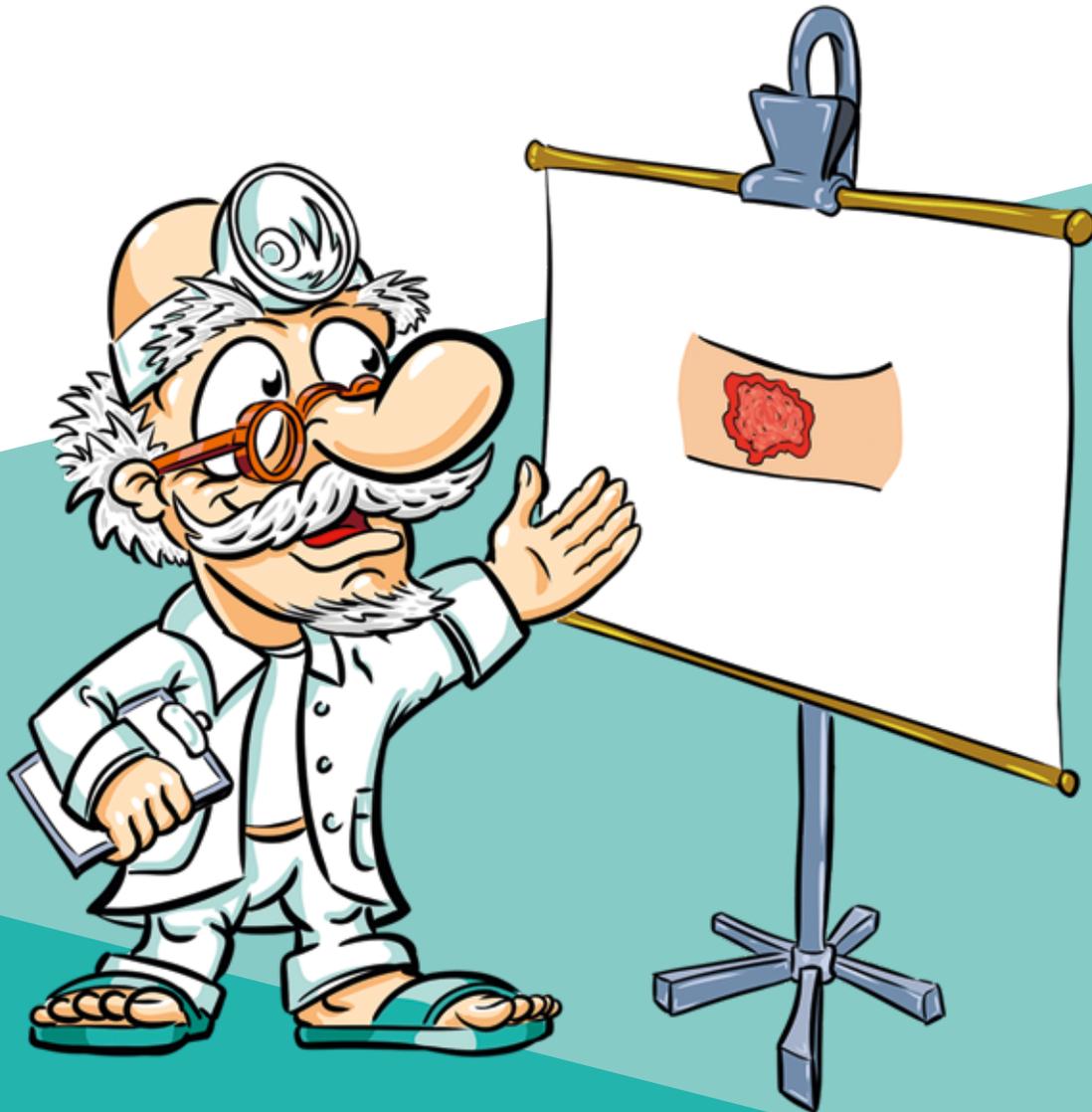


Dr. Gück's Kompendium

Wundreinigung - Wundheilung - Prävention & Rezidivprophylaxe



19. Ausgabe

Anatomie und Physiologie der Haut
Wundheilung
Débridement
Moderne Wundbehandlung
Prävention + Rezidivprophylaxe

LIGASANO[®]
wirdet einfach

Mit vielen Praxisbeispielen und Pflege-Ideen

Erstklassige ärztliche und pflegerische Leistung braucht erstklassige Produkte. So wie Ihre Patienten Ihnen vertrauen, sollen Sie Vertrauen in die angewendeten Präparate haben können.

Wir stellen ausschließlich hochwertige Medizinprodukte her. Die Fertigungsstätte, der moderne Maschinenpark, die geschulten und motivierten Mitarbeiter, der gesamte Betriebsablauf ist auf kompromisslose Qualität und Hygiene ausgerichtet. Überwachung der Raumluftqualität, lückenlose Rückverfolgbarkeit, voneinander unabhängige Doppelkontrollen jedes Produktionsschrittes sind nur einige der Sicherheitsmaßnahmen. Das Ergebnis: Größtmögliche Produktsicherheit, oft über die gesetzlichen Anforderungen hinaus.

Die Wirtschaftlichkeit z.B. von LIGASANO® weiß bei der Wundversorgung ergibt sich durch Wirksamkeit und Anwendersicherheit über ein breites Fallspektrum, schnellen Versorgungswechsel, kaum Nebenkosten für zusätzliche Präparate und günstigen Produktpreis. Bei manchen Wunden gibt es kaum sinnvolle Alternativen, betrachtet man die Chancen des Therapieerfolges und die Kosten. Anwenderberichten zufolge bestehen selbst bei scheinbar therapieresistenten Wunden gute Heilungschancen, so manche plastisch-chirurgische Intervention kann vermieden werden.

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der LIGAMED® medical Produkte GmbH untersagt und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Microverfilmungen, Abfotografieren und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Schulen, Pflegeeinrichtungen, Kliniken und Praxen dürfen für die eigene Anwendung bzw. für Schulungszwecke Kopien erstellen, ohne vorher die Genehmigung der LIGAMED® einzuholen.

Wichtiger Hinweis: Alle Angaben, insbesondere zur Applikation, wurden sorgfältig überprüft und entsprechen unserem aktuellen Wissensstand bei Herausgabe dieser Publikation. Dennoch ist jeder Benutzer angehalten, vor einer Anwendung sorgfältig den Beipackzettel der verwendeten Präparate zu prüfen. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.

© 2025

LIGAMED® medical Produkte GmbH

Pfannenstielstr. 2, 90556 Cadolzburg, Deutschland

www.ligamed.de www.ligasano.com



<https://www.facebook.com/LIGASANOWirktEinfach>



https://www.instagram.com/ligasano_wirkt_einfach/



<https://www.youtube.com/user/Ligamed>



<https://de.linkedin.com/company/ligamed-medical-produkte-gmbh>

Kapitel 1: Anatomie und Physiologie der Haut	1 - 14
1.1 Aufbau einer Zelle	1
1.2 Aufbau und Funktion der Haut	3
1.2.1 Epidermis	3
1.2.2 Dermis	6
1.2.3 Subkutis	8
1.2.4 Hautanhangsgebilde	9
1.2.5 Gefäßbildung der Haut	11
1.2.6 Versorgung der Haut mit Nervenfasern	12
1.2.7 Aufgaben der Haut	13
Kapitel 2: Wundheilung	15 - 21
2.1 Wundheilungsarten	15
2.2 Wundheilungsphasen	16
2.3 Zytokine und Wachstumsfaktoren	16
2.4 Chronische Wunden	18
2.5 Prinzipien moderner Wundbehandlung	20
Kapitel 3: Débridement	22 - 26
3.1 Einführung und Begriffserklärung	22
3.2 Débridement-Methoden	22
3.3 Oxidatives Débridement	23
3.4 Autolytisches Débridement	23
3.5 Osmotisches Débridement	23
3.6 Enzymatisches Débridement	23
3.7 Chemisches Débridement	23
3.8 Biochirurgisches Débridement	24
3.9 Mechanisches Débridement	25
3.10 Technisches Débridement	25
3.11 Chirurgisches und scharfes Débridement	26
Kapitel 4: Chronische und schwer heilende Wunden	27 - 49
4.1 Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	27
4.2 Wunddokumentation und Wundbeschreibung	30
4.3 Dekubitus	32
4.4 Ulcus cruris	37
4.5 Diabetisches Fußulcus	42
4.6 Prä- und Postoperative Wundbehandlung	45
4.7 Verbrennungen, Verbrühungen, Erfrierungen	46
4.8 Wundkonditionierung vor chirurgischen Eingriffen	49
Kapitel 5: Flüssigkeits-assoziierte Wunden	50 - 54
5.1 Allgemeine Informationen, Klassifikation	50
5.2 Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Hautintegrität	52
Kapitel 6: Moderne Wundbehandlung mit mittel- bis grobporigem PUR-Schaumverband	55 - 82
6.1 Wirkmechanismen der PUR-Schäume LIGASANO® weiß, LIGASANO® orange und LIGASANO® grün	55
6.1.1 LIGASANO® weiß	55
6.1.2 LIGASANO® orange	57
6.1.3 LIGASANO® grün	58
6.1.4 Technische Informationen	60

6.2	Wundreinigung & Mechanisches Débridement mit LIGASANO®	61
6.2.1	LIGASANO® Wundputzer®	61
6.2.2	LIGASANO® Wundputzer® Cavity	64
6.2.3	Effektivität der LIGASANO® Wundputzer®	65
6.3	LIGASANO® weiß als Wundverband und Wundfüller	69
6.3.1	Grundsätzliches zur Anwendung	69
6.3.2	Anwendung bei verschiedenen Wundarten	69
6.3.3	Anwendungsbeispiele	71
6.3.4	Risiken und Nebenwirkungen, Kontraindikationen	73
6.3.5	Verbandwechsel-Intervalle	73
6.4	LIGASANO® grün und LIGASANO® orange als Wundverband und Wundfüller	74
6.4.1	Grundsätzliches zur Anwendung	74
6.4.2	Anwendung bei verschiedenen Wundarten	75
6.4.3	Risiken und Nebenwirkungen, Kontraindikationen	76
6.4.4	Verbandwechsel-Intervalle	76
6.4.5	Anwendungsbeispiele	77
6.5.	Kombinationsmöglichkeiten mit anderen Produkten	82

Kapitel 7: Prävention mit LIGASANO® **83 - 101**

7.1	Allgemeines, Zahlen, Fakten	83
7.2	Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“	86
7.3	Prädilektionsstellen	88
7.4	Prävention und Wundbegleitbehandlung	89
7.4.1	Druckentlastung durch Druckverteilung	90
7.4.2	Individuelle Betauflage	91
7.4.3	Positionierung im Liegen	92
7.4.4	Individuelle Fersenschuhe und Fersenkappen	93
7.4.5	Orthopädische Kopfkissen / Kopfpositionierung	94
7.4.6	Positionierung im Sitzen, Sitzen ohne Schwitzen	97
7.4.7	Schienung und Polsterung von Kathetern, Sonden und Tuben	98
7.5	Intertrigoprophyllaxe und Umgang mit Kontrakturen	100
7.5.1	Vermeidung von Haut-Haut-Kontakt	100
7.5.2	Handlagerung / Innenhandverband	101

Kapitel 8: Podologie und Medizinische Fußpflege **102 - 109**

8.1	Einführung	102
8.2	Grundlagen der Anatomie und Pathophysiologie	103
8.3	Praktische Anwendung von LIGASANO® in der Podologischen Praxis	105

Kapitel 9: Fixier- und Lagerungshilfen **110 - 111**

9.1	Fixierhilfe LIGAMED® <i>fix</i>	110
9.2	Fersenschuh	111

Kapitel 10: Fortbildung und Service **112 - 118**

10.1	Inhouse-Seminare	112
10.2	Webinare	114
10.3	Beratung vor Ort	114
10.4	Kleine Helferlein	115
10.5	Ernährungsrechner	117
10.6	Expertenstandard Ernährungsmanagement	117

Anhänge **119 - 131**

Glossar	119
Bibliographie	124
Auszug Produktübersicht	126
Vertrieb	131

Kapitel 1: Anatomie und Physiologie der Haut

1.1 Aufbau einer Zelle

Der menschliche Körper besteht aus über 200 verschiedenen Zellarten, verteilt auf 12 Organe und über 50 verschiedene Gewebe. Ein ausgewachsener menschlicher Körper besitzt über 1000 Billionen Zellen, welche abgesehen von offensichtlichen strukturellen und funktionalen Unterschieden, eine gemeinsame subzelluläre Struktur besitzen.

