

# Der Pflegebrief

Das Online Magazin für die Pflege

## EDITORIAL

Manchmal ertappe ich mich dabei, mit meiner „Ethik-Brille“



über Station zu gehen. Und was ich dadurch erblicke, ist mitnichten rosarot. Wäre ein Wächter des Grundgesetzes zugegen, würde dieser bestimmt so manches mal der Ohnmacht nahe sein. Die Grundrechte scheinen im Krankenhaus des öfteren ausgesetzt zu werden. Freiheit der Person? Da wird so manches mal fixiert, ohne über die Bedeutung für den Patienten nachzudenken. Würde des Menschen? Was in Pflegeberichten an herabwürdigenden Äußerungen über Patienten geschrieben wird, lässt die Nackenhaare allzu oft stehen. Freie Entfaltung der Persönlichkeit? Wenn sich jemand gegen eine Untersuchung oder Therapie entscheidet, wird dies manchmal mit subtiler Abwendung gestraft. Übertreibe ich? Die vielen Einzelsituationen geben mir bestimmt recht. Zwar möchte ich mich nicht als Ethikhüter aufspielen, dennoch täte eine größere Reflexions- und Diskutierbereitschaft im Pflegealltag uns und den Patienten gut. Es kommt halt darauf an, meine Handlungen hinterfragen zu können. Das ist wohl professionelles Handeln.

Ihr **Roland Brüche**

## Gefühle eines 33-jährigen nach seinem Besuch auf der Intensivstation Freundin Agnes\* ist plötzlich schwerkrank geworden und 'hängt' am Beatmungsgerät von **Claus-Henning Ammann**

Es ist unglaublich, aber wahr. Es vergeht kein Stündchen, ohne dass etwas Unglaubliches passiert. Etwas, das einen regelmäßig vom Hocker reißt. „Warum?“ wird der ungläubige Zeitgenosse fragen, schließlich geht alles seinen geordneten Gang in die Katastrophe. „Warum?“ Eine Frage, die nicht erlaubt sein dürfte. Punkt. Wenn man bei der Beantwortung nicht weiter weiß, beginnt das Nachdenken erst recht, aber warum beginnt das Nachdenken?

Der Zweck, nicht die Ursache, ist entscheidend. Wenn meine Kinder mich manchmal fragen, merke ich die Grenzen. So geordnet ist es doch gar nicht. Wieso, nein, besser: Wozu kriegen sie dann eine Ordnung von mir vermittelt? Damit sie einen Rhythmus finden und widerstandskräftig bleiben. Damit sie später lächeln können beim Lesen dieser Zeilen, geschrieben nach einem Besuch auf der Intensivstation. [Seite 5]

## Rassismus und Fremdenfeindlichkeit

Beiträge aus der Pflege

Roland Brüche hatte im Editorial des letzten Pflegebriefes gefragt, ob Rassismus und Fremdenfeindlichkeit auch im Pflegebereich auftreten.

Die Antwort kann wohl nur ein "Ja" sein. Zu seinem Aufruf, Stellung zu nehmen, haben Leser geantwortet und von den Erlebnissen an ihrem Arbeitsplatz berichtet. Lesen Sie die nachdenklich stimmenden Gedanken von Kollegen und beteiligen Sie sich an dieser Diskussion. [weiter auf Seite 2]

## Die Bedeutung von Pflege- experten für die Professionalisierung der Pflege

von **Jürgen Hofstetter**

Immer mehr Absolventen der neuen Pflegestudiengänge beenden ihr Studium, wodurch sich das Bild der Pflegelandschaft langsam wandelt. Nicht unabhängig davon begann eine zunehmende und teils unübersichtliche Diskussion um die Professionalisierung der Pflege und deren Berufsinhaber. Dieser Artikel verdeutlicht einen möglichen Zusammenhang zwischen der Professionalisierung und der Etablierung von „Pflegeexperten“ herzustellen. [Seite 3]

## PC-Dienstplan 2.61c Dienstplanung am Computer

von **Rolf Hackemann**

Mit dem Einzug des Computers in das Stationsleben könnte dieser doch auch zur Dienstplanerstellung genutzt werden. Jedes Programm für diesen Zweck muss sich letztlich an der Frage messen lassen: Nimmt mir das Programm Arbeit ab oder verlagere ich die Arbeit nur vom Papier in den Computer? Eines dieser Programme ist PC Dienstplan von der Firma GeoCon Software GmbH, das jetzt in der Version 2.61c vorliegt. [weiter auf Seite 6]

## schwuler pflegen:

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

Tatort Patientenbett: Es ist Sonntagmorgen, sechs Uhr fünfzig, jetzt geht es mal los mit Waschen. Der Patient schaut noch müde aus den Augen – der Pfleger auch. Seine Nacht war kurz, schließlich war Clubben angesagt. Natürlich in der Szene: House-Musik, Alkohol, gackern, tanzen, vielleicht nicht alleine nach Hause gehen. Unser schwuler Pfleger sucht nun eine Fortsetzung im Stil der Nacht. Also wird das Radio angeschaltet, damit es housemäßig weitergeht. Die Hüfte wird geschwungen, um in Fahrt zu kommen. Bei der Lautstärke der Musik kann man sich leider nicht viel unterhalten. Aber ich weiß jetzt wenigstens, daß mein Gesäß ein „Popöchen“ ist. Das Parfum

überlagert den Nachtgeruch im Zimmer. Und da kranke Körper nun mal nicht immer ästhetisch sind, gleitet der Waschlappen ruckzuck über die Haut. Eine Kollegin schaut mal ins Zimmer und fragt etwas, da wird erst mal etwas gefeiert und sie reden zwei Minuten über die Abschlepperfolge des Abends. Nun aber weiter, damit man sich zum Frühstück hinsetzen kann. Endlich räumt der Pfleger alles weg und verlässt das Zimmer, das Radio bleibt angeschaltet. Ich liege da, fühle mich nicht wacher, die Musik dröhnt. Das war also meine morgendliche Versorgung. Gut, ich bin auch schwul, aber leider teile ich nicht die Gewohnheiten jenes jungen Herrn, der mehr seine und weni-

ger meine Bedürfnisse beachtete. Ich werde mich wehren und morgen eine Krankenschwester verlangen. Und eines ist mir sofort klar: So schwul möchte ich nicht mehr gepflegt werden. ■



**Multimedia**  
in der **Pflege**

Fachtagung  
9. März 2001  
Düsseldorf

## ONLINE-KIOSK

## Schmerzen

Schmerz ist ein Phänomen, das jeder kennt. Nicht selten tauchen Schmerzen in Verbindung mit Krankheiten auf. Belastend sind sie vor allem dann, wenn sie chronifizieren und ein Umgang mit ihnen erlernt werden will. Pflege benötigt ein kompetentes Wissen über Ursachen und die Behandlung, um den betroffenen Menschen bei der Bewältigung zu helfen. Grundlegende Informationen bietet **MedizInfo** [www.medizinfo.de/schmerz/].

