

Aktionstag pflegende Angehörige

Am **8. September** macht wieder der **bundesweite Aktionstag** auf den wichtigen Einsatz der pflegenden Angehörigen aufmerksam. Immerhin pflegen in Deutschland etwa 2 Millionen Angehörige ihre hilfsbedürftigen Familienmitglieder zu Hause. Meist sind es nach wie vor Frauen, die sich kümmern – aber der Anteil der Männer steigt seit Jahren. Pflegende Angehörige leisten einen wichtigen Beitrag für unsere Gesellschaft und verdienen unseren Dank und unsere Anerkennung.

Mit drei **Pflegestärkungsgesetzen** hat der Gesetzgeber seit 2015 die Leistungen der Pflegeversicherung mit insgesamt zusätzlich 5 Milliarden Euro pro Jahr spürbar ausgeweitet und dabei einen Schwerpunkt auf die Unterstützung der Pflege zu Hause gelegt. Dadurch wurde die finanzielle Unterstützung bei häuslicher Pflege deutlich angehoben, so dass z.B. mehr professionelle Hilfe durch Pflegedienste in Anspruch genommen werden kann. Auch die Hilfen für pflegende Angehörige wurden ausgebaut. So können Angehörige nunmehr für die Dauer von bis zu 6 Wochen von der Pflege entlastet werden. Die unten stehenden Aufzählungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Das **erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I)** mit den Inhalten Leistungsausweitung und Pflegevorsorgefonds trat 2015 in Kraft:

- Beiträge zur Pflegeversicherung erhöhten sich um 0,3 Prozentpunkte. 0,2 Prozentpunkte der Beitragserhöhung wurde für die Ausweitung der Leistungen verwendet. 0,1 Prozentpunkte flossen in den Aufbau eines neuen Versorgungsfonds
- Betreuungs- und Entlastungsleistungen in der ambulanten Pflege auch für rein körperlich beeinträchtigte Pflegebedürftige verfügbar
- Auch demenziell erkrankte Menschen ohne Pflegestufe können Leistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege in Anspruch nehmen
- Vertretungsdauer pflegender Angehöriger bei Urlaub oder Krankheit von vier Wochen auf sechs Wochen verlängert
- Einführung der Zahlung von Lohnersatzleistungen im Falle eines plötzlich auftretenden Betreuungsbedarfs (bis zu 10 Arbeitstage pro Jahr)
- Dauer der Kurzzeitpflege wurde von vier auf sechs Wochen angehoben.

Das **zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)** mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs trat 2016 in Kraft:

- Zur Finanzierung wurde der Beitragssatz der Pflegeversicherung zum 01.01.2017 um 0,2 Prozent angehoben
- Neben den Pflegegraden wurde auch der einheitliche Eigenanteil im Zuge des PSG II eingeführt
- Bisher lag der Fokus bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit auf dem Hilfebedarf bei körperlichen Verrichtungen. Der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Anleitung und Beaufsichtigung blieb dabei unberücksichtigt, erst bei Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz wird er berücksichtigt
- Gleichstellung von kognitiv und psychisch beeinträchtigten Versicherten mit körperlich Beeinträchtigten; Bewertung der Beeinträchtigung ab dem 01.01.2017 im Rahmen des neuen Begutachtungsassessments (NBA)
- Für die Leistungsgewährung sind ab 2017 die neuen Pflegegrade maßgeblich; je nach erreichter Punktzahl im NBA wird der Pflegebedürftige einem Pflegegrad zugeordnet
- Sachleistungen, Pflegegeld sowie Leistungen für Tages- und Nachtpflege, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege werden erst ab Pflegegrad 2 gewährt. Im Pflegegrad 1 liegt der Leistungsfokus auf der Finanzierung von Maßnahmen zur Unterstützung bei der Alltagsbewältigung

Das **dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III)** stärkt die Rolle der Kommunen seit 01.01.2017:

- Kommunen sollen für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen Versorgungsinfrastruktur in der Pflege verantwortlich sein
- In den Kommunen sollen bundesweit 60 unterschiedliche Modellprojekte zur besseren Koordination und Kooperation von Beratungsangeboten zur Pflege, Altenhilfe und zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung erprobt werden
- Kommunen erhalten ein Initiativrecht für die Einrichtung eines Pflegestützpunktes zur Beratung Hilfesuchender
- Kommunen sollen zudem als eigene Beratungsstelle fungieren; sie sollen die Pflegeberatung und Pflegeberatungsbesuche für Leistungsempfänger der Pflegeversicherung übernehmen
- Sofern Menschen mit Handicaps ambulante Pflege benötigen, erhalten sie vorrangig Pflegeleistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz und nicht Eingliederungshilfe nach dem Teilhabegesetz
- Stationär pflegebedürftige Menschen mit Behinderung dagegen haben im Pflegefall Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe
- Sind Betroffene hauptsächlich auf Eingliederungshilfe angewiesen, übernimmt der Kostenträger (z.B. Rentenversicherung) auch die Kosten für notwendige häusliche Pflege und nicht die Pflegekasse
- Krankenkassen, die Pflegedienste für die häusliche Pflege vergüten, erhalten ein systematisches Prüfrecht für ambulante Dienstleister
- Pflegedienste, die ausschließlich häusliche Krankenpflege leisten, unterliegen ebenfalls den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen des MDK

Neue Mitarbeiterin

Der Service der LIGAMED® verbessert sich weiter:

Seit 05.08.2019 ergänzt Frau **Marita Weber** das Team im Außendienst und steht Ihnen in den **PLZ-Gebieten 66 - 69 und 76** mit Rat und Tat zur Seite.

