

WUND MANAGEMENT

Ihr Kongressbegleiter
2. Tag
17. Mai 2018

DEWU
Deutscher Wundkongress
& Bremer Pflegekongress

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

im letzten Jahr hat der mhp Verlag mit den drei täglichen Kongressbegleitern zum **DEWU Deutscher Wundkongress & Bremer Pflegekongress** ein neues Format gestartet.

Es wurde von den Besuchern sehr gut aufgenommen und wir haben viele positive Rückmeldungen erhalten. Wir werden diese Publikation deshalb in diesem Jahr in modifizierter Form fortsetzen. In den diesjährigen Begleitheften finden Sie wichtige organisatorische Informationen wie eine Programmübersicht für alle Veranstaltungen des Tages für beide Kongresse, ein Ausstellerverzeichnis sowie den Hallenplan des Congress Centrums zur Orientierung.

Darüber hinaus enthält jedes Heft aktuelle Übersichtsartikel zu den Leitthemen des Wundkongresses, die eingereichten Abstracts, Kurzversionen ausgewählter Vorträge und Symposien sowie ein Referentenverzeichnis.

Damit erhalten Sie inhaltlich eine wertvolle Orientierungshilfe sowohl für Ihre individuelle Planung als auch für die Kongressnachlese.

Ein Highlight des zweiten Tages ist zum Beispiel die Sitzung „WUNDupdate“, in der zu den drei Themenbereichen Dekubitus, DFS und PAVK sowie Ulcus cruris die wichtigsten internationalen Studien des letzten Jahres vorgestellt werden, oder die Sitzung „Migration und Pflege.“ Verpassen Sie auch nicht die **Verleihung des Deutschen Wundpreis 2018 ab 18.15 Uhr in Raum 4B.**

Vielen von Ihnen ist sicher die Fachzeitschrift **WUNDmanagement** aus dem mhp Verlag bekannt – wir freuen uns, wenn Sie uns am mhp-Stand mit der Nummer R5 in Halle 4 besuchen. Dort erhalten Sie neben der kostenfreien aktuellen Ausgabe von WUNDmanagement auch weitere Informationen zum Thema Wund- und Hygienemanagement.

Beachten Sie, dass an jedem Kongresstag ein neuer aktueller Kongressbegleiter verteilt wird. Die Begleithefte sind mit 1–3 durchnummeriert.

Ich freue mich auf Ihre Anregungen und Rückmeldungen zu den Kongressbegleitheften und den Themen des heutigen Tages!

In diesem Sinne – Herzlich willkommen zum Deutschen Wundkongress & Bremer Pflegekongress 2018!

Ihre



Dr. Barbara Springer

Leitung Themenbereich WUNDmanagement

Impressum

Verlag
mhp Verlag GmbH
Kreuzberger Ring 46
65205 Wiesbaden
Fon 0611 50593-31
Fax 0611 50593-79
info@mhp-verlag.de
www.mhp-verlag.de

Geschäftsführer:
Detlef Koenig

Anzeigenleitung:
Walter Bockemühl

Vertriebsleitung:
Traudel Jung

Redaktion:
Dr. Barbara Springer
Leitung Themenbereich
Wundmanagement

Design/Prepress:
Gute Botschafter GmbH
www.gute-botschafter.de

Satz:
Taunusdesign, Hofheim

Druck und Verarbeitung:
Laub GmbH & Co KG
74834 Elztal-Dallau

Druck- und Satzfehler vorbehalten.

Inhalt

Autoren und Co-Autoren der Abstracts (Poster-Abstracts nur Erstautoren) am 17. Mai 2018	4
Das Programm im Überblick	6
Das Messegelände	9
Ausstellerverzeichnis	10
Weitere Termine	13

Wissenschaftliche Sitzungen (Wundkongress)

• Fischhaut in der Wundbehandlung	15
• Arzneimittel in der Wundheilung: Risiken und Nebenwirkungen	16
• Awarenesskampagne chronische Wunden der DGG	18
• Wunden bei Kindern - was ist anders?	19
• Freie Vorträge 3	19
• Bremer Schlagabtausch - Podiumsdiskussion mit TED-Abstimmung	20
• Wunden und Antibiotika	21
• Dekubitus erkennen und richtig klassifizieren	21
• Überleitung und Kommunikation	22
• Keine Angst vor dem Publizieren	22
• Wundlabor 2018 - von der Zelle bis zur Therapie: Grundlagenforschung, Evidenced Based Medicine, Studien, Innovationen	23
• Ödem und chronische Wunde	23
• Dekubitusprophylaxe - do's und don'ts	24

Wissenschaftliche Sitzungen (Pflegekongress)

• Migration und Pflege	26
• Diversity in der Pflege alter Menschen	27
• Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ - Einblick in die Literaturstudie	28
• Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ - vertiefende Einblicke	28
• Beziehungsqualität als wichtigster Bestandteil der Pflege	29
• Gesundheitsverhalten und Pflegevorstellungen von Menschen mit Migrationshintergrund	29
• Die Gestaltung der Ausbildung nach dem neuen Pflegeberufsgesetz in Theorie und Praxis	30
• From novice to expert - professional nursing in the UK. Eigenständigkeit der Pflege im internationalen Vergleich	30

Satellitensymposien und Workshops

- IAD – Behandlungsoptionen und erste Erfahrungsberichte 31
- Manuka-Honig-Symposium 32
- Palliative Wundversorgung: Wunden verstehen –
Lebensqualität verbessern 33
- Notfall Diabetischer Fuß –
Paradigmenwechsel in der Wundtherapie 33
- Mission Wundverschluss: mit abgestimmtem
Exsudatmanagement Ulcus cruris venosum
zur Abheilung bringen 34
- Mangelernährung bei chronischen Wundpatienten –
Auswege aus dem Dilemma? 34
- Individuelle Lokaltherapie mit dem Polyurethan-
Schaumverband LIGASANO® 35
- Erfolgreich navigieren: neue Lösungsansätze im
Hygiene- und Infektionsmanagement 35

Poster-Abstracts

- Abstracts der Poster (Deutscher Wundpreis 2018) 37



Nichts verpassen mit dem
WUNDletter!

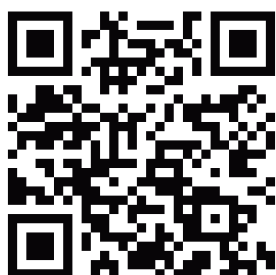
Melden Sie sich noch heute an:
über den QR-Code oder auf
www.wund-online.de

Die Autoren der Abstracts am 17. Mai 2018

Yasmen Alsheikh	Seite 26
Medizinische Hochschule Hannover	
Zeynep Babadagi	Seite 35
Die pflegezentrale Kranken- und Altenpflege GmbH, Duisburg	
Susanne Bachmann	Seite 26
DRK-Kreisverband Landkreis Greiz e.V. Zeulenroda	
Steffen Barth	Seiten 39, 44
PHYSIOMED – STEFFEN BARTH GbR, Hagen	
Xhevrije Basholli-Haziri	Seite 43
Minden	
Kristin Becke	Seite 19
Deutsche Gesellschaft für Gewebe-transplantation gGmbH (DGFG), Hannover	
Anja Becker	Seite 37
3M Deutschland GmbH, Neuss	
Dr. Manuela Besser	Seite 16
Universität Witten/Herdecke	
Monika Bienert	Seite 47
WZ-WundZentrum Aachen	
PD Dr. Chris Braumann	Seite 45
St. Josef-Hospital, Ruhr-Universität Bochum	
Dr. Horst Braunwarth	Seite 41
Coloplast GmbH, Hamburg	
Dr. Timo Clasen	Seite 45
Viszeral- und Thoraxchirurgie, Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg	
PD Dr. Georg Daeschlein	Seite 23
Hautklinik Universitätsmedizin Greifswald	
Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck	Seite 30
Institut für Public Health und Pflegeforschung,, Universität Bremen	
Dr. Iris Depfenhart	Seite 37
Stadtkrankenhaus Korbach	
Dr. Holger Diener	Seite 20
Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Universitäres Herzzentrum Hamburg GmbH	
Prof. Dr. Bernhard Dorweiler	Seite 15
Universitätsmedizin Mainz	
Dr. Markus Duft	Seiten 38, 39
Verein Wund Management Wien – WMW, Österreich	
Dr. Thomas Eberlein	Seite 35
Wound Consulting GmbH, Wien, Österreich	
Dr. Stefan Eder	Seite 33
Kinikum Villingen-Schwenningen GmbH	
Edna Frenthoff	Seite 32
WZ-WundZentren GmbH, Düsseldorf	
Beate Fröhlich	Seite 46
Danuvius Haus, Ingolstadt	
Dr. Heiko Gerlach	Seite 27
Hamburg	

Dr. André Glod	Seiten 22, 23
Gesundheitszentrum Spaichingen Medizinische Hochschule Hannover	
Michael Grubschat	Seite 32
FA Wundex, Senden	
Carina Hansmann	Seite 34
Reha aktiv 2000 GmbH, Jena	
Prof. Dr. Thomas Henle	Seite 32
Technische Universität Dresden	
Inga Hoffmann-Tischner	Seite 47
Wundmanagement Köln, Pflegedienstleitung Kölner Pflegedienst	
Björn Jäger	Seite 35
Wundversorgung aus Expertenhand, Osnabrück	
Thomas Janczek	Seite 46
Wundmanagement, Uniklinik Göttingen	
Heidi Jodl	Seite 35
Gesundheitszentrum Vincentinum, Wundzentrum Augsburg	
Dr. Thomas Karl	Seite 18
SLK-Kliniken Heilbronn GmbH	
Dr. Wilfried Keuthage	Seite 33
Diabetologische Schwerpunktpraxis Münster	
Dr. Tobias Kisch	Seite 32
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck	
Norbert Kolbig	Seiten 19, 31, 37
Universitätsklinikum Düsseldorf	
PD Dr. Jan Kottner	Seite 21, 31
Charité-Universitätsmedizin Berlin	
Prof. Dr. Vlastimil Kozon	Seite 38
Wiener medizinische Akademie, Wien, Österreich	
Prof. Dr. med. Knut Kröger	Seite 13
Helios Klinikum, Krefeld GmbH	
Susann Langheinrich	Seite 41
SERIMED GmbH & Co. KG, Zeulenrode-Triebes	
Eugenia Larjow	Seite 38
Institut für Public Health und Pflegeforschung,, Universität Bremen	
Kristina Lippach	Seite 27
Klinikum der Universität München	
Prof. Dr. Ralf Lobmann	Seite 33
Klinikum Stuttgart	
Maurice Moellecken	Seite 41
Klinik für Dermatologie, Uniklinikum Essen	
Dr. Udo Möller	Seite 45
URGO GmbH, Sulzbach	
Dr. Karl-Christian Münter	Seite 22
Hamburg	
Dr. Stefan Nestoris	Seite 40
Dermatologie, Klinikum Lippe-Detmold	

Dr. Michael Oberlin Seite 24	Anne-Marie Schlamm Seite 46
Földiklinik GmbH & Co. KG, Fachklinik für Lymphologie, Hinterzarten	Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen
Matthias Peterek Seite 29	Prof. Dr. Wilfried Schlüter Seite 26
Uhlhorn Hospiz Hannover	WHZ Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Zwickau
Dr. Siamak Pourhassan Seite 47	Jana Schmidt Seite 48
Gemeinschaftspraxis für Gefäßchirurgie & Gefäßmedizin, Oberhausen	Sächsisches Wundzentrum Muldentail, Grimm
Thorsten Prennig Seite 35	Dr. Christina Schreiber Seite 34
Kreisklinik Roth	Zentrum für Gefäßmedizin Hamburg
Prof. Dr. Sebastian Probst Seite 44	Hans Schupp Seite 27
Fachhochschule Westschweiz, Genf, Schweiz	Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
Kerstin Protz Seiten 39, 43	Prof. Dr. Michael Schütte Seite 33
Wundzentrum Hamburg e. V., Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf	Praxis für HNO-Krankheiten, Wuppertal
Anne Przijbijski Seite 41	PD Dr. Andreas Schwarzkopf Seite 21
Klinikum Osnabrück	Institut Schwarzkopf GbR, Aura a. d. Saale
Heidrun Pundt Seite 30	Roswitha Schweindl Seite 43
DIAKO E. Diakonie-Krankenhaus-gemeinnützige GmbH	BG Unfallklinik Murnau
Kerstin Raeder Seite 40	Claudia Sicher Seite 23
Charité - Forschungsgruppe Geriatrie, Berlin	Hautklinik Universitätsmedizin Greifswald
Julian-Dario Rembe Seite 17	Dr. Barbara Springer Seite 22
Universität Witten/Herdecke	mhp Verlag gmbH, Wiesbaden
Prof. Dr. Martina Roes Seite 28	Prof. Dr. Ewa Klara Stürmer Seite 17
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Witten	Translationale Wundforschung, Universität Witte/Herdecke
Moritz Ronicke Seiten 39, 43	Nils Terberger Seite 17
Dermatologische Klinik, Uniklinikum Erlangen-Nürnberg	Translationale Wundforschung, Universität Witte/Herdecke
Dr. Silja Samerski Samerski Seite 29	Dr. Wolfgang Tigges Seite 33
Institut für Ethnologie und Kulturwissenschaft, Bremen	Hamburg
John Schäfer Seite 45	Dr. Alfred Tylla Seite 35
Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Sana Klinik Rummelsberg gGmbH, Schwarzenbruck
Claudia Schatz Seite 20	Stefan Vehlowl Seite 48
Klinikum rechts der Isar, München	Muldentalkliniken Grimma
Manfred Scheppach Seite 40	Dr. Steffen Wahler Seite 44
Smith & Nephew GmbH, Hamburg	Praxis am Lerchenberg, Hamburg
	Tobias Weimer Seite 24
	WEIMER BORK, Kanzlei für Medizin- und Strafrecht, Bochum



Nichts verpassen mit dem
WUNDletter!

Melden Sie sich noch heute an:
über den QR-Code oder auf
www.wund-online.de

RAUM	09.00 Uhr	10.00 Uhr	11.00 Uhr	12.00 Uhr	13.00 Uhr
Raum 4 A	IAD - neue Behandlungsoptionen und erste (...) (S. 31)		Der Blick unter den Verband		Mo Wundver
Raum 4 B	Arzneimittel in der Wundheilung (...) (S. 16)		Wunden bei Kindern - was ist anders? (S. 19)		
Raum 4 C	Interakt. Sitzung: Wundbeurteilung (...)		Interakt. Sitzung: Die Keimjäger (...)		Interakt. Sitz Bremer Schlagabtaus
Bergen	Migration und Pflege (S. 26)	Mindestpersonalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus			Manuka-Honig-S
Borgward	Hautpflege aus der Sicht des (...)		WUNDupdate 2018 (S. 13)		„Gebrech offe
Danzig	Acne inversa		Stehen Sie unter Druck (...) dNPWT		Stehen Sie (...) NPWTi-d und ciNPT
Focke-Wulf	UCV-Versorgung to go - der mobile Patient		Möglichkeiten der Plastischen Chirurgie unter dem Dach (...)		Wunden un Antibiotika (S
Franzius	WS: AQUACEL® trifft Unterdruck (...)	Palliative Wundversorgung (...) (S. 33)		Freie Vorträge 3 (S 19)	
Kaisen	Fischhaut in der Wundbehandlung (S. 15)		„Und ich fand das immer so toll!“ Wenn Versorger (...)		Dekubitu und (...)
Lloyd	Natriumhypochlorit oder Polihexanid (...)		Ulcus cruris venosum (...) (S. 36)		Notfall Diabetischer Fuß (...) (S. 33)
London	Die Vielfalt der Kompression bei (...)	Awareness-kampagne (S. 18)		Die Rolle des UAW-Debridements (...)	Über Kor
Scharoun	Zertifizierungen im Gesundheitswesen	Der Expertenstandard (...) Einblick in die Literaturstudie (S. 28)			Der Expertenstan vertiefende Einblic
Gruppen-raum 3					
Gruppen-raum 4	Diversity in der Pflege alter Menschen (S. 27)				Organspe
RAUM	09.00 Uhr	10.00 Uhr	11.00 Uhr	12.00 Uhr	13.00 Uhr

Grundlagenforschung	Ethik	Satelliten	Fremdsein	Qualität
Praxis meets Wissenschaft	Berufspolitik	Therapie	Wundmanagement	

13.00 Uhr	14.00 Uhr	15.00 Uhr	16.00 Uhr	17.00 Uhr	18.00 Uhr
derne sorgung (...)	Was will ich, was soll ich, was darf ich? (...)		Ernährung und Wunde		
		Ödem und chronische Wunde (S.23)			Ab 18.15 Uhr Verleihung Dtsch. Wundpreis
ung: ch (...) (S. 20)		Problemwunden in der Viszeralchirurgie		Ulcus cruris: Wenn Kompression allein nicht ..	
Symposium (S. 32)		WS: Publizieren (S.22)	Postersession 2 (S.37)		
lichkeit" - die ne (...)		Wundlabor 2018 - von der Zelle bis zur Therapie (...) (S. 23)		Tatort Wunde: Im Sumpf ertrunken?	
	Ein Silber-Alginat aus der Tube (...)	Gesundheitsverhalten und (...) (S. 29)		Freie Vorträge 4	
nd (S.21)	Sicherheit und Vertrauen (...)		Auf den Ton kommt es an		
Mission Wundverschluss (...) (S. 34)			Innovation beim Diabetischen Fußsyndrom (...)		
as erkennen (S. 21)			Erfolgreiches Navigieren (...) (S. 36)		
	Mangelernährung bei chronischen Wundpatienten (...) (S. 34)		Dekubitusprophylaxe - dos and dont's (...) (S. 24)		
erleitung und mmunikation (S. 22)		Neue Behandlungsansätze	WS: PolyMem and Friends (Wdh.)		
dard (...) ke (S. 28)	Individuelle Lokaltherapie mit (...) (S. 35)		Die Gestaltung der Ausbildung (...) (S. 30)		
			Bewegt entspannen (...)		
ende im interkulturellen Kontext		Beziehungsqualität als (...)	From novice to expert (...) (S 30)		
13.00 Uhr	14.00 Uhr	15.00 Uhr	16.00 Uhr	17.00 Uhr	18.00 Uhr



Alle Seiten der Hygiene finden Sie im mhp-Shop

Fachbücher print + digital: fundiert, vielseitig, zielgruppengerecht
Unser Stand: Halle 4, R5



Kompakter Leitfaden für eine rationale Verordnung von Antiinfektiva in Klinik und Praxis.
 € 24,90 im Kitteltaschenformat
 Auch als eBook erhältlich.
Oktober 2017



Das umfassende Standardwerk für Alltagsfragen sowie Konzeptentwicklung und Schulungen aller Aspekte der Händehygiene. € 79,80 inkl. Aktualisierungsservice
Januar 2018



Lieferbar ab Mai 2018:
 Vollständig überarbeitete Neuauflage der bewährten Referenz für zu den wichtigsten Infektionskrankheiten inkl. Aktualisierungsservice, € 59,80
NEU Mai 2018

Bestseller und Klassiker, laufend aktualisiert



Bücher/Broschüren/Schriftenreihen print+digital: Kontakt für Autoren: ilschner@mhp-verlag.de

HALLENPLÄNE



DE WU

CONGRESS CENTRUM

Ebene 1

ÜBERGANG

Halle 4



Bürgerweide

HALLE 4.0

Ebene 0



Ausstellerverzeichnis

123

- **3M Medica Deutschland GmbH** | CCB · Stand C7

A

- **KCI Medizinprodukte GmbH, ein Unternehmen der Acelity** | Halle 4 · Stand Q5
- **ACTO GmbH** | Halle 4 · Stand R1
- **ADIUTO MED GMBH** | CCB · Stand G3
- **Adlatus GmbH** | Halle 4 · Stand O4
- **ADTEC Healthcare** | Halle 4 · Stand R2
- **Advanced medical Balloons GmbH** | CCB · Stand H3
- **Advancis Medical Deutschland GmbH** | CCB · Stand G2
- **ADVERTUS GmbH & Co. KG** | Halle 4 · Stand O4
- **Akademie für Wundversorgung, Schröder Kommunikation** | Übergang · Stand M4
- **Akestes GmbH** | Übergang · Stand M9
- **akut ... Medizinische Personallogistik GmbH** | Halle 4 · Foyer 5
- **Andover Healthcare, Inc.** | Halle 4 · Stand R9
- **Antiseptica Dr. Hans-Joachim Molitor GmbH** | CCB Stand B2
- **Ärzte ohne Grenzen e.V.** | Halle 4 · Foyer 1
- **Aqua free GmbH** | CCB · Stand B5
- **Arion Deutschland GmbH** | Halle 4 · Stand N10

B

- **B. Braun Melsungen AG** | CCB · Stand H5
- **Bamboo Health Care GmbH** | Halle 4 · Stand S5
- **Bauerfeind AG** | Halle 4 · Stand O5
- **Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD) e.V.** | Halle 4 · Foyer 3
- **Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)** | Halle 4 · Stand O8
- **Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft GmbH** | Halle 4 · Stand T6
- **BioMonde GmbH** | CCB · Stand B6
- **Bodymed AG** | Halle 4 · Stand R12
- **BrainLight GmbH** | Halle 4 · Stand O18
- **BSN medical GmbH** | CCB · Stand C2

C

- **CaptnClown** | CCB · Stand D4
- **Casada Deutschland GmbH** | Halle 4 · Stand O7
- **Cinogy GmbH** | CCB · Stand H9

- **Coloplast GmbH** | CCB · Stand C5
- **ConvaTec GmbH Germany** | CCB · Stand E5
- **Crawford Healthcare** | Halle 4 · Stand R16
- **curea medical GmbH** | CCB · Stand K1

D

- **Dansac GmbH** | Übergang · Stand M11
- **DBfK Nordwest e.V. - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe** | Halle 4 · Stand R4
- **DESOMED - Dr. Trippen GmbH** | Halle 4 · Stand O14
- **Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation gGmbH** | Halle 4 · Stand N3

E

- **Eakin GmbH** | CCB · Stand A1
- **Engelhard Arzneimittel GmbH & Co. KG** | Halle 4 · Stand R15

F

- **FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.** | Halle 4 · S1
- **Flen Health GmbH** | Übergang · Stand M7
- **Fresenius Kabi Deutschland GmbH** | CCB · Stand C7
- **Frohberg Klinik Wissen Managen** | Übergang · Stand M1

G

- **G&S Verlag GbR** | Übergang · Stand M2
- **Georg Thieme Verlag** | Halle 4 · Foyer 4
- **GHD GesundHeits GmbH Deutschland** | Halle 4 · Stand P4

H

- **Heltschl GmbH Lasertherapiesysteme** | Halle 4 · Stand S7
- **HiPP GmbH & Co. Vertrieb KG** | CCB · Stand J7
- **Hollister Incorporated** | Übergang · Stand M8

I

- **I.S.T. Intensiv-Service-Team GmbH** | Halle 4 · Stand N7
- **i3 Membrane GmbH** | CCB · Stand B1
- **Initiative Chronische Wunden e.V. (ICW e.V.)** | Halle 4 · Stand Q2
- **INVITALIS GmbH** | Halle 4 · Stand O17

J

- **Jalomed GmbH** | Übergang · Stand M3
- **John Dee Beauty & Care Instruments** | Halle 4 · Stand N8
- **Juzo Julius Zorn GmbH** | Halle 4 · Stand N2

K

- **Keller Medical GmbH** | CCB · Stand J8
- **Klinik Lilienthal GmbH** | Halle 4 · Stand R18

L

- **Lamed GmbH** | CCB · Stand A5
- **LIGAMED® medical Produkte GmbH** | CCB · Stand F2
- **Lohmann & Rauscher** | CCB · Stand C1
- **Lysoform Dr. Hans Rosemann GmbH** | CCB · Stand B2

M

- **MED TRUST GmbH** | Halle 4 · Stand S2
- **medaxis AG** | Halle 4 · Stand S9
- **Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG** | Halle 4 · Stand P1
- **medi GmbH & Co. KG** | Halle 4 · Stand Q1
- **medichema** | Halle 4 · Stand S5
- **Medico-LAB GmbH Diabetes Care** | Halle 4 · Stand O9
- **medika Medizintechnik GmbH** | Halle 4 · Stand R6
- **Mediset GmbH** | CCB · Stand D3
- **Medizintechnik Rostock GmbH** | Halle 4 · Stand N4
- **mhp Verlag GmbH** | Halle 4 · Stand R5
- **Mölnlycke Health Care GmbH** | CCB · Stand G4

N

- **neoplas tools - Medical Plasma** | Halle 4 · Stand R13
- **NODITS GmbH** | Halle 4 · Stand O19
- **Notfall-Hypnose GbR** | Halle 4 · Stand T1

O

- **OPED GmbH** | Halle 4 · Stand R17
- **opta data Gruppe** | Halle 4 · Stand Q4
- **OxyCare GmbH Sauerstoff- u. Beatmungstechnik** | Halle 4 · Stand T2

P

- **PAUL HARTMANN AG** | CCB · Stand D1
- **Petermann GmbH, Hilfsmittel für immobile Menschen** | Halle 4 · Stand O6
- **Pflegebekleidung.de (Endel GmbH)** | Halle 4 · Stand R19

- **Pflege Connection (Gesundheitswirtschaft Nordwest e.V.)** | Halle 4 · Foyer 2
- **PHAMETRA - Pharma und Medica-Trading GmbH** | Halle 4 · Stand R14
- **Principelle Deutschland UG** | CCB · Stand D6
- **Provita Mühlen-Verlag** | Halle 4 · Stand A8

R

- **REGEN LAB** | Halle 4 · Stand O3
- **rekonmed** | CCB · Stand B2
- **ROGG Verbandstoffe GmbH & Co. KG** | Halle 4 · Stand S6
- **Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen gGmbH** | Halle 4 · Stand O10

S

- **SanaFactor GmbH** | CCB · Stand E6
- **Sanotape** | Halle 4 · Stand T5
- **Sanyleg GmbH** | Halle 4 · Stand O20
- **SCHÜLKE & MAYR GMBH** | CCB · Stand H7
- **SERAG-WIESSNER GmbH & Co. KG** | CCB · Stand H4
- **Smith & Nephew GmbH** | CCB · Stand G1
- **Söring GmbH** | Halle 4 · Stand R7
- **Springer Medizin Verlag GmbH** | Übergang · Stand M10
- **suprima GmbH** | Halle 4 · Stand S8

T

- **Thomas Hilfen für Körperbehinderte GmbH & Co. Medico KG** | Halle 4 · Stand Q3
- **TÜV Rheinland Akademie GmbH** | Halle 4 · Stand S4

U

- **Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf** | Halle 4 · Stand O15
- **URGO GmbH** | CCB · Stand A7

V

- **Versandbuchhandlung Stefan Schuldt** | CCB · Stand K4
- **VHD - Vereinigung der Hygiene-Fachkräfte der BRD e. V.** | Übergang · Stand M6

W

- **wissner-bosserhoff** | Halle 4 · Stand R3
- **WOULGAN** | Halle 4 · Stand R10
- **Woundworks Deutschland GmbH** | CCB · Stand B4
- **Wulff Med Tec GmbH** | Halle 4 · Stand O13
- **Wundzentrum Hamburg e.V.** | Übergang · Stand M5
- **WZ - Wundzentren GmbH** | Halle 4 · Stand R11

Y

- **Ypsomed** | Halle 4 · Stand N5

Online-Portal
OPEN ACCESS seit 1.1.2018

VAH LISTE

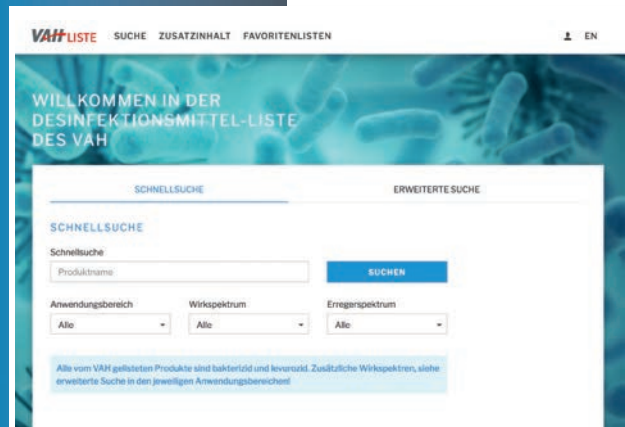
Desinfektionsmittel aus der VAH-Liste:
Einfach. Sicher sein.



