

# WUND MANAGEMENT



*Schwerpunktthema: Lebensqualität*

## Übersicht

Standardisierte Messinstrumente zur Erfassung der wundbezogenen Lebensqualität

## Fallbeispiel

Wenn das Leben zur Wunde wird – Bewältigung von chronischer Krankheit im Lebensprozess

## Aus der Praxis

Aspekte der Verbesserung der Lebensqualität bei einem Wundpatienten mit Suchthintergrund

## Blickpunkt

Was hindert den Patienten, unsere Behandlung zu akzeptieren?

## Konsensusempfehlung

Empfehlungen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Behandlung des Ulcus cruris unter Praxisbedingungen

## Pflegelexikon

Analyse der lokalen Wundsituation, Teil 1

## Cochrane Pflegecorner

Risikoskalen zur Erfassung der Dekubitusgefährdung, um ein Druckgeschwür zu verhindern

Offizielles Mitteilungsorgan  
Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW e. V.)  
Österreichische Gesellschaft für Wundbehandlung (AWA)  
Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung (SAfW)  
Wundnetz Kiel e. V.  
Wundverbund Südwest e. V.  
Wundzentrum Hamburg e. V.  
Wundzentrum Nord e. V.

**mhp**  
Verlag GmbH

# WUND LETTER

Fachwissen für unterwegs

- Zu Prävention und Behandlung von chronischen Wunden.
- Aktuelle Studienergebnisse.
- Zusammenfassungen und Kommentare von Wundexperten.
- Infos zu relevanten politischen Entscheidungen.

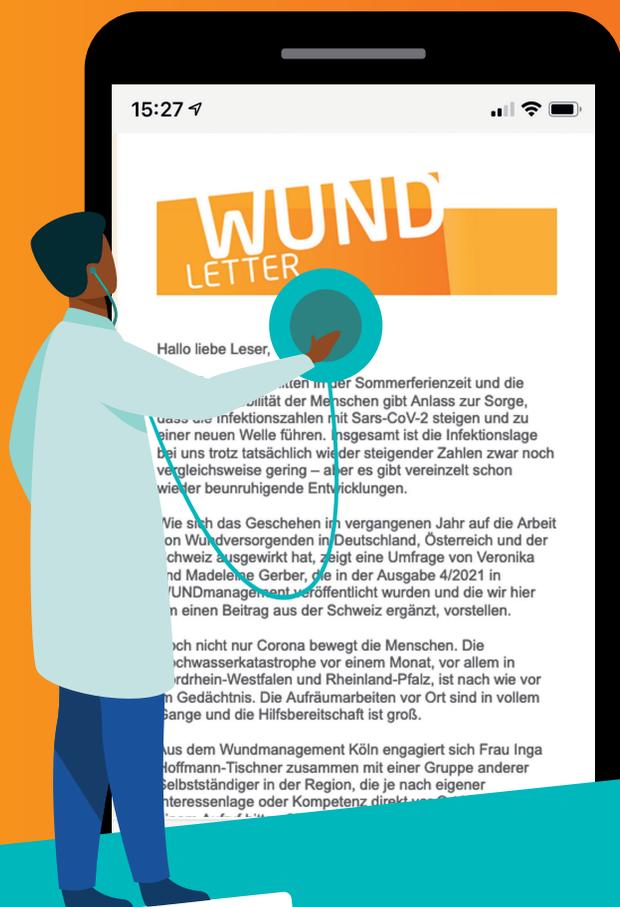
Das alles bietet der  
**WUND\_letter.**  
Der Newsletter für  
Pflegekräfte und  
Wundmanager\*innen.

+ zuverlässiges Fachwissen

+ optimiert für Ihr Smartphone

+ alle 14 Tage

+ aktuell noch  
kostenlos



Abonnieren Sie den **WUND\_letter**  
direkt über [www.bit.ly/wundletter](http://www.bit.ly/wundletter)  
oder scannen Sie den QR-Code.

# EDITORIAL



**Veronika Gerber,  
Gasteditorin**

Liebe Leserin, Lieber Leser

Es ist mir eine Freude und Ehre, für diese Ausgabe der Zeitschrift Wundmanagement als Gast-Editor tätig sein zu dürfen.

Die Beschäftigung mit der Frage „Wie geht es dem Menschen mit der Wunde?“ hat in meinem beruflichen Erleben viel öfter zum Erfolg geführt als die Auswahl einer Wundaufgabe. Das Interesse des Therapeuten an der Befindlichkeit seines Patienten schafft eine Vertrauensbasis, die eine Mitarbeit des Betroffenen ermöglicht.

Aber was ist Lebensqualität? Jeder redet davon, aber versteht auch jeder das Gleiche darunter?

Gestern sah ich ein Bild einer dünnen kleinen dunklen Hand auf einer großen hellen Hand. Darunter stand: „Manche wünschen sich ein iPhone, andere ein Stück Brot“. Wenn es mir gut geht, würde ich nie „Schmerzfreiheit“ als obersten Begriff meiner Lebensqualität definieren. Dann stünden bei mir Gesundheit, Freunde, Familie, Wohnen und gute Erlebnisse auf der Liste. Habe ich aber Schmerzen denke ich an nichts anderes.

Lebensqualität ist subjektiv, situativ und individuell. Sie ist durch andere schwer bis gar nicht zu definieren. Es besteht da leicht die Gefahr, dass man von sich selbst auf andere schließt. Was mir gefällt, muss doch auch meinem Patienten gefallen ... oder???

In dem Beitrag von Eva Maria Panfil werden verschiedene Erhebungsbögen zur Erfassung von Lebensqualität vorgestellt. Sie unterscheiden sich in einigen Parametern, haben aber alle gemeinsam, dass sie so konzipiert sind, dass die Betroffenen sie selbst ausfüllen können und sollen. Zurzeit werden diese Erhebungsbögen überwiegend in Studien eingesetzt. Da sie wertvolle Informationen für die Therapeuten enthalten, die in die Therapie einfließen sollten, sind sie in der Praxis von großer Bedeutung.

Das wurde auf der Bundeskonsensuskonferenz „Ergebnismessung & Nutzenbewertung in der Versorgung chronischer Wunden“ unter Leitung von Prof. Dr. Augustin von allen 35 Organisationen konsentiert. Einen entsprechenden Artikel finden Sie ebenfalls in dieser Ausgabe. Aus eigener Erfahrung bei der Nutzung des Würzburger Wundscores durfte ich erleben, dass ich durch die Fragen erst auf Hürden aufmerksam wurde, die ich sonst nie erfahren hätte. So kreuzte beispielsweise eine Patientin auf dem Bogen an, dass sie der Anblick der Wunde sehr stört. Es war zuvor ein durchsichtiger Verband verordnet worden, was hiernach umgestellt wurde. Eine andere Patientin beantwortete die Frage, ob aufgrund der Wunde ihre Urlaubsplanung beeinträchtigt wird mit „sehr“. So kann ich ein gutes Fernziel vermerken und habe einen Motivator, wenn die Wunde fast abgeheilt ist.

Über Motivationsförderung finden Sie einen nicht wissenschaftlichen Beitrag meinerseits. Was hindert den Patienten, unseren Empfehlungen zu folgen? Jeder, der mit Wundpatienten arbeitet, kennt die Problematik, dass die Mitarbeit des Patienten nicht immer gegeben ist. In dem Artikel finden Sie Beispiele für Ursachen und Lösungen für die Praxis. „Was sollte aus Ihrer Sicht besser werden?“ führt zu konkreten Antworten wie „wenn es nicht mehr so nass wäre in den Schuhen“... Und schon weiß ich, dass ich das Exsudatmanagement deutlich optimieren muss. Es ist leicht, hier einen raschen Erfolg zu erzielen. Dieser erste Erfolg motiviert für den nächsten Schritt.

In dem Artikel „Wenn das Leben zur Wunde wird“ von Frau Madeleine Gerber werden Situationen aufgezeigt, die einen Einfluss auf die Lebensqualität haben.

In dem Artikel von Ingrid Büdenbender wird deutlich, wie wichtig die persönliche Ansprache und Empathie bei Patienten mit chronischen Wunden und einem Suchthintergrund ist, um sie bei der Stange zu halten und adäquat behandeln zu können.

Mein persönliches Fazit ist, dass der Erfolg dann am Größten ist, wenn es gelingt, die Verantwortung an den Betroffenen zu übertragen. Ein wertschätzender Umgang auf Augenhöhe lässt den Patienten zum wertvollen „Kollegen“ des Behandlungsteams werden, der wichtige Aufgaben für seine eigene Gesundheit übernimmt. Probieren Sie es aus!

Ihre

Veronika Gerber

# Inhalt

- 185 Editorial
- 187 Aktuelles
- 194 Übersicht  
Standardisierte Messinstrumente zur Erfassung der wundbezogenen Lebensqualität von Menschen mit chronischen Wunden allgemein sowie mit Dekubitus  
*E.-M. Panfil*
- 199 Fallbeispiel  
Wenn das Leben zur Wunde wird  
– Bewältigung von chronischer Krankheit im Lebensprozess  
*M. Gerber*
- 204 Aus der Praxis  
Aspekte der Verbesserung der Lebensqualität bei einem Patienten mit Suchthintergrund  
*I. Büdenbender*
- 211 Blickpunkt  
Was hindert einen Patienten, unsere Behandlung zu akzeptieren?  
*V. Gerber*
- 216 Konsensusempfehlung  
Empfehlungen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Behandlung des Ulcus cruris unter Praxisbedingungen  
*Augustin M, Blome C, Storck M, Dissemond J, Heyer K, Herberger K, Mayer A, Wild T, Debus S, Schmitt J und die Konsensusgruppe*
- 218 Pflegelexikon  
Analyse der lokalen Wundsituation, Teil 1  
*K. Protz*
- 222 Cochrane-Pflege-Corner  
Risikoskalen zur Erfassung der Dekubitusgefährdung, um ein Druckgeschwür zu verhindern  
*E.-M. Panfil*
- 224 Nachrichten der ICW e. V.
- 228 Nachrichten der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung (SAfW)
- 229 Veranstaltungen
- 231 Buchbesprechungen
- 233 Termine
- 238 Neues aus der Industrie + Stellenmarkt
- 241 Impressum



Die Zeitschrift Wundmanagement ist das offizielle Mitteilungsorgan der

- Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW e. V.)
- Österreichischen Gesellschaft für Wundbehandlung (AWA)
- Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung (SAfW)
- Wundnetz Kiel e. V.
- Wundverband Südwest e. V.
- Wundzentrum Hamburg e. V.
- Wundzentrum Nord e. V.

**Titelbild:** www.thinkstock.com

**Beilage:** Diese Ausgabe enthält eine Beilage der Firma Mölnlycke Healthcare.

# AKTUELL

## | Expertenstandard Dekubitusprophylaxe wird aktualisiert

Das methodische Vorgehen des DNQP sieht eine regelmäßige Aktualisierung der Expertenstandards vor. Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe wurde 2010 zum ersten Mal aktualisiert und steht nun zur zweiten Aktualisierung an. Für die Aktualisierung wird eine neue Literaturstudie zum aktuellen Wissens- und Erkenntnisstand in Auftrag gegeben und eine neue Expertenarbeitsgruppe einberufen. Der Aktualisierungszeitraum wird sich über ca. 18 Monate erstrecken. Im Rahmen der Aktualisierung sollen zudem Indikatoren für das interne Qualitätsmanagement entwickelt werden.

Für die fachliche Leitung der Expertenarbeitsgruppe wird eine/ein auf diesem Gebiet ausgewiesene Wissenschaftlerin/ausgewiesener Wissenschaftler mit umfassender Expertise zum Thema und der Leitung von Projektgruppen gesucht. Die wissenschaftliche Leitung der Expertenarbeitsgruppe ist verantwortlich für das wissenschaftliche Niveau des Expertenstandards, der Kommentierungen und der Literaturanalyse unter Berücksichtigung der aktuellen Praxisbedingungen. Im Zusammenhang mit der Aktualisierung sollen auch Indikatoren auf Basis des aktualisierten Expertenstandards entwickelt werden, weshalb Erfahrungen in diesem Bereich von Vorteil sind. Wünschenswert ist die Zusicherung der Verfügbarkeit von zwei wissenschaftlichen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen mit einer entsprechenden Qualifikation für die Durchführung der Literaturrecherche nach anerkannten Verfahren. Für die Erstellung der Literaturstudie und die Personalkosten werden die entsprechenden finanziellen Ressourcen zur Verfügung gestellt. Die wissenschaftliche Leitung der Expertenarbeitsgruppe erfolgt ehrenamtlich, lediglich anfallende Reisekosten im Zusammenhang mit der Aktualisierung des Expertenstandards werden erstattet.

Neben der fachlichen Expertise werden die Bewerberin/der Bewerber gebe-

ten, eigene Interessen, Verbindungen zur Industrie oder Interessensverbänden offen zu legen, um so die wissenschaftliche und institutionelle Unabhängigkeit der Expertenstandards garantieren zu können.

Bewerbungen – per E-Mail oder auf dem Postweg – werden bis zum 05. Oktober 2015 an die folgende Anschrift erbeten: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Hochschule Osnabrück Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Andreas Büscher Postfach 19 40, 49009 Osnabrück

E-Mail: [dnqp@hs-osnabrueck.de](mailto:dnqp@hs-osnabrueck.de)

Internet: <http://www.dnqp.de>

**Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Hochschule Osnabrück.**  
Internet: <http://www.dnqp.de>

## | Stand der Aktualisierung des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“

### Anfang Januar Veröffentlichung der Konsultationsfassung im Internet

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat 2013 mit der Aktualisierung des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ begonnen. Frau Prof. Dr. Eva-Maria Panfil von der Fachhochschule Bern übernahm die Aufgabe der wissen-

## Erratum

Leider hat sich in dem Artikel „Débridement mit medizinischen Larven – Ein Update“ von Kerstin Protz aus der Ausgabe 6/2014, S. 289–295 ein redaktioneller Fehler im Literaturverzeichnis eingeschlichen:

Es fehlt an der Literaturstelle 3 das Zitat:

### 3. BfArM-Zulassungsbescheid vom 11.02.2014.

als eigenständiges Zitat. Es war versehentlich zur Literaturstelle 2 gerutscht. Dadurch haben sich auch die Nummerierungen verschoben. Ab Literaturstelle 4 in diesem Artikel gehören nach Einfügen der o. g. Stelle korrekterweise alle Literaturstellen eine Nummerierung weiter nach hinten (d. h. 4 ist gleich 5; 5 ist gleich 6; usw.).

schaftlichen Leitung der Expertenarbeitsgruppe und zeichnet auch, gemeinsam mit Christine Halbig, M.Sc. (Fachhochschule Frankfurt), für die Erstellung der neuen Literaturstudie verantwortlich. Auf Grundlage dieser Literaturstudie diskutierte die vierzehnköpfige Expertenarbeitsgruppe, zu der neben den Vertretern und Vertreterinnen aus Praxis und Wissenschaft auch eine Patientenvertreterin zählt, im Juni 2014 den Änderungsbedarf des Expertenstandards und der Kommentierungen. Die Anpassungen am Expertenstandard und an den Kommentierungen werden zurzeit von den Mitgliedern der Expertenarbeitsgruppe vorgenommen und innerhalb der Gruppe konsentiert.

Die Konsultationsphase zur Einbindung der Fachöffentlichkeit fand Anfang des Jahres statt.

Die eingegangenen Rückmeldungen und Stellungnahmen werden vom wissenschaftlichen Team des DNQP und den Mitgliedern der Expertenarbeitsgruppe ausgewertet und für die abschließende Bearbeitung des aktualisierten Expertenstandards berücksichtigt. Mit der Veröffentlichung ist noch diesen Sommer zu rechnen. Ein Workshop zum Expertenstandard ist für das Frühjahr 2016 geplant.

**Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Hochschule Osnabrück.**  
Internet: <http://www.dnqp.de>

## Debrisoft® Ein fester Bestandteil des Wundmanagements.

- schnell sichtbare Ergebnisse
- einfach in der Handhabung
- schmerzarm in der Anwendung



Ganz einfach  
zur Suprasorb  
Wundnavigator-App!

### | Moderne Wundversorgung

#### Wundmanagement: Kliniken sparen am falschen Ende

Von den rund vier Millionen Wundpatienten in Deutschland werden nur 800.000 angemessen behandelt, berichtet die Fachzeitschrift kma. Viele Kliniken scheuen die höheren Anschaffungskosten für moderne Wundprodukte, obwohl sich dadurch viel Leid für die Patienten vermeiden und letztlich auch Geld sparen ließe. Die Initiative Chronische Wunden (ICW) beklagt in diesem Zusammenhang, dass dem Krankenhauspersonal zudem oft das notwendige Fachwissen fehle und interdisziplinäre Zusammenarbeit nur selten stattfinde.

„Die Kosten der nicht effektiven Wundbehandlung liegen bei rund 1,4 Millionen Euro im Jahr“, erklärt Veronika Gerber, Vorstandsvorsitzende der ICW. Geld, das besser in eine geeignete Wundbehandlung fließen sollte.

Laut einer Analyse des Instituts für Versorgungsforschung der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf verbessern hydroaktive Auflagen die Heilungschancen um rund 52 Prozent. Dass trotzdem 40 Mal mehr konventionelle Wundverbände eingesetzt werden, liegt vor allem an den zunächst höheren Anschaffungskosten. Die Behandlung mit modernen Wundprodukten würde am Ende aber die Therapiekosten um 25 Prozent senken, so der BVMed. Gleiches gelte für Vorsorgemaßnahmen, wie beispielsweise druckentlastende Matratzen, die dabei helfen, Wunden gar nicht erst entstehen zu lassen.

[www.bvmed.de](http://www.bvmed.de)

### | Wie Zebrafische amputierte Flossen wiederherstellen

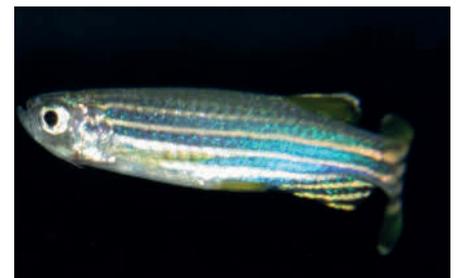
Im Gegensatz zum Menschen sind Fische imstande, amputierte Körperteile vollständig wiederherzustellen. Ein prominentes Beispiel ist der Zebraärbbling, der auch als Zebrafisch bezeichnet wird. Seine Schwanzflosse regeneriert nach einer Verletzung innerhalb von drei Wochen vollständig. Wie wird die Produktion neuer Knochenzellen gesteuert, und wie gelingt es dem Zebraärbbling, dass das Skelett der wiederhergestellten Flosse wieder genauso aussieht wie das der ursprünglichen

Flosse? Prof. Dr. Gerrit Begemann, Professor für Entwicklungsbiologie an der Universität Bayreuth, und seiner Doktorandin Nicola Blum ist es jetzt gelungen, wichtige Aspekte dieser Prozesse aufzuklären.

Im Gegensatz zum Menschen sind Fische imstande, amputierte Körperteile vollständig wiederherzustellen. Ein prominentes Beispiel ist der Zebraärbbling (Danio rerio), ein beliebter Aquarienzierfisch. Wenn seine Schwanzflossen durch Bisswunden verletzt oder im Labor amputiert werden, können sie sich innerhalb von drei Wochen vollständig regenerieren. Zebraärblinge – auch Zebrafische genannt – bieten sich daher als Tiermodell an, um die natürliche Regeneration von Gewebe auf zellulärer und molekularer Ebene zu untersuchen.

Die Flossen der Zebrafische bestehen aus einer Flossenhaut, die durch ein Skelett aus Flossenstrahlen Stabilität bekommt; ähnlich wie ein aufgespannter Regenschirm, der durch die metallenen Kiele Festigkeit erhält. Die Flossenstrahlen werden von knochenbildenden Zellen, den Osteoblasten, gebildet. Damit eine amputierte Flosse wieder neu aufgebaut werden kann, muss in kurzer Zeit eine große Anzahl neuer Osteoblasten entstehen. Osteoblasten aus der Wundregion müssen daher die Bildung von Knochensubstanz zunächst aufgeben und sich „verjüngen“ – oder genauer gesagt: durch „De-Differenzierung“ in ein früheres Entwicklungsstadium zurückfallen. Aus spezialisierten, reifen Zellen werden teilungsfähige Knochenvorläuferzellen.

Bisher war nur wenig darüber bekannt, wie die De-Differenzierung und die erneute Knochenbildung reguliert wird. Und auch wie es dem Zebrafisch gelingt, dass das Skelett der regenerierten Flosse wie-



Das regenerierende Gewebe (Blastema) einer Zebraärbbling-Schwanzflosse nach einer Amputation. Bild: Professur für Entwicklungsbiologie, Universität Bayreuth.

der genauso aussieht wie das der ursprünglichen Flosse, war unklar. Prof. Dr. Gerrit Begemann, Professor für Entwicklungsbiologie an der Universität Bayreuth, und seiner Doktorandin Nicola Blum ist es jetzt gelungen, wichtige Aspekte dieser Prozesse aufzuklären. In der Online-Ausgabe des renommierten Fachmagazins „Development“ haben sie dazu zwei Studien veröffentlicht. Aus den neuen Erkenntnissen können Impulse für biomedizinische Forschungsarbeiten hervorgehen, die darauf abzielen, das Gewebe verletzter Knochen oder Organe beim Menschen wiederherzustellen.

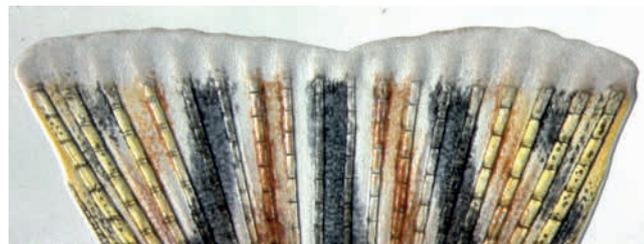
### Das Dilemma der Zellen: Zwischen Vermehrung und Spezialisierung

Für das normale Wachstum von Knochen hat Retinsäure eine wichtige Funktion. Sie regt die Osteoblasten dazu an, Knochenmaterial abzuscheiden und so ihre spezielle Funktion als differenzierte Zellen zu erfüllen. Damit die Osteoblasten diese Funktion aufgeben und sich wieder zu teilungsfähigen Knochenvorläuferzellen rückentwickeln können, sind sie folglich auf eine Umgebung angewiesen, die von Retinsäure frei ist. Doch genau diese Voraussetzung ist, wenn die Schwanzflosse amputiert ist, nicht gegeben. Denn das Gewe-

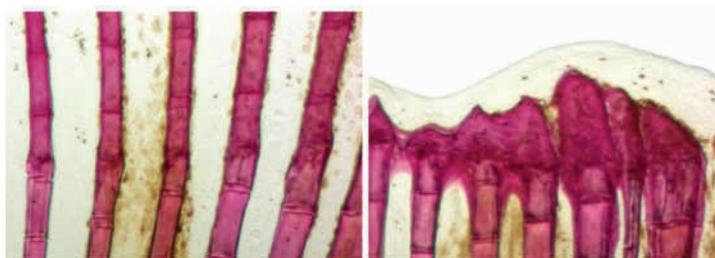
be unter der Wunde beginnt mit der massiven Produktion von Retinsäure, um Prozesse der Zellteilung anzuregen.

Wie gelingt es den reifen Osteoblasten, diesem Dilemma zu entkommen? Die Antwort hat Nicola Blum im Labor von Prof. Gerrit Begemann entdeckt: Nach der Verletzung der Flosse produzieren die Osteoblasten vorübergehend das Enzym Cyp26b1, das Retinsäure abbaut und inaktiviert. Unter dem Schutz dieses Enzyms kann die Entwicklungsuhr zurückgedreht werden. Die teilungsfähigen Knochenvorläuferzellen wandern in einen Pool von Vorläuferzellen, das Blastema, ein. In diesem Gewebe vermehren sich die Vorläuferzellen und bilden neue Zellen für den Wiederaufbau der Flosse. In der Folge entsteht ein weiteres Dilemma, wie das Bayreuther Forschungsteam herausgefunden hat: Die Zellteilungen werden durch eine hohe Konzentration von Retinsäure unterstützt. Doch die Rückverwandlung in reife spezialisierte Zellen wird, wie schon zuvor die „De-Differenzierung“, durch Retinsäure blockiert.

Nicola Blum hat herausgefunden, wie dieses Dilemma innerhalb des Blastemas gelöst wird. In denjenigen Bereichen des Blastemas, in denen neue Osteoblasten wieder mit dem Aufbau des Skeletts be-



Das regenerierende Gewebe (Blastema) einer Zebrafisch-Schwanzflosse nach einer Amputation. Bild: Professur für Entwicklungsbiologie, Universität Bayreuth.



Schwanzflosse eines Zebrafischbärlings. Li.: normale Regeneration der knöchernen Flossenstrahlen; re.: Fehlbildungen der Knochen infolge einer manipulierten Produktion des Signalproteins Sonic Hedgehog. Bild: Professur für Entwicklungsbiologie, Universität Bayreuth.

## Suprasorb® P silicone

### Der Wundverband für die empfindliche Umgebungshaut.



Mit Silikon-Haftschiicht – besonders schonend für Wundbett und empfindliche Umgebungshaut.

Für eine gesteigerte Lebensqualität und hohe Patientenzufriedenheit.



- leicht zu applizieren
- nahezu schmerzlos zu entfernen
- fördert ein feuchtes Wundheilungsmilieu



Mehr zu Suprasorb P silicone:

ginnen, produzieren Bindegewebszellen den Retinsäurekiller Cyp26b1. Dadurch sinkt die Menge an Retinsäure, und Knochenvorläuferzellen sind in der Lage, erneut zu Osteoblasten zu reifen. Nur in demjenigen Bereich des Blastemas, der durch Zellteilung für Zellnachschub sorgt, bleibt die Konzentration an Retinsäure hoch. „So ist innerhalb des Blastemas für ein elegantes Gleichgewicht zwischen unterschiedlichen Regionen gesorgt, auf die sich die beiden Prozesse der Vermehrung und der Re-Differenzierung von Zellen verteilen“, erklärt Begemann.

### Ein ‚Navigationssystem‘ für den Wiederaufbau des Skeletts

Wie wird die Form des Knochenskeletts wiederhergestellt, sobald sich ausreichend viele Osteoblasten neu gebildet haben? Für den korrekten Wiederaufbau der Knochen ist es erforderlich, dass sich die frisch regenerierten Osteoblasten an den richtigen Stellen anlagern, nämlich exakt in der Verlängerung der noch vorhandenen Knochenstrahlen. Genau hier müssen sie neues Knochenmaterial produzieren. Der Mechanismus, der dieses Verhalten der Osteoblasten gewährleistet, war bisher unbekannt. In einer weiteren, ebenfalls in „Development“ veröffentlichten Studie konnte er von Nicola Blum aufgeklärt werden.

Damit die Osteoblasten ‚wissen‘, wo sie sich anlagern müssen, wird in der Flossenoberhaut – auch Epidermis genannt – das Signalprotein Sonic Hedgehog produziert und ausgesendet. Die Zellen der Epidermis können dieses Protein allerdings nur dann herstellen, wenn sie frei sind von Retinsäure. Dies wird genau dort, wo Flossenstrahlen entstehen, durch das Enzym Cyp26a1 sichergestellt, das mit Cyp26b1 verwandt ist. Welche entscheidende Lotsenfunktion Sonic Hedgehog für die Osteoblasten übernimmt, konnte die Bayreuther Doktorandin zeigen, indem sie die Konzentration von Retinsäure derart manipulierte, dass das Signalprotein vom gesamten regenerierenden Gewebe ausgesendet wurde. Die Folgen waren dramatisch: Statt sich gezielt nur an der Verlängerung bestehender Flossenstrahlen anzulagern, wanderten die Osteoblasten auch in Bereiche zwischen den Strahlen ein, die normalerweise nur aus elastischer Flossenhaut besteht. Es bildeten sich Knochenzellen an völlig verkehrten Stellen, so dass im Ergebnis auch der Wiederaufbau der Skelettstruktur scheiterte.

Zugleich stellte sich in den Experimenten heraus, dass Osteoblasten ihrerseits Lotsenfunktionen für andere Zelltypen – insbesondere für Bindegewebe- und Blutgefäßzellen – haben. Auch diese Zellen müssen sich in unmittelbarer Nähe der Flossenstrahlen ansiedeln. Sie tun dies, indem sie sich an den Osteoblasten orientieren. Wenn Knochenvorläuferzellen falsche Wege einschlagen, folgen ihnen die Bindegewebe- und Blutgefäßzellen – ein weiterer Grund, weshalb die Regeneration der Skelettstruktur fehlschlägt.

„Die Neubildung des Skeletts beruht offensichtlich auf einem ‚Navigationssystem‘, das sich aus einer Kette von Lotsenfunktionen aufbaut“, fasst Begemann die neuen Erkenntnisse zusammen. „Am Beginn steht der räumlich begrenzte Abbau der Retinsäure. Dadurch wird die Produktion eines Signalproteins ermöglicht, das die knochenbildenden Zellen genau dorthin führt, wo sie benötigt werden. Die Osteoblasten ihrerseits lotsen Bindegewebe- und Blutgefäßzellen an die richtigen Stellen und koordinieren so die natürliche Regeneration der Flosse.“

**Christian Wißler Mediendienst Forschung, Universität Bayreuth, [www.uni-bayreuth.de](http://www.uni-bayreuth.de)**

### ! BVMed startet Informationsportal zur Versorgung chronischer Wunden

**[www.info-wundversorgung.de](http://www.info-wundversorgung.de)**

Der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) informiert mit einer neuen Internetseite unter **[www.info-wundversorgung.de](http://www.info-wundversorgung.de)** (http://www.info-wundversorgung.de) Patienten, Angehörige, Ärzte und Krankenkassen über die Behandlung chronischer Wunden und die Vorteile hydroaktiver Wundauflagen. Rund vier Millionen Menschen leiden in Deutschland an offenen Wunden. Der BVMed setzt sich für eine „phasengerechte Wundversorgung“ und ein modernes Wundmanagement ein, das auch die Behandlung der Ursachen mit einschließt. Im Versorgungsalltag gebe es nach wie vor große Defizite in der Wundversorgung, „obwohl die Wirtschaftlichkeit der modernen Wundversorgung umfangreich belegt ist“, so BVMed-Geschäftsführer und Vorstandsmitglied Joachim M. Schmitt.

Offene Wunden sind meist mit starken Schmerzen verbunden und teils lebensge-

fährlich. Die moderne, hydroaktive Wundversorgung bietet mehrere Vorteile gegenüber konventionellen Verbandmitteln: Eine bessere Abheilungsrate, weniger und einfachere Verbandwechsel, geringere Schmerzen und Gewinn an Lebensqualität. Eine Meta-Analyse des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf von 170 Studien dokumentiert die Überlegenheit hydroaktiver Wundauflagen gegenüber konventionellen Therapien. Die Abheilungschance beim Einsatz hydroaktiver Wundauflagen ist im Schnitt 52 Prozent höher als bei konventionellen Verbandmitteln, so das Ergebnis.

Zusätzlich kann ein umfassendes, integratives Wundmanagement helfen. Darunter versteht man eine Behandlung, in der sich Ärzte, Pfleger und weitere Versorgungspartner aufeinander abstimmen und in Teamarbeit die Heilung vorantreiben. Nur so kann von der Berücksichtigung der Ursachen für eine chronische Wunde bis zur phasengerechten Wundbehandlung ein möglichst optimaler Heilungserfolg erzielt werden.

Die neue BVMed-Internetseite bietet auch spezielle Informationen für Ärzte und Krankenkassen. Wichtig für den Vertragsarzt: Verbandmittel sind Medizinprodukte und keine Arzneimittel. Sie können zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden, fallen jedoch unter die Richtgrößen.

Wichtig für die Krankenkassen: Bei einem Blick auf die Gesamtbehandlung zeigen sich klare Kostenvorteile der modernen Wundversorgung. Einsparungen in Milliardenhöhe sind möglich. Die Krankenkassen müssten daher chronischen Wunden mehr Aufmerksamkeit schenken, so der BVMed.

Der BVMed spricht sich für eine stärkere Förderung ganzheitlicher Therapieansätze aus. Außerdem schlägt er vor, dass Verbandmittel für die Behandlung festgelegter chronischer Wunden nicht mehr Bestandteil der Richtgrößenvereinbarung sein sollten. Die Befreiung vom Sparzwang für den Arzt würde die optimale Behandlung ermöglichen, wodurch sich die Versorgungs- und Lebensqualität der Betroffenen verbessern würde. Gleichzeitig ließen sich deutliche volkswirtschaftliche Einsparungen erzielen.

**[www.bvmed.de](http://www.bvmed.de)**

## | SenseEmotion: Schmerz- und Emotionserkennung bei Senioren

Ein BMBF-Verbundprojekt der Universitäten Augsburg und Ulm zur Verbesserung der Lebensqualität älterer pflegebedürftiger Menschen wurde gestartet.

Ältere und womöglich demente Personen können ihren Pflegerinnen und Pflegern oft nicht mitteilen, ob sie unter Schmerzen leiden oder wie stark diese sind. Gerade in Zeiten des Pflegenotstands kann dies zu einer Unterversorgung der Patienten führen. Informatiker und Psychologen der Universitäten Augsburg und Ulm arbeiten im Projekt SenseEmotion an der Lösung: Eine sensorbasierte automatische Schmerz- und Emotionserkennung sowie ein Avatar sollen eine optimale Therapie ermöglichen und das Personal in Seniorenheimen und Krankenhäusern entlasten. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert das Projekt mit über 1,3 Millionen Euro für drei Jahre.

Die Deutschen werden immer älter. Doch oft mindern körperliche Beeinträchtigungen und Schmerzen die Lebensqualität von Seniorinnen und Senioren. Gerade bei kognitiv und verbal eingeschränkten Personen können Pflegenden die emotionale Verfassung, Verwirrungszustände oder die Schmerzintensität nur schwer einschätzen. Mit Hilfe von physiologischen Messungen – zum Beispiel des Hautleitwiderstands – und von Sprach- und Bewegungsanalysen, die Aufschluss über die Verfassung des Pflegebedürftigen geben, wollen Forscher der Universitäten Augsburg und Ulm das Personal in Seniorenheimen und Krankenhäusern unterstützen und eine optimale Versorgung ermöglichen. „Unser Ziel ist es, die Schmerzbehandlung im Pflegeheim - hinsichtlich sowohl körperlicher als auch seelischer Schmerzen - durch exakte automatische Schmerzerkennung und ein personalisiertes Affektmanagement zu optimieren, um so das Wohlbefinden und die Lebensqualität von älteren Menschen zu verbessern“, erläutert SenseEmotion-Projekt Koordinator PD Dr. Dr. Jonghwa Kim vom Lehrstuhl für Multimodale Mensch-Technik-Interaktion der Universität Augsburg.

Grundlage sind multimodale Daten, die mittels Sensoren, Audio- und Videoaufnahmen und so genannten Motion Capture

## Ausschreibung Drei-Länder-Wundpreis 2015 der Fondation URGO

Die gemeinnützige Stiftung „Fondation URGO“ wurde ins Leben gerufen, um wissenschaftliche Projekte unter anderem auf dem Gebiet der Wundversorgung nachhaltig zu fördern. Die Stiftung lobt 2015 zum zweiten Mal den Drei-Länder-Wundpreis für Deutschland, Österreich und die Schweiz aus.

Das Ziel der Fondation URGO ist die Verbesserung von Prophylaxe, Diagnostik und praktischer Umsetzung wirksamer Therapiemaßnahmen. Das gilt ebenso für die Förderung der interprofessionellen Kooperation in den Bereichen Medizin und Pflege.

**Chronische Wunden:** Komplexe Probleme verlangen nach Innovation und Kooperation. Angesichts der demographischen Entwicklung steigen die Anforderungen an die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden erheblich. Das gilt umso mehr, wenn weit verbreitete Grunderkrankungen – hier steht Diabetes mellitus an vorderster Stelle – die Abheilprozesse sowie die Lebensqualität der Betroffenen negativ beeinflussen. Dabei kommt dem Zusammenspiel der ärztlichen und pflegerischen Kompetenz besonders große Bedeutung zu.

### Internationaler Wissensaustausch – ein Gebot der Zeit

Die Stiftung „Fondation URGO“ vergibt das Preisgeld bevorzugt für Projekte mit einem fachübergreifenden medizinisch-pflegerischen Ansatz. Der länderübergreifende Erfahrungsaustausch wird immer wichtiger, verbreitert er doch die Basis für den Wissenstransfer erheblich. Diesen nachhaltig zu fördern und zu unterstützen zählt ebenfalls zu den vorrangigen Zielen des Drei-Länder-Wundpreises der „Fondation URGO“.