Frau Weber ist examinierte Pflegefachkraft und Wundexpertin ICW. Zusätzlich verfügt sie über eine Weiterbildung zur Medizinprodukteberaterin.

Langjährige Erfahrung und Tätigkeit im Bereich Homecare und Wundversorgung prädestinieren Frau Weber für ihre neue Aufgabe.

Sie erreichen Frau Weber unter der **Mobil-Telefon Nr. 0151 / 52 51 49 10** und per E-Mail unter **weber@ligamed.de**

Wir wünschen Frau Weber viel Erfolg und hoffen, dass Sie Ihnen genauso hilfreich ist, wie wie Sie es schon bisher von uns gewohnt sind.



Im Zuge einer Gebietsumstrukturierung gab Frau **Isabell Kandler** einen Teil Ihres Gebietes an Frau Weber ab und bekommt dafür aus anderen Gebieten ab November 2019 noch etwas hinzu. Frau Kandler bedankt sich an dieser Stelle für die vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Sie ist ab sofort für alle Belange rund um das Thema LIGASANO® für Sie in den

PLZ-Gebieten 70 - 72, 74 - 75 und 77 - 79 zuständig.

Ab November 2019 zusätzlich noch für das **PLZ-Gebiet 73**.

Frau Kandler erreichen Sie wie gewohnt mobil unter **Tel.**

0160 / 475 46 47 und per

E-Mail unter **kandler@ligamed.de**

Wundheilungsphasen

Bereits Galenus von Pergamon, *129 a.Chr.n. in Pergamon, †200 a.Chr.n. in Rom, ein griechischer Arzt und Anatom, postulierte zwei Haupttypen der kutanen Wundheilung:

- **Primäre Wundheilung** oder per primam intentionem:
Primäre Wundheilung finden wir bei aseptischen, nicht-infizierten Läsionen mit scharf abgegrenzten Rändern und einem kleinen Gebiet zerstörten Gewebes. Bei diesen durch scharfe Objekte entstandenen Wunden (z.B. OP-Wunden oder Schnittwunden), deren Wundränder nahe beieinander liegen, mit kaum Substanzverlust, führt der Wundverschluß zu einer kaum sichtbaren Narbe, mit funktionell und kosmetisch akzeptablem Ergebnis.
- **Sekundäre Wundheilung** oder per secundam intentionem
Die sekundäre Wundheilung ist die übliche Wundheilung bei ausgedehnten Läsionen mit Gewebsverlust und auseinanderklaffenden Wundrändern. Die Wunde muss zuerst mittels Granulationsgewebe wieder aufgefüllt werden. Danach wandern vom Wundrand aus Epithelzellen ein, die sich über das Granulationsgewebe legen. Die Narbenbildung ist stark ausgeprägt.

Der Wundheilungsprozess gliedert sich in fünf Phasen:

- **Hämostase** (Blutstillung)
- **Exsudationsphase** (Inflammationsphase, Reinigungsphase)
- **Proliferationsphase** (Granulationsphase)
- **Reparationsphase** (Epithelisierungsphase)
- **Remodellierung** (Maturationsphase, Narbenbildung)

Bei der Heilung chronischer Wunden sind vor allem die Exsudations-, Granulations- und Epithelisierungsphase wichtig, daher gehen wir nur auf diese drei Phasen im Kapitel 2.2 näher ein. Auf eine Beschreibung von Hämostase und Remodellierung wird wegen weitgehender Irrelevanz bei chronischen Wunden verzichtet.

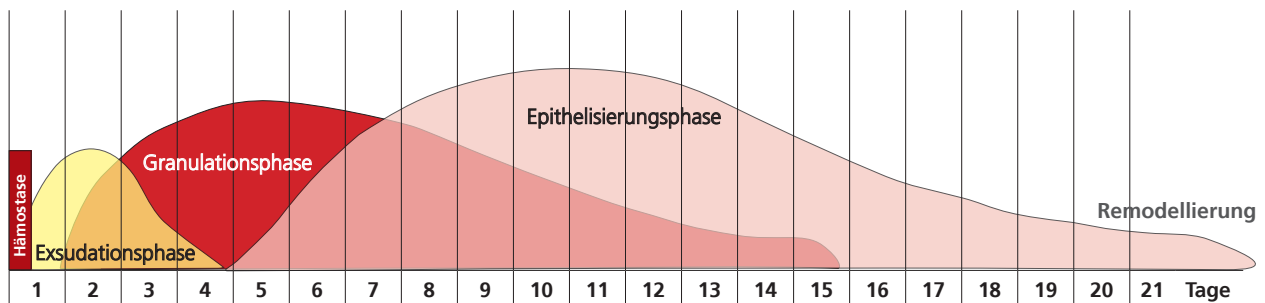


Abb. 1: Beispiel für Wundheilungsphasen bei primärer Wundheilung.

