

AMBULANTE KRANKENPFLEGE CHRISTA SCHMIDT 	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Seite 3 von 9

1. Hintergrund

Bei einigen Patienten mit speziellen Wunden kann es im Verlauf der Wundheilung zu Störungen kommen, die von verschiedenen Faktoren verursacht werden. Ist die Wundheilung verzögert, entstehen „chronischen Wunden“. **Chronische Wunden entstehen in der Regel nicht plötzlich, sie entwickeln sich langsam. Oftmals sind chronische Wunden ein Symptom von bestimmten Grunderkrankungen. Betroffene, die chronische Wunden haben, werden in vielen Bereichen beeinträchtigt. Es können unter anderem körperliche Beeinträchtigungen (z.B. Schmerzen) vorherrschen, erhebliche Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und der Selbständigkeit des Betroffenen bestehen, aber auch die Teilhabe am aktiven sozialen Leben können beeinträchtigt sein.** Der Pflegebedarf von Menschen mit chronischen Wunden entsteht aus den wund- und therapiebedingten Einschränkungen im Alltagsleben der Betroffenen und ggf. ihrer Angehörigen. Dabei haben die Betroffenen nicht immer das Ziel eines optimalen Krankheitsmanagements (Wundheilung), sondern streben vorrangig **nach** „Normalität“ im Alltag. Entsprechend der **jeweiligen Lebenssituation des Betroffenen** müssen zur Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität Prioritäten gesetzt werden. Eine wertschätzende Kommunikation und eine bedürfnisorientierte **und individuelle Maßnahmenplanung**, Schulung, **Information** und Anleitung der Betroffenen sind daher wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche **Pflege** von Menschen mit chronischen Wunden. Der Expertenstandard beschreibt den pflegerischen Beitrag zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Dabei ist der Expertengruppe eine ganzheitliche Behandlung der Patienten besonders wichtig. Nicht die Wunde oder die Wundheilung sollen im Vordergrund stehen, sondern der Patient unter Berücksichtigung seiner besonderen Lebenssituation. **Hinter jeder chronischen Wunde verbirgt sich oftmals ein chronisches Krankheitsbild, welches den Betroffenen bisher maßgeblich in seinem Alltag eingeschränkt hat.**

2. Definition

Definition „chronische Wunde“:

Eine klare einheitliche Definition chronischer Wunden gibt es nicht, doch in der Fachliteratur besteht die weitgehende Einigkeit, das Wunden dann als chronisch beschrieben werden, wenn eine Wunde nach einem Zeitraum von 4- 12 Wochen, trotz stetiger Therapie nicht abgeheilt ist oder keine stetige Besserung in Sicht ist. Zu berücksichtigen sind hier Wundart und Kontextfaktoren.

Der Expertenstandard bezieht sich dabei auf die drei häufigsten chronischen Wunden in der Pflege:

- Dekubitus
- Diabetisches **Fußulcus**
- gefäßbedingter Ulcus Cruris

(siehe Anlage 1)

3. Ziele des Expertenstandards

Jeder Patient mit einer der drei häufigsten chronischen Wunde erhält eine pflegerische Versorgung,

- **die das individuelle Krankheitsverständnis berücksichtigt**
- die Lebensqualität fördert
- die Wundheilung unterstützt
- die eine Rezidivbildung von Wunden vermeidet

	erstellt	überarbeitet	geprüft / bearbeitet			freigegeben	
Datum	12/2010	02/2016					
Unterschrift							

AMBULANTE KRANKENPFLEGE CHRISTA SCHMIDT 	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Seite 4 von 9

4. Voraussetzungen / erforderliche Rahmenbedingungen

Grundsätzlich ist die Wundversorgung eine multiprofessionelle Aufgabe. Die Umsetzung des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ in der ambulanten Pflege liegt vor allem in einer **nachweislich durchgeführten** Information, Beratung, **Anleitung** und Schulung, wenn kein vollumfänglicher Pflegevertrag vorliegt und die Pflegefachkräfte nur zeitweise in der Wohnung präsent sind. Allerdings ist die Umsetzung des Expertenstandards nur bedingt möglich und erfordert, dass **speziell ausgebildete Wundexperten hinzugezogen werden**. Diese Pflegefachkräfte **haben intensivere Kenntnisse hinsichtlich der** fach- und sachgerechten Wunddokumentation, -klassifikation und -versorgung. Sie werden insbesondere zur primären wundspezifischen Ersteinschätzung **sowie zur** Dokumentation hinzugezogen und auch in die weitere Versorgung einbezogen.

Ihre Beteiligung an der Versorgung wird für die Zielsetzung des Expertenstandards als essentiell angesehen **und sollte dementsprechend auch stets gewährleistet sein**.

4.1. Einrichtung

- inter- und intraprofessionelle Verfahrensweisung, **worin bspw. folgende Themeninhalte festgelegt werden sollten:**
 - ➔ **Zusammenarbeit und die Kooperation der Zuständigkeiten mit anderen an der Pflege beteiligten Berufsgruppen**
 - ➔ **Vorgehensweisen der professionellen Versorgung**
 - ➔ **Fundiertes Vorgehen bei der Versorgung der Betroffenen**
 - ➔ **Nutzung/ Umgang mit Verbandstoffen/ Hilfsmittel**
- Gewährleistung von fachlicher Kompetenz (z.B. Fachexperte/in für chronische Wunden - einrichtungsintern oder Kooperation mit externen Anbietern)
- Sicherstellung von erforderlichen Arbeitsrahmenbedingungen (z.B. geeignete Fragebögen und Dokumentationsmaterialien für Assessment und Wunddokumentation)

4.2. Pflegefachkräfte

verfügen nachweislich über aktuelles Wissen und entsprechender Kompetenz zu folgenden Schwerpunkten:

- Kommunikative Kompetenz
- Dokumentation
- Identifikation von chronischen Wunden (Wundbeurteilung, -erfassung und -vermessung)
- Erkennen und behandeln von wundbedingten Einschränkungen
- Einschätzen des Krankheitsverständnisses und der gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen
- Beratung, **Information und Anleitung** von Patienten, **ggf.** Angehörigen und Kooperationspartnern
- Krankheitsspezifische Maßnahmen je nach Wundart
- Wundversorgung
- Grunderkrankungen (z.B. Diabetes, CVI, arterielle Verschlusskrankheit)
- Rezidiv- und Infektionsprophylaxe
- Hautschutz **und Hautpflege**
- **Erkennen der Notwendigkeit, das ein Wundexperte hinzu gezogen werden sollte**

	erstellt	überarbeitet	geprüft / bearbeitet			freigegeben	
Datum	12/2010	02/2016					
Unterschrift							

	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Seite 5 von 9

4.3. Wundexperten

(Erhalt dieser Zusatzqualifikation durch Fort- u./o. Weiterbildung bei zertifizierten Ausbildungsstätten - hinzu muss eine ausreichend praktische Erfahrung kommen)

Sie verfügen nachweislich über aktuelles Wissen und entsprechender Kompetenz zu:

- pflegebezogenen Problematiken der Betroffenen und deren Erleben verstehen und in den Pflegeprozess integrieren
- den Ursachen von chronischen Wunden und Möglichkeiten der Prävention und Rezidivprophylaxe
- den Therapiemaßnahmen, z.B. Kompressionstherapie, Schmerzbehandlung, Verbandsmaterial und deren Einfluss auf Lebensqualität
- den nötigen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnissen, die ein gesundheitsbezogenes Selbstmanagement erfordern
- einer Dokumentation des Wundzustandes u.–verlaufes
- einer interprofessionell wertschätzenden und kompetenten Kooperation
- einer Beratung von Betroffenen, beteiligten Berufsgruppen und Führungspersonen
- einem Überblick über den aktuellen nationalen und internationalen Stand der Wissenschaft

5. Die 5 Phasen des Standards

Phase 1 = **Wundanamnese erstellen**

Phase 2 = **Maßnahmenplanung**

Phase 3 = **Koordination und Spezifische Wundversorgung**

Phase 4 = **Beratung, Information und Anleitung der Betroffenen**

Phase 5 = **Evaluation der Wundversorgung**

Phase 1 = Wundanamnese erstellen

Jede chronische Wunde verursacht körperliches Leid, Einschränkungen der Selbständigkeit und des sozialen Lebens für den Betroffenen **wie ggf. auch für dessen** Angehörigen. Mit der Wundanamnese sollen differenzierte Aussagen **hierzu** dokumentiert werden. In der multiprofessionellen Verfahrensregelung werden die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit, **diverse** Zuständigkeiten oder angemessene Hilfsmittel festgelegt und beschrieben.

Für eine bedürfnisorientierte **und individuelle** Pflege ist die rechtzeitige Identifikation von chronischen Wunden zwingend erforderlich, um frühzeitig geeignete **Interventionen** mit den Betroffenen und **ggf.** ihren Angehörigen festzulegen, die spezifische Versorgung zu koordinieren, die entsprechenden Informationen, Beratungen und Schulungen durchzuführen und den Erfolg der Maßnahmen zu überprüfen.

Der Arzt muss zuerst die Wunde diagnostizieren und eine entsprechende Behandlung verordnen. Die Expertengruppe empfiehlt für die Versorgung das Hinzuziehen eines Wundexperten.

Wundspezifisches Assessment

Mit dem wundspezifischen Assessment sollen die wund- und therapiebedingten Einschränkungen sowie die Selbstmanagementkompetenz eingeschätzt und dokumentiert werden. **Auch Körperbildstörungen sollen erfasst werden.** Dies erfolgt in 4 Schritten mit folgenden Instrumenten:

1. **Wundeinschätzung (Anlagen 2 – 6)**
2. **Kriterien zur Einschätzung der wund- und therapiebedingten Einschränkungen sowie der Selbstmanagementkompetenz der Patienten (Anlage 7)**
3. **Freiwillige Angaben (Wound-QoL – Anlage 8; Wittener Aktivitätenkatalog – Anlage 9 bzw. Frankfurter Aktivitätenkatalog der Selbstpflege – Prävention Diabetisches Fußsyndrom - Anlage 10)**
4. **Erhebung von Körperbildstörungen**

	erstellt	überarbeitet	geprüft / bearbeitet		freigegeben	
Datum	12/2010	02/2016				
Unterschrift						

	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 1

Definitionen

chronische Wunde

In der Fachliteratur besteht weitgehende Einigkeit, Wunden dann als chronisch zu bezeichnen, wenn diese innerhalb von 4-12 Wochen nach Wundentstehung - hier spielen Wundart und Kontextfaktoren eine bedeutende Rolle - unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen zeigen. (DNQP 2009)

Dekubitus

Durch länger anhaltenden Druck (Druck mal Zeit) entstandene ischämische Nekrosen der Haut und des darunterliegenden Bindegewebes an Auflagestellen. Das klinische Spektrum reicht von Erythemen bis zu tiefen Nekrosen. Dekubitus ist eine häufige Komplikation bei bettlägerigen Patienten. Druck- und Scherkräfte führen bei fehlendem Lagewechsel zu hypoxischem Gewebeschaden. Zusätzliche Faktoren sind Reibung, Feuchtigkeit, Stoffwechselstörungen, Paresen und Durchblutungsstörungen. (DNQP 2009; www.ulcus-crusis.universimed.com 2010)

Nach aktuellen Erkenntnissen wird empfohlen den Dekubitus in Kategorien einzuteilen.

Für den Fall, dass die Wundtiefe nicht klar ermittelt werden kann, wurden speziell zwei weitere Kategorien hinzugefügt, welche jedoch zur Kategorie IV gehören.