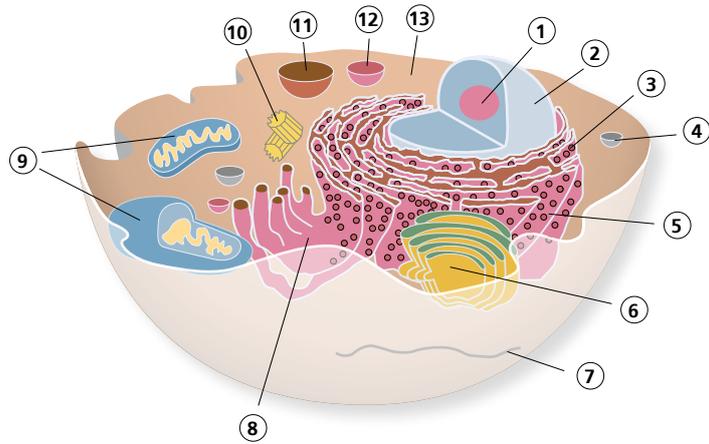
Die typische Zelle, wie sie nachfolgend beschrieben wird, ist lediglich ein Modell, erforderlich für das Lernen und Verstehen der Hauptelemente der Zellanatomie und Zellphysiologie. Alle eukariotischen Zellen, d.h. Zellen die einen Zellkern besitzen, haben die gleiche gemeinsame Struktur:

- Zellmembran
- Zellplasma, bestehend aus Zellkern, Zellprotoplasma, Endoplasmatischem Reticulum, Golgi Apparat, Mitochondrien, Lysosomen und Peroxisomen, Zellgerüst

Abb. 1.1.1:

Zelle mit

1. Kernkörperchen (Nukleolus)
2. Zellkern (Nukleus)
3. Ribosomen
4. Vesikel
5. Raues Endoplasmatisches Reticulum (ER)
6. Golgi-Apparat
7. Mikrotubuli
8. Glattes Endoplasmatisches Retikulum (ER)
9. Mitochondrien
10. Zentriolen
11. Lysosom
12. Peroxisom
13. Zytoplasma



Die **Zellmembran** (membrana cellularis) mit einer Dicke von etwa $0,0075 \mu\text{m}$ ist eine mosaikförmig aufgebaute Lipoproteinmembran. Ihr Hauptbestandteil ist eine Lipiddoppelschicht, die überwiegend Phospholipide, Glykolipide und Cholesterin enthält. Jede Zelle identifiziert sich mit Hilfe ihrer peripheren Proteine nach außen hin, was man als Oberflächenantigen bezeichnet. Der Anteil von Membran-Lipiden und -Proteinen variiert je nach Zelle und Gewebe. Beispielsweise enthält die Membran einer Leberzelle etwa je 50% Lipide und Proteine, wohingegen die Membran einer Schwann'schen Zelle 72% Lipide und nur 28% Proteine enthält.

Zusätzlich dazu hängen zur Markierung an der Außenseite der Zellmembran oft kurzkettige, teilweise bäumchenartig verzweigte Kohlenhydratverbindungen an den Proteinen und an den Lipiden; man spricht dann von Glykoproteinen bzw. Glykolipiden. Die nach außen ragenden Strukturen der Zellmembran haben unter anderem Rezeptor-, Transport- oder stabilisierende Funktionen. Diese Glykoproteine und Glykolipide bilden auch die Glykokalyx, die eine große Rolle bei der interzellulären Adhäsion, bei der Antigenerkennung und zur Abwehr verschiedener externer Angriffe spielen. Weiterhin nimmt die Zellmembran gebundene Moleküle über Protein-Lipid-Interaktionen durch Einstülpung und Abschnürung von Zellmembranabschnitten auf (Phagozytose). Flüssigkeit bzw. darin gelöste Partikel werden durch Pinocytose aufgenommen.

Der **Zellkern** oder **Nukleus** ist der größte der zytoplasmatischen Organellen mit einem Durchmesser von 5 bis $16 \mu\text{m}$, bestehend aus Zellmembran, Zellkern und Zellchromatin. Der Zellkern ist das Hauptmerkmal zur Unterscheidung zwischen Eukaryoten (Lebewesen mit abgegrenztem Zellkern) und Prokaryoten (Lebewesen ohne abgegrenzten Zellkern, also Bakterien und Archaeen). Er enthält den größten Teil des genetischen Materials der eukaryontischen Zellen in Form von mehreren Chromosomen.

Die Zellkernmembran besteht aus zwei biologischen Membranen, der inneren und äußeren Kernmembran, welche die sogenannte perinukleäre Zisterne umschließen. Die Gesamtdicke der Kernhülle beträgt etwa 35 nm. Die äußere Kernmembran geht fließend in das raue endoplasmatische Retikulum über und hat wie dieses auch Ribosomen auf ihrer Oberfläche. Die innere Kernmembran grenzt an die Kernlamina (Lamina fibrosa nucleii), die aus Laminen, einer Gruppe von Intermediärfilamenten, besteht, den Zellkern stützt und die innere Membran vom Chromatin des Zellkerns trennt. Die diploide menschliche Zelle enthält 23 Chromosomenpaare mit über 100.000 Genen. Der Nukleolus ist das größte Gebilde des Zellkerns. In ihm werden die Ribosomen synthetisiert.

Durch die in der Kernhülle enthaltenen Kernporen, die ca. 25 % der Oberfläche bedecken, findet der aktive Stoffaustausch (z. B. rRNA oder mRNA) zwischen dem Kern und dem Zellplasma statt. Die Flüssigkeit im Kern wird auch als Karyoplasma bezeichnet.

Als **Zytosol** bezeichnet man die flüssigen Bestandteile des Zytoplasmas der eukaryotischen und prokaryotischen Zelle. Es besteht zu etwa 70% aus Wasser, 20% Proteinen und 10% Ionen, Vitaminen, Stoffwechselprodukten. Im Zytosol findet ein Teil der Proteinbiosynthese, die Translation statt. Außerdem finden hier die Glykolyse, viele Schritte des Proteinabbaus sowie viele Reaktionen des Intermediärstoffwechsels der Zelle statt. Dazu gehören beispielsweise Synthese und Abbau von Nukleotiden oder Aminosäuren. Das Zytosol ist in Eukaryoten von einem Netzwerk von fadenförmigen Strukturen (Filamenten) wie Aktinfilamenten, Intermediärfilamenten oder Mikrotubuli durchzogen, die in ihrer Gesamtheit das Zellskelett (Zytoskelett) bilden.

Das **Endoplasmatische Retikulum** (ER) besteht aus einem weit verzweigten Membran-Netzwerk aus Röhren, Bläschen und Zisternen, die von der ER-Membran umgeben werden. Die ER-Membran geht direkt in die Kernhülle des Zellkerns über. Das ER-Lumen steht mit dem Membranzwischenraum der Kernhülle, dem perinukleären Raum, in Verbindung.

Es gibt zwei Arten des endoplasmatischen Retikulums:

- Das sog. **raue endoplasmatische Retikulum** ist auf seiner Membranfläche mit Ribosomen besetzt und für den Großteil der Synthese der Zellproteine verantwortlich.
- Das sog. **glatte endoplasmatische Retikulum** ist für den Großteil der Lipid- und Polysaccharidsynthese verantwortlich.

Die Struktur des ER ist dynamisch und einer steten Reorganisation unterworfen. Dazu gehören die Verlängerung oder auch Retraktion von Membrantubuli, ihre Verzweigung, Verschmelzung oder Aufspaltung. Diese Motilität des ER ist abhängig vom Zytoskelett.

Der **Golgi Apparat** ist ein Gebilde aus Hohlräumen in der Nähe des Zellkerns und des rauen endoplasmatischen Retikulums. Seine Hauptaufgabe ist die Bildung und Speicherung sekretorischer Vesikel (extrazelluläre Matrix, Transmitter/Hormone), die Synthese und Modifizierung von Elementen der Plasmamembran, sowie die Bildung von lysosomalen Proteinen (primäres Lysosom).

Mitochondrien sind Zellorganellen von kugelförmigem oder zylindrischem Aussehen und spielen eine wichtige Rolle bei oxidativen Prozessen, welche die Zellatmung und Energieversorgung sicherstellen. Eine Zelle hat etwa 1700 Mitochondrien, abhängig vom Energiebedarf der Zelle. In den Mitochondrien finden folgende Prozesse statt: Aerobe Glykolyse, Zitratzyklus und Phosphorylierung, wodurch Kohlenwasserstoffe in Kohlendioxid, Wasser und Energie umgewandelt werden.

Lysosomen sind kugelförmige Bläschen, deren Membran 50 verschiedene Enzyme enthält (Proteasen, Nukleasen, Lipasen, Phosphorsäure, etc.). Sie spielen eine essentielle Rolle in der Zellverdauung und -abwehr. Ebenso sind sie beteiligt beim programmierten Zelltod, der Apoptosis, und an der Zersetzung zellfremden Materials.

Peroxisomen sind kugelförmige Zellorganellen, die von einer Zellmembran umgeben sind. Sie sind wichtig bei der Neutralisation von Wasserstoffperoxid, welches als Folge verschiedener metabolischer Prozesse auftritt.

Das **Zytoskelett** oder **Zellskelett** ist ein aus Proteinen aufgebautes Netzwerk im Zytoplasma eukaryotischer Zellen. Es besteht aus dynamisch auf- und abbaubaren, dünnen, fadenförmigen Zellstrukturen (Filamenten). Es ist verantwortlich für die mechanische Stabilisierung der Zelle und ihre äußere Form, für aktive Bewegungen der Zelle als Ganzes, sowie für Bewegungen und Transporte innerhalb der Zelle.

In der eukaryotischen Zelle unterscheidet man drei Klassen von Zytoskelettfilamenten, die jeweils von unterschiedlichen Proteinen bzw. Proteinklassen gebildet werden, spezifische Begleitproteine besitzen und sich auf jeweils verschiedene Weise an den Aufgaben des Zytoskeletts beteiligen:

- Mikrotubuli sind die größten Elemente des Zytoskeletts. Diese Hohlzylinder mit einem Durchmesser von 25 nm setzen sich aus dem Protein Tubulin zusammen.
- Aktinfilamente (oder Mikrofilamente) sind Fasern mit 7 nm Durchmesser, die aus Aktin bestehen. Vor allem in netzartigen Anordnungen unterhalb der Plasmamembran und in Membranausbuchtungen stabilisieren sie die äußere Form der Zelle, halten membranständige Proteine an ihrem Platz und ziehen in bestimmte Zelljunktionen ein.
- Mit dem Begriff Intermediärfilamente fasst man eine Reihe von Proteinfilamenten zusammen, welche alle sehr ähnliche Eigenschaften aufweisen. Ihr Durchmesser beträgt um die 10 nm (8 bis 11 nm), und sie können, da sie deutlich stabiler als Mikrotubuli und Aktinfilamente sind, am besten mechanische Zugkräfte aufnehmen.