Die Unterteilung der Wundheilungsphasen ist lediglich theoretisch, da sich die einzelnen Wundheilungsphasen überlappen und teilweise parallel ablaufen. Gerade bei chronischen und sekundär heilenden Wunden können die Längen der einzelnen Phasen sehr stark variieren. Gesteuert werden diese komplexen und teilweise überlappenden Vorgänge der Wundheilung durch Zytokine und Wachstumsfaktoren.

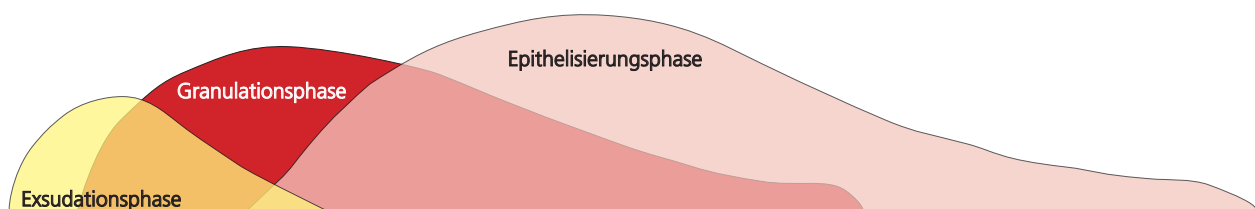


Abb. 2: Beispiel für Wundheilungsphasen bei chronischen sekundär-heilenden Wunden

Wundheilungsphasen

Exsudationsphase (Reinigungsphase)

Bei der Gerinnungsbildung wird ein Fibrinnetz gebildet, welches ein Verkleben aneinanderliegender Wundränder ermöglicht. Thrombozyten setzen Wachstumsfaktoren frei, die weitere Wundheilungsprozesse einleiten. Neutrophile Granulozyten wandern in die Wunde ein und phagozytieren eingedrungene Keime und Gewebsektasen. Wundsekret, das mit Entzündungszellen durchsetzt ist, spült Zelltrümmer (Detritus) und Keime aus. Im Verlauf dieser Phase nimmt die Zellteilung im Wundgebiet zu, Makrophagen entsorgen die Zelltrümmer und ggf. den Pfropf. Fibroblasten vollbringen in der folgenden Phase die eigentliche Aufbauarbeit. Hierzu ist ein feuchtes Wundmilieu nötig, welches durch moderne Verbandstoffe aufrechterhalten wird.

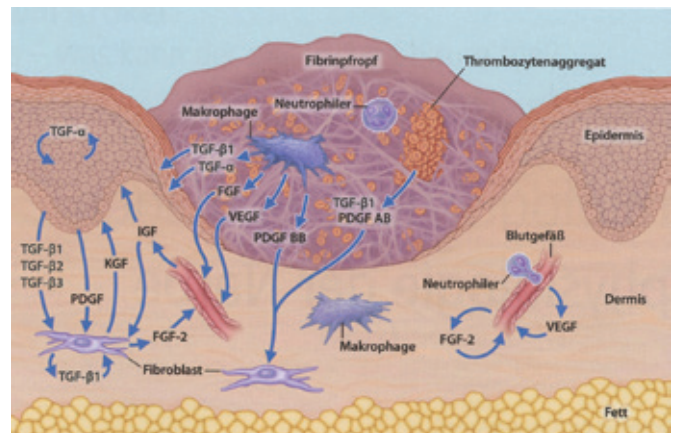


Abb. 2: Inflammatorische Phase der Wundheilung (Illustration entnommen aus Mirastschijski, Chirurgische Allgemeine Zeitung, 19, 6, 2018, S. 303-309)

Proliferationsphase (Granulationsphase)

Nach der Einwanderung von Fibroblasten und der Anlagerung von Endothelzellen wird durch Proliferation von gefäßreichem Granulationsgewebe (Füllbindegewebe) der Defekt nach und nach aufgefüllt. Die Wunde ist tiefrot, feucht glänzend und kaum noch exsudierend.

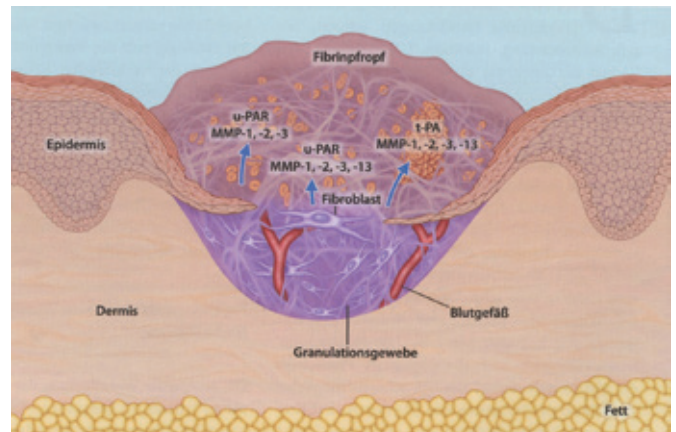


Abb. 3: Proliferationsphase der Wundheilung (Illustration entnommen aus Mirastschijski, Chirurgische Allgemeine Zeitung, 19, 6, 2018, S. 303-309)