Da sich die Begrifflichkeit der Einteilung somit ändert, muss in der Einrichtung ein Konsens dahingehend gefunden werden, wie die Einteilung des Dekubitus fortan bezeichnet werden soll.

Diabetisches Fußulcus

Unter dem Begriff des diabetischen Fußsyndroms werden verschiedene Krankheitsbilder zusammengefasst, die durch unterschiedliche Ätiologie und Pathomechanismen gekennzeichnet sind. Allen gemeinsam ist, dass Läsionen am Fuß des Patienten mit Diabetes mellitus zu Komplikationen führen können, die bei verzögerter oder ineffektiver Behandlung die Amputation der gesamten Extremität zur Folge haben können.

Die Fußkomplikationen bei Menschen mit Typ-2-Diabetes werden insbesondere durch die Schädigungen der Gefäße und der Nerven verursacht. Sowohl die schlechtere Wahrnehmung von krankhaften Veränderungen an den Füßen, als auch die höhere Wahrscheinlichkeit der Entstehung aufgrund von Durchblutungsstörungen führen in einen Circulus vitiosus, an dessen Ende Amputationen an den Extremitäten stehen können, die massive Einschränkungen für den Patienten mit deutlich herabgesetzter Lebensqualität bedeuten (Nationale Versorgungsleitlinie 2010, Deutsche Diabetes Gesellschaft)

Ulcera

Ulzera sind Substanzdefekte der Haut, die durch Zerfall krankhaft veränderten Gewebes entstehen. Durch die krankhafte Vorschädigung des Gewebes besteht meist eine schlechte Heilungstendenz. (www.ulcus-crusis.universimed.com 2010)

Ulcus cruris venosum

Das Ulcus cruris venosum ist Symptom der chronisch venösen Insuffizienz im Stadium III. Typische Lokalisation ist der Bereich des medialen Knöchels, meist wenig schmerzhaft. Die Haut in der Umgebung ist induriert und häufig ekzematisiert. (www.ulcus-crusis.universimed.com 2010)

Ulcus cruris arteriosum

Das Ulcus cruris arteriosum ist ein arteriell bedingtes Unterschenkelgeschwür. Es kommt zum Substanzdefekt der Haut infolge einer peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK). Oft an der Außenseite des Unterschenkels, meist sehr schmerzhaft. Die Ulzera sind tief, meist nekrotisch belegt. Das Bein zeigt Zeichen der arteriellen Unterversorgung (DNQP 2009; www.ulcus-crusis.universimed.com 2010)

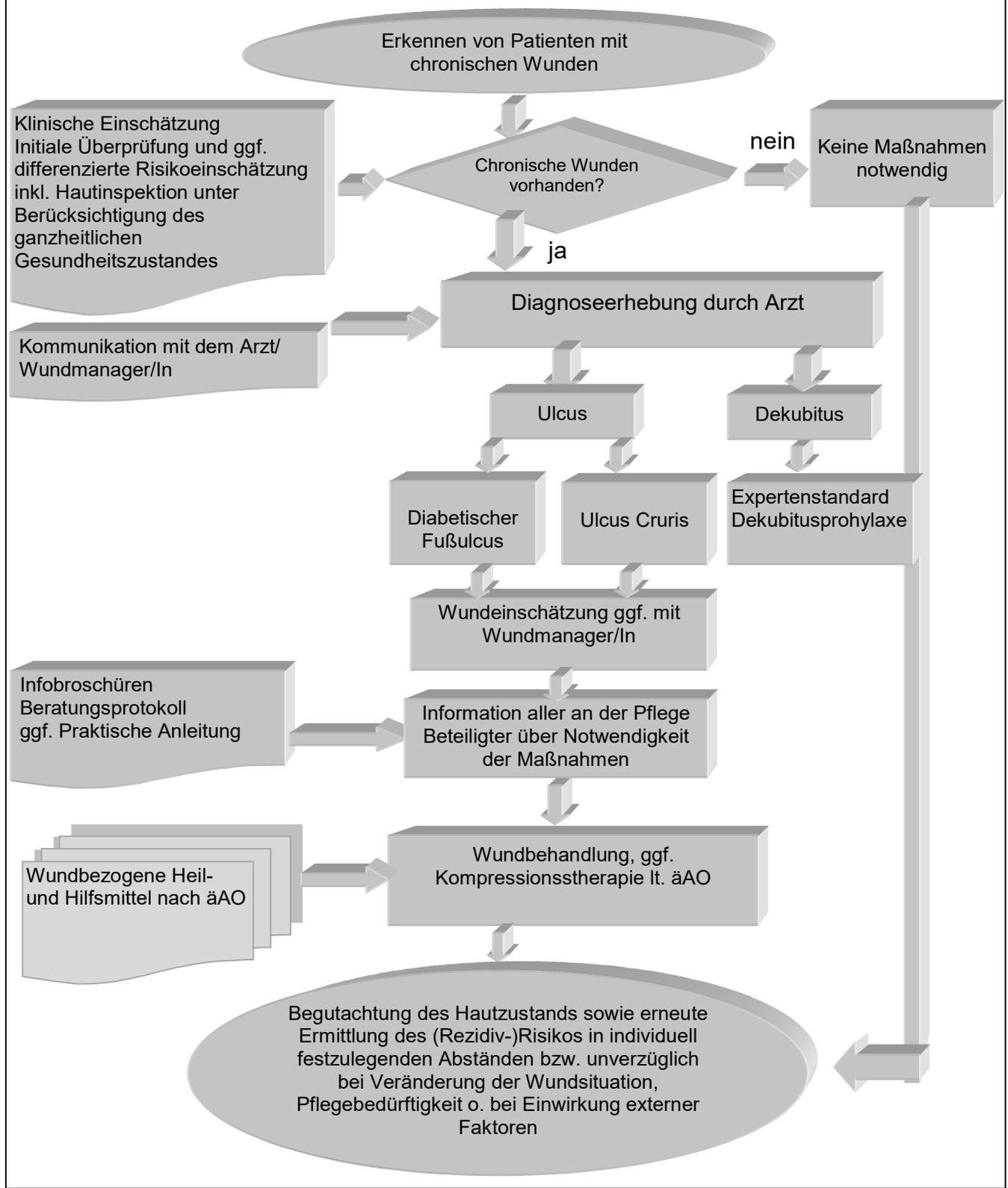
	erstellt	überarbeitet	geprüft / bearbeitet			freigegeben	
Datum	12/2010	02/2016					
Unterschrift							

AMBULANTE KRANKENPFLEGE CHRISTA SCHMIDT 	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 1

Übersicht: Merkmale eines venösen bzw. arteriellen Ulcus cruris		
	Arteriell	Venös
Entstehung Ursachen Risiken	Die arteriellen Beingeschwüre entstehen, wenn die Durchblutung eines Körperteils z. B. aufgrund einer Arterienverkalkung erheblich geschwächt worden ist. Risiken hierfür sind: <ul style="list-style-type: none"> - Rauchen - erhöhter Blutdruck - Diabetes - Gicht - Herz- /Kreislaufkrankungen - Arterienverkalkung der Beine 	Die Hauptursache für das Geschwür ist, dass die Klappen des Venensystems, das die oberflächlichen und die tiefen Venen der Beine verbindet, nicht funktionieren. Risiken hierfür sind: <ul style="list-style-type: none"> - eingeschränktes Venensystem - Beinbrüche oder andere Beinschädigungen - Thrombose in einer tiefen Beinvene - Vorangegangene OP am betroffenen Bein - sitzende o. stehende Tätigkeit - Venenentzündung (Phlebitis) - Übergewicht
Lokalisation	Die Geschwüre kommen meist an den Füßen, Zehen und Fersen vor. Füße und Beine fühlen sich kalt an und sehen evtl. bläulich aus.	Die venösen Beingeschwüre kommen meist im Bereich der Knöchel vor, besonders an der Innenseite des Beins.
Symptome	Die arteriellen Beingeschwüre sind in der Regel schmerzhaft. Die Schmerzen sind am schlimmsten, wenn man ruht, und können besonders in der Nacht sehr stark sein. Den Schmerzen ist abzuweichen, indem man die Unterschenkel u. Füße aus dem Bett hängen lässt, sodass mehr Blut in die Beine fließt u. sie besser durchblutet werden.	Ein Bein mit venösen Problemen ist an seinem charakteristischen Aussehen zu erkennen. Das Bein ist geschwollen. Besonders um bereits bestehende Geschwüre ist die Haut stellenweise bräunlich verfärbt, die Haut ist trocken und juckt (Stasisekzem). Das Geschwür selbst ist oft feucht und nässend, in der Regel aber schmerzlos.
Behandlungsmöglichkeiten laut ärztlicher Anordnung	<ul style="list-style-type: none"> - medikamentöse Therapie - moderne Wundversorgung - Gefäßweiterung durch operativen Eingriff - Tieflagerung der Beine 	<ul style="list-style-type: none"> - Kompressionsverband - moderne Wundversorgung - kontinuierliche Hautpflege - Hochlagerung der Beine - medikamentöse Therapie - evtl. Venenentfernung
Risiko-minimierung	<ul style="list-style-type: none"> - Rauchen einstellen - fettarme Ernährung - viel Obst und Gemüse - Bewegung, auch im Sitzen, z.B. Kreisbewegungen mit den Füßen u. Auf-/Abbewegungen der Fersen - Gewichtsreduzierung bei Übergewicht - passendes Schuhwerk - regelmäßige Untersuchung der Füße und Unterschenkel auf Farbveränderungen und Wunden; dies gilt besonders bei an Diabetes Erkrankten. - Füße warm halten - Verletzungen an Füßen und Unterschenkel vermeiden - regelmäßige Fußpflege 	<ul style="list-style-type: none"> - mehr Bewegung - fettarme Ernährung - viel Obst und Gemüse - Gewichtsreduzierung bei Übergewicht - Beine hochlagern - passendes Schuhwerk - regelmäßige Untersuchung der Füße und Unterschenkel auf Farbveränderungen und Wunden; dies gilt besonders bei an Diabetes Erkrankten. - regelmäßige Fußpflege durch Fachpersonal - Übereinanderschlagen der Beine vermeiden - regelmäßige Änderung der Arbeitshaltung
Quelle: pdl.konkret ambulant , Verlag PRO PflegeManagement , www.pflege-management.de , 2010		

	erstellt	überarbeitet	geprüft / bearbeitet	freigegeben
Datum	12/2010	02/2016		
Unterschrift				

Flussdiagramm



Wundassessment – Dekubitus

Patient/ in	Geburtsdatum
-------------	--------------

1. Medizinische Wunddiagnose

Grunderkrankungen

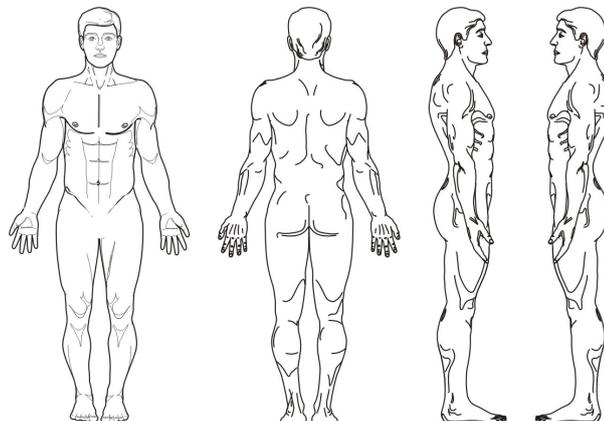
Einteilung der Wunde nach EPUAP bzw. der Grunderkrankung