Hier werden unter medizinisch-psychologischen Gesichtspunkten ausführliche Informationen vermittelt, die sich an Betroffene und Fachkräfte richten.

**pflegewissen.de** [www.pflegewissen.de], eine Website, die fundierte Informationen für die Pflegewelt anbieten möchte, bietet einen Beitrag über den richtigen **Umgang mit Analgetika in der Schmerztherapie** [www.pflegewissen.de/page/themen/allg/allg\_s1.htm] plus einer kleinen Linkliste zum Thema.

Eine sehr **umfangreiche Linkliste** [tss-datenbank.de/links/schmerz/schmerz.html] bietet die Theodor - Springmann-Stiftung an. Dort werden Informations- und Hilfsangebote für Patienten und Gesundheitsberufe aufgeführt, Organisationen sowie regionale Angebote benannt und Online-Zeitschriften zum Thema Schmerz gelistet.

[weiter auf Seite 3]

## Rassismus und Fremdenfeindlichkeit

## Beiträge aus der Pflege

Tauchen Rassismus und Fremdenfeindlichkeit auch in der Pflege auf? Die Antwort kann wohl nur ein Ja sein. Zum Aufruf im letzten Pflegebrief haben Leser geantwortet und berichten von Ihren Erlebnissen. Schicken auch Sie Ihre Beiträge, damit wir dieses Magazin nutzen, um auf verheimlichtes und still geduldetes Verhalten hinzuweisen. Lassen Sie uns berichten und diskutieren.

Vom Täter zum Opfer

von **J. Verhoolen** [Verhoolen@t-online.de]

Ich arbeitete einige Zeit in einer chirurgischen Ambulanz eines Großstadtklinikums im Ruhrgebiet. Dort wurde eines Tages ein junger Türke eingeliefert, Schädelhirntrauma III°, Rippenseriensfraktur, beide Arme und Beine gebrochen, diverse Hieb- und Stichverletzungen, schwere innere Blutungen. Es hat drei verschiedene OP-Teams einige anstrengende Stunden gekostet, ihn am „Leben“ zu erhalten, aber sie haben es schließlich geschafft. Er sollte schließlich die Intensivabteilung nach knapp drei Monaten als Apalliker verlassen. Gerade 17 Jahre alt und schon „tot“.

Ein paar Tage später kam per Rettungshubschrauber ein anderer junger Mann, 21 Jahre alt und wie die Polizei berichtete, einer der Haupttäter, die für den Zustand des Türken verantwortlich waren. Er hatte sich auf der Flucht vor der Polizei mit dem Auto überschlagen und hatte beide Beine mehrfach gebrochen. Unser Ambulanzarzt an diesem Abend war ein Kollege aus Marokko, der den Türken mit operiert hatte und seine Situation und auch seine Familie genau kannte. Als er während der Behandlung des kahl-rasierten Unfallopfers hörte, wen er da vor sich hatte, ging er auf ihn zu und schlug ihn immer wieder mit voller Kraft ins Gesicht. Nur durch die noch anwesenden Polizisten ließ er sich schließlich aus dem Ambulanzbereich entfernen.

Der Türke starb einige Wochen später in einem Altenheim an einer Aspirationspneumonie. Der glatzköpfige Schläger erhielt später wegen schwerer Körperverletzung und versuchten Totschlags 4 Jahre und 9 Monate Haft. Der Arzt, dessen Motivation ich durchaus verstehen kann, verlor seinen Arbeitsplatz und wurde mit dreieinhalb Jahren Haft auf Bewährung, einer hohen

Geldbuße und Berufsverbot bestraft. Das Gericht sprach von „notwendiger Härte“, da es sich ja bei dem Opfer (nicht mehr Täter!) um einen Schutzbefohlenen handelte und der Arzt die Pflicht hatte, ihn wertfrei zu behandeln.

Ich muss ehrlich sagen, daß ich als Krankenpfleger erhebliche Probleme damit hatte, die Glatze im Anschluß an die Geschehnisse zu pflegen. Mein Kollegium auf der Station war international zusammengesetzt. Mehrere Phillipininnen, ein Portugiese, zwei Türkinnen, ein Koreaner, eine Griechin und vier polnische Kolleginnen. Unser deutscher Stationsleiter und ich bildeten hier eine Minderheit. Während der ganzen Behandlungszeit des Neonazis hatten wir zwei das Gefühl, wir müssten uns vor den KollegInnen schämen, uns bei ihnen entschuldigen, sein Landsmann zu sein. So manches mal malten wir uns aus, wie es sein könnte, wenn „aus Versehen“ sein Kaliumchlorid direkt in den ZVK statt in die Infusion gespritzt würde. Und gerade bei der türkischen Nachschwester hatten wir zwei-, dreimal vor Antritt des Frühdienstes die Frage im Kopf, ob der Schläger noch leben würde. Er wurde schließlich als geheilt entlassen. Und als wir ein knappes Jahr später bei der Verhandlung gegen unseren Arzt aussagen mussten und anschließend das Urteil vernahmen, wünschten wir uns den Patienten zurück. Nur für einen Tag...

Rassismus ist und bleibt eine nicht zu rechtfertigende Sauerei. Ich habe allerdings inzwischen einsehen müssen, daß auch mein Denken in dieser Zeit nicht in Ordnung war. Doch noch heute überlege ich manchmal, wer richtig gehandelt hat. Wir oder Mohammed, unser Arzt. Ich weiß es nicht und wünsche mir, dass nirgendwo in Deutschland mehr ein Arzt oder eine Pflegekraft in solch eine Situation gerät.