Reparationsphase (Epithelisierungsphase)

Kontraktion der Wunde durch Abgabe von Flüssigkeit und durch Neubildung von Oberflächenzellen und nachfolgender Zellwanderung vom Wundrand zur Wundmitte. Voraussetzung für eine schnelle Epithelisierung ist ein gut ausgebildetes Granulationsgewebe. Die Epithelzellen „gleiten“ vom Wundrand aus über das neue Granulationsgewebe. Treffen zwei Keratinozyten aufeinander, kommt es zum Stillstand der Wanderung. Die Zellen verankern sich auf dem Granulationsgewebe und bilden die neue Basalmembran. Das Granulationsgewebe bildet zunehmend Kollagenfasern aus, dadurch entsteht faserreiches Narbengewebe. Da keine elastischen Fasern gebildet werden, verfügt das Narbengewebe über keine Elastizität, daher ist eine minimale Narbe anzustreben.

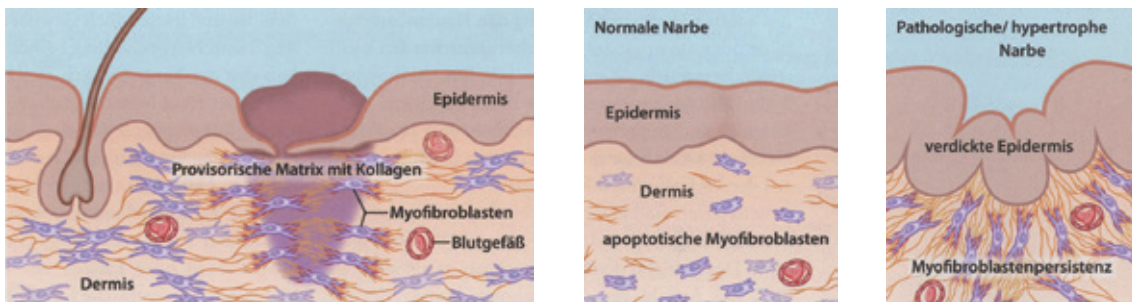


Abb. 4: Remodellierungsphase und Narbenbildung (Illustrationen entnommen aus Mirastschijski, Chirurgische Allgemeine Zeitung, 19, 6, 2018, S. 303-309)

An allen Phasen des Wundheilungsprozesses sind außerdem Thrombozyten, neutrophile Granulozyten, Makrophagen, Fibroblasten, Myofibroblasten, Endothelzellen, Keratinozyten, Immunzellen, etc. beteiligt.

Diese Zellen kommunizieren untereinander durch **Mediatoren, die das Zellwachstum, die Zelldifferenzierung und Entzündungsreaktionen regulieren**, die **Zytokine**. Zytokine sind Proteine, die sich gegenseitig in Ihrer Wirkung beeinflussen, und von denen man annimmt, dass sie ein komplexes Netzwerk bilden.

Der interessante Fall

Patientendaten / Anamnese:

88jähriger Patient, Z. n. Tetraparese bei Sepsis mit akutem Nierenversagen sowie Spondylodiszitis BWK I und II, Dekubitus der rechten Gesäßhälfte, massive Schluckstörungen. Aufnahme in das Hospiz am 11.06.2015



Abb. 1:
16.06.2015: Zustand der Wunde vor Behandlungsbeginn mit LIGASANO®

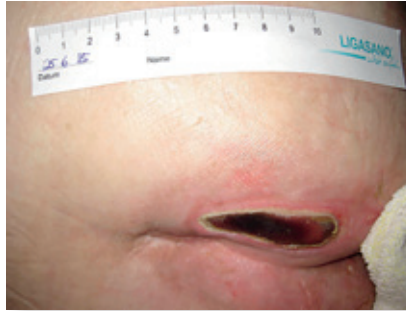


Abb. 2:
25.06.2015: Die Nekrose löst sich langsam von den Rändern her.

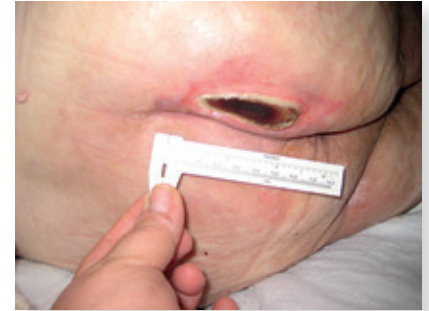


Abb. 3:
01.07.2015: Nekrose wird mehr und mehr aufgelöst.

Am 16.06.2015 zeigte sich die Situation wie folgt: Eine trockene, ca. 4 cm x 2 cm messende Nekrose hatte sich deutlich demarkiert. Die Wundumgebung war sichtbar gerötet und beim Abtasten auch verhärtet.