Als **Zellverbindungen** („cell junctions“) oder **Zellkontakte** bezeichnet man die direkten Berührungsstellen von Zellen in Geweben. Vorübergehende oder dauerhafte Zellkontakte werden von allen mehrzelligen Lebewesen gebildet. Die Zellkontakte werden im Wesentlichen durch Proteine gebildet (Zelladhäsionsmoleküle), die aus den

Zelloberflächen herausragen und gleichzeitig als intrazelluläre Ankerproteine eine zytoplasmatische Plaque bilden. Ihre Aufgabe ist, das Gewebe zusammenzuhalten und die Kommunikation von Zellen miteinander zu ermöglichen. Viele der Zelladhäsionsmoleküle sind Transmembranproteine, welche innen und außen über die Zellmembran hinausragen. Sie können Signale von außen, z.B. von anderen Zellen, ins Innere weiterleiten oder Signale der Zelle an die Nachbarzellen weitergeben. Zelladhäsionsmoleküle sorgen für Kontakte zwischen Zellen, aber auch zwischen Zellen und der extrazellulären Matrix. Eine Besonderheit sind die Connexine und Innexine, die Kanäle bildenden Transmembranproteine der Gap junctions. Ab einer bestimmten Zelldichte erzeugt der Zellkontakt die Zellkontakthemmung.

1.2 Aufbau und Funktion der Haut

Die Haut (griech. *δέρμα*, lat. *cutis*) ist das größte, schwerste und komplexeste Organ des menschlichen Körpers. Die Hautoberfläche eines Erwachsenen beträgt im Durchschnitt zwischen 1,5 und 2,0 m², das Gewicht liegt bei etwa 10 kg (6,5 bis 7 % des Körpergewichts).

Ihre Fläche lässt sich leicht anhand der Mosteller-Formel berechnen:

$$\text{Körperoberfläche in m}^2 = \sqrt{\frac{\text{Körpergröße in cm} \times \text{Körpergewicht in kg}}{3600}}$$

Die Dicke der Haut variiert je nach Körperregion von 0,6 mm (Augenlid) bis hin zu 5-6 mm (Rücken, Gesäß). Neben ihren speziellen Hautstrukturen weist die Haut auch ein reiches Gefäß-, Nerven- und Lymphgefäßnetz auf. Die Aufgabe der Haut ist Schutz, Regulierung, Informationsaustausch, Synthese und sekretorische Funktion.

Die äußere Haut gliedert sich in drei wesentliche Schichten: Epidermis (Oberhaut), Dermis (Lederhaut) und Subkutis (Unterhaut). Epidermis und Dermis zusammen nennt man Kutis. Darüberhinaus finden sich in der Haut weitere histologische Schichten, die sog. Hautanhangsgebilde: Haare, Nägel, Schweiß- und Talgdrüsen.

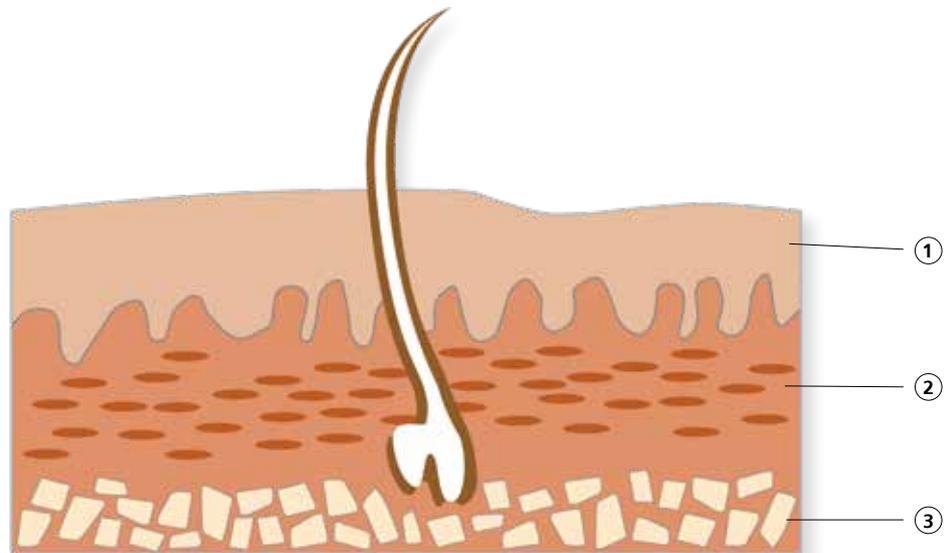


Abb. 1.2.1:
Hautschichten:
1) Epidermis
2) Dermis
3) Subkutis

1.2.1 Epidermis (Oberhaut)

Die Epidermis ist die äußerste Schicht der Haut und gehört zu den Epithelgeweben (mehrschichtiges verhornendes Plattenepithel). An den Handinnenflächen und den Fußsohlen ist die Hornschicht bis zu mehrere Millimeter dick. Wir unterscheiden fünf Epidermis-Schichten:

Stratum basale (Basalzellschicht)

Die Basalzellschicht steht in engem Kontakt mit der Basalmembran, durch die sie mit der darunterliegenden Dermis in Verbindung steht. Sie besteht aus ein bis zwei Lagen kubischer Zellen mit hoher mitotischer Aktivität. Die Keratinozyten des Stratum basale haben große, ovale Zellkerne. Nach der Zellteilung wandert ein Teil der Tochterzellen Stück für Stück an die Oberfläche (siehe Abb. 1.2.2), der andere Teil beginnt sich erneut zu teilen.

Im Stratum basale liegen die Merkel-Zellen, spezielle Sinneszellen für Berührungsreize (siehe Seite 5) und Melanozyten, pigmentbildende Zellen (siehe Seite 5).

Die Abgrenzung zur darunter liegenden Dermis erfolgt durch eine Basalmembran. Diese trilamellare Membran

fungiert als Filterbarriere für Moleküle größer 40 kD, allerdings haben Entzündungszellen, die meisten Bakterien und neoplastische Zellen die Fähigkeit, diese Barriere aufgrund komplexer enzymatischer Mechanismen zu durchdringen. Die Basalmembran setzt sich (von oben nach unten) zusammen aus Lamina rara (Lamina lucida), Lamina densa und Lamina fibroreticularis.

Stratum spinosum (Stachelzellschicht)

Die Zellen des Stratum spinosum sind polyedrischer, d.h. vielflächiger Form, und durch Zytoplasmaausläufer mit Desmosomen verbunden. Hier beginnt bereits die Keratinisierung, d.h. die Zellen werden flacher, die Stoffwechsellaktivität sinkt zunehmend, der Zellkern schrumpft. Im Stratum spinosum befinden sich die Abwehrzellen des lymphatischen Systems, die Langerhans-Zellen (siehe Seite 5).

Stratum basale und Stratum spinosum zusammen werden als Stratum germinativum (Keimschicht) bezeichnet.

Stratum granulosum (Körnerzellschicht)

Im Stratum granulosum platten die Keratinozyten mehr und mehr ab und das Zytoplasma enthält zunehmend Keratingranula und andere Strukturproteine (z. B. Filaggrin)

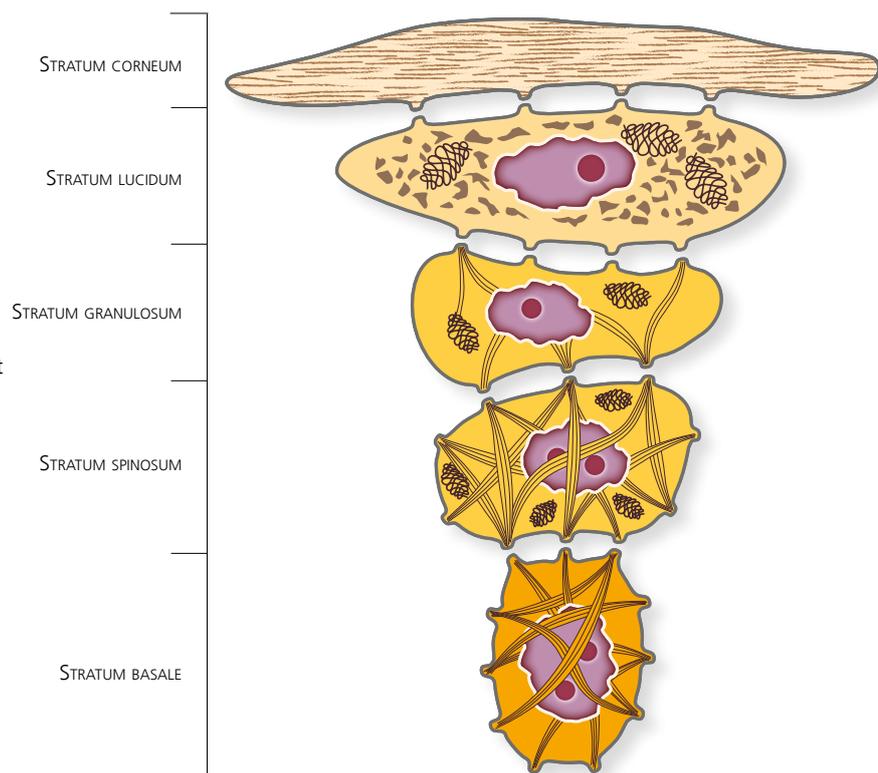
Das **Stratum lucidum (Glanzschrift)** besteht aus ein bis zwei Zellschichten kernloser Keratinozyten und findet sich ausschließlich an Handflächen und Fußsohlen.

Das **Stratum corneum (Hornzellschicht)** ist die äußerste Schicht der Epidermis. Sie besteht, je nach Körperregion, aus 12 bis 200 Schichten von Korneozyten (d.h. vollständig verhornten Keratinozyten). Die Hornzellschicht bildet mithilfe von Fetten zwischen den Korneozyten eine wasserabweisende Schutzschicht.

Abb. 1.2.2:

Verhornungsprozess:

- Die Keratinozyten werden in den Stammzellen der Basalmembran gebildet
 - die Keratinfilamente beginnen ein dreidimensionales Netzwerk zu bilden
 - die Keratohyalin-Körnchen beginnen das Keratinnetzwerk zu verstärken
 - die Keratohyalin-Körnchen sondern Lipide ab (Eleidin)
 - in der Hornschicht ist der Verhornungsprozess abgeschlossen und die interzelluläre Adhäsion ist jetzt am größten.
- Der komplette Keratinisationsprozess dauert 27 Tage.



Die epidermale Zellpopulation setzt sich aus folgenden Elementen zusammen: Keratinozyten, Melanozyten, Langerhans-Zellen, Merkel-Zellen, Dendritische Zellen.

Keratinozyten sind ektodermalen Ursprungs und sind mit über 90% der in der Epidermis hauptsächlich vorkommende Zelltyp. Sie synthetisieren ein spezielles Protein namens Keratin und differenzieren sich im Laufe der Verhornung, während sie vom Stratum basale, der untersten Schicht der Epidermis, zum Stratum corneum wandern. Aus biochemischer Sicht, gibt es zwei Keratinarten, „weiches“ Keratin in epidermalen Zellen und „hartes“ Keratin in Haaren und Nägeln.

Die Zeit zwischen Differenzierung im Stratum basale und Abschilferung als Korneozyt im Stratum disjunctum beträgt etwa einen Monat. Während dieser Differenzierung verändert der Keratinozyt seine Form und geometrische Ausrichtung. Keratinozyten entstehen im Stratum basale aus epidermalen Stammzellen und haben eine zylindrische Form. Im Stratum spinosum beginnt der Umbau der Zellen mit Volumenzunahme und Formänderung in die

Breite. Im weiteren Verlauf werden im Stratum granulosum Keratohyalinkörner gebildet und weitere Umbauvorgänge finden statt. Es kommt zur Abplattung der Zellen, zum Verlust des Zellkernes, zur Schrumpfung aufgrund von Flüssigkeitsverlust und schließlich zur Verhornung. Im Stratum corneum schließlich sind keine Keratinozyten mehr nachweisbar. Aus Keratinozyten wurden Kerneozyten.

Melanozyten (Pigmentzellen) sind ebenso wie Keratinozyten ektodermalen Ursprungs und repräsentieren etwa 10% der epidermalen Zellen. Sie synthetisieren Melanin und geben dieses in Form von so genannten Melanosomen an die umgebenden Keratinozyten ab. Melanin stellt einen wichtigen Schutz der Haut gegenüber der Ultraviolettstrahlung dar. Melanin-produzierende Zellen bilden mit den umgebenden Keratinozyten eine so genannte Melanozyteneinheit.

