

Experten – in der modernen Wundversorgung



Ein Gewinn für jede Pflegeeinrichtung

Weiterbildung Wundmanagement 2012

Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe
Innsbruck

Projektarbeit Experten in der modernen Wundversorgung

-

Ein Gewinn für jede Pflegeeinrichtung

Maziborsky Brigitte
Marktstraße 54
5660 Taxenbach
maziborsky@cablelink.at

September 2012, Taxenbach

Vorwort

In den 3 Ausbildungsjahren zur diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester vor sechs Jahren kann ich mich mitunter an eines erinnern - nämlich an die geringe Stundenanzahl die das Curriculum zur Versorgung chronischer Wunden vorgeschrieben hat. Nur durch mein persönliches Interesse habe ich auf der chirurgischen Ambulanz des Krankenhauses Hallein während eines 160-Stunden-Praktikums umfangreiche Informationen über chronische Wunden erfahren dürfen. Meine damalige Praktikumsbegleitung war bereits Expertin in Sachen Wundversorgung und sie ermöglichte mir einen tiefen Einblick in die Behandlung chronischer Wunden. Nach den vier Wochen bildete ich mir tatsächlich ein, ich weiß jetzt sehr viel über dieses Fachgebiet. Heute weiß ich es besser. Die Weiterbildung „Wundmanagement“ zeigte mir, wie oberflächlich dieses Thema in meiner Ausbildung behandelt wurde.

In Gesprächen mit Turnusärzten erfuhr ich, dass dieser Bereich auch in Ihrer Ausbildung kaum einen Stellenwert hat.

Diese Tatsache lässt verstehen, dass gerade in diesem Versorgungsbereich viele Fehler gemacht werden. Die richtige Anwendung von Wundversorgungsmaterialien und vor allem die korrekte Wundanalyse haben großen Einfluss auf den Heilungsverlauf. Versorgungsfehler kosten Zeit, Geld und vor allem schaden sie dem Patienten, der ohnedies schon mit physischen und psychischen Belastungen zu leben hat.

Ein negatives Versorgungsbeispiel aus meiner Praxis in der Hauskrankenpflege waren Grund, dass ich mir zum Ziel setzte, mir Kompetenz in der Versorgung chronischer Wunden anzueignen.

In dieser Arbeit möchte ich aufzeigen, dass diese Weiterbildung, die mir nicht nur Fachwissen sondern auch zu argumentieren lehrt, unerlässlich für die Gesundheits- und Krankenpflege ist.

Daraus resultiert ein Gewinn für Patienten, Klienten, Pflegepersonen, Pflegeeinrichtungen, Krankenkassen sprich das gesamte Gesundheitswesen und dessen Finanzierung.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Wundmanger – Experten in der modernen Wundversorgung	2
2 Leben mit chronischen Wunden	4
2.1. Definition chronische Wunde.....	4
2.2. Schmerz.....	4
2.3. Mobilität.....	5
2.4. Wundgeruch und Exsudat.....	5
2.5. Psychisches Erleben und soziale Beziehung.....	6
3 Die Versorgung einer chronischen Wunde	6
3.1. Ärztliche und pflegerische Anamnese.....	7
3.2. Wundbeurteilung.....	7
3.3. Planung des Behandlungskonzeptes.....	8
3.4. Phasengerechte Wundversorgung.....	8
3.4.1. Reinigungsphase.....	9
3.4.2. Granulationsphase.....	10
3.4.3. Ephetilisationsphase.....	10
3.5. Dokumentation.....	11
3.6. Evaluation.....	11
3.7. Vernetzung und Kooperation.....	12
4 Fallbeispiel	13
5 Kosten	18
6 Zusammenfassung	19
7 Schlussfolgerung	20
8 Literaturverzeichnis	21

Einleitung

Nach den Grundsätzen des Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG §1.1. vom 25.7.2012) ist es von größter Bedeutung ein Augenmerk auf die Versorgung chronischer Wunden zu legen. Man wird feststellen, dass hier noch Lücken zu finden sind.

Gerade in der modernen Wundversorgung stehen Ärzte und Pflege am Start. In Anbetracht der demographischen Entwicklung und somit Zunahme von chronischen Wunden muss in diese Richtung hin rasch reagiert werden.

Dass modernes Wundmanagement nicht allein das Versorgen von Wunden bedeutet sondern den Patienten und sein gesamtes Umfeld mit einbezieht, lässt erahnen, wie umfassend sich dieser spezielle Bereich der Pflege darstellt. Das Vernetzen und Kooperieren unterschiedlicher Berufsgruppen hat hier einen sehr hohen Stellenwert.

Diese Arbeit soll einen Einblick über die Tätigkeit eines Wundexperten geben und anhand eines Fallbeispiels darstellen, was getan werden kann oder muss um einen Patienten mit einer chronischen Wunde eine rasche Wundheilung und somit ein Stück Lebensqualität zu ermöglichen.

Ein weiteres Ziel ist Anreiz zu bieten Zeit, Geld und Engagement in eine fundierte Weiterbildung zu investieren um langfristig das Gesundheitssystem auf dem Weg der Qualitätssicherung zu unterstützen.