Als Aromapflegemischung entschieden wir uns für die „Wundpflegemischung A“ nach Maria Hoch:

20 ggt Cajeput (Melaleuca cajuputi), 50 ggt Lavendel fein (Lavandula angustifolia), 20 ggt Basilikum (Ocimum basilicum), 10 ggt Rosengeranie (Pelargonium graveolens), 60 ggt Teebaum (Melaleuca alternifolia), 10 ggt Thymian linalool (Thymus vulgaris ct linalool), 20 ggt Thymian thymol (Thymus vulgaris ct thymol), 20 ggt Zimtrinde (Cinnamomum verum)

Von der Grundmischung gaben wir 10 ggt auf 100 ml NaCl 0,9%. Diese Lösung sprühten wir auf die Nekrose, ließen es leicht antrocknen und deckten den Dekubitus mit einem Schaumverband ab. Leider war auch bei uns keine Seitenlagerung möglich. Der Herr wurde auf eine Wechsellagermatratze gebettet und wir führten Mikrolagerungen durch. Alle druckexponierten Stellen wurden mit unserem „Hautpflegeöl“ zur Dekubitusprophylaxe 2 x täglich eingerieben:

15 ml Jojobaöl (Simmondsia chinensis), 35 ml Mandelöl süß (Prunus dulcis), 8 ggt Lavendel fein (Lavandula angustifolia), 5 ggt Benzoe siam (Styrax tonkinensis), 2 ggt Karottensamen (Daucus carota).



Abb. 4:
08.07.2015: Die harte Nekrose hat sich vollständig aufgelöst und ist nur noch mittig mit dem Wundgrund verbunden.



Abb. 5:
15.07.2015: Nekrosereste lösen sich weiterhin, Wunde sezerniert nun sehr stark, Verbandwechsel 2x täglich



Abb. 6:
21.07.2015: Dicke Fibrinbeläge am Wundgrund, Wundtaschen werden sichtbar.

Die Größe des Dekubitus veränderte sich nicht nennenswert, allerdings löste sich die Nekrose weiter und so machten auch wir unverändert weiter, bis sich am 08.07.2015 folgender Zustand (Abb. 2.8.4) beim Verbandwechsel zeigte: Die harte Nekrose hatte sich vollständig aufgelöst war nur noch mittig mit dem Wundgrund verbunden. Die Wundränder zeigten sich gut durchblutet, aber auch verquollen. Ich dosierte die Tropfenzahl der Grundmischung auf 5 ggt pro 100 ml NaCl 0,9% herunter, da wir jetzt mit den ätherischen Ölen direkt in die Wundbehandlung gingen. Ein Verbandwechsel wurde täglich durchgeführt.

Am 15.07.2015 hielten wir den Wundzustand erneut bildlich fest: Langsam zeigte sich uns das gesamte Ausmaß der Schädigung. Da sich die Nekrosereste weiter lösten, bekamen wir einen besseren Blick „in“ die Wunde. Der Dekubitus ging weiter in die Tiefe als wir vermuteten. Es entleerte sich nun mehr Wundsekret, so dass wir 2 mal täglich den Verbandwechsel durchführen mussten. Es schien eine Reinigung einzusetzen. Um das Sekret besser aufzufangen, änderten wir das Verbandmaterial. Wir nutzen jetzt einen sanft haftenden Schaumverband, legten zusätzlich Saugkompressen auf und fixierten alles mit einer transparenten Verbandfolie. So sollte auch der entstehende Wundgeruch eingedämmt werden.

Der interessante Fall

Eine erneute Fotodokumentation am 21.07.2015 zeigte: Die Nekrose hatte sich völlig aufgelöst, dicke Fibrinbeläge „klebten“ am Wundgrund. Die Wundumgebung zeigte gut durchblutete, aber auch weiterhin erhabene Wundränder. Zusätzlich wurden jetzt auch deutlich Wundtaschen sichtbar. Diese wurden mit der Wundpflegemischung ausgespült, dann die gesamte Wunde nochmals ausgiebig besprüht. Die Verbandtechnik behielten wir bei.

Ab dem 25.07.2015 schien eine erneute Reinigungsphase der Wunde einzusetzen, da wieder deutlich mehr Wundsekret gebildet wurde. Die Wunde musste zeitweise 3x täglich verbunden werden, so dass im Team eine neue Versorgung diskutiert wurde. Wir entschieden uns für LIGASANO®, welches passgenau in die Wundhöhle eingelegt wurde. Zusätzlich wurde die Wunde mit einer weiteren Lage abgedeckt und Saugkompressen verwendet. Natürlich wurde auch wieder alles fixiert. Die direkte Wundbehandlung behielten wir bei.

Erste Erfolge zeigten sich schon zwei Tage später. Der Verbandswechsel musste nur noch 2x täglich erfolgen, da deutlich mehr Sekret vom Verbandsmaterial aufgenommen wurde. Die Fibrinbeläge lösten sich zunehmend und der Wundgeruch war deutlich eingedämmt. Die Wunde wurde weiterhin bei jedem Verbandswechsel mit der Wundpflegelösung ausgespült und eingesprüht.