Die Hautfarbe ist nicht durch eine Vermehrung der Melanozyten bedingt, sondern vielmehr durch ein längeres Verweilen der Melanosomen in den Keratinozyten. Die Melanozyten liegen in der Basalzellschicht (Stratum basale) direkt der Basalmembran auf und sind mit dieser über Hemidesmosomen verbunden. Melanozyten kommen in relativ geringer Anzahl vor und sind mit ihren Zytoplasma-Verzweigungen (Dendriten) mit etwa 5–8 Keratinozyten locker verbunden. Melanozyten sind stoffwechselaktiv und haben zahlreiche Mitochondrien, ein ausgeprägtes raues endoplasmatisches Retikulum und einen großen Golgi-Apparat. Melanozyten finden sich auch in der Aderhaut und Regenbogenhaut des Auges, in der Mundschleimhaut und an anderen Stellen.

Die unterschiedlichen Hautfarben hängen nicht von der Anzahl der Melanozyten, sondern von der Menge des produzierten Melanins ab. Die Produktion des Melaninpigments wird von endokrinen Faktoren beeinflusst (z. B. erhöht die hypophysäre-thyreoidale Hypersekretion die Melanin-Produktion, die kortikoid-suprenale hingegen verringert sie), ebenso von Stoffwechselfaktoren, pharmakologischen Faktoren oder pathologischen Faktoren. Aus biochemischer Sicht gibt es zwei Arten von Melanin: Eumelanin und Phäomelanin.

Langerhans-Zellen finden sich vor allem im Stratum spinosum und in Schleimhäuten. Menschen verfügen über rund 10^9 epidermale Langerhans-Zellen. Langerhans-Zellen entstehen aus Monozyten, ähneln in Morphologie und Funktion den Makrophagen, sind aber noch inaktive dendritische Zellen. Sowohl die Physiologie als auch die Rolle der Langerhans-Zellen ist nicht vollständig aufgeklärt, obwohl bereits seit einem Viertel Jahrhundert bekannt ist, dass sie großen Anteil an Hautimmunreaktionen durch Aktivierung der T-Lymphozyten haben.

Aufgaben der Langerhans-Zellen sind die Phagozytose, Präsentation und Transport exogener und endogener Antigene, Initiation der Immunantwort von T-Lymphozyten, Initiation der immunologischen Rückkoppelung zwischen T- und B-Lymphozyten, Lenkung der sekundären Immunantwort der T-Lymphozyten, Anteil an der kutanen Immunüberwachung, Initiation von Immunschwächen gegen einige spezifische Antigene, Anteil am Zurückweisen von kutanen Allograften.

Merkel-Zellen oder Merkel-Tastkörperchen sind spezielle Sinneszellen im Stratum basale, die als Druckrezeptoren wirken. Sie befinden sich einzeln (in der unbehaarten Haut) oder in Gruppen (in der behaarten Haut) zwischen den Basalzellen. Den Komplex aus Merkel-Zellen und Nervenendigung bezeichnet man als Merkel-Scheibe. Das Zytoplasma der Merkel-Zellen enthält neuropeptidhaltige Granula. Merkel-Zellen gehören zu den Mechanorezeptoren der taktilen Wahrnehmung und fungieren als mechanische Rezeptoren für Druckempfindlichkeit. Außerdem regulieren und steuern sie die epidermale Struktur durch die Hemmung oder Stimulierung des Apoptose-Prozesses (z. B. Überproduktion von Keratinozyten in Bereichen höchster dauerhafter oder vorübergehender mechanischer Beanspruchung).

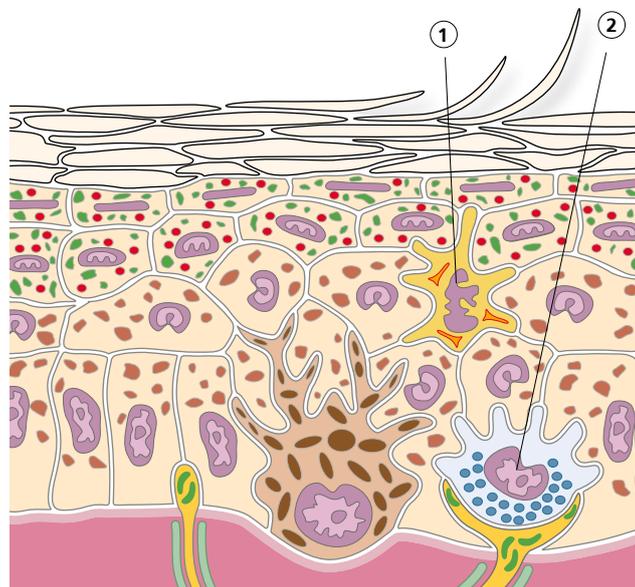


Abb. 1.2.3:
Merkel- und Langerhans-Zellen auf epidermaler Ebene
1) Langerhans-Zelle
2) Merkel-Zelle

1.2.2 Dermis (Lederhaut)

Die mittlere der drei Hautschichten dient der Verankerung und Ernährung der gefäßfreien Epidermis. Durch Gerben kann aus dieser Hautschicht Leder hergestellt werden, daher die Bezeichnung „Lederhaut“. Die Dermis besteht aus zwei Hautschichten, dem Stratum papillare und dem Stratum reticulare.

Stratum papillare (Zapfenschicht)

Die dermo-epidermale Übergangszone zwischen Epidermis und Dermis ist wellen- bis zapfenförmig und mit vielen Kapillargefäßen versehen. Durch die vielen Einstülpungen des Stratum papillare in die Unterseite der Epidermis entsteht eine große Oberfläche und demzufolge eine feste mechanische Verbindung zwischen beiden Hautschichten. Auch die Weiterleitung von Nährstoffen an die Oberhaut ist dadurch erleichtert.

Die meisten sensorischen Zellen der Haut befinden sich im Stratum papillare. Die Zellzwischenräume (Interstitien) sind mit einer geleeartigen Flüssigkeit gefüllt, die durch das hier beginnende Lymphgefäßsystem drainiert wird. Viele Zellen können sich in diesem Gewebe einigermaßen frei bewegen, z.B. Makrophagen, Lymphozyten, Plasmazellen, Mastzellen, Granulozyten und Monozyten, aber auch Fibroblasten.

Stratum reticulare (Netzschrift)

Das Stratum reticulare ist die dickere der beiden Dermis-Schichten und liefert die Basisstruktur für die Widerstandsfähigkeit der Haut. In der Netzschrift finden wir ein straffes, geflechtartiges Bindegewebe mit Kollagenfasern vom Typ I und elastischen Fasern. Der Flüssigkeitsanteil in dieser Schicht bestimmt die Straffheit der Haut.

Epidermis und Dermis sind miteinander verankert und kommunizieren umfangreich, aufgrund der vertikalen Strukturen der Hautanhangsgebilde. Die Lederhaut besteht aus zellulären Bestandteilen, Fibrill-Bestandteilen, Grundsubstanz, vaskulären Bestandteilen (Blut- und Lymphgefäße) und Nerven-Bestandteilen.

In der Dermis findet sich eine dauerhaft vorhandene Zellpopulation mesenchymaler Herkunft, bestehend aus Fibroblasten, Histozyten, Mastozyten, Makrophagen und dendritischen Zellen. Daneben weist sie Zellen auf, die nur unter bestimmten Bedingungen vorhanden sind, z.B. Leukozyten, Lymphozyten, etc.

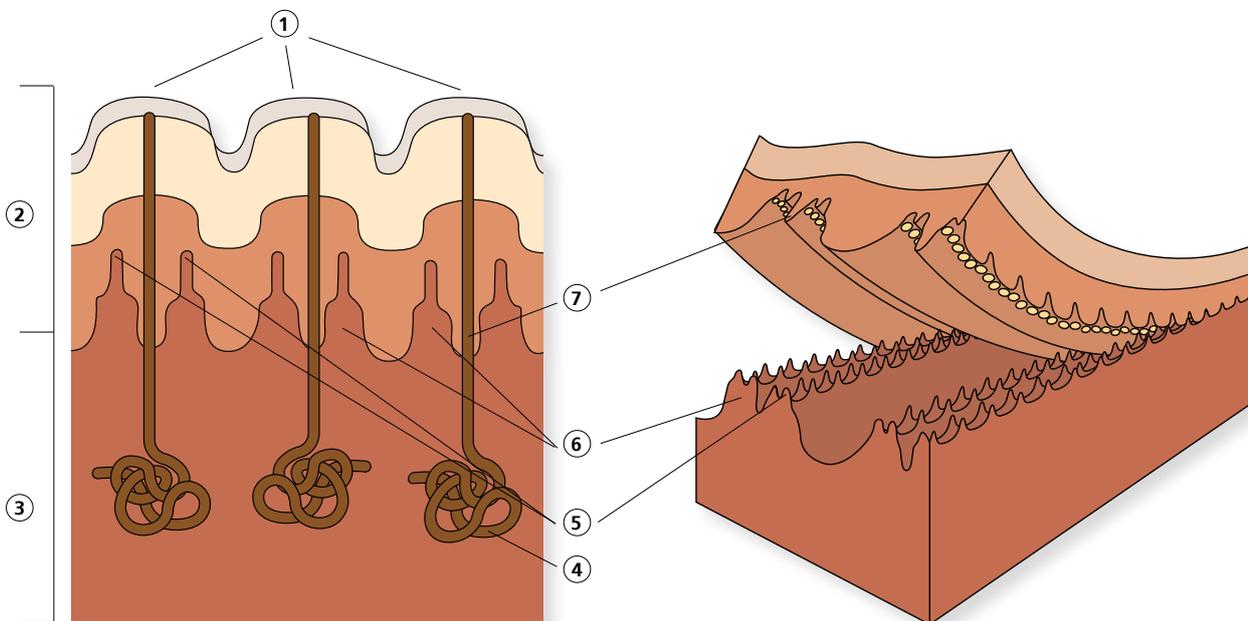


Abb. 1.2.4.:

Dermo-epidermale Verbindung:

1) Epithel 2) Epidermis 3) Dermis 4) Ekkrine Schweißdrüsen 5) Stratum papillare 6) Papillarkranz 7) Interpapilläre Kanäle

Zelluläre Bestandteile:

Fibroblasten sind typische Zellen von Bindegeweben, zu deren Produkten hauptsächlich das Kollagen gehört, das zusammen mit den ebenfalls gebildeten Proteoglykanen für eine erhöhte Festigkeit der extrazellulären Matrix sorgt. Fibroblasten sind die aktive metabolische Form, Fibrozyten die inaktive, unbewegliche Form. Die Umwandlung erfolgt entsprechend den Erfordernissen. Fibroblasten synthetisieren unter anderem verschiedene wichtige Proteine, z.B. Vimentin, ein Typ 3-Intermediärfilament, Kollagen I und III, Matrix-Metalloproteinasen (Kollagenasen und Gelatinasen), Zytokine, Chemokine und Wachstumsfaktoren, verschiedene immunologische Marker.

Histiozyten (Gewebemakrophagen) kommen vor allem im Bindegewebe und der Adventitia (äußere Schicht um schlauchförmige Organe) vor. Bei Infektionen können sie durch Zytokine aktiviert und in Makrophagen umgewandelt werden. Histiozyten haben die Fähigkeit zur Phagozytose, d.h. zum Abbau und Zersetzen von Bakterien und toten Zellen.

Makrophagen sind phagozytierende Leukozyten, gehören somit zu den Zellen des Immunsystems und dienen der Beseitigung von Mikroorganismen durch Phagozytose. Sie synthetisieren Zytokine und hydrolytische Enzyme.