Ausländerfeindlichkeit ist keine Diagnose

von **Karsten Lindhorst**  
[lindhorst@wwwwebstar.de]

Sie haben in dem Pflegebrief vom 12. Oktober in Ihrem Editorial über Rassismus und Ausländerfeindlichkeit in der Pflege geschrieben. Dies ist leider immer wieder ein Thema. Auch ich kann Ihnen sagen, dass ich mit Vorurteilen auf meiner Station zu kämpfen habe. Ich arbeite im Klinikum Nord Hamburg BT Ochsenzoll (ehemals AK Ochsenzoll) als Krankenpfleger in der Psychiatrie. Es ist eine allgemeine psychiatrische (offene) Station. Wir haben den Auftrag Migrationspsychiatrie für russische Patienten zu betreiben. Natürlich läuft nebenbei auch noch die alt bekannte Psychiatrie weiter.

Dennoch kann ich sagen, dass diese Aufgabe sehr

spannend ist und für uns eine Herausforderung ist, da wir im Team nur eine russischsprechende Krankenschwester haben.

Wir versuchen mit russischen Wegweisern und gemeinsam mit russischen wie auch deutschen Patienten sozialpsychiatrische Aktivitäten zu planen und organisieren, was uns bisher gut gelungen ist. Was nur auffällt, wenn wir einen russischen oder auch türkischen oder anderer Nationalität haben, der akut wird im Rahmen seiner Erkrankung, dann kommen manchmal Einwände von Patienten, wo ich den Eindruck habe, dass sie dann besonders „empfindlich“ sind und sich manchmal auch beschwerten. Wir gehen diese Problematik immer sehr gelassen an (auch wenn es manchmal sehr schwer fällt – denn Ausländerfeindlichkeit ist ja keine Diagnose) und versuchen die Gemüter zu beruhigen. ■

## ONLINE-KIOSK

**Schmerzen**

(Fortsetzung)

Aus der seelsorgerlichen Perspektive betrachtet Klaus Stock den Schmerz in seinem Beitrag **Schmerz und Seelsorge** [vulcan.umis.de/isfp/einblicke/schmerz.html] auf dem Internet Server für Pflege [www.pflegenet.com]. Er geht dem Gedanken nach, daß man sich von einem Leben ohne Schmerzen verabschieden müsse. Wenn schon der Schmerz nicht zum Lachen ist, so doch vielleicht der Umgang damit in der Pflege. Den satirischen Blick hat besonders Wiegand Erdmann alias YG geschärft und bietet entwaffnende Betrachtungen in Text und Bild auf den Seiten seiner **Kleinen Krankenpflege** [www.bielefeld.netsurf.de:8080/~w\_erdmann/kap9.htm].

## PFLEGE-PROSA

**Wunsch nach Alltäglichkeit**

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

Ich will alleine  
meinen Müll  
zur Tonne bringen  
meinen Abwasch  
fluchend  
selber machen  
möcht' den Einkaufswagen  
eines Ander'n  
auf dem Weg zur Kasse  
in den Hacken spüren  
mir von Älteren  
meinen Sitzplatz in der  
U-Bahn streitig machen  
lassen  
- ich möchte meinen  
Alltag selbst gestalten

**Die Bedeutung von Pflegeexperten für die Professionalisierung der Pflege [Teil 1]**

von **Jürgen Hofstetter** [j.hofstetter@gmx.net]

**Einleitung**

Nachdem in den vergangenen Jahren zahlreiche Pflegestudiengänge überwiegend an deutschen Fachhochschulen ins Leben gerufen wurden, beginnen diese allmählich Früchte zu tragen. Immer mehr Absolventen dieser Studiengänge beenden ihr Studium und beginnen ihre Laufbahn in den unterschiedlichsten Einrichtungen und Positionen, während sich auch dadurch das Bild der Pflegelandschaft langsam wandelt. Nicht unabhängig davon begann eine zunehmende und teils unübersichtliche Diskussion um die Professionalisierung der Pflege und deren Berufsinhaber. Zielsetzung dieses Artikels ist es, einen möglichen Zusammenhang zwischen der weiteren Professionalisierung der Pflege und der Etablierung von „Pflegeexperten“ herzustellen und die Rolle der Experten hierbei zu verdeutlichen.

**Pflegeexperten und ihr Wissen**Allgemeine Grundlagen*Begriffsklärung Experten*

Die Entwicklung des Experten und seiner Tätigkeit, der sogenannten Expertenarbeit, lässt sich bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts zurückverfolgen. Das Vordringen von wissenschaftlichem Wissen auf natur- und sozialwissenschaftlicher Basis kennzeichnet diese Entwicklung in besonderem Maße. So wurde im Verlauf der Industrialisierung vor allem das technische Wissen zur Produktivitätssteigerung in erwerbswirtschaftlichen Großbetrieben eingesetzt. Durch die Ausweitung der Staatsarbeit und die Entwicklung der „planenden Verwaltung“ fand dieses Wissen auch Eingang in die behördliche Verwaltung. Die fortschreitende Technisierung der Gesellschaft und der Einzug der Experten in die Behörden verstärkten diese Prozesse noch.<sup>1</sup>

Die Klärung des Begriffs Experte soll im folgenden in Abgrenzung zum Begriff des Spezialisten erfolgen. Dies erscheint vor allem aufgrund der Tatsache sinnvoll, daß diese beiden Begriffe häufig gleichgesetzt oder zumindest nicht voneinander abgegrenzt werden.<sup>2</sup>