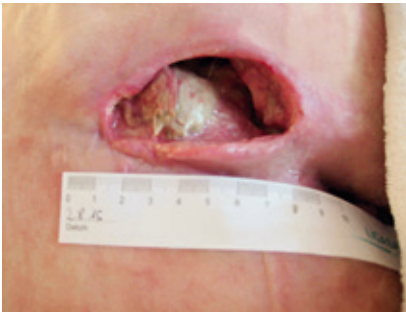


Abb. 7:
02.08.2015: Fibrinbeläge fast vollständig gelöst, Wundhöhle deutlich besser einsehbar.



Abb. 8:
11.08.2015: Wundhöhle gut gesäubert, kein Wundgeruch mehr wahrnehmbar.

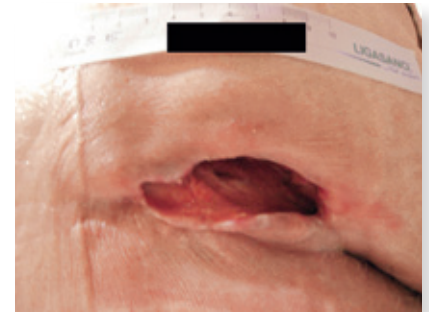


Abb. 9:
17.08.2015: Nur noch eine kleine Fibrinauflagerung am Wundgrund vorhanden.

Am 02.08.2015 hielten wir den Wundzustand erneut fotografisch fest: Die Fibrinbeläge hatten sich fast gänzlich gelöst und die Wundhöhle war jetzt deutlich besser einsehbar. Der Wundgrund erschien sauber und gut durchblutet, ebenso wie die etwas aufgequollenen Wundränder. Wundexsudat bildete sich kaum noch und so kam es auch nicht zu einem übermäßigen Wundgeruch. Bei diesem Ergebnis behielten wir die aktuelle Wundversorgung weiterhin bei.

Die nächste Fotodokumentation führten wir am 11.08.2015 durch. Die Wundhöhle hatte sich gut gesäubert und es waren kaum noch Fibrinbeläge vorhanden. Auch die Nekrose hatte sich völlig gelöst. Ebenso war kaum noch Wundgeruch wahrzunehmen und das Wundexsudat hatte in der Menge auch stark abgenommen. Die Wunde zeigte sich weiterhin gut durchblutet ohne Beläge und Wundgeruch.

Ich stellte einen neuen Wundpflegespray zusammen: 2 ggt Weihrauch arabisch (*Boswellia sacra*), 2 ggt Benzoe siam (*Styrax tonkinensis*), 1 ggt Kamille blau (*Matricaria recutita*), 3 ggt Karottensamen (*Daucus carota*), 4 ggt Lavendel fein (*Lavandula angustifolia*), 2 ggt Myrrhe (*Commiphora molmol*), 3 ggt Rosengeranie (*Pelargonium graveolens*), 5 ggt Sanddornfruchtfleischöl in 200 ml NaCl 0,9 %. Mit dieser Mischung wurde die Wunde täglich im Zuge des Verbandswechsels behandelt.

Die erneute Fotodokumentation fand am 17.08.2015 statt und zeigte am Wundgrund auf 1 Uhr noch eine kleine Fibrinauflagerung angehaftet. Die restliche Wunde war frei von sonstigen Belägen, sezernierte kaum und es war kein Wundgeruch wahrnehmbar. Das Vorgehen bei der Wundbehandlung wurde beibehalten.



Abb. 10:
27.08.2015: Wundgrund frei von Belägen, gute Granulationstendenz.



Abb. 11:
13.09.2015: Wunde sichtlich verkleinert, Wundränder gut durchblutet.



Abb. 12:
27.09.2015: Weitere Reduktion der Wundgröße und -tiefe.

Der interessante Fall

Am 27.08.2015 hielten wir die aktuelle Wundsituation erneut fotografisch fest: Die Fibrinauflagerung auf 1 Uhr hatte sich gelöst, der komplette Wundgrund war somit frei von Belägen. Die Wunde zeigte eine gute Granulationstendenz und so wurde der Verbandswechsel wie gehabt durchgeführt.

Am 13.09.2015 hatte sich die Wunde sichtlich verkleinert in der Größenausdehnung wie auch in der Tiefe. Die Wundränder stellten sich gut durchblutet dar und so änderten wir das Verbandsmaterial. In die Wundhöhle wurde weiterhin ein Streifen LIGASANO® weiß steril zur Tamponade von evtl. auftretendem Wundsekret eingelegt. Dann wurde die Wunde mit einer Zetuvit-Saugkompressen abgedeckt und mit Opsite-Folie fixiert. Die Wundmischung behielten wir bei.