1 „Wundmanager“ – Experten in der modernen Wundversorgung

Professionelles Wundmanagement hat sich in den vergangenen Jahren, als Fachbereich der Gesundheits- und Krankenpflege nach § 64 GuKG, etabliert. Als Vorreiter für diese Entwicklung ist insbesondere der gebürtige Tiroler Gerhard Kammerlander zu nennen, der im Jahre 1999 das erste 4-wöchige Schulungskonzept ZWM®, in Zusammenarbeit mit der Akademie für Gesundheits- und Pflegeberufe des ÖGKV Landesverband Steiermark, durchführte. Ihm gefolgt sind zahlreiche Ausbilder wie das AZW Innsbruck, das Wirtschaftsförderungsinstitut, die Donau-Universität Krems, die Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg und noch einige andere. Die Ausbildungsformen reichen von einer Kursdauer von 4 Wochen bis zur Akademisierung. Hier zeigt sich, dass Wundmanagement wesentlich mehr ist als nur das „richtige Pflaster“ zu kleben. Wundmanager fungieren als Bindeglied zwischen Patienten, Angehörigen, Arzt, Pflegenden, Ernährungsberatung und Therapeuten.

Sind akute Wunden meist problemlos in der Versorgung, erweisen sich chronische Wunden als Herausforderung für Pflegepersonen. Abgesehen von der ärztlichen Anamnese bedarf es von Pflegeseite her einer gründlichen Patientenorientierung. Es ist wesentlich zu wissen, wie der Mensch mit „seiner Wunde“ lebt und zu ihr steht. Chronische Wunden haben in der Regel großen Einfluss auf Funktion, Psyche und soziales Umfeld - sprich auf die Lebensqualität. Die Kunst sich nicht nur auf die Wunde, sondern auf die Person mit der Wunde zu konzentrieren, macht einen professionellen Wundversorger aus (vgl. Panfil, Uschok, Osterbrink 2010, S127f)

Fachwissen über die pathophysiologischen Vorgänge einer chronischen Wunde und das Festlegen von Versorgungskonzepten sind weitere Schwerpunkte in der modernen Wundversorgung. Welche Bereiche das Wundmanagement abdeckt zeigt die unten angeführte Darstellung (vgl. Panfil, Uschok, Osterbrink 2010, S 147):

Hygiene	Ressourcen finden	Vernetzt arbeiten	Aktuelles Wissen	Dokumentation
---------	----------------------	----------------------	---------------------	---------------



Abbildung 1: Bereiche des Wundmanagements

Um besser verstehen zu können, mit welchen Faktoren ein Mensch mit einer chronischen Wunde zu leben hat, werden nachstehend einige näher erläutert.

2 Leben mit einer chronischen Wunde

2.1 Definition chronische Wunde

In der Regel spricht man von einer chronischen Wunde, wenn diese innerhalb mehrerer Wochen, trotz kausaler und sachgerechter Therapie, keine Heilungstendenzen aufweist (vgl. [http:// www.pflegewiki.de](http://www.pflegewiki.de) (22.7.2012)).

Bei den häufigsten chronischen Wunden, handelt es sich um

- Diabetisches Fußsyndrom
- Dekubitus
- Ulcus cruris venosum, arteriosum oder mixtum.

Sie haben erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität und beeinträchtigen Patienten massiv in ihrem Alltag. Welche Bereiche Menschen mit chronischen Wunden belasten, werden in den nachfolgenden Punkten erläutert.

2.2. Schmerz

Den wichtigsten Stellenwert im Leben mit einer chronischen Wunde nimmt der Schmerz bzw. die Schmerzbekämpfung ein. Da Schmerz ein sehr subjektives Gefühl ist und sich nicht nur anhand eines Messgerätes feststellen lässt, ist es besonders wichtig, jede Äußerung von Schmerz wahr zu nehmen und zu hinterfragen (vgl. Protz 2011, S143f).

Je nach Wunde haben Patienten ein unterschiedliches Schmerzempfinden. Verspürt ein Patient mit einem Ulcus cruris venosum gemessen an einer Schmerzskala 6 – 10, so verspürt jemand mit einem diabetischen Fußsyndrom aufgrund einer Neuropathie kaum oder gar keinen Schmerz. Schmerzen entstehen ursachenbedingt oder therapiebedingt, in Ruhe oder bei Belastung. Auf jeden Fall ist bei einer Wundbehandlung auf ausreichende Analgetika-Gabe zu achten (vgl. Panfil, Uschok, Osterbrink 2010, S 132). Aus eigener Erfahrung kann ich berichten, dass Betroffene schon im Vorfeld Äußerungen von Angst, beim Anblick bestimmter Instrumente (z.B. Pinzette), treffen.

2.3. Mobilität

Einschränkungen der Mobilität können unterschiedliche Ursachen haben wie beispielsweise Wundschmerz, therapiebedingte Immobilität, unpassendes Schuhwerk aber auch Antriebslosigkeit aufgrund einer psychischen Störung. Infolge dessen bleiben Betroffene lieber zu Hause als den gewohnten Aktivitäten des täglichen Lebens nach zu kommen. Menschen mit chronischen Wunden berichten von einem großen Einschnitt in ihre Lebensqualität. Hier kann man als Pflegeperson sehr gut einwirken, indem man positiven Zuspruch leistet, sich um Kontakte mit einem Orthopäden oder Schuhmacher bemüht oder das persönliche Umfeld mit einbindet und belastende Faktoren versucht auszuschalten (vgl. Panfil, Uschok, Osterbrink 2010, S 133). Aber auch das Gegenteil kann sich als Problem manifestieren, wenn eine verordnete Entlastung eines Körperteiles nicht befolgt wird oder beispielsweise druckentlastendes Schuhwerk berufsbedingt (z.B. landwirtschaftliche Tätigkeiten) keine Anwendung findet. Hier ergeben sich häufig Schwierigkeiten in der Compliance.