Der Spezialist gilt sozusagen als „Spezialist“ für einen bestimmten Gegenstand, der sein Arbeitsgebiet kennzeichnet. Sein Wissen umfasst Kenntnisse, die er zur Erfüllung seiner Spezialistenfunktion benötigt und beinhaltet nicht das Wissen anderer Spezialisten auf diesem Gebiet. Er ist Träger einer relativ genau umrissenen Kompetenz, die von seinem Auftraggeber hinsichtlich der Problemlösung gut kontrollierbar ist.<sup>3</sup> Zusätzlich zur stärkeren Kontrollierbarkeit werden die Arbeitsbedingungen der Spezialisten so gestaltet, daß sie sich denen von Routinearbeitskräften in Produktion und Verwaltung nähern.<sup>4</sup> Der Experte gilt typischerweise als „Experte“ auf einem Gebiet. Sein Wissen umfasst Kenntnisse, die notwendig sind, um auf einem Gebiet kompetent handeln zu können. Der Experte hat also einen Wissensbestand, der für ein bestimmtes Gebiet relevant ist,

und hat sozusagen einen Überblick über einen Sonderwissensbereich. Dieser Wissensbereich ist Laien in seiner Gesamtheit kaum zugänglich, wird von diesem aber nachgefragt. Der Experte wendet dieses abstrakte und schwierig zu erwerbende Wissen an, um nicht standardisierte Aufgabenstellungen zu bewältigen.<sup>5</sup>

Was also den Experten vom Spezialisten unterscheidet ist, daß der Experte „...nicht nur weiß, was er zur praktischen Bewältigung seiner Aufgabe wissen muss, sondern daß er weiß, was die (jeweiligen) Spezialisten auf dem von ihm `vertretenen` Wissensgebiet wissen – und wie das, was sie wissen, miteinander zusammenhängt.“<sup>6</sup> Der Experte versteht dabei teilweise komplexe Zusammenhänge ohne über sie im Detail sprechen zu können. Dieses Mehr-Wissen verschafft dem Experten eine relative Autonomie, welche ihn in diesem Sinne zum Experten macht.<sup>7</sup>

*Wissensbasis der Experten*

Wie bereits aufgezeigt wurde handelt es sich beim Wissen des Experten um ein Gebiet des hochabstrakten Sonderwissens, welches sich vom Allgemeinwissen des Laien in diesem Bereich klar abgrenzen lässt. Nur eine langwierige und spezialisierte theoretische Ausbildung ermöglicht es, durch eine Systematisierung der Sinnstrukturen einen Überblick über das Gesamtgebiet des Sonderwissens zu erhalten.<sup>8</sup> Dieses auf Wissenschaft beruhende Wissen entsteht in Universitäten bzw. Forschungseinrichtungen, und wird dann in speziellen Ausbildungsorganisationen wie z.B. Hochschulen vermittelt.<sup>9</sup> Während ein Teil des Sonderwissens für den Laien erreichbar ist, gibt es einen Wissensbereich, der für ihn gänzlich unzugänglich ist. Es handelt sich hierbei um unausgesprochenes, sozusagen geheimes Wissen der Experten und der Wissenschaft, welches schwer zugänglich ist und kaum direkter Kritik unterliegt. Dieser Teil der Wissensbasis ist hauptverantwortlich für das „Geheimnisvolle“ an der Expertentätigkeit und dem Expertenwissen.<sup>10</sup>

Zusammenfassend lässt sich die Wissensbasis der Experten als eine Kombination von theoretischen und praktischen Wissen verstehen. Der theoretische Teil kann hierbei aus Büchern, Vorlesungen und Demonstrationen erlernt werden, während der praktische Teil in gelenkter Praxis und langer Erfahrung verstanden werden muss.<sup>11</sup>

Experten in der Pflege*Akademisierte Pflegeexperten*

Aufgrund der zahlreichen Pflegestudiengänge, die es hierzulande mittlerweile gibt, ist es nicht einfach, ein konsistentes Bild eines „Pflegeexperten“ zu zeichnen. Dies ist zum einen auf nicht einheitliche Curricula und zum anderen auf ebenfalls nicht einheitliche Berufsbezeichnungen der Absolventen zurückzuführen.<sup>12</sup> Bestimmte gemeinsame Merkmale lassen sich jedoch generell feststellen:

[weiter auf Seite 4]

## PRODUKTE

**Injex®  
Nadelfreie Injektion**

Die Firma Rösch AG hat ein System zur nadel-

freien subcutanen Injektion entwickelt, daß der schmerzhaften und damit oft angstbesetzten Medikamenteneinspritzung ein Ende machen soll. Das Produkt arbeitet mit Druck, der durch eine Feder ausgeübt wird. Das Gerät wird einfach senkrecht auf die desinfizierte Injektionsstelle gehalten. Injex kann für s.c.-Injektionen im Bereich von 0,05 bis 0,3 ml benutzt werden, ist also gerade für Diabetiker sehr geeignet. Auch Zahnärzte können diese Methode anwenden. Neben dem selbstverständlichen Lob der Firma selbst gibt auch eine HNO - Gemeinschaftspraxis eine positive Beurteilung des Systems ab. Es konnte dort nachgewiesen werden, dass die Ausbreitung der mit Injex injizierten Lösung sich nicht von der bei einer herkömmlichen Nadel-Methode unterscheidet.

Nähere Informationen:  
Rösch AG: [www.roesch.net.com/nadellos.htm](http://www.roesch.net.com/nadellos.htm)

HNO-Praxis Leithäuser & Zielinsky:  
[www.zieleit.de/g18.html](http://www.zieleit.de/g18.html)

(Bild: Rösch AG)

**Korrektur**

In einem Teil der Auflage von Nr. 48 waren auf Seite 2 die FEDL's 12 und 13 falsch bezeichnet:

Die 12 FEDL heißt korrekt: Fähigkeit, zufrieden sein zu können und sein Empfinden auszudrücken.

Die 13. FedL heißt: Fähigkeit, ausreichend soziale Beziehungen zu gestalten und aufrechterhalten zu können.

**Die Bedeutung von Pflegeexperten für die Professionalisierung der Pflege [Teil 1]**

von Jürgen Hofstetter [j.hofstetter@gmx.net]

*[Fortsetzung]*

Eine Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität mit dazugehörigem staatlich anerkanntem Abschluss. Diese beiden eher formalen Gemeinsamkeiten erfüllen jedoch bereits einen wichtigen Teil der oben aufgestellten Kriterien. Neben der Hochschulausbildung, durch die notwendige Fachkenntnisse vermittelt werden, ist der erfolgreiche Abschluss von besonderer Bedeutung. Dieser wird durch eine Art „Lizenz“ als Qualifikationsnachweis bestätigt und berechtigt, „...das erworbene Wissen mehr oder weniger autonom und autoritativ bei der Bewältigung bestimmter Aufgaben einzusetzen.“<sup>13</sup> Der Gesellschaft treten Absolventen der Pflegestudiengänge durch diesen formalen Qualifikationsnachweis als Experten gegenüber, faktisch wäre aber gerade das Kriterium Fachwissen wegen bisher ungenügender Forschungs- und Theorieentwicklung als Wissensbasis und teils unzureichender Curricula<sup>14</sup> noch kritisch zu hinterfragen.