Für den Urgo Drei-Länder-Wundpreis 2015 wurden folgende Themenschwerpunkte festgelegt:

- Diabetes mellitus, metabolisches Syndrom und Wundheilung
- Grundlagen- und Anwendungsforschung auf dem Gebiet der Wundheilung
- Erstellung und Implementierung von Standards für ein optimiertes Wundmanagement
- Schulungs- und Fortbildungskonzepte in der Wundbehandlung
- Strategien und Konzepte in der Edukation von Patienten und Angehörigen
- Projekte zur Rezidivprophylaxe bei chronischen Wunden
- Wundmanagement und Lebensqualität

Zur Teilnahme berechtigt sind alle examinierten Pflegefachkräfte, Pflegewissenschaftler/innen und Ärzte/Ärztinnen aller Fachgebiete sowie Doktoranden der Medizin. Bewerber können ihre Unterlagen bis zum **31.12.2015** einreichen. Die Arbeiten werden von einer unabhängigen Jury aus Experten verschiedener medizinischer Fachgebiete und der Pflege bewertet.

Der Drei-Länder-Wundpreis 2015 der „Fondation URGO“ ist mit insgesamt 10.000 EUR dotiert.

Weitere ausführliche Informationen zu den Ausschreibungsdetails selbst sind zu finden unter: [www.urgo.de](http://www.urgo.de) oder schreiben Sie an [wundpreis2015@urgo.de](mailto:wundpreis2015@urgo.de).

Systemen erhoben werden. Ihre Zusammenführung und Auswertung geben dem Betreuer Hinweise auf die Verfassung der Senioren - auf Schmerzen, auf Zustände der Orientierungslosigkeit und Verwirrung und auf damit verbundene Emotionen wie Panik, Angst oder Ärger. „Ist gerade kein Pfleger zur Stelle, kann ein Avatar die Heimbewohner beruhigen und ablenken. Dieser virtuelle Pflegehelfer berät die Frauen und Männer, schlägt beispielsweise einen Spaziergang vor oder lenkt sie mit ihrer Lieblingsmusik ab“, erläutert Dr. Steffen Walter, Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Ulmer Sektion Medizinische Psychologie. Der Avatar, der in den Raum

projizierbar ist, könne auch eine Art Schmerztagebuch für das Pflegepersonal führen.

Mit dem Projekt SenseEmotion hat das Forscherteam aus Augsburg und Ulm auf eine Ausschreibung des BMBF zur Unterstützung Älterer und ihres Pflegepersonals reagiert. „Für die Bewältigung der sich hier stellenden Herausforderungen ist multidisziplinäre Zusammenarbeit eine unabdingbare Voraussetzung. Es freut mich sehr“, so Kim, „dass es uns gelungen ist, solch ein exzellentes Konsortium aus hervorragend anerkannten Experten verschiedener Forschungsbereiche zusammenzustellen.“

In der Tat sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Bearbeitung des Projekts an den beiden Standorten Augsburg und Ulm hervorragend: Kim selbst und Prof. Dr. Elisabeth André, die Inhaberin des Augsburger Lehrstuhls für Multimodale Mensch-Technik-Interaktion, steuern ihre Expertise zur physiologischen Analyse und multisensorischen Datenfusion bei. Ihre Pionierarbeit auf dem Gebiet des „Affective Computing“ ist weltweit anerkannt, die von ihnen entwickelten Technologien zur Emotionserkennung werden nicht nur in Deutschland und in weiteren europäischen Ländern, sondern auch in den USA eingesetzt. „Auf diesen Vorarbeiten werden wir aufbauen können. Allerdings“, betont André, „betreten wir mit der Erkennung von schmerzassoziierten Emotionen absolutes Neuland. Es sind bisher keine computergestützten Studien zu einer präzisen Differenzierung zwischen Schmerz und Emotion bekannt.“

Zur Emotionsforschung, zur Bewegungs- und Verhaltensanalyse sowie zum Interaktionsdesign wiederum haben Ulmer Wissenschaftler um Prof. Dr. Enrico Rukzio (Institut für Medieninformatik), Prof. Dr. Heiko Neumann und Dr. Fried-

helm Schwenker (beide Neuroinformatik) unter anderem im Sonderforschungsbereich/TRR 62 „Eine Companion-Technologie für kognitive technische Systeme“ wichtige Vorarbeiten geleistet. Darüber hinaus ist Prof. Dr. Harald C. Traue, Leiter der Sektion Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Ulm, ein anerkannter Schmerzexperte.

Auf dem Weg zur praktischen Umsetzung sind derzeit zwei große Experimente in Planung: Zum einen wird die Zustandserfassung mittels Biopotentialen wie Elektrokardiogrammen (EKG), Audio- und Videoaufnahmen an jungen, gesunden Probanden im Labor getestet. In einem zweiten Versuch soll die Lebenswirklichkeit von Heimbewohnern imitiert werden: Neben den Sensoren tragen die Versuchspersonen hier „Alterssimulationsanzüge“, um den Pflegealltag nachempfinden zu können. Gewichte im Anzug, versteifte Gelenke und eine Spezialbrille, die eine eingeschränkte Sicht simuliert, erschweren das frühe Wecken, die Medikamenteneinnahme oder etwa die Vorbereitung des Verwandtenbesuchs. Durch dieses Experiment soll in Erfahrung gebracht werden, wie kritische Situationen im Alltag der Senioren erkannt werden können.



Dr. Steffen Walter, Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt SenseEmotion, bereitet einen Probanden im Alterssimulationsanzug auf das Experiment vor.

Foto: Eberhardt/Uni Ulm

In etwa zweieinhalb Jahren soll es dann eine längerfristige Pilotstudie in einem Seniorenheim geben, die zeigen wird, wie die Heimbewohner auf Schmerz- und Emotionserkennung und vor allem auf den Avatar als Pflegehelfer reagieren. Um hier bei der Zielgruppe Vertrauen zu schaffen und Akzeptanz zu erreichen, sei die senioren-gerechte Gestaltung aller im Projekt Anwendung findenden Technologien von größter Bedeutung, betont Projektkoordinator Kim.

Projekthomepage: <http://www.sense-emotion.de>



# Standardisierte Messinstrumente zur Erfassung der wundbezogenen Lebensqualität von Menschen mit chronischen Wunden allgemein sowie mit Dekubitus

## Standardized instruments for measuring the wound-related quality of life of persons with chronic wounds, in general, and pressure ulcers

E.-M. Panfil

### ZUSAMMENFASSUNG

Der Begriff der Lebensqualität hat im Rahmen der Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten zunehmend an Bedeutung gewonnen. Lebensqualität kann mit Hilfe standardisierter Assessmentinstrumente gemessen werden. Ziel der folgenden Übersicht ist es, häufig verwendete Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit chronischen Wunden allgemein sowie mit Dekubitus vorzustellen.

Als generische Instrumente sind am bekanntesten das Nottingham Health Profile (NHP), das Short Form 36 Health Survey (SF-36) bzw. dessen Kurzform (SF-12) und der EQ-5D. Krankheitsspezifische Assessments sind der Cardiff Wound Impact Schedule CWIS, der Würzburger Wundscore WWS, der FLQA-w, der WTELQ sowie der Wound-QoL. Das wohl aktuellste Messinstrument ist der Wound-QoL. Er wurde auf Basis und u. a. von den Autoren des CWIS, des FLQA-w sowie des WWS entwickelt und stellt damit eine Weiterentwicklung dieser Instrumente dar.

Der bisher nur in englischer Sprache vorliegende Pressure Ulcer Quality of Life Questionnaire (PU-QOL) ermöglicht die Erfassung der krankheitsspezifischen Lebensqualität von erwachsenen Patienten mit Dekubitus jeder Lokalisation und Schwere. Die meisten Instrumente zur Messung der

Lebensqualität werden vor allem im Rahmen von klinischen Studien als Zielkriterien für die Auswirkungen von speziellen Therapien eingesetzt und weniger in der alltäglichen Praxis. Deswegen gibt es vergleichsweise wenige Erfahrungen zu dessen Praktikabilität im klinischen Alltag.

### SCHLÜSSELWÖRTER

Lebensqualität, Chronische Wunde, Dekubitus, Assessment

### SUMMARY

The term 'quality of life' is becoming increasingly more important when caring for persons with chronic diseases. The quality of life can be measured using standardized assessment instruments. The aim of the present review article is to present the instruments commonly used to measure the quality of life of persons with chronic wounds, in general, and with pressure ulcers.

The best known generic instruments are the Nottingham Health Profile (NHP), the Short Form 36 Health Survey (SF-36), as well as its short form (SF-12), and the EQ-5D. Disease-specific assessments include the Cardiff Wound Impact Schedule CWIS, the Würzburg Wound Score WWS, the FLQA-w, the WTELQ as well as the Wound-QoL. The latest measuring instrument is the Wound-QoL. It was designed on the basis of, and in collaboration with the authors of, the CWIS, FLQA-w and WWS and, as such, is a more advanced version of these instruments.

The Pressure Ulcer Quality of Life Questionnaire (PU-QOL) is designed to measure

disease-specific quality of life of adult patients with pressure ulcers on any part of the body and of any severity.

The majority of instruments for assessment of the quality of life are used, in particular, in clinical trials as outcome criteria to measure the effects of specific therapies rather than in an everyday setting. Therefore there

### KEYWORDS

Quality of Life, Chronic Wounds, Decubitus, Assessment

## I Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Der Begriff der Lebensqualität hat im Rahmen der Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten zunehmend an Bedeutung gewonnen. Er hat seine Ursprünge in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts in Politik und Wirtschaft. Damals standen soziale und ökonomische Kriterien wie soziale Gerechtigkeit, Einkommen und materielle Sicherheit im Mittelpunkt des Interesses [22]. Im Gesundheitswesen wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität diskutiert.

Hinsichtlich der Definition von Lebensqualität und ihrer Messung bestehen viele Kontroversen. Leider gibt es keine einheitliche verbindliche Definition von gesundheitsbezogener Lebensqualität, im Folgenden allgemein als Lebensqualität bezeichnet. Auch ist es schwer, Lebensqualität von verwandten Konzepten, wie z. B. Wohlbe-

Prof. Dr. Eva-Maria Panfil  
Universitätsspital Zürich,  
Rämistr. 100, CH-8091 Zürich  
E-Mail: Eva-Maria.Panfil@usz.ch

**Tabelle 1**  
Generische Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität.

Instrument	Aufbau
Nottingham Health Profile (NHP)	Sechs Dimensionen, 38 Items <ul style="list-style-type: none"> <li>• Energieverlust, Schmerz, Emotionale Reaktionen, Schlaf, Soziale Isolation, Physische Mobilität</li> </ul>
SF-36, SF 12	Zwei Dimensionen, 8 Subskalen, 36 (12) Items <ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperliche Funktionsfähigkeit und Rollenfunktion, Schmerz, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion, psychisches Wohlbefinden</li> </ul>
EQ-5D	Fünf Items <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beweglichkeit/Mobilität, für sich selbst sorgen, allgemeine Tätigkeiten, Schmerzen/körperliche Beschwerden, Angst/Niedergeschlagenheit</li> </ul>

finden oder Lebenszufriedenheit, abzugrenzen [22]. Dennoch geht man einheitlich von einem multidimensionalen Konstrukt aus, das körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit beinhaltet [11, 22].

Die Thematisierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist aus verschiedenen Perspektiven wichtig geworden. Patienten selbst treffen auf Basis der mit Diagnostik und Therapie verbundenen Veränderungen hinsichtlich der Lebensqualität gesundheitsbezogene Entscheidungen. Aus Sicht der medizinischen und pflegerischen Forschung wird die Lebensqualität zunehmend als geeignetes Kriterium aufgefasst, den Nutzen einer Maßnahme aus Patientensicht zu erfassen. Die Messung von Lebensqualität ist geeignet:

- Zur Beurteilung von Auswirkungen bestimmter Maßnahmen, z. B. Kompressionstherapie, druckentlastende Matratzen, Verbandmittel
- Zum Vergleich von Therapieentscheidungen, z. B. Kompressionsstrümpfe versus intermittierender Kompressionstherapie
- Als Selektionskriterium für bestimmte Therapieformen oder -zeitpunkte, z. B. Amputationen, operative Verfahren.

Aus Sicht der Gesundheitspolitik wird Lebensqualität als Entscheidungshilfe zur Ressourcenverteilung diskutiert und verwendet. Dabei wird als Kennwert der so genannte QALY verwendet [19]. Unter einem QALY (quality adjusted life year) versteht man ein Jahr gesunde Lebenserwartung. Mit Hilfe der zur Erzielung eines QALY notwendigen Therapiekosten kann der ökonomische Nutzen von Therapien eingeschätzt werden.

## Messung von gesundheitsbezogener Lebensqualität

Lebensqualität kann mit Hilfe standardisierter Assessmentinstrumente gemessen werden. Derzeit gibt es rund 1.500 verschiedene Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität. Dabei unterscheidet man krankheitsübergreifende (generische) und krankheitsspezifische Instrumente. Generische Instrumente erfassen krankheitsunabhängig die mit einer Krankheit verbundene Lebensqualität. Damit ermöglichen sie, einen Vergleich der Lebensqualität zwischen verschiedenen Krankheiten vorzunehmen. Krankheitsspezifische Fragebögen dagegen sind spezifisch für bestimmte Krankheiten, z. B. Chronisch venöse Insuffizienz, Dekubitus oder allgemein chronische Wunden, entwickelt und erfassen damit konkrete mit der Erkrankung verbundene Einschränkungen der Lebensqualität [4].

Ziel der folgenden Übersicht ist es, häufig verwendete Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit chronischen Wunden allgemein sowie mit Dekubitus vorzustellen.

## Generische Instrumente

Die bekanntesten generischen Instrumente sind das Nottingham Health Profile (NHP), das Short Form 36 Health Survey (SF-36) bzw. dessen Kurzform (SF-12) und der EQ-5D (s. Tab. 1).

Die Instrumente liegen in valider und getesteter Form in der deutschen Sprache vor. Sie sind von ausreichender Validität und Reliabilität und für den Einsatz allgemein anerkannte Instrumente. Sie werden

jedoch fast hauptsächlich innerhalb von Studien eingesetzt.

## Krankheitsspezifische Messinstrumente

Zur Erfassung der Lebensqualität für Menschen mit chronischen Wunden existieren folgende standardisierte Messinstrumente:

- Der Hyland-Fragebogen [18],
- Ein Fragebogen von Franks et al. [12],
- Der Cardiff Wound Impact Schedule CWIS [20]
- Der Würzburger Wundscore WWS [8]
- Der FLQA-w [2]
- Der WTELQ [24]
- Der Wound-QoL [7]

Die Instrumente von Hyland et al. [18] und Franks et al [12] liegen nur in englischer Sprache vor und können angesichts des Alters vernachlässigt werden. Alle anderen Fragebögen liegen in deutscher Sprache vor.

## Würzburger Wundscore (WWS)

Der in Deutschland entwickelte Würzburger Wundscore (WWS) (s. Tab. 2) erfasst über 19 Items die Lebensqualität von Patienten mit chronischen Wunden. Neben Patienten mit arteriellen und venösen Ulzera wurde er bei Patienten mit diabetisch-angiopathischen Ulzera eingesetzt.

Die Konstruktvalidität des Würzburger Wundscore wird als hoch angegeben. Im Vergleich zu den generischen Fragebögen Nottingham Health Profile und SF-36 erfasst er klinische Änderungen sensibler. Bei wiederholten Befragungen nach vier Wochen und unverändertem Zustand der Wunde waren die Ergebnisse zur Lebensqualität vergleichbar, bei verändertem Wundzustand konnte eine Verbesserung bzw. Verschlechterung der Lebensqualität gemessen werden [8,10,23]. Wesentliche Elemente des WWS sind in die Entwicklung des Wound-QoL eingeflossen.

## Cardiff Wound Impact Schedule (CWIS)

Der Cardiff Wound Impact Schedule, CWIS (s. Tab. 2), erfasst die krankheitsspezifische Lebensqualität von Menschen mit Beinwunden. Dazu gehören Ulcus cruris venosum, Ulcus cruris arteriosum, Ulcus cruris mixtum und das Diabetische

Fußsyndrom. Das Instrument besteht aus 47 Items in drei Skalen „Körperliche Beschwerden und tägliches Leben“, „Sozialleben“ und „Wohlbefinden“. Das Instrument wird in der Originalversion von seinen Entwicklern als valide und reliabel beschrieben [20]. Die diskriminante Validität ist durch unterschiedliche Lebensqualität bei Patienten mit geheilten und nicht geheilten Wunden gegeben. Für die Konstruktvalidität wurden die Ergebnisse mit den entsprechenden Skalen des SF36 verglichen. Dabei zeigten sich geringe bis mittlere Korrelationen mit  $p < 0,01$ – $p < 0,0001$ . Cronbach's alpha liegt für alle Skalen zwischen 0,77–0,96. Der CWIS misst mit einer ausreichenden Stabilität. Bei einer Testwiederholung nach 5–7 Tagen korrelierten die Ergebnisse auf einem Signifikanzniveau von  $p < 0,001$  mit Korrelationskoeffizienten zwischen  $r = 0,86$ – $0,93$ .

Der CWIS wurde regelhaft in die deutsche Sprache übersetzt und für die deutschsprachige Version die Feasibility festgestellt [1]. Diese Version wurde in zwei Studien in Deutschland und der Schweiz bei verschiedenen Patientengruppen validiert. In beiden Studien zeigte der CWIS ausreichende psychometrische Eigenschaften. Die diskriminante Validität konnte jedoch nur unzureichend belegt werden. Unterschiedliche Ergebnisse gab es ebenfalls für die Praktikabilität.

Halbig, Mayer und Panfil [16] testeten den CWIS in Deutschland bei 158 Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom und Ulcus cruris im häuslichen Setting auf Konstruktvalidität, diskriminante Validität, Homogenität und Stabilität. Der CWIS erwies sich in seiner deutschsprachigen Version als valide und reliabel (interne Konsistenz 0,76–0,88 (Cronbach's alpha); mittlere bis starke Korrelationen im Vergleich zum SF-36; signifikante Unterscheidung zwischen Patienten mit offenen und geheilten Wunden; sign. Korrelationen bei Testwiederholung). Trotz ausreichender psychometrischer Kriterien erweist sich der CWIS für die Patienten jedoch als schwer verständlich. Grund ist die zweifache Bewertung von Einschränkungen sowohl als Grad an Vorhandensein sowie in Stärke der Beeinträchtigungen.

Von Siebenthal überprüfte den CWIS bei 79 schweizerischen Patienten mit chronischen Wunden in zwei Krankenhäusern auf Konstruktvalidität, diskriminante Validität und Test-Retest-Reliabilität [25]. Für die Konstruktvalidität konnten im Ver-

**Tabelle 2**  
Krankheitsspezifische Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei chronischen Wunden.

Name	Autor	Aufbau
Cardiff Wound Impact Schedule	Price et al. 2004 [20]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• drei Dimensionen, 47 Items</li> <li>• Wohlbefinden, Physische Symptome und tägliches Leben, Soziales Leben, Allgemeine Lebensqualität</li> <li>• skalierte Antworten</li> </ul>
Freiburger Life Quality Assessment plus Kernmodul Wunden (FLQA-w)	Augustin et al., 2010 [2]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 29 Items</li> <li>• Keine Angaben zu Dimensionen</li> <li>• Antworten zur Häufigkeit der Durchführung mit vier Antwortkategorien</li> </ul>
Würzburger Wundscore	Debus et al., 2005 [8]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 Themen, 19 Items</li> <li>• Schmerzen, Emotionen, Schlaf, Finanzen, tägl. Aktivitäten, Mobilität, Urlaub, soziale Isolation, Kranksein, psychische Stimmung, Heilungsüberzeugung, Angst vor Amputation, Lebenserwartung, Mobilitätshilfen, Zeit für Wundversorgung</li> </ul>
Wund- und therapiebedingte Einschränkungen der Lebensqualität (WTELQ)	Strupeit & Bauernfeind, 2013 [24]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 Items allgemeine wundbezogene Anamnese; Selbstmanagementkompetenzen und -möglichkeiten</li> <li>• 14 Items Einschränkungen der Lebensqualität</li> <li>• Antworten zur LQ: Vorhandensein und Maß an Einschränkung in 5er Skalierung</li> </ul>
Wound-QoL	Augustin et al. 2014 [4, 5]; Blome et al. 2013 [6], Blome et al. 2014 [7]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 17 Items</li> <li>• Drei Dimensionen: Alltagsleben, Körper, Psyche</li> <li>• Antworten zur Stärke der Einschränkungen mit 5-stufiger Skalierung</li> </ul>

gleich zum SF-36 signifikante mäßige bis moderate Korrelationen für alle Skalen außer für „Wohlbefinden“ und „Emotionale Rolle“ gefunden werden. Die Test-Retest-Reliabilität zeigte hohe Korrelationen. Eine diskriminante Validität konnte nicht bestätigt werden. Im Gegensatz zur deutschsprachigen Testung, bei der der Fragebogen per Post zugestellt wurde, erfolgte hier eine persönliche Abgabe des CWIS an die Patienten mit entsprechenden Erläuterungen. Die Patienten zeigten deswegen keine Schwierigkeiten beim Ausfüllen.

### Freiburger Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität bei Menschen mit chronischen Wunden, FLQA

Der Freiburger Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität (FLQA)(s. Tab. 2) von Patienten mit CVI liegt in verschiedenen Modulen vor [2]. Er besteht aus einem Kernmodul mit allgemeinen Fragen plus spezifischen Items für bestimmte Hauterkrankungen. Einer der Module ist das Wundmodul, der FLQA-w, das allgemein

bei Menschen mit chronischen Wunden eingesetzt werden kann.

Der FLQA-w besteht aus sechs Skalen: physische Beschwerden, Alltagsleben, soziales Leben, psychisches Wohlbefinden, Zufriedenheit bezogen auf verschiedene Bereiche des Lebens sowie Therapie. Die Skalen beinhalten 17 allgemeine und sechs wundspezifische Items. Die Antwortkategorien beschreiben das Ausmaß der Einschränkungen. Hohe Werte repräsentieren größere Einschränkungen in der Lebensqualität. Neben Werten für die einzelnen Skalen kann ein Gesamtwert berechnet werden.

Der FLQA-w wurde in drei verschiedenen Therapiestudien bei akuten und chronischen Wunden sowie Ulcus cruris bei 757 Patienten eingesetzt. Der FLQA-w wurde als ausreichend valide und reliabel bewertet [2]. Er zeigt eine ausreichend interne Konsistenz (Cronbach's Alpha  $\geq 0,85$ ). Für die Test-Retest-Reliabilität wurden signifikante mäßige Übereinstimmungen ( $r = 0,69$ ) ermittelt. Die konvergente Reliabilität war je nach Vergleichsinstrument signifikant auf mindestens

**Tabelle 3**  
Krankheitsspezifische Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei Dekubitus.

Name	Autor	Konzept	Aufbau
Pressure Ulcer Quality of Life (PU-QOL) Questionnaire	Gorecki et al., 2013 [14]	Lebensqualität von Menschen mit Dekubitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 81 Items</li> <li>• 10 Skalen: Schmerzen, Exsudat, Geruch, Schlaf, Vitalität, Mobilität, Tagesaktivitäten, Wohlbefinden, Selbstwahrnehmung &amp; Erscheinung, soziale Partizipation</li> <li>• Antwortkategorien: Grad an Beeinträchtigung in 3er Likertskala plus Angabe, Beeinträchtigung nicht durch den Dekubitus verursacht</li> </ul>

mäßiger Höhe. Die Veränderungssensitivität zeigte sich signifikant bezogen auf andere Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität, nicht jedoch hinsichtlich der wundbezogenen Parameter.

### Wund- und therapiebedingte Einschränkungen der Lebensqualität (WTELQ)

Der von Strupeit & Bauernfeind [24] (s. Tab. 2) entwickelte Fragebogen "Wund- und therapiebedingte Einschränkungen der Lebensqualität (WTELQ)" umfasst zwei Teile. Der erste Teil beinhaltet eine allgemeine Wundanamnese, Selbstmanagementkompetenzen und -möglichkeiten. In einem zweiten Teil werden Einschränkungen der Lebensqualität gefragt. In der Publikation werden die Inhalte des Instrumentes vorgestellt, theoretische Grundlagen zu den Dimensionen und Daten zu den psychometrischen Kriterien liegen jedoch noch nicht vor.

### Wound-QoL

Das wohl aktuellste Messinstrument ist der Wound-QoL (s. Tabelle 2). Er wurde auf Basis und u. a. von den Autoren des CWIS, des FLQA-w sowie des WWS entwickelt und stellt damit eine Weiterentwicklung dieser Instrumente dar [3, 6].

Der Wound-QoL besteht aus 17 Items, die in drei Dimensionen die Lebensqualität von Menschen mit chronischen Wunden erfassen. Die Antworten erfragen über eine 5-stufige Skala die Stärke der mit der Wunde verbundenen Einschränkungen bezogen auf die vergangenen sieben Tage. Der Fragebogen wurde bei Patienten mit chronischen Wunden, als ausreichend praktikabel, valide (u.a. Vergleich mit EQ-5D) und reliabel (Cronbach's alpha 0,71-0,91) bewertet. Zudem ist es mit einer Aus-

füllzeit von durchschnittlich 2,4 Minuten auch praktikabel [5].

## I Dekubitus

Lange Jahre existierte wegen methodischer Schwierigkeiten kein krankheitsspezifisches Instrument zur Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Dekubitus. Gründe waren auf der einen Seite die unzureichende Trennung von wundbezogenen Beschwerden von denen der Grunderkrankung, z. B. bei Patienten mit Tetraplegie. Auf der anderen Seite waren Patienten „nur“ mit Dekubitus oftmals zu krank, um in Studien miteinbezogen werden zu können. Diese Lücke wurde nun durch die Entwicklung des Pressure Ulcer Quality of Life (PU-QOL) Questionnaire [14] geschlossen.

### Pressure Ulcer Quality of Life (PU-QOL) Questionnaire

Der bisher nur in englischer Sprache vorliegende Pressure Ulcer Quality of Life Questionnaire (PU-QOL) (s. Tab. 3) wurde in einem beispielhaft methodisch hochwertigen mehrstufigen Verfahren entwickelt. Der PU-QOL ist ein Instrument der Selbstbeschreibung für erwachsene Patienten mit Dekubitus jeder Lokalisation und Schwere (s. Tab. 3). Er umfasst 10 Subskalen zu Schmerzen, Exsudat, Geruch, Schlaf, Vitalität, Mobilität, Tagesaktivitäten, Wohlbefinden, Selbstwahrnehmung und Erscheinung sowie soziale Partizipation mit insgesamt 81 Items. Die Antworten bestehen aus dreistufiger Skalierung bezogen auf den Grad der Beeinträchtigung. Zusätzlich kann angegeben werden, das einzelne Beschwerden nicht durch den Dekubitus verursacht wurden. Einzelne Subskalen können auch isoliert angewendet oder weggelassen werden. Bei-

spielsweise eignen sich die Subskalen Exsudat und Geruch nicht für Druckgeschwüre von Grad 1. Niedrige Summscores bedeuten weniger Einschränkungen der Lebensqualität.

Der PU-QoL wurde in Tests bei über 400 Patienten in England als valides und reliables Instrument bezeichnet (konvergente Validität mäßige bis hohe Korrelationen, hohe interne Konsistenz (Cronbachs Alpha 0,89–0,97), Ergebnisse zur Test-Retest-Reliabilität stehen noch aus) [14]. Neben traditionellen psychometrischen Analysen zur Konstruktvalidität oder Reliabilität wurde auch ein neueres Verfahren, die Rasch-Analyse, durchgeführt [14]. Die Zeit zum Ausfüllen des gesamten Fragebogens wird mit 40 Minuten angegeben.

Es wird empfohlen, den Fragebogen im Rahmen von standardisierten Interviews einzusetzen [21]. Zum Selbstaussfüllen eignet er sich primär nur bei Patienten im häuslichen Setting. Bei Kindern und Menschen mit kognitiven Einschränkungen sollte er, bis entsprechende Forschung vorliegt, nicht eingesetzt werden.

Im Rahmen der Entwicklung des PU-QoL wurde auch die Eignung bestehender Instrumente für die Erfassung der LQ bei Patienten mit Dekubitus bewertet. Nach Abgleich wesentlicher Themen, die die Lebensqualität der betroffenen Personen beeinträchtigen [13], mit drei generischen (z. B. SF-36, SF-12) sowie 14 krankheitsspezifischen Instrumenten (z. B. Hyland et al., FLQA, FLQA-w, CWIS) [15] folgern die Autoren, dass keines dieser Instrumente geeignet sei, die Lebensqualität von Menschen mit Dekubitus adäquat zu erfassen. Am ehesten scheint der VLU-QoL [17] (venous leg ulcer quality of life) zu passen, da er mit 10 von 13 Domänen mehr als 75 % der für Dekubitus spezifischen Domänen abdeckt. In die Diskussion wurde jedoch der Wound-QoL nicht eingeschlossen, da er in der damaligen Recherche nicht identifiziert wurde.

## I Diskussion

Zur Messung der Lebensqualität bestehen einige Kontroversen. Übereinstimmend wird als wesentlich für alle Messungen von Lebensqualität gefordert, dass diese aus der subjektiven Sicht der Betroffenen erhoben wird [22]. Studien haben deutlich die fehlende Übereinstimmung der Bewertung der Lebensqualität von Betroffenen selbst und Fremdwahrnehmungen durch

Angehörige oder professionelle Gesundheitskräfte gezeigt.

Kontrovers wird die Vergleichbarkeit von Lebensqualität zwischen verschiedenen Personen diskutiert. Vertreter einer individualisierten Definition gehen davon aus, dass Lebensqualität nur subjektiv definiert werden kann und Entwicklungen und Änderungen deswegen auch nur interpersonell beurteilt werden können. Erkenntnisse für allgemeine Populationen seien deswegen nur bei Erfassung von individuellen Soll-Ist-Vergleichen möglich.

Die meisten Instrumente zur Messung der Lebensqualität werden vor allem im Rahmen von klinischen Studien als Zielkriterien für die Auswirkungen von speziellen Therapien eingesetzt und weniger in der alltäglichen Praxis. Deswegen gibt es vergleichsweise wenige Erfahrungen zu dessen Praktikabilität im klinischen Alltag. Auch wenn der „Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ seit 2009 [9] im Rahmen des Assessments die Erhebung der Lebensqualität empfiehlt, liegen auch hier keine publizierten Erfahrungen dazu vor.

## Literatur

- ACQUADRO C, PRICE P, WOLLINA U: Linguistic validation of the Cardiff Wound Impact Scale into French, German and US English. *Journal of Wound Care* 2005;14:14–7.
- AUGUSTIN M, HERBERGER K, RUSTENBACH SJ, SCHÄFER I, ZSCHOCKE I, BLOME C: Quality of life evaluation in wounds: validation of the Freiburg Life Quality Assessment-wound module, a disease-specific instrument. *Int Wound J* 2010;7:493–501.
- AUGUSTIN M, BLOME C, BAADE K, PRICE P, DEBUS E, HERBERGER K: WoundQoL: Konzeption und Validierung eines neuen Fragebogens zur Erfassung der krankheitsspezifischen Lebensqualität bei chronischen Wunden. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 2013;11:79.
- AUGUSTIN M, LANGENBRUCH AK, HERBERGER K, BAADE K, GOEPEL L, BLOME C: Quality of life measurement in chronic wounds and inflammatory skin diseases: Definitions, standards and instruments. *Wound Medicine* 2014;5:29–38.
- AUGUSTIN M, BAADE K, HERBERGER K, PROTZ K, GOEPEL L, WILD T ET AL: Use of the WoundQoL instrument in routine practice: Feasibility, validity and development of an implementation tool. *Wound Medicine* 2014;5:4–8.
- BLOME C, BAADE K, PRICE P, DEBUS S, AUGUSTIN M: The 'Wound-QoL': A Short Questionnaire Measuring Quality of Life in Patients with Chronic Wounds. *Value in Health* 2013;16:A600.
- BLOME C, BAADE K, DEBUS ES, PRICE P, AUGUSTIN M: The "Wound-QoL": a short questionnaire measuring quality of life in patients with chronic wounds based on three established disease-specific instruments. *Wound repair and regeneration: Official publication of the Wound Healing Society [and] the European Tissue Repair Society* 2014;22:504–14.
- DEBUS E, SPECH A, LARENA-AVELLANEDA, FALLER H: Lebensqualität bei arteriellen und venösen Ulcera cruris - Einführung eines krankheitsspezifischen Messinstrumentes. *Gefäßchirurgie* 2005;10:99–108.
- DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (DNQP), EDITOR: Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Osnabrück: FH Osnabrück; 2009.
- ENGELHARDT M, SPECH E, DIENER H, FALLER H, AUGUSTIN M, DEBUS ES: Validation of the disease-specific quality of life Wuerzburg Wound Score in patients with chronic leg ulcer. *VASA. Zeitschrift für Gefäßkrankheiten* 2014;43:372–9.
- ENGELHARDT M, ELIAS K, AUGUSTIN M, DEBUS ES: Erfassung der Lebensqualität bei chronischen Wunden und Gefäßerkrankungen. *Gefäßchirurgie* 2015;20:10–7. Available from: URL:<http://dx.doi.org/10.1007/s00772-014-1405-z>.
- FRANKS P, WRIGHT D, FLETCHER A, MOFFART C, STIRLING J, BULPITT C ET AL: A questionnaire to assess risk factors, quality of life and use of health resources in patients with venous disease. *Eur J Surg* 1992;158:149–55.
- GORECKI C, LAMPING DL, BROWN JM, MADILL A, FIRTH J, NIXON J: Development of a conceptual framework of health-related quality of life in pressure ulcers: a patient-focused approach. *Int J Nurs Stud* 2010;47:1525–34.
- GORECKI C, BROWN JM, CANO S, LAMPING DL, BRIGGS M, COLEMAN S ET AL: Development and validation of a new patient-reported outcome measure for patients with pressure ulcers: the PU-QOL instrument. *Health Qual Life Outcomes* 2013;11:95.
- GORECKI C, NIXON J, LAMPING DL, ALAVI Y, BROWN JM: Patient-reported outcome measures for chronic wounds with particular reference to pressure ulcer research: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2014;51:157–65.
- HALBIG C, MAYER H, PANFIL E: Psychometrische Kriterien der deutschsprachigen Version des Cardiff Wound Impact Schedule [Diplomarbeit]. Frankfurt am Main: Fachhochschule Frankfurt am Main; 2009.
- HAREENDRAN A, DOLL H, WILD DJ, MOFFATT CJ, MUSGROVE E, WHEATLEY C ET AL: The venous leg ulcer quality of life (VLU-QoL) questionnaire: development and psychometric validation. *Wound repair and regeneration: official publication of the Wound Healing Society [and] the European Tissue Repair Society* 2007;15:465–73.
- HYLAND M, LEY A, THOMPSON B: Quality of life of leg ulcer patients: questionnaire and preliminary findings. *Journal of Wound Care* 1994;3:294–8.
- PHILLIPS, C.; THOMPSON, G: What is a QALY?; 2009 [cited 2015 Jul 23]. Available from: URL:<http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/QALY.pdf>.
- PRICE P, HARDING K: Cardiff Wound Impact Schedule: the development of a condition-specific questionnaire to assess health-related quality of life in patients with chronic wounds of the lower limb. *Int Wound J* 2004;1:10–7.
- RUTHERFORD C, NIXON J, BROWN JM, LAMPING DL, CANO SJ: Using mixed methods to select optimal mode of administration for a patient-reported outcome instrument for people with pressure ulcers. *BMC Med Res Methodol* 2014;14:22.
- SCHUHMACHER J, KLAIBERG A, BRÄHLER E: Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe; 2003.
- SPECH E, FALLER H, FRANKE S, THIEDE A, DEBUS S: Der Würzburger Wundscore (WWS): Ein neuer Lebensqualitätsfragebogen. *Zeitschrift für Wundheilung* 2003;2:40–2.
- STRUPEIT S, BAUERNFEIND G: WTELQ – Assessment zur Erfassung von Lebensqualität auf Grundlage der wund- und therapiebedingten Einschränkungen. *Zeitschrift für Wundheilung* 2013;25–34.
- VON SIEBENTHAL D: Psychometric Evaluation of the German Version of Cardiff Wound Impact Schedule [Masterarbeit]: Cardiff University, Wales; 2010.

