

Wundbehandlung

Chronische Wunden: Vorteile der ambulanten Versorgung in Spezialpraxen

Die kausale Therapie ist bei der Behandlung chronischer Wunden von großer Bedeutung. Auch die zentrumsbasierte, spezialisierte ambulante Wundversorgung trägt zu verbesserten Behandlungsergebnissen bei. Anhand eines Fallbeispiels schildern die Autoren, wie ein langjähriges Ulcus cruris zur Abheilung gebracht wurde.

Von Dr. Ivan Radkov, Christian Schäpe* und André Lantin**

Die Versorgung von Menschen mit chronischen und schwer heilenden Wunden zu verbessern und damit auch GKV-Versicherten innerhalb der Regelversorgung eine Wundbehandlung zu ermöglichen, die dem aktuellen Stand der Versorgung entspricht und individuell angepasst ist, ist eine große Herausforderung in unserem Gesundheitssystem.

Mit dem Ziel, Strukturen, Prozesse und die Versorgungsqualität in der Wundbehandlung zu verbessern, wurde 2008 das erste ambulante WZ-WundZentrum in Deutschland eröffnet und legte damit den Grundstein für die heutige WZ-WundZentren GmbH mit Hauptsitz in Düsseldorf, die aktuell zwölf ambulante WundZentren in Zusammenarbeit mit niedergelassenen, spezialisierten Fachärzten in Deutschland betreibt.

Prävention und leitliniengerechte Behandlung

Voraussetzung für den Behandlungserfolg ist die Implementierung von strukturierten Versorgungskonzepten auf der Basis methodisch hochwertiger S3-Leitlinien [1] und der Nationalen Expertenstandards [2] für die professionelle Pflege zu schaffen. Gerade im Fachgebiet „Wundheilung“ sollte der Fokus aber vor allem auf der Prävention chronischer Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes mellitus, periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) und chronische venöse Insuffizienz (CVI) als auch die Verhinderung des Voranschreitens chronischer Erkrankungen sowie die Wiederherstellung verloren gegangener Alltagskompetenzen liegen.

Unsere Wundzentren sind Spezialpraxen, in denen mit hohen Hygienestandards ausschließlich Patienten mit chronischen und sekundär heilenden Wunden versorgt werden. Hier arbeiten qualifizierte und sehr erfahrene Pflegefachkräfte, die jeden Patienten durchschnittlich zwei- bis viermal im Monat mit Versorgungszeiten von 45 bis 60 Minuten je Behandlungs-/Beratungseinheit versorgen.

Die Infrastruktur der WZ-WundZentren GmbH steht ärztlichen Wundspezialisten (insbesondere Chirurgen, Gefäßchirurgen, Dermatologen und Diabetologen) als Zweigpraxis bzw. ausgelagerte Behandlungsräume gemäß vertragsärztlichem Zulassungsrecht offen und stellt damit die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten

und weiteren Gesundheitsfachberufen in einem Netzwerk sicher. Im Jahr 2016 wurden in den angegliederten Zentren über 5.500 Patienten erfolgreich behandelt; der Wundverschluss konnte jeweils in durchschnittlich 106 Tagen (3,5 Monaten) erzielt werden. Die durchschnittliche Vorbehandlungszeit betrug bei Aufnahme in einem der Zentren 566 Tage (18,75 Monate), was auf eine bundesweit schlechte Versorgungssituation hindeutet.

Die zentrumsbasierte, spezialisierte ambulante Wundversorgung wird auch vom Gesetzgeber wahrgenommen und als neuer Versorgungsbaustein in dem im April 2017 in Kraft getretenen Heil-Hilfsmittel-Versorgungsgesetz (HHVG) verankert [3]. Dadurch erkennt der Gesetzgeber die grundsätzliche Eignung von „spezialisierten Einrichtungen“ für eine spezialisierte, berufsgruppenübergreifende Versorgung an und verpflichtet den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung dazu, in der Umsetzung der zu erstellenden G-BA-Richtlinie eine möglichst flächendeckende Entstehung von ambulanten „spezialisierten Einrichtungen“ zu ermöglichen.