Mastozyten (Mastzellen) finden sich in der oberflächlichen Dermis, Hautanhangsgebilden und der Subkutis. Ihr Zytoplasma enthält viele Granula mit Heparin, Histamin und Metalloproteinasen (d.h. Enzymen, die die Peptidbindungen eines Proteins spalten können). Mastozyten spielen eine wichtige Rolle bei IgE-vermittelten Allergien wie z. B. Asthma, allergische Rhinitis und systemische Anaphylaxie. Beim ersten Kontakt mit einem Allergen bleibt der Betroffene symptomfrei, allerdings wird die Bildung von spezifischen IgE-Antikörpern durch die Plasmazellen ausgelöst, die gegen das jeweilige Allergen gerichtet sind. Die IgE-Antikörper setzen sich mit dem Fußteil auf der Oberfläche von Mastzellen fest und sensibilisieren sie für die Reaktion auf das Allergen. Erst beim zweiten Kontakt mit dem Allergen kommt es zur allergischen Reaktion, wenn die Allergene an je zwei benachbarte IgE-Antikörper auf den Mastzellen binden und diese so miteinander vernetzt werden. Dadurch setzen die Mastozyten Histamin frei (Degranulation). Histamin bindet an den Rezeptoren der umgebenden Gewebszellen und ruft innerhalb weniger Sekunden heftige Wirkungen hervor (Allergische Sofortreaktion): Gefäße erweitern sich, Flüssigkeit lagert sich ein (Quaddelbildung) etc.

Dendritische Zellen sind teilweise nur entfernt verwandte Zelltypen, die aufgrund Ihrer Funktion als „dendritische Zellen“ zusammengefasst werden. Sie gehören zusammen mit Monozyten, Makrophagen und B-Lymphozyten zu den so genannten „professionellen“ antigenpräsentierenden Zellen des Immunsystems. Ihre Funktion ist die Antigenenerzeugung und Antigenpräsentation von als fremdartig erkannten und intrazellulär aufgenommenen Strukturen wie z. B. Mikroorganismen und deren Bestandteile.

Fibrill-Bestandteile:

Das Bindegewebe der Dermis enthält Fasern aus Kollagen, Elastin, Retikulin und Fibronektin.

Kollagen ist ein hauptsächlich in der extrazellulären Matrix des Bindegewebes vorkommendes Strukturprotein. Im menschlichen Körper ist Kollagen mit einem Drittel an der Gesamtmasse aller Proteine vertreten (etwa 6% des Körpergewichts). Kollagen besteht aus einzelnen Proteinketten, die eine linksgängige Helix ausbilden. Jeweils drei dieser Helices sind dann in einer rechtsgängigen Superhelix angeordnet. Die vorherrschenden Aminosäuren sind Glycin, Prolin und Hydroxyprolin. Kollagenfasern besitzen eine enorme Zugfestigkeit und sind kaum dehnbar. Die dichte Wicklung ist ausschlaggebend für diese hohe Zugfestigkeit.

Retikulinfasern sind kleiner und weicher als Kollagenfasern, sind stark verzweigt und bilden ein dreidimensionales Netzwerk in der extrazellulären Matrix. Sie sind ähnlich strukturiert wie Kollagenmoleküle, haben aber einen höheren Anteil an Glykoproteinen. Retikulinfasern der Haut finden sich vor allem in der Nähe der Basalmembran, wo sie zusammen mit spezialisierten Kollagenfasern und Fibronektin an der dermo-epidermalen Verbindung mitwirken.

Elastin ist ein Proteinnetzwerk und verleiht der Haut große Elastizität. Die Zusammensetzung von Elastin ist dem Kollagen ähnlich, jedoch enthält sie kein Hydroxylysin, dafür aber einen großen Anteil von Valin (15,6%). Lysinreste können durch das Enzym Lysyloxidase zu Allysin oxidiert sein. Jeweils drei Allysin und ein Lysin können in ein ringförmiges Desmosin umgewandelt werden, was zur Elastizität des Gesamtmoleküls beiträgt. Elastin wird von den Zellen in löslicher Form sezerniert und anschließend durch das Enzym Lysyloxidase (LOX) vernetzt. Die Aminosäure Lysin ist verantwortlich für diese Quervernetzung.

Fibronektin ist ein Glykoprotein der extrazellulären Matrix und spielt eine wichtige Rolle unter anderem bei der Gewebereparatur und der Zellmigration bzw. -adhäsion. Die lösliche Variante des Fibronektins wird in der Leber synthetisiert und bei der Wundheilung und Blutgerinnung in das Fibrin-Gerinnel mit eingebaut. Es beschleunigt durch die Bindung von Keratinozyten, Fibroblasten und Zellen des Immunsystems die Geweberegeneration. Das unlösliche Fibronektin wird von Fibroblasten, Chondrozyten, Endothelzellen und Makrophagen gebildet und in die extrazelluläre Matrix eingebaut. Dort verbindet es Zellen mit der extrazellulären Matrix („Zellkleber“).

Grundsubstanz:

Die Grundsubstanz ist ein amorphes Gel der intrazellulären Matrix, das zu 95% aus Glykosaminoglykanen (GAG) und zu 5% aus Proteinen besteht. Die wichtigsten Glykosaminoglykane der Haut sind Hyaluronsäure, Chondroi-

tinsulfat, Dermatansulfat, Heparansulfat und Keratinsulfat. Bis auf die Hyaluronsäure sind alle GAGs an Proteine gebunden und bilden so Proteoglykane. Diese machen etwa 10-20% der extrazellulären Matrix aus und haben wesentlichen Anteil in deren metabolischen, immunologischen und gewebeheilenden Prozessen. Proteoglykane sind polyanionisch, d.h. sie sind mehrfach negativ geladen, und können dadurch polymerisieren und große Mengen extrazellulärer Flüssigkeit binden.

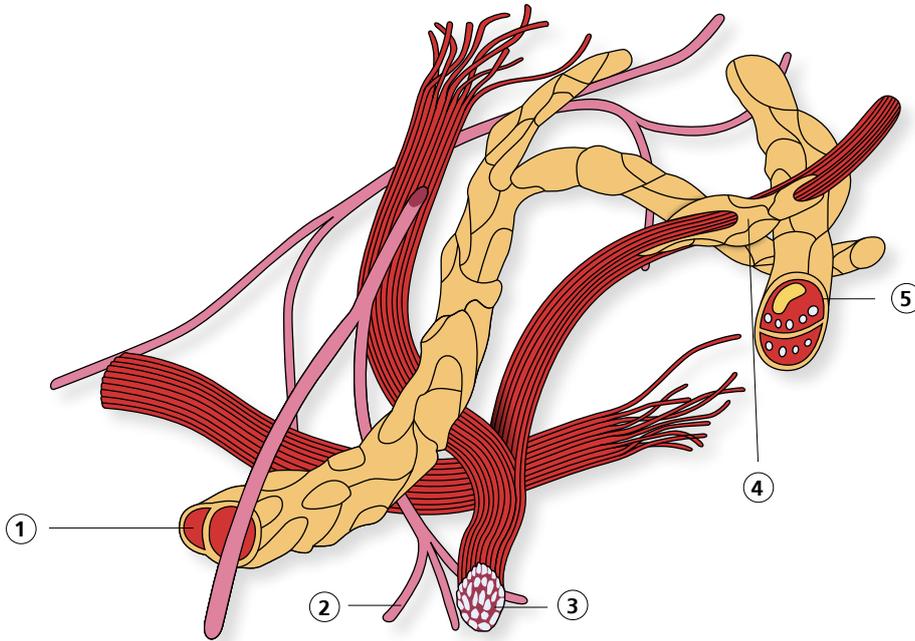


Abb. 1.2.5: Bindegewebe: 1) Kapillargefäß; 2) elastische Faser; 3) Kollagenfaser; 4) Fibroblast; 5) peripherer Nerv

1.2.3 Subkutis (Unterhaut)

Es handelt sich meist um lockeres Bindegewebe, das über Septen die oberen Hautschichten mit den darunterliegenden Strukturen (Knochenhaut und Faszien) verbindet. Zwischen den Bindegewebssepten liegt Fettgewebe. Die Unterhaut ist bei Normalgewichtigen durchschnittlich 0,5 bis 1 cm dick.

Die Subkutis wird von den die Haut versorgenden Blutgefäßen und Nerven durchzogen. Hautanhangsgebilde wie Haarwurzeln und Drüsen, die eigentlich Bestandteile der Dermis sind, können in die Subkutis hineinragen. Die Vater-Pacini-Körperchen (Mechanorezeptoren der Haut) liegen hauptsächlich in der Unterhaut der Handflächen und Fußsohlen.

Das subkutane Fettgewebe speichert Energie in Form von Fett, schützt vor Druck, hält im Winter warm und im Sommer schützt es vor Hitze.

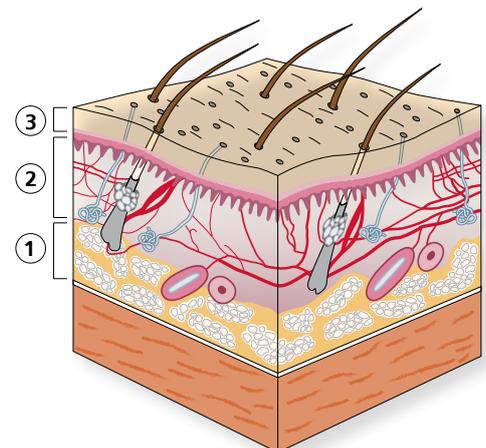


Abb. 1.2.6:
1) Subkutis 2) Dermis 3) Epidermis

1.2.4 Hautanhangsgebilde

Neben den drei Hautschichten enthält die Haut auch sog. Hautanhangsgebilde: **Haare** und **Nägel, Talg- und Schweißdrüsen**. Sie sind epidermalen Ursprungs, reichen aber tief in die Dermis und teilweise auch in die Subkutis hinein.

Haare:

Das sichtbare Haar weist einen großen Variantenreichtum in Bezug auf Dicke, Farbe und Struktur auf und ist in drei Schichten aufgebaut: Cuticula (Schuppenschicht), Cortex (Faserschicht) und Medulla (Mark).

Die äußerste Schicht, **Cuticula**, besteht aus sechs bis zehn Lagen flacher, übereinandergreifender, verhornter, abgestorbener Zellen. Beim gesunden Haar liegt die Schuppenschicht flach an und ergibt so eine glatte, durchscheinende Oberfläche. Das Licht wird optimal reflektiert und ergibt so den Glanz des Haares. Der **Cortex** macht ca. 80 % des Haaranteils aus und besteht aus Faserbündeln, die wiederum aus einer großen Zahl feinsten Keratinfasern, bestehen. Die **Medulla** ist der Markkanal des Haares, enthält viele lipidartige Zellen und gewährleistet die Vielseitigkeit und teilweise die mechanische Widerstandsfähigkeit. Die Haarwurzel liegt im unteren Bereich der Lederhaut, dort entsteht das Haar an der Haarpapille. In der Matrix lagern zahlreiche Melanozyten, die ihre Pigmente an das entstehende Haar abgeben. Die keratinreichen Hornzellen wandern nach oben und bilden dabei den Haarschaft, der sich innerhalb des Follikels zur Hautoberfläche schiebt.

Der **Haarfollikel** (Haarbalg) besteht aus den in die Haut hineinragenden (nicht sichtbaren) Teilen des Haares und den benachbarten Strukturen (Talgdrüsen, Haaraufrichtemuskeln, apokrine Schweißdrüsen, Blutgefäße, Nerven). Der eigentliche Haarfollikel ist eine epitheliale Einstülpung und enthält die Haarwurzel (Radix pili) und den Haarschaft (Scapus). In den Follikel mündet eine Talgdrüse, teilweise auch eine Duftdrüse.

Ein Haarzyklus gliedert sich in drei Phasen:

Anagenphase: Es bildet sich eine neue Haarwurzel, und die Produktion eines Haares beginnt. Die Anagenphase dauert beim menschlichen Kopfhaar ca. zwei bis sechs Jahre, abhängig von Alter, Geschlecht und spezifischer Stelle. Etwa 85–90 % der Kopfhaare befinden sich in dieser Phase.

