



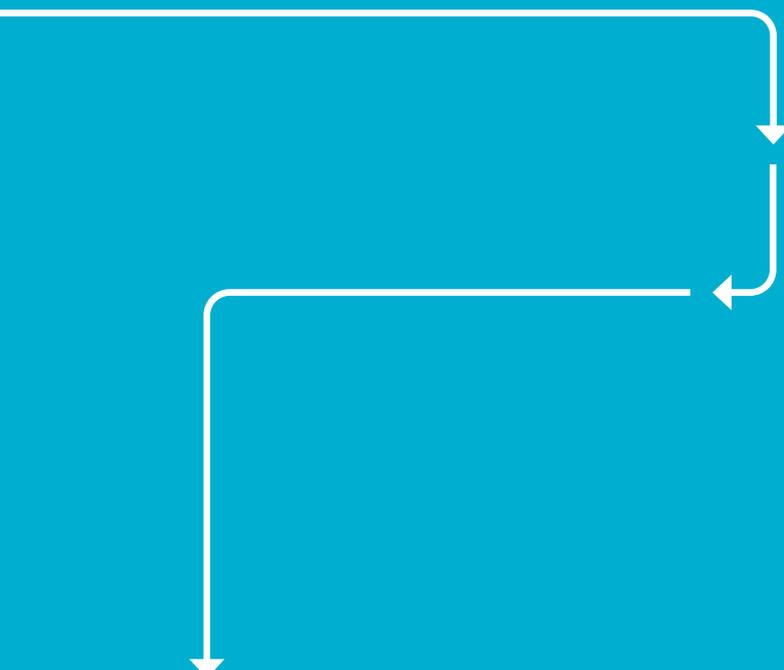
NEU!
Interaktives
PDF

WundWegWeiser

In 5 Schritten zur Wundheilung

*Internationaler Konsens
zur Versorgung von Menschen
mit chronischen Wunden*





Autoren

Dr. David Keast, Kanada | Mary Brennan, WOCN, USA | Dr. Marcelo Liberato, Brasilien |
Dr. Hubert Vuagnat, Schweiz | Dr. Caroline Dowsett, UK | Terry Swanson, Australien |
Dr. Tonny Karlsmark, Dänemark | Dr. Alessandro Greco, Italien |
Dr. Christian Münter, Deutschland | Dr. José Luis Lázaro-Martínez, Spanien

Deutsche Übersetzung

Dr. Christian Münter | Barbara Temme | Inga Hoffmann-Tischner | Mike Schmalzbauer |
Dr. med. Susanne Kanya

Entwickelt für Fachkräfte – zur Verfügung gestellt von Coloplast.

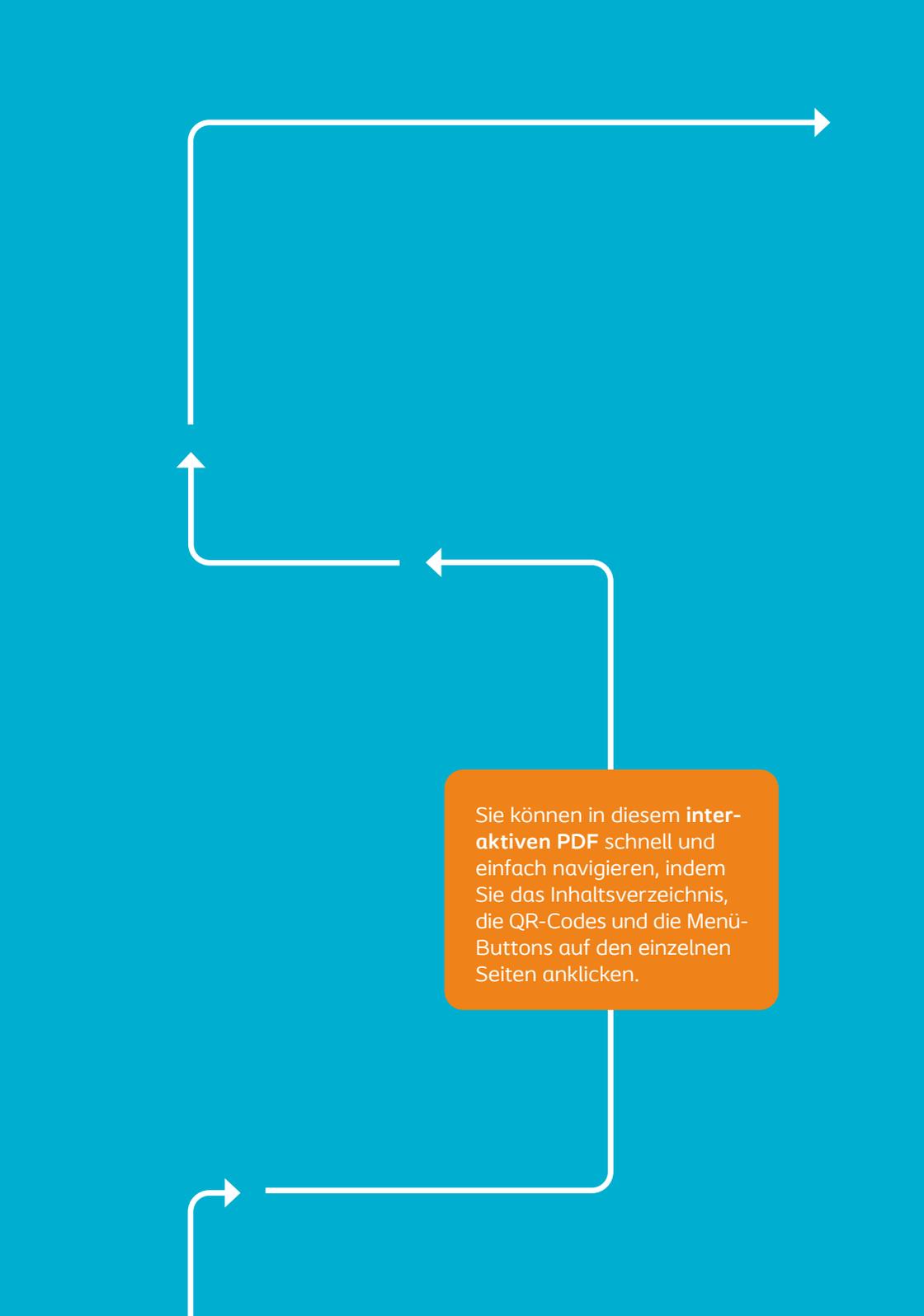
Der WundWegWeiser wurde auf Grundlage von Rückmeldungen und Beiträgen von mehr als 2200 Klinikern entwickelt, die im Bereich der Wundversorgung tätig sind.

Der kürzeste Weg zur Wundheilung

Wir alle wollen, dass Menschen, die an chronischen Wunden leiden, weniger Tage mit Wunden leben müssen. Den schnellsten Weg zur Wundheilung zu finden, kann jedoch eine Herausforderung sein.

Wenn Sie diesen Leitfaden befolgen, können Sie sicher sein, dass Sie auf dem richtigen Weg sind, die Wundheilung zu fördern und Komplikationen zu vermeiden.

Der Leitfaden wurde von Fachkräften für Fachkräfte entwickelt und hilft Ihnen, die neuesten Erkenntnisse in der Wundversorgung in die Praxis umzusetzen.



Sie können in diesem **interaktiven PDF** schnell und einfach navigieren, indem Sie das Inhaltsverzeichnis, die QR-Codes und die Menü-Buttons auf den einzelnen Seiten anklicken.