*Pflegeexperten und Praxiswissen*

Hat ein Experte seine akademische Ausbildung abgeschlossen und seine „Lizenz“ erworben, so hat er dadurch die allgemeine Grundlage für die Integration in den Beruf erworben.<sup>15</sup> Es fehlt ihm jedoch noch ein sehr wichtiger Teil des Expertenwissens – die praktische Erfahrung, das Praxiswissen, welches nicht theoretisch vermittelt werden kann.<sup>16</sup>

Dies gilt natürlich auch für fertig ausgebildete Pflegeexperten, die ebenfalls erst in gelenkter Praxis eigene Erfahrungen sammeln müssen. Solche Praxiserfahrungen werden gemacht, wenn durch einen Vergleich mit der Realität das theoretische Wissen, vorgefasste Vorstellungen und Erwartungen in Frage gestellt, verfeinert oder verworfen werden. Es geht dabei vor allem darum, den Unterschied zwischen dem theoretischen Wissen um das ‚Dass‘ und dem Wissen um das ‚Wie‘ in teils jahrelanger Praxis zu überwinden und beides miteinander sinnvoll zu verbinden.<sup>17</sup> In diesem Zusammenhang erscheint es besonders wichtig, das erworbene Praxiswissen systematisch festzuhalten und angemessen zu beschreiben. Es wird dadurch möglich, über die eigene Praxis hinaus Erfahrungen zu sammeln und so den Überblick über das Wissensgebiet zu erhalten.<sup>18</sup> Die Entwicklung zum Spezialisten und somit die „Proletarisierung“ der Experten könnte hierdurch verhindert werden.<sup>19</sup>

Durch die praktische Arbeit wird also die Expertise spezifiziert und auch die für die Berufsausübung in einer Organisation erforderlichen nicht-technischen Fähigkeiten erworben. So wird im Laufe des Berufslebens auch „...die Expertenorientierung differenzierter, dies vor allem im Zusammenhang mit der Veränderung der Wissensbasis und des betrieblichen Kontexts des Arbeits.“<sup>20</sup>

*Lesen Sie nächsten Monat im zweiten Teil näheres über Professionen und Professionalisierung, Erfahrungen aus den USA und Großbritannien sowie Ausführungen über die Frage, welche Rolle Pflegeexperten im Rahmen der Professionalisierung haben.*

<sup>1</sup> Vgl. Daheim, H. u.a.: Soziologie der Arbeitsgesellschaft. Grundzüge und Wandlungstendenzen der Erwerbsarbeit. Juventa Verlag, Weinheim und München 1993. (Grundlagentexte Soziologie, Hrsg.: k. Hurrelmann). S. 63.

<sup>2</sup> Vgl. Hitzler, R.: Wissen und Wesen des Experten, Ein Annäherungsversuch. In: Expertenwissen. Die Institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Hrsg.: R. Hitzler u. a., Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen 1994, S. 25.

<sup>3</sup> Vgl. Hitzler, R., Wissen und Wesen des Experten..., a.a.O., S. 25.

<sup>4</sup> Vgl. Daheim, H. u.a.: Soziologie der Arbeitsgesellschaft..., a.a.O., S. 65 f.

<sup>5</sup> Vgl. Daheim, H. u.a.: Soziologie der Arbeitsgesellschaft..., a.a.O., S. 62 f.

<sup>6</sup> Hitzler, R., Wissen und Wesen des Experten..., a.a.O., S. 26.

<sup>7</sup> Vgl. Hitzler, R., Wissen und Wesen des Experten..., a.a.O., S. 26.

<sup>8</sup> Vgl. ebenda, S. 22 ff.

<sup>9</sup> Vgl. Daheim, H. u.a.: Soziologie der Arbeitsgesellschaft..., a.a.O., S. 63 f.

<sup>10</sup> Vgl. Wilensky, H. L.: Jeder Beruf eine Profession..., a.a.O., S. 210

<sup>11</sup> Vgl. ebenda.

<sup>12</sup> Vgl. Schaeffer, D. u. a.: Pflegewissenschaft – Entwicklungsstand und Perspektiven einer neuen Disziplin. In: Pflgetheorien. Beispiele aus den USA. Hrsg.: Schaeffer, D. u.a., Verlag Hans Huber, Bern 1997, S. 8 ff.

<sup>13</sup> Daheim, H. u.a.: Soziologie der Arbeitsgesellschaft..., a.a.O., S. 63.

<sup>14</sup> Vgl. Schaeffer, D. u.a.: Pflegewissenschaft – Entwicklungsstand..., a.a.O., S. 9 f.

<sup>15</sup> Vgl. Daheim, H. u.a.: Soziologie der Arbeitsgesellschaft..., a.a.O., S. 64.

<sup>16</sup> Vgl. Wilensky, H. L.: Jeder Beruf eine Profession..., a.a.O., S. 210.

<sup>17</sup> Vgl. Benner, P.: Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Verlag Hans Huber, Bern 1994. S. 25 ff.

<sup>18</sup> Vgl. ebenda, S. 33 f.

<sup>19</sup> Vgl. Daheim, H. u.a.: Soziologie der Arbeitsgesellschaft..., a.a.O., S. 65.

<sup>20</sup> ebenda S. 64.

## TERMINE

**Primary Nursing**

Mit der Möglichkeit der Umsetzung in Deutschland beschäftigt diese Diskussionsveranstaltung mit Marie Manthey.