Fallbeispiel

Im Folgenden wird ein Fallbeispiel aus dem WZ-WundZentrum Duisburg beschrieben, welches verdeutlicht, wie wichtig eine kausale Therapie bei chronischen Wunden ist.

Ulcus cruris mit Unterschenkel- und Knöchelödem

Eine 51-jährige Frau stellte sich im WZ-WundZentrum Duisburg mit einem Ulcus cruris am rechten Unterschenkel vor (siehe Abb. 2). Die Patientin gab an, dass die Wunde schon seit 13 Jahren bestehe. Es lagen keine bekannten Begleit- oder Grunderkrankungen vor. Die chronisch venöse Insuffizienz war augenscheinlich. Es zeigte sich ein Unterschenkel- und Knöchelödem, Corona phlebectatica paraplantaris, trophische Veränderungen der Haut, wie z. B. eine Hyperpigmentierung und imponierende Blow-outs (prallelastische Vorwölbung einer Varize, siehe Abb. 1). Der Wadenumfang betrug 46 Zentimeter. Das Ulkus trat im Bereich des medialen Unterschenkels auf und hatte bei der Erstamnese eine Größe von 77,58 cm². Die Wunde war stark mit Fibrin

belegt und vom Wundexsudat Typ als nass einzustufen. Die Wundumgebung zeigte sich gerötet und durch Exsudat irritiert.

Die Vorbehandlung war hauptsächlich lokal mit einem Antiseptikum und diversen Wundaufgaben erfolgt. Eine diagnostische Abklärung der Gefäße durch einen Gefäßspezialisten und eine daran anschließende kausale Kompressionstherapie hatte hingegen nicht stattgefunden. Sozialanamnestisch erschwerend war, dass die Patientin aufgrund eines pflegebedürftigen Vaters und eines sehbehinderten Ehemanns ihre Gesundheit hintenan stellte.

Konsequente Kompressionstherapie

Nach Abklärung des Gefäßstatus mittels Messung des Knöchel-Arm-Indes (ABI) und Duplexsonografie durch den kooperierenden Gefäßchirurgen wurde eine Kompressionstherapie mit Kurzzugbinden eingeleitet. Es wurde ein unterpolsterter Unterschenkelkompressionsverband angelegt und täglich erneuert. Die Patientin wurde bei dem Erstgespräch ausführlich über die zugrundeliegende Ursache ihrer Wunde, nämlich der chronisch venösen Insuffizienz, und über die zwingende Notwendigkeit der konsequenten Kompressionstherapie aufgeklärt.

Der Wundverband wurde aufgrund der Exsudation ebenfalls täglich erneuert. Die Wundreinigung erfolgte als Nass-/ Trockenphase mit einer Wundreinigungslösung, um Keime zu reduzieren, Biofilm zu lösen und Gerüche zu bekämpfen. Als nächstes wurde für den Wundrandschutz und die Hautpflege eine Zinkcreme verwendet. Als Wundfüller entschieden wir uns für ein silberhaltiges Alginat, um die Bakterienlast in der Wunde weiter zu reduzieren und um den autolytischen Reinigungsprozess zu unterstützen. Als Wundabdeckung diente ein Superabsorber. Um die Therapie sicherzustellen wurde in Absprache mit der Patientin, ein Pflegedienst in die Behandlung einbezogen.

Sauberer Wundgrund und voranschreitende Epithelisation

Nach 14 Tagen guter Wundpflegebehandlung und konsequenter Kompressionstherapie zeigte sich eine deutliche Reinigung des Wundgrundes (siehe Abb. 3). Die Fibrinbeläge waren sichtbar reduziert. Erkennbar war auch eine voranschreitende Epithelisation und sowie eine von den Wundrändern ausgehende Wundkontraktion. Die Wundgröße hatte sich von 77,58 cm² auf 51,12 cm² reduziert. Die Wundumgebung zeigte sich weniger irritiert. Eine Entzündung war noch sichtbar, jedoch war die Rötung rückläufig.