Katagenphase: In dieser Übergangsphase stellt die Haarwurzel ihre Zellproduktion ein und der Haarfollikel verengt sich im unteren Bereich. Das Haar löst sich von der Papille und verkümmert. Der Haarfollikel verkürzt sich. In dieser Phase befinden sich ca. 1 % aller Haare.

Telogenphase: In dieser Endphase, in der sich bis zu 18 % der Kopfbehaarung befindet, erneuert sich die Haarpapille und der Haarfollikel regeneriert sich. Die Matrix entsteht wieder und beginnt mit der Zellteilung, wodurch ein neues Haar entsteht.

Nägel:

Nägel sind Hautanhangsgebilde epidermalen Ursprungs, haben eine ähnliche Keratinzusammensetzung wie Haare und befinden sich an der Oberseite der Finger- und Zehenspitzen. Nägel bestehen aus **Nagelplatte** und **Nagelbett**. Die Nagelplatte besteht aus 100 bis 150 Lagen von Korneozyten und ist etwa 0,4 bis 0,6 mm dick. Die Nagelbildung (Onychisation) ist eine Verhornung tief hinter dem Nagelfalz ohne Bildung der Zwischenstufe Keratohyalin. Die verschiedenen Nägel wachsen unterschiedlich schnell, durchschnittlich etwa 0,1 mm pro Tag.

Die Nagelplatte wird an der Nagelwurzel gebildet. Das Eponychium ist das Epithel, das auf der Nagelplatte liegt, das Hyponychium hingegen liegt unter der Nagelplatte. Unter dem Hyponychium liegt das bindegewebsartige Nagelbett, das fest mit der Knochenhaut (Periost) des Endgliedes verwachsen ist. Im Bereich der Nagelwurzel wird das Hyponychium zur Matrix und bildet die Substanz der Nagelplatte. Den entsprechenden Bereich bezeichnet man als Nagelmond (Lunula). Seitlich werden die Nägel von einer Hautfalte, dem Nagelwall, umgeben. Als Perionychium (Nagelhaut) bezeichnet man den am Nagelwall dorsal der Nagelplatte direkt aufliegenden, sichtbaren Hautanteil.

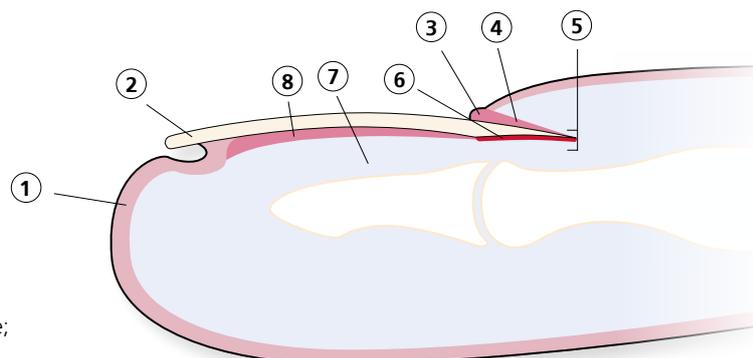


Abb. 1.2.7:

Nagelanatomie: 1) Epidermis; 2) Nagelplatte;
3) Perionychium; 4) Eponychium; 5) Nageltasche;
6) Matrix; 7) Nagelbett; 8) Hyponychium

Schweißdrüsen (Glandulae suderiferae):

Der menschliche Körper besitzt ekkrine (merokrine) und apokrine (holomerokrine) Schweißdrüsen.

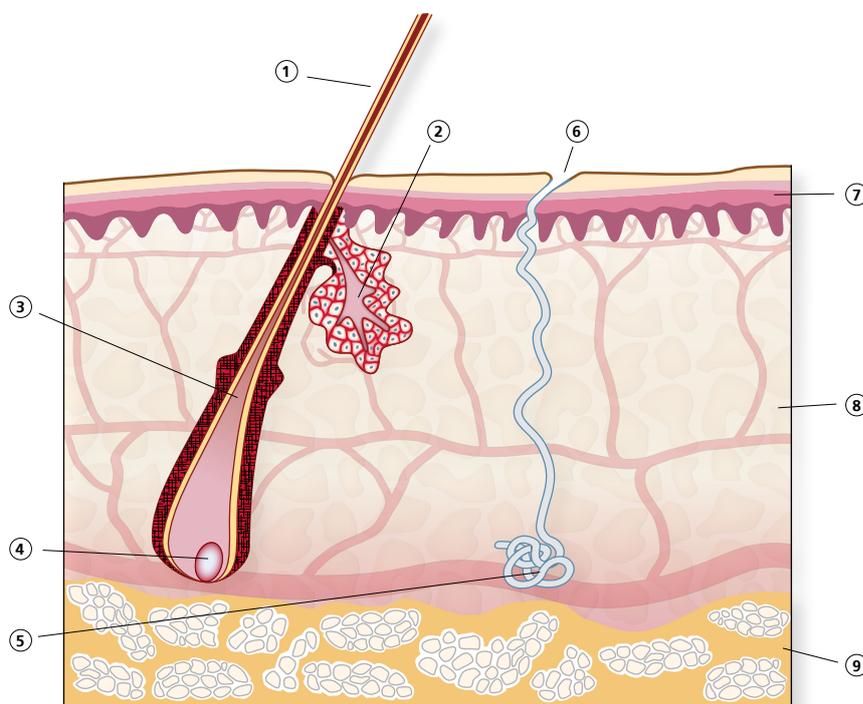
Die **ekkrinen Schweißdrüsen** haben einen Durchmesser von 0,4 mm und sind von einer dicken Basalmembran umgeben. Diese Schweißdrüsen befinden sich an der Grenze zwischen Dermis und Subkutis, ihre Anzahl beträgt etwa 100 bis 600 pro cm². Ekkrine Schweißdrüsen regulieren den Wärmehaushalt durch Verdunstung. Schweiß ist leicht sauer und reguliert somit den pH-Wert der Haut. Außerdem übernehmen sie einen kleineren Teil der Ausscheidung von harnpflichtigen Stoffen und sondern Substanzen mit antibakterieller Wirkung ab.

Die **apokrinen Schweißdrüsen** („Duftdrüsen“) kommen nur in einigen Hautarealen vor (Achselhöhle, Brustwarze, Genital- und Perianalgegend) und sind mit einem Durchmesser von 3 bis 5 mm deutlich größer. Diese Schweißdrüsenart befindet sich in der Subkutis und mündet in die Ausführungsgänge der Haarfollikel. Apokrine Schweißdrüsen werden erst in der Pubertät gebildet, die Sekretproduktion wird besonders durch emotionale Reize aktiviert. Neben pheromonähnlich wirkenden Duftstoffen geben sie weitere Substanzen in den Haartrichter ab, die erst gemeinsam mit dem Hauttalg und unter Einwirkung von Hautbakterien zu verschiedenen Geruchsstoffen umgesetzt werden.

Talgdrüsen (Glandulae sebaceae):

Die Talgdrüse ist eine lipidproduzierende Drüse im oberen Teil der Dermis. Der überwiegende Teil der Talgdrüsen befindet sich an Haarfollikeln (bis zu fünf Drüsen pro Follikel). Die restlichen, sog. freien Talgdrüsen, befinden sich hauptsächlich in den Nasenöffnungen, im Lippenrot und im Genitalbereich. Der Talg (Sebum) hält das Haar und das Stratum corneum geschmeidig und dient auch dem Schutz vor Hautkrankheiten, Krankheitserregern und Chemikalien.

Die Talgdrüsenwand besitzt eine Keimschicht, die immer neue Sebozyten (=Talg produzierende Zellen) generiert. Diese Zellen wandern in die Mitte der Drüse und beginnen dabei Lipide zu produzieren, die sich in den Zellen ansammeln. Bis sie in der Drüsenmitte angekommen sind, haben sie so viele Lipide angesammelt, dass sie platzen. Dieser Talgbrei schiebt sich durch den Follikelausgang auf die Haut, reißt beim Hochschieben noch verhornte Zellen von der Follikelwand ab und nimmt diese mit nach oben auf die Haut. Das Sebum setzt sich aus ca. 43% Triglyceriden, 15% freien Fettsäuren, 23% Wachsen, 15% Squalenen und 4% Cholesterin zusammen.

**Abb. 1.2.8:**

Hautanhangsgebilde:

- 1) Haar
- 2) Talgdrüse
- 3) Haarfollikel
- 4) Haarpapille
- 5) Schweißdrüse
- 6) Schweißpore
- 7) Epidermis
- 8) Dermis
- 9) Subkutis

1.2.5 Gefäßbildung der Haut:

Unsere Haut besitzt ein umfangreiches arterielles, venöses und lymphatisches Gefäßnetz, das eine wichtige Rolle bei der Thermoregulation, Hämodynamik, Metabolik und Abwehr spielt.

Arterielle Hautgefäße:

Die Hautarterien werden nach ihrer Herkunft und Aufgabe unterteilt in:

- **Direkte** oder **axiale Hautarterien**, die aus wichtigen Segmentgefäßen hervorgehen, subkutane Ausrichtung haben und bestimmte Areale versorgen
- **Fasziokutane** oder **septokutane Arterien**, die ebenfalls aus wichtigen Segmentgefäßen hervorgehen und subkutane Ausrichtung haben, aber durch eine intermuskuläre Scheidewand (Septum) hindurchgehen
- **Myokutane Arterien** kommen aus wichtigen muskulären Arterien, ihre Verästelungen durchziehen den Muskel und verteilen sich in die oben angrenzende Haut

In der Subkutis verzweigen sich die Arterien sehr stark und formen so das arterielle Unterhautgeflecht. Von hier treten die eigentlichen Hautgefäße als vertikale Hautarterien aus, die sich miteinander verbinden und so das intermediäre Hautarteriengeflecht und später das oberflächliche Hautarteriengeflecht bilden. Vom obersten Plexus geht ein reich verzweigtes Kapillarsystem ab, das jede einzelne Papille versorgt und anschließend in das venöse Kapillarsystem mündet.

Von unten nach oben gesehen finden sich folgende Gefäßschichten:

- Segment-Arterie
- Axialkutane, septokutane und myokutane Verzweigungen
- Subfaszialer Plexus
- Präfaszialer Plexus
- Subkutaner Plexus
- Subdermaler Plexus
- Intermediärer dermaler Plexus
- Papillärer oder subepidermaler Plexus

Der Blutfluß der Haut wird durch zahlreiche arterio-venöse Anastomosen reguliert. Diese Verbindungen öffnen und schließen sich je nach Bedarf der jeweiligen Hautbezirke in Übereinstimmung mit dem Bedarf des übrigen Körpers.

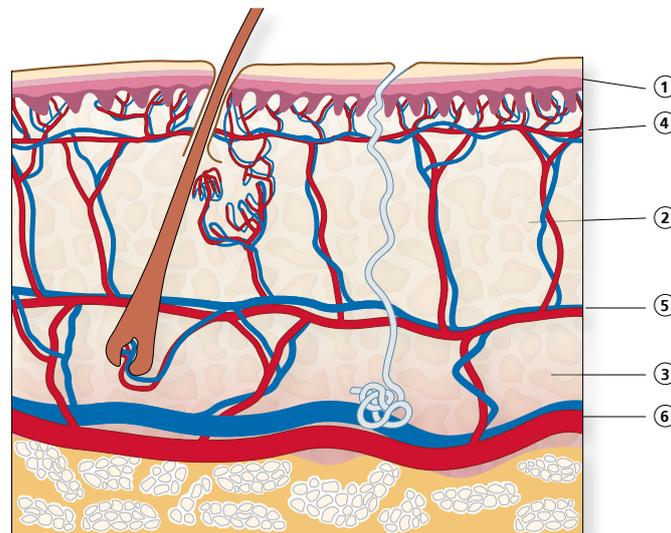


Abb. 1.2.9:
Hautdurchblutung:
1) Epidermis
2) Dermis
3) Subkutis
4) Subpapillärer Plexus
5) Subdermaler Plexus
6) Subkutaner Plexus

Venöse Hautgefäße:

Der venöse Blutkreislauf deckt sich mit dem arteriellen, jede kleine Arterie hat eine Begleitvene mit einer direkten Querverbindung (Anastomose). Diese Anastomosen regulieren die papilläre Durchblutung entsprechend dem Bedarf, z.B. bei Kälte, oberflächlichen Verletzungen, Entzündungen, Sepsis, allergischen Prozessen, Medikamenteneinfluß, usw.

