

LEHRBRIEF 36

**Pflege von Menschen
mit chronischen Wunden
für den Bereich der
ambulanten Pflege**

Pflege von Menschen mit chronischen Wunden für den Bereich der ambulanten Pflege

Aufbau des Lehrbriefs

- (1) Voraussetzungen für die Fortbildung
- (2) Hintergrundwissen zum Thema
- (3) Lernziele der Fortbildung
- (4) Hinweise zu den Schulungsfolien
- (5) Unterlagen für die Teilnehmer der Fortbildung
- (6) Vordruck einer Einladung zur Fortbildung
- (7) Vordruck einer Teilnehmerliste
- (8) Vordruck eines Zertifikats für die Teilnehmer der Fortbildung
- (9) Lernzielkontrolle
- (10) Lösungen zur Lernzielkontrolle

1 Voraussetzungen für die Fortbildung

Einladung der Teilnehmer

Die Einladung zur Fortbildung sollte möglichst sieben bis zehn Tage vor Fortbildungsbeginn erfolgen.
Möglichkeiten: Aushang und/oder direkte Einladung der Teilnehmer (Einladungsvordruck finden Sie im Anhang)

Hinweis: Informationen zu Datum, Uhrzeit, Ort, Referenten, Thema der Fortbildung, Dauer und für wen die Fortbildung von Interesse ist, sollten auf jeder Einladung erscheinen. Vermerken Sie auf der Einladung, dass sich die Teilnehmer bis circa drei Tage vor Fortbildungsbeginn in eine Teilnehmerliste eintragen. Dies vereinfacht für Sie die Vorbereitung der Fortbildung.

Teilnehmer:

- bis 15 Teilnehmer
- Pflegekräfte
- Pflegefachkräfte (zur Auffrischung des Wissens zu diesem Thema)
- Auszubildende und Praktikanten

Dauer:

- Ca. 90 Minuten

Material

Die Mindestausstattung für die Fortbildung:

- Overheadprojektor
- Leinwand
- Anwesenheitsliste

Wünschenswert wäre:

- Beamer und Laptop für eine PowerPoint-Präsentation
- Flipchart oder eine Tafel
- Stifte oder Kreide

Ziel der Fortbildungsmaßnahme

Die Teilnehmer der Fortbildung sollen den Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden kennen.



2 Hintergrundwissen zum Thema

Eine chronische Wunde ist die Folge einer Grunderkrankung wie zum Beispiel Chronisch venöse Insuffizienz, arterielle Durchblutungsstörungen, Diabetes oder von Immobilität. Daraus entstehen Wunden wie das Ulcus Cruris, das Diabetische Fußulcus oder ein Dekubitus. Dies bedeutet, dass eine Heilung der Wunden und eine Rezidivprophylaxe nur erreicht werden können, wenn eine Behandlung der Grunderkrankungen erfolgt. Somit müssen neben einer medizinischen Diagnose und einer pflegerischen Anamnese auch die Risikofaktoren, die Symptome, die Ressourcen und Probleme des Betroffenen dargestellt und einbezogen werden. Im Mittelpunkt der Betrachtung muss immer der Mensch stehen und nicht die Wunde oder die Grunderkrankung.

Insbesondere im ambulanten Bereich kann es durchaus sein, dass ein Kunde gar nicht möchte, dass seine Wunde abheilt, da in diesem Fall seine einzige Bezugsperson (Pflegekraft vom ambulanten Pflegedienst) nicht mehr kommt. An diesem Beispiel wird deutlich, wie vielschichtig die Betrachtung einer Wundversorgung sein muss.

Folgende Faktoren sind besonders relevant für die pflegerische Versorgung: körperliche Beeinträchtigungen (zum Beispiel Schmerzen), psychosoziale Aspekte, Möglichkeiten des Selbstmanagements, das Krankheitsverständnis, Einschränkung der Lebensqualität durch reduzierte Selbstständigkeit, Einschränkung der Lebensqualität durch reduzierte Teilnahme am sozialen Leben und psychische Belastungen, zum Beispiel Angst.

Definition chronische Wunde

- Eine Wunde wird als chronisch bezeichnet, wenn sie nach einer definierten Zeit von vier bis zwölf Wochen unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen aufzeigt.

Grundsätze

- Grundlage unseres Handelns ist der nationale Expertenstandard zur Pflege von Menschen mit chronischen Wunden.
- Der Mensch steht im Vordergrund, nicht die Wunde.
- Jede Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und Kompetenz zur Beratung, Schulung und Anleitung zum Selbstmanagement.
- Jede Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Pathophysiologie von Dekubitus, Diabetischem Fußulcus, Ulcus cruris (arteriosum, mixtum, venosum) und den zugrunde liegenden Erkrankungen; zur möglichen Auswirkungen der Wunde und Therapie auf die Bewältigung des individuellen Alltags und das Erleben der Erkrankung sowie zum individuellen Krankheitsverständnis, zu Körperbildstörungen und möglichen Ängsten mit Bezug zur chronischen Wunde.

Ziele

- Jeder Kunde mit einer chronischen Wunde vom Typ Dekubitus, Ulcus cruris venosum / arteriosum / mixtum oder Diabetischem Fußulcus erhält eine pflegerische Versorgung, die das individuelle Krankheitsverständnis berücksichtigt, die Lebensqualität sowie das Selbstmanagement fördert, die Wundheilung unterstützt und die Rezidivbildung von Wunden vermeidet.

Chronische Wundarten

- Dekubitus
 - Ein Dekubitus ist eine Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes – üblicherweise über Knochenvorsprüngen –, verursacht durch zu lange und/oder zu starke Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften.
- Ulcus Cruris venosum
 - Unter einem Ulcus Cruris venosum versteht man einen Substanzdefekt in pathologisch verändertem Gewebe des Unterschenkels infolge einer Chronischen venösen Insuffizienz.
- Ulcus Cruris arteriosum
 - Das Ulcus Cruris arteriosum ist ein arteriell bedingtes Unterschenkelgeschwür.
 - Es kommt zum Substanzdefekt der Haut infolge einer chronisch arteriellen Verschlusskrankheit im Bereich der Unterschenkel.
- Ulcus Cruris mixtum
 - Als Ulcus Cruris mixtum bezeichnet man ein Ulcus, für das die Ursachen des venösen und des arteriellen Ulcus Cruris gleichermaßen verantwortlich sind.
- Diabetisches Fußulcus
 - Das diabetische Fußulcus beschreibt Veränderungen an den Füßen, die durch die Hyperglykämie, die diabetische Polyneuropathie und vaskuläre Störungen beim Diabetes hervorgerufen werden.

Klassifikation Dekubitus nach European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP 2014)

Dekubitus Kategorie I: Nicht wegdrückbares Erythem

- nicht wegdrückbare Hautrötung der intakten Haut
- weitere mögliche Indikatoren:
 - Hautverfärbung
 - lokale Überwärmung
 - Ödembildung oder Verhärtung, insbesondere bei dunkelhäutigen Personen

Dekubitus Kategorie II: Teilverlust der Haut

- Teilzerstörung der Haut mit Schädigung von Epidermis, Dermis oder beiden Hautschichten

- Das Druckgeschwür ist oberflächlich und manifestiert sich klinisch als Hautabschürfung oder Blase.

Dekubitus Kategorie III: Vollständiger Verlust der Haut

- Hautdefekte von Epidermis und Dermis einschließlich Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes
- Die Schädigung ist von der Unterhautfaszie begrenzt.

Dekubitus Kategorie IV: Vollständiger Gewebeverlust

- vollständige Gewebszerstörung, Gewebsnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (zum Beispiel Sehnen, Kapseln)

Keiner Kategorie zuzuordnen: Tiefe unbekannt

- durch Beläge und/oder Schorf zunächst nicht beurteilbar

Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt

- livid oder rötlichbrauner, lokalisierter Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte
- Diesem Bereich vorausgehen kann Gewebe, das schmerzhaft, fest, breiig, matschig, im Vergleich zu dem umliegenden Gewebe wärmer oder kälter ist.