1 PRINT: Broschüre für das bequeme
Nachschauen in Produkt- und
Firmenverzeichnis
39,80 EUR

2 OFFLINE-Nutzung: Das eBook (PDF)
für den schnellen Zugriff unterwegs
39,80 EUR

3 ONLINE-Nutzung: Das Portal für Profis
mit zahlreichen Such- und Filteroptionen
für Detailabfragen, auf allen mobilen
Endgeräten nutzbar
Open Access seit 1.1.2018



mhp

Für Sie gemacht:
Die VAH-Liste in 3 Formaten!



Mehr Infos unter <https://www.mhp-verlag.de/vah-liste/>

mhp Verlag GmbH
Kreuzberger Ring 46
65205 Wiesbaden
Tel.: 0611 50593 31
E-Mail: vertrieb@mhp-verlag.de
www.mhp-verlag.de

Messen · Kongresse · Symposien 2018/2019

Datum	Ort	Veranstaltung
20.06.2018	Neu-Ulm	7. Ulmer Wundkongress http://www.haeussler-ulm.de/aktuelles/veranstaltungen/
14.-15.09.2018	Salzburg	18. Jahrestagung der AWA „Wund“erland http://ifc.co.at/awa18/AWA-2018.pdf
15.09.2018	Marktoberdorf	15. Wundforum Marktoberdorf http://wundnetz-allgaeu.info/
19.-20.09.2018	Biel (CH)	2. Gemeins. Kongress d. Schweizerischen Gesellschaften f. Wundbehandlung http://www.safw.ch und http://www.safw-romande.ch
26.-29.09.2018	Düsseldorf	REHACARE International https://www.rehacare.de/
26.-29.09.2018	Bielefeld	60. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie https://phlebologie-2018.de/
05.-06.10.2018	Kassel	24. FUSS - Fachkongress mit Fachausstellung https://www.fuss2018.de
23.-24.11.2018	Regensburg	9. Kongress WundDACHH-EE E-Mail: Thomas.Bonkowski@klinik.uni-regensburg.de
29.11.2018	Köln	Interdisziplinärer WundCongress 2018 http://www.wundcongress.de
06.-08.12.2018	Nürnberg	1. Nürnberger Wundkongress http://www.nuernberger-wundkongress.de/
22.-29.02.2019	Bremen	Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege http://www.intensivmed.de
08.-10.05.2019	Bremen	DEWU Deutscher Wundkongress & Bremer Pflegekongress 2019 www.deutscher-wundkongress.de ; www.bremer-pflegekongress.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 11:00-12:30 UHR · BORGWARD

„WUNDupdate 2018“

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden bedarf einer interdisziplinären Zusammenarbeit und viel Enthusiasmus. Das Erkennen der Nöte des einzelnen Patienten und seiner Versorgungsprobleme und die Führung des Patienten spielen für alle, die direkt am Patienten arbeiten, eine große Rolle.

Neben diesen menschlichen Aspekten steht heute die Frage nach der Evidenz unseres Handelns immer mehr im Vordergrund. Auch wenn es für die wenigsten Maßnahmen bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden eine erkennbare Evidenz gibt, ist die Suche nach der Evidenz ein von Kostenträgern, Fachgesellschaften und eigenem Erkenntnisgewinn getriebenes Ziel. Doch wer hat die Zeit und die Möglichkeit, die sich ständig erweiternde internationale Literatur regelmäßig zu lesen und zur Kenntnis zu nehmen.

Daher wird in diesem Jahr zum ersten Mal in Bremen eine Sitzung „Wund-Update“ mit Unterstützung der Zeitschrift WUNDmanagement stattfinden. In dieser Sitzung werden die wichtigsten Forschungsentwicklungen und Studien des letzten Jahres zu chronischen Wunden vorgestellt. Gestartet wird mit folgenden Themen:

- Update Diabetisches Fußsyndrom und pAVK (Prof. Dr. Knut Kröger, Krefeld)
- Update Ulcus cruris (Prof. Joachim Dissemund, Essen)
- Update Dekubitusprophylaxe (PD Dr. rer. Cur. Jan Kottner, Berlin)

Prof. Dr. med. Knut Kröger

Klinik für Gefäßmedizin

- Angiologie -

HELIOS Klinikum Krefeld GmbH

Lutherplatz 40 - 47805 Krefeld

E-Mail: knut.kroeger@helios-kliniken.de

Wissenschaftliche Sitzungen

DONNERSTAG · 17.05.18 · 09:00-10:30 UHR · KAISEN

Fischhaut in der Wundbehandlung

Grundlagen und fallbasierte Anwendungen verschiedener Zentren

Extrazelluläre Matrixen (ECM) gelten als 3. Generation von Wundauflagen. Die verfügbaren Matrizen sind überwiegend porcinen und bovinen Ursprungs (intestinale Submucosa) oder aus Amnion. Sie fungieren als Matrix zur Zellproliferation und Zellmigration durch enthaltene Zytokine und Wachstumsfaktoren, welche die Zellproliferation und die Angiogenese begünstigt. Gleichzeitig wird die Inflammation ebenso wie Matrixmetalloproteinasen (MMP) reguliert. Peptide der extrazellulären Matrix zeigen in vitro ein reduziertes Bakterienwachstum. Eine dezellularisierte Matrix aus Fischhaut [Nord Atlantik Dorsch, *gadus morhua*] wird in jüngster Zeit zur Behandlung chronischer, nicht heilender Wunden verwendet. Die Besonderheit liegt zum einen in der Ähnlichkeit zum Aufbau der menschlichen Haut. Zum anderen können durch ein besonders schonendes Aufbereitungsverfahren Kollagen-I-Proteine und ein hoher Gehalt an Omega 3 Fettsäuren erhalten werden. Diese führen experimentell zu einer immunmodulierenden Wirkung. Aufgrund der differierenden großporigen Struktur der Fischhaut können Stammzellen in die Matrix einwandern und führen in vitro zur vermehrten Proliferation. Dies gilt u. a. als Initiator einer Wundheilung.

Nach einer Einführung zum Thema zur Wirkungsweise wird in mehreren klinischen Fallbeispielen die Anwendung der extrazellulären marinen Matrix demonstriert. Erfahrene Therapeuten aus drei unterschiedlichen Zentren berichten über die Anwendung bei unterschiedlichsten Wundentitäten.

Die marine Omega-3-Wund-Matrix zur Behandlung komplizierter Wunden – ein multizentrischer Erfahrungsbericht

Einleitung

Die Omega-3-Wund-Matrix (Kerecis®) stellt eine innovative Wundaufgabe dar, die aus der Haut des Kabeljau gewonnen wird und seit kurzem in Deutschland verfügbar ist. Wir berichten über die Behandlungserfahrungen mit dem Einsatz von Kerecis® bei selektierten Wundpatienten aus drei gefäßchirurgischen Zentren.

Methoden

In einem multizentrischen Erfahrungsbericht haben wir die Ergebnisse von insgesamt 23 Patienten mit 25 vaskulären und diabetes- bzw. vaskulitisassoziierten Problemwunden zusammengestellt. Bei mehreren Patienten war zuvor eine konventionelle Wundbehandlung mit Vakuumtherapie teils über mehrere Wochen ohne durchgreifenden Erfolg durchgeführt worden. Die Erstapplikation der Omega-3-Wund-Matrix erfolgte im OP unter stationären Bedingungen, danach wurden die Patienten nach Möglichkeit einmal wöchentlich ambulant versorgt.

Ergebnisse

Insgesamt behandelten wir 25 Problemwunden sowohl nach Amputationen als auch bei primärer Wunde (Oberschenkel n = 2, Unterschenkel n = 7, Fuß n = 14, Hand n = 2). Die Abheilungszeiten variierten von 9 bis 41 Wochen, die Anzahl der pro Wunde verwendeten Omega-3-Wund-Matrizes von 3 bis 26. Zusätzlich war im Rahmen der Behandlung mit Kerecis® eine Verminderung der lokalen Wundschmerzen zu verzeichnen.

Diskussion

Die Behandlung mit der innovativen marinen Omega-3-fettsäurehaltigen Wund-Matrix stellt in dieser Untersuchung einen wirksamen Ansatz in der Behandlung von 25 Problemwunden dar. Weitere Untersuchungen sind notwendig, um die Granulations- und Reepithelialisierungsfunktion sowie die zusätzlich vorhandene analgetische bzw. antinozizeptive Wirkung dieses Präparates genauer zu evaluieren.

Prof. Dr. Bernhard Dorweiler

Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz,
E-Mail: bernhard.dorweiler@unimedizin-mainz.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 09:15-10:45 UHR · RAUM 4B

Arzneimittel in der Wundheilung: Risiken und Nebenwirkungen

Die Wundheilung wird von inneren und äußeren Bedingungen beeinflusst. Meist konzentriert sich der Behandelnde auf die Vermeidung schädlicher Faktoren und auf die Verbesserung der Durchblutung. Diese Sitzung soll Möglichkeiten aufzeigen, wie Mikro- und Makronährstoffe – lokal oder oral appliziert – die Wundheilung verbessern können. Andererseits ist es auch denkbar, dass in bester Absicht oder notwendigerweise eingenommene Medikamente die Wundheilung negativ beeinflussen. Hier bedarf es des Aufzeigens von Zusammenhängen. Dass Antiseptika die Bakterienlast einer Wunde effektiv senken, ist unumstritten. Beim Biofilm auf einer chronischen Wunde lässt sich dies Aussage allerdings nicht uneingeschränkt halten.

Arzneimittel aus der Natur: Spurenelemente, Ringelblume & Co. Wie helfen sie in der Wundheilung?

Einleitung

Der griechische Arzt Hippokrates postulierte bereits in der Antike: „Eure Nahrungsmittel sollen eure Heilmittel sein und eure Heilmittel sollen eure Nahrungsmittel sein.“ Trotz Fortschritte in der modernen Medizin ist die Inzidenz chronischer Wunden steigend. Pflanzliche Arzneimittel werden bei der Behandlung akuter und chronischer Wunden vermehrt eingesetzt.

Methode

Die dosisabhängige Wirkung der Pflanzen *Potentilla erecta* (Blutwurz), *Trifolium pratense* (Rotklee), *Vitex agnus castus* (Mönchspfeffer) und des Medizinalpilzes *Agaricus blazei murill* (ABM) auf Wundheilungsprozesse wurden in vitro untersucht. Monolayer aus Keratinozyten, Fibroblasten und Endothelzellen wurden mit den Extrakten inkubiert und die Stoffwechselaktivität gemessen. Zusätzlich wurde das Migrationsverhalten in einem Scratch Assay analysiert.

Ergebnisse

Die untersuchten Substanzen hatten sowohl Einfluss auf die metabolische Aktivität als auch auf das Migrationsverhalten der Zellen. ABM wirkte sich in niedrigen Konzentrationen auf alle Zelllinien und förderlich aus. Hohe Dosierungen inhibierten diese Prozesse. Mönchspfeffer und Rotklee wiesen ebenfalls einen stimulierenden Effekt auf, wobei eine längere Expositionszeit eine intensivere Wirkung hatte. Beide Pflanzen förderten die Migration der Zellen. Blutwurz inhibierte zwar den Stoffwechsel, hatte in geringer Dosierung aber einen stimulierenden Einfluss auf Zellwanderung. Endothelzellen wiesen die geringste Sensibilität auf.

Diskussion

Die ausgewählten Phytopharmaka stimulierten tendenziell die metabolische Aktivität und, mit Ausnahme des Blutwurz-Extraktes, das Migrationsverhalten. Die Art und Intensität der Reaktionen waren zelltyp-, zeit- und dosisabhängig. Dies ist besonders wichtig für die Erstellung von Therapiekonzepten. Perspektivisch soll der Einfluss der Substanzen auf zellphysiologische Prozesse im Detail analysiert werden.

Dr. Manuela Besser

Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit/Humanmedizin
Stockumer Straße 10, 58453 Witten
E-Mail: Manuela.Besser@uni-wh.de

Haben Antihypertensiva oder Antidiabetika einen (negativen) Einfluss auf die Wundheilung?

Einleitung

Durch steigende Prävalenz sog. „life style disease“, wie Diabetes, Adipositas oder Hypertonie, nimmt auch die Zahl der durch assoziierte Gefäß- und Nervenschädigung resultierenden Wundheilungsstörungen, die häufig zu chronischen Wunden führen, zu. Während für Medikamente wie Cortison oder NSARs eine negative Wirkung auf die Wundheilung postuliert wird, ist die Wirkung von Antihypertensiva (AH) und Antidiabetika (AD) auf Wunden weitgehend unbekannt.

Methoden

Eine systematischen Literaturrecherche zum Thema „Wundheilung + AH“ bzw. „Wundheilung + AD“ wurde durchgeführt. Auf deren Basis erfolgt die Analyse der Wirkung der meistverordneten 5 AH und 5 AD auf humane Hautzellen im 3D-Wundmodell nach Zugabe des Sekrets chronischer Wunden.

Ergebnisse

Zur Wirkung von AH und AD auf die Wundheilung existieren nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen. Bei den AH verbessern Kalziumkanalblocker (Amlodipin) die Zugfestigkeit, nicht aber die Epithelialisierung der Haut. Beta-Blocker (Metoprolol) wirken durch Keratinozytenaktivierung eher positiv auf den Wundverschluss. ACE-Hemmer (Ramipril) beeinflussen das Zellwachstum und die Zellmigration negativ. Sie greift hemmend in die Kollagenbiosynthese ein. Unter den AD bewirken Biguanide (Metformin) eine qualitative und quantitative Verschlechterung der Wundheilung in vivo und in vitro. Demgegenüber haben Dipeptidylpeptidase-Inhibitoren (Sitagliptin) einen positiven Effekt auf die Wunde und ihre Durchblutung. Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid) scheinen sich weder positiv noch negativ auf die Wundheilung auszuwirken.

Diskussion

Viele Patienten mit chronischen Wunden leiden auch unter Hypertonie und/oder Diabetes. Umso verwunderlicher ist es, dass „Nebenwirkungen“ der medikamentösen Therapie auf die Wundheilung so wenig im medizinischen und wissenschaftlichen Fokus sind. Antidiabetika beeinflussen die Wundheilung eher negativ, wobei hier, wie auch bei den Antihypertensiva, zwischen den Substanzklassen deutliche Unterschiede bestehen. Weitere Analysen sind deshalb erforderlich.

Prof. Dr. Ewa Klara Stürmer

Universität Witte/Herdecke
Translationale Wundforschung
Stockumer Straße 10, 58453 Witten
E-Mail: ewa.stuermer@uni-wh.de

Nils Terberger

Universität Witte/Herdecke
Translationale Wundforschung
Stockumer Straße 10, 58453 Witten
E-Mail: nils.terberger@uni-wh.de

Management des Biofilms: Antimikrobielle Substanzen und mehr

Einleitung

Die Wundtherapie, insbesondere chronischer, nicht-heilender und infizierter Wunden ist komplex. Jährlich werden 2,7 Millionen Menschen in Deutschland mit einer Wunde diagnostiziert. Knapp 1/3 (ca. 900.000) dieser Wunden müssen länger als Wochen therapiert werden und sind somit als chronisch anzusehen. Laut aktueller Studienlage sind dabei 78% aller nicht heilenden Wunden mit einem Biofilm belegt.

Methode

Es existieren verschiedenste antiseptische Substanzen und Methoden, die zur Bekämpfung bakterieller Besiedlung und bestehender Biofilme angewandt werden, sowie ihrer Vermeidung dienen. Neben der mechanischen Reinigung durch chirurgisches Debridement oder Wundauflagen sind die Substanzen Polyhexanid, Silber, Octenidin und PVP-Iod die gängigsten. Seit einigen Jahren finden auch immer mehr neue Methoden und Substanzen wie die NPWT, Kaltplasma oder hypochlorige Säuren Anwendung im klinischen Alltag.

Ergebnisse

Ein Biofilm besteht aus in einer schleimartigen Matrix eingebetteten Mikroorganismen, die sich so besser vor antimikrobiellen Stoffen schützen können, was ihre Eradikation erschwert. Es wurde gezeigt, dass Biofilme in Wunden die Heilungstendenz negativ beeinflussen, so dass die Detektion und Bekämpfung von Biofilmen einen wichtigen Bestandteil der Wundtherapie darstellt. Die aktuelle Studienlage wirft jedoch gerade in Bezug auf therapeutische Ansätze weiterhin Fragen bezüglich der Wirksamkeit der bekannten Substanzen gegen Biofilme, der Resistenzlage gegen Antibiotika aber auch gegen Antiseptika, sowie der Notwendigkeit der Eradikation aller Formen von Biofilmen auf.

Diskussion

Wie man Biofilm überhaupt erkennt, seine Detektion, seine Bedeutung, seine Tücken, die diversen Therapieoptionen und ihre jeweiligen Tücken sind Gegenstand des Vortrags. Diese Themen werden sowohl in Bezug auf den klinischen Alltag, als auch im Licht aktueller in-vitro und in-vivo Forschungsergebnisse dargestellt und diskutiert.

Julian-Dario Rembe

Universität Witten/Herdecke
Stockumer Straße 10, 58453 Witten
E-Mail: julian-dario.rembe@uni-wh.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 10:30-11:15 UHR · LONDON

Awarenesskampagne chronische Wunden der DGG

Einleitung

In Deutschland leben mind. 800.000 Menschen mit chronischen Wunden, der überwiegende Teil dieser hat eine vaskuläre Genese und benötigt daher sowohl eine gefäßmedizinische Diagnostik als auch in vielen Fällen eine gefäßchirurgische Kausaltherapie, beispielsweise eine stadiengerechte Varizenchirurgie oder eine Revaskularisation.

Diese große Gruppe von Patienten wird häufig erst verzögert gefäßchirurgisch vorgestellt, was einer der Hauptgründe für eine verzögerte Wundheilung und auch für erhebliche Behandlungskosten bei fehlender Kausaltherapie darstellt.

Ausschließlich die Gefäßchirurgie verfügt sowohl über die diagnostischen (Doppler, Ultraschall, FKDS, LRR, VVP, Angiographie etc.), als auch therapeutischen Maßnahmen (Phlebochirurgie, Fasziotomie, Meshgraft Tx, interventionelle und operative Revascularisationsverfahren, stadiengerechte Wundtherapie) aus einer Hand, so dass die Gefäßchirurgie der prädestinierte Ansprechpartner für Patienten mit chronischen Wunden sein muss.

Diese Kompetenz und der berechtigte Anspruch frühzeitig in die Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden einbezogen zu werden soll in einer entsprechenden öffentlichkeitswirksamen Kampagne dargestellt werden.

Ausgangssituation:

In Deutschland leben nach jüngeren Schätzungen ca. 800.000 Menschen mit chronischen, d.h. über einen Zeitraum von mehreren Wochen unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenz zeigenden Wunden (BEK GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014). Ältere Schätzungen gehen von bis zu vier Millionen Betroffenen aus (Quelle: Expertenstandard chronische Wunden). In der überwiegenden Zahl chronischer Wunden liegt ursächlich eine Erkrankung oder zumindest Mitbeteiligung des arteriellen (periphere arterielle Verschlusskrankheit, diabetisches Fußsyndrom), venösen (Ulcus cruris venosum) und/oder lymphatischen Gefäßsystems zugrunde. Ein relevanter Anteil dieser Patienten bedarf einer stationären Kausaltherapie, z.B. eine stadiengerechte Varizenchirurgie oder eine arterielle Rekonstruktion mittels interventioneller oder operativer Verfahren, ggf. in Kombination mit einer plastischen Defektdeckung.

Von Ulcus cruris (offenes Bein), dem diabetischen Fußsyndrom und Decubitus (Druckulcera) sind vornehmlich ältere Menschen betroffen, so dass in Deutschland aufgrund der demographischen Entwicklung ein weiterer altersbedingter Anstieg der Inzidenz und Prävalenz erwartet werden muss. Hochgerechnet auf die deutsche Bevölkerung ist von mehr als 200.000 Neuerkrankungen innerhalb von vier Jahren oder ca. 50.000 neu erkrankten Personen allein am Ulcus cruris pro Jahr auszugehen (Quelle: Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014).

Für die Betroffenen und Angehörigen stellen chronische Wunden aufgrund von Schmerzen, Mobilitätseinschränkung, Geruchsbelästigung und Beeinträchtigung des sozialen Lebens eine erhebliche Belastung und Einschränkung der Lebensqualität dar.

Die mittleren direkten Kosten der Wundversorgung liegen für das Ulcus cruris zwischen 8.000 Euro und 10.000 Euro pro Patient und Jahr (Purwins et al., 2010; Augustin et al., 2012). Unter Annahme von Gesamtkosten im Mittel von 9.000 Euro und bei einer vorgefundenen Prävalenz von 0,26% (210.000 Personen) entstehen somit geschätzte Kosten im Schnitt von insgesamt zwei Milliarden Euro pro Jahr allein für die Behandlung des Ulcus cruris. Trotz der hohen Aufwendungen wird ein relevanter Anteil der Patienten nicht leitlinienkonform versorgt, so erhalten nur ca. 35% der Betroffenen eine notwendige Kompressionstherapie, ca. 20% der Patienten wird keine stadiengerechte hydroaktive Lokaltherapie verordnet.

Etwa 85% aller Amputationen an der unteren Extremität geht eine diabetesbedingte Fußläsion voraus (Rathur & Boulton, 2007). Bei rund 60% der durch ein DFS bedingten Amputationen liegt eine Infektionen des betroffenen Fußes, bei etwa 25% neurovegetativ-ischämische und bei dem Rest makroangiopathisch-ischämische Störungen zugrunde (Mutschler et al., 2008). 25% der gesamten Behandlungskosten des Diabetes mellitus gehen auf das DFS und seine Folgen zurück (Eckardt & Lobmann, 2005). Bei bis zu 70% der diabetesbedingten Fußläsionen liegt eine begleitende pAVK vor, die einen Prädiktor bzw. Risikofaktor für eine verzögerte Wundheilung und Amputationen darstellt (Malyar et al. 2016, Hinchliffe et al. 2016).

Patienten mit chronischen Wunden weisen einen hohen pflegerischen und medizinischen Versorgungsbedarf auf, die Behandlung verursacht jährlich erhebliche Kosten von mehreren Milliarden Euro. Insbesondere durch eine frühzeitige Abklärung des arteriellen und venösen Gefäßstatus und raschere leitlinienkonforme Kausaltherapie könnten die Behandlungskosten durch eine Verkürzung der Therapiedauer erheblich reduziert werden. Demzufolge kommt, bei in der überwiegenden Zahl chronischer Wunden zugrundeliegender Erkrankung des Gefäßsystems, der Gefäßchirurgie erhebliche Bedeutung in Diagnostik und Therapie zu.

„Ihre Wunde in unsere Hände“ soll aufmerksam machen, dass

- jede chronische Wunde frühzeitig, innerhalb von 4 Wochen gefäßmedizinisch auf das Vorliegen einer chronisch venösen Insuffizienz, einer arteriellen Verschlusskrankheit oder einer Gefäßentzündung abgeklärt werden muss,
- eine adäquate Behandlung der zugrundeliegenden Ursache, insbesondere einer pAVK, für den Therapieerfolg von entscheidender Bedeutung ist,
- die Gefäßchirurgie diejenige Fachdisziplin ist, die gleichzeitig über die notwendigen diagnostischen Möglichkeiten (Ultraschall, Venen-Verschluss-Phletismographie, LRR etc.), als auch therapeutischen interventionellen (PTA) und operativen Verfahren (Bypassoperationen, Varizenoperationen und -verödungen, Hauttransplantationen etc.) sowie Kompetenz in der Wundbehandlung aus einer Hand verfügt.

Dr. med. Thomas Karl

SLK-Kliniken Heilbronn GmbH
Klinikum Am Plattenwald, Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie
Am Plattenwald 1, 74177 Bad Friedrichshall
E-Mail: thomas.karl@slk-kliniken.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 11:15-12:45 UHR · RAUM 4B

Wunden bei Kindern - was ist anders?

Roter Po - und jetzt?

Einleitung

Irgendwann hat jeder Säugling einmal einen roten Po oder einen Hautausschlag im Windelbereich. Selbst die beste Windel vermag nicht, den Urin oder auch den Stuhlgang des Säuglings komplett zu binden. Kommt dann noch Reibung hinzu, dann führt dies zunächst zu einer Reizung der Haut. Zusätzlich können durch die geschädigte Epidermis Keime in die Haut eindringen. Sie verursachen dann eine oberflächliche Entzündung. Ebenfalls können sich auf der geschädigten Haut Pilze ansiedeln. Die Windeldermatitis ist die häufigste Hauterkrankung bei Säuglingen und Kleinkindern. Eine Windeldermatitis sollte frühzeitig behandelt werden. Bei älteren Kindern und im Erwachsenenalter bezeichnen wir diese Hauterkrankung als Inkontinenz assoziierte Dermatitis (IAD).

Methoden

Viele Mythen erlebt man noch in der Therapie der Windeldermatitis und der IAD. Das Baden in Kamille, die Anwen-

dung zinkhaltiger Pasten, das Austrocknen mit schwarzem Tee oder die lokale Anwendung von Antibiotika finden noch verbreitet Anwendung.

Ergebnisse

Es gibt zahlreiche Präventionsmaßnahmen, von der qualitativ hochwertigen Windel bis hin zu Barrierecremes und erprobte Behandlungsstrategien.

Diskussion

Was ist bei einer Windeldermatitis zu beachten und was bei einer IAD? Unterscheiden sich die Präventions- und Therapiemaßnahmen voneinander und welche Gemeinsamkeiten gibt es? Wie können wir zukünftig den noch immer vorhandenen Mythen mit konkreten Argumenten begegnen?

Norbert Kolbig

Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
E-Mail: kolbig@med.uni-duesseldorf.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 12:00-13:00 UHR · FRANZIUS

Freie Vorträge 3

Anwendung von Amnionmembran in der Wundversorgung und Verbrennungstherapie

Einleitung

Die Amnionmembran (AM) ist ein relativ einfach aufgebautes Gewebe, bestehend aus einem Epithel und einem Stroma, das sich leicht gewinnen und gut konservieren lässt. Immuntoleranz, Förderung der Epithelialisierung, antiinflammatorische, antiangiogenetische, antifibroblastische und antimikrobielle Eigenschaften zeichnen die AM aus. In der Ophthalmologie kommt die AM daher seit vielen Jahren zur Notversorgung des Auges zum Einsatz. Auch in der Wundversorgung und Verbrennungstherapie hat sie sich als besonders wirksam erwiesen. Bereits 1910 wurde von Davis die AM-Transplantation als Hautersatz beschrieben. Wenig später nutzten Sabella und Stern (1913) AM zur Versorgung von Verbrennungen. Seitdem hat sich die AMT in der Dermatologie fest etabliert. So findet AM zur Versorgung von chronischen Wunden Anwendung, die auf sonstige Behandlungen nicht oder nur schlecht ansprechen, z. B. chronischen Ulcera der Unterschenkel oder diabetischer Fuß. Auch im Rahmen von Verbrennungen ist der Einsatz der AM erprobt. Besonders bewährt hat sich die AM hier als temporärer Epidermisersatz zur Wundabdeckung bei der Therapie von zweitgradigen Verbrennungen, vor allem auch bei Kindern.