# Wenn das Leben zur Wunde wird - Bewältigung von chronischer Krankheit im Lebensprozess

## When Life Becomes a Wound

M. Gerber\*

### ZUSAMMENFASSUNG

Chronische Wunden bestimmen häufig den Alltag der betroffenen Menschen. Sie können ihr Leben nicht mehr wie gewohnt führen, da die Wunde selbst und/oder die notwendigen Therapien sie bei der Lebensführung einschränken. Compliance und gesundheitsförderliches Verhalten wird ihnen von den Therapeuten aus Medizin und Pflege abverlangt. Einsicht in notwendige Maßnahmen, wie Kompressionswickel, druckentlastende Schuhe, Änderung von Ernährungsgewohnheiten u. a. ist noch nicht gleichzusetzen mit der Umsetzung derselben. Eine chronische Wunde kann zum lebenslangen Prozess werden. Therapeuten tun gut daran, den Blick nicht nur auf die aktuelle Wundsituation zu richten, sondern auch das Lebensumfeld, kognitive und finanzielle Möglichkeiten und Befindlichkeiten des Betroffenen im Fokus zu haben. Auch dem sozialen Umfeld kommt eine wichtige Bedeutung zu. Die Angehörigen sind häufig diejenigen, die Maßnahmen umsetzen und sowohl im positiven als auch im negativen Sinne auf den Betroffenen einwirken können. Auch sie sind enormen Belastungen ausgesetzt und nicht immer sind das Empfinden der jeweiligen Situationen kongruent mit dem Empfinden des betroffenen selbst. Corbin und Strauss haben be-

reits in den 80er Jahren ein Modell der Verläufe von chronischer Krankheit entwickelt, welches versucht, diesen Kontext in Familie und sozialem Umfeld herzustellen. Das Gegenteil von Compliance, bzw. Adhärenz ist nicht automatisch Noncompliance, bzw. Nonadhärenz. Viele Faktoren haben einen Einfluss darauf, wie gut oder schlecht der Betroffene an den notwendigen Maßnahmen zur Abheilung der Wunde mitarbeitet. Er möchte sein Leben so normal wie möglich weiterleben. Für die Pflge-theoretikerin D. Orem steht die „Normalität“ eines zu pflegenden Menschen immer im Mittelpunkt. An der individuellen Normalität sollten sich alle notwendigen Maßnahmen ausrichten und gegebenenfalls adaptiert werden. Therapievorgaben sind im Hinblick darauf immer zu prüfen, wie sie in den Alltag zu integrieren sind und welchen Einfluss das soziale Gefüge des Betroffenen hat. Kann man auf Angehörige bauen, die mithelfen den Betroffenen zu motivieren. Sie können häufig Defizite kompensieren. Ganzheitliche Sichtweise ist hier gefragt, damit das Leben nicht zur Wunde wird.

### SCHLÜSSELWÖRTER

Compliance, Adhärenz, Noncompliance, Nonadhärenz, gesundheitsförderliches Verhalten, Corbin-Strauss-Modell, chronische Krankheit im sozialen Kontext, D. Orem, individuelle Normalität

### SUMMARY

Often, the everyday life of persons with chronic wounds is determined by those wounds. They can no longer lead their life as before since now their lifestyle is restricted by the wound itself and /or by the therapeutic measures needed. Medical and

nursing practitioners expect them to comply with prescribed regimens in the interest of their health. But understanding the need for measures such as compression wraps, pressure relief footwear, dietary changes, etc. does not necessarily mean being able to implement the same. A chronic wound can become a lifelong process. Therapists ought to keep in mind not just the current situation of the wound but also the person's broader circumstances, such as their cognitive abilities, financial situation and sensitivities, not forgetting their social environment. It is often the relatives of those concerned who implement the prescribed measures and it is they who can exert both a positive and a negative influence. They, too, face enormous burdens and do not always perceive the respective situations in the same manner as the persons concerned. Already back in the 1980s, Corbin and Strauss developed a chronic illness trajectory framework aimed at managing such illnesses in the family and social setting. The opposite of compliance, or adherence, is not necessarily non-compliance, or non-adherence. Several factors play a role in determining how well or poorly the person concerned engages with the measures intended to promote wound healing. They want to continue living a normal life as before. For D. Orem who developed the theory of self-care nursing, the 'normality' of the persons receiving care should always be the main focus. All measures needed should be tailored and, if necessary, adapted to individual normality. The prescribed treatment regimens should always be analysed in terms of how they can be integrated into the everyday lifestyle of the person concerned as well as their social implications. If one can count on relatives to help motivate the person concerned, they can often offset

---

### Madeleine Gerber

Pflegesachverständige Schwerpunkt Pflege und Sozialrecht, Pflegegutachterin, Auditorin  
Lehrerin für Pflegeberufe  
Alter Trassweg 90, 51427 Bergisch-Gladbach  
E-Mail: madeleine.gerber@t-online.de

any deficits. A holistic approach is needed here to ensure that life does not become a wound.

#### KEYWORDS

Compliance, Adherence, Non-compliance, Non-adherence, Health-promoting behaviour, Corbin-Strauss model, Chronic illness in a social context, D. Orem, Individual normality.

## I Einleitung

Eine chronische Wunde hat Auswirkungen auf das gesamte Leben. Sie beeinträchtigt nicht nur den Körper selbst sondern kann sich auch auf die Beziehung zwischen Körper und Selbst, sein Erscheinungsbild und die sozialen Leistungen des betroffenen Menschen auswirken. Zusammengefasst: Eine chronische Wunde hat auch immer psychische und soziale Konsequenzen.

Jeder Mensch geht mit Krankheit anders um. Die Organisation des täglichen Lebens kann durch eine chronische Wunde erheblich beeinträchtigt sein. Der Betroffene selbst und sein soziales Umfeld richten sich auf das Leben mit der veränderten- manchmal zum Dauerzustand werdenden- Situation ein.

Der Betroffenen Mensch entwickelt Bewältigungsstrategien, die gesundheitsförderlich sein können, in manchen Fällen aber das genaue Gegenteil bewirken. Die Impulse für Anpassung kommen häufig von den versorgenden Pflegefachkräften, die mit dem fachlichen Blick aus der Distanz eine objektive Einschätzung treffen können.

Oft wird über die "Noncompliance" eines Patienten geklagt. Hier handelt es sich häufig um jemanden, der ein Arrangement im Leben mit der chronischen Wunde gefunden hat. Aus fachlicher Sicht werden in diesem Arrangement Fehler ersichtlich, weil bestimmte Arrangements nicht eben gesundheitsförderlich sind. Der Patient soll jetzt überzeugt werden sein Verhalten zu ändern, weil andere Verhaltensweisen eben besser zu seiner Wunde passen und die Wundsituation nicht noch weiter verschlechtern. Als Beispiel mag die wohl häufig gefundene Situation der nicht tolerierten Kompressionsverbände gelten.

Stellen wir uns eine Patientin mit Ulcus cruris venosum vor, welches bereits seit Jahren besteht. Das Ulkus gehört mittlerweile zu ihrem Leben. An eine Abheilung glaubt sie nicht mehr. Kompressions-

verbände lässt sie jeden Morgen über sich ergehen, wickelt die Verbände aber spätestens zur Mittagszeit wieder ab. Denn dann geht sie aus dem Haus und mit den Verbänden passt sie ganz einfach nicht in ihre Schuhe. Jeden Morgen hört sie sich von den Pflegefachkräften erneut geduldig an, wie wichtig die Kompression sei. Den allerersten Kompressionsverband erhielt sie in der Arztpraxis und musste sich dann ein Taxi kommen lassen, weil ihr die Schuhe nicht mehr passten um nach Hause zu kommen.

Das Problem liegt hier ziemlich deutlich auf der Hand: Das eigentliche Problem sind die Schuhe, das weitere Problem ist der Glaube der Patientin, dass die Wunde nicht mehr abheilen wird.

Bei Befragung dazu, warum sie die Verbände entfernen würde gibt sie an, dass sie schließlich noch ihr Leben organisieren müsse und dazu gehörten Wege außer Haus, die mit Verbänden nicht zu bewältigen seien. Ein einfach zu lösenden

Problem? Die Praxiserfahrung lehrt etwas Anderes.

Das Corbin-Strauss Modell (s. Infokasten unten) beschäftigt sich mit den psychischen und sozialen Auswirkungen von chronischer Krankheit. Es beschäftigt sich mit Verlaufsskizzen von chronischer Krankheit im Bewältigungsprozess der betroffenen Patienten im Kontext ihrer sozialen Gefüge. Am Anfang steht die Diagnose, ein neuer Lebensverlauf beginnt. Das Gleichgewicht zwischen Alltagsleben, medizinischer Versorgung und persönlicher Anpassung. In dieser Phase und auch in der späteren Phase des Umgangs mit der Krankheit gibt es Höhen und Tiefen, die bewältigt werden müssen. Zusammenfassend, so heißt es im Corbin-Strauss-Modell bedeutet chronische Krankheit permanente Arbeit und Versorgung. Im folgenden Artikel werden verschiedene Fälle auf der Grundlage des Corbin-Strauss Modells beschrieben

### Das Corbin-Strauss-Modell

Juliet Corbin ist Pflegewissenschaftlerin und lehrte in San Francisco über das Thema chronische Krankheit. Anselm Strauss war Professor für Soziologie in San Francisco und Chicago. Er forschte im Bereich Medizinsoziologie u. a. im Bereich des Einflusses von Problemen bei chronischer Krankheit.

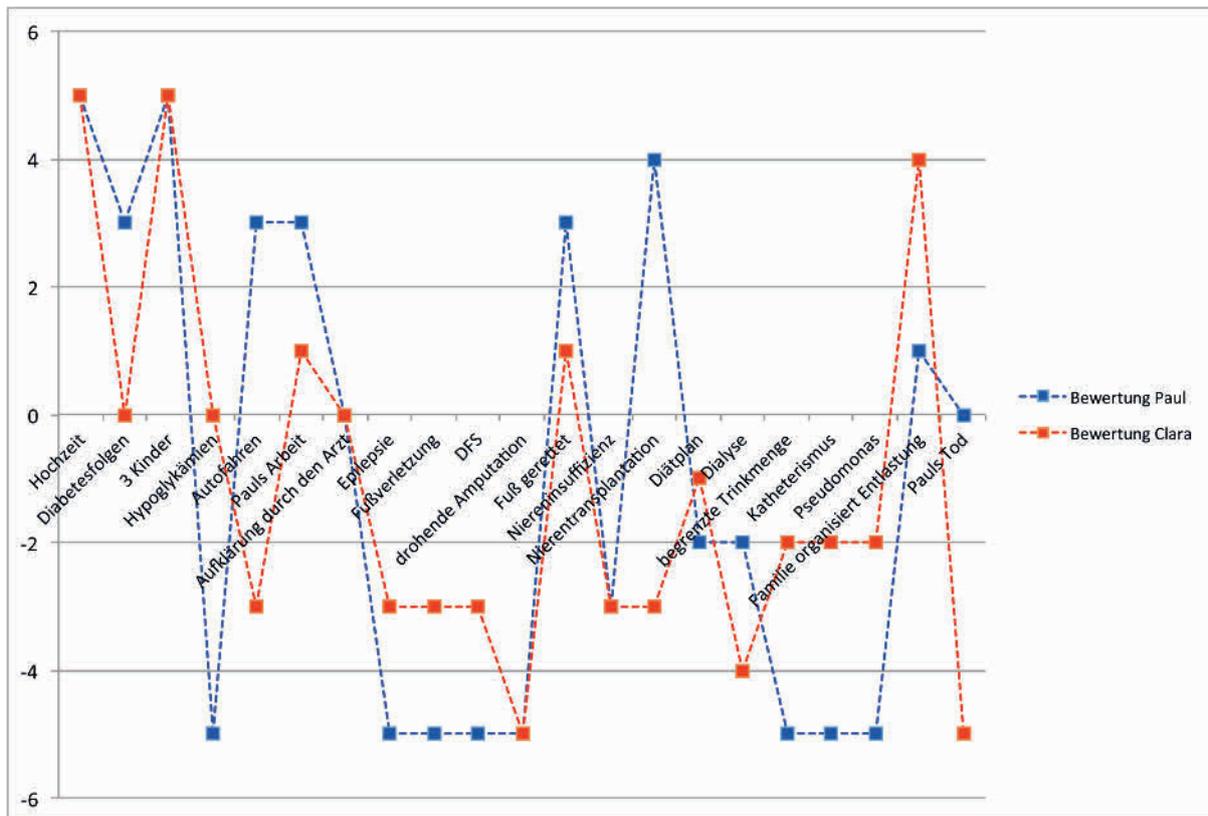
Corbin und Strauss entwickelten zusammen das Konzept der Verlaufskurven bei chronischer Krankheit. Weiterleben lernen heißt das 1988 im Original erschienene Werk der beiden. Das Konzept basiert darauf, dass im Gesundheitswesen, welches auf Diagnostik und auf akute Behandlung von Krankheit ausgerichtet ist, der Blick und das Wissen über langfristige Verläufe nicht im Fokus stehen. Corbin und Strauss belegen anhand von Fallstudien die Verschränkung von Krankheit, Alltag und Biografie im Bewältigungsprozess von chronischer Krankheit. Nicht nur die Betroffenen selbst, sondern ihre Angehörigen und ihr soziales Umfeld sind von chronischer Krankheit eines Einzelnen betroffen.

Auch ihr Alltag verändert sich, muss sich an die besonderen Umstände des Umgangs mit und den Notwendigkeiten von chronischer Krankheit anpassen. Es werden Copingstrategien entwickelt, die hilfreich sein können. Genauso kann es aber auch sein, dass Copingstrategien nicht wirksam oder gar kontraproduktiv sind. Pflegenden kommt die Aufgabe zu Fehlansichtungen zu erkennen und Neuausrichtungen vorzunehmen. Entscheidende Akteure sind die Partner in Familie und sozialem Gefüge. Hier fällt die Entscheidung, wie erfolgreich Krankheit bewältigt wird. Das medizinische und pflegende Personal tut gut daran, immer auch an die Angehörigen und das soziale Umfeld zu fokussieren und mit einzubeziehen.

Die Studien von Corbin und Strauss stammen aus den späten 60er Jahren und sind aber heute, insbesondere auch bei Menschen mit chronischen Wunden, aktueller denn je.

Abbildung 1

Wertung (Auf der y-Achse von 5 für „sehr positiv“ bis -5 für „sehr negativ“) bestimmter Lebensereignisse (X-Achse) der beiden Ehepartner mit dargestellten Höhen und Tiefen. Die Abbildung wurde nach [2] und nach den vorgegebenen Kriterien der Schulungsleiterin M. Gerber im Unterricht zum Thema: „Leben mit chronischer Wunde“ im Rahmen des Lehrgangs zum Pflegetherapeut Wunde ICW® von Teilnehmern erstellt.



## I Fallstudie 1

### Die Geschichte von Clara und Paul\*

Als der Gymnasiallehrer Paul und die Krankenschwester Clara heiraten, ist bekannt, dass Paul Diabetiker ist. Sie bekommen 3 Kinder. Allmählich wird Clara bewußt, dass der Diabetes ihres Mannes einen Einfluss auf ihr gemeinsames Leben haben würde. Das tägliche Leben musste um Spritzen und Essen herum geplant werden.

Nachmittags war Paul erschöpft von der Arbeit, hatte meistens einen niedrigen Blutzuckergehalt und empfand das Toben und Lärmen der drei kleinen Kinder oft als Belastung.

Clara hatte oft Angst vor hypoglykämischen Attacken bei Paul, besonders bei längeren Autofahrten, denn Paul wollte nie-

mals eine Pausen beim Fahren einlegen. Paul war trotzdem im Prinzip ein „Patient mit sehr guter Compliance“, d. h. er hielt sich an alle ärztlichen Vorgaben und dennoch schritt die Krankheit immer weiter voran. Der Diabetes bestimmte immer mehr das Leben der Familie, denn Paul bemerkte Unterzuckerungen irgendwann nicht mehr bewusst und vergass öfters, rechtzeitig etwas zu essen.

Zusätzlich entwickelte sich bei Paul eine Epilepsie. Nach einem epileptischen Anfall traute er sich nicht mehr allein aus dem Haus. Paul bekam Todesängste.

Im Schwimmbad trat er in einen Metallhaken und merkte aufgrund seiner diabetischen Nervenstörung am Fuß nichts davon. Es entwickelte sich eine Infektion und die Ärzte wollten den Fuß amputieren. Paul willigte nicht ein und letztendlich konnte der Fuß nach langen Wochen gerettet werden.

Clara machte danach eine Weiterbildung. Ihr sei klargeworden, dass sie Paul eventuell bald ganz verlieren könnte.

Wenig später stürzte Paul in der Schule, wollte Clara das aber gerne verheimli-

chen. Schüler von Paul machten sie darauf aufmerksam.

Wenig später wurde bei Paul eine terminale Niereninsuffizienz diagnostiziert. Er sollte Nierentransplantiert werden, aufgrund einer erneuten diabetischen Wunde am Fuß musste die Transplantation verschoben werden. Er erhielt neue Diätvorschriften, durfte vieles an Obst und Gemüse, was er immer gern gegessen hatte und mit seinem Diabetes auch essen durfte jetzt wegen des hohen Kaliumgehaltes nicht mehr zu sich nehmen.

Er hielt sich an die Vorgaben. Da die Blutwerte jedoch sehr schwankten, wurde ihm von den Ärzten vorgeworfen, dass er Diätfehler begehe. Das machte Paul wütend.

Sein Bruder spendete ihm eine Niere. Paul hatte viel Hoffnung für die Zukunft, Clara sah die Situation realistischer. Die Transplantation schlug fehl, die Niere wurde abgestoßen, Paul musste weiterhin dialysiert werden. Seine tägliche Trinkmenge wurde auf ein Minimum beschränkt, worunter Paul sehr litt.

Paul bestand darauf, dass Clara berufstätig blieb. Clara war es wichtig, dass Paul

\* Es handelt sich hierbei um die Zusammenfassung eines Fallbeispiels aus dem Buch von Corbin und Strauss [2].

nicht den Eindruck hatte, dass er eine Belastung für die Familie sei. Clara und die mittlerweile erwachsenen Kinder organisierten Aktivitäten für ihn, z. B. ein 30-jähriges Klassentreffen.

Für Clara war das alles sehr anstrengend, sie wollte sich aber auf gar keinen Fall etwas anmerken lassen.

Paul erledigte zuhause die Buchführung für die Familie, er wollte nicht gänzlich nutzlos sein.

Nach der Nierentransplantation konnte Paul seine Beine nicht mehr benutzen. Die diabetische und renale Neuropathie war dafür verantwortlich. Er konnte auch nicht mehr Wasser lassen und musste intermittierend katheterisiert werden. Er entwickelte sich eine Pseudomonasinfektion im Harnsystem. Paul war mittlerweile zynisch geworden und vertrat die Auffassung, dass er noch lebe, obwohl er sich an die Anweisungen der Ärzte gehalten habe.

Er wurde pflegebedürftig und Clara musste ihm nun auch bei den täglichen Verrichtungen wie dem Duschen helfen.

Die 3 × pro Woche stattfindenden Dialysen, zu denen Paul von der Familie gebracht und geholt werden musste, strukturierte den Tagesablauf der ganzen Familie. Daher fühlte sich Clara zeitweilig wie eine Gefangene.

Schließlich starb Paul eines Nachts an Herzstillstand.

Das Beispiel von Paul und Clara zeigt, wie wichtig die Familie im Bewältigungsprozess einer Krankheit ist und dass nicht immer alle Familienmitglieder in gleicher Weise betroffen sind. Hochs und Tiefs wechseln einander ab. Für die Einzelnen verlaufen sie nicht immer zur gleichen Zeit. So können ganz unterschiedliche Verlaufskurven (Hysterese) zustande kommen (s. Abb. 1).

## Bearbeitung dieses Falls in der Schulung

Diese Fallstudie wurde in Weiterbildungskursen zum Pflegetherapeuten Wunde ICW® zur Bearbeitung verwendet. Die Teilnehmer erhielten die Aufgabe, Verlaufskurven aus Sicht von Paul und Clara zu bestimmten Eckpunkten in der Geschichte zu erstellen.

Abbildung 1 zeigt, dass die Wahrnehmung und Bewertung der Lebensereignisse bei beiden Ehepartnern nicht kongruent verlaufen.

Die Diskussion im Kurs ergab folgende mögliche Interpretationen: Clara sehe Dinge manchmal etwas realistischer, zudem ist sie als Krankenschwester vom Fach, als Ehefrau sei sie dennoch irgendwie Laie. Paul hoffe mit der Einhaltung der ärztlichen Vorgaben, seine Krankheit beherrschen zu können, merke zunehmend, dass das offenbar nicht gelingt. Bei ihm finde ein Wechsel zwischen Resignation und neuer Hoffnung statt. Er klammere sich sehr an die Nierentransplantation, während Clara dieser Maßnahme eher verhalten gegenüberstehe. Paul resigniere zum Schluss. Clara sei es daran gelegen, möglichst viel Normalität in Pauls Leben zu erhalten, was sie aber immer stärker belastete.

Der komplikationsreiche Verlauf seiner Krankheit konnte auch durch seine „Compliance“ nicht verhindert werden. In anderen Kursen ergaben sich im Ergebnis ähnliche Diagramme. Den Kursteilnehmern wurde deutlich, dass auch gerade Clara an vielen Stellen Unterstützung benötigt hätte.

Diese Fallstudie zeigt deutlich, dass die chronische Krankheit für beide Partner lebensbestimmend ist. Sie versuchen dennoch ihr Leben so normal wie möglich zu leben. Was in dem durch die Kursteilnehmer erstellten Diagramm deutlich wird, ist dass die Höhen und Tiefen bei Clara und Paul nicht immer kongruent sind.

## I Fallstudie 2

Ein weiteres Fallbeispiel, diesmal aus meinem eigenen Berufsalltag, soll die Notwendigkeit der Angehörigen bei der Umsetzung notwendiger Therapien zeigen.

### Entwicklungsstand und Lebensstruktur

Frau Mertens (Name geändert) ist 68 Jahre alt und war jahrelang in der Gastronomie tätig. Die Gaststätte, die sie mit ihrem Mann geführt hatte, ist jetzt an den Schwiegersohn übergeben. Ab und zu hilft Frau Mertens auch noch mal aus, denn an manchen Tagen herrscht Hochbetrieb. Sie hilft dann gern, ist aber viel auf den Beinen, was ihr auch nicht mehr so leicht fällt wie früher.

### Gesundheitszustand

Frau Mertens ist seit mehreren Jahren Diabetikerin Typ II. Sie nimmt täglich

„Zuckertabletten“ und hat doch immer wieder schwankende Blutzucker-Werte. Bei einer Körpergröße von 162 cm wiegt sie 89 kg. Der Arzt habe ihr gesagt, sie habe zuviel Gewicht für ihre Füße. Es habe halt immer gut geschmeckt, sagt sie, und eigentlich wolle sie nicht abnehmen.

Frau Mertens hat vor einigen Wochen eine offene Stelle am Ballen des rechten Fußes festgestellt. Das war eher zufällig, dass sie die offene Stelle bemerkte, denn ihr Strumpfklebte am Fuß fest. Sie hat dieser kleinen Wunde keine große Bedeutung zukommen lassen und hat sie nur mit einem Haushaltspflaster versorgt. Nach ca. 14 Tagen passte sie mit dem Fuß in keinen Schuh mehr. Der Fuß war nicht nur um die Wunde herum sondern insgesamt stark geschwollen und gerötet. Auf Drängen der Tochter ging sie zum Hausarzt. Dieser veranlasste eine Krankenseinweisung.

### Wundstatus

Die medizinische Diagnose lautet „Infiziertes Malum perforans, Diabetisches Fußsyndrom Wagner/Armstrong 2b“. Die Wundgröße beträgt 2 × 1,5 cm, der Wundgrund ist schmierig belegt. Die Wunde exsudiert stark, die Wundumgebung ist gerötet.

Das Ergebnis des Wundabstriches liegt noch nicht vor. Schmerzen werden von Frau Mertens verneint.

Sie erhält ein systemisches Antibiotikum. Die Wunde wird lokal antiseptisch gespült und mit einem Alginat und PU Schaum abgedeckt.

Der Fuß soll derzeit nicht belastet werden. Langfristig soll Frau Mertens einen orthopädisch angepassten Schuh tragen, davon ist sie jedoch nicht überzeugt. Es besteht an beiden Füßen eine sensorische Störung, d. h. das protektive Schmerzempfinden ist gestört.

### Familiensystem

Die Familie von Frau Mertens ist sehr besorgt, aber zuversichtlich. Frau Mertens wohnt im gleichen Haus wie ihre Tochter mit deren Familie. Sie möchte schnellstmöglich wieder zurück nach Hause. „Dort werde ich gebraucht, Kranksein kann ich mir gar nicht leisten“, sagt sie. Außerdem bereite ihr der Fuß keine Schmerzen, das sei sicher schnell wieder erledigt. Ihre Tochter bestärkt sie in dieser Annahme. Die Tochter lässt vernehmen, dass eine

kleine offene Stelle am Fuß ja sicher nicht so lange zur Abheilung benötigen würde. „Du wirst wieder bei uns gebraucht, Mutter, was sollen wir ohne dich machen. Wir brauchen dich zu Hause und auch in der Gastwirtschaft.“

## Bearbeitung dieses Falles in der Schulung

Im Unterricht habe ich diesen Fall in mehreren Kursen Pflegetherapeut Wunde ICW® bearbeiten lassen. Die Teilnehmer des Kurses bekamen die Aufgabe, eine Versorgungsplanung zu erstellen und dabei festzulegen, was in der Versorgung Vorrang habe.

Dabei sahen die Kursteilnehmer häufig das hohe Gewicht der Patientin als Problem der höchsten Priorität an. Sie empfahlen Ernährungsberatung und Gewichtsreduktion. Als nachgeordnete Priorität sahen sie die Notwendigkeit des orthopädischen Schuhs an. Hier gaben sie an, Überzeugungsarbeit leisten zu wollen.

Die Kursteilnehmer, die das Hauptproblem bei der Einstellung der Tochter sahen, waren in der Minderheit. In Diskussionen änderte sich dieses Bild dann jedoch. Man stellte Konsens her, dass die Tochter mindestens in gleichem Umfang Informationen zum Diabetischen Fuß und dem Umgang damit bedurfte, wie Frau Mertens selbst. Wie sonst soll Frau Mertens die Therapie einhalten, wenn sie zuhause hört, dass die kleine Wunde doch gar nicht so schlimm sein kann.

Überwiegend kamen die Kursteilnehmer nach Diskussion zu dem Fazit, dass das normale Leben von Frau Mertens zunächst nicht durch die Fußwunde an sich, sondern die, zweifelsfrei korrekten, Therapievorgaben auf den Kopf gestellt wurde. Neben Informationen zu den Risiken ihrer diabetischen Fußwunde an Frau Mertens und vor allem auch an ihre Tochter, benötigt Frau Mertens ein Ziel auf das es

sich lohnt hinzuarbeiten. In diesem Fall ist es ihre Arbeit in der mittlerweile durch die Tochter geführten Gastwirtschaft. Ihr Einsatz dort sollte motivationsleitend genutzt werden.

Parallel, so kamen die Kursteilnehmer zu dem Schluss, sei es aber auch wichtig nach Tätigkeiten für Frau Mertens zu suchen, die den Fuß nicht belasten, also eher sitzender Natur sind. Man solle sich hüten ihr zu versprechen, dass alles wieder so werden würde wie früher, wenn sie doch nur den Fuß jetzt behandeln und druckentlasten würde. Wenn die Wunde zum Abheilen gebracht werden könnte, ist die Rezidivprophylaxe in diesem Fall sicher nur möglich, wenn nicht zu den alten Gewohnheiten zurückgekehrt wird.

Das Gewicht, so die Kursteilnehmer am Ende einmütig, sei nachrangig und stehe auf keinen Fall an 1. Stelle der Prioritäten in diesem Fall von Frau Mertens.

## Fazit

In der Behandlung und Begleitung von chronischen Wundpatienten gibt es nicht immer nur eine Lösung. Die Betroffenen müssen mit ihrer Wunde leben. Sie möchten soviel wie möglich von ihrem normalen Lebensalltag beibehalten können. In vielen Fällen kann das Leben zur Wunde werden, weil die Wundversorgung nicht passt. Auch das stellt leider immer noch ein Problem dar. Durchnässende, riechende Verbände, schlecht sitzende Kompressionswickel, unpassende Schuhe u. a. gehören immer noch nicht der Vergangenheit an. Die Ermittlung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen sind von den Behandlern ebenso zu erfassen, wie die wundspezifischen Kriterien wie Wundgröße, Exsudat und Beschaffenheit des Wundgrundes u. a.

Der soziale Kontext spielt im Verlauf eine wichtige Rolle für den Betroffenen. Die Wundbehandler sieht er

## Weiterführende Literatur

1. BAUS L: Da hilft nur Leben, wie chronische Krankheiten zur Chance werden können, Pendo Verlag, Zürich, 2008.
2. CORBIN J, STRAUSS A: Weiterleben lernen, Verlauf und Bewältigung von chronischer Krankheit, Huber Verlag Bern, 2010.
3. DENNIS M: Dorothea Orem, Selbstpflege- und Selbstpflegedefizit-Theorie, Huber Verlag, Bern, 2001.
4. DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE: Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Osnabrück, 2009.
5. GERBER M: Wund- und Therapiebedingte Einschränkungen erheben in: Forum Ausbildung, Schwerpunkttheft zu den Expertenstandards, Prodos Verlag, Brake, Heft 1 2011 S. 22–25.
6. GKV SPITZENVERBAND: Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten, Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 7, GKV Spitzenverband, 2011.
7. KATTERMANN V: Chronische Erkrankungen: Eine seelische Herausforderung, <http://www.aerzteblatt.de/archiv/67071/Chronische-Erkrankungen-Eine-seelische-Herausforderung>, (letzter Zugriff am 24.08.2015, 14.00 Uhr).
8. PANFIL E-M, SCHRÖDER G (HRSG.): Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Lehrbuch für Pflegenden und Wundexperten. 2. Auflage, Huber Verlag, Göttingen, 2010.
9. SCHAEFFER D: Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, Huber Verlag, Bern, 2009.
10. SCHREMS B: Verstehende Pflegediagnostik, Facultas.wuv, 2008.
11. STEIBACH H: Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für pflegende- und Gesundheitsberufe, Facultas, Wien, 2007.
12. USCHOK A: Körperbild und soziale Unterstützung bei Patienten mit ulcus cruris venosum, Huber Verlag, Bern, 2008.
13. WENDT W-R: Casemanagement im Sozial- und Gesundheitswesen, Lambertus Verlag, Freiburg i. Br., 2008.

# Aspekte der Verbesserung der Lebensqualität bei einem Wundpatienten mit Suchthintergrund

## Aspects aimed at improving the quality of life of a wound patient with drug addiction

### I. Büdenbender

#### ZUSAMMENFASSUNG

In der Drogen-Therapeutischen Ambulanz des Gesundheitsamtes Düsseldorf werden Drogenabhängige, die im etablierten Gesundheitssystem nicht erreicht werden können, medizinisch erst- und grundversorgt. Das Rahmenkonzept sieht weiterhin eine somatisch/psychiatrische Krisenintervention und Maßnahmen zur Prävention vor. Anhand eines Fallbeispiels werden Probleme, Maßnahmen und Schlussfolgerungen in der Wundversorgung und Lebensbegleitung von Drogenabhängigen aufgezeigt.

#### SCHLÜSSELWÖRTER

Chronische Wunde, Drogensucht, Lebensqualität, Therapietreue

#### SUMMARY

The Outpatient Drug Treatment Centre of Düsseldorf Public Health Department provides initial medical care to persons with drug addiction who are not able to access services within the established healthcare sector. Besides, the framework concept makes provision for somatic and psychiatric crisis intervention as well as for preventive care. Based on a case example, this paper describes the problems, measures and conclusions with regard to wound management and continuing support of persons with drug addiction.

#### KEYWORDS

Chronic wound, Drug addiction, Quality of life, Treatment adherence

### I Einleitung

Die Drogen-Therapeutische Ambulanz ist eine Abteilung der Drogenambulanz des Gesundheitsamtes Düsseldorf und arbeitet in Kooperation mit der Düsseldorfer Drogenhilfe e. V. zusammen.

Das Rahmenkonzept der 1998 entstandenen Drogen-Therapeutischen Ambulanz sieht eine medizinische Erst- und Grundversorgung, somatische und psychiatrische Krisenintervention und Maßnahmen zur Prävention für Drogenabhängige vor, die innerhalb des etablierten Gesundheitssystems nicht erreicht werden können.

In unserer Arbeit spielen chronisch-venöse Hautveränderungen eine zunehmende Rolle. Drogenabhängige leiden oft an chronisch venösen Ulzera, die sich vorwiegend in den von ihnen punktierten Venen entwickeln. Ursachen sind häufig tiefe Bein/Beckenvenenthrombosen oder ein postthrombotisches Syndrom nach Injektion in die Leistenvenen. Zusätzlich erschwert auch die nachlassende Venenpumpenfunktion die Abheilung der chronischen Wunden. Da die Abhängigen nach jahrelangem Konsum meist keine intakten Venen mehr finden, applizieren sie in Muskelgewebe, subkutan und nicht selten in bereits vorhandene Ulzera und v. a. m..

Viele unserer häufig polytoxikomanen Patienten weisen eine negative oder sehr langsam verlaufende „Wundgeschichte“ auf. Sie leiden unter chronischen Schmerzen und können, oft auch in Ermangelung geeigneten Schuhwerks, schlecht laufen. Durch ihre, meist negativen Erfahrungen

im Gesundheitssystem fühlen sie sich stigmatisiert und haben zudem eine hohe Schamgrenze. Es sind vor allem die älteren Drogenabhängigen (40–60 Jahre), die bedingt adhären sind. Diese sind meist somatisch erheblich erkrankt, was bei einem Wundmanagement die zeitnahe Abklärung und Anbindung an Fachärzte, z. B. für HIV/AIDS, Hepatitis C und Gefäßchirurgie, Dermatologie, erforderlich macht. HIV positive Patienten können zudem eine Polyneuropathie und diverse Hauterkrankungen entwickeln. Gerade bei diesem Klientel muss wegen der, durch Sucht herabgesetzten Krankheitseinsicht und Wahrnehmung, die Gesundheit der ganzen Person be(ob)achtet werden. Ebenfalls sind geschlechtsspezifische Unterschiede in der Sucht beim Wundmanagement zu berücksichtigen.

Jüngere Abhängige (20–40 Jahre) sind vermehrt obdachlos, polytoxikoman, entwickeln mehr Suchtdruck, sind weniger wartezimmerfähig und adhären, haben oft eine Doppeldiagnose oder sind psychisch auffällig und sind zudem häufig nicht krankenversichert.

Die Anbindung von Schwerstabhängigen in Wundzentren ist für diese selten „händelbar“, da sie, z. B. Verträge abschließen, einen Teil der Kosten tragen und Termine einhalten müssen sowie krankenversichert sein sollten.

Der akzeptanzorientierte, fachliche Ansatz, individuelle Hilfen und der zugewandte, langjährige Kontakt haben wesentlich zur Vertrauensbildung und somit zur Anbindung vieler Klienten beigetragen.

Nachfolgend dazu ein Fallbeispiel eines meiner Patienten, der uns seit 3 Jahren mehr oder weniger regelmäßig in der DTA aufsucht.

Ingrid Büdenbender  
Gesundheitsamt Düsseldorf  
Drogen-Therapeutische Ambulanz  
Erkrather Str. 18, 40233 Düsseldorf  
E-Mail: i-buedenbender@t-online.de

## I Fallbeispiel

Herr E. ist 31 Jahre alt und schwerstabhängig. Seine Eltern sind bereits verstorben, zu seiner jüngeren Schwester hat er keinen Kontakt mehr. Er hat keine Ausbildung absolviert und bezieht aktuell Arbeitslosengeld II. Den Hauptschulabschluss hat er in Haft nachgeholt. Seine Freundin ist ebenfalls drogenabhängig. Juristisch gesehen hat er noch Bewährung, die aber auf Grund etlicher Delikte jederzeit widerrufen werden könnte.

## Diagnosen und ICD 10-Kodierung

- Chronische Virushepatitis C seit dem 16. Lebensjahr (B18.2)
- Psychische Verhaltensstörung durch Opiode, Abhängigkeitssyndrom (F11.2)
- Intravenöser Konsum von Heroin (U69.30)
- Psychische Verhaltensstörung durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom (F14.2)
- Intravenöser Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (u 69.32)
- Psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa oder Hypnotika
- Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (F 10.2)
- Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom (F 17.2)
- Thrombose 2010 linksseitig (Marcumar)
- Ulcus cruris postthromboticum (L97) nach Widmer Grad 2 am linken Unterschenkel

## Anamnese bei Erstkontakt

Herr E. erschien erstmalig am 09.07.2012 in der Drogenambulanz (DTA). Er war orientiert, leicht intoxikiert, wirkte offen, fahrig und überdreht, relativ gepflegt.

Bei einer Größe von 1,72 m war sein Gewicht von 69 kg normal. Herr E. aß sehr unregelmäßig und nicht gesundheitsbewusst. Er erzählte, dass er mit 10 Jahren angefangen hatte Alkohol und Nikotin zu konsumieren, im Alter von 13 kamen illegalen Drogen hinzu. Seit dem 14. Lebensjahr konsumierte er Heroin, welches er mit 16 Jahren intravenös applizierte. Zusätzlich konsumierte er Kokain, Benzodiazepine und Alkohol. Eine Hepatitis C wurde im Alter von 16 Jahren diagnostiziert, bislang hatte er noch keine Interferonbehandlung begonnen. Er wurde nicht substituiert, hatte keinen Hausarzt und war auch wegen

der Hepatitis in keiner fachärztlichen Praxis angebunden.

Herr E. wohnte zu diesem Zeitpunkt bei seiner Freundin, die ebenfalls drogenabhängig war. Wegen unbezahlter Rechnungen wurde der Strom abgestellt. Da er massiv konsumierte, drohte wegen diverser Delikte seine Bewährung aufgehoben zu werden. Das bereitete ihm großen emotionalen Stress. Herr E. war krankensichert, ein Tetanusschutz war vorhanden und es waren keine Allergien bekannt.