- Dekubitus Kategorie 1** (nicht wegdrückbare Rötung intakter Haut; besonders bei dunkelhäutigen Menschen können auch Hautverfärbungen, Überwärmung, Ödeme oder Verhärtungen Indikatoren für Kategorie 1 sein)
- Dekubitus Kategorie 2** (Teilverlust der Haut, mit Schädigung von Epidermis, Dermis oder beiden Hautschichten; Dekubitus ist oberflächlich und manifestiert sich klinisch als Hautabschürfung oder Blase)
- Dekubitus Kategorie 3** (Verlust aller Hautschichten einschließlich Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf, aber nicht unter die darunterliegende Faszie reichen kann)
- Dekubitus Kategorie 4** (ausgedehnte Zerstörung, Gewebnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen, mit oder ohne Verlust aller Hautschichten)
 - vollständiger Haut oder Gewebeverlust – unbekannte Tiefe** (tatsächliche Tiefe der Wunde von Belag und Wundkruste/Schorf im Wundbett verdeckt)
 - vermutete tiefe Gewebsschädigung – unbekannte Tiefe** (violetter oder rötlichbrauner, umschriebener Bereich verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte)

bisherige diagnostische und therapeutische Maßnahmen

2. Wundlokalisierung

graphische Dokumentation anhand eines Körperschemas



fachlich korrekte verbale Dokumentation

- | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> cranial | <input type="checkbox"/> dorsal | <input type="checkbox"/> caudal | <input type="checkbox"/> plantar | <input type="checkbox"/> proximal | <input type="checkbox"/> distal | <input type="checkbox"/> anterior |
| <input type="checkbox"/> posterior | <input type="checkbox"/> superior | <input type="checkbox"/> inferior | <input type="checkbox"/> laterial | <input type="checkbox"/> medial | <input type="checkbox"/> ventral | |
-

3. Wunddauer

Wunde besteht seit Entstehungsort:

4. Rezidivzahl

Zahl der Rezidive: Rezidivfreie Zeit:

Beschreibung

.....

5. Wundgröße									
Länge (in cm)									
Breite (in cm)									
Tiefe (in cm)									
6. Unterminierung									
<input type="checkbox"/> ja >									
<input type="checkbox"/> nein									
7. Wundgrund/ Gewebeart									
<input type="checkbox"/> Granulationsgewebe									
<input type="checkbox"/> Fibringewebe									
<input type="checkbox"/> Epithelgewebe									
<input type="checkbox"/> Nekrose									
<input type="checkbox"/> Muskeln									
<input type="checkbox"/> Faszie									
<input type="checkbox"/> Sehnen									
<input type="checkbox"/> Knochen									
<input type="checkbox"/> Fettgewebe									
<input type="checkbox"/> Dermis									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
8. Exsudat/ Transsudat									
Häufigkeit des Verbandwechsels									
Anzahl der durchnässten Kompressen									
<input type="checkbox"/> kein: abgeheilt oder trockene Wunde									
<input type="checkbox"/> wenig: Wundbett feucht, Verband trocken									
<input type="checkbox"/> gering: Wundbett feucht, etwas aus dem Verband austretend									
<input type="checkbox"/> moderat: deutlich flüssig im Wundbett, über 50% d. Verbandes erschöpft									
<input type="checkbox"/> serös / blutig (serosanguinous): wässrig, hell rot bis rosa									
<input type="checkbox"/> serös: wässrig, klar, hell, gelblich									
<input type="checkbox"/> serös / eitrig: undurchsichtig									
<input type="checkbox"/> eitrig: undurchsichtig, gelblich bis grün mit faulem / schlechten Geruch									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
9. Wundgeruch									
<input type="checkbox"/> ja									
<input type="checkbox"/> nein									
10. Wundrand									
<input type="checkbox"/> intakt									
<input type="checkbox"/> nekrotisch									
<input type="checkbox"/> Unterminiert									
<input type="checkbox"/> wulstig									
<input type="checkbox"/> mazeriert									
<input type="checkbox"/> rosig									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
Rückschluss auf Wundheilungsstörung									
<input type="checkbox"/> Bildung von Hyperkeratosen									
<input type="checkbox"/> Nekrosen und Einblutungen durch unzureichende Druckentlastung									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
11. Wundumgebung									
<input type="checkbox"/> intakt									
<input type="checkbox"/> gerötet									
<input type="checkbox"/> geschwollen									
<input type="checkbox"/> mazeriert									
<input type="checkbox"/> trocken									
<input type="checkbox"/> feucht									
<input type="checkbox"/> Wärmeentwicklung									
<input type="checkbox"/> die Farbe									
<input type="checkbox"/> Rückschluss auf Infektionen									
<input type="checkbox"/> Rückschluss auf mangelnde Druckentlastung									
<input type="checkbox"/> Rückschluss auf Hautirritationen durch Kompressionsstrümpfe									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									

Wundassessment – Ulcus Cruris venosum

Patient/ in	Geburtsdatum
-------------	--------------

1. Medizinische Wunddiagnose

Grunderkrankungen

Schweregradeinteilung der Wunde bzw. der Grunderkrankung (der Expertenstandard empfiehlt die Klassifizierung von Widmer)

Stadium 1 (reversible Ödeme; Corona phlebectatica (dunkel-blaue Hautveränderungen am medialen und lateralen Fussrand); perimalleoläre Kőlbchenvenen)

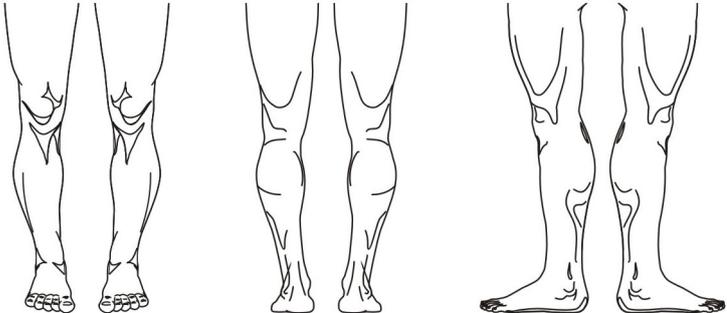
Stadium 2 (persistierende Ödeme; Häm siderose und Purpura der Haut im Unterschenkelbereich; Dermatosklerosen und Lipodermatosklerose; Atrophie blanche; Stauungsekzem; zyanotische Hautfarbe)

Stadium 3 (Ulcer a cruris; Unterschenkelgeschwür oder Ulkusnarbe)

bisherige diagnostische und therapeutische Maßnahmen

2. Wundlokalisierung

graphische Dokumentation anhand eines Körperschemas



fachlich korrekte verbale Dokumentation

cranial dorsal caudal plantar proximal distal anterior
 posterior superior inferior lateral medial ventral

.....

3. Wunddauer

Wunde besteht seit Entstehungsort:

4. Rezidivzahl

Zahl der Rezidive: Rezidivfreie Zeit:

Beschreibung

.....

.....

.....

.....

	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 4

5. Wundgröße									
Länge (in cm)									
Breite (in cm)									
Tiefe (in cm)									
6. Unterminierung									
<input type="checkbox"/> ja >									
<input type="checkbox"/> nein									
7. Wundgrund/ Gewebeart									
<input type="checkbox"/> Granulationsgewebe									
<input type="checkbox"/> Fibringewebe									
<input type="checkbox"/> Epithelgewebe									
<input type="checkbox"/> Nekrose									
<input type="checkbox"/> Muskeln									
<input type="checkbox"/> Faszie									
<input type="checkbox"/> Sehnen									
<input type="checkbox"/> Knochen									
<input type="checkbox"/> Fettgewebe									
<input type="checkbox"/> Dermis									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
8. Exsudat/ Transsudat									
Häufigkeit des Verbandwechsels									
Anzahl der durchnässten Kompressen									
<input type="checkbox"/> kein: abgeheilt oder trockene Wunde									
<input type="checkbox"/> wenig: Wundbett feucht, Verband trocken									
<input type="checkbox"/> gering: Wundbett feucht, etwas aus dem Verband austretend									
<input type="checkbox"/> moderat: deutlich flüssig im Wundbett, über 50% d. Verbandes erschöpft									
<input type="checkbox"/> serös / blutig (serosanguinous): wässrig, hell rot bis rosa									
<input type="checkbox"/> serös: wässrig, klar, hell, gelblich									
<input type="checkbox"/> serös / eitrig: undurchsichtig									
<input type="checkbox"/> eitrig: undurchsichtig, gelblich bis grün mit faulem / schlechten Geruch									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
9. Wundgeruch									
<input type="checkbox"/> ja									
<input type="checkbox"/> nein									
10. Wundrand									
<input type="checkbox"/> intakt									
<input type="checkbox"/> nekrotisch									
<input type="checkbox"/> Unterminiert									
<input type="checkbox"/> wulstig									
<input type="checkbox"/> mazeriert									
<input type="checkbox"/> rosig									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
Rückschluss auf Wundheilungsstörung									
<input type="checkbox"/> Bildung von Hyperkeratosen									
<input type="checkbox"/> Nekrosen und Einblutungen durch unzureichende Druckentlastung									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
11. Wundumgebung									
<input type="checkbox"/> intakt									
<input type="checkbox"/> gerötet									
<input type="checkbox"/> geschwollen									
<input type="checkbox"/> mazeriert									
<input type="checkbox"/> trocken									
<input type="checkbox"/> feucht									
<input type="checkbox"/> Wärmeentwicklung									
<input type="checkbox"/> die Farbe									
<input type="checkbox"/> Rückschluss auf Infektionen									
<input type="checkbox"/> Rückschluss auf mangelnde Druckentlastung									
<input type="checkbox"/> Rückschluss auf Hautirritationen durch Kompressionsstrümpfe									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									

Wundassessment – Ulcus Cruris arteriosum

Patient/ in	Geburtsdatum
-------------	--------------

1. Medizinische Wunddiagnose

Grunderkrankungen

Schweregradeinteilung der Wunde bzw. der Grunderkrankung (der Expertenstandard empfiehlt die Klassifizierung von Fontaine)

Stadium I (symptomlos, evt. leichte Ermüdbarkeit beim Gehen)

Stadium IIa (ab einer Gehstrecke von 200m setzen Schmerzen ein)

Stadium IIb (Schmerzen bei einer Gehstrecke unter 200m)

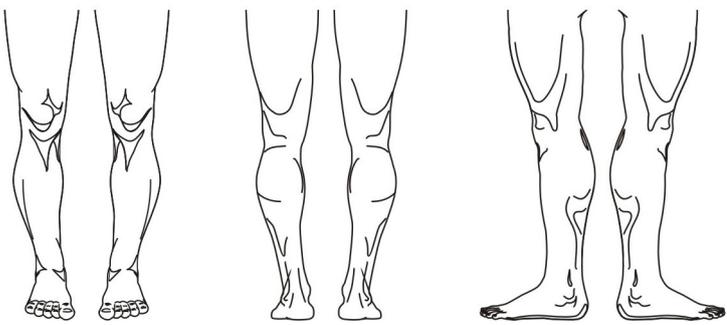
Stadium III (Ruheschmerz)

Stadium IV (Dauerschmerz, Ulcus, Nekrose, Gangrän)

bisherige diagnostische und therapeutische Maßnahmen

2. Wundlokalisation

graphische Dokumentation anhand eines Körperschemas



fachlich korrekte verbale Dokumentation

cranial dorsal caudal plantar proximal distal anterior
 posterior superior inferior lateral medial ventral

.....

3. Wunddauer

Wunde besteht seit Entstehungsort:

4. Rezidivzahl

Zahl der Rezidive: Rezidivfreie Zeit:

Beschreibung

.....

.....

.....