Klassifikation Ulcus Cruris venosum nach Widmer, modifiziert nach Marshall

Chronisch venöse Insuffizienz (CVI) 1. Grades

- Stauungsekzeme und so genannte „Besenreiser“ (Corona phlebatica paraplantaris)

Chronisch venöse Insuffizienz (CVI) 2. Grades

- Hyperpigmentierung der Haut (Braunfärbung der Knöchelbereiche), Dermatoliposklerose und/oder Atrophie blanche (weiße Herde in der braun verfärbten Haut)

Chronisch venöse Insuffizienz (CVI) 3. Grades

- Unterschenkelgeschwür, abgeheilt

Chronisch venöse Insuffizienz (CVI) 4. Grades

- Unterschenkelgeschwür, bestehend

Klassifikation Ulcus Cruris arteriosum nach Fontaine

Stadium I

- > keine Symptome

Stadium II a

- > schmerzfreie Gehstrecke über 200 Meter

Stadium II b

- > schmerzfreie Gehstrecke unter 200 Meter

Stadium III

- > Schmerzen in Ruhe

Stadium IV

- > Ulcus, Nekrose

Klassifikation Diabetisches Fußulcus nach Wagner/Armstrong

	Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Stadium A	Prä- und postulcerativer Fuß, keine offene Läsion	Oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehnen oder Kapseln	Wunde bis zur Ebene von Knochen und Gelenken	Nekrose von Fußteilen	Nekrose des gesamten Fußes
Stadium B	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion
Stadium C	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie
Stadium D	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie

Merkmale der Wundheilungsphasen

- > Exsudationsphase
 - Die Wunde füllt sich mit Wundsekret (Wunde wirkt feucht, nässend).
 - Bildung eines festen, unelastischen Gels, der Wundschorf
 - Umliegende Blutgefäße werden durchlässiger (Umliegendes Gewebe ist gerötet und wirkt für den Betroffenen „pochend“).
 - Der Wundschorf kann sich lösen und fällt ab.
 - Ist die Wunde sehr groß oder besteht eine Infektion, bildet sich kein Wundschorf.
 - ✓ Stattdessen wird stark Wundsekret und Gewebsflüssigkeit abgesondert.

- Granulation / Proliferationsphase
 - Kapillaren und Bindegewebszellen sprossen von den Wundrändern und von dem Wundgrund ein.
 - Rotes, gekörntes Granulationsgewebe bildet sich.
 - Kollagenfasern bilden sich (kann schnell mit Eiter verwechselt werden).

- Epithelisierung / Reparationsphase
 - letzte Wundheilungsphase
 - Wundverschluss durch Narbenbildung
 - Neues Gewebe wird zellärmer und gegen mechanische Beanspruchung unempfindlicher.
 - Wundverschluss ist kein vollwertiger Ersatz.
 - Nur oberflächliche Wunden haben die Möglichkeit, sich vollständig und vollwertig zu epithelisieren.

Maßnahmen bei chronischen Wunden

- Erstellung der pflegerischen Anamnese mit folgenden Schwerpunkten
 - Krankheitsverständnis des Kunden ermitteln
 - ✓ Wissen über die Grunderkrankung
 - ✓ Wissen über die Wunde
 - Erfassung des gesundheitlichen Selbstmanagements
 - ✓ Möglichkeiten der Selbstversorgung
 - ✓ Unterstützung des Heilungsprozesses
 - zum Beispiel durch Bewegung, Entstauung durch Hochlegen des Beins, Druckentlastung, Raucherentwöhnung, Ernährungsumstellung
 - ✓ Einbeziehung der Angehörigen
 - Einholen der medizinischen Diagnose
 - Ermitteln von wund- und therapiebedingten Einschränkungen, wie zum Beispiel:
 - ✓ Schmerzen
 - ✓ Bewegungseinschränkung
 - ✓ Juckreiz
 - ✓ Geruchsbelästigung
 - ✓ psychosoziale Aspekte
 - ✓ Schwellung der Beine
 - ✓ Schlafstörungen etc.
 - genaue Wundbeschreibung unter Einbeziehung eines Wundexperten

- ✓ Zur Ersteinschätzung sowie zu den regelmäßigen Wundvisiten durch den Fachexperten wird das Formular „Aufnahmestatus / Wundvisite“ (siehe LfK-Werkzeugkoffer) verwendet.
- Das wundspezifische Assessment sollte folgende Punkte beinhalten:
 - ✓ Wundart, Wundlokalisierung, Wundgröße, Wunddauer, Rezidivzahl, Wundgrund, Exsudat, Wundgeruch, Wundrand, Wundumgebung, Entzündungszeichen, Wundschmerz bzw. wundnaher Schmerz
- Maßnahmenplanung findet gemeinsam mit dem Kunden und/oder den Angehörigen statt.
- Maßnahmen bei wund- und therapiebedingten Einschränkungen:
 - bei Schmerzen: Schmerzprävention in Absprache mit dem behandelnden Arzt
 - bei Bewegungseinschränkungen: Schmerzprävention, Schuhwahl, Hilfsmittel (zum Beispiel Rollator)
 - bei Wundgeruch: Bekämpfung der Infektion, Verbandswechsel öfter durchführen, evtl. Aktivkohleauflagen verwenden
- Maßnahmen bei wund- und therapiebedingten Einschränkungen
 - bei starkem Wundexsudat: stärker saugende Auflagen einsetzen, Infektionsbekämpfung, Kompressionstherapie bei Ulcus Cruris venosum und Ulcus Cruris mixtum
- Maßnahmen bei Körperbildstörungen
 - Aromatherapie, Massagen, Einreibungen, Hilfsmittel anbieten, einfühlsames Zuhören, soziale Kontakte herstellen
- Druckentlastung und Bewegungsförderung bei Dekubitus
 - siehe LfK-Lehrbrief „Dekubitusprophylaxe in der ambulanten Pflege“
- Druckentlastung bei Diabetischem Fußulcus
- Bewegungsförderung und Kompressionstherapie bei Ulcus Cruris venosum/mixtum
- Ernährungsanpassung
- psychosoziale Betreuung
- Umsetzung medizinischer Verordnungen
- Beratung des Kunden und seiner Angehörigen
- Einbeziehung und Koordination aller beteiligten Berufsgruppen
 - wie zum Beispiel Ärzte, Therapeuten, Psychologen, Podologen, Orthopädietechniker, pflegerische Fachexperten, Diabetesberater etc.
- Die Maßnahmen der Wundtherapie werden nach jedem Verbandwechsel in der Pflegedokumentation dokumentiert.
- Die Wundversorgung wird fach- und sachgerecht durchgeführt:
 - hygienische Händedesinfektion,
 - Schutzkleidung und Einmalhandschuhe,
 - Non-Touch-Technik mit sterilen Instrumenten,
 - sterile Spülungen, sterile Wundauflagen,
 - optimale Hautpflege.



- Spätestens alle vier Wochen wird die Wirksamkeit der gesamten Maßnahmen überprüft und in Absprache mit dem behandelnden Arzt, dem Kunden sowie nach Möglichkeit mit allen an der Versorgung Beteiligten angepasst.

3 Lernziele der Fortbildung

- ✓ Die Teilnehmer der Fortbildung sollten den Begriff „Chronische Wunde“ definieren können.
- ✓ Die Teilnehmer sollten die Grundsätze des nationalen Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ kennen.
- ✓ Die Teilnehmer sollten die Ziele des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ kennen.
- ✓ Die Teilnehmer der Fortbildung sollten die Arten chronischer Wunden kennen und definieren können.
- ✓ Die Teilnehmer sollten die Wundarten klassifizieren können.
- ✓ Die Teilnehmer sollten die Merkmale der Wundheilungsphasen kennen.
- ✓ Die Teilnehmer der Fortbildung sollten Maßnahmen bei chronischen Wunden kennen.

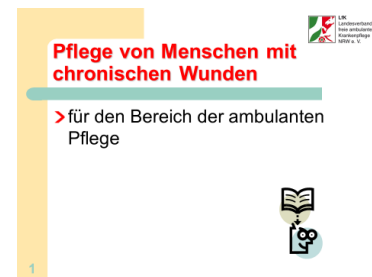
4 Hinweise zu den Schulungsfolien

In diesem Kapitel erhalten Sie kurze Erläuterungen zu den einzelnen Schulungsfolien, die jeweils am rechten Seitenrand abgebildet sind.

Folie 1: Pflege von Menschen mit chronischen Wunden für den Bereich der ambulanten Pflege

Begrüßung und Hinweise zum Ablauf der Fortbildung:

- ✓ Dauer der Fortbildung
- ✓ Hinweis auf den Eintrag in die Anwesenheitsliste
- ✓ Abklärung der Pausen
- ✓ Wie wird mit Zwischenfragen verfahren?
- ✓ Diskussion am Ende
- ✓ Unterlagen mit den Fortbildungsinhalten gibt es am Ende der Fortbildung
- ✓ Wann erfolgt die Aushändigung der Fortbildungsnachweise?

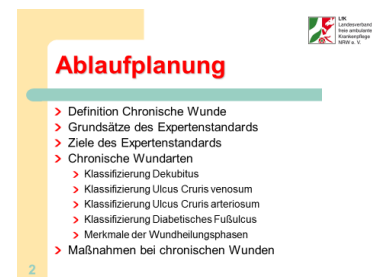


Folie 2: Ablaufplanung

Kurze Einführung in das Thema „Chronische Wunden“.

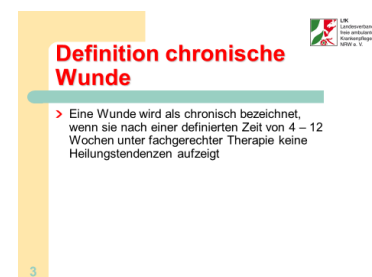
Lassen Sie hier beispielsweise die Einleitung des Hintergrundwissens aus dem Kapitel 2 einfließen.

Hiermit schaffen Sie die Grundlage für das Interesse an der Fortbildung. Erläutern Sie als Nächstes anhand der Folie den inhaltlichen Ablauf der Fortbildung.



Folie 3: Definition chronische Wunde

Blenden Sie zunächst die Definition des Begriffs „Chronische Wunde“ noch nicht ein und fragen Sie die Mitarbeiter, wie sie den Begriff definieren würden. Nachdem Sie mit den Mitarbeitern die Definition erarbeitet haben, visualisieren Sie die Punkte der Folie und vergleichen Sie die erarbeiteten Inhalte.



Folie 4: Grundsätze I**Folie 5: Grundsätze II**

Blenden Sie zunächst die Grundsätze noch nicht ein und fragen Sie die Mitarbeiter, welche Grundsätze sie mit dem Thema „Chronische Wunden“ in Bezug auf den Expertenstandard verbinden.

Nachdem Sie mit den Mitarbeitern die Grundsätze erarbeitet haben, visualisieren Sie die Punkte auf der Folie und fassen Sie die erarbeiteten Inhalte zusammen.

Weisen Sie die Mitarbeiter an dieser Stelle daraufhin, wie wichtig es ist, den Menschen im Fokus zu haben und nicht primär die Wunde.

Folie 6: Ziele

Blenden Sie zunächst nur die Headline ein und fragen Sie die Mitarbeiter, welche Ziele sie bei Menschen mit chronischen Wunden verfolgen.

Nachdem Sie mit den Mitarbeitern die Ziele erarbeitet haben, visualisieren Sie die Punkte auf der Folie und fassen Sie die erarbeiteten Inhalte zusammen. An dieser Stelle ist es wichtig, den Mitarbeitern deutlich zu machen, dass es immer um Lebensqualität geht.

Folie 7: Arten chronischer Wunden I**Folie 8: Arten chronischer Wunden II****Folie 9: Arten chronischer Wunden III**

Blenden Sie zunächst die Folien mit den verschiedenen Arten chronischer Wunden noch nicht ein und fragen Sie die Mitarbeiter, welche Arten von chronischen Wunden sie kennen und wie sie die jeweiligen Wundarten definieren würden.

Nachdem Sie mit den Mitarbeitern die Arten chronischer Wunden erarbeitet haben, visualisieren Sie die Punkte auf den Folien und fassen Sie die erarbeiteten Inhalte zusammen.

Grundsätze I

- > Grundlage unseres Handelns ist der nationale Expertenstandard zur Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
- > Der Mensch steht im Vordergrund, nicht die Wunde
- > Jede Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und Kompetenz zur Beratung, Schulung und Anleitung zum Selbstmanagement

4

Grundsätze II

- > Jede Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Pathophysiologie von Dekubitus, Diabetischem Fußulcus, Ulcus cruris (arteriosum, mixtum, venosum) und der zugrunde liegenden Erkrankungen, mögliche Auswirkungen der Wunde und Therapie auf die Bewältigung des individuellen Alltags und das Erleben der Erkrankung sowie zum individuellen Krankheitsverständnis, Körperbildstörungen und mögliche Ängste mit Bezug zur chronischen Wunde

5

Ziele

- > Jeder Kunde mit einer chronischen Wunde vom Typ Dekubitus, Ulcus cruris venosum / arteriosum / mixtum oder Diabetischem Fußulcus erhält eine pflegerische Versorgung, die das individuelle Krankheitsverständnis berücksichtigt, die Lebensqualität sowie das Selbstmanagement fördert, die Wundheilung unterstützt und die Rezidivbildung von Wunden vermeidet

6

Arten chronischer Wunden I

- > Dekubitus
 - > Ein Dekubitus ist eine Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes – üblicherweise über Knochenvorsprünge –, verursacht durch zu lange und/oder zu starke Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften.
- > Ulcus Cruris venosum
 - > Unter einem Ulcus Cruris venosum versteht man einen Substanzdefekt in pathologisch verändertem Gewebe des Unterschenkels infolge einer Chronischen Venösen Insuffizienz.

7

Arten chronischer Wunden II

- > Ulcus Cruris arteriosum
 - > Das Ulcus Cruris arteriosum ist ein arteriell bedingtes Unterschenkelgeschwür.
 - > Es kommt zum Substanzdefekt der Haut infolge einer chronisch arteriellen Verschlusskrankheit im Bereich der Unterschenkel.
- > Ulcus Cruris mixtum
 - > Als Ulcus Cruris mixtum bezeichnet man ein Ulcus, für das die Ursachen des venösen und des arteriellen Ulcus Cruris gleichermaßen verantwortlich sind.

8

Folie 10: Klassifikation Dekubitus nach European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP 2014) I

Folie 11: Klassifikation Dekubitus nach European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP 2014) II

Folie 12: Klassifikation Dekubitus nach European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP 2014) III

Blenden Sie zunächst die Klassifikation noch nicht ein und fragen Sie die Mitarbeiter nach den unterschiedlichen Dekubituskategorien.

Fragen Sie die Mitarbeiter, welche Erfahrungen sie mit Dekubitalgeschwüren in der täglichen Praxis gemacht haben.

Nachdem Sie mit den Mitarbeitern die Kategorien erarbeitet

haben, visualisieren Sie die Kategorien und fassen Sie diese nochmals zusammen.

Internationales Klassifikationssystem für Dekubitus von NPUAP/EPUAP (2014)¹

Kategorie I: Nicht wegdrückbares Erythem

Intakte Haut mit nicht wegdrückbarer Rötung eines lokalen Bereichs gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Abblassen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden.

Der Bereich kann schmerzhaft, härter, weicher, wärmer oder kälter im Vergleich zu dem umgebenden Gewebe sein. Es kann schwierig sein, Kategorie I bei Personen mit dunkler Hautfarbe zu entdecken.


Kann auf „gefährdete“ Personen hinweisen (Hinweis auf ein mögliches Risiko).

Kategorie II: Teilverlust der Haut

Teilerstörung der Haut (bis zur Dermis/Lederhaut), die als flaches, offene Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte, serumsgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes flaches Ulcus ohne nekrotisches Gewebe oder Bluterguss².

¹ Vgl.: National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel und Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Hrsg.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014.

² Blutergüsse weisen auf eine tiefe Gewebeschädigung hin.



Arten chronischer Wunden III

- > Diabetisches Fußulcus
 - > Das diabetische Fußulcus beschreibt Veränderungen an den Füßen, die durch die Hyperglykämie, die diabetische Polyneuropathie und vaskuläre Störungen beim Diabetes hervorgerufen werden.



Klassifikation Dekubitus nach European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP 2014) I

Dekubitus Kategorie I: Nicht wegdrückbares Erythem

- > Nicht wegdrückbare Hautrötung der intakten Haut
- > Weitere Indikatoren können sein:
 - > Hautverfärbung
 - > Lokale Überwärmung
 - > Ödembildung oder Verhärtung, insbesondere bei dunkelhäutigen Personen

Dekubitus Kategorie II: Teilverlust der Haut

- > Teilerstörung der Haut mit Schädigung von Epidermis, Dermis oder beiden Hautschichten
- > Das Druckgeschwür ist oberflächlich und manifestiert sich klinisch als Hautabschürfung oder Blase

10



Klassifikation Dekubitus nach European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP 2014) II

Dekubitus Kategorie III: Vollständiger Verlust der Haut

- > Hautdefekte von Epidermis und Dermis einschließlich Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes
- > Die Schädigung ist von der Unterhautfaszie begrenzt


Dekubitus Kategorie IV: Vollständiger Gewebeverlust

- > Vollständige Gewebszerstörung, Gewebesnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen, Kapseln)

Keiner Kategorie zuzuordnen: Tiefe unbekannt

- > Durch Beläge und/oder Schorf zunächst nicht beurteilbar

11



Klassifikation Dekubitus nach European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP 2014) III

Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt

- > Livid oder rötlichbrauner, lokalisierter Bereich von verfarbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte
- > Diesem Bereich Voraushen kann Gewebe, das schmerzhaft, fest, breiig, matschig, im Vergleich zu dem umliegenden Gewebe wärmer oder kälter ist

12

Diese Kategorie sollte nicht genutzt werden, um Skin Tears (Gewebezerreißen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, perineale Dermatitis, Mazerationen oder Exkoriation zu beschreiben.