Veranstaltet von der Fachhochschule Frankfurt am Main am 13.11.2000. eMail:

[t.fischer@em.uni-frankfurt.de](mailto:t.fischer@em.uni-frankfurt.de),

Tel. 069 / 6301 - 6297

**Pflegetag in Essen**

„miteinander und voneinander lernen“ ist das Motto dieser Initiative der Essener Pflegedienstleitungen. Am 17.11.2000 wird in das Fortbildungs - Zentrum des Caritas-Verbandes in Essen - Werden geladen, um dort über Themen wie das Spannungsfeld von Theorie und Praxis, neue Ausbildungsmodelle in der Pflege oder Naturheilverfahren zu hören und zu diskutieren. Natürlich werden auch Workshops angeboten.

Infos:

[www.pflegetag-essen.de](http://www.pflegetag-essen.de)

eMail: [kai.beier@uni-essen.de](mailto:kai.beier@uni-essen.de),

Tel. 0201 723-2703

**3. Österreichisches****HIV-Pflegesymposium**

Vom 10. bis 11.11.2000 findet an der Universität Innsbruck der XI. Österreichische Aids-Kongress zusammen mit dem Pflegesymposium statt. Dort wird es um Sexualität im Krankenhaus, AIDS und High-Tech Homecare, ambulante HIV-Betreuung sowie nosokomiale Infektionen gehen.

Infos: [congress.uibk.ac.at/aids2000](http://congress.uibk.ac.at/aids2000)

## Gefühle eines 33-jährigen nach seinem Besuch auf der Intensivstation Freundin Agnes\* ist plötzlich schwerkrank geworden und 'hängt' am Beatmungsgerät von Claus-Henning Ammann [[cammann@djh-freeweb.de](mailto:cammann@djh-freeweb.de)]

Agnes guckte mich mit nahezu leerem Blick an. Sie reagierte unter Dormicum® fast überhaupt nicht an ihrer Anti-Nikotin-Inhalationsmaschine, Blutgas-überwacht. Gütegeprüfte Qualitätsgeräte vermitteln angenehmes Industrie-Design-Feeling mit beklemmender Note. Bei der Mundpflege hat sie erst nach langem Zögern den Mund aufgemacht. Der Kamillosan-Geruch war auch wirklich penetrant.

Das zu lesen ist sicher unbequem. Aber immer nur Bretter vor den Kopf nageln geht doch auch nicht, vor allem, wenn man beim Nageln auch mal daneben trifft. Immerhin sind da noch die Astlöcher, durch die ab und zu ein frischer Wind pfeifen kann. Tiefes Ein- und Ausatmen tut gut. Nase durchgängig, Gehirn abgesaugt. So denkt es sich unbeschwert. Antikörper sausen wie Geschosse, ihre Tödlichkeit ist nicht berechenbar.

Warum Rätsel des Lebens und Sterbens? Mache die Augen zu und Alles wird gleich, kriege sie nicht wieder auf: Was sagte mir ihr Blick, ihr nahezu leerer Blick? Kaum Gefühl zeigen konnte ich im Klinikum im diesigen Bremen. Erst als ich ihrem Mann beim Hinausgehen sagte, er könne seine Agnes ja auch berühren und streicheln, wie er wolle, merkte ich etwas Rührung in meinen Augen. Was soll werden?

Es ist zu früh zum Sterben, es soll noch Zeit bleiben zum Leben und Unsinn machen, was auch immer! Dicht am Abgrund spielt sich alles ab, es gibt keine Sicherheit für irgend etwas. Alles ist nur so, wie Du oder ich es momentan empfindest. Was kommt, liegt im Dunkeln. Träume können die Angst nehmen.

Selbst plötzlich erscheinende Schlangen in Gängen ohne Ausweg ängstigen mich nicht mehr.

*Keine zwei Wochen später kann Agnes selbst bereits ein paar Zeilen schreiben, wenn auch mit etwas unsicherer Schrift. Auszugsweise:*

„Es geht mir schon wieder viel besser. Ich habe angefangen zu laufen. Ein bisschen wackelig noch, aber immer besser und sicherer. Ich werde demnächst auf eine Normalstation verlegt. Mein Mann erzählte mir, dass ihr da wart an dem Tag, an dem ich beatmet worden bin. Darüber habe ich mich sehr gefreut, doch leider sind diese Tage aus meinem Kopf wie weggewischt. Ich kann mich über insgesamt drei Tage an nichts erinnern, aber ich glaube, das ist besser so.“

Obwohl die Leute mich nicht kennen, werde ich super behandelt, jedenfalls hier auf der Intensivstation. Vier- bis fünfmal schaut einer der Ärzte nach mir; eine bestimmte Schwester bzw. ein bestimmter Pfleger ist nur für mich da. Das Einzige, was stört, ist das Essen. Einfach ekelhaft. Aber alles kann man nicht haben. Ich bin jedenfalls froh, dass ich mich wieder gut fühle.

Euch danke ich für Eure Anteilnahme. Wir werden sicher demnächst noch voneinander hören.“

Vielen anderen ergeht es sicher ebenso, und sie sind nicht allein. Dazu sind die Gedanken einer Patientin und eines Angehörigen hier wiedergegeben.

*\*) Name geändert* ■

## Thieme's Pflege - Lehrbuch in XXL gelesen von Matthias Martin [[kontakt@pro-pflege.de](mailto:kontakt@pro-pflege.de)]



„Thieme's Pflege“ ist, dem Umfang zum Trotz, übersichtlich und insgesamt gut gegliedert. Die großzügige Verwendung graphischer Darstellungen und Bilder trägt erheblich zu einer einfachen – aber nicht anspruchslosen – und verständlichen Veranschaulichung bei.

Die einzelnen Themenbereiche sind insgesamt recht knapp gehalten und beschränken sich auf das Wesentliche.

Onkologisch / hämatologische Erkrankungen sind den jeweiligen Organen, bzw. Organsyste-

men zugeordnet, kommen alles in allem aber leider etwas zu kurz.

„Thieme's Pflege“ ist nichts für die Kitteltasche, nichts für einen flüchtigen Blick. Es ist ein thematisch umfangreiches, gut übersichtliches und anschauliches Nachschlagewerk, das in die Hand genommen werden will.