## Wundstatus

Chronisches Ulcus cruris postthromboticum, Grad 2 nach Widmer, bestehend seit 6 Jahren.

Die sich am linken Unterschenkel, medial anterior, befindliche Wunde hatte eine Breite von 8 und eine Länge von 8 cm. Bei einer Wundtiefe von 0,5 cm befindet sie sich in der Exsudationsphase. Der Wundrand ist gerötet, mazeriert und mittels einer sterilen Knopfkanüle inspiziert, leicht unterminiert. Die Wundumgebung ist überwärmt, der Wundgrund gelblich (fibrinös oder Eiter), mit nekrotischen grauen Anteilen belegt. Mäßiges Exsudat mit leichtem Geruch. Seine Schmerzen gibt der Klient als stechend (1–10) mit 5 an. Die Fußpulse sind, auf Grund des Lymphödems, nicht tastbar.

Herr E. hat lange mit sich gerungen, sich Hilfe zu suchen. Er schämte sich, weil er sich nicht konsequent um seine Wunde gekümmert hatte, war zusätzlich, wegen des Zustandes und des Geruchs der Wunde, belastet und frustriert. Die, seiner Erinnerung nach, schon seit 6 Jahren bestehende Wunde, bereitete ihm chronische Schmerzen und ließ ihn nachts nicht schlafen. Durch die zunehmende Verschlechterung seiner Wunde war er davon überzeugt, dass sie nicht mehr abheilen würde. Er hatte Angst, auch wegen der fortwährenden i. v.- Applikation in sein Bein, dieses irgendwann zu verlieren.

## Erstversorgung

### Wundmanagement

Zunächst wurde das festklebende T- Shirt mit angewärmter NaCl 0,9 % Lösung abgelöst und die Wunde mit Octenisept ge-spült.

Da die Wunde nekrotische Anteile enthielt, verwendete ich im Anschluss PHMB Wundgel zur Befeuchtung der

Wunde und deckte sie mit einer polyhexanidhaltigen Schaumstoffauflage ab. Die Wundumgebung wurde noch mit Urea Salbe (10 %) eingecremt, was den Juckreiz und Hauttrockenheit der Umgebung eindämmte.

Im Anschluss wurde ein Kompressionsverband angelegt und Herr E. über dessen Wirkungsweise und Nutzen aufgeklärt.

Im Verlauf der Behandlung und des Abheilungsprozesses wurden bei der nicht mehr infizierten Wunde Hydrokolloidverbände verwendet, da diese die Wunde vor äußeren Einwirkungen schützen, wärmeisolierend (32–35 °C) und autolytisch wirken, relativ lange auf der Wunde verbleiben können und nicht in die Wunde einkleben. Ihr Nachteil ist die, nicht unerhebliche Geruchsentwicklung bei längeren Intervallen. Der Wundrand ist zu schützen (Cavilon oder Zinksalbe), da diese Auflagen zu Mazeration der Wundumgebung führen können. Herr E. war aber wegen der geringeren Schmerzen und der guten Abheilung gewillt, den Geruch hinzunehmen.

## Maßnahmen zur Lebensqualität

Da Herr E. sich gut aufgehoben fühlte und nach drei Tagen wieder erschien, überlegten wir gemeinsam, wie sich seine individuelle Lebensqualität verbessern ließe. Die Möglichkeit, im Drogenhilfzentrum zu duschen und das zeitlich vor den Verbandwechsel zu legen, wurde abgeklärt. Wir einigten uns auf zunächst drei Termine pro Woche. Bei der Gelegenheit konnte er dann auch ein Mittagessen einnehmen. Gesunde Ernährung mit Eiweiß, Vitamin- und Mineralstoffzufuhr sind der Wundheilung zuträglich.

Zum Duschen (nach Aufklärung über Nasskeime) erhielt er frische Handtücher, einen kleinen Müllbeutel, eine sterile Kompressenpresse und etwas Verbandmaterial, um Kontaminationen der Wunde möglichst gering zu halten. Nach dem Duschen konnte er sich, bei Bedarf, in der Kleiderkammer neu einkleiden, was zusätzlich zu einer Verbesserung der Lebensqualität führte.

Auch die Vermittlung in die Substitutionsbehandlung gelang.

## Der weitere Verlauf

Nachdem die gut abheilende Wunde nach der Granulationsphase schon in die Epithelisierung übergang, erschien Herr E. wieder sehr unregelmäßig. Die Wundheilung verschlechterte sich, oder stagnierte.

Er wechselte oft den Aufenthaltsort für mehrere Monate. Wenn er nicht in der Stadt war, holte er sich jedoch Kompressen und kleine Verbände in der Apotheke.

In dieser Zeit erschien Herr E. meistens nur dann, wenn die Wunde sich verschlechtert hatte, oder wenn sich frische Abszesse gebildet hatten.

Nachdem sich seine private Situation Mitte 2013, nach Inhaftierung seiner Lebenspartnerin, dem Verlust der Wohnung und der Angst vor einem gefürchteten offenen Haftbefehl dramatisch verschlechtert hatte, erhöhten sich sein Drogen und Alkoholkonsum erheblich.

Sein Allgemeinzustand verschlechterte sich zusehends, die Substitution wurde wegen gefährlichen Beikonsums beendet, der Entzug von 100 mg Methadon am Tag musste nun auch noch kompensiert werden.

Herr E. verlor an Gewicht (von 69 kg auf 61 kg) und war nächtelang unterwegs, um seine Sucht zu finanzieren. Es bestand zudem die Gefahr, von der Polizei aufgegriffen zu werden, auch direkt außerhalb der Praxisräumlichkeiten. Da er nun auch „keine Zeit mehr für seine Wunde hatte“, gab ich ihm, nach Anleitung, „Care-Pakete“ mit Verbandmaterial mit.

Anfang des Jahres 2014 war er physisch und psychisch sehr erschöpft und konsumierte täglich zusätzlich ca. 60 mg Diazepam und sehr viel Alkohol. Er war jetzt auch bereit, ein Krankenhaus aufzusuchen. Wir überwiesen ihn, nach Einholung der Schweigepflichtentbindung, als Notfall in das Augusta Krankenhaus in Düsseldorf. Vorher musste jedoch die Substitution im Krankenhaus durch die Drogenambulanz des Gesundheitsamtes abgeklärt werden. Da der Patient sehr hochdosiert war, hätte die im Krankenhaus übliche Dosis von 15 mg Polamidon nicht ausgereicht, um ihn dort zu halten. Die Wunde war zu diesem Zeitpunkt infektionsfrei.

Aus diesem Grund konnte, im Verlauf des Klinik-Aufenthaltes, eine Hauttransplantation (Mash- Graft) durchgeführt werden, die aber nur Sinn machte wenn der Patient, im Anschluss in eine „gesündere“ Umgebung kam.

Ich blieb vor Ort feste Ansprechpartnerin für den Patienten und die behandelnde Stationsärztin. Herr E. bat mich telefonisch, den weiteren Verlauf zu koordinieren.

Als erstes klärte ich seinen Krankenversicherungsstatus ab und meldete ihn dann, mit seinem Einverständnis, zu einer zeitnahen Entgiftung an.

Ein Anruf bei dem Rechtsanwalt von Herrn E. ergab, dass gegenwärtig kein offener Haftbefehl gegen ihn vorlag. Wegen der anstehenden Krankenhausesentlassung klärte ich die Möglichkeit einer vorübergehenden, überbrückenden Substitution bei uns im Gesundheitsamt ab. Ein hinzugezogener Sozialarbeiter aus dem Drogenhilfezentrum brachte ihn dann in die Entgiftung, die er durchhielt. Auch seine erste Langzeittherapie schloss er erfolgreich ab.

## Evaluation

### Aus Sicht des Patienten

Eine große Hürde in der Wundversorgung von Herrn E. war die mangelnde Adhärenz auf Grund der Suchterkrankung. Seine wund- und therapiebedingten Einschränkungen waren beträchtlich. Die sich ständig verändernden Lebensumstände, wie der Verlust der Wohnung, die Inhaftierung der Freundin und seine Aversion vor Krankenhäusern, machten Strategien zur Abheilung der Wunde schwierig.

Herr E. war erst durch die Angst vor der ihm drohenden Inhaftierung und seiner allgemeinen körperlichen Erschöpfung zu weiterführenden Maßnahmen bereit. Er hatte jedoch gelernt, seine Wunde besser einschätzen und zu versorgen, achtete mehr auf die Hygiene, strebte einen geschlossenen Verband an und er holte sich immer wieder Hilfe.

Er lernte Alternativen kennen und konnte sie für sich nutzen. Seine Fähigkeiten, eigenständig einen Kompressionsverband anzulegen, waren beachtlich.

Die Mash-Graft war gut angegangen und Herr E. war, bei einem in der Zwischenzeit geführten Telefonat, sehr stolz auf sich. Auf Grund seines Engagements wurde die anstehende Haftstrafe in eine Bewährungsstrafe umgewandelt. Aktuell ist Herr E. stabil und meidet den Kontakt zur „Szene“.

### Aus Sicht der Pflege

In meiner 15-jährigen Tätigkeit begleite ich viele Klienten schon seit Jahren. Dabei versuche ich immer, sie dem aktuellen Bedarf und der Möglichkeiten entsprechend „da abzuholen“, wo sie gerade stehen, zeitnah zu agieren oder nur ein offenes Ohr zu bieten. Leider kommen unsere Klienten in der Regel erst dann, wenn das „Kind schon in den

Brunnen gefallen“ ist und weigern sich oft, auf Grund negativer Erfahrungen, in ein Krankenhaus zu gehen.

Eine „Wunde“ bietet in meiner Arbeit immer die Möglichkeit, den Klienten an die DTA zu binden. Im Laufe der Behandlung können meist präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen eingeleitet werden. Die Vermittlung in Substitution, Entgiftung, zu Fachärzten, oder interdisziplinär in die psychosoziale Betreuung, gelingt, nach vertrauensbildenden Maßnahmen, häufig besser.

Die Klienten durch individuellen, zugewandten Kontakt in die Eigenverantwortung zu holen, ihnen das Was und Warum zu erklären, welche Hygieneregeln zu beachten sind und wie sie z. B. eine effektive Kompression anlegen, hat sich bewährt.

Die Kompressionstherapie wird wegen der Wirkung (weniger Schmerzen, Schutz der Wunde und bessere Abheilung) von dem überwiegenden Teil der Patienten, nach anfänglichem Widerstand, toleriert und sogar gewünscht.

Der geschlossene Verband hält die Patienten zumeist auch von Manipulationen, z. B. Injektionen in die Wunden ab und bietet zudem einen guten Schutz vor Keimübertragung [7].

Die Empfehlung, weniger Alkohol zu trinken, sich mehr zu bewegen, öfter mal auf den Zehen zu wippen und nicht zu viel auf der Stelle zu stehen, wird hingegen nur bedingt eingehalten.

Das (Be)-hüten und Aktualisieren von Entlassungsbriefen hat sich ebenfalls bewährt, da die Patienten diese oft verlieren. Eine schnelle Einbindung in das Sozialsystem, (Arge/ Krankenkasse) interdisziplinär durch Sozialarbeit, ist ebenfalls sehr sinnvoll.

Aus Sicht des Pflegetherapeuten Wunde®ICW, kann festgestellt werden, dass durch ein professionelles Wundmanagement viele Klienten in Anbindung gebracht werden können.

Man benötigt bei diesem Patientengut einen „langen Atem“ und kann leider nicht alle erreichen.

## | Weiterführende Literatur

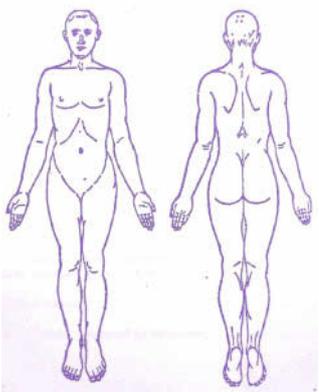
1. Inhalte des Aufbaukurs Fachtherapeut (vorher Pflegetherapeut) Wunde® ICW/PersCert TÜV. Internet: <https://www.icwunden.de/wundseminare/fachtherapeut-wunde.html>. (Zuletzt abgerufen am 14.8.2015).
2. BÜLTEMANN A, RIEPE G: Die WundUhr®. Internet: <http://www.wunduhr.de/>. (Zuletzt abgerufen am 14.8.2015).
3. CHRISTL, C: Case Management in der Pflege - Eine Unterstützungsleistung pflegender Angehöriger. E-Thesis. Internet: <http://othes.univie.ac.at/4877/>. (Zuletzt abgerufen am 14.8.2015).
4. DNQP: Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung (Juni 2009). Hrsg.: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 169 Seiten. Internet: [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de). (Zuletzt abgerufen am 14.8.2015).
5. EBERLEIN T, U. BRUNNER, F. ZIMPFER, A. ANDRIESEN, O. ASSADIAN, M. AUGUSTIN, G. BAUERNFEIND, V. GERBER, M. HOFFMANN, T. HUNZIKER, M. JÜNGER, G. KAMMERLANDER, A. RISSE, G. WOZNIAK, M. ABEL: Wundbeurteilung und Wundinterpretation – eine Übersicht, Teil 2. Zeitschrift für Wundheilung (ZfW) 2006; 5: 246–251.
6. HARTMANN, B: Diskriminierung, Affektivität und Lebensqualität substituierter Opiatabhängiger in Mannheim. Dissertation. Internet: <http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/16207/>. (Zuletzt abgerufen am 14.8.2015).
7. HOLST J: Verbesserte Therapietreue durch intensives Wundmanagement bei intravenös injizierenden Drogengebrauchern mit chronischen Hautulzera. Internet: <http://www.jens-holst.de/article/67>. (Zuletzt abgerufen am 14.8.2015).
8. INITIATIVE CHRONISCHE WUNDEN E.V.: Wundwiki. Internet: <http://www.wundwiki.de/index.php/Hauptseite>. (Zuletzt aufgerufen am 14.8.2015).
9. MUDGE E, ORSTED H: Wundinfektion & Schmerztherapie – Einfach erklärt. Wounds International 2010. Internet: [http://www.woundsinternational.com/media/issues/335/files/content\\_9588.pdf](http://www.woundsinternational.com/media/issues/335/files/content_9588.pdf).
10. NANDA Pflegediagnosen. Internet: <http://www.recom.eu/klassifikationen/nanda.html> (Zuletzt abgerufen am 14.8.2015). POP Pflegediagnosen
11. ROBERT KOCH INSTITUT (RKI, BERLIN: Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO). Internet: [www.rki.de](http://www.rki.de). (Zuletzt abgerufen am 14.8.2015).
12. S3-LEITLINIE 091-001 DER DGfW: „Lokaltherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus“.
13. SIEBENLIST A: Pflegediagnosen in der Psychiatrie. Internet: <http://www.samby.de/PD/> (Zuletzt abgerufen am 14.8.2015).
14. SIEBENLIST A: Datensammlung zu den häufigsten Pflegediagnosen in der Suchttherapie 2005. Internet: [www.samby.de/PD/info/Daten\\_PD\\_Sucht](http://www.samby.de/PD/info/Daten_PD_Sucht). (Zuletzt abgerufen am 14.8.2015).
15. STEFAN H, ALLMER F, SCHALEK K, EBERL J, HANSMANN R, JEDELSKY E, PANDZIC R, TOMACEK D, VENCOUR MC: POP – PraxisOrientierte Pflegediagnostik. Springer Verlag 2013.
16. World union of wound healing societies: Minimierung von Schmerzen beim Verbandwechsel: Einsatz schmerzlindernder Strategien. Konsensusdokument. Internet: <http://less-pain.com/Documents/PainAwareness/WUWHS%202008%20Best%20Practice%20Document%20German.pdf>. (Zuletzt abgerufen am 14.8.2015).

## | Anhang (s. folgende Seite)

1. Wundassessmentbogen der Drogen-Therapeutischen Ambulanz Düsselndorf.
2. Versorgungsplanung der Autorin für Herrn E.
3. Durchführungsnachweis der Behandlung für Herrn E.

Anhang 1

Wundassessmentbogen der Drogentherapeutischen Wundambulanz Düsseldorf. (Copyright I. Büdenbender).

Wundassessment	Drogen- Therapeutische- Ambulanz				
Name: <b>E.</b> Vorname: <b>S.</b>	geb. am: .....1984				
Datum der Erhebung: <u>10.07.2012</u>	<b>Bisherige Diagnostik:</b> <u>Akutversorgung Ulcus</u>				
<b>Aktuelle Wunde seit:</b> <u>seit 6 Jahren</u> <b>Rezidiv:</b> <u>___?</u>	(wundspezifisch)				
<b>Wundart:</b> Diabetischer Fuß <input type="radio"/> Ulcus cruris: venosum (Widmer) <input checked="" type="checkbox"/> arteriosum <input type="radio"/> mixtum <input type="radio"/> onkologische Wunde <input type="radio"/> Verbrennung: <input type="radio"/> sekundär heilende/ OP-Wunde: <input type="radio"/> <input type="radio"/> sonstige: _____	Wann: <u>    Mai    2012</u> Wo.: <u>    L-KH in S.</u>				
<b>Wundgröße:</b> Länge in cm: <b>8 cm</b> Breite in cm: <b>8 cm</b> Tiefe in cm: <b>0,5 cm</b>	<b>med.(relevante) Diagnosen:</b> <u>HEP C st. 16 L.J.)</u> <u>Opiatabhängigk. Kokain, Alkohol., Benzos</u> <u>chronisches Ulcus cruris postthrombotikum</u> <u>Grad 2 nach Widmer. (st. 6 J ?)</u> <u>Schlafstörungen: Schmerzen</u>				
<b>Wundgrund:</b> Farbe: <u>G/G</u> Fibrin <input checked="" type="checkbox"/> Nekrose: trocken/feucht <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Granulation <input type="radio"/> Epithelisierung <input type="radio"/>	HEP B/C <u>  +  </u> <u>Impfung/ Interferon  N</u>				
<b>Wundrand:</b> rot <input checked="" type="checkbox"/> rosig <input type="radio"/> glatt <input type="radio"/> ödematös <input type="radio"/> mazeriert <input checked="" type="checkbox"/> unterminiert: <input checked="" type="checkbox"/>	HIV <u>  neg  </u> Therapie: _____				
<b>Wundexsudat:</b> gering <input type="radio"/> mäßig <input checked="" type="checkbox"/> viel <input type="radio"/>	Facharzt: _____				
<b>Wundgeruch:</b> kein <input checked="" type="checkbox"/> auffällig <input type="radio"/> wie: _____					
<b>Infektionszeichen:</b> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="radio"/> Antibiose: _____ Unters. MSRA/Sonstige: <input type="radio"/>					
<b>Wundumgebung:</b> blass: <input type="radio"/> rot: <input checked="" type="checkbox"/> intakt/reizlos <input type="radio"/> trocken/schuppig <input checked="" type="checkbox"/> Hyperkeratose <input type="radio"/> ödematös <input checked="" type="checkbox"/> mazeriert <input type="radio"/>					
<p style="text-align: right;">Dr. XY.</p> <b>Schmerzen:</b> (NRS) (1- 10) <u>  5  </u> <b>Schmerzqualität/Wahrnehmung</b> <u>  stechend, beim laufen/Nachts  </u> <b>Substitution:</b> <u>  s.08.08.12.  </u> <b>Wundheilungsstörungen / Allergien:</b> <u>  evtl. a. Keime testen  </u> <u>  keine Allergien bekannt  </u> <b>Tetanus:</b> <u>  2010?  </u> <b>Wundursache:</b> <u>  (bestätigt):Thrombose 2010  </u> , <u>  vor 2010 ?  </u>					
<p><b>Pflegediagnosen/Lebensqualität/ SP- Bedarf/ Ressourcen</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Chron. Wunde /Schmerz/Schlaf Lebensqual.- unzureichendes Coping → angepasste Wundversg., → -Beratung</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Lebensqualität: Kein Strom, ökonomische Faktoren/ Bedarf → Sozialarbeit DHC, Anwalt</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">SPD Nahrungsaufnahme - Empfehlung PT → Essen im Haus</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Vermittlung Substitution mit PSB- oder Entgiftung - Klient muss zur Ruhe kommen Pat. hat noch eigenen Wohnraum</td> </tr> </table> <p><b>Wund- und therapiebedingte Einschränkungen</b>            Mobilit./Aktivit. Einschränkung., Schmerzen,            Schwierigkeiten b.d. pers. Hygiene,            Schlafstörungen, Frustration, Ängste, Sorgen, soz. Isolation,</p>	Chron. Wunde /Schmerz/Schlaf Lebensqual.- unzureichendes Coping → angepasste Wundversg., → -Beratung	Lebensqualität: Kein Strom, ökonomische Faktoren/ Bedarf → Sozialarbeit DHC, Anwalt	SPD Nahrungsaufnahme - Empfehlung PT → Essen im Haus	Vermittlung Substitution mit PSB- oder Entgiftung - Klient muss zur Ruhe kommen Pat. hat noch eigenen Wohnraum	
Chron. Wunde /Schmerz/Schlaf Lebensqual.- unzureichendes Coping → angepasste Wundversg., → -Beratung					
Lebensqualität: Kein Strom, ökonomische Faktoren/ Bedarf → Sozialarbeit DHC, Anwalt					
SPD Nahrungsaufnahme - Empfehlung PT → Essen im Haus					
Vermittlung Substitution mit PSB- oder Entgiftung - Klient muss zur Ruhe kommen Pat. hat noch eigenen Wohnraum					
<p><b>Beschreibung der Wunde :</b>            chronisches Ulcus cruris postthrombotikum, Grad 2 nach Widmer.            Die sich am linken Unterschenkel, medial anterior, befindliche Wunde hat eine Breite von 8.cm und eine Länge von 8 cm.            Bei einer Wundtiefe von 0,5 cm befindet sie sich in der Exsudationsphase, der Wundgrund ist gelb/grau (fibrinös oder Eiter), mit feucht/nekrotischen Anteilen belegt. Der Wundrand ist gerötet und mittels einer sterilen Knopfkanüle inspiziert, leicht unterminiert.            Die Wundumgebung ist leicht überwärmt, trocken, gerötet, Mäßiges Exsudat und Geruch. Seine Schmerzen gibt der Klient als stechend mit 5 (NRS 1-10) an. Die Fußpulse sind, auf Grund des Lymphödems, nicht tastbar.</p>					
<p>© Ingrid Büdenbender Gesundheitsamt Düsseldorf/ Drogen- Therapeutische Ambulanz</p>					

Anhang 2  
Versorgungsplanung der Autorin für Herrn E.

Bedürfnisse	Bedarf	Pflegediagnose	Ursache	Symptome	Maßnahme	Akteure	Evaluation
Atmung							
Flüssigkeit							
Nahrung	<ul style="list-style-type: none"> <li>isst gerne und regelmäßig</li> <li>Aufklärung über ausgewogene Ernährung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wissensdefizit</li> <li>Selbstpflegedefizit</li> <li>Nahrungsaufnahme</li> <li>Mangelernährung, Unzureichendes Coping !!!</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grunderkrankung</li> <li>Appetitlosigkeit, Fehlendes Zeitemanagement,</li> <li>Fehlende Auseinandersetzung, Ökonomische Faktoren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gewichtsverlust</li> <li>schlechtes Hautbild</li> <li>allgemeine Schwäche</li> <li>Müdigkeit!</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gespräch (Zusammenhang Wunde/Ernährung)</li> <li>Klärung/Hilfe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PT</li> <li>Sozialarbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Herr E. nimmt Mittagessen im Haus ein,</li> <li>Vermittlung Sozialarbeit, DHC</li> </ul>
Ausscheidung							
Aktivität und Ruhe	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzfreiheit</li> <li>Unabhängigkeit</li> <li>Schlaf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risiko einer Wundheilungsstörung</li> <li>Hautdefekt</li> <li>Bewältigungsformen</li> <li>Coping unzureichend</li> <li>Schlafentzug</li> <li>Anpassung beeinträchtigt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fehlende Auseinandersetzung mit der Erkrankung</li> <li>chronischer Drogenmissbrauch</li> <li>Konflikt</li> <li>Ungenügende Erholung</li> <li>Pessimistische Lebenseinstellung</li> <li>Mehrfache Stressbelastung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzen beim Gehen!</li> <li>Zerstörung der der Hautschichten</li> <li>Juckreiz</li> <li>Müdigkeit</li> <li>Fehlen von Problemlösungsstrategien</li> <li>Drogenkonsum</li> <li>Konzentration</li> <li>Erschöpfung</li> <li>Lethargie</li> <li>Angst</li> <li>Stress</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gespräch</li> <li>Aufklärung</li> <li>Diagnostik</li> <li>Therapie empfehlen!</li> <li>Gespräch, !!</li> <li>Wunde!</li> <li>Substitution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PT</li> <li>DHC</li> <li>Substitution, Arzt</li> <li>Sozialarbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hr. E. kommt regelmäßig nach Dusche zum VW</li> <li>Termin für Entgiftung machen</li> <li>Termin beim Arzt machen</li> <li>Klärung der Finanzen</li> </ul>
Sozinteraktion							
Vorbeugen gegen Risiken	<ul style="list-style-type: none"> <li>Möchte Abheilung der Wunde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wundheilungsstörung, Hautdefekt</li> <li>Risiko einer Wundheilungsstörung</li> <li>Identisch mit „Aktivität und Ruhe“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fehlende Auseinandersetzung mit der Erkrankung</li> <li>Grunderkrankung und nicht angepasster Umgang damit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzen beim Gehen!</li> <li>Zerstörung der der Hautschichten</li> <li>Juckreiz</li> <li>Müdigkeit</li> <li>Scham</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gespräch</li> <li>Empfehlung</li> <li>Unterstützung</li> <li>Anleitung</li> <li>Regelmäßige Wundversorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PT (Empfehlung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Angepasste, regelmäßige Wundversorgung</li> <li>Termin Entgiftung</li> </ul>
Normalität	<ul style="list-style-type: none"> <li>Möchte schmerzfrei und ohne Wunde(n) sein</li> <li>Möchte sein Leben „normal“ weiterführen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bereitschaft zur Verbesserung der Lebensführung</li> <li>Defizit Lebensstruktur</li> <li>Defizit: kontrollierter Einsatz v. Energie, Zeiteinteilung, Motivation, Entscheidungsfindung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fehlende Auseinandersetzung mit der Erkrankung</li> <li>Grunderkrankung und nicht angepasster Umgang damit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beratungsbereit</li> <li>Offen für Empfehlungen und Anleitungen sowie deren Umsetzung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entwicklung von Ressourcen</li> <li>Unterstützung, Beratung: Prioritäten, Wahrnehmung, Notwendigkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PT (Empfehlung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Termin für Entgiftung Therapie</li> </ul>

Anhang 2  
Durchführungsnachweis für Herrn E.

Datum:	Wundanalyse:	Wundtherapie:	Besonderheiten/Änderungen:	Hz.
10.07.12	Exsudationsphase, Kolonisierte Wunde-feuchte Nekrosen, grau/gelber Belag, Ödem,- U: Juckreiz	Octenisept, PHMB Wundgel/PU-Schaum, Urea 10%,Kompression, Beratung/Empfehl. VW Frequenz	Pat. wirkt sehr rastlos Wartezimmerfähigkeit? nä..Termin in 2-3 Tagen	I.B.
13.07.12	Wunde feuchter, weniger Ödem G: Status idem	Abtragen v. Nekr, nach Oct./ Ber. Wd. w.o.	Kurze Wundvisite Klärung seiner aktuellen Situation	I.B.
18.07.12	dtl.weniger Belag u. Ödem	Wunde w.o.	Evtl. Methadonprogramm	I.B.
24.07.12	WR dtl. besser. WG: weniger Belag / Ödem (Großer Abszess re. U- Schenkel)	Wunde w.o. Ber./Empfehlung VW Frequenz Ber./Empfehlung KH	Temp. 38,5 (Einweisung KH wg. Abszess) ob er ankommt??	I.B.
08.08.12	Wunde zu trocken, nicht mehr kolonisiert, hatte keine Kompression Abszess behandelt	/Hydrokolloid /Cavilon/ Komp. Beratung bzgl. Kompression Wirkung/Nachteile Hydrokolloid	Hydrokolloid Pat. i.i. Substitution Methad. Dr.XY. 100 mg	I.B.
16.08.12	Granulationsphase, etwas Fibrinbelag	NaCl/Hydrokolloid/ Komp. Ber. Nasskeime	Wundvisite Beratung. Duschen im Haus	I.B.
21.08.12	„	Beratung VW /Wundgeruch	hat vor VW geduscht/ gegessen Pat. fühlt sich gut	I.B.
27.08.12	Granulationsphase -roter Grund etwas Fibrinbelag	„	hat geduscht/gegessen/Kleidung Wunde schmerzt dtl. weniger	I.B.
20.09.12	Wd. etwas kolonisiert,Fibrin, nek. Anteile, W.R. mazer/ geröt.- Ödem, keine Kompression, Größe: L 8 B 7,5 cm	Octenisept Gel/PU/ Kompr.-ident. 09.07.	Pat. hatte Absturz nach priv. Stress u. Belastungen (Freundin i. Haft) Pat. ist sehr entmutigt	I.B.
26.09.12	Wd. belagfrei, weniger Ödem, Juckreiz,Wundumgebung	PHMB, Hydrokolloid, Urea Sb. 10% Komp. Vb	Privater/ökonom. Stress, Pat. hat viel Beikonsum.. Vermittlg. Sozialarbeit	I.B.
5x Okt.	Wunde belagfrei, WG rot, Fibrin, Epithelisierung v. WR	Na/Cl 0,9%, Hydrokolloid, Komp. Vb.Anleitung- Care Paket	Keine Änderung, Pat. hat keine Zeit, wirkt sehr gehetzt	I.B.
4x Nov. 2x Dez.	Wunde Granul.Ph. Stagnierend (diverse beg. Spritzen- Abszesse)	VW + Care Pakete, Anleitung, Gespräche ü. akt. Lebenssituation	Patient ist intoxikiert Einweisungen KH	I.B.
Jan. 2013 - März	Wunde in Abheilung, 7x7cm, flacher Epithelisierung (Furunkel- Pat. kann nicht gut sitzen)	VW + Care Pakete, Beratung/Anleitung	Termine Entgiftung/ KH schläft bei Freunden	I.B. Ho.
April 2013- Juli	Wunde stagniert o. lt. Verbesserung, Juckr. (div. beg. und große Abszesse/Phlegmonen)	Hydrokolloid/ thin, Urea, Komp. Vb. Empfehlg. VW- Frequenz + Termin	Pat. kann Termine nicht einhalten Entgiftung abgebrochen	I.B. Ho.
Aug. 2013- Okt.	Wunde aufgekratzt, belegt, WU ödemat., hatte keine Komp. (div.Abszesse)	Empfehlung geschloss.Wunde + Komp., bleibe ansprechbar,	Pat. obdachlos, sehr intoxikiert, wenig Schlaf wirkt sehr gestresst,	I.B. Ho.
Nov. 2013- Dez.	Wunde wieder vergrößert, belegt, kolonis. keine Kompr.eingehalten, (keine Zeit)	holt sich Care Pakete Empfehlung/ Anleitung bleibe gesprächsbereit	Substitution wd. beendet, Pat. i. Intoxik. kein Schlaf, Hausverb.i.d. Drogenhilfe, kommt nicht mehr an.	I.B. Ho
Jan. 2014	Wunde 7x 7 cm, wenig belegt, WR lt. gerötet, wenig Ödem, WU aufgekratzt, Komr. Sehr gut eingehalten	Großes Lob für Selbstversorgung PHMB/Hydrokolloid/Kompression Ern. Gespräch bezgl. Entgift./Therapie	Schlechter AZ, Erschöpfung, fehlender Schlaf, obdachlos, konsumiert viel + Alkohol, Benzos	I.B. Ho
10.02.14	WG, trocken, belegt, gelb/rot, WR rot, WU zyanotisch, rot, etwas Ödem, Bein hatte tagelang keine Komp.	Octenisept, PHMB Wundgel/PU- Schaum,Urea 10%, leichte Komp. Einweisung KH, Abklärung d. Sub. i. KH, erneute Abklärung Entgiftg.	Pat. nicht i. Entgiftg. angekommen, hat tagelang a.d. Str. geschlafen (kein Verband) Pat. ist sehr erschöpft, Einweisung KH Anwalt..Haftbefehl?	I.B. Ho
11.02.14	Wunde status idem- lt. leichte Verbesserung WR/ WU	VW wie gestern, Ermütigung KH/ Entgiftg., Klärung Krankenvers. Vermittlg. KH/GA bezgl. Substit.i.KH	hat im DHC geschlafen ist i. KH angekommen	I.B. Ho.
13.02.14 - 27.02.14	Meshgraft li. Unterschenkel Entnahme li. Oberschenkel Meshgraft gut angegangen (lt. Pat.)	Pat. erhält ausreichende Substit. i.KH Termin Entgiftg Termin 25.03.14 Anruf Entgiftg. Bitte auf frühere Aufn.	Anruf v. Hr. E. Pat. fühlt sich i. KH wohl, ist motiviert	I.B. Ho.
03.03.14 - 04.03.14	VW i. KH	evtl Übergangssubstit. DA/ -Klärung Aufnahme Entg. 04.03.14 möglich Vermittlung DHC (Up-Stairs/Soz.Arb.)	Pat. wird a. 03.03. i. KH entlassen Pat. schläft im DHC, (wird hingefahren) Patient ist angekommen !	Ho.
Mai 14	Wd. bis a. kl. Stelle abgeheilt		Anruf: Pat. ist in Therapie (1)	I.B.

# Was hindert den Patienten daran, unsere Behandlung zu akzeptieren?

## Motivationsförderung in der Wundbehandlung – Praktische Beispiele

### What stops a patient accepting our treatment? Increasing motivation in wound care – Practical examples

V. Gerber\*

#### ZUSAMMENFASSUNG

Wer Patienten mit chronischen Wunden behandelt, kennt das Problem: Die Therapiemaßnahmen wurden mit dem Patienten gemeinsam festgelegt, die Notwendigkeit erklärt – aber der Patient macht nicht mit! Ohne sein Zutun wird die Therapie nicht greifen und der Erfolg ausbleiben. Das verursacht enorme Kosten im Gesundheitssystem und frustriert die Behandler. Der Fokus der Betrachtung sollte nicht auf die Wunde gerichtet werden, sondern auf den Menschen, der eine chronische Wunde ertragen muss. „Was macht die Wunde mit dem Menschen?“ solche Fragen führen auf den Weg in die Richtung, den Patienten in seine Behandlung einzubeziehen. Wenn die Ursache für eine fehlende Mitarbeit identifiziert ist kann gemeinsam nach Lösungen gesucht werden. Einfühlungsvermögen, Kompromissbereitschaft auf beiden Seiten sowie eine individuelle Therapieplanung sind wesentliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Intervention.

#### SCHLÜSSELWÖRTER

Motivationsförderung, chronische Wunden, Wundheilungshemmende Faktoren, Adhärenz, Schmerztherapie

#### SUMMARY

Anyone treating patients with chronic wounds knows the problem: the treatment measures have been agreed with the patient and the need for them explained – but the patient does not play their part! Without their cooperation the treatment will not be effective and there will be no successful outcome. This means that the healthcare system faces enormous costs, while the healthcare workers are left frustrated. The main focus here should not be on the wound but rather on the person who must live with a chronic wound. “What does a wound do to a person?” By addressing that question, it is possible to begin to get the patient involved in their treatment. Once the reason for the patient’s lack of cooperation has been identified, a joint effort can be made to find a solution. Empathy, a mutual willingness to compromise as well as an individual treatment plan are the most important prerequisites for successful intervention.

#### KEYWORDS

Increasing motivation, Chronic wounds, Factors impeding wound healing, Adherence, Pain management

#### Typische Situation

Eine Patientin mit Ulcus cruris venosum kommt in die Wundambulanz. Es wird eine optimale Wundversorgung ausgewählt, eine Kompressionstherapie eingeleitet, gute Hautpflege veranlasst und die Patientin sorgfältig informiert über die Notwendigkeit der getroffenen Maßnahmen.

Beim nächsten Termin stellt sich heraus, dass die Kompressionstherapie nicht

erfolgte. Dies ist eine typische Situation, die stellvertretend für andere nicht umgesetzte Therapiekomponenten steht. Die fehlende Therapietreue betrifft nicht nur Wundpatienten.

Das Problem ist auch nicht neu. Bereits vor 11 Jahren schrieb Franz Petermann: Die jährlichen Kosten der Non-Compliance werden in Deutschland auf über 5–10 Milliarden Euro geschätzt, man nimmt an, dass zusätzlich noch einmal Folgekosten in derselben Höhe entstehen, unter anderem durch eine Chronifizierung von Krankheitssymptomen [6]. Laut Focus online sollen sich allein die Kosten der nicht geschluckten Arzneimittel auf jährlich 2,3 Milliarden Euro belaufen. Es ist somit ein wesentliches Problem im Gesundheitswesen, dass neben den direkten Kosten auch Folgekosten durch fehlenden Therapieerfolg oder sogar gesundheitliche Krisen zur Folge haben. Ursachenanalyse und Lösungsstrategien sind somit dringend erforderlich.