Lymphatische Hautgefäße:

Die Hauptaufgabe des lymphatischen Kreislaufs ist die Drainage des interstitiellen Raumes. Die Lymphkapillaren entwässern als erstes im subpapillären lymphatischen Plexus und anschließend im subdermalen Plexus, von wo aus die Lymphflüssigkeit mittels subkutaner Lymphgefäße zum regionären Lymphknoten geleitet wird.

1.2.6 Versorgung der Haut mit Nervenfasern

Eine der Hauptaufgaben der menschlichen Haut ist die Sinneswahrnehmung, z.B. Tasten, Temperatur, Schmerz, Druck. Die Nervenversorgung der Haut lässt sich in zwei große Gruppen einteilen, in **afferente Fasern** und **vegetative Fasern**.

Die **afferenten Nervenendigungen** der Haut lassen sich wiederum in zwei große Kategorien aufteilen: Freie Nervenendigungen und verkapselte Nervenendigungen. Freie Nervenendigungen sind myelinlose (markscheidenlose) Nervenendigungen, die sich überwiegend im Stratum basale der Epidermis und in der oberen Dermis, im Stratum papillare, finden. Verkapselte Nervenendigungen haben eine komplexere Struktur und finden sich ausschließlich in Dermis und Subkutis. Sie besitzen eine lamellenförmige und eine nicht-lamellenförmige äußere Schicht aus miteinander verbundenen Zellen und Kollagenfasern und eine innere Schicht aus Nervenfasern.

Vegetative Nervenendigungen sind myelinlose efferente Nervenendigungen, die sich anfangs noch zusammen mit den afferenten Fasern bewegen und dann in die Blutgefäße, Haarfollikel-Talgdrüsen und Schweißdrüsen verteilt werden. Die adrenergen Fasern rufen eine Vasokonstriktion, d.h. Blutgefäßverengung hervor, während die cholinergen Fasern Vasodilatation (Gefäßerweiterung) und Stimulation der Schweißsekretion verursachen.

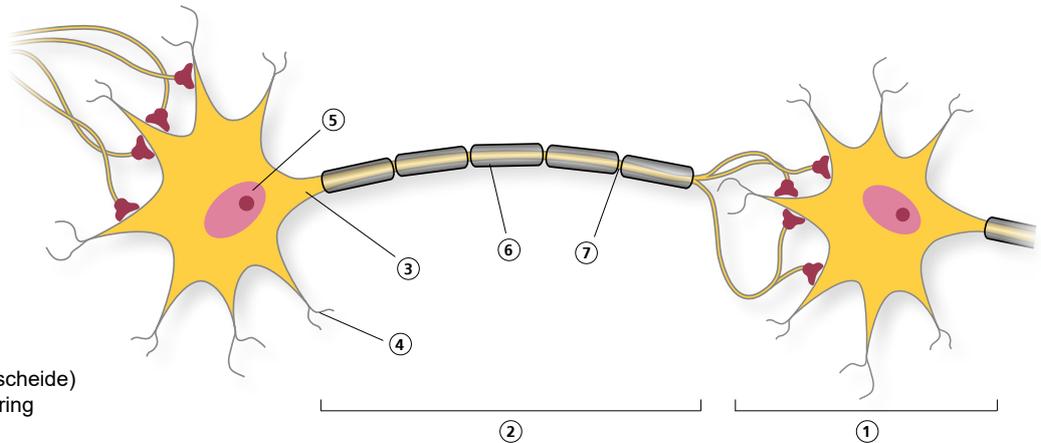


Abb. 1.2.10:

Nervenzelle:

- 1) Zellkörper (Soma)
- 2) Fortleitung (Axon)
- 3) Axonhügel
- 4) Dendriten
- 5) Zellkern
- 6) Markscheide (Myelinscheide)
- 7) Ranvierscher Schnürring

Die **Mechanorezeptoren der Haut** sind korpuskuläre Nervenendigungen. Diese spezialisierten Rezeptoren werden durch mechanische Reize wie Dehnung und Druck erregt. Es sind primäre Sinneszellen, die über ein eigenes Axon verfügen, das Impulse Richtung Zentrales Nervensystem leitet.

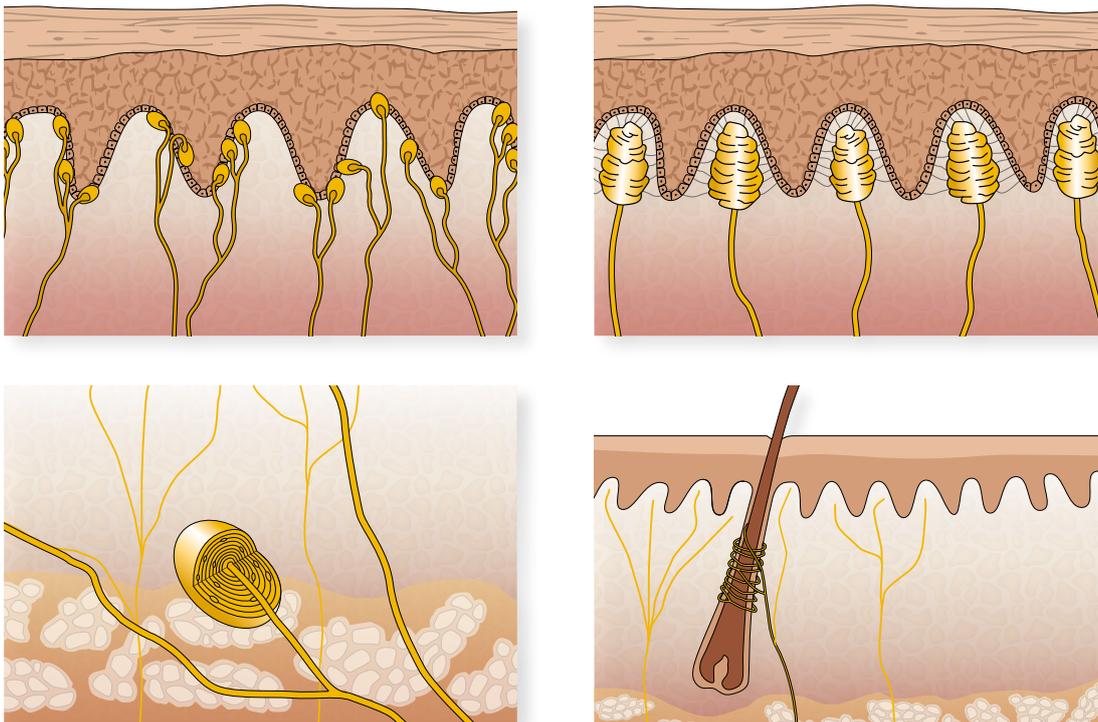


Abb. 1.2.11: Mechanorezeptoren der Haut

- a) Merkel-Tastscheiben b) Meissner-Tastkörperchen c) Vater-Pacini-Lamellenkörperchen d) Nervengeflechte um Haarwurzeln

1.2.7. Aufgaben der Haut

Die Haut hat zahlreiche Funktionen, hauptsächlich aber Schutzfunktion, Funktion als Sinnesorgan und Stoffwechselfunktion:

1.2.7.1. Schutzfunktion:

Die Schutzfunktion ist die komplexeste Aufgabe der Haut. Alle drei Funktionen stehen in einem engen Verhältnis zueinander und agieren miteinander.

- **Mechanischer Schutz**

Die Haut hält bis zu einem gewissen Grad mechanischen Kräften wie Druck, Zug, Drehung, usw. stand und schützt damit auch die subkutanen Strukturen wie Blutgefäße, Nerven, Muskeln Sehnen, innere Organe. Der mechanische Schutz beruht auf den viskoelastischen Eigenschaften der Haut, beruhend auf ihrer speziellen Struktur (siehe vorherige Kapitel). Unsere Haut besitzt die Eigenschaft elastischer Verformbarkeit, nach mechanischem Stress kehrt sie zu ihrer Ausgangsform zurück. Wenn allerdings die mechanischen Kräfte zu groß sind oder zu lange andauern, erleidet die Haut dauerhafte Schädigungen mit entsprechender Ausdehnung oder Tiefe: Dehnungstreifen, Abschürfungen, Wunden etc. Die Unterhaut hat ebenfalls eine wichtige Schutzfunktion als Dämpfungsschicht, aufgrund der Einlagerung von Fettgewebe.

- **Chemischer Schutz**

Die meisten Säuren (ausgenommen Fluorwasserstoffsäure), die versehentlich an die Haut gelangen, werden schnell neutralisiert: Zuerst durch den Lipidschutzfilm, dann von den Hautproteinen, hauptsächlich dem Kollagen. Basen hingegen verursachen schwerere und vor allem tiefere Verletzungen, da sie die Fette verseifen und die Proteinkomplexe hydrolysieren.

- **Schutz gegen photochemische Einflüsse**

Dies geschieht durch die Synthese und Einlagerung von Melanin, welches als „Schutzschild“ fungiert, das ultraviolette Strahlung absorbiert und dadurch subepidermale Strukturen schützt.

- **Schutz vor biologischen Einflüssen**

Der Schutz vor biologischen Aggressoren, hauptsächlich Bakterien, Pilzen, Viren, ist eine weitere sehr wichtige Eigenschaft der Haut. Ermöglicht wird das u.a. durch den auf der Haut befindlichen Fettfilm, der bakterio-statische und sogar bakterizide Eigenschaften aufweist.

- **Schutz vor Flüssigkeits- und Plasmaverlust**

Die Haut ist fast undurchdringlich und schützt den menschlichen Organismus sowohl vor Flüssigkeitsverlust als auch vor dem Eindringen verschiedener Substanzen in den Körper. Dies wird ermöglicht durch die Synthese und Einlagerung von Keratin (Protein) in epidermale Zellen, durch die Synthese und Einlagerung von Eleidin, einem Lipid, das daran mitwirkt, die oberen Schichten der Epidermis undurchdringlich zu machen und durch einen in den Talgdrüsen produzierten Lipidfilm.

- **Thermoregulation**

Die Thermoregulation der Haut wird mithilfe zweier wichtiger Komponenten bewerkstelligt: Hautdurchblutung und Schweißsekretion. Die Haut hat sehr viele geflechtartige angeordnete Blutgefäße, die schichtweise mit vielen arteriell-venösen Shunts versehen und mit gefäßknäuelartigen Strukturen ausgestattet sind.

Bei **Kälteeinwirkung**: Wärmeschutz durch eine thermische Isolierschicht, die Subkutis; Reduktion des normalen Wärmeverlustes durch eine Reduktion der Hautdurchblutung (mittels Blutgefäßverengung/Vasokonstriktion), vor allem in den der Kälte ausgesetzten Bezirken.

Bei **Hitzeinfluß**: Blutgefäßweiterung (Vasodilatation) und Schweißproduktion; die dadurch entstehende Verdunstungskälte verursacht einen zusätzlichen Wärmeverlust. Ein ähnliches Phänomen passiert bei Fieber.

1.2.7.2. Sensorische und kommunikative Funktion

Die Haut ist die Verbindung zwischen Organismus und Umwelt, sie empfängt und übermittelt eine Vielzahl an Informationen. Eine große Menge von Hautrezeptoren sendet permanent Informationen an das Gehirn bzgl. der Umgebungsbedingungen denen der Organismus ausgesetzt ist (Temperatur, Feuchtigkeit, etc.). Durch die Haut erhalten wir ständig Informationen, die uns helfen, mit der Umgebung und anderen Menschen zu interagieren. Aber die Haut sendet auch Informationen über unseren emotionalen Zustand und über die physiologische und pathologische Lage aus (z.B. Alter, Ernährung, Fieber, verschiedene Krankheiten, die sich auf der Haut zeigen).

