

WUND MANAGEMENT

Kongress- und Abstractband

4. WundD.A.CH
DreiLänderKongress
23.-24. Juni 2025
Messe Freiburg

<https://wunddach-kongress.org>



WundD.A.CH



URGO
MEDICAL
Healing people



CHRONISCH INNOVATIV. SEIT 25 JAHREN.

Weltweit arbeitet URGO daran, für jede Wunde die optimale Lösung zu entwickeln. So verbessern wir die Lebensqualität vieler Menschen und unterstützen Sie bei Ihrer Arbeit.

www.urgo.de

Inhalt

Grußwort

Grußwort des Kongresspräsidenten	5
Grußwort des Oberbürgermeisters	5

Kongressinformationen

Kongressorganisation	4
Wichtige Informationen im Überblick	6
Ausstellerverzeichnis	8
Standplan	9
Sponsoren	10
Personenverzeichnis (eingeladene Referierende, Abstract-Autorinnen und -Autoren, Vorsitzende, Workshop- und Seminarleiter/-innen)	11

Programminformationen

Programmübersichten	12
Programm Sonntag, 22. Juni 2025	13
Programm Montag, 23. Juni 2025	14
Programm Dienstag, 24. Juni 2025	27
Industrie-Sessions Montag, 23. Juni 2025	34
Industrie-Sessions Dienstag, 24. Juni 2025	36

Abstracts

Wissenschaftliche Vorträge	38
Poster	39
Impressum	U3

Kongressorganisation

Veranstaltet durch

Deutsch-Österreichisch-Schweizerische
Wundheilungsorganisation (Wund-D.A.CH)

Tagungsleitung

Prof. Dr. Sebastian Probst
HES-SO Fachhochschule Westschweiz,
Avenue de Champel 47, 1206 Genf
Universitätsspital Genf, Rue Gabrielle-Perret-
Gentil 4, 1205 Genf

Wissenschaftliches Komitee

Prof. Dr. med. Robert Strohal (Feldkirch/AT)
Prof. Dr. Joachim Dissemond (Essen/DE)
Dr. med. Jürg Traber (Kreuzlingen/CH)
Dr. Eva-Maria Panfil (Basel/CH)
Peter Kurz (Bad Pirawarth/CH)
Veronika Gerber (Quedlinburg/DE)
Bernd Assenheimer (Tübingen/DE)
Dr. med. Julian-Dario Rembe (Düsseldorf/DE)
Sebastian Kruschwitz (Berlin/DE)
Prof. Dr. Jan Kottner (Berlin/DE)
Martin Motzkus (Mülheim a.d.R./DE)

Tagungsort

Messe Freiburg
Neuer Messplatz 1
79108 Freiburg

Tagungsorganisation / Veranstalter

Conventus Congressmanagement &
Marketing GmbH
E-Mail: wunddach@conventus.de
Internet: www.wunddach-kongress.org

Projektleitung

Jana Görls, Telefon +49 (0)3641 31 16-345
Beatrisa Mamiewa, Telefon +49 (0)3641 31 16-323

Referentenbetreuung

Charlotte Schreiber, Telefon +49 (0)3641 31 16-364

Fachausstellung

Oliver Franke, Telefon +49 (0)3641 31 16-336



Prof. Dr. Sebastian Probst, Kongresspräsident

Grüßwort des Kongresspräsidenten

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

herzlich willkommen zum 4. WundD.A.CH Dreiländerkongress in Freiburg im Breisgau, der nicht nur ein hohes wissenschaftliches Niveau verspricht, sondern auch reichhaltige Networking-Aktivitäten bietet.

Unser Kongressthema „**Der Mensch zuerst!? – Individuell, persönlich, professionell**“ lädt Sie ein, an spannenden Symposien und Workshops teilzunehmen, die sich mit Themen wie personenzentrierter Versorgung, Schmerzen in der Wundbehandlung oder Technologien in der Wundbehandlung befassen. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, neueste Forschungs- und Praxisarbeit unserer Abstract-Autoren zu erfahren.

Die Teilnahme am WundD.A.CH-Kongress sichert Ihnen nicht nur den Zugang zu neuesten Informationen über den aktuellen Wissens- und Forschungsstand in der Wundbehandlung, sondern ermöglicht es Ihnen auch, sich aktiv an der Förderung der Wundbehandlung in den deutschsprachigen Ländern und Regionen Europas zu beteiligen.

Genießen Sie die vielfältigen Möglichkeiten, die Ihnen dieser Kongress bietet, und nutzen Sie die Gelegenheit, Ihr Wissen zu erweitern, neue Kontakte zu knüpfen und sich inspirieren zu lassen.

Ich wünsche uns allen spannende Kongresstage.

Prof. Dr. Sebastian Probst
Kongresspräsident



Martin W. W. Horn, Oberbürgermeister der Stadt Freiburg

Grüßwort des Oberbürgermeisters

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Interessierte, die das Thema Wunde bewegt,

im Namen der Stadt, des Gemeinderates und der Bürgerschaft würde ich mich sehr freuen, Sie vom 22.-24. Juni 2025 in Freiburg begrüßen zu können.

Sie treffen eine gute Wahl: Freiburg hat als Tagungsort im Dreiländereck und dank der Anbindung an die Rheintalbahn eine gute geographische Lage. Und bietet mit der Neuen Messe die passende Infrastruktur für große Veranstaltungen wie dem WundD.A.CH-Kongress.

Es freut mich sehr, dass sich zahlreiche Fachleute aus der praktischen Medizin, der Wissenschaft und Pflege hier vor Ort über den neuesten Wissens- und Forschungsstand in der Wundbehandlung austauschen.

Der Dachverband leistet enorm wichtige Arbeit, indem er ein umfassendes Netzwerk und eine Plattform für Begegnungen und den konstruktiven Wissensaustausch in diesem medizinischen Bereich bietet. Davon profitieren wir letztlich alle, sowohl die Expertinnen und Experten als auch die Betroffenen und die Allgemeinheit.

Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern möchte ich für ihre wichtige und verantwortungsvolle Arbeit ganz herzlich Danke sagen, ebenso wie dem Vorstand und Team der Deutsch-Österreichisch-Schweizerischen Wundheilungsorganisation.

Ich wünsche Ihnen allen eine erfolgreiche und interessante Tagung, mit informativen Gesprächen und vielen bereichernden Begegnungen.

Martin W. W. Horn
Oberbürgermeister der Stadt Freiburg

Wichtige Informationen im Überblick

NAMENSSCHILD

Der Zugang zur Tagung und der Industrieausstellung ist nur mit Namensschild möglich.

NUTZUNG DES ÖFFENTLICHEN NAHVERKEHRS

Alle Kongressteilnehmer des 4. WundD.A.CH Dreiländerkongress sind vom 21.-24. Juni berechtigt zu beliebig vielen kostenfreien Fahrten mit den Zügen (2. Klasse), Bussen und Straßenbahnen im Linienverkehr der am RVF beteiligten Verkehrsunternehmen innerhalb des Verbundgebietes. Bitte nutzen Sie das Namensschild dafür.



ADRESSE

Messe Freiburg
Neuer Messplatz 1
79108 Freiburg

PARKEN

Es stehen ausreichend Parkplätze (5 € pro Tag) direkt auf dem Messegelände zur Verfügung.

KURSPROGRAMM

Parallel zu den Sitzungen findet ein umfangreiches Kursprogramm statt. Seminare und Workshops müssen aufgrund der begrenzten Sitzplätze im Vorhinein über das Registrierungssystem gebucht werden.

Vor Ort: Nähere Informationen zu noch buchbaren Plätzen sowie zu den Inhaltsbeschreibungen der Kurse erfragen Sie bitte am Check-In.

PAUSENVERPFLEGUNG

An den Getränkepoints stehen für Sie Wasser und Kaffee durchgängig bereit.

Innerhalb der Fachmesse befindet sich das Bistro, an dem Sie kleine Snacks täglich zwischen 11:30 und 14:00 Uhr erwerben können.

Verschiedene Aussteller der Fachmesse bieten an ihren Ständen eine Auswahl an Getränken und Snacks kostenfrei für Sie an.

Lunchboxen für Sie!

Desweiteren finden während der Mittagszeit am Montag, 23.06.2025, 12:30 -13:30 Uhr und am Dienstag, 24.06.2025, 11:45-12:45 Uhr Lunchsymposien (mit Lunchboxen, siehe Programmübersicht) statt, wozu Sie herzlich eingeladen sind.

Weitere Informationen zu den Lunchsymposien entnehmen Sie bitte ab Seite 34.

NETZWERKABEND

Freuen Sie sich am Montagabend von 18:15-20:30 Uhr auf ein geselliges Beisammensein in der Fachausstellung mit guten Gesprächen in entspannter Atmosphäre (bei Getränken und kleinen Snacks sowie Loungemusik), zu dem Sie herzlich eingeladen sind!

Wir bedanken uns bei folgenden Firmen für ihr Getränke- und Speisensponsoring:

- URGO GmbH am Stand 1 - Bier, Limonaden und Brezeln
- Bauerfeind AG am Stand 23 - Sommerdrinks und Snacks
- Schaub GmbH am Stand 19 - Sekt

ÖFFNUNGSZEITEN

	Sonntag 22.06.2025	Montag 23.06.2025	Dienstag 24.06.2025
Check-In	08.30-18.00 Uhr	08.30-18.15 Uhr	08.00-14.30 Uhr
Vortrags- annahme	Im Vortragsraum	08.30-18.15 Uhr	08.30-14.30 Uhr
Garderobe	Im Vortragsraum	08.30-21.00 Uhr	08.00-16.00 Uhr
Bistro- stationen		11.30-14.00 Uhr	11.30-14.00 Uhr
Wissen- schaftliches Programm	09.00-18.00 Uhr	09.30-18.15 Uhr	08.30-15.45 Uhr
Get together		18.15-20.30 Uhr	
Fach- ausstellung		09.00-20.30 Uhr	08.30-14.30 Uhr

INTERNET und WLAN

In der gesamten Messe steht für alle Kongressteilnehmer kostenfreies WLAN zur Verfügung:

- Netzauswahl: wunddach2025
- Passwort: wunddach2025

LINK ZUM PROGRAMM

Über den QR-Code finden Sie das vollständige und tagesaktuelle Programm:



PRÄMIERUNG

Die drei besten Abstract-Beiträge (Beste wissenschaftliche Arbeit, Beste praxisrelevante Arbeit, Bester Newcomer) werden jeweils mit einem Preisgeld in Höhe von 150 EUR sowie einem Jahresabonnement der Zeitschrift „WUNDmanagement“ der mhp Verlag GmbH prämiert. Die **Preisverleihung** findet am Dienstag um 14:30 Uhr im Plenarsaal K7 + K8 statt.

ZERTIFIZIERUNG UND FORTBILDUNGSPUNKTE

Akademie-ZWM AG Schweiz und die Akademie-ZWM GmbH Österreich (Akademie für Zertifiziertes WundManagement) für ausgebildete Teilnehmer:innen (WM®/WDA®/ZWM®/AZWM®)
Für alle 3 Tage gesamt 22 Bildungspunkte

Für einzelne Tage wie folgt:

22.06.: 8 Punkte

23.06.: 8 Punkte

24.06.: 6 Punkte

Reichen Sie mit Ihrer Teilnahmebescheinigung ein Programmheft ein. Beides erhalten Sie auf dem Kongress.

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) / AG Diabetischer Fuß Fuß- und Wundassistent*in DDG

Der Kongress wird als Veranstaltung für die Anerkennung der Rezertifizierung für die/den Fuß- und Wundassistent*in DDG anerkannt. (4UE)/Jahr, (1 UE = 45 Min)

Deutsche Gesellschaft für Phlebologie und Lymphologie e. V.

Die Zertifizierung wurde gemäß den Richtlinien beantragt:
6 Fortbildungspunkte pro Tag (22., 23. und 24.06.)

Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW) - Wundassistent - WAcert® DGfW (Beruf) und Wundtherapeut - WTcert® DGfW (Beruf)

6 Fortbildungspunkte pro Tag (22., 23. und 24.06.)

Rezertifizierungsnummer: 015-DGfW-B-2025

Deutsches Institut für modernes Wundmanagement (DIMW)

Pro Kongresstag 3 Zeitstunden: 4 Fortbildungspunkte pro Tag (22., 23. und 24.06.)

E-log Punkte

10 e-log Punkte

Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V. (FgSKW)

22.06.: 6 Punkte

23.06.: 4 Punkte

24.06.: 3 Punkte

Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW)

22.06.: Refresher-Kurs, 4 Punkte (ICW Kursnummer: 2025-R-906); Masterclass-Kurs 3 Punkte (Kompressionstherapie + Atypische/seltene Wunden, ICW Kursnummer: 2025-R-906); 1 Punkt (bei Teilnahme an nur einem von beiden Kursen)

23.06.: 5 Punkte (ICW Kursnummer: 2025-R-907)

24.06.: 4 Punkte (ICW Kursnummer: 2025-R-908)

Landesärztekammer Baden-Württemberg

Die Zertifizierung wurde gemäß den Richtlinien zertifiziert.

22.06. (09:00-17:30): 6 Fortbildungspunkte, Kategorie B

23.06. (09:45-18:15): 6 Fortbildungspunkte, Kategorie B

24.06. (08:30-15:45): 6 Fortbildungspunkte, Kategorie B

RbP - Registrierung beruflich Pflegender GmbH

12 Punkte für 3 Tage (Kursnummer: 20090758250003)

SWISS PLASTIC SURGERY

16 CME-Credits für 3 Tage

VDBD AKADEMIE - Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e. V.

12 Fortbildungspunkte (Zertifizierungsnummer: ZNR20250147)

22.06.: 6 Punkte

23.06.: 6 Punkte

Verband Deutscher Podologen e. V.

23.06.: 4 Punkte

24.06.: 1,5 Punkte

TEILNAHMEBESCHEINIGUNG

- Eine **allgemeine Teilnahmebescheinigung** wird nach der Tagung automatisch per E-Mail verschickt.
- Die Bescheinigung über die **oben ausgewiesenen Zertifizierungspunkte** erhalten Sie täglich per E-Mail. Um diese zu erhalten, scannen Sie sich bitte täglich selbst mit dem QR-Code auf Ihrem Namensschild am Zertifizierungs-Counter.
- Ärzte, die **CME-Punkte** benötigen, erhalten diese zusätzlich separat ebenfalls täglich per E-Mail. Bitte scannen Sie sich dafür 1x täglich zu den ausgewiesenen Zeiten am Zertifizierungs-Counter.
- Für die **ICW** erhalten Sie halbtägig Punkte. Hierfür scannen Sie sich bitte vor- und nachmittags am Zertifizierungs-Counter.

KOOPERIERENDE FACHGESELLSCHAFTEN UND VERBÄNDE

- Austrian Wound Association / Österreichische Gesellschaft für Wundbehandlung (AWA)
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft e. V. (DDG) Arbeitsgemeinschaft Wundheilung (AGW)
- Deutsche Diabetesgesellschaft e. V. (DDG; AG Diabetischer Fuß)
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG)
- Deutsche Gesellschaft für Phlebologie und Lymphologie e. V. (DGPL)
- Deutscher Wundrat e. V. (DWR)
- European Wound Management Association (EWMA)
- Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V. (FgSKW)
- Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW)
- Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege (ÖGVP)
- Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung (SAfW-D)
- Verband Deutscher Podologen (VDP) e. V.
- Verein Wundmanagement Tirol



DDG ARBEITSGEMEINSCHAFT
Diabetischer Fuß



Ausstellerverzeichnis

A

- **Apraxon-Gruppe** | Stand 36

B

- **Bamboo Health Care GmbH** | Stand 32
- **Bauerfeind AG** | Stand 23
- **BrainLight** | Stand 39
- **BSN medical GmbH** | Stand 38

C

- **Chiesi GmbH** | Stand 21
- **Coloplast GmbH** | Stand 11
- **ConvaTec (Germany) GmbH** | Stand 12
- **cureVision GmbH** | Stand 24

D

- **Dansac GmbH / Hollister Inc.** | Stand 37
- **DARCO (EUROPE) GmbH** | Stand 10
- **Deutsches Institut für modernes Wundmanagement** | Stand 22

E

- **Eakin Healthcare GmbH** | Stand 28

F

- **Flen Health GmbH** | Stand 6

H

- **H+ Bildung** | Stand 24

I

- **Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW)** | Stand 9

J

- **JeNaCell GmbH** | Stand 7
- **Julius Zorn GmbH** | Stand 4

L

- **Lohmann & Rauscher GmbH & Co. KG** | Stand 25

M

- **MESI Deutschland GmbH** | Stand 8
- **mhp Verlag GmbH** | Stand 9
- **MICRO-MEDICAL Instrumente GmbH** | Stand 30
- **Mölnlycke Health Care** | Stand 2

N

- **Novartis Pharma GmbH** | Stand 3

P

- **Paul Hartmann AG** | Stand 27
- **PolyMedics Innovations GmbH** | Stand 33

R

- **Regen Lab GmbH** | Stand 14
- **RHEACELL GmbH & Co. KG** | Stand 15
- **Rodday Wundmanagement GmbH & Co. KG** | Stand 29

S

- **Schaub GmbH & Co. KG** | Stand 19
- **Smith & Nephew GmbH** | Stand 31
- **Solventum Germany GmbH** | Stand 5

T

- **terraplasma medical GmbH** | Stand 16

U

- **URGO GmbH** | Stand 1

V

- **Vivo Care** | Stand 20

W

- **WK-MedTec GmbH** | Stand 20
- **WundTeam Confido** | Stand 18
- **Wund-Kompetenz-Zentrum Freiburg GmbH** | Stand 26

X

- **XOTO Technology GmbH** | Stand 17

Hauptsponsoren sind in Türkis aufgeführt.
Stand bei Drucklegung.

Standplan



Dank an die Sponsoren

Die Durchführung der Veranstaltung wird durch eine Zuwendung der Freiburg Wirtschaft Touristik und Messe GmbH & Co. KG (FWTM) ermöglicht.



Wir bedanken uns ganz besonders bei unseren Hauptsponsoren für ihr umfangreiches Engagement.

Hauptsponsoren			
URGO GmbH		Solventum Germany GmbH	
Paul Hartmann AG		ConvaTec (Germany) GmbH	
Chiesi GmbH		terraplasma medical GmbH	
Bauerfeind AG		Smith & Nephew GmbH	
Coloplast GmbH		BSN medical GmbH	
Mölnlycke Health Care GmbH		MICRO-MEDICAL Instrumente GmbH	
Weitere Sponsoren			
all in® nutrition GmbH			

OFFENLEGUNG all in nutrition GmbH (1.000,00 EUR), apraxon-Gruppe (2.550,00 EUR), Bamboo Health Care GmbH (2.550,00 EUR), Bauerfeind AG (10.000,00 EUR), Chiesi GmbH (15.500,00 EUR), ConvaTec (Germany) GmbH (10.000,00 EUR), Coloplast GmbH (11.500,00 EUR), Dansac GmbH (1.700,00 EUR), DARCO (EUROPE) GmbH (3.825,00 EUR), Deutsches Institut für modernes Wundmanagement (5.100,00 EUR), Eakin Healthcare GmbH (2.550,00 EUR), Essity (7.500,00 EUR), Flen Health GmbH (2.550,00 EUR), Integra GmbH (3.400,00 EUR), JeNaCell GmbH (2.550,00 EUR), Julius Zorn GmbH (3.150,00 EUR), Lohmann & Rauscher GmbH & Co. KG (3.400,00 EUR), MESI Deutschland GmbH (2.550,00 EUR), MICRO-MEDICAL Instrumente GmbH (7.500,00 EUR), Mölnlycke Health Care GmbH (12.500,00 EUR), Novartis Pharma GmbH (5.050,00 EUR), Paul Hartmann (15.000,00 EUR), PolyMedics Innovations GmbH (2.550,00 EUR), RegenLab GmbH (5.050,00 EUR), RHEACELL GmbH & Co. KG (3.150,00 EUR), Rodday Wundmanagement GmbH (6.375,00 EUR), Schaub GmbH & Co. KG (2.550,00 EUR), Smith & Nephew GmbH (12.500,00 EUR), Solventum Germany GmbH (10.000,00 EUR), terraplasma medical GmbH (9.150,00 EUR), URGO GmbH (25.750,00 EUR), VivoCare (2.850,00 EUR), Wund-Kompetenz-Zentrum Freiburg GmbH (2.550,00 EUR), WundTeam Confido (2.550,00 EUR), XOTO Technology GmbH (3.400,00 EUR)

Stand bei Drucklegung

Personenverzeichnis

Name	Seite	Name	Seite	Name	Seite	Name	Seite
A		Geffken, Maria	15, 30, 48	L		Schlosser, Wolfgang	15, 49
Abel, Martin	16, 50	Geiermann, Tanja	16, 50	Lachappelle, Sina	16, 22, 51, 52	Schmid-Mohler, Gabriela	17, 29
Aleithe, Michael	23, 38	Geist, Peggy	17, 30, 58	Lahmann, Nils	16, 30, 55	Schmitz, Ulrike	15, 30, 43, 47
Alio, Ifey	15, 30, 39	Georg, Paul	25	Lee-Barkey, Young Hee	14, 30, 38	Schneider, Bernd	28
Amann, Mario	29	Gerber, Veronika	4, 18	Libertad Ortega Nuñez, Diana	15, 43	Schöfmann, Nicole	15, 42
Arbi, Abdulwahab	14, 30, 39	Ghulam, Fatima	18	Liegenfeld, Sophie Charlotte	15, 20,	Schrems, Berta	17
Arefaine, Elsa	16, 56	Gontijo, João Renato Vianna	15, 43		22, 40, 44, 46	Schridde, Barbara	37
Asmann-Akonidis, Melanie	35	Görge, Tobias	15, 43	Lips, Konstanze	24	Schulz, Maria	37
Assadian, Ojan	20	Gosch, Markus	20	Lober, Henrik	15, 22, 46, 47	Schweitzer, Ekkehard	29
Assaf, Chalid	15, 30, 43, 47	Grebe, Lena	34	Lobmann, Ralf	16, 26, 29, 30, 56	Segmüller, Tanja	25
Assenheimer, Bernd	4, 20	Gretener, Silvia	28	M		Seidel, Peer	17, 30, 58
Augustin, Matthias	15, 16, 17, 22, 46,	Gruber, Gabriele	27, 32	Mahler, Inga	16, 52	Shabes, Polina	14, 15, 30, 41, 46
.....	51, 53, 58	H		Majjouti, Khalid	23, 38	Shinohara, Michi	15, 43
B		Habild, Götz	16, 57	Mammadova, Arzu	14, 30, 41	Sielemann, Stefanie	15, 22, 46, 47
Babilon, Ulrich	37	Haller, Simone	15, 48	Masberg, Frank	16, 30, 55	Sivanathan, Mayuri	16, 22, 52
Baranow, Natalie	16, 52	Hämmerle, Gilbert	18, 19	Mayer, Ruth	26	Spilmann, Ulrike	26
Bauer, Claudia	16, 50	Häring, Nina	13	Medehli, Miriam	24	Staub-Buset, Caroline	16, 22, 50
Becher, Klaus Friedrich	20	Hartmann, Karsten	24	Megas, Ioannis-Fivos	16, 57	Staudacher, Sandra	15, 20, 42
Beutler, Tina	17, 30, 58	Hartmann, Hanna	16, 56	Mett, Roland	16, 30, 57	Storck, Martin	16, 30, 31, 36, 56
Billner, Moritz	14, 40	Has, Cristina	34	Metz, Dijana	16, 52	Stratmann, Bernd	14, 30, 39
Blome, Christine	16, 22, 51, 53	Hatzer-Lorenz, Monika	15, 49	Michalek-Sauberer, Andrea	29	Streit, Wolfgang	15, 30, 48
Böhm, Christine	16, 50	Häuser, Elisa	16, 22, 50	Möbes, Monica	35	Strenge, Jan Tinson	15, 44
Bosshart, Hannah Elisabeth	15, 20, 42	Heidler, Petra	30	Moellenken, Maurice	15, 16, 22, 28,	Strohal, Robert	4, 19, 29, 37
Botzenhardt, Florian	36	Heilfort, Marc	36		34, 43, 50	Ströthoff, Helena	14, 30, 41
Boz, Esra	16, 52	Helmbrecht, Susanne	28	Moosmann, Christian	26, 31, 32	Strube-Lahmann, Sandra	16, 30, 55
Brehmer, Alexander	16, 38	Herberger, Katharina	15, 43	Motzkus, Martin	4, 24, 32	Stücker, Markus	15, 43
Breidung, David	14, 16, 40, 57	Hester, Beke	16, 23, 53	Mühlberger, Dominic	24	Stürmer, Ewa Klara	15, 16, 17, 20, 22,
Breitfeld, Tino	16, 22, 50	Heykendorf, Lukas	26	N		... 27, 28, 30, 32, 33, 36, 44, 46, 47, 48, 53	
Bruhin, Andreas	14, 15, 30, 35,	Hintner, Marianne	26	Namislö, Angrit	16, 50	Stütz, Anton	15, 42
.....	39, 44, 48	Hoffmann-Tischner, Inga	14, 31, 41	Nathrath, Clara	15, 22, 46, 47	Suter, Peter	15, 20, 42
Buck, Bianca	27	Hofrichter, Miriam	34	Niedermaier, Sophia	16, 30, 55	T	
Burckhardt, Marion	31	Hosters, Bernadette	23, 38	Nobbe, Stephan	15, 43	Tabrisi, Ahmad	15, 30, 43, 47
Burtsche, Regina	18, 25	Huber, Martin	14, 16, 22, 30, 45, 54	O		Tapp-Herrenbrück, Michaela	23, 38
Busch, Dorothee	15, 43	Hübner, Stefanie	35	Ortega-Loayz, Alex	15, 43	Tigla, Alexandru Erwin	14, 36, 41
C		Hübsch, Sabine	15, 20, 42	Oymanns, Mathias	15, 30, 43, 47	Todorov, Victor	16, 22, 53
Cabral, Gabriela	15, 42	I		P		Traber, Jürg	4, 13, 14, 20, 24, 29, 32
Chafii-Badavi, Ramin	15, 30, 43, 47	Ibing, Wiebke	14, 30, 41	Panfil, Eva-Maria	4, 15, 16, 17, 20,	V	
Clauss, Martin	11, 22, 52	Ibishi, Albina	14, 30, 39		22, 25, 28, 30, 31, 32, 42, 51, 52, 53	Vaheri, Tanja	20
Clemens, Rebekka	15, 52	Isoherranen, Kirsi	15, 43	Parizova, Spasija	14, 30, 39	Verkade, Carolien	15, 49
D		J		Pelzer, Nele	15, 44	Vogl, Dominik	24
Daum, Ruben	16, 56	Jahn, Julia	16, 22, 43	Pfersich, Tatjana	24	Völzer, Bettina	15, 45
Debus, Eike Sebastian	15, 30, 48	Janke, Toni Maria	15, 16, 22, 46, 51, 53	Pinnekamp, Hannah	23, 38	von Siebenthal, Doris	18, 31
Dege, Tassilo	28	K		Pixner, Dietmar	15, 49	Vujic, Gabriel	16, 22, 50
Deter, Anne	16, 30, 55	Kaffenberger, Benjamin H.	15, 43	Prennig, Thorsten	34	W	
Díaz Vega, Mineli	15, 43	Kapferer, Oliver	18	Priester, Vanessa	23, 38	Waldispuhl, Pascale	16, 22, 53
Dini, Valentina	15, 43	Karcz, Konrad Wojcieck	14, 16, 40, 57	Probst, Astrid	19, 20, 23	Weidmann, Nicole	16, 52
Dissemond, Joachim	4, 13, 15, 16, 17,	Karrer, Sigrid	15, 43	Probst, Sebastian	5, 17, 23, 25,	Wieczorek, Margarete	18, 27, 32
.....	19, 22, 28, 30, 34, 43, 50, 54	Kläusler, Marianne	16, 22, 53		28, 30, 32, 36	Wigger, Modestus	15, 22, 46, 47
Dittmer, Mandy	15, 28, 30, 44, 48	Kleesiek, Jens	23, 38	R		Wöhrstein, Jutta	27
Dörfler, Petra	15, 42	Klymiuk, Ingeborg	20	Reger-Tan, Susanne	14, 30, 39	Wolff-Winiski, Barbara	15, 42
Dreier, Johanna	15, 20, 42	Kohlepp, Angelika	25	Rembe, Julian-Dario	4, 14, 15, 19, 20,	Wüthrich, Jeanette	16, 22, 25, 52, 53
E		Konstanski, Franziska	16, 52		30, 32, 41, 46	Z	
Ebert, Bernd	35	Kottner, Jan	4, 13, 15, 23, 31, 45	Rhode, Sophie Charlotte	15, 44	Zahel, Paul	17, 30, 58
Eder, Stephan	13, 16, 26, 27, 30, 32	Kozon, Vlastimil	29, 32	Ribarić, Nika	16, 57	Zirkenbach, Franziska	16, 22, 51, 53
Ehrl, Denis	14, 16, 40, 57	Krammel, Michaela	30	Risse, Alexander	17, 38		
Eisenschmidt, Mona	24	Kreuzer, Susanne	14, 39	Romanelli, Marco	15, 43		
El Genedy-Kalyoncu, Monira	15, 23, 45	Krieter, Manuel	28	Rosemann, Melanie	36		
Erfurt-Berge, Cornelia	15, 43	Kühn, Penelope	24	Rusch, Judith	16, 22, 53		
F		Kurz, Bernadett	15, 43	S			
Fischer, Uli	23, 43, 48	Kurz, Peter	4, 13, 23	Schädle, Stefanie	14, 20, 41		
Fortner, Norbert	29	Kurzbuch, Anne	36	Schelig, Hubert	14, 15, 30, 41, 46		
Fuchsberger, Kai	16, 56			Schick, Robin	16, 51, 52		
G				Schicker, Christoph	16, 22, 50		
Gächter, Bernd	34			Schlögl, Hermann	26		
Garabet, Waseem	14, 15, 30, 41, 46						

Stand bei Drucklegung

Programmübersicht

4. WundD.A.CH | DreiLänderKongress | 23.-24. Juni 2025 | Messe Freiburg
PROGRAMM stets aktuell unter www.wunddach-kongress.org

SONNTAG, 22.06.2025 Vorkongress

K7+K8	K6	K9	K10	K11	K5	WS2	WS3	Foyer	Zentralfoyer
				09:00–13:00 Refresher Kurs für Wundexperten / Wundtherapeuten				LEGENDE	
								Refresher Kurs (Vor Anmeldung erforderlich)	
								Masterclass (Vor Anmeldung erforderlich)	
								Eröffnung/Verabschiedung/Generalversammlung	
								Sondersitzung/Plenarveranstaltung	
								Symposium	
								Gastsymposium	
								Seminar (Vor Anmeldung erforderlich)	
								Workshop (Vor Anmeldung erforderlich)	
								Best of Poster-Sitzung	
								Industriesessions	
								Symp. (LS), Seminar (IS) bzw. Workshop (IW)	
								Posterausstellung	
								Besuch der Fachausstellung	
								Lunchboxen werden angeboten.	
				14:00–15:30 Masterclass Atypische/seltene Wunden					
				16:00–17:30 Masterclass Kompressionstherapie					

MONTAG, 23.06.2025

K7+K8	K6	K9	K10	K11	K5	WS2	WS3	Foyer	Zentralfoyer
09:30–09:45 Feierliche Eröffnung 09:45–10:30 Plenarvortrag								09:00–18:15 Posterausstellung	09:00–18:15 Besuch der Fachausstellung
11:00–12:15 Symposium Personzentrierte Versorgung	11:00–12:15 Gastsymposium AWA ICW SAW	11:00–12:15 Gastsymposium Stoma, Kontinenz und Wunde FgSKW	11:00–12:15 Workshop 1 Kaltplasmatherapie	11:00–12:15 Seminar 1 Wundheilung für Einsteiger I					
12:30–13:30 Industrie-Sessions									
URGO LS Patientenzentrierte Wundversorgung im Fokus	Coloplast IS Versorgung von stark exsudierenden Wunden	CHIESI IS Level Up: Wunddokumentation per App	ConvaTec IW Wunden mit Biofilm mit Aquacel Ag+ Extra behandeln	Mölnlycke IW Kompressionstherapie im Alltag richtig anwenden	BSN medical IW Cleverer Umgang mit Wunden	Novartis Pharma IW: Akne inversa/Hidradenitis suppurativa*	MICRO-MEDICAL IW Innovatives Wundmanagement ...*		
13:45–15:00 Symposium Wundinfektionen chronischer Wunden	13:45–15:00 Symposium Mikrobiom und Wunde	13:45–15:00 Gastsymposium DGGeriatrie	13:45–15:10 Best of Poster I	13:45–15:00 Seminar 2 Wundheilung für Einsteiger II	13:45–15:00 Workshop 2 Hautpflege und Wundrandschutz	*Licht auf aktuelle Entwicklungen und neue Behandlungsoptionen	* mit extrazellulärer Matrix aus dem Schafvornagen		
15:30–16:45 Symposium Künstliche Intelligenz und Robotik in der Wundversorgung	15:30–16:45 Gastsymposium DGPI	15:30–16:45 Gastsymposium VDP	15:30–16:45 Workshop 3 Debridement	15:30–16:45 Seminar 3 Stoma I – Grundlagen in der Stoma-versorgung	15:30–16:45 Workshop 11 Reverdin Grafts				
17:00–18:15 Symposium Patientenedukation	17:00–18:15 Gastsymposium Adjuvante Behandlungsoptionen in der Wundtherapie*	17:00–18:15 Gastsymposium Das Diabetische Fußsyndrom aus interdisziplinärer Sicht	17:00–18:15 Workshop 4 „FILZEN“: der schnelle Weg zur Druckentlastung in der Fußregion	17:00–18:15 Seminar 4 Stoma II – Fortgeschrittene*					
	* Verein Wundmanagement Tirol			*Fistelversorgung und parastomale Wunden					18:15–20:30 Netzwerkabend

DIENTAG, 24.06.2025

K7+K8	K6	K9	K10	K11	K5	WS2	WS3	Foyer	Zentralfoyer
08:30–09:45 Symposium Lymphödem	08:30–09:45 Gastsymposium* Antimikrobielle Stewardship in der Wundversorgung * EWMA	08:30–09:45 Gastsymposium* Neue Aspekte und Perspektiven der dermatolog. Wundbehandlung * DDG, AGW	08:30–09:45 Workshop 5 Motivational Interviewing	08:30–09:45 Seminar 6 Diagnostik des diabetischen Fußes				08:30–14:30 Posterausstellung	08:30–14:30 Besuch der Fachausstellung
10:15–11:30 Symposium Schmerzen in der Wundbehandlung	10:15–11:30 Gastsymposium* Vaskuläre Krankheitsbilder die Wunden begünstigen * ÖGVP	10:15–11:30 Best of Poster II	10:15–11:30 Workshop 7 Onkologische Wunden	10:15–11:30 Workshop 8 Wundaufgaben					
11:45–12:45									
Smith & Nephew LS: Beyond the Surface: Neue Horizonte in der Wundbehandlung	URGO IS UrgoClean: optimale Wundreinigung und Infektionskontrolle	PAUL HARTMANN IS: Wund-Balance-Kontinuum	Bauerfeind IW Ulcus Cruris Venosum Therapie*	Mölnlycke IW Wundspüllösung u. Unterdrucktherapie im klin. u. ambul. Setting	Solventum IW „NPWT meets Skin“: Unterdruck-Wundtherapie & Hautschutz	RegenLab IW Förderung der Wundheilung bei postoper. u. chron. Wunden in*	terraplasma medical IW: Die breite Wirkung des Kaltplasmas plasma caer*		
			*mit Kompression und Kaltplasma			* Risikogruppen mit Plättchenreichem Plasma	* in der Wundbehandlung und darüber hinaus.		
13:00–14:15 Symposium Leitlinien und Expertenstandards	13:00–14:15 Gastsymposium DWR	13:00–14:15 Seminar 5 Kontinenz	13:00–14:15 Workshop 9 Debridement (Wdhg.)	13:00–14:15 Workshop 10 Wundaufgaben (Wdhg.)					
14:30–15:45 Podiumsdiskussion Der große Wundheilungs-Showdown: Heilt sie oder nicht?									

Stand: 22. Mai 2025

4. WundD.A.CH DreiländerKongress

PROGRAMM SONNTAG, 22. JUNI 2025

09:00-13:00 Refresher-Kurs für Wundexperten / Wundtherapeuten

Raum K11

Kursleiter: J. Dissemond (Essen/DE), P. Kurz (Bad Pirawarth/AT)

Der Kurs richtet sich an alle, die bereits Basiswissen erworben haben und es jetzt noch einmal auffrischen wollen.

09:00 Einführung in den Refresher Kurs

J. Dissemond (Essen/DE)

09:05 Haut/Dermatologie

J. Dissemond (Essen/DE)

09:30 Ulcus cruris (venosum)

J. Dissemond (Essen/DE)

10:05 Gefäßdiagnostik

J. Traber (Kreuzlingen/CH)

10:30 Kompressionstherapie

J. Traber (Kreuzlingen/CH)

10:55 Pause

11:10 Dekubitus

J. Kottner (Berlin/DE)

11:45 Diabetisches Fußulkus

S. Eder (Villingen-Schwenningen/DE)

12:20 Wundtherapeutika

S. Eder (Villingen-Schwenningen/DE)

12:55 Zusammenfassung

J. Dissemond (Essen/DE)

13:00-14:00 Vorstandssitzung

Raum WS1

14:00-15:30 Masterclass - Atypische/seltene Wunden - Diagnostik und Therapie atypischer Wunden

Raum K11

Kursleiter: J. Dissemond (Essen/DE), N. Häring (Feldkirch/AT)

Lernziele:

Verstehen der unterschiedlichen Pathophysiologie seltener (atypischer) Wunden

Dieses Ziel ermöglicht es den Teilnehmenden, einen Überblick über die vielfältigen Ursachen chronischer Wunden zu erwerben. Beginnend mit der Blickdiagnose soll dann eine individuelle weiterführende Diagnostik erfolgen, um die Ursache(n) der Wundheilungsstörungen so genau wie möglich bestimmen zu können, da dies die Basis einer erfolgreichen Therapie ist.

Diskutieren über verschiedene Behandlungsoptionen

Dieses Ziel ermutigt die Teilnehmenden, die unterschiedlichen Therapieoptionen atypischer Wunden individuell auszuwählen und kritisch zu bewerten. Neben der Wundtherapie geht es beispielsweise um den zusätzlichen Einsatz einer Kompressionstherapie der Beine.

16:00-17:30 Masterclass - Kompressionstherapie

Raum K11

Kursleiter: J. Traber (Kreuzlingen/CH)

Lernziele:

Frischen Sie die Grundlagen der Kompressionstherapie auf!

Die Kompressionsbehandlung ist ein ausgezeichnete Therapiepfiler bei der Behandlung chronischer Wunden. Aber nicht nur! Kompression ist schlicht genial, wenn Sie richtig angewandt wird:

- Sie verkürzt die Heilungszeit
- Sie reduziert Entzündung und Schmerz
- Sie verbessert die Lebensqualität

Wie funktioniert das? Wieviel Druck ist gesund und wann wird es gefährlich? Was heisst eigentlich „mmHg“ und wieso spielen die Beinform und die Körpergröße eine Rolle?

Wie sieht eine gute Kompressionstherapie aus und wie kann ich Patientinnen und Patienten motivieren?

Lassen Sie uns von den Vorteilen optimaler Kompressionstherapie schwärmen. Lernen Sie, wie man Patientinnen und Patienten motivieren kann und lernen Sie voneinander Tricks und Traps in der Anwendung!

17:45-18:15 Generalversammlung

Raum WS1

PROGRAMM MONTAG, 23. JUNI 2025

09:00-18:15 Besuch der Fachaustellung und Selbststudium der Posterpräsentationen

Raum Zentralfoyer

P1 - Die gebogene Nadel - eine kostengünstige, sichere Alternative für das schmerzfreie Débridement im ambulanten Setting

S. Kreuzer, A. Bruhin (Luzern/CH)

P2 - Diabetische Fußosteomyelitis mit feuchter Fersennekrose - ein Fall für interdisziplinäres Management

A. Ibishi, S. Parizova, A. Arbi, Y. H. Lee-Barkey, B. Stratmann, S. Reger-Tan (Bad Oeynhausen/DE)

P3 - Systemische Effekte des enzymatischen Débridements im Kontext eines neu etablierten Schwerbrandverletzten-Algorithmus

D. Breidung, M. Billner, K. W. Karcz, D. Ehrl (Nürnberg/DE)

P4 - Praxistransfer des Phasenmodells Bewältigung chronischer Krankheit in einem spezialisierten pflegerischen Wundzentrum

I. Hoffmann-Tischner (Köln/DE)

P5 - Schnellere Wundheilung durch ambulante Unterdrucktherapie? Ein Blick auf die Herausforderungen, Chancen und Patientenperspektiven der poststationären ambulanten Unterdrucktherapie

A. E. Tigla (Burghausen/DE)

P6 - Implementierung von Leitlinien im Behandlungsalltag von chronischen und schwer heilenden Wunden - Möglichkeiten und Herausforderungen

S. Schädle (Düsseldorf/DE)

P7 - Einfluss von Hämostyptika auf die Wundheilung im Mausmodell

W. Garabet, A. Mammadova, H. Ströthoff, W. Ibing, H. Schelzig, J.-D. Rembe, P. Shabes (Düsseldorf/DE)

- P8** - Rollenverständnis des interprofessionellen Teams bei der Bewegungsförderung zur Dekubitusprävention: eine ethnographische Studie
J. Dreier, S. Staudacher, H. E. Bosshart, S. Hübsch, P. Suter, E.-M. Panfil (Basel/CH)
- P9** - Identifizierung von Akr101 als potenzielles neues Medikament für die Therapie chronischer Wunden
B. Wolff-Winiski, N. Schöfmann, P. Dörfler, G. Cabral, A. Stütz (Wien/AT)
- P10** - Spalthauttransplantation auf osteomyelitischen Calcaneus bei einem Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom
M. Oymanns, U. Schmitz, R. Chafii-Badavi, C. Assaf, A. Tabrisi (Krefeld/DE)
- P12** - Validierung des PARACELsus-Scores für die Diagnose des Pyoderma gangraenosum: Eine internationale multizentrische Studie mit 1.403 Patientenfällen und 85 verschiedenen Wundentitäten
M. Moelleken (Essen/DE), A. Ortega-Loayza (Portland/US), D. Busch, C. Erfurt-Berge (Erlangen/DE), M. Shinohara (Seattle, WA/US), D. Libertad Ortega Nuñez, M. Díaz Vega (Mexiko-Stadt/MX), V. Dini, M. Romanelli (Pisa/IT), S. Karrer, B. Kurz (Regensburg/DE), J. R. V. Gontijo (Belo Horizonte/BR), T. Gorge (Münster/DE), B. H. Kaffenberger (Columbus, OH/US), K. Isoherranen (Helsinki/FI), S. Nobbe (Frauenfeld/CH), K. Herberger (Hamburg/DE), M. Stücker (Bochum/DE), J. Dissemond (Essen/DE)
- P13** - Erysipel: Stadieneinteilung, der Schlüssel zum Verständnis dieser Erkrankung für die Diagnose und Therapie
A. Bruhin (Luzern/CH)
- P14** - Antiseptika und Wundspüllösungen: Korrelation von Biokompatibilitätsindex und ihrer Wirkung auf die Wundheilung in humaner Vollhaut
S. C. Liegenfeld, M. Dittmer, N. Pelzer, S. C. Rhode, J. T. Strenge, E. K. Stürmer (Hamburg/DE)
- P15** - Pflegediagnosen in der Wundversorgung
M. Huber (Oberkirch/DE)
- P16** - SKINCARE: Verbesserung der Hautgesundheit in der Altenpflege - eine Cluster-randomisierte pragmatische Studie mit älteren Pflegeheimbewohnern
M. El Genedy-Kalyoncu, B. Völzer, J. Kottner (Berlin/DE)
- P17** - Analgetisches Management bei der Anwendung eines topischen, hygroskopischen Mittels zum chemischen Débridement - eine retrospektive Fallserienanalyse
P. Shabes, J.-D. Rembe, W. Garabet, H. Schelzig (Düsseldorf/DE)
- P18** - Flüchtige organische Verbindungen (VOCs) im Wundgeruch und deren Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL)
C. Nathrath (Hamburg/DE), H. Lober, M. Wigger (Hamm/DE), S. Sielemann, T. M. Janke, M. Augustin, S. C. Liegenfeld, E. K. Stürmer (Hamburg/DE)
- P19** - Viel Medizin für einen Fuß - erfolgreicher multimodaler Ansatz bei komplexem Diabetischen Fußsyndrom (DFS) zur Verhinderung einer Major-Amputation
A. Tabrisi, M. Oymanns, R. Chafii-Badavi, U. Schmitz, C. Assaf (Krefeld/DE)
- P20** - Flüchtige organische Verbindungen (VOCs) im Wundgeruch: Welche sind relevant, unangenehm und zu kaschieren?
C. Nathrath (Hamburg/DE), H. Lober, M. Wigger, S. Sielemann (Hamm/DE), S. C. Liegenfeld, E. K. Stürmer (Hamburg/DE)
- P21** - Antiseptika-Challenges in Multi-Spezies Biofilmen: wer gewinnt?
M. Dittmer, M. Geffken, I. Alio, W. Streit, E. S. Debus, E. K. Stürmer (Hamburg/DE)
- P22** - Narbenmodulation durch Kaltplasmatherapie
S. Haller, A. Bruhin (Luzern/CH)
- P23** - Wundkonditionierung chronischer Wunden durch Kaltplasmatherapie und Deckung mittels Fischhaut-MESH (KerecisR Omega 3)
D. Pixner, C. Verkade, M. Hatzer-Lorenz, W. Schlosser (Reutte/AT)

- P24** - Datenerhebung zum Anlageverhalten einer neuen Kurzzugbinde
C. Böhm, A. Namislo, C. Bauer, T. Geiermann, M. Abel (Neuwied/DE)
- P25** - Ergebnisse einer multizentrischen, prospektiven, Real-Life-Anwenderstudie zu den Eigenschaften eines Mehrkomponenten-Kompressionssystems in einer Binde bei der Behandlung von 344 Patienten mit Ulcus Cruris Venosum und/oder Ödemen
C. Schicker (Bad König/DE), M. Moelleken, J. Dissemond (Essen/DE), T. Breitfeld (Wernigerode/DE), E. Häuser (Sulzbach/DE)
- P26** - „Ich war überrascht, dass die Venen die Ursache waren“ - Der Pflege- und Krankheitsverlauf von Menschen mit venösen Beingeschwüren: eine qualitative Studie
R. Schick (Bern, Basel/CH), C. Staub-Buset (Zürich/CH), G. Vujic, S. Lachappelle, E.-M. Panfil (Basel/CH)
- P27** - Lebensqualität messen und verstehen - Interpretation des Wound-QoL-Fragebogens
T. M. Janke, M. Augustin, F. Zirkenbach, C. Blome (Hamburg/DE)
- P28** - Praxisentwicklungsprojekt: Lebensqualität als Schlüssel für eine personenzentrierte Wundversorgung im Krankenhaus
R. Clemens, N. Weidmann, F. Konstanski, N. Baranow, E. Boz, I. Mahler, D. Metz (Darmstadt/DE)
- P29** - „Ich hätte nie gedacht, dass man mir eines Tages die Zehen abnehmen könnte“ - Der Pflege- und Krankheitsverlauf von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom: eine qualitative Studie
S. Lachappelle, M. Clauss, J. Wüthrich (Basel/CH), R. Schick (Bern/CH), E.-M. Panfil (Basel/CH)
- P30** - Was ist relevant für Menschen mit chronischen Wunden? - Inhaltsvalidierung des Wound-QoL-Fragebogens zur Erfassung der Lebensqualität
T. M. Janke, B. Hester, J. Jahn, J. Rusch, M. Augustin, F. Zirkenbach, E. K. Stürmer, C. Blome (Hamburg/DE)
- P31** - Strategien zur Implementierung einer ambulanten Mikroschulung „Verbandwechsel zuhause“ (MoVes)
E.-M. Panfil, P. Waldispuehl, J. Wüthrich, V. Todorov, M. Kläusler, M. Sivanathan (Basel/CH)
- P32** - Das WoundCareGame
M. Huber (Oberkirch/black forest/DE)
- P33** - Chronische Wunde im Krankenhaus: nur eine Nebendiagnose?!
M. Huber (Oberkirch/DE)
- P34** - Fallbericht aus der Interventionsgruppe, Studienzentrum Berlin Intermittierende pneumatische Kompression des Oberschenkels zur Behandlung des schwer heilenden Ulcus cruris venosum (UCV)
N. Lahmann, S. Strube-Lahmann, A. Deter (Berlin/DE)
- P35** - Wundmanagement und chirurgische Rekonstruktionen bei ausgedehnten Bauchdecken-defekten in Gegenwart von Dünndarmfistel-Chancen und Risiken
F. Masberg, S. Niedermaier, R. Mett (Schwerin/DE)
- P36** - Herstellung von elektrogesponnenen Fasern für Biosensor-integrierte Wundauflagen
R. Daum, E. Arefaine, K. Fuchsberger, H. Hartmann (Reutlingen/DE)
- P38** - Systematisches Review zur klinischen Wirksamkeit von Wundverbänden mit der TLC-NOSF-Matrix in der Erstlinientherapie
J. Dissemond (Essen/DE), R. Lobmann (Stuttgart/DE), M. Storck (Karlsruhe/DE)
- P39** - Fallbericht: Verwendung von hydrophiler Polyurethanmembranmatrix bei Wundheilungsstörung nach Palmarer Fasziektomie
N. Ribarić (Stolzalpe/AT)
- P40** - Polylactid-Matrix: neue Wege in der Behandlung chronischer und schwerheilender Wunden sowie in der Verbrennungschirurgie
I.-F. Megaz (Berlin/DE), D. Breidung, D. Ehrl, M. Billner (Nürnberg/DE), G. Habild (Berlin/DE), K. W. Karcz (Nürnberg/DE)

P41 - Feuchte Wundversorgung ohne Hydrogele - Fallberichte aus der praktischen Anwendung biosynthetischer Cellulose

P. Seidel (Senden/DE), P. Zahel (Jena/DE), T. Beutler, P. Geist (Senden/DE)

P42 - Bedeutung und Nutzen der informellen Pflege in Deutschland - wie müssen wir unterstützen?

E. K. Stürmer, C. Wimmer, M. Augustin

09:30-09:45 **Feierliche Eröffnung**

Raum K7 + K8

Vorsitz: S. Probst (Genf/CH)

Feierliche Umrahmung durch die Freiburger Jagdhornbläser und die „Bollenhut-Mädels“ des Kirnbacher Kurrende e. V.

09:30 Grußworte des Kongresspräsidenten
S. Probst (Genf/CH)

09:35 Grußworte des Finanzbürgermeister der Stadt Freiburg
S. Breiter (Freiburg i.Br./DE)

09:40 Übergabe Ehrenpreis 2025
S. Probst (Genf/CH)

09:45-10:30 **Plenarvortrag**

Raum K7 + K8

Vorsitz: S. Probst (Genf/CH), J. Dissemond (Essen/DE)

09:45 PL1 - Anthropologische Grundlagen des Diabetischen Fußsyndroms
A. Risse (Berlin/DE)

11:00-12:15 **Symposium - Personzentrierte Versorgung**

Raum K7 + K8

Vorsitz: E.-M. Panfil (Basel/CH), S. Probst (Genf/CH)

Lernziele:

Die Teilnehmenden

- verstehen das Konzept der Personzentrierten Versorgung und deren Legitimation
- kennen zentrale Voraussetzungen und Hindernisse für die Umsetzung
- reflektieren ihre eigene Haltung den Patientinnen und Patienten gegenüber und eigene Möglichkeiten und Barrieren für eine Umsetzung
- kennen die Grundlagen, Grundhaltungen und Methoden des „Motivational Interviewing“ (MI)
- erkennen die Bedeutung des Alltags im Erleben von Krankheit
- kennen Herausforderungen in der Alltagsbewältigung im Kontext von Krankheit und mögliche Ansätze der Unterstützung

11:00 Orientierung an Krankheiten oder Menschen mit Krankheiten? Das Konzept der Personzentrierten Versorgung
E.-M. Panfil (Basel/CH)

11:25 Chronische Wunde: Alltag im Ausnahmezustand?
B. Schrems (Wien/AT)

11:50 Motivational Interviewing: mit Patientinnen und Patienten gemeinsam Veränderungen erarbeiten
G. Schmid-Mohler (Zürich/CH)

11:00-12:15 Gastsymposium AWA / ICW / SÄfW

Raum K6

Vorsitz: O. Kapferer (Innsbruck/AT), V. Gerber (Spelle/DE), D. von Siebenthal (Baden/CH)

- 11:00 Vortrag der Austrian Wound Association (AWA)
O. Kapferer (Innsbruck/AT)
- 11:25 Vortrag der Initiative Chronische Wunden e.V. (ICW)
V. Gerber (Spelle/DE)
- 11:50 Wundspezialistinnen: SÄfW und die Bildungssystematik in der deutschsprachigen Schweiz
D. von Siebenthal (Basel/CH)

11:00-12:15 Gastsymposium FgSKW - Stoma, Kontinenz und Wunde

Raum K9

Vorsitz: M. Wieczorek (Leipzig/DE)

Lernziele:

Vortrag 1:

Die Teilnehmenden lernen unterschiedliche Ansätze kennen, die für eine individuelle und zielgerichtete Versorgung von enteralen Fisteln möglich sind. Dabei steht die Förderung eines ganzheitlichen Verständnisses für den Fistel- und Bauchdeckenverschluss im Fokus.

Vortrag 2:

Die Teilnehmenden erkennen verschiedene Ursachen, die zur einer peristomalen Hautveränderung führen. Sie verstehen deren Auswirkungen auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden von Stoma-Trägern und können diese Kenntnisse in der Beratung und Pflege gezielt anwenden.

Vortrag 3:

Die Teilnehmenden

- verstehen die komplexe Herausforderung von Hautwunden im Zusammenhang mit einem Stoma
- erkennen die Bedeutung einer eingeschränkten Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Komplikationen und verstehen die individuelle, multidisziplinäre Betreuungsnotwendigkeit
- können auf Reizungen, Infektionen, mechanische Belastung oder unzureichende Pflege reagieren
- kennen die Grundlagen und beseitigen die Ursachen

- 11:00 Individuelle Versorgungskonzepte für enterale Fisteln: pflegerische Ansätze und Methoden
M. Wieczorek (Leipzig/DE)
- 11:25 Peristomale Hautveränderungen - Bedeutung und Auswirkungen für Stomaträger
F. Ghulam (Uster/CH)
- 11:50 Von der Exposition zur Reaktion: toxisches Kontaktekzem verstehen
R. Burtsche (Freiburg i.Br./DE)

11:00-12:15 Workshop 1 - Kaltplasmatherapie

Raum K10

Kursleiter: G. Hämmerle (Bregenz/AT), R. Strohal (Feldkirch/AT)

Lernziele:

Die Teilnehmenden

- verstehen die grundlegenden Mechanismen, durch die KAP die Wundheilung unterstützt
- verstehen die biologischen Prozesse, die durch die Anwendung von KAP in Gang gesetzt werden
- lernen, welche Auswirkungen KAP auf verschiedene Zelltypen und Gewebe hat und wie diese Interaktionen zur Wundheilung beitragen
- erfahren, wie kaltes Plasma auf zellulärer und molekularer Ebene wirkt

- lernen die verschiedenen Faktoren kennen, die die Effektivität von KAP in der Wundheilung beeinflussen
- können die verschiedenen KAP-Systeme vergleichen und bewerten deren jeweilige Vor- und Nachteile
- verstehen, welche Kriterien bei der Auswahl eines KAP-Systems für den Einsatz in der Wundheilung berücksichtigt werden sollten

11:00 Die große Breite der Kaltplasma-Modelle am Markt und ihre Wirkungsweise
G. Hämmerle (Bregenz/AT), R. Strohal (Feldkirch/AT)

11:00-12:15 Seminar 1 - Wundheilung für Einsteiger I

Raum K11

Kursleiter: A. Probst (Reutlingen/DE)

Der erste Teil des Seminars vermittelt einen Überblick über die verschiedenen Angebote der Weiterqualifizierung im Bereich chronische Wunden in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

- Welche rechtlichen Voraussetzungen/Anforderungen gibt es?
- Welche Qualifikation wird im Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ empfohlen?
- Wo kann ich mit der angestrebten Zusatzqualifikation arbeiten?

Lernziele:

Lernziele der beiden Teile des Seminars sind eine Übersicht, welche Möglichkeiten es in den einzelnen Ländern für eine Zusatzqualifikation gibt und was ich beim Aufbau eines Wundteams beachten muss.

13:45-15:00 Symposium - Wundinfektionen chronischer Wunden

Diagnostik - Trends und Herausforderungen

Raum K7 + K8

Vorsitz: J.-D. Rembe (Düsseldorf/DE), J. Dissemond (Essen/DE)

Lernziele:

Verstehen, wie es zu Wundinfektionen kommt

Dieses Ziel befasst sich mit den pathophysiologischen Mechanismen, die einer Wundinfektion zugrunde liegen. Die Teilnehmenden lernen dabei u. a., dass der Nachweis von Bakterien in Wunden grundsätzlich physiologisch ist. Sie verstehen, dass es sowohl multiple Bakterienspezies mit unterschiedlicher pathogener Bedeutung gibt als auch Menschen mit verschiedenen Infektionsrisiken.

Erfahren, wie die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Wundinfektionen sind

Dieses Ziel befasst sich mit der Darstellung der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Wundinfektionen. Die Teilnehmenden lernen u. a. die besondere Bedeutung des Nachweises von multiresistenten Erregern (MRE) wie beispielsweise Methicillin-resistentem *Staphylococcus aureus* (MRSA) in Wunden.

Bewerten, welche Stadien von Wundinfektionen vorliegen

Dieses Ziel befasst sich mit der Einteilung der verschiedenen Stadien der Wundinfektion, die durch Experten von WundD.A.CH am Infektionskontinuum erstmalig für den deutschsprachigen Raum in einem Delphi-Verfahren entwickelt wurde. Die Teilnehmenden lernen, auf welche klinischen und serologischen Parameter sie für die adäquate Bewertung der Wundsituation achten müssen.

Diskutieren, wie die therapeutischen Konsequenzen von Wundinfektionen sind

Dieses Ziel befasst sich mit den verschiedenen Therapieoptionen, die aus der komplexen Einschätzung der Gesamtsituation resultieren. Die Teilnehmenden lernen verschiedene Optionen der Wundsäuberung, des Débridements ebenso wie antimikrobielle Wundtherapeutika differenziert und ggf. kombiniert einzusetzen.

13:45 Klinische Diagnostik von Wundinfektionen
J. Dissemond (Essen/DE)

14:10 Mikrobiologische Diagnostik von Wundinfektionen

O. Assadian (Wiener Neustadt/AT)

14:35 Mikrobiom und Biofilm im Kontext der Wundinfektion – welche Rolle spielen sie?

J.-D. Rembe (Düsseldorf/DE)

13:45-15:00 Symposium - Mikrobiom und Wunde

Raum K6

Vorsitz: E. K. Stürmer (Hamburg/DE), I. Klymiuk (Graz/AT)

Lernziele:

Nach der Session können die Teilnehmenden

- die Bedeutung von kommensalen und pathogenen Bakterien im Haut- und Wundmikrobiom erkennen
- den Zusammenhang zwischen den Mikrobiomen von Darm und Haut sowie seine immunologische Bedeutung verstehen („gut-skin-axis“)
- den Einfluss des Diabetes auf das mikrobiell-immunologische Ungleichgewicht der Haut und damit das bei Diabetes erhöhte Infektionsrisiko ermessen
- Einflüsse des Haut- und Wundmilieus auf die Wundheilung definieren

13:45 Das Haut- und Schleimhaut-Mikrobiom und was Probiotika für uns tun können

I. Klymiuk (Graz/AT)

14:10 Zwischen Schutz und Risiko: Das Wundmikrobiom und wie wir es (positiv) beeinflussen können

S. C. Liegenfeld (Hamburg/DE)

14:35 Probiotika in der Therapie diabetischer Ulzera und Parodontitis

E. K. Stürmer (Hamburg/DE)

13:45-15:00 Gastsymposium DGGeriatric

Raum K9

Vorsitz: M. Gosch, T. Vaheri (Nürnberg/DE)

Lernziele:

Das Gastsymposium richtet sich an alle Berufsgruppen. Die Teilnehmenden erfahren mehr zur Komplexität der älteren multimorbiden Patientinnen und Patienten mit besonderer Berücksichtigung der aktuellen Leitlinie sowie der Herausforderung bei Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen.

13:45 Die Wunde als Spiegel der Multimorbidität

M. Gosch (Nürnberg/DE)

14:10 Update der S3-Leitlinie schwer heilender und/oder chronischer Wunden – die geriatrische Perspektive

K. F. Becher (Wartenberg/DE)

14:35 Die „verwirrte“ Wunde – eine besondere Herausforderung

T. Vaheri (Nürnberg/DE)

13:45-15:15 Best of Poster I

Raum K10

Vorsitz: B. Assenheimer (Tübingen/DE), J. Traber (Kreuzlingen/CH)

13:45 **P6** – Implementierung von Leitlinien im Behandlungsalltag von chronischen und schwer heilenden Wunden – Möglichkeiten und Herausforderungen

S. Schädle (Düsseldorf/DE)

13:52 **P8** – Rollenverständnis des interprofessionellen Teams bei der Bewegungsförderung zur Dekubitusprävention: eine ethnographische Studie

J. Dreier, S. Staudacher, H. E. Bosshart, S. Hübsch, P. Suter, E.-M. Panfil (Basel/CH)

Suprasorb® P SensiFlex **NEU**

Weich. Flexibel. Vielseitig.



Effizientes
Exsudat-
management



Weich und
anschniegsam



Flexibel in
alle Richtungen

- 13:59 **P15** - Pflegediagnosen in der Wundversorgung
M. Huber (Oberkirch/DE)
- 14:06 **P18** - Flüchtige organische Verbindungen (VOCs) im Wundgeruch und deren Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL)
C. Nathrath (Hamburg/DE), H. Lober, M. Wigger (Hamm/DE), S. Sielemann, T. M. Janke, M. Augustin, S. C. Liegenfeld, E. K. Stürmer (Hamburg/DE)
- 14:13 **P20** - Flüchtige organische Verbindungen- VOCs im Wundgeruch: Welche sind relevant, unangenehm und zu kaschieren?
C. Nathrath (Hamburg/DE), H. Lober, M. Wigger, S. Sielemann (Hamm/DE), S. C. Liegenfeld, E. K. Stürmer (Hamburg/DE)
- 14:20 **P25** - Ergebnisse einer multizentrischen, prospektiven, Real-Life-Anwenderstudie zu den Eigenschaften eines Mehrkomponenten-Kompressionssystems in einer Binde bei der Behandlung von 344 Patienten mit Ulcus Cruris Venosum und/oder Ödemen
C. Schicker (Bad König/DE), M. Moelleken, J. Dissemmond (Essen/DE), T. Breitsfeld (Wernigerode/DE), E. Häuser (Sulzbach/DE)
- 14:27 **P26** - „Ich war überrascht, dass die Venen die Ursache waren“ - Der Pflege- und Krankheitsverlauf von Menschen mit venösen Beingeschwüren: Eine qualitative Studie
R. Schick (Bern, Basel/CH), C. Staub-Buset (Zürich/CH), G. Vujic, S. Lachappelle, E.-M. Panfil (Basel/CH)
- 14:34 **P27** - Lebensqualität messen und verstehen - Interpretation des Wound-QoL-Fragebogens
T. M. Janke, M. Augustin, F. Zirkenbach, C. Blome (Hamburg/DE)
- 14:41 **P29** - „Ich hätte nie gedacht, dass man mir eines Tages die Zehen abnehmen könnte“ - Der Pflege- und Krankheitsverlauf von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom: eine qualitative Studie
S. Lachappelle, M. Clauss, J. Wüthrich (Basel/CH), R. Schick (Bern/CH), E.-M. Panfil (Basel/CH)
- 14:48 **P30** - Was ist relevant für Menschen mit chronischen Wunden? - Inhaltsvalidierung des Wound-QoL-Fragebogens zur Erfassung der Lebensqualität
T. M. Janke, B. Hester, J. Jahn, J. Rusch, M. Augustin, F. Zirkenbach, E. K. Stürmer, C. Blome (Hamburg/DE)
- 14:55 **P31** - Strategien zur Implementierung einer ambulanten Mikroschulung „Verbandwechsel zuhause“ (MoVes)
E.-M. Panfil, P. Waldispuehl, J. Wüthrich, V. Todorov, M. Kläusler, M. Sivanathan (Basel/CH)
- 15:02 **P42** - Bedeutung und Nutzen der informellen Pflege in Deutschland - wie müssen wir unterstützen?
E. K. Stürmer, C. Wimmer, M. Augustin

13:45-15:00 Seminar 2 - Wundheilung für Einsteiger II

Raum K11

Kursleiter: A. Probst (Reutlingen/DE)

Der zweite Teil des Seminars beschäftigt sich mit dem Aufbau eines Wundteams im ambulanten und stationären Setting:

- Was sollte ich vorher klären?
- Welche Berufsgruppen werden im interdisziplinären Team benötigt?
- Was muss ich in der Klinik / im Hospital beachten?
- Was sollte ich im ambulanten Setting beachten?

Lernziele:

Lernziele der beiden Teile des Seminars sind eine Übersicht, welche Möglichkeiten es in den einzelnen Ländern für eine Zusatzqualifikation gibt und was ich beim Aufbau eines Wundteams beachten muss.

13:45-15:00 Workshop 2 - Hautpflege und Wundrandschutz

Raum K5

Kursleiter: J. Kottner, M. El Genedy-Kalyoncu (Berlin/DE)

Lernziele:

Die Teilnehmenden können nach dem Workshop

- die Bedeutung der Hautpflege und des Wundrandschutzes erklären
- verschiedene Produkte und Materialien zur Hautpflege und zum Schutz des Wundrandes benennen und deren Anwendungsbereiche unterscheiden
- die Wirkungen verschiedener Hautpflegeprodukte erklären

15:30-16:45 Symposium - Künstliche Intelligenz und Robotik in der Wundversorgung

Raum K7 + K8

Vorsitz: S. Probst (Genf/CH)

Lernziele:

Verstehen der Anwendungen von künstlicher Intelligenz (KI) und Robotik in der Wundversorgung

Dieses Ziel zielt darauf ab, den Teilnehmenden einen Überblick über die potenziellen Einsatzmöglichkeiten und Vorteile von KI und Robotik im Bereich der Wundversorgung zu geben. Die Teilnehmenden lernen die Fortschritte in der Bildanalyse, der prädiktiven Modellierung, datengesteuerten Entscheidungsunterstützungssystemen, robotergestützten Verfahren und intelligenten Wundüberwachungstechnologien kennen.

Erfahren über KI-gestützte Behandlungsplanung und personalisierte Interventionen in der Wundversorgung

Dieses Ziel befasst sich mit der Frage, wie KI und Robotik zu einer personalisierten Behandlungsplanung und zu Interventionen für einzelne Wundpatientinnen und -patienten beitragen können

Bewertung und Integration von Virtual-Reality(VR)-Technologie in die Wundversorgung

Dieses Ziel befasst sich mit der Optimierung der Patientenergebnisse durch verbesserte Visualisierung, Patientenengagement und innovative Schulungsmethoden für medizinisches Fachpersonal. Die Teilnehmenden werden außerdem in der Lage sein, potenzielle Herausforderungen bei der Implementierung von VR in klinischen Umgebungen zu identifizieren und zu überwinden.

Diskutieren über ethische Überlegungen und zukünftige Auswirkungen von KI und Robotik in der Wundversorgung

Dieses Ziel ermutigt die Teilnehmenden, die ethischen Implikationen und potenziellen zukünftigen Richtungen von KI und Robotik in der Wundversorgung kritisch zu bewerten.

- | | |
|-------|---|
| 15:30 | Anwendungen von künstlicher Intelligenz und Robotik in der Wundversorgung
<i>S. Probst (Genf/CH)</i> |
| 15:50 | Praktische Anwendung anhand eines Behandlungspfades
<i>P. Kurz (Bad Pirawarth/AT)</i> |
| 16:10 | KV1 - Entwicklung eines KI-basierten Entscheidungsunterstützungssystems für die Klassifizierung von Dekubitus und Inkontinenz-assoziiierter Dermatitis: Integration der Pflegeperspektive mittels Gruppendelphi-Verfahren
<i>K. Majjouti, M. Tapp-Herrenbrück, A. Brehmer (Essen/DE), V. Priester, H. Pinnekamp (München/DE), M. Aleithe (Leipzig/DE), U. Fischer (München/DE), J. Kleesiek, B. Hosters (Essen/DE)</i> |
| 16:20 | VR in der Wundversorgung - ein Schritt in die Zukunft
<i>A. Probst (Reutlingen/DE)</i> |
| 16:40 | Diskussion |

15:30-16:45 Gastsymposium DGPL

Raum K6

Vorsitz: D. Mühlberger (Linz/AT)

- 15:30 Kompressionstherapie bei Ulcus cruris – Tipps und Tricks zu Verbandmaterial und Kompressionsstrümpfen
K. Hartmann (Freiburg i.Br./DE), K. Lips (Freiburg i.Br./DE), M. Medehli (Freiburg i.Br./DE)

15:30-16:45 Gastsymposium VDP

Raum K9

Vorsitz: T. Pfersich (Reutlingen/DE)

Lernziele:

1. Vortrag:

Kaltplasmatherapie – interdisziplinäre Behandlung des Podologen am chronischen Fußulkus

Was genau ist Kaltplasma, wie wirkt es, wie wird es angewendet und was kann der Therapeut damit behandeln? Welche vielfältigen Möglichkeiten eröffnen sich mit dem kalten Plasma in der Wundbehandlung und was ist das Besondere gegenüber anderen Therapieverfahren?

2. Vortrag:

Podologische Therapiemöglichkeiten

In diesem Vortrag sollen verschiedene Therapiemöglichkeiten in der Podologie vorgestellt und anhand von Fallbeispielen erörtert werden.

3. Vortrag:

Standards in der Unguis-incarnatus-Therapie

Operative, podologische, konservative Therapien, aber auch wichtige Begleittherapien sind mögliche Optionen einer Behandlung. Sie werden im Einzelnen vorgestellt und erklärt.

- 15:30 Kaltplasmatherapie – interdisziplinäre Behandlung des Podologen im Team am chronischen Fußulkus
P. Kühn (Nastätten/DE)
- 15:55 Podologische Therapiemöglichkeiten
D. Vogl (Reutlingen/DE)
- 16:20 Standards in der Unguis-incarnatus-Therapie
T. Pfersich (Reutlingen/DE)

15:30-16:45 Workshop 3 – Débridement

Raum K10

*Kursleiter: M. Motzkus (Mülheim an der Ruhr/DE) J. Traber (Kreuzlingen/CH),
M. Eisenschmidt (Nordhausen/DE)*

Lernziele:

Teilnehmende verstehen die verschiedenen Methoden des Débridements

Dabei geht es um ein Verständnis für die Kriterien der Methodenauswahl, Kenntnis der Risiken und Vor-, bzw. Nachteile. Es erfolgt die Unterscheidung nach Risikopotential versus Effektivität in Abwägung mit den Wünschen der Behandelten. Zur Verfügung stehen Materialien für mechanisches, scharfes, chirurgisches, biochirurgisches, autolytisches und ultraschallgesteuertes Débridement.

Teilnehmende kennen die erforderlichen und verfügbaren Materialien und Instrumente (Auswahl) sowie Regeln zum praktischen Einsatz

Im Workshop besteht die Möglichkeit, scharfe Löffel, Kürretten und Skalpelle sowie Mikrofilamentpads und Schwämme unter fachkundiger Anleitung einzusetzen und deren Wirkung auf verschiedenen Untergründen zu erforschen. Außerdem stehen Geräte zum Ultraschalldébridement zur Verfügung.

15:30-16:45 Seminar 3 - Stoma I - Grundlagen in der Stomaversorgung

Raum K11

Kursleiter: R. Burtsche, A. Kohlrepp (Freiburg i.Br./DE)

Lernziele:

Die Teilnehmenden

- erhalten einen umfassenden Überblick über den Themenkomplex Stoma einschließlich seiner Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
- erwerben grundlegendes Wissen über die Entstehung und Ursachen von Hautproblemen bei Stomaträgerinnen und -trägern
- Lernen und verstehen Präventionsstrategien und -maßnahmen zur Versorgung peristomaler Hautirritationen
- lernen die Wichtigkeit der Anleitung und Beratung von Menschen mit Stoma und deren Begleitung auch außerhalb von Kliniken

15:30-16:45 Workshop 11 - Reverdin Grafts

Raum K5

Kursleiter: P. Georg (Affoltern am Albis/CH)

Reverdin-Plastik - Theorie und Praxis

Dieser Hands-On-Kurs unter der Leitung von Dr. med. Paul Georg bietet eine umfassende Einführung in die Reverdin-Plastik. Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, die theoretischen Grundlagen zu vertiefen und die praktischen Fertigkeiten in einer kontrollierten Umgebung zu erlernen.

Lernziele:

- Verständnis der Unterschiede zwischen Reverdin-Plastik und Spalthauttransplantation
- Praktische Durchführung der Reverdin-Plastik mit verschiedenen Techniken und Instrumenten
- Erarbeitung der Indikationen für den Einsatz der Reverdin-Plastik in der Praxis

Der Kurs richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die ihre praktischen Kompetenzen in dieser vielseitig einsetzbaren Transplantationsmethode erweitern und vertiefen möchten.

17:00-18:15 Symposium - Patientenedukation

Raum K7 + K8

Vorsitz: S. Probst (Genf/CH)

Lernziele:

Die Teilnehmenden können

- die Notwendigkeit von Patientinnen- und Patienten-Edukation verstehen
- die Begriffe Schulung, Beratung und Information unterscheiden
- wichtige Kommunikationstechniken und Gesprächsmodelle erklären
- die Bedeutung der „Leichten Sprache“ einordnen
- die Elemente der „Leichten Sprache“ anhand von Beispielen beschreiben
- die Struktur einer Mikroschulung nennen
- die Notwendigkeit der Identifikation von spezifischen Lernzielen und Lerninhalten bewerten

17:00 Dann schule doch mal - Theorien und Konzepte der Patientinnen- und Patienten-Edukation
E.-M. Panfil (Basel/CH)

17:25 Verstehen wir uns? Das Konzept der „Leichten Sprache“ am Beispiel von Darm- und Hautkrebs
T. Segmüller (Bochum/DE)

17:50 Pädagogisches Konzept für die Mikroschulung „Verbandwechsel zuhause“
J. Wüthrich (Basel/CH)

**17:00-18:15 Gastsymposium Verein Wundmanagement Tirol -
Adjuvante Behandlungsoptionen in der Wundtherapie**

Raum K6

Vorsitz: M. Hintner (Innsbruck/AT)

Lernziele:

Neben der kausalen und lokaltherapeutischen Versorgung von chronischen Wunden gibt es in der modernen Wundversorgung ergänzende Behandlungsoptionen, die zusätzlich Einfluss auf die Wundheilung ausüben.

Adjuvante Therapien, die überwiegend aus dem physikalischen Bereich kommen, wie Licht, Laser und Unterdruck, werden ergänzt durch Kinesiotapes oder Methoden aus der Komplementärmedizin.

Die Teilnehmenden erhalten einen Überblick über unterstützende Maßnahmen, mit Beispielen aus der Praxis untermauert.

- 17:00 Unterstützende Maßnahmen aus der Komplementärmedizin
H. Schlögl (Breitenbach/AT)
- 17:25 Lichttherapie als unterstützende Maßnahme bei Strahleneffekten
U. Spielmann (Innsbruck/AT)
- 17:50 Adjuvante Behandlungsstrategien wie Laser, Unterdruck und Kinesiotape
M. Hintner (Innsbruck/AT)

17:00-18:15 Gastsymposium - Das Diabetische Fußsyndrom aus interdisziplinärer Sicht

Raum K9

Vorsitz: S. Eder (Villingen-Schwenningen/DE), R. Mayer (Freiburg i.Br./DE)

Lernziele:

Die Teilnehmenden

- erhalten einen umfassenden Überblick über den Themenkomplex des Diabetischen Fußsyndroms, einschließlich seiner Bedeutung für den Patienten
- erwerben grundlegendes Wissen über das Diabetische Fußsyndrom, einschließlich der Pathophysiologie und der relevanten medizinischen Grundlagen
- lernen die aktuellen diagnostischen Methoden und Kriterien zur Erkennung des Diabetischen Fußsyndroms kennen und anwenden
- erhalten Kenntnisse in aktuelle therapeutische Ansätze und Behandlungsmöglichkeiten für das Diabetische Fußsyndrom
- verstehen die Präventionsstrategien und -maßnahmen zur Vermeidung des Diabetischen Fußsyndroms und deren praktische Anwendung
- lernen, wie das Diabetische Fußsyndrom aus verschiedenen medizinischen Fachrichtungen betrachtet wird und integrieren diese Perspektiven in ihre eigene Praxis

- 17:00 Das Diabetische Fußsyndrom: Grundlagen und lokaltherapeutische Aspekte
C. Moosmann (Freiburg i.Br./DE)
- 17:18 Das Diabetische Fußsyndrom aus diabetologischer Sicht
R. Lobmann (Stuttgart/DE)
- 17:36 Das Diabetische Fußsyndrom aus angiologischer/gefäßchirurgischer Sicht
S. Eder (Villingen-Schwenningen/DE)
- 17:54 Das Diabetische Fußsyndrom aus orthopädischer Sicht
L. Heykendorf (Freiburg i.Br./DE)

17:00-18:15 Workshop 4 - „FILZEN“ - der schnelle Weg zur Druckentlastung in der Fußregion

Raum K10

Kursleiter: E. K. Stürmer, B. Buck (Hamburg/DE)

Lernziele:

Inhaltlich erwartet Sie bei diesem Workshop ein ca. 30-minütiger theoretischer Teil, der die Technik des Filzens, seine Indikationen und Limitationen erklärt. Wann bietet sich das Filzen von Wunden an? Welche Wunden profitieren am meisten? Wie hilft das Filzen? Was ist als Anschlusstherapie nötig? Zudem machen wir einen kleinen Exkurs in die Anatomie des Fußes. Dies hilft beim Anfertigen und Anpassen einer gut sitzenden Schablone, wie Sie im folgenden praktischen Teil realisieren werden. Im praktischen Teil werden Sie am Fußmodell oder in Partnerarbeit an Ihren Füßen verschiedene Schablonen für das Filzen unterschiedlicher anatomischer Fuß- und Sprunggelenksregionen anfertigen und die Fixierung erlernen. Tipps und Tricks zur schnellen und individuellen Anpassung stehen dabei im Vordergrund, mögliche Fehlerquellen werden adressiert.

17:00-18:15 Seminar 4 - Stoma II - Für fortgeschrittene Fistelversorgung und parastomale Wunden und Kontinenz

Raum K11

Kursleiter: M. Wieczorek (Leipzig/DE), G. Gruber (Rohrdorf/DE), J. Wöhrstein (Empfingen/DE)

Lernziele:

Enterale Fisteln, kombiniert mit einer Stomaversorgung, stellen oftmals eine große Belastung für Betroffene und eine besondere Herausforderung für alle am Behandlungs- und Versorgungsprozess beteiligten Personen dar. Dabei ist hervorzuheben, dass individuelle pflegerische Interventionen sowie ein ganzheitliches als auch multiprofessionelles Prozedere im interdisziplinären Team (mit dem Ziel „Fistelverschluss“) unerlässlich sind.

Das Seminar zielt auf folgende Inhalte ab:

- Grundlagenwissen, Gründe und Mechanismen in der Entstehung enteraler Fisteln, Auswirkungen auf das Individuum
- Komplexe Pflegesituationen bei der enteralen Fistelversorgung und deren Herausforderungen im stationären Pflegealltag professionell lösen
- Pflegefachliche Interventionsmöglichkeiten von enteralen Fisteln sowie der parafistulären Stomaversorgung

18:15-20:30 Netzwerkabend

Raum Zentralfoyer

PROGRAMM DIENSTAG, 24. JUNI 2025

09:00-18:15 Besuch der Fachaussstellung und Selbststudium der Posterpräsentationen

Raum Zentralfoyer

08:30-09:45 Symposium - Lymphödem

Raum K7 + K8

Vorsitz: J. Traber (Kreuzlingen/CH)

Lernziele:

Die Teilnehmenden

- kennen die diagnostischen Möglichkeiten und die Indikationen für zusätzliche Abklärungen
- können Patientinnen und Patienten anweisen, wie sie durch geeignete Maßnahmen einen Beitrag zur Behandlung des Lymphödems leisten können

- 08:30 Wieviel Diagnostik neben der klinischen Diagnose braucht es für die Diagnose Lymphoedem wirklich?
S. Gretener (Langenthal/CH)
- 08:50 GALLiLy - ein Selbstmanagementprogramm - in Theorie und Praxis
Theorie aus Sicht einer Betroffenen
S. Helmbrecht (Herzogenaurach/DE)
- 09:10 Wie können sich Betroffene selbst helfen? Praxis Selbsthilfe
B. Schneider (Herzogenaurach/DE)
- 09:30 Diskussion

**08:30-09:45 Gastsymposium EWMA - Antimikrobielle Stewardship in der Wundversorgung:
ein europäischer Ansatz mit der EWMA**

Raum K6

Vorsitz: S. Probst (Genf/CH), E. K. Stürmer (Hamburg/DE)

Lernziele:

Nach der Session können die Teilnehmenden

- die Bedeutung der rationalen und zielgerichteten Anwendung antimikrobieller Substanzen in der Wundbehandlung erkennen
- effektive Strategien zur Prävention und Kontrolle von Infektionen in der Wundversorgung identifizieren
- die Entstehung, die Rolle sowie das Management von Biofilmen in der Wundbehandlung verstehen und anwenden

- 08:30 Antimikrobielles Stewardship in der Wundbehandlung
S. Probst (Genf/CH)
- 08:55 Visualisierung und Quantifizierung der antimikrobiellen Toleranz im Mixed-Spezies-Wundbiofilm
M. Dittmer (Hamburg/DE)
- 09:20 Antimikrobielles Stewardship: Fallbeispiele aus der Praxis
E. K. Stürmer (Hamburg/DE)

08:30-09:45 Gastsymposium DDG, AGW - Neue Aspekte aus der dermatologischen Wundbehandlung

Raum K9

Vorsitz: J. Dissemond (Essen/DE)

- 08:30 Diagnostik des Pyoderma gangraenosum
M. Moelleken (Essen/DE)
- 08:55 Inflammation und Gefäße in der Wundheilung: von KI-Diagnostik bis zur gezielten Therapie
M. Krieter (Nürnberg/DE)
- 09:20 Monitoring chronischer Wunden durch künstliche Intelligenz
T. Dege (Würzburg/DE)

08:30-09:45 Workshop 5 - Motivational Interviewing

Raum K10

Kursleiter: E.-M. Panfil (Basel/CH)

Lernziele:

Die Teilnehmenden

- verstehen die Grundlagen und Grundhaltungen des „Motivational Interviewing“ (MI)
- wenden das MI an und können kritische Rückmeldungen geben
- identifizieren das eigene Entwicklungspotential für die Anwendung von MI in der Praxis

08:30 Grundlagen des MI, Grundhaltungen, Methoden, eigenes Anwenden und kritisches Reflektieren
G. Schmid-Mohler (Zürich/CH)

08:30-09:45 Seminar 6 - Diagnostik des diabetischen Fußes

Raum K11

Kursleiter: R. Lobmann (Stuttgart/DE)

Das Diabetische Fußsyndrom ist eine bedeutende Komplikation des Diabetes

Im Workshop werden die aktuellen Daten zur Epidemiologie vorgestellt und die relevante Differentialdiagnostik - welche die Triopathie von Angiopathie, Neuropathie und Infektion umfasst - im Detail besprochen. Grundlage für die diagnostischen Empfehlungen und den daraus resultierenden therapeutischen Ausblick sind die Empfehlungen der International Working Group on the Diabetic foot (IWGDF).

Lernziele:

Die Teilnehmenden

- kennen die epidemiologischen Grundlagen des DFS
- lernen die Basisdiagnostik der Polyneuropathie kennen
- lernen die besonderen Folgen der PNP, pAVK und Infektion für den Menschen mit Diabetes kennen
- lernen den Diagnosepfad für eine periphere Arteriosklerose (pAVK) kennen
- können die komplexe diabetische Wunde besser einschätzen
- können therapeutische Maßnahmen in ihrer Wertigkeit einschätzen

10:15-11:30 Symposium - Schmerzen in der Wundbehandlung

Raum K7 + K8

Vorsitz: R. Strohal (Feldkirch/AT), J. Traber (Kreuzlingen/CH)

10:15 Neues zur Pathophysiologie des Schmerzes
E. Schweitzer (Wien/AT)

10:40 Die Treppe zur Therapie des Schmerzes
A. Michalek-Sauberer (Wien/AT)

11:05 Der chronische Schmerz ist viel mehr als nur ein starker Schmerz - Zugänge für eine erfolgreiche Behandlung
M. Amann (Feldkirch/AT)

10:15-11:30 Gastsymposium ÖGVP - Vaskuläre Krankheitsbilder, die Wunden begünstigen: akute und chronische Wundarten, Dekubitus-Differentialdiagnosen, psychische Auswirkung der Wundversorgung

Raum K6

Vorsitz: V. Kozon (Wien/AT)

Lernziele:

Die Teilnehmenden werden einen Überblick über die Ursachen der akuten und chronischen Wunden und zeitgemäßen Behandlungsmöglichkeiten erhalten. Es werden die potenziellen Differentialdiagnosen zum Dekubitus sowie über vaskuläre Ursachen von Hautdefekten im Beckenbereich erklärt, beispielhaft auch mit Bildern dargestellt und reflektiert um künftig Wunden in diesem Bereich kritisch bewerten zu können. Ebenfalls werden die psychischen Auswirkungen in der Wundversorgung thematisiert und erklärt, damit die passenden Maßnahmen in der Wundversorgung angewendet werden können.

10:15 Akute und chronische Wundarten
V. Kozon (Wien/AT)

10:40 Dekubitus - Differentialdiagnosen
N. Fortner (Wien/AT)

11:05 Psychische Auswirkung der Wundversorgung
M. Krammel, P. Heidler (Wien/AT)

10:15-11:30 Best of Poster II

Raum K9

Vorsitz: E.-M. Panfil (Basel/CH), J.-D. Rembe (Düsseldorf/DE)

10:15 **P34** - Fallbericht aus der Interventionsgruppe, Studienzentrum Berlin Intermittierende pneumatische Kompression des Oberschenkels zur Behandlung des schwer heilenden Ulcus cruris venosum (UCV)
N. Lahmann, S. Strube-Lahmann, A. Deter (Berlin/DE)

10:22 **P2** - Diabetische Fußosteomyelitis mit feuchter Fersennekrose - ein Fall für interdisziplinäres Management
A. Ibishi, S. Parizova, A. Arbi, Y. H. Lee-Barkey, B. Stratmann, S. Reger-Tan (Bad Oeynhausen/DE)

10:29 **P7** - Einfluss von Hämostyptika auf die Wundheilung im Mausmodell
W. Garabet, A. Mammadova, H. Ströthoff, W. Ibing, H. Schelzig, J.-D. Rembe, P. Shabes (Düsseldorf/DE)

10:36 **P10** - Spalthauttransplantation auf osteomyelitischen Calcaneus bei einem Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom
M. Oymanns, U. Schmitz, R. Chafii-Badavi, C. Assaf, A. Tabrisi (Krefeld/DE)

10:43 **P13** - Erysipel: Stadieneinteilung, der Schlüssel zum Verständnis dieser Erkrankung für die Diagnose und Therapie
A. Bruhin (Luzern/CH)

10:50 **P19** - Viel Medizin für einen Fuß - erfolgreicher multimodaler Ansatz bei komplexem Diabetischen Fußsyndrom (DFS) zur Verhinderung einer Major-Amputation
A. Tabrisi, M. Oymanns, R. Chafii-Badavi, U. Schmitz, C. Assaf (Krefeld/DE)

10:57 **P21** - Antiseptika-Challenges in Multi-Spezies Biofilmen: wer gewinnt?
M. Dittmer, M. Geffken, I. Alio, W. Streit, E. S. Debus, E. K. Stürmer (Hamburg/DE)

11:04 **P35** - Wundmanagement und chirurgische Rekonstruktionen bei ausgedehnten Bauchdecken-defekten in Gegenwart von Dünndarmfisteln-Chancen und Risiken
F. Masberg, S. Niedermaier, R. Mett (Schwerin/DE)

11:11 **P38** - Systematisches Review zur klinischen Wirksamkeit von Wundverbänden mit der TLC-NOSF-Matrix in der Erstlinientherapie
J. Dissemond (Essen/DE), R. Lobmann (Stuttgart/DE), M. Storck (Karlsruhe/DE)

11:18 **P41** - Feuchte Wundversorgung ohne Hydrogele - Fallberichte aus der praktischen Anwendung biosynthetischer Cellulose
P. Seidel (Senden/DE), P. Zahel (Jena/DE), T. Beutler, P. Geist (Senden/DE)

11:25 **P32** - Das WoundCareGame
M. Huber (Oberkirch/DE)

10:15-11:30 Workshop 7 - Onkologische Wunden

Raum K10

Kursleiter: S. Probst (Genf/CH)

Lernziele:

Die Teilnehmenden

- verstehen die Definition der palliativen Wundversorgung:
Dies bedeutet, dass die Teilnehmenden in der Lage sind, die Definition der palliativen Wundversorgung zu erläutern und ihre Bedeutung im Kontext der palliativen Pflege zu verstehen
- verstehen, wie sie die wundbezogenen Symptome bei Patienten mit palliativen Wunden vermindern können:

Dieses Ziel befasst sich mit verschiedenen Methoden zur Symptomkontrolle bei palliativen Wunden, damit sie eine geeignete Methode zur Symptomkontrolle basierend auf den individuellen Bedürfnissen des Patienten auswählen

- verstehen die psychologischen Aspekte der palliativen Wundversorgung:
Dies bedeutet, dass die Teilnehmenden in der Lage sind, die psychologischen Herausforderungen und Bedürfnisse von Patienten mit palliativen Wunden zu erkennen und entsprechende unterstützende Maßnahmen zu ergreifen.

10:15-11:30 Workshop 8 - Wundauflagen

Raum K11

Kursleiter: C. Moosmann (Freiburg i.Br./DE)

Lernziele:

In diesem Workshop erhalten die Teilnehmenden eine praxisorientierte Übersicht über den Bereich Wundauflagen, deren Evidenzlage, Aufbau, Funktion, zielgerichtete Anwendung, sowie Einordnung in das gesamttherapeutische Konzept.

13:00-14:15 Symposium - Leitlinien und Expertenstandards

Raum K7 + K8

Vorsitz: J. Kottner (Berlin/DE), E.-M. Panfil (Basel/CH)

Lernziele:

Die Teilnehmenden können

- die Bedeutung der evidenzbasierten Praxis einordnen
- den Unterschied zwischen Leitlinien, Expertenstandards und Konsensdokumenten erklären
- Quellen von Zusammenfassungen und Bewertungen von Evidenz nennen
- für die Praxis relevante evidenzbasierte handlungsleitende Dokumente nennen

13:00 Die Rolle von Leitlinien und Expertenstandards in der klinischen Praxis
J. Kottner (Berlin/DE)

13:25 Überblick zu aktuellen Leitlinien und Expertenstandards
D. von Siebenthal (Baden/CH)

13:50 S3-Leitlinie DGfW Lokaltherapie schwerheilender und/oder chronischer Wunden aufgrund von peripherer arterieller Verschlusskrankheit, Diabetes Mellitus oder chronischer venöser Insuffizienz
M. Burckhardt (Stuttgart/DE)

13:00-14:15 Gastsymposium DWR

Raum K6

Vorsitz: I. Hoffmann-Tischner (Köln/DE), E. K. Stürmer (Hamburg/DE), M. Storck (Karlsruhe/DE)

13:00 Best practice for wound debridement - Empfehlungen im internationalen Kontext
E. K. Stürmer (Hamburg/DE)

13:15 Der finale IQWiG Rapid Report - wie sollen Studien zum Evidenznachweis für sonstige Produkte zur Wundheilung (sPzW) geplant werden?
M. Storck (Karlsruhe/DE)

13:30 Transparenz in der Wundbehandlung
I. Hoffmann-Tischner (Köln/DE)

13:45 Update postoperative Wundkomplikationen: Infektion und Dehiszenz
E. K. Stürmer (Hamburg/DE)

Weitere Sitzungsinhalte können Sie dem Online-Programm entnehmen

13:00-14:15 Seminar 5 - Kontinenz

Raum K9

Kursleiter: M. Wieczorek (Leipzig/DE), G. Gruber (Rohrdorf/DE)

Lernziele:

Die Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) stellt ein häufiges Hautproblemen bei Menschen mit einer Harn- und/oder Stuhlinkontinenz dar. Neben unterschiedlichen Interventionsmöglichkeiten hinsichtlich des Versorgungs- und Behandlungsregimes werden im Rahmen des Seminars die Ursachen der IAD, mit Schwerpunkt einer Kontinenzstörung und Auswirkungen auf die „Wundsituation“, aufgeführt. Zudem wird auf die pflegerische Beratung wie auch den Einsatz von Hilfsmitteln fokussiert. Darüber hinaus werden Risikofaktoren, Empfehlungen sowie auch spezielle Maßnahmen zur Förderung der Kontinenz, in Anlehnung an den Expertenstandard „Kontinenzförderung in der Pflege“ diskutiert.

13:00-14:15 Workshop 9 - Débridement (Wiederholung)

Raum K10

Kursleiter: M. Motzkus (Mülheim an der Ruhr/DE)

13:00-14:15 Workshop 10 - Wundauflagen (Wiederholung)

Raum K11

Kursleiter: C. Moosmann (Freiburg i.Br./DE)

14:30-15:45 Podiumsdiskussion - Evidenzbasierte Wundpraxis

Raum K7 + K8

Vorsitz: S. Probst (Genf/CH)

Der große Wundheilungs-Showdown: heilt sie oder nicht?

Machen Sie sich bereit für ein mitreißendes Abschluss-Symposium der besonderen Art! In diesem wortgewandten Boxkampf treten sechs Schwergewichte des Gesundheitswesens gegeneinander an. Drei Experten argumentieren, dass Wunden innerhalb von drei Monaten heilen können, während ihre Gegner felsenfest davon überzeugt sind, dass manche Wunden sich einfach nicht an die Regeln halten. Freuen Sie sich auf schlagkräftige Argumente, humorvolle Seitenhiebe und unerwartete Uppercuts wissenschaftlicher Evidenz. Wer setzt den entscheidenden Treffer? Finden Sie es mit uns heraus, in einer unterhaltsamen, hitzigen und garantiert schmerzfreien Debatte!

14:30 Wunden können NICHT innerhalb von drei Monaten heilen

E. K. Stürmer (Hamburg/DE), J. Traber (Kreuzlingen/CH), M. Motzkus (Mülheim an der Ruhr/DE)

15:00 Wunden können innerhalb von drei Monaten heilen

E.-M. Panfil (Basel/CH), J.-D. Rembe (Düsseldorf/DE), V. Kozon (Wien/AT)

08.

NÜRNBERGER

Wundkongress



© Herz Alisma Zürich / AdobeStock

04.-05. DEZEMBER 2025
MEISTERSINGERHALLE NÜRNBERG

www.wund-kongress.de



MOTTO

Wundbehandlung – innovativ, wissenschaftlich und sozial

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Prof. Dr. med. Andreas Maier-Hasselmann – Kongresspräsident
Klinik für Gefäßchirurgie, vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie
München Klinik | Standort Bogenhausen

Prof. Dr. Alexander Dechêne – designierter Kongresspräsident
Klinik für Innere Medizin 6, Schwerpunkt Gastroenterologie,
Endokrinologie Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen
Privatuniversität Klinikum Nürnberg | Standort Nord

Prof. Dr. Markus Diener – designierter Kongresspräsident
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Schwerpunkt
Viszeralchirurgie | Klinikum Nürnberg | Standort Nord

ORGANISATION / VERANSTALTER / FACHMESSE

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Tel. +49 3641 31 16-141 | Fax +49 3641 31 16-243
wuko@conventus.de | www.conventus.de

BEGLEITENDE FACHMESSE

Der Kongress wird von einer Fachmesse begleitet. Interessierte
Firmen wenden sich bitte an Conventus.

WICHTIGE TERMINE

JUN 30.06. - Deadline Abstract-Einreichung für freie
Vorträge/Poster

AUG Benachrichtigung der Abstract-Autoren und
Einbindung in das wissenschaftliche Programm

SEP Hauptprogramm
30.09. - Deadline Frühbucherregistrierung

SIE MÖCHTEN STETS AKTUELLE INFORMATIONEN RUND UM DEN WUKO?

Newsletter-Anmeldung über QR-Code



EINE VERANSTALTUNG UNTER DEN SCHIRMHERRSCHAFTEN



INDUSTRIE-SESSIONS MONTAG, 23. JUNI 2025

12:30-13:30 Lunch-Symposium - Herausforderungen meistern: Patientenzentrierte Wundversorgung im Fokus

Raum K7 + K8

Vorsitz: J. Dissemond, M. Moelleken (Essen/DE)

Gesponsert von: Urgo GmbH



12:30-13:30 Industrie-Seminar - Versorgung von stark exsudierenden Wunden

Raum K6

Kursleiter: M. Hofrichter (Kisslegg/DE)

Gesponsert von: Coloplast GmbH



12:30-13:30 Industrie-Seminar - Level Up: Wunddokumentation per App

Raum K9

Kursleiter: C. Has (Freiburg i.Br./DE), L. Grebe (EB-Betroffene), (Biedenkopf/DE)

Gesponsert von: Chiesi GmbH



Dieses Seminar widmet sich der digitalen Unterstützung bei der Behandlung und Versorgung von Epidermolysis bullosa (EB), einer seltenen und herausfordernden Hauterkrankung. Mit Frau Prof. Has erläutert eine der führenden Expertinnen anhand der speziell für die Indikation EB entwickelten Wunddokumentationsapp „eb:fly“, wie die Versorgung von Patientinnen und Patienten optimiert und deren Behandlungsverlauf transparenter gestaltet werden kann. Eine betroffene Patientin berichtet, welche Vorteile die digitale Dokumentation für ihren Alltag und die Kommunikation mit dem medizinischen Team bietet. In einer interaktiven Demonstrations-session lernen die Teilnehmenden den praktischen Einsatz der App kennen und können Fragen stellen. Abschließend wird diskutiert, wie digitale Lösungen die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden verbessern können.

12:30-13:30 Industrie-Workshop - Wunden mit Biofilm behandeln

Raum K10

Kursleiter: B. Gächter (Minusio/CH)

Gesponsert von: ConvaTec (Germany) GmbH

Agenda:

- Was ist Biofilm?
- Auswirkung von Biofilm auf die Wundheilung
- Anti-Biofilm-Wirkung von Aquacel Ag+ Extra mit der MEHR ALS SILBER Technologie
- Anwendungsbeispiele mit Aquacel Ag+ Extra

12:30 Wunden mit Biofilm mit Aquacel Ag+ Extra behandeln
B. Gächter (Minusio/CH)



12:30-13:30 Industrie-Workshop - EinDRUCKSvoll therapieren: Kompressionstherapie im Alltag richtig anwenden - ein Workshop mit Produktneuheiten

Raum K11

Kursleiter: T. Prennig (Roth/DE)

Gesponsert von: Mölnlycke Health Care GmbH

12:30 EinDRUCKSvoll therapieren: Kompressionstherapie im Alltag richtig anwenden - Ein Workshop mit den Produktneuheiten Mepi Press 2 und Mepilex Up
T. Prennig (Roth/DE)



12:30-13:30 Industrie-Workshop - Clevere Versorgung von herausfordernden Wunden

Raum K5

Kursleiter: M. Asmann-Akonidis, B. Ebert (Hamburg/DE)

Gesponsert von: BSN medical GmbH

Die Versorgung von Wunden stellt im Praxisalltag immer wieder eine Herausforderung dar. Dabei ist eine phasengerechte Behandlung der Schlüssel zum Erfolg. In diesem Workshop lernen Sie die umfassenden Möglichkeiten der Wundversorgung mit dem Cutimed-Sortiment kennen. Erfahren Sie, wie Sie verschiedene Wundheilungsphasen optimal unterstützen und die passenden Produkte effizient einsetzen. Darüber hinaus wird der Fokus darauf gelegt, wie Sie Wundauflagen mit den hochwertigen Fixierprodukten von Leukoplast optimal sichern können, um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Profitieren Sie von praktischen Tipps und fundiertem Fachwissen, um auch bei komplexen Wundsituationen die bestmögliche Versorgung für Ihre Patienten zu erreichen.

12:30-13:30 Industrie-Workshop - Akne inversa/Hidradenitis suppurativa - Licht auf aktuelle Entwicklungen und neue Behandlungsoptionen

Raum WS2

Kursleiter: S. Hübner (Freiburg i.Br./DE), M. Möbes (Freiburg i.Br./DE)

Gesponsert von: Novartis Pharma GmbH

- 12:30 Eine chronisch entzündliche Erkrankung mit vielen Folgen - Früherkennung und Klassifikationskriterien mit Erfahrungen aus der Dermatochirurgie
S. Hübner (Freiburg i.Br./DE)
- 12:45 Von der Therapie in die Praxis - Klassische Behandlungsoptionen mit praxisrelevanten Tipps
M. Möbes (Freiburg i.Br./DE)
- 13:15 Q & A

12:30-13:30 Industrie-Workshop - Innovatives Wundmanagement mit extrazellulärer Matrix aus dem Schafvornagen

Raum WS3

Kursleiter: A. Bruhin (Luzern/CH)

Gesponsert von: MICRO-MEDICAL Instrumente GmbH

In der modernen Wundbehandlung kann mit innovativen Konzepten eine raschere Wundheilung erzielt und Patientenleiden sowie die Last auf unser Gesundheitssystem verringert werden. Die extrazelluläre Matrix aus dem Schafmagen bietet ein wirksames, vielseitiges und einfach einzusetzendes Werkzeug, das im Workshop vorgestellt wird.

INDUSTRIE-SESSIONS DIENSTAG, 24. JUNI 2025

11:45-12:45 Lunch-Symposium - Beyond the Surface - Neue Horizonte in der Wundbehandlung

Raum K7+K8

Referenten: S. Probst (Genf/CH), E. K. Stürmer (Hamburg/DE)

Gesponsert von: Smith & Nephew GmbH

Smith+Nephew

11:45-12:45 Industrie-Seminar - Saubere Wundheilung: Effektive Reinigung und Infektionskontrolle in der Wundpraxis

Raum K6

Kursleiter: M. Heilfort (Sulzbach/DE)

Gesponsert von: URGO GmbH

Der Workshop wird einen Wundschminkkurs beinhalten.



11:45-12:45 Industrie-Seminar - Wund-Balance-Kontinuum - ein ganzheitliches Konzept für die Wundversorgung

Raum K9

Kursleiter: Probst (Genf/CH), F. Botzenhardt (Heidenheim/DE)

Gesponsert von: PAUL HARTMANN AG



11:45-12:45 Industrie-Workshop - Tradition trifft Moderne - Ganzheitliche Ulcus-Cruris-Venous-Therapie mit Kompression und Kaltplasma

Raum K10

Kursleiter: M. Storck (Karlsruhe/DE), M. Rosemann (Greifswald/DE),
A. Kurzbuch (Zeulenroda-Triebes/DE)

Gesponsert von: Bauerfeind AG



Die medizinische Kompressionstherapie hat sich bei der Versorgung chronisch venöser Wunden als leitliniengerechte Kausaltherapie zur Beschleunigung der Wundheilung etabliert. Relativ neu dagegen ist die Wundtherapie mit Kaltplasma, die als innovative Methode die Wundheilung im Rahmen der Lokalthherapie durch effektive Inaktivierung von Mikroorganismen und Stimulation der Zellproliferation zusätzlich fördern kann. Im Hands-on-Workshop wird anwendungsbezogenes und praxisrelevantes Wissen zur Versorgung von Ulcus Cruris Venosum (UCV) vermittelt. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der leitliniengerechten Wundversorgung und der erfolgreichen Anwendung von Kaltplasma sowie der Kompressionstherapie.

Im praktischen Teil werden die medizinischen Hilfsmittel für die beiden Therapie-Ansätze vorgeführt. Es werden Produkte der Firma COLDPLASMATECH® für die Kaltplasma-Therapie und der VenoTrain® ulcertec der Firma Bauerfeind AG für die UCV-Kompressionstherapie vorgestellt. Anschließend haben die Teilnehmenden die Möglichkeit, die Therapiemaßnahmen eigenständig zu testen und somit deren praktische Anwendbarkeit unmittelbar zu erfahren.

11:45-12:45 Industrie-Workshop - 2 die einfach 3fach gut sind - Effektivität, Sicherheit und Wirksamkeit von Wundspüllösung und Unterdrucktherapie im klinischen und ambulanten Setting

Raum K11

Kursleiter: A. E. Tigla (Burghausen/DE)

Gesponsert von: Mölnlycke Health Care GmbH



11:45 2 die einfach 3fach gut sind - Effektivität, Sicherheit und Wirksamkeit von Wundspüllösung und Unterdrucktherapie im klinischen und ambulanten Setting
A. E. Tigla (Burghausen/DE)

11:45-12:45 Industrie-Workshop - „NPWT meets Skin“: Unterdruck-Wundtherapie und Hautschutz-effektive Lösungen für die Wundversorgung

Raum K5

Kursleiter: B. Schridde, U. Babilon (Kamen/DE)

Gesponsert von: Solventum Germany GmbH

Erfahren Sie mehr über die Lösungen von Solventum in den Bereichen Hautschutz, Hautpflege und der Versorgung von geschädigter Haut mit der 3M™ Cavilon™ Produktfamilie sowie über die Anwendung der Unterdruck-Wundtherapie mit 3M™ Snap™ Therapie und 3M™ Prevena™ Therapie. Im Austausch mit unseren Experten an zwei Stationen erhalten Sie wertvolle Tipps und Tricks aus der Praxis.

11:45-12:45 Industrie-Workshop - Förderung der Wundheilung bei postoperativen und chronischen Wunden in Risikogruppen mit plättchenreichem Plasma

Raum WS2

Kursleiter: M. Schulz (München/DE)

Gesponsert von: RegenLab GmbH

Dieser Workshop beleuchtet die biologischen Grundlagen und therapeutischen Potenziale von plättchenreichem Plasma (PRP) in der Wundbehandlung. PRP schafft optimale Voraussetzungen für eine wirkungsvolle und nachhaltig erfolgreiche Therapie zur Unterstützung der Geweberegeneration. Besonders in Kombination mit autologem Thrombinserum erweitert sich das Anwendungsspektrum erheblich und reicht von der präemptiven Applikation zur Unterstützung von Heilungsprozessen bis hin zur „Last-line“-Therapie auch bei bereits chronischen Wunden. Der Vortrag gibt einen Überblick über die wissenschaftlichen Hintergründe, klinische Einsatzmöglichkeiten und aktuelle Erkenntnisse zur Wirksamkeit dieser innovativen Therapieform.

11:45-12:45 Industrie-Workshop - Kaltplasma vs. Standard-Wundtherapie - Vorteile bei der Behandlung chronischer Wunden

Eine multizentrische, 2-armige, randomisierte, einfach verblindete, prospektive, klinische Studie

Raum WS3

Kursleiter: R. Strohal (Feldkirch/AT)

Gesponsert von: terraplasma medical GmbH

Im Rahmen der WundD.A.CH 2025 werden die Ergebnisse einer placebo-kontrollierten, multizentrischen, 2-armigen, randomisierten, einfach verblindeten, prospektiven klinischen Studie zur Behandlung chronischer Wunden mit Kaltplasma präsentiert. Die Studie untersucht den Einsatz des plasma care® im Vergleich zu Placebo und liefert wichtige Erkenntnisse zur Wirksamkeit dieser innovativen Technologie. Gemeinsam mit Prof. Strohal werden die neuesten Forschungsergebnisse und deren Bedeutung für die moderne Wundversorgung vorgestellt. Als Vorreiter in der Kaltplasma-Technologie setzt terraplasma medical auf wissenschaftlich fundierte, praxisnahe Lösungen für die Wundbehandlung.

Der Workshop bietet den Teilnehmenden die Möglichkeit, tiefere Einblicke in die klinische Evidenz von plasma care® zu erhalten, die Anwendung dieser innovativen Therapie zu verstehen und wertvolle Learnings für die eigene Praxis mitzunehmen.

Wissenschaftliche Vorträge

PL1 Anthropologische Grundlagen des Diabetischen Fußsyndroms

A. Risse

Diabeteszentrum am Sophie-Charlotte-Platz, Fußambulanz, Berlin

Wunden werden habituell assoziiert mit Schmerzen. Schmerzlosigkeit ist aber das Charakteristikum des DFS. Dieses Phänomen wird üblicherweise übersehen. Die diabetische Polyneuropathie ist die einzige notwendige und zugleich zureichende Bedingung des DFS.

Im anthropologischen Verständnis der Humanmedizin besteht der Mensch aus zwei Teilen: Körpermaschine und Psyche (Bewusstsein, Geist etc.): „anthropologischer Dualismus“. Im täglichen Leben ohne Reflektion auf dieser hohen Abstraktionsbasis ist der Mensch jedoch leiblich. Polyneuropathie bedingt die radikale Änderung dieser leiblichen Ökonomie. Die Leibesinseln der Füße fehlen: die Subjektivität ist abgezogen, die Füße werden zu Umgebungsbestandteilen. Dies erklärt das Auftreten eines Ulkus, die Verzögerung bis zur Diagnose mit z. T. grotesken Verletzungen, die häufigen Rezidive und die schlechten Therapieergebnisse in Denkstilgemeinschaften mit Neuropathie-Neglect (Angiologie, Gefäßchirurgie, Orthopädie etc.) trotz ihrer beeindruckenden technischen Möglichkeiten.

Beispiele für die fehlende Berücksichtigung der Anästhesie sind die Untersuchungen zur Lebensqualität bei Menschen mit Wunden, z. B. WundQoL: auch hier wird ausschließlich nach Schmerzen gefragt, die Anästhesie bleibt unberücksichtigt. Über ein gerade entstehendes Projekt zur Erfassung der Anästhesiedimension wird zu berichten sein.

Die gegenstandsgerechte Bewertung der polyneuropathiebedingten leiblichen Ökonomie erklärt in weiten Teilen das merkwürdige Verhalten der Patienten und Patientinnen und die Gegenübertragung der Therapeuten und Therapeutinnen. Zudem ermöglicht sie die Anpassung der therapeutischen Strategien zur Sicherung der Therapieerfolge und zur Vermeidung von Rezidiven. Druckentlastung wird hier zum zentralen Thema.

KV1 Entwicklung eines KI-basierten Entscheidungsunterstützungssystems für die Klassifizierung von Dekubitus und Inkontinenz-assoziiierter Dermatitis: Integration der Pflegeperspektive mittels Gruppendelphi-Verfahren

K. Majjouti¹, M. Tapp-Herrenbrück¹, A. Brehmer², V. Priester³, H. Pinnekamp³, M. Aleithe⁴, U. Fischer³, J. Kleesiek², B. Hosters¹

¹Universitätsklinikum Essen, Stabsstelle Entwicklung und Forschung Pflege, Essen, ²Universitätsklinikum Essen, Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin, Essen, ³LMU Klinikum, Stabsstelle Klinische Pflegeforschung und Qualitätsmanagement, München, ⁴sciendis GmbH, Leipzig

Zielsetzung

Die Unterscheidung zwischen Dekubitus und Inkontinenz-assoziiierter Dermatitis (IAD) stellt für das Gesundheitsfachpersonal eine große Herausforderung dar. Die Entwicklung eines KI-basierten Entscheidungsunterstützungssystems zielt darauf ab, Fehldiagnosen zu reduzieren, die Dokumentation zu verbessern und die Planung evidenzbasierter Pflegeinterventionen zu unterstützen. Die vorliegende Arbeit hat die systematische Integration der Pflegeperspektive in die Entwicklung eines solchen Systems zum Ziel und fokussiert dabei auf die Entwicklung einer Entscheidungsmatrix als ein Teilergebnis des Forschungsprojektes.

Methode

In der Studie wurde ein modifiziertes Gruppendelphi-Verfahren angewendet, um das skizzierte Pflegeproblem in der Entwicklung des KI-Systems zu adressieren. Es wurden eine vergleichende Analyse der elektronischen Dokumentationssysteme der teilnehmenden Universitätskliniken, ergänzt durch eine systematische Literaturrecherche zu Pflegekriterien für die Wundbeurteilung, sowie eine Literaturrecherche zu evidenzbasierten Pflegeinterventionen durchgeführt. Die Ergebnisse wurden iterativ in einem mehrstufigen Delphi-Verfahren durch Pflegeexperten und -expertinnen, Softwareentwicklern und -entwicklerinnen sowie Pflegewissenschaftlern und -wissenschaftlerinnen evaluiert, um einen Minimaldatensatz (MDS) für die Klassifizierung der Wundart zu definieren und pflegerische Handlungsempfehlungen zu priorisieren.

Resultat

Darauf aufbauend wurde eine Entscheidungsmatrix erarbeitet, die Kriterien, Bedingungen, Interventionen und Entscheidungsregeln umfasst. Die Bedingungen stellen die Wundkriterien des MDS dar (123 Bedingungen), während die Interventionen die evidenzbasierten Handlungsempfehlungen (33 Interventionen) aus der Literatur wiedergeben. Die Entscheidungsregeln stellen die Beziehung zwischen Bedingungen und Intervention her und kategorisieren diese als „empfohlen“, „kontraindiziert“ oder „nicht relevant“ (26 Regeln). Die Entscheidungsmatrix wurde in den KI-Demonstrator integriert, der am Point of Care bei der Unterstützung klinischer Entscheidungen evaluiert wird.

Schlussfolgerung

Die Entwicklung einer Entscheidungsmatrix, die sowohl der evidenzbasierten Pflegepraxis als auch den Anforderungen in der Softwareentwicklung gerecht wird, ist eine komplexe Aufgabe. Die Studie zeigt, dass sich das modifizierte Delphi-Verfahren dazu eignet, pflegespezifische Herausforderungen in diesem Kontext zu bearbeiten. Die iterative Einbindung aller relevanten Berufsgruppen war hierbei entscheidend.

Poster

P1 Die gebogene Nadel - eine kostengünstige, sichere Alternative für das schmerzfreie Débridement im ambulanten Setting

S. Kreuzer, A. Bruhin

Luzerner Kantonsspital, Zentrum für komplexe Wunden, Luzern, Schweiz

Zielsetzung

Das regelmäßige chirurgische oder scharfe Débridement stellt einen wichtigen Eckpfeiler der erfolgreichen Wundtherapie dar. Im Gegensatz zum chirurgischen Débridement kann das scharfe Débridement an nichtärztliches Personal delegiert werden. Hierzu benötigt man ein scharfes präzises Instrument, das die Gefahr für Blutungen und Verletzung tieferliegender Strukturen minimiert. Im ambulanten Setting muss das Débridement nicht nur sicher, sondern auch schmerzfrei sein.

Der Vortrag ist ein Erfahrungsbericht über die Verwendung der gebogenen, geschliffenen 18 G Nadel als Instrument zum Débridement von Wunden.

Methodik

Retrospektive Datenerhebung und Beschreiben einer Methodik zum scharfen Débridement von Wunden. Die Anzahl behandelter Patienten wurde retrospektiv durch Abgleich der ärztlichen Dokumentation und dem Verbrauch an Nadeln berechnet.

Das Umbiegen der Nadelspitze erleichtert die Handhabung des kleinen Instruments.

Resultat

Von 2018 bis 2024 wurden in der Wundsprechstunde über 5000 Patienten mit der gebogenen Nadel scharf débridiert. Es wurde keine Blutung dokumentiert, die eine Behandlung außerhalb der Wundsprechstunde erforderlich machte. Verletzungen tieferliegender Strukturen wurden nicht dokumentiert. Es wurde keine Nadelstichverletzung des Personals dokumentiert.

Schlussfolgerung

Gemäß unseren Erfahrungen eignet sich dieses Instrument für eine schmerzarme Entfernung von Detritus, Fibrin und pathologischer Granulation ebenso wie für Nekrosen und Krusten. Der Schliff der Nadel ermöglicht das präzise Arbeiten ohne Zug und Scherkräfte, was insbesondere bei schmerzhaften Wunden einen Vorteil bringen könnte. Ökonomische Aspekte sind die geringen Kosten und die hohe Verfügbarkeit des Produkts. Zusammengefasst – aufgrund der häufigen Anwendung und der langjährigen Erfahrung in unserem Institut – eignet sich die gebogene Nadel für das Wunddébridement und wäre ein nützliches Instrument in jeder Wundambulanz. Unsere klinischen Erfahrungen sollen in einem nächsten Schritt in einer prospektiven Studie evaluiert werden.

P2 Diabetische Fußosteomyelitis mit feuchter Fersennekrose - ein Fall für interdisziplinäres Management

A. Ibishi¹, S. Parizova², A. Arbi^{1,2}, Y. H. Lee-Barkey^{1,2}, B. Stratmann^{1,2}, S. Reger-Tan^{1,2}

¹HDZ NRW, Klinik für Diabetologie und Endokrinologie, Bad Oeynhausen, ²HDZ NRW, Bad Oeynhausen

Einleitung

Die feuchte Fersennekrose stellt eine schwerwiegende Diabetes-Komplikation dar, die mit einem hohen Risiko für Major-Amputationen und Mortalität einhergeht. In unserem Zentrum für Wundheilung verfolgen wir eine multimodale Therapie, die angiologische Interventionen und moderne Wundbehandlung kombiniert. Ziele sind eine vollständige Heilung und damit die Vermeidung schwerwiegender Folgen wie Invalidität und Mortalität.

Methoden

Wir berichten über eine 68-jährige Patientin mit Typ-1-Diabetes (ED vor 35 Jahren, HbA1c-Wert 7,5 %) und diabetischer Polyneuropathie sowie peripherer arterieller Verschlusskrankheit. Die Patientin präsentierte sich mit einer diabetischen Fußosteomyelitis (positiver Probe-to-bone-Test) mit feuchter Fersennekrose (7 × 4 cm) seit etwa vier Wochen. Bei einer pAVK mit Mehrstagen-Verschluss erfolgte eine gezielte angiologische Revaskularisation mit perkutaner transluminaler Angioplastie (PTA) der Arteria femoralis superficialis (AFS) eines kurzstreckigen Verschlusses und eine perkutane Alt-Ballon-Angioplastie (POBA) eines segmentalen Verschlusses der Arteria tibialis anterior (ATA). Im Anschluss erfolgte eine Wundbehandlung mit regelmäßigem Verbandwechsel, empirischer und anschließend antibiogrammgeleiteter antibiotischer Therapie, wiederholter Entfernung avitalen Gewebes mittels chirurgischen Débridements und Wundabdeckung mit extrazellulärer Matrix (ECM, Kerecis™) zur Stimulation primärer Granulation und Wundheilung. Nach einer stationären Behandlung über 28 Tage wurde die Behandlung ambulant durch die Teams unseres Zentrums für Wundheilung, der betreuenden Hausarzt- und Diabetespraxis sowie einem ambulanten Wundmanager fortgeführt.

Ergebnisse

Die angiologische Intervention führte zu einer signifikanten Verbesserung der Durchblutung, dokumentiert durch klinische Verbesserungen der Perfusion und eine farbkodierte Duplex-Sonographie. Die intensive interdisziplinäre Therapie, inklusive lokaler Wundtherapie ermöglichte eine vollständige Abheilung dieser kritischen Diabetes-Komplikation nach 183 Tagen.

Schlussfolgerung

Ein individueller Therapieansatz und ein interdisziplinäres, transsektorales Management ermöglichen es, selbst schwerste Komplikationen erfolgreich zu behandeln, Major-Amputationen und Invalidität zu vermeiden und Lebensqualität zu steigern.

P3 Systemische Effekte des enzymatischen Débridements im Kontext eines neu etablierten Schwerbrandverletzten-Algorithmus

D. Breidung, M. Billner, K. W. Karcz, D. Ehrl

Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Klinikum Nürnberg, Klinik für Plastische, Wiederherstellende und Handchirurgie, Zentrum für Schwerbrandverletzte, Nürnberg

Fragestellung

Das enzymatische Débridement ist eine etablierte Methode zur Behandlung von Brandverletzungen. Ziel dieser Studie war es, die systemischen Effekte der Anwendung zu analysieren und diese im Rahmen eines neu etablierten Schwerbrandverletzten-Algorithmus einzuordnen.

Methoden

In einer retrospektiven Analyse wurden die systemischen Veränderungen bei 75 schwerbrandverletzten Patienten untersucht. Erfasst wurden Entzündungsmarker, Gerinnungsparameter und klinische Veränderungen vor und nach der Anwendung von einem Bromelain-basierten enzymatischen Débridement. Die Ergebnisse wurden in den strukturierten Behandlungsalgorithmus integriert, der chirurgische Therapien, enzymatisches Débridement und Hautersatzmaterialien kombiniert.

Ergebnisse

Nach enzymatischem Débridement stiegen die Körpertemperatur signifikant an ($p = 0,018$), ebenso die CRP-Werte ($p < 0,001$), während der Hämoglobinspiegel sank ($p < 0,001$). Die Leukozytenzahl blieb unverändert ($p = 0,927$), was auf eine lokale Entzündungsreaktion hindeutet. Eine reduzierte Prothrombinzeit ($p = 0,002$) weist auf mögliche gerinnungsphysiologische Auswirkungen hin. Auch bei großflächiger Anwendung erwies sich das Verfahren als sicher.

Schlussfolgerungen

Das enzymatische Débridement zeigt systemische, jedoch klinisch gut kontrollierbare Effekte und bleibt eine sichere und effektive Methode in der Behandlung schwerbrandverletzter Patienten. Der Schwerbrandverletzten-Algorithmus ermöglicht eine strukturierte Integration dieser Technik mit weiteren modernen Therapieansätzen und trägt zur Optimierung der Patientenversorgung bei. In zukünftigen prospektiven Studien ist die Anwendung von enzymatischem Débridement neben der bisherigen Nutzung in der Behandlung von Verbrennungswunden bei chronischen Wunden und deren genaue indikationsspezifischen Grenzen weiter zu erörtern.

P4 Praxistransfer des Phasenmodells Bewältigung chronischer Krankheit in einem spezialisierten pflegerischen Wundzentrum

I. Hoffmann-Tischner

Wundmanagement Köln & Aachen, Köln

Zielsetzung

Im Rahmen des Pflegewissenschaftsstudium wurde die Anwendbarkeit des Phasenmodells zur Bewältigung chronischer Krankheit nach Schaeffer und Moers für die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden untersucht. Ziel ist es, dieses Modell auf die Wundversorgung zu übertragen und zu bewerten, wie es das professionelle Handeln in einem spezialisierten pflegerischen Wundzentrum (SPWC) verbessern kann. Es wird betrachtet, wie Reaktionen und Handlungen von Patienten und Patientinnen im Krankheitsverlauf die Wundbehandlung beeinflussen.

Methoden

Das Wundmanagement Aachen dient als Beispiel für ein SPWC, wobei dessen Organisations- und Qualitätsstrukturen beschrieben werden. Das Phasenmodell nach Schaeffer und Moers wird detailliert erläutert, einschließlich seiner pflegetheoretischen Einordnung. Der Transfer des Modells auf die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden wird exemplarisch dargestellt, insbesondere bei chronisch venöser Insuffizienz (CVI) und Ulcus cruris venosum (UCV). Das Modell wird mit dem Trajektkonzept von Corbin und Strauss verbunden.

Resultat

Das Phasenmodell bietet eine wertvolle Grundlage für die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Patienten und Patientinnen entwickeln in den Phasen unterschiedliche Bedürfnisse und Strategien. Die Anwendung des Modells erleichtert das Verständnis für die Aufnahmebereitschaft und das Krankheitsverständnis der Patienten und Patientinnen. Dies führt zu zielgerichteter Edukation und Gesprächen. Empathie und Einfühlungsvermögen der Pflegefachpersonen verbessern Lebensqualität und Adhärenz. Im Wundmanagement Aachen wird Edukation gezielt und verständnisvoll eingesetzt, um Überfrachtung zu vermeiden. Beispielsweise sind Patienten und Patientinnen in Phase 1 selten im Wundzentrum, während Phase-2-Patienten und -Patientinnen Unterstützung dankbar annehmen. In Phase 3 ist Edukation zur Selbstwirksamkeit effektiv, in Phase 4 reduziert sich die Adhärenz, und Phase-5-Patienten und -Patientinnen profitieren von Gesprächsbereitschaft. In Phase 6 ist die Überleitung in andere Versorgungsstrukturen entscheidend.

Schlussfolgerung

Das Phasenmodell ist eine wertvolle Wissensgrundlage für die spezialisierte Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Es berücksichtigt die Patienten- und Patientinnen-Perspektive und ermöglicht eine individuelle Anpassung der Pflege. Die Erkenntnisse verbessern Adhärenz und Lebensqualität, während Edukation und empathische Gespräche patientenzentriert zu einem besseren Umgang mit der chronischen Erkrankung der Patienten und Patientinnen führt.

P5 Schnellere Wundheilung durch ambulante Unterdrucktherapie? Ein Blick auf die Herausforderungen, Chancen und Patientenperspektiven der poststationären ambulanten Unterdrucktherapie

A. Tigla

Inn Klinikum Altötting, Burghausen

Zielsetzung

Die ambulante Unterdrucktherapie fördert die Wundheilung nach stationären Aufenthalten und verkürzt stationäre Liegezeiten. Ziel dieser Studie war es, die Erfahrungen der Patienten mit der poststationären Unterdrucktherapie zu analysieren und die Effektivität der Behandlung sowie die Auswirkungen auf den Alltag zu beurteilen.

Methoden

Im Jahr 2024 wurden in unserem MVZ 27 Patienten mit einer ambulanten Unterdrucktherapie behandelt. Die Patienten wurden am Ende der Therapie mithilfe eines standardisierten Fragebogens befragt. Untersucht wurden demografische Daten, die Anwendung der Therapie, der Einfluss auf den Alltag und die subjektive Bewertung der Behandlung.

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 68 Jahre; 63 % männlich, 70 % Diabetiker und 48 % mit PAVK. Die Unterdrucktherapie wurde bei 48 % der Patienten am Tag der Entlassung begonnen, bei 19 % innerhalb der ersten drei Tage, bei 11 % nach einer Woche und bei den übrigen innerhalb eines Monats. Die Therapie dauerte bei 40 % der Patienten 2–4 Wochen und bei 50 % 4–6 Wochen. Die Lokalisationen der behandelten Wunden waren: Fuß (48 %), Abdomen (19 %), Unterschenkel (26 %), Leiste (4 %) und Gesäß (4 %).

Die Auswirkungen auf den Alltag wurden unterschiedlich empfunden: 41 % gaben an, dass ihr Alltag wenig beeinflusst war, während 56 % von einer mittel bis stark eingeschränkten Lebensqualität berichteten. Nur 26 % waren nicht in der Lage, ihre gewohnten Aktivitäten selbstständig durchzuführen, und 58 % benötigten neue Mobilitätshilfen. Trotz regelmäßiger Schmerzen (74 %) empfanden 57 % die Therapie als komfortabel, wobei 74 % Schwierigkeiten hatten, den Verband dicht zu halten.

Ungeplante Kontrollen oder Wechsel des Systems waren bei 44 % erforderlich. Ein Wundverschluss wurde bei 27 % der Patienten erreicht, während 61 % stationär zur endgültigen Wundversorgung (Mesh oder Hautnaht) zurückkehrten. Subjektiv berichteten 63 % der Patienten von einer Verbesserung ihres Wundzustands, 33 % sahen keine signifikante Veränderung, und 6 % beschrieben eine Verschlechterung.

Schlussfolgerung

Die Patienten sahen Vorteile in der schnelleren Wundheilung (33 %) und der Reduzierung des stationären Aufenthalts (37 %). Trotz Herausforderungen wie Schmerzen und der Verbandabdichtung würden 95 % der Patienten die Unterdrucktherapie erneut in Anspruch nehmen. Diese Ergebnisse zeigen das Potenzial der poststationären Unterdrucktherapie, die Wundhei-

lung effektiv zu unterstützen und den stationären Aufenthalt zu verkürzen. Die schnelle Ambulantisierung dieser Patienten bringt Vorteile: Für die Klinik bedeutet es eine Entlastung der stationären Kapazitäten, während der ambulante Sektor von einer qualitätsgesicherten Versorgung profitiert. Die Patienten profitieren von einer flexibleren Nachsorge in ihrem gewohnten Umfeld, was sowohl die Therapieakzeptanz als auch die Zufriedenheit steigert.

P6 Implementierung von Leitlinien im Behandlungsalltag von chronischen und schwer heilenden Wunden - Möglichkeiten und Herausforderungen

S. Schädle

WZ-WundZentren GmbH, Standort: WZ-WundZentrum Ulm, Düsseldorf

Chronische und schwer heilende Wunden stellen eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem dar. Fehlversorgung und mangelndes Wissen über evidenzbasierte Wundbehandlung verzögern den Heilungsprozess. Die Implementierung von Leitlinien soll die Versorgung verbessern. Zentrale Empfehlungen der S3-Leitlinie „Lokaltherapie chronischer Wunden“ und der S2-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum“ wurden in bestehende Behandlungsalgorithmen spezialisierter Pflegeeinrichtungen integriert. Zudem wurden Qualitätskriterien zur Evaluation definiert und das Personal gezielt geschult.

Vier Monate nach Implementierung zeigte sich eine Reduktion der Wundheilungszeit um etwa einen Monat. Zudem verbesserte sich die Versorgungsqualität durch optimierte Koordination zwischen beteiligten Akteuren. Die leitliniengerechte Wundversorgung fördert schnelleren Wundverschluss, verbessert die Lebensqualität der Betroffenen und reduziert Gesundheitskosten. Allerdings bestehen weiterhin Herausforderungen, wie fehlende Aufklärung und Koordinationsprobleme, die eine nachhaltige Umsetzung erschweren. Weitere Maßnahmen sind notwendig, um die Implementierung langfristig zu sichern.

P7 Einfluss von Hämostyptika auf die Wundheilung im Mausmodell

W. Garabet, A. Mammadova, H. Ströthoff, W. Ibing, H. Schelzig, J. D. Rembe, P. Shabes

Universitätsklinikum Düsseldorf, Gefäß- und Endovaskularchirurgie, Düsseldorf

Zielsetzung

Hämostyptika sind blutstillende Materialien, die im Rahmen dermatochirurgischer Eingriffe verwendet und manchmal in der Wunde belassen oder sogar als Wundauflage genutzt werden. Bisherige Studien haben gezeigt, dass Hämostyptika unterschiedliche Effekte auf den Wundheilungsprozess haben können. In unserer Studie wurde die Auswirkung von verschiedenen Hämostyptika auf die Wundheilung im Mausmodell untersucht.

Methoden

Bei C57BL/6J Mäusen (n=192) wurden drei verschiedene Hämostyptika – oxidierte nicht-regenerierte Zellulose (ONRC), oxidierte regenerierte Zellulose (ORC) und ein gelatinbasiertes Hämostyptikum (GELA) – eingesetzt und mit der Kontrollgruppe verglichen.

Am 3., 7., 14. und 30. postoperativen Tag wurden Hautproben entnommen, in 4%-igem Paraformaldehyd fixiert, in Paraffin eingebettet und in 4,5 µm Dicke geschnitten. Die Schnitte wurden mittels Hämatoxylin-Eosin- und der Movat-Pentachrom-Färbung gefärbt. Für die Immunhistochemie wurden die Antikörper Ki-67, α-SMA und CD68 verwendet, um die Inflammation sowie die Zellproliferation und -kontraktion zu untersuchen. Die Echtzeit-Polymerase-Kettenreaktion (qPCR) konzentrierte sich auf die Analyse von Interleukin-8 (IL8), Interleukin-10 (IL10), Tumor necrosis factor alpha (TNF-α), Fibroblasten-Wachstumsfaktor (FGF-2), transformierender Wachstumsfaktor (TGF-β) und vaskulärer endothelialer Wachstumsfaktor (VEGF).

Ergebnisse

Zum Messzeitpunkt nach 3, 7 und 14 Tagen konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Kontroll- und den Hämostyptika-Gruppen festgestellt werden. Am Messzeitpunkt nach 30 Tagen zeigte sich eine signifikant gesteigerte Ki-67-Aktivität durch GELA in Epidermiszellen (p = 0,02) und durch ORC in Dermiszellen (p = 0,04). Im Vergleich zur Kontrollgruppe wurde die VEGF-Produktion durch GELA (p = 0,02) und ORC (p = 0,03) signifikant gehemmt, während im Gegensatz dazu die TGF-β-Produktion durch ONRC (p = 0,02) aktiviert wurde. Zu diesem Messzeitpunkt konnte kein signifikanter Unterschied in der FGF-2 und α-SMA-Aktivität zwischen den Kontroll- und den Hämostyptika-Gruppen gemessen werden.

Schlussfolgerung

Die Anwendung von GELA und ORC kann durch die Aktivierung der Proliferation die Wundgranulation positiv beeinflussen. Die Erhöhung des TGF-β-Spiegels durch ONRC könnte durch eine überschießende Kontraktion bzw. Vernarbung der Wunde einen negativen Effekt auf die Wundheilung haben. Diese Ergebnisse heben hervor, dass weitere Studien erforderlich sind, um die langfristigen Effekte von Hämostyptika zu bewerten, insbesondere in Fällen von verzögerter oder beeinträchtigter Wundheilung.

P8 Rollenverständnis des interprofessionellen Teams bei der Bewegungsförderung zur Dekubitusprävention: eine ethnographische Studie

J. Dreier¹, S. Staudacher², H. E. Bosshart³, S. Hübsch³, P. Suter³, E. M. Panfil³

¹Universitätsspital Basel / Universität Basel, Schweiz, ²Universität Basel, Schweiz, ³Universitätsspital Basel, Schweiz

Zielsetzung

Die interprofessionelle Förderung von Bewegung spielt eine entscheidende Rolle in der Dekubitusprävention. In internationalen Leitlinien wird die Wichtigkeit interprofessioneller Zu-

sammenarbeit betont, in der Praxis ist jedoch unklar, welche Rolle die verschiedenen Berufsgruppen konkret übernehmen und wie diese Zusammenarbeit funktioniert. Ziel dieser Studie war es, die Umsetzung der interprofessionellen Bewegungsförderung zu untersuchen und das Rollenverständnis sowie die Erwartungen der beteiligten Fachpersonen zu klären.

Methode

Wir beobachteten die Umsetzung der Dekubitusprävention in einem Akutspital mittels „Rapid Ethnography“. Dabei nutzten wir einen Beobachtungsleitfaden, führten informelle Gespräche durch, erstellten Feldnotizen und Memos. Über eine gezielte Stichprobenerhebung schlossen wir dekubitusgefährdete Patienten und Patientinnen sowie die sie betreuenden Gesundheitsfachpersonen (Pflege, Physiotherapie, Ärzteschaft) ein. Die Analyse der Daten führten wir anhand der „Interpretive Description“ durch.

Ergebnisse

Wir beobachteten 30 Versorgungssequenzen (total 80 Stunden) bei acht dekubitusgefährdeten Patienten und Patientinnen und schlossen 52 Gesundheitsfachpersonen ein. Unsere Ergebnisse zeigen, dass Unsicherheiten im Rollenverständnis und in der Verantwortung für die Bewegungsförderung bestanden. Auch die Einbindung von Patienten und Patientinnen und Angehörigen war häufig unklar. Obwohl die beteiligten Fachpersonen die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit betonten, konnten wir in der Praxis keine konsequente Umsetzung beobachten.

Schlussfolgerung

Für eine erfolgreiche interprofessionelle Bewegungsförderung zur Dekubitusprävention ist ein spitalübergreifendes, verbindliches Konzept erforderlich. Dieses Konzept sollte klare Rollenzuweisungen, eine abgestimmte Teamzusammensetzung und adäquate Kommunikationsgefäße zur Unterstützung des Austauschs beinhalten.

P9 Identifizierung von Akr101 als potenzielles neues Medikament für die Therapie chronischer Wunden

B. Wolff-Winiski, N. Schöfmann, P. Dörfler, G. Cabral, A. Stütz

Akribes Biomedical GmbH, Wien, Österreich

Zielsetzung

Wundexsudate (WE) können den klinischen Phänotyp von heilenden oder nicht heilenden Wunden auf primäre humane dermale Fibroblasten (HDF) in Zellkultur übertragen. Während heilende WE neutral oder fördernd wirken, werden die Fibroblasten von nicht heilenden WE geschädigt und ihre Proliferation gehemmt. Wir nutzten diesen Test, um Substanzbibliotheken zu screenen und Verbindungen mit bisher unbekanntem Potenzial für die Therapie chronischer Wunden zu identifizieren.

Methode

In Anwesenheit von Testsubstanzen wurden HDF in 2D-Kulturen (72 Stunden) bzw. 3D-Kulturen (4–8 Tage) der Wirkung von Exsudaten von Patienten mit chronischen Wunden ausgesetzt. Zytokine wurden im Überstand bestimmt und RNA für RT-PCR extrahiert. Die Zellproliferation wurde nach Fixierung und Färbung bestimmt.

Ergebnisse

Die Zugabe der Testsubstanz AKR101 zu Fibroblastenkulturen, die mit WE von Patienten mit chronischen Wunden inkubiert wurden, führte zur Erhöhung der Zellproliferation (EC50 bei niedrigen nanomolaren Konzentrationen) in 2D- und 3D-Kulturen (extrazelluläre Matrixbildung), begleitet von verstärkter mRNA-Expression von Kollagen 1 und Kollagen 3. Darüber hinaus hemmte AKR101 dosisabhängig die Produktion von Entzündungsmarkern wie dem Zytokin IL-1 beta. Fibroblastenproliferation wurde bei ~90% der 101 getesteten nicht heilenden WE wiederhergestellt, unabhängig von der Ätiologie der Wunde. Diese Rettungseffekte von AKR101 weisen auf einen Übergang von einem chronischen/nicht heilenden zu einem heilenden Phänotyp *ex vivo* hin und waren denen der Wundtherapeutika Platelet derived growth factor (PDGF) und Silbersulfadiazin (Rettungseffekte 4% bzw. 34%) deutlich überlegen.

Schlussfolgerung

Der Wirkstoff AKR101 hebt die schädigende Wirkung chronischer Wundexsudate auf humane Fibroblasten auf und bietet damit einen neuen Ansatz für die Therapie chronischer Wunden. Zurzeit wird eine klinische Proof-of-Concept-Studie mit AKR101 bei Patienten mit chronischen Wunden vorbereitet.

P10 Spalthauttransplantation auf osteomyelitischen Calcaneus bei einem Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom

M. Oymanns¹, U. Schmitz², R. Chafii-Badavi¹, C. Assaf¹, A. Tabrisi¹

¹Helios Klinikum Krefeld, Dermatologie, Krefeld, ²Helios Klinikum Krefeld, Diabetologie, Krefeld

Hintergrund

Diabetes mellitus (DM) ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die durch absoluten (Typ-1) oder relativen Insulinmangel (Typ-2) verursacht wird. Typ-2-DM ist eine Volkskrankheit mit steigender Prävalenz – und häufigen Komplikationen wie dem Diabetischen Fußsyndrom (DFS). Unter DFS werden Läsionen am Fuß zusammengefasst, die bei ineffektiver Behandlung zur Major-Amputation führen können, was die Lebensqualität der Patienten erheblich einschränkt. Ziel der Therapie ist daher der Erhalt einer funktionsfähigen Extremität durch Major-Amputationsvermeidung, respektive ein möglichst distales Amputationsniveau oder kleines Operationsausmaß.

Fallbericht

Wir berichten über einen 67-jährigen Patienten mit DFS Wagner 2A bei Typ-2-DM, diabetischer Polyneuropathie und Zustand nach Oberschenkelamputation links. Ein plantarer Fersenulkus rechts zeigte trotz Druckentlastung keine Besserung. Bei freiliegendem, infektiös verändertem Calcaneus, Rötung und Verdacht auf Osteomyelitis klinisch und CT-morphologisch bestand die Indikation zur kalkulierten i.v.-Therapie mit Piperacillin/Tazobactam. Laborchemisch zeigten sich die Gesamtleukozytenzahl mit 11,9/nl und das C-reaktive Peptid mit 10,6 mg/l.

Es bestand eine OP-Indikation. Es erfolgten ein chirurgisches Débridement, Nekroresektomie, partielle Resektion des Calcaneus und Probenentnahme. Nach ausgiebiger Spülung mit antiseptischer Lösung (hypochlore Säure) wurde eine Unterdruck-Wund-

therapie eingeleitet, gefolgt von Spalthautdeckung (0,4 mm) nach Granulation. Histopathologisch zeigte sich eine chronisch granulierende Osteomyelitis, mikrobiologisch wurden in der Spongiosa *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis* und *Enterococcus faecalis* nachgewiesen. Postoperativ erhielt der Patient eine 4-wöchige resistogramm-gerechte Antibiotikatherapie oral. Nach einem 18-tägigen stationären Aufenthalt konnte der Patient das Krankenhaus verlassen.

Zusammenfassung und Fazit

Patienten mit DFS benötigen eine individualisierte Therapie, die auf eine Defektprophylaxe und den Erhalt von Funktion und Lebensqualität abzielt. Dieser Fallbericht beschreibt einen minimal traumatisierenden Ansatz: Durch gezieltes Débridement der Ferse wurde eine Infektsanierung erreicht, die mit anschließender oraler Antibiotikatherapie konsolidiert wurde. Nach erfolgreicher Granulation unter Unterdruck-Wundtherapie konnte eine Spalthauttransplantation direkt auf die freiliegende Spongiosa durchgeführt werden. Lehrmeinungen betrachten Transplantationen auf bradytrophes Gewebe, wie kompakten Knochen, als kontraindiziert. In diesem Fall war die Transplantation jedoch erfolgreich, da die freiliegende Spongiosa gut vaskularisiertes und perfundiertes Gewebe darstellt und somit die vollständige „Take rate“ der Spalthaut nicht beeinträchtigt wurde.

P12 Validierung des PARACELUS-Scores für die Diagnose des Pyoderma gangraenosum: Eine internationale multizentrische Studie mit 1.403 Patientenfällen und 85 verschiedenen Wundentitäten

M. Moelleken¹, A. Ortega-Loayza², D. Busch³, C. Erfurt-Berge³, M. Shinohara⁴, D. Libertad Ortega Nuñez⁵, M. Díaz Vega⁵, V. Dini⁶, M. Romanelli⁶, S. Karrer⁷, B. Kurz⁷, J. R. V. Gontijo⁸, T. Gorge⁹, B. H. Kaffenberger¹⁰, K. Isoherranen¹¹, S. Nobbe¹², K. Herberger¹³, M. Stücker¹⁴, J. Dissemmond¹

¹Universitätsklinikum Essen, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Essen, ²Oregon Health & Science Universität, Klinik für Dermatologie, Portland, USA, ³Universitätsklinikum Erlangen, Klinik für Dermatologie, Erlangen, ⁴Universitätsklinikum Washington, Klinik für Dermatologie, Seattle, USA, ⁵Universität der mexikanischen Armee und Luftwaffe, Klinik für Dermatologie, Mexiko-Stadt, Mexiko, ⁶Universität Pisa, Klinik für Dermatologie, Pisa, Italien, ⁷Universitätsklinikum Regensburg, Klinik für Dermatologie, Regensburg, ⁸Bundesuniversität von Minas Gerais, Klinik für Dermatologie, Belo Horizonte, Brasilien, ⁹Universitätsklinikum Münster, Klinik für Dermatologie, Münster, ¹⁰Ohio State Wexner Medical Center, Klinik für Dermatologie, Columbus, USA, ¹¹Universitätsklinikum Helsinki, Klinik für Dermatologie, Helsinki, Finnland, ¹²Kantonsspital Frauenfeld, Abteilung für Dermatologie, Frauenfeld, Schweiz, ¹³Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Dermatologie, Hamburg, ¹⁴Katholisches Klinikum Bochum, Klinik für Dermatologie, Bochum

Fragestellung

Das Pyoderma gangraenosum (PG) ist eine seltene neutrophile Dermatose, die im klinischen Alltag aufgrund heterogener Erscheinungsformen und häufiger Überschneidung mit anderen Erkrankungen als diagnostische Herausforderung gilt. Der PARACELUS-Score ist heute ein etabliertes Instrument zur Di-

agnose vom PG. Ein Score von ≥ 10 Punkten (P.) zeigt an, dass die Diagnose eines PG sehr wahrscheinlich ist; es wurde jedoch diskutiert, dass die Aussagekraft durch eine geringe Spezifität beeinträchtigt wird.

Somit bestand das Ziel dieser Studie in der Validierung des PARACELsus-Scores durch Anwendung auf unterschiedliche Wundentitäten.

Methoden

In diese internationale, multizentrische Studie wurden von 2022 bis 2024 Patienten jeden Alters und Geschlechts mit mindestens einer eindeutig gesicherten Ulzeration jeglicher Entität eingeschlossen. Die Studie umfasste 14 verschiedene dermatologische Kliniken in 7 Ländern und auf 3 Kontinenten. Der PARACELsus-Score wurde auf ein breites Spektrum von unterschiedlichen Wundentitäten angewendet und durch die statistische Analyse aller potenziellen Grenzwerte bewertet.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 1.403 Patienten, 800 Frauen (57,0%) und 603 Männer (43,0%), mit einem Durchschnittsalter von 62 Jahren (Median: 65 Jahre; Spannweite: 1–110 Jahre) und 85 verschiedenen, eindeutig gesicherten Wundentitäten eingeschlossen, wovon 180 PG-Patienten waren. Die diagnostische Aussagekraft des PARACELsus-Scores wurde unter Anwendung verschiedener Grenzwerte mit dem aktuellen Standard verglichen. Die Anhebung des Grenzwertes von ≥ 10 P. auf > 10 P. führte zu den besten Ergebnissen mit einer signifikanten Verbesserung der Spezifität (93,2% vs. 96,8%; $p < 0,001$), des positiven Vorhersagewerts (68,4% vs. 81,9%; $p < 0,001$), der Accuracy (94,1% vs. 97,0%; $p < 0,001$) und der positiven Likelihood Ratio (14,7 vs. 30,7). Gleichzeitig reduzierte sich die Falsch-Positiv-Rate (6,8% vs. 3,2%; $p < 0,001$) bei nur minimaler, statistisch nicht signifikanter Verringerung der Sensitivität (100% vs. 98,3%; $p = 0,083$) und des negativen Vorhersagewerts (100% vs. 99,7%; $p = 0,083$).

Schlussfolgerungen

Der PARACELsus-Score wurde weltweit für eine Vielzahl unterschiedlicher Wundentitäten validiert und als zuverlässiges Instrument für die Diagnose des PG bestätigt. Diese Studie zeigt, dass bereits eine geringfügige Anhebung des Grenzwertes von zuvor ≥ 10 P. auf nun > 10 P. sowohl die Spezifität als auch die Accuracy signifikant verbessert bei weiterhin hoher Sensitivität. Diese Anpassung des PARACELsus-Scores führt zu einer insgesamt signifikanten Verbesserung der diagnostischen Aussagekraft und verringert gleichzeitig die Anzahl falsch-positiver Diagnosen.

P13 Erysipel: Stadieneinteilung, der Schlüssel zum Verständnis dieser Erkrankung für die Diagnose und Therapie

A. Bruhin

Kantonsspital Luzern, Schweiz, Chirurgie, Luzern, Schweiz

Zielsetzung

Das Krankheitsbild Erysipel mit seiner klinischen Erscheinungsform erfährt in der Literatur keine ganzheitliche Erfassung. Es gibt eine Einteilung in ein unkompliziertes und in ein kompliziertes Erysipel, die jedoch nicht ausreichend ist für das Verständnis dieser Erkrankung. Es ist eine Erkrankung, die leider oft fehlerkannt und damit auch nicht korrekt therapiert wird. Die Konsequenzen sind erheblich, ist doch das Erysipel die häufigste Ursache eines sekundären Lymphödems. In der englischen Literatur verschwindet der Begriff Erysipel häufig und fällt unter die Diagnose Cellulitis. Für das Verständnis der Erkrankung und der daraus resultierenden Therapie braucht es eine gemeinsame Sprache für Diagnose und Therapie entsprechend dem Stadium des Erysipels.

Wir haben eine Einteilung des Erysipels in fünf Schweregrade vorgenommen. Grad 1 entspricht einem Infekt von Epidermis und Dermis ohne Destruktion von Gewebe oder Lymphgefäßen bis hin zu Grad 5 mit einer septischen Infektion der Epidermis, Dermis mit Begleitfasziitis, die zu ausgedehnten Destruktionen des Weichteilgewebes inklusive Lymphgefäße führt. Klasse 5 erfordert intensiv medizinische Therapie und Betreuung.

Methoden

Die neue Klassifikation ermöglicht ein früheres Erkennen der Erkrankung Erysipel und damit verbunden eine frühzeitigere stadiengerechte Therapie.

Ergebnisse

An über 100 Patienten durchgeführt können Rezidive eines Erysipels oder auch sekundäre Lymphödeme durch korrekte Behandlung vermieden werden. Durch interdisziplinäres Zusammenarbeiten mit Erkennen des Stadiums der Erkrankung wird durch frühzeitige Diagnose mit entsprechender Therapie eine Verschlechterung der Erkrankung in eine Kategorie schwereren Grades verhindert.

Die Diagnose Erysipel schweren Grades erfordert entsprechende chirurgische Maßnahmen, wodurch eine Ausbreitung der Infektion mit ausgedehnten Nekrosen gestoppt wird.

Schlussfolgerung

Die Stadieneinteilung des Erysipels ist ein geeignetes Instrumentarium, um Komplikationen dieser Erkrankung zu reduzieren. Probleme, die zu längeren und häufigeren Rehospitalisationen, aber auch zu einer Invalidität führen können. Dies vermeiden zu können erspart viel Leid, Kosten sowie Ressourcen in und außerhalb der Klinik.

P14 Antiseptika und Wundspüllösungen: Korrelation von Biokompatibilitätsindex und ihrer Wirkung auf die Wundheilung in humaner Vollhaut

S. C. Liegenfeld, M. Dittmer, N. Pelzer, S. C. Rhode, J. T. Strenge, E. K. Stürmer

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Fragestellung

Chronische Wunden sind ein zunehmendes, sozio-ökonomisches Problem. Weltweit sind mehr als 17 Millionen Menschen betroffen, Tendenz steigend. Typisch für diese Wunden ist, dass sie rezidivierend zu Infektionen neigen. Zur Bekämpfung dieser Infektionen werden lokal unterschiedliche Antiseptika und

Wundspüllösungen eingesetzt. Diese haben alle unterschiedliche, aber im Zulassungsprozess ermittelte, positive Biokompatibilitätsindices. Sie zeigten immer wieder in typischen *In-vitro*-Laboranalysen gute Ergebnisse hinsichtlich der Zytotoxizität gegenüber humanen Zellen. Bei längerer Anwendung (> 14 Tage) wurden jedoch in der klinischen Praxis schädliche Effekte auf die Wundheilung bei chronischen Wundpatienten und die menschliche Haut beschrieben. Dies soll im translationalen Setting an humaner Vollhaut verifiziert oder falsifiziert werden.

Methoden

Zur Evaluation der Wirkungen von Wundspüllösungen (NaClO/HClO) und Antiseptika (Octenidin(di)hydrochlorid, PHMB) auf menschliche Haut wurden ein *Ex-vivo*-Wundmodell aus humanen Abdominoplastiken verwendet. In 8 mm durchmessenden Vollhautinseln wurde zentral eine runde Stanzwunde (2 mm) gesetzt, welche – entsprechend der klinischen Praxis – im Abstand von 48 h mit einer der Wundspüllösungen oder Antiseptika behandelt wurde. Der Heilungsprozess bzw. die Effekte der Behandlung wurden histologisch und immunhistochemisch untersucht, wobei Methoden wie Hämatoxylin-Eosin(HE)-Färbung, TUNEL-Assay, Ki67-Färbung und Gram-Färbung zum Einsatz kamen.

Ergebnisse

Die durchgeführten Analysen zeigen eine deutliche Korrelation der vorbeschriebenen antimikrobiellen Wirkung und Zytotoxizität, anders als häufig postuliert. Hierbei zeigen die hypochlorigen Lösungen (Natriumhypochlorit/hypochlorige Säure und Natriumhypochlorit/Natriumchlorid) aufgrund ihrer fehlenden Remanenz geringere Zytotoxizitäten als die getesteten Antiseptika. Letztere verzögerten allerdings den Heilungsprozess ebenfalls nicht signifikant, obwohl ihr Biokompatibilitätsindex dies anders vermuten ließe [SEK1].

Schlussfolgerung

Die unterschiedlichen Effekte von Antiseptika auf humane Zellen *in vitro* und im 3D-*ex-vivo*-Modell zeigen, dass die alleinige Testung von Antiseptika in *In-vitro*-Experimenten nicht ausreichen, um die gesamte Bandbreite der potenziellen (negativen) Effekte auf die menschliche Haut abzubilden.

P15 Pflegediagnosen in der Wundversorgung

M. Huber

klinikkompass.de, Oberkirch

Fragestellung

Pflegediagnosen in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden sind mittlerweile wesentlicher Bestandteil der generalistischen Pflegeausbildung. Es wird der Frage nachgegangen, ob Pflegediagnosen primär ein theoretisches Konstrukt darstellen oder ob sie eine praktische Relevanz in der Wundversorgung haben sowie einen Einfluss auf die Wundheilung und die Lebensqualität von Patienten bzw. Bewohnern, also von zu Pflegenden, haben.

Methoden

Es wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, ergänzt durch die Analyse von Expertenstandards und klinischen Leitlinien.

Zudem wurden Fallstudien aus der Praxis der Wundversorgung herangezogen, um die Anwendung von Pflegediagnosen zu evaluieren.

Ergebnisse

Die Untersuchung zeigt, dass Pflegediagnosen ein strukturiertes Vorgehen in der Wundversorgung ermöglichen. Sie dienen als Grundlage für die Planung individueller Pflegeinterventionen und fördern eine ganzheitliche Betrachtung des zu Pflegenden. Häufig verwendete Pflegediagnosen in der Wundversorgung umfassen „beeinträchtigte Hautintegrität“, „Infektionsgefahr“ und „Schmerz“. Die Implementierung von Pflegediagnosen führt zum Erkennen von Risikofaktoren, einer verbesserten Planung und Durchführung evidenzbasierter Pflegeinterventionen und einer daraus resultierenden differenzierten Dokumentation und Kommunikation im interprofessionellen Team.

Schlussfolgerungen

Pflegediagnosen in der Wundversorgung stellen eine theoretische Grundlage dar und sorgen für einen Professionalisierungsschub in der Pflege. Sie bieten einen systematischen Ansatz zur Erfassung und Behandlung von Wundproblemen, fördern evidenzbasiertes Handeln und tragen zur Qualitätssicherung bei. Trotz einiger Herausforderungen bei der Implementierung zeigt sich, dass Pflegediagnosen das Potenzial haben, die Wundversorgung signifikant zu verbessern und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der zu Pflegenden zu steigern.

P16 SKINCARE: Verbesserung der Hautgesundheit in der Altenpflege – eine Cluster-randomisierte pragmatische Studie mit älteren Pflegeheimbewohnern

M. El Genedy-Kalyoncu, B. Völzer, J. Kottner

Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Klinische Pflegewissenschaft, Berlin

Zielsetzung

Eine angemessene, personenzentrierte Hautpflege ist in der täglichen Pflegepraxis unverzichtbar, um unerwünschte Hautveränderungen zu verhindern. Vor allem Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen, die krankheitsbedingt nur eingeschränkt mobil sind, weisen ein erhöhtes Risiko für das Auftreten mehrerer Hautschäden auf. Besonders häufig treten Hauttrockenheit, Hautrisse, Dekubitus, Intertrigo oder inkontinenzassoziierte Dermatitis auf; nahezu alle Pflegeheimbewohnenden haben aktuell mindestens eine dermatologische Diagnose. Bestehende Leitlinien behandeln diese Erkrankungen jedoch zumeist nur isoliert. Vor diesem Hintergrund war es das Hauptziel der Studie, die Auswirkungen der Einführung eines standardisierten, evidenzbasierten Hautpflegeprogramms zur Prävention und Behandlung häufiger unerwünschter Hautveränderungen in der stationären Langzeitpflege zu untersuchen.

Methoden

In einer zweiarmligen, cluster-randomisierten kontrollierten Studie mit 314 Bewohnerinnen und Bewohnern (≥ 65 Jahre) aus 17 stationären Pflegeeinrichtungen wurde über sechs Monate ein strukturiertes, evidenzbasiertes Hautpflegeprogramm (Interventionsgruppe) im Vergleich zur pflegerischen Standardversorgung (Kontrollgruppe) implementiert. Haut-Assessments

sowie Messungen der Hautphysiologie erfolgten zu Studienbeginn sowie nach drei und sechs Monaten. Endpunkte waren die kumulative Inzidenz von inkontinenzassoziierte Dermatitis, Hautrissen, Dekubitus und Intertrigo.

Ergebnisse

Verglichen mit der Kontrollgruppe fielen die kumulativen Inzidenzen für Hautrisse (19,2% vs. 27,2%), Dekubitus (13,6% vs. 16,9%) und Intertrigo (27,0% vs. 37,8%) in der Interventionsgruppe niedriger aus. Die Inzidenz von IAD war hingegen in der Interventionsgruppe höher (26,3% vs. 23,1%). Die durchschnittliche Hauttrockenheit verringerte sich in der Interventionsgruppe, während sich die Hautbarrierefunktion in Bezug auf den pH-Wert und den transepidermalen Wasserverlust nicht veränderte.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Implementierung eines standardisierten, evidenzbasierten Hautpflegeprogramms die Hautgesundheit der Bewohner und Bewohnerinnen in stationären Pflegeeinrichtungen verbessern kann.

P17 Analgetisches Management bei der Anwendung eines topischen, hygroskopischen Mittels zum chemischen Débridement - eine retrospektive Fallserienanalyse

P. Shabes, J. D. Rembe, W. Garabet, H. Schelzig

Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie, Düsseldorf

Ziel

Ein neues topisches, hygroskopisch wirksames Mittel („Topical desiccating agent“, TDA), basierend auf Methansulfonsäure (MSA) und Dimethylsulfoxid (DMSO), hat sich als effektive Möglichkeit zum chemischen Débridement zur Entfernung von Biofilm und Nekrosen in chronischen Wunden erwiesen. Die lokale Applikation ist jedoch patienten-individuell von kurzfristigen, teils starken, brennenden Schmerzen begleitet. Ziel dieser Fallserien-Studie war es, die applikationsassoziierten Schmerzen unter verschiedenen analgetischen Behandlungsstrategien zu untersuchen.

Methoden

Es erfolgte eine retrospektive, single-center-basierte Fallserienstudie zur Untersuchung von applikationsassoziierten Schmerzen unter der topischen Behandlung mit dem TDA. Zum Schmerzmanagement wurden drei verschiedene Formen der Lokalanästhesie angewandt. Diese umfassten eine anästhetische Creme oder eine Variante der Tumescenz-Lokalanästhesie (TLA) individuell angefertigtes lokalanästhetisches Hydrogel. Die Applikationszeit betrug 30 Minuten vor lokaler Behandlung. Der Schmerz wurde anhand der visuellen Analogskala (VAS 0–10; 0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz) unmittelbar vor, während und 15 Minuten nach der Applikation abgefragt. Darüber hinaus wurden der generelle Wundschmerz und generelle Schmerzen beim Verbandwechsel sowie Schmerzen während des letzten Verbandwechsels und des letzten scharfen Débridements erfasst. Zusätzlich wurde die grundlegende

analgetische Medikation dokumentiert. Patienten mit peripherer Neuropathie wurden von den Analysen ausgeschlossen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 20 Patienten mit dem Exsikkationsmittel behandelt. Das chemische Débridement mittels TDA zeigte individuell variable Schmerzratings während der Applikation (VAS 0–10 von 10, Median 7). Insgesamt zeigte sich keine Unterlegenheit im Vergleich zu einem scharfen Débridement. Unter der Nutzung adäquater Lokalanästhesie ließ sich der applikationsbedingte Schmerz adäquat handhaben, wobei sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Formen der ausgewerteten Lokalanästhetika zeigten.

Schlussfolgerung

Die begleitenden Schmerzen während des chemischen Débridements waren mit verschiedenen gebrauchsfertigen Anästhetika gut beherrschbar und zeigten ein vergleichbares oder individuell geringeres Schmerzempfinden im Vergleich zum scharfen oder chirurgischen Débridement.

P18 Flüchtige organische Verbindungen (VOCs) im Wundgeruch und deren Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL)

C. Nathrath¹, H. Lober², M. Wigger², S. Sielemann¹, T. M. Janke³, M. Augustin³, S. C. Liegenfeld⁴, E. K. Stürmer^{1,4}

¹Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Comprehensive Wound Center UKE Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Hamburg, ²Prof. Dr. rer. nat. Stefanie Sielemann Hochschule Hamm-Lippstadt Instrumentelle und analytische Sensortechnik, Department Hamm 2, Hamm, ³Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Hamburg, ⁴Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, AG Transnationale Wundforschung, Hamburg

Hintergrund

Chronische Wunden wirken sich negativ auf die Lebensqualität von Patienten und Patientinnen aus. Ein besonders belastendes Symptom stellt der unangenehme Wundgeruch dar, der durch bakterielle Besiedelung und nekrotische Prozesse verursacht wird. Die genaue Zusammensetzung und Herkunft dieser Gerüche sind bislang nicht ausreichend erforscht.

Methoden

Insgesamt wurden 92 Geruchsproben von 66 Patienten und Patientinnen mittels Gaschromatographie, gekoppelt mit Massenspektrometrie (GC-MS) und Ionenmobilitätsspektrometrie (GC-IMS), analysiert. Die identifizierten flüchtigen organischen Verbindungen (VOCs) wurden einerseits mit Ergebnissen mikrobiologischer Abstriche und andererseits mit der wahrgenommenen Geruchsbelastung (Frage 2 des WoundQoL-Fragebogens) sowie der allgemeinen Lebensqualität (HRQoL) korreliert. Zusätzlich wurden Einschätzungen von Health Care Professionals (HCPs) für die Analyse berücksichtigt.

Ergebnisse

Die 66 Patienten und Patientinnen hatten ein Durchschnittsalter von 69 ± 13 Jahren, die 92 untersuchten Wunden bestanden im Mittel seit 14 Monaten. Die häufigsten Diagnosen waren venöses

Ulcus cruris (35 %), arterielles Ulcus cruris (32 %) und gemischtes Ulcus cruris (17 %). Insgesamt wurden 135 Erreger nachgewiesen, darunter *S. aureus* (19 %), *P. aeruginosa* (15 %) und Enterobakterien (35 %). Etwa 13 % der Wunden wurden als stark geruchsbelastet bewertet, wobei die Einschätzungen von HCPs und Patienten und Patientinnen nicht immer übereinstimmten. Die WoundQoL-Analyse zeigte, dass Patienten und Patientinnen mit starkem Wundgeruch eine signifikant schlechtere HRQoL hatten ($2,4 \pm 1,0$ vs. $1,7 \pm 0,9$). Allerdings variierten die Gruppengrößen zwischen starker Geruchsbelastung und keiner/geringer Geruchsbelastung erheblich (10 vs. 82). Zu den häufigsten geruchsrelevanten VOCs mit bakterieller Herkunft zählten Dimethyldisulfid und Diacetyl (2,3-Butandion).

Schlussfolgerung

Chronische Wunden sind häufig von einer breiten Vielfalt an Bakterien kolonisiert, die zusammen mit nekrotischen Prozessen für die Entstehung von Wundgeruch verantwortlich sind. Die kombinierte Analyse der chemischen Zusammensetzung der identifizierten und aufgeschlüsselten VOCs und die olfaktorische Bewertung des Geruchs stellen einen neuen, zielführenden Ansatz dar, um potenzielle Therapien gegen Wundgeruch zu identifizieren. Hierdurch könnten besonders Patienten und Patientinnen mit Tumorzunden eine deutliche Verbesserung in ihrer HRQoL erfahren.

P19 Viel Medizin für einen Fuß - erfolgreicher multimodaler Ansatz bei komplexem Diabetischen Fußsyndrom (DFS) zur Verhinderung einer Major-Amputation

A. Tabrisi¹, M. Oymanns¹, R. Chafii-Badavi¹, U. Schmitz², C. Assaf¹

¹Helios Klinikum Krefeld, Dermatologie, Krefeld, ²Helios Klinikum Krefeld, Diabetologie, Krefeld

Zielsetzung

Der Längenerhalt und die Vermeidung einer Major-Amputation des diabetischen Fußes sind die primären Ziele in der interdisziplinären Behandlung des DFS. Dargestellt werden ein komplexer und komplizierter Verlauf eines Patienten mit DFS und die aufwändige interdisziplinäre Therapie.

Methoden

Vorgestellt wird ein 71-jähriger, multimorbider Patient (art. Hypertonie, Hyperlipidämie, Z. n. Stent bei KHK) mit akutem DFS bei DM 2, Wagner 3D. Nach Diagnostik und Erkennen des Ausmaßes erfolgte die notfallmäßige, mehrzeitige, chirurgische Infektsanierung bei diabet. Gangrän, infektiöser Myositis, infektiöser Faszitis und akuter Osteomyelitis. Es erfolgten chirurgische Débridements, partielle Faszektomie, Amputation DV, MFK-V-Köpfchen unter temporärer Anwendung von Unterdrucktherapie (VAC) sowie die Defektdeckung mittels lokaler Transpositions-Lappenplastik und Deckung des Hebedefekts mittels Spalthauttransplantation. Nach chirurgischer Sanierung und antibiotikafreier Beherrschung erfolgte die Identifizierung des Keimspektrums und die antibiogrammgerechte Antibiose (*Pseud. aeruginosa*, *Strept. agalactiae*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Peptostreptococcus anaerobius*). Unter orthopädischer Schuh-

versorgung konnte der Patient die Klinik unter enger Anbindung an die diabetische Fußambulanz zu Fuß verlassen.

Ergebnisse

Durch das interdisziplinäre, multimodale Therapiekonzept konnte ein Längenerhalt des Fußes oder gar eine Major-Amputation vermieden werden.

Schlussfolgerung

Die mehrzeitige, radikale chirurgische Infektsanierung und plastische Defektdeckung verhinderten eine Major-Amputation, was das primäre Ziel in der operativen Behandlung des DFS ist. Maßgeblich hierfür ist ein interdisziplinäres Behandlungskonzept, das auch den poststationären Verlauf sicherstellt.

Durch das aufwändige chirurgische Management konnte eine Major-Amputation verhindert werden und ein gutes funktionelles Ergebnis unter zurückhaltendem Einsatz von Antibiotika erzielt werden.

P20 Flüchtige organische Verbindungen (VOCs) im Wundgeruch: Welche sind relevant, unangenehm und zu kaschieren?

C. Nathrath¹, H. Lober², M. Wigger², S. Sielemann², S. C. Liegenfeld³, E. K. Stürmer^{1,3}

¹Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Comprehensive Wound Center UKE Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Hamburg, ²Prof. Dr. rer. nat. Stefanie Sielemann Hochschule Hamm-Lippstadt Instrumentelle und analytische Sensortechnik, Department Hamm 2, Hamm, ³Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, AG Transnationale Wundforschung, Hamburg

Hintergrund

Chronische und maligne Wunden erzeugen häufig unangenehme Gerüche, die auf flüchtige organische Verbindungen (VOCs) zurückzuführen sind und die Lebensqualität der betroffenen Patienten erheblich beeinträchtigen. Auch für das Gesundheitspersonal stellt dies eine erhebliche Herausforderung dar. Die derzeit verfügbaren Wundaufgaben, meist auf Aktivkohle basierend, bieten nur eine begrenzte Reduktion des Geruchs. Ziel dieser Studie ist es, die spezifischen, für den Geruch verantwortlichen VOCs zu identifizieren und deren Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten zu untersuchen.

Methoden

In die Studie wurden 92 Proben von 66 Patienten einbezogen. Es wurden sowohl benutzte Wundaufgaben als auch direkte Gasproben aus den Wunden analysiert. Zur Analyse der Wundaufgaben wurde erstmals sowohl die Gaschromatographie-Massenspektrometrie (GC-MS) als auch die Gaschromatographie-Ionenmobilitätsspektrometrie (GC-IMS) verwendet. Die Wundaufgaben wurden in Stücke geschnitten und in versiegelte Glasfläschchen gegeben. Nach der Verarbeitung wurden die Daten mit klinischen Bewertungen der Intensität des Wundgeruchs verglichen. Des Weiteren erfolgte eine Erhebung der mikrobiologischen Untersuchung der einzelnen Wunden.

Ergebnisse

Die Arbeit konnte bestätigen, dass GC-IMS und GC-MS zur Identifizierung von VOCs in Wundgerüchen geeignet sind. Insgesamt wurden 165 VOCs mittels GC-IMS und 183 VOCs mittels GC-MS

identifiziert, was die Komplexität des Wundgeruchs verdeutlicht. Zu den am häufigsten nachgewiesenen Verbindungen gehörten Dimethyldisulfid, Butanol und Hexanal. Dimethyltrisulfid ist als potenzieller Biomarker für spezifische bakterielle Infektionen zu werten. Eine Reihe nachgewiesener, bereits vorbeschriebener Substanzen lassen den Schluss zu, dass es sich um bakterielle Stoffwechselprodukte (z. B. von *E. coli*, *P. aeruginosa*) handelt. Das Vorhandensein spezifischer Verbindungen ist zwar klinisch relevant, die Kombination mehrerer flüchtiger VOCs trägt jedoch stärker zum Wundgeruch bei.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse verdeutlichen die Komplexität des Wundgeruchs, der durch eine Vielzahl von VOCs verursacht wird. Ein wirksames Geruchsmanagement erfordert einen vielschichtigen Ansatz, einschließlich der Entwicklung neuer Wundauflagen, die relevante VOCs adsorbieren oder kaschieren. Weitere Forschung ist erforderlich, um innovative Lösungen für das Geruchsmanagement in der Wundversorgung zu entwickeln. Die Aufschlüsselung insbesondere der unangenehmen Gerüche ist ein erster Schritt zur nachhaltigen, effektiven Lösung des Problems.

P21 Antiseptika-Challenges in Multi-Spezies Biofilmen: Wer gewinnt?

M. Dittmer¹, M. Geffken², I. Alio³, W. Streit³, E. S. Debus¹, E. K. Stürmer¹

¹Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Gefäßmedizin; Translationale Wundforschung, Hamburg, ²Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Institut für Transfusionsmedizin, Hamburg, ³Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Abteilung für Mikrobiologie und Biotechnologie, Hamburg

Einleitung

Chronische Wunden sind in unserer Gesellschaft ein vielschichtiges Problem. In den meisten Fällen sind diese Wunden mit Biofilmen besiedelt. Die häufigsten Bakterien, die diese Biofilme bilden, sind *Staphylococcus aureus* und *Pseudomonas aeruginosa*, der häufigste Pilz *Candida albicans*. Die Biofilm-Matrix ist eine eigene Schutzschicht der Mikroorganismen, die sie toleranter gegen antimikrobielle Behandlungen macht. Bei den verschiedenen Mikroorganismen kann es sowohl zu einer interspezifischen Konkurrenz als auch zu einer Synergie gegen den humanen Wirt kommen.

Methoden

Durch eingeschleuste Fluoreszenzgene können Bakterien und andere Mikroorganismen „leuchten“ und auf diese Weise gezielt unter einem Laser-Scanning-Mikroskop untersucht werden. Die Auswirkungen von Antiseptika-Applikation und die daraus resultierenden interspezifische Interaktion können so im humanen Multi-Spezies-Biofilmmodell (IhBIOM) visualisiert werden.

Ergebnisse

Die bekannte Dominanz von *P. aeruginosa* gegenüber *S. aureus* konnte generell bestätigt werden. Im Wundbiofilmmodell kommt es zu einer klaren räumlichen Trennung dieser beiden. Jedoch löst der Einsatz von z.B. Octenidin-di-hydrochlorid eine scheinbare, gegenseitige Toleranz aus, sodass die beiden Stämme sich annähern und Verdrängungsfaktoren herunterreguliert werden. In weiteren Biofilm-Modellen löst die Anwesenheit von *S. aureus* bei *C. albicans* die Entwicklung von (Pseudo-)Hyphen aus, was

ein Virulenzfaktor dieser Hefe ist. Die räumliche Anordnung der pathogenen Mikroorganismen im Biofilm zeigt, wie diese den Antiseptika ausweichen und somit scheinbar eine „Antiseptika-Toleranz“ entwickeln.

Schlussfolgerung

Diese translationalen, humanen Biofilm-Analysen zeigen, dass Mikroorganismen unter dem Einfluss einer weiteren Spezies andere Verhaltensmuster zeigen als allein. Für die Behandlung von Wunden ist es vorteilhaft, auch den Aspekt der interspezifischen Synergie oder Konkurrenz zu betrachten, um spezifischer auf eine Wundinfektion reagieren zu können.

P22 Narbenmodulation durch Kaltplasmatherapie

S. Haller, A. Bruhin

Luzerner Kantonsspital, Zentrum für komplexe Wunden, Haus 40, Luzern, Schweiz

Zielsetzung

Die Kaltplasmatherapie hat sich als adjuvantes Therapieverfahren in der Wundbehandlung etabliert. Insbesondere bei Patienten mit einer Perfusionsstörung im Sinne eines reduzierten Kapillarsystems, wie es auch in Narbengewebe zu finden ist, können erfreuliche Resultate erzielt werden.

Der Vortrag umfasst das exemplarische Aufzeigen der Möglichkeiten der Kaltplasmatherapie anhand einer Fallserie von Patienten mit kontrakten Narben mit Bewegungseinschränkungen.

Methoden

Selektion von Patienten aus dem Patientengut unseres Wundambulatoriums mit invalidisierenden Bewegungseinschränkungen im Rahmen der Narbenbildung trotz physikalischer Therapiemaßnahmen (Physiotherapie, Ergotherapie).

Messung und Aufzeichnung des Bewegungsumfanges der betreffenden Gelenke vor und während der Kaltplasmatherapie im Verlauf.

Kaltplasmatherapie mit einem System mit Stift-Applikator im wöchentlichen Rhythmus mit 30 Sekunden Applikation pro Quadratzentimeter zu behandelnder Fläche.

Ergebnisse

75 Jahre, männlich, 4,5 Monate Kaltplasmatherapie : Verbesserung Knieflexion um 55° (von 60° auf 115°) und Knieextension um 15° (von -45° auf -30°)

44 Jahre, weiblich, 6,5 Monate Kaltplasmatherapie : Verbesserung Flexion MCP-Gelenk 5. Finger um 25° (von 65° auf 90°) und Extension um 30° (von -60° auf -30°). Flexion MCP-Gelenk 2. Finger um 25° (von 65° auf 90°) und Extension um 35° (von -45° auf -10°).

Ein deutlicher Effekt zeigte sich nach zwei Monaten regelmäßiger (wöchentlicher) Kaltplasmatherapie.

Schlussfolgerung

Durch regelmäßige Kaltplasmatherapie kann bei narbenbedingten Bewegungseinschränkungen, selbst bei Stagnation unter physikalischer Therapie, eine deutliche Verbesserung des Bewegungsumfanges erreicht werden.

Wir postulieren, dass die Verbesserung der Mikrozirkulation im Bereich solcher Vernarbungen durch die Kaltplasmatherapie

zu einer Narbenmodulation mit Reduktion der Narbendicke und Rigidität führt. Daraus resultieren flachere und flexiblere Narbenareale mit einer deutlichen Verbesserung der Beweglichkeit. Somit ist eine regelmäßige Kaltplasmatherapie solcher Narbenbereiche über einen längeren Zeitraum sinnvoll.

Sollten sich diese Ergebnisse in randomisierten Studien bestätigen, steht mit der Kaltplasmatherapie eine einfache und sichere Therapieoption zur Narbenmodulation und Verbesserung von narbenbedingten Bewegungseinschränkungen zur Verfügung, womit auch operative korrektive Narbenplastiken vermieden werden können.

P23 Wundkonditionierung chronischer Wunden durch Kaltplasmatherapie und Deckung mittels Fischhaut-MESH (KerecisR Omega 3)

D. Pixner, C. Verkade, M. Hatzer-Lorenz, W. Schlosser

Abteilung für Allgemeinchirurgie, Allgemeines Öffentliches Bezirkskrankenhaus, Ehenbichl, Österreich

Einführung

Chronische Wunden sind ein ernstes Gesundheitsproblem, das die Lebensqualität eines Patienten grundlegend beeinträchtigt und gleichzeitig den Gesundheitssystemen und der Gesellschaft große Kosten auferlegt. Der Umgang mit chronischen Wunden ist nach wie vor eine Herausforderung. Kaltatmosphärische Plasmatherapie (KAP) und Fischhaut-Xenotransplantate haben antibakterielle Eigenschaften und das Potenzial zur Förderung der Wundheilung gezeigt. In diesem Fallbericht beschreiben wir drei Patienten mit komplexen Wunden, die mit der CAP-Therapie vorkonditioniert und anschließend mittels Abdeckung von Fischhaut-Xenotransplantaten behandelt wurden. Die Ergebnisse nach der CAP-Therapie und der Abdeckung von Fischhaut-Xenotransplantaten waren bemerkenswert und unterstreichen die Wirksamkeit dieser Behandlungsmöglichkeiten bei der Behandlung komplexer Wunden.

Vor über 20 Jahren entwickelte eine Gruppe von Wundversorgungsexperten einen systematischen Ansatz für die Vorbereitung von Wunden und präsentierte ihn in einem einfachen und leicht zu bedienenden Rahmen, das als TIME-Akronym [2] bekannt ist. Das Akronym steht für Gewebe (T): Bewertung und Débridement von nicht lebensfähigen Geweben; Infektion/Entzündung (I): Bewertung der Ätiologie, Infektionskontrolle und Management von Entzündungen; Feuchtigkeitungleichgewicht (M): Bewertung der Ätiologie und Behandlung von Wundexsudat; Wundrand (E): Bewertung nicht fortschrittlicher oder untergrabener Wundränder und Zustand der umgebenden Haut.

Eine häufige Herausforderung bei der Wundheilung ist eine Infektion. Es gibt viele Ansätze zur Behandlung und Vorbeugung von Wundinfektionen [3]. KAP, das in der Wundtherapie verwendet wird, hemmt Mikroben in chronischen Wunden durch seine antiseptischen Eigenschaften und fördert gleichzeitig die Heilung durch die Stimulierung der Zellproliferation und die Migration von peripheren Hautzellen [4]. Darüber hinaus wurde Fischhaut-Xenograft zur Behandlung von diabetischen Wunden, traumatischen Wunden, teilweise dicken Verbrennungen, akuten chirurgischen Schnitten und nekrotischen Wunden [5–7] eingeführt.

Kaltes atmosphärisches Plasma (KAP)

Plasmabasierte Behandlungsstrategien wurden in der Biomedizintechnik in den letzten zwei Jahrzehnten bei der Behandlung sowohl von Ulzerationen als auch bei Karzinomen eingesetzt [8]. KAP ist ein ionisiertes Gas bei nahezu Raumtemperatur, das aus geladenen Teilchen (wie Elektronen und verschiedenen reaktiven Sauerstoff- und Stickstoffspezies) sowie neutralen Teilchen (einschließlich neutraler Atome und Moleküle) [9] besteht. Darüber hinaus enthält es UV-Bestrahlung und ein elektrisches Feld, das in Kombination mit verschiedenen Ionen und reaktiven Spezies biologische Effekte hervorruft, die für die Geweberegeneration entscheidend sind [8]. Kaltes Plasma hat das Potenzial, die bakterielle Belastung zu reduzieren, die Hämostase zu fördern und die Geweberegeneration bei der Wundheilung zu stimulieren [8].

Fischhaut-Xenograft

Die KerecisR-Omega3-Wundmatrix ist eine azelluläre Hautmatrix, die aus der Bauchhaut des nordatlantischen Kabeljaufisches (*Gadus Morhua*) stammt [6]. Aufgrund des sorgfältigen Prozesses der Dezellularisierung und Konservierung bleiben die Protein- und Matrixstruktur – bemerkenswert ähnlich der menschlichen Haut – intakt [6]. Seine poröse Mikrostruktur erleichtert auch das Wachstum von Hautzellen und Kapillaren [6]. Das Fischhaut-Xenograft wurde zur Behandlung verschiedener Wunden eingeführt, einschließlich diabetischer, chirurgischer und nekrotischer Wunden, und hat entzündungshemmende und antibakterielle Eigenschaften gezeigt [6].

Diskussion

Die Behandlung chronischer Wunden kann eine Herausforderung sein. Zunächst wird in der Regel eine topische Behandlung versucht, oft zusammen mit einem Débridement. Wenn sich dieser Ansatz als unzureichend erweist, kann es notwendig sein, ein umfangreiches Débridement unter Narkose durchzuführen, gefolgt von der Verwendung von Hauttransplantaten oder Hautlappen. Hauttransplantate werden typischerweise bei Wunden mit großem Gewebeverlust verwendet. Hauttransplantate können auf Grund ihrer Dicke in Spalthaut- und Vollhaut-Transplantate kategorisiert werden. Spalthaut-Transplantate gelten als Standardverfahren zur Abdeckung kleiner Wunden mit epidermalen Schäden. Ihre Verwendung ist jedoch durch die Verfügbarkeit von Spenderhaut und den Bedarf an einem vaskularisierten Wundgrund begrenzt. Darüber hinaus werden Hauttransplantate in drei Arten eingeteilt, je nach Herkunft des Spenders – Autotransplantate, Allografts und Xenotransplantate. Autografts bleiben der chirurgische Goldstandard für die Hautreparatur. Der Vorteil ist eine fehlende Abstoßung und die Wiederherstellung des lokalen Gefäßsystems und der epidermalen Funktion. Der Heilungsprozess an der Spenderstelle kann jedoch schmerzhaft sein und zu späteren Narben führen. Xenotransplantate können eine Alternative zur Deckung von epidermalen Schäden bieten. Die Wunde vor der Abdeckung mit CAP zu konditionieren, hilft, die bakterielle Belastung zu reduzieren. Bei unseren drei Patienten haben wir einen signifikanten Nutzen bei der Anwendung von CAP vor der Abdeckung der Fischhaut beobachtet.

Schlussfolgerung

Die Kombination aus Kerecis® Omega3 Fish Skin Xenografts und CAP-Therapie hat vielversprechende Ergebnisse bei der Heilung komplexer chronischer Wunden gezeigt. Unsere erfolgreiche

Anwendung dieses Ansatzes in drei Patientenfällen bietet eine alternative Wundbehandlung bei chronischen Wunden, durch optimale Wundvorbereitung und anschließender MESH-Deckung, nach vorangegangenen mehreren erfolglosen Versuchen. Weitere angelegte Forschungen und Beobachtungen sind jedoch notwendig, um die vollen Vorteile und potenziellen Komplikationen dieser Therapien zu untersuchen.

Quellen

1. Olsson M, Järbrink K, Divakar U, Bajpai R, Upton Z, Schmidtchen A, Car J. (2018). The humanistic and economic burden of chronic wounds: A systematic review. *Wound Repair and Regeneration*, 27(1), 114–125. <https://doi.org/10.1111/wrr.12683>
2. Schultz G S, Sibbald R G, Falanga V, Ayello E A, Dowsett C, Harding K, Romanelli M, Stacey M C, Teot L, Vanscheidt W. (2003). Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair and Regeneration*, 11(s1). <https://doi.org/10.1046/j.1524-475x.11.s2.1.x>
3. Han G, Ceilley R. (2017). Chronic Wound Healing: A review of current management and Treatments. *Advances in Therapy*, 34(3), 599–610. <https://doi.org/10.1007/s12325-017-0478-y>
4. Nasir N M, Lee B, Yap S, Thong K, Yap S. (2016). Cold plasma inactivation of chronic wound bacteria. *Archives of Biochemistry and Biophysics*, 605, 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.abb.2016.03.033>
5. Daidone C, Salim N, Smith L, Raza A. (2024). The role of fish skin xenografts in healing complex wounds: A brief case report. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.56156>
6. Dorweiler B, Trinh T T, Dünschede F, Vahl C F, Debus E S, Storck M, Diener H. (2018). The marine Omega3 wound matrix for treatment of complicated wounds. *Gefäßchirurgie*, 23(S2), 46–55. <https://doi.org/10.1007/s00772-018-0428-2>
7. Stone R, Saathoff E C, Larson D A, Wall J T, Wienandt N A, Magnusson S, Kjartansson H, Natesan S, Christy R J. (2021). Accelerated Wound Closure of Deep Partial Thickness Burns with Acellular Fish Skin Graft. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(4), 1590. <https://doi.org/10.3390/ijms22041590>
8. Kolimi P, Narala S, Nyavanandi D, Youssef A a A, Dudhipala N. (2022). Innovative treatment strategies to Accelerate wound healing: Trajectory and recent advancements. *Cells*, 11(15), 2439. <https://doi.org/10.3390/cells11152439>
9. Emmert S, Pantermehl S, Foth A, Waletzko-Hellwig J, Hellwig G, Bader R, Illner S, Grabow N, Bekeschus S, Weltmann K, Jung O, Boeckmann L. (2021). Combining biocompatible and biodegradable scaffolds and cold atmospheric plasma for chronic wound regeneration. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(17), 9199. <https://doi.org/10.3390/ijms22179199>

P24 Datenerhebung zum Anlageverhalten einer neuen Kurzzugbinde

C. Böhm, A. Namislo, C. Bauer, T. Geiermann, M. Abel

Lohmann & Rauscher GmbH & Co. KG, Neuwied

Zielsetzung

Für eine erfolgreiche Kompressionsbehandlung von Ödemen, venösen und lymphatischen Erkrankungen der unteren Extremität sind Mehrkomponenten-Verbandsysteme mit bis zu vier separaten Verbänden etabliert, erfordern aber auch Zeit und Erfahrung in der Anwendung. Eine neue 3-in-1-Kurzzugbinde, die Hautschutz, Polsterung und Kompressionsschicht vereint, wurde für die Phlebologie entwickelt und das Anlageverhalten an gesunden Probanden in einem Anwendertest getestet.

Methoden

Erfahrenen Anwendern wurde das Produkt im Rahmen einer Fortbildung zur Verfügung gestellt, damit sie das Produkt an die Unterschenkel zweier gesunder Probanden anlegen. Wickeltechnik, benötigte Dauer für das Anlegen, verwendetes Fixiermaterial und Händigkeit der Anwender wurden erhoben. Zudem wurden die Teilnehmer gebeten, in einem Fragebogen die Anwendung des Produktes zu beurteilen. Der Test war auf insgesamt eine Stunde begrenzt. (2024-17852, 22.11.2024, Ethik Kommission Landesärztekammer Rheinland Pfalz)

Ergebnisse

26 Teilnehmer gaben Rückmeldung zum Anlageverhalten. Von diesen wurden die Binde* insgesamt 20-mal gewickelt. Die Anwender verfügten über durchschnittlich 24 Jahre Erfahrung. Die durchschnittliche Zeit zur Anlage betrug eine Minute. Eine Wicklung in Spiraltechnik wurde bevorzugt. Die Anwender hoben die Weichheit des Produktes hervor und die Einfachheit in der Anlage. Als Anwendungsgebiete wurden chronisch-venöse Insuffizienz, post-traumatische, post-operative Versorgung sowie die Anwendung bei immobilen Patienten und in der Palliativversorgung genannt. Die neue Binde soll unter vollem Zug (safe-loc) gewickelt werden, um einen ausreichenden Kompressionsdruck zu gewährleisten.

Schlussfolgerung

Eine Kurzzugbinde, die drei Eigenschaften vereint (Hautschuttlage, Polsterung und Kompression) und einfach anzulegen ist, kann die Akzeptanz für die Kompressionstherapie erhöhen.

*Rosidal® 1C

P25 Ergebnisse einer multi-zentrischen, prospektiven, Real-Life-Anwenderstudie zu den Eigenschaften eines Mehrkomponenten-Kompressionssystems in einer Binde bei der Behandlung von 344 Patienten mit Ulcus Cruris Venosum und/oder Ödemen

C. Schicker¹, M. Moelleken², J. Dissemond², T. Breitfeld³, E. Häuser⁴

¹Ärztezentrum Bad König, Bad König, ²Universitätsklinikum Essen, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Essen, ³Wundzentrum Harz, Chirurgie, Wernigerode, ⁴Urgo GmbH, Medical Affairs, Sulzbach

Zielsetzung

Das Ziel dieser Real-Life-Anwenderstudie war es, die Wirksamkeit und den praktischen Einsatz des Mehrkomponenten-Kompressionssystems in einer Binde* bei der Behandlung ambulanter Patienten mit Ulcus cruris venosum und/oder Ödemen der unteren Extremitäten in der täglichen Praxis zu untersuchen.

Methoden

Prospektive, multizentrische Anwenderstudie, durchgeführt in 40 Zentren in Deutschland (März 2022 bis Juli 2023). Zu den Hauptbewertungskriterien gehörten u.a. die Wund- und Ödementwicklung, das Anlegen durch die Anwender und die Verträglichkeit sowie die Akzeptanz des Kompressionssystems durch die Patienten.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 344 Patienten über einen durchschnittlichen Zeitraum von 48±30 Tagen mit dem besagten Kompressionssystem behandelt; 276 Patienten wiesen Ödeme und 197 ein Ulcus cruris venosum auf. Bei Abschlussvisite zeigten sich 48,7% aller Ulcera cruris venosa vollständig abgeheilt. Die Heilungsrate war deutlich höher bei den Patienten, die nur ein Ulcus aufwiesen (75%) im Vergleich zu denen, die sowohl ein Ulcus als auch ein Ödem aufzeigten (34,9%).

Bei 87% der Patienten waren die Ödeme bei Abschlussvisite vollständig rückläufig oder hatten sich stark reduziert. Der Wadenumfang verringerte sich im Durchschnitt um 3,7 cm in den Fällen, in denen das Ödem nicht vollständig rückläufig war. Das Kompressionssystem wurde von der großen Mehrheit der Patienten, die über eine Verbesserung des Tragekomforts im Vergleich zu früheren Systemen berichteten, als „sehr gut akzeptiert“ beurteilt. Die Anwender beurteilten das Kompressionssystem als „sehr einfach anzuwenden“ mit einer medianen Applikationszeit von 1,8 Minuten (dreimal pro Woche) und „äußerst nützlich“.

Schlussfolgerung

Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den bisher vorliegenden Daten aus kontrollierten klinischen Studien für das verwendete Kompressionssystem und untermauern dessen gute Wirksamkeit, Verträglichkeit, Akzeptanz und Nützlichkeit bei der Behandlung von Patienten mit Ulcus cruris venosum und/oder Ödemen.

*UrgoK1, Laboratoires Urgo, Frankreich

P26 „Ich war überrascht, dass die Venen die Ursache waren“ - Der Pflege- und Krankheitsverlauf von Menschen mit venösen Bein- geschwüren: eine qualitative Studie

R. Schick^{1,2,3}, C. Staub-Buset⁴, G. Vujic⁵, S. Lachappelle^{3,6}, E. M. Panfil^{3,7}

¹Berner Fachhochschule (BFH), Departement Gesundheit, Bern, Schweiz, ²Universitätsspital Bern, Medizinbereich Abdomen, UVCN, Bern, Schweiz, ³Universität Basel, Institute of Nursing Science (INS), Basel, Schweiz, ⁴IZZ Immunology Center, Zürich, Schweiz, ⁵FELIX PLATTER Spital, Basel, Schweiz, ⁶Universitätsspital Basel, Departement für Orthopädie und Traumatologie, Basel, Schweiz, ⁷Universitätsspital Basel, Abteilung Praxisentwicklung und Forschung Pflege/MTT, Basel, Schweiz

Hintergrund

Patienten und Patientinnen mit einem Ulcus cruris venosum (UCV) weisen häufig eine inadäquate Selbstpflege auf. Eine personenzentrierte Versorgung wird in diesem Kontext als effektive Unterstützung betrachtet. Das Verständnis des Pflege- und Krankheitsverlaufs aus der Perspektive der Betroffenen könnte entscheidend dazu beitragen, deren Bedürfnisse präziser zu erfassen und entsprechende Versorgungsstrategien zu entwickeln.

Ziel

Ziel der vorliegenden Studie war es, den Pflege- und Krankheitsverlauf bei Patienten und Patientinnen mit UCV zu analysieren und darzustellen.

Methoden

Mithilfe eines qualitativen Forschungsdesigns führten wir Einzelinterviews mit einer gezielten Stichprobe von 12 Patienten und Patientinnen durch, die im Wundambulatorium eines Universitätsspitals behandelt wurden. Anhand der thematischen Analyse werteten wir die Daten aus. Als theoretischer Bezugsrahmen diente das „Illness Trajectory Model“.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasste 8 Frauen und 4 Männer mit einem Durchschnittsalter von 74 Jahren, die unterschiedliche Wund-dauern, Rezidivraten und Komorbiditäten aufwiesen. Wir identifizierten sechs für den Krankheitsverlauf relevante Phasen: (1) „Unfall“ oder „Mückenstich“; (2) Erfahrungswissen stößt an Grenze; (3) Aufsuchen einer professionellen Hilfe; (4) Hilfe vom Wundambulatorium; (5) Abschied nehmen von der Normalität; (6) UCV im Alltag meistern.

Schlussfolgerung

Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen wiesen unterschiedlich ausgeprägte Kompetenzen im Selbstmanagement (SM) auf, die häufig inadäquat waren. Ein unzureichendes Bewusstsein für die Wunde als Symptom und Komplikation einer ursächlichen Erkrankung führte in vielen Fällen zu einer unzureichenden und ineffektiven Wundbehandlung. Adäquates SM entwickelte sich vorrangig durch Lernprozesse auf Basis persönlicher Erfahrungen. Die gezielte Förderung von Erfahrungswissen sowie bedürfnisorientierte Edukationsangebote könnten zur Verbesserung des SM und damit der Versorgungsergebnisse bei Patienten und Patientinnen mit UCV beitragen.

P27 Lebensqualität messen und verstehen - Interpretation des Wound-QoL-Fragebogens

T. M. Janke, M. Augustin, F. Zirkenbach, C. Blome

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen, Hamburg

Zielsetzung

Der Wound-QoL erfasst die Lebensqualität (LQ) bei chronischen Wunden und wird weltweit in über 30 Sprachen eingesetzt. Es liegen zwei Versionen vor: der Wound-QoL-17 mit 17 Items (Fragen) sowie der Wound-QoL-14 (um 3 Items gekürzte Version). Patienten und Patientinnen beantworten den Fragebogen auf einer fünfstufigen Antwortskala. Für die Praxis ist eine schnelle und valide Interpretation der Ergebnisse von besonderer Bedeutung. Für diesen Zweck wurden erstmals Wound-QoL-Bands (Schwellenwerte) zur Interpretation der Ergebnisse entwickelt.

Methoden

Für die Entwicklung der Wound-QoL-Bands wurden Daten einer europaweiten Studie genutzt. Menschen mit chronischen Wunden beantworteten unter anderem den Wound-QoL-17 (dieser enthält den Wound-QoL-14) und eine globale Ankerfrage zur Beeinträchtigung ihrer LQ durch die Wunde. Es wurden Korrelationen zwischen der Globalfrage und den beiden Wound-QoL-Versionen berechnet sowie Häufigkeiten, Mittelwert, Median und Modalwert der Globalfrage auf den Wound-QoL-Werten abgebildet. Hieraus wurden verschiedene Versionen der Wound-QoL-Bands entwickelt. Für jede dieser Versionen wurde das gewichtete Kappa (κ) als Maß der Übereinstimmung berechnet. Für die finalen Schwellenwerte wurden die Wound-QoL-Mittelwerte zudem in Summenwerte übersetzt.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasste 305 Personen (52,8% männlich; Altersdurchschnitt 68,5 Jahre; 49,2% Ulcus cruris, 23,9% diabe-

tisches Fußulkus, 19,3% sonstige inkl. Dekubitus). Es wurden vier unterschiedliche Bands-Versionen entwickelt. Die Version mit der besten Übereinstimmung (Wound-QoL-17: $\kappa = 0,564$; Wound-QoL-14: $\kappa = 0,550$) teilte die Wound-QoL-Mittelwerte entsprechend der Beeinträchtigung der LQ wie folgt ein: 0–0,25 = gar nicht/kaum beeinträchtigt; >0,25–1 = etwas; >1–2 = mittelmäßig; >2–3 = ziemlich; >3–4 = sehr. Dies entspricht den folgenden Summenwerten im Wound-QoL-17 (bzw. Wound-QoL-14): 0–4 (0–3) = gar nicht/kaum; 5–17 (4–14) = etwas; 18–34 (15–28) = mittelmäßig; 35–51 (29–42) = ziemlich; 52–68 (43–56) = sehr.

Schlussfolgerung

Zur besseren Interpretation des Wound-QoL in der Praxis wurden erstmals Bands entwickelt, die sich als valide und robust erwiesen haben und die Nutzung des Fragebogens in der Forschung und Behandlungsroutine vereinfachen.

P28 Praxisentwicklungsprojekt: Lebensqualität als Schlüssel für eine personenzentrierte Wundversorgung im Krankenhaus

R. Clemens, N. Weidmann, F. Konstanski, N. Baranow, E. Boz, I. Mahler, D. Metz

Klinikum Darmstadt GmbH, Darmstadt

Zielsetzung

Das Vorhandensein einer chronischen Wunde kann mit Beeinträchtigungen und Veränderungen im Alltag verbunden sein und erfordert eine sach- und fachgerechte Wundversorgung. Ziel des Praxisentwicklungsprojektes ist es den Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ (DNQP 2015) zu verstetigen und die evidenzbasierte und personenzentrierte Pflege zu fördern.

Methoden

Die Vorgehensweise orientiert sich an der Methodologie Praxisentwicklung (McCormack B., Manley K., Garbett R. 2009) und wird mithilfe eines Multiplikatoren- und Multiplikatorinnenkonzeptes auf zwei Pilotstationen (Gefäßmedizin, Radioonkologie und Strahlentherapie) im Zeitraum von drei Monaten umgesetzt. Die Analyse wird mithilfe Wound-QoL-17 (Blome C., Augustin M. 2014), DNQP-Audit-Fragebogen 1 (DNQP 2015) und Personenzentrierte Momente (Mayer H., Köck-Hódi S. 2022) anhand einer Gelegenheitsstichprobe erfasst und in anonymisierter Form mittels Microsoft Excel deskriptiv dargestellt

Ergebnisse

Im Wound-QoL-17 konnten 20 Personen, im DNQP-Audit 17 Personen und in den Personenzentrierten Momenten 6 Personen eingeschlossen werden. Insgesamt konnte im Wound-QoL-17 ein Gesamtmittelwert der Lebensqualität von 2,2 ermittelt werden. Die Subskala „Körper“ zeigte mit 55% einen Handlungsbedarf im Item Schmerz. Sorgen um die Wunde machten sich 55% in der Subskala „Psyche“. Auffällig zeigte sich die Subskala „Alltag“, in der sich 75% der Personen in ihren Freizeitaktivitäten eingeschränkt fühlten. Individuelle Maßnahmenplanung (47,1%) und das Angebot einer Beratung hinsichtlich der Lebensqualität (26,7%) weist anhand des DNQP-Audits einen

weiteren Handlungsbedarf auf. Das Bewusstsein der Pflegefachpersonen über Werte und Überzeugungen sowie das ganzheitliche Arbeiten im Praxisalltag wurde in den Personenzentrierten Momenten gefördert.

Schlussfolgerung

Die Erfassung der subjektiven Lebensqualität kann als Schlüssel zur schnellen und strukturierten Informationsbeschaffung im Krankenhausalltag eingesetzt werden. Mithilfe der Erkenntnisse können die individuellen Maßnahmen dazu beitragen, eine personenzentrierte Versorgung im Krankenhaus weiter zu etablieren. Es kann als Sprachrohr für die interprofessionelle Zusammenarbeit dienen, unterstützt den „Rundum-Blick“ und trägt nachhaltig zur Versorgungsqualität bei.

P29 „Ich hätte nie gedacht, dass man mir eines Tages die Zehen abnehmen könnte“ – Der Pflege- und Krankheitsverlauf von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom: eine qualitative Studie

S. Lachappelle¹, M. Clauss¹, J. Wüthrich¹, R. Schick², E. M. Panfil¹

¹Universitätsklinik Basel, Basel, Schweiz, ²Berner Fachhochschule (BFH), Bern, Schweiz

Fragestellung

Das Diabetische Fußsyndrom (DFS) ist mit hohen Rezidivraten, Amputationen, beträchtlichen Gesundheitskosten und für Betroffene mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität verbunden. Maßnahmen zur Prävention des DFS werden von den Betroffenen meist nur unzureichend umgesetzt. Basis einer „person-centred care“ ist das Wissen um die gesundheitlichen Bedürfnisse und Erwartungen der Menschen. Derzeit fehlt die Längsschnittperspektive des Pflege- und Krankheitsverlaufs von Patienten mit DFS, um bedürfnisorientierte unterstützende Maßnahmen anzubieten. Ziel der Studie ist die Beschreibung des Pflege- und Krankheitsverlaufes bei Patienten mit DFS.

Methoden

Wir haben ein qualitatives Design mit Einzelinterviews im Wundambulatorium eines Akutspitals auf Basis einer gezielten Stichprobe genutzt und die Daten thematisch auf Basis des „Illness Trajekt“-Modells als theoretischem Bezugsrahmen analysiert.

Ergebnisse

Wir schlossen 12 Patienten (8 Männer, 4 Frauen, 32–80 Jahre) mit unterschiedlicher Wunddauer, Rezidivzahl und Amputationsrate ein. Wir identifizierten sechs Phasen des Pflege- und Krankheitsverlaufs: (1) Vor der Erkrankung: der stille oder nicht präsente Diabetes mellitus, (2) Auftreten der ersten Wunde: das präsente Diabetische Fußsyndrom, (3) akut: in stationäre Behandlung müssen, (4) Krise: aus einer „Mücke“ wird ein „Elefant“, (5) stabil: in ambulanter Behandlung sein und wundfreie Phasen erleben, (6) instabil: das Auftreten von Rezidiven. Die Befragten führten Selbstmanagement im Hinblick auf das DFS durch und agierten als ihre eigenen „Case Manager“. Sie verhielten sich aufgrund von Wissensdefiziten, mangelndem Verständnis oder weil sie „Normalität“ und möglichst unabhängig

vom Gesundheitssystem sein wollten, entgegen von Verhaltensempfehlungen. Zudem mussten sie weitere Aufgaben für zahlreiche andere vorhandene Krankheiten wahrnehmen.

Schlussfolgerung

Der „stille Diabetes“ steht nicht immer im Vordergrund der Krankheitsbewältigung. Die Ergebnisse sind Basis für eine personenzentrierte Versorgung im Akut-Setting. Sie helfen, aus Sicht der gesundheitlichen Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten und Angehörigen empathisch in den Dialog zu treten und verstehend bedürfnisorientierte Maßnahmen zu planen.

P30 Was ist relevant für Menschen mit chronischen Wunden? - Inhaltsvalidierung des Wound-QoL-Fragebogens zur Erfassung der Lebensqualität

T. M. Janke¹, B. Hester¹, J. Jahn¹, J. Rusch¹, M. Augustin¹, F. Zirkenbach¹, E. K. Stürmer², C. Blome¹

¹Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen, Hamburg,

²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Hamburg

Zielsetzung

Der Wound-QoL-17 und seine Kurzversion Wound-QoL-14 messen die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Menschen mit chronischen Wunden. In dieser Studie wurde die Inhaltsvalidität des Fragebogens untersucht und somit geprüft, inwieweit der Fragebogen für Betroffene inhaltlich relevant, umfassend und verständlich ist.

Methoden

Personen mit chronischen Wunden wurden in ambulanten und stationären Einrichtungen rekrutiert. Es wurden teilstrukturierte leitfadengestützte Interviews geführt, aufgezeichnet, wortwörtlich transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert.

Ergebnisse

Die meisten der 21 Teilnehmenden (Durchschnittsalter 63 Jahre, n=16 männlich) hatten ein Ulcus cruris (n=11) oder eine diabetische Fußwunde (n=8). Eine Hauptkategorie in der Analyse waren die Items, wobei jedes Item des Fragebogens eine Subkategorie darstellte und diese jeweils hinsichtlich Inhalt, Relevanz und Verständlichkeit untersucht wurden. Weitere Hauptkategorien waren insbesondere die Relevanz des Gesamtfragebogens, die Verständlichkeit des Gesamtfragebogens und die Ausführlichkeit des Gesamtfragebogens sowie Präferenzen hinsichtlich Version Wound-QoL-17 vs. Wound-QoL-14. Die Teilnehmenden verstanden die einzelnen Items meist gut, fanden sie leicht zu beantworten und für ihre Situation relevant. Die Fragen zu Wundschmerzen, Frustration aufgrund langer Heilungsdauer, Sorgen wegen der Wunde sowie Angst vor Verschlechterungen und neuen Wunden wurden besonders häufig als relevant beurteilt. Der Gesamtfragebogen wurde überwiegend als relevant, verständlich und umfassend bewertet, einschließlich der Anweisungen, der Antwortskala und des erfragten Zeitraums von 7 Tagen.

Schlussfolgerung

Diese qualitative Studie bestätigt nach internationalen methodischen Standards die inhaltliche Validität des Wound-QoL für Personen mit Ulcus cruris oder diabetischem Fußulkus und zeigt, dass er das Konstrukt der wundspezifischen Lebensqualität adäquat widerspiegelt. Empfohlen wird der Einsatz des Wound-QoL-17 im klinischen Alltag, wenn eine differenzierte Bewertung gewünscht ist. Für Studien, in denen der Gesamt-Score im Vordergrund steht, empfiehlt sich der Wound-QoL-14.

P31 Strategien zur Implementierung einer ambulanten Mikroschulung „Verbandwechsel zuhause“ (MoVes)

E. M. Panfil, P. Waldispuehl, J. Wüthrich, V. Todorov, M. Kläusler, M. Sivanathan

Universitätsspital Basel, Basel, Schweiz

Fragestellung

Eine Aufgabe von Wundexperten im ambulanten Bereich ist der Verbandwechsel. Eine entsprechende Schulung von Patienten und ihren Angehörigen könnte ihr Selbstmanagement und Unabhängigkeit fördern sowie Behandlungskosten reduzieren. Ziel unseres Projektes war es, ein Schulungskonzept für den „Verbandwechsel zuhause“ basierend auf pädagogischen Prinzipien für ein chirurgisches Wundambulatorium eines Universitätsspitals zu entwickeln [3] (Phase 1), im klinischen Alltag zu implementieren (Phase 2) und zu evaluieren (Phase 3). Nach einer Schulung der Wundexperten für die Mikroschulung zeigte sich, dass die Mikroschulung nicht so häufig wie gewünscht in der Praxis angeboten wurde. Gründe waren u. a. mangelnde zeitliche Ressourcen, „Vergessen“ im Arbeitsalltag sowie mangelnde strategische Bedeutung und Unterstützung. Ziel war deswegen, systematisch Maßnahmen zu identifizieren, die gewährleisten, dass alle geeigneten Patienten die Mikroschulung erhalten.

Methoden

Wir nutzten Methoden aus der Implementierungswissenschaft. Diese erforscht, wie neue Maßnahmen nachhaltig in die Praxis implementiert werden können. Dies waren eine Stakeholder-Analyse, eine Kontextanalyse [1] sowie die Identifikation von Implementierungsstrategien [2].

Ergebnisse

Zentrale Stakeholder waren Personen aus dem Management und die Wundexperten selbst. Relevante Kontextfaktoren waren u. a. die Komplexität der Mikroschulung, das Implementierungsklima, das Engagement der Führungspersonen und verfügbare Ressourcen. Die Maßnahmen der Implementierung bestanden aus der Entwicklung einer formalen Implementierungsvorlage, der Identifizierung und Vorbereitung eines Champions, der Schaffung von Lerngruppen mit den Wundexperten, der Anpassung der physischen Struktur und Ausrüstung im Wundambulatorium, der Entwicklung und Implementierung von Instrumenten der Qualitätsüberprüfung sowie dem Durchführen von Audits und Feedbacks zur Anpassung der Prozesse.

Fazit

Schulungen allein reichen nicht, um eine Mikroschulung nachhaltig in die Praxis zu implementieren. Die Methodik der Imple-

mentierungswissenschaft wurde als sehr anspruchsvoll erlebt. Gleichzeitig bewerteten wir die damit verbundene Systematik als sehr hilfreich.

Quellen

1. Regauer V et al: German translation and pre-testing of consolidated framework for implementation research (CFIR) and expert recommendations for implementing change (ERIC). 2021; <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00222-w>
2. Waltz T et al: Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. 2015; DOI 10.1186/s13012-015-0295-0
3. Wüthrich J et al: Verbandwechsel zuhause: Konzept einer ambulanten Schulung für Patient*innen und ihren Angehörigen. Vortrag. Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie, 20.09.2024. Basel, Schweiz

P32 Das WoundCareGame

M. Huber

klinikkompass.de, Oberkirch

Fragestellung

Wie kann das WoundCareGame als Lehrmittel die Ausbildung und Qualifizierung im Bereich Wundmanagement verbessern und welche spezifischen pädagogischen Vorteile bietet es gegenüber herkömmlichen Lehrmethoden? Das Spiel wurde entwickelt, um die Frage zu beantworten, wie man Auszubildenden in der generalistischen Pflegeausbildung das komplexe Thema Wundmanagement auf eine interaktive und unterhaltsame Weise näherbringen kann.

Methoden

Das WoundCareGame wurde mehrfach von Wundexperten und Expertinnen (ICW) evaluiert. Die Evaluation konzentrierte sich auf drei Hauptaspekte: Verständlichkeit, Logik, fachlicher Inhalt. Diese umfassende Bewertung durch Experten und Expertinnen der Initiative Chronische Wunden (ICW) stellte sicher, dass das Spiel nicht nur unterhaltsam, sondern auch fachlich korrekt und pädagogisch wertvoll ist. Zusätzlich zur Expertenevaluation wurde das Spiel auch mehrmals im Pflegeunterricht getestet, was eine praxisnahe Perspektive in die Entwicklung einbrachte. Diese doppelte Evaluationsstrategie – durch Experten und im praktischen Unterrichtseinsatz – trug dazu bei, die Qualität und Praktikabilität des WoundCareGame als Lehrmittel sicherzustellen.

Ergebnisse

Das WoundCareGame vermittelt evidenzbasiertes und produktneutrales Wissen zur Wundversorgung, Lebensqualität und Wundkausalität. Es fördert den Teamgedanken, unterstützt den kollegialen Austausch und lässt Patientenorientierung lebendig werden. Es wurde mit dem Sonderpreis der Jury des Deutschen Wundpreises (ICW) 2023 ausgezeichnet.

Schlussfolgerungen

Das WoundCareGame erweist sich als effektives Instrument, um Auszubildenden in der generalistischen Pflegeausbildung das Thema Wundmanagement näherzubringen. Es adressiert die Herausforderungen der modernen Wundversorgung und betont die Bedeutung der Qualifizierung von medizinischem Personal. Durch seinen spielerischen Ansatz fördert es nicht nur den Wissenserwerb, sondern auch wichtige Soft Skills wie Teamarbeit und Patientenorientierung.

P33 Chronische Wunde im Krankenhaus: nur eine Nebendiagnose?!

M. Huber

klinikkompass.de, Oberkirch

Annähernd 7 Millionen Operationen, z. B. Eingriffe an Darm, Herz, Hüfte bis hin zur Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane, werden jährlich durchgeführt. Mehr als 10 % dieser Patienten und Patientinnen, die ins Krankenhaus gehen, leiden begleitend unter einer chronischen Wunde. Aber kann das Personal auf sämtlichen chirurgischen Stationen in Kliniken notwendige Kompetenzen vorweisen?

Qualifikationsdefizite und Versorgungsmängel

Die Versorgung chronischer Wunden erfordert spezielle Kompetenzen, die viele Pflegefachpersonen nicht besitzen. Laut Dissemmond [2] führt dies zu Defiziten in der Patientenversorgung. Kliniken gewährleisten oft nicht ausreichend pflegerische Fachexpertise zur adäquaten Wundeinschätzung, was Fehlbehandlungen begünstigt [4]. Dies liegt darin begründet, dass der Blick auf die chronische Wunde z. B. in einer kardiovaskulären Klinik nicht im Fokus steht.

Herausforderungen für Kliniken

Kliniken kämpfen mit dieser defizitären Behandlung, die finanzielle Belastungen verursacht. Es mangelt an spezialisierten Wundzentren und qualifiziertem Personal für optimale prä- und postoperative Versorgung [1].

Komplexität der Versorgung

Die ganzheitliche Versorgung chronischer Wunden umfasst bekanntermaßen die Grunderkrankung, das Krankheitsverständnis des Patienten und die Förderung des Selbstmanagements. Diese Komplexität stellt hohe Anforderungen an Personal und Strukturen [4], die nicht jede Station einer Klinik sicherstellen kann!

Chancen/Perspektiven

Um diese Probleme anzugehen, sind nicht nur die bekannten Maßnahmen wie verstärkte Aus- und Weiterbildung, Ausbau spezialisierter Wundzentren und Anpassung der Finanzierungsstrukturen erforderlich. Sondern auch die Förderung des Patient-Empowerments verbunden mit dem Fokus auf Stärkung der Partizipation im Wundversorgungsprozess, Berücksichtigung des individuellen Krankheitsverständnisses verbunden mit psychosozialen Aspekten (Körperbildstörungen, Ängsten etc.), wie explizit in der Konsensusfassung des Expertenstandards gefordert. Nur so kann eine adäquate Versorgung sichergestellt und die Lebensqualität von Menschen mit einer chronischen Wunde während des Klinikaufenthaltes verbessert werden.

Literatur

1. Augustin M, Brocatti L K, Rustenbach S J, Schäfer I, & Herberger K : Cost-of-illness of leg ulcers in the community. International Wound Journal 2014; 11(3): 283–292.
2. Dissemmond J, Bültmann A, Gerber V, Jäger B, Münter C, & Kröger K: Definitionen für die Wundbehandlung. Der Hautarzt 2017; 68(3): 204–212.
3. GKV-Spitzenverband: Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. 2022
4. Probst S, Allet L, Depeyre J, Colin S, & Buehrer Skinner M: A targeted interprofessional educational intervention to address therapeutic adherence of venous leg ulcer persons (TIEIVLU): study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2019; 20(1): 243.

P34 Fallbericht aus der Interventionsgruppe, Studienzentrum Berlin - Intermittierende pneumatische Kompression des Oberschenkels zur Behandlung des schwer heilenden Ulcus cruris venosum (UCV)

N. Lahmann^{1,2}, S. Strube-Lahmann¹, A. Deter¹

¹Charité Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, Berlin, ²Medical School Berlin, universitäre Fakultät Naturwissenschaften, Berlin

Einleitung

Trotz Goldstandardtherapie „Kompression“ und phasenadaptierter hydroaktiver Wundbehandlung heilen viele chronische Ulzerationen venöser Ätiologie nicht ab und persistieren zum Teil über Jahre. Neue Therapieansätze, die die Kompression als kausale Therapie unterstützen, sind erforderlich. Die intermittierende pneumatische Kompression (IPC) ist eine zusätzliche Möglichkeit, die Durchblutung zu verbessern und beeinflusst die Physiologie in folgenden Bereichen: Erhöhung des venösen Rückstroms und damit Reduktion der venösen Hypertension, reaktive Verbesserung des arteriellen Blutflusses durch die Erhöhung des arterio-venösen Druckgradienten, Verstärkung profibrinolytischer Mechanismen durch erhöhte Endothelbeanspruchung. Die Studie soll herausfinden, ob ein neues IPC-Gerät namens WoundExpress bei der Heilung von Beingeschwüren helfen kann, wenn sie begleitend zur Standardtherapie eingesetzt wird.

Methoden

Der WoundExpress verfügt über eine Manschette, die der Patient um den Oberschenkel legt, ähnlich der Blutdruckmessung am Oberarm. Durch Drücken der „Start“-Taste werden die drei zirkulären Kammern der Manschette automatisch nacheinander für 2 Minuten mit Luft aufgepumpt, bis ein Druck von 60 mm/Hg erreicht ist. Nach der 2-minütigen Aufblasphase wird die Manschette für weitere 2 Minuten entlüftet, in denen kein Druck auf den Oberschenkel ausgeübt wird. Diese 4-minütigen Aufblas- und Entleerungszyklen werden während der Anwendung 2 Stunden lang wiederholt.

Ergebnisse

Fallbericht 1: 72-jähriger Patient mit einem seit 2 Jahren bestehenden UCV und folgenden Nebendiagnosen: Diabetes mellitus Typ 2, chronische Niereninsuffizienz Stadium 2, suprapubischer Harnblasenkatheter nach Prostatektomie, Anämie, Herzinsuffizienz, Seh- und Hörprobleme. Zu Beginn der Studie hatte das Ulkus eine Ausdehnung von 16,3 cm² und zeigte eine gute Granulation. Nach 6 Wochen Standardtherapie und IPC hatte sich die Wundgröße halbiert und nach 13 Wochen zeigte sich noch eine minimale Läsion von 0,9 cm².

Fallbericht 2: 82-jährige Patientin mit einem seit 2,5 Monaten bestehenden rezidivierenden UCV. Außer einem postthrombotischen Syndrom waren keine Vorerkrankungen bekannt. Die anfangs 3× wöchentliche Wundversorgung und das tägliche Anlegen der Kompressionsverbände erfolgten durch einen Pflegedienst. Das Ulkus hatte eine Ausgangsgröße von 13,2 cm². Der Wundgrund stellte sich mit ca. 85 % Granulationsgewebe

sowie 15 % Fibrinbelag dar. Die Studienteilnahme endete vorzeitig nach 12 Wochen bei vollständigem Wundverschluss.

Fazit

Die meisten Ulzerationen venöser Ätiologie heilen innerhalb von drei bis vier Monaten ab, wenn eine evidenzbasierte und leitliniengerechte Therapie durchgeführt wird, wobei die Rezidivrate bei ca. 25 % liegt. Verzögert sich die Abheilung auf über ein Jahr, gilt das Ulkus als therapieresistent. Unsere ersten Fallberichte machen Hoffnung, mit der IPC Therapieresistenzen aufzubrechen und die Rezidivrate zu senken.

P35 Wundmanagement und chirurgische Rekonstruktionen bei ausgedehnten Bauchdecken-defekten in Gegenwart von Dünndarmfisteln - Chancen und Risiken

F. Masberg, S. Niedermaier, R. Mett

Helios Kliniken Schwerin, Klinik f. Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Schwerin

Zielsetzung

Die Wundpflege bei ausgedehnten Bauchwanddefekten nach Peritonitis mit persistierenden Dünndarmfisteln ist extrem aufwendig und im Hinblick auf eine angestrebte Wundheilung aufgrund der Dauerbelastung der Wundflächen mit aggressiven Darmsekreten unsicher. Angesichts der Risiken bei frischen Operationswunden im Kontakt mit Darmflüssigkeiten ist die chronische Wundpflege aber dennoch oftmals die bevorzugte Behandlungsoption. Wenn jedoch selbst Wundpouch-Systeme an ihre Grenzen stoßen und die angestrebte Anschlußheilbehandlung daran scheitert, wird die Frage nach plastisch-rekonstruktiven Therapiemöglichkeiten gestellt. Kann eine Kombination von chirurgischer Rekonstruktion mit den Techniken der Wundpflege Risiken reduzieren und die Behandlungsziele besser realisieren?

Methoden

Anhand von 3 Fallbeispielen werden individuell angepasste Lösungskonzepte vorgestellt. Zum einen werden die Vor- und Nachteile von lokalen und freien Lappenplastiken gegenüber Spalthauttransplantationen bezüglich der Einheilungschancen bei Kontakt mit autoaggressivem Dünndarmsekret aufgeführt. Des Weiteren werden die situativ angewendeten Methoden der Wundversorgung zum Fistelmanagement inklusive Vakuumversiegelungstechniken vorgestellt und in ihrer Effektivität bewertet.

Ergebnisse

In Umgebung der Dünndarmfistel resultierten aufgrund des enzymatisch aktiven Dünndarmsekretes sekundär weiter zu pflegende Wunddefekte auf der Basis von Wunddehiszenzen oder erneute Mazerationen. Eine weitestgehende Verkleinerung der Wundflächen kann mit entsprechender Aufmerksamkeit bei der Wundpflege durch die Kombination mit chirurgischen Techniken erreicht werden.

Das Ziel einer vollständigen und stabilen Defektdeckung ist nur bei gleichzeitiger erfolgreicher Sanierung der Dünndarmfistel zu erwarten und konnte in einem Fall realisiert werden.

Schlussfolgerung

Großflächige Bauchwanddefekte in Umgebung von Dünndarmfisteln sind in dieser Konstellationen üblicherweise selten. Die Therapieansätze sind individuell planbar und Erfahrungen im effektivem Management der Dünndarmfistel entscheidend. In Kombination mit rekonstruktiver Chirurgie ist weniger das Verfahren für den Erfolg relevant als der Schutz der einheilenden Lappenplastiken oder Hauttransplantate vor aggressivem Darmsekret.

Durch effektive Verkleinerung der Wundflächen besteht für diese Patienten die Chance auf Rehabilitation bei gleichzeitig vereinfachter Wundpflege durch Verwendung von Wundpouch-Systemen oder analog zur Stomaversorgung bei künstlichen Darmausgängen.

P36 Herstellung von elektrogesponnenen Fasern für Biosensor-integrierte Wundauflagen

R. Daum, E. Arefaine, K. Fuchsberger, H. Hartmann

NMI Naturwissenschaftliches und Medizinisches Institut an der Universität Tübingen, Regenerative Biomaterialien, Reutlingen

Zielsetzung

Chronische, nicht-heilende Wunden betreffen bis zu 2% der Weltbevölkerung und stellen eine erhebliche gesellschaftliche und gesundheitliche Belastung dar. Eine besondere Herausforderung ist hierbei die Überwachung des Wundzustands.

Ziel der Studie ist die Entwicklung einer Biosensor-integrierten Wundauflage zur frühzeitigen Erkennung von Wundinfektionen und Gewebemazerationen ohne invasiven Eingriff. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Analyse der Anforderungen an einen Enzym-Wundsensor sowie der Herstellung von elektrogesponnenen Fasern mit integrierten Enzymen und leitfähigem Mantel, die als Basis für den flexiblen Wundsensor dienen.

Methode

Auf der Grundlage von Gesprächen mit relevanten Interessengruppen wie Ärzten, Pflegepersonal, Herstellern von Wundauflagen und Experten für Zulassungsfragen wurden detaillierte Spezifikationen für eine Biosensor-integrierte Wundauflage festgelegt.

Für die Herstellung von coaxialen, elektrogesponnenen Fasern wurden biokompatible, nicht-toxische und nicht-immunogene Polymere ausgewählt, die sich im medizinischen Bereich bereits bewährt haben. Mittels coaxialem Elektrosponnen wurde das Modellprotein BSA-FITC in den Kern der Fasern eingebracht. Die Morphologie der 2-Komponenten-Fasern wurde mittels Rasterelektronenmikroskopie untersucht, der Einschluss von BSA-FITC wurde mittels Fluoreszenzmikroskopie analysiert. Leitfähiges Kohlenstoffmaterial wurde in die Polymerkomponente der Fasern integriert.

Ergebnisse

Auf der Grundlage zahlreicher Interviews mit relevanten Akteuren aus dem Gesundheitswesen wurde ein Lastenheft mit den erforderlichen physikalischen Anforderungen wie Druckfestigkeit, Sterilisierbarkeit, Farbe, Oberflächeneigenschaften, Stabilität gegenüber Wundreinigungslösungen und Lagertemperatur sowie anwendungsspezifischen Anforderungen erstellt.

Es wurde ein stabiler und reproduzierbarer coaxialer Elektrosponnprozess entwickelt, bei dem ein Modellprotein (BSA-FITC) in das Kernmaterial eingearbeitet wurde. Die homogenen Fasern zeigen eine ausgeprägte Kern-Schale-Morphologie, wobei BSA-FITC innerhalb der elektrogesponnenen Fasern lokalisiert werden konnte. Zudem wurde leitfähiges Graphit in unterschiedlichen Konzentrationen mittels Elektrosponnen in die Fasern eingebracht.

Schlussfolgerung

Die Studie zeigt, dass sich mithilfe des Elektrosponnens Fasern im niedrigen µm-Bereich mit eingeschlossenem Protein herstellen lassen. Ebenso lässt sich leitfähiges Material in die Fasern integrieren. Der nächste Schritt besteht darin, Enzyme in die Fasern einzubetten, um einen funktionsfähigen Biosensor herzustellen.

Danksagung

Wir danken der EU Horizon 2020 für die finanzielle Unterstützung (101115337) und unseren Projektpartnern EvoEnzyme und der Université de Lorraine für die exzellente Zusammenarbeit.

P38 Systematisches Review zur klinischen Wirksamkeit von Wundverbänden mit der TLC-NOSF-Matrix* in der Erstlinientherapie

J. Dissemmond¹, R. Lobmann², M. Storck³

¹Universitätsklinikum Essen, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Essen, ²Klinikum, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie, Stuttgart, ³Städtisches Klinikum Karlsruhe, Klinik für Gefäßchirurgie, Vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie, Karlsruhe

Zielsetzung/Fragestellung

Wundverbände mit TLC-NOSF*, die für die Lokalthherapie von Patienten mit chronischen Wunden empfohlen werden, werden häufig als Zweitlinientherapie dokumentiert. Ziel dieses Reviews war es, die Wirksamkeit dieser Wundverbände in der Erstlinientherapie zu untersuchen.

Methoden

Eine systematische Übersichtsarbeit wurde nach PRISMA durchgeführt. Es wurden vier Datenbanken durchsucht (bis 01.02.2024). Berücksichtigt wurden Studien mit Wundverbänden als integraler Bestandteil der Standardversorgung bei der Erstvorstellung des Patienten oder bei kürzlich aufgetretenen Wunden. Die Qualität der Nachweise wurde anhand anerkannter Instrumente zur Beurteilung des Risikos von Verzerrungen bewertet.

Ergebnisse

Eingeschlossen wurden siebzehn Studien mit relativ geringem Verzerrungsrisiko: Neun Studien verglichen TLC-NOSF- vs. Standard-Wundverbände als Erstbehandlung; acht berichteten über die Anwendung als Erst- oder als Folgebehandlung und fünf dokumentierten die Erstlinienbehandlung ohne Kontrollgruppe. Die Daten der analysierten Wunden (n=10.203) zeigten, dass die Anwendung von TLC-NOSF-Wundverbänden als Erstlinienbehandlung konsistent signifikant höhere Wundheilungsraten, kürzere Wundheilungszeiten und Kosteneinsparungen

gen zur Folge hatte, verglichen mit Standard-Wundverbänden und einer Anwendung unter ähnlichen Bedingungen. Ergebnisse aus der Praxis bestätigten die in klinischen Studien und pharmakonomischen Modellen gewonnenen Ergebnisse innerhalb ähnlicher Bereiche, unabhängig von den Charakteristika der Patienten, der Wunden und der Einrichtungen. Die Wundverbände verbesserten die Lebensqualität der Patienten, sie wurden gut vertragen und akzeptiert.

Schlussfolgerung

Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit aktuellen Leitlinien, in denen die Verwendung von Wundverbänden mit der TLC-NOSF-Matrix zur Behandlung von chronischen Wunden empfohlen wird, und unterstützen deren breitere Implementierung als Erstlinienbehandlung und integraler Bestandteil der Standardversorgung in der täglichen Praxis.

* TLC-NOSF-Matrix: Matrix mit der Lipidokolloid-Technologie und dem Nano-Oligosaccharidfaktor; UrgoStart-Wundverbände; Hersteller: Laboratoires URGO

P39 Fallbericht: Verwendung von hydrophiler Polyurethanmembran-Matrix bei Wundheilungsstörung nach palmarer Fasziektomie

N. Ribarić

LKH Murtal, Standort Stolzalpe, Abteilung für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Stolzalpe, Österreich

Zielsetzung

Ziel dieses Fallberichts ist es, die Wirksamkeit der Polyurethan-Matrix bei Wunden mit freiliegenden Sehnen und großen Hautdefekten zu demonstrieren.

Anamnese und klinischer Befund

Der Patient wurde im Bereich des kleinen Fingers einer Palmarfasziektomie unterzogen. Bei der Kontrolle 3 Wochen nach der Operation fallen eine Dehissenz der Wunde mit freier Sehne sowie erste Anzeichen einer Infektion auf. Die Wundränder waren instabil, die Wundumgebung war mazeriert, aus der Wunde entwickelte sich ein unangenehmer Geruch, die Wundgröße betrug 3×2 cm. Bis zur Kontrolle führte der Patient regelmäßig eine Ergotherapie durch. Der Patient hatte in der Anamnese keine nennenswerten Erkrankungen.

Methoden

Zu Beginn der Therapie kam der Patient zweimal pro Woche zum Verbandwechsel, die Ergotherapie wurde wegen eines großen Hautdefekts für einige Zeit pausiert. Die ersten 3 Wochen wurde die Wunde mit Polyhexanid-Gel als Wundfüller verbunden, als Wundrandschutz wurde Zinkcreme verwendet, als Abdeckung wurde Hydrofaser daraufgelegt und anschließend mit Schaumverband fixiert. Nach dem Verschwinden der ersten Anzeichen einer Infektion kam der Patient zweimal pro Woche zur Kontrolle, als Übergangsphase wurden Auflagen mit Kollagen 2 Wochen lang verwendet. Anschließend wurde als Verband nur noch eine hydrophile Polyurethanmatrix verwendet, für weitere 6 Wochen.

Ergebnisse

Nach 11 Wochen hatte der Patient ein minimales Streckdefizit, er war subjektiv mit dem Ergebnis der Operation zufrieden. Die Haut ist fast vollständig geheilt.

Schlussfolgerung

In diesem Fall wirkte die Polyurethan-Matrix erfolgreich schmerzlindernd und antimikrobiell. Sie kann sehr erfolgreich bei Hautdefekten mit freiliegenden Sehnen eingesetzt werden.

P40 Polylactid-Matrix: Neue Wege in der Behandlung chronischer und schwerheilender Wunden sowie in der Verbrennungschirurgie

I. F. Megas¹, D. Breidung², D. Ehrl², M. Billner², G. Habild¹, K. W. Karcz²

¹Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau, Plastische, Hand- & Mikrochirurgie, Berlin, ²Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Klinik für Plastische, Wiederherstellende und Handchirurgie, Zentrum für Schwerbrandverletzte, Nürnberg

Zielsetzung

Chronische und schwerheilende Wunden sowie Verbrennungswunden stellen eine erhebliche Herausforderung im klinischen Alltag dar und erfordern oft langwierige und kostenintensive Behandlungen. Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit einer bioresorbierbaren Matrix zu untersuchen, die durch Freisetzung von Laktat die Angiogenese und Zellregeneration fördert und bei Wunden verschiedener Ätiologie zum Einsatz kommt.

Methoden

Die bioresorbierbare Matrix wurde bei 17 Patienten mit Wunden unterschiedlicher Ursachen eingesetzt, darunter venöse und arterielle Ulzera, diabetische Wunden, Druckulzera, posttraumatische Wunden, postoperative Wundheilungsstörungen sowie Verbrennungswunden. Einschlusskriterien waren eine Mindestbestehensdauer der Wunde von 30 Tagen oder eine fehlende Eignung der Wunde für operative Behandlungsmethoden aufgrund von Multimorbidität des Patienten und/oder hohen perioperativen Risikos sowie frische Verbrennungswunden. Ein Behandlungszyklus dauerte 14 Tage. Nach jedem Zyklus wurde basierend auf dem Heilungsverlauf entschieden, ob eine erneute Applikation der Polylactid-Matrix erfolgt. Während des Behandlungszeitraums wurden die Wunden regelmäßig klinisch kontrolliert. Primäre Endpunkte waren die vollständige Reepithelialisierung oder ein Therapieabbruch nach mehr als drei erfolglosen Behandlungszyklen bzw. spätestens nach acht Zyklen.

Ergebnisse

Von den 17 Patienten (10 Männer, 7 Frauen, Durchschnittsalter 60 ± 24 Jahre) zeigten 59% eine vollständige Wundheilung, 24% eine signifikante Verbesserung (Verkleinerung der Wundfläche um mindestens 50%) und 18% keine Veränderung. Die durchschnittliche Defektgröße betrug 9 ± 11 cm², die betroffene Fläche bei Verbrennungswunden lag bei $10 \pm 10\%$ der Körperoberfläche. Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer betrug 22 ± 10 Tage.

Schlussfolgerung

Die Polylactid-Matrix zeigte vielversprechende Ergebnisse sowohl bei der Behandlung chronischer und therapieresistenter Wunden als auch in der Verbrennungschirurgie und bietet durch die Förderung der Angiogenese und Zellregeneration eine effektive Möglichkeit zur Unterstützung der Wundheilung. Wei-

tere prospektive, kontrollierte Studien sind erforderlich, um diese Ergebnisse zu bestätigen und eine standardisierte Anwendung im klinischen Alltag zu ermöglichen.

P41 Feuchte Wundversorgung ohne Hydrogele - Fallberichte aus der praktischen Anwendung biosynthetischer Cellulose

P. Seidel¹, P. Zahel², T. Beutler¹, P. Geist¹

¹Wundex - Die Wundexperten GmbH, Senden,

²JeNaCell GmbH - An Evonik Company, Jena

Zielsetzung

Mit dem Wegfall der Erstattungsfähigkeit für Hydrogele sind neue Lösungen für die feuchte Wundversorgung gefragt denn je. Hydroaktive Wundauflagen auf Basis biosynthetischer Cellulose* vereinen die Vorteile von Hydrogelen und Primärverbänden und zeigen bemerkenswerte Ergebnisse in der ambulanten Versorgung chronischer Wunden.

Methoden

Die vorliegende Fallserie diskutiert die Wirksamkeit, Mechanismen und vielseitigen Einsatzmöglichkeiten von biosynthetischer Cellulose in der ambulanten Wundversorgung, insbesondere hinsichtlich Wundreinigung, Befeuchtung und Schmerzlinderung. Die folgenden zwei Fälle veranschaulichen exemplarisch die Erfahrungen und Resultate aus einer Vielzahl diverser Anwendungsbeispiele und Indikationen.

Ergebnisse

Fall 1: In diesem Fall konnte bei einer 92-jährigen Patientin nach der Entfernung eines Basalioms an der Nase eine ursprünglich als unvermeidlich angesehene Hauttransplantation verhindert werden. Die tägliche Anwendung der feuchten Wundaufgabe führte zu einer effektiven Lösung von Belägen und bemerkenswert schneller Granulation, die innerhalb von nur 20 Tagen zur Abheilung führte. Die kühlende und schmerzlindernde Wirkung der Auflage wurde von der dementen Patientin als äußerst angenehm empfunden, was die Akzeptanz der Behandlung erst ermöglichte.

Fall 2 betraf einen 84-jährigen Patienten mit iatrogenen Wunden nach Entfernung der Abszessdrainage am Unterschenkel. Die hydroaktive Wundaufgabe ermöglichte es, die freiliegende Muskulatur feucht zu halten und gleichzeitig Biofilm zu lösen. Die Bildung von Granulationsgewebe wurde erheblich gefördert, sodass abschließend eine vollständige Abheilung erreicht wurde. Die kontinuierliche Reinigung der Wunde führte zu einer erheblichen Beschleunigung des Heilungsprozesses und unterstreicht die Wirksamkeit dieser Behandlungsmethode.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Fallserie zeigen, dass biosynthetische Cellulose durch gezielte Befeuchtung und effektive Wundreinigung eine wirksame und vielseitige Alternative zu Hydrogelen in der feuchten Wundversorgung darstellt.

*epicite® balance (JeNaCell GmbH)

P42 Bedeutung und Nutzen der informellen Pflege in Deutschland - wie müssen wir unterstützen?

C. Wimmer, M. Augustin

FG Gesundheitsökonomie, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund

Informelle Pflege bezeichnet die weitgehend unentgeltliche häusliche Betreuung und Unterstützung pflegebedürftiger Menschen durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn. Für die Versorgung chronischer Wunden ist diese von besonderer Bedeutung, da ein Großteil der Patienten in häuslicher Versorgung Unterstützung benötigt. Das „PflegeABC“ unterstützt informell Pflegenden in Deutschland mit digitalen, videobasierten Pflegekursen, die für gesetzlich Versicherte kostenlos sind.

Zielsetzung

Laufende Evaluation des PflegeABC durch Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität sowie des Anwendernutzens, der Wirksamkeit und der Akzeptanz des E-Learning-Formats. Fünf Forschungsfragen adressieren Nutzen, Versorgungsqualität, Zufriedenheit, Machbarkeit und Ausbaupotenzial in einer Longitudinalstudie mit Erwachsenen, die sich für den Kurs registriert und ihn mindestens 10 Minuten genutzt haben. Befragungen erfolgen vor Kursbeginn, nach drei und nach zwölf Wochen. Ergänzend werden Routinedaten zur Kursnutzung erhoben. Die Datenerhebung erfolgt mittels standardisierter digitaler Fragebögen (subjektive Bewertungen) und objektiver Nutzungsdaten; die Auswertung umfasst uni- und multivariate deskriptive Analysen und konfirmatorische Subgruppenvergleiche.

Ergebnisse

Das PflegeABC umfasst aktuell 24 Videokurse mit insgesamt 73 Stunden Videomaterial. Durchschnittlich nahmen Nutzerinnen und Nutzer im Jahr 2024 rund 2,36 Stunden der angebotenen Inhalte in Anspruch, was auf eine hohe Nutztiefe hinweist. Das PflegeABC generiert aus Usersicht einen relevanten Nutzen für pflegende Angehörige, indem es Wissen praxisnah vermittelt und die Pflegekompetenz stärkt. Die Versorgungsqualität wird durch die Kombination von Expertenwissen und niedrigschwelliger digitaler Zugänglichkeit gewährleistet. Die Anwender berichten ein erhebliches Ausbaupotenzial, um die breite Zielgruppe informell Pflegenden besser zu erreichen.

Fazit

Digitale Schulungsangebote wie PflegeABC sind eine effektive, flexible Ergänzung zu traditionellen Unterstützungsmaßnahmen, entlasten informell Pflegenden und verbessern die Qualität der häuslichen Pflege. Zukünftige Schwerpunkte liegen auf dem Ausbau der Wundmodule, der verstärkten Bekanntmachung, Integration in die professionellen Versorgungsstrukturen und kontinuierliche Evaluation, um die informelle Pflege als tragende Säule des Pflegesystems zu stärken.

Impressum

Verlag

mhp Verlag GmbH
Bahnstraße 8, 65205 Wiesbaden
Verwaltungsleitung: Traudel Jung
Vertriebsleitung: Jennifer Hußlein
Fon: +49 (0) 611 50593-31, Fax: -79
E-Mail: info@mhp-medien.de
www.mhp-medien.de

Redaktion

Dr. Barbara Springer
Fon +49 (0) 611 50593-35, Fax: -79
E-Mail: wm@mhp-medien.de

V.i.S.d.P.

Detlef Koenig, Geschäftsführer

Anzeigenverwaltung

Thomas Müller
Fon: +49 (0) 611 50593-32, Fax: -79
E-Mail: thomas.mueller@mhp-medien.de
Es gelten die Mediadaten 2025



Wissenschaftliche Leiter

Prof. Dr. Knut Kröger, Krefeld
Veronika Gerber, Spelle

Editorial Board

Prof. Dr. Matthias Augustin, Hamburg
Zeyneb Babadagi, Duisburg
Thomas Bonkowski, Regensburg
Anke Bültmann, Hamburg
Susanne Danzer, Stuttgart
Dr. med. Holger Diener, Hamburg
Prof. Dr. Joachim Dissemund, Essen
Leah Dörr, Bonn
Dr. med. Cornelia Erfurt-Berge, Erlangen
Madeleine Gerber, Bergisch Gladbach
Oliver Kapferer, Innsbruck (A)
Dr. Thomas Karl, Friedrichshall
Norbert Kolbig, Düsseldorf
Prof. Dr. Jan Kottner, Berlin
Peter Kurz, Wien (A)
Dr. Severin Lächli, Zürich (CH)
Dr. Eva-Maria Panfil, Basel (CH)
Prof. Dr. Sebastian Probst, Genf (CH)
Kerstin Protz, Hamburg
Dr. med. Julian-Dario Rembe, Düsseldorf
PD Dr. Gunnar Riepe, Boppard

Dr. med. Alexander Risse, Berlin
Claudia Schwarzkopf, Aura
PD Dr. Andreas Schwarzkopf, Aura
Prof. Dr. Martin Storck, Karlsruhe
Prof. Dr. Ewa Stürmer, Hamburg
Barbara Temme, Berlin
Doris von Siebenthal, MSc, Baden (CH)
Dr. Doris Wilborn, Berlin

Layout

Gute Botschafter GmbH, 45721 Haltern am See

Druck

Laub KG, 74834 Elztal-Dallau

Erscheinungsweise

zweimonatlich

Jahresabonnement

Printversion: € 83,00
Digital-Abo: € 83,00
Kombination Print + Digital-Abo: € 106,90
Einzelheft: € 18,80, inkl. MwSt.
Alle Preise zzgl. Versandkosten.

Für die Mitglieder folgender Vereine ist der Bezug im Mitgliedsbeitrag enthalten: ICW e. V., Österreichische Gesellschaft für Wundbehandlung (AWA), Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung (SAfW), Wundnetz Berlin Brandenburg e. V., Wundnetz Kiel e. V., Wundzentrum Hamburg e. V., Wundzentrum Nord e. V., Wundnetz Rheinland-Pfalz e. V.

Organ

Die Zeitschrift WUNDmanagement ist das offizielle Mitteilungsorgan der Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW), der Österreichischen Gesellschaft für Wundbehandlung (AWA), der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung (SAfW), des Wundnetzes Berlin Brandenburg e. V., des Wundnetzes Kiel e. V., des Wundzentrums Hamburg e. V. und des Wundzentrums Nord e. V., Wundnetz Rheinland-Pfalz e. V., des Deutschen Wundrates e. V. und der Deutsch-Österreichisch-Schweizerischen Wundheilungsorganisation (Wund-D.A.CH)

Wichtige Hinweise

Alle Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urhebergesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages. Alle Rechte, auch die der auszugswweisen Vervielfältigung und Verbreitung, sind dem Verlag vorbehalten. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift auch ohne besondere Kennzeichnung, berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Haftung

Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichungen können Herausgeber und Redaktion trotz sorgfältiger Prüfung nicht übernehmen. Mit Namen gekennzeichnete Artikel geben die Meinung des Verfassers wieder, die nicht mit der Meinung des Herausgebers identisch sein muss. Eine Gewähr für Angaben von Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann nicht übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom Absender im Einzelfall anhand anderer verbindlicher Quellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Für den Inhalt außerhalb des redaktionellen Teiles (insbesondere Anzeigen, Industrienachrichten, Kongressinformationen usw.) übernehmen Schriftleitung, Beirat und Verlag keine Gewähr. Autoren, die mit vollem Namen genannt werden und nicht Mitglied der Redaktion sind, veröffentlichen ihren Beitrag in alleiniger Verantwortung. Redaktion und Verlag haften für diese Beiträge nicht. Fotokopien dürfen nur für den persönlichen Gebrauch als Einzelkopien hergestellt werden. Jede im Bereich eines gewerblichen Unternehmens zulässig oder hergestellte Kopie dient gewerblichen Zwecken gemäß § 54 (2) UrhG und verpflichtet zur Gebührenzahlung an die Verwertungsgesellschaft WORT, Abt. Wissenschaft, Goethestr. 49, D-80336 München. Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe zu kürzen.

Letzte Änderung: Mai 2025

© mhp Verlag GmbH, 2025
ISSN 1864-1121

www.wund-online.de

WUND LETTER

Fachwissen zu Prävention und Behandlung von chronischen Wunden, aktuelle Studien und Infos zu politischen Entscheidungen.

Das alles bietet der **WUND_letter**.
Der Newsletter für Pflegekräfte und Wundmanager*innen.

+ zuverlässiges Fachwissen
+ optimiert für Ihr Smartphone
+ alle 14 Tage
+ aktuell noch kostenlos



Abonnieren Sie den **WUND_letter**
direkt über www.bit.ly/wundletter
oder scannen Sie den QR-Code:



HARTMANN



Hilft. Pflegt. Schützt.

**Führt immer zur
richtigen Antwort.**



Schluss mit falschen Lösungswegen – das HARTMANN Sortiment

- +** Unser Ziel: mit wenigen Produkten zur Wundheilung.
- +** Innovative Wundauflagen mit einfacher Anwendung.
- +** Optimieren Sie effektiv die Bedingungen für die Wundheilung.

Überzeugen Sie
sich selbst und
besuchen uns am
Stand Nr. 27 beim
WUND.D.A.CH vom
23. bis 24. Juni 2025
in Freiburg

Innovative Wundversorgung. Einfach. Wirksam.