

Wie behandeln Sie diese Wunde?

How to treat this type of wound?

B. Jäger, K. Kröger, C. Schwarzkopf

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Bedingt durch die unterschiedlichen ärztlichen und pflegerischen Versorgungsstrukturen und die Individualität der Betroffenen ist es schwierig, einen einheitlichen Standard der Versorgung von chronischen Wunden zu definieren. Wenn es aber keinen Standards gibt, wird häufig nach dem „klinisch bewerteten Handeln“ gefragt. Um dies zu erfassen, wurde im Rahmen des 6. ICW-Süd-Kongresses im März 2015 in Würzburg und des „Wund-Pflege-Experten“ Symposiums im Juli 2015 in Valley eine zweiteilige Befragung durchgeführt bei der anhand von 5 Fotos gezielt nach der Art und Notwendigkeit der lokalen Behandlung eines Dekubitus gefragt wurde. Insgesamt 56 Teilnehmer füllten den Fragebogen anonym aus. Im zweiten Teil wurde in Sitzungen mit etwa 109 Teilnehmern über vorgegebene Empfehlungen abgestimmt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass gemeinsam konkrete Empfehlungen zu spezifischen Wundsituationen formuliert werden können, welche als Basis für strukturübergreifende Standards dienen könnten. Die Fragebogenaktion lässt aber auch Fehlentwicklungen erkennen. So ist die An-

wendung eines autolytischen Debridements mittels Hydrogel bei dem superinfizierten Dekubitus nicht nachzuvollziehen, da es der Ausbreitung der Infektion Vorschub leistet.

Fazit: Es scheint sinnvoll anhand einzelner Fälle konkretes Handeln zu erfassen und vor größeren Auditorium zu hinterfragen. Abschließend bleibt die Frage ob solch eine gemeinsame Vorgehensweise der richtige Weg ist, die so genannte „Best Medical Practice“ zu erfassen oder gibt es bessere Vorgehensweisen. Dazu besteht weiterer Klärungsbedarf.

SCHLÜSSELWÖRTER

Dekubitus, klinisch bewertetes Handeln, Fragebogen, Debridement

SUMMARY

Background: Due to the different medical and nursing structures and the individuality of the affected patients it is difficult to

define a general standard of care for chronic wounds. But if there is no standard "Best Medical Practice" should be the basis of action. To capture this we performed a survey at the 6th ICW South Congress in March 2015 in Würzburg and the "wound-care experts" symposium in July 2015 in Valley. Based on 5 photos of pressure ulcers we asked for the specific local treatment. A total of 56 participants completed the questionnaire anonymously. In an additional session with approximately 109 we presented the results and asked to vote on the results.

Results: The results show that specific recommendations can be formulated for specific wound situations. These recommendations could serve as "Best Medical Practice". However, the questionnaire also reveals undesirable developments. The use of autolytic debridement by hydrogel in a superinfected decubitus is not comprehensible, since it is the spread of the infection makes feed.

Ihre Meinung ist gefragt!

Wenn es an Evidenz fehlt, um gute Leitlinien zu erstellen, wird häufig nach der so genannten „Best Medical Practice“ gefragt.

Darunter versteht man „das klinisch bewährte Handeln“ in einer medizinischen Situation. So sinnvoll und einfach die Frage ist, so schwierig ist es, das „klinisch bewährte Handeln“ zu ermitteln.

Häufig gibt es verschiedene Lehrmeinungen, jeder einzelne hat individuelle Erfahrungen gemacht oder man arbeitet in unterschiedlichen Bereichen.

Auf dem Weg, das „klinisch bewährte Handeln“ im Bereich der Wundversorgung zusammen zu tragen, haben wir auf dem ICW-Süd-Kongress 2015 sowie auf der Wund-Pflege-Experten-Fortbildung erneut eine Umfrage zur Versorgung von Wunden durchgeführt.

Diesmal handelte es sich um den Dekubitus. Die Ergebnisse möchten wir Ihnen im nebenstehenden Beitrag vorstellen.

Außerdem möchten wir von Ihnen wissen, was Sie von einem solchen Vorgehen halten. Auch die Autoren hätten im Einzelfall andere Entscheidungen getroffen, können aber mit den Behandlungsvorschlägen, über die abgestimmt wurde, leben. Alle Beteiligten fragen sich aber, ist dies der richtige Weg, das klinisch bewährte Handeln zu erfassen oder gibt es einen besseren Weg?