#### Informationssammlung

Um der individuellen Ursache auf die Spur zu kommen, ist eine sorgfältige Patientenanamnese mit Erfassung der Gesamtsituation erforderlich. Hierzu zählen neben den physischen Faktoren auch die psychische Befindlichkeit, die soziale und finanzielle Situation. Bei der Erhebung ist Feingefühl und eine wertschätzende Grundhaltung unabdingbar. Da ein gewisses Grundvertrauen zwischen Patient und Therapeut die Basis für die Erhebung sensibler Daten ist, kann eine solche Anamnese nicht beim ersten Patientenkontakt umfänglich erho-

Veronika Gerber

Schulung und Beratung im Wundmanagement  
Anne-Frank-Str. 10, 48480 Spelle  
E-Mail: v\_gerber@hotmail.com

ben werden. Ein erzählender Stil ist deutlich einer Befragung vorzuziehen. Durch das Gespräch ergeben sich wertvolle Informationen bereits aus der Art der Schilderung (Trauer, Sorge, Angst, Frust, Hoffnungslosigkeit,...) und der Reihenfolge der Nennung der Symptome.

Sehr hilfreich ist die Nutzung von Erfassungsbögen für die Lebensqualität. (Siehe dazu auch die Beiträge von E.-M. Panfil und M. Augustin et al auf den Seiten 194 bzw. 215 ). Hier kann der Patient selbst seine Beeinträchtigungen gewichten. Gelingt es dem Therapeuten, den Zusammenhang zwischen Therapiekomponente und Optimierung der beeinträchtigenden Symptome herzustellen, ist das eine gute Voraussetzung für die Bereitschaft zur Mitarbeit..

## Fehlende Kenntnisse

Ein Grund für die fehlende Mitarbeit des Patienten kann darin liegen, dass dieser Zusammenhang für den Patienten nicht ersichtlich ist.

Ein Beispiel: Ein Patient mit Ulcus cruris venosum seit 8 Jahren bestehend lehnte bisher die Kompressionstherapie kategorisch ab. Als Grund gab er an, dass er durch den strammen Verband noch mehr Schmerzen verspürte als sonst. Sein größtes Problem wäre nicht die Wunde, sondern die Schmerzen, die nasse Kleidung, der üble Geruch.

Der Therapeut erklärte ihm die Wirkweise der Kompression mit einfachen Worten. Er sagte, dass die Schmerzen durch die Schwellung in der Wade verursacht werden und die Nässe durch die sich in der Wundumgebung befindliche Flüssigkeit verursacht wird. Die Kompression verhindert die Wassereinlagerung im Gewebe und kann somit gleich zwei seiner Probleme lösen: die Nässe und den Schmerz. Selbstverständlich ist eine adäquate Schmerztherapie gerade zu Beginn der Therapie unerlässlich. Die Kompressionstherapie wird in diesem Fallbeispiel langsam aufgebaut und nach 7 Tagen tolerierte der Patient die erforderliche Kompressionsklasse 3. Seine Schmerzen waren rückläufig, die Beine dünner, die Exsudatmenge hat sich halbiert, Kleidung und Schuhe blieben trocken.

Es kann auch eine Abweichung zwischen dem, was vermittelt wurde und dem, was verstanden wurde geben. Das kann an der Verwendung von Fremdwörtern lie-

**Abbildung 1**  
Bedürfnispyramide nach Abraham Harold Maslow (1908–1970).



gen oder daran, dass Hintergrundinformationen nicht mitvermittelt werden. Als Beispiel die Information „Legen Sie mehrmals täglich die Beine hoch“. Der Patient versucht eventuell jetzt zu Hause, im Sitzen die Beine hochzulegen, findet das sehr unangenehm und lässt es (zum Glück) sein. Richtig wäre die Information, sich mehrmals täglich hinzulegen und die Beine zum Beispiel auf das nicht benötigte zurückgeschlagene Deckbett zu legen, damit sie über Herzniveau liegen. So kann die im Gewebe angesammelte Flüssigkeit in den Beinen leichter über die Lymphgefäße zum Herzen zurückfließen.

Wenn der Therapeut sichergehen möchte, ob die Informationen verstanden wurden, sollte er den Patienten fragen, wie er die geplanten Maßnahmen umsetzen möchte. Dabei werden eventuelle Missverständnisse ersichtlich.

## Fehlender Leidensdruck

Nicht so einfach ist die Lösung zu finden, wenn der Patient keinen Leidensdruck verspürt. Dies ist insbesondere beim Diabetes bedingten Fußsyndrom mit der ursächlichen Neuropathie der Fall. Hier treffen zwei erschwerende Faktoren zu – die fehlende Wahrnehmung von Schmerz und Druck sowie die Unterrepräsentierung der Füße im Bewusstsein. Hier einen Motivator für die Mitarbeit zu finden erfordert höchstes Geschick. Der Ansatz, dass der Patient es dem Therapeuten zu Liebe macht, funktioniert in einigen Fällen. Das ist allerdings nur dann der Fall, wenn ein gutes Vertrauensverhältnis aufgebaut wur-

de. Ein anderer Ansatz ist das Ziel, Rituale zu entwickeln. Nach und nach werden bestimmte Handlungen wie Fußbeobachtung, Schuhkontrolle auf Fremdkörper, Hautpflege geübt und bei jedem Kontakt überprüft, bis sie zur Selbstverständlichkeit geworden sind. Die Überprüfung spielt hier eine große Rolle, da der Patient es nicht für sich selbst tut. Daher ist es sinnvoll, diese Überprüfungen auch nach Abheilung eines Geschwürs aufrecht zu erhalten. Lob für jede durchgeführte Maßnahme sollte nicht fehlen, es ist der Antrieb. Da jeder Patient einzigartig ist, greifen auch nicht dieselben Mechanismen zur Motivationsförderung.

Eine andere Patientengruppe erzielt einen vermeintlichen Gewinn durch die Wunde in Form von erhöhter Aufmerksamkeit und Zuwendung. Wird diese Ursache ermittelt, besteht ein Defizit im Bereich der Grundbedürfnisse. (Schaubild 1) Soziale Kontakte und der Wunsch nach Anerkennung sind die Triebfeder für das Aufrechterhalten der Wunde, wenn andere Wege nicht erfolgreich waren.

Gelingt es, die Anerkennung über Lob für die gute Mitarbeit (die anfangs leider noch nicht gegeben ist) oder Lob für wundferne Verhaltensweisen oder Leistungen wie Blumenpflege, Wohnungsgestaltung, Kleidung ... herbeizuführen, gerät die Wunde (eventuell) in den Hintergrund. Ist der Pflegedienst die einzige Bezugsperson, bestehen oft Ängste, dass nach Wundheilung niemand mehr kommt. Einsamkeit ist leider im Alter ein weit verbreitetes Syndrom. Je nach Mobilität und Interessenslage können verschiedene Lösungen ange-

strebt werden. Es gibt seitens der Kirchen und der Städte und Gemeinden Besuchsdienste und Seniorentreffs. Ein Café in der Nähe kann auch ein schönes Ziel sein. Das geht aber besser ohne Wunde. Und so ergibt sich ein weiterer Motivator, die Wundheilung zu unterstützen. Diese Tipps sind nur exemplarisch zu verstehen. Durch ein Gespräch mit dem Patienten ergeben sich reale Ziele, an deren Erreichung gemeinsam gearbeitet werden kann. So ist beispielsweise eine Akzeptanz der Therapie eher für Ziele wie Schmerzfreiheit, größerer Bewegungsspielraum, trockene Kleidung, angenehmer Geruch und schlanke Beine zu erzielen als für die Wundheilung. Werden die Therapieziele gemeinsam mit dem Patienten ausgehandelt, entsteht eine Basis für die gemeinsame Therapieplanung. Jeder Patient hat auch ein Recht, sich gesundheitsschädlich zu verhalten. In einer solchen Situation ist zu klären, ob eine weitere Zusammenarbeit sinnvoll ist.

## Schmerzen

Patienten, die unter Schmerzen leiden, sind sehr eingeschränkt in ihren Mitwirkungsfähigkeiten. Die Einschränkung beginnt bereits bei der Aufnahme von Informationen. Unter Schmerzen sind Konzentration und Merkfähigkeit beeinträchtigt. Zudem liegen die Prioritäten nicht im Bereich der Wundheilung. „Wenn ich nur diesen Schmerz los wäre“ und „so kann und will ich nicht weiterleben“ sind Sätze, die Schmerzpatienten äußern. Wesentliche Therapiebestandteile zur Wundheilung wie Bewegungsübungen und Kompressionstherapie können unter Schmerzen nicht umgesetzt werden. Eine adäquate Schmerztherapie ist somit eine unabdingbare Voraussetzung für die Behandlung. Die weiteren Schritte sind nachrangig. Schmerzvermeidung beim Verbandwechsel durch die Auswahl geeigneter, nicht mit der Wunde verklebender Produkte, das Anwärmen von Spülflüssigkeiten und die richtige Technik beim Entfernen des Verbandes sind ebenso wichtig wie die rechtzeitige Verabreichung der Schmerzmedikamente. Das Auftragen von Lokalanästhetika vor einem chirurgischen Debridement sollte Standard sein.

## Andere Sorgen

Es gibt Wundpatienten, die Angehörige pflegen, eine Familie zu versorgen haben,

freiberuflich tätig sind oder in der Landwirtschaft arbeiten. Diese Menschen stellen oft ihre eigenen Bedürfnisse zurück. Sie haben nicht die Zeit, sich um sich selbst zu kümmern, eigene Arzttermine wahrzunehmen, in die Wundambulanz zu kommen. Ambulant tätige Pflegekräfte berichten, dass sie Wunden von pflegenden Angehörigen gezeigt bekommen, die nie ein Arzt gesehen hat. Sie leiten eine ärztliche Begutachtung ein und übernehmen die Wundversorgung, wenn es von allen Seiten gewünscht ist. Eine Anpassung der Therapie an die Lebensumstände fördert die Akzeptanz. Ein Landwirt kann der Empfehlung, nicht den Stall aufzusuchen solange er Wunden hat, nicht nachkommen. Es gilt somit ein Konzept zu erstellen, dass keine Verunreinigung des Verbandes im Stall passiert (z. B. Frischhaltefolie über den Kompressionsverband wickeln, ehe der Landwirt in die Gummistiefel steigt. Beim Ausziehen der Stiefel muss die Folie sofort entfernt werden.)

Trauernde Patienten sind schwer zu motivieren, etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Hier ist Fingerspitzengefühl gefragt, wieviel Mitarbeit erwartet werden kann. Der richtige Zeitpunkt für eine Steigerung sollte aber nicht außer Acht gelassen werden. Das Übertragen von Aufgaben wie z. B. Hautpflege oder Bewegungsübungen kann entlastend, ablenkend wirken. Die Technik des Aktiven Zuhörens ist sehr hilfreich um die tagesspezifische Befindlichkeit und Belastbarkeit zu ermitteln. Beispiel: Der Ehemann von Frau X. ist vor einem Monat nach langer, schwerer Krankheit verstorben. Frau X. hat ihn liebevoll gepflegt. Sie hatte in dieser Zeit keine Energie, sich um ihre offenen Beine so zu kümmern, wie es mit dem Arzt besprochen war. Nun ist sie in tiefer Trauer und wesentliche Teile ihrer Alltagsaufgaben sind durch den Tod des Mannes weggefallen. Sie hätte nun die Zeit, sich um ihre offenen Beine zu kümmern, aber nicht den nötigen Antrieb. Die Pflegekraft kommt täglich zum Verbandwechsel. Frau X. sagt: „Warum geben Sie sich solche Mühe? Es ist doch egal, wie meine Beine aussehen, Schwester Ute.“ Wundexpertin Ute Schneider: „Sie meinen, es ist es nicht wert, sich um Ihre Gesundheit zu kümmern?“ Frau X.: „Genau. Wofür lebe ich denn noch?“ Die Wundexpertin: „Sie können sich momentan nicht vorstellen, wie das Leben ohne Ihren Mann weitergehen kann.“ Frau X.: „Das haben Sie gut er-

kannt.“ Frau Schneider: „Was haben Sie früher gerne gemacht? Als Ihr Mann noch gesund war?“ So entsteht eine Gesprächsbasis, die vorsichtig neue Ziele für die Patientin erkennen lassen. Der Verbandwechsel bietet Zeit für die Dialoge, die sich anfangs nicht auf die Wunde beziehen. Der Therapieerfolg ist so aber eher zu erzielen als bei Nichtachtung der persönlichen Lebenssituation.

Ein zunehmendes Problem in Deutschland ist die angespannte finanzielle Situation vieler chronisch Kranker. Wundpatienten klagen über die finanzielle Belastung durch Arztbesuche, Kauf von Hautpflegeprodukten und anderen nicht durch die Krankenkasse finanzierter Therapieteile wie Antiseptika und Hautschutzpräparate. Einige schämen sich zuzugeben, dass sie es sich nicht leisten können. Im Würzburger Wundscore steht in Frage 6: Sind Ihre Verdienstmöglichkeiten durch Ihre Wunde eingeschränkt? Hier kreuzen sogar Rentner oft „sehr“ an. Das wäre ein Indiz auf eine ungebührliche finanzielle Belastung durch die Therapie in den Augen des Patienten. Ein Anlass, über preiswertere Methoden nachzudenken.

## Motivation

Was bringt Menschen dazu, ihr Verhalten zu verändern? Solange Zufriedenheit mit einer bestehenden Situation besteht, ist kein Anlass für eine Veränderung gegeben. Somit ist jedes Defizit letztendlich ein Motivator. „So kann es nicht weitergehen“. Schmerz steht hier an erster Stelle. Der Körper hat Schmerz als Warnsystem zur Verfügung. Er ist der Motivator, einen Arzt aufzusuchen. Fehlt der Schmerz ist nicht automatisch ein geeigneter Ersatzmotivator verfügbar. Es ist eine anstrengende Kopfleistung für zum Beispiel Querschnittgelähmte, einen regelmäßigen Positionswechsel vorzunehmen um Druckschäden zu vermeiden. Leider ist manchmal der erste entstandene Dekubitus der Ersatzmotivator, dieser Prozedur die volle Aufmerksamkeit zu widmen.

Die Herstellung des Bezugs zwischen gewünschtem Ziel und erforderlicher Maßnahme fördert ebenfalls die Motivation zur Therapietreue. Das gelingt am besten, wenn der Patient seine Ziele selbst definiert hat. „Was sollte aus Ihrer Sicht besser werden?“ bringt konkrete Angaben. „Wenn es nicht mehr so weh täte“, „wenn es nicht mehr so nass wäre“ oder „wenn es besser

**Tabelle 1**  
Grundmotive mit besonders starkem Einfluss auf das Verhalten (nach [4]).

Motive, Hoffnungen, Wünsche	Befürchtungen, Ängste
<b>Zugehörigkeit</b> (Sicherheit, Zuwendung, Geborgenheit, Freundschaft) → <b>Beitrag beachten und einbinden</b>	... unbeliebt, zurückgewiesen, isoliert, ausgeschlossen, allein gelassen, Gefühl: <b>Wertlosigkeit</b>
<b>Macht</b> (Kontrolle, Dominanz, Bedeutung, Status, Einfluss, Kampf, Wettbewerb) → <b>In Entscheidung einbinden</b>	... Kontrollverlust, unwichtig, abhängig, unbedeutend, missachtet Gefühl: <b>Ohnmacht</b>
<b>Leistung</b> (Erfolg, fortschritt, Kreativität, Abwechslung, Neugier, Fantasie) → <b>Leistung anerkennen</b>	... unfähig, schwach, erniedrigt, nutzlos, dumm, „Verlierer“, „Versager“, Gefühl: <b>Versagen</b>

riechen würde“, „wenn ich mich besser bewegen könnte ohne Schmerzen“ sind erlebte Antworten, die eine klare Vorgabe für den Therapieplan ergeben. Wird der Bezug zwischen Maßnahme und eingeleiteter Therapie besprochen, ist die Mitarbeit seitens des Patienten fast ein Selbstläufer.

Die Art der Kommunikation und des Feedbacks sind entweder motivationsfördernd oder hemmend. McClelland hat 1987 Grundmotive formuliert, die gut auf die Situation von Wundpatienten übertragbar sind (Tab. 1), [4]. Durch positives Feedback auf Ideen des Patienten wird der Wunsch nach Zugehörigkeit gefördert. Werden Eigenbeiträge nicht beachtet fühlt sich der Patient zurückgewiesen. Ermöglicht der Therapeut die gemeinsame Therapieplanung wird das Bedürfnis nach Macht erfüllt, wird hingegen „angeordnet“, entsteht der Eindruck missachtet zu werden. Die Gefahr, dass der Patient sich nicht an die Vorgabe hält, steigt, die Situation artet in ein Machtspiel aus. Der Wunsch nach Anerkennung und Erfolg wird durch positive Rückmeldungen gefördert. „Was haben Sie schon wieder gemacht“ fördert das Gefühl ein Versager zu sein.

## I Fazit

Es gibt viele Gründe, die Patienten daran hindern, unseren Empfehlungen zu folgen. Sind diese identifiziert ergibt sich die Möglichkeit für eine neue Herangehensweise. Fragen wie „Wir haben es doch besprochen und Sie waren einverstanden. Was hindert Sie mitzumachen?“ führen manchmal zu verblüffenden Ergebnissen. Beispiel: eine Patientin, die in einem kleinen Dorf lebte, sollte sich viel bewegen, Spaziergänge machen. Sie konnte es physisch, tat es aber nicht. Die Antwort auf die genannte Frage war: „Dann denken die Nachbarn, ich wäre faul.“ Die Anschaffung eines Hundes (den sie sich schon immer gewünscht hatte) löste das Problem.

Die Art der Kommunikation ist entscheidend für die Erfolgsaussicht. Ein wertschätzender Dialog auf Augenhöhe ermöglicht dem Patienten, sich als wichtiger Bestandteil des Behandlungsteams zu sehen und nicht als „Opfer“. Hilfreich kann sein sich klarzumachen, dass nicht der Therapeut das Problem mit der Wunde hat, sondern der Patient. Gelingt es, ihn in die Planung und Umsetzung einzubinden und

ihm das nötige Wissen über seine gesundheitliche Situation zu vermitteln, wird er eher in der Lage und bereit sein, seinen Teil zur Heilung beizutragen.

## I Weiterführende Literatur

1. Fischer-Epe M: Coaching: miteinander Ziele erreichen. Rowohlt Taschenbuchverlag, 2008.
2. DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (DNQP): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Osnabrück 2009.
3. HOCHLENERT, ENGELS, MORBACH: Das Diabetische Fußsyndrom. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2014.
4. McCLELLAND DC: Human Motivation, Cambridge 1987.
5. PANFIL, SCHRÖDER: Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Hans Huber Verlag, 2. Auflage 2009.
6. PETERMANN F: Non-Compliance: Merkmale, Kosten und Konsequenzen. *Managed Care* 2004 (4); 30–32.
7. Prodos-Verlag: Unterricht Pflege: Beratung, Heft 3/2008. Internet: <http://prodos-verlag.de/> (Letzter Zugriff 25.08.2015).
8. SCHRÖDER G, KOTTNER J: Dekubitus und Dekubitusprophylaxe. Hans Huber Verlag, 2011.
9. SAILER M: Patientenedukation: Schulung, Anleitung, Beratung ; ein Praxishandbuch. WK-Fachbücher, 2004, ISBN: 9783980657389.
10. WIMMER A, WIMMER J, BUCHACHER W, KAMP G: Das Beratungsgespräch – Skills und Tools für die Fachberatung. Linde-Verlag, 2012

# Empfehlungen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Behandlung des Ulcus cruris unter Praxisbedingungen

## Recommendation for the acquisition of health-related quality of life research in the treatment of ulcus cruris under conditions of practice

Augustin M.<sup>1</sup>, Blome C.<sup>1</sup>, Storck M.<sup>2</sup>, Dissemond J.<sup>3</sup>, Heyer K.<sup>1</sup>, Herberger K.<sup>1</sup>, Mayer A.<sup>1</sup>, Wild T.<sup>4</sup>, Debus S.<sup>5</sup>, Schmitt J.<sup>6</sup> und die Konsensusgruppe\*

### Korrespondierender Autor:

**Prof. Dr. med. Matthias Augustin**

Competenzzentrum Versorgungsforschung in der Dermatologie (CVderm)

Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP)

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistraße 52, 20246 Hamburg

E-Mail: m.augustin@uke.de

### SCHLÜSSELWÖRTER

Lebensqualität, Ulcus cruris, Konsensusempfehlungen

### KEYWORDS

Quality of Life, ulcus cruris, consensus, recommendations

### | Einleitung

Die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (LQ) von Patienten ist eine der wichtigsten Zielsetzungen in der Versorgung chronischer Wunden. Lebensqualität kann nicht direkt gemessen werden, sondern stellt ein multidimensionales Konstrukt dar, welches sich in Teilbereichen wie dem körperlichen Befinden,

1 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Competenzzentrum Versorgungsforschung in der Dermatologie (CVderm), Hamburg

2 Städtisches Klinikum Karlsruhe, Gefäßzentrum, Klinik für Gefäß- und Thoraxchirurgie, Karlsruhe

3 Universitätsklinikum Essen, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Essen

4 Wound Consulting GmbH, Wien

5 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Hamburg

6 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden, Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Dresden

\* Aschoff R, Beikert F, Bischoff M, Bunse J, Diener H, Eberlein T, Eming S, Fansa H, Gaiser F, Gartner S, Gass S, Gerber V, Glau S, Göpel L, Görges T, Großkopf V, Hampel-Kalthoff C, Hartmann B, Helfrich J, Hirsch T, Imkamp U, Janetzko C, Jost JO, Jünger M, Kaufmann R, Kamperhoff F, Lange-Asschenfeldt B, Langer S, May M, Münter KC, Nagel R, Nast A, Neubert TR, Niederbichler AD, Flesch F, Hochlenert D, Horn T, Peter RU, Petzold T, Protz K, Risse A, Tigges W, Tonn C, Scharfetter-Kochanek K, Schäfer E, Schindzielorz M, Schmidt M, Schuster H, Sellmer W, Sindriaru A, Storck M, Valesky E, Vanscheidt W, Waldvogel-Röcker K, Wild T, Zouboulis CC

für die bundesweite Konsensuskonferenz „Ergebnismessung und Nutzenbewertung in der Versorgung chronischer Wunden“ in Vertretung der folgenden wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, Verbände und Organisationen:

Ärztegenossenschaft Niedersachsen-Bremen (ägnw eG), AOK Baden-Württemberg, AOK Rheinland/Hamburg, Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC), Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD), Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen (BNC), Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC), Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh), Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG), Deutsche Gesellschaft für Phlebologie (DGP), Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (DGPW), Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (DGfW), Deutsche Wundakademie (DWA), Deutscher Wundrat e.V. (DWR), Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Forum der Wundnetze in Deutschland, Gesundheitsforen Leipzig GmbH, Initiative chronische Wunden e.V. (ICW), Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Leitliniengruppe DDG/ AWMF, Rechtsdepesche, Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), WundD•A•CH, Wundforum und AG Wunden der DDG, Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein, Wundnetz Leverkusen-Köln, Wundzentrum Hamburg.

der psychischen Verfassung, den sozialen Beziehungen und den wahrnehmbaren Funktionen im Leben reflektiert [9–11]. Die subjektiv erlebte LQ resultiert dabei auch im Abgleich zwischen dem existierenden und dem gewünschten Zustand. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität gehört in der Medizin zu den „Patient-reported outcomes“ (PRO), da sie primär vom Patienten berichtet wird. Ergebnismessungen werden in diesem Zusammenhang als „Outcomesmessungen“ bezeichnet.

Für die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurden international gültige methodische Standards publiziert, deren Berücksichtigung anzuraten ist. Detaillierte Maßgaben zur Erfassung von LQ sind dieser einschlägigen Literatur zu entnehmen, insbesondere den Leitlinien und Fachempfehlungen [2,7,13,15]. Diese sind Grundlage der nachfolgenden Empfehlungen über die Erfassung von LQ bei Ulcus cruris.

### Abgrenzung

Neben der LQ sind für die Outcomesmessung von Wundtherapien weitere patientenberichtete Endpunkte in Betracht zu ziehen, etwa psychische Parameter wie Depression, patientenberichtete Nutzen wie der Patient Benefit Index [4] oder Zufriedenheitsskalen. Deren systematische Erfassung spielt jedoch für das Qualitätsmanagement und für wissenschaftliche Zwecke eine größere Rolle als für den Praxisalltag. Sie werden deswegen für den vorliegenden Zielbereich nicht berücksichtigt.

### Empfehlung

#### Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsroutine

Die Lebensqualität des Patienten ist Gegenstand jedes ärztlichen oder pflegerischen Gespräches. Auf systematische, messbare Weise kann Lebensqualität durch standardisierte Fragebögen oder strukturierte Interviews erhoben werden. Für die Praxis bieten sich primär Fragebögen an. Diese müssen validiert und für den Praxisalltag bei kranken Menschen mit Wunden geeignet sein. Sofern der Erkrankte nicht selbst antworten kann, ist ersatzweise die Erhebung von Angaben durch nahe Angehörige oder Pflegende (Proxies) möglich. Hier bestehen jedoch Limitationen, was die Verlässlichkeit der Angaben betrifft.

**Tabelle 1**  
Zusammenfassende Empfehlungen zur Erfassung von Lebensqualität (LQ) bei Ulcus cruris in der Wundpraxis.

#	Empfehlung
1.	Die Erfassung der krankheitsbezogenen Lebensqualität ist fester Bestandteil der patientenorientierten Behandlung chronischer Wunden.
2.	Eine Minimalanforderung ist die Prüfung der Lebensqualität im ärztlichen oder pflegerischen Gespräch.
3.	Zu empfehlen ist die regelmäßige Erhebung der Lebensqualität mittels eines validierten Fragebogens.
4.	Ein Wund-spezifischer Fragebogen ist generischen Fragebögen vorzuziehen.
5.	Der Wound-QoL ist hier das für die Praxis bestgeeignete Instrument; der FLQA-w, CWIS und WWS kommen ebenfalls in Frage.

**Tabelle 2**  
Zusammenfassende Empfehlung: Auswahl der validen Methodik zur Erfassung von Lebensqualität (LQ) bei Ulcus cruris in der Wundpraxis.

Methodik zur LQ-Erfassung	Instrument zur LQ-Erfassung	Auswertung für die Praxis	Empfehlung für die Praxis
Validierter Fragebogen	primär: Wound-QoL	primär: Einzelitems auch: Gesamtwert	+++
	auch: FLQA-w, WWS, CWIS	primär: Einzelitems auch: Gesamtwert	+
Persönliches Gespräch	-	Nur qualitativ	+++
Proxi-Befragung	-	Nur qualitativ	*

Die Datenerhebung kann auf Papier, mithilfe elektronischer Medien oder durch protokollierte persönliche mündliche Antworten erfolgen. Auch ein Wechsel der Erfassungsmedien (z. B. von Papier auf Internet) bedarf einer Prüfung der Validität.

#### Auswahl des geeigneten Fragebogens bei Ulcus cruris

Die Lebensqualität bei Patienten mit chronischen Wunden kann sowohl mit krankheitsspezifischen wie auch mit generischen Lebensqualitäts-Fragebogen erhoben werden. Für die Anwendung in der Versorgungsroutine werden krankheitsspezifische Instrumente empfohlen, da diese die spezifischen Probleme und Handlungsfelder für die Wundkrankung genauer wiedergeben [7]. Sollen generische Fragebögen verwendet werden, so bietet sich hierfür insbesondere der EQ-5D an [16,18].

Eine internationale Vergleichsstudie zeigte, dass die am häufigsten eingesetzten Fragebögen, der FLQA [5,6,12], die WWS [17] und die CWIS [1,14] jeweils zur Erfassung der Lebensqualität valide und

geeignet sind. Sowohl in der praktischen Handhabung wie auch in den Validierungsmerkmalen wurden sie in der genannten Reihenfolge positiv bewertet. Als Weiterentwicklung dieser drei Fragebögen wurde der Wound-QoL entwickelt, der in Validität und Handhabung optimierte Eigenschaften aufweist [8,31].

Von der verfassenden Konsensusgruppe wie auch von den Autoren der Fragebögen wird zukünftig primär der Einsatz des Wound-QoL empfohlen [4]. Sofern bereits ein anderer der drei genannten Fragebögen in der Routine eingesetzt wird, kann dieser beibehalten werden. Auch bei angestrebten Vergleichen zu bereits bestehenden Patientenkohorten empfiehlt sich die Beibehaltung des bereits eingesetzten Instrumentes.

Die Anwendung eines anderen als der genannten Instrumente ist grundsätzlich ebenfalls möglich, wenn dieses Instrument eine hinreichende Validität unter wissenschaftlichen Prüfbedingungen gezeigt hat und sich aus Sicht der Patienten in den Validierungsstudien als akzeptiert und geeignet erwiesen hat.

## Auswertung und Bewertung der Lebensqualität bei Ulcus cruris in der Praxis

Für die Interpretation der Ergebnisse aller bisher publizierten krankheitsspezifischen Fragebögen bei chronischen Wunden gibt es keine generellen Standards. Wenngleich für die meisten Fragebögen und deren Subskalen Vergleichswerte publiziert wurden, kommt zur Bewertung der Lebensqualität in der täglichen Wundpraxis eher eine Bewertung der einzelnen Items in Frage, da jedes Item einen inhaltlichen Sinngehalt und damit einen Handlungsbedarf für die Praxis aufweist. Sowohl das ärztliche wie auch das pflegerische Personal sollten sich am Ergebnis orientieren können.

Da alle vorgenannten Fragebögen eine fünfteilige Likert-Skalierung aufweisen, wird einheitlich empfohlen, die beiden stärksten Antworten (meist „stark/sehr“ und „sehr stark“) als Hinweise für eine eingeschränkte Lebensqualität in diesem Teilbereich anzusehen.

Sollen Angaben über eine Gruppe von Patientenaussagen zur Lebensqualität gemacht werden, dann wird die Beachtung der Cut-off-Werte in den Validierungspublikationen oder Manualen empfohlen.

Für den Wound-QoL wurde im Zuge der weiteren Validierungsarbeiten eine Arbeitshilfe zur Anwendung in der Praxis namens „WoundAct“ entwickelt [3]. Diese geht davon aus, dass jedes einzelne Item, in dem der Patient sich als auffällig erweist (Antwort „ziemlich“ bis „sehr“) Handlungsbedarf induziert.

Auch die Kontrolle im Behandlungsverlauf erfolgt in praxi unter Beachtung der einzelnen Items. Skalen und Gesamtscores des Wound-QoL sind demgegenüber für Zwecke der Qualitätssicherung sowie für wissenschaftliche Fragestellungen wichtig.

## Abkürzungsverzeichnis

**CWIS:** Cardiff Wound Impact Scales

**FLQA-w:** Freiburger Lebensqualitäts-Assessment für Wunden

**LQ:** Gesundheitsbezogene Lebensqualität

**Wound-QoL:** Fragebogen zur Lebensqualität bei chronischen Wunden

**WWS:** Würzburger Wundskalen

## Literatur

1. ACQUADRO C, PRICE P, WOLLINA U: Linguistic validation of the Cardiff Wound Impact Schedule into French, German and US English. *J Wound Care* 2005; 14 (1): 14–7.
2. AUGUSTIN M, AMON U, BRAATHEN L, BULLINGER M, GIELER U, KLEIN GF, SCHULTZ-AMLING W: Guideline on the assessment of quality of life in dermatology. *J Dtsch Dermatol Ges* 2004; 9:802–806.
3. AUGUSTIN M, BAADE K, HERBERGER K, PROTZ K, GÖPEL L, WILD T, BLOME C: Use of the Wound-QoL instrument in routine practice. *Wound Medicine* 2014; 5:4–8.
4. AUGUSTIN M, BLOME C, ZSCHOCKE I, SCHAEFER I, KOENIG S, RUSTENBACH SJ, HERBERGER K: Benefit Evaluation in the Therapy of Chronic Wounds from the Patients' Perspective-Development and Validation of a New Method. *Wound Repair Regen* 2012; 20 (1): 8–14.
5. AUGUSTIN M, DIETERLE W, ZSCHOCKE I, BRILL C, TREFZER D, PESCHEN M, SCHOEPF E, VANSCHIEDT W: Development and Validation of a Disease Specific Questionnaire on the Quality of Life of Patients with Chronic Venous Insufficiency. *Vasa* 1997; 26: 291–301.
6. AUGUSTIN M, HERBERGER K, RUSTENBACH SJ, SCHAEFER I, ZSCHOCKE I, BLOME C: Quality of Life Evaluation in Wounds: Validation of the Freiburg Life Quality Assessment-Wound Module, a Disease-Specific Instrument. *Int Wound J* 2010; 7(6): 493–501.
7. AUGUSTIN M, LANGENBRUCH AK, HERBERGER K, BAADE K, GÖPEL L, BLOME C: Quality of life measurement in chronic wounds and inflammatory skin diseases: definitions, standards and instruments. *Wound Medicine* 2014; 5:29–38.
8. BLOME C, BAADE K, DEBUS ES, PRICE P, AUGUSTIN M: The 'Wound-QoL': a short questionnaire measuring quality of life in patients with chronic wounds based on three established disease-specific instruments. *Wound Repair Regen* 2014; 22(4):504–514.
9. BROCK D: Quality of life measures in health care and medical ethics. In: Spilker B, editor. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Philadelphia, Lippincott-Raven 1996, S 487–510.
10. BULLINGER M: Assessing health related quality of life in medicine. An overview over concepts, methods and applications in international research. *Restor Neurol Neurosci* 2002;20: 93–101.
11. DRUMMOND M, MCGUIRE A: *Economic evaluation in health care*. Oxford University Press 2001, Oxford.
12. HERBERGER K, RUSTENBACH SJ, HAARTJE O, BLOME C, FRANZKE N, SCHÄFER I, RADTKE M, AUGUSTIN M: Quality of Life And Satisfaction of Patients with Leg Ulcers – Results of a Community-based Study. *Vasa* 2011; 40 (2),131–138.
13. KOLLER M, NEUGEBAUER EAM, AUGUSTIN M, BÜSSING A, FARIN E, KLINKHAMMER-SCHALKE M, LORENZ W, MÜNCH K, PETERSEN-EWERT C, STEINBÜCHEL N, WIESELER B: Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung – konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen. *Gesundheitswesen* 2009; 71(12),864–872.
14. PRICE P, HARDING K: Cardiff Wound Impact Schedule: The development of a condition-specific questionnaire to assess health-related quality of life in patients with chronic wounds of the lower limb. *Int Wound J* 2004; 1(1):10–17.
15. PRINSEN CAC, DE KORTE J, AUGUSTIN M, SAMPOGNA F, SALEK SS, BASRA MKA, HOLM EA, NIJSTEN TEC: The EADV Taskforce on Quality of Life: Measurement of Health-Related Quality of Life in Dermatological Research and Practice: Outcome of the EADV Taskforce on Quality of Life. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27 (10): 1195–1203.
16. RABIN R, DE CHARRO F: EQ-D5: a measure of health status from the EuroQol Group. *Annals of Med* 2001; 33(5): 337–343.
17. SPECH E: *Lebensqualität bei Patienten mit chronisch venösen und arteriellen Ulcera cruris* [dissertation 2003]. Würzburg: Universität zu Würzburg.
18. THE EUROQOL GROUP: EuroQol-a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy* 1990: 16:199–208.

# PFLEGELEXIKON – DIE SERIE ZUM SAMMELN

## Analyse der lokalen Wundsituation, Teil 1

### | Einleitung

Der ideale Wundverband garantiert noch keinen zügigen Heilungsprozess. Die Wunde ist lediglich ein Symptom. Erst nach adäquater Diagnostik und angepasster Kausaltherapie, begleitet von einer empathischen und individuellen Patientenedukation, ist eine erfolversprechende Wundheilung möglich.

### | Grundlagen

Der interprofessionelle sowie interdisziplinäre Austausch, insbesondere eine Kommunikation zwischen den einzelnen Fachärzten sowie zwischen Ärzten und Pflegefachkräften aber auch anderen Therapeuten, ist die Basis für eine koordinierte und einheitliche Wundbehandlung. Brüche in der Kommunikation, Verständnisprobleme oder hierarchische Konflikte bedeuten ein Risiko für eine erfolgreiche Therapie. Im Fokus der Therapie sollte der Betroffene stehen und nicht seine lokale Wundsituation, auf die er sich oft reduziert fühlt (s. Abb. 1). Patienten bringen meist bereits Vorerfahrungen mit anderen Versorgern mit, die nicht immer positiv waren. Ein auf die Pflege und Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden spezialisiertes Versorgungszentrum ist selten die erste Anlaufstelle, Patienten haben bereits häufig eine längere Wundbiographie (Monate bis Jahre). Um Vertrauen auf- und Ängste abzubauen sind bei Erstkontakt eine entspannte und ruhige Atmosphäre sowie ein einfühlsames, kompetentes Gespräch zur Erstellung der pflegerischen und medizinischen Anamnese eine wichtige Voraussetzung.

### | Werkzeuge

Eine erfolgreiche Wundbehandlung basiert auf Erfassung der Ausgangssituation

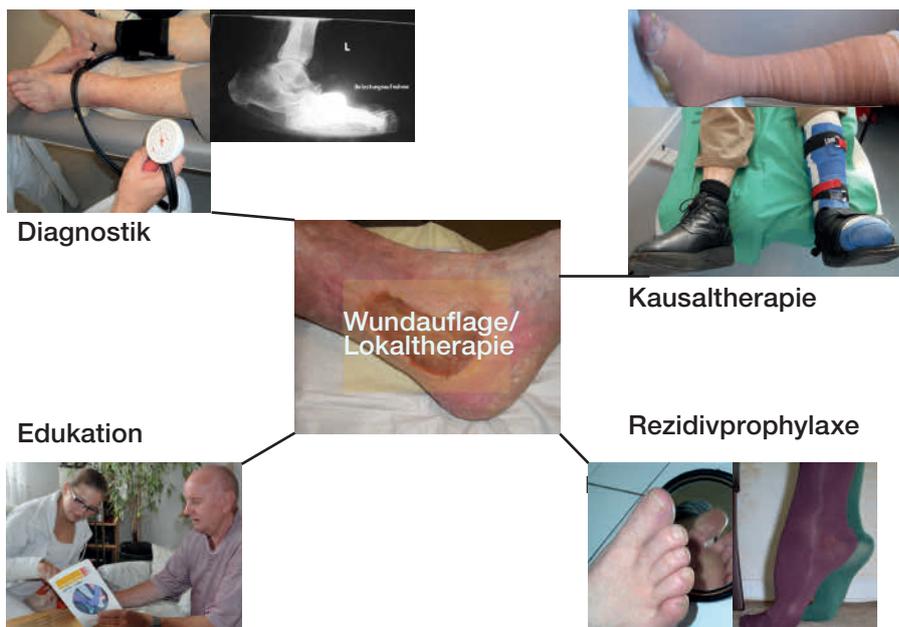


Abbildung 1  
Die Wundauflage ist nicht alles.

durch Beobachten, Tasten, Riechen und Zuhören.

**Beobachten:** Durch beobachten können z. B. Hautrisse, Kratzspuren (s. Abb. 2), Hyperkeratosen, Einblutungen, Feuchtigkeit, Einschnürungen, Nekrosen, Schonhaltungen, Gangbilder, Hygienestatus, Kleidung, Hautbeschaffenheit, Schwellungen, Hautverfärbungen aber auch Mimik und Gestik erfasst werden.

**Tasten:** Mit den Händen lassen sich unter anderem Pulsstatus, Hauttemperatur, Ödeme oder Hautverhärtungen tasten sowie weiterführende Untersuchungen, z. B. auf eine Polyneuropathie (per Einsatz Monofilament und Stimmgabel), durchführen.

**Riechen:** Eine Geruchsentwicklung deutet stets auf Komplikationen hin. Unangenehmer Geruch kann beispielsweise auf Wundinfektionen, Tumorexulzerationen, feucht-nekrotisches Gewebe oder Darm-/

Harnwegsfisteln hinweisen. Zudem hat dieser gravierende Auswirkungen auf die Lebensqualität des Patienten und kann zu Körperbildstörungen führen. Da Beschreibungen, wie süßlich, säuerlich, faulig, jauchig, fäkal lediglich subjektive Eindrücke wiedergeben und nicht eindeutig sind, sollte sich eine Aussage über den Wundgeruch darauf beschränken, ob er vorliegt oder nicht.



Abbildung 2  
Kratzspuren bei Patientin mit CVI.



**Abbildung 3**  
Defekter Schuh, zu eng, Loch und Einlage fast aufgebraucht bei einem Patienten mit Diab. mellitus und Neuropathie



**Abbildung 4**  
Abschnürung durch Verband.



**Abbildung 5**  
Schnürfurchen durch unsachgemäße Kompression.

**Zuhören:** Ein aufmerksames Zuhören gibt zum einen Aufschluss über den Gemütszustand sowie die seelische und psychische Verfassung des Patienten (z. B. über Schmerzlauter, weinen, Aggression), zum anderen lassen sich Vorerfahrungen, vorhandenes Wissen zum Umgang mit bestehenden Einschränkungen durch die Wunde aber auch zu Selbstpflegemöglichkeiten und -defiziten sowie ein bestehender Unterstützungsbedarf ermitteln.

## Informationssammlung

Bestimmte Beobachtungen, Wahrnehmungen und Hinweise können auf Probleme im Versorgungsprozess hindeuten. Die nachfolgenden Informationen bilden eine wichtige Basis für die weitere Behandlung.

**Wundursache:** z. B. Durchblutungsstörung (arteriell, venös, Mischform), Diabetes mellitus, Traumata, Autoimmunerkrankungen, Infektion, Dermatosen, genetische Defekte, Neoplasien, Nebenwirkungen von Arzneimitteln.

**Lebensgewohnheiten/soziales Umfeld:** Wie und mit wem lebt der Betroffene (z. B. Erdgeschoss, Treppen ohne Fahrstuhl, allein oder mit Angehörigen)? Wer versorgt ihn – pflegerisch, medizinisch, häuslich? Welche Lebensgewohnheiten, z. B. Rauchen, Alkohol, sportliche Betätigungen (z. B. Radfahren, Nordic Walking, spazieren gehen), wie mobil ist der Patient?

**Kleidungsgeohnheiten:** z. B. Mieder, Korsetts, einschnürende Socken/Strümpfe mit engen Bündchen und drückenden Nähten oder nicht atmungsaktive Materialien stören die Durchblutung, fördern Schmer-

zen und Druckstellen und belasten die Haut. Zudem mindern zu kleine/enge Schuhe oder offene Schuhe die Mobilität und bedeuten zusätzlich eine Sturzgefahr (s. Abb. 3). Die Lebensqualität des Patienten lässt sich durch Hinweise und Hilfestellungen zur Kleidungs- und Schuhwahl verbessern.

**Psychosoziale Aspekte:** Sorgen, Frustration, Wut, Depression, Trauer.

**Ernährung:** Speisen- und Getränkegewohnheiten (Mengen, Vorlieben, Zeiten).

**Krankheitsgeschichte und Vorversorgung:** Wie ist die Wunde entstanden?, Welche Begleiterkrankungen liegen vor?, Was haben der Patient bzw. seine Angehörigen zur Verbesserung ihrer Situation bereits unternommen?, Was war erfolgreich, was hat zu Verschlechterungen (Nebenwirkungen, Einschränkungen) geführt? Welche Wundauflagen, Medikamente, Hautpflege/-schutz und Hilfsmittel wurden bislang genutzt? Was haben Betroffene und Angehörige bereits selbst unternommen? Auch die alte Versorgung liefert Hinweise auf mögliche Probleme in der Wundheilung. War die Versorgung zu locker oder ist verrutscht, hat diese Einschnürungen, Hautläsionen oder Spannungsblasen provoziert? (Abb. 4 und 5).

**Aktueller Versorgungs- und Wundstatus:** Ist die Wundauflage mit dem Wundgrund verklebt oder hat ggf. zu viel Druck auf die Wunde ausgeübt? (Abb. 6), Ist die Wundauflage nach Abnahme trocken oder komplett durchfeuchtet?, War das Wechselintervall zu kurz oder zu lang? (Abb. 7) Hat der Patient Missempfindungen (z. B. pieksen, jucken, kneifen) durch die Versorgung? Sind Rückstände und Be-

läge in der Wundauflage? (Abb. 8), Wie ist die Exsudatbeschaffenheit (Konsistenz, Farbe, Geruch) und dessen Aufnahme durch die Wundauflage?, Liegen Entzündungszeichen vor?, Wie sehen Wundrand und -umgebung aus?

**Krankheitsspezifische Maßnahmen:** z. B. Fußpflege und -inspektion, Kompressionstherapie, Bewegungsübungen, druckverteilende Hilfsmittel, orthopädische Schuhversorgung.

**Wund- und therapiebedingte Einschränkungen:** beispielsweise Schmerzen, Geruch- und Exsudatprobleme, Einschränkungen in der Kleider- und Schuhwahl, Bewegungseinschränkungen, hygienische Probleme, Frustration, Reduktion der privaten Kontakte bis hin zur sozialen Isolation. Dies sind wichtige Grundlagen der weiteren Versorgung. Aufgrund dieser Erfassung können gemeinsam Hilfestellungen entwickelt werden, um dem Betroffenen den Alltag mit der Wunde zu erleichtern.

Manchmal äußern Betroffene ihre Beeinträchtigungen nicht offen. Als mögliche Gründe hierfür können beispielsweise Ängste, Schamgefühl, kulturelle Aspekte aber auch Demenz oder Aphasie angenommen werden. Eine aufmerksame Beobachtung liefert Hinweise auf schmerzvermeidende Schonhaltungen oder andere Anzeichen auf Schmerz beim Patienten.

## Krankheitsbilder und deren typische Kennzeichen

Eine sorgfältige Anamnese liefert erste Erkenntnisse. Diese erfasst in einem per-

sönlichen Gespräch, Erfahrungen aber auch Erwartungen des Patienten. Zudem lassen sich auch unwillkürliche Regungen oder Schmerzvermeidungsstrategien beobachten.

**Dekubitus**

Eine Dekubitus ist klar von einer Inkontinenz Assoziierten Dermatitis (IAD) zu unterscheiden. Ein Dekubitus bildet sich typischerweise über Knochenvorsprüngen bzw. an prominenten Körperstellen, z. B. Os sacrum, Fersen, Ellenbogen, Hüftknochen, aus. Die Entstehung wird durch das fehlende Polster aus Fettgewebe und Muskelfleisch an diesen Regionen begünstigt. Das Steißbein gehört nicht zu den Prädisloktionsstellen, da es nicht vorsteht, sondern in einer Vertiefung liegt.

Die Tabelle 1 führt die typischen Symptome beim Dekubitus und bei der IAD auf.

**Tabelle 1**  
Typische Symptome beim Dekubitus und der Inkontinenz Assoziierten Dermatitis.

Kriterien	Dekubitus	Inkontinenz Assoziierte Dermatitis (IAD)
Ursache	Druck und/oder Scherkräfte	Feuchtigkeit: Z. B. Harn-/ Stuhlinkontinenz, Diarrhoe
Lokalisation	Wunde über Knochenvorsprung	Kann über Knochenvorsprung liegen; Feuchtigkeit muss vorliegen; Druck und/oder Scherkräfte ausschließen
Ausprägung	Wunde ist lokal begrenzt; Wunde beginnt in der Tiefe und nicht an der Oberfläche; ggf. Blase, Ödeme, Verhärtungen	Diffuse, oberflächliche Hautveränderungen
Farbe	Nicht wegdrückbares Erythem (= Dekubitus Kategorie I)	Wegdrückbares oder nicht wegdrückbares Erythem
Wundrand	Ausgeprägter, klar erkennbarer, abgegrenzter Rand	Diffuser, ungleicher Rand
Schmerzen	Ja, unterschiedliche Ausprägung je nach Gewebsschädigung und Tiefe	Ja, meist stark
Fotobeispiel		

**Quellen und weiterführende Informationen**

1. DISSEMOND J: Blickdiagnose chronischer Wunden, 2. Auflage, Viavital Verlag GmbH 2012 Köln.
2. EPUAP STATEMENT (Defloor et al.): Pressure Ulcer Classification Differentiation Between Pressure Ulcers And Moisture Lesions, J WOCN 2005, Vol. 6 (3).
3. PROTZ, K: Moderne Wundversorgung, 7. Auflage, Elsevier Verlag München 2014.
4. SELLMER W, BÜLTEMANN A, TIGGES W: Wundfibel – Wunden versorgen behandeln heilen, 2. Auflage, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2010.
5. STANDARDS UND CHECKLISTEN WUNDZENTRUM HAMBURG E.V.: www.wundzentrum-hamburg.de

**Kerstin Protz, Krankenschwester, Projektmanagerin Wundforschung im Comprehensive Wound Center (CWC) am Uniklinikum Hamburg-Eppendorf, Referentin für Wundversorgungskonzepte, Vorstandsmitglied Wundzentrum Hamburg e. V.**



**Abbildung 6**  
Druck einer Wundauflage aufs Gewebe.



**Abbildung 7**  
Erschöpfter Wundverband (Hydrokolloid).



**Abbildung 8**  
Inspektion der Wunde, Wundumgebung und Wundauflage auf Auffälligkeiten.

Foto: B. Temme, Berlin.

# Cochrane Pflege Corner

## Risikoskalen zur Erfassung der Dekubitusgefährdung, um ein Druckgeschwür zu verhindern

### Fragestellungen des Cochrane Reviews

- Reduziert der Einsatz eines strukturierten systematischen Dekubitusrisikoassessment verglichen mit keinem strukturierten Assessment oder klinischer Einschätzung ohne Unterstützung (unaided judgement) die Inzidenz von Druckgeschwüren?

Für das zweite Update dieses Reviews wurden im Dezember 2013 randomisierte kontrollierte Studien (RCT) in folgenden Datenbanken gesucht: Cochrane Wounds Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Datenbank mit Abstracts von Reviews zu Effekten (DARE), Ovid MEDLINE (1948–2013), Ovid EMBASE (1980–2013) sowie EBSCO CINAHL (1982–2013). Ebenso wurden Experten angefragt, z. B. Mitglieder der EPUAP, der EWMA, der NPUAP und der WUWHS. Die detaillierte Suchstrategie ist beschrieben. Es gab keine Einschränkungen hinsichtlich der Sprache oder dem Publikationszeitpunkt.

### Patienten

Eingeschlossen wurden RCTs mit Patienten ohne Dekubitus jeden Alters und aus jedem Setting.

### Intervention und Kontrolle

RCTs mit folgenden Vergleichen wurden in das Review eingeschlossen:

- Einschätzung des Dekubitusrisikos mit einer spezifischen strukturierten systematischen Dekubitusrisikoskala verglichen mit keiner spezifischen strukturierten systematischen Dekubitusrisikoskala oder klinischer Einschätzung ohne Unterstützung (unaided judgement)

- Vergleiche zwischen zwei verschiedenen Dekubitusrisikoskalen.

### Zielkriterien

Primäre Zielkriterien waren:

- Anteil von Patienten, die einen neuen Dekubitus jeden Grades entwickelt haben. Ein Dekubitus wurde definiert als eine lokale Verletzung der Haut, des darunter liegenden Gewebes oder beides, gewöhnlich über einem prominenten Knochen, als Ergebnis von Druck oder Druck in Kombination mit Scherkräften (EPUAP, 2009).

Als sekundäre Zielkriterien galten:

- Schweregrad des neu entwickelten Dekubitus
- Zeit bis zur Dekubitusentwicklung
- Dekubitusprävalenz.

### Vorgehen

Zwei Autoren sichteten unabhängig voneinander die Titel, Abstracts und Volltexte von potenziell relevanten Studien. Meinungsverschiedenheiten wurden durch Diskussion gelöst oder die Cochrane Wundgruppe angefragt.

Für das Update extrahierte ein Autor die Daten aus den Studien und fasste diese zusammen. Ein zweiter Autor kontrollierte dies unabhängig. Dokumentiert wurden u. a. folgende Informationen: Autoren, Titel, Quelle, Datum der Studie, Land, Setting, Ein- und Ausschlusskriterien, Patientenbeschreibung, Design, Stichprobengröße, Interventionen, Risikoassessment, Teil eines größeren Programms, Häufigkeit der Einschätzung, Länge des Follow-ups, Aufenthaltsdauer der Patienten, Anwendung des Assessments durch welche Berufsgruppe, Zielkriterien, Verifizierung der

Diagnose Dekubitus, Anzahl Patienten im Follow-up, Ergebnisse und Schlussfolgerungen.

Zwei Autoren schätzten unabhängig voneinander die methodische Qualität der Studien ein. Als Beurteilungskriterien für die methodische Qualität der Studien (Bias-Risiko) wurden Zuteilungsmethode, verdeckte Zuteilung, Verblindung, inkomplette Daten sowie selektives Reporting der Zielkriterien bewertet.

### Datenanalyse

Für dichotome Zielkriterien wurde das Relative Risiko (RR) berechnet und die Ergebnisse in Form von 95 %-Konfidenzintervallen (95 %-KI) beschrieben. Die statistische Heterogenität wurde anhand von  $\chi^2$  und  $I^2$  beurteilt. Für die Datenanalysen wurde die Software RevMan 5 genutzt.

### Ergebnisse

In das Review konnten zwei Studien eingeschlossen werden. Eine kleine, cluster-randomisierte Studie fand keinen statistischen Unterschied in der Dekubitusinzidenz bei Patienten, bei denen der Einsatz der Braden-Skala ( $n = 74$ ) mit der Einschätzung von Pflegenden ( $n = 76$ ) verglichen wurde, die geschult waren und ein unstrukturiertes Risikoassessment anwendeten (RR 0,97; 95 %-KI 0,53 bis 1,77), und Patienten, bei denen Pflegende nur ein unstrukturiertes Assessment einsetzten ( $n = 106$ ) (RR 1,43; 95 %-KI 0,77 bis 2,68).

Die zweite Studie, eine größere einfach verblindete RCT, verglich die Waterlow Skala ( $n = 411$ ) und die Ramstadius Skala ( $n = 420$ ) mit der klinischen Einschätzung ( $n = 420$ ). Dabei wurde kein statistischer Unterschied in der Dekubitusinzidenz zwischen den drei Gruppen festgestellt (Waterlow Skala 7,5 %,  $n = 31$ ; Ramstadius 5,4 %,  $n = 22$ ; klinische Einschätzung 6,8 %,  $n = 28$ ) (RR 1,10; 95 %-KI 0,68 bis 1,81, Waterlow Skala versus klinischer Einschätzung) (RR 0,79; 95 %-KI 0,46 bis

Prof. Dr. Eva-Maria Panfil  
Universitätsspital Zürich,  
Rämistr. 100, CH-8091 Zürich  
E-Mail: Eva-Maria.Panfil@usz.ch

1,35, Ramstadius Skala versus klinischer Einschätzung)(RR 1,44; 95 %-KI 0,85 bis 2,44, Waterlow Skala versus Ramstadius Skala).

### Schlussfolgerungen

Es gibt keine zuverlässige Evidenz, dass der Einsatz von strukturierten, systematischen Dekubitusrisikoskalen die Inzidenz von Druckgeschwüren reduziert.

### Nachweis in der Cochrane Database of Systematic Reviews

1. MOORE, Z. E., & COWMAN, S. (2014). RISK ASSESSMENT TOOLS FOR THE PREVENTION OF PRESSURE ULCERS. COCHRANE DATABASE SYST REV, 2.

\*Diese Cochrane Review-Zusammenfassung wurde wie gewohnt von Sabine Lins vom Deutschen Cochrane Zentrum bearbeitet und durch ein Glossar ergänzt (s. u.).

### Kurz und bündig: Was bedeutet was?\*

#### 1. Inzidenz

Die Inzidenz beschreibt die in einem bestimmten Zeitraum neu aufgetretene Anzahl an Krankheitsfällen in einer definierten Bevölkerungsgruppe.

#### 2. Dichotome Daten

Dichotome Daten weisen nur eine begrenzte Zahl eindeutig voneinander abgrenzbarer Zuständen auf (z. B. Augenfarbe: blau, grau, braun, grün).

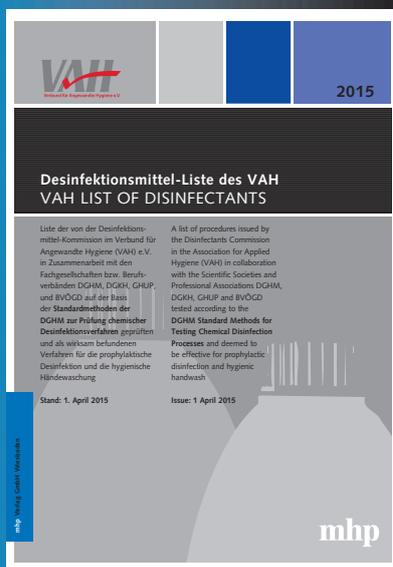
#### 3. Cluster-Randomisierte kontrollierte Studien (Cluster RCTs)

In Cluster-RCTs werden nicht einzelne Personen, sondern Gruppen von Personen zur Interventions- und Kontrollgruppe zugeordnet. Die Gruppen können eine unterschiedliche Größe innehaben und beispielsweise eine Schule, ein Dorf, eine Familie oder ein Altenheim sein.

#### 4. Relatives Risiko (risk ratio, RR)

Das Relative Risiko ist ein Ergebnisparameter in Form einer Zahl, die die Risiken (Wahrscheinlichkeiten) von zwei Gruppen ins Verhältnis zueinander setzt. Ein Relatives Risiko von 1 bedeutet, dass zwischen den Gruppen kein Unterschied besteht. Bei einem Relativen Risiko von kleiner als 1 ist die Intervention wirksam. Neben der Angabe des Relativen Risikos ist die Betrachtung des Konfidenzintervalls hilfreich.

Hier steht nur drin,  
was wirklich wirkt!



mhp

## Desinfektionsmittel-Liste des VAH

Aktueller Stand: 1. April 2015

Rund 1.000 geprüfte und für wirksam befundene Präparate für die routinemäßige prophylaktische Desinfektion von Händen, Haut, Instrumenten, Fläche und Wäsche

Auch als Online-Version mit regelmäßigen Aktualisierungen erhältlich!

Weitere Informationen über  
[www.mhp-verlag.de](http://www.mhp-verlag.de)

Desinfektionsmittel-Kommission im VAH (Hrsg.)  
Desinfektionsmittel-Liste des VAH, Stand 1.4.2015  
ISBN 978-3-88681-126-7, 176 Seiten (Broschüre)

35,20 EUR zzgl. Versandkosten, Online-Lizenz ebenfalls 35,20 EUR



## Erratum

Leider hat sich in dem Beitrag „Treffen der Anbieter von ICW-Personalqualifizierungen in Kassel“ aus in der Ausgabe 4/2015 ein Fehler eingeschlichen. Die korrekte Bezeichnung für die Personalzertifizierungsstelle beim TÜV Rheinland muss lauten: „TÜV Rheinland Akademie GmbH PersCert“. Wir bitten, dies zu entschuldigen.

## Versorgungsvertrag zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden am Klinikum Gütersloh gGmbH

### Einführung

Seit einigen Jahren wird am Klinikum Gütersloh gGmbH ein strukturiertes Wundmanagement angeboten. Ziel ist, Patienten mit chronischen Wunden stationsübergreifend einheitlich durch speziell qualifiziertes Personal zu versorgen. Zuvor wurden je nach Station und Pflegekraft verschiedenste Ansätze der Wundversorgung durchgeführt, ein Standard lag nicht vor. Nachdem die klinikinterne Wundversorgung optimiert war, richtete sich der Fokus auf die außerklinische Weiterversorgung der Wundpatienten. Damit es nicht zu Behandlungsabbrüchen kommt, sind geregelte Strukturen erforderlich. Der Gesetzgeber hat zur Problemlösung die Möglichkeit über einen Strukturversorgungsvertrag nach § 43 SGB V geschaffen. Am Klinikum Gütersloh gGmbH hat die Pflege als treibende Kraft den Vertrag und die strukturierte Versorgung voran getrieben.

### Vertragsregelungen

Der Vertrag wurde zwischen der Bertelsmann BKK und dem Klinikum Gütersloh gGmbH geschlossen. Ziel ist es, auch andere Kassen zu gewinnen, damit mehr Menschen mit chronischen Wunden versorgt werden können. Der Vertrag regelt die einrichtungsübergreifende Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Es wurde gezielt darauf geachtet, dass Patienten mit Dekubitus und Ulcus cruris arteriosum/venosum/mixtum (UC) aufgenommen werden. Menschen mit einem Diabetes bedingten Fußsyndrom (DFS) sollen nach der Vereinbarung § 73a SGB V

zur Optimierung der Versorgung von Typ 1 und Typ 2 Diabetikern im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V von den Vertragsärzten versorgt werden.

Der Vertrag regelt unter anderem ein Casemanagement und beinhaltet verschiedene Versorgungsebenen. Der Hausarzt kann einen Patienten direkt überweisen oder in den Vertrag einschreiben, wobei eine erste Diagnostik und eine Überweisung ausgefüllt werden müssen. In diesem Fall wird der Patient erst nach der ersten Einschätzung ins MVZ des Klinikum Gütersloh überwiesen. Weitere Diagnostik und evtl. Wundbehandlungen werden dort übernommen. Ziel ist es, ein Netzwerk aufzubauen.

Da der Vertrag neu ist, ist es wichtig, dass ein regelmäßiger Austausch mit den Vertragspartnern gepflegt wird. Die Interessen der einzelnen Akteure sind unterschiedlich. Die Kassen sind daran interessiert zu erfahren, wie erfolgreich ihre Kunden versorgt wurden, wohin das Geld geflossen ist und ob es wirklich gut investiert war.

Die niedergelassenen Ärzte möchten nicht ausgeschlossen werden. Der Hausarzt ist wichtig, z. B. zur Steuerung der medikamentösen Therapie, inklusive der Schmerzmedikation. Er weiß, welche Medikamente der Patient nimmt und welche er z. B. zur Schmerzlinderung einsetzen kann (Nierenerkrankungen, Leberveränderungen). Im Zweifel können noch weitere Fachrichtungen dazu geholt werden. Die Kausaltherapie ist genauso wichtig und nimmt in der chronischen Wundversorgung einen hohen Stellenwert ein. Auch dazu ist die Meinung des Hausarztes, des Pflegedienstes oder anderer Berufsgruppen gefragt.

### Voraussetzungen

Neben der fachlichen Kompetenz im ärztlichen und pflegerischen Bereich bezogen auf die Behandlung von Menschen mit chronischen Wunden sind einrichtungsübergreifende Strukturen im Sinne einer Netzwerkbildung erforderlich. Zudem ist die Koordination der Akteure und Maßnahmen sowie die gezielte Patientenedukation von großer Bedeutung.

Die ICW hat ein Qualitätssiegel hierzu entwickelt, das ICW Wundsiegel. Hier sind alle Anforderungen bezogen auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität definiert. Die ICW übernimmt als Fachgesellschaft per Audits eine regelmäßige Überprüfung und garantiert so eine gleichbleibende Qualität. Im letzten Jahr ist das Wundmanagement im MVZ des Klinikums Gütersloh mit dem Wundsiegel zertifiziert worden. Das Wundsiegel bietet den Kassen die Möglichkeit, die Qualität der Einrichtungen zu bewerten.

### Case Management

Das Case Management ist als besondere Leistung Teil des Vertrages. Die Aufgaben sind vielfältig und komplex, deshalb ist es wichtig, dass das Case Management von einer erfahrenen Pflegekraft ausgeführt wird.

Der Casemanager/die Casemanagerin fungiert als Fallbegleitung und Ansprechpartner, hält Kontakt zum Patienten und dessen Angehörigen, dem Pflegedienst und dem Hausarzt. Er/sie erfasst die Bedürfnisse und Ziele des Patienten, ermittelt den Bedarf an Schulung, Begleittherapie und Hilfsmitteln. Er/sie stellt den Informationstransfer zwischen den Akteuren sicher. Alle Informationen laufen im Case Management zusammen und bilden die Basis für eine zielgerichtete, ganzheitliche Therapie.

Nicht immer ist das erste Ziel die Wundheilung, es kann z. B. auch die Schmerzreduktion, das Durchschlafen oder die Förderung der Akzeptanz beim Tragen der Kompressionsstrümpfe sein. Durch Nutzung von Assessmentbögen werden Ziele, Ressourcen und Defizite ermittelt. Der/die Casemanager/in ist der „Kümmerer“ und gibt dem Patienten eine Stimme im therapeutischen Team. Wir dürfen nicht vergessen, dass Menschen mit chronischen Wunden in der Regel älter sind und die komplexe Versorgung nicht so schnell erfassen. Zeit, Geduld und eine gute Kommunikation sind Grundvoraussetzungen, um ein gutes Case Management durchführen zu können.

Der Vorteil des Case Management besteht aber auch darin, Ressourcen zu schonen und z. B. zu Hause schon vorhandene Produkte mit zu verbrauchen. Es kommt immer wieder vor, dass Patienten eine ganze Sammlung verschiedener Produkte zu Hause haben, die einmal zum Einsatz gekommen sind, jedoch nicht aufgebraucht wurden. Unnötige und doppelte Verordnungen können durch ein abgesprochenes stringentes Vorgehen verhindert werden.

Eine weitere sehr wichtige Aufgabe des Case Managements besteht darin, den Patienten bei der Umsetzung der flankierenden Maßnahmen zu unterstützen. Dazu zählt etwa der Einsatz von Kompressionsstrümpfen, druckentlastenden Hilfsmitteln, Rollatoren oder Unterarmgehstützen oder auch der Umgang mit Hautpflegeprodukten oder die Anleitung von Angehörigen beim Verbandswechsel.

Mittelfristig werden Fallbesprechungen mit den beteiligten Professionen angestrebt. Zuvor muss allerdings eine Vertrauensbasis aufgebaut werden, die durch Befürchtungen nicht von vornherein gegeben ist.

#### Befürchtungen der ambulanten Pflegedienste

Pflegedienste können alarmiert auf die Einrichtung von Wundambulanzen reagieren. Sie befürchten unter Umständen, weniger Wundpatienten in die Versorgung zu bekommen oder, dass ihre Leistungen kontrolliert werden.

Eine Zusammenarbeit laut Kooperationsvertrag setzt jedoch Vertrauen und Qualität voraus. Ein klärendes Gespräch zwischen der PDL des Pflegedienstes und dem Casemanager mit Zieldefinition und Festlegung der Aufgabenzuordnung und

### Mitglieder werben Mitglieder



In einem Verein sind die Mitglieder die wichtigste Kraft, um neue Mitglieder zu werben. Das ist auch bei der ICW e.V. nicht anders. Wer selbst überzeugt ist, kann auch andere am besten überzeugen. Nicht alle Wundexperten sind auch automatisch ICW Mitglieder.

Für den kommenden gemeinsamen Wundkongress in 2016, der ein Dreifachkongress sein wird, ausgerichtet durch die ICW, das WUNDDACH und die EWMA (European Wound Management Association) ist es dem Vorstand der ICW gelungen, dass ICW Mitglieder zu deutlich günstigeren Konditionen diesen Kongress besuchen können. Die Eintrittspreise für den EWMA Kongress stehen auf der ICW-Webseite unter: <https://www.icwunden.de/mitgliedschaft/wundkongressbremen2016.html>.

Es ist also naheliegend gerade jetzt neue Mitglieder zu werben, damit auch möglichst viele von diesen Vorteilen profitieren können. Unsere Mitglieder, die neue Mitglieder werben, sollen davon ebenfalls unmittelbar profitieren.

Machen Sie also mit bei unserer Aktion „Mitglieder werben und gewinnen“. Unser Dankeschön an Sie sieht folgendermaßen aus: Für die Werbung von neuen Mitgliedern erhalten Mitglieder folgende Prämien:

- 5 neue Mitglieder = 1 Jahr Beitragsbefreiung
- 10 neue Mitglieder = Ein Fachbuch im Wert von max. 75,00 €(Nachweis per Rechnung)
- 15 neue Mitglieder = Übernahme der Kosten für eine Rezertifizierungsveranstaltung bis zu einer Höhe von max. 150,00 €(Nachweis per Rechnung)

**Bedingungen**  
Der Werbende muss mindestens zwei Monate Mitglied der Initiative Chronische Wunden sein und darf keine Beitragsrückstände aufweisen. Der Werbende sendet die Anträge der neu geworbenen Mitglieder an die Geschäftsstelle der ICW in Quedlinburg. Die Ausgabe der Werbepremien erfolgt erst dann, wenn die neu gewonnenen Mitglieder ihren ersten Jahresbeitrag entrichtet haben. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Die Mitgliedsanträge finden Sie auf der ICW Webseite unter: <https://www.icwunden.de/mitgliedschaft/antrag-mitgliedschaft-icw.html>.

**Madeleine Gerber, Leitung Organisation, Geschäftsstelle ICW**

der Kommunikationsstrukturen ist ein guter Weg, die Basis der gelungenen Zusammenarbeit zu bilden. Zudem profitiert der Pflegedienst durch die Bereitstellung der erforderlichen Produkte zur Wundversorgung und der Entlastung bei der Anamnese durch den Casemanager.

#### Befürchtungen der niedergelassenen Ärzte

Niedergelassene Ärzte betrachten Aktivitäten der Kliniken, die in den ambulanten Bereich einwirken, mit großer Skepsis. Es wird befürchtet, dass ihnen Patienten verloren gehen oder dass sie zu reinen Erfüllungsgehilfen der Spezialisten herabgestuft werden. Gelingt es, diese Bedenken durch ein gutes Gesamtkonzept, das jedem beteiligten Arzt die Möglichkeit bietet, seinen fachlichen Beitrag zu leisten, auszuräumen, entsteht eine gute Grundlage für

eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Der niedergelassene Arzt bleibt auf jeden Fall in die Betreuung des Wundpatienten eingebunden, er ist verantwortlich für die Behandlung der Grunderkrankungen und die Symptomkontrolle. Einzig die lokale Wundversorgung wird in die Wundambulanz verlagert. Das hat eine Budgetentlastung des niedergelassenen Arztes zur Folge, die er schnell als absoluten Vorteil erkennen wird.

#### Fazit

Der Aufbau eines Netzwerkes zur einrichtungsübergreifenden Wundversorgung ist ein steiniger Weg, der viel Energie, Zeit und Knowhow erfordert. Ein Vertrag zur strukturierten Versorgung muss mit Leben gefüllt werden. Hierzu sind unzählige Gespräche mit allen Beteiligten zu führen. Da der Vertrag in Gütersloh erst seit einem

halben Jahr besteht, kann noch keine Auswertung vorgenommen werden.

Die Versorgung der Patienten ist so vielschichtig wie die Grunderkrankungen, die Gesamtsituation und die Persönlichkeit der Patienten. Daher ist die Koordination durch ein Case Management der richtige Weg. Begehrlichkeiten, Konkurrenz, Ängste und Misstrauen der Akteure müssen überwunden werden, um eine sinnvolle Aufgabenzuordnung abzustimmen.

Der strukturierte Versorgungsvertrag ist dann ein Erfolg, wenn sich alle beteiligten als Gewinner sehen. Die Krankenkasse profitiert durch eine qualitätsgeleitete Versorgung ihrer Versicherten, die Klinik durch eine verkürzte Liegezeit bei geregelter Nachsorge, das MVZ durch die Hinzuziehung des Case Managements, der Pflegedienst durch klare Vorgaben, der Hausarzt durch Budgetentlastung und Zeitersparnis. Das Wichtigste ist der Gewinn für Menschen mit chronischen Wunden, die eine Vertrauensperson als kontinuierlichen Ansprechpartner erleben dürfen und eine echte Chance auf Wundheilung erhalten. Ihre Bedürfnisse bilden die Basis für den Therapieansatz, sie gehören somit mit ins therapeutische Team. Hierfür lohnt der große Aufwand zur Bildung neuer Versorgungsstrukturen auf jeden Fall

**Ludger Würdehoff, Gütersloh**

## Bilder der Wundexperten aus der Praxis

Auf dem Europäischen Kongress 2016 möchte der Vorstand die Arbeitsgruppen mit den dazugehörigen Aktiven in einer Präsentation vorstellen. Dies soll in Form eines Multipicture oder einer Collage geschehen. Dazu werden möglichst viele Fotos aus der täglichen Praxis, beispielsweise beim Verbandwechsel, vor dem Auto der ambulanten Einrichtung, als Dozent o. ä., benötigt. Bitte senden Sie Ihre Fotos per E-Mail bis zum Jahresende an mich: [jaeger@icwunden.de](mailto:jaeger@icwunden.de).

**Björn Jäger, Lingen**

## Neues zum ICW e. V. Wundsiegel

**Vertretung in der ICW e.V. QM-Geschäftsstelle**

Ich freue mich sehr, dass ich die Möglichkeit habe mich bei Ihnen als Stellvertreterin für Martina Lange in der QM-Geschäftsstelle der ICW e.V. vorzustellen.

Ein qualifiziertes Wundmanagement ist ein wesentlicher Beitrag zu einer nachhaltigen Wundversorgung zum Schutz des Patienten mit gleichzeitiger Reduzierung



von Kosten. Durch meine frühere Tätigkeit als Krankenschwester in der septischen Chirurgie weiß ich, was es für den Patienten bedeutet, durch eine nicht heilende Wunde die Aktivitäten des täglichen Lebens nicht mehr in gewohnter Art und Weise zu meistern.

Nach meiner langjährigen Tätigkeit als Krankenschwester, Praxisanleiterin und QM-Beauftragte bin ich nun seit 14 Jahren im Gesundheitswesen beratend tätig und auditiere große und kleine Organisationen in Deutschland. Ich bin davon überzeugt, dass qualifizierte Fachexperten ein Unternehmen nachhaltig unterstützen können, um sich in Schwerpunktthemen und neuen Herausforderungen weiter zu entwickeln.