2.4. Wundgeruch und Exsudat

Wundgeruch entsteht vor allem bei infizierten und exulzierenden Wunden (wie Tumorwunden). Patienten meiden dadurch ihre sozialen Kontakte und ziehen sich sehr aus ihrem Umfeld zurück. Durch das gestörte Körperbild leidet das Selbstwertgefühl darunter, welches wiederum Einfluss auf die Lebensqualität hat. Ebenso verhält es sich mit stark exsudierenden Wunden wie beispielsweise Gamaschenulzera oder Verbrennungen. Einschränkungen in der Kleiderwahl oder zusätzlicher Pflegeaufwand bedeuten für viele eine zusätzliche psychische Belastung. Im Handel sind bereits sehr gute Materialien erhältlich, die richtig angewendet, große Erleichterung bieten. Dem Ideenreichtum der Pflegepersonen soll hier keine Grenze gesetzt sein um Linderung zu schaffen (vgl. Protz 2011, S38f).

2.5. Psychisches Erleben und soziale Beziehungen

Wie bereits mehrmals angedeutet, bedeutet mit einer chronischen Wunde zu leben, eine große Belastung. Das Spektrum an negativen Gefühlen reicht von Minderwertigkeitsgefühlen, Unsicherheit, Hoffnungslosigkeit, Frustration bis hin zum Gefühl des Macht- und Kontrollverlustes. Der Verlust von Eigenständigkeit und die Abhängigkeit von Pflegeexperten lassen Menschen mit chronischen Wunden in die Einsamkeit flüchten. Der Weg in die soziale Isolation wird von diesen Empfindungen geebnet. Berufstätige Menschen können den Anforderungen ihres Arbeitsplatzes oft nicht mehr gerecht werden und schüren Verlust- und Existenzängste (vgl. Panfil, Uschok, Osterbrink 2010, S 133f). Hier ist eine weitere Berufsgruppe in das Versorgungskonzept mit einzubeziehen, um dieser Belastungssituation entgegenzuwirken.

Es wurde hier nur ein kleiner Bereich der belastenden Faktoren von Menschen mit chronischen Wunden angeführt, mit denen sich ein Wundexperte im Vorfeld auseinandersetzen muss, um diesen ganzheitlich betreuen zu können.

Der zweite wesentliche Punkt im Wundmanagement ist die eigentliche Wundversorgung. Anhand eines Fallbeispiels werde ich anschließend demonstrieren, wie eine Wundversorgung aussehen kann.

3 Die Versorgung einer chronischen Wunde

Wie bereits erwähnt werden chronische Wunden anders behandelt als akute Wunden, die in der Regel einen primären Wundheilungsverlauf, d.h. keine Wundheilungsstörungen, aufweisen. Bei einer nicht heilenden Wunde ist es unerlässlich die Ursache für die Störung herauszufinden, um dann ein Behandlungskonzept festlegen zu können. Eine Diagnose ist daher vom Arzt festzustellen. Sie ist der Beginn einer langen Versorgungskette.

Der Wundversorgungs- Prozess umfasst folgende Bereiche:

- Ursachenabklärung (ärztliche Anamnese und Pflegeanamnese)
- Objektive Wundbeurteilung
- Planung des Behandlungskonzeptes (interdisziplinär)
- Phasengerechte Wundversorgung
- Wunddokumentation
- Evaluation
- Vernetzung und Kooperation aller Disziplinen (vgl. Skript Dr. Hufler 2011)

In jedem der Punkte agiert der Wundexperte, was ich im Anschluss erläutern möchte.

3.1. Ärztliche und pflegerische Anamnese

Wie bereits erwähnt muss auf eine ärztliche Wunddiagnose bestanden werden. Durch ein ausführliches Anamnesegespräch haben Arzt und Pflegeperson die Möglichkeit mehr Informationen über die Entstehung und Entwicklung der Heilungsstörung vom Patienten zu bekommen. Als Grundlage für die Pflegeplanung ist eine Pflegeanamnese/Wundanamnese ebenfalls relevant. Es geht auch darum in Erfahrung zu bringen, welche Auswirkungen die Wunde auf den Patienten und seinen Alltag hat (vgl. Schröder, Panfil 2010,S155).

3.2. Wundbeurteilung

Für die richtige Auswahl der Verbandstoffe und Behandlung, ist eine sorgfältig durchgeführte Wundbeurteilung zwingend notwendig. Sie umfasst mindestens folgende Bereiche und wird erst nach gründlicher Reinigung der Wunde durchgeführt:

- Wundumgebung
- Wundrand
- Wundgrund
- Wundexsudat
- Wundgröße-/fläche-/tiefe
- Infektionszeichen
- Räumliche Beschreibung

- Taschenbildung/-fistel
- Gradeinteilung (z.B. Dekubitus, paVK, Verbrennung,...)
- Wundschmerz

Auf jeden Fall ist die Beurteilung der Wunde vor Beginn der Therapie durchzuführen, dann bei jedem Verbandwechsel, meist alle 3-5 Tage je nach Material. Eine Größenbeurteilung ist sinnvoll nach ca. 10 Tagen, da in kürzeren Intervallen kaum eine messbare Veränderung zu erfassen ist (Panfil/Schröder 2010, S 159).

3.3. Planung des Behandlungskonzeptes

Nachdem festgestellt wurde, um welche Wunde es sich handelt kommen üblicherweise standardisierte Therapien zur Anwendung. Bei chronischen Wunden wird aufgrund der meist langwierigen Behandlungsdauer ein Konzept gewählt, dass individuell auf den Patienten und seine Lebenssituation abgestimmt werden muss, d.h. der Patient wird aktiv mit einbezogen. Als Hauptaufgabe der Pflege sind hier Beratungsgespräche und Anleitung anzubieten. Der Betroffene sollte unbedingt in seiner Selbstversorgung gefördert werden (Panfil/Schröder 2010, S 149). Angehörige leisten hier sehr große Unterstützung und bei guter Einschulung sind sie als unverzichtbare Ressource anzusehen.