Lesen Sie den Beitrag und schreiben uns Ihre Meinung.

Ihre

Björn Jäger, Knut Kröger, Claudia Schwarzkopf

Björn Jäger

Wundversorgung aus Expertenhand
Rietmeyerstraße 16, 49808 Lingen
E-Mail: jaeger@icwunden.de

Prof. Dr. Knut Kröger

Klinik für Gefäßmedizin
HELIOS Klinikum Krefeld GmbH
Lutherplatz 40 - 47805 Krefeld

Claudia Schwarzkopf

Institut Schwarzkopf GBR
Mangelsfeld 16, 97708 Bad Bocklet

Conclusion: It seems conclusive to ask for specific wound treatment and to discuss about it in a group. Finally, the question remains whether such a common approach is the right way to capture the so-called "Best Medical Practice" or are there better approaches. To this end, further clarification is needed.

KEYWORDS

Pressure ulcers, best medical treatment, questionnaire, debridement

I Einleitung

„Wie behandeln Sie diese Wunde“ ist eine einfache und konkrete Frage, auf die es im Prinzip auch nur eine konkrete Antwort geben sollte. Diese Antwort sollte begründet und nachvollziehbar sein. Dies ist das Ziel aller Bemühungen in der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften, Ärzten und Apothekern, die sich mit der Heilung chronischer Wunden beschäftigen. Im Alltag erlebt man aber häufig das Gegenteil und bekommt auf die Frage „Wie behandeln Sie diese Wunde“ eine Vielzahl von verschiedenen Antworten. Auch die sogenannten Experten sind sich nicht immer einig. Im Vordergrund der Diskussion steht dann häufig die Vielfalt der verschiedenen Zuständigkeiten und lokalen Strukturen, die Vielfalt der angebotenen Produkte und die Besonderheiten einer jeden einzelnen Wunde bzw. des Patienten mit der Wunde, die zu individuellen Entscheidungen führen. Wenn es aber keine klare Antwort gibt, ist es schwierig, Standards zu entwickeln.

Unbestritten ist, dass die Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden eines ganzheitlichen Konzeptes bedarf, bei

dem man die Lebensumstände, Komorbiditäten und Anamnese des Patienten berücksichtigt. Dies darf aber nicht als Begründung dafür dienen, dass man sich nicht auf eine konkrete Wundbehandlung einigt. Es ist eher umgekehrt: man sollte einen klaren Standard für die Versorgung einer entsprechenden Wunde in einem spezifischen Stadium haben und darf davon in Kenntnis der Lebensumstände, Komorbiditäten und Anamnese des Patienten individuell abweichen.

Das Ziel der entsprechenden Fachgesellschaften sollte es daher sein, solche möglichst konkrete Vorgaben zur Therapie konkreter Wunden zu machen. Die Frage wiederum ist wie die Fachgesellschaften zu diesen konkreten Vorgaben kommen. Entweder setzt sich eine Expertengruppe am grünen Tisch zusammen und formuliert seine Ideen oder man befragt die sogenannte Basis und lässt sie über konkrete Vorgaben abstimmen. Diesen zweiten Weg haben die Autoren dieses Beitrages gewählt und präsentieren hier ihrer Ergebnisse.

I Methodik

Abstimmung über Standards der Wundversorgung

Im Rahmen des 6. ICW-Süd-Kongresses im März 2015 in Würzburg und des „Wund-Pflege-Experten“ Symposiums im Juli 2015 in Valley wurde eine zweiteilige Befragung durchgeführt. Anhand von 5 Fotos zu Patienten mit einem Dekubitus, die alle zusammen einen Bogen von einer lokalen Rötung bis zu einem tiefen infizier-

ten Wunde spannen, wurde gezielt nach der Art und Notwendigkeit des Debridements, der Desinfektion, eines Wundfüllers, eines Wundumgebungsschutzes, der Wundabdeckung und des Intervalls bis zur nächsten Wundbehandlung gefragt.

Zu jedem Dekubitus gab es wichtige Zusatzinformationen. Weitere Information zum Patienten und zu seiner bisherigen Behandlung fehlten jedoch. Alle Beteiligten wissen, dass man ohne Kenntnis des Patienten nur nach einem Foto keine effektive Wundbehandlung durchführen kann und sollte. Blendet man aber diese im Alltag notwendige Individualität aus und betrachtet nur den Dekubitus, so wie sie sich auf dem Foto darstellt, sollte es möglich sein, eine einheitliche Aussage zu formulieren.

Insgesamt 56 Teilnehmer füllten dankenswerterweise den ausgegebenen Bogen anonym aus. Ihre Antworten wurden sortiert und sind in Tab. 1 bis 5 tabellarisch aufgelistet.

Im zweiten Teil wurde im Rahmen der jeweiligen Sitzungen mit etwa 109 Teilnehmern über vorgegebene Empfehlungen abgestimmt. Dabei wurden die Empfehlungen kurz diskutiert und kommentiert und gegebenenfalls modifiziert und dann zur Abstimmung freigegeben. Die Ergebnisse sind nachfolgend wiedergeben.

I Ergebnisse

Beurteilung der Wunde 1

Zusatzinformation:

Druckkulus über dem Trochanter major mit zentraler schwarzer Nekrose, die etwas eingezogen ist, der Wundrand und die Wundumgebung sind reizlos, zwischen Haut und Nekrose ist gelbes Fettgewebe zu erkennen, das feucht ist (s. Abb. 1).

Behandlungsvorschlag bis zum Debridement:

- Desinfektion: nein
- Wundfüller: nein
- Wundumgebungsschutz: nein
- Wundabdeckung: dünner Schaumverband
- Wechselintervall: alle 3–4 Tage

Halten Sie diese Therapie für richtig?

- Ja: 51 %
- Nein: 3 %
- Enthaltung: 47 %



Abbildung 1
Ansicht der Wunde 1.

Diskussion:

Es handelt sich hier um eine große Nekrose, die einem chirurgischen Debridement zugeführt werden muss. Eine sinnvolle Wundbehandlung, die die Heilung fördert, ist in dieser Situation ohne Debridement nicht möglich. Eine Wundabdeckung mit einem einfachen Distanzgitter ist ausreichend. Natürlich kann man eine Desinfektion durchführen, da man aber nicht unter die losen Randanteile kommt, wird sie wenig wirksam sein. Die partielle Anwendung eines Alginates oder einer Hydrofaser im Bereich der feuchten Ränder kann lokal Exsudat binden, erreicht aber ohne Debridement den Wundgrund nicht. Das Auflösen der Nekrose mit Hydrogel, möglicherweise nach Einschneiden, dauert recht lange und ist bei dieser zum Teil losen Nekrose nicht das Mittel der 1. Wahl, solange es keine Kontraindikationen für das chirurgische Debridement gibt.

Beurteilung der Wunde 2**Zusatzinformation:**

Tiefes Druckkulkus mit geröteter Umgebung, unterminiertem Rand und in der Tiefe sichtbaren Nekrosen. Es riecht faulig und zeigt noch keine Zeichen der Wundreinigung bzw. der Granulation.

Behandlungsvorschlag:

- Debridement: chirurgisches Debridement
- Desinfektion: Octenisept, Polyhexanid
- Wundfüller: Alginat
- Wundumgebungsschutz: Barrierefilm
- Wundabdeckung: Superabsorber
- Wechselintervall: Alle 2 Tage

Halten sie diese Therapie für richtig?

- Ja: 77 %
- Nein: 5 %
- Enthaltung: 18 %

Diskussion:

Es handelt sich um einen tiefen Dekubitus der EPUAP-Kategorie 4. Ohne Frage steht hier ein chirurgisches Debridement als erste Maßnahme an. Weiter sollte eine Keimreduktion vorrangiges Ziel sein, um die Infektion zu beherrschen. Dies kann durch ein gründliches chirurgisches Debridement in Verbindung mit einer guten lokalen Antiseptik rasch erreicht werden. Darüber hinaus können bakterienbindende oder silberhaltige Wundauflagen zur weiteren Keimreduzierung beitragen. Der Wundrand kann mit einem Hautbarrierefilm oder Wundauflagen mit guter vertikaler Exsudataufnahme und entsprechend guter Retention vor Mazeration geschützt werden. Sicher kann man je nach Verfügbarkeit die Anwendung einer Vakuumversiegelung diskutieren, was aber aufgrund der Lage des ableitenden Schlauches nicht ganz unproblematisch sein wird.

Beurteilung der Wunde 3**Zusatzinformation:**

Tiefes, bis auf den Knochen reichendes, sauberes Druckkulkus mit reizloser Umgebung, unterminiertem Rand und erkennbarer Granulation.

Behandlungsvorschlag:

- Debridement: mechanisches Debridement
- Desinfektion: Octenisept

- Wundfüller: Alginat / Cavity Schaum
- Wundumgebungsschutz: nein
- Wundabdeckung: Schaumverband
- Wechselintervall: alle 3–4 Tage

Halten Sie diese Therapie für richtig?

- Ja: 56 %
- Nein: 15 %
- Enthaltung: 29 %

Diskussion:

Es handelt sich um einen Dekubitus der EPUAP Kategorie 4, der reizlos und sauber erscheint. Auch wenn die Wunde sauber erscheint sollte bei jedem Verbandwechsel ein gründliches mechanisches Debridement erfolgen, um der Bildung von Biofilm und somit einer möglichen Infektion entgegenzuwirken. Von Alginat über Cavityschaum bis zum Hydrogel ist als Wundfüller vieles denk- und machbar. Ähnlich sieht es bei der Wundauflage aus, lediglich das Exsudatmanagement grenzt hier die Wahl geringfügig ein. Man kann auch über die Anwendung einer Vakuumversiegelung diskutieren, allerdings ist die Lage des ableitenden Schlauches nicht ganz unproblematisch.

Beurteilung der Wunde 4**Zusatzinformation:**

Kleine, die Haut gerade bis an das Fettgewebe durchbrechendes Druckkulkus am Übergang von der Analfalte auf die Steißbeinregion, reizloser Wundumgebung.

Behandlungsvorschlag:

- Debridement: mechanisch
- Desinfektion: nein
- Wundfüller: nein



Abbildung 2
Ansicht der Wunde 2.



Abbildung 3
Ansicht der Wunde 3.

- Wundumgebungsschutz: nein
- Wundabdeckung: Hydrokolloid / dünner Schaum
- Wechselintervall: > 5 Tage

Halten Sie diese Therapie für richtig?

- Ja: 71 %
- Nein: 9 %
- Enthaltung: 20 %

Diskussion:

Es handelt sich um einen Dekubitus der EPUAP Kategorie 2. Auch wenn die Wunde eher unscheinbar ist sollte bei jedem Verbandwechsel ein Abwischen als mechanisches Debridement erfolgen, um der Bildung von Biofilm und somit einer möglichen Infektion entgegenzuwirken. Die Mehrheit der Teilnehmer würde dann bei fortschreitender Heilung auf eine Desinfektion verzichten. Bei der Wundabdeckung ist ein Verband zu wählen, der das Wundmilieu fördert und zugleich die Wechselintervalle auf ein Minimum reduziert. Die Wunde ohne Verband zu belassen ist keine Option, da es sonst zur Keimverschleppung, Austrocknung und weiteren wundhemmenden Situationen kommen wird.

Beurteilung der Wunde 5

Zusatzinformation:

Hautrötung von der Analfalte auf die Gesäßhälften übergreifend, teils wegdrückbar, teils nicht wegdrückbar mit geringer oberflächlicher Epidermiolyse .

Behandlungsvorschlag:

- Schmerztherapie: nein
- Debridement: nein
- Desinfektion: nein

Tabelle 1

Übersicht der Angaben zur Art des Debridements bei den fünf vorgestellten Wunden. Die Ziffern entsprechen den Nummern der Abbildungen.

Art des Debridements	Abb. 1 Dekubitus, Nekrose	Abb. 2 Dekubitus, Grad 4	Dekubitus		Abb. 5 Rötung
			Abb. 3 Grad 3–4	Abb. 4 Grad 2	
Chirurgisch (Skalpell, Pinzette)	80 %	71 %			
Mechanisch (Abwischen mit Kompresse oder Debrisoft)		9 %	30 %	14 %	9 %
Autolytisch (Hydrogel)	18 %	18 %	11 %	5 %	2 %
Enzymatisch (Irudixol N, VARidase o. ä.)	2 %				
Biochirurgie		2 %			
Kein Debridement			59 %	80 %	89 %

- Wundumgebungsschutz: Cavilon
- Wundabdeckung: nein
- Wechselintervall: nein

Feuchtigkeitsschutz durchaus Sinn machen, ist aber abhängig von dem jeweiligen Setting in dem der Patient sich befindet.