Methoden

Die AM wird im Rahmen einer geplanten Kaiserschnittgeburt mit Zustimmung der Spenderin nach umfassender Spenderhistorie und infektionsdiagnostischer Analyse ge-

wonnen. Sie wird unter Reinraumbedingungen aufbereitet und umfangreichen Qualitätskontrollen (u. a. mikrobiologische Untersuchungen) unterzogen.

Ergebnisse

Die kryokonservierte AM kann seit Juli 2017 als geprüftes Arzneimittel von der DGFG in verschiedenen Größen für die vorgenannten Anwendungsbereiche bezogen werden.

Diskussion

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Wirksamkeit der AM national und international anerkannt ist und in Fachkreisen außer Frage steht. Es liegen viele Berichte vor, deren Ergebnisse zeigen, dass der Einsatz von Amniongewebe mit einem abnehmenden Trend bei den Komplikationsraten im Vergleich zu historisch publizierten Normen sicher ist.

Dr. Nicola Hofmann

Deutsche Gesellschaft für Gewebe-
transplantation gGmbH (DGFG)
Feodor-Lynen-Straße 21, 30625 Hannover
E-Mail: nicola.hofmann@gewebenetzwerk.de

Kristin Becke

Gesellschaft für Gewebe-
transplantation gGmbH (DGFG)
Feodor-Lynen-Straße 21, 30625 Hannover
E-Mail: kristin.becke@gewebenetzwerk.de

Entwicklung eines evidenzbasierten Hautpflegekonzeptes in der Strahlentherapie unter Einbeziehung der Ergebnisse einer Literaturrecherche

Einleitung

Während und nach perkutaner Strahlentherapie entwickelt sich in Abhängigkeit der Strahlenqualität (Photonen und Elektronen), der Bestrahlungsdosis und der Energie der Strahlung sowie der bestrahlten Fläche eine akute Radiodermatitis nach CTCAE: I-V°. Ausgeprägte Radiodermatiden sind sehr schmerzhaft und das Risiko einer Superinfektion steigt. In einer Literaturrecherche sollte daher untersucht werden, inwieweit zur Erstellung prophylaktischer und therapeutischer Hautpflegekonzepte auf retrospektive und prospektive Studien rekuriert werden kann.

Methoden

Zum Stichtag 15.02.2017 wurde in PubMed unter den keywords radiodermatitis, radiotherapy skin toxicity, side effects radiotherapy, radiodermatitis treatment, radiodermatitis prophylaxis Literatur recherchiert. Die eingeschlossenen Artikel wurden zwischen 1979 und Februar 2017 publiziert. Von 222 Treffern erfüllten 58 Studien die Einschlusskriterien. Eingeschlossen wurden heutige Bestrahlungstechniken unter Verwendung hochenergetischer Photonen und Elektronen.

Ergebnisse

36 Studien untersuchten prophylaktische Maßnahmen, 20 Studien therapeutische Maßnahmen und in 2 Studien wur-

den beide kombiniert. Bestimmte Maßnahmen, wie z.B. Hautreinigung, Hautpflege, Schutz vor mechanischer Belastung reduzierten die Ausprägung der Radiodermatitis. Auf der Basis der Literaturdaten entwickelten die Autoren ein hausinternes Konzept zur Prophylaxe und Therapie der Radiodermatitis.

Diskussion

Die Datenlage zur Prophylaxe und Therapie der Radiodermatitis ist auf Grund der Vielzahl eingesetzter Substanzen schwer beurteilbar. Es existieren keine Phase-III-Studien, welche die untersuchten Substanzen gegen Placebo prospektiv randomisiert getestet haben. Prospektiv randomisierte Studien sind dringend hinsichtlich Prophylaxe und Therapie der Radiodermatitis notwendig. Von Beginn der radioonkologischen Therapie an sind Hautprophylaxe und ab einer Radiodermatitis II° nach CTCAE therapeutische Maßnahmen indiziert, um weitere Komplikationen zu vermeiden.

Claudia Schatz

Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München
Ismaninger Straße 22, 81675 München
E-Mail: claudia.schatz@mri.tum.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 12:30-14:00 UHR · RAUM 4C

INTERAKTIVE SITZUNG | PODIUMSDISKUSSION

Bremer Schlagabtausch - Podiumsdiskussion mit TED-Abstimmung

Moderation: Katharina Herberger, Holger Diener, Christian Münter

Podiumsgäste

u.a. Matthias Augustin, Hamburg, Martin Storck, Karlsruhe, Michael Wüstefeld, Köln, Werner Sellmer, Ulrich Katz, Berlin

Es werden drei Themen zum Stellenwert der modernen Wundversorgung unter Berücksichtigung der aktuellen politischen Diskussion zum Heil- und Hilfsmittelversorgungs-gesetz (HHVG) von den Moderatoren vorgegeben. Nach einer kurzen Einführung zum Thema haben die Experten Gelegenheit, nach direkter Aufforderung zu aktuellen Themen der Wundversorgung eine persönliche Stellungnahme, aber

auch Prognosen zur Zukunft moderner Wundversorgung und deren Verordnungsmöglichkeiten abzugeben. Dabei ist die Redezeit der Experten limitiert und für alle Podiumsteilnehmer gleichgesetzt. Das Publikum hat durch TED-Fragen die Möglichkeit, aktiv an der Diskussion teilzunehmen und sowohl den Experten Feedback zu geben als auch das öffentliche Stimmungsbild und Meinungsverhalten darzulegen und somit Einfluss auf die Diskussion zu nehmen.

DONNERSTAG · 17.05.18 · 12:45-13:45 UHR · FOCKE-WULF

Wunden und Antibiotika

Einleitung

Das sowohl postoperative Wunden wie auch chronische Wunden bakteriell mehr oder weniger besiedelt sind, ist bekannt. Noch immer wird relativ häufig versucht, vor allem chronische Wunden mit Antibiotika zu behandeln. Eingesetzt werden vor allem Clindamycin sowie Cephalosporine der Gruppe 1 und 2. Doch wie wahrscheinlich ist es, dass der Antibiotikaeinsatz den gewünschten Erfolg hat? Denn es gibt einige Hindernisse zu überwinden, bevor das Antibiotika-Molekül überhaupt die Zielzelle erreicht. Dies ist aber obligat, um einen Erfolg zu erreichen. Dazu kommen nicht unerhebliche Kollateralschäden in den verschiedenen Mikrobiomen des menschlichen Körpers. Die Indikation ist also streng zu stellen, Alternativen müssen erwogen werden.

Methoden

Die nachfolgenden Ergebnisse wurden auf Grund von Literaturrecherchen sowie strengen, plausiblen, nachvollziehbaren Ableitungen erhoben.

Ergebnisse

Die Gabe von Antibiotika ist bei chronifizierenden postoperativen Wunden und chronischen Wunden nur selten indiziert. Falls trotz der stets vorhandenen Mikrozirkulationsstörungen überhaupt ausreichende Spiegel aufgebaut werden können, sind die Bakterien schwer zu erreichen. Der fast regelhaft gebildete Biofilm erschwert den Zutritt, verbessert die Wirksamkeit von Resistenzmechanismen und kann schon alleine z. B. durch den pH-Wert Antibiotika inhibieren (z. B. Gentamicin). Indikationen sind also gegeben, wenn Bakterien auch außerhalb des eigentlichen Wundgrundes bekämpft werden müssen, bei Lymphadenitis, Erysipel und Phlegmone beispielsweise. Eine perioperative Prophylaxe kann bei ausgeprägtem Debridement und relativer Immunschwäche des Patienten indiziert sein. Im Einzelfall können auch prophylaktische Therapien sinnvoll sein.

Diskussion

Antibiotika werden in der Wundversorgung nach wie vor zu häufig und nicht indiziert eingesetzt. Im Sinne des Antibiotic Stewardships sollte stets der Einsatz von Antiseptika vorrangig erwogen werden.

PD Dr. Andreas Schwarzkopf

Institut Schwarzkopf GbR

Otto-von-Bamberg-Straße 10, 97717 Aura an der Saale

E-Mail: a.schwarzkopf@institutschwarzkopf.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 13:00-14:00 UHR · KAISEN

Dekubitus erkennen und richtig klassifizieren

Einleitung

Dekubitalulzera sind schwerwiegende Haut- und Gewebeschäden. Die korrekte Diagnose und Einteilung in verschiedene Grade/Kategorien gestaltet sich in der Praxis oft schwierig. Ziel dieses Workshops ist es, ein Vorgehen zu diskutieren, um Dekubitalulzera in der Praxis richtig zu diagnostizieren und zu klassifizieren.

Methoden

Die Initiative Chronische Wunden e. V. berief eine Expertengruppe ein, welche basierend auf der aktuellen Literatur und eigener Expertise praktische Empfehlungen für die Diagnostik und Klassifikation von Dekubitalulzera entwickelte.

Ergebnisse

Die Diagnose Dekubitus soll nur dann gestellt werden, wenn Haut- und/oder Gewebeschäden mit hoher Wahrscheinlichkeit infolge von länger andauerndem Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften entstanden sind. Es muss eine vollständige Anamnese durchgeführt werden, um Phasen von vorhergehender längerer Immobilität zu erfassen. Dekubitalulzera befinden sich in der Regel an typischen Prädispositionsstellen. Bei den Graden/Kategorien I und „vermutete tiefe Gewebeschädigung“ liegen Gewebeschäden unter (zunächst) intakter Haut vor. Die Diagnose ist jedoch unsicher und die Klassifikation soll erst im weiteren Verlauf vorgenommen werden. Der Grad/Kategorie II Dekubitus ist in der Regel eine Ausschlussdiagnose. Die Grade/Kategorien III und IV sind Dekubitalulzera im eigentlichen Sinn. Solange die Abgrenzung zwischen Grad/Kategorie III und IV nicht möglich ist, soll die niedrigere Kategorie kodiert werden.

Diskussion

Derzeit soll passend für das jeweilige Setting einheitlich eine relevante Klassifikation verwendet werden. Die am besten dem klinischen Bild entsprechende Diagnose kann dann gestellt werden. Dabei ist es unerheblich, welches Klassifikationssystem verwendet wird. Sobald die ICD-11 der WHO offiziell in Kraft getreten ist, soll diese schnellstmöglich national implementiert werden.

PD Dr. Jan Kottner

Charité-Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1

10117 Berlin

E-Mail: jan.kottner@charite.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 13:15-14:00 UHR · LONDON

Überleitung und Kommunikation

Pitfalls bei der Überleitung von Wundpatienten aus der lymphologischen Reha - was kann schiefgehen?

Einleitung

Im Rahmen einer stationären Rehamaßnahme an einer qualifizierten lymphologischen Fachklinik garantieren multimodale Behandlungskonzepte beste Therapieergebnisse für Lymphödempatienten mit chronischen Wunden. Durch die von den Kostenträgern festgelegte zeitliche Begrenzung der stationären Behandlung müssen die Patienten meist mit noch nicht komplett abgeheilten Wundverhältnissen entlassen werden.

Methoden

Die ambulanten Behandlungsbedingungen hingegen zeigen ein eingeschränkteres Behandlungsspektrum und einen begrenzten Zeitfaktor. An Hand eines therapeutischen Misserfolges wird kritisch die Überleitung von der lymphologischen Fachklinik in die heimatnahe Betreuung sowie fehlende Synergien im ambulanten Setting beleuchtet.

Ergebnisse

Hierbei werden Möglichkeiten zur Optimierung von Information, Kommunikation und Kooperation zwischen stationären und ambulanten Institutionen aufgeführt, wie auch notwendige Interaktionen der verschiedenen Akteure der ambulanten Nachbehandlung von Lymphödempatienten mit chronischer Wunde diskutiert.

nären und ambulanten Institutionen aufgeführt, wie auch notwendige Interaktionen der verschiedenen Akteure der ambulanten Nachbehandlung von Lymphödempatienten mit chronischer Wunde diskutiert.

Diskussion

Die Überleitung in die ambulante Weiterbehandlung von Lymphödem-Patienten mit chronischen Wunden muss sich qualitativ verbessern. Hierzu muss auch die fachliche Kenntnis lymphologischer Krankheitsbilder und ihrer Komplikationen im Rahmen der Kommunikation der an der Behandlung beteiligten Professionen verbessert werden. Auf nationaler Ebene wird deshalb auf die Notwendigkeit einer „Bildungsoffensive Lymphologie“ hingewiesen.

Dr. André Glod

Gesundheitszentrum Spaichingen
Robert-Koch-Straße 31, 78549 Spaichingen
E-Mail: a-glod@t-online.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 14:45-15:45 UHR · BERGEN

Keine Angst vor dem Publizieren

In allen Wissenschaftsdisziplinen ist es wichtig, Forschungsergebnisse zu veröffentlichen und zu diskutieren. Dies gilt somit auch für den Bereich der Wundbehandlung.

Das Seminar umfasst alle Schritte, die für die Erstellung einer wissenschaftlichen Arbeit notwendig sind, von der Idee bis zur Einreichung bei einer Zeitschrift. Häufig auftretende Fehler werden besprochen und Strategien zu deren Vermeidung vorgeschlagen. Es werden Tipps zur Auswahl der geeigneten Zeitschrift gegeben und die Schritte von der Einreichung bis zur fertigen Veröffentlichung erläutert. Weiterhin werden auch andere Arten von Beiträgen, wie z.B. Erfahrungsberichte, Reports oder Buchbesprechungen erläutert. Beispiele von „Hinweisen für den Autor“ einiger Zeitschriften und Zusammenfassungen wichtiger Punkte liegen als Kopien für die Teilnehmer bereit.

ten und Zusammenfassungen wichtiger Punkte liegen als Kopien für die Teilnehmer bereit.

Zusätzlich werden je nach Teilnehmerwunsch auch Hinweise zum Erstellen von wissenschaftlichen Postern Postern und Vorträgen mit dem Programm Powerpoint gegeben.

Dr. Barbara Springer, Dr. Karl-Christian Münter

mhp-Verlag GmbH
Kreuzberger Ring 46, 65205 Wiesbaden
Fon 0611 50593-31
Fax 0611 50593-79
E-Mail: info@mhp-verlag.de
www.mhp-verlag.de



DONNERSTAG · 17.05.18 · 15:00-16:30 UHR · BORGWARD

Wundlabor 2018 - von der Zelle bis zur Therapie: Grundlagenforschung, Evidenced Based Medicine, Studien, Innovationen

Hyperspektral-Imaging in der Diagnostik und Behandlungskontrolle chronischer Wunden

Einleitung

Obwohl mittlerweile verschiedenste Bildgebungsverfahren zur Diagnostik der Mikrozirkulation zur Verfügung stehen, konnte sich keines der Verfahren in der klinischen Routinediagnostik durchsetzen. Dies liegt in erster Linie an der fehlenden Referenzierbarkeit der erhobenen Perfusionsparameter sowie der mangelnden Darstellbarkeit größerer Wundflächen mit einfacher Auswertbarkeit und raschem Bildaufbau. Mit der Hyperspektraltechnologie erscheinen die Voraussetzungen gegeben, diese Probleme zu lösen und Aussagen zur Perfusion komplexer Wunden vor (Wunddokumentation) und vor allem unter nicht selten langwierigen Behandlungen (Therapiekontrolle) zu ermöglichen.

Methoden

Hyperspectral-Imaging (HSI) kombiniert digitales Imaging mit Spektroskopie in Bereichen zwischen 500–1000nm im sichtbaren bis zum Nah-Infrarotbereich. Auf der Basis der Spektralinformationen kalkuliert die Software über komplexe Algorithmen die distinkten mikrozirkulatorischen Parameter mit oberflächlicher und tiefer (bis 6mm) Hämoglobin-Sauerstoffsättigung sowie der Wasserverteilung (Ödem) im Gewebe. Patienten mit chronischen Wunden verschiedener Genese (CVI, pAVK, Sklerodermie) wurden mit der HSI-Technologie untersucht und die Daten auf klinische Plausibilität auch unter Behandlung überprüft.

Ergebnisse

Mittels Hyperspektraltechnologie konnten bei Sklerodermiepatienten an der betroffenen Hand neben Ödembildung minderperfundierte Hautareale als Bereiche mangelnder Sauerstoffsättigung diagnostiziert werden, die Wirkung therapeutischer Interventionen konnte lokalisiert und verlaufs-kontrolliert werden. Dies gelang ebenso bei Patienten mit chronischen Ulcuswunden bei pAVK und CVI.

Diskussion

Mittels der HSI-Technologie können in wenigen Sekunden über Bildgebung sowie parametrisch klinisch nutzbare Aussagen zur Sauerstoffversorgung wie Ödemverteilung in den verschiedenen Wundregionen auch im Therapieverlauf getroffen werden.

PD Dr. Georg Daeschlein

Hautklinik Universitätsmedizin Greifswald
Sauerbruchstrasse, 17475 Greifswald
E-Mail: georg.daeschlein@uni-greifswald.de

PhD Claudia Sicher

Hautklinik Universitätsmedizin Greifswald
Sauerbruchstrasse, 17475 Greifswald
E-Mail: csicher@uni-greifswald.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 15:15-16:45 UHR · RAUM 4B

Ödem und chronische Wunde

Einleitung

Die Korrelation zwischen Wunde und Ödemerkrankung findet man nicht nur beim Lymphödem. Posttraumatische und postoperative Wundheilungsstörungen sind sehr häufig von einem entzündlichen Ödem begleitet. Das Ulcus cruris venosum als Zeichen der Dekompensation der chronisch venösen Insuffizienz ist meist mit einem Phlebödem vergesellschaftet.

Methoden

Aufgezeigt wird die Bedeutung der Kompressionsbehandlung im Rahmen der Wundheilung. Für die angeführten Ödemerkrankungen sowie für die akute Phase der Entstauungsbehandlung und die Phase der Erhaltungstherapie stehen differenzierte Kompressionsmethoden zur Verfügung. Neben konventionellen Methoden der Kompressionsbehandlung werden auch Innovationen aufgeführt, die unter anderem die Wundversorgung unter der kompressiven Therapie vereinfachen.

Ergebnisse

Die Ödemreduktion ist eine der wichtigsten Bedingungen der Wundheilung. Entsprechend gebührt der konsequenten Kompressionstherapie, neben der Behandlung von Grunderkrankungen und einem phasengerechten Wundmanagement, die wichtigste Rolle zur Garantie einer langfristigen Wundheilung und Rezidivprophylaxe.

Diskussion

Könnten aufgezeigte innovative Kompressionssysteme die objektivierbare Qualität der Kompressionsbehandlung und das Zeitmanagement in der ambulanten Pflege optimieren? Fördern diese innovativen Kompressionssysteme die Autonomie von mobilen, berufstätigen Patienten in der Behandlung ihrer Ödemerkrankung und chronischen Wunde?

Dr. André Glod

Gesundheitszentrum Spaichingen, Robert-Koch-Straße 31,
78549 Spaichingen, E-Mail: a-glod@t-online.de

Ödemerkrankungen und Wundentstehung

Einleitung

Wundheilung erfordert eine intakte Gewebshomöostase. Ohne intaktes Lymphgefäßsystem ist eine Homöostase jedoch nicht möglich. Neben der Aufgabe der Lymphgefäße der Flüssigkeitsaufnahme aus dem Interstitium sind die Lymphgefäße entscheidend für den ungestörten Transport von Immunzellen zu den regionären Lymphknoten.

Wird ein manifestes Gewebsödem diagnostiziert, muss zwangsläufig eine Störung des Lymphdrainagesystems vorliegen. Ursachen eines interstitiellen Ödems sind allerdings unterschiedlich. Erkrankungen, die mit einer Störung der Lymphbildung bzw. des Lymphtransportes einhergehen, führen zu einem primären oder sekundären Lymphödem. Erkrankungen, die mehr Gewebswasser produzieren, führen zu einer Überlastung des Lymphsystems und damit zu einem lokalisierten oder ggf. auch generalisierten Ödem. Jedes lokalisierte Ödem kann jedoch zu Wundheilungsstörungen führen oder die Entstehung von Wunden fördern.

Für das Verstehen und erfolgreiche Behandeln venös bedingter Beinulzera ist die Kenntnis der Interrelation zwischen Venen und Lymphgefäßerkrankungen wichtig. Fortgeschrittene Phlebopathien, insbesondere das nicht behandelte PTS, führen dauerhaft zu massiven Schäden des Lymphsystems mit fatalen Folgen. Die häufigste Ursache für eine dynamische Insuffizienz des Lymphsystems ist die CVI in den Anfangsstadien. Durch venöse Druckerhöhung bis ins Kapillarbett kommt es zu einem massiven Anstieg der lymphpflichtigen Wasserlast, in späteren Stadien auch der Zell- und Eiweißlast.

Ergebnisse

Standard-Therapie des Lymphödems aber auch postoperativer und posttraumatischer Ödeme ist die KPE, d. h. die komplexe Physikalische Entstauungstherapie bestehend aus Hautpflege, manueller Lymphdrainage, Kompressionstherapie und Bewegungsübungen. KPE unterstützt nachweisbar die Funktion des Lymphgefäßsystems. Hierdurch reduziert sich der Flüssigkeitsgehalt im Gewebe und die für die Zell-Ernährung so wichtigen Diffusionsstrecken normalisieren sich, was für die Wundheilung unabdingbar ist.

Dr. Michael Oberlin

Földiklinik GmbH & Co. KG
Fachklinik für Lymphologie
Rößlehofweg 2-6, 79856 Hinterzarten
E-Mail: michael.oberlin@foeldiklinik.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 16:00-17:30 UHR · LLOYD

Dekubitusprophylaxe - do's und don'ts

Alles richtig gemacht - oder?

Haftungsmaßstab in der Wundversorgung

Einleitung

Dekubitus, diabetischer Fuß und Ulcus cruris sind oftmals chronische Wunden, die einer besonderen Wundversorgung durch Ärzte und Pflegenden bedürfen. Wegen des erhöhten Gefährdungspotenzials für den Patienten und der auf dieser Basis vorzunehmenden Risikoeinschätzung obliegt die Diagnose und die darauf beruhende Auswahl der Wundtherapiemaßnahmen dem ärztlichen Anordnungsgebot. Die Pflegekraft haftet hingegen für die sach- und fachgerechte Durchführung der Wundversorgung. Dazwischen steht der weitergebildete Dekubitusexperte. Darf dieser also die Auswahl von Wundtherapiemaßnahmen als eine entsprechend ausgebildete Pflegekraft vornehmen oder nicht?

Methoden

Unabhängig gilt: Die Einschätzung eines Dekubitusrisikos ist eigenverantwortliche Aufgabe der Pflegefachkräfte. Der ärztliche Verantwortungsbereich ist erst dann eröffnet, wenn sich der konkrete Fall wegen zusätzlicher Risikofaktoren von anderen Fällen erheblich unterscheidet (OLG Köln, Hinweisbeschluss vom 11.01.2017 – 5 U 82/16). Im Übrigen haftet auch die Pflegefachkraft auf die Einhaltung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt. Ganz besondere Bedeutung kommen in diesem Zusammenhang den Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) zu. Im Bereich des Wundmanagements ist der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 2. Aktualisierung 2017; Stand: April 2017 und der Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 1. Aktualisierung 2015 also auch der Leitlinie zur Prävention und Behandlung von Dekubitus, National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel und Pan Pacific Pressure Injury Alliance zu.

Ergebnisse

Dabei gilt, dass die Ausbildung eines Dekubitus durchaus schicksalhaft entstehen kann und auch bei Beachtung größtmöglicher Sorgfalt nicht in jedem Falle zu verhindern ist (OLG Köln, Beschl. v. 20.08.2007 – 5 U 87/7).

Diskussion

Der Vortrag bietet eine Übersicht über die Rechtslage im modernen Wundmanagement.

Dr. Tobias Weimer

WEIMER | BORK
Kanzlei für Medizin-, Arbeits- & Strafrecht
Frielinghausstraße 8, 44803 Bochum
E-Mail: weimer@kanzlei-weimer-bork.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 09:00-10:00 UHR · BERGEN

Migration und Pflege

Flüchtlingen eine echte Perspektive bieten durch grundständige Ausbildung in der Pflege und Anerkennung von Berufsqualifikationen

Einleitung

Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) startete im Mai 2016 zusammen mit der AWO und ALBUM der Koordinationsstelle der Stadt Hannover ein Projekt zur Rekrutierung von Flüchtlingen, die an einer Pflegeausbildung interessiert sind oder eine Pflegequalifikation in ihrer Heimat erworben haben. Ziel war es, die Flüchtlinge über ESF/BAMF-Mittel in der deutschen Sprache bis zum B2-Sprachniveau zu qualifizieren. Im Anschluss daran sollen sie durch verschiedene Maßnahmen wie Praktika, BfD und weitere berufsbezogenen Sprachförderung für eine Pflegeausbildung vorbereitet werden, bzw. Unterstützung bei der Anerkennung ihrer im Ausland erworbenen Qualifikation erhalten. Gesamtdauer des Projekts vom Mai 2016 bis voraussichtlich April 2018. Teilnehmer 15 Personen.

Methoden

- Rekrutierung und Profiling der Teilnehmenden durch ALBUM, einer Organisation der Stadt Hannover, die wesentliche Stellen für die Flüchtlingsbetreuung koordiniert und über ein sehr gutes Netzwerk verfügt.
- Berufsbezogener Sprachkurs in Deutsch bei der AWO bis zur Prüfung von B2.
- Sprachqualifikation und Praktikum in der MHH fanden zu gleichen Stundenanteilen im Wechsel statt. Fachsprachunterricht und Pflegeunterricht durch die MHH.
- Die Mitarbeiter auf den Praktikumsstationen wurden durch Reflexionssitzungen und interkulturelle Trainings begleitet. MHH, AWO und ALBUM standen in sehr engem Kontakt zueinander und zu den Teilnehmenden. Eine individuelle Betreuung war aufgrund der absolut individuellen Belange sehr wichtig.

Ergebnisse

- 1 Schwangere
- 2 Abschiebungen
- 1 Abbruch aus persönlichen Gründen
- 3 in Anerkennungsmaßnahmen
- 6 in Pflegeausbildung
- 2 in OTA ATA Ausbildung

Diskussion

- Das Projekt dauert länger als vorher angenommen
- Der individuelle Betreuungsbedarf ist sehr aufwändig
- Die ersten drei Auszubildenden haben in der Teilzeitausbildung ihre Probezeit bestanden, trotzdem ist das Projekt erst dann vorbei, wenn alle ihre Ausbildung bestanden haben, dann haben sie eine echte Perspektive bekommen
- Für jeden einzelnen Menschen hat sich unsere Mühe gelohnt!

Yasmen Alsheikh

Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neubergs-Straße 1, 30625, Hannover
E-Mail: alsheikh.yasmen@mh-hannover.de

Fremdsein - ein Perspektivenwechsel - Wie werden interkulturelle Begegnungen von migrantischen Pflegekräften im Pflegealltag erlebt?

Einleitung

Durch die Zuwanderung ausländischer Arbeitskräfte wird der Mangel an Pflegepersonal z.T. kompensiert. Kulturen treffen aufeinander, die sich regional, ethnisch oder sozio-kulturell unterscheiden. In der Zusammenarbeit zeigen sich vor diesem Hintergrund kulturspezifische Phänomene und Interaktionsmuster, für die oft keine Worte gefunden werden. Eine wichtige Voraussetzung ist der Integrationsprozess der migrantischen Pflegekräfte in den Arbeitsmarkt, der Kulturkompetenz erfordert. Dabei wird von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund erwartet, sich in bestehende Arbeitsabläufe und Praktiken zu integrieren und Verantwortung für das Gemeinwohl zu übernehmen. „Sie sind nicht dazu aufgefordert und werden nicht darin unterstützt, ihr mitgebrachtes Wissen so einzubringen, dass diese Praktiken damit auch verändert werden können“ (Karl-Trummer et al., 2010, S.344).

Methoden

Halbstrukturierte, problemzentrierte Interviews mit migrantischen Pflegekräften

Ergebnisse

Das Wissen über die Kulturdimensionen kann in der interkulturellen Zusammenarbeit Orientierung geben. Die bewusste Auseinandersetzung mit dem Orientierungswissen relativiert dadurch entstehende Stereotype und revidiert Vorurteile. Die Sprachbarriere sowie das kulturbedingte Verständnis von Pflege, Gesundheit und Krankheit als auch die Kommunikation, bedingt durch kulturelle Prägungen, lassen sich als Integrationshemmnisse identifizieren. Eine gemeinsame Interaktions- und Kommunikationskultur, die eine Vielfalt der kulturbedingten Sichtweisen auf Gesundheit, Krankheit und Pflege aufzeigen, wirkt unterstützend und ist zu empfehlen. Maßnahmen, die dem Antidiskriminierungsgrundsatz und dem Prinzip der Inklusion entsprechen, können in ein Diversity Konzept integriert werden.

Diskussion

- Wie werden interkulturelle Begegnungen von migrantischen Pflegekräften im Pflegealltag erlebt?
- Wie erleben Pflegenden mit Migrationshintergrund den Pflegealltag?
- Wie verläuft die Integration aus Sicht migrantischer Pflegekräfte im Pflegeteam?

Susanne Bachmann

DRK Zeulenroda
Am Steinberg 2, 07580 Linda
S.Bachmann@drk-zeulenroda.de

Prof. Dr. Wilfried Schlüter

WHZ Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Postfach 201037, 08012 Zwickau
E-Mail: wilfried.schluter@fh-zwickau.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 09:00-10:00 UHR · SCHAROUN

Zertifizierungen im Gesundheitswesen - eine Chance für die Pflege!?

Möglichkeiten und Grenzen am Beispiel des Onkologischen Zentrums

Was sind Zertifizierungen und wer bestimmt, was „Qualität“ ist? Normen und Anforderungskataloge bilden die Grundlage für Zertifizierungen. Die DIN EN ISO 9001:2015 sowie die Norm für das Gesundheitswesen DIN EN 15224:2015 bieten als Systemnormen eine gute Grundlage für die Umsetzung im Krankenhaus und die Abbildung pflegerischer Prozesse. Die Herausforderung besteht darin, Anforderungen der Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität oder kontinuierliche Verbesserung mit Leben zu füllen und Kennzahlen so zu formulieren, dass sie die Wirksamkeit von Interventionen angemessen abbilden. Zunehmend werden Leitlinien und Expertenstandards in Zertifizierungen als geltende Qualitätsstandards für Pflege herangezogen und eingefordert. Hier lohnt ein Blick in das US-amerikanische Gesundheitswesen, wo Zertifizierungen zum Magnetkrankenhaus vorgenommen werden.

Worin besteht der Nutzen für die Pflege? Mit internen Audits, Qualitätszirkeln und Komplikationskonferenzen stehen etablierte Instrumente zur Verfügung, pflegerische Inhalte im multiprofessionellen Versorgungskontext einzubringen und weiterzuentwickeln. Die Umsetzung des Pflegeprozesses bietet viele Möglichkeiten, QM-Prinzipien zu praktizieren, bestehende Routinen zu hinterfragen, evidenzbasierte Pflege auszubauen und durch den Einbezug prozessbezogener Risiken die Patientenversorgung sicherer zu gestalten.

Nach dem Audit ist vor dem Audit – Wie kann sich Pflege einbringen? Ein Zertifizierungsaudit ist immer eine Stichprobe, die der Auditor nimmt, um Anforderungen und Vorgaben mit der „Wirklichkeit“ abzugleichen. Entscheidend ist, wie gut es gelingt, in der begrenzten Auditzeit die Wahrnehmung des Auditors auf das zu lenken, was an Pflege- bzw. Versorgungsqualität geleistet wurde. Die Möglichkeiten, die eine Einrichtung hat, dieses mitzugestalten, sind oft größer als gedacht. Hier kommt es auf ein authentisches Auftreten der Beteiligten und eine gute Kommunikation bereits weit im Vorfeld des geplanten Audits an.

Kristina Lippach

Klinikum der Universität München

Maistraße 11, 80337 München

E-Mail: kristina.lippach@med.uni-muenchen.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 09:00-10:00 UHR · GRUPPEN-RAUM 4

Diversity in der Pflege alter Menschen

Anerkennung homosexueller Identitäten im Setting der Altenpflege

Einleitung

Derzeit weiß man noch wenig über die reale Lebenssituation pflegebedürftiger lesbischer Frauen und schwuler Männer im Alter. Dieses Desiderat möchten die Autoren mit ihrer Forschungsarbeit ein wenig schließen.

Methoden

In ihrer qualitativen Studie wurden 32 pflegebedürftige lesbische Frauen und schwule Männer sowie elf Pflegefachkräfte mit Erfahrung in der Pflege homosexueller Menschen befragt. Untersuchungsfeld sind die ambulante und stationäre Altenpflege, das Betreute Wohnen und in zwei Fällen die persönliche Assistenz. Die Auswertung der Interviews erfolgte mit der Methodologie der Grounded Theory unter Zuhilfenahme der integrativen textthermeneutischen Inhaltsanalyse.

Ergebnisse

Als Ergebnis formulieren die Autoren eine Theorie der Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege. Mit ihrer Theorie schließen sie an die Philosophische Anerkennungstheorie von Axel Honneth und dessen Übertragung in die Pflegewissenschaft durch Heiner Friesacher an. Die Autoren beschreiben, wie pflegerisches Handeln der emotionalen Zuwendung (Fürsorge), der rechtlichen Gleichstellung bspw. durch die konzeptionelle Berücksichtigung homosexueller Lebensweise und die soziale Wertschätzung als wertvoller Teil der Gesellschaft, die Identität homosexueller Pflegebedürftiger positiv beeinflussen kann. Im Umkehrschluss zeigen sie auf, wie ein pflegerisches Handeln der Nicht-Anerkennung das Selbstvertrauen, die Selbstachtung und die Selbstschätzung dieser Menschen beeinträchtigen kann.

Diskussion

Mit ihrem Vortrag möchten die Autoren ihre Forschungsergebnisse einem breiten Fachpublikum der Alten- und der Gesundheits- und Krankheitspflege wie auch anderer Disziplinen vorstellen und mit diesem ins Gespräch kommen.

Dr. Heiko Gerlach

Falkenried 97, 20251 Hamburg

info@heiko-gerlach.de

Dr. Markus Schupp

Hans-Böckler-Stiftung

Paul-Schallück-Str. 9, 50939 Köln

E-Mail: mail@markusschupp.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 10:30-12:00 UHR · SCHAROUN

Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ - Einblick in die Literaturstudie

Einleitung

Die Grundidee des neuen Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ basiert auf dem Gedanken, dass sich für Pflegebedürftige mit Demenz auf verschiedenste Art und Weise die Möglichkeit ergibt, Beziehungen zu gestalten, die bei ihnen das Gefühl auslösen, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein.

Methoden

Im Rahmen dieser Session wird erläutert, wie die Literaturgruppe vorgegangen ist, um (a) das Thema zu definieren, (b) um relevante Literatur zu identifizieren und zu bewerten und (c) um eingeschlossene Literatur für die Erstellung des Expertenstandards aufzubereiten.

Ergebnisse

Die Teilnehmenden kennen die strukturierte und systematische Vorgehensweise zur Erstellung der Literaturstudie für den Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ und erhalten Einblicke in die Ergebnisse und methodischen Herausforderungen der Literaturstudie.

Diskussion

Wir freuen uns auf Ihre Fragen und Kommentare zur Literaturstudie.

Im Anschluss an diese Session folgt eine detailliertere Vorstellung der einzelnen Kriterien des Expertenstandards durch Expertinnen und Experten, die an der Entwicklung des Expertenstandards bzw. an der modellhaften Implementierung des DNQP (Jan-Juni 2018) beteiligt sind.

Prof. Dr. Martina Roes

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Standort Witten
Stockumer Straße 12, 58453 Witten
E-Mail: martina.roes@dzne.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 12:30-14:00 UHR · SCHAROUN

Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ - vertiefende Einblicke

Einleitung

Dem Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ liegt eine person-zentrierte Pflegehaltung zugrunde. Dies ist insofern von Bedeutung, als dass die Fähigkeit zur wechselseitigen Verständigung – ein Kernelement in der Konstituierung von Person-sein und somit auch der Beziehungsgestaltung darstellt, diese bei Menschen mit Symptomen einer Demenz jedoch teilweise oder auch vollständig aufgehoben ist. Insofern kommt der Operationalisierung dieses pflegerischen Anspruches eine herausragende Bedeutung zu. Ergänzt wird die Vorstellung der verschiedenen Kriterienebenen um einen kurzen Beitrag zur laufenden modellhaften Implementierung.

Methoden

Im Rahmen dieser Session werden die sechs Kriterienebenen im Detail vorgestellt und Hinweise auf Umsetzungsmöglichkeiten gegeben. Dabei ist es den Vortragenden wichtig, die Erfahrungen der Teilnehmer/innen einzubinden und sowohl das Ergebnis der Expertengruppe als auch die Einschätzung der Praktiker/innen hinsichtlich Praktikabilität des Expertenstandards kritisch zu reflektieren.

Ergebnisse

Die Teilnehmenden kennen die verschiedenen Kriterien des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ und können den Zusammenhang zwischen person-zentrierter Pflege und dem Thema des Expertenstandards nachvollziehen. Darüberhinaus gewinnen sie Kenntnisse zur Umsetzung.

Diskussion

Wir freuen uns auf ihre Fragen und Kommentare zum Expertenstandard.

Prof. Dr. Martina Roes

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Standort Witten
Stockumer Straße 12, 58453 Witten
E-Mail: martina.roes@dzne.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 15:00-16:00 UHR · GRUPPEN-
RAUM 4

Beziehungsqualität als wichtigster Bestandteil der Pflege

Einleitung

Die zunehmende Professionalisierung der Pflege fordert alle Beteiligten auf, verbindliche Qualitätsstandards zu entwickeln und zu leben. Dies gilt insbesondere für den momentan rasch wachsenden Palliativbereich: Patienten und Angehörige müssen sich darauf verlassen können, dass dort, wo „palliativ“ drauf steht, auch palliativ drin ist. Gleichzeitig gilt es auf diesem Weg eine hohe menschliche Qualität, seit jeher Wesensmerkmal der professionellen Pflege, in den einzelnen Begleitungen zu erhalten. Wie Befragungen von Patienten und Angehörigen zeigen, bewerten diese einen respektvollen, empathischen Umgang höher als beispielsweise eine gelungene Symptombehandlung. Die bisherigen Zertifizierungsverfahren bilden mit ihrer Verengung auf quantifizierbare Daten die Qualität der Beziehungsgestaltung in den einzelnen Einrichtungen und Diensten nicht ab.

Methoden

Ausgehend von diesen Thesen wollen wir Ihnen ein neuartiges Prüfkonzept vorstellen und mit Ihnen darüber diskutieren.

Ergebnisse

Der Hospiz- und PalliativVerband Niedersachsen hat ein Prüfkonzept entwickelt, dass einerseits mit den gängigen Normen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung übereinstimmt und andererseits die Besonderheiten der Palliativversorgung erfasst und damit prüfbar macht. Wichtigstes Ziel war die Entwicklung einer Prüfkultur, die palliative Einrichtungen und Dienste zu einer Qualitätsentwicklung motiviert und dabei unterstützt. Ein großes Gewicht hat dabei die Qualitätsdimension Beziehungsqualität, die neben Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität die beobachtbaren Qualitäten palliativer Pflege und Betreuung in den Fokus rückt.

Diskussion

Wir freuen uns, Ihnen am Beispiel des „Gütesiegels für stationäre Hospize“ eine andere Herangehensweise an Zertifizierungen deutlich machen zu können, in der das, was Pflege leistet, besser sichtbar und prüfbar wird. Unabhängig davon, ob diese in palliativen oder anderen Settings stattfindet!

Matthias Peterek

Uhlhorn Hospiz Hannover
Henriettenweg 3, 30173 Hannover
E-Mail: matthias.peterek@diakovere.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 15:30-16:30 UHR · DANZIG

Gesundheitsverhalten und Pflegevorstellungen von Menschen mit Migrationshintergrund

Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund

Einleitung

Die Möglichkeiten, sich bei Gesundheitsproblemen passende Hilfe zu organisieren, ist eine wichtige Determinante von gesundheitlicher Ungleichheit. Dabei nutzen Menschen nicht nur die Leistungen der Krankenversicherungen, sondern auch Ressourcen wie alternativmedizinische Angebote, Information im Internet oder Dienste aus dem Ausland. Die zunehmende soziale Diversität wirkt sich auch auf die Nutzung dieser verschiedenen Dienste und Ressourcen aus.

Methoden

Das internationale Forschungsprojekt „Understanding the practice and developing the concept of welfare bricolage“ (UPWEB) hat jeweils 40 Einwohner/innen und 20 Vertreter/innen von Gesundheitsdiensten aus sozial diversen Stadtteilen in Bremen, Birmingham, Lissabon und Uppsala qualitativ und quantitativ befragt. Für die leitfadengestützten Interviews wurden Einwohner/innen mit unterschiedlichem sozioökonomischen Status sowie mit und ohne Migrationserfahrung rekrutiert. Für den Survey wurden insgesamt 2692 Einwohner/innen befragt, 891 davon in Bremen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen unterschiedliche Nutzungsmuster in den beteiligten Städten bzw. Gesundheitssystemen. Deutschland ist bspw. das einzige Land, in dem Patient/innen den Arzt häufig wechseln bzw. lange nach einem Arzt des Vertrauens suchen (können). Aber auch soziodemografische Charakteristika beeinflussen das Nutzungsverhalten. Als zentrale Faktoren wurden zudem Sprachbarrieren, Diskriminierungserfahrungen, Vertrauen in Ärzte und Gesundheitswissen/Gesundheitskompetenz identifiziert.

Diskussion

Die unterschiedlichen Nutzungsmuster zeigen, dass mit der sozialen Diversität auch die Diversität des Gesundheitsverhaltens sowie von Gesundheitsbedürfnissen wächst. Die bisherigen Dienste berücksichtigen diese Diversität jedoch kaum. Eine Gesundheitsversorgung, die auf die Bedürfnisse ihrer Nutzer/innen zugeschnitten ist, muss daher Sprachbarrieren, unterschiedliche Bildungsstände sowie kulturelle und soziale Hintergründe in die Entwicklung von neuen Versorgungsformen einbeziehen.

Dr. Silja Samerski

Institut für Ethnologie und Kulturwissenschaft
Enrique-Schmidt-Straße 7, 28359 Bremen
E-Mail: samerski@uni-bremen.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 16:00-17:00 UHR · SCHAROUN

Die Gestaltung der Ausbildung nach dem neuen Pflegeberufsgesetz in Theorie und Praxis

Einleitung

Das 2017 verabschiedete Pflegeberufereformgesetz sieht einige zentrale Reformen der Pflegeausbildung vor, darunter die weitgehende Durchsetzung einer generalistischen Ausbildung, die Einführung der hochschulischen Erstausbildung als regelhaften Zugang zur Berufszulassung und die Festlegung von Vorbehaltsaufgaben. Die Schulen und die Praxiseinrichtungen sind gefordert, die gesetzlichen Regelungen ab 2020 umzusetzen.

Methoden

Die zeitliche Struktur von zwei Jahren gemeinsamer Ausbildung und einem Jahr Differenzierung bringt einen entwicklungslogischen Kompetenzaufbau im Rahmen einer dreijährigen Ausbildung mit sich, d.h. die Kompetenzen müssen in spiralig aufeinander aufbauenden Lerneinheiten in den verschiedenen Ausbildungsphasen sukzessive auf einem kontinuierlich steigenden Niveau gefördert werden.

Ergebnisse

Um zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen zu qualifizieren, müs-

sen die pflegerischen Kompetenzen exemplarisch mit unterschiedlichen Altersstufen und unterschiedlichen Versorgungsbereichen verknüpft werden. Um die Lernenden u. a. für die Vorbehaltsaufgaben zu qualifizieren, muss ihnen im Rahmen der praktischen Ausbildung schon frühzeitig die Versorgung von einzelnen oder kleinen Gruppen zu pflegen der Menschen übertragen werden.

Diskussion

Mit dem neuen Pflegeberufegesetz wird ein Pflegeberuf mit einem neuen Kompetenzprofil geschaffen, vorhandene Ausbildungskonzepte können nicht einfach nur geringfügig angepasst, sondern müssen grundlegend reformiert werden.

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Universität Bremen

Grazer Straße 4, 28357 Bremen

E-Mail: darmann@uni-bremen.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 16:30-17:30 UHR · SCHAROUN

From novice to expert - professional nursing in the UK. Eigenständigkeit der Pflege im internationalen Vergleich

Sabine Torgler, Krankenschwester und Dipl. Pflegewirtin, berichtet von ihrer Pflegekarriere in Großbritannien. Dort ist die Pflege eine eigenständige Profession, mit Lehrstühlen an Universitäten und Pflegekammern. Auf nationaler Ebene gibt es die „Chief Government Nurse“ in der Funktion einer Staatssekretärin. Allein durch diese Position wird deutlich, dass der Pflege in Großbritannien eine tragende Rolle zugeschrieben wird. Die Pflege hat deutlich mehr Verantwortung und trägt diese auch mit Stolz. Ein gutes Beispiel, wie die Pflege in der Mitte der Gesundheitsversorgung einen festen, verantwortungsreichen Platz haben kann.

Heidrun Pundt

DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus gemeinnützige GmbH, 28239 Bremen

E-Mail: h.pundt@diako-bremen.de

Sabine Torgler

English for Nurses Ltd

BS6 5PP Bristol

E-Mail: sabine@englishfornurses.org

DONNERSTAG · 17.05.18 · 09:00-10:30 UHR · RAUM 4A

IAD - Behandlungsoptionen und erste Erfahrungsberichte

Mit freundlicher Unterstützung der 3M Medica,
Zweigniederlassung der 3M Deutschland GmbH

Teil 1: Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD): eine Zusammenfassung des aktuellen Stands des Wissens

Die Inkontinenz-assoziierte Dermatitis ist eine Entzündung der Haut, verursacht durch den länger andauernden Kontakt mit Urin und/oder Stuhl. Eine mögliche Okklusion durch Inkontinenzmaterial, mechanische Einwirkungen und wiederholte Hautreinigungsprozeduren tragen ebenfalls zur IAD-Entstehung bei. Es gibt eine Reihe weiterer intrinsischer Risikofaktoren (z. B. Immobilität), diese sind jedoch bislang wenig erforscht. Je nach Setting und Gesundheitszustand beträgt die Prävalenz bei Inkontinenz bis zu 100%. Inzidenzstudien liegen kaum vor. Das wichtigste klinische Zeichen der IAD ist die Hautrötung. Im weiteren Verlauf treten Papeln und Bläschen auf und es kommt zu Hauterosionen. Die IAD ist schmerzhaft und für die Betroffenen sehr belastend. Infolge der IAD kommt es sehr häufig zu Sekundärinfektionen. In der Literatur gibt es eine Reihe von Einschätzungsinstrumenten. Dabei unterscheidet das sogenannte Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD) zwei übergeordnete Kategorien: eine Rötung mit (zunächst) intakter Haut (Kategorie 1) und den Hautverlust (Kategorie 2). Die IAD ist von anderen Hauterscheinungen abzugrenzen. Verwechslungsgefahr besteht vor allem mit Dekubitus und Intertrigo. Die beste Prävention und Therapie der IAD ist die Vermeidung der Exposition. Dafür eignen sich Maßnahmen zur Förderung der Kontinenz, leistungsfähige Inkontinenzprodukte und Hautschutzinterventionen. Das Auftragen von Hautschutz- und Pflegeprodukten scheint besser zu sein, als keine Hautschutzprodukte zu verwenden. Insgesamt ist die verfügbare Evidenz für oder gegen bestimmte Hautpflegetechniken und Produkte gering. Die Abgrenzung zwischen Prävention und Therapie ist ebenfalls schwierig.

PD Dr. Jan Kottner

Charité-Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1
10117 Berlin

E-Mail: jan.kottner@charite.de

Teil 2: Praxischeck inkontinenz-assoziierte Dermatitis

Wie sicher sind Pflegekräfte bei der Differenzierung von Dekubitus und Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD)? An verschiedenen Beispielen wird aufgezeigt, wie schwierig die Unterscheidung sein kann. Die Prophylaxe und Therapie der IAD steht auf verschiedenen Säulen. Inkontinenzprodukte, Hautpflege und Hautschutz werden intensiv beleuchtet. Ge-

rade in Zeiten, wo in Kliniken, aber auch in der ambulanten Versorgung extrem gespart wird, kommen oft wenig effektive Inkontinenzprodukte zum Einsatz bzw. wird die Anzahl der zur Verfügung gestellten Produkte stark eingeschränkt. Die Hautpflege nimmt in der Prophylaxe der IAD ebenfalls eine wichtige Rolle ein, aber auch hier gibt es noch „Mythen“, die unbedingt einmal kritisch betrachtet werden sollen. In den letzten Jahren wurden immer neue Hautschutzprodukte entwickelt. Wie haben sich diese in der Praxis bewährt?

Referent: Norbert Kolbig

Universitätsklinikum Düsseldorf,

Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf

E-Mail: kolbig@med.uni-duesseldorf.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 09:00-10:00 UHR · FOCKE-WULF

UCV-Versorgung to go - der mobile Patient

Mit freundlicher Unterstützung der Lohmann & Rauscher GmbH & Co. KG

Patienten mit einem UCV sind in ihrer Mobilität oft eingeschränkt. Eine adäquate Wundbettvorbereitung und Wundversorgung, gepaart mit der richtigen Kompression, ist daher unverzichtbar, um die Wunde und besonders das Allgemeinbefinden der Patienten zu verbessern. Die optimalen Behandlungsschritte werden in dem von L&R unterstützten Symposium am 17. Mai beleuchtet.

Elementarer Bestandteil der Wundversorgung ist das Debridement. Die Entfernung von überschüssigem Exsudat und Debris sowie bei infektgefährdeten oder infizierten Wunden die antimikrobielle Versorgung der Wunde, ermöglichen ein physiologisches Wundmilieu und fördern den Heilungsprozess. Mit Fallbeispielen erläutert Dr. Cornelia Erfurt-Berge, Universitätsklinikum Erlangen, das fachgerechte Debridement unter Anwendung des Monofilamentfaser-Pads Debrisoft®.

Für das Exsudatmanagement und zum Schutz der Wunde ist die Auswahl der Wundauflage essenziell. Die Anwendung von antimikrobiellen Wundauflagen wie Suprasorb® P + PHMB im Praxisalltag wird von Dr. Karl-Christian Münter, Facharzt für Allgemeinmedizin/Phlebologie in Hamburg, veranschaulicht.

Wie die von Patienten deutlich gesteigert werden kann, zeigt Björn Jäger, Pflegetherapeut Wunde ICW, anhand des Fallbeispiels einer Patientin mit langjährigen Ulcera cruris an beiden Unterschenkeln. Nach phasengerechter Wundversorgung und Kompression mit Rosidal® sys konnten ihre Schmerzen gelindert und die Mobilität verbessert werden.

Mehr zum Thema chronische Wunden auf: www.diewundzentrale.com.

DONNERSTAG · 17.05.18 · 12:45-14:15 UHR · BERGEN

Manuka-Honig-Symposium

Mit freundlicher Unterstützung der
Advancis Medical Deutschland GmbH

Manuka-Honig - was macht ihn so besonders?

Neuseeländische Manuka-Honige (*Leptospermum scoparium*, Teebaum) sind für ihre ausgeprägten antibakteriellen Eigenschaften bekannt. Verantwortlich hierfür ist – neben osmotischen Effekten aufgrund des niedrigen Wassergehaltes sowie der Bildung von Wasserstoffperoxid durch das Enzym Glucoseoxidase – vor allem die Verbindung Methylglyoxal (MGO). MGO entsteht während der „Reifung“ von frischem Manukahonig durch nichtenzymatische Prozesse aus der Vorstufe Dihydroxyaceton (DHA), welche bereits im Nektar der Manukablüten gebildet wird. Im Rahmen des Vortrags wird über die Entdeckung von MGO und DHA sowie spezifische Reaktionen dieser für Manukahonig charakteristischen Verbindungen berichtet und dargestellt, wie die Qualität von Manukahonig analytisch beurteilt werden kann.

Prof. Dr. Thomas Henle

Professur für Lebensmittelchemie
Technische Universität Dresden

Vortrag

Die Plastische Chirurgie besteht aus der Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie, der Handchirurgie und der Brandverletztenchirurgie. Insbesondere bei Brandverletzten sind Immunsystem und Wundheilung stark beeinträchtigt. Seit einiger Zeit sind Manuka-Honig Wundauflagen in großen Größen verfügbar und damit für die Versorgung von großen Brandwunden geeignet. Um einen Eindruck hinsichtlich Anwendung, Sicherheit sowie antimikrobieller und epithelisierungsfördernder Wirksamkeit bei brandverletzten Patienten zu erhalten, wurde von 2015 bis 2017 eine Anwendungsbeobachtungsstudie mit 10 Patienten und im Anschluss eine 20 Patienten umfassende randomisiert-kontrollierte Studie durchgeführt.

Dr. Tobias Kisch

Facharzt für Plastische Chirurgie
Schwerstverbranntenzentrum
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Ratzeburger Allee 160, 23558 Lübeck

Manuka-Honig in der Wundversorgung

Praxisbeispiele aus der spezialisierten ambulanten Wundversorgung in WZ®-WundZentren

Für die WZ®-WundZentren sind spezielle Kenntnisse über die Wirkungsweise der zur Verfügung stehenden Verbandstoffe grundlegend. Manuka-Honig wird als antimikrobiell und osmotisch wundreinigend beschrieben. In den WZ®-WundZentren haben wir diese Faktoren sowie die Wirkung auf eine schnelle Abheilzeit in der Anwendung bei verschiedenen Arten chronischer Wunden beobachtet und ausgewertet. An vier Fallbeispielen stellen wir unsere Ergebnisse vor. Im Allgemeinen konnten wir positive Ergebnisse erzielen und die Effektivität der Wirkung des Manuka-Honigs feststellen.

Edna Frentthoff

GuKP, WM®-WundManager, Mitarbeiterin im Marketing
recucare GmbH

Vortrag

Zu Beginn wird der Aufbau und die Arbeitsweise der Fa. „Wundex – Die Wundexperten GmbH“ kurz vorgestellt und ihre Produktneutralität hervorgehoben.

Der anschließende Vortrag legt den Fokus auf die Versorgung mit Manuka-Honig-haltigen Verbandmaterialien von Patienten mit chronischen Wunden in ihrer häuslichen Umgebung. Anhand von Fotos werden drei Heilungsverläufe chronischer Wunden aufgezeigt, die mit Produkten der Fa. Advancis Medical behandelt wurden. Darüber hinaus berichtet der Vortrag davon, wie Patienten und Ärzte auf den Vorschlag, Wunden mit Manuka-Honig-haltigen Verbänden zu versorgen, reagierten. Abschließend wird kurz auf die Erstattung durch die Kostenträger eingegangen.

Referent: Michael Grubschat (Dipl.-Pflegerwirt)
Geschäftsführer FA Wundex, 48308 Senden

DONNERSTAG · 17.05.18 · 10:30-11:30 UHR · FRANZIUS

Palliative Wundversorgung: Wunden verstehen - Lebensqualität verbessern

Mit freundlicher Unterstützung der BSN Medical GmbH

Die Versorgung von Wunden am Ende des Lebens unterscheidet sich von der sonstigen Wundversorgung. Ausgehend von der Definition der WHO werden in diesem Vortrag auf dem Boden einer aktuellen Literaturrecherche verschiedenen Ansätze zur palliativen Wundversorgung präsentiert und bewertet. Abschließend werden praktische Beispiele demonstriert.

Es gibt bisher kein allgemein anerkanntes und wissenschaftlich fundiertes Konzept über das Vorgehen bei der palliativen Wundversorgung. Vielmehr werden häufig die Instrumente und Prozesse der modernen Wundversorgung

oder der Versorgung schlecht heilender Wunden auf Palliativpatienten angewandt.

Die palliative Wundversorgung unterscheidet sich signifikant von der übrigen, da der Fokus auf der Lebensqualität liegt. Hierrunter sollten möglichst weit auseinanderliegende Verbandswechselintervalle, Teilhabe am sozialen Leben, Schmerzfreiheit beim Verbandswechsel, Tragekomfort und Geruchsbindung subsummiert werden.

Prof. Dr. med. Michael Schütte

Praxis für HNO-Krankheiten, Wuppertal

DONNERSTAG · 17.05.18 · 12:30-13:30 UHR · LLOYD

Notfall Diabetischer Fuß - Paradigmenwechsel in der Wundtherapie

Mit freundlicher Unterstützung der URGO GmbH

Die aktuell in The Lancet – Diabetes & Endocrinology veröffentlichten Ergebnisse der randomisierten und doppelblinden klinischen Endpunktstudie EXPLORER mit 240 Patienten zeigen einen enormen Fortschritt in der Lokaltherapie von Ulzera.¹ Mit dieser Studie ist auf höchstem wissenschaftlichen Niveau nachgewiesen, dass eine Wundtherapie mit Sucrose-Octasulfat (TLC-NOSF-Wundheilungsmatrix) bei neuro-ischämischen Diabetischen Fußulzera signifikant häufiger zu einer vollständigen Wundheilung führt als eine hydroaktive Wundauflage ohne Sucrose-Octasulfat und zudem die Heilungsdauer bis zur vollständigen Wundheilung um durchschnittlich 60 Tage verkürzt [1].

Weitere Informationen zur Indikation Diabetisches Fußsyndroms und zu den bahnbrechenden Ergebnissen der klinischen Studie Explorer präsentiert die URGO GmbH in ihrem Firmensymposium:

„Notfall diabetischer Fuß – Paradigmenwechsel in der Ulkus-Therapie“ am 17. Mai 2018 von 12:30 bis 13:30 Uhr im Salon Lloyd.

Ihre Referenten und Themen:

- Dr. Stefan Eder, Villingen-Schwenningen:
„Das Drama Diabetische Fußulzera – Warum klinische Daten unabdingbar sind“
- Prof. Dr. Ralf Lobmann, Stuttgart:
„Die Klinische Studie EXPLORER – bahnbrechend in Design und Outcome“
- Dr. Winfried Keuthage, Münster:
„Der Paradigmenwechsel in der Ulkus-Therapie mit der TLC-NOSF-Wundheilungsmatrix“

Moderation: Dr. Wolfgang Tigges, Hamburg

Quelle

¹ Edmonds M, Lázaro-Martínez J L et al. Sucrose octasulfate dressing versus control dressing in patients with neuroischaemic diabetic foot ulcers (Explorer): an international, multicentre, double-blind, randomised, controlled trial; Lancet Diabetes Endocrinol 2018; 6: 186-196.

DONNERSTAG · 17.05.18 · 13:30-14:30 UHR · FRANZIUS

Mission Wundverschluss: mit abgestimmtem Exsudatmanagement Ulcus cruris venosum zur Abheilung bringen

Mit freundlicher Unterstützung der
Smith & Nephew GmbH

Ein Ulcus cruris venosum stellt eine große Herausforderung im Exsudatmanagement dar. Frau Dr. Schreiber wird praxisnah den Ansatz der ganzheitlichen Versorgung eines Ulcus cruris venosum darstellen. Dabei wird sie insbesondere auf den Aspekt des phasengerechten Exsudatmanagements eingehen. Um die unterschiedlichen Therapieziele im Exsudatmanagement zu erreichen, z.B. ideal-feuchte Versorgung versus Mazerationsgefahr oder auch Handling von verschiedenen Exsudatkonsistenzen, werden hohe Anforderungen an die Leistung eines Wundverbandes gestellt.

Aufgrund der oft langen Therapiedauer sind weitere Aspekte wie der Erhalt der Hautintegrität durch sanfte Verbände zu berücksichtigen. Zusätzlich unterstützt eine längere Wundruhe durch verlängerte Verbandwechselintervalle den Heilungsprozess.

Aufgrund der notwendigen Kausaltherapie in Form von Kompression muss der Verband auch unter Druck eine gute Retention bieten und das Mazerationsrisiko reduzieren.

Ein neuer Schaumverband ohne Haftband wurde bei Ulcus cruris venosum Patienten angewandt. Die Erfahrungen der Anwender, aber auch der Patienten, werden in Form von Fallbeispielen von Frau Dr. Schreiber und Frau Hansmann vorgestellt.

Dr. med. Christina Schreiber

Zentrum für Gefäßmedizin Bahrendfeld
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Schwerpunkt Lymphologie und Phlebologie
1. Vorsitzende des Lymphnetz Hamburg e.V.

Carina Hansmann

akademisch zertifizierte Wundmanagerin
und Krankenschwester
Reha aktiv 2000 GmbH, Jena

DONNERSTAG · 17.05.18 · 14:00-15:30 UHR · LLOYD

Mangelernährung bei chronischen Wundpatienten – Auswege aus dem Dilemma?

Mit freundlicher Unterstützung der Fresenius
Kabi Deutschland GmbH

Einführung

Für eine erfolgreiche und gesamtheitliche Versorgung von Patienten mit akuten und insbesondere chronischen Wunden stellt die hinreichende Berücksichtigung des Ernährungszustandes einen elementaren Teil des Gesamttherapiekonzeptes dar.

Das Vorhandensein von chronischen oder schlecht heilenden Wunden beeinflusst den Nährstoffbedarf maßgeblich und hat selbst Einfluß auf das Ernährungsverhalten der Betroffenen.

Mangelernährung ist ein Risikofaktor für die Entstehung chronischer Wunden und verschlechtert bei bestehenden Wunden die Chancen auf Heilung.

Dabei lässt sich eine Mangelernährung von Wundpatienten gut behandeln, besonders wenn sie früh erkannt und therapiert wird. Aktuelle Leitlinien für die enterale Ernährung geben derzeit nur wenig differenzierte Empfehlungen für die Ernährung von chronischen Wundpatienten. Dazu gehört, dass in allen Phasen der Wundheilung eine ausreichende Versorgung mit Energie, Protein und Flüssigkeit notwendig ist und auf Vitamine und Spurenelemente geachtet werden sollte. Um Risiken in der enteralen Versorgung chronischer Wundpatienten zu erkennen, ist ein Ernährungsscreening zu Beginn jeder Therapie dringend zu empfehlen.

Die Grundlagen der Ernährung von Wundpatienten

Allgemeine Hinweise

Für die Gestaltung der Ernährung von Wundpatienten spielen eine große Anzahl von Faktoren eine Rolle.

Dies beginnt mit der Notwendigkeit energetisch ausreichender Nahrungszufuhr. Der Aufbau von neuem Gewebe benötigt viel Energie, welche durch die Nahrung zugeführt werden muss.

Essentiell für die Wundheilung sind:

- ausreichender Energiegehalt (insbes. über die Zuführung von Kohlenhydraten und Fetten)
- ausreichende Proteinzufuhr
- Versorgung mit Vitaminen und Spurenelementen
- ausreichende Flüssigkeitszufuhr

Grundlagen enteraler Ernährung

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) hat im Rahmen des Leitlinienprojektes „Klinische Ernährung in der Geriatrie“ in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG die existente ESPEN Leitlinie „Enterale Ernährung in der Geriatrie“ weiterentwickelt. Der Nutzen einer Ernährungstherapie bei manifester oder drohender Mangelernährung ist belegt. Generell sollen Ernährungsmaßnahmen bei älteren Menschen mit einem Risiko für

Mangelernährung oder mit Mangelernährung ergriffen werden, um eine adäquate Zufuhr von Energie und Nährstoffen zu ermöglichen und die gravierenden Folgen von Mangelernährung zu vermeiden.

Bei multimorbiden bzw. gebrechlichen betagten Patienten dient die Therapie der Verbesserung bzw. Aufrechterhaltung des Ernährungszustands.

Handlungsempfehlungen zur Versorgung chronischer Wundpatienten der Entitäten Ulcus cruris venosum, diabetisches Fußsyndrom und Dekubitus

Die Entwicklung leicht anzuwendender Handlungsempfehlungen (Algorithmen) für die Ernährungstherapie von Patienten mit Wunden unterschiedlicher Genese war bereits ein erster Schritt, um die Ernährungssubstitution bei solchen Problemstellungen auf eine systematisierte Basis zu stellen.

In der Weiterentwicklung des bestehenden Konzeptes von Ernährungsalgorithmen in der Wundversorgung zeigen die Autoren einen an der besten verfügbaren Evidenz orientierten und praxisnahen Weg zur Abklärung, Unterstützung und Evaluation der Ernährung bei verschiedenen Wundentitäten auf. Eine Beurteilung des Ernährungsstatus, die Würdigung von allgemeinen Risikofaktoren wie Alter sowie wundspezifischer Gegebenheiten der Wundgröße und -tiefe, der Exsudationsmenge und des Vorliegens einer Wundinfektion finden Berücksichtigung.

In der Konsequenz entsteht ein praxisrelevanter Pfad der komplexen Versorgung von Wundpatienten unter besonderer Berücksichtigung der Ernährungssituation mit einem Schwerpunkt auf die bedarfsgerechte Ernährungssubstitution.

Dr. med. Thomas Eberlein

Wound Consulting GmbH

Dorotheergasse 7, A-1010 Wien

E-Mail: thomas.eberlein@woundconsulting.com

Zeynep Babadagi

Die pflegezentrale Kranken- und Altenpflege GmbH

Bahnhofstraße 20-22, 47138 Duisburg

E-Mail: z.babadagi@diepflegezentrale-du.de

Björn Jäger

Wundversorgung aus Expertenhand

E-Mail: jaeger@icwunden.de

Literatur

Volkert D et al. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. Klinische Ernährung in der Geriatrie. *Aktuel Ernährungsmed.* 38: e1–e48, 2013

Stechmiller, JK. Understanding the role of nutrition and wound healing. *Nutrition in Clinical Practice* 25:61-68, 2010

Wild T et al.: Basics in nutrition and wound healing. *Nutrition* Sep;26(9):862-6, 2010

Weimann A et al. Supportiver Einsatz von Trinknahrung in der ambulanten Versorgung von erwachsenen Patienten – ein Algorithmus. *Aktuel Ernährungsmed.* 37:282-286, 2012

DONNERSTAG · 17.05.18 · 14:30-15:30 UHR · SCHAROUN

Individuelle Lokalthherapie mit dem Polyurethan-Schaumverband LIGASANO®

Mit freundlicher Unterstützung der LIGAMED® medical Produkte GmbH

Neben der Kausaltherapie stellt die individuelle Lokalthherapie einen wesentlichen Bestandteil der Versorgung chronischer Wunden dar. Hierbei sind vor allem die Unterstützung der jeweilig vorherrschenden Wundheilungsphase, die Wundreinigung und das Exsudatmanagement im Fokus.

LIGASANO® ist ein Polyurethan-Schaumstoff mit breitem Anwendungsspektrum in der Wundversorgung. Der Schaumstoff kann durch seine raue Oberfläche sowohl zur Wundreinigung, zur Granulationsförderung als auch zum Exsudatmanagement eingesetzt werden.

Durch die Formbarkeit des Materials passt sich der Schaum ohne großen Druck den Wundkonturen an und schafft einen optimalen Kontakt zum Wundgrund.

Das Produkt wird in unterschiedlichen Porengrößen angeboten, wodurch der mechanische Reiz bei der Wundreinigung und Granulationsförderung als auch die absorbierende Wirkung im Rahmen des Exsudatmanagements der individuellen Wundsituation angepasst werden kann. In meinem Vortrag möchte ich Ihnen einen Fall aus der Anwendungspraxis präsentieren.

Heidi Jodl

Gesundheitszentrum Vincentinum, WundZentrum Augsburg,
Vinzenz-von-Paul Platz 1, 86152 Augsburg
E-Mail: heidi.jodl@wundzentrum-augsburg.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 16:30-17:30 UHR · KAISEN

Erfolgreiches Navigieren: Neue Lösungsansätze im Hygiene- und Infektionsmanagement

Mit freundlicher Unterstützung der Smith & Nephew GmbH

Dr. med. Alfred Tylla (leitender Arzt des iWT) und Thorsten Prennig (Leitende Wundfachkraft iWT) geben eine fundierte theoretische Einführung in das Hygiene- und Infektionsmanagement und stellen neue Lösungsansätze vor. Die Schwerpunkte sind dabei das Wundscreening, die Infektionsprävention, die Infektions- und Biofilmbekämpfung bei der Behandlung chronischer Wunden. Anhand von Fallbeispielen aus der Praxis werden die theoretischen Grundlagen anschaulich vertieft. Im Fokus stehen unter anderem ein einzigartiges, neues Screeninginstrument zur Bakteriendarstellung in Echtzeit – MolecuLight, antiseptische Wundauflagen mit Silber sowie Cadexomer-Jod für die effektive Biofilmbekämpfung.

Das Duo vermag es, die unterschiedlichen Disziplinen Medizin und Pflege im Wundmanagement auf sehr unterhaltsame Weise zu vereinen.

Thorsten Prennig

Sana Klinik, Klinik für Unfall-, Schulter- und Wiederherstellungschirurgie, Sportmedizin und Sporttraumatologie, Rummelsberg 71, 90592 Schwarzenbruck, E-Mail: tylla@wundteam.com

Dr. Alfred Tylla, Kreisklinik Roth

Weinberg 14, 91154 Roth
E-Mail: prennig@kreisklinik-roth.de

DONNERSTAG · 17.05.18 · 11:00-12:00 UHR · LLOYD

Ulcus cruris venosum - ein Therapiekonzept von der Wundreinigung bis zur Epithelisierung

Mit freundlicher Unterstützung der PAUL HARTMANN AG

Das durch ein Venenleiden verursachte Unterschenkelgeschwür (Ulcus cruris venosum) stellt in vielen Teilen der Welt die am häufigsten auftretende chronische Wunde dar. In der öffentlichen Meinung bisher vernachlässigt, haben die hohen Kosten der Behandlung und die steigende Zahl der Betroffenen in den letzten Jahren zu einer erhöhten Aufmerksamkeit von Seiten der Pflegefachkräfte und der Ärzte, aber auch von Seiten der Krankenkassen geführt. In Deutschland dauert es zu lange, manchmal Jahre, bevor die Diagnose gestellt und eine sachgerechte Therapie begonnen werden kann. Es kommt somit entscheidend darauf an, die Zeit zu verkürzen, die vom Auftreten der Wunde bis zu ihrer Abheilung vergeht. Der richtigen Diagnose sollte eine ursachengerechte Therapie folgen. Die lokale Therapie der Wunde zielt zum einen auf den größtmöglichen Komfort für die Patienten. Zum anderen soll durch sie aber auch die spezifische Wundheilungsphase, in der sich die Wunde gerade befindet, angesprochen werden. Im Vortrag wird auf verschiedene Formen des venösen Beinschwürs eingegangen. Ihre ursachen- und phasengerechte Therapie wird beschrieben.

Dr. med Karl-Christian Münter

Hamburg, E-Mail: c.muenter@t-online.de

Poster-Abstracts (Preisverleihung ab 18:15 Uhr in Raum 4A)

POSTER 1 · Entwicklung einer Broschüre zur Edukation vom Menschen mit Wundschmerzen

Einleitung

Menschen mit chronischen Wunden geben in der Aufzählung der Faktoren, die die Lebensqualität negativ beeinflussen, vorrangig Wundschmerzen an. Schmerzen stellen für die Betroffenen mit einem Ulcus cruris eine große Belastung dar, ebenso für solche mit einem Dekubitus. Meistens ist der Wundschmerz bereits chronisch geworden. Üblicherweise fehlt die beim akuten Schmerz noch vorhandene Warnfunktion beim chronischen Schmerz. Nicht nur Menschen mit chronischen Wunden sind vom Wundschmerz betroffen, sondern auch Patienten nach Operationen und Eingriffen. Schmerzen sind nicht messbar. Schmerzen sind subjektive körperliche oder seelische Sinnesempfindungen, die von Mensch zu Mensch unterschiedlich wahrgenommen werden. Viele Menschen sind nur unzureichend über die Bedeutung und das richtige Verhalten bei Wundschmerzen beraten bzw. informiert. Immer wieder werden Ängste geäußert, dass die Einnahme von Schmerzmedikamenten zu einer Abhängigkeit führen.

Methoden

Unsere Recherche ergab, dass es keine Broschüre zur Edukation von Menschen mit Wundschmerz gibt. Daher entwickelten wir eine entsprechende Broschüre.

Ergebnisse

Entstanden ist eine Broschüre, die das Ziel hat, Menschen mit Wunden über das Thema Wundschmerz zu informieren. Die Broschüre enthält die Kapitel:

Definition Schmerz

- Schmerztypen
- Schmerzursachen
- Schmerzen beim Wundverbandwechsel
- Wundschmerzen richtig einschätzen
- Medikamentöse und alternative Schmerztherapie
- Kleines Schmerzmittelglossar

Die Broschüre dient der Unterstützung der pflegerischen Edukation. Durch die einfache Sprache ist es den Betroffenen möglich, Inhalte der Edukation nachzulesen oder auch gezielt nachzufragen.

Diskussion

Kritisch diskutieren wir, ob die Information, Beratung oder Schulung von Betroffenen mit Wundschmerzen zu einer Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit chronischen Wunden führt.

Norbert Kolbig, Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, kolbig@med.uni-duesseldorf.de

Romana Jurkowitsch, Praxis für Gesundheits- und Pflegeberatung und für die Versorgung chronischer Wunden, Roseggerstr 24/1/10, 3512 Mautern (A), E-Mail: romana.jurkowitsch@gmx.at

POSTER 2 · Untersuchung der Tragedauer und Randstärke eines neuen Silikon-Schaumverbandes

Einleitung

Die Tragequalität eines Silikon-Schaumverbandes kann sehr stark durch das Design des Verbandes wie z. B. den Klebeeigenschaften, der Flexibilität und der Randdicke beeinflusst werden. Es wird angenommen, dass ein flaches Randprofil das Aufrollen und Ablösen reduziert und somit zu einer längeren Tragedauer führen kann.

Methoden

Es wurden zwei klinische Studien mit 48 Probanden durchgeführt, bei denen die Tragedauer und die Klebeeigenschaften eines neuen Silikon-Schaumverbandes (Verband A) mit zwei Silikon-Schaumverbänden anderer Hersteller verglichen wurden (Verband B und C). Alle drei Verbände wurden für 7 Tage auf den Rücken der 48 Probanden aufgebracht, täglich abgehoben und wieder aufgeklebt. Die durchschnittliche Tragedauer wurde über den Verlauf der gesamten Studie beobachtet. Die Dicke der Ränder aller drei Verbände wurde mit Hilfe eines optischen Mikroskops bestimmt. Dazu wurden zehn Messungen des Randes, begrenzt auf einen 5-cm-Abschnitt, durchgeführt und gemittelt.

Ergebnisse

Die Resultate beider klinischer Studien zeigten an Tag 7 ein signifikant besseres Ergebnis für Verband A in Bezug auf Tragedauer und Aufrollen

des Randes im Vergleich zu den Verbänden B und C. Die mittlere Tragedauer für Verband A betrug 7 Tage, für Verband B 3,5 Tage und für Verband C 2,0 Tage. Das Aufrollen der Kanten wurde auf einer Punkteskala von 0 bis 5 eingestuft (je geringer der Wert desto geringer das Aufrollen). Dabei betrug der Wert für Verband A 2,70 gegenüber 3,92 für Verband B und 4,61 für Verband C (siehe Abb. 2). Die mittlere Randdicke betrug für Verband A 0,15 mm, für Verband B 0,27 mm und für Verband C 0,25 mm.

Diskussion

Die Resultate dieser Studien zeigen, dass der Verband A mit der geringsten Randdicke die längste Tragedauer und das geringste Aufrollen der Kanten zeigte.

Anja Becker, 3M Deutschland GmbH, Carl-Schurz-Straße 1, 41453 Neuss, E-Mail: anjabecker@mmm.com

POSTER 3 · Anwendung von Taurolin Ringer 0,5%-Lösung bei Problemwunden im Rahmen eines Diabetischen Fußsyndroms am Beispiel von zwei multimorbiden Patienten

Einleitung

In der BRD leben mehr als 6 Mio. Diabetiker, 250.000 Patienten sind von einem Diabetischen Fußsyndrom betroffen. Trotz konsequenter Therapie werden in der BRD durchschnittlich 12.000 Amputationen jährlich bei Patienten mit Diabetes mellitus durchgeführt.

Taurolin Ringer 0,5%-Lösung ist ein Breitband-Chemotherapeutikum mit antimikrobieller und antitoxischer Eigenschaft. Ziel war die Darstellung des Stellenwerts der Dekolonisation bei Problemwunden bei multimorbiden Patienten, um so eine Major-Amputation verhindern zu können.

Methoden

Die Anwendung von Taurolin Ringer 0,5%-Lsg. erfolgte bei 2 Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom im Alter von 64 und 65 Jahren, nachdem sämtliche Therapien nicht erfolgreich waren. Bei beiden Patienten waren gefäßinterventionelle Eingriffe erfolgt und auch Minor-Amputationen durchgeführt worden. Es drohte die Major-Amputation. Es lag eine kritische Wundbesiedelung mit MRSA bzw. E. coli vor. Beide Pat. waren an einer KHK, chronischer Niereninsuffizienz und COPD erkrankt. Es wurden tägliche Débridements mit o. g. Wundspülung durchgeführt. Als direkte Wundauflage wurde ein PU-Schaum (Ligasano) angewendet.

Ergebnisse

Unter Anwendung von Taurolin Ringer 0,5%-Lösung wurde die Dekolonisation der Wunden erreicht, wodurch bei beiden Patienten eine Wundgranulation und Wundabheilung einsetzte. Auf eine Major-Amputation konnte verzichtet werden. Beide Patienten behielten ihre Mobilität und konnten wieder in ihr bisheriges soziales Umfeld zurückkehren.

Diskussion

Bei beiden Patienten lagen amputationswürdige Befunde vor. Durch strikte Anwendung der o. g. Therapie konnte eine Major-Amputation verhindert werden und so die Selbstständigkeit der Patienten erhalten bleiben. Demgegenüber steht ein hoher Kostenfaktor (langer Krankenhausaufenthalt, Personal- und Verbandsmittelkosten und hohes Erkrankungsrisiko bei bestehender Multimorbidität). Eine optimale Blutzucker-Einstellung und gefäßrekonstruktive Eingriffe bleiben essentielle Voraussetzungen, um eine Wundabheilung möglich zu machen.

Dr. Iris Depfenhart, Stadtkrankenhaus Korbach, Enserstrasse 19, 34497 Korbach, E-Mail: Irisdepfenhart@gmx.de

POSTER 4 · Verbesserung der Lebensqualität von WundpatientInnen, Anwendung von Wound-QoL und Wound-Act in der klinischen Praxis

Einleitung

Menschen mit chronischen Wunden haben neben den Wunden folgende Pflegediagnosen: beeinträchtigte Mobilität, Schmerzen, Angst, soziale Isolation, Schlafstörungen u. a. Diese beeinträchtigen die alltäglichen Lebensaktivitäten und die Qualität des Lebens sehr. Wie also eruiert man diese Beeinträchtigungen einfach aber trotzdem effektiv in der klinischen Praxis und leitet aus dieser Feststellung praktikable Maßnahmen ab?

Methoden

Anwendung des Wound-QoL Fragebogens. Er besteht aus 17 Items mit vier Subskalen in den Bereichen: „Körper“, „Psyche“, „Alltagsleben“ und „Finanzen“. Die Gelegenheitsstichprobe wurde bei PatientInnen mit chronischen Wunden an der Gefäßchirurgie eines Großkrankenhauses in Wien anhand von klinischen Messungen bei der Aufnahme und auch bei der Entlassung der PatientInnen gestaltet. Wenn sich anhand des Wound-QoLs spezifische Problemfelder in der Lebensqualität zeigten, wurden mittels einer einseitigen Arbeitshilfe „Wound-Act“ passende Maßnahmen evaluiert und eine individuelle PatientInnenedukation durchgeführt.

Ergebnisse

PatientInnen n = 111, davon 88 auch bei der Entlassung gemessen (F/M n = 33/53, 38%/62%), Alter r = 68, von 45 bis 93 Jahre. Mit folgenden Wunden: pAVK Stadium IV n = 51, 45%; Wundheilungsstörungen n = 38, 33%; Lymphfisteln n = 14, 12%; Ulcus cruris n = 6, 8%; diabetisches Fußulcus n = 2, 2%.

Zusammenfassende Verbesserung der Lebensqualität in r = 26 Tagen um 29%.

Diskussion

Sehr gute Praktikabilität des Wound-QoL-Instrumentes und des Wound-Acts in der klinischen Praxis. Interventionen, die im Wound-Act definiert sind, benötigen eine Präzisierung, z. B. nach der Wichtigkeit und Umsetzung. Empfehlungen für die Praxis:

1. rechtzeitige Einschätzung bei der Aufnahme mittels Anwendung des Wound-QoL-Fragebogens.
2. Festlegung des individuellen Planes und Beratung der PatientInnen unter Einbezug der Arbeitshilfe Wound-Act.
3. Evaluation der gesamten Maßnahmen und des Beratungserfolges auch bei der Entlassung der PatientInnen.

Prof. Dr. Vlastimil Kozon, WDM, Wiener medizinische Akademie, Alser Straße 4, 1090 Wien (A), E-Mail: v.kozon@oegvp.at

POSTER 5 · Kosten der Pflegedokumentation in vollstationären Altenpflegeeinrichtungen

Einleitung

Die Einführung des Strukturmodells zur Pflegedokumentation wird mit vielfältigen Erwartungen verbunden: systematische Berücksichtigung der Perspektiven von Pflegebedürftigen; Stärkung der Fachlichkeit des Pflegepersonals; Reduzierung von unnötigem Dokumentationsaufwand und nicht zuletzt mit zufriedenerem Personal. Die Anwendung des Strukturmodells wurde bisher aus fachlicher und juristischer Sicht erfolgreich auf Praxistauglichkeit überprüft. Diese Studie untersucht, ob es auch aus wirtschaftlicher Perspektive für Einrichtungsbetreibende interessant ist.

Methoden

Mit einem standardisierten Fragebogen werden, angelehnt an die Methodik der Bürokratiekostenmessung (Standard-Kosten-Modell), einmalige und laufende Aufwände ermittelt, die für Dokumentationsprozesse nach § 113 Abs. 1 SGB XI aufgebracht werden. Damit wird das methodische Vorgehen aus einem früheren Projekt aufgegriffen, in dem das Statistische Bundesamt im Jahr 2013 die geschätzten Kosten durch konventionelle Pflegedokumentationskonzepte in Pflegeheimen auf rd. 1,9 Mrd. Euro ausgewiesen hat. Befragt werden sowohl Nutzer*innen des Strukturmodells, als auch Nutzer*innen von konventionellen Konzepten. Der Fragebogen wird von Pflegekräften und Einrichtungsleitungen schriftlich oder auf Wunsch telefonisch beantwortet.

Ergebnisse

Die erwarteten Ergebnisse bieten aktuelle Schätzungen der Kosten durch bürokratische Anforderungen in vollstationären Altenpflegeeinrichtungen in der ausgewählten Untersuchungsregion, differenziert nach der Art der eingesetzten Dokumentationskonzepte. Unterschiede zwischen den ermittelten Kostenschätzungen zu den betrachteten Dokumentationsvorgehen werden auf den Einfluss von organisationalen Rahmenbedingungen hin analysiert.

Diskussion

Die erzielten Projektergebnisse münden in einer praxisorientierten Broschüre für Pflegeeinrichtungen. Diese kann als Entscheidungshilfe bei der Frage herangezogen werden, welches Dokumentationskonzept den Rahmenbedingungen einer Einrichtung am fruchtbarsten Rechnung trägt.

Eugenia Larjow, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Grazer Straße 2a, 28359 Bremen, E-Mail: larjow@ipp.uni-bremen.de

POSTER 6 · WMW Awareness Aktionen 2017

Hintergrund

Der Wundtag wurde im Rahmen des 1. Symposiums der österreichischen Gesellschaft für Wundbehandlung (AWA), hosted by Wund Management Wien (WMW), am 16. September 2016 vorgestellt. Der Wundtag, ein von der AWA, gemeinsam mit der Initiative Wund?Gesund! ins Leben gerufener Aktionstag, findet jährlich, jeden 3. Freitag im September in Österreich statt, um auf die Situation der ca. 250.000 Österreicher, welche mit einer chronischen Wunde leben, hinzuweisen.

Ziel

Das Poster will die WMW-Awareness-Aktionen „WMW Luftballonrelease“ und die Kampagne „Gut leben trotz meiner chronischen Wunde!“, welche anlässlich des 2. Wundtages am 15. September 2017 gestartet wurden, vorstellen. WMW will andere Wundgesellschaften und -vereine ermutigen, an diesen Aktionstagen teilzunehmen. WMW möchte Partner für die Entwicklung gemeinsamer Aktionen gewinnen, um die Situation von Menschen mit chronischen Wunden in der Öffentlichkeit zu thematisieren.

Methodik

WMW stellte sich die Frage, wie man auf eine positive Art Aufsehen erregen und gleichzeitig ein Zeichen setzen kann. Der Verein entschloss sich – stellvertretend für die 250.000 betroffenen Wundpatienten – am 2. Wundtag 500 Luftballons, in den Farben des Wundtaglogos „5 Minuten vor 12“, in Wien steigen zu lassen.

Um die Lebensqualität, das körperliche, psychische und soziale Befinden (WHO 1949) von Wundbetroffenen zu thematisieren, wurden nach Identifikation der Instrumente zur Messung der krankheitsbezogenen Lebensqualität bei „chronischen Wunden“ Appelle von den Fragen des Wound-QoL-Fragebogens zur Lebensqualität mit chronischen Wunden abgeleitet. WMW porträtierte sechs wundbetroffene Personen und teilte jeder Person einen Appell zu. Es wurden Plakate entworfen, die im Rahmen einer Pressekonferenz am 14. September 2017 in Wien vorgestellt und bei Partnern ausgestellt wurden. Zusätzlich wurde ein Plakatfolder kreiert, welcher in einer Auflagezahl von 500 Stück bei pflegerisch-medizinischen Dienstleistern und im Rahmen des Luftballonreleases verteilt wurden.

Ergebnis

Es zeigte sich, dass mit den vorgestellten WMW-Aktionen Awareness erregt werden konnte. Die symbolische Wirkung von 500 Luftballons war weit über Wien sichtbar. Durch die Plakatkampagne wurde das Thema chronische Wunde erfolgreich in die Öffentlichkeit getragen. Sie diente als Anstoß zur Reflektion über die eigene Lebensqualität und die Lebensqualität der Minderheit chronisch Kranker mit einer nicht heilenden Wunde. Die positive Resonanz auf diese Aktionen stärkte den Verein in seinem Tun.

Dr. Markus Duft, Verein Wund Management Wien - WMW, Jedlersdorfer Straße 317, 1210 Wien, E-Mail: office@verein-wmw.at

POSTER 7 · Plasmatherapie in Kombination - Behandlungsverlauf einer nicht heilen wollenden Wunde - 1

Einleitung

Ziel ist, die vollständige Abheilung einer Akne inversa durch eine Plasmatherapie in Kombination zu erreichen, gleichzeitig die Schultersteife und die schmerzhafteste HWS-Bewegungseinschränkung zu reduzieren und die Psyche zu stabilisieren.

Anamnese

18-jähriger mit Akne Inversa im Bereich beider Axillae mit rezidivierenden Abszessen. Zustand nach radikaler Haut/Unterhautaussäumung alio loco mit anschließender Wundheilungsstörung und Superinfektion, ausgedehnte offene Wunde ohne Verkleinerungs- und Heilungstendenz seit vielen Monaten. Massive Bewegungseinschränkung (fast vollständige Einsteifung) im Bereich der linken Schulter, Schmerz-Schonung bedingt, aber auch durch narbige Alterationen im Wundbereich, Bild einer „frozen-shoulder“ sowie einer Schmerzschonhaltung der Halswirbelsäule.

Methoden

Die Wunde und das umliegende Areal wurden mit folgender Kombination behandelt: Kaltes Plasma zur Keimreduzierung und zur sofortigen Schutzfilmbildung, Lasertherapie-Scanner, spezielle Silberfolientapes zur Reduktion der Kardinalsymptome unterstützend mit funktioneller Bewegung, unter Einbeziehung der Wundränder sowie der umliegenden Haut (Weichhaltung des umliegenden Bindegewebes mit Folientapes). Die Wunde selbst wurde nicht mit Wundauflagen versorgt.

Therapieplan

- Plasma 12 Einheiten à 90 Sek. 24-mal
- Laser 12 Einheiten à 60 Sek. 24-mal
- Kombinationstape inklusive 11 Einheiten
- Kompression und Bewegung
- Manuelle und Entstauungstherapie für die eingesteifte Schulter sowie die Halswirbelsäule

Ergebnisse

Zügige Säuberung und Verkleinerung der Problemwunde. Mobilisation des Schultergelenkes, freie Beweglichkeit. Axillär links Wundheilung komplett abgeschlossen. Rückkehr von Sensibilität und Schweißdrüsenfunktion, keine venösen oder Lymphabflussstörungen, keine Schmerzangabe, auch nicht bei Bewegung/Belastung, voll arbeitsfähig.

Diskussion

Sind Wundauflagen bei Wunden, die nicht heilen wollen, angebracht?

Durch ständigen Wechsel (feuchter) Wundauflagen wird die Granulation des neugebildeten Schutzfilms regelmäßig abgetragen.

Steffen Barth, Physiomed ambulant teilstationär REHA-Therapie-Wundheilung, Eilper Straße 62, 58091 Hagen, E-Mail: steffen.barth@sanotape.com

POSTER 8 · Edukation und Lebensqualität: Ausduschen von Wunden einfach und sicher!

Einleitung

Das Ausduschen von Wunden gilt als effiziente Methode der Wundsäuberung. Trinkwasser ist allerdings nicht frei von Keimen. Die Trinkwasserverordnung geht davon aus, dass eine bestimmte Anzahl von Keimen im häuslichen Leitungswasser tolerierbar ist. Für immunsupprimierte Patienten oder solche mit chronischen Wunden kann so ein Erregereintrag allerdings gefährlich sein. *Pseudomonas aeruginosa* siedelt als Feuchtkern in den Wasserleitungen und auch direkt an den Armaturen im Badezimmer. Gelangt dieser Keim in die Wunde, kann er sich dort ansiedeln und die Wundheilung als Biofilm maßgeblich stören.

Methoden

Endständige Wassersterilfilter sind als Filtermodule oder als Duschkopf einfach an jeder haushaltsüblichen Armatur montierbar. Mit einer Porengröße von 0,2 µm filtern sie Pseudomonaden, Legionellen und andere gesundheitsschädliche Wasserkeime. So ist ein risikoarmes Ausduschen der Wunde möglich.

Ergebnisse

Die Möglichkeit zu duschen ist vielen Menschen mit chronischen Wunden verwehrt. Als Konsequenz fühlen sie sich unsauber und in Gesellschaft unwohl. Ein wesentlicher Vorteil des Ausduschens ist, neben der einfachen Verfügbarkeit, die Möglichkeit, Temperatur und Spüldruck individuell einzustellen. Der Betroffene fühlt sich wieder sauber. Dies steigert seine Lebensqualität und die Fähigkeit zum Selbstmanagement.

Diskussion

Noch nicht zufriedenstellend gelöst ist die ambulante Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden in deren häuslichem Umfeld. Endständige Wassersterilfilter sind derzeit nur auf Einzelantrag bei der Krankenkasse erstattungsfähig. Zudem empfehlen viele Entlassungsvorsorgungen das Ausduschen mit ungefiltertem Leitungswasser, was zu Unsicherheiten in der Versorgung führt. Hier ist eine fundierte Argumentation gefordert.

Kerstin Protz, Wundzentrum Hamburg e. V., Bachstraße 75, 22083 Hamburg, E-Mail: kerstin.protz@gmx.de

Werner Sellmer, Wundzentrum Hamburg e. V., Wilstedter Weg 22a, 22851 Norderstedt, E-Mail: werner.sellmer@werner-sellmer.de

POSTER 9 · Untersuchung des Ernährungszustandes von 50 Patienten mit chronisch venösen und akuten postoperativen Wunden

Einleitung

Ein möglicher Einfluss von Mangelernährung bei Patienten mit chronischen Wunden auf deren Heilungsverlauf wird oftmals vernachlässigt. Bei Patienten mit chronisch venösen Wunden gibt es nur wenig valide Daten, sowohl zum Ernährungszustand als auch zu spezifischen Laborparametern.

Methoden

Wir haben 50 Patienten auf ihren Ernährungszustand hin untersucht, von denen 25 ein chronisch venöses Ulcus hatten und 25 Patienten akute postoperative Wunden. Eine mögliche quantitative Malnutrition wurde mittels körperlicher Untersuchung, dem Body-Mass-Index (BMI), dem Mini-Nutritional-Assessment (MNA)-Test bzw. dem Nutritional Risk Screening (NRS) eingestuft, eine qualitative Malnutrition wurde durch zusätzliche Untersuchung bestimmter Vitamine, Spurenelemente, Proteine und des Eisen- und Kupferhaushaltes analysiert.

Ergebnisse

In der Ulcusgruppe wurden durch den MNA bei 48% der Patienten ein latentes Risiko für eine Malnutrition gefunden vs. 36% in der Kontrollgruppe. Im NRS waren beide Gruppen ähnlich für eine mögliche Fehlerernährung. Dennoch hatten die Patienten mit einem chronisch venösen Ulcus häufiger einen als adipös eingestuften BMI als die Vergleichsgruppe. Die Ulcusgruppe hatte zudem signifikant erhöhte Homocysteinämie-Spiegel und erhöhte Kupferspiegel, jedoch signifikant erniedrigte Spiegel von Vitamin B6, B9 und C sowie einen schweren Vitamin-D-Mangel, erniedrigte Zinkspiegel und eine Hypoalbuminämie. Immobilität war häufiger in der Ulcusgruppe als in der Vergleichsgruppe.

Diskussion

Unsere Daten zeigen, dass die Erfassung des Ernährungszustands einen unverzichtbaren Bestandteil der Diagnostik bei chronischen Wundpatienten darstellen sollte. Die Verwendung von Fragebögen allein beschreibt jedoch oftmals nicht ausreichend den Ernährungszustand dieser Patienten. Unsere Nutritionalanalyse kann Ausgangspunkt für prospektive interventionelle Untersuchungen mit gezielten Substitutionen von Mangelbefunden und deren Auswirkung auf die Wundheilung sein.

Moritz Ronicke, Dermatologische Klinik, Uniklinikum Erlangen-Nürnberg, Ulmenweg 18, 91054 Erlangen, E-Mail: moritz.ronicke@uk-erlangen.de

POSTER 10 · Denken Sie an Lebensqualität?

Einleitung

Lebensqualität (QoL) bedeutet für Kranke etwas grundsätzlich anderes als für Gesunde. Die Bedeutung einzelner Aspekte der QoL ist individuell höchst unterschiedlich. QoL ist kein „weiches Kriterium“, sondern ein international etablierter Parameter. Zur Messung und Bewertung der Ergebnisse medizinischer pflegerischer Interventionen werden im zunehmenden Maße die Erhebung der Lebensqualität bzw. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingesetzt. Da die Förderung der QoL von Menschen mit chronischen Wunden ein zentrales WMW Vereinsziel ist, geht WMW folgenden Fragen nach: Was verbindet der gesunde, pflegerisch-medizinische Dienstleister mit Lebensqualität, welche Fragebögen zur Bestimmung der QoL sind bekannt und in Verwendung?

Methoden

Um Antworten auf diese Fragen zu bekommen, ist WMW eine Kooperation mit der Firma Sorbion Mayrhofer GmbH eingegangen. Ein Online-Fragebogen (Survey Monkey), 10 Fragen, 70% Multiple Choice, 30% Matrix Bewertungsskala, wurde per E-Mail-Verteiler der Firma Sorbion an 1.678 Personen versandt. Die ersten 100 beantworteten Fragebögen wurden ausgewertet.

Ergebnisse

- 38% machen sich sehr oft Gedanken zu ihrer QoL und 37% zur QoL nahestehender Personen.
- 46% machen sich regelmäßig Gedanken zu QoL derer, die sie betreuen.
- 98% erfragen aktiv und 55% wahllos die QoL der Patienten.
- 10% sind mit dem Wound-QoL vertraut.

Diskussion

Die Verbesserung der QoL ist ein wichtiges Erfolgskriterium im Wundmanagement. Der Dienstleister ist mit dem Wound-QoL nicht ausreichend vertraut. 83% gaben keine Angabe auf die Frage, ob die Verwendung des Wound-QoL eine Hilfe für die Behandlung von Menschen mit chronischen Wunden darstellt. Dies zeigt uns, dass die Implementierung des Wound-QoL insuffizient ist und mit QoL unreflektiert argumentiert wird. Wie fordern die Aufnahme des Wound-QoL Scores in nationale Behandlungsleitlinien.

Dr. Markus Duft, Verein Wund Management Wien - WMW, Jedlersdorfer Straße 317, 1210, Wien (A), E-Mail: obmann@verein-wmw.at

POSTER 11 · Die erosive pustulöse Dermatose der Kopfhaut (EPDS) - zu häufig als Wundheilungsstörung fehlinterpretiert?

Einleitung

Die erosive pustulöse Dermatose der Kopfhaut (erosive pustular dermatosis of the scalp, EPDS) ist eine relativ selten beschriebene chronisch entzündliche Erkrankung unklarer Ätiologie, die überwiegend bei älteren Patienten mit lichtgeschädigter Kopfhaut, spontan aber vor allem nach operativen Eingriffen auftritt.

Gerade bei dieser Patientengruppe treten jedoch nicht selten postoperativ zahlreiche andere, wesentlich häufigere, entzündliche Wundheilungsstörungen auf, die leicht mit einer EPDS verwechselt werden können.

Darüber hinaus dürfte das Wissen über die Existenz dieser Erkrankung allgemein nur sehr begrenzt sein und die Erkrankung allein schon deshalb selbst bei atypischen postoperativen Wundheilungsverläufen differentialdiagnostisch selten in Betracht gezogen werden.

Methoden

Vor diesem Hintergrund gehen wir davon aus, dass bei einem nicht unerheblichen Anteil der Patienten mit komplizierten Wundheilungsverläufen eine EPDS möglicherweise übersehen bzw. als Diagnose gar nicht in Betracht gezogen wird und die EPDS gar keine seltene, sondern nur eine unterdiagnostizierte bzw. vernachlässigte Erkrankung ist.

Ergebnisse

Typisch für die EPDS ist der langwierige, therapeutisch schlecht zu beeinflussende Verlauf bzw. das Nichtansprechen von klassischen Therapiemaßnahmen zur Behandlung einer klassischen Wundinfektion/-heilungsstörung. Leider existieren weder eindeutige klinische Kriterien noch histologische oder laborserologische Parameter für die Diagnosestellung. Allein die grundsätzliche Kenntnis der Erkrankung und eine entsprechende Vigilanz dürften deshalb bereits wichtige Diagnosefaktoren sein. Dementsprechend sollte aus unserer Sicht der Bekanntheitsgrad der EPDS insbesondere bei allen dermatologisch oder in der postoperativen Wundversorgung tätigen Ärzten deutlich gesteigert werden.

Diskussion

Die Charakteristika der EPDS sowie die potentiellen Behandlungsoptionen werden anhand eines typischen Beispiels aus dem klinischen Alltag dargestellt und diskutiert.

Dr. Stefan Nestoris, Dermatologie, Klinikum Lippe-Deimold, Röntgenstraße 18, 32756 Detmold, E-Mail: stefan.nestoris@klinikum-lippe.de

POSTER 12 · Prävalenz von chronischen Wunden und deren Einflussfaktoren bei Klienten von ambulanten Pflegediensten in Deutschland

Einleitung

Genaue Zahlen aus der ambulanten pflegerischen Versorgung zu chronischen Wunden in Deutschland gibt es kaum. Für eine fachgerechte Therapie ist nicht nur die Betrachtung der ursächlichen Erkrankung, sondern auch der Risikofaktoren wichtig. Ziel dieser Studie war es deshalb, belastbare Prävalenzzahlen zu chronischen Wunden bereitzustellen und mögliche Risikofaktoren zu quantifizieren.

Methoden

Im Rahmen einer deutschlandweiten multizentrischen Querschnittstudie wurden 2012 in 100 Pflegediensten 880 Klienten von geschultem Pflegefachpersonal befragt. Erfasst wurden demografische und pflegebezogene Daten und die Häufigkeit, Art und Schweregrad chronischer Wunden. Zur Identifizierung und Klassifizierung möglicher Einflussfaktoren erfolgte zunächst eine bivariate Berechnung und anschließend eine Baumanalyse mittels der CHAID Methode.

Ergebnisse

Bei 11,4% der befragten Klienten wurde mindestens eine chronische Wunde festgestellt. Von allen Klienten mit einem Diabetes Mellitus hatten 16% eine chronische Wunde. Von den unter 65-jährigen waren 20% und über 65-jährigen 10,5% von chronischen Wunden betroffen. Weitere signifikante Einflussfaktoren sind die Aktivität, der BMI und die Wohnsituation. Als stärkster Prädiktor wurde der Body Mass Index (BMI) identifiziert. Von den Klienten mit einem BMI über 31,6 hatten 21% eine chronische Wunde. Lebten diese Klienten nicht allein, lag die Prävalenz bei 33,3%.

Diskussion

Die Prävalenz von chronischen Wunden in der ambulanten Pflege ist hoch. Diabetes Mellitus, ein erhöhter BMI und körperliche (In)aktivität

zeigten sich in der Studie als wichtigste Risikofaktoren. Personen, die nicht allein lebten, waren häufiger von chronischen Wunden betroffen, was am ehesten durch strukturelle Begebenheiten erklärbar ist, da die Versorgung durch Angehörige erfolgen kann.

Kathrin Raeder, Charité-Forschungsgruppe Geriatrie, AG Pflegeforschung, Reinickendorfer Straße 61, 13347 Berlin, E-Mail: kathrin.raeder@charite.de

PD Dr. Nils Lahmann, Charité-Forschungsgruppe Geriatrie, AG Pflegeforschung, Reinickendorfer Straße 61, 13347 Berlin, E-Mail: nils.lahmann@charite.de

POSTER 13 · Evaluation der Einführung eines neuen Silikon-Schaumverbandes ohne Hafttrand „ALLEVYN* LIFE Non-Bordered“

Einleitung

Erkenntnisse über die praktischen und klinischen Erfahrungen bei Einführung eines neuen Silikon-Schaumverbandes ohne Hafttrand.

Methoden

Über einen patientenbezogenen Fragebogen wurde das Anwenderfeedback aus verschiedenen Ländern nach Einsatz des neuen Wundverbandes für bis zu 10 Verbandwechsel erfasst. Die Tragedauer wurde hierbei vor und nach Einführung des neuen Wundverbandes ALLEVYN Life Non-Bordered dokumentiert, um einen adäquaten Vergleich vorzunehmen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 29 Fragebögen in die Auswertung aufgenommen. Es wurden unterschiedliche Wundarten behandelt, wobei Ulcus-cruris-Wunden den größten Anteil darstellten. Die mittlere Tragedauer erhöhte sich durch den neuen Wundverband um 49% (3,63 vs. 2,43 Tage), die mittlere Verbandwechselhäufigkeit reduzierte sich um 34% pro Woche (2,84 vs. 4,30 Verbandwechsel) im Vergleich zu vorher verwendeten Wundverbänden.

Die Anwender berichten sowohl von einem verbesserten Exsudatmanagement in 70% (19/27) der Fälle als auch von einem sichereren Einsatz des Exsudats (Retention) in 84% (21/25) der Fälle durch Einsatz des neuen Wundverbandes. Zusätzlich wurde die Wundumgebungshaut in 46% (12/26) der Fälle besser geschützt.

Die Gesamtleistung wurde in 65% (17/26) der Fälle als besser im Vergleich zu üblichen Wundverbänden beurteilt. 77% (20/26) der Anwender würden den neuen Wundverband ALLEVYN Life Non-Bordered auch zukünftig erneut einsetzen.

Diskussion

Die Evaluation zeigt, dass der neue Wundverband das Exsudatmanagement verbessert und daneben die durchschnittliche Tragedauer über verschiedene Wundarten und -lokalisationen hinweg verlängern kann. Eine längere Tragedauer eines Verbandes begünstigt die Einhaltung der Wundruhe. Verlängerte Wundruhe kann wiederum eine schnellere Wundheilung fördern.

*Trademark of Smith & Nephew

Manfred Scheppach, Smith & Nephew GmbH, Friesenweg 4/ Haus 21, 22763 Hamburg, E-Mail: manfred.scheppach@smith-nephew.com

POSTER 14 · Prospektive, randomisierte und Placebo-kontrollierte klinische Studie (RCT) zur Validierung von Behandlungsintervallen chronischer Wunden mit kaltem atmosphärischem Plasma

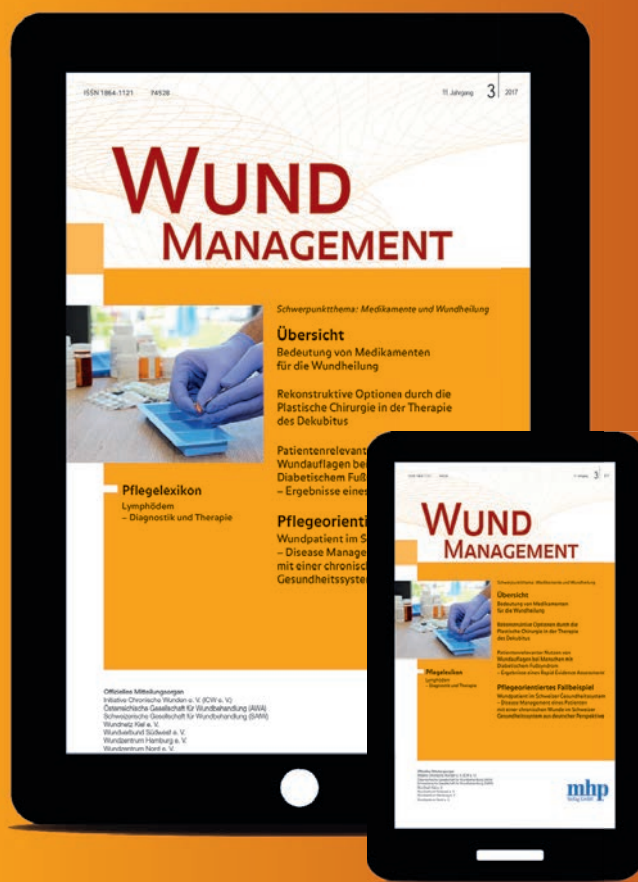
Einleitung

Kaltes atmosphärisches Plasma (CAP) wird für verschiedene Aspekte der Wundbehandlung erfolgreich eingesetzt. Behandlungsintervalle von mindestens 3 ×/Woche zeigen hierbei meist die besten Ergebnisse.

Methoden

In dieser RCT sollte die Wirksamkeit der Behandlung chronischer Wunden jeder Entität mit CAP (Adtec), zusätzlich zur bestmöglichen konservativen Therapie, in Abhängigkeit vom Behandlungsintervall untersucht werden. Das Patientenkollektiv wurde wie folgt aufgeteilt: Gruppe 1 – 1 ×/Woche Placebo; Gruppe 2 – 1 ×/Woche CAP; Gruppe 3 – 3 ×/Woche CAP. Die Behandlungsdauer betrug maximal 12 Wochen. Objektiviert wurden Veränderungen der Wundfläche und -tiefe mittels 3D-Kamerasystem (Aranz), Lebensqualität mittels Wound-QoL-Fragebögen und Schmerzempfindung mittels visueller Analogskala. Für den Nachweis von Bakterien wurden mehrfach bakteriologische Abstriche, Gewebe und Fluoreszenz (MolecuLight) bestimmt.

JETZT BESTELLEN UND 2 AUSGABEN GRATIS LESEN



- ✓ + Ein Jahres-Abo für 2018
- ✓ + 2 Ausgaben 2017 gratis
- ✓ + Zugriff auf das Archiv ab 2008
- ✓ + online und offline lesen
- ✓ + Ausgaben durchsuchbar
- ✓ + mobil und für Desktop
- ✓ + Druckfunktion

51,90€

Sonderangebot für alle Bestellungen
per Mail, Telefon oder Fax!

WUNDMANAGEMENT IM E-PAPER-ABO

**Jetzt Sonderangebot
mit allen Vorteilen sichern**

Ja, ich möchte bestellen

- ☐ E-Paper-Abo Wundmanagement zum Preis von 51,90 EUR (inkl. MwSt.) und inkl. 2 Ausgaben gratis
- ☐ den kostenlosen E-Mail-Newsletter „Wundmanagement Infobrief“



0611-50593-31



0611-50593-79



vertrieb@mhp-verlag.de



mhp Verlag GmbH
Kreuzberger Ring 46
65205 Wiesbaden

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: 0611/50593-79.

Ich bezahle nach Rechnungserhalt.

Titel, Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

E-Mailadresse:

Unterschrift und Datum:

Ergebnisse

Insgesamt konnten 37 Patienten (15 × weiblich, 22 × männlich; Ø-Alter 68 Jahre; Ø-Wundgröße 10 cm²) eingeschlossen werden. Die Wundflächen der Placebo-Gruppe stiegen um 17,5% an; die Wundtiefen nahmen um 34,2% ab. Die Gruppe 2 erzielte im Vergleich zur Gruppe 3 sowohl hinsichtlich der Wundflächen (63% vs. 46,8%) als auch der Wundtiefenreduktion (53,3% vs. 16,6%) einen größeren Erfolg. Das Schmerzniveau nahm in allen Gruppen signifikant ab (Gruppe 1: 44,2%, Gruppe 2: 44,9%, Gruppe 3: 65,2%); dies zeigte sich auch beim Wound-Qol (Gruppe 1: 29,6%, Gruppe 2: 28,4%, Gruppe 3: 36,6%). Signifikante Veränderungen der bakteriellen Besiedlung konnten nicht objektiviert werden.

Diskussion

Unsere Ergebnisse bestätigen den positiven Einfluss der zusätzlichen CAP-Behandlung auf die Wundheilung. In dem von uns untersuchten Setting war ein Behandlungsintervall 1 ×/Woche mindestens so effektiv wie eine Behandlung 3 ×/Woche. Aufgrund der Kosten und des zeitlichen Aufwandes würde sich die Behandlung 1 ×/Woche mit CAP deutlich einfacher in klinische Abläufe integrieren lassen.

Maurice Moelleken, Klinik für Dermatologie, Uniklinikum Essen, Hufelandstraße 55, 45122 Essen, E-Mail: maurice.moelleken@uk-essen.de

POSTER 15 · Keine bakterielle Resistenz durch Silberionen-freisetzenden Schaumverband

Einleitung

Mit dem 10-Punkte-Plan zur Bekämpfung resistenter Erreger des Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2015 und der Antibiotic Stewardship-Initiative kommt der Frage einer möglichen Resistenzentwicklung lokaler antimikrobieller Wirkstoffe eine zentrale Bedeutung zu.

Ziel dieser Untersuchung war es daher, das Potential der Induktion einer bakteriellen Resistenz eines Silber-Natrium-Hydrogen-Zirkonium-Phosphat-Komplexes, der in Wundauflagen verwendet wird*, zu testen.

Methoden

Die Versuche wurden gemäß der Methode von Maillard et al. 2013 und Wesgate et al. 2016 mit den Testkeimen *Staphylococcus aureus* ATCC 6538 und *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 15442 mit drei (zwei) Parallelen und Kontaktzeiten von 0,5 min, 5 min, 24 Stunden, (3 und 7 Tagen) durchgeführt. Die Testkonzentration des Silberkomplexes betrug 0,0003–20,0%.

Die minimale Hemmkonzentration (MHK) und die minimale bakterizide Konzentration (MBK) wurden für die Testkeime ohne und mit Kontakt gemäß den verschiedenen Kontaktzeiten mit dem Silberkomplex bestimmt.

Ergebnisse

Für den Silberkomplex wurde eine MHK von 0,25–1% und eine MBK von 0,1–2,5% (5,0%) ohne Kontakt mit dem Silberkomplex gefunden. Nach Kontakt mit dem Silberkomplex gemäß den Kontaktzeiten wurde eine MHK von 0,05%–0,25% und eine MBK von 0,05%–2,0% nachgewiesen.

Diskussion

Durch Kontakt mit dem Silberkomplex wird bei den Testkeimen im gewählten Prüfdesign keine Resistenz induziert, da sich die MHK und MBK durch Kontakt mit dem Silberkomplex nicht änderten. Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Einsatz des Silberkomplexes im klinischen Alltag nicht zu einer Entwicklung von Silber-Resistenzen führen wird. Diese Ergebnisse bestätigen Ergebnisse früherer Literatur-reviews.

*Dieser Komplex wird in Biatain Ag, Biatain Silicone Ag und Biatain Alginate Ag verwendet

Dr. Horst Braunwarth, Coloplast GmbH, Kuehnstraße 75, 22045 Hamburg, E-Mail: dedbr@coloplast.com

POSTER 16 · Das 1 x 1 des Verbandwechsels für Laien

Einleitung

Nicht selten wird auch „der Laie“ mit der Versorgung von Wunden konfrontiert. Das stellt für den Betroffenen oder seine Angehörigen eine große Herausforderung dar. Der Arzt stellt zwar für die benötigten Verbandmittel ein Rezept aus, und zum allgemein anerkannten Standard gehört, dass die Betroffenen oder die Angehörigen angeleitet und beraten werden, wie man im Alltag mit der Wunde umgehen soll, aber das ist oft nicht ausreichend.

Leitfäden für eine Laienversorgung sind nicht vorhanden. Der Betrof-

fene wünscht aber etwas Schriftliches zum Nachlesen. Immer wieder erlebe ich in meinem Arbeitsalltag, dass sich die Betroffenen alleine-gelassen fühlen und Sorge haben, einen Fehler zu begehen. Denn immerhin dringt man ja mit Instrumenten und Materialien in die Haut ein.

Methoden

Wundbehandlung ist ein schlüssiges Konzept, bei dem jeder Schritt gewissenhaft durchgeführt werden muss. Mein Poster stellt einen Flyer dar, der „das 1 × 1 des Verbandwechsels für Laien“ in selbsterklärenden, verständlichen Bildern und einfachen Texten in fünf Schritten darstellt. Es ist unabhängig von Recherchen entstanden; einzig meine Erfahrungen, die ich in der täglichen Praxis als Wundmanagerin mit der Klientel mache, flossen ein.

Ergebnisse

- Der Wunsch der Betroffenen, mehr Sicherheit für diese Tätigkeit zu erlangen, kann damit erreicht werden.
- Jederzeit kann auf den Ablauf zurückgegriffen werden. Handlungen und Schritte können direkt überprüft werden.
- Bilder machen zudem das Ganze noch deutlicher als nur die Schriftform.
- Das Ziel ist, die beschlossene Therapie zu akzeptieren und in seinen Lebensalltag zu integrieren.
- Die Fehlerquote wird minimiert und daraus resultiert eine zügigere Wundheilung.

Diskussion

Es kann festgehalten werden, dass es von großer Wichtigkeit ist, Laien in dem Thema Verbandwechsel zu unterstützen. Je mehr Wissen vorhanden ist, desto sicherer ist der Umgang des Patienten mit seiner Wunde. Ein Flyer als Instrument, zusätzlich zur Anleitung und Beratung, scheint mir geeignet, diese Aufgabe zu bewältigen.

Anne Przijski, Klinikum Osnabrück, Am Finkenhügel 1, 49076 Osnabrück, E-Mail: anne.przijski@osnanet.de

POSTER 17 · Bringen die unterschiedlichen Darreichungsformen Vorteile? Weniger ist mehr! Vergleich und Anwendung von unterschiedlichen nonwoven SuperCore®-Wundauflagen

Einleitung

Das Ziel dieser Anwendung ist es, einen vergleichenden Einblick in die Anwendbarkeit der unterschiedlichen SuperCore®-Verbände für die Anwendung bei wenig bis stark exsudierenden, stark riechenden bzw. exulzierenden und auch granulierenden Wunden zu geben. Es handelte sich hierbei um den Standard SuperCore®-Verband, den SuperCore®-Verband mit Wunddistanzgitter und den SuperCore®-Verband mit Carbon-flies.

Methoden

Für diese Analyse wurden die klinischen Aufzeichnungen von 16 ambulanten Patienten mit wenig bis stark exsudierenden Wunden unterschiedlicher Genese sowie exulzierenden bzw. stark riechenden Wunden untersucht. Alle Wunden wurden nach Vorgabe des Herstellers 4 Wochen lang je nach Verbandstyp 1–3 mal pro Woche versorgt. Die gesammelten Daten enthielten Informationen über Wundgeruch, Exsudat und die Erfahrungen mit diesem Verband. Alle Patienten wurden zwischen Oktober und Dezember 2017 behandelt.

Ergebnisse

Die Fallanalyse zeigte ein sehr gutes Exsudatmanagement und deutliche Abnahme des Wundgeruchs. Die Anwendung aller hier verwendeten Wundauflagen war einfach, und es war kein anderer zusätzlicher Wundverband erforderlich. Patienten und Anwender berichteten von einem schnellen Rückgang von Wundgeruch und Leckagen.

Schlussfolgerung

Die einfache und indikationsgerechte Applikation der SuperCore®-Verbände zeigte eine deutliche Reduktion von Wundexsudat und Wundgeruch, was zu einer Verbesserung der Wundsituation und somit der Lebensqualität der Patienten und eine Arbeitserleichterung des Anwenders beitrug.

Diskussion

Sind die unterschiedlichen Produkte der SuperCore®-Verbände wirklich optimal für Anwender und Patient?

Susann Langheinrich, SERIMED GmbH & Co. KG, Am Waldstadion 5, 07937, Zeulenroda-Triebes, E-Mail: s.langheinrich@serimed.com

POSTER 19 · Das Konzept „Wundbehandlungsteam“ in der Versorgung von brandverletzten Patienten

Einleitung

Die Behandlung brandverletzter Patienten erfordert eine hochwertige und komplexe Versorgung und stellt besondere Anforderungen an die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen im Behandlungsprozess. Um den Patienten in seinem individuellen Krankheitsverlauf im Blick zu behalten und ihm eine optimale bedürfnisorientierte Versorgung anbieten zu können, wurde an der BG Unfallklinik Murnau das Wundbehandlungsteam eingeführt.

Methoden

Die Mitarbeiterinnen aus dem Pflegedienst sind dem interprofessionellen Behandlungsteam der plastischen Chirurgie zugeteilt. Sie übernehmen Aufgaben der Wundversorgung der plastisch-chirurgischen Patienten stationsübergreifend. Ihr Einsatzgebiet erstreckt sich von der Unterstützung bei der Erstversorgung brandverletzter Patienten auf der Intensivstation des Brandverletzententrums über die Fortführung des Verbandregimes auf den Allgemeinstationen bis hin zur Begleitung der Patienten in der Reha-Abteilung, wo der Umgang mit der Kompressionskleidung und Narbenpflege im Vordergrund steht.

Somit kann die Kontinuität in der Wundversorgung von der Aufnahme bis zur Rehabilitation auch im pflegerischen Bereich gewährleistet werden.

Voraussetzung für die Tätigkeit im Wundbehandlungsteam ist eine Zusatzqualifikation im Bereich der Wundbehandlung z. B. Wundexperte ICW®.

Ergebnisse

Seit der Einführung kann eine Optimierung in der Planung und Koordination der organisatorischen Abläufe beobachtet werden. Es wird eine Verbesserung der Wundversorgung in der Kontinuität und in der Versorgungsqualität im Rahmen des Behandlungsprozesses deutlich. Die Zusammenarbeit im intra- und interprofessionellen Team wird von allen Seiten als positiv wahrgenommen.

Diskussion

Von Beginn an sollte das Wundbehandlungsteam als Brücke zwischen den Pflegekräften, Therapeuten, Orthopädietechnik, dem OP-Team und den plastischen Chirurgen dienen. Im Verlauf hat sich die Akzeptanz bei allen Akteuren in der Klinik eingestellt. Auf dem Poster wird anhand eines Fallbeispiels das Konzept des Wundteams dargestellt.

Roswitha Schweindl, BG Unfallklinik Murnau, Professor-Küntschers-Straße 8, 82418 Murnau, E-Mail: roswitha.schweindl@bgu-murnau.de

POSTER 20 · Verbrennungswunde

Anamnese

Es handelt sich um eine 53-jährige Patientin. Verbrühung des rechten Ellenbogens, Unterarmes und Handgelenkes sowie des Handrückens von weniger als 10% der Gesamtkörperoberfläche; 3% rein erstgradige Verbrühung, 2,5% Verbrühung des Unterarmes, Handgelenkes und Handrückens der Graduierung II a und II b.

Therapie

Wundversorgung Dermoxin Salbe im Wechsel mit Prontosan Gel, Mepitel One, Topper-Kompressen. Im Verlauf Kompressionstherapie und Krankengymnastik.

Xhevrije Basholli-Haziri, Hans Nolte Straße 1, 32429 Minden, E-Mail: xhefri@hotmail.de

POSTER 21 · Ursachen des stationären Behandlungsbedarfs bei Patienten mit Ulcus cruris venosum

Einleitung

Im Verlauf einer Ulcus-cruris-Erkrankung ist eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit keine Seltenheit. Ziel unserer Arbeit war die Analyse von Ursachen einer stationären Aufnahme des Patienten in eine dermatologische Klinik bei Vorliegen eines Ulcus cruris venosum. Hierdurch können Defizite in der ambulanten Versorgung aufgedeckt und langfristig Maßnahmen formuliert werden, welche helfen, diese zu verbessern und damit die stationäre Versorgungsnotwendigkeit senken können.

Methoden

Im Zeitraum von 2013–2016 wurden insgesamt 301 stationäre Fälle (210 Patienten) mit Abschlussdiagnose Ulcus cruris venosum (ICD I83.0, I83.1, I83.2, I87.01) identifiziert und hinsichtlich der zur Aufnahme in eine dermatologische Klinik führenden Gründe ausgewertet.

Ergebnisse

Die Patienten waren durchschnittlich 71,9 Jahre alt ($\pm 12,9$ Jahre; 57,2% weiblich) bei einer mittleren Erkrankungsdauer von 27 Monaten. Hauptgründe für die stationäre Aufnahme waren Erstzuweisung zur Basisdiagnostik (35,9% der Fälle) bei bislang unklarer Genese des Ulkus, Therapieresistenz trotz Ausschöpfung der ambulanten Maßnahmen (29,9%), Wundinfektion (19,3%), ekzematöse Hautveränderungen (24,6%), Schmerzen (7,6%) und geplante (operative) Maßnahmen (9,0%).

Diskussion

Trotz langer Erkrankungsdauer erfolgt die Vorstellung der Patienten in spezialisierten Zentren oft erst spät im Krankheitsverlauf, ohne ausreichende Diagnostik, aufgrund ambulanter Therapieresistenz oder Wundinfektion. Die Durchführung grundlegender Diagnostik scheint im ambulanten Bereich noch nicht ausreichend implementiert zu sein. Die Häufigkeit stationär behandlungsbedürftiger Wundinfektionen weist zudem daraufhin, dass Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe im ambulanten Bereich noch weiter ausgebaut werden müssen. Eine Optimierung der Versorgungskonzepte mit frühzeitiger Zuweisung an spezialisierte Wundzentren könnte dabei die Häufigkeit der stationären Behandlungsbedürftigkeit reduzieren.

Moritz Ronicke, Dermatologische Klinik, Uniklinikum Erlangen-Nürnberg, Ulmenweg 18, 91054 Erlangen, E-Mail: moritz.ronicke@uk-erlangen.de

POSTER 22 · Edukation: Eine unhygienische Reise - wie nehmen wir den Keimen die Reiselust?

Einleitung

Mit hygienischen Maßnahmen reduziert das Personal die Gesundheitsrisiken für sich, Patienten und deren Angehörige auf ein unvermeidbares Restrisiko. Dies gilt auch für die Wundversorgung. Jährlich kommt es in deutschen Krankenhäusern zu etwa 500.000 nosokomialen Infektionen. Die Anzahl der Todesfälle infolge einer solchen Infektion liegt zwischen 6.000 und 15.000. Die korrekte Umsetzung und Anwendung der hygienischen Händedesinfektion liegt bei Pflege und Ärzten etwa bei 40%. Durch Schulungen und ausreichende Bereitstellung von Spendern lässt sich der Wert bis auf 70% steigern.

Methoden

Die Edukation von Personal, Patienten und deren Angehörigen trägt zur Verbesserung der hygienischen Situation bei. Hierzu sind gut verständliche Unterlagen, wie Flyer, Poster oder Broschüren zu nutzen, die komplizierte Sachverhalte verständlich und ansprechend aufbereiten. Eine persönliche Ansprache mit alltagsrelevanten Informationen, unterfüttert durch ansprechende Grafiken, trägt zu Motivation und Edukation bei.

Ergebnisse

Ein Poster, das auf Fluren und in Sprech-, Warte-, Arzt- und Schwesternzimmern platziert wird, kann als „Eyecatcher“ in zweifacher Hinsicht wirken. Zum einen vertieft es das bestehende Know-how und erinnert an notwendige hygienische Maßnahmen. Zum anderen fasst es in anschaulicher und allgemein verständlicher Weise den komplexen Sachverhalt der Keimübertragung und -verbreitung zusammen. Die augenfällige Gestaltung macht auf die Zusammenhänge aufmerksam, ohne sie zu verharmlosen.

Diskussion

Nosokomiale Infektionen können durch eine adäquate (Hände-)Hygiene verringert werden. Daher besteht für alle an der Versorgung Beteiligten die Verpflichtung, mit den grundsätzlichen Hygienemaßgaben vertraut zu sein und sie sachgerecht auszuführen. Bislang mangelt es an Nachhaltigkeit von Schulungsmaßnahmen. Poster, wie dieses, können die Wichtigkeit solcher Maßnahmen ins Gedächtnis rufen, als Gesprächsansatz im Arbeitsumfeld dienen und auch dem Laien Zusammenhänge schnell und zutreffend verdeutlichen.

Kerstin Protz, Wundzentrum Hamburg e. V., Bachstraße 75, 22083 Hamburg, E-Mail: kerstin.protz@gmx.de

POSTER 23 · Plasmatherapie in Kombination - Behandlungsverlauf einer nicht heilen wollenden Wunde - 2

Einleitung

Amputation vermeiden. Die Wunde ohne Rezidiv abzuheilen, den Stoffwechsel, die funktionelle Beweglichkeit und die Psyche stabilisieren.

Anamnese

Weiblich, 72 Jahre, keine nennenswerten Erkrankungen. Linke Hand nach Kaktusstachel mit Infektion und Anzeichen eines Sudecks. Der Zustand des Zeigefingers nach fast einem Jahr stellte sich dar als klaffende offene Wunde, die nicht heilen wollte. Die Hand wurde regelmäßig durch Medikamente, Verbände und Wundauflagen hausärztlich versorgt. Zwei erfolglose Operationen mit Krankenhausaufenthalt. Danach über Wochen in Gipschiene stillgelegt. Eine Amputation war vorgesehen.

Methoden

Die Wunde und das umgebende Areal wurden mit folgender Kombination behandelt:

Kaltes Plasma zur Keimreduzierung und zur sofortigen Schutzfilmbildung, Lasertherapie-Scanner, spezielle Kompression mit Silberfolientapes zur Reduktion der Kardinalsymptome unterstützend mit funktioneller Bewegung, unter Einbeziehung der Wundränder sowie der umliegenden Haut. (Weichhaltung des umliegenden Bindegewebes mit Folientapes).

Die Wunde selbst wurde nicht mit Wundauflagen versorgt.

Therapieplan

- Plasma 7 Einheiten 60 Sek. 27-mal
- Laser 10 Einheiten 60 Sek. 27-mal
- Kombinationstape inklusive 12 Einheiten
- Kompression und Bewegung
- 7 Wochen Behandlungszeit

Ergebnisse

Es kam zur vollständigen Abheilung ohne Narben und ohne weitere Komplikationen. Die sudeck'schen Zeichen nicht mehr vorhanden. Psychische Verfassung gut.

Diskussion

Sind Wundauflagen bei Wunden, die nicht heilen wollen, angebracht?

Durch ständigen Wechsel (feuchter) Wundauflagen wird die Granulation des neu gebildeten Schutzfilms regelmäßig abgetragen.

Es hat sich gezeigt, dass eine alleinige Therapieform zur Abheilung von komplizierten Wunden ausreicht.

Steffen Barth, Physiomed ambulant teilstationär REHA-Therapie-Wundheilung, Eilper Straße 62, 58091 Hagen, E-Mail: steffen.barth@sanotape.com

POSTER 24 · Weniger ist mehr - wie Wundgeruch und -exsudat effektiv reduziert werden kann

Einleitung

Das Ziel dieses Posters ist, anhand einer Fallserie aufzuzeigen, wie Wundgeruch und Exsudat bei Patienten mit stark exsudierenden und riechenden Wunden mittels eines superabsorbierenden Wundverbandes mit einem „SuperCore“ und Aktivkohle effektiv reduziert werden kann.

Methoden

In dieser Fallserie von vier polymorbiden Patienten mit stark exsudierenden und riechenden Wunden wurde zur Eindämmung des Exsudates und des Geruchs ein superabsorbierender Wundverband mit einem „SuperCore“ und Aktivkohle drei Mal wöchentlich während vier Wochen appliziert. Mittels eines standardisierten Fragebogens wurde die Wund- und Patientensituation dokumentiert. Alle Patienten wurden zwischen Oktober 2017 und Februar 2018 behandelt.

Ergebnisse

Die Resultate dieser Fallserie zeigen, dass mit der alleinigen Applikation von einem superabsorbierenden Wundverband mit einem „SuperCore“ und Aktivkohle der Wundgeruch von 9 auf 2 einer visuellen analogen Skala (1–10) reduziert werden kann. Diese Reduktion wurde auch durch die behandelten Patienten bestätigt. Keine der Wunden wies eine Mazeration auf. Die Wundspezialisten empfanden die Anwendung als einfach. Dies besonders, weil keine Primärverbände verwendet werden mussten.

Diskussion

Durch eine einfache alleinige Applikation von einem superabsorbierenden Wundverband mit einem „SuperCore“ und Aktivkohle konnte bei stark exsudierenden und riechenden Wunden das Wundexsudat sowie der Wundgeruch effektiv reduziert werden.

Prof. Dr. Sebastian Probst, Fachhochschule Westschweiz, 47 Avenue de Champel, 1206 Genève (CH), E-Mail: sebastian.probst@hesge.ch

POSTER 25 · Deckung einer Gesichtsverbrennung bei einem Kind mit Deckungsmaterial für chronische Wunden

Einleitung

In Deutschland werden jährlich etwa 16.000 Verbrennungen stationär behandelt, ca. 40% bei Kindern unter 15 Jahren. Bei Verbrennungen 2. Grades werden oft Deckungsmaterialien mit dafür dezidiert CE-Zertifizierung verwendet. Im vorliegenden Fall verbrühte sich eine Neunjährige zweitgradig mit heißem Wasserdampf im Gesicht durch unbeaufsichtigten Umgang mit einem Kaffeekocher für Campingzwecke. Aufgrund logistischer Not wurde entschieden, die Wunde mit einem nicht für Verbrennungen, sondern für chronische Wunden zugelassenen Deckungsmaterial zu versorgen. Über den Verlauf und das Ergebnis soll berichtet werden.

Methoden

Dokumentation der Versorgung einer Verbrennungswunde im Gesicht bei Deckung mit nicht zugelassenem Material durch schriftliche Verlaufsdocumentation und Fotografie.

Ergebnisse

Nach der Applikation von heißem Wasserdampf auf die Stirn entstand unmittelbar eine Blase mit rot-weißem Grund in Form eines gleichschenkligen Dreiecks mit Seitenlänge 1,2 cm mittig knapp oberhalb der sutura frontonasalis. Die Verletzung war mit starkem Schmerzgefühl verbunden. Lokale Kühlung war aufgrund des Wundortes nicht adäquat durchführbar. Die Blase eröffnete sich spontan. Aufgrund logistischer Umstände wurde sich für eine Versorgung vor Ort entschieden. Mit einem sterilen Skalpell wurden die Blasenreste vollständig entfernt. Mangels Alternative wurde ein zufällig vorhandenes Deckungsmaterial für chronische Wunden, Suprathel®CW, auf Wundgröße ausgeschnitten und aufgelegt. Es handelt sich hierbei um eine hydrolytisch resorbierbare Membran. Mit der Auflage waren die Schmerzen innerhalb weniger Minuten deutlich gelindert. Völlige Schmerzfreiheit nach zwei Tagen. Innerhalb von neun Tagen komplette komplikationslose narbenfreie Abheilung der Wunde.

Diskussion

Obwohl für die Verbrennung nicht zugelassen, hat sich Suprathel®CW in diesem Fall für den ambulanten Einsatz bei einer zweitgradigen Verbrennung bewährt. Eindrucksvoll ist die, auch in der Literatur beschriebene, sehr kurzfristige Schmerzreduktion.

Dr. Steffen Wahler, Praxis am Lerchenberg, Friedrich-Kirsten-Straße 40, 22391 Hamburg, E-Mail: steffen.wahler@t-online.de

POSTER 26 · NPWT und Polymem Wic - komplizierte Wunden ganz einfach

Einleitung

Komplizierte Wunden bei multimorbiden Patienten stellen eine große Herausforderung dar, wenn Knochen, Prothesen oder Sehnen zusätzlich freiliegen. NPWT (negative pressure wound therapy) setzt einen Granulationsreiz, die Neoangiogenese wird gefördert. Bei ausgedehnten Nekrosen oder freiliegendem anergem Material kommt es durch den raschen Abtransport von Exsudat zu einem Austrocknen. Durch die zusätzliche Applikation von Polymem Wic (Ferris Mfg. Corp, USA) unter dem Schwamm wird dieser Effekt vermindert und es kann eine Granulation erreicht werden.

Methoden

Das Poster beschreibt eine Fallserie von drei Patienten mit komplexen Wunden, bei denen eine NPWT (KCI medical, San Antonio, Tx, USA) mit Einlage von Polymem Wic unter den Schwamm durchgeführt wurde. Ziel war der Erhalt des freiliegenden Gewebes und die Übergranulation.

Patient 1 hat bei Diabetes mellitus und AVK IV eine freiliegende nekrotisch-infizierte Fußhebersehne, die durch die Therapie erhalten werden konnte.

Patient 2 hat bei diabetischem Fußsyndrom einen freiliegenden, infizierten Knochen nach Wunddebridement und Teilamputation, welcher durch die Therapie übergranuliert und erhalten werden konnte.

Patient 3 hat einen freiliegenden Bypass im Oberschenkel mit umliegenden Infekt und Nekrose, welche unter der Kombinationstherapie übergranuliert und erhalten werden konnte.

Ergebnisse

Bei allen drei Patienten konnte unter NPWT in Kombination mit Polymem Wic eine Übergranulation und im Verlauf Abheilung erreicht werden. Das Gewebe zeigte sich bei allen Verbandwechseln vitaler und feucht. Folgeamputationen auf Grund der Wunden konnten verhindert werden.

Diskussion

Durch die zusätzliche Applikation von Polymem Wic konnte der austrocknende Effekt der NPWT, welche gesteigert das Exsudat abtransportiert, vermindert werden. Die freiliegenden Strukturen bei den Patienten trockneten nicht aus und konnten vom Körper aktiv übergranuliert werden, so dass eine Abheilung erreicht wurde.

Dr. Timo Clasen, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg, Elise-Averdieck-Straße 17, 27356 Rotenburg/Wümme, E-Mail: dr.timo.clasen@googlemail.com

POSTER 27 · Klinische Erfahrung in der Versorgung von chirurgischen Wunden mit Wundheilungsstörungen mit einem neuartigen Gelfaser-Wundverband*

Einleitung

Wunden, die post-operativ Wundheilungsstörungen aufweisen, müssen adäquat versorgt werden, zur Vermeidung weiterer Komplikationen und Anregung der Wundheilung.

Ziel

Im Rahmen einer kontrollierten klinischen Studie mit Wunden, die post-operativ Wundheilungsstörungen aufwiesen, wurde der Verlauf der Wundheilung nach Behandlung mit einem neuartigen Gelfaser-Wundverband über einen Zeitraum von maximal vier Wochen beobachtet.

Methoden

Mäßig- bis stark exsudierende Wunden unterschiedlicher Genese wurden mit einem Gelfaser-Wundverband versorgt. Zunächst wurden die Wunden mit Kochsalzlösung oder einer sterilen Waschlösung gereinigt, wenn nötig ein Wunddebridement zur Auffrischung und Vorbereitung des Wundgrundes durchgeführt. Der Wundverband wurde appliziert und der Wundzustand sowie die Wundumgebung wöchentlich bzw. nach jedem Verbandswechsel bewertet.

Ergebnisse

Vorläufige Studienergebnisse zeigen, der neuartige Gelfaser-Wundverband zeichnet sich durch eine rasche und aktive Aufnahme von Wundflüssigkeit aus. Der feuchte Wundverband bildet ein weiches, dem Wundbett sich anpassendes Gel, das Wundmilieu bleibt feucht bei gleichzeitiger Reduktion des Mazerationsrisikos. Zwei bis drei Wochen nach Beginn der Behandlung konnte eine deutlich Zunahme der Granulation und eine relevante Reduktion der Wundgröße festgestellt werden. Der Verbandswechsel erfolgte Schmerz- und komplikationslos. Auch bei der Versorgung von tiefen Wundkavitäten konnte die Wundaufgabe unversehrt, ohne Verbleib von Rückständen, entfernt werden.

Diskussion

Der neuartige Gelfaser-Wundverband ist geeignet für die Versorgung von mäßig exsudierenden Wunden und reduziert das Mazerationsrisiko.

* BIOSORB Gelling Fibre Dressing ist ein Produkt der Firma Systagenix/Acelity Company.

PD Dr. Chris Braumann, St. Josef-Hospital, Ruhr-Universität Bochum, Gudrunstraße 56, 44791 Bochum, E-Mail: c.braumann@klinikum-bochum.de

POSTER 28 · Ergebnisse einer nationalen multi-zentrischen Anwenderstudie zu den reinigenden Eigenschaften eines polyabsorbierenden Wundverbandes mit Silber* bei Wunden mit dem Risiko oder dem Anzeichen einer lokalen Infektion.

Einleitung

Das Ziel dieser Anwenderstudie war es, die Fibrinreduktion sowie das Handling einer polyabsorbierenden Wundaufgabe mit Silber* in der lokalen Behandlung ambulanter Patienten mit Wunden mit dem Risiko oder Anzeichen einer lokalen Infektion zu untersuchen.

Methoden

Es wurde eine offene, prospektive, nicht-interventionelle Anwenderstudie mit einem polyabsorbierenden Wundverband mit Silber* in Deutschland durchgeführt. Hauptbeurteilungskriterium war die Entwicklung der Wundoberfläche nach vierwöchiger Behandlung. Sekundäre Beurteilungskriterien waren die Fibrinreduktion, die Verträglichkeit, die Akzeptanz und das Handling des Wundverbandes*.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 2.270 Patienten mit akuten und chronischen Wunden in 81 Zentren eingeschlossen. Die durchschnittliche Wundoberfläche

verringerte sich von 10,5 cm² auf 2,9 cm². Bei Studieneinschluss lag der durchschnittliche Anteil von Fibrinbelägen an der Wundoberfläche bei 48,1% und verringerte sich bis zum Ende der Studienlaufzeit auf 21,9%. Die Exsudation verbesserte sich im Vergleich zum Studieneinschluss bei 63,8% der Patienten. In der Abschlussvisite waren 57,6% der Wunden ohne Exsudat. Die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Auswahl der Wundaufgabe* waren die fibrinreduzierenden Eigenschaften (75,1%) und die Wirkung der Wundaufgabe* gegen lokale Infektionszeichen (72,6%).

Diskussion

Diese Ergebnisse bestätigen gute fibrinreduzierende Eigenschaften der Wundaufgabe* und einen positiven Effekt gegen lokale Anzeichen einer Infektion. Darüber hinaus ist bei der Verwendung der Wundaufgabe* keine Nebenwirkung aufgetreten. Hier zeigt sich, dass die Wundaufgabe* bei der Behandlung von Wunden mit Anzeichen einer lokalen Infektion als wirksam angesehen werden kann.

* UrgoClean Ag: Wundaufgabe mit polyabsorbierenden Fasern und TLC-Ag-Wundheilungsmatrix; (TLC-Ag= Technology Lipido-Colloid mit Silber); Laboratoires URGO

Dr. Udo Möller, URGO GmbH, Justus-von-Liebig-Straße 16, 66280 Sulzbach, E-Mail: u.moeller@urgo.de

POSTER 29 · „Wenn mein eigener Körper mein größter Gegner ist“. Ein pflegerischer Blick bei der Versorgung von Patienten mit Acne Inversa

Einleitung

Acne inversa/Hidradenitis suppurativa ist eine chronische entzündliche Hauterkrankung, die bereits im Jahr 1839 von Dr. Velpeau beschrieben wurde. Sie ist, im Vergleich mit anderen Dermatosen, mit der stärksten Beeinträchtigung der Lebensqualität einhergehend. Die starke Beeinträchtigung der Lebensqualität ist vor allem durch die Tatsache begründet, dass die Erkrankung schubweise verläuft. Sie ist durch das Entstehen von entzündlichen Knoten, Abszessen und drainierenden Fisteln gekennzeichnet. Besonders betroffen sind Körperstellen (-falten) wie Achseln, Brustbereich, perineal oder perianal. Aufgrund der jahrelangen chronischen Entzündungen sowie der operativen Sanierungen kommt es zu diffusen Vernarbungen und/oder Verfinsterungen, oft einer gesamten Körperregion.

Methoden

Literatur, Fragebögen, Patienteninterview.

Im Rahmen der Visiten wurden Daten von Patienten mittels eines Fragebogens zur Lebensqualität (z. B. Belastung durch die Acne Inversa auf den Alltag, den Beruf, die Psyche oder auch die Freizeitgestaltung) erhoben. Darüber hinaus sollten Patienten persönliche Therapieziele benennen. Die Erhebung wurde vor Therapiebeginn und unter der laufenden Therapie durchgeführt. Anschließend an die Fragebögen führten wir Interviews mit den Patienten durch, in denen sie graphisch darstellen sollten, wie stark die Acne Inversa ihr persönliches Leben beeinflusst im Vergleich zu anderen Faktoren (z. B. Partnerschaft, Beruf).

Ergebnisse

Im Rahmen unserer Beobachtungen stellten wir fest, dass die Erkrankung oft unterdiagnostiziert oder nicht bzw. zu spät erkannt wird. Dadurch haben die Patienten oft einen langen Leidensweg hinter sich. Die Diagnosestellung sowie die richtige Therapie führen zu einer deutlichen Besserung der Lebensqualität.

Diskussion

Die Acne inversa ist eine stark beeinträchtigende und aus Patientensicht sehr stigmatisierende Erkrankung. Ein besonderer Augenmerk sollte in Zukunft auf die Aufklärung und Schulung liegen. Hierbei ist interdisziplinäre Zusammenarbeiten im Sinne des Patienten zwingend gefordert.

John Schäfer, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20251 Hamburg, E-Mail: j.schaefer@uke.de

POSTER 30 · Neuer Hautschutz als Behandlungsoption der IAD

Das vorliegende Poster stellt die praktische Anwendung eines neuartigen Hautschutzes bei Inkontinenz assoziierter Dermatitis vor. Das Fachpublikum bekommt eine Übersicht über die Anwendungsmöglichkeiten aus der praktischen Erfahrung des Wundmanagements einer Uniklinik. Anhand von Praxisbeispielen wird aufgezeigt, wie Cavilon Advanced bei verschiedenen Epidermis und Dermis Schädigungen unterstützend zur

Pflege zum Einsatz kommt. Ableitend kann sich dadurch ein breites Einsatzspektrum für das Produkt ergeben.

Thomas Janczek, Wundmanagement, Uniklinik Göttingen, Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen, E-Mail: janczek@med.uni-goettingen.de

Sebastian Heber, Wundmanagement, Uniklinik Göttingen, Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen, E-Mail: sebastian.heber@med.uni-goettingen.de

POSTER 31 · Entwicklung eines evidenzbasierten Hautpflegekonzeptes in der Strahlentherapie unter Einbeziehung der Ergebnisse einer Literaturrecherche

Einleitung

Während und nach perkutaner Strahlentherapie entwickelt sich in Abhängigkeit der Strahlenqualität (Photonen und Elektronen), der Bestrahlungsdosis und der Energie der Strahlung sowie der bestrahlten Fläche eine akute Radiodermatitis nach CTCAE: I-V°. Ausgeprägte Radiodermatiden sind sehr schmerzhaft und das Risiko einer Superinfektion steigt. In einer Literaturrecherche sollte daher untersucht werden, inwieweit zur Erstellung prophylaktischer und therapeutischer Hautpflegekonzepte auf retrospektive und prospektive Studien rekuriert werden kann.

Methoden

Zum Stichtag 15.02.2017 wurde in PubMed unter den keywords radiodermatitis, radiotherapy skin toxicity, side effects radiotherapy, radiodermatitis treatment, radiodermatitis prophylaxis Literatur recherchiert. Die eingeschlossenen Artikel wurden zwischen 1979 und Februar 2017 publiziert. Von 222 Treffern erfüllten 58 Studien die Einschlusskriterien. Eingeschlossen wurden heutige Bestrahlungstechniken unter Verwendung hochenergetischer Photonen und Elektronen.

Ergebnisse

36 Studien untersuchten prophylaktische Maßnahmen, 20 Studien therapeutische Maßnahmen und in 2 Studien wurden beide kombiniert. Bestimmte Maßnahmen, wie z.B. Hautreinigung, Hautpflege, Schutz vor mechanischer Belastung reduzierten die Ausprägung der Radiodermatitis. Auf der Basis der Literaturdaten entwickelten die Autoren ein hausinternes Konzept zur Prophylaxe und Therapie der Radiodermatitis.

Diskussion

Die Datenlage zur Prophylaxe und Therapie der Radiodermatitis ist auf Grund der Vielzahl eingesetzter Substanzen schwer beurteilbar. Es existieren keine Phase-III-Studien, welche die untersuchten Substanzen gegen Placebo prospektiv randomisiert getestet haben. Prospektiv randomisierte Studien sind dringend hinsichtlich Prophylaxe und Therapie der Radiodermatitis notwendig. Von Beginn der radioonkologischen Therapie an sind Hautprophylaxe und ab einer Radiodermatitis II° nach CTCAE therapeutische Maßnahmen indiziert, um weitere Komplikationen zu vermeiden.

Claudia Schatz, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Ismaninger Straße 22, 81675 München, E-Mail: claudia.schatz@mri.tum.de

POSTER 32 · Die visuelle Dekubitusinzidenz

Einleitung

Ein stationärer Aufenthalt kann vor Aufnahme geplant werden, dennoch ist der Allgemeinzustand während Erhebung des Aufnahmezustands meist stabiler als im Verlauf des Aufenthaltes. Trotz erhobener Risikoeinschätzung mittels der Braden-Skala entstanden Dekubital Ulcera. Dem entgegenstrebend entstand das Pilotprojekt „visuelle Dekubitusinzidenz“, mit dem Ziel, das Bewusstsein bezüglich der Dekubitusprävention zu schärfen und resultierend die Inzidenzrate zu senken.

Methoden

Eine zielführende Methode, die weder ein Missdeuten noch einen enormen Mehraufwand mit sich zieht, ist notwendig. Darüber hinaus ist eine zügige sowie finanzierbare Umsetzung elementar, um nach Abschluss und positiver Evaluation alle verantwortlichen Teilbereiche zu implizieren.

Die verantwortliche Pflegekraft bringt nach Risikoeinschätzung der Braden-Skala einen farbigen Klebepunkt auf das sich am Handgelenk befindende Patientenidentifikationsarmband an (grün = keine Gefährdung; gelb = Risiko vorhanden; rot = Dekubitus vorhanden).

Drei Mal tägl. werden die Aktivitäten des täglichen Lebens evaluiert, das Dekubitusrisiko anhand eigener Erfahrungen eingeschätzt und die Farbe ggf. angepasst. Sodann können frühzeitig Maßnahmen ergriffen werden.

Ergebnisse

Die erste Evaluation fand im Rahmen eines Gesprächs mit der Gruppenleitung statt. Das Pflegepersonal ist engagiert an das Projekt herangetreten und mit der Durchführung der Interventionen vertraut. Für eine signifikante Beurteilung der Inzidenzraten sind Daten innerhalb einer längeren Periode (mindestens einem Jahr) zu vergleichen.

Diskussion

Die Prävalenz von Dekubital Ulcera zu senken hat eine hohe Relevanz für die Gesamtbevölkerung. Die Lebensqualität der PatientInnen könnte gesteigert, der Aufwand des Pflegepersonals reduziert, Kosten von Folgetherapien sowie langfristig die Mortalitätsrate von Infektionen gesenkt werden. Die Relevanz sollte fortlaufend publiziert werden, um aus dem Bewusstsein Handlungen entstehen zu lassen.

Anne-Marie Schlamm, Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen, St.-Pauli-Deich 24, 28199 Bremen, E-Mail: schlamm.a@roteskreuzkrankenhaus.de

Lars Gröne, Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen, St.-Pauli-Deich 24, 28199 Bremen, E-Mail: groene.l@roteskreuzkrankenhaus.de

POSTER 33 · Anwendungsbeispiele eines neuen PU-Schaumverband mit neuartiger Wundkissenstruktur

Einleitung

Wunden stellen, unabhängig der Lokalisation, Größe, Tiefe oder Genese, einen Defekt dar, der mit einer Funktionsstörung der Haut einhergeht. Wesentliche Funktionen der Haut sind der Schutz des Körpers vor mechanischer, thermischer Belastung, Mikroorganismen und Austrocknung. Die Substitution dieser Funktionen ist ein Bestandteil der lokalen Wundtherapie. Die Auswahl der individuell geeigneten Wundauflagen ist eine große Herausforderung. Kriterien zur Auswahl der geeigneten Produkte sind unter anderem Exsudatmenge, Wundtiefe, Hautbeschaffenheit der Wundumgebung, Lokalisation.

Die Anforderungen zur Materialauswahl werden nicht nur an die Versorgung großer und komplexer Wunden gestellt.

Methoden

Das verwendete Produkt ist ein selbsthaftender, silikonbeschichteter PU-Schaumverband, der durch seine neuartige Wundkissenstruktur (Flex Cut) sehr flexibel und geeignet für schwierige anatomische und stark beanspruchte Körperregionen ist. Die eingebetteten Superabsorber machen den Einsatz auch bei stark nassenden Wunden möglich, ohne dass die Haftung des Verbandes nachlässt. Durch die Technologie ist auch der Einsatz der haftenden Wundauflage auf atropher und vorgeschädigter Haut möglich. Die einfache Applikationsart der Wundauflage ermöglicht zudem ein selbstständiges und sicheres Anbringen des Wundverbandes.

Ergebnisse

An drei Fallbeispielen möchten wir versuchen, den Einsatz des Produkts bei Wunden an schwierigen, beweglichen und mechanisch beanspruchten Körperstellen aufzuzeigen.

Diskussion

Wir wollen die Vielschichtigkeit der zu beachtenden Faktoren in der Auswahl einer geeigneten Wundauflage verdeutlichen. Immer mit dem Ziel, die Wunde bestmöglich vor Fremdkörpern und/oder Mikroorganismen sowie Druck und Austrocknung zu schützen. Wir halten das verwendete Produkt für eine geeignete Wundauflage, die den genannten Anforderungen durchaus gerecht wird. Gleichzeitig ist mit diesen Beispielen nicht gemeint, dass nicht auch mit vergleichbaren Wundauflagen die erreichten Ergebnisse zu erzielen sind.

Hanjo Fröhlich, WZ-WundZentrum Duisburg, Ruhrorter Straße 195, 47719 Duisburg, E-Mail: hanjo.froehlich@wundzentrum-duisburg.com

POSTER 34 · Ergebnisse einer klinischen Studie mit Ulcus cruris venosum Patienten und Ultraschall-Assistiertes-Wunddebridement

Einleitung

Eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Behandlung von chronischen Wunden, die bakteriell stark kontaminiert und mit einem Biofilm belegt sind, ist die Vorbereitung des Wundgrunds durch Wunddebridement. Im Rahmen einer kontrollierten klinischen Studie wurde der Wundgrund von chronischen Wunden des Typs Ulcus cruris venosum, die bis dato schwer therapierbar und keine Anzeichen von Heilung zeigten, mit Ultraschall-assistiertem-Wunddebridement (UAW) gereinigt und mit adäquaten Wundauflagen versorgt.

Methoden

Über einen Zeitraum von 6 Wochen wurden die Wunden von 16 Patienten mit bis dato therapierefraktären Wunden jede zweite Woche oder, wenn nötig, jede Woche mit UAW gereinigt. Das „Alter“ der Wunden lag im Mittel bei 10,8 Monaten. Die Größe dieser Wunden variierte zwischen 1,9 und 57,3 cm². Das Schmerzempfinden der Patienten wurde mittels VAS-Scala bestimmt, der Wundzustand und Verlauf der Heilung wöchentlich bewertet.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen eine effektive Reinigung des Wundgrundes bei therapierefraktären Wunden nach Anwendung von Ultraschall. Fibrinbelege und totes Gewebe konnten schonend abgetragen und das vitale Gewebe erhalten werden. In 12/15 Wunden (80%) wurde eine Zunahme der Granulation und Anregung der Heilung festgestellt, mit > 50% Reduktion der Wundgröße in 4/12 Wunden; > 35% in 3/12; und > 15% in 3/12 Wunden. 2/15 Wunden heilten in Behandlungswoche 4. Die Heilung von 2/15 Wunden (20%) stagnierte; 1 Patient wurde von der Auswertung ausgeschlossen (Drop-out).

Diskussion

Durch Anwendung von Ultraschall-Assistiertem-Wunddebridement konnten Biofilme und hartnäckige Wundbeläge effektiv und schonend entfernt und die Heilung von schwer therapierbaren chronischen Wunden des Typs Ulcus cruris venosum aktiv gefördert werden. Die Ultraschall-Anwendung ist einfach und kann sowohl von Ärzten, Schwestern wie auch Pflegern durchgeführt werden.

Dr. Siamak Pourhassan, Gemeinschaftspraxis für Gefäßchirurgie & Gefäßmedizin, Zur Post 4-6, 46145 Oberhausen,
E-Mail: Pourhassan@post-praxen.de

POSTER 35 · Erste klinische Erfahrungen in der Versorgung von Ulcus cruris unterschiedlicher Genese, mit einem neuartigen Schaumverband mit Silikonrand

Einleitung

Chronische Beinulzera sind ein Problem in der Versorgung der stetig älter werdenden Bevölkerung. Für die Betroffenen ist die Lebensqualität beeinträchtigt und der Leidensdruck hoch. Der größte Teil der chronischen Beinulzera sind die Folge einer fortgeschrittenen chronischen venösen Insuffizienz; aber auch andere entzündliche Grunderkrankungen oder eine periphere arterielle Verschlusskrankheit können die Ursache sein. Zur Versorgung dieser Wunden gehören die fachgerechte Therapie der Grunderkrankung und eine adäquate Wundtherapie. Im Rahmen einer kontrollierten klinischen Studie wurde der Verlauf der Wundheilung von chronischen Beinulzera nach vierwöchiger Behandlung mit einem neuartigen Schaumverband mit Silikonrand beobachtet.

Methoden

Mäßig bis stark exsudierende chronische Beinulzera wurden mit dem Schaumverband versorgt. Wenn nötig, wurde vorab ein Wunddebridement zur Vorbereitung des Wundgrundes durchgeführt. Der Wundzustand wurde wöchentlich bzw. nach jedem Verbandswechsel bewertet.

Ergebnisse

Vorläufige Studienergebnisse zeigen, der Schaumverband zeichnet sich durch eine rasche Aufnahme von Wundflüssigkeit aus und kann bis zu 7 Tagen auf der Wunde bleiben, ohne Risiko von Mazeration. Zwei bis drei Wochen nach Behandlungsbeginn konnte eine deutlich Zunahme der Granulation und Reduktion der Wundgröße festgestellt werden. Der Verbandswechsel erfolgte schmerz- und komplikationslos. Von Patienten mit schmerzempfindlichen chronischen Beinulzera mit sehr trockener Haut am Wundrand wurden die Verbandseigenschaften besonders positiv bewertet.

Diskussion

Der neuartige Schaumverband mit Silikonrand ist geeignet für die Versorgung von chronischen Beinulzera unterschiedlicher Genese und zeichnet sich dadurch aus, dass er lange auf der Wunde bei guter Verträglichkeit belassen werden kann.

Dr. Siamak Pourhassan, Gemeinschaftspraxis für Gefäßchirurgie & Gefäßmedizin, Zur Post 4-6, 46145 Oberhausen,
E-Mail: Pourhassan@post-praxen.de

POSTER 36 · Palliative Wundversorgung - zuhause Sterben ist der Wunsch der Betroffenen

Einleitung

Exulzationen im neuen wording „Malignom-assoziierte Wunden“ sind tumor- und therapiebedingte Wunden. Diese gehen mit schwerwiegenden Symptomen sowohl für die Psyche als auch die Physis einher. In der Palliative Care definieren wir Pflegeziel und Wundpflege ganz im Sinne der „radikalen Patientenorientierung“, d. h. der Patient steht mit seinen Wünschen und Bedürfnissen im Mittelpunkt der Versorgung.

Methoden

Das methodische Vorgehen lag in der Auswertung von Krankenbeobachtung und multiprofessioneller Fallbesprechung bei der Begleitung von sterbenden Patienten sowohl in der SAPV als auch in der AAPV.

Ergebnisse

Es gilt hier, die belastenden Symptome wie Wundschmerz, Juckreiz, Exsudation, Wundgeruch und Blutung unter Kontrolle zu bringen. Aber auch Körperbildveränderungen und körperlicher Zuneigungsverlust sind Themen, die uns in der täglichen Versorgung begegnen. Nicht nur die Patienten, sondern auch die Angehörigen benötigen von uns eine hohe Fachexpertise, soziale Kompetenz und Authentizität.

Verbandstoffe müssen unter anderen Gesichtspunkten betrachtet werden. Es gilt hier, nicht ein feuchtes Wundmilieu zu schaffen, sondern die Möglichkeiten der Innovation zu nutzen, um Lebensqualität bei den Betroffenen und ihren Angehörigen zu produzieren. Hautpflege hingegen hat einen hohen Stellenwert, denn die Haut ist Schauplatz und Austragungsort für viele therapiebedingte Nebenwirkungen. Es ist wichtig, das Richtige zur richtigen Zeit in geeigneter Menge zu verwenden, um Pflege im Sinne von Wohltat und Lebensqualität zu empfehlen und anzuwenden, um damit unzureichende Hautzustände zu verbessern. Jeder Patient ist eine neue Herausforderung mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Symptombewertung. In der Kommunikation bedarf es Aufrichtigkeit, Achtsamkeit, Respekt und Mut um Themen wie z. B. belastenden Wundgeruch zu erörtern.

Diskussion

Wundheilung ist nur im Einzelfall möglich, nach tumortherapiebedingter Intervention. Hier gelten die üblichen Versorgungsmöglichkeiten wie bei chronischen Wunden.

Inga Hoffmann-Tischner, Wundmanagement Köln, Hohestraße 85,
51149 Köln, E-Mail: ih@wundmanagement-koeln.de

POSTER 37 · Erfahrungen mit einer neuen konservativen Therapieform bei Akne inversa

Einleitung

Die Acne inversa ist eine chronisch-rezidivierende, schmerzhaft, entzündliche Hauterkrankung, die vorzugsweise in drüsenreichen Hautregionen, häufig in den Axillen, der Inguinal- und Anogenitalregion auftritt. (Dessauer Definition). Die Erkrankung verläuft progredient in 3 Stadien nach Hurley.

In Deutschland sind zwischen 225.000 und 3,1 Millionen Menschen betroffen. Die Betroffenen leiden unter anderem an Schmerzen, Geruchsbelästigung, Bewegungseinschränkungen, Einschränkungen im Sexualleben und Depressionen.

Methoden

Derzeit wird in einer S1-Leitlinie je nach Hurley-Grad eine systemische Antibiotikatherapie, begrenzte oder weit reichende Exzisionen empfohlen. Diese Exzisionen bedeuten für den Patienten in der Regel eine lange Leidensphase durch langwierige Wundheilung und anschließende vernarbungsbedingte Kontrakturen.

Ergebnisse

Eine neue konservative Therapieform, die lAight-Therapie, nutzt Lichtspektren und Radiofrequenz für eine antimikrobielle, antientzündliche und talgproduktionshemmende Wirkung.

Dadurch kann die Progredienz der Erkrankung verlangsamt und die Notwendigkeit einer Exzision hinausgezögert, unter Umständen sogar vermieden werden. Dies bedeutet für die Patienten eine Verringerung ihrer Leiden und eine Steigerung der Lebensqualität.

Diskussion

Patientenerfahrungen und aktuell durchgeführte Untersuchungen scheinen die Wirksamkeit der Therapie zu belegen.

Monika Bienert, WZ-WundZentrum Aachen, Katschhof 3, 52062 Aachen,
E-Mail: monika.bienert@wundzentrum-aachen.com

POSTER 38 · Ulcus cruris - komplexe Therapie in einem stationären Wundzentrum

Ist die Verbesserung der Lebensqualität statistisch nachweisbar?

Einleitung

Im Zeitraum von 3/2016 bis 6/2017 wurden im Sächsischen Wundzentrum Muldental (ICW e.V.) 27 Patienten mit Ulcus cruris stationär behandelt. Ziel der Studie war die Frage, ob die chirurgische Wundtherapie mit umfassendem Beratungs- und Schulungsprogramm zu einer Anhebung der Lebensqualität führt und ob diese Subjektivität objektiv nachweisbar ist.

Methoden

Zum Aufnahmezeitpunkt und nach 9 Monaten wurden 12 Fragestellungen zur Lebensqualität anhand standardisierter Fragebögen erhoben und miteinander verglichen. Die Fragebögen orientieren sich an den Dokumenten der ICW. Die Antwortmöglichkeiten (sehr bis gar nicht) wurden mit den Ziffern 1 bis 5 hinterlegt und die Ergebnisse mit dem t-Test für abhängige Stichproben ausgewertet.

Ergebnisse

Die Gruppe (Durchschnittsalter 75,5 Jahre) bestand aus 18 Frauen und 9 Männern. Die Pathogenese war 14 × venös, 4 × arteriell, 6 × gemischt, 1 × Basaliom und zweimal Pyoderma gangraenosum.

Die verglichenen Mittelwerte zeigten für die Bereiche Schmerz, Sekretion, Geruch, Schlaf, Gemütslage, Mobilität und Alltag deutliche Verbesserungen nach der Behandlung. Im t-Test konnten statistisch hochsignifikante p-Werte zwischen 0,01 und 0,001 nachgewiesen werden. Nur die Fragen nach der Angst vor dem Rezidiv/Verschlechterung ergaben keine Unterschiede.

Diskussion

Es konnte nachgewiesen werden, dass die komplexe Behandlungsstrategie in einem Wundzentrum aus ärztlicher Leistung, pflegerischem Wundmanagement und krankheitsbezogenen Schulungen einen positiven Effekt auf den Umgang der Patienten mit ihrer Erkrankung haben. Das Verständnis und die Eigenkompetenz können gestärkt werden und zur Prophylaxe beitragen. Die Ängste vor erneuten Rezidiven bleiben unverändert und spiegeln eher eine Seite unserer Psyche wieder.

Es ist sicher schwierig, subjektives Empfinden objektiv mit Statistik zu bewerten, jedoch sind die Ergebnisse hochsignifikant und können die Tendenz zur umfassenden Therapie in einem Wundzentrum inkl. einem Beratungs- und Schulungsprogramm bestätigen.

Jana Schmidt, Sächsisches Wundzentrum Muldental, Kleiststraße 5, 04668 Grimm, E-Mail: jana.schmidt@kh-mtl.de

Dr. Stefan Vehlows, Sächsisches Wundzentrum Muldental, Kleiststraße 5, 04668 Grimma, E-Mail: stefan.vehlows@kh-mtl.de

Achtung!

Die Verleihung des Deutschen Wundpreises 2018 findet am 17.5.2018 ab 18:15 Uhr im Raum 4B statt