Ein Schritt-für-Schritt-Leitfaden

Was ist eine chronische Wunde?	06
Schritt 1 Beurteilung einer chronischen Wunde	12
Schritt 2 Erstellen eines Behandlungsplans	20
Schritt 3 Eine chronische Wunde versorgen	26
Schritt 4 Verbandauswahl	36
Schritt 5 Den Wundfortschritt beurteilen	40
Die Überweisung an einen Spezialisten	43
Glossar	45

Was ist eine chronische Wunde?

Eine Wunde, die nach acht Wochen nicht abgeheilt ist, wird als „chronisch“ bezeichnet. Unabhängig von dieser zeitlich orientierten Definition gibt es Wunden, die von Beginn an als chronisch anzusehen sind, da ihre Behandlung eine Therapie der Ursache erfordert. Hierzu gehören beispielsweise das Diabetische Fußsyndrom, Wunden bei pAVK, Ulcus cruris venosum oder Dekubitus.

Die hier gegebene Anleitung wird Ihnen helfen, für alle Arten von chronischen Wunden eine optimale Heilungsumgebung zu schaffen. Auch nicht heilbare Wunden (d. h. unzureichende Durchblutung oder palliative Wunden) können unter Befolgung dieses Wundversorgungspfades behandelt werden.



Beachten Sie: Jede akute Wunde kann zu einer schwer heilenden Wunde werden. Eine schwer heilende Wunde ist eine Wunde, die auch unter sachgerechter Therapie nur verzögert abheilt.



Scannen Sie hier,
um zur ICW-Definition
„chronische Wunde“
zu gelangen.

Wundarten



Bei **postoperativen Wunden** können Infekte, Dehiszenzen, Serome oder Hämatome zu Wundheilungsstörungen führen. Der Heilungsprozess wird verzögert oder ganz verhindert und es resultiert eine komplizierte oder chronische Wunde.



Ein **Druckgeschwür/Dekubitus** ist eine lokalisierte Gewebnekrose, die entsteht, wenn Bindegewebe über längere Zeit zwischen Knochen und einer externen Oberfläche gequetscht wird. Dies kann infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften geschehen. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, deren Bedeutung aber noch zu klären ist.



Mistele H,
Kalbbermatten D,
Sattelen C,
[https://doi.org/
10.1024/0040-
5930/a000246](https://doi.org/10.1024/0040-5930/a000246)



Gemeinsame Leitlinie,
European Pressure Ulcer
Advisory Panel EPUAP,
NPIAP (National Pressure
Injury Advisory Panel),
Pan Pacific Pressure Injury
Alliance PPIA 2014

Wundarten



Wunden, die im Rahmen eines Diabetischen Fußsyndroms infolge von Polyneuropathie, Makro- und Mikroangiopathie und Chondroarthropathie entstehen.

Nach Pschyrembel 2022



Das **Ulcus cruris venosum** ist die schwerste Ausprägung der chronisch venösen Insuffizienz. Es handelt sich um eine nicht oder nur schlecht heilende Wunde, die meist am Innenknöchel auftritt.



www.phlebology.de
Website der
Deutschen Gesellschaft für Phlebologie,
11.01.2022 09:30Uhr



Ein **Ulcus arteriosum** ist eine Ulzeration aufgrund einer arteriellen Minderperfusion im Rahmen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK).

Siewert: Chirurgie 8. Auflage,
Springer 2006, ISBN 978-3-540-30450-0





1

Beurteilung einer
chronischen Wunde



Chronische und schwer heilende Wunden beurteilen

Wenn Sie eine chronische und schwer heilende Wunde beurteilen, sollten Sie immer sowohl den Menschen als auch die Wunde betrachten. Ein ganzheitlicher Ansatz ist die beste Vorgehensweise.

Eine „ganzheitliche“ Wundbeurteilung berücksichtigt eine Vielzahl von Faktoren, die über die bloße Biologie der Wunde hinausgehen, und erfordert eine Koordination zwischen Ihnen und den anderen Teammitgliedern.

Bei der Durchführung der Wundbeurteilung sollten Sie immer ein validiertes Beurteilungsinstrument verwenden, wie z.B. das Wunddreieck. Sie sollten sicherstellen, dass alle Mitglieder Ihres Teams die gleiche Methode zur Beurteilung der Wunde verwenden.

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Beschreibung der wichtigsten Parameter, die Ihre Beurteilung umfassen sollte.

Chronische und schwer heilende Wunden sollten mindestens alle 4 Wochen erneut beurteilt werden, um den Heilungsfortschritt zu beurteilen und festzustellen, ob sich der Zustand der Wunde verändert hat.



Denken Sie daran: Wunden wie beispielsweise das Diabetische Fußulcus, Wunden bei pAVK, Ulcus cruris venosum oder Dekubitus benötigen bereits ab dem ersten Tag nach ihrer Entstehung eine spezielle Versorgung, da sie schwer heilend sind.



Scannen Sie hier, um das Wunddreieck aufzurufen.



Scannen Sie hier, um zum „Expertenstandard: Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ zu gelangen.

Wie Sie Wunden beurteilen

- Bestimmen Sie Alter, Mobilität, kognitive sowie motorische Fähigkeiten und die Fähigkeit der betroffenen Menschen, für sich selbst zu sorgen.
- Identifizieren Sie mögliche Grundkrankheiten wie chronisch venöse Insuffizienz, periphere arterielle Verschlusskrankheit oder Diabetes mellitus. Überprüfen Sie die aktuelle Medikation, die Medikamentenanamnese und erfragen Sie die bisherige Wundtherapie.
- Überprüfen Sie, ob Begleiterkrankungen vorhanden sind und identifizieren Sie Faktoren, die die Wundheilung beeinflussen oder Risiken für die Entstehung neuer Wunden bergen.
- Erkundigen Sie sich nach der Krankengeschichte, z.B. nach früheren Operationen, Wunden und Krankheiten, Allergien gegen Medikamente usw.
- Identifizieren Sie Risikofaktoren wie Rauchen, Ernährung (Untergewicht oder Fettleibigkeit), sitzende Lebensweise und Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch.

- Erheben Sie den Gefäßstatus.
- Erheben Sie die Sozialanamnese mit positiven und negativen Lebensumständen, der Lebensqualität und der Teilhabe am sozialen Leben.
- Identifizieren Sie psychische Probleme wie Depressionen, Ängste usw.
- Bestimmen Sie die Schmerzstärke in Ruhe, bei Bewegung und beim Verbandwechsel. Benutzen Sie hierzu eine visuelle Analogskala.



Scannen Sie hier,
um die Schmerzskala
aufzurufen.

Wundbeurteilung

- Bestimmen Sie die Ursache der Wunde (die Ätiologie).
- Verstehen Sie die „Geschichte“ der Wunde, ihre Dauer und ihren Heilungsverlauf.
- Erfassen Sie die Lokalisation der Wunde und messen Sie ihre Größe (Länge, Breite, Tiefe).
- Prüfen Sie auf Anzeichen einer Infektion.

Beurteilen Sie den Wundzustand:

- Messen Sie die Wundtiefe.
- Inspizieren Sie das Wundbett. Achten Sie auf Beläge (Fibrin, Biofilm), Unebenheiten, Taschen, Fisteln. Identifizieren Sie Strukturen wie Sehnen, Knochen, Nekrosen.
- Prüfen Sie, ob Exsudatansammlungen vorliegen.

Beurteilen Sie das Exsudat und den Verband:

- Inspizieren Sie den gebrauchten Verband auf eventuelle Undichtigkeiten und Aufnahme des Exsudats.
- Bestimmen Sie die Menge des Wundexsudats in Wunde und Verband. Überprüfen Sie, ob der Verband zur Menge des Exsudats passt.
- Beurteilen Sie die Farbe, Viskosität und Geruch des Exsudats.