Kellnhäuser (Hrsg.): Thieme's Pflege begründet von L. Juchli

9. völlig neu bearbeitete Auflage

Stuttgart 2000. Thieme-Verlag

1625 S., 654 Abb., 1933 Fotos, 234 Tab.,

gebunden DM 118,-

ISBN 3-13500-009-5 (Bild: Thieme-Verlag) ■

## PRODUKTE

**Klaus Kober: Budgetierung für Führungskräfte in der Krankenpflege**

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

Dieses auch für Führungskräfte in der Pflege doch oft noch sehr fremde Thema wird durch die aktuellen gesetzlichen Veränderungen mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) immer wichtiger für die alltägliche Arbeit. Nach einem Exkurs in die gesetzlichen Grundlagen der Krankenhausfinanzierung wird Budgetierung, unterschieden in interne und externe, ausführlich erläutert.

Es folgt dann eine umfassende Beschreibung der verschiedenen Entgeltformen für ein Krankenhaus sowie Informationen zur Budgetierung von nichtstationären Leistungen wie zum Beispiel ambulantes Operieren.

Sowohl innerhalb der einzelnen Kapitel als auch im Anhang befinden sich zahlreiche praktische Beispiele und Berechnungen.

Das Buch ist eine sehr ausführliche und allgemeinverständliche Einführung in dieses Thema. Es leidet nur wie das gesamte Gesundheitswesen unter der Reformflut der Politiker und ist durch die zum 1.1.2000 notwendige Berücksichtigung der DRGs leider um diesen Bereich zu aktualisieren.

1998. Schlütersche, Hannover, 152 Seiten, 14,8x21,0 cm, Hardcover ISBN 3-87706-498-1 DM 59,80 / öS 437,- / sFr 54,00 / €30,58

## PC-Dienstplan 2.61c Dienstplanung am Computer

von **Rolf Hackemann** [rhackemann@nord-com.de]

Die Computer halten immer mehr Einzug in das Stationsleben. Der Gedanke liegt nahe, den Computer auch für die „lästige“ Erstellung des Dienstplanes zu nutzen. Programme für diesen Zweck gibt es mittlerweile einige; man muss jedoch schon ein wenig suchen, um die Spreu vom Weizen zu trennen. Jedes dieser Programme muss sich letztlich an der Frage messen lassen: Nimmt mir das Programm Arbeit ab und ich gewinne dadurch Zeit, die ich für die PatientInnen nutzen kann? Oder verlagere ich die Arbeit nur vom Papier in den Computer? Eines dieser Programme ist PC Dienstplan von der Firma GeoCon Software GmbH, das jetzt in der Version 2.61c vorliegt.

Das vorliegende Programm liegt als Windowsprogramm mit einer grafischen Bedienoberfläche vor. Es läuft auf jeder Windowsplattform ab Win 3.11 aufwärts. Die Installation verläuft menügesteuert unter einer sehr kargen grafischen Oberfläche, die bei den heute verbreiteten Win98-PCs recht antiquiert wirkt. Computerneulinge tun sich mit der Installation etwas schwer, besonders wenn es darum geht, das Installationsverzeichnis in ein bestehendes Dateisystem zu integrieren; das Installationsprogramm kann mit den unter Win98 üblichen langen Dateinamen nichts anfangen (sämtliche Datei- und Verzeichnisnamen werden auf das unter DOS übliche 8-Zeichen-Format gekürzt). Nach der Installation liegt im Windows-Startmenü ein neuer Programmordner vor, aus dem sich das Programm bequem starten lässt.

Nach dem Start ist die Eingabe eines Benutzernamen und eines Passwortes nötig; so ist der erstellte Dienstplan gegen unbefugte Veränderungen geschützt. Der voreingestellte Benutzername und das Passwort lassen sich im Verlauf der notwendigen Konfiguration des Programms ändern. Auch die Möglichkeit, mehrere Anwender mit präzisen Zugriffsrechten und eigenen

Passwörtern zuzulassen, ist gegeben.

Die Konfiguration beginnt mit der Anlage eines sogen. Mandanten, z.B. der Station. Im nächsten Schritt wird die Art der Einrichtung wie z.B. Krankenhaus oder Altenheim definiert. Hier werden auch die einzelnen Stationen der Einrichtung festgelegt. Nach der Definition der Dienstypen wie Frühdienst etc. werden die Stammdaten der Mitarbeiter eingegeben. Ein sehr wichtiger Punkt bei der Konfiguration des Programms ist die Festlegung eines Mindestpersonalbedarfs, damit der Assistent für die automatische Dienstplanerstellung richtig arbeiten kann. Die Konfiguration sollte sehr sorgfältig durchgeführt werden, damit das Programm korrekt mit der Lohnbuchhaltung der Verwaltung zusammenarbeiten kann. Damit für die zukünftige Dienstplanung der Urlaub berücksichtigt werden kann, wird als erstes der Urlaubsplan erstellt. Vor der ersten automatischen Dienstplanerstellung empfiehlt es sich, einige Dienstpläne per Hand einzugeben und erst dann den Assistenten zu nutzen, so kann der Assistent an den vorliegenden Dienstplänen orientieren. Auf Knopfdruck werden am Monatsende die Dienstpläne vollautomatisch ausgewertet und können ausgedruckt an die Lohnbuchhaltung gegeben werden. Über ein optional erhältliches Exportmodul lassen sich die Statistiken auch abspeichern und papierlos an die Lohnbuchhaltung übergeben.

Fazit: Das vorliegende Programm bedeutet nach einer längeren Einarbeitungsphase eine große Zeitersparnis. Der Preis von DM 499,- ist angesichts der sehr guten Konfigurierbarkeit des Programms nicht zu hoch. Für eine einzelne Station ist das Preis allerdings zu hoch und das Programm eindeutig überdimensioniert. Empfehlenswert ist es für den abteilungsweiten Einsatz. Einzig die nicht mehr zeitgemäße Installation (so fehlt z.B. eine Deinstallationsroutine) und Programmoberfläche sind zu bemängeln. ■

## LESER-MAIL

## Leserbriefe

**Keine Auswahl bei Dienstkleidung** - Leserbrief zur Kolumne „schwuler pflegen“ von Ben Robe in der Ausgabe 5-00 von **Alexander Walter** [Alexander.Walter@ak-i.med.uni-muenchen.de]

Zum Thema Dienstkleidung kann ich dir nur voll und ganz zustimmen und was mich am meisten stört ist, dass man die vom Arbeitgeber gestellte Uniform nicht nach seinem persönlichen Geschmack unter verschiedenen Modellen auswählen kann.