1.2.7.3. Metabolische Funktion:

Die Stoffwechselfunktion, die Synthesefunktion und die Funktion der Regeneration bilden eigentlich einen Komplex, in dem diese drei Funktionen synergetisch zusammenwirken. Einige der Funktionen wurden bereits in vorhergehenden Kapiteln erwähnt:

- **Synthese und Sekretion**: In der Haut werden viele Proteine und Lipide produziert, z.B. Keratin, Eleidin, Sebum, Melanin, etc.; auch Vitamin D wird in der Haut synthetisiert, durch Umwandlung von

7-Dehydrocholesterol durch Photolyse mit UVB-Licht der Wellenlängen 270-315 nm zunächst in Prävitamin D₃ und durch thermische Isomerisierung weiter in Vitamin D₃ überführt.

- In einigen Hautschichten werden bestimmte Hormone produziert, die eine Rolle bei der Regulation metabolischer Prozesse sowie der Regeneration der Haut spielen
- In bestimmten Situationen wird die Haut zum Ausscheidungshilfsorgan, über welches Wasser, Mineralsalze, Schwermetalle und einige Stoffwechselprodukte, z.B. Harnstoff, ausgeschieden werden.
- Die Haut ist auch ein wichtiges Zielorgan für Hormone, insbesondere für Sexualhormone, die die sog. sekundären Geschlechtsmerkmale auf Hautniveau festlegen: Beschaffenheit, Elastizität, Behaarung, etc. Der größte Abnehmer von Testosteronen ist der Haarfollikel-Talgdrüsen-Komplex.
- Außerdem ist die Haut eines der wichtigsten Organe der „Einlagerung“ von Blut, aufgrund ihres vaskulären Geflechsystems. Wären alle Anastomosen (Verbindungen) des Hautgefäßsystems geöffnet, könnte die gesamte Blutmenge des Körpers in der Haut untergebracht werden. Bei starkem Blutverlust mobilisiert die Haut das eingelagerte Blut und lässt es dem Blutkreislauf für die lebenswichtigen Organe (Gehirn, Herz, Lunge usw.) zukommen. Dabei greift die Haut aktiv in den Blutgerinnungsprozess ein mittels Thromboplastinen/Blutgerinnungsfaktoren und nachfolgender Vasokonstriktion (dies führt zu den kutanen Erscheinungsformen des hämorrhagischen Schocks - Blässe, Hypothermie, kalter Schweiß etc.).
- Aber die wichtigste Funktion ist die der Gewebewiederherstellung bzw. Wundheilung. Die Epidermis ist eines der wenigen Organstrukturen des menschlichen Körpers, die sich (ausgehend von der Basalmembran) vollständig und narbenfrei wiederherstellen kann. Verletzungen der Dermis heilen unter Narbenbildung, da die Zellarchitektur der Kollagenfasern nach Heilung niemals mehr die gleiche ist wie vor der Verletzung.

Kapitel 2: Wundheilung

Eine Wunde ist jede morphologische und funktionelle Zerstörung auf Hautniveau, verursacht durch verschiedene externe und/oder interne Faktoren. Die Wundheilung stellt einen komplexen biologischen Prozess dar, bei dem der verletzte Organismus versucht, die betroffene Struktur vollständig oder teilweise wiederherzustellen.

Wenn Architektur und Funktion des verletzten Gewebes oder Organes komplett wiederhergestellt wird, bezeichnen wir dies als Regeneration oder „restitutio ad integrum“. Eine vollständige Heilung erfolgt in Epithelgeweben, im Leberparenchym, den Knochen, einigen glatten Muskeln, etc.

Wenn die betroffenen Strukturen jedoch mit neuem „Füllgewebe“ ersetzt werden, das viel Kollagen enthält und dem Ursprungsgewebe weder in anatomischer noch funktioneller Sicht gleicht, sprechen wir von Defektheilung („Reparatio“) oder Vernarbung.

Zahlreiche exogene und/oder endogene Umstände können zur Zerstörung der Haut führen, nachfolgend einige Beispiele:

Exogene Faktoren: Verbrennungen (thermisch, chemisch, elektrisch), mechanische Traumata (Prellung, Quetschung, etc.), ionisierende Strahlung, Infektionen

Endogene Faktoren: Kutane Ulzerationen verschiedener Ätiologie, Druckgeschwüre (Dekubitus), Diabetische Fußulzera, Neoplasmen etc.

2.1. Wundheilungsarten

Bereits Galenus von Pergamon, *129 a.Chr.n. in Pergamon, †200 a.Chr.n. in Rom, ein griechischer Arzt und Anatom, postulierte zwei Haupttypen der kutanen Wundheilung:

- **Primäre Wundheilung** oder per primam intentionem:

Primäre Wundheilung finden wir bei aseptischen, nicht-infizierten Läsionen mit scharf abgegrenzten Rändern und einem kleinen Gebiet zerstörten Gewebes. Bei diesen durch scharfe Objekte entstandenen Wunden (z.B. OP-Wunden oder Schnittwunden), deren Wundränder nahe beieinander liegen, mit kaum Substanzverlust, führt der Wundverschluß zu einer kaum sichtbaren Narbe, mit funktionell und kosmetisch akzeptablem Ergebnis.

- **Sekundäre Wundheilung** oder per secundam intentionem

Die sekundäre Wundheilung ist die übliche Wundheilung bei ausgedehnten Läsionen mit Gewebsverlust und auseinanderklaffenden Wundrändern. Die Wunde muss zuerst mittels Granulationsgewebe wieder aufgefüllt werden. Danach wandern vom Wundrand aus Epithelzellen ein, die sich über das Granulationsgewebe legen.

Die Narbenbildung ist stark ausgeprägt.

Aus chirurgischer Sicht kennen wir noch eine dritte Art der Wundheilung, die sog. tertiäre oder verzögerte Wundheilung.

Der Wundheilungsprozess gliedert sich in fünf Phasen:

- **Hämostase** (Blutstillung)
- **Exsudationsphase** (Inflammationsphase, Reinigungsphase)
- **Proliferationsphase** (Granulationsphase)
- **Reparationsphase** (Epithelisierungsphase)
- **Remodellierung** (Maturationsphase, Narbenbildung)

Bei der Heilung chronischer Wunden sind vor allem die Exsudations-, Granulations- und Epithelisierungsphase wichtig, daher gehen wir nur auf diese drei Phasen im Kapitel 2.2 näher ein. Auf eine Beschreibung von Hämostase und Remodellierung wird wegen weitgehender Irrelevanz bei chronischen Wunden verzichtet.

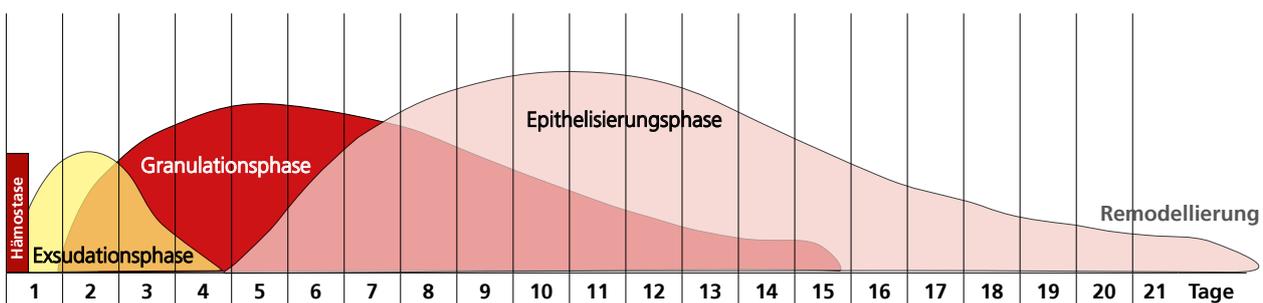


Abb. 2.2.1:

Beispiel für Wundheilungsphasen bei primärer Wundheilung.

2.2. Wundheilungsphasen

Die Unterteilung ist lediglich theoretisch, da sich die Wundheilungsphasen überlappen und teilweise parallel ablaufen. Gerade bei chronischen und sekundär heilenden Wunden können die Längen der einzelnen Phasen sehr stark variieren. Gesteuert werden diese komplexen und teilweise überlappenden Vorgänge der Wundheilung durch Zytokine und Wachstumsfaktoren.

2.2.1 Exsudationsphase (Reinigungsphase)

Bei der Gerinnselbildung wird ein Fibrinnetz gebildet, welches ein Verkleben aneinanderliegender Wundränder ermöglicht. Thrombozyten setzen Wachstumsfaktoren frei, die weitere Wundheilungsprozesse einleiten. Neutrophile Granulozyten wandern in die Wunde ein und phagozytieren eingedrungene Keime und Gewebnekrosen. Wundsekret, das mit Entzündungszellen durchsetzt ist, spült Zelltrümmer (Detritus) und Keime aus. Im Verlauf dieser Phase nimmt die Zellteilung im Wundgebiet zu, Makrophagen entsorgen die Zelltrümmer und ggf. den Pfropf. Fibroblasten vollbringen in der folgenden Phase die eigentliche Aufbauarbeit. Hierzu ist ein feuchtes Wundmilieu nötig, welches durch moderne Verbandstoffe aufrechterhalten wird.

2.2.2 Proliferationsphase (Granulationsphase)

Nach der Einwanderung von Fibroblasten und der Anlagerung von Endothelzellen wird durch Proliferation von gefäßreichem Granulationsgewebe (Füllbindegewebe) der Defekt nach und nach aufgefüllt. Die Wunde ist tiefrot, feucht glänzend und kaum noch exsudierend.

2.2.3 Reparationsphase (Epithelisierungsphase)

Kontraktion der Wunde durch Abgabe von Flüssigkeit und durch Neubildung von Oberflächenzellen und nachfolgender Zellwanderung vom Wundrand zur Wundmitte. Voraussetzung für eine schnelle Epithelisierung ist ein gut ausgebildetes Granulationsgewebe. Die Epithelzellen „gleiten“ vom Wundrand aus über das neue Granulationsgewebe. Treffen zwei Keratinozyten aufeinander, kommt es zum Stillstand der Wanderung. Die Zellen verankern sich auf dem Granulationsgewebe und bilden die neue Basalmembran. Das Granulationsgewebe bildet zunehmend Kollagenfasern aus, dadurch entsteht faserreiches Narbengewebe. Da keine elastischen Fasern gebildet werden, verfügt das Narbengewebe über keine Elastizität, daher ist eine minimale Narbe anzustreben.

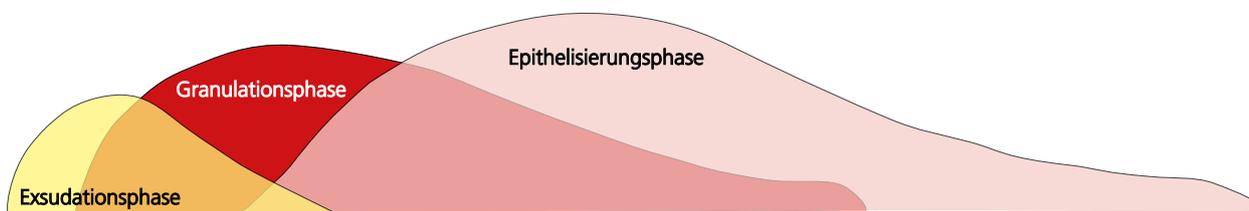


Abb. 2.2.2:
Beispiel für Wundheilungsphasen bei chronischen sekundär-heilenden Wunden

2.3 Zytokine und Wachstumsfaktoren

An allen Phasen des Heilungsprozesses sind Thrombozyten, neutