

In einem Alten- und Pflegeheim leben orientierte und auch desorientierte Menschen. Im oberen Stockwerk des Hause hat sich seit fünf Jahren ein desorientierter Bewohner eingelebt, der durch seine Lebensgeschichte geprägt, hochbetagt (95 Jahre) und stark unruhig ist. Seine Biografie zeigt uns ein hartes Arbeitsleben auf dem Lande in der Landwirtschaft.

Er musste jeden Tag mit viel Mühe, Ausdauer und Fleiß schwere Arbeit auf dem Feld leisten. Herr F. musste rechtzeitig lernen, zu organisieren und zu befehlen. Zu all der Härte kam noch hinzu, dass seine Frau sehr früh starb. Da hieß es außerdem noch, die Großeltern, die auf dem Hof lebten, im Hause und am Herd zu versorgen. Kinder, die ihn dabei unterstützen konnten, hatte er keine. Außerdem war er wegen seines Befehlstonns bei Freunden und Nachbarn äußerst ungern gesehen. „Soll er doch sehen, wie er zurecht kommt, wenn man ihm nichts recht machen kann.“ hörte man so manches Mal aus dem Munde des Nachbarn. Ja, er hatte es nicht leicht, sich durchzubeißen. Er kämpfte sich durch mit seiner ihm sinnvoll und nützlich erscheinenden autoritären Art. Dies liegt lange, lange zurück!

Nun liegt er pflegebedürftig im Bett: nach einem Schlaganfall, abgearbeitet, allein, verlassen von Kraft und Tatendrang, dem Zeitgefühl entrückt, frustriert wegen vielerlei Ängste und Unsicherheiten.

Mitten im Leben hatte er seine Ängste und Unsicherheiten nie gewagt auszusprechen,

außerdem hätte er ja sowieso dafür kein Ohr gefunden. Diese in ihm gärenden Gefühle und Konflikte machen sich nun Platz, sodass es nicht verwunderlich ist, dass Herr F. jenseits von Anstand und gebührendem Verhalten seine bedrückende Gefühlswelt weit öffnet und herauslässt.

Er benimmt sich - wie die Ländler meinen - „wie die Axt im Walde“. Schreit, wenn ihm danach ist; spuckt und klopft, so laut er dazu noch in der Lage ist. Kurzum, er benimmt sich, (nein, Benehmen ist dies nicht mehr) er reagiert sich, unausstehlich, ab - sogar an weihnachtlichen Tagen, an denen in allen Räumen und Ecken friedliche Freude strahlt.

Keiner vom Team kann dieses Verhalten so richtig annehmen und einen offenen Zugang zu dem Bewohner finden, indem er ihn wertschätzen und achten kann und gemeinsame Freude mit ihm teilt. Das Team möchte dies sehr gerne. Muss sich allerdings mit seinen eigenen Gedanken, die ihnen unwohl sind und aufdrängen, auseinander setzen, wenn sie zum Beispiel bei ihm die Ganzwaschung durchführen und er sie auf das Übelste beleidigt und verletzt und sie sich manchmal sogar vor tätlichen Angriffen schützen müssen.

Natürlich verstehen sie seine Empfindungen, sein Leid, sein zu Unrecht empfundenes Dasein. Aber dennoch schleichen sich im Team Widerstände, Schuldgefühle, Ohnmacht und Hilflosigkeit ein. Es kostet sie jedesmal eine große Überwindung, zu ihm in das Zimmer zu gehen, zu dem von dem Team am meisten bedauerten Menschen auf der Abteilung. ■

## Schwuler pflegen - Esskultur

von **Ben Robe** [robe@topmail.de]

Ich liebe gutes Essen auf gutem Geschirr. Wenn die Speisen schön angerichtet sind, schmeckt alles gleich viel besser. Leider muss ich die Erfahrung machen, dass diese Einstellung in Krankenhäusern kaum vorherrscht. Guter Lebensstil muss anscheinend am Krankenbett eine Pause einlegen. Anders kann ich es mir nicht erklären, dass ich meinen Patienten zerkochtes Gemüse und vertrocknetes Fleisch auf von Spülmitteln ermatteten Tellern servieren muss. Auch die Gläser sind oftmals erblindet und die Tassen scheinen schon zu frühen, Nachkriegszeiten an Patientenlippen geführt worden zu sein.