Man werfe nur mal einen Blick in die zahlreichen Kataloge der Hersteller unserer Dienstsäcke. Ich habe für mich beschlossen, sie mir jetzt selbst zukaufen.

Dabei fällt mir noch eine Anekdote zum Thema ein, als ich noch Schüler war und im OP eingesetzt war.

Da gab es eine Hand voll "modebewusster" Chirurgen, die sich immer in die kleinste vorhandene Größe der OP-Kleidung hineinzwängten, damit die richtigen Stellen auch wirklich zur Geltung kommen. Sie liefen dann zwar mit Hochwasserhosen herum, doch wen stört's? [mehr Leserbriefe auf Seite 7]

## 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.schluetersche.de]

**Redaktion:**

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

**Technische Redaktion:**

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

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

Claus-Henning Amman,  
Roman Ferreau,  
Rolf Hackemann,  
Jürgen Hofstetter,  
Matthias Martin,  
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

## 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

## Leserbriefe

**"Verwirrt" die "originale" Kinästhetik nicht?**

Zum Online-Kiosk der Ausgabe 4-00 von Jürgen Fuchs [J\_FUCHS@t-online.de], Zertifizierter Kinästhetiktrainer (DGK)

Mit Interesse habe ich die vielen Links zur Kenntnis genommen, die es zur Kinästhetik im Internet gibt, und staunte nicht schlecht, dass hier auch "originale" und "offizielle" Kinästhetiktrainer zu finden sind. Fraglich ist für mich nur, wer darf sich Original bzw. offiziell nennen. Ich selbst bin ausgebildeter "zertifizierter Kinästhetiktrainer (DGK)" und habe meinen Grundkurs und Aufbaukurs beim IfK AG (AG steht für Aktiengesellschaft) 1997 absolviert und habe während meiner Ausbildung zum Kinästhetiktrainer bei der Deutschen Gesellschaft für Kinästhetik und Kommunikation e.V. (DGK) keine Un-"Originale Kinästhetik kennengelernt und trotzdem darf ich mich offiziell zertifizierter Kinästhetiktrainer (DGK)" nennen. Die Aussage ist richtig wenn die Ausbildung "Original nach den Kriterien des IfK AG" erfolgt, welches jedoch aus diesem Artikel nicht ersichtlich wird. Hätte der Autor ausführlichere Recherchen hierzu geführt hätte er diese Aussage vielleicht weg-

gelassen, um bei den Pflegekräften nichtfür Verwirrung zu sorgen.

In der Zeitschrift "Brennpunkt Pflege" gab es eine ausführliche Gegenüberstellung beider Organisationen, so daß sich die Pflegenden selbst ein Bild machen durften. Ich möchte hier in keiner Weise das Wirken von Dr. Frank Hatch und Dr. Lenny Maietta kritisieren. Kinästhetik ist gerade für die Pflege von Menschen ein Konzept welches immer mehr Anklang in der Praxis findet. Wer Kinästhetik anwendet, zeigt damit umso mehr, daß er Kompetenzen besitzt, welche uns Pflegenden dabei unterstützen, mit Recht uns Pflegefachkräfte zu nennen. Dies trifft auch noch für andere Methoden zu wie der "Basalen Stimulation", "Bobath" und viele andere.

Daher sind Kompetenzstreitigkeiten welche nun die "offiziellen" Trainer mit der "originalen" Kinästhetik sind, fehl am Platze, wenn es um die Einführung der Kinästhetik in der Pflege geht. Der Patient, der mittels Kinästhetik bewegt wird, fragt hier auch nicht nach "Originalen" sondern ist dankbar, dass er bei der Aktivität als Mensch seine Bewegung mitgestalten darf.

Jürgen Fuchs  
Zertifizierter Kinästhetiktrainer (DGK)

## Anfragen und Antworten

**Postoperativer Kostenaufbau**

Monika M. [mmicky@t-online.de] fragt an: Ich interessiere mich für den postoperativen Kostenaufbau, vor allem nach Magen- und Darm-OP's und anderen kleineren abdominalen OP's.

**Mundpflege mit Butter**

Frage von C. Theiß [TH481484@aol.com]: Wer kann mir brauchbare Tipps zu Mundpflege mit Butter geben. Es wird auf unserer Station sehr kontrovers diskutiert. Wer hat Erfahrung damit? Wer kann mir sagen, wie die Mundschleimhaut eines Patienten (der ständig mit offenem Mund atmet und keine O<sub>2</sub> - Maske erhalten darf ) lokal feucht gehalten werden kann. Weiß jemand etwas über Verwendung von Bepanthenlösung oder andere Mittel? Gibt es Forschungsergebnisse?

**OP-Arbeit im Web**

K.Feldmann [klaus-feldmann@arcormail.de] fragt: Sind Ihnen Websites bekannt, die sich mit der Arbeit von Pflegekräften im OP beschäftigen ?

**Arbeit in den Vereinigten Emiraten**

Von Carola Amthor [Amca131@aol.com]: Ich bin Krankenschwester (Intensiv-Station) und hätte Interesse daran, in den Vereinigten Emiraten zu arbeiten. Können Sie mir sagen, wer mir Informationsmaterial darüber geben könnte?

**betr.: Anfrage zu Gemeindefachschwestern**

Britta Lippmann [BrittaJoerg@t-online.de] antwortet:

Sehr geehrte Frau Jahnz, ich habe Ihre Anfrage im Pflegebrief gelesen und möchte Ihnen mitteilen, daß ich im Rahmen meines Studiums der Pflege- und Gesundheitswissenschaft in Darmstadt meine Diplomarbeit zu Ihrem Thema geschrieben habe. Der genaue Titel lautet: Die historische Entwicklung der Gemeindefachpflege von 1949 bis 1969. Dargestellt anhand der beruflichen Situation der Gemeindefachschwester. Ich habe meine Arbeit auf verschiedene Bücher, Artikel aus Fachzeitschriften und Interviews gestützt. Falls Sie Interesse haben, können Sie sich mit mir in Verbindung setzen. ■