Die Ödeme im Knöchelbereich waren deutlich reduziert. Der Wadenumfang betrug zu diesem Zeitpunkt 43 Zentimeter. Nach zwei Wochen Therapie ließen sich die Effekte der Kompression deutlich ausmachen. Die Entstauung des Beins führte zur Ausschwemmung des Ödems und zu einem verbesserten venösen Rückstrom. Die Mikrozirkulation war deutlich verbessert, und die vermehrte Makrophagen-Aktivität sorgte dafür, dass defektes Gewebe abgebaut wurde.

Durch die Kompression wurde der Entzündungsreaktion Einhalt geboten. Die Therapie wurde vorerst täglich so weitergeführt. Einzig die Wundabdeckung konnte bereits von 20×40 auf 20×25 Zentimeter verkleinert werden.

Dr. Ivan Radkov

Facharzt für Chirurgie
Gefäßchirurgie, Phlebologie, Lymphologie,
Wund Diplom Arzt (WDA®)

Medical Center Duisburg Ruhrort
Ruhrorter Str. 195, 47119 Duisburg
Tel.: 0203 57039958
Fax: 0203 57039962
www.ruhrclinic.com



Foto: WZ Wundzentren GmbH

Umstellung auf ein Therapiestumpf-System

Nach einem Monat zeigte sich weiterhin ein sehr positiver Wundheilungsverlauf (siehe Abb. 4). Die Wundgröße hatte sich weiter von 51,12 cm² auf 36,81 cm² reduziert. Die Exsudation hat ebenfalls abgenommen. Daher wurde das Verbandwechselintervall auf jeden zweiten Tag verlängert. Das silberhaltige Alginat wurde abgesetzt und auf ein neutrales Alginat umgestellt. Der kooperierende Gefäßchirurg verordnete ab hier ein Therapiestumpf-System, da der Unterschenkel zu diesem Zeitpunkt nun gut entstaut war.

Den Überziehstrumpf sollte die Patientin nur tagsüber anziehen. Es wurde ihr jedoch empfohlen, den Unterziehstrumpf auch nachts zu tragen. Eine operative Sanierung der Varizen wurde empfohlen, zu diesem Zeitpunkt aber von der Patientin aufgrund sozialer Umstände abgelehnt. Nach etwa einer Woche meldete sich die Patientin, dass die Wundabdeckung nach zwei Tagen ausgeschöpft sei und unangenehmer Wundgeruch entstehe. Dementsprechend wurde wieder ein täglicher Verbandwechsel angeordnet.

Nach 1,5 Monaten wurde eine Wundgröße von 19,41 cm² gemessen (siehe Abb. 5). Die Patientin hatte Schwierigkeiten mit verlängerten Verbandwechselintervallen und bestand auf täglichen Verbandwechseln. Bei ansonsten guter Adhärenz ein vertretbarer Kompromiss bei weiterhin gut feuchtem Wundexsudat Typ. Die Entzündung der Umgebungshaut ist weiterhin rückläufig.

Nach gut zwei Monaten Behandlung betrug die Wundgröße nur noch 13,89 cm² (siehe Abb. 6). Aufgrund der trockenen, schuppigen Haut wurde eine hochwertige Fettcreme empfohlen. Die lokale Therapie wurde auf einen non-adhäsiven Hydrofaserschaumverband in Kombination mit einem Alginat als Wundfüller umgestellt.