Wenn dabei so manchem der Appetit vergeht, muss man sich nicht wundern. Eigentlich will ich gar nicht viel. Nur schöne Teller, sauberes Besteck, glänzende Gläser und Tassen mit freundlichem Charakter. Und das passende appetitliche Essen. Als Pfleger möchte ich fast von einer therapeutischen Esskultur sprechen; die braucht es genauso wie Licht und Luft zur Genesung. Machen wir also unseren Job und bieten nicht nur weiße Laken im Bett, sondern kümmern wir uns um die Ästhetik der Mahlzeiten auf dem Tisch. Damit ein Hauch guten Lebensstils auch in die Patientenzimmer weht. ■

## GELESEN

**Führungsarbeit**

Riehle, Schmidt:  
"Pflege im Wandel"  
gesehen von

**Roman Ferreau**  
[roman@ferreau.de]

Die beiden Autoren Margarethe E. Riehle und Hans-Ulrich Schmidt beschreiben in ihrem Buch viele aktuelle Wissens- und Problembereiche alltäglicher Führungsarbeit in der Pflege. Die sechs in sich abgeschlossenen Themenbereiche orientieren sich an den täglichen Führungsaufgaben der Stationsleitungen. Zum Einstieg befassen sie sich mit aktuellen gesellschaftspolitischen Entwicklungen und Perspektiven im Gesundheitswesen und insbesondere in der Krankenpflege. Im weiteren geht es dann um konkrete berufliche Handlungskompetenz, um Kommunikation, Konfliktlösungsmodelle und Entscheidungsprozesse im Pflorgeteam. An einzelnen Problemen,

wie interne Budgetierung, Einführung der pflegerischen Fallbesprechung (Pflegevisite), der Bereichspflege, oder der Schaffung eines klinikeigenen ambulanten Pflegedienstes werden verschiedene Problemlösungswege und Projektplanungen beispielhaft erläutert. Zum Abschluss jeden Kapitels gibt es dann zum Teil sehr umfangreiche Literaturhinweise.

Den beiden Autoren ist eine sehr gute Mischung aus Theorie und Praxis gelungen, die zeigt, dass Führungsarbeit in der Pflege sehr anspruchsvoll ist, aber auch Spaß machen kann.

(*Pflege im Wandel, Schmidt/Riehle, Kohlhammer Verlag 2000*)

**Kompetenzentwicklung – aber wie denn nun?****Benner versus Olbrich**

Von **Uwe Dubbels** [uwe-dubbels@nord-com.net]

*Eine Auseinandersetzung mit Benner, Patricia: „Stufen zur Pflegekompetenz“ und Olbrich, Christa: „Pflegekompetenz“ (beide Bücher: Hans Huber Verlag, Bern)*

Benner versucht das Dreyfus-Modell des Kompetenzerwerbs, das zur Bewertung amerikanischer Piloten und Schachspieler entwickelt wurde, auf die Krankenpflege anzuwenden. Diesem Modell zufolge durchläuft jeder Lernende beim Erwerb und Vertiefen seiner Kompetenzen fünf Leistungsstufen: Neuling, fortgeschrittener Anfänger, kompetent, erfahren, Experte. Mit Kompetenzen oder Fähigkeiten ist immer das angewandte pflegerische Können in realen Praxissituationen gemeint.

**Zur Methode:**

Mittels eines situativ-interpretativen Ansatzes beschreibt sie die Pflegepraxis auf der Basis verschiedener Forschungsmethoden wie Interviews, Gruppenbefragungen und teilnehmender Beobachtung und arbeitet sieben Bereiche der Pflegepraxis heraus: Helfen, Beraten und Betreuen, Diagnostik und Patientenüberwachung, wirkungsvolles Handeln in Notfällen, Durchführen und Überwachen von Behandlungen, Überwachen und Sicherstellen der Qualität der medizinischen Versorgung und Organisation und Zusammenarbeit. Durch diese Analyse von Situationsschilderungen und die Vorgaben des Dreyfus-Modells wurde es möglich, Merkmale des Handelns auf jeder Entwicklungsstufe zu beschreiben und darzustellen, was auf den einzelnen Stufen gelernt und gelehrt werden muss.