	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 5

5. Wundgröße									
Länge (in cm)									
Breite (in cm)									
Tiefe (in cm)									
6. Unterminierung									
<input type="checkbox"/> ja >									
<input type="checkbox"/> nein									
7. Wundgrund/ Gewebeart									
<input type="checkbox"/> Granulationsgewebe									
<input type="checkbox"/> Fibringewebe									
<input type="checkbox"/> Epithelgewebe									
<input type="checkbox"/> Nekrose									
<input type="checkbox"/> Muskeln									
<input type="checkbox"/> Faszie									
<input type="checkbox"/> Sehnen									
<input type="checkbox"/> Knochen									
<input type="checkbox"/> Fettgewebe									
<input type="checkbox"/> Dermis									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
8. Exsudat/ Transsudat									
Häufigkeit des Verbandwechsels									
Anzahl der durchnässten Kompressen									
<input type="checkbox"/> kein: abgeheilt oder trockene Wunde									
<input type="checkbox"/> wenig: Wundbett feucht, Verband trocken									
<input type="checkbox"/> gering: Wundbett feucht, etwas aus dem Verband austretend									
<input type="checkbox"/> moderat: deutlich flüssig im Wundbett, über 50% d. Verbandes erschöpft									
<input type="checkbox"/> serös / blutig (serosanguinous): wässrig, hell rot bis rosa									
<input type="checkbox"/> serös: wässrig, klar, hell, gelblich									
<input type="checkbox"/> serös / eitrig: undurchsichtig									
<input type="checkbox"/> eitrig: undurchsichtig, gelblich bis grün mit faulem / schlechten Geruch									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
9. Wundgeruch									
<input type="checkbox"/> ja									
<input type="checkbox"/> nein									
10. Wundrand									
<input type="checkbox"/> intakt									
<input type="checkbox"/> nekrotisch									
<input type="checkbox"/> Unterminiert									
<input type="checkbox"/> wulstig									
<input type="checkbox"/> mazeriert									
<input type="checkbox"/> rosig									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
Rückschluss auf Wundheilungsstörung									
<input type="checkbox"/> Bildung von Hyperkeratosen									
<input type="checkbox"/> Nekrosen und Einblutungen durch unzureichende Druckentlastung									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
11. Wundumgebung									
<input type="checkbox"/> intakt									
<input type="checkbox"/> gerötet									
<input type="checkbox"/> geschwollen									
<input type="checkbox"/> mazeriert									
<input type="checkbox"/> trocken									
<input type="checkbox"/> feucht									
<input type="checkbox"/> Wärmeentwicklung									
<input type="checkbox"/> die Farbe									
<input type="checkbox"/> Rückschluss auf Infektionen									
<input type="checkbox"/> Rückschluss auf mangelnde Druckentlastung									
<input type="checkbox"/> Rückschluss auf Hautirritationen durch Kompressionsstrümpfe									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
Protokoll- Version-Nr. 1									
								Seite 2 von 3	
Stand									

Wundassessment – Diabetischer Fußulcus

Patient/ in	Geburtsdatum
-------------	--------------

1. Medizinische Wunddiagnose

Grunderkrankungen

Schweregradeinteilung der Wunde bzw. der Grunderkrankung durch Wagner-Armstrong-Klassifikation

	0	1	2	3	4	5
A	<input type="checkbox"/> prä- oder post-ulcerative Läsion	<input type="checkbox"/> oberflächige Wunde	<input type="checkbox"/> Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	<input type="checkbox"/> Wunde bis zur Ebene von Knochen oder Gelenk	<input type="checkbox"/> Nekrose von Fußteilen	<input type="checkbox"/> Nekrose des gesamten Fußes
B	<input type="checkbox"/> mit Infektion	<input type="checkbox"/> mit Infektion	<input type="checkbox"/> mit Infektion	<input type="checkbox"/> mit Infektion	<input type="checkbox"/> mit Infektion	<input type="checkbox"/> mit Infektion
C	<input type="checkbox"/> mit Ischämie	<input type="checkbox"/> mit Ischämie	<input type="checkbox"/> mit Ischämie	<input type="checkbox"/> mit Ischämie	<input type="checkbox"/> mit Ischämie	<input type="checkbox"/> mit Ischämie
D	<input type="checkbox"/> mit Infektion und Ischämie	<input type="checkbox"/> mit Infektion und Ischämie	<input type="checkbox"/> mit Infektion und Ischämie	<input type="checkbox"/> mit Infektion und Ischämie	<input type="checkbox"/> mit Infektion und Ischämie	<input type="checkbox"/> mit Infektion und Ischämie

bisherige diagnostische und therapeutische Maßnahmen

2. Wundlokalisierung

graphische Dokumentation anhand eines Körperschemas

fachlich korrekte verbale Dokumentation

cranial dorsal caudal plantar proximal distal anterior
 posterior superior inferior lateral medial ventral

.....

3. Wunddauer

Wunde besteht seit Entstehungsort:

4. Rezidivzahl

Zahl der Rezidive: Rezidivfreie Zeit:

Beschreibung

5. Wundgröße									
Länge (in cm)									
Breite (in cm)									
Tiefe (in cm)									
6. Unterminierung									
<input type="checkbox"/> ja >									
<input type="checkbox"/> nein									
7. Wundgrund/ Gewebeart									
<input type="checkbox"/> Granulationsgewebe									
<input type="checkbox"/> Fibringewebe									
<input type="checkbox"/> Epithelgewebe									
<input type="checkbox"/> Nekrose									
<input type="checkbox"/> Muskeln									
<input type="checkbox"/> Faszie									
<input type="checkbox"/> Sehnen									
<input type="checkbox"/> Knochen									
<input type="checkbox"/> Fettgewebe									
<input type="checkbox"/> Dermis									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
8. Exsudat/ Transsudat									
Häufigkeit des Verbandwechsels									
Anzahl der durchnässten Kompressen									
<input type="checkbox"/> kein: abgeheilt oder trockene Wunde									
<input type="checkbox"/> wenig: Wundbett feucht, Verband trocken									
<input type="checkbox"/> gering: Wundbett feucht, etwas aus dem Verband austretend									
<input type="checkbox"/> moderat: deutlich flüssig im Wundbett, über 50% d. Verbandes erschöpft									
<input type="checkbox"/> serös / blutig (serosanguinous): wässrig, hell rot bis rosa									
<input type="checkbox"/> serös: wässrig, klar, hell, gelblich									
<input type="checkbox"/> serös / eitrig: undurchsichtig									
<input type="checkbox"/> eitrig: undurchsichtig, gelblich bis grün mit faulem / schlechten Geruch									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
9. Wundgeruch									
<input type="checkbox"/> ja									
<input type="checkbox"/> nein									
10. Wundrand									
<input type="checkbox"/> intakt									
<input type="checkbox"/> nekrotisch									
<input type="checkbox"/> Unterminiert									
<input type="checkbox"/> wulstig									
<input type="checkbox"/> mazeriert									
<input type="checkbox"/> rosig									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
Rückschluss auf Wundheilungsstörung									
<input type="checkbox"/> Bildung von Hyperkeratosen									
<input type="checkbox"/> Nekrosen und Einblutungen durch unzureichende Druckentlastung									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
11. Wundumgebung									
<input type="checkbox"/> intakt									
<input type="checkbox"/> gerötet									
<input type="checkbox"/> geschwollen									
<input type="checkbox"/> mazeriert									
<input type="checkbox"/> trocken									
<input type="checkbox"/> feucht									
<input type="checkbox"/> Wärmeentwicklung									
<input type="checkbox"/> die Farbe									
<input type="checkbox"/> Rückschluss auf Infektionen									
<input type="checkbox"/> Rückschluss auf mangelnde Druckentlastung									
<input type="checkbox"/> Rückschluss auf Hautirritationen durch Kompressionsstrümpfe									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									

Wundassessment – sekundär heilende Wunden

Patient/ in	Geburtsdatum
-------------	--------------

1. Medizinische Wunddiagnose

Grunderkrankungen

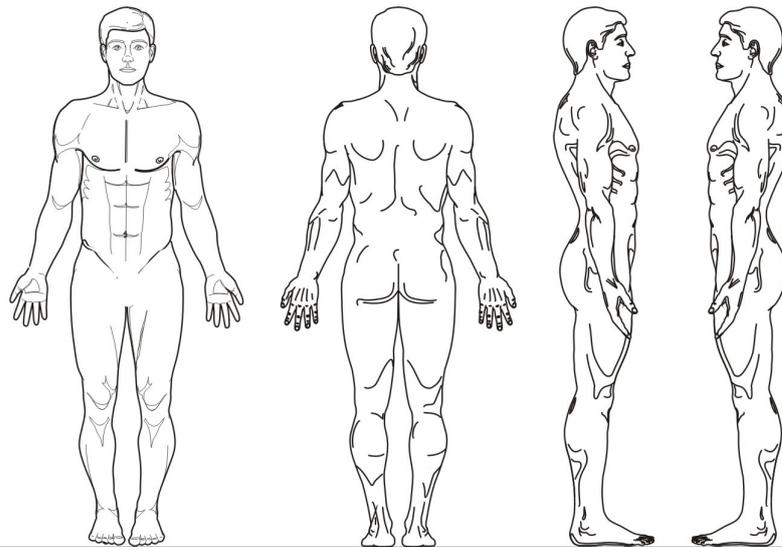
Art der Wunde / Wundentstehung

- Verbrennung
- Postoperative Wunde.....
- Tumor.....
- Hautdefekt.....
-

bisherige diagnostische und therapeutische Maßnahmen

2. Wundlokalisierung

graphische Dokumentation anhand eines Körperschemas



fachlich korrekte verbale Dokumentation

- | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> cranial | <input type="checkbox"/> dorsal | <input type="checkbox"/> caudal | <input type="checkbox"/> plantar | <input type="checkbox"/> proximal | <input type="checkbox"/> distal | <input type="checkbox"/> anterior |
| <input type="checkbox"/> posterior | <input type="checkbox"/> superior | <input type="checkbox"/> inferior | <input type="checkbox"/> lateral | <input type="checkbox"/> medial | <input type="checkbox"/> ventral | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | |

3. Wunddauer

Wunde besteht seit Entstehungsort:

4. Rezidivzahl

Zahl der Rezidive: Rezidivfreie Zeit:

Beschreibung

5. Wundgröße									
Länge (in cm)									
Breite (in cm)									
Tiefe (in cm)									
6. Unterminierung									
<input type="checkbox"/> ja >									
<input type="checkbox"/> nein									
7. Wundgrund/ Gewebeat									
<input type="checkbox"/> Granulationsgewebe									
<input type="checkbox"/> Fibringewebe									
<input type="checkbox"/> Epithelgewebe									
<input type="checkbox"/> Nekrose									
<input type="checkbox"/> Muskeln									
<input type="checkbox"/> Faszie									
<input type="checkbox"/> Sehnen									
<input type="checkbox"/> Knochen									
<input type="checkbox"/> Fettgewebe									
<input type="checkbox"/> Dermis									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
8. Exsudat/ Transsudat									
Häufigkeit des Verbandwechsels									
Anzahl der durchnässten Kompressen									
<input type="checkbox"/> kein: abgeheilt oder trockene Wunde									
<input type="checkbox"/> wenig: Wundbett feucht, Verband trocken									
<input type="checkbox"/> gering: Wundbett feucht, etwas aus dem Verband austretend									
<input type="checkbox"/> moderat: deutlich flüssig im Wundbett, über 50% d. Verbandes erschöpft									
<input type="checkbox"/> serös / blutig (serosanguinous): wässrig, hell rot bis rosa									
<input type="checkbox"/> serös: wässrig, klar, hell, gelblich									
<input type="checkbox"/> serös / eitrig: undurchsichtig									
<input type="checkbox"/> eitrig: undurchsichtig, gelblich bis grün mit faulem / schlechten Geruch									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
9. Wundgeruch									
<input type="checkbox"/> ja									
<input type="checkbox"/> nein									
10. Wundrand									
<input type="checkbox"/> intakt									
<input type="checkbox"/> nekrotisch									
<input type="checkbox"/> Unterminiert									
<input type="checkbox"/> wulstig									
<input type="checkbox"/> mazeriert									
<input type="checkbox"/> rosig									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
Rückschluss auf Wundheilungsstörung									
<input type="checkbox"/> Bildung von Hyperkeratosen									
<input type="checkbox"/> Nekrosen und Einblutungen durch unzureichende Druckentlastung									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									
11. Wundumgebung									
<input type="checkbox"/> intakt									
<input type="checkbox"/> gerötet									
<input type="checkbox"/> geschwollen									
<input type="checkbox"/> mazeriert									
<input type="checkbox"/> trocken									
<input type="checkbox"/> feucht									
<input type="checkbox"/> Wärmeentwicklung									
<input type="checkbox"/> die Farbe									
<input type="checkbox"/> Rückschluss auf Infektionen									
<input type="checkbox"/> Rückschluss auf mangelnde Druckentlastung									
<input type="checkbox"/> Rückschluss auf Hautirritationen durch Kompressionsstrümpfe									
<input type="checkbox"/> Sonstiges									

	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 8

wund- und therapiebedingte Einschränkungen	
Patient/ in	Geburtsdatum
Diagnose	<input type="checkbox"/> Ersteinschätzung Datum:..... <input type="checkbox"/> Folgeeinschätzung Datum:.....

A) Patienten- / Angehörigenwissen
--

zu Ursachen der Wunde	
zur Heilung der Wunde und Vorstellungen zur Wundheilungszeit	
zu Symptomen (z.B. Geruch, Exsudat, Juckreiz)	
zur Bedeutung spezieller Maßnahmen (z.B. Druckentlastung, Bewegung, Kompression)	

B) Wund- und therapiebedingte Einschränkung
--

Schmerzen (Stärke, Qualität, Häufigkeit, Dauer, Situationen die mit Schmerzen einhergehen, Ort, Erfahrungen mit Maßnahmen zur Verbesserung der Schmerzen)	
Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkungen	
Schlafstörungen	
Abhängigkeit von personeller Hilfe	
Jucken und Schwellen der Beine	
Schwierigkeiten bei Kleidungs- und Schuhwahl	
Schwierigkeiten zur Aufrechterhaltung der persönlichen Hygiene	
psychosoziale Aspekte (z.B. soziale Isolation, Machtlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Trauer, Depression, Energielosigkeit, Sorgen, Frustration, Mangel an Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Gefühl des Kontrollverlustes)	

	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 8

C) vorhandene wundbezogene Hilfsmittel	
Kompressionsstrümpfe	
Orthesen	
druckreduzierende Matratzen	
D) Selbstmanagementkompetenzen von Patienten und Angehörigen	
krankheitsspezifische Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> • entstauende Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> – Kompression (Anziehen, Pflegen, Umgang mit kompressionsbedingten Beschwerden) – Aktivierung des Sprunggelenkes und der Muskelpumpe – Hochlegen der Beine • Fußpflege und –inspektion • präventive Maßnahmen bei Diabetischem Fußulcus (z.B. Fußpflege, Umgang mit Schuhen) • Druckentlastung der Wunde (Hilfsmittel, Bewegungsförderung / Umlagerung) • Gefäßtraining; Gehtraining 	
zum Umgang mit Einschränkungen	
zur Wunde und Verbandswechsel (Wundgeruch, Schmerzen)	
Erhalt von Alltagsaktivitäten (z.B. Einkaufen, Hobbies)	
Hautschutz / Hautpflege	
Ernährung	
Blutzuckereinstellung	
Rauchentwöhnung	
Protokoll- Version-Nr. 1	Seite 2 von 2 Stand

	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 9

Zusatzinstrument „Wound-QoL“ LEBENSQUALITÄTSBOGEN CHRONISCHE WUNDEN		
Patient/ in	Geb.	Erhebungsdatum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
neben der medizinischen Behandlung Ihrer chronischen Wunde möchten wir gern erfahren, wie sehr Ihre Erkrankung Sie in Ihrer persönlichen Lebensführung einschränkt.
Für Ihre Mitarbeit bedanken wir uns im Voraus!

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, wie es Ihnen mit Ihrer/Ihren chronischen Wunde(n) geht.
Bitte setzen Sie pro Zeile genau **ein** Kreuz.

In den letzten 7 Tagen...	Gar nicht	Etwas	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
1. ...hatte ich Schmerzen in der Wunde	0	1	2	3	4
2. ...hatte ich einen unangenehmen Geruch in der Wunde	0	1	2	3	4
3. ...hatte ich störenden Wundausfluss	0	1	2	3	4
4. ...war mein Schlaf durch die Wunde beeinträchtigt	0	1	2	3	4
5. ...war die Behandlung der Wunde für mich belastend	0	1	2	3	4
6. ...war ich wegen der Wunde niedergeschlagen	0	1	2	3	4
7. ...hat es mich frustriert, dass die Heilung so lange dauert	0	1	2	3	4
8. ...habe ich mir Sorgen wegen meiner Wunde gemacht	0	1	2	3	4
9. ...hatte ich Angst vor einer Verschlechterung oder vor neuen Wunden	0	1	2	3	4
10. ...hatte ich Angst, mich an der Wunde zu stoßen	0	1	2	3	4
11. ...konnte ich mich wegen der Wunde schlecht fortbewegen	0	1	2	3	4
12. ...war das Treppensteigen wegen der Wunde mühsam	0	1	2	3	4
13. ...hatte ich wegen der Wunde Probleme mit Alltagstätigkeiten	0	1	2	3	4
14. ...waren meine Freizeitaktivitäten wegen der Wunde eingeschränkt	0	1	2	3	4
15. ...musste ich wegen der Wunde Aktivitäten mit Anderen einschränken	0	1	2	3	4
16. ...fühlte ich mich wegen der Wunde abhängig von der Hilfe Anderer	0	1	2	3	4
17. ...war die Wunde für mich eine finanzielle Belastung	0	1	2	3	4
Wound-QoL-Gesamtwert	Σ				

„Wound-QoL“ Fragebogen zur Lebensqualität bei chronischen Wunden, Augustin et al. 2014, Blome et al. 2014

Auswertung:

- Punkte: 0-gar nicht, 1-etwas, 2-mittelmäßig, 3-ziemlich und 4-sehr
- mindestens 13 von 17 Fragen müssen beantwortet werden
- Summe geteilt durch Anzahl beantworteter Fragen = **Wound-QoL-Gesamtwert**
- Bereiche in denen der Patient mit ‚ziemlich‘ oder ‚sehr‘ geantwortet hat zeigen Handlungsbedarf auf

	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 10

Zusatzinstrument „Wittener Aktivitätenkatalog“ BEI VENÖS BEDINGT OFFENEN BEINEN		
Patient/ in	Geb.datum	Erhebungsdatum

1 Maßnahmen zur Verhinderung eines Blutstaus in den Beinen				
1.1 Maßnahmen zur Kompression	ja, stimmt genau (1)	eher ja (2)	eher nein (3)	nein, stimmt nicht (4)
1.1.a allgemein				
1. wenn ich ein geschlossenes Bein habe, ziehe ich einen Kompressionsstrumpf an				
2. ich lege den Kompressionsverband/ -strumpf morgens sofort beim Aufstehen an				
3. wenn das Bein vor dem Anlegen der Kompression geschwollen ist, lege ich das Bein hoch oder dusche ich das Bein kalt ab				
4. nach dem Anlegen der Kompression bewege ich mich mindestens 20Minuten oder massiere das Bein				
5. wenn die Kompression tagsüber zu fest wird, lege ich meine Beine hoch oder bewege mich				
6. ich trage eine Kompression (Verband, Strumpf) jeden Tag				
7. ich trage eine Kompression (Verband, Strumpf) nur tagsüber				

wenn Sie in den vergangenen 12 Monaten einen **Kompressionsverband aus Binden** getragen haben, gehen Sie bitte **weiter zu Frage 8**

wenn Sie in den vergangenen 12 Monaten einen **Kompressionsstrumpf** getragen haben, gehen Sie nun bitte **weiter zu Frage 14**

1.1 Maßnahmen zur Kompression	ja, stimmt genau (1)	eher ja (2)	eher nein (3)	nein, stimmt nicht (4)
1.1.b Kompressionsverband aus Binden				
8. ich lege den Kompressionsverband selber an				
9. ich wickle das Bein mit 2 Binden				
10. ich polstere die offenen Stellen unter den Binden ab				
11. ich wickle die Binden so, dass der Druck vom Fußgelenk zum Knie hin abnimmt				
12. wenn der Kompressionsverband sich lockert, wickle ich das Bein neu				
13. ich Sorge dafür, dass die Binden nicht verrutschen				

andere Maßnahmen, welche ich durchführe:.....
.....

1.1 Maßnahmen zur Kompression	ja, stimmt genau (1)	eher ja (2)	eher nein (3)	nein, stimmt nicht (4)
1.1.c Kompressionsstrümpfe				
14. ich ziehe mindestens jeden 2.Tag einen frischen Kompressionsstrumpf an				
15. wenn der Kompressionstrumpf ausleiert, ziehe ich ihn nicht mehr an				
16. ich lasse Sitz / Qualität der Kompressionsstrümpfe mind. alle 6 Monate von einem Arzt prüfen				
17. ich besorge aller 6 Monate neue Kompressionsstrümpfe				

andere Maßnahmen, welche ich durchführe:.....
.....

1.2 Maßnahmen zur Bewegung	ja, stimmt genau (1)	eher ja (2)	eher nein (3)	nein, stimmt nicht (4)
18. ich vermeide langes Stehen				
19. ich vermeide langes Sitzen				
20. ich laufe viel				
21. ich lege tagsüber so oft wie möglich die Beine hoch				
22. ich lege abends so oft wie möglich die Beine hoch				
23. ich lege meine Beine so hoch, dass die Füße höher als das Herz liegen				
24. ich schlafe mit erhöhtem Fußteil				
25. ich beuge und strecke mehrmals täglich gezielt meine Füße				
26. ich beuge und strecke mehrmals täglich gezielt meine Zehen				
27. ich führe täglich mindestens 15 Minuten am Stück venengymnastische Übungen durch				
28. ich führe venengymnastische Übungen vorm Einschlafen durch				
29. ich gehe täglich mindestens eine halbe Stunde spazieren				
30. ich kaufe meine Schuhe nur nachmittags oder abends				

andere Maßnahmen, welche ich durchführe:.....

1.3 Maßnahmen zum Umgang mit Wärme	ja, stimmt genau (1)	eher ja (2)	eher nein (3)	nein, stimmt nicht (4)
31. ich halte mich in der kälteren Jahreszeit in sehr warmen Räumen auf				
32. ich wasche die Beine mit sehr warmen Wasser				
33. ich trage Strümpfe , in denen meine Füße schwitzen				
34. ich trage Schuhe , in denen meine Füße schwitzen				
35. ich schlafe unter einer sehr warmen Bettdecke				

andere Maßnahmen, welche ich durchführe:.....

1.4 Maßnahmen zum Umgang mit einer Venenüberlastung	ja, stimmt genau (1)	eher ja (2)	eher nein (3)	nein, stimmt nicht (4)
36. ich trage einengende Sockenbündchen				
37. ich trage einengende Miederhosen				
38. ich trage einengende Hosen				
39. ich schlage beim Sitzen die Beine übereinander				
40. ich trage schwere Getränkekisten				
41. ich trage schwere Einkaufstaschen				
42. ich trage schwere Wäschekörbe				
43. ich trage schwere Gegenstände in meinem Beruf				
44. ich hebe schwere Gegenstände				
45. ich lasse mir bei Arbeiten, die mir körperlich zu anstrengend sind, von anderen helfen				

andere Maßnahmen, welche ich durchführe:.....

	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 11

Zusatzinstrument „Frankfurter Aktivitätenkatalog der Selbstpflege – Prävention Diabetischer Fußulcus“

Bei Patienten mit Diabetes zur Prävention eines Diabetischen Fußulcus

Patient/ in	Geb.datum	Erhebungsdatum
-------------	-----------	----------------

1) Selbstkontrolle der Füße	nie	selten	ab und zu	oft	immer
1. Ich schaue meine Füße täglich genau an.	0	1	2	3	4
2. Ich kontrolliere meine Füße speziell auf Hornhaut.	0	1	2	3	4
3. Ich überprüfe meine Füße speziell auf Fußpilz.	0	1	2	3	4
4. Ich schaue meine Füße auf Verletzungen, Wunden, Rötungen, Schwellungen und infizierte Nägel an.	0	1	2	3	4
5. Ich kontrolliere meine Nägel darauf, dass Sie nicht einwachsen.	0	1	2	3	4
6. Ich überprüfe meine Fußnägel speziell auf Nagelpilz.	0	1	2	3	4
7. Ich schaue speziell auch zwischen den Zehen.	0	1	2	3	4
8. Ich kontrolliere meine Füße bei gutem Licht.	0	1	2	3	4
9. Ich schaue bei der Fußkontrolle, ob ich Hühneraugen habe.	0	1	2	3	4
Summe der Punkte im 1. Bereich					
2) Inanspruchnahme von professioneller Fußpflege					
10. Ich gehe zur medizinischen Fußpflegerin zum Nagelschneiden.	0	1	2	3	4
11. Ich informiere die Fußpflegerin, dass ich zuckerkrank bin.	0	1	2	3	4
12. Ich achte darauf, dass eine medizinische Fußpflegerin meine Füße genau anschaut.	0	1	2	3	4
13. Ich lasse Hornhaut und Schwielen von Fachpersonal entfernen, z.B. Arzt oder Fußpflege.	0	1	2	3	4
14. Ich behandle Fußnagelprobleme selbst, z.B. eingewachsene Nägel, Nagelpilz oder Nagelentzündungen.	4	3	2	1	0
Summe der Punkte im 2. Bereich					
3) Selbstkontrolle von Schuhen und Strümpfen					
15. Ich taste vor dem Anziehen der Schuhe die Schuhinnenseiten ab.	4	3	2	1	0
16. Ich trage Schuhe mit ausreichend Platz für die Zehen.	4	3	2	1	0
17. Ich kontrolliere beim Kauf von Schuhen die Schuhe innen mit der Hand.	4	3	2	1	0
18. Ich trage Strümpfe ohne Nähte.	4	3	2	1	0
19. Ich kontrolliere bei Strumpfschäden, ob diese von den Füßen her stammen.	4	3	2	1	0
Summe der Punkte im 3. Bereich					
Gesamtpunkte					

	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 11

Das Zusatzinstrument „Frankfurter Aktivitätenkatalog der Selbstpflege – Prävention Diabetischer Fußulcus“ erfasst die täglichen Selbstpflegetätigkeiten von Patienten mit Diabetes.

Diese Selbstpflegetätigkeiten dienen der Prävention eines Diabetischen Fußulcus.
 Das Instrument dient der Pflegefachkraft als Hilfestellung zu Inhalten von Beratung und Anleitung und als Verlaufsprotokoll für die Kompetenz der Selbstpflege des Patienten.

Die Antworten des Patienten sollen sich dabei auf das zurückliegende halbe Jahr beziehen.

Ein hoher Punktwert signalisiert eine passende krankheitsbedingte Selbstpflege.
 In Bereichen nahe dem Punktwert 0 benötigt der Patient Anleitung, bzw. Unterstützung bei der Selbstpflege.

Zu beachten sind die Fragen 14 bis 19, bei denen es umgedrehte Punktwerte in den jeweiligen Antwortfeldern gibt.

AMBULANTE KRANKENPFLEGE CHRISTA SCHMIDT 	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 12

Beratungsprotokoll zum Wundmanagement

Sehr geehrte/r Frau/Herr.....
 Sehr geehrte Angehörige.....

Ihre Pflegefachkraft hat festgestellt, dass bei Ihnen eine „Chronische Wunde“ vorliegt. Wir möchten Sie deshalb darüber informieren, Sie beraten und mit Ihnen gemeinsam Maßnahmen festlegen, wie Sie selbst wirksam die Wundheilung unterstützen können.

<input type="checkbox"/> Erstberatung	Datum.....	PFK.....
<input type="checkbox"/> Folgeberatung Nr.	Ort der Beratung.....	Unterschrift.....

1) Informationen zur „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“

Wir möchten Sie über das Thema „Chronische Wunden“ informieren und übergeben Ihnen folgendes Informationsmaterial:

- hauseigener Informationsbrief / Informationsbroschüre
- Internetadressen
- Selbsthilfegruppen
-
-

2) Beratung zur „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“

- Wundeinschätzung**
.....
.....
- Grunderkrankung**
.....
.....
- Risikofaktoren (z.B. Rauchen)**
.....
.....
- Wund- und therapiebedingte Beeinträchtigungen**
.....
.....
- Rezidivprophylaxe**
.....
.....

AMBULANTE KRANKENPFLEGE CHRISTA SCHMIDT 	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 12

3) Beratung zu Maßnahmen

Wir empfehlen Ihnen notwendige Maßnahmen, die wir auch fachlich begründen können. Diese Maßnahmen sollen vorbeugend wirken und vorhandene Risikofaktoren minimieren oder ausschalten. Gemeinsam legen wir folgende Maßnahmen fest:

- Hilfe zur Selbsthilfe.....
- Bewegungsförderung.....
- Kompressionstherapie.....
- Druckentlastung.....
- Hautpflege.....
-
-

4) Bestätigung

Ich wurde von meinem Pflegedienst ausführlich beraten und informiert zu:

- Wundeinschätzung
- Umgang mit Selbsteinschätzungsinstrumente (Wound-QoI, Schmerztagebuch, etc.)**
- Grunderkrankungen
- Risikofaktoren
- Wund- und therapiebedingte Beeinträchtigungen
- Rezidivprophylaxe
- Notwendige Maßnahmen

Ich habe noch weitere Fragen

- Nein
- Ja.....

Ich willige ausdrücklich in die Vereinbarung ein und werde mich daran halten:

- Ja
- Nur teilweise, weil.....
.....
.....
- Nein, weil.....
.....
.....

Sollte ich aufgrund der fehlenden Vorsorge zu Schaden kommen, werde ich keinerlei Schadenersatzansprüche gegen den Pflegedienst und seine mich versorgenden Pflegekräfte stellen.

.....
Datum / Unterschrift Patient

.....
Datum / Unterschrift Angehöriger

Lieber Patient / Liebe Angehörige,

bei Ihnen wurde folgende Chronische Wunde diagnostiziert:

Dekubitus

Diabetischer Fußulcus

gefäßbedingter Ulcus Cruris

Wir möchten Sie deshalb über Wundeinschätzung, Risikofaktoren, wund- und therapiebedingte Beeinträchtigungen, Hilfe zur Selbsthilfe und notwendige Maßnahmen informieren.

In unserem Beratungsgespräch werden wir Ihnen ausführlich erklären, wie Sie selbst wirksam die Wundheilung unterstützen können.

Was ist eine chronische Wunde?

Bei einigen Patienten mit speziellen Wunden kann es im Verlauf der Wundheilung zu Störungen kommen, die von verschiedenen Faktoren verursacht werden. Durch diese Störung wird die Wundheilung verzögert und es entstehen „chronische Wunden“. Wunden werden dann als chronisch bezeichnet, wenn diese innerhalb von 4-12 Wochen nach Wundentstehung (hier spielen Wundart und Kontextfaktoren eine bedeutende Rolle) unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen zeigen.

Was sind wund- und therapiebedingte Beeinträchtigungen?

Jede chronische Wunde verursacht körperliche Beeinträchtigungen, Einschränkungen der Selbständigkeit und des sozialen Lebens. (Das können zum Beispiel Schmerzen, Juckreiz, Schwellungen sein.)

Was ist ein Wundmanagement?

Unter Wundmanagement werden alle Maßnahmen zusammengefasst, die bei Patienten mit chronischen Wunden notwendig und empfehlenswert sind. Dabei soll nie die Wunde im Vordergrund stehen, sondern der Patient unter Berücksichtigung seiner besonderen Lebenssituation.

Das Ziel soll eine pflegerische Versorgung jedes Patienten mit einer chronischen Wunde sein, die

- das individuelle Krankheitsverständnis berücksichtigt
- die Lebensqualität fördert,
- die Wundheilung unterstützt,
- eine Rezidivbildung von Wunden vermeidet.

Wie wir Sie unterstützen?

Ihr Arzt diagnostiziert die Wunde und verordnet Ihnen eine Wundbehandlung.

Der Wundexperte schätzt die Wunde und die wund- und therapiebedingten Einschränkungen ein und empfiehlt eine Wundbehandlung:

- Wir stimmen die fach- und sachgerechte Umsetzung der Maßnahmen mit allen Beteiligten aufeinander ab und koordinieren die Versorgung
- Wir informieren und beraten sie und Ihre Angehörigen zu den wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen und Erfordernissen, Grunderkrankungen sowie zur Rezidivprophylaxe, Vermeidung von weiteren Schäden und Umsetzung der medizinischen Verordnungen.
- Wir überprüfen regelmäßig den Heilungsverlauf der Wunde, um Aussagen über den Erfolg der Maßnahmen treffen zu können bzw. einen fehlenden Erfolg analysieren zu können.

Welche Interventionen können wir Ihnen anbieten?

Wir bieten Ihnen Maßnahmen der **Bewegungsförderung**, **Kompressionstherapie** und **Druckentlastung unter Berücksichtigung der aktuellen Lebenssituation** an. Je nach Grunderkrankung, Wundeinschätzung sowie wund- und therapiebedingten Einschränkungen erstellen wir mit Ihnen gemeinsam eine individuelle Maßnahmenplanung.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Pflorgeteam

	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 14

Maßnahmen (Beispiele)		
A Kriterienliste für ein wundspezifisches Assessment		
	Erklärungsanleitung	Maßnahmen - Beispiele
A1. Medizinische Wunddiagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Chronische Grunderkrankungen, • Wundart und Schweregradeinteilung der Wunde bzw. der Grunderkrankung („Dekubitus“, „Ulcus cruris venosum“, „Ulcus cruris arteriosum“, „diabetischer Fußulcus“) • bisherige diagnostische und therapeutische Maßnahmen 	<p>Allgemein Wir fördern die Beteiligung einer großen Fachgruppe (Interdisziplinäres Team)</p> <p>Der Arzt diagnostiziert die Wunde und verordnet die notwendige Behandlung. Pflegefachkräfte haben Remonstrationspflicht, wenn eine Verordnung fach- und sachgerecht nicht korrekt ist.</p>
A2. Wundlokalisierung	<ul style="list-style-type: none"> • graphische Dokumentation anhand eines Körperschemas • fachlich korrekte verbale und ggf. fotografische Dokumentation 	Die Expertengruppe empfiehlt für die Wundeinschätzung und Wundversorgung das Hinzuziehen eines Wundexperten.
A3. Wunddauer	<ul style="list-style-type: none"> • der Zeitraum vom Auftreten der Wunde bis zur aktuellen Einschätzung ist hier angenommen • relevant um Belastungen, Einschränkungen sowie den Versorgungsaufwand, welcher im Zusammenhang mit der Wund steht, einzuschätzen 	<p>Hygienische Anforderungen bei der Versorgung chronischer Wunden (von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert-Koch-Institutes empfohlen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einmalschürzen oder Kittel tragen (bei größeren Wundflächen und Risiken der Kontamination der Arbeitskleidung) • Desinfektion der Hände (bei Verbandswechsel) • Keimarme Einmalhandschuhe tragen (beim Abnehmen des Verbandes, z.B. bei durchfeuchtetem Verband) • Sterile Pinzette benutzen (beim Entfernen festklebender wundabdeckender Kompressen) • Entsorgung der Einmalhandschuhe (nach Abnehmen des Wundverbandes) • Händedesinfektion wiederholen • Non-touch-Technik mit sterilen Instrumenten/ sterilen Handschuhen (zur Wundbehandlung nach den Vorgaben des Arztes) • Sterile Lösungen zum Spülen von Wunden • Haltbarkeitsdatum der Lösungen beachten und ggf. Anbruchsdatum vermerken (siehe Angaben des Herstellers) • Entsorgung der benutzten Instrumentarien (unmittelbar nach Gebrauch unter Vermeidung der Kontamination des Umfeldes; angebrochene Sterilverpackungen werden nach Verbandswechsel verworfen)
A4. Wundgröße	<ul style="list-style-type: none"> • größte Länge und Breite mit Orientierung nach Körperachsen • die Tiefe anhand steriler Materialien (Pinzetten, Knopfsonden, Watteträgern) (in cm) • Taschen, Fisteln, Unterminierungen werden anhand steriler Materialien (in cm) und die Lokalisation orientiert an der Uhr beschrieben • Wundausrichtung anhand der Uhrmethode 	
A5. Wundgrund/ Gewebearten	<ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung des Wundgrunds anhand der Gewebearten, welche dominieren (Granulationsgewebe, Fibringewebe, Epithelgewebe, Nekrose, Muskeln, Faszie, Sehnen, Knochen, Fettgewebe, Dermis) • Farbenmodelle zur Gewebstypisierung werden nicht empfohlen, da diese ungeeignet sind 	

	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 14

	Erklärungsanleitung	Maßnahmen - Beispiele
A6. Wundrand	<ul style="list-style-type: none"> • Definition lt. Expertenstandard „Wundrand“: Übergang von der Wunde zur intakten Haut • es wird empfohlen, den Wundrand zu beschreiben (intakt, nekrotisch, unterminiert, wulstig, mazeriert, rosig), da von ihm die Epithelisierung ausgeht • der Zustand des Wundrandes erlaubt Rückschlüsse auf Wundheilungsstörungen (Bildung von Hyperkeratosen, Nekrosen und Einblutungen durch unzureichende Druckentlastung) 	Wundversorgung <ul style="list-style-type: none"> • phasengerechte feuchte Wundversorgung • es zeigen sich keine Vorteile bestimmter Materialien • Wundaufgabe ist abhängig vom Wundheilungsstadium, Wundlokalisierung, Exsudatmenge, Infektionszeichen, Hautsituation, Schmerzen, Kontinenz sowie von Kosten- und Effektivitätskriterien. • Material sollte für Betroffenen akzeptabel, bequem und gut lösbar vom Wundgrund sein sowie keine negativen Auswirkungen auf den Alltag haben • Verbandswechselfrequenz richtet sich nach Wundsituation und den Angaben des Herstellers
A7. Wundumgebung	<ul style="list-style-type: none"> • Definition lt. Expertenstandard „Wundumgebung“: unmittelbare Umgebung des Wundrandes • Zustand der Wundumgebung (z.B. gerötet, geschwollen, mazeriert, trocken, feucht, Farbe und Wärmeentwicklung) erlaubt Rückschlüsse auf Infektionen, mangelnde Druckentlastung o. Hautirritationen durch Kompressionsstrumpf 	
A8. Infektionszeichen	<ul style="list-style-type: none"> • Rötung • Wärme • Ausmass an Cellulitis (cm) • Exsudat / Transudat • Wundgeruch • Verhärtung 	
A9. Wund- bzw. wundnaher Schmerz	<ul style="list-style-type: none"> • Die Lebensqualität wird durch Schmerzen stark beeinträchtigt • Expertengruppe empfiehlt daher, zusätzlich zur Erfassung der Schmerzen bei der Einschätzung der wund- und therapiebedingten Einschränkungen, bei jedem Verbandswechsel Quantität und Qualität des Wundschmerzes zu erfassen und zu dokumentieren 	Schmerzen notwendige therapeutische Maßnahmen können schmerzhaft sein (z.B. Lagerungswechsel bei Dekubitus-Patienten) handlungsleitend: ursächliche Beseitigung der Schmerzfaktoren 1. medikamentöse Therapie durch Arzt Betroffenen über schmerzhafte Interventionen informieren schmerzfremde oder –reduzierte Durchführung der Maßnahmen präventive Schmerzmittelgabe 2. nichtmedikamentöse Maßnahmen ergeben sich anhand der Anamnese (z.B. adäquate Anwendung der Kompressionstherapie, Bewegungsförderung, atraumatische Entfernung des Verbandes)

	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 14

	Erklärungsanleitung	Maßnahmen - Beispiele
A10. Exsudat/ Transsudat	<ul style="list-style-type: none"> • Quantität (Häufigkeit Verbandswechsel, Anzahl der durchnässten Kompressen) <ul style="list-style-type: none"> – kein: abgeheilt oder trockene Wunde – wenig: Wundbett feucht, Verband trocken – gering: Wundbett feucht, etwas aus Verband austretend – moderat: deutlich flüssig im Wundbett, über 50% des Verbandes erschöpft – reichlich / massenhaft: Verband ist mehr als erschöpft • Qualität (z.B. Farbe, Konsistenz, Viskosität) <ul style="list-style-type: none"> – serös / blutig: wässrig, hell rot bis rosa – serös: wässrig, klar, hell, gelblich – serös / eitrig: undurchsichtig – eitrig: undurchsichtig, <u>gelb-grün</u> mit schlechten Geruch 	<p>verstärktes Wundexsudat</p> <ul style="list-style-type: none"> • ursächliche Behandlung (z.B. Infektionsbekämpfung) • stark absorbierendes Verbandsmaterial verwenden • bei dicken Verbänden eine Anpassung der Kleidung (z.B. weite Hosen) • Reduktion der Exsudatmenge bei Patienten mit Ulcus cruris venosum / mixtum über adäquat angelegte Entstauungsmittel (z.B. Kompression) • Aufklärung über Entstehung des Wundexsudat, da Betroffene teilweise denken, dass durch Kompression das Exsudat zurück in den Körper gedrückt werden
A11. Rezidivzahl	<ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung der Häufigkeit des Wiederauftretens einer Wunde nach erfolgter Abheilung • häufige Rezidive können Hinweise auf eine unzureichende Behandlung der Grunderkrankung bzw. der Prävention • zu erfassen sind die Zahl der Rezidive und rezidivfreie Zeit in Monaten 	<p>Rezidivprophylaxe wichtiger Bestandteil der Pflege → Patientenschulungen durchführen</p> <p>bei Dekubitalgeschwüren: Druckentlastung durch Positionswechsel, Bewegungsförderung, Förderung durch Mikrobewegungen, Einsatz druckreduzierender Hilfsmittel; Erhalten und Förderung der Gewebetoleranz durch angemessene Hautpflege und bedarfsgerechte Ernährung</p> <p>bei Diabetischem Fußulcus: sorgsame Schuhwahl und Trageverhalten, kontinuierliche Schuh- und Fußinspektion, Fußpflege, Vermeiden von Verletzungen, Ernährungsberatung</p> <p>bei Ulcus cruris venosum: lebenslange Kompressionstherapie, Hautpflege, Beratung über Selbstmedikation durch frei verkäufliche Venenmedikamente (nicht zu empfehlen), Vermeiden von Verletzungen, Vorstellung beim Arzt bei kleinsten Verletzungen, Bewegungstraining und Gehübungen, Hochlagerung der Beine;</p> <p>bei Ulcus cruris arteriosum: Raucherentwöhnung, Gewichtsreduktion, cholesterinarme Ernährung, Blutdruckoptimierung, Bewegungstraining, Medikamenteneinnahme</p>

	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 14

	Erklärungsanleitung	Maßnahmen - Beispiele
A12. Wundgeruch	<ul style="list-style-type: none"> • Ja oder nein 	<p>Wundgeruch zur Zeit gibt es keine Evidenz für die Wirksamkeit bestimmter Verfahren ursächliche Behandlung des Wundgeruches (z.B. Infektionsbekämpfung) und ggf. eine Steigerung der Häufigkeit von Verbandswechsel Geruchsbindung durch Aktivkohle von Duftanwendungen wird abgeraten (reduzieren Geruch nicht, können aber belastenden Geruchsmix erzeugen) eine wertschätzende (non-verbale) Kommunikation mit dem Betroffenen</p>

	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 14

B. Kriterienliste zur Einschätzung der wund- und therapiebedingte Einschränkungen sowie der Selbstmanagementkompetenz der Patienten

	Erklärungsanleitung	Maßnahmen - Beispiele
B1 Verständnis des Krankseins	<ul style="list-style-type: none"> • zu Ursachen der Wunde (Grunderkrankungen wie z.B. Diabetes, CVI, art. Verschlusskrankheit) • zur Heilung der Wunde und Vorstellungen zur Wundheilungszeit • zu Symptomen (z.B. Geruch, Exsudat, Juckreiz) • zur Bedeutung spezieller Maßnahmen (z.B. Druckentlastung, Bewegung, Kompression) 	<p>Auf Basis der Grunderkrankung lassen sich Maßnahmen zum Abbau oder zur Linderung von Beschwerden und zur Sekundär- und Tertiärprävention ableiten. Es werden daher umfassende Kompetenzen insbesondere zu folgenden Themen benötigt:</p> <p>Dekubitus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifizierung des Risikos • Auswahl druckentlastender Hilfsmittel • Entwicklung eines individuellen Bewegungsförderungsplanes <p>Diabetischer Fußulcus</p> <ul style="list-style-type: none"> • allgemeine Diabetesbehandlung • Umgang mit druckentlastenden Hilfsmitteln • Rezidivprävention <p>Ulcus cruris venosum</p> <ul style="list-style-type: none"> • allgemeine Behandlung der chronisch venösen Insuffizienz (CVI) • Bewegungsübungen • Anlegen von Kompressionsverbänden • Rezidivprävention <p>Ulcus cruris arteriosum</p> <ul style="list-style-type: none"> • allgemeine Behandlung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) • Rezidivprävention <p>Ulcus cruris mixtum</p> <ul style="list-style-type: none"> • je nach venöser / arterieller Beteiligung <p>Bewegungsförderung bei Betroffenen mit Diabetischem Fußulcus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betroffene sollten möglichst nicht oder wenig gehen / laufen • oberstes Prinzip ist die Druckentlastung • bei abgeheiltem Fußulcus kann ein Gehtraining mit reduzierter Intensität sinnvoll sein • Betroffene haben aufgrund des Sensibilitätsverlustes einen unsicheren Gang, deshalb empfiehlt der Expertenstandard eine Gangschulung zur Vermeidung von Stürzen • bei Gestaltung der Umgebung sollte darauf geachtet werden, dass der Betroffene seinen Alltag unter größtmöglicher Druckentlastung bewältigen kann (z.B. Rollstuhl, Rollator) • Unterstützung im Bereich der Hauswirtschaft organisieren

	Erklärungsanleitung	Maßnahmen - Beispiele
B2 wund- und therapiebedingte Einschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkungen, damit verbundene soziale Isolation • Schmerzen (Stärke z.B. analog der visuellen Analogskala, Schmerzqualität, Häufigkeit und Dauer, Situationen die mit Schmerzen einhergehen, Schmerzort, Erfahrungen mit Maßnahmen zur Verbesserung der Schmerzen • Abhängigkeit von personeller Hilfe • Schlafstörungen • Jucken und Schwellen der Beine • Schwierigkeiten bei Kleidungs- und Schuhwahl • Schwierigkeiten zur Aufrechterhaltung der persönlichen Hygiene 	<p>Bewegungsförderung bei Betroffenen mit Ulcus cruris venosum und mixtum</p> <ul style="list-style-type: none"> • verbunden mit einem Ulcus sind Dysfunktionen der Wadenmuskulatur und reduzierte Bewegungsmöglichkeiten des Sprunggelenkes • Empfehlung von einem kontrolliertem Gehtraining unter Kompressionstherapie von täglich 30 Minuten (zur Vermeidung einer Sprunggelenksversteifung und zur Aktivierung der Wadenmuskelpumpe) • gymnastische Beinübungen verbessern die Wirkung der Muskelpumpe • falls keine Kompressionstherapie möglich ist, hat das Hochlegen der Beine 10- 30 ° über dem Herzen eine positive Wirkung • bei angelegter Kompression scheint das Hochlegen über Herzniveau einen negativen Effekt auszulösen und ist daher nicht zu empfehlen <p>Bewegungsförderung bei Betroffenen mit Ulcus cruris arteriosum</p> <ul style="list-style-type: none"> • es gibt keine Hinweise darauf, dass die Betroffenen durch spezielle Bewegungsmuster einen Heilungsprozess fördern • Betroffene mit dieser Wundart können sich in ihren Bewegungen nach dem Grad der Beschwerden richten <p>Bewegungsförderung bei Betroffenen mit Dekubitus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expertenstandard fand keine Studien / Empfehlungen zur Bewegungsförderung speziell für diese Patientengruppe • es gelten die empfohlenen Maßnahmen zur Bewegungsförderung aus dem Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“: • individuelle Bewegungsintervalle • reibungs- und scherkräftearme Mobilisation und Transfers • schmerzfreie Bewegungsförderung • eingeschränkte Sinnesreizungen sollen vermieden werden (z.B. begrenztes Blickfeld) <p>Mobilitätseinschränkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • sind ursächlich zu behandeln (Schmerzprävention, und –behandlung, adäquate Schuhwahl) • zum anderen müssen Maßnahmen zum Erhalt der Mobilität ergriffen werden (Spezialschuhe, Orthesen) <p>Es müssen Maßnahmen zur Therapie u. zur Bewältigung des alltäglichen Lebens berücksichtigt werden</p>
B3 vorhandene wundbezogene Hilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • Kompressionsstrümpfe • Orthesen • druckreduzierende Matratzen 	

	Erklärungsanleitung	Maßnahmen - Beispiele
B4 Selbstmanagement kompetenzen von Patienten und Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> • krankheitsspezifische Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> ○ entstauende Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> – Kompression (Anziehen, Pflegen, Umgang mit kompressionsbedingten Beschwerden) – Aktivierung des Sprunggelenkes und der Muskelpumpe – Hochlegen der Beine ○ Fußpflege und –inspektion ○ präventive Maßnahmen bei Diabetischem Fußulcus (z.B. Fußpflege, Umgang mit Schuhen) ○ Druckentlastung der Wunde (Hilfsmittel, Bewegungsförderung / Umlagerung) • zum Umgang mit Einschränkungen • zur Wunde und Verbandswechsel (Wundgeruch, Schmerzen) • Erhalt von Alltagsaktivitäten (z.B. Einkaufen, Hobbies) • Hautschutz / Hautpflege • Ernährung, Gewichtsreduktion • Blutzuckereinstellung • Rauchentwöhnung 	<p>Kompressionstherapie bei Ulcus cruris venosum und mixtum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompression ist das wesentliche Therapieprinzip in Kombination mit Bewegung zur Heilung • hierbei spielt auch die Qualität der Kompression und die Gewährleistung des dauerhaften Tragens durch die Betroffenen eine zentrale Bedeutung <p>Voraussetzung für Kompressionstherapie ist eine exakte ärztliche Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompression im Vergleich zu nicht angewendeter Kompression fördert die Wundheilung <p><u>A) Kompressionsverbände</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • wieder verwendbar oder einmalig zu nutzende Binden • unterschieden werden Ultrakurzzug-, Kurzzug-, Mittelzug- und Langzugbinden • geeignet beim phlebologischem Kompressionsverband ist eine hohe Kompression mit drei oder vier Lagen, Kurzzug oder selbst haftenden Bandagen (z.B. aus Zinkleim) • mehrlagige Verbände haben eine deutlich höhere Heilungsrate als Kurzzugbinden • Pflegende sollten ausreichend qualifiziert sein, um ineffektive oder schädliche Verbände zu vermeiden <p>Anlagetechnik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sprunggelenkposition rechtwinkelig • Fersen und Zehengrundgelenke mit einbinden • Unterschenkelkompressionsverband, mit zwei Binden, wird bis zum Fibulaköpfchen, der Oberschenkelkompression bis zum proximalen Oberschenkel ausgeführt • Druck nimmt von distal nach proximal ab • Vermeiden von Druckstellen, Schnürfurchen und Schmerzen • Material u. Anlagetechnik richten sich nach Erfordernissen der jeweiligen Erkrankung <p><u>B) Kompressionsstrümpfe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • speziell für Ulcus cruris gefertigte Kompressionsstrümpfe haben nach Studien gleichwertige Ergebnisse wie der Kompressionsverband erzielt • Kompressionsstrümpfe reduzieren nach Abheilung das Risiko eines Rezidives • bei der Rezidivprophylaxe sind Kompressionsstrümpfe mit hoher Kompression wirksamer, als solche mit niedriger Kompression • Kompressionsstrümpfe sollten ein Leben lang getragen werden <p>Kompressionstherapie bei Ulcus cruris arteriosum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompression bei Ulcus cruris arteriosum ist kontraindiziert

	Erklärungsanleitung	Maßnahmen - Beispiele
		<p>Druckentlastung bei Betroffenen mit Diabetischem Fußulcus</p> <ul style="list-style-type: none"> • oberstes Prinzip der Behandlung: Druckentlastung des Fußes • Möglichkeiten der Druckentlastung: <ul style="list-style-type: none"> ○ therapeutisches Schuhwerk ○ Bettruhe ○ Gehstützen ○ Rollstuhl ○ Orthesen <p>Druckentlastung bei Betroffenen mit Dekubitus</p> <ul style="list-style-type: none"> • auf Wunde darf kein Druck ausgeübt werden, Betroffene darf weder auf Wunde liegen, noch sitzen • Druckentlastende Maßnahmen können sein: • Bewegungsförderung • druckreduzierende / -entlastende Hilfsmittel • Lagerungsmittel sollten Bewegung nicht einschränken und keine Schmerzen verursachen • Hilfsmittel sollten patientenspezifisch ausgewählt werden <p><u>1. allgemeine Maßnahmen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • dem allgemeinem Gesundheitszustand und prioritären Zielsetzung der Versorgung angepasst • den vorhandenen Bewegungsmöglichkeiten angepasst • den Auswirkungen auf Bewegung / Schmerz / Schlaf / Wohlbefinden angepasst • dem Gewicht des Betroffenen angepasst <p><u>2. spezielle Empfehlungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • bei Betroffenen, bei denen der Dekubitus trotz angemessener Therapie, keine Heilungstendenzen zeigt, sollen dynamische Systeme erhalten, welche Mikrobewegungen der Betroffenen stimulieren • Betroffene mit Kategorie I und II sollen mindestens auf eine spezielle Schaumstoffmatratze oder Kissen gelagert werden • bei bestehender Hautschädigung / vorherigem Dekubitus / aktuellem • bei Dekubitus Kategorie III – IV wird der Einsatz von Matratzenauflagen oder dynamischen Systemen empfohlen • beim Sitzen im Stuhl werden Lagerungshilfsmittel zur Druckentlastung empfohlen • nicht empfohlen werden: Sitzringe, Wasserkissen, Felle

	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 14

	Erklärungsanleitung	Maßnahmen - Beispiele
		<p>Hautschutz und Hautpflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • individuelle Auswahl von Hautpflegemittel • Hautpflege sollte entsprechend der allgemeinen fachlichen Regeln erfolgen: <ul style="list-style-type: none"> – Vermeiden unnötiger Waschungen – pH-neutrale Substanzen – allergisch wirkende Substanzen meiden – unnötige Verbandswechsel vermeiden – atraumatische Verbandswechsel – Verbandsmaterialien mit ausreichender Absorptionskraft – Wundauflagen sollen Haut nicht zusätzlich schädigen <p>Ernährung</p> <ul style="list-style-type: none"> • ist Basis jeder pflegerischen Versorgung • angestrebt wird eine adäquate Ernährungssituation entsprechend der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin und dem Expertenstandard zur Bedürfnis- und bedarfsgerechten Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme • Diätassistenten sollten hinzugezogen werden • Basis <ul style="list-style-type: none"> – ausgewogene Ernährung mit erhöhter Eiweißzufuhr (die Aufnahme von Protein soll zwischen 0,5g – 1,5g / Kilo Körpergewicht liegen) – Kalorienzufuhr 25 – 25 kcal / Kilo Körpergewicht – Flüssigkeitszufuhr 30 – 35ml / Kilo Körpergewicht bzw. 1ml Flüssigkeit pro kcal – adäquate Elektrolyte, Mineralien, Spurenelemente (Zink, Carotin), Vitamine (A, C) und Ballaststoffe gehören zu einer ausgewogenen Wundnahrung – bei Dekubitus Kategorie III. – IV: sollte beachtet werden, dass ein erhöhter Grundbedarf besteht <p>bei Diabetes-Erkrankung sollt der Blutzucker gut eingestellt sein</p>

	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	QM- Handbuch Kapitel ...
	Expertenstandard 03	Anlage 14

	Erklärungsanleitung	Maßnahmen - Beispiele
Körperbild- störungen		<ul style="list-style-type: none"> • Patienten Raum und Zeit geben, um ggf. Trauer zu leben • Eigene Abwehrstrategien zugestehen und ggf. einfach „nichts tuend“ begleiten • Durch aktives Zuhören und Spiegelung von emotionaler Anteilnahme den Patienten ermutigen, Gefühle zu äußern • Inhalte einer Beratung zum Körperbild können sein: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hilfsmittel und Pflegeutensilien ○ Positive Assoziation mit anderen Körperteilen / Eigenschaften ○ Maßnahmen zur Gewichtsreduktion oder-zunahme ○ Kosmetik- und Bekleidungsberatung ○ Kosmetische oder rekonstruktive chirurgische Maßnahmen ○ Aromatherapie, Einreibungen, Ölaufagen oder Massagen für das Wohlbefinden (nicht zur Behandlung der Wunde!) ○ Soziale Unterstützung (Freunde anrufen, Kontrakt zu Selbsthilfegruppen) ○ Literaturhinweise ○ ggf. Psychopharmakologie und psychotherapeutische Interventionen