In Vertretung von Frau Lange sehe ich meine neue Aufgabe darin, für Sie als Kunden den richtigen Fachexperten zu suchen und mit Ihnen zusammen den Zertifizierungsprozesse vor – und nachzubereiten, damit Sie ihre Prozesse in der Wundversorgung nachhaltig optimieren können.

Ich wünsche mir, mit den Fachexperten zusammen, nachhaltige und erfolgreiche Zertifizierungsprojekte und freue mich jederzeit auf Anregungen zur Verbesserung von allen interessierten Parteien mit dem Ziel, Ihre Erwartungen und Wünsche sowie die Ihrer Patienten zu erfüllen.

**Claudia Daunich, QM-Geschäftsstelle ICW e.V.**  
**Wundsiegel, Mobil: 0173 / 66 57 321, Fax: 05 402 70 23 05, E-Mail: [c.daunich@mamedicon.de](mailto:c.daunich@mamedicon.de).**



WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES



# 5<sup>TH</sup> CONGRESS OF WUWHS

## One Vision, One Mission

GIOVANNI ABATANGELO, *HONORARY PRESIDENT*  
MARCO ROMANELLI, *PRESIDENT*  
ELIA RICCI, *SECRETARY GENERAL*

## FLORENCE, ITALY SEPTEMBER 25-29, 2016

[www.wuwhs2016.com](http://www.wuwhs2016.com)  
[info@wuwhs2016.com](mailto:info@wuwhs2016.com)

### HOSTING SOCIETIES



A.I.U.C.  
ASSOCIAZIONE ITALIANA  
ULCERE CUTANEE - ONLUS

[www.aiuc.it](http://www.aiuc.it)



A.I.S.LE.C.  
ASSOCIAZIONE INFERMIERISTICA  
PER LO STUDIO DELLE LESIONI CUTANEE

[www.aislec.it](http://www.aislec.it)

### CO-HOSTING SOCIETIES



E.P.U.A.P.  
EUROPEAN PRESSURE ULCER  
ADVISORY PANEL

[www.epuap.org](http://www.epuap.org)



E.T.R.S.  
EUROPEAN TISSUE REPAIR  
SOCIETY

[www.etrso.org](http://www.etrso.org)

Congress Secretariat



Centro Congressi Internazionale srl  
Tel. +39 011.2446911 Fax +39 011.2446950  
[info@congressiinternazionale.com](mailto:info@congressiinternazionale.com)



stay tuned    



Schweiz. Gesellschaft für Wundbehandlung

## Home Care Wound Care – Ein Dokument der EWMA

Die Gesundheitskosten sind in Europa stetig am Steigen. Um einer Kostenexplosion im Gesundheitssektor vorzubeugen, prüfen die europäischen Regierungen wie sie Kosten einsparen können. Diese gesundheitsökonomischen Betrachtungen beeinflussen einen Trend zur Schließung von Spitalbetten sowie einer früheren Entlassung der Patientinnen und Patienten aus dem Spital wobei aber die Investitionen in die Ressourcenzuweisung in den Sektor der häusliche Pflege nicht ausreichend ist. Aufgrund der frühen Entlassung werden immer mehr Patienten mit einer komplexen pathologischen Krankheit (einschließlich derjenigen mit chronischen Wunden) zu Hause behandelt. Die Herausforderungen zur Bereitstellung von einer situationsangebrachten Wundpflege im häuslichen Sektor werden von dem oftmals chronischen und teilweise multimorbiden Zustand der Patienten verstärkt. Sechszwanzig Prozent der Patienten mit chronischen Wunden weisen 3 oder mehrere Begleiterkrankungen wie Hypertonie, Gefäßkrankheiten und Arthritis, und bis zu 46 % einen Diabetes auf.

Es besteht ein Mangel an Forschung zum Thema der häusliche Wundpflege aus einer klinischen Perspektive. Diese Lücke lässt sich am besten durch die Tatsache erklären, dass es keine Leitlinien oder Empfehlungen für Mindestanforderungen be-

treffender Bereitstellung der besten Pflege für Patienten mit Wunden und ihren Familien im häuslichen Pflegebereich gibt. Darüber hinaus lassen Ansätze darauf schließen, dass viele Patienten, die zu Hause versorgt werden, nie ihre Wundätiologie diagnostiziert erhalten.

Vor diesem Hintergrund initiierte die Europäische Wundfachgesellschaft (EWMA) die Erstellung des Dokuments zum Thema „Häusliche Wundpflege“. Um eine länderübergreifende Sicht der häuslichen Wundpflege in Europa zu bieten, wurde mit dem Deutschen Wundverband, der Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW) und der britischen Tissue Viability Society (TVS) zusammengearbeitet. Zudem wurde das Autorenteam von der gemeinnützigen Organisation Home Care Europe unterstützt.

Das Dokument ist in sechs Kapitel gegliedert. Im ersten Kapitel werden die Gründe zur Erstellung des Dokuments aus einer europäischen Perspektive genannt.

Das zweite Kapitel stellt einen Überblick über die häusliche Pflege in Europa dar und erläutert die Komplexität von Wunden und der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen zu Hause. Es werden weitere Informationen über verschiedene Möglichkeiten im europäischen Kontext aufgezeigt, wie die Wundpflege zu Hause organisiert werden kann. Diese Möglichkeiten widerspiegeln die Sichtweisen der verschiedenen nationalen EWMA-Wundorganisationen.

Das Kapitel drei beschreibt die Organisation der Wundpflege in der häuslichen Umgebung in den Ländern England, Deutschland und den nordischen Ländern.

Das vierte Kapitel stellt Best-Practice-Beispiele, Behandlungspfade, das Versorgungsmodell für chronisch Kranke, der Teamansatz und die Gesundheit im Kontext der Wundpflege in der häuslichen Pflege dar.

Im fünften Kapitel werden die Herausforderungen und Perspektiven von Patienten, Angehörigen und dem Gesundheitspersonal dargestellt, die es bei der Umsetzung von häuslicher Wundpflege zu berücksichtigen gibt. Dieses Kapitel zeigt auch die Möglichkeiten der Verwendung von E-Health- und mobilen Technologien bei der Versorgung von Wunden zu Hause auf.

Abschließend werden im letzten Kapitel Wundmanagementtechniken, Wundpflegeprodukte und die Patientenaufklärung behandelt. Das Kapitel enthält Empfehlungen, was bei der Entwicklung oder Untersuchung von Wundpflege in häuslicher Umgebung berücksichtigt werden sollte.

Das EWMA Dokument wurde von der SAfW vom Englischen ins Deutsche übersetzt und wird in Kürze auf der SAfW-Homepage verfügbar sein. Die englische Version kann gratis auf der EWMA-Homepage ([www.ewma.org](http://www.ewma.org)) heruntergeladen werden.

**Dr. Sebastian Probst,  
Dr. Barbara Schlüer**

# VERANSTALTUNGEN

## 18. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW) e. V. in Ludwigshafen

### Qualität in der Wundbehandlung

Unter diesem Motto wurde beim 18. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW) e. V. vom 18. bis 20. Juni 2015 in Ludwigshafen das Spektrum zwischen Patientenbedürfnis, notwendiger Therapie und ökonomischem Sachzwang“ beleuchtet.

### Sektorenübergreifende Versorgung: Wunsch und Wirklichkeit

„Mit unserem Kongressmotto beziehen wir uns in erster Linie auf ein ganzheitliches, interdisziplinäres und interprofessionelles Behandlungskonzept“, betonte der Kongresspräsident Prof. Dr. med. Paul Alfred Grützner, Ärztlicher Direktor der BG Klinik Ludwigshafen und Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie in der Eröffnungsveranstaltung. „In diesem Sinne sind wir uns einig, dass die Behandlung chronischer Wunden nur dann erfolgreich sein kann, wenn wir neue Forschungsergebnisse, deren Evidenz und die klinische Erfahrung berücksichtigen und auch die Wünsche und das soziale Umfeld des Patienten mit einbeziehen.“

In der Podiumsdiskussion bei der Eröffnung wurden dann auch klare Forderungen nach Kontinuität bei der Versorgung, vernünftigen Regelungen bei der Delegation von Tätigkeiten sowie einer an-

gemessenen Vergütung für qualifizierte Arbeit gestellt.

### Die S-3-Leitlinie

Brigitte Nink-Grebe, Generalsekretärin und Geschäftsführerin der DGfW, wies auf die Wichtigkeit von methodisch hochwertigen Leitlinien für die medizinische Versorgung von Wundpatienten hin. Die S3-Leitlinie „Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes Mellitus, chronische venöse Insuffizienz“, die von der DGfW 2012 auf dem höchstmöglichen Evidenzlevel herausgebracht wurde, sollte die Basis für die Behandlung sein: „In der Ausbildung zum „Zertifizierten Wundtherapeuten“ transportieren wir leitlinienbasiertes Wissen in die Praxis“, so Brigitte Nink-Grebe. „Der fruchtbare Austausch von Forschung, Wissenschaft und Praxis beinhaltet auch einen offenen Umgang mit möglichen oder vorhandenen Interessenskonflikten.“

In mehreren Veranstaltungen wurde diskutiert, wie Leitlinien vor Interessenskonflikten geschützt werden können. „Wir brauchen vernünftige Leitlinien, aber bitte ohne Einflussnahme der Industrie“, verdeutlichte Dr. med. Klaus Schäfer, Hausärzteverband Hamburg e.V., und stellte gleichzeitig auch die Grenzen einer Leitlinie klar: „Leitlinien können auch von Ärzten individuell variiert werden – dafür ist Medizin eine Kunst!“ In der lebhaften Diskussion verdeutlichte Dr. Gabriele Meyer, Professorin für klinische Pflegeforschung praxisnahe Bestrebungen von Ärzten und Pflegepersonal, unabhängig von der Industrie zu sein: „Ein gutes Beispiel ist die Bochumer Initiative der „MEZIS“: Mein Essen bezahl ich selbst.“

### Vernetzte Strukturen

Zum Thema Wundregister, Wundnetzwerke, Zertifizierung von Wundzentren gab es ein eigenes Symposium, in dem die Frage diskutiert wurde: Was können wir von anderen lernen? Brauchen wir ein nationales Wundregister wie z. B. in Schweden? Dr. med. Jörg Bunse, Facharzt für Viszeralchirurgie erläuterte die Notwendigkeit und gleichzeitig auch die Schwierigkeiten einer Qualitätssicherung in der Chirurgie,



Blick über das Gelände der BG-Klinik Ludwigshafen.

Foto: B: Springer

inwieweit Prozesse und Ergebnisse in Effizienz und Ergebnisorientierung zu kontrollieren seien: „Wie lässt sich outcome messen? Unser Ziel ist ein deutsches Wundregister wie etwa das Traumaregister als Vorbild, mit kollegialer Interaktion und entsprechenden Prozessen.“

### Surgical smoke

Zur Problematik des „Surgical-Smoke“ wurde diskutiert, wie Risiken erkannt werden können und wie Patienten und Personal davor zu schützen sind, während der Operation Dämpfe einzuatmen. Diese entstehen, wenn z. B. Elektrokauter beim Operieren eingesetzt werden. Prof. Dr. med. Hans-Martin Seipp, Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin, Dipl. –Ing Umwelt und Hygienetechnik, veranschaulichte außerdem die Problematik der Risiken durch sterile Partikel: „Häufig entstehen Verwachsungen als Folge davon, dass sterile Partikel in die Wunden eingebracht werden. Das sind Risiken für Patienten während der Operation, für die es Lösungen gibt, die z. B. in der Krankenhaushygiene und in der Sterilgutaufbereitung liegen.“ Vor dem Hintergrund der Probleme einiger Kliniken mit der mangelhaften Säuberung und Silikatrückständen auf OP-Instrumenten bekam die Diskussion eine aktuelle Brisanz.

Auch in der Preisträgersitzung „Experimentelle und klinische Forschung zur Wundheilung“ waren OP-Dämpfe ein Thema: Herr Nick Wiedemann aus Gießen zeigte, wie man die Belastung des OP-Teams durch den „surgical smoke“ am besten minimiert. Nach seinen Untersuchungen hat sich in Labortests eine mobi-



Eröffnungsfeier des DGfW-Kongresses.

Foto: K. Aldenhoff

le Absaugvorrichtung, die im Bauchbereich des Operateurs fixiert ist bewährt. Ideal ist dabei ein Absaugvolumenstrom von 300 l/min in 15 cm Entfernung von der Quelle.

## Verbrennung: Von der Akutsituation bis zur Rehabilitation

Eine weitere Session befasste sich mit der Versorgung von Brandverletzungen. Hierbei hat die berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen als Zentrum für Schwerbrandverletzte eine langjährige Expertise.

Johannes Horter aus Ludwigshafen stellte die innenklinische Erstversorgung von Schwerbrandverletzten vor. Hierbei steht die sogenannte 9er-Regel im Vordergrund. Dazu gehören die Beseitigung der Hitzequelle, Sicherung der Vitalparameter, Atemwegsmanagement, Kühlung, Analgesie, Flüssigkeitsmanagement, Transport, Verbände und die vorklinische Erstbeurteilung.

Frau Dr. Tanja Kippenhan zeigte anschließend am Beispiel von 25 Schwerbrandverletzten bei einer Gasexplosion im Oktober 2014 in Ludwigshafen die Vorgehensweise der präklinische Erstversorgung. Die Intensivstation für Schwerbrandverletzte verfügt über 8 Beatmungs-Einzelzimmer, einen operativen Eingriffsraum, Patientenlifteranlage über jedem Patientenbett und einen Schockraum zur klinischen Erstversorgung. Hier wurden die Patienten je nach Status verteilt und nach den Vorgabe des Algorith-

mus zum Primary Surveys und der Stabilisierung versorgt.

Jens-Marting Diering aus Ludwigshafen erläuterte das Oberflächenmanagement der Verbrennungswunde in der Akutsituation. Hier gilt es neben, der Schmerzlinderung und dem Exsudatmanagement auch, die Schutzfunktion der untergegangenen Hautareale in Bezug auf Thermoregulation und infektiologische Barrieren zu gewährleisten.

Zum Abschluss gab Herr Dr. Bernd Hartmann aus Berlin eine Übersicht zu innovativen chirurgischen Ansätzen in der Verbrennungsmedizin.

## Politische Rahmenbedingungen

In der Podiumsdiskussion zu den aktuellen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und der derzeit diskutierten Gesetzgebung wurde unter anderem die Möglichkeiten an der BGU Ludwigshafen als ein Beispiel dafür herausgestellt, wie die Rahmenbedingungen für eine gelungene Wundversorgung aussehen kann: „Wir konnten zeigen, wie in unserem Haus Interdisziplinarität und Bündelung von Spezialistenwissen im Alltag gelebt wird“, so Prof. Grützner. „Dazu wurden die „Ludwigshafener Konzepte“ bei der Extremitätenrekonstruktion, bei der Behandlung von Brandverletzten von der Akutphase bis zur Reha sowie neue Therapien im Querschnittsbereich vorgestellt und mit den Teilnehmern interprofessionell diskutiert.“ Als weitere Fortführung der optimierten Patientenversorgung soll künftig auch ein interprofessionelles Cluster „Infektchirurgie“ eingerichtet werden.

Die Infektiologie im Zusammenhang mit der Behandlung von Wunden ist ein wichtiger Forschungsschwerpunkt der DGfW.

## Wissenschaftliche Preise

Im Rahmen des Kongress wurden drei wissenschaftliche Preise der DGfW verliehen.

Den DGfW-Posterpreis erhielt Herr Christian Beescho, Leipzig für sein Poster mit dem Titel „Chronisch bakteriell infizierte Wunden im Rückenhautkammermodell der diabetischen Maus“.

Die beste Arbeit junger, noch nicht promovierter Nachwuchswissenschaftler aus den Forschungsbereichen Medizin, Gesundheitswissenschaften, Pflegewissenschaften, Versorgungsforschung oder Grundlagen ging an Herrn Julian-Dario Rembe, Köln für seinen Vortrag „In vitro Analyse der antibakteriellen Wirksamkeit und Zytotoxizität von Polyaminopropyl Biguanide (PAPB) als Alternative für Polyhexamethylene Biguanide (PHMB)“.

Den Preis für die beste Arbeit aus dem Bereichen Grundlagenforschung, Klinische Forschung bzw. Versorgungsforschung erhielt Herr Jörg Bunse aus Berlin für seinen Vortrag zum Thema „Laparoskopie-Cavum-Modell: Quantifizierung HF-Chirurgie-bedingter intraoperativer Partikelemissionen“.

Der nächste Kongress findet 2017 in Gießen statt. Die Tagungsleitung werden Herr Dr. med Wilfried Jungkunz und Herr Dr. med Gerson Strubel haben.

**Kerstin Aldenhoff, Barbara Springer**

## Burnout – mit der Krise wachsen

Hilmar Dahlem, Renate  
Hölzer-Hasselberg, Christian  
Schopper, Solveig Stein-  
mann-Lindner



Salumed Verlag 2011, 208 Seiten\*

In dem Buch beschreiben die Autoren die verschiedenen Stufen des Burnouts.

Durch die verschiedenen Falldarstellungen zeigen Sie die verschiedenen Phasen und Ursachen des Burnout auf. Sie gehen dabei von einem anthroposophischen Menschenbild aus und betrachten daher den ganzen Menschen.

Die Ursache für einen Burnout sehen die Autoren in der Biografie des einzelnen Menschen. Für sie ist der Burnout eine Krise, die eine Chance für einen Neuanfang ist. Das Buch zeigt Wege für den Neuanfang auf, ohne falsche Hoffnungen zu wecken.

Diese Wege werden durch die vielen Übungen, die ausführlich beschrieben sind, aufgezeigt. Der Leser wird dabei aufgefordert sich diese Übungen anzueignen und auch an sich selbst durchzuführen.

Den einzelnen Fallbeispiel folgt immer ein Kommentar, der Erklärungen zu den Fall gibt.

Ergänzt werden die Ausführungen der Autoren von Beiträgen, von verschiedenen Fachleuten.

Das Buch versteht sich als Ratgeber und praktischer Helfer bei der Gefahr eines Burnout und bei einem bereits bestehenden Burnout. Es ist für alle geeignet, die bereit sind, der anthroposophischen Sichtweise zu folgen. Wer einen Rat sucht, findet in diesem Buch Informationen dazu, Reflexionen und Einschätzungen über das eigene Leben vorzunehmen.

Klaus Waldmann, 71364 Winnenden

**\*Hinweis:** Der genannte Titel ist leider nicht mehr im Vertrieb und wird auch nicht mehr nachgedruckt, da sich der Verlag auf Fachbücher spezialisiert hat. Interessierte können das Buch dennoch kostenlos auf unserer Website [www.salumed-verlag.de](http://www.salumed-verlag.de) als PDF herunterladen.

# BÜCHER

Die hier genannten Publikationen können zur Besprechung angefordert werden.

- Bernd-Rüdiger Kern, Peter-Helge Hauptmann, Margit Weirich  
*Arztrecht leicht gemacht*  
Ewald von Kleistl Verlag GmbH Berlin 2013, 162 Seiten
- Birger Schlürmann  
*Wachstumsmarkt Ambulante Pflege*  
Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG 2015, 120 Seiten
- Martina Weber  
*50 Fragen zur sogenannten Überlastungsanzeige in Pflegeeinrichtungen*  
Brigitte Kunz Verlag Hannover 2010, 104 Seiten
- Medizin & Praxis Spezial  
*Diabetischer Fuß*  
Verlag für Medizinische Publikationen Stade 2011, 82 Seiten
- Claudia Heim  
*92 Fragen und Antworten zur Pflegedokumentation*  
Vincentz Network Hannover 2012, 125 Seiten
- Medizin & Praxis Spezial  
*Dekubitus*  
Verlag für Medizinische Publikationen Stade 2012, 70 Seiten
- C. Reichardt, K. Bunte-Schönberger, P. van der Linden  
*100 Fragen zur hygienischen Händedesinfektion*  
Brigitte Kunz Verlag Hannover 2014, 78 Seiten
- Johann Weigert  
*100 Fehler bei der Umsetzung der Hygiene in Pflegeeinrichtungen*  
Brigitte Kunz Verlag Hannover 2014, 132 Seiten
- A. Miller (Hrsg.)  
*Lymphologie*  
Viavital Verlag GmbH Köln 2015, 88 Seiten

Wenn Sie eines der genannten Werke rezensieren möchten und/oder Fragen dazu haben, wenden Sie sich bitte an die

Redaktion der Zeitschrift » Wundmanagement «  
mhp-Verlag GmbH, Marktplatz 13, 65183 Wiesbaden

Tel: (0611) 50593 – 135, Fax : (0611) 50593 – 130

E-Mail: [wm@mhp-verlag.de](mailto:wm@mhp-verlag.de)

## Pflegedokumentation mit EDV

Anne Meißner und Thomas Althammer

Vincenz Network GmbH & Co. KG,  
111 Seiten, 32,-EUR, ISBN: 978-3-86630-228-0



Der Untertitel des Buches lautet „Richtig entscheiden – erfolgreich einführen“ und das war unsere Motivation, sich mit dem Inhalt zu beschäftigen.

Wir sind als Pflegedienstleiterin eines Krankenhauses der Regelversorgung und Pflegedirektor von 3 Krankenhäusern sehr daran interessiert, uns mit der Pflegedokumentation mit EDV zu beschäftigen und möglichst viele Informationen zu sammeln, da wir darin die Zukunft der Pflegedokumentation sehen.

Persönliche Einschätzung von M. Krause: Ja, ich bin IT-affin. Ja, ich nutze EDV-Technik in allen meinen Arbeitsbereichen. Ja, ich lasse mich gern von elektronischen Helfern unterstützen. Aber nein,

ich mag dieses Buch trotzdem nicht. Es liest sich schwer und bestätigt mir das Klischee von staubtrockener Lektüre.

Das Thema Dienstplangestaltung ist grundsätzlich eines der Top-Themen in meinem Job und eine Nutzung unterstützender IT-Elemente ist mehr denn je unabdingbar. Leider trifft dieses Buch so gar nicht meinen „Lese-Nerv“.

Persönliche Einschätzung von S. Schur: Das Buch soll einen möglichst breiten Eindruck der verschiedenen Möglichkeiten die es am Markt gibt vermitteln. Bereits in der Einleitung wird auf viele Fallen aufmerksam gemacht. So ist z. B. der Hinweis, als Grundlage für die EDV-Dokumentation zuerst ein Pflegeklassifikationssystem festzulegen und einzuführen wichtig, da dies die Grundlage dieser Programme ist. Auch geht daraus hervor, dass die Einführung von EDV-Dokumentationssystemen gut vorbereitet sein muss, da die Programme nur wenig flexibel sind.

Nachfolgend gibt es eine Abhandlung, die zum grundsätzlichen Verständnis der Funktionsweise dieser Software beiträgt

und Fachbegriffe gut erklärt. Hinweise zur Auswahl und Implementierung runden das Bild ab.

In der Einführung findet sich der Hinweis „es gibt nur Gründe für einen Wechsel von der Papier- zur elektronischen Dokumentation, wenn die aktuelle Dokumentation mangelhaft ist“. Am Schluss gibt es den Ausblick, dass an der Verbesserung der Software künftig gearbeitet wird.

Aus diesen Gründen schätze ich die Argumentation der Verfasser sehr und werde geduldig an weiterem Wissenszuwinn arbeiten, denn zur Zeit gibt es an unserer Papierdokumentation wenig aus zu setzen.

Mathias Krause (Pflegedirektor MGLG),  
Sybille Schur (Pflegedienstleiterin), 02943  
Weißwasser

## Wundheilungsstörungen

Verlag für Medizinische Publikationen,  
Bernd von Hallern, 80 Seiten, 8,-EUR



Medizin und Praxis ist ein Fachmagazin mit Fachbeiträgen zum Thema Wundheilungsstörungen. Die Beiträge im Heft stammen von namenhaften Verfassern wie z. B. Dr. Dissemmond, Werner Sellmer oder Bernd von Hallern.

Themen sind unter anderem „Wie viele Bakterien verhindern die Wundheilung“ und „Wundheilungsstörung durch plastische Operation“ – sowie weitere interessante Themen, zum Teil auch über Anwendungsergebnisse von Wundprodukten.

Das fachliche Niveau ist sehr hoch, da einige Berichte wissenschaftlich aufgearbeitet wurden. Durch die Fachbegriffe wird die Lesbarkeit erschwert – man kann das Magazin nicht einfach „mal eben“ so durchlesen. Das eine oder anderen Fremdwort wird man ggf. nachschlagen müssen.

Die optische Aufmachung ist mit übersichtlichen Tabellen, Grafiken und Bildern ansprechend gestaltet.

Fazit: Das Magazin gefällt mir gut und ist wissenschaftlich erarbeitet. Die Lesbarkeit ist z. T. schwierig, aber wer sich mit intensiv mit dem Thema „Wundheilungsstörungen“ beschäftigen will, sollte hier zugreifen. Denn namenhafte Autoren beschreiben hier die interessanten und Spannenden Aspekte zu Wundheilungsstörungen.

Sebastian Reumann, 33335 Gütersloh

## Der Balgrist

**Donnerstag, 26. November 2015 und  
Freitag, 27. November 2015**

### 6. Balgrist Symposium zum Diabetischen Fuss: Infektionen

Mit Beiträgen aus den Fachgebieten Infektiologie, Dermatologie, Wundpflege, Diabetologie, Innere Medizin, Angiologie und Gefäßchirurgie, Radiologie, Nuklearmedizin, Orthopädie-Schuhtechnik, medizinische Podologie, plastisch-rekonstruktive und orthopädische Chirurgie

**Ort:**  
Hörsaal  
Universitätsklinik Balgrist  
Zürich

**Anmeldung:**  
[www.balgrist.ch/kongresse](http://www.balgrist.ch/kongresse)  
[kongresse@balgrist.ch](mailto:kongresse@balgrist.ch)  
Tel. 044 386 38 33



Universitätsklinik  
Balgrist



# TERMINE

## Messen · Kongresse · Symposien 2015

DATUM	ORT	VERANSTALTUNGEN + INFORMATIONEN
23.–26.09.2015	Bamberg	<b>57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie</b> <a href="http://www.phlebologie.de">www.phlebologie.de</a>
26.–29.09.2015	Freiburg	<b>44. Jahrestagung der Deutsch. Gesellschaft f. Angiologie – Gesellschaft f. Gefäßmedizin e. V.</b> <a href="http://www.angiologie2015.de">www.angiologie2015.de</a>
27.–30.09.2015	Münster	<b>67. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie e. V.</b> <a href="http://www.dghm-kongress.de">http://www.dghm-kongress.de</a>
28.–30.09.2015	Wien (A)	<b>4th world congress of clinical safety</b> <a href="http://www.iarimm.org/4WCCS/">http://www.iarimm.org/4WCCS/</a>
30.09–01.10.	Leipzig	<b>MEDCARE – Kongress / Fachausstellung für klinische und außerklin. Patientenversorgung</b> <a href="http://www.medcare-leipzig.de">http://www.medcare-leipzig.de</a>
02.–03.10.15	Bielefeld	<b>Fuss 2015 – Forum für Podologie und Fußpflege</b> <a href="http://www.fuss2015.de">www.fuss2015.de</a>
02.–03.10.15	Koblenz	<b>Wundkongress 2015</b> <a href="http://www.wundkongress-koblenz.de">www.wundkongress-koblenz.de</a>
02.–03.10.2015	St. Pölten (A)	<b>Jahrestagung der Österreichischen Wundheilungsgesellschaft (AWA)</b> <a href="http://www.a-w-a.at">www.a-w-a.at</a>
05–07.10.2015	Freiburg	<b>Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress</b> <a href="http://www.bzh-freiburg.de">www.bzh-freiburg.de</a>
06.10.2015	Witten	<b>Tagung „Sprechende Pflege“</b> <a href="http://www.uni-wh.de">www.uni-wh.de</a> ; E-Mail: <a href="mailto:angelika.zegelin@uni-wh.de">angelika.zegelin@uni-wh.de</a> .
06.10.2015	Hof	<b>6. Hochfränkisches Wundsymposium</b> E-Mail: <a href="mailto:wgw-hof@arcor.de">wgw-hof@arcor.de</a>
08.10.2015	Regensburg	<b>8. Regensburger Intensivpflege tag</b> E-Mail: <a href="mailto:Thomas.Bonkowski@ukr.de">Thomas.Bonkowski@ukr.de</a>
14.10.–17.10.	Düsseldorf	<b>Reha Care 2015</b> <a href="http://www.rehacare.de">www.rehacare.de</a>
15.10.–17.10.	Mannheim	<b>Deutscher Schmerzkongress 2015</b> <a href="http://schmerzkongress2015.de/">http://schmerzkongress2015.de/</a>
16.10.–17.10.	A-Eisenstadt	<b>26. Jahrestagung für Kardiologisches Assistenz- und Pflegepersonal</b> E-Mail: <a href="mailto:maw@media.co.at">maw@media.co.at</a>
21.–23.10.2015	Kopenhagen (DK)	<b>7th joint meeting of the ETRS &amp; WHS</b> <a href="http://www.etr-s-whs2015.org">www.etr-s-whs2015.org</a>
31.10.2015	Göttingen	<b>2. Göttinger Wundkongress</b> <a href="http://www.akademie-fuer-wundversorgung.de">www.akademie-fuer-wundversorgung.de</a>
11.11.2015	Bremen	<b>7. Symposium Interprofessionelle Behandlung chronischer Wunden</b> <a href="http://www.klinikum-bremen-ldw.de">www.klinikum-bremen-ldw.de</a>
12.11.2015	Kiel	<b>Antidekubitustag im Citti-Park</b> <a href="http://www.wundnetz-kiel.de">www.wundnetz-kiel.de</a>
19.–21.11.2015	A-Wien	<b>43. Jahrestagung der Österr. Diabetes Gesellschaft (ÖDG)</b> <a href="http://www.oedg.org">www.oedg.org</a>
20./21.11.2015	Regensburg	<b>6. Internationaler Wundkongress D-A-CH-EE</b> E-Mail: <a href="mailto:Thomas.Bonkowski@ukr.de">Thomas.Bonkowski@ukr.de</a>
20.11.2015	Tirol (A)	<b>1.Tiroler Symposium „Wunde &amp; Hygiene“</b> <a href="http://www.wundmanagement-tirol.at">www.wundmanagement-tirol.at</a>
25.11.2015	St. Gallen (CH)	<b>St.Galler Demenz-Kongress</b> <a href="http://www.demenzkongress.ch">www.demenzkongress.ch</a>
26.11.2015	Köln	<b>Interdisziplinärer Wundcongress 2015</b> <a href="http://www.wundcongress.de/">http://www.wundcongress.de/</a>
04.–06.12.2015	A-Wien	<b>43. Jahrestagung der Österr. Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie</b> <a href="http://www.media.co.at">www.media.co.at</a>

# Fort- und Weiterbildung 2015

## Qualifizierungen nach ICW e. V./TÜV Rheinland Pers. Cert. und ICW e. V. Wundsiegel\*

WANN?	WO?	KURS	ANMELDUNG, INFORMATIONEN
22.09.	Regensburg	ICW-Rezertifizierungsseminar: Malnutrition – die Chorstimmen in Einklang bringen	E-Mail: Thomas.Bonkowski@ukr.de
24.09.	Dortmund	Wundtag 2015	www.wundtag.de
28.09.–17.10.	Frankfurt	Wundexperte (ICW)	TÜV Rheinland Akademie GmbH
28.09.–27.10.	Bad Kissingen	Basiskurs Wundexperte ICW	ORGAMed Dortmund GmbH
28.09.–03.12.	Osnabrück	Wundexperte (ICW e. V.)	www.niedersaechsische-akademie.de
29.09.15	Gera	ICW-Rezertifizierungsseminar: Grundlagen der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden	TÜV Rheinland Akademie GmbH
29.09.	Willich	ICW-Rezertifizierungsseminar: „Kommunikation Teil 2“	www.pflegeakademie-niederrhein.de
29.09.	Duisburg	ICW-Rezertifizierungsseminar: „Palliativpflege“	www.gandersheimer-modell.de
30.09.	Dortmund	ICW-Rezertifizierungsseminar: Positionierung in der Wundversorgung – pragmatisch und praktisch	ORGAMed Dortmund GmbH
30.09.	Weimar	ICW-Rezertifizierungsseminar: Update für Wundexpertinnen	ORGAMed Dortmund GmbH
01.10.	Rheine	ICW-Rezertifizierungskurs:	Akademie für Gesundheitsberufe Rheine
Ab 05.10.	St. Ingbert	Basiskurs Wundexperte ICW e. V.	www.daa-st-ingbert.de
05.–15.10.	Hamburg	Wundexperte (ICW)	TÜV Rheinland Akademie GmbH
08.10.	Hannover	Wundexperte ICW e.V	0511/ 65596930 oder info@zabhanover.de
08.10.	Nürnberg	ICW-Rezertifizierungsseminar: Grundlagen der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
08.10.	Osnabrück	ICW-Rezertifizierungsseminar: „Wundliegen muss nicht sein: Dekubitusprophylaxe“	www.niedersaechsische-akademie.de
Ab 09.10.	Quakenbrück	Wundexperte ICW e. V.	Internet: www.ckq-gmbh.de
09.10.	Cottbus	ICW-Rezertifizierungsseminar: „Optimale Ernährung bei chronischen Wunden“	TÜV Rheinland Akademie GmbH
09.10.	Nürnberg	ICW-Rezertifizierungsseminar: Wundversorgung in der Palliativmedizin. Für Wundfachkräfte.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
10.10.	Lauchhammer	ICW-Rezertifizierungsseminar: Wundversorgung in der Palliativmedizin. Für Wundfachkräfte.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
10.10.	Kassel	3. CBG Wundsymposium (ICW-Rezertifizierungsseminar)	E-Mail: iris.mueller-wetekam@cbg-net.de
12.10.	Valley/Oberlandern	ICW-Rezertifizierungsseminar	m.bittner@oped.de
12.10.	Rheine	Wundexperte (ICW e. V.)	Akademie für Gesundheitsberufe Rheine
ab 14.10.	Weingarten	Basiskurs Wundexperte ICW	Gesundheitsakademie Bodensee-Oberschwaben GmbH
14.10.	Roth	Wound fresh up 2015 – Rezertifizierungsseminar	www.wundteam.com
17.10.15	Berlin-Spandau	ICW-Rezertifizierungsseminar: Optimale Wundversorgung mit Wundaufgaben.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
ab 19.10.	Bad Kissingen	Wundexperte (ICW e. V.)	www.institutschwarzkopf.de
19.–26.10.	Nürnberg	Wundexperte (ICW)	TÜV Rheinland Akademie GmbH
19.–26.10.	Heilbronn	Wundexperte (ICW)	TÜV Rheinland Akademie GmbH
Ab 19.10.	Dortmund	Pflegetherapeut/in Wunde® (ICW)	TÜV Rheinland Akademie GmbH
21.10.	Köln	ICW-Rezertifizierungsseminar: Tipps und Tricks für die Arbeit an der Wunde.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
21.10.	Dortmund	ICW-Rezertifizierungsseminar: Behandlungsstrategien für schwierige Wundsituationen.	TÜV Rheinland Akademie GmbH

\*Dies ist nur eine Auswahl an Fort- und Weiterbildungen der ICW e. V., weitere Informationen zu Kursen und Anbietern finden Sie auf der ICW e. V.-Webseite unter <https://www.icwunden.de/index.php?id=614>.

Eine eigene Fortbildungsveranstaltung zum Wundmanagement können Sie an die Redaktion der Zeitschrift unter [wm@mhp-verlag.de](mailto:wm@mhp-verlag.de) melden.