**Benners Konsequenzen für die berufliche Entwicklung und die Ausbildung:**

Das Dreyfus-Modell zeigt den Lernfortschritt, der durch klinische Erfahrungen gemacht wird, auf und eignet sich zur Grundlage für die Entwicklung einer Beförderungsstruktur. Es können auch Anreize zu einer längeren Verweildauer im Beruf entwickelt werden. Da die Leistungsstufen in starker Abhängigkeit von situativen Faktoren stehen, ist eine klinische Spezialisierung notwendig, um die höchste Stufe des Pflegeexperten erreichen zu können. Personalentwicklungsprogramme sollten nicht so sehr Wert auf die Unterweisung in speziellen Einzelfertigkeiten und Techniken legen, sondern sich die Weiterentwicklung klinischer Kenntnisse und Kompetenzen zur Aufgabe machen. Ein wichtiger Schritt besteht in der Entwicklung einer gemeinsamen übereinstimmenden Sprache der Pflegepersonen durch Gesprächsrunden mit systematischer und vergleichender Analyse klinischer Urteile und der verwendeten Begriffe. Erfahrene Kollegen sollten Anfänger in der Arbeit begleiten und, soweit möglich, ihr Erfahrungswissen weitergeben. Die Funktion und die Bedeutung der Krankenpflege muss neu bewertet werden.

**Kritik:**

Der Begriff Kompetenz wird nicht genau geklärt, sondern nur gesagt, dass mit Kompetenz immer das angewandte pflegerische Können in realen

Praxissituationen gemeint sei. Das scheint mir nun doch etwas zu schwammig zu sein. Die Frage der Motivation zur Kompetenzentwicklung wird auch nicht behandelt. Arbeitsbestimmende und arbeitsfähigkeitsbestimmende Parameter werden außer acht gelassen, z. B. Stand der Technologieentwicklung, Stand der Entwicklung der Arbeitsteilung, Grad der kollektiven Interessenvertretung der Mitarbeiter und Intensität der Arbeit, Umgebungsbelastungen, Organisationsstruktur, Zertifizierungswesen. Das Dreyfus-Modell ist ausgerichtet auf das Erkennen rein praktischer Fähigkeiten. Obwohl Benner betont, dass theoretisches Wissen die Grundlage für ein Wachsen von Kompetenzen ist, kommt dieses in der Untersuchung nicht zum Ausdruck. Theoretisches Wissen der Probanden wird in die Untersuchung nicht mit einbezogen. Ethisches selbstreflektierendes Handeln ist für Benner kein Thema. Doch gerade hier sind Pflegepersonen oft gefordert („Anwalt für den Patienten sein!“) Auch die Unterscheidung der fünf Stufen der Kompetenz ist recht ungenau. Oft sind die Grenzen überschritten. Situationen beinhalten oft ein Verhalten auf allen fünf Stufen. Da das Dreyfus-Modell ein situatives ist, kann es auch nur Aussagen zum Verhalten in *einer* bestimmten Situation machen. Doch kann man aus dem Verhalten eines Mitarbeiters in *einer* Situation Aussagen über den Stand seiner beruflichen Kompetenz in einem größeren Aufgabenbereich machen?

Nun zu den Konsequenzen für die berufliche Bildung und Ausbildung, die Benner beschreibt:

- „Das Dreyfus-Modell eignet sich zur Entwicklung einer Beförderungsstruktur“: Das ist wohl kaum möglich, da das Modell nur das „Können“ eines Mitarbeiters in einer bestimmten Situation nachweist und es nichts über das *allgemeine* Kompetenzniveau aussagt. Die Einführung fünf neuer Lohngruppen und deren Abgrenzung voneinander anhand dieses Modells ist wohl im deutschen System nicht durchsetzbar, bzw. in der Praxis nicht durchführbar. „Eine klinische Spezialisierung ist notwendig, um die Expertenstufe zu erreichen“: Das ist sicher nicht ganz falsch. Aber es darf ein Mitarbeiter nicht in einem inzwischen ungeliebten oder für ihn langweiligen Bereich gehalten werden, nur weil er, wenn er in einen anderen Bereich ginge, dann um ethische Lohngruppen niedriger eingestuft würde.
- „Entwicklung einer gemeinsamen Sprache“: Ein sehr umfangreiches Unterfangen, bei dem die Kliniken sicher ein wenig helfen können, dass aber in der Forschungsdurchführung Aufgabe der Universitäten bleiben muss, damit nicht jedes Haus oder jede Abteilung eine eigene gemeinsame Sprache entwickelt und festschreibt.
- „Erfahrene Kollegen sollten Anfänger begleiten...“: [mehr]

## KALENDER

**Krankheit erschüttert den ganzen Menschen**

5.-6.10.2000, Essen

Krankheit bedeutet nicht nur eine Dysfunktionalität eines Organsystems, vielmehr betrifft sie den kranken Menschen. In Essen soll der Frage nachgegangen werden, was kranke Menschen brauchen und ob Zuwendung und Hingabe veraltete Konzepte seien.

Kosten: 280 DM + MwSt., nähere Infos: [www.obig.de](http://www.obig.de)

**Workshop  
Konsignationslager**17.10.2000,  
Oberhausen/Rhld.

Der Arbeitskreis Operationsdienst geht in dieser Veranstaltung der Frage nach, inwieweit diese Lagerhaltung eine Verbesserung darstellt.

Kosten: 15 DM, nähere Infos unter:  
[Akope.v.wesel@t-online.de](mailto:Akope.v.wesel@t-online.de)

**Qualitätsmanagement in der ambulanten Pflege**12.9.2000, Kaiserswerth  
bei Düsseldorf

Die Fachtagung widmet sich diesem heiklen Thema (Qualität vs. Wirtschaftlichkeit) mit Vorträgen über „Isomanie“, dem Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe und zum Beschwerdemanagement. Am Nachmittag können in Workshops Themen vertieft werden.

Kosten: 160 DM, nähere Infos: [www.kaiserswertherseminare.de/weiter8-3.htm](http://www.kaiserswertherseminare.de/weiter8-3.htm)

**Kompetenzentwicklung – aber wie denn nun? Benner versus Olbrich**

(Fortsetzung)

Die erfahrenen Kollegen, die als Praxisbegleiter tätig sind, brauchen eine fundierte Ausbildung. Sie müssen lernen, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten auch zu vermitteln. Solche Projekte gibt es ja schon.

Das große Verdienst Benners liegt in der Beschreibung dessen, was Krankenschwestern tun und wie sie es tun. Hierdurch werden Tätigkeitsbereiche erstmals so klar dargestellt. Zu beachten ist aber immer ihr Blickwinkel der Bedeutung des klinischen Wissens für die amerikanische Pflegepraxis. Das Modell eignet sich sicher für eine Arbeitsplatzbeschreibung und damit zur Beschreibung der Funktion der Krankenpflege und kann helfen deren Bedeutung neu zu bewerten.

Olbrichs Ansatz ist ein anderer: Zuerst setzt sie sich mit verschiedenen Kompetenztheorien auseinander und beschreibt anschließend die methodischen Grundlagen ihrer Studie. Daran knüpft sich die Erarbeitung der „Dimensionen pflegerischen Handelns“: Regelgeleitetes Handeln, situativ-beurteilendes Handeln, reflektierendes Handeln und aktiv-ethisches Handeln. Gerade das aktiv-ethische Handeln („Anwalt für den Patienten sein“) setzt ein besonderes Verhältnis zwischen Pflegeperson und Patienten voraus, das sie als ein spezifisch pflegerisches bezeichnet und zu anderen Berufsgruppen abgrenzt. Im vierten Kapitel beschreibt sie die auf eine Person bezogenen grundlegenden Prozesse, die Kompetenz bedingen. Diese beinhalten kognitive, emotionale und aktionale Leistungen, die sich äußern in: reflektieren, empathisch sein, regelgeleitet handeln und personal stark sein. Gewachsene Strukturen und verinnerlichte Denkmuster prägen die Organisation und das Selbstverständnis des Berufes und damit auch

die Ausformung von Kompetenz in heutiger Zeit.

Im fünften und letzten Kapitel beschäftigt sich Olbrich mit der Entwicklung von Kompetenz. Sie geht ein auf die verschiedenen Ebenen des Lernens und auf das Lernen in den Dimensionen des pflegerischen Handelns. Sie fordert eine Kompetenzentwicklung durch Ausbildung der Urteilskraft: „So wie das Wissen erst durch Handeln zum Können wird, so kann das Urteilsvermögen einer Person auch erst durch tätiges Praktizieren ausgebildet werden. Wenn Pflegepersonen veranlasst werden, ihr eigenes Tun in reflexiver Weise zu hinterfragen und auf der Basis des beruflichen Wissens zu bewerten, so kann sich diese Ressource ausbilden, wobei das ständige Üben und Verarbeiten der Erfahrungen ebenso von Bedeutung sind. ... Wo wäre die Gelegenheit besser, konditionales und reflektives Üben einzusetzen, als während des Lernprozesses selbst, nämlich in Ausbildung, Weiterbildung und der inzwischen begonnenen Hochschulbildung? Und wo besser könnte die Bildung von Urteilsvermögen entfaltet werden als in den Lernprozessen der Selbstevaluation?“ Im weiteren geht Olbrich nun auf die Notwendigkeit der Selbstevaluation ein und beschreibt die Entwicklung von Evaluationsinstrumenten.

Zusammenfassend sehe ich Benners Buch als Hilfe für eine Tätigkeitsbeschreibung für Pflegekräfte, kann deren Stufenmodell der Kompetenzentwicklung aber nicht nachvollziehen. Olbrichs Modell der Kompetenzentwicklung durch Selbstevaluation hingegen ist mir einleuchtend. Es ist eine hervorragende wissenschaftliche Arbeit, deren Konsequenzen für die Entwicklung von Pflegenden und des Pflegeberufes noch gar nicht abgesehen werden können.

**LESER-MAIL***Leserbriefe***Zum Editorial 3-2000:****Peter Meurer schreibt:**

Lieber Kollege Brühe,  
Sie attestieren dem DBfK im Editorial des letzten Pflegebriefs eine mangelhafte Öffentlichkeitsarbeit und führen die Defizite auf das ausbleibende Engagement der Kollegen zurück. Als langjähriges DBfK-Mitglied möchte ich nicht zur sicherlich einsetzenden Henne-Ei-Diskussion beitragen, sondern stattdessen von einem Erlebnis berichten, das mir symptomatisch für die Öffentlichkeitsarbeit in der Krankenpflege scheint. Vor einigen Jahren fuhr ich einen Sommer lang mit dem Info-Bus des DBfK zu nordrhein-westfälischen Krankenhäusern.

In der Vorbereitungsphase telefonierte ich mit vielen Pflegedienstleitungen, um mir die Erlaubnis zu holen, den Bus vor dem Krankenseingang zu positionieren - in 8 von 10 Fällen wurde

mir diese Erlaubnis verweigert. Sofern meine Gesprächspartner sich die Mühe gaben, die Ausladung zu begründen, wurde am häufigsten argumentiert, man wolle sich keine "Unruhe ins Haus holen". Öffentlichkeitsarbeit ist Kommunikation, wenn diese jedoch von vorneherein und aus dem eigenen Berufsstand heraus verweigert wird, reibt sich jeder Berufsverband an dieser Schweigewand auf.

Mit freundlichem Gruß  
Peter F. Meurer

**Dirk Grennigloh schreibt:**

Guten Tag, ich habe soeben den Pflegebrief das zweite Mal erhalten. Die Beiträge sind interessant - das Editorial trifft den Nagel auf den Kopf.

## PRODUKTE

## Klarstellung

Zur Vorstellung des Spiels „Konzappi“<sup>®</sup> in der letzten Ausgabe erreichte mich eine Mail von **Elke Nowak [ENowak@gmx.de]**:

Ich grüße Sie recht herzlich und ich möchte meiner Überraschung deutlich Ausdruck verleihen! Das Spiel Konzappi ist als Leistungsnachweis der im Mai zertifizierten Kinästhetik-Trainer der **Deutschen Gesellschaft für Kommunikation und Kinästhetik e.V.** (DGK) entstanden. Ich finde es sehr schade und befremdlich, dass Sie zur Vertiefung dieses Themas ein Link in die Schweiz angeben, im Layout entsteht der Eindruck, als gehörte das zu uns. Die DGK hat noch nicht so viele Mitglieder, wir bemühen uns gerade um einen Aufbau.

Mit freundlichem Gruß  
Elke Nowak (zert. Kinästhetik-Trainerin DGK)

## Ankündigung:

Die zertifizierten Kinästhetik-Trainer der Regionalgruppe West der DGK gründen eine Arbeitsgruppe. Alle ehemaligen Teilnehmer eines Kinästhetik Grundkurses sind uns herzlich willkommen. Wir treffen uns jeden 2. Monat in der Zeit von 17.00 - 19.00 Uhr:

Mönchengladbach:  
23.11.2000, 23.01.2001,  
19.09.2001  
Moers: 22.03.2001,  
19.07.2001  
Düsseldorf: 22.05.2001,  
22.11.2001

Telefonische Anmeldung und Infos zum Veranstaltungsort bis 2 Wochen vor den Terminen unter:  
02841 - 2002420 oder  
0173 - 6378524

## LESER-MAIL

## Anfragen und Antworten

**Betr.: Wundversorgung - Wir können nicht zur Karibik fliegen und Wunden verbinden wie im Mittelalter!** Zur Anfrage aus der letzten Ausgabe schreibt **Sebastian Nöth [noeth@gmx.li]**:

Die Wundversorgung wird je nach Größe von examiniertem Personal, Krankenpflegeschülern oder eventuell Ärzten durchgeführt. Jedoch schauen sich unsere Ärzte die Wunden häufig nur an, geben die Verbandmittel an, und lassen uns dann den Verband machen. Wobei häufig noch mit uralten Dingen gearbeitet wird. Rivanol z. B. - was zwar eine angebliche antiseptische Wirkung aufweist, aber dies wurde von unserem Mikrobiologen nicht bestätigt, heißt also, dass man sich über die Wirkung nicht einig ist.

Gute Erfahrungen haben wir mit Kolloidverbänden und Hydrozellulären Gels, Verbänden usw. gemacht. Die Wunden heilen blitzschnell und häufig fast narbenfrei ab. Auch semipermeable Membrane (OpSite Flexi Fix) finden auf Schürfwunden und kleinen Hautlässionen Anwendung, da sie ein optimales Wundmilieu gewährleisten.

Aspetische Wunden werden nur mit sterilen Kompressen und Fixomull versorgt (vorher Desinfektion), Klammerwunden bleiben ab den 3-4 Tag offen und es wird nur noch eine Wundkontrolle durchgeführt. Häufig werden auch höhlenbildende Wunden (eröffnete Abszesse) + unter Eiter sitzende Prothesen mit Hautschaden nur 2 mal/Tag ausgeduscht, und die Wundhöhle wird mit Kompressen austamponiert.

Appendektomie-Nähte werden schon im OP mit einer semipermeablen Membrane (durchsichtig) versorgt, da man so die Wunde gut beobachten kann, und eventuelle Flüssigkeitsspiegel und Nachblutungen frühzeitig erkannt werden können.

Das Problem bei allen lokal desinfizierenden Mitteln ist, dass eine Resistenzentwicklung eintritt, weil die desinfizierende Wirkung die tieferliegenden Keime nicht voll erreicht. Beim Desinfizieren mit H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> (Wasserstoffperoxyd) erreicht man keine Lokaldesinfektion. Es wirkt zytotoxisch und hemmt dadurch die Wundheilung. Außerdem beißt und schmerzt es in offenen Wunden. Bei jodhaltigen Mitteln, wie z.B. Betaisodona besteht die Gefahr der Kontaktallergie. Des weiteren können durch die Resorption des Jods Schilddrüsenfunktionsstörungen auftreten. Da aber z.B. "Lavasept" oder "Eosin 0,5 %" gewebeverträglich sind, können sie evtl. eingesetzt werden.

Was von Zeit zu Zeit immer wieder auftaucht, ist die Verwendung von Mercurochrom. Das ist wohl das ungeeignetste Mittel überhaupt, da es Wunden austrocknet, und die Epithelisierung stark verzögert wird. Weiterhin besteht die Gefahr der Resorption des enthaltenen Quecksilbers. Mercurochrom verfälscht zudem die Beobachtung der Wunde durch die Farbe des Mittels.

Eine Fehlerquelle, die man oftmals in der Praxis trifft, ist, dass Wunden nicht gespült werden. Das hat zur Folge, dass Gewebestrümmen auf der Wunde zurückbleiben und der Heilungsprozess dadurch verlangsamt wird.

Des weiteren wird der Fehler begangen, dass Wunden mit NaCl 0,9 % (Kochsalz-Lösung)

gespült werden. NaCl wirkt toxisch auf Fibroblasten und neu granulierendes Gewebe. Besser ist es, offene Wunden vor der Inspektion mit Ringerlösung zu spülen.

Lokale Antibiotika wie z.B. Leukase oder Nebacetin bewirken wieder eine Resistenzentwicklung. Die Antibiotika erreichen nicht den Ort der Entzündung, Keime sind ins Gewebe infiltriert und Lokalanibiotika wirken nur an der Oberfläche. Zulässig sind sie bei nicht beherrschbarer Keimbildung (Entzündung, Wundrose, Erysipel), jedoch sollten sie dann systemisch, nach Resistenzprüfung eingesetzt werden.

Eine enzymatische Wundreinigung durch Fibrolan oder IruXol sollte keinesfalls länger als drei Wochen durchgeführt werden. Es ist dabei wichtig, die Wunde genau zu beobachten und die Verwendungen derartiger Arzneimittel einzustellen, sobald keine schmierig-nekrotischen Beläge mehr zu erkennen sind.

Andere Salben wirken als Nährboden für Keime, sie erreichen nicht die heilungsfördernde Wirkung eines feuchten Wundverbandes. Deshalb ist es nicht günstig Salben in Verbindung mit offenen Wunden einzusetzen.

Traubenzucker oder Industriezucker sind zu vermeiden, da sie wegen ihrer Unsterilität nur eine Keimverschleppung darstellen. Möglich ist in diesem Bereich das Präparat Debrisorb.