Kategorie III: Vollständiger Verlust der Haut

Vollständiger Gewebeverlust. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, aber Knochen, Sehne oder Muskel liegen nicht offen. Beläge können vorhanden sein, die aber nicht die Tiefe des Gewebeverlustes verdecken. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.

Die Tiefe eines Dekubitus der Kategorie III kann je nach anatomischer Lokalisation variieren. Der Nasenrücken, das Ohr, das Hinterhaupt und der Knöchel haben kein subkutanes Gewebe und Ulcera der Kategorie III können dort oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können besonders adipöse Bereiche einen extrem tiefen Dekubitus der Kategorie III entwickeln. Knochen/Sehnen sind nicht sichtbar oder direkt tastbar.

Kategorie IV: Vollständiger Gewebeverlust

Vollständiger Gewebeverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Beläge oder Schorf können an einigen Teilen des Wundbettes vorhanden sein. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.

Die Tiefe eines Dekubitus der Kategorie IV variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, das Hinterhaupt und der Knöchel haben kein subkutanes Gewebe und diese Ulcera können oberflächlich sein. Ulcera der Kategorie IV können sich in Muskeln und/oder unterstützenden Strukturen ausbreiten (zum Beispiel Faszie, Sehne oder Gelenkkapsel) und eine Osteomyelitis verursachen. Offenliegende Knochen/Sehnen sind sichtbar oder direkt tastbar.

Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt

Ein vollständiger Gewebeverlust, bei dem die Basis des Ulcus von Belägen (gelb, hellbraun, grau, grün oder braun) und/oder Schorf im Wundbett bedeckt ist. Bis genügend Beläge und/oder Schorf entfernt ist, um den Grund der Wunde offenzulegen, kann die wirkliche Tiefe – und daher die Kategorie – nicht festgestellt werden. Stabiler Schorf (trocken, festhaftend, intakt ohne Erythem und Flüssigkeit) an den Fersen dient als „natürlicher (biologischer) Schutz des Körpers“ und sollte nicht entfernt werden.

Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt

Livid oder rötlichbrauner, lokalisierter Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte. Diesem Bereich vorausgehen kann Gewebe, das schmerzhaft, fest, breiig, matschig, im Vergleich zu dem umliegenden Gewebe wärmer oder kälter ist.

Es kann schwierig sein, tiefe Gewebeschädigungen bei Personen mit dunkler Hautfarbe zu entdecken. Bei der Entstehung kann es zu einer dünnen Blase über einem dunklen Wundbett kommen. Die Wunde kann sich weiter verändern und von einem dünnen Schorf bedeckt sein. Auch unter optimaler Behandlung kann es zu einem rasanten Verlauf unter Freilegung weiterer Gewebeschichten kommen.

Hinweis: Dabei gilt, dass die jeweilige Kategorieinteilung eine Schwere der Erkrankung vorgibt und auch nach Abheilung nicht mehr rückgradiert wird. So kann beispielsweise ein Dekubitus der Katego-

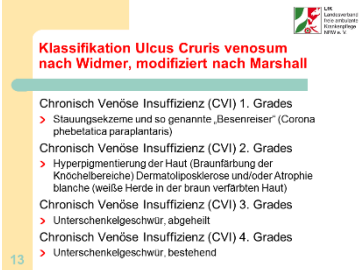
rie III vollständig abheilen. Trotzdem bleibt er ein Dekubitus der Kategorie III, nur mit der Ergänzung „abgeheilt“. Der Sinn besteht darin, dass bei einem tieferen Dekubitus sich Ersatzgewebe nachbildet und somit den Defekt schließt. Das Ersatzgewebe entspricht jedoch qualitativ nicht dem vorherigen Gewebe und ist somit weniger belastbar.

Die Abrechnung einer Wundversorgung mit den Krankenkassen bleibt allerdings von diesem fachlichen Hinweis unberührt.

Folie 13: Klassifikation Ulcus Cruris venosum nach Widmer, modifiziert nach Marshall

Blenden Sie zunächst nur die Headline ein und fragen Sie die Mitarbeiter, ob sie die Klassifikation nach Widmer für den Ulcus Cruris venosum kennen.

Nachdem Sie mit den Mitarbeitern die Inhalte erarbeitet haben, visualisieren Sie die Punkte auf der Folie und fassen Sie die erarbeiteten Inhalte zusammen.



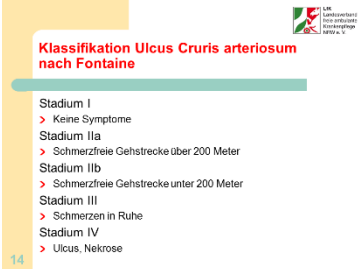
Klassifikation Ulcus Cruris venosum nach Widmer, modifiziert nach Marshall

- Chronisch Venöse Insuffizienz (CVI) 1. Grades
 - > Stauungsekzeme und so genannte „Besenreiser“ (Corona phlebatica paraplantaris)
- Chronisch Venöse Insuffizienz (CVI) 2. Grades
 - > Hyperpigmentierung der Haut (Braunfärbung der Knickebereiche) Dermatosclerose und/oder Atrophie blanche (weiße Herde in der braun verfärbten Haut)
- Chronisch Venöse Insuffizienz (CVI) 3. Grades
 - > Unterschenkelgeschwür, abgeheilt
- Chronisch Venöse Insuffizienz (CVI) 4. Grades
 - > Unterschenkelgeschwür, bestehend

Folie 14: Klassifikation Ulcus Cruris arteriosum nach Fontaine

Blenden Sie zunächst nur die Headline ein und fragen Sie die Mitarbeiter, ob sie die Klassifikation nach Fontaine für den Ulcus Cruris arteriosum kennen.

Nachdem Sie mit den Mitarbeitern die Inhalte erarbeitet haben, visualisieren Sie die Punkte auf der Folie und fassen Sie die erarbeiteten Inhalte zusammen.



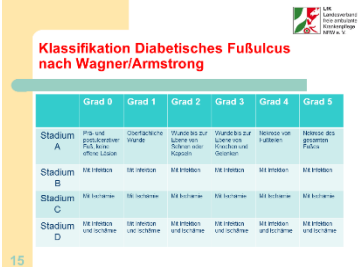
Klassifikation Ulcus Cruris arteriosum nach Fontaine

- Stadium I
 - > Keine Symptome
- Stadium IIa
 - > Schmerzfreie Gehstrecke über 200 Meter
- Stadium IIb
 - > Schmerzfreie Gehstrecke unter 200 Meter
- Stadium III
 - > Schmerzen in Ruhe
- Stadium IV
 - > Ulcus, Nekrose

Folie 15: Klassifikation Diabetisches Fußulcus nach Wagner/Armstrong

Blenden Sie zunächst nur die Headline ein und fragen Sie die Mitarbeiter, ob sie die Klassifikation nach Wagner/Armstrong für das Diabetische Fußulcus kennen.

Nachdem Sie mit den Mitarbeitern die Inhalte erarbeitet haben, visualisieren Sie die Punkte auf der Folie und fassen Sie die erarbeiteten Inhalte zusammen.



Klassifikation Diabetisches Fußulcus nach Wagner/Armstrong

	Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Stadium A	Fuß und peripherer Fußbereich ohne Läsion	Oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Spitze von Sehnen oder Knochen	Wunde bis zur Lücke des Fußknochen	Wunde von Fußknochen	Reste des gesamten Fußes
Stadium B	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion
Stadium C	Mit Infektion und ischämisch	Mit Infektion und ischämisch	Mit Infektion und ischämisch	Mit Infektion und ischämisch	Mit Infektion und ischämisch	Mit Infektion und ischämisch
Stadium D	Mit Infektion und ischämisch	Mit Infektion und ischämisch	Mit Infektion und ischämisch	Mit Infektion und ischämisch	Mit Infektion und ischämisch	Mit Infektion und ischämisch

Folie 16: Merkmale der Wundheilungsphasen I**Folie 17: Merkmale der Wundheilungsphasen II****Folie 18: Merkmale der Wundheilungsphasen III**

Blenden Sie zunächst die Merkmale der Wundheilungsphasen noch nicht ein und fragen Sie die Mitarbeiter, welche Wundheilungsphasen sie kennen und wie sie die jeweiligen Merkmale der einzelnen Wundheilungsphasen beschreiben würden.

Nachdem Sie mit den Mitarbeitern die Merkmale der Wundheilungsphasen erarbeitet haben, visualisieren Sie die Punkte auf den Folien und fassen Sie die erarbeiteten Inhalte zusammen.

Folie 19: Maßnahmen bei chronischen Wunden I**Folie 20: Maßnahmen bei chronischen Wunden II****Folie 21: Maßnahmen bei chronischen Wunden III**

Blenden Sie zunächst die Schwerpunkte der pflegerischen Anamnese bei Menschen mit chronischen Wunden noch nicht ein und fragen Sie die Mitarbeiter, welche Schwerpunkte in der pflegerischen Anamnese in Bezug auf Menschen mit chronischen Wunden sie setzen würden.

Nachdem Sie mit den Mitarbeitern die Schwerpunkte der Pflegeanamnese in Bezug auf Menschen mit chronischen Wunden erarbeitet haben, visualisieren Sie die Punkte auf den Folien und fassen Sie die erarbeiteten Inhalte zusammen.


Merkmale der Wundheilungsphasen I

- > Exsudationsphase
 - > Wunde füllt sich mit Wundsekret (Wunde wirkt feucht, nassend)
 - > Bildung eines festen, unelastischen Gels, der Wundschorf
 - > Umliegende Blutgefäße werden durchlässiger (Umliegendes Gewebe ist gerötet und wirkt für den Betroffenen „pochend“)
 - > Wundschorf kann sich lösen und fällt ab
 - > Ist die Wunde sehr groß oder besteht eine Infektion bildet sich kein Wundschorf
 - > Stattdessen wird stark Wundsekret und Gewebeflüssigkeit abgesondert

16


Merkmale der Wundheilungsphasen II

- > Granulation / Proliferationsphase
 - > Kapillaren und Bindegewebszellen sprossen von den Wundrändern und von dem Wundgrund ein
 - > Rotes, gekörnertes Granulationsgewebe bildet sich
 - > Kollagenfasern bilden sich (kann schnell mit Eiter verwechselt werden)

17


Merkmale der Wundheilungsphasen III


- > Epithelisierung / Reparationsphase
 - > Letzte Wundheilungsphase
 - > Wundverschluss durch Narbenbildung
 - > Neue Gewebe wird Zellärmer und gegen mechanische Beanspruchung unempfindlicher
 - > Wundverschluss ist kein vollwertiger Ersatz
 - > Nur oberflächliche Wunden haben die Möglichkeit sich vollständig und vollwertig zu epithelisieren

18


Maßnahmen bei chronischen Wunden I

- > Erstellung der pflegerischen Anamnese mit folgenden Schwerpunkten
 - > Krankheitsverständnis des Kunden ermitteln
 - > Wissen über die Grunderkrankung
 - > Wissen über die Wunde
 - > Erfassung des gesundheitlichen Selbstmanagements
 - > Möglichkeiten der Selbstversorgung
 - > Unterstützung des Heilungsprozesses
 - > Z. B. Bewegung, Entlastung durch Hochlegen des Beines
 - > Druckentlastung, Trausenvermeidung, Ernährungsumstellung
 - > Einbeziehung der Angehörigen
 - > Einholen der medizinischen Diagnose

19


Maßnahmen bei chronischen Wunden II

- > Erstellung der pflegerischen Anamnese mit folgenden Schwerpunkten
 - > Ermitteln von wund- und therapiebedingten Einschränkungen, wie z. B.
 - > Schmerzen
 - > Bewegungseinschränkung
 - > Juckreiz
 - > Geschwulstbildung
 - > Psychosoziale Aspekte
 - > Schwellung der Beine
 - > Schlafstörungen etc.

20


Maßnahmen bei chronischen Wunden III

- > Erstellung der pflegerischen Anamnese mit folgenden Schwerpunkten
 - > Genaue Wundbeschreibung unter Einbeziehung einer Wundexpertin
 - > Zur Ersteinschätzung sowie zu den regelmäßigen Wundvisiten durch die Fachexpertin wird das Formular „Aufnahmestab“ / „Wundvisite“ (LfK-Werkszeugkoffer) verwendet
 - > Das Wundspezifische Assessment sollte folgende Punkte beinhalten:
 - > Wundart, Wundlokalisation, Wundgröße, Wunddauer, Rezidivanz, Wundgrund, Exsudat, Wundgeruch, Wundrand, Wundumgebung, Entzündungszeichen, Wundschmerz bzw. wundnaher Schmerz

21

Folie 22: Maßnahmen bei chronischen Wunden IV**Folie 23: Maßnahmen bei chronischen Wunden V****Folie 24: Maßnahmen bei chronischen Wunden VI****Folie 25: Maßnahmen bei chronischen Wunden VII****Folie 26: Maßnahmen bei chronischen Wunden VIII**

Blenden Sie zunächst die Maßnahmen bei Menschen mit chronischen Wunden noch nicht ein und fragen Sie die Mitarbeiter, welche Maßnahmen in Bezug auf Menschen mit chronischen Wunden sie anwenden würden.

Nachdem Sie mit den Mitarbeitern Maßnahmen in Bezug auf Menschen mit chronischen Wunden erarbeitet haben, visualisieren Sie die Punkte auf den Folien und fassen Sie die erarbeiteten Inhalte zusammen.

An dieser Stelle können Sie noch auf das im *LfK-Werkzeugkoffer* befindlichen Konzept „Versorgung sekundär heilender Wunden“ (zu finden unter: **4.1.4.17 Pflege von Menschen mit chronischen Wunden**) hinweisen.


Maßnahmen bei chronischen Wunden IV

- > Maßnahmenplanung findet gemeinsam mit dem Kunden und/oder den Angehörigen statt
- > Maßnahmen bei wund- und therapiebedingten Einschränkungen
 - > Bei Schmerzen: Schmerzprävention in Absprache mit dem behandelnden Arzt
 - > Bei Bewegungseinschränkungen: Schmerzprävention, Schuhwahl, Hilfsmittel (z.B. Rollator)
 - > Bei Wundgeruch: Bekämpfung der Infektion, Verbandswechsel öfter durchführen, evtl. Aktivkohleauflagen verwenden

22


Maßnahmen bei chronischen Wunden V

- > Maßnahmen bei wund- und therapiebedingten Einschränkungen
 - > Bei starkem Wundexsudat: stärker saugende Auflagen einsetzen, Infektionsbekämpfung, Kompressionstherapie bei Ulcus Cruris venosum und Ulcus Cruris mixtum
- > Maßnahmen bei Körperbildstörungen
 - > Aromatherapie, Massagen, Einreibungen, Hilfsmittel anbieten, einfühlbares Zuhören, soziale Kontakte herstellen

23


Maßnahmen bei chronischen Wunden VI

- > Druckentlastung und Bewegungsförderung bei Dekubitus
 - > Siehe LfK-Lehrbrief Dekubitusprophylaxe
- > Druckentlastung bei Diabetischem Fußsulkus
- > Bewegungsförderung und Kompressionstherapie bei Ulcus Cruris venosum/mixtum
- > Ernährungsanpassung
- > Psychosoziale Betreuung
- > Umsetzung medizinischer Verordnungen
- > Beratung des Kunden und seiner Angehörigen

24


Maßnahmen bei chronischen Wunden VII

- > Einbeziehung und Koordination aller beteiligten Berufsgruppen
 - > Wie z.B. Ärzte, Therapeuten, Psychologen, Podologen, Orthopädietechniker, Pflegerische Fachexperten, Diabetesberater etc.
- > Die Maßnahmen der Wundtherapie werden nach jedem Verbandwechsel in der Pflegedokumentation dokumentiert

25


Maßnahmen bei chronischen Wunden VIII

- > Die Wundversorgung wird fach- und sachgerecht durchgeführt
 - > Hygienische Händedesinfektion
 - > Schutzkleidung und Einmahlhandschuhe
 - > Non-Touch-Technik mit sterilen Instrumenten
 - > Sterile Spülungen, sterile Wundauflagen
 - > Optimale Hautpflege
- > Spätestens alle 4 Wochen wird die Wirksamkeit der gesamten Maßnahmen überprüft und in Absprache mit dem behandelnden Arzt, dem Kunden sowie nach Möglichkeit mit allen an der Versorgung Beteiligten angepasst

26

Folie 27: Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Bedanken Sie sich für die Aufmerksamkeit und die gute Mitarbeit und vergessen Sie nicht, die Unterlagen auszuteilen.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Der Mensch steht im Mittelpunkt,
nicht die Wunde!!!

27



5 Unterlagen für die Teilnehmer der Fortbildung „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden für den Bereich der ambulanten Pflege“

Eine chronische Wunde ist die Folge einer Grunderkrankung wie zum Beispiel Chronisch venöse Insuffizienz, arterielle Durchblutungsstörungen, Diabetes oder von Immobilität. Daraus entstehen Wunden wie das Ulcus Cruris, das Diabetische Fußulcus oder ein Dekubitus. Dies bedeutet, dass eine Heilung der Wunden und eine Rezidivprophylaxe nur erreicht werden können, wenn eine Behandlung der Grunderkrankungen erfolgt. Somit müssen neben einer medizinischen Diagnose und einer pflegerischen Anamnese auch die Risikofaktoren, die Symptome, die Ressourcen und Probleme des Betroffenen dargestellt und einbezogen werden. Im Mittelpunkt der Betrachtung muss immer der Mensch stehen und nicht die Wunde oder die Grunderkrankung.

Insbesondere im ambulanten Bereich kann es durchaus sein, dass ein Kunde gar nicht möchte, dass seine Wunde abheilt, da in diesem Fall seine einzige Bezugsperson (Pflegekraft vom ambulanten Pflegedienst) nicht mehr kommt. An diesem Beispiel wird deutlich, wie vielschichtig die Betrachtung einer Wundversorgung sein muss.

Folgende Faktoren sind besonders relevant für die pflegerische Versorgung: körperliche Beeinträchtigungen (zum Beispiel Schmerzen), psychosoziale Aspekte, Möglichkeiten des Selbstmanagements, das Krankheitsverständnis, Einschränkung der Lebensqualität durch reduzierte Selbstständigkeit, Einschränkung der Lebensqualität durch reduzierte Teilnahme am sozialen Leben und psychische Belastungen, zum Beispiel Angst.

Definition chronische Wunde

- Eine Wunde wird als chronisch bezeichnet, wenn sie nach einer definierten Zeit von vier bis zwölf Wochen unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen aufzeigt.

Grundsätze

- Grundlage unseres Handelns ist der nationale Expertenstandard zur Pflege von Menschen mit chronischen Wunden.
- Der Mensch steht im Vordergrund, nicht die Wunde.
- Jede Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und Kompetenz zur Beratung, Schulung und Anleitung zum Selbstmanagement.
- Jede Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Pathophysiologie von Dekubitus, Diabetischem Fußulcus, Ulcus cruris (arteriosum, mixtum, venosum) und den zugrunde liegenden Erkrankungen; zur möglichen Auswirkungen der Wunde und Therapie auf die Bewältigung des individuellen Alltags und das Erleben der Erkrankung sowie zum individuellen Krankheitsverständnis, zu Körperbildstörungen und möglichen Ängsten mit Bezug zur chronischen Wunde.

Ziele

- Jeder Kunde mit einer chronischen Wunde vom Typ Dekubitus, Ulcus cruris venosum / arteriosum / mixtum oder Diabetischem Fußulcus erhält eine pflegerische Versorgung, die das individuelle Krankheitsverständnis berücksichtigt, die Lebensqualität sowie das Selbstmanagement fördert, die Wundheilung unterstützt und die Rezidivbildung von Wunden vermeidet.

Chronische Wundarten

- Dekubitus
 - Ein Dekubitus ist eine Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes – üblicherweise über Knochenvorsprüngen –, verursacht durch zu lange und/oder zu starke Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften.
- Ulcus Cruris venosum
 - Unter einem Ulcus Cruris venosum versteht man einen Substanzdefekt in pathologisch verändertem Gewebe des Unterschenkels infolge einer Chronischen venösen Insuffizienz.
- Ulcus Cruris arteriosum
 - Das Ulcus Cruris arteriosum ist ein arteriell bedingtes Unterschenkelgeschwür.
 - Es kommt zum Substanzdefekt der Haut infolge einer chronisch arteriellen Verschlusskrankheit im Bereich der Unterschenkel.
- Ulcus Cruris mixtum
 - Als Ulcus Cruris mixtum bezeichnet man ein Ulcus, für das die Ursachen des venösen und des arteriellen Ulcus Cruris gleichermaßen verantwortlich sind.
- Diabetisches Fußulcus
 - Das diabetische Fußulcus beschreibt Veränderungen an den Füßen, die durch die Hyperglykämie, die diabetische Polyneuropathie und vaskuläre Störungen beim Diabetes hervorgerufen werden.

Klassifikation Dekubitus nach European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP 2014)

Dekubitus Kategorie I: Nicht wegdrückbares Erythem

- nicht wegdrückbare Hautrötung der intakten Haut
- weitere mögliche Indikatoren:
 - Hautverfärbung
 - lokale Überwärmung
 - Ödembildung oder Verhärtung, insbesondere bei dunkelhäutigen Personen

Dekubitus Kategorie II: Teilverlust der Haut

- Teilerstörung der Haut mit Schädigung von Epidermis, Dermis oder beiden Hautschichten

- Das Druckgeschwür ist oberflächlich und manifestiert sich klinisch als Hautabschürfung oder Blase.

Dekubitus Kategorie III: Vollständiger Verlust der Haut

- Hautdefekte von Epidermis und Dermis einschließlich Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes
- Die Schädigung ist von der Unterhautfaszie begrenzt.

Dekubitus Kategorie IV: Vollständiger Gewebeverlust

- vollständige Gewebszerstörung, Gewebsnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (zum Beispiel Sehnen, Kapseln)

Keiner Kategorie zuzuordnen: Tiefe unbekannt

- durch Beläge und/oder Schorf zunächst nicht beurteilbar

Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt

- livid oder rötlichbrauner, lokalisierter Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte
- Diesem Bereich vorausgehen kann Gewebe, das schmerzhaft, fest, breiig, matschig, im Vergleich zu dem umliegenden Gewebe wärmer oder kälter ist.

Klassifikation Ulcus Cruris venosum nach Widmer, modifiziert nach Marshall

Chronisch venöse Insuffizienz (CVI) 1. Grades

- Stauungsekzeme und so genannte „Besenreiser“ (Corona phibetica paraplantaris)

Chronisch venöse Insuffizienz (CVI) 2. Grades

- Hyperpigmentierung der Haut (Braunfärbung der Knöchelbereiche), Dermatoliposklerose und/oder Atrophie blanche (weiße Herde in der braun verfärbten Haut)

Chronisch venöse Insuffizienz (CVI) 3. Grades

- Unterschenkelgeschwür, abgeheilt

Chronisch venöse Insuffizienz (CVI) 4. Grades

- Unterschenkelgeschwür, bestehend

Klassifikation Ulcus Cruris arteriosum nach Fontaine

Stadium I

- > keine Symptome

Stadium II a

- > schmerzfreie Gehstrecke über 200 Meter

Stadium II b

- > schmerzfreie Gehstrecke unter 200 Meter

Stadium III

- > Schmerzen in Ruhe

Stadium IV

- > Ulcus, Nekrose

Klassifikation Diabetisches Fußulcus nach Wagner/Armstrong

	Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Stadium A	Prä- und postulcerativer Fuß, keine offene Läsion	Oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehnen oder Kapseln	Wunde bis zur Ebene von Knochen und Gelenken	Nekrose von Fußteilen	Nekrose des gesamten Fußes
Stadium B	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion
Stadium C	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie
Stadium D	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie

Merkmale der Wundheilungsphasen

- > Exsudationsphase
 - Die Wunde füllt sich mit Wundsekret (Wunde wirkt feucht, nässend).
 - Bildung eines festen, unelastischen Gels, der Wundschorf
 - Umliegende Blutgefäße werden durchlässiger (Umliegendes Gewebe ist gerötet und wirkt für den Betroffenen „pochend“).
 - Der Wundschorf kann sich lösen und fällt ab.
 - Ist die Wunde sehr groß oder besteht eine Infektion, bildet sich kein Wundschorf.
 - ✓ Stattdessen wird stark Wundsekret und Gewebsflüssigkeit abgesondert.

- Granulation / Proliferationsphase
 - Kapillaren und Bindegewebszellen sprossen von den Wundrändern und von dem Wundgrund ein.
 - Rotes, gekörntes Granulationsgewebe bildet sich.
 - Kollagenfasern bilden sich (kann schnell mit Eiter verwechselt werden).

- Epithelisierung / Reparationsphase
 - letzte Wundheilungsphase
 - Wundverschluss durch Narbenbildung
 - Neues Gewebe wird zellärmer und gegen mechanische Beanspruchung unempfindlicher.
 - Wundverschluss ist kein vollwertiger Ersatz.
 - Nur oberflächliche Wunden haben die Möglichkeit, sich vollständig und vollwertig zu epithelisieren.

Maßnahmen bei chronischen Wunden

- Erstellung der pflegerischen Anamnese mit folgenden Schwerpunkten
 - Krankheitsverständnis des Kunden ermitteln
 - ✓ Wissen über die Grunderkrankung
 - ✓ Wissen über die Wunde
 - Erfassung des gesundheitlichen Selbstmanagements
 - ✓ Möglichkeiten der Selbstversorgung
 - ✓ Unterstützung des Heilungsprozesses
 - zum Beispiel durch Bewegung, Entstauung durch Hochlegen des Beins, Druckentlastung, Raucherentwöhnung, Ernährungsumstellung
 - ✓ Einbeziehung der Angehörigen
 - Einholen der medizinischen Diagnose
 - Ermitteln von wund- und therapiebedingten Einschränkungen, wie zum Beispiel:
 - ✓ Schmerzen
 - ✓ Bewegungseinschränkung
 - ✓ Juckreiz
 - ✓ Geruchsbelästigung
 - ✓ psychosoziale Aspekte
 - ✓ Schwellung der Beine
 - ✓ Schlafstörungen etc.
 - genaue Wundbeschreibung unter Einbeziehung eines Wundexperten

- ✓ Zur Ersteinschätzung sowie zu den regelmäßigen Wundvisiten durch den Fachexperten wird das Formular „Aufnahmestatus / Wundvisite“ (siehe LfK-Werkzeugkoffer) verwendet.
- Das wundspezifische Assessment sollte folgende Punkte beinhalten:
 - ✓ Wundart, Wundlokalisierung, Wundgröße, Wunddauer, Rezidivzahl, Wundgrund, Exsudat, Wundgeruch, Wundrand, Wundumgebung, Entzündungszeichen, Wundschmerz bzw. wundnaher Schmerz
- Maßnahmenplanung findet gemeinsam mit dem Kunden und/oder den Angehörigen statt.
- Maßnahmen bei wund- und therapiebedingten Einschränkungen:
 - bei Schmerzen: Schmerzprävention in Absprache mit dem behandelnden Arzt
 - bei Bewegungseinschränkungen: Schmerzprävention, Schuhwahl, Hilfsmittel (zum Beispiel Rollator)
 - bei Wundgeruch: Bekämpfung der Infektion, Verbandwechsel öfter durchführen, evtl. Aktivkohleauflagen verwenden
- Maßnahmen bei wund- und therapiebedingten Einschränkungen
 - bei starkem Wundexsudat: stärker saugende Auflagen einsetzen, Infektionsbekämpfung, Kompressionstherapie bei Ulcus Cruris venosum und Ulcus Cruris mixtum
- Maßnahmen bei Körperbildstörungen
 - Aromatherapie, Massagen, Einreibungen, Hilfsmittel anbieten, einfühlsames Zuhören, soziale Kontakte herstellen
- Druckentlastung und Bewegungsförderung bei Dekubitus
 - siehe LfK-Lehrbrief „Dekubitusprophylaxe in der ambulanten Pflege“
- Druckentlastung bei Diabetischem Fußulcus
- Bewegungsförderung und Kompressionstherapie bei Ulcus Cruris venosum/mixtum
- Ernährungsanpassung
- psychosoziale Betreuung
- Umsetzung medizinischer Verordnungen
- Beratung des Kunden und seiner Angehörigen
- Einbeziehung und Koordination aller beteiligten Berufsgruppen
 - wie zum Beispiel Ärzte, Therapeuten, Psychologen, Podologen, Orthopädietechniker, pflegerische Fachexperten, Diabetesberater etc.
- Die Maßnahmen der Wundtherapie werden nach jedem Verbandwechsel in der Pflegedokumentation dokumentiert.
- Die Wundversorgung wird fach- und sachgerecht durchgeführt:
 - hygienische Händedesinfektion,
 - Schutzkleidung und Einmalhandschuhe,
 - Non-Touch-Technik mit sterilen Instrumenten,
 - sterile Spülungen, sterile Wundauflagen,
 - optimale Hautpflege.

- Spätestens alle vier Wochen wird die Wirksamkeit der gesamten Maßnahmen überprüft und in Absprache mit dem behandelnden Arzt, dem Kunden sowie nach Möglichkeit mit allen an der Versorgung Beteiligten angepasst.

Fortbildung im Unternehmen

Eigenes Unternehmen einfügen

Pflege von Menschen mit chronischen Wunden für den Bereich der ambulanten Pflege



Wann?

Zwei Termine zur Wahl:

(Genaue Datumsangabe und Uhrzeit)



Wo?

*(Genaue Beschreibung
des Fortbildungsortes)*



Für welche Mitarbeiter?

Pflegekräfte

Pflegefachkräfte

Auszubildende

Praktikanten



Referent

(Vor- und Zuname des Referenten, evtl. mit Qualifikation)



Dauer der Fortbildung

Ca. 90 Minuten



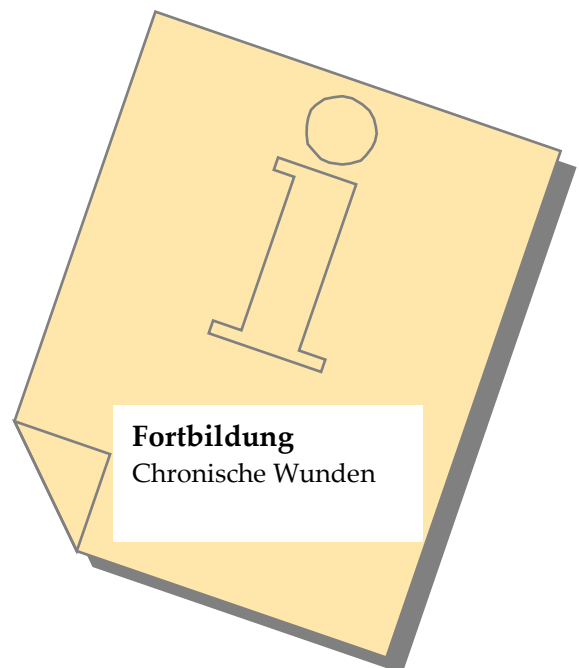
Inhalt der Fortbildung

Pflege von Menschen mit chronischen Wunden



Anmeldung

Eintragung in die Listen im Anhang



Pflege von Menschen mit chronischen Wunden für den Bereich der ambulanten Pflege

Teilnehmerliste

Termin 1

(Hier Datum, Anfangs- und Endzeit eintragen)

Name	Vorname	Handzeichen

(Bitte hier den
Unternehmenskopf einfügen!)



LfK
Landesverband
freie ambulante
Krankenpflege
NRW e. V.

Teilnahmebescheinigung

Herr/Frau

(VOR- UND NACHNAME)

hat am: **(Datum der Fortbildung)**

von **(Anfangszeit)** bis **(Endzeit)**


an der Veranstaltung

Pflege von Menschen mit chronischen Wunden für den Bereich der ambulanten Pflege

im Rahmen der
innerbetrieblichen Fortbildung
teilgenommen.

Datum

(Vor- und Zuname der PDL)
Pflegedienstleitung/Stempel

 **9 Lernzielkontrolle für die Fortbildung „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden für den Bereich der ambulanten Pflege“**

Frage 1 Definieren Sie den Begriff „Chronische Wunde“:

Frage 2 Nennen Sie zwei Grundsätze des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“:

Frage 3 Nennen Sie das Ziel der Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“:

Frage 4 **Welche Arten chronischer Wunden kennen Sie?**

Frage 5 **Nennen Sie die drei Wundheilungsphasen und deren Merkmale:**

Frage 6 **Nennen Sie mindestens vier pflegerische Maßnahmen bei Menschen mit chronischen Wunden:**

10 Lernzielkontrolle für die Fortbildung „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ (Lösungen)

Die Lernzielkontrolle gibt Ihnen die Möglichkeit einer Kurzüberprüfung des vermittelten Lehrstoffs und eignet sich durchaus auch als Feedbackbogen für die Mitarbeiter. Ob und für welche Zwecke Sie das Mittel der Lernzielkontrolle einsetzen, ist letztendlich eine individuelle Entscheidung. Durch eine Auswertung der Lernzielkontrolle könnten Sie beispielsweise eine Wertung in die Fortbildungszertifikate aufnehmen (zum Beispiel „Teilgenommen“ oder „Mit Erfolg teilgenommen“).

Ein mögliches Bewertungsschema wäre: Für jede richtige Antwort erhalten die Mitarbeiter einen Punkt, für jede falsche Antwort einen Punktabzug. Sollten die Mitarbeiter 60 Prozent der Gesamtpunktzahl erreicht haben, hätten sie beispielsweise mit Erfolg teilgenommen.