Umstellung auf Silikon-Schaumverband

Nach gut drei Monaten hatte sich die Wundgröße auf 3,91 cm² verkleinert (siehe Abb. 7). Das Alginat wurde aufgrund nachlassender Exsudation abgesetzt und es erfolgte die Umstellung auf einen Silikon-Schaumverband. Die Kompressionsstrümpfe wurden konsequent getragen. Jedoch hatte die Patientin immer wieder die Schwierigkeit, dass die Strümpfe rutschten und dann abschnürten. Das involvierte Sanitätshaus wurde zu den Behandlungsterminen im Wundzentrum auf Wunsch der Patientin immer hinzugezogen, um eine adäquate Lösung für die Patientin zu finden und sie umfassend beraten zu ▶

Fallbeispiel: Behandlungsverlauf bei einer 51-jährigen Patientin mit seit 13 Jahren bestehendem Ulcus cruris



Abb. 1: Blow-out einer Varize am medialen Knie



Abb. 2: W/51J/Ulcus cruris venosum, Tag 1 Aufnahmebefund

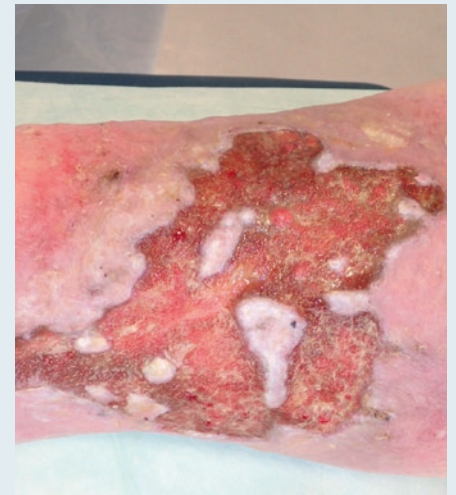


Abb. 3: Nach 14 Tagen und 14 Verbandwechselln

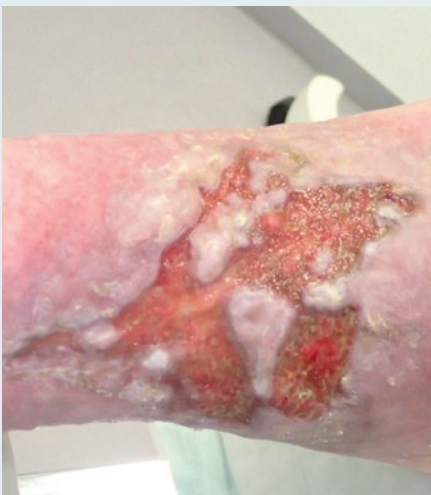


Abb. 4: Nach 30 Tagen und 30 Verbandwechselln

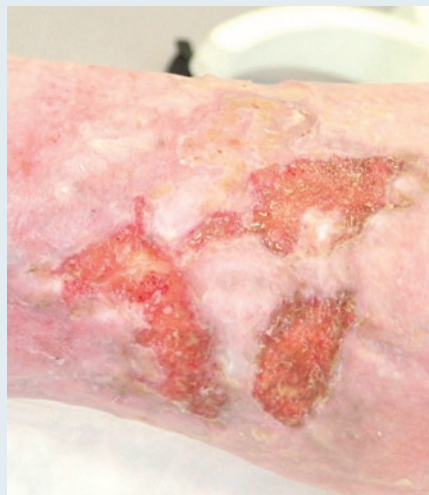


Abb. 5: Nach 45 Tagen und 39 Verbandwechselln

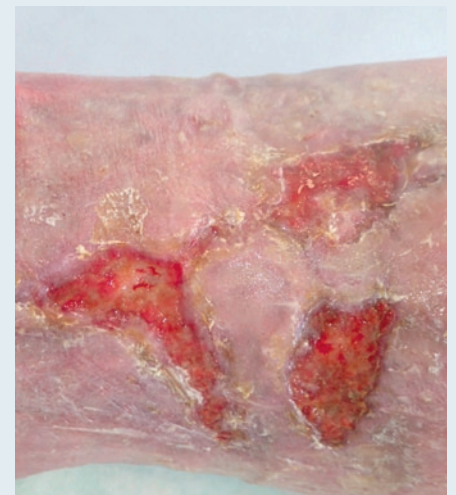


Abb. 6: Nach 65 Tagen und 56 Verbandwechselln

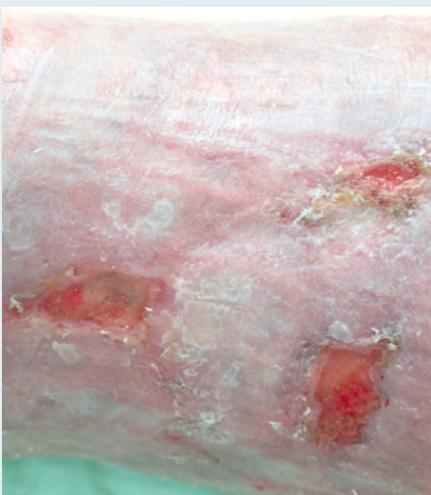


Abb. 7: Nach 95 Tagen und 86 Verbandwechselln



Abb. 8: Nach 136 Tagen und 105 Verbandwechselln



Abb. 9: Nach 227 Tagen und 150 Verbandwechselln Abheilung

können. Nach 4,5 Monaten waren nur noch kleine oberflächliche Läsionen zu sehen (siehe Abb. 8). Die Wundgröße betrug etwa 0,99 cm². Die Haut zeigte sich deutlich gepflegter, sodass eine Umstellung der Hautpflege auf eine weniger fettige Creme erfolgte.

Bis zu einem endgültigen Wundverschluss traten immer wieder kleine Verletzungen im Bereich der Ulkusnarbe auf. Ein Grund hierfür war, dass die verordneten Oberschenkelkompressionsstrümpfe nicht optimal passten und mehrfach ausgetauscht werden mussten. So kam es dann aufgrund einer nicht ausreichenden Kompression zu einer erneuten Zunahme des Unterschenkelumfangs von 43 auf 46 Zentimeter. Die erneute Stauung wurde dann wieder mit Kompressionsverbänden therapiert, sodass letztendlich ein Wundverschluss erzielt werden konnte. Aufgrund der guten Adhärenz der Patientin wurde in Absprache mit dem Gefäßchirurgen eine Kompressionsstrumpfhose der Klasse III verordnet.