Oftmals wird der Wundrand mit Zinksalbe geschützt. Zink ist jedoch ein Schwermetall und wirkt enzyblockend und koagulierend. Des weiteren sind Zinksalbenreste wegen ihrer Konsistenz nur sehr mühsam von der Haut zu entfernen und strapazieren deshalb die Haut. Zinkpaste ist höchstens akzeptabel in der exsudativen Phase, in der die gesunde Haut gegen keimbelastetes Exsudat geschützt werden muss, aber auch dann sollte man die Salbe nur ganz dünn auftragen. Am besten vermeidet man sie ganz.

Durch trockene Kompressen auf einer feuchten Wunde wird neues Granulationsgewebe beim Verbandswechsel abgerissen. Außerdem ist es ohnehin nicht sehr sinnvoll, trockene Kompressen als Wundauflage zu benutzen, da eine Migration bei trockener Wunde nicht möglich ist. Anstelle von trockenen Kompressen sind ein feuchter Wundverband z.B. mit Ringerlösung oder Hydrogel- bzw. Hydrokolloid-Verbände besser geeignet. Um zu vermeiden, dass die Kompresse mit der Wundaufgabe verklebt, werden in vielen Fällen Salbenkompressen zum Teil mit Antibiotika-Zusatz wie z.B. Sofratüll eingesetzt. Jedoch ergibt sich auch hier wieder die Gefahr der Resistenzentwicklung wie bereits oben beschrieben. Stattdessen können wirkstofffreie Salbenkompressen wie Oleotüll oder Grassolind gute Erfolge erzielen. Auf jeden Fall ist es oberstes Gebot, Wunden steril zu verbinden. Unsteriles Verbandsmaterial bringt immer die Gefahr zusätzlicher Kontamination mit sich.

Mit freundlichen Grüßen - Sebastian Nöth

Mit freundlicher Unterstützung von René Tanzer ■

## IMPRESSUM

Der Pflegebrief erscheint bei [pflegen-online.de](http://pflegen-online.de)

**Herausgeber:**

Roland Brühe, Köln  
[bruehe@gmx.de]

**Verlag:**

Schlütersche GmbH & Co. KG, Verlag und Druckerei  
Hans-Böckler-Allee 7  
30173 Hannover  
[www.schlutersche.de]

**Redaktion:**

Claudia Flöer, Hannover  
[floer@pflegen-online.de]

**Technische Redaktion:**

Dr. Henrik Crone-Münzebrock, Hannover  
[crone@pflegen-online.de]

**Mitarbeiter an dieser****Ausgabe:**

Uwe Dubbels,  
Roman Ferreau,  
Gerhard Leschik,  
Matthias Martin,  
Maria Penzlien,  
Ben Robe

Die Rechte der einzelnen Artikel verbleiben bei den Autoren.

**Abonnement:**

Sie können den Pflegebrief auf <http://pflegen-online.de/pflegebrief/> abonnieren. Oder schicken Sie eine eMail an:  
[crone@pflegen-online.de](mailto:crone@pflegen-online.de)

## Der Pflegebrief

Herausgeber und Verlag erklären ausdrücklich, dass sie keinerlei Einfluss auf die Gestaltung verlinkter Seiten haben und sich deren Inhalte nicht zu eigen machen.

LESER-MAIL  
Anfragen und Antworten**Primary Nursing**

**Albrecht Nielsen** [maushahn@t-online.de]  
fragt am 19.8.00:

Ich hätte gerne Infos über eine (mögliche) Bibliografie "Primary Nursing" (in deutsch).

**Aktivierung in der Altenpflege**

**S. Schyra** [siski@t-online.de]  
fragt am 22.8.00:

Ich arbeite in der Altenpflege und suche Infos über Aktivierung. Hat jemand etwas anzubieten?

**Probleme beim Versand des Pflegebriefes 2-2000**

*Zu den in letzter Zeit erneut aufgetretenen Schwierigkeiten beim Versand der Ausgabe 2-2000 erreichten uns mehrere verwunderte bis böse beklagende Mails. Stellvertretend dafür die folgende mit einer Antwort von Henrik Crone-Münzebrock, der den Versand organisiert.*

**Holger Bönke** schreibt am 19.8.00:

Hallo Herr Brühe,

ich wende mich direkt an Sie und alle Ihre Mitarbeiter, weil ich nicht weiß, wem oder was ich dieses äußerst obskure Phänomen in meiner Mail-Inbox zu verdanken habe. Ich weiß nicht, was bei Ihnen technisch oder redaktionell geschieht, aber wenn es so weitergeht, dass Sie ...

- meine Adresse als offenes CC statt als BCC senden und
  - ich den Pflegebrief mit seinen wasweißich-wieviele Megabyte sage und schreibe 5mal (!) herunterlade (prima, nicht wahr? Ich habe ja sonst nichts zu tun, :-))
  - und das ganze mit falschem Erstellungsdatum, so dass der Eingang des Briefs irgendwo oben in der Inbox verschwindet,
- dann muss ich davon ausgehen, dass Sie entweder Ihre Leser einfach mal mittels eines kleinen Psycho-Experiments ärgern wollen um die Response zu erhöhen :-)) oder aber
- dass Ihr neuer Mitarbeiter, Herr Dr. Crone-Münzebrock oder der Verlag, mit dem er zusammenarbeitet, den kostenlosen Pflegebrief vorsätzlich zu Grunde richten möchten. Obwohl mir nicht ganz klar ist, welches Interesse die Schlütersche daran haben könnte... :-)

Ich würde mich überhaupt nicht wundern, wenn Sie eine Welle von Abo-Kündigungen bekommen. Was ich bedauerlich fände. Ich werde es allerdings selbst das Abo noch nicht kündigen, ganz einfach weil ich Sympathie für das zarte Pflänzchen "Pflegebrief" als Stück nichtkommerzieller Information "von unten" habe. Sie können sich allerdings vorstellen, dass ich künftig den Nutzen eines solchen Leserbriefs und des Pflegebriefs insgesamt gegen die Zeit aufwiege, die mich diese Malaisen kosten und den Ärger, den mir das mögliche Spamming durch das Verbreiten meiner Namens-Adresse bringen kann. Mein Anliegen: Bitte lösen Sie das Problem - schnell und ENDGÜLTIG, denn das ist ja nicht das erste Mal, dass es z.B. vorkommt, dass von Herrn Münzebrock CCs statt BCCs auftauchen etc. pp..

DANKE!!!

Mit freundlichen Grüßen  
Holger Bönke

Sehr geehrter Herr Bönke,

ich kann Ihre Verärgerung über die wiederholte Zusendung des Pflegebriefs gut verstehen. Allerdings finde ich es etwas unfair, wenn Sie mir persönlich vorwerfen, ich wolle "den kostenlosen Pflegebrief vorsätzlich zu Grunde richten". Ich habe Anfang Juli den Fehler begangen, eine (!) unfertige Mail durch einen falschen Mausclick vorzeitig abzuschicken. Dadurch wurden zahlreiche Adressen unserer Abonnenten veröffentlicht, was mich selbst zutiefst betroffen gemacht hat (ich habe mich auch beruflich lange Zeit mit dem Datenschutz beschäftigt). Es war nie beabsichtigt, die Adressen als offene CC zu versenden. Das habe ich ja auch in einem Rundschreiben klargestellt. Durch einen technischen Fehler kam hinzu, dass die Mail einige externe Mail-Server, auf die wir keinen Zugriff hatten, überlastet hat, was anscheinend dazu führte, dass diese die Mails mehrfach zugestellt haben.

Diese Fehler sind bei uns längst behoben worden (Der Versand der Ausgabe 3/2000 erfolgt problemlos). Wenn sie sich das Datum oder den E-Mail-Header der Mails, die Sie am Freitag erhielten, ansehen, werden Sie bemerken, dass es sich jeweils um ein und

dieselbe Mail vom 5. Juli 2000 (!!) handelt (versandt um 15:08:58 +0200). Ein automatischer Mail-Pickup-Service hat diese alte Mail nach sechs Wochen ausgegraben, wieder versandt und damit die Empfänger nochmals mit der alten Mail belästigt. Mit diesem Pick-Up-Service haben wir nichts zu tun. Wenn sie wissen wollen, bei welchem Provider er angesiedelt ist, können Sie im Header der Mails den Sprung vom 6. Juli zum 18. August überprüfen. Wir hatten keinerlei Information, dass etwas derartiges passieren könnte - Sie können mir glauben, wenn wir davon gewusst hätten, hätten wir alles unternommen, um das erneute Versenden zu verhindern - die ganze Sache schadet doch nur dem Ansehen des Pflegebriefs.

Wir klären natürlich ab, wie es zu dieser Panne kommen konnte, werden dafür sorgen, dass das in Zukunft nicht wieder passiert und entschuldigen uns vielmals für Ihren unnötigen Aufwand beim Empfang dieser Mails.

Mit freundlichen Grüßen  
Schlütersche - Verlag und Druckerei  
i.A. Dr. Henrik Crone-Münzebrock