Des Weiteren könnte der Lernzielkatalog ein Instrument zur Mitarbeiterführung sein und zum Beispiel auch in Einzelgesprächen als Themengrundlage herangezogen werden.

Frage 1 Definieren Sie den Begriff „Chronische Wunde“.

- Eine Wunde wird als chronisch bezeichnet, wenn sie nach einer definierten Zeit von vier bis zwölf Wochen unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen aufzeigt.

Frage 2 Nennen Sie zwei Grundsätze des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“:

- Grundlage unseres Handelns ist der nationale Expertenstandard zur Pflege von Menschen mit chronischen Wunden.
- Der Mensch steht im Vordergrund, nicht die Wunde.
- Jede Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und Kompetenz zur Beratung, Schulung und Anleitung zum Selbstmanagement.
- Jede Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Pathophysiologie von Dekubitus, Diabetischem Fußulcus, Ulcus cruris (arteriosum, mixtum, venosum) und der zugrunde liegenden Erkrankungen, mögliche Auswirkungen der Wunde und Therapie auf die Bewältigung des individuellen Alltags und das Erleben der Erkrankung sowie zum individuellen Krankheitsverständnis, zu Körperbildstörungen und möglichen Ängsten mit Bezug zur chronischen Wunde.

Frage 3 Nennen sie das Ziel des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“:

- Jeder Kunde mit einer chronischen Wunde vom Typ Dekubitus, Ulcus cruris venosum / arteriosum / mixtum oder Diabetischem Fußulcus erhält eine pflegerische Versorgung, die das individuelle Krankheitsverständnis berücksichtigt, die Lebensqualität sowie das Selbstmanagement fördert, die Wundheilung unterstützt und die Rezidivbildung von Wunden vermeidet.

Frage 4 Welche Arten chronischer Wunden kennen Sie?

Dekubitus

- Ein Dekubitus ist eine Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes – üblicherweise über Knochenvorsprüngen –, verursacht durch zu lange und/oder zu starke Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften.

Ulcus Cruris venosum

- Unter einem Ulcus Cruris venosum versteht man einen Substanzdefekt in pathologisch verändertem Gewebe des Unterschenkels infolge einer Chronischen Venösen Insuffizienz.

Ulcus Cruris arteriosum

- Das Ulcus Cruris arteriosum ist ein arteriell bedingtes Unterschenkelgeschwür.
- Es kommt zum Substanzdefekt der Haut infolge einer chronisch arteriellen Verschlusskrankheit im Bereich der Unterschenkel.

Ulcus Cruris mixtum

- Als „Ulcus Cruris mixtum“ bezeichnet man ein Ulcus, für das die Ursachen des venösen und des arteriellen Ulcus Cruris gleichermaßen verantwortlich sind.

Diabetisches Fußulcus

- Das Diabetische Fußulcus beschreibt Veränderungen an den Füßen, die durch die Hyperglykämie, die diabetische Polyneuropathie und vaskuläre Störungen beim Diabetes hervorgerufen werden.

Frage 5 Nennen Sie die drei Wundheilungsphasen und deren Merkmale:

Exsudationsphase

- Die Wunde füllt sich mit Wundsekret (Wunde wirkt feucht, nässend).
- Es bildet sich ein festes, unelastisches Gel, der Wundschorf.
- Umliegende Blutgefäße werden durchlässiger (umliegendes Gewebe ist gerötet und wirkt für den Betroffenen „pochend“).
- Der Wundschorf kann sich lösen und fällt ab.

- Ist die Wunde sehr groß oder besteht eine Infektion, bildet sich kein Wundschorf.
 - Stattdessen werden stark Wundsekret und Gewebsflüssigkeit abgesondert.

Granulation / Proliferationsphase

- Kapillaren und Bindegewebszellen sprossen von den Wundrändern und von dem Wundgrund ein.
- Rotes, gekörntes Granulationsgewebe bildet sich.
- Kollagenfasern bilden sich (kann schnell mit Eiter verwechselt werden).

Epithelisierung / Reparationsphase

- letzte Wundheilungsphase
- Wundverschluss durch Narbenbildung
- Neues Gewebe wird zellärmer und gegen mechanische Beanspruchung unempfindlicher.
- Der Wundverschluss ist kein vollwertiger Ersatz.
- Nur oberflächliche Wunden haben die Möglichkeit, sich vollständig und vollwertig zu epithelisieren.

Frage 6 **Nennen Sie mindestens vier pflegerische Maßnahmen bei Menschen mit chronischen Wunden:**

- Erstellung der pflegerischen Anamnese mit folgenden Schwerpunkten
 - Krankheitsverständnis des Kunden ermitteln
 - ✓ Wissen über die Grunderkrankung
 - ✓ Wissen über die Wunde
 - Erfassung des gesundheitlichen Selbstmanagements
 - ✓ Möglichkeiten der Selbstversorgung
 - ✓ Unterstützung des Heilungsprozesses
 - zum Beispiel Bewegung, Entstauung durch Hochlegen des Beins, Druckentlastung, Raucherentwöhnung, Ernährungsumstellung
 - ✓ Einbeziehung der Angehörigen
 - Einholen der medizinischen Diagnose
 - Ermitteln von wund- und therapiebedingten Einschränkungen, wie zum Beispiel
 - ✓ Schmerzen
 - ✓ Bewegungseinschränkung
 - ✓ Juckreiz
 - ✓ Geruchsbelästigung
 - ✓ psychosoziale Aspekte
 - ✓ Schwellung der Beine

- ✓ Schlafstörungen etc.
- genaue Wundbeschreibung unter Einbeziehung eines Wundexperten
 - ✓ Zur Ersteinschätzung sowie zu den regelmäßigen Wundvisiten durch den Fachexperten wird das Formular „Aufnahmestatus / Wundvisite“ (*LfK-Werkzeugkoffer*) verwendet.
- Das wundspezifische Assessment sollte folgende Punkte beinhalten:
 - ✓ Wundart, Wundlokalisierung, Wundgröße, Wunddauer, Rezidivzahl, Wundgrund, Exsudat, Wundgeruch, Wundrand, Wundumgebung, Entzündungszeichen, Wundschmerz bzw. wundnaher Schmerz
- Die Maßnahmenplanung findet gemeinsam mit dem Kunden und/oder den Angehörigen statt.
- Maßnahmen bei wund- und therapiebedingten Einschränkungen
 - bei Schmerzen: Schmerzprävention in Absprache mit dem behandelnden Arzt
 - bei Bewegungseinschränkungen: Schmerzprävention, Schuhwahl, Hilfsmittel (zum Beispiel Rollator)
 - bei Wundgeruch: Bekämpfung der Infektion, Verbandswechsel öfter durchführen, evtl. Aktivkohleauflagen verwenden
- Maßnahmen bei wund- und therapiebedingten Einschränkungen
 - bei starkem Wundexsudat: stärker saugende Auflagen einsetzen, Infektionsbekämpfung, Kompressionstherapie bei Ulcus Cruris venosum und Ulcus Cruris mixtum
- Maßnahmen bei Körperbildstörungen
 - Aromatherapie, Massagen, Einreibungen, Hilfsmittel anbieten, einfühlsames Zuhören, soziale Kontakte herstellen
- Druckentlastung und Bewegungsförderung bei Dekubitus
 - siehe *LfK-Lehrbrief „Dekubitusprophylaxe in der ambulanten Pflege“*
- Druckentlastung bei Diabetischem Fußulcus
- Bewegungsförderung und Kompressionstherapie bei Ulcus Cruris venosum/mixtum
- Ernährungsanpassung
- psychosoziale Betreuung
- Umsetzung medizinischer Verordnungen
- Beratung des Kunden und seiner Angehörigen
- Einbeziehung und Koordination aller beteiligten Berufsgruppen
 - wie zum Beispiel Ärzte, Therapeuten, Psychologen, Podologen, Orthopädietechniker, pflegerische Fachexperten, Diabetesberater etc.
- Die Maßnahmen der Wundtherapie werden nach jedem Verbandwechsel in der Pflegedokumentation dokumentiert.
- Die Wundversorgung wird fach- und sachgerecht durchgeführt:
 - hygienische Händedesinfektion



- Schutzkleidung und Einmalhandschuhe
 - Non-Touch-Technik mit sterilen Instrumenten
 - sterile Spülungen, sterile Wundauflagen
 - optimale Hautpflege
- Spätestens alle vier Wochen wird die Wirksamkeit der gesamten Maßnahmen überprüft und in Absprache mit dem behandelnden Arzt, dem Kunden sowie nach Möglichkeit mit allen an der Versorgung Beteiligten angepasst.