Halten Sie diese Therapie für richtig?

- Ja: 94 %
- Nein: 4 %
- Enthaltung: 2 %

Diskussion:

Hierbei handelt es sich um eine kombinierte Läsion durch Druck und Feuchtigkeit. Die Therapie der Feuchtigkeitsläsion lässt sich durch ein gutes Inkontinenzmanagement, sowie Auswahl einer geeigneten Unterlage/Matratze, welche einen Nässestau verhindert, gewährleisten. Weiterhin ist eine adäquate Hautpflege unerlässlich. In den ersten Tagen kann ein Hautbarrierefilm oder die Verwendung einer Zinksalbe zum

Diskussion

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Zustimmung zu den Therapievorschlägen in drei der fünf Wunden mit 71 % bis 94 % groß ist. Dies heißt, man kann sich in einer Gruppe anhand von Bildern auf einheitliche Standards durchaus einigen. Bei den Bildern 1 und 3 hat der jeweilige Therapievorschlag zu einer geringeren Zustimmung geführt, was bei Bild 1 auf die bestehende Nekrose zurück zu führen ist. Hier waren sich die Teilnehmer uneinig wie die Therapie bis zur chirurgischen Abtragung aussehen soll. Bei Bild 3 ergaben sich die meisten Diskussionen bei der Aus-



Abbildung 4
Ansicht der Wunde 4.

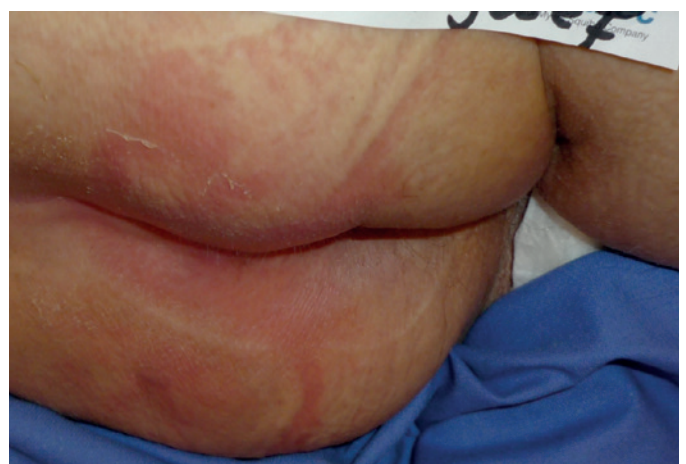


Abbildung 5
Ansicht der Wunde 5

Tabelle 2
Übersicht der Angaben zur Art der Wundfüller bei den fünf vorgestellten Wunden. Die Ziffern entsprechen den Nummern der Abbildungen.

Art des Wundfüllers	Abb. 1 Dekubitus, Nekrose	Abb. 2 Dekubitus, Grad 4	Dekubitus		Abb. 5 Rötung
			Abb. 3 Grad 3–4	Abb. 4 Grad 2	
Hydrogel	9 %	23 %	5 %		
PU-Schaum	2 %	7 %	20 %		
Hydrokapillarverband	11 %	14 %	13 %		
Alginat	21 %	54 %	38 %		
NPWT	4 %	7 %	14 %		
Silberhaltiger Wundverband	2 %	11 %	9 %		
Wundgaze/ Distanzgitter		5 %			
Kein Wundfüller			100 %	100 %	

Tabelle 3
Übersicht der Angaben zur empfohlenen Wundabdeckung (SA = Superabsorber) bei den fünf vorgestellten Wunden. Die Ziffern entsprechen den Nummern der Abbildungen.

Art der Wundabdeckung	Abb. 1 Dekubitus, Nekrose	Abb. 2 Dekubitus, Grad 4	Dekubitus		Abb. 5 Rötung
			Abb. 3 Grad 3–4	Abb. 4 Grad 2	
Hydrokolloid	2 %	2 %	2 %	66 %	7 %
PU-Schaum	59 %	25 %	77 %	27 %	2 %
Superabsorber	2 %	43 %	4 %		
Vakuumtherapie	4 %	7 %	14 %		
Aktivkohle		5 %			
Wundgaze/ Distanzgitter	18 %	5 %			2 %
Filmverbände	13 %	2 %			
Saugkompressen	4 %	11 %	4 %		2 %
Keine Wundaufgabe				7 %	88 %

wahl des Wundfüllers sowie der Wundabdeckung. Hingegen war der deutlichen Mehrheit klar, dass ohne ein entsprechendes Debridement die weitere Therapie erschwert ist und der Wundgrund schlecht beurteilt werden kann. Dann muss man akzeptieren, dass man für diese Fälle keinen Standardweg festlegen kann, weil sich die notwendigen Informationen, eben nicht vollständig aus den Bildern ergeben. Zudem sind die jeweiligen Settings in denen sich der Patient befindet sehr unterschiedlich was die Erstattung der Behandlungskosten betrifft.

Umfrage zur Wundbehandlung

Die vor Abstimmung durchgeführte individuelle Empfehlung zur Wundbehandlung anhand der anonymisierten Umfrage hat

eine wesentlich größere Unsicherheit bei den Teilnehmern erkennen lassen als bei dem Gruppenkonsens. Wie Tab. 1 zeigt wird sehr differenziert eine Empfehlung zum Debridement abgegeben. Innerhalb der einzelnen Dekubitalulzerationen besteht eine große Variation, die je nach Ausprägungsgrad alle Verfahren umfasst. Interessant ist die Einschätzung, dass die Mehrheit bei Bild 3 und 4 kein Debridement durchführen würde. Die Notwendigkeit eines Debridement zur Beseitigung von Biofilmen in chronischen Wunden wird zur Zeit allseits diskutiert und ist zumindest im Rahmen des mechanischen Debridements zu empfehlen. Nahezu unverständlich ist die Anwendung eines autolytischen Debridements mit Hydrogel bei dem superinfizierten Dekubitus auf Bild 2, die von nahezu jedem Fünften

(18%) angekreuzt wurde. Bei einem überreichenden superinfizierten Dekubitus ist dies schlichtweg falsch, da es der Ausbreitung der Infektion Vorschub leistet.

Tabelle 2 zeigt die benannten Wundfüller, Tabelle 3 die Wundabdeckung. Dazu muss man anmerken, dass ein Wundfüller bei einem Dekubitus der Kategorien 1 und 2 nicht notwendig ist, da es sich um flache Ulzera bzw. um eine Hautrötung handelt. Bei einem tiefen Dekubitus kommt einem Wundfüller eine größere Bedeutung zu. Der am häufigsten genannte Wundfüller ist das Alginat, gefolgt von Hydrokapillarverbänden und Cavityschäumen. Anzumerken sei noch, dass Alginat nur sichtbar tamponiert werden dürfen um ein unbeabsichtigtes Verbleiben von Resten in der Wunde zu vermeiden. Die häufigsten Wundabdeckungen sind PU-Schäume und Distanzgitter. Bei der Wundabdeckung ist die Anwendung einer silberhaltigen Auflage auffallend selten genannt, dies mag in der gehäuften Anwendung einer guten lokalen Antiseptik und des gründlichen Debridements liegen. Auffallend ist, dass die Anwendung moderner aktiver Wundverbände (z. B. mit Proteasehemmern) nicht erwähnt wird. Dafür wird mit 23 %, also von jedem Vierten wieder bei dem infizierten Dekubitus in Bild 2 ein Hydrogel genannt, welches nicht indiziert ist. Bis zu 14 % der Teilnehmer favorisieren die NPWT zur Behandlung des tiefen Dekubitus, was im Krankenhaus durchaus üblich und schnell Verfügbar ist. Im häuslichen Umfeld ist die Versorgung mit der NPWT nur im Einzelfall und nach Rücksprache mit dem Kostenträger möglich.

Ein Wundumgebungsschutz ist notwendig, wenn die den Dekubitus umgebende Haut besonders anfällig oder bereits angegriffen ist. Dies kann im Falle der beschriebenen Dekubiti allein aufgrund der Lage schon gegeben sein, allerdings sollte man hier differenziert entscheiden ob der Einsatz von entsprechenden Mitteln sinnvoll ist. In Tab. 4 ist zu erkennen dass die Frage ob ein Umgebungsschutz bei den jeweiligen Dekubiti sinnvoll ist, nicht eindeutig war. Bei reizloser Umgebung ist der Einsatz eher anzuzweifeln, zumal es auch einen erheblichen Kostenfaktor für den Patienten im häuslichen Umfeld darstellt, der nicht außer Acht gelassen werden sollte.

Die Wechselintervalle in Tab. 5 lassen einen Trend von einer eher kurzfristigen Kontrolle nach ein bis zwei Tagen bei den Dekubiti (Bilder 1 und 2) hin zu einem län-

geren Wechselintervall bei den Dekubiti (Bilder 3–5) erkennen. Allerdings weisen die Antworten große Variationen auf. Es ist sicher schwierig zu verstehen, warum man bei einer Wunde, die noch nicht gereinigt ist und eine eindeutige Mazeration des Wundrandes aufweist, ein Wechselintervall von 3 und mehr Tagen empfiehlt. Auch wenn die Wundaufgaben dies zulassen, muss man bis zu dem Zeitpunkt zu dem man die Mazeration erfolgreich bekämpft hat, kürzere Kontrollen durchführen, um zu sehen ob das Konzept aufgeht. Andererseits ist bei einer guten Granulation und reizloser Umgebungshaut ein möglichst langes Wechselintervall anzustreben. Ein Verbandwechsel nach ein oder zwei Tagen ist hier sicher nicht notwendig und ökonomisch falsch.

Kommentar

Zunächst bedanken wir uns bei Allen, die diese Umfrage mitgemacht haben. Viele haben noch viel mehr aufgeschrieben und immer wieder auf die Notwendigkeit der Druckentlastung und Lagerung bei der Therapie des Dekubitus hingewiesen. Sicher wären auch einige Antworten anders ausgefallen, wenn man den Patienten und den Dekubitus selber in Augenschein hätte nehmen können. Dennoch erlaubt uns die Umfrage zwei wichtige Schlussfolgerungen.

1. Es ist durchaus schwierig als Fachgesellschaft konkrete Empfehlungen zur Therapie spezifischer Wunden formulieren, da sich die Patienten in unterschiedlichen Settings befinden. Dennoch sollte der Versuch unternommen

Tabelle 4

Übersicht der Angaben zur Verwendung eines Produktes zum Schutz der Wundumgebung bei den fünf vorgestellten Wunden. Die Ziffern entsprechen den Nummern der Abbildungen.

Art des Schutzes der Wundumgebung	Abb. 1 Dekubitus, Nekrose	Abb. 2 Dekubitus, Grad 4	Dekubitus		Abb. 5 Rötung
			Abb. 3 Grad 3–4	Abb. 4 Grad 2	
keinen	46 %	4 %	50 %	82 %	64 %
Wenn ja, dann					
Barrierefilm	50 %	79 %	41 %	16 %	29 %
Zinkpaste	4 %	18 %	9 %	2 %	7 %

Tabelle 5

Übersicht der Angaben zum Wechselintervall der Wundaufgabe bei den fünf vorgestellten Wunden. Die Ziffern entsprechen den Nummern der Abbildungen.

Wechselintervall	Abb. 1 Dekubitus, Nekrose	Abb. 2 Dekubitus, Grad 4	Dekubitus		Abb. 5 Rötung
			Abb. 3 Grad 3–4	Abb. 4 Grad 2	
1 Tag	11 %	38 %			2 %
2 Tage	29 %	38 %	11 %	4 %	
3 Tage	55 %	16 %	70 %	39 %	2 %
4 Tage	5 %	9 %	14 %	16 %	2 %
> 4 Tage			5 %	34 %	7 %

werden, Empfehlungen zur sinnvollen Wundversorgung anhand einer Serie von Beispielen als Standards zu erarbeiten. Solche Standards können der Vereinheitlichung der Ausbildung und der Wundbehandlung in ganz Deutschland dienen.

2. Fragebogenaktionen anhand spezifischer Fälle, die auf Kongressen oder in Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten oder Wundnetzen durchge-

führt werden können, dienen der Schulung und decken Fehlentwicklungen auf, denen man sich in Fortbildungsveranstaltungen konkret widmen kann. Die Erarbeitung eines Leitfadens für die Vor- und Nachbereitungen und die Auswertung von Fallkonferenzen speziell für Menschen mit chronischen Wunden ist eine wichtige Aufgabe, der sich die Fachgesellschaften annehmen sollten.