Fazit: Auch jahrelange Ulzerationen sind therapierbar

Dieses Fallbeispiel zeigt deutlich, dass auch Jahrzehnte lang bestehende Ulzerationen therapierbar sind, wenn die Diagnostik zu einer kausalen Therapie führt. Maßgeblich für den Therapieerfolg ist jedoch die Adhärenz des Patienten. Die Patientin war motiviert mitzuarbeiten und zeigte großes Interesse an ihrem Krankheitsbild. Die Kompressions-

therapie konnte konsequent durch den ambulanten Pflegedienst durchgeführt werden.

Einen großen Anteil am Gelingen der Therapie hatte die gute Anlage des Kompressionsverbandes. So konnten eine schnelle Entstauung und eine damit einhergehende Wundheilung erreicht werden. In enger Absprache mit Therapeuten, Patientin und Sanitätshaus wurde eine adäquate Strumpfversorgung eingeleitet. Denn ein gut sitzender Kompressionsstrumpf ist maßgeblich für die Einhaltung der lebenslangen Kompressionstherapie. ◀

Literatur:

1. S3-Leitlinie Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronisch venöse Insuffizienz, siehe www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/091-001.html
2. Nationale Expertenstandards: Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ – 2. Aktualisierung 2017, Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ und Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ – 1. Aktualisierung 2015“, siehe www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18466
3. HHVG im § 37 Abs. 7 S. 1 SGB V) – Wundzentren

Kontaktdaten der weiteren Autoren:

- * Christian Schäpe, Leitung WZ-WundZentrum Duisburg, Gesundheits- und Krankenpfleger (GuKP), zertifizierter Wundmanager (ZWM®), Medical Center Duisburg Ruhrort, Ruhrorter Straße 195, 47119 Duisburg, Tel.: 0203 57039958, Fax: 0203 57039962, www.ruhrclinic.com
- ** André Lantin, Geschäftsführer der WZ WundZentren GmbH
Reichsstraße 59, 40217 Düsseldorf, Tel 0211 51362116, www.wundzentren.de

1/2 Seite Anzeige
Bundeskongress Chirurgie 2018