WANN?	WO?	KURS	ANMELDUNG, INFORMATIONEN
21.10.	Köln	Wundexperte (ICW)	TÜV Rheinland Akademie GmbH
21.10.	Bad Kissingen	Rezertifizierungsseminar Wundexperte ICW e. V.	www.institutschwarzkopf.de
22.10.	Gera	CW-Rezertifizierungsseminar: Wirksamkeit Ihrer Wundversorgung bewerten und optimieren.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
Ab 23.10.	Köln	Pflegetherapeut®/in Wunde (ICW)	TÜV Rheinland Akademie GmbH
27.10.	Willich	ICW-Rezertifizierungsseminar: „Fotodokumentation“	www.pflegeakademie-niederrhein.de
27.10.	Paderborn	ICW-Rezertifizierungskurs: Update Diabetisches Fußsyndrom	St. Johannisstift Paderborn
27.10.15	Geseke	„Rezertifizierung ICW - Auffrischungstag Schmerz und Wundversorgung“	„ORGAMed Dortmund GmbH www.orgamed-dortmund.de
Ab 28.10.	Aachen	Wundexperte (ICW)	TÜV Rheinland Akademie GmbH
30.10.	Heilbronn	Pflege von Patienten mit Ulcus cruris.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
31.10.2015– 30.04.2016	Krefeld	Fachtherapeut Wunde® ICW.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
31.10.	Hamburg	ICW-Rezertifizierungskurs	E-Mail: s.hebekerl@asklepios.com
02.–19.11.	Berlin-Spandau	Wundexperte (ICW)	TÜV Rheinland Akademie GmbH
02.–08.11.	Quedlinburg	Basiskurs Wundexperte ICW e. V.	www.gandersheimer-modell.de
Ab 03.11.	Krefeld	Wundexperte (ICW)	TÜV Rheinland Akademie GmbH
04.11.15	Osnabrück	ICW-Rezertifizierungsseminar: „Mangelernährung – die unterschätzte Gefahr in der Wundheilung!“	www.niedersaechsische-akademie.de
Ab 06.11.	Köln	Fachtherapeut Wunde® ICW.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
09.–26.11.2	Leipzig	Wundexperte (ICW)	TÜV Rheinland Akademie GmbH
Ab 09.11.	Gera	Pflegetherapeut/in Wunde (ICW)	TÜV Rheinland Akademie GmbH
10.11.	Regensburg	Basiskurs Wundexperte ICW e.V. Kurs	www.brk-regensburg.de
11.11.	Frankfurt	ICW-Rezertifizierungskurs: Der individuelle Wundverlauf – bewährtes Case Management.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
12.11.	Leipzig	Optimale Wundversorgung mit Wundaufgaben.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
12.11.15	Köln	Rezertifizierungsveranstaltung: Grundlagen der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
12.11.	Regensburg	Rezertifizierungsveranstaltung: Das Diabetische Fußsyndrom	E-Mail: Thomas.Bonkowski@ukr.de
13.11.	Köln	Rezertifizierungsveranstaltung: Wundversorgung in der Palliativmedizin. Für Wundfachkräfte.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
16.11	Mannheim	Intensivworkshop „Update Wunddokumentation“	www.tnbildung.de
17.11.	Hannover	Rezertifizierungsveranstaltung: Umgang mit Expertenstandard chronische Wunden in der Praxis- Rezertifizierung	TÜV Rheinland Akademie GmbH
17.11	Mannheim	Wundtag 2015	www.wundtag.de
17.11.	Paderborn	ICW-Rezertifizierungskurs: Update Tatort Wunde: Schmerzen und Wunde	St. Johannisstift Paderborn
Ab 18.11.	Gera	Fachtherapeut Wunde® ICW.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
18.11.	Marburg	ICW-Rezertifizierungsseminar: „Zeitgemäß und Praxisnah“	www.orgamed-dortmund.de
19.11	Frankfurt	5. Frankfurter Wundkongress	www.frankfurterwundkongress.de
23.11–28.11	Hamburg	Zertifizierung Wundexperte ICW	E-Mail: s.hebekerl@asklepios.com
24.11.	Braunschweig	ICW-Rezertifizierungsseminar	www.bsg-kongresse.de
24.11.	Willich	ICW-Rezertifizierungsseminar: „Förderung und Erhalt der Mobilität“	www.pflegeakademie-niederrhein.de
25.11.	Roth	Wound fresh up 2015 – Rezertifizierungsseminar	www.wundteam.com
25.11.	Hamburg	Behandlungsstrategien für schwierige Wundsituationen.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
28.11.	Duisburg	ICW-Rezertifizierungsseminar: „Chronische Wunden und Demenz“	www.gandersheimer-modell.de
30.11.–06.12.	Duisburg	Basiskurs Wundexperte ICW e. V.	www.gandersheimer-modell.de

WANN?	WO?	KURS	ANMELDUNG, INFORMATIONEN
01.12.	Willich	ICW-Rezertifizierungsseminar: „Förderung der oralen Ernährung“	www.pflegeakademie-niederrhein.de
08.12.	Gera	ICW-Rezertifizierungsseminar: Wunddebridement, Stärken und Schwächen einzelner Verfahren.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
09.12.	Offenbach	ICW-Rezertifizierungsseminar: Expertenstandard Dekubi- tusprophylaxe.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
09.12.	Hamburg	ICW-Rezertifizierungsseminar: Madentherapie – Vakuum- therapie – Palliative Wundversorgung.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
09.12.	Duisburg	ICW-Rezertifizierungsseminar: „Diabetes und Leibesinselschwund“	www.gandersheimer-modell.de
10.12.	Paderborn	ICW-Rezertifizierungskurs: Update DNQP Expertenstandard Dekubitusprophylaxe – Schwerpunkt Recht	St. Johannisstift Paderborn
12.12.	Roth	Wound fresh up 2015 – Rezertifizierungsseminar	www.wundteam.com
12.12.	Duisburg	ICW-Rezertifizierungsseminar: „Update Wundversorgung“	www.gandersheimer-modell.de

## Sonstige Fort- und Weiterbildungen

WANN?	WO?	VERANSTALTUNG	ANMELDUNG, INFORMATIONEN
jederzeit möglich	Online-Kurs	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	www.viserva.eu/bayerische-pflegeakademie-online
06.10.	Witten	Tagung: Die sprechende Pflege	Kristina.Barbknecht@uni-wh.de
07.10.	Hannover	Freiheitsentziehende Maßnahmen reduzieren – Mobilität erhalten.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
15.10.	Regensburg	Wunddokumentation / Im Dschungel der Wundauflagen	www.brk-regensburg.de
16.10.	Berlin	Intensivworkshop „Tatort Wunde“	www.pwg-seminare.de
15.–16.10.	Dortmund	Verfahrenspfleger nach dem Werdenfelser Weg. Das Original.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
19.10.15	Heilbronn	Expertenstandard Sturzprophylaxe.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
19.–20.10.	Stuttgart	Verfahrenspfleger nach dem Werdenfelser Weg. Das Original.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
19.10.–21.10.	Regensburg	Schmerzexperte / Pain nurse Algesiologische Fachassistenz – Grundkurs	www.brk-regensburg.de
22.10.–11.12.	Regensburg	Multiplikator für Expertenstandards	www.brk-regensburg.de
24.10.	Duisburg	1. Duisburger Palliativ- und Wundtag	www.gandersheimer-modell.de
02.–20.11.	Köln	Wundmanager/in (TÜV)	TÜV Rheinland Akademie GmbH
02.–3.11.	Berlin- Spandau	Verfahrenspfleger nach dem Werdenfelser Weg. Das Original.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
04.11.	Heilbronn	Freiheitsentziehende Maßnahmen reduzieren – Mobilität erhalten.	TÜV Rheinland Akademie GmbH
05.11.–16.11.	Regensburg	Schmerzexperte / Pain nurse Algesiologische Fachassistenz – Aufbaukurs	www.brk-regensburg.de
11.11.	Bochum	Modernes Hygienemanagement in OP und ZSVA	nicole.hennig@aesculap-akademie.de
12.11.	Regensburg	Wunddokumentation / Im Dschungel der Wundauflagen	www.brk-regensburg.de
ab 13.11.	Waldkirch	Qualifizierungsangebot „Ambulante Lymphologie auf Fachklinikebene“	E-Mail: zmlpitschow@t-online.de
16.11.	Langen- selbold	Intensivworkshop „Tatort Wunde“	www.pwg-seminare.de
21.11.	Quedlinburg	6. Quedlinburger Wundtag	www.gandersheimer-modell.de
30.11.–05.12.	Rheine	Wundassistentin DDG	Akademie für Gesundheitsberufe Rheine
02.12.	Regensburg	8. Regensburger Pflege-Recht Symposium	E-Mail: Thomas.Bonkowski@ukr.de
02.12.	Dortmund	Freiheitsentziehende Maßnahmen reduzieren – Mobilität erhalten	TÜV Rheinland Akademie GmbH

# 7th Joint Meeting of the European Tissue Repair Society (ETRS) & the Wound Healing Society (WHS)



## From Bed to Bench

With the theme “From Bed to Bench” the Copenhagen 2015 ETRS/WHS joint meeting aims to create a forum to facilitate the translation from the clinical to the experimental side of wound healing. Register for the meeting at [www.etrswhs2015.org](http://www.etrswhs2015.org)

21-23 October 2015  
Copenhagen, Denmark

[www.etrswhs2015.org](http://www.etrswhs2015.org)

# NEUES AUS DER INDUSTRIE + STELLENMARKT

## | Firmenverzeichnis online

### Neuer Service des mhp-Verlags

Unter den Service-Seiten des mhp-Verlags haben Sie nun die Möglichkeit, sich über Firmen zu informieren, die Produkte und Dienstleistungen zur medizinischen Hygiene, Aufbereitung und Wundmanagement anbieten. Suchen Sie nach Firmenname oder Branche und profitieren Sie von den Informationen, die die Firmen hier in ihrem Verantwortungsbereich zur Verfügung stellen: <https://www.mhp-verlag.de/service/firmenverzeichnis/suche/>

mhp-Verlag, [www.mhp-verlag.de](http://www.mhp-verlag.de)

## | Verstärkte Barrierefunktion, keine Parabene und Duftstoffe

### 3M™ Cavilon™ Langzeit-Hautschutz-Creme mit neuer Rezeptur

Mit einer neuen Rezeptur wurde die bewährte 3M Cavilon Langzeit-Hautschutz-Creme jetzt weiter verbessert. Optimiert sind ab sofort ihre Funktion als Barriere gegen Körperflüssigkeiten und ihre hypoallergenen Eigenschaften. Die 3M Cavilon Langzeit-Hautschutz-Creme ist Teil des 3M Produktprogramms zur Prophylaxe und Therapie inkontinenz-assoziiertes Dermatitis. Sie wird außerklinisch exklusiv über Fresenius Kabi Deutschland GmbH und in der Klinik über 3M vertrieben.

Dank ihrer speziellen Formulierung schützt die 3M Cavilon Langzeit-Hautschutz-Creme zuverlässig vor Reizungen und Irritationen durch Körperflüssigkeiten und verhindert Hautschäden. Zugleich spendet sie trockener Haut Feuchtigkeit und hält sie elastisch. Sie ist pH-neutral, hoch ergiebig und bleibt bis zu 24 Stunden lang bzw. über drei Waschungen hinweg wirksam. Die neue Rezeptur bietet einen noch wirkungsvolleren Schutz und verzichtet darüber hinaus auf Duftstoffe und Parabene. Damit ist die 3M Cavilon Lang-

zeit-Hautschutz-Creme auch für besonders empfindliche Haut als Langzeitschutz und -pflege perfekt geeignet.

3M Cavilon Langzeit-Hautschutz-Creme ist in Tuben zu 28 Gramm und 92 Gramm und in 2-Gramm-Beuteln über Fresenius Kabi Deutschland GmbH im Fachhandel und in Apotheken erhältlich.

3M, <http://solutions.3mdeutschland.de>.

## | 5. HARTMANN Wundsymposium

### Die Kunst der Wundversorgung

Die mittlerweile landesweit bekannte Wundveranstaltung, das HARTMANN Wundsymposium fand zum fünften Mal am 2. Juli 2015 im Conference Center Hallenstadion in Zürich mit mehr als 450 Teilnehmenden statt.

### Darf ich eine Wunde ausduschen?

Dieses kontroverse Thema wurde gleich zu Beginn diskutiert. Bisher fehlten klare evidenz-basierte Empfehlungen. Hier wurde die Frage von Frau Ulrike Bergjohann klar und deutlich beantwortet: Wasser ist zum Duschen da!

Das Leitungswasser birgt aber ein unterschätztes Risiko für Patienten mit chronischen Wunden. Erstens ist die Wasserqualität bei den Endverbrauchern nicht die Gleiche wie bei der Probe im Wasserwerk, zweitens ist die Trinkwasserverordnung auf den Schutz der gesunden Allgemeinbevölkerung ausgelegt. Duschschläuche und Wasserleitungen können gefährliche Ablagerungen nicht nur in alten Anlagen sondern auch in Neubauten verbergen. Proben aus öffentlichen Gebäuden weisen immer wieder Kontaminationen auf. Eine mikrobielle Verunreinigung des Leitungswassers kann nicht ausgeschlossen werden. Durch Verwendung eines endständigen Sterilfilters kann aber die erforderliche Sicherheit erreicht werden.

### Es wird schlimmer, bevor es besser wird

In Ihrem Referat behandelte Michaela Kaiser, Wundexpertin, das Thema Wundbettkonditionierung. Die Erfahrung «Es wird



Das HARTMANN Wundsymposium wurde in diesem Jahr auch künstlerisch dokumentiert.

schlimmer, bevor es besser wird» haben viele in der Wundpflege gemacht. In der Wundpflege wird die Selbstreinigung des Körpers durch Wundkonditionierung unterstützt. Eine visuelle Unterscheidung zwischen den verschiedenen Wundbelägen ist wichtig: Bei Nekrosen die Durchblutungssituation abklären und ein Débridement durchführen, sowie bei Fibrinschicht oder Biofilm die Infekte zu erkennen, zu behandeln und atraumatisches Débridement vorzunehmen.

Susi Bolt, dipl. Wundexpertin, vermittelte eine umfassende Übersicht zum Thema Wundrandanalyse und Schutz des Wundrandes. Wichtig sind bei der Wundbehandlung die eingehende Analyse des Wundrandes, die präzise Wundrandbeschreibung und die genaue Beobachtung der Wundumgebung.

Yvonne Häberli, Dipl. Ernährungsberaterin, zeigte Grenzen und Möglichkeiten der Ernährung bei Dekubitus auf. Alle Anstrengungen in der Dekubitusbehandlung nützen nichts, wenn es an Gesamtenergie, Protein und Flüssigkeit fehlt. Bei der Ernährungsstrategie geht es meistens darum, eine Mangelernährung zu verhindern oder diese zu reduzieren. Das Gewicht muss stabilisiert, eine suffiziente Energie- sowie Proteinzufuhr sichergestellt und ein

optimaler Hydratationszustand soll erreicht werden. Die adäquate Zufuhr von Mikronährstoffen, insbesondere Vitamin C und Zink, sowie eine optimale Blutzucker-Einstellung gehören ebenfalls dazu.

### **Kinder sind keine kleinen Erwachsenen**

Die Besonderheiten der Wundversorgung bei Kindern wurden von Dr. Anna-Barbara Schlüer beleuchtet. Es gibt wenig Evidenz zur Wundpflege bei Kindern. Auch die Wundaufgaben sind in der Regel für erwachsene Patienten entwickelt und getestet. Gleichzeitig sind sowohl die Anforderungen an die optimale Wundversorgung bei Kindern als auch die Anzahl von kritisch und chronisch kranken Kinder gestiegen. Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, dies gilt auch für die Wundbehandlung. Dr. Schlüer betonte die Notwendigkeit der allgemeinen Forschung zur Wundbehandlung bei Kindern mit Berücksichtigung der kindlichen Hautstrukturen im Wachstum.

Dr. med. Xavier Jordan beantwortete brennende Fragen in der Wundpflege. Eine der Schlüsselfragen in der Dekubituspflege ist, wie eine Wunde verhindert werden kann, ohne die Lebensqualität der Patienten übermäßig zu beeinträchtigen. Zur Vermeidung eines Dekubitus sind viele Instrumente verfügbar, die jedoch die Sorgfaltspflicht, solides Wissen und die Mittel (personell und technisch) zur geeigneten Reaktion nicht ersetzen können.

### **HARTMANN Hydro-Preis 2015**

Der Höhepunkt des Tages war die Verleihung des Hydro-Preises 2015. Die Gewinnerinnen stellten ihre Fallbeispiele vor.

1. Preis: Margrith Kägi, CH-8718 Schänis
2. Preis: Denise Huber, CH-8915 Hausen
3. Preis: Monika Sutter, CH-8820 Wädenswil

### **Unterdruck oder Chirurgie?**

PD Dr. med. Roland de Roche zeigte aus chirurgischer Sicht, welche Dekubitus-Therapie vorzuziehen ist. In der Wundbehandlung gibt es heute viele Alternativmethoden. Nach umgehender Entlastung, Débridement, Infektbehandlung, Wundkonditionierung, Korrektur der Begleitkrankheiten und Malnutrition kommt die Entscheidung zwischen der plastisch-chirurgischen Defektabdeckung oder der Unterdrucktherapie.

Für Tetraplegiker ist Dekubitus meistens eine chronische Krankheit. Hier ist die systematische Behandlung beim ers-

ten kleinen Dekubitus enorm wichtig: Spitz- und akute knöchernen Vorsprünge sind zu beheben um Rezidive zu vermeiden. Hier ist die operative Methode vorzuziehen. Die Unterdrucktherapie ist bei geriatrischen Patienten eine wertvolle Alternative zu einer belastenden Operation.

Professor Dr. Peter Gross, einer der bekanntesten Soziologen im deutschsprachigen Raum, beleuchtete das Thema Alterung aus einer anderen Perspektive, indem er das herrschende Altersbild auf den Kopf stellte. Die Alterung der Gesellschaft sieht er als Chance anstatt als großes Problem.

### **Neues bringen und Altes behalten**

Für Gastgeberin Edeltraud Bernardini persönlich und auch für IVF Hartmann AG ist es wichtig, Neues zu bringen aber auch Altes zu behalten. So altbewährt sind die künstlerischen Bestandteile des jeweiligen Programms Jahr für Jahr. In diesem Sinne begleitete diesmal der Graphic Recorder Andreas Gaertner das Geschehen und stellte die wichtigsten Aussagen von allen Fachreferaten bildlich und sehr humorvoll dar. Für beste Unterhaltung sorgten die bekannten Slam-Poetinnen Lara Stoll und Martina Hügi: Das Publikum amüsierte sich köstlich über ihre pointenreichen Texte.

Das nächste Symposium wird am 30. Juni 2016 stattfinden.

**Dr. Pharm. Susanne Devay, Medizinische Journalistin, Paul Hartmann AG, <https://hartmann.de>**

### **Neue Produktgrößen im Wundversorgungssortiment von Mölnlycke Health Care**

Mepilex Border Flex - flexibler Halt und besserer Komfort in 7,8 x 10 cm. Mepilex Border Flex ist ein ovaler Schaumverband mit Safetac Technologie, der Exsudat effektiv absorbiert und zurückhält und ein feuchtes Wundmilieu aufrechterhält. Die optimierte Form bietet eine bessere Anpassung an die Körperkonturen und ein Einrollen wird so weit wie möglich verhindert. Damit wird sowohl die Anpassungsfähigkeit als auch die Haftung verbessert. Mepilex Border Flex ist zur Behandlung von exsudierenden Wunden wie Dekubitalulzera, diabetischen Fußulzera, Bein- und Fußulzera, traumatischen Wunden und anderen sekundär heilenden Wunden vorgesehen. Optimal für den Einsatz auch an schwierigen Körperstellen.

Mepitel®One ist eine transparente, einseitig mit Safetac Technologie beschichtete Wundaufgabe, die zur Behandlung schmerzhafter Wunden und Wunden mit empfindlicher Haut, wie z. B. Verbrennungen, Schürfwunden, Platz- und Risswunden sowie chronischen Wunden entwickelt wurde. Ab August wird es Mepitel One auf Rolle (9,5 cm x 150 cm) und in Supersize 27,5 x 50 cm geben, z. B. für die Versorgung von großflächigen Verbrennungen.

Normigel, ein isotones Kochsalzgel (0,9% NaCl) zur Schaffung und Aufrechterhaltung des feuchten Wundmilieus wird es ebenfalls in der 8 Gramm Tube geben anstatt zuvor in der 5 Gramm Tube – zum gleichen Preis!

**Mölnlycke Health Care,  
Internet: [www.molnlycke.de](http://www.molnlycke.de)**

### **Schmerzlindernd und hoch saugend**

#### **ROGGSorb lite: Neuer Superabsorber für akute und chronische Wunden**

Die neue Polymer-Vlies-Kompresse ROGGSorb lite setzt völlig neue Maßstäbe in der Versorgung akuter und chronischer Wunden. Die einzigartige horizontal liegende Fasertechnologie optimiert die Aufnahme und Verteilung von Exsudat. Es kommt nicht zur Gel-Verklumpung („Sofakissen-Effekt“). Als einziges Produkt seiner Klasse kann ROGGSorb lite auf die Größe der zu versorgenden Wunde zugeschnitten werden. Darüber hinaus bietet ROGGSorb lite ein besonders gutes Preis-Leistungs-Verhältnis.

Die patentierte hydroaktive Wundaufgabe hat eine Innenschicht aus viskosen, superabsorbierenden, horizontal liegenden Fasern mit stark hydrophiler Eigenschaft. Die Außenschichten bestehen beidseitig aus hydrophobem perforiertem Polyethylen. So bindet und absorbiert ROGGSorb lite Exsudatbestandteile der Wunde und bewahrt deren Feuchtigkeit, um die natürliche Wundheilung zu unterstützen. Bakterienkolonisation wird unterbunden und dadurch Wundgeruch vermindert. ROGGSorb lite verklebt nicht mit dem Wundgrund und ist daher schmerzlindernd. Als einziger Superabsorber kann ROGGSorb lite auf die Größe der zu versorgenden Wunde zugeschnitten werden.

Ob venöser Ulcus cruris, diabetischer

Fuß, exsudierende Laparotomie-Wunden, Brandwunden, Fisteln, Drainagen oder Karzinomwunden: Die neue Polymer-Vlies-Kompresse ist für alle oberflächlichen bis tiefen Wunden im fibrinösen, exsudierenden und granulierenden Wundstadium geeignet. Durch die horizontale Ausrichtung der Fasern kann Wundflüssigkeit besser aufgenommen und verteilt werden. Die hoch saugende Wundaufgabe absorbiert eine mittlere Exsudatmenge von bis zu 83 ml, ihre Retentionskapazität beträgt 58 ml.

Auch in durchtränktem Zustand ist die weiche Vlies-Kompresse formbeständig. Durch die patentierte Fasertechnologie wird die Wundflüssigkeit gleichmäßig verteilt und eine Gel-Verklumpung („Sofakissen-Effekt“) vermieden. Im Vergleich zu herkömmlichen Wundaufgaben sind weniger Verbandswechsel nötig.

Rogg, [www.rogg-verbandstoffe.de](http://www.rogg-verbandstoffe.de).

## Jetzt auch in 4-Lagen-Technologie

### Neue Qualität des 3MTM TegadermTM Foam

Zur Versorgung wenig bis stark exsudierender Wunden bringt Fresenius Kabi Deutschland in Kooperation mit 3M Medica nun den nicht klebenden Schaumverband 3M Tegaderm Foam mit innovativer Technologie auf den Markt. Neu an dem 3M Tegaderm Foam ist die 4-Lagen-Technik, die sich bereits bei dem klebenden 3M Tegaderm Foam Adhesive bewährt hat. Die Unterschiede sind eine feuchtigkeitskontrollierende Schicht und ein Superabsorberkissen direkt auf dem dünnen, fein-porigen Polyurethanschaum, der die Wunde abdeckt. Diese beiden neuen Lagen sorgen für eine schnelle Abdampfung von überschüssigem Exsudat aus dem Verband.

Der hochleistungsfähige 3M Tegaderm Foam Verband bietet ein effizientes Exsudatmanagement. Durch die neue Technologie konnte bei der nicht klebenden Version der Schaumverbände eine Indikationserweiterung erzielt werden. 3M Tegaderm Foam ist jetzt bei schwacher bis starker Exsudation einsetzbar.

Neu an 3M Tegaderm Foam sind die feuchtigkeitskontrollierende Schicht und das Superabsorberkissen. Die unter dem atmungsaktiven Film, der Wasser, Bakte-

rien und Viren von der Wunde fernhält, gelegene feuchtigkeitskontrollierende Schicht verteilt die Feuchtigkeit. Sie fördert die schnelle Abdampfung von überschüssigem Wasser und erhält die Feuchtigkeitsbalance. Das Superabsorberkissen sorgt für einen dünnen und flexiblen Verband mit einem hohen Absorptionsvermögen. Durch diese Eigenschaften ist 3M Tegaderm Foam breit einsetzbar. Der Verband kann sowohl bei flachen, als auch bei tiefen Wunden und Cavitäten eingesetzt werden, die wenig, mäßig oder stark exsudieren. Oberflächliche Verbrennungen, Schürf- und Platzwunden zählen deshalb ebenso zu den Indikationen für 3M Tegaderm Foam wie Dekubital-, venöse, arterielle und neuropathische Ulcera.

Der 3M Tegaderm Foam Verband reduziert das Risiko von Mazeration oder Wund austrocknung. Er ist hochabsorbierend und atmungsaktiv. Dadurch wird die Wundheilung gefördert und der Therapieerfolg unterstützt. Durch die hohe Wasserdampfdurchlässigkeit ist eine lange Tragedauer möglich. Der Verband ist auch unter Kompression formstabil und druckbeständig und bietet dem Patienten einen hohen Komfort.

Eine umfassende Übersicht über die 3M Tegaderm Schaumverbände und deren Anwendung bietet eine neue Broschüre, die Interessierte unter folgender Adresse anfordern können: [kundenberatung@fresenius-kabi.de](mailto:kundenberatung@fresenius-kabi.de). Im Download-Bereich unter [www.fresenius-kabi.de](http://www.fresenius-kabi.de) steht diese Broschüre bei den Katalogen und Broschüren aus dem Bereich Medizinprodukte zum Herunterladen bereit. Die elektronische Variante bietet einen Vorteil: In dem Folder 3M Tegaderm Schaumverbände (04/2015) sind Anwendungsvideos hinterlegt.

**Fresenius Kabi Deutschland,**  
[www.fresenius-kabi.de](http://www.fresenius-kabi.de)

## Up to date in der Kompressionstherapie

Bereits zum zweiten Mal laden der Industrieverband eurocom und die Deutsche Gesellschaft für Phlebologie (DGP) die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Hilfsmittelteams der Krankenkassen und MDK's zu einem Informationsforum ein. Im Rahmen der diesjährigen Jahrestagung der DGP in Bamberg findet in der Mittagszeit des 25. September das Kassenforum mit dem Titel „Moderne Kompressionstherapie - Von der Indikation zur Versor-

gung“ statt. eurocom und DGP wollen damit einerseits die Mitarbeiter in Krankenkassen und MDK's über neueste Entwicklungen in der Kompressionstherapie informieren, andererseits in einen Dialog mit ihnen eintreten. Dabei werden in diesem Jahr erstmalig auch Leistungserbringer vor Ort sein. Ziel ist, gemeinsam die Behandlungssituation der Patienten zu verbessern.

In seinem Eröffnungsvortrag wird der Präsident der DGP, Professor Dr. Markus Stücker, den Teilnehmern einen Überblick über „Diagnostik und Therapie der Varikose“ geben. Die Lymphologie wird im Anschluss Dr. Anya Miller, Generalsekretärin der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie, vorstellen. Den Abschluss bildet der Vortrag von Privat-Dozentin Dr. Stefanie Reich-Schupke, Mitglied im Beirat der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie, zum Thema „Moderne Kompressionstherapie“. Zwischen den einzelnen Vorträgen haben die Teilnehmer ausreichend Zeit, um Fragen zu stellen oder Problempunkte aus ihrem beruflichen Alltag aufzuzeigen.

Venen- und Lymphgefäßerkrankungen zählen zu den Volkskrankheiten. Entsprechend viele Menschen in Deutschland müssen deshalb aufgrund einer chronischen venösen Insuffizienz oder einem Lymphödem behandelt werden. Im Mittelpunkt steht die Kompressionstherapie. Für die adäquate Behandlung der Patienten ist zwar in erster Linie der behandelnde Arzt zuständig. Aber auch die anderen am Versorgungsprozess Beteiligten haben eine wichtige Rolle, wenn es um die beste Therapie für den jeweiligen Patienten geht. Dazu zählen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Hilfsmittelteams der Krankenkassen und in den Medizinischen Diensten, die letztendlich über die Versorgung mitentscheiden, aber auch die Leistungserbringer vor Ort, die für die Auswahl des geeigneten Kompressionsstrumpfes und die Einweisung der Patienten zuständig sind.

Das Kassenforum findet am 25. September von 13.15 Uhr bis 14.45 Uhr in der Konzert- und Kongresshalle Bamberg statt. Nähere Informationen stehen auf der Internetseite der eurocom unter [www.eurocom-info.de](http://www.eurocom-info.de) (Veranstaltungen) zum Download bereit.

[www.eurocom.info](http://www.eurocom.info)

**Verlag**

mhp-Verlag GmbH, Marktplatz 13  
D-65183 Wiesbaden  
Tel.: +49 (0)611 50593-131, Fax: -130  
E-Mail: info@mhp-verlag.de  
Internet: www.mhp-verlag.de

**Inhaber**

ACM Unternehmensgruppe GmbH,  
Wiesbaden  
Prof. Dr. Hans-Günther Sonntag,  
Dossenheim  
Frau Barbara Kirschner, Bad Homburg  
SynCen Synergie Centrum GmbH,  
Mitterberghütten

**Redaktion**

Dr. Barbara Springer, Anschrift s. o.  
Tel.: (0611) 50593-135, Fax: -130  
E-Mail: wm@mhp-verlag.de

**V.i.S.d.P.**

Andreas Klein, Geschäftsführer,  
Anschrift wie Verlag

**Anzeigenverwaltung**

Walter Bockemühl, Anschrift s. o.  
Tel.: +49 (0)611 50593-132, Fax: -130  
E-Mail: anzeigen@mhp-verlag.de



Es gilt die Anzeigenpreisliste  
Nr. 9/2015.

**Druck:** Druckerei Chmielorz GmbH,  
Wiesbaden-Nordenstadt

**Erscheinungsweise:** zweimonatlich

**Jahresabonnement:** € 46,70, Einzelheft:  
€ 10,- (jeweils inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten).  
E-Paper: € 46,70 (inkl. MwSt.).  
Kombination Print + E-Paper: € 58,38  
(inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten). Für  
die Mitglieder folgender Vereine ist der  
Bezug im Mitgliedsbeitrag enthalten: ICW  
e. V., Österreichische Gesellschaft für  
Wundbehandlung (AWA), Schweizerische  
Gesellschaft für Wundbehandlung (SAfW),  
Wundnetz Kiel e. V., Wundverbund Süd-  
west e. V., Wundzentrum Hamburg e. V.,  
Wundzentrum Nord e. V.

**Organ**

Die Zeitschrift Wundmanagement ist das  
offizielle Mitteilungsorgan der Initiative  
Chronische Wunden e. V., der Österrei-  
chischen Gesellschaft für Wundbehandlung  
(AWA), der Schweizerische Gesellschaft  
für Wundbehandlung (SAfW), des Wund-  
netzes Kiel e. V., des Wundverbundes Süd-  
west e. V., des Wundzentrums Hamburg  
e. V. und des Wundzentrums Nord e. V.

**Wichtige Hinweise:**

Alle Beiträge und Abbildungen sind  
urheberrechtlich geschützt. Jede Ver-  
wertung, die nicht ausdrücklich vom  
Urhebergesetz zugelassen ist, bedarf der  
vorherigen schriftlichen Zustimmung des  
Verlages. Alle Rechte, auch die der auszugs-  
weisen Vervielfältigung und Verbreitung,  
sind dem Verlag vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen,  
Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw.  
in dieser Zeitschrift auch ohne besondere  
Kennzeichnung, berechtigt nicht zu der  
Annahme, dass solche Namen im Sinne  
der Warenzeichen- und Markenschutz-  
Gesetzgebung als frei zu betrachten wären  
und daher von jedermann benutzt werden  
dürften.

**Haftung**

Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffent-  
lichungen können Herausgeber und Redaktion  
trotz sorgfältiger Prüfung nicht übernehmen.  
Mit Namen gekennzeichnete Artikel geben die  
Meinung des Verfassers wieder, die nicht mit der  
Meinung des Herausgebers identisch sein muss.  
Eine Gewähr für Angaben von Dosierungsan-  
weisungen und Applikationsformen kann nicht  
übernommen werden. Derartige Angaben müs-  
sen vom Absender im Einzelfall anhand ande-  
rer verbindlicher Quellen auf ihre Richtigkeit  
überprüft werden. Für den Inhalt außerhalb des  
redaktionellen Teiles (insbesondere Anzeigen,  
Industrienachrichten, Kongressinformationen  
usw.) übernehmen Schriftleitung, Beirat und  
Verlag keine Gewähr. Autoren, die mit vollem  
Namen genannt werden und nicht Mitglied der  
Redaktion sind, veröffentlichen ihren Beitrag in  
alleiniger Verantwortung. Redaktion und Verlag  
haften für diese Beiträge nicht.

**Schriftleitung**

Prof. Dr. Knut Kröger, Krefeld  
Prof. Dr. Eva-Maria Panfil, Zürich (CH)

**Herausgeberbeirat**

Prof. Dr. C. Can Cediti, Bremen  
Veronika Gerber, Spelle  
Dr. Thomas Karl, Friedrichshall  
PD Dr. Andreas Schwarzkopf, Aura  
Dr. Wolfgang Tigges, Hamburg

**Editorial Board**

Bernd Assenheimer, Tübingen  
Prof. Dr. Matthias Augustin, Hamburg  
Anke Bültmann, Hamburg  
Prof. Dr. E. Sebastian Debus, Hamburg  
Prof. Dr. Joachim Dissemond, Essen  
DGKS WDM Gabriela Hösl MSc, Kirchberg an  
der Pielach (A)  
Dr. Heinz-Dieter Hoppe, Quedlinburg  
Dr. Jan Kottner, Berlin  
Dr. Severin Lächli, Zürich (CH)  
Dr. Nils Lehmann, Essen  
Dr. Karl-Christian Münter, Hamburg  
Dr. Thomas R. Neubert, Marburg  
Prof. Dr. Wolfgang Niebel, Essen  
Dr. Sebastian Probst, Winterthur (CH)  
Kerstin Protz, Hamburg  
PD Dr. Gunnar Riepe, Boppard  
Claudia Schwarzkopf, Aura  
Prof. Dr. Jürgen Stausberg, Essen  
Barbara Temme, Berlin  
Doris von Siebenthal, MSc, Baden (CH)  
Dr. Ralf Weise, Friesoythe  
Prof. Dr. Doris Wilborn, Hamburg  
Prof. Dr. Gerald Zöch, Wien (A)



# WUND MANAGEMENT

## JA

ich abonniere die Zeitschrift „Wundmanagement“

- Printversion zum Preis von 46,70 EUR (inkl. MwSt. + Versandkosten)
- E-Paper zum Preis von 46,70 EUR (inkl. MwSt.)
- Kombiversion (Print + E-Paper) zum Preis von 58,38 EUR (inkl. MwSt. + Versandkosten)

Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn keine schriftliche Kündigung  
bis spätestens sechs Wochen vor Ende des Kalenderjahres erfolgt.

Die Bestellung ist innerhalb von zwei Wochen schriftlich widerrufbar. Es gilt das Fax- oder  
Poststempel-Datum. Unsere Faxnummer: 0611/50593-130.

- Ich bezahle nach Rechnungserhalt
- Bitte buchen Sie den Rechnungsbetrag von folgendem Konto ab:

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Absenderangaben**

Titel, Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Stempel, Unterschrift und Datum:

# WUND LETTER

Fachwissen für unterwegs

- Zu Prävention und Behandlung von chronischen Wunden.
- Aktuelle Studienergebnisse.
- Zusammenfassungen und Kommentare von Wundexperten.
- Infos zu relevanten politischen Entscheidungen.

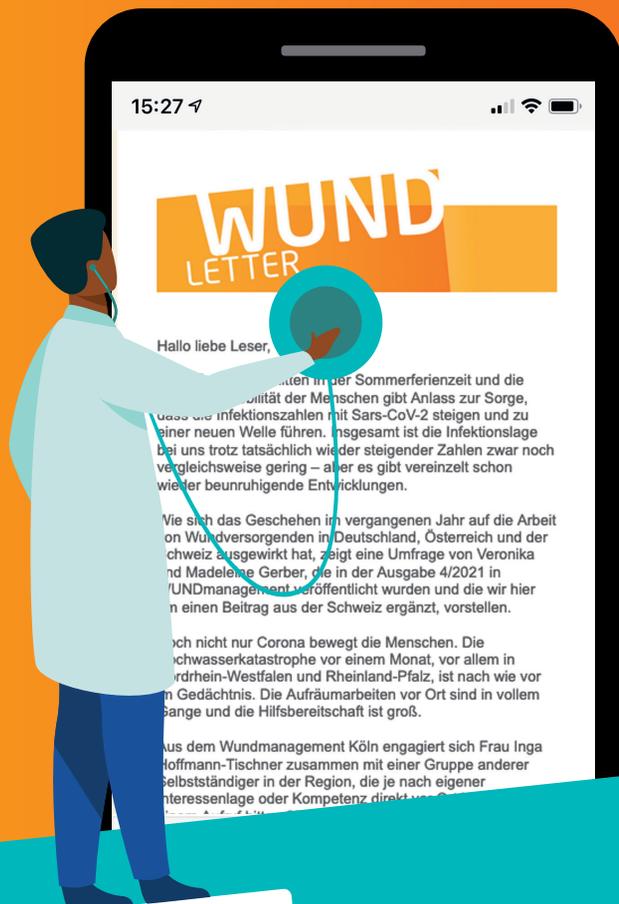
Das alles bietet der  
**WUND\_letter.**  
Der Newsletter für  
Pflegekräfte und  
Wundmanager\*innen.

+ zuverlässiges Fachwissen

+ optimiert für Ihr Smartphone

+ alle 14 Tage

+ aktuell noch  
kostenlos



Abonnieren Sie den **WUND\_letter**  
direkt über [www.bit.ly/wundletter](http://www.bit.ly/wundletter)  
oder scannen Sie den QR-Code.