3.4. Phasengerechte Wundversorgung

In diesem Abschnitt wird auf die eigentliche Wundversorgung eingegangen und dafür ist Fachwissen unbedingt erforderlich.

„Was ist eine phasengerechte Wundversorgung?

Unter Berücksichtigung der physiologischen und pathophysiologischen Abläufe im Körper eine weitgehend schmerzfreie, für den Patienten akzeptable und unter Nutzung von geeigneten Wundauflagen und dadurch idealfeuchtem Wundmilieu eine rasche Wundheilung herbeizuführen“ Zitat Schlögel (2011, Skript)

Die Wundheilung verläuft in Phasen, welche sind:

- Reinigungsphase
- Granulationsphase
- Epithelisierungsphase

In jeder dieser Phasen können Störfaktoren die Wundheilung verzögern bzw. beeinflussen. Hier ist es wichtig, korrekt zu beurteilen und das richtige Material zur Anwendung zu bringen um gezielt entgegen zu wirken.

Generell setzt sich die lokale Wundtherapie aus Wundreinigung und Wundauflage zusammen, die sich wie bereits erwähnt an den Bedürfnissen des Patienten orientiert.

3.4.1. Reinigungsphase

Vor jeder Wundbehandlung wird die Wunde mit einer Wundspüllösung gereinigt, angepasst an die vorherrschende Wundsituation (z.B. NaCl, Ringer, Prontosan, Octenisept,...).

Unterstützt wird die Wunde in der Reinigungsphase mittels eines Debridement, welches Nekrosen oder Beläge entfernt.

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten ein **Debridement** durchzuführen:

Mechanisch	angefeuchteter Kompressen (Nassphase), Wundspüllösung
Chirurgisch	Pinzette und Skalpell, Ringkürette,..
Enzymatisch	Enzympräparate
Biochirurgisch	Maden
Autolytisch	Hydrogele, Hydrokolloidverbände, Wundauflage zur Nasstherapie
Ultraschall	Niederfrequentes Leistungultraschall in Kombin. mit Spüllösungen

Eine fibrinbelegte Wunde wird in ihrem Heilungsverlauf behindert. Mittels autolytischem Debridement werden die Beläge gelöst.

Eine infizierte Wunde ist die häufigste Komplikation in der Wundheilung, gekennzeichnet durch die bekannten lokalen und systemischen Symptome und $>10^5$ Mikroorganismen/g Gewebe.

Ein Fortschreiten in der Wundheilung ist erst nach Beseitigung der Infektion mittels Antibiotika und lokalen Antiseptika möglich. Zur genauen Keimbestimmung ist hier ein Wundabstrich erforderlich.

Silberhaltige Wundauflagen finden hier Anwendung aber auch Honig oder Maden.

Eine spezielle Therapieform, die bei infizierten Wunden Anwendung findet, ist die lokale Unterdrucktherapie. Das permanente Ableiten von Bakterien und Zelltrümmern, die Abgabe von Silberionen eines Polyurethanschaumes an die Wunde, sowie die Möglichkeit die Spül-Saug-Drainage mittels Antiseptika zu nützen, sind große Vorteile dieser Therapie. Voraussetzung dafür ist die fachgerechte Handhabung des Gerätes und Erfahrung in der Anwendung.

Die chronische Wunde geht von der Reinigungsphase überschneidend in die Granulationsphase über, in der wiederum überlegt werden muss, welche Verbandsmaterialien angewendet werden sollen.

3.4.2 Granulationsphase

Eine granulierende Wunde ist gekennzeichnet durch ein sauberes, körniges und rotes Wundbett, gut durchblutet und bei abnehmender Exsudation.

In dieser Phase ist die Wunde sehr behutsam zu behandeln, da das neu gebildete Gewebe sehr empfindlich ist. Das Wundmilieu feucht zu halten und Verbandwechselintervalle zu verlängern ist oberstes Ziel. Die richtige Wahl des Materials ermöglicht diese Voraussetzung. Je nach Exsudat kommen Produkte wie feinporiger Polyurethanschaum, Hydrokolloide oder Hydrokapillarverband zur Anwendung.

Diese Phase erstreckt sich über einen Zeitraum von 2-14 Tagen. Die Granulationsphase überschneidet sich mit der anschließenden Phase – der Epithelisationsphase.

3.4.3. Epithelisationsphase

Sie ist gekennzeichnet durch die Neubildung einer Hautschicht ausgehend vom Wundrand, die sich als zartrosa bis weißlicher Saum präsentiert. Die Exsudatmenge reduziert sich weiter. Auf Wundruhe und ein feuchtes Milieu ist zu achten, um das Einwandern der Epithelzellen zu ermöglichen. Die passende Auswahl von Versorgungsmaterial wie bspw. dünne Hydrokolloide, dünne Schaumstoffverbände, Hydrogelkompressen oder ähnliches,

unterstützt einen atraumatischen Verbandwechsel. Diese Phase erstreckt sich über 4 – 21 Tage, mitunter auch viel länger (Protz 2011, S 17ff).

Es gibt Wunden, die sich als besondere Problemwunden präsentieren wie beispielsweise exulzierende, übelriechende Tumorwunden, sehr tiefe und/oder unterminierte Wunden, stark exsudierende Wunden, die nach speziellen Wundversorgungsmaterialien verlangen. Umfangreiches Wissen über diese Produkte und deren Anwendbarkeit ist daher von großer Wichtigkeit.