Am 27.09.2015 hatte sich die Wundtiefe durch Granulationsgewebe weiter verringert. Die Wundränder zeigten sich gut durchblutet und die Wundgröße hatte sich weiterhin verringert. Bei diesem Wundzustand behielten wir die aktuelle Versorgung bei bis zum 6.10.2015. Dann hatte sich ein eitrig-grünlicher Belag auf der Wunde gebildet. Hinzu kam ein stark übelriechender Wundgeruch und so wurde der Wundpflegespray angepasst: 6 ggt Manuka (*Leptospermum scoparium*), 6 ggt Niauli (*Melaleuca viridiflora*), 4 ggt Kamille blau (*Matricaria recutita*), 10 ggt Lavendel fein (*Lavandula angustifolia*), 10 ggt Palmarosa (*Cymbopogon martini*), 4 ggt Immortelle (*Helichrysum italicum*), 8 ggt Pfefferminz (*Mentha piperita*), 10 ggt Sanddornfruchtfleischöl in 200 ml NaCl 0,9%. Das Wundmaterial behielten wir bei und führten den Verbandswechsel täglich durch.

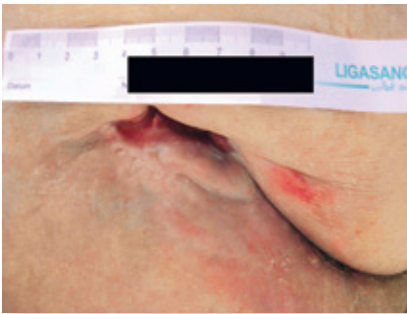


Abb. 13: 10.10.2015
Weitere Verkleinerung der Wunde

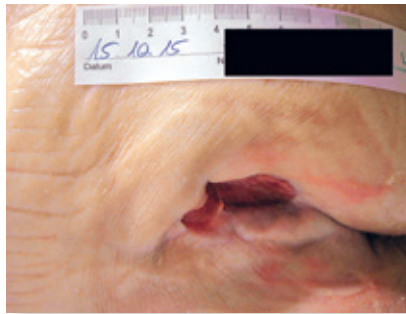


Abb. 14: 15.10.2015
Weitere Verkleinerung der Wunde

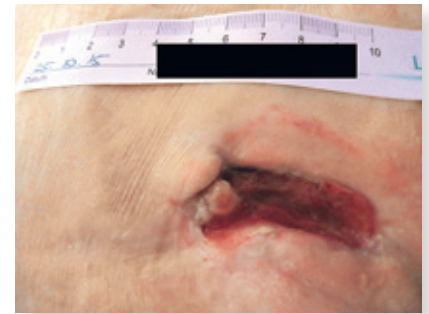


Abb. 15: 25.10.2015
Weitere Verkleinerung der Wunde

Am 10.10.2015, also zwei Tage später, hatte sich der Wundbelag schon deutlich reduziert und es war kein Wundgeruch mehr wahrnehmbar. Wir waren also scheinbar auf dem richtigen Weg und so machten wir weiter.

Eine erneute Fotodokumentation wurde am 15.10.2015 durchgeführt: Der Wundgrund war wieder völlig frei von Belägen und granulierte zusehends. Ein Wundgeruch war nicht mehr wahrzunehmen. Die gesamte Wunde verkleinerte sich von ihrer Größe.

Die letzte Fotodokumentation führten wir am 25.10.2015 durch: Die Heilungstendenz der Wunde war weiterhin ersichtlich. Die Wunde war völlig reizfrei. Die Wundversorgung mittels ätherischer Öle war zu jeder Zeit der Behandlung mit unserem betreuenden Ärzteteam abgesprochen. Da sich der Allgemeinzustand des Herren stabilisiert hatte, war die Unterbringung in einem Hospiz nicht mehr passend. Mit der Familie war im Vorfeld schon nach einer besseren Unterbringung für ihn gesucht worden und so fand am 26.10.2015 die Verlegung in ein Altenheim statt. Unser Gast hat sich nach fast einem Monat dort sehr gut eingelebt und genießt seine gewonnene Lebensqualität. Hat er bei uns doch überwiegend im Bett immer in der gleichen Position liegen wollen, wird er dort regelmäßig in den Rollstuhl mobilisiert und nimmt am Beschäftigungsprogramm teil.

Autorin:

Tanja Kapell, Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege, Aromaexpertin, Bodelschwingh-Hospiz Haus Franz, Dülken

Messen & Kongresse

Im September finden Sie uns in der Industrieausstellung der folgenden Veranstaltungen.

Vielleicht sehen wir uns dort?

Wir freuen uns auf Sie.



05.09.2019

1. Greizer Wundsymposium

Schloßbergsaal in der Altstadtgalerie, Marienstr. 1, 07973 Greiz

11.09.2019

Wound fresh up 2019 Teamwork Wunde

Gesundheitszentrum an der Kreisklinik Roth, Weinbergweg 14, 91154 Roth

13.09.2019

10. Leipziger Intensivpflegetag

Universitätsklinikum Leipzig, Hörsaal im Haus 4, Liebigstr. 20, 04103 Leipzig

13. - 14.09.2019

VERAH Kongress Bad Kissingen

Hotel Sonnenhügel, Burgstr. 15, 97688 Bad Kissingen

14.09.2019

16. Marktoberdorfer Wundforum

Modeon Marktoberdorf, Schwabenstr. 58, 87616 Marktoberdorf

www.wundnetz-allgaeu.info

16.09.2019

10. Murnauer Intensivpflegetag

BG Unfallklinik Murnau, Bildungszentrum für Pflegeberufe, Prog.-Küntscher-Str. 8, 82418 Murnau

18.09.2019

Wundsymposium Markgröningen

Orthopädische Klinik Markgröningen, Kurt-Lindemann-Weg 10, 71706 Markgröningen

18. - 19.09.2019

MedCare 2019

Congress Center Leipzig, Messe-Allee 1, 04356 Leipzig

www.medcare-leipzig.de

Messen & Kongresse

19. - 20.09.2019 HAI 2019 Estrel Congress Center Verlin, Sommerallee 225, 12057 Berlin www.HAI2019.de
26.09.2019 Mannheimer Intensiv- und Nephrologie-Kongress 2019 Alte Brauerei, Käfertaler Str. 162, 68167 Mannheim
26. - 27.09.2019 Deutscher Fachpflegekongress 2019 MCC Halle Münsterland, Albersloher Weg 32, 48155 Münster
27. - 28.09.2019 Süddeutscher Wund- und Pflegekongress Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd, Oberbettringer Str. 200, 73525 Schwäbisch Gmünd

Sie wollen immer ganz aktuell wissen, auf welchen Messen und Kongressen wir im Laufe dieses Jahres noch vertreten sind? Auf unserer Homepage unter www.ligasano.com finden Sie tagaktuell alle Termine für dieses Jahr.

Seminare & Workshops



Praxisnahe Grundseminare und Workshops finden im September in folgenden Orten statt:

03.09.2019	Grundseminar in	41068 Mönchengladbach
03.09.2019	Workshop in	49163 Bohmte
04.09.2019	Grundseminar in	04643 Geithain
04.09.2019	Grundseminar in	17121 Loitz
04.09.2019	Grundseminar in	49577 Anklam
04.09.2019	Workshop in	96110 Scheßlitz
05.09.2019	Grundseminar in	23879 Mölln
06.09.2019	Workshop in	49076 Osnabrück
09.09.2019	Workshop in	32049 Herford
10.09.2019	Grundseminar in	07586 Kraftsdorf
10.09.2019	Grundseminar in	18314 Lüdershausen
10.09.2019	Grundseminar in	21682 Stade
10.09.2019	Workshop in	30623 Hannover
10.09.2019	Grundseminar in	47574 Goch
10.09.2019	Workshop in	64823 Groß-Umstadt
10.09.2019	Workshop in	97688 Bad Kissingen
11.09.2019	Grundseminar in	07381 Pößneck
11.09.2019	Grundseminar in	19205 Veelböken
11.09.2019	Workshop in	48683 Ahaus
11.09.2019	Grundseminar in	51645 Gummersbach
12.09.2019	Grundseminar in	19205 Mühlen Eichsen
12.09.2019	Grundseminar in	31226 Peine
16.09.2019	Workshop in	08280 Aue-Bad Schlema
16.09.2019	Grundseminar in	53123 Bonn

Seminare & Workshops

17.09.2019	Grundseminar in	18195 Tessin
17.09.2019	Grundseminar in	34497 Korbach
17.09.2019	Workshop in	92660 Neustadt a.d.W.
18.09.2019	Grundseminar in	17192 Waren
18.09.2019	Grundseminar in	53068 Aachen
18.09.2019	Workshop in	91785 Pleinfeld
19.09.2019	Grundseminar in	83088 Kiefersfelden
19.09.2019	Workshop in	92237 Sulzbach-Rosenberg
23.09.2019	Grundseminar in	15236 Frankfurt/Oder
23.09.2019	Grundseminar in	17489 Greifswald
23.09.2019	Workshop in	86899 Landsberg
24.09.2019	Grundseminar in	18239 Satow
24.09.2019	Workshop in	49661 Cloppenburg
24.09.2019	Workshop in	57610 Altenkirchen
24.09.2019	Workshop in	97990 Weikersheim
25.09.2019	Grundseminar in	08538 Weischlitz
25.09.2019	Grundseminar in	17207 Röbel
25.09.2019	Grundseminar in	59423 Unna
26.09.2019	Grundseminar in	17087 Altentreptow
30.09.2019	Workshop in	13589 Berlin
30.09.2019	Workshop in	37434 Gieboldehausen

Wenn Sie als Einzelperson Interesse haben, an einem unserer Seminare teilzunehmen, bitten wir Sie, sich mit uns in Verbindung zu setzen. Wir fragen dann bei den jeweiligen Einrichtungen an, ob es möglich ist als Externe/r teilzunehmen.

LIGAMED® medical Produkte GmbH, Pfannenstielstr. 2 in 90556 Cadolzburg
Tel. 09103 / 2046 Fax 09103 / 2796 E-Mail: info@ligamed.de

Gerne hält unsere Referentin/unser Referent auch ein Seminar in Ihrer Einrichtung.
Tagaktuelle Termine für 2019 finden Sie auf unserer Homepage unter www.ligasano.com