Beurteilen Sie den Wundrand und die wundumgebene Haut:

- Beurteilen Sie die Wundränder (sind sie eingerollt, wulstig, entzündet, unterminiert, mazeriert?).
- Beurteilen Sie die wundumgebene Haut. (Ist sie trocken oder feucht? Besteht eine Rötung, Schwellung, Mazeration, Blasenbildung?).

Fragen Sie sich:



Scannen Sie hier, um die Standards für Diagnostik und Therapie chronischer Wunden aufzurufen.



Wie tief ist die Wunde?



Sehen Sie Exsudatansammlungen?



War der verwendete Verband geeignet?



Hat der Verband das Exsudat absorbiert und zurückgehalten?



Ist das Exsudat klar oder trüb?



Welche Farbe hat das Exsudat?



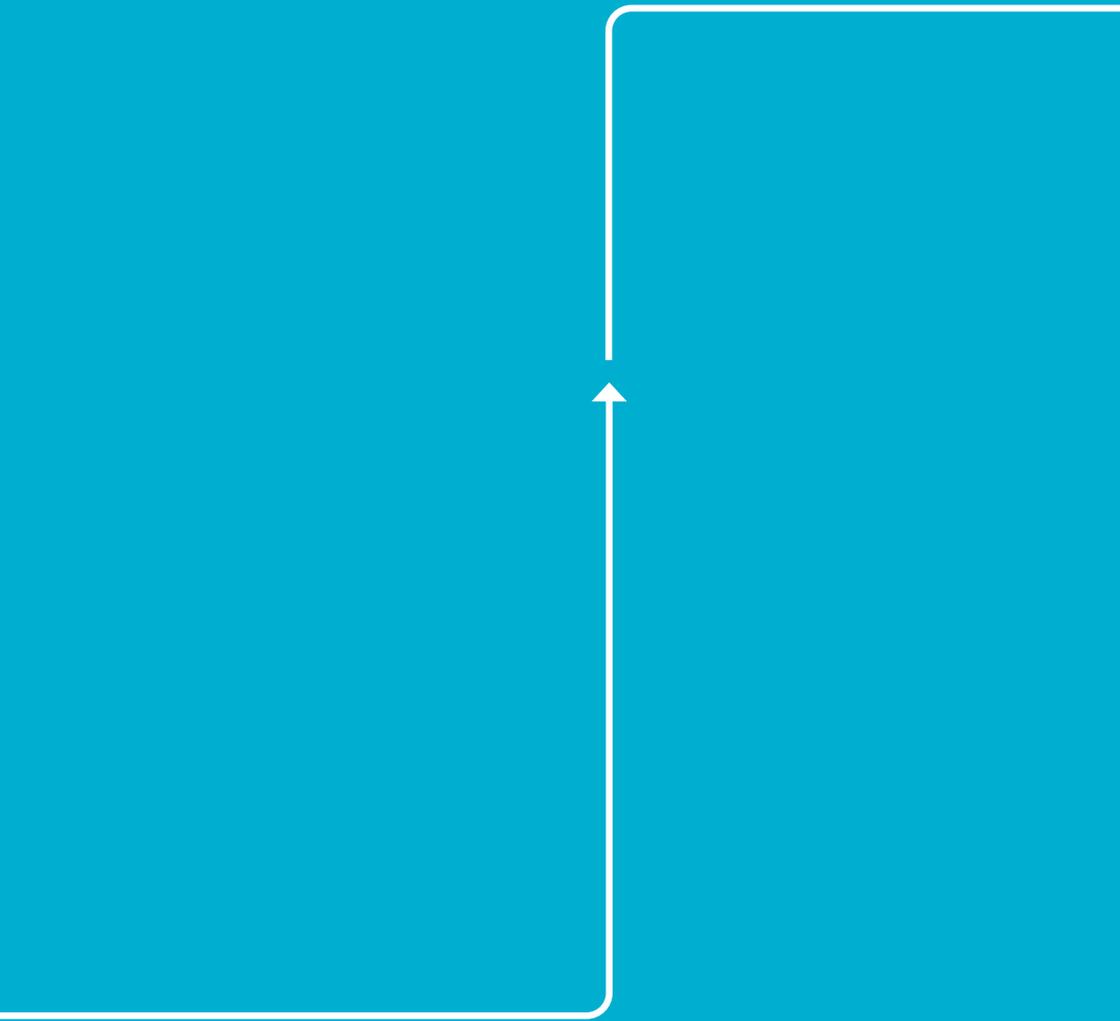
Sind der Wundrand und die Wundumgebung mazeriert?



Ist der Wundrand unterminiert?



Ist der Wundrand wulstig?





2

The diagram features a central text block on a teal background. A white arrow enters from the top left, points down to a circle containing the number '2', and then continues down to the text. A second white arrow enters from the bottom left, points up to the text, and then continues up and right to exit the frame. A third white arrow enters from the top left, points down to the text, and then continues down and right to exit the frame.

Erstellung eines
Behandlungsplans

Erstellung eines Behandlungsplans

Sobald Sie Ihre ganzheitliche Patienten- und Wundbeurteilung abgeschlossen haben, muss unter Berücksichtigung der Lebensqualität ein evidenzbasierter Behandlungsplan entwickelt werden.

Er sollte das weitere Vorgehen festlegen und von allen Beteiligten – einschließlich der Betroffenen und deren Angehörigen – unterstützt werden.

Der Behandlungsplan sollte sich auf folgende Punkte konzentrieren:

- Behandlung der zugrunde liegenden Ursache/ Ätiologie der Wunde
- Umgang mit bestehenden Begleiterkrankungen
- Sicherstellung einer effektiven Wundbettvorbereitung und -pflege
- Auswahl geeigneter Wundauflagen

Behandlungsplan – Checkliste:

Stellen Sie das Wundteam zusammen:

- In dem Behandlungsplan ist geklärt, wer zum multi-professionellen Betreuungsteam gehört.
 - Er ist für alle Mitglieder des Wundteams (z.B. Ärzte, Pflegefachkräfte, Heil- und Hilfsmittelversorger) zugänglich und verständlich.
 - Er wird von den Betroffenen und deren Familie bzw. seinem persönlichen Unterstützungsnetz verstanden und akzeptiert.
-

Ziel:

- In dem Behandlungsplan ist der Pflegepfad klar festgelegt, einschließlich der spezifischen Behandlung der wund-umgebenden Haut und des Wundbetts.
 - Er enthält spezifische Ziele für den Heilungsverlauf der Wunde (sowohl kurz- als auch langfristig).
 - Er kommuniziert, was zu tun ist, wenn die Ziele nicht erreicht werden.
 - Er stellt Risikofaktoren und unerwünschte Ereignisse, welche zu beachten sind, dar und gibt Anweisungen, was zu tun ist, wenn diese auftreten (z.B. Anzeichen einer Infektion, Veränderung des Wundexsudats oder Mazeration des Wundrands).
-

Sicherheit:

- Der Behandlungsplan macht den Betroffenen klar, wann sie ihre Wundversorger informieren sollen (z.B. bei Warnzeichen/Symptomen einer Infektion).
- Das Wundteam veranlasst bei Bedarf die Konsultation oder Überweisung an einen Spezialisten.

Wie werden Betroffene und deren Bezugspersonen einbezogen

Die Forschung zeigt, dass Betroffene, die in die Planung ihrer Behandlung einbezogen und in effektiver Selbstfürsorge unterrichtet werden, eher bereit sind, sich an den Behandlungsplan zu halten.

Das Einbeziehen der Betroffenen und deren Betreuer bedeutet:

- Dem Betroffenen zuhören.
- Gemeinsam mit dem Betroffenen nach Lösungen suchen.
- Berücksichtigung des Betroffenen als Partner in der Wundversorgung.
- Förderung der Eigenverantwortung der Betroffenen zur Verbesserung des Heilungsverlaufes.
- Bereitstellung von Hilfsmitteln, um den Betroffenen adäquat zu unterstützen.
- Berücksichtigung der wirtschaftlichen und sozialen Gegebenheiten des Betroffenen.
- Die Wünsche des Betroffenen akzeptieren.



Ein Behandlungsplan sollte immer persönliche Präferenzen berücksichtigen und die Fähigkeit des Betroffenen zur Selbstversorgung und sein persönliches Unterstützungsnetz mit einbeziehen.

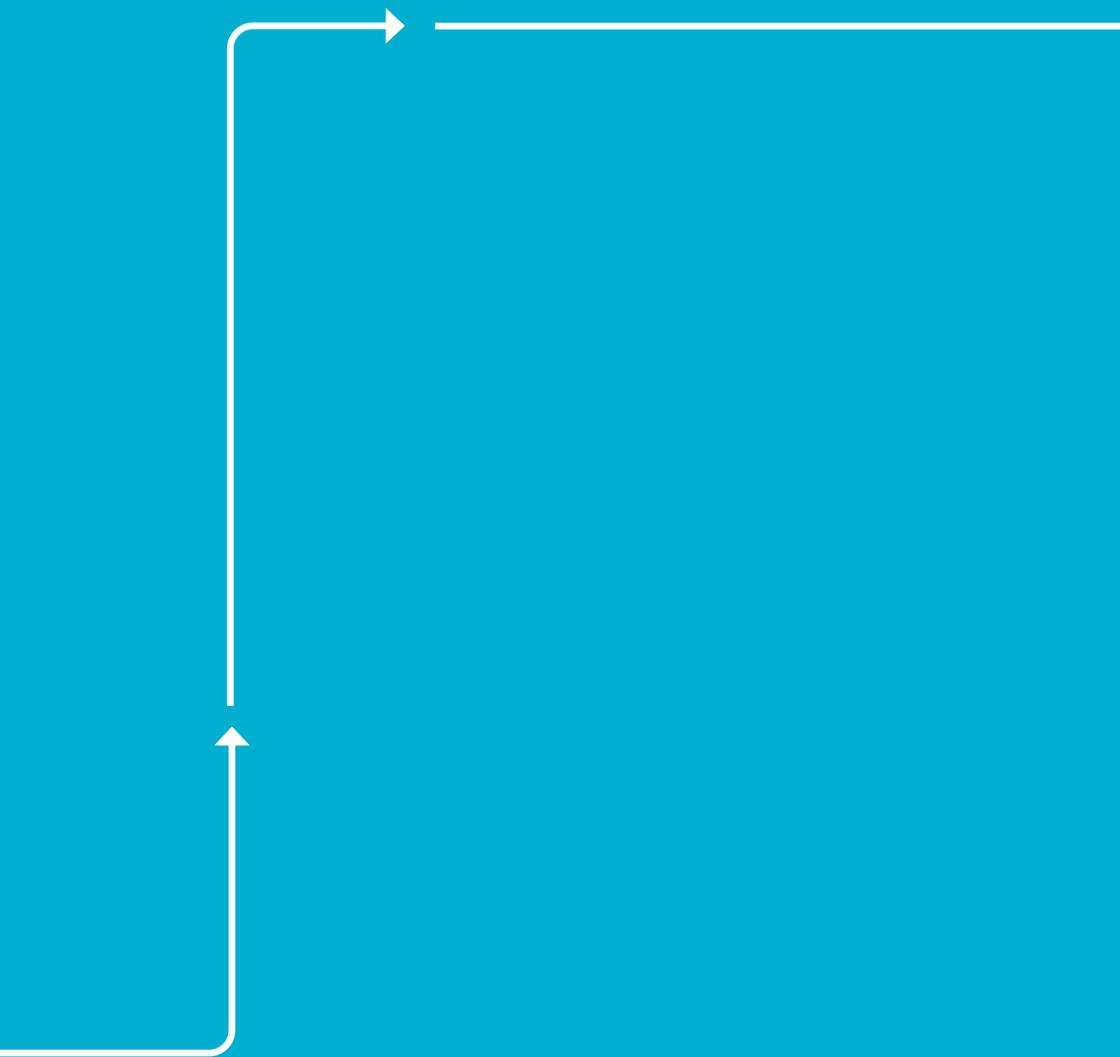
Aufklärung der Betroffenen und deren Betreuer bedeutet:

- Ihnen zu zeigen, wie man einen effektiven Verbandwechsel durchführt.
- Sie müssen wissen, wie sie Anzeichen für eine Infektion, andere Risiken oder wundheilungshemmende Faktoren erkennen können, die den Kontakt zum Wundteam erfordern.
- Beratung zur Körper- und Wundhygiene.

Um den Betroffenen, deren Familienangehörigen und Pflegekräften das Verstehen zu erleichtern, sollten Sie mehrere Kommunikationsmethoden einsetzen (z.B. Demonstrationen, Bilder, Broschüren, Videos). Denken Sie auch daran, nachzufragen und sich bestätigen zu lassen, dass Ihre Erklärungen verstanden wurden.



Die Adhärenz der Erkrankten – auch als das informierte, aktive Einverständnis der Betroffenen bezeichnet – ist ein entscheidender Faktor bei der Vermeidung von Komplikationen und der Heilung chronischer Wunden. Die Forschung zeigt, dass die Einbindung der Erkrankten in die Planung, die Einbeziehung in die Entscheidungsfindung und die kontinuierliche Aufklärung über wirksame Selbstpflege und Prävention der beste Weg sind, die Heilungschancen zu erhöhen.





3

Eine chronische
Wunde versorgen

Wie man eine chronische/ schwer heilende Wunde versorgt

Bei der Behandlung einer chronischen/schwer heilenden Wunde sollte das Hauptaugenmerk darauf liegen, optimale Bedingungen für die Wundheilung zu schaffen, die auf der Ätiologie (Ursache) der Wunde beruhen.

Die ganzheitliche Beurteilung sollte sich an die evidenzbasierten Standards halten:

1. Behandlung der zugrundeliegenden Ursachen und Kontrolle der Begleiterkrankungen
2. Reinigung und Debridement der Wunde
3. Management des Wundexsudats und bei Bedarf unter Beachtung des „Hohlraums“
4. Vorbeugung oder Behandlung von Infektionen

Wundbettvorbereitung

Bevor eine chronische Wunde mit einem Verband versorgt wird, sollte sie sorgfältig gereinigt und debridiert werden. Auch die Pflege der wundumgebenden Haut ist ein wichtiger Baustein. Das ist der Schlüssel zur Aufrechterhaltung eines optimalen Heilungsverlaufs und zur Vermeidung von Komplikationen.



Reinigung und Debridement sind wichtig:

Entfernung von Belägen, also nekrotischem Gewebe, Schorf, Ablagerungen wie Fibrin oder Biofilm sind wichtig. Beläge bieten einen Nährboden für Bakterien und können Entzündungen sowie verzögerte Heilung auslösen.



Hautarzt
[https://doi.org/
10.1007/s00105-
022-04944-3](https://doi.org/10.1007/s00105-022-04944-3)



Scannen Sie hier für
die RKI-Empfehlung
für Verbandwechsel:
„non-touch-Technik“.

Wundbettvorbereitung

Wie man reinigt:

- ✓ Verwenden Sie Kochsalz- oder Ringerlösung.
- ✓ Erwägen Sie die Verwendung einer konservierten Wundreinigungslösung oder eines Antiseptikums, wenn der Verdacht auf eine verstärkte bakterielle Belastung besteht.
- ✓ Die Reinigungslösungen sollten farblos sein und keinen Schmerz verursachen.
- ✓ Befeuchten Sie eine sterile Komresse mit der Spüllösung und lassen Sie diese, je nach Verschmutzungsgrad der Wunde, einige Zeit einwirken, um im Anschluss devitalisiertes Gewebe, Wunddebris, Fremdkörper und Biofilm entfernen zu können.
- ✓ Bei Verdacht auf eine Infektion oder einen Biofilm sollte eine intensive Wundreinigung durchgeführt werden, die für den Betroffenen nicht schmerzhaft sein sollte.



Wundreinigung



Wundreinigung



Scannen Sie hier und erfahren Sie mehr über Wundreinigung mit Trinkwasser.



Scannen Sie hier und gelangen Sie zur Konsensusempfehlung: Hygiene in der Wundversorgung.

Wie man debridiert:

- ✓ Entfernen Sie nekrotisches Gewebe, Schorf und Ablagerungen wie Fibrin, Biofilm oder Verbandstoffreste.
- ✓ Frischen Sie die Wundränder an, um die Epithelisierung von den Wundrändern zu unterstützen.
- ✓ Es können auch Debridement-Pads oder Tücher verwendet werden.
- ✓ Sollte ein intensives Debridement benötigt werden, überweisen Sie an eine spezialisierte, ärztliche Wundversorgungseinrichtung bzw. klären Sie in Ihrem Wundteam, wer diese Tätigkeit durchführen darf.



Denken Sie daran: Bei entsprechender Grunderkrankung, z.B. pAVK, muss vor dem Debridement eine gefäßdiagnostische Abklärung vorgenommen werden.



Scharfes Debridement



Dekubitus
vor Debridement



Dekubitus
nach Debridement



Scannen Sie hier und erfahren mehr über die Wundreinigung.



Scannen Sie hier, um mehr über Debridement zu erfahren.

Management von Wundexsudat unter Beachtung des Hohlräume

Nachdem Sie das Wundbett effektiv vorbereitet haben, ist es an der Zeit, auf der Grundlage Ihrer Beurteilung der Wunde und des Wundexsudats vorzugehen (mehr dazu siehe Seiten 12 – 13).

Exsudat kann als die Flüssigkeit definiert werden, die aus einer Wunde austritt. Wunden produzieren Exsudat als normalen Teil ihres Heilungsprozesses, aber eine Über- oder Unterproduktion von Exsudat oder Exsudatansammlungen können die Heilung verzögern, indem sie zu Mazeration und Infektionen führen.

Aus diesem Grund ist das Exsudatmanagement ein Schlüssel zur Wundheilung. Durch die Wahl eines geeigneten Verbandes und der Häufigkeit des Verbandwechsels, wird ein optimales Feuchtigkeitsgleichgewicht in der Wunde geschaffen.



Geringe Exsudatmenge



Mäßige Exsudatmenge



Hohe Exsudatmenge

Ziele für das Exsudatmanagement:

- ✓ Behandeln Sie die systemischen Gründe für die übermäßige oder unzureichende Exsudatbildung (z.B. unzureichende Kompressionstherapie, Ödeme, Ernährung).
- ✓ Wählen Sie den passenden Verband, der den Hohlraum füllt und einen direkt Kontakt zum Wundgrund herstellt (mehr dazu auf Seite 37).
- ✓ Passen Sie die Häufigkeit des Verbandwechsels an, um Mazerationen an Wundrand und -umgebung zu vermeiden (Hautschutz).
- ✓ Erläutern Sie den Betroffenen, wie sie das Exsudatmanagement durch geeignete Maßnahmen unterstützen können (Kompression, Hochlagerung, Flüssigkeitszufuhr usw.).



Wählen Sie einen Wundverband, der sich dem Wundbett anpasst, den Hohlraum füllt, das Exsudat aufnimmt und das Risiko von Exsudatansammlungen verringert.



Scannen Sie hier und erfahren mehr über das Exsudatmanagement.

Vorbeugung und Behandlung von Infektionen

Die Vorbeugung von Infektionen und Biofilmen sollte immer ein Ziel der Wundbehandlung sein, und ein effektives Exsudatmanagement ist entscheidend.



Zu den Warnzeichen gehören:

- Stagnation der Wundheilung
- Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes oder Wohlbefindens des Betroffenen (Fieber, Schmerzen, usw.)
- Erhöhte Mengen an Exsudat, Verfärbung, Geruch.
- Mazeration
- Rötung
- Unterminierung des Wundrands



Lokale Infektion



Systemische Infektion



Verdacht auf Biofilm



Verdacht auf Biofilm/Fibrinbelag

Um Infektionen und Biofilm wirksam zu verhindern:

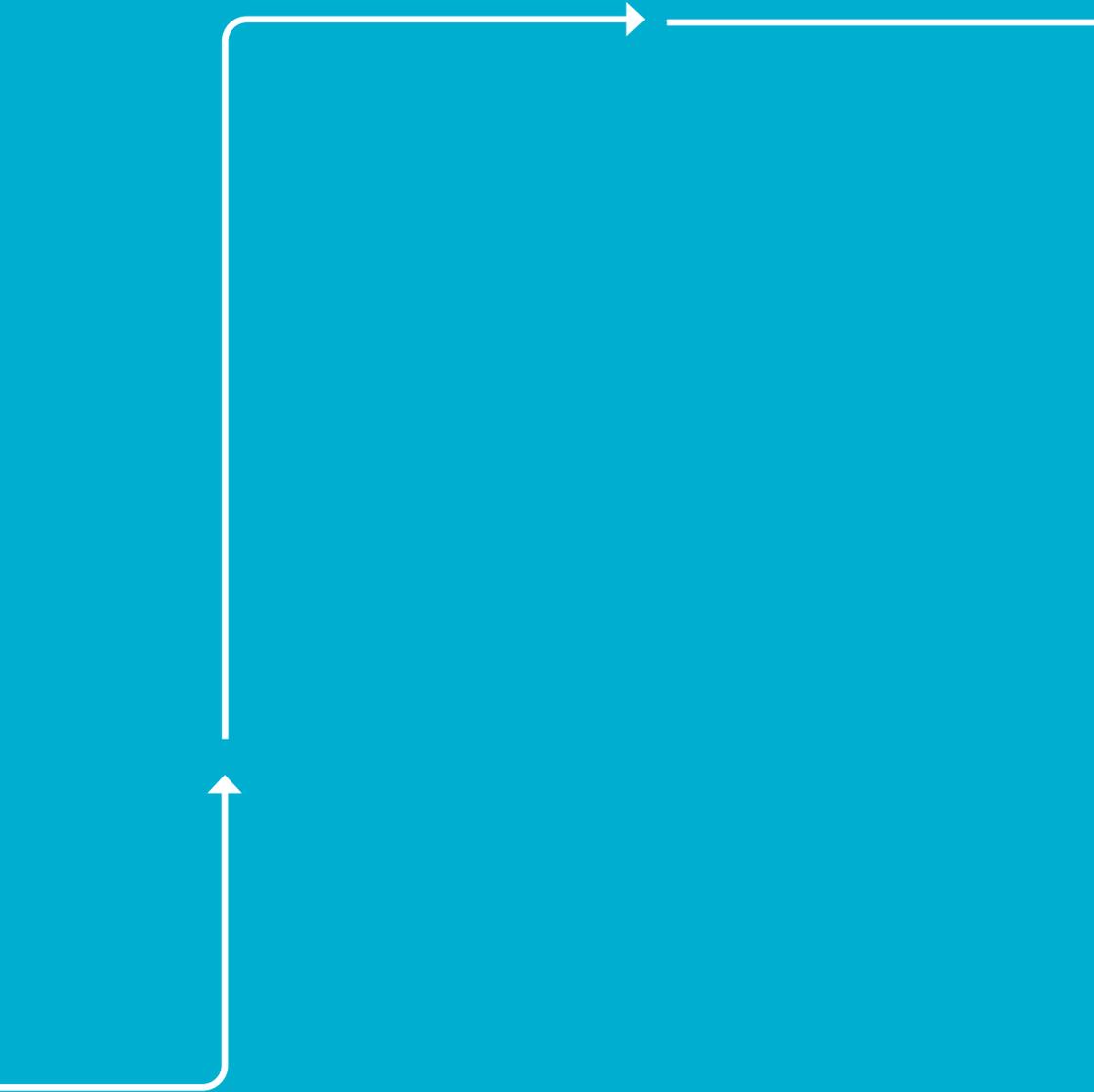
- Bereiten Sie die Wunde bei jedem Verbandwechsel angemessen vor (Reinigung und Debridement).
- Debridement zur Entfernung von avitalem, also abgestorbenem Gewebe, Bakterien und Verunreinigungen.
- Bewerten Sie die Keimlast in der Wunde bei jedem Verbandwechsel.
- Verwenden Sie bei lokalen, sich ausbreitenden oder systemischen Infektionen einen Verband mit antimikrobiellen Eigenschaften.
- Behandeln Sie das Exsudat mit einem Verband, der den Hohlraum zwischen dem Wundbett und dem Verband ausfüllt.
- Wechseln Sie die Verbände in angemessenen Abständen.
- Verwenden Sie systemische Antibiotika, die der Art und dem Ausmaß der sich ausbreitenden oder systemischen Infektionen angemessen sind.
- Vergessen Sie nicht die Aufklärung und Unterstützung des Betroffenen bei der Förderung einer durchgängig sauberen Umgebung durch Händewaschen, Verwendung von Antiseptika usw.



Scannen Sie hier für das MOIST-Konzept in der Lokalthherapie chronischer Wunden.



Scannen Sie hier und gelangen Sie zur weiterführenden Literatur.





4

Verbandauswahl



Wie man einen Verband auswählt

Auf der Grundlage Ihrer Wundbeurteilung (siehe Seiten 12 – 13) können Sie entscheiden, welcher Verband Ihnen am besten hilft, die Wunde am effektivsten zu versorgen.

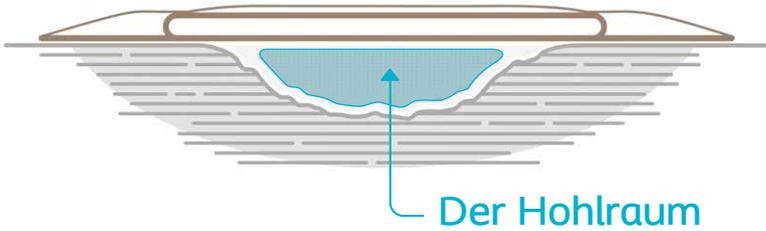
Ob ein Verband „geeignet“ ist, hängt sowohl vom Zustand der Wunde (heilt die Wunde? Verschlechtert sie sich? Ist sie infiziert?) als auch von der Häufigkeit des Verbandwechsels ab.

Sie wissen, dass Sie den richtigen Verband gewählt haben, wenn er Folgendes sicherstellt:

- ☑ Er hält ein feuchtes Wundmilieu aufrecht.
- ☑ Er bindet überschüssiges Exsudat, indem er es absorbiert und im Verband zurückhält.
- ☑ Er wölbt sich zum Wundgrund und reduziert somit das Risiko von Exsudatansammlungen, indem er den Hohlraum zwischen Verband und Wundgrund füllt.
- ☑ Er ist in Größe und Form der Wundgröße angemessen.
- ☑ Er schützt den Wundrand und die Wundumgebung vor Mazeration, indem er das Exsudat vertikal absorbiert.
- ☑ Er ist für den Betroffenen bequem und erleichtert ihm die Selbstpflege in Übereinstimmung mit dem Behandlungsplan.
- ☑ Er gibt dem Betroffenen Vertrauen und Sicherheit.



Berücksichtigen Sie: Die Versorgung muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.



Wählen Sie einen Verband, der sich zum Wundgrund wölbt und den Hohraum füllt.



Halten Sie sich stets an die Gebrauchsanweisung und die lokalen Wundstandards. Wenn eine Wunde nicht entsprechend dem Behandlungsplan voranschreitet, erörtern Sie das weitere Vorgehen im Wundteam.



Verwenden Sie einen Verband, der sich zum Wundgrund wölbt, das Wundexsudat absorbiert und zurückhält, um den Wundrand und die wundumgebende Haut zu schützen.



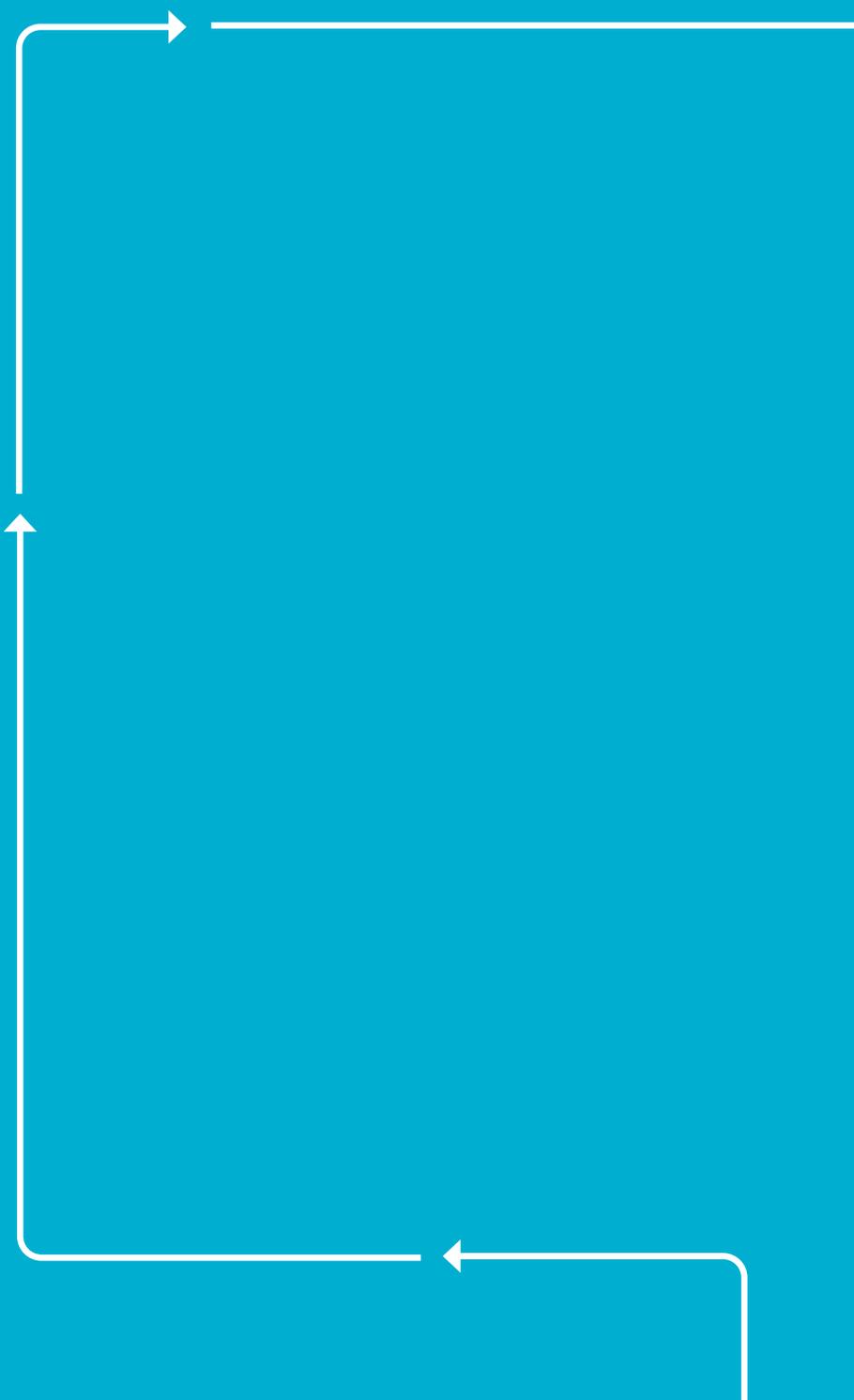
Im Falle einer lokalen Infektion sollte nach einem Debridement immer ein Verband mit einer aktiven Komponente (z.B. Silber, Honig, Polihexanid) verwendet werden.



Scannen Sie hier und gelangen Sie zur Verbandstoff-App.



Scannen Sie hier und gelangen Sie zum Video: Herausforderung einer Exsudatansammlung.





5

Den
Wundfortschritt
beurteilen

Beurteilung des Betroffenen und des Wundverlaufs

Um den Verlauf der Wundheilung zu beurteilen, sollten Sie bei jedem Verbandwechsel eine Wundbeurteilung durchführen. Eine Hilfestellung bietet zum Beispiel ein Wunddokumentationsbogen.

Sowohl der Zustand der Wunde als auch der des Erkrankten sollte den in Ihrem Behandlungsplan festgelegten Zielen entsprechen (siehe Seiten 20 – 21).

Mindestens alle 4 Wochen – und wenn sich die Wundsituation oder die Therapie verändert – sollten Sie eine vollständige Neu- beurteilung des Erkrankten und der Wunde einschließlich der Fotodokumentation, Messung der Wundtiefe, -länge und -breite erstellen, um den Heilungsverlauf, das allgemeine Wohlbefinden des Betroffenen und die Übereinstimmung mit dem Behandlungsplan zu überwachen.



Gesunder
Wundrand



Gesunde
Wundumgebung



Granulationsgewebe
am Wundgrund



Scannen Sie hier, um zum
Wunddokumentationsbogen
zu gelangen.

Bei der erneuten Beurteilung ist es wichtig, Folgendes zu ermitteln:

- ☑ Ob die derzeitige Verbandauswahl die Ziele des Behandlungsplans erfüllt. Zur Erinnerung: Der Zustand des gebrauchten Verbandes kann einen Hinweis darauf geben, ob eine Änderung der Art der Wundauflage oder der Häufigkeit des Verbandwechsels erforderlich ist.
- ☑ Wenn der Behandlungsplan geändert wird, denken Sie daran: Wesentliche Änderungen des Behandlungsplans, wie z.B. die Umstellung auf eine antimikrobielle Wundauflage oder der Häufigkeit des Verbandwechsels, erfordern in der Regel eine 14-tägige konsequente Umsetzung, um ihre Wirksamkeit zu ermitteln.
- ☑ Bei Stagnation, einer Verschlechterung der Wunde oder des allgemeinen Wohlbefindens des Betroffenen sollte eine Vorstellung bei einem Spezialisten erfolgen – inklusive einer gegebenenfalls weiteren Diagnostik.



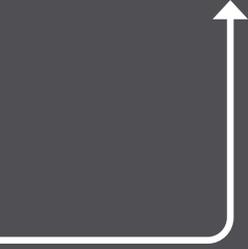
Tag 0:
Wunde 9 mm tief und 40 mm breit



Tag 40:
Wunde 2 mm tief und 25 mm breit



Die Wunde sollte auch nach dem Hautverschluss weiterhin beobachtet werden, um das Risiko einer neuen Wunde (Rezidiv) zu minimieren.



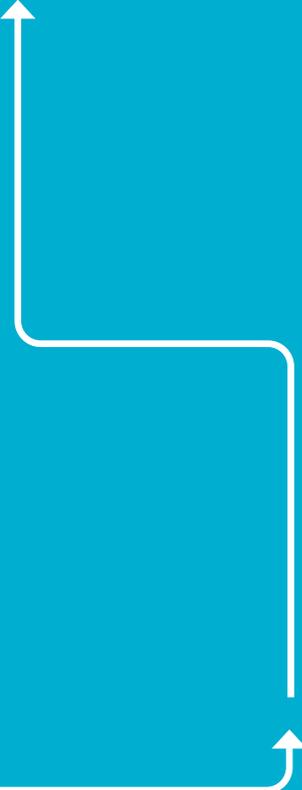
Die Überweisung an einen Spezialisten

Sie sollten sich an ein auf Wundversorgung spezialisiertes Behandlungsteam wenden, wenn:

- ☑ Die Ätiologie (Ursache) der Wunde ist unbekannt.
- ☑ Der Behandlungsplan wurde erstellt und befolgt, aber die Wunde zeigt innerhalb von 14 Tagen keine Anzeichen für einen Heilungsfortschritt.
- ☑ Verschlechterung des Wundzustands durch Zunahme der Wundgröße, des Geruchs, der Schmerzen oder des Exsudats.
- ☑ Verschlechterung des Wundrands oder der Wundumgebung.
- ☑ Es besteht der Verdacht auf Beteiligung tieferer Strukturen wie freiliegende Knochen oder Sehnen.
- ☑ Wenn der Verdacht auf Biofilm oder eine lokale Infektion besteht und eine intensive Reinigung oder ein Debridement indiziert ist, dies jedoch außerhalb Ihres Tätigkeitsbereichs liegt.
- ☑ Es besteht der Verdacht oder es gibt Anzeichen einer systemischen Infektion.
- ☑ Komplikationen von Begleiterkrankungen (zB. erhöhte Blutzuckerwerte, erhöhtes CRP, Verschlechterung des vaskulären Status).
- ☑ Der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden des Betroffenen verschlechtern sich insgesamt.



Das Glossar bietet Ihnen
Definitionen der Begriffe,
die im WundWegWeiser
verwendet werden.



Glossar



ICW Definition
der Adhärenz

Adhärenz

Der Erkrankte integriert auf Basis seines eigenen Krankheitsverständnisses die gemeinsam mit dem Therapeuten beschlossene Therapie in seinen Lebensalltag. Der Betroffene soll aktiv in die Entscheidungsfindung eingebunden werden. Hierfür muss, in Abhängigkeit von den Vorkenntnissen des Betroffenen, eine individuelle Patientenedukation erfolgen.

Akute Wunde

ICW: Jede Wunde, die nicht chronisch ist, wird als akut bezeichnet.



Internationale
Empfehlungen zum
Einsatz von Silber

Antimikrobielle Mittel

Jedes Mittel, das die Vermehrung von Mikroorganismen, wie etwa Bakterien oder Pilze, verhindert oder die Mikroorganismen abtötet. Antimikrobielle Mittel können Antibiotika, Antiseptika oder Desinfektionsmittel sein.

Biofilm

Biofilme bestehen aus einer Schleimschicht (Film), in der eine Mischpopulation aus Mikroorganismen (z.B. Bakterien, Pilze, Protozoen) und mehrzelligen Organismen eingebettet ist. Da sich die Mikroorganismen untereinander austauschen, können einzigartige Infektionen entstehen, die sich durch eine hohe Resistenz gegenüber Antibiotika und Bioziden auszeichnen.

Begleiterkrankungen (Co-Morbiditäten)

Eine Begleiterkrankung ist eine Erkrankung, die bei einem Erkrankten neben der im Vordergrund der Therapie stehenden Grunderkrankung besteht.



DocCheck Flexikon:
[https://flexikon-
mobile.doccheck.
com](https://flexikon-mobile.doccheck.com)

Chronische Wunden

Eine Wunde, die nach 8 Wochen nicht abgeheilt ist, wird als chronisch bezeichnet. Unabhängig von dieser zeitlich orientierten Definition gibt es Wunden, die von Beginn an als chronisch anzusehen sind, da ihre Behandlung eine Therapie der weiterhin bestehenden Ursache erfordert. Hierzu gehören beispielsweise das Diabetische Fußulcus, Wunden bei pAVK, Ulcus cruris venosum oder Dekubitus. ICW-Definition 2020.



Chronische Wunden
ICW

Chondroarthropatie

Die diabetische neuropathische Osteoarthropathie (DNOAP) stellt als nichtinfektiöse Zerstörung von Knochen und Gelenken im Zusammenhang mit der Neuropathie eine Sonderform des Diabetischen Fußsyndroms dar. Sie ist eine chronische und progressiv verlaufende Erkrankung.

(Zimny S, Waldecker U, Eckardt A in Eckardt A, Lobmann R (Hrsg.) Der diabetische Fuß, 2. Auflage 2015, Springer Verlag Berlin Heidelberg)



Debridement ICW

Debridement

Als Debridement wird die Entfernung von anhaftendem, abgestorbenem Gewebe, Krusten oder Fremdkörpern aus Wunden bezeichnet.

Exsudat

siehe Wundexsudat

Exsudatansammlung

Die Ansammlung von Exsudat im Hohlraum zwischen dem Wundbett und der Wundauflage. Exsudatansammlungen kommen vermehrt vor bei Wunden mit unregelmäßigen Topographien, Taschen oder Hohlräumen, und können sich negativ auf die Wundheilung auswirken (Mazerations- und Infektionsrisiko). Exsudatansammlungen können auch auftreten, wenn das Exsudat nicht ausreichend von der Wundauflage aufgenommen wird. Die Wahl eines geeigneten Verbandes kann das Risiko von Exsudatansammlungen reduzieren.

Hohlraum

Der Raum zwischen dem Verband und dem Wundbett. Er sollte vermieden werden, da er sich negativ auf die Wundheilung auswirkt.

Lokale Infektion

Eine lokale Infektion ist eine Infektion; bei der die ursächlichen Krankheitserreger an einem Ort verbleiben und es zu keiner weiteren Beteiligung des Organismus kommt.

Mazeration

Mazeration bezeichnet die Quellung oder Aufweichung von Gewebe durch längeren Kontakt mit Flüssigkeit. In der Wundbehandlung ist die Mazeration der Epidermis am Wundrand und in der Wundumgebung oft ein Zeichen für unzureichendes Exsudatmanagement.



Initiative
Chronische
Wunden e.V.
(icwunden.de)

Nicht heilende Wunden

Nicht heilend - hat das Potenzial zu heilen, heilt aber aufgrund von Patienten- oder Systemfaktoren nicht.



Nicht heilende
Wunden

Palliative Wunden

In einer palliativen Situation können Wunden bestehen, bei denen das Therapieziel nicht die Heilung ist, sondern die Linderung der Symptome.

Polyneuropathie

Unter Polyneuropathie wird eine systemisch bedingte Schädigung von peripheren Nerven (sensibel oder motorisch) bezeichnet.



Polyneuropathie -
DocCheck Flexikon



Schwer heilende Wunde

Schwer heilende Wunden sind Wunden, die nicht von alleine komplikationslos abheilen, weil wundheilungshemmende Faktoren die physiologische Wundheilung beeinträchtigen .

Was ist eine schwer heilende Wunde?
Stellungnahme der Initiative Chronische Wunden (ICW) e.V. WUNDmanagement 2021; 15(1):33–34

Systemische Infektion

Wenn sich die Infektion über die Wunde ausbreitet und auch entfernt liegende Körperregionen erfasst, spricht man von einer systemischen Infektion.

Unterminderung

Beschreibt den fehlenden Kontakt zwischen Wundgrund und Wundrand.

Vertikale Absorption

Bei Wundverbänden bedeutet vertikale Absorption, dass das Wundexsudat vom Wundbett nach oben (vertikal) in den Verband aufgenommen wird. Der Verband hält das Exsudat zurück, so dass es sich nicht seitlich auf die Wundränder und die Wundumgebung ausbreitet. Damit verringert sich das Risiko einer Mazeration.

Wölbung zum Wundgrund

Im Zusammenhang mit einem Wundverband bedeutet Wölbung, dass sich der Verband eng an die Konturen des Wundbetts anschmiegen sollte, um den Hohlraum zwischen dem Wundbett und dem Verband zu beseitigen. Eine enge Anpassungsfähigkeit ermöglicht ein wirksames Exsudatmanagement, schützt die Wundränder und die Haut in der Wundumgebung vor Mazeration und reduziert das Infektionsrisiko. Und spart Kosten, da der Wundfüller eingespart wird.

Wundexsudat

Als Wundexsudat werden alle Flüssigkeiten bezeichnet, die von einer Wunde freigesetzt werden. In Abhängigkeit des Wundzustandes kann diese Lymphe, Blut, Proteine, Keime, Zellen und Zellreste beinhalten.

Wundrand

Als Wundrand wird die Grenze zwischen Wunde und intaktem Epithel bezeichnet.

Wundtasche/Wundhöhle

Untergang von Gewebe in tieferen Bereichen des Wundbetts oder dort, wo der Wundrand nicht befestigt ist.

Wundumgebung

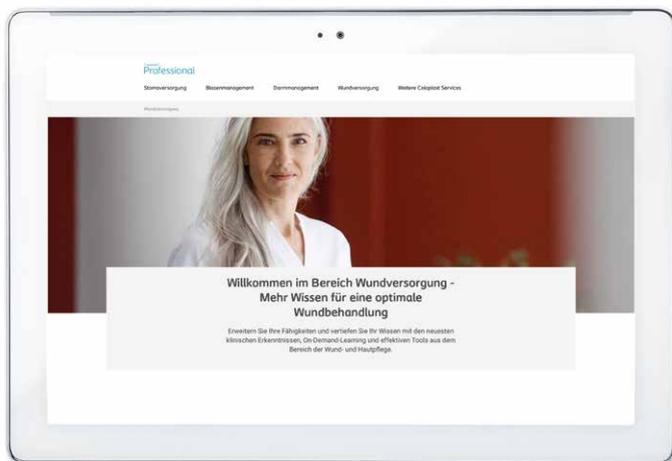
ICW: Als Wundumgebung wird der Bereich bezeichnet, der an den Wundrand grenzt und die Wunde umgibt.



ICW-Definition
für Wundexsudat,
Wundrand und
Wundumgebung

Wollen Sie mehr wissen, Kurse besuchen oder brauchen Sie Beratung?

Weitere Infos finden Sie bei Coloplast Professional:
www.coloplastprofessional.de/wundversorgung



Coloplast
Professional
Wund-
versorgung



Coloplast
Professional
Fortbildung



Coloplast
Professional
Video-
Fachberatung



Scannen Sie hier
und gelangen Sie zur
Verbandstoff-App.

Ostomy Care / Continence Care / Wound & Skin Care / Interventional Urology

230N WP 347

Coloplast GmbH, Postfach 70 03 40, 22003 Hamburg, Tel. 040 669807-77, Fax 040 669807-48, service@coloplast.com
www.coloplast.de The Coloplast logo is a registered trademark of Coloplast A/S. © 2022-11. All rights reserved Coloplast A/S