Ein fortschreitender Wundverlauf wird nicht nur allein durch das Anbringen des richtigen Verbandmaterials erzielt, sondern auch durch eine gut geführte Dokumentation. Warum und wie dokumentiert werden soll, wird nachstehend kurz erläutert.

3.5. Dokumentation

Angehörige des Gesundheits-und Krankenpflegeberufe unterliegen lt. GuKG §5 der Dokumentationspflicht.

Eine Wunddokumentation ist Bestandteil der pflegerischen als auch ärztlichen Dokumentation und haben das Ziel, für Transparenz und einheitlichen Vorgehensweise zu sorgen. Sie dient als Instrument der Qualitätssicherung, gekennzeichnet durch die Kontinuitätsgarantie. Anhand einer ordentlich geführten Wunddokumentation lassen sich Fortschritte, Stagnation oder Rückschritte nachvollziehen.

Wunddokumentationsbögen, entwickelt von den unterschiedlichsten Firmen, ergänzt durch eine Fotodokumentation bieten eine große Hilfestellung (Hintner, Skript 2011).

3.6. Evaluation

Die Evaluation ist Teil des Pflegeprozesses und dient der Verlaufskontrolle, die schriftlich erfolgt.

Aufgrund der Evaluation kann in den laufenden Prozess bei Bedarf eingegriffen werden, wenn Veränderungen in der Therapie nötig sind. Ziel ist die Optimierung der geplanten und geleisteten Versorgung(Gieseke, 2006, S47f).

3.7. Vernetzung und Kooperation

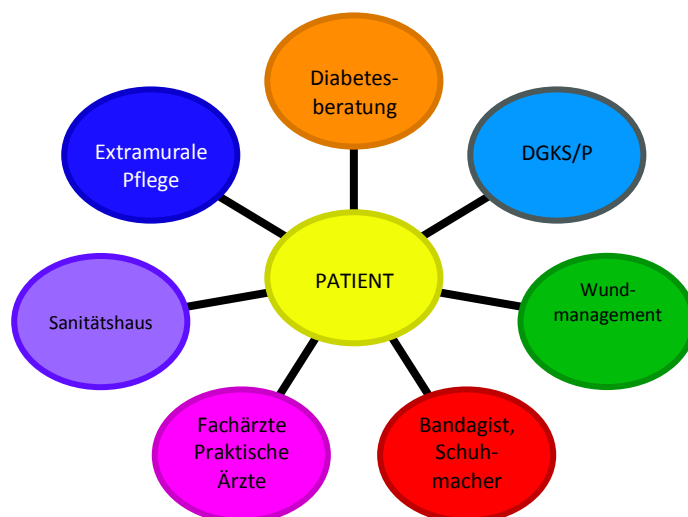
An der Wundversorgung sind mehrere Berufsgruppen beteiligt. Beispielsweise wirkt sich ein schlecht eingestellter Blutzucker eines Diabetikers negativ auf die Wundheilung aus. Arzt und Diabetes-Beratung sorgen für eine gute Ausgangs-Situation, um die Wundheilung zu optimieren. Ein anderes Beispiel für eine berufsübergreifende Versorgung des Patienten wäre, das Einbinden eines Orthopäden bzw. eines orthopädischen Schuhmachers bei der Versorgung eines diabetischen Fußsyndroms. Hier ist unbedingt für eine Druckentlastung der Wunde mittels passenden Schuhwerks zu sorgen (www.werner-sellmer.de vom 20.08.12). Fachärzte wie Gefäßchirurgen klären die Durchblutungssituation ab und ermöglichen ggf. erst durch operative Interventionen eine Wundheilung. Wundmanger geben ihr Wissen über Behandlungsmöglichkeiten unter Anordnung des Arztes an das nicht geschulte wundversorgende Personal im extramuralen oder stationären Bereich weiter, um die Kontinuität der Versorgung sicher zu stellen. Einen wichtigen Bereich nehmen hier auch die Angehörigen- und Patientenschulung ein.

Auch Dermatologen werden im Rahmen der Wundversorgung hinzugezogen, da es nicht selten zu Allergien oder anderen Problemen kommt.

Das vernetzte Denken und Vorschlagen, unterschiedliche Professionen mit in den Heilungsverlauf mit einzubeziehen, obliegt oft der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson. In meinen Praktikumstagen im Rahmen dieser Weiterbildung konnte ich diesen Prozess gut mit verfolgen.

Ohne diese interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen ist der komplexe Heilungsverlauf von chronischen Wunden nicht gewährleistet (www.werner-sellmer.de vom 20.08.12).

Die nachfolgende Abbildung zeigt noch einmal, welche Berufsgruppen mitverantwortlich, für einen guten Wundheilungsprozess einer chronischen Wunde, sind.



Im nächsten Abschnitt möchte ich gerne demonstrieren, wie die erläuterten Punkte in der Praxis Anwendung finden.

4 Fallbeispiel

Ich möchte gerne anhand des nachfolgenden Beispiels aus eigener Praxis dokumentieren, wie ich aufgrund meines Wissenstandes über das moderne Wundmanagement, eine Wundversorgung durchgeführt habe.

Frau E. ist 87 Jahre und lebt seit einigen Jahren in einer Langzeitpflege. Die Bewohnerin leidet an rezidivierendem Ulcus cruris venosum. Frau E. lebt schon sehr lange mit dieser Erkrankung und sie weiß damit umzugehen. Ihr ist bekannt, dass eine dauerhafte Kompressionstherapie nötig ist, um ein Wiederauftreten von Ulzerationen vorzubeugen. Sie führt ein sehr autonomes Leben und von Zeit zu Zeit besucht sie ihre Tochter in der Schweiz. Bei ihrem letzten Aufenthalt über 2 Monate entwickelte sich am linken Außenknöchel erneut ein Ulcus. Lt. Aussagen der Tochter entstand das Ulcus explosionsartig. Noch in der Schweiz suchte Frau E. einen Arzt auf, der die Wunde versorgte.

Die anschließende Dokumentation bezieht sich auf den Stand bei Rückkehr der Bewohnerin in das Seniorenheim. Die Auswahl des Versorgungsmaterials beruht teilweise auf bereits vorhandenem Material aus vorangegangenen Wundbehandlungen und den finanziellen

Ressourcen der Bewohnerin. Die Kostenberechnung ergibt sich aus Angaben der Preisliste der SGKK (1.1.2012). Das Fotomaterial durfte ich mit Absprache der Bewohnerin aus der Fotodokumentation verwenden.

Wundbeurteilung	Wundbehandlung	Foto	Kosten
<p>Datum: 13.7.2012</p> <p>Wundumgebung ist gerötet, ödematös, mazeriert, auf 1:00 Uhr ca. 7mm lange oberflächliche Läsion,</p> <p>Wundrand ist mazeriert auf 5:00-6:00 Uhr, wulstig, glatt, rosig</p> <p>Wundgrund ist schmierig belegt</p> <p>Wundexsudat ist viel vorhanden, übelriechend</p> <p>Infektionszeichen vorhanden</p> <p>Wundgröße: 4,7cmx4,0cmx0,1cm</p>	<p>Lt. Ärztlicher AO mechanisches Debridement , Nassphase und Reinigung mit Octenisept zur schonenden Reinigung</p> <p>Wundauflage: Acticoat absorbend zur Keimreduzierung (hochpotentes Silber), Allevyn non adhesive 10x10cm aufgrund empfindlicher Wundumgebung</p> <p>Wundrandschutz mit Cavilon</p> <p>Hautpflege mit Ultrabas</p> <p>Fixierung mit Peha haft</p> <p>Kompressionstherapie</p> <p>Verbandwechsel in 2 Tag</p> <p>Schmerzmittel 2xtägl.lt. AO</p> <p>Antibiotikatherapie</p>		<p>€20,90/VW</p>

Nach 2 Tagen:

Der Verbandwechsel wurde wie oben erläutert, durchgeführt. Keine Geruchsentwicklung mehr. Die Bewohnerin klagte über Schmerzen nach dem Verbandwechsel. Fr. E. bekommt lt. AO Novalgin-Tropfen zusätzlich. Bei nächstem Verbandwechsel wurde eine halbe Stunde vorher Emla-Salbe zur lokalen Anästhesierung aufgetragen. Die Bewohnerin gibt starkes Brennen an und möchte das nächstemal keine lokale Schmerztherapie mehr. Verbandwechselintervall 2 – tägig. Fr. E. findet mit der derzeitigen Schmerztherapie das Auslangen. Die Kosten an Verbandsmaterial betragen für eine Woche ca. €53,84.


Eine Woche später :

Wundbeurteilung	Wundbehandlung	Foto	Kosten
<p>Datum: 21.07.2012</p> <p>Wundumgebung gerötet, kleine Läsion 1:00 Uhr noch vorhanden, ödematös</p> <p>Wundrand auf 6:00 Uhr mazeriert, glatt, rosig</p> <p>Wundgrund mit Fibrinbeläge behaftet, Granulationsgewebe</p> <p>Exsudat mäßig , kein Geruch</p> <p>Geringe Entzündungszeichen</p> <p>Größe: 4,5cmx3,5cmx0,1cm</p>	<p>Reinigung mit Nacl da keine kritische Kolonisation erkennbar</p> <p>Mechanisches und autolytisches Debridement mit Nassphase</p> <p>Wundauflage Algosteril zur Förderung der Wundreinigung und Allevyn non adhesive 10x10cm</p> <p>Wundrandschutz mit Cavilon und Hydrocoll auf 6:00 Uhr da Mazeration</p> <p>Hautpflege mit Ultrabas</p> <p>Fixierung mit Peha haft</p> <p>Kompressionstherapie</p> <p>VW 2-tägig</p> <p>Schmerzmittel 2x tägl. lt. AO</p>		<p>€13,62/VW</p>

Der Verbandwechsel erfolgt alle 2 Tage und die Wundbehandlung wie oben erwähnt, durchgeführt. Die Bewohnerin gibt Schmerzfreiheit an und ist zufrieden mit dem Wundheilungsfortschritt.


Nach 3,5 Wochen:

Die Wundheilung schreitet weiter voran. Die Läsion auf 1:00 Uhr ist abgeheilt, Epithelisationsinseln weiten sich aus. Wundrandschutz mit Hydrocoll nach ca. 1,5 Wochen beendet, da keine Mazeration mehr und Abnahme des Exsudats. Für 25 Tage ergibt sich ein Kostenaufwand bzgl. Verbandstoffe von ca. €164,58

Wundbeurteilung	Wundbehandlung	Foto	Kosten
<p>Datum: 16.08.2012</p> <p>Wundumgebung trocken</p> <p>Wundrand rosa und glatt</p> <p>Wundgrund Granulationsgewebe und Epithelinseln von 11:00 bis 4:00 Uhr</p> <p>Exsudat mäßig</p> <p>Keine Entzündungszeichen</p> <p>Größe: 4,2cmx2,7cmx0,1cm</p>	<p>Reinigung mit Nacl 0,9%</p> <p>Mechanisches und autolytisches Debridement mit Nassphase</p> <p>Wundauflage Suprasorb P Schaumstoff 10x10cm nicht klebend</p> <p>Peha haft zum Fixieren</p> <p>Wundrandschutz Cavilon</p> <p>Hautpflege mit Ultrabas</p> <p>Kompressionstherapie</p> <p>VW 3-tägig</p> <p>Schmerzmittel nach Bedarf</p>		<p>€11,57/VW</p>


Nach 20 Tagen:

Seit dem oben abgebildetem Foto hat sich sichtlich die Epithelinsel ausgeweitet. Eine Verlängerung des VW-Intervalls ist leider nicht möglich da sofort Mazerationsgefahr auf 6:00 Uhr, deshalb weiter wie oben angeführt. Durch die längeren Verbandwechselintervalle reduzieren sich auch die Kosten auf ca.€ 77,17 für 20 Tage

Wundbeurteilung	Wundbehandlung	Foto	Kosten
Datum: 5.9.2012 Wundumgebung intakt Wundrand rosa, glatt Wundgrund Granulationsgewebe und Epithelinsel von 21:00 bis 5:00 Uhr Auf 1:00 Uhr Ulcus 1,2cmx0,5cm Exsudat mäßig Keine Entzündungszeichen Größe: 2,5cmx2,5cmx0,1cm	Reinigung mit NaCl 0,9% Mechanisches Debridement mit Nassphase Ulcus auf 1:00 Uhr mit Alginat tamponiert Wundauflage Suprasorb P Schaumstoff 10x10cm Peha haft zum fixieren Wundrandschutz mit Cavilon Hautpflege mit Ultrabas Kompressionstherapie VW 3-tägig Schmerzmittel b. Bedarf		€ 11,57 /VW

10 Tage später:

Die Epithelinsel nimmt weiterhin an Größe zu. Das Exsudat nimmt ab. Der Wundrand ist trocken und stabil, deshalb wird auf Cavilon verzichtet bei gleichzeitiger Verlängerung des Verbandwechselintervalls auf 4 Tage. Kostenaufwand beträgt für zehn Tage ca. €34,70

Wundbeurteilung	Wundbehandlung	Foto	Kosten
Datum: 15.9.2012 Wundumgebung intakt Wundrand rosa, glatt Wundgrund Granulationsgewebe und Epithelinsel von 21:00 bis 5:00 Uhr Auf 1:00 Uhr Ulcus 1,0cmx0,5cm Exsudat mäßig Keine Entzündungszeichen Größe: 2,3cmx2,1cmx0,1cm	Reinigung mit NaCl 0,9% Mechanisches Debridement mit Nassphase Ulcus auf 1:00 Uhr mit Alginat tamponiert Wundauflage Suprasorb P Schaumstoff 10x10cm Peha haft zum fixieren Wundrandschutz mit Ultrabas Hautpflege mit Ultrabas Kompressionstherapie VW 4-tägig Schmerzmittel b. Bedarf		€ 9,53 /VW

Die Bewohnerin ist sehr zufrieden mit der Heilungstendenz. Vermutlich wird die Wunde in 3 bis 4 Wochen verheilt sein, vorausgesetzt es treten keine Störungen auf. Leider kann diese Dokumentation aufgrund des Abgabetermins der Arbeit nicht bis zur vollständigen Wiederherstellung, abgeschlossen werden.

Eine ungefähre Hochrechnung bezüglich der Kosten des Verbandmaterials ergibt eine Summe von €501,50 incl. 20%MWST, excl. Personalkosten. Die Bewohnerin ist bei der SGKK gebührenbefreit.

Aufstellung der verwendeten Materialien und Kosten (lt. Tarifliste SGKK vom 1.1.2012):

Produkt	Preis pro Krt. oder Pkg. in Euro excl. 20%MWST
Algosteril 5x5cm (10Stk./Pkg.)	13,08
Suprasorb P non adh. 10x10cm (10Stk./Pkg.)	58,63
Allevyn non adh. 10x10cm (10Stk./Pkg.)	58,62
Acticoat absorbend 10x12,5cm (5Stk./Pkg.)	38,88
Mullkompressen steril 7,5x7,5cm (25x2/50Stk./Pkg.)	4,63
Nacl. 0,9% 30ml (100Stk./Kt.)	49,75
Cavilon Lolly (5Stk./Pkg.)	10,20
Hydrocoll 15x15cm (5Stk./Pkg.)	42,47
Peha haft 4mx8cm (1Stk./Pkg.)	1,68
Stülpa Schlauchverband 3R 15m (1Ro./Pkg.)	7,25

Die Wundheilungsdauer liegt in diesem Fallbeispiel bei ca.3 Monaten, welche sich mit der konventionellen Therapie bestimmt um einiges verlängert hätte. Mit der modernen, sprich feuchten Wundversorgung verkürzte sich die Behandlungszeit wesentlich, wenn gleich die Kosten für die Wundversorgung auf den ersten Blick erstaunlich hoch liegen. Wie es sich mit den Kosten tatsächlich verhält wird im nächsten Punkt noch einmal genauer erläutert.

5 Kosten

Durch die stetige Zunahme chronischer Wunden wird das Gesundheitssystem finanziell sehr belastet. Hinzu kommen fehlende Compliance, hohe Rezidivraten und Behandlungsfehler, die meist Ursachen für diese Entwicklung sind. Aus persönlicher Erfahrung kann ich berichten, dass ein Ulcus cruris venosum immer noch täglich mit einem Beta-Salbenverband über mehrere Wochen lang nach ärztlicher Anordnung therapiert wurde. Stellt man die Kosten einer herkömmlichen Therapie und die einer feuchten Wundversorgung gegenüber, ergibt sich daraus ein Unterschied der Belastung von ca. 40% zugunsten der modernen Behandlung. Neben den auf längere Sicht gesehenen Ersparnissen an Personal- und Materialkosten, verkürzt sich in der Regel auch der Heilungsverlauf(www.hs-bremen.de). Diese Tatsache reicht für mich aus, dass besonderes Augenmerk auf die kontinuierliche Förderung an Weiterbildungsmöglichkeiten von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal gerichtet werden muss.

6 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Menschen mit chronischen Wunden ein spezielle Form der Behandlung erfahren – nämlich wird nicht nur die Wunde alleine sondern der Mensch mit seiner Krankheitsgeschichte, seinen Sorgen und Ängsten, seiner psychischen und physischen Verfassung und zuletzt auch sein persönliches Umfeld in die Versorgung mit einbezogen. Der Wundexperte agiert als Berater und Mittler. Der sogenannte "Blick über den Tellerrand" hinaus ist in diesem Bereich äußerst wichtig und von großem Vorteil für eine positive Wundheilung.

Spezielles Fachwissen über die Vorgänge der Wundheilungsphasen und die richtige Auswahl und Anwendung von Wundversorgungsmaterialien in den einzelnen Phasen, sind Bestandteil der modernen Wundversorgung. Natürlich besteht die Möglichkeit, dass nicht jede Wunde geheilt werden kann und man stößt als Wundmanager an Grenzen, die es zu akzeptieren gilt.

Vertieftes Fachwissen gepaart mit psychosozialen Fähigkeiten sowie Organisations- und Kommunikationstalent zeichnet einen Wundexperten aus – von denen es noch viel zu wenig gibt.

Es lohnt sich durchaus Zeit und Engagement in eine Weiterbildung zu investieren, denn einen Menschen mit einer chronischen Wunde zur Heilung zu verhelfen oder Linderung zu schaffen, ist ein sehr zufriedenstellendes Gefühl.



7 Schlussfolgerung

Obwohl diese Arbeit nicht den Anspruch der Vollständigkeit erhebt, zeigt sie auf, wie umfangreich die Arbeit eines Wundmanagers ist.

Der Aufwand in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden ist unumstritten und auf den ersten Blick sehr zeit- und kostenintensiv. Dieser Eindruck entsteht aufgrund der ganzheitlichen Patientenbetreuung und dem damit verbundenem Netzwerk. Tatsächlich verhält es sich aber so, dass mit dem modernen Wundmanagement zu Verfügung stehenden Mitteln, eine wesentlich kostengünstigere Behandlung erzielt werden kann, wenn diese genutzt werden. Zudem kann auch die Qualität der Wundversorgung positiv beeinflusst werden. Um die herkömmliche "trockene" Versorgung von chronischen Wunden aus der Liste der Therapiemöglichkeit zu verdrängen, ist es unerlässlich Ärzte und Pflegepersonal in der modernen Wundbehandlung zu schulen und zu qualifizieren.

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden mittels modernen Wundmanagements muss lt. Qualitätssicherungsgesetz eine Selbstverständlichkeit sein, um Qualität bei gleichzeitiger Kosteneffektivität zu forcieren. Primäres Ziel in der modernen Wundversorgung sind jedoch dem Betroffenen Lebensqualität und Aufmerksamkeit zu bieten.

8 Literaturverzeichnis

Bücher:

Panfil, Eva-Maria, Schröder, Gerhard (Hg) (2010): *Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*. 2. Aufl. Bern: Hans Huber

Protz, Kerstin (2011): *Moderne Wundversorgung*. 6.Aufl. München: Urban&Fischer

Heuwinkel-Otter, Anette, Nümann-Dulke, Anke, Mateschko, Norbert (Hg) (2006): *Menschen Pflege*. Heidelberg: Springer

Weiss-Faßbinder, Susanne, Lust, Alexandra (Hg) (2010): *GuKG*. 6. Aufl. Wien: Manz

Webseiten:

Janßen, Heinz (2008): *Qualität und Kosten in der chronischen Wundversorgung- Widerspruch oder vereinbar?*. [www.Dokument]. [http://hs-bremen.de\(20.08.2012\)](http://hs-bremen.de(20.08.2012)).

Tigges, Wolfgang, Rosch, Fanziska, Sellmer, Werner, Clever, Hans-Ulrich (2005): *Moderne Wundbehandlung bei diabetischem Fußsyndrom*. [www. Dokument]. <http://werner-sellmer.de> (20.08.12).

[www.pflegewiki.de/wiki/Expertenstandard Chronische Wunden](http://www.pflegewiki.de/wiki/Expertenstandard_Chronische_Wunden) (22.07.2012)

Skripten:

Dr. Hufler (2012), Wundmanagement, Der Prozess des modernen Wundmanagement

Schlögl Hermann (2011), Die phasengerechte Wundversorgung

Hintner Marianne(2011), Wunddokumentation

verbandstoffe-wundversorgungsprodukte sgkk 11.01.2012 ab 01.01.2012.xls Tarifliste erhalten von Sanitätshaus Lambert Saalfelden am 27.08.2012

Abbildungen:

Abb.1: Komponenten des Wundmanagement in Panfil, Eva-Maria, Schröder, Gerhard (Hg) (2010): *Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*. 2. Aufl. Bern: Hans Hube

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass die vorliegende Arbeit von mir selbst verfasst wurde, und ich ausschließlich die von mir angegebenen Werke und Hilfsmittel verwendet habe.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Verwendung der Projektarbeit

Ich bin damit einverstanden, dass meine Projektarbeit weiteren Personen zur Verfügung gestellt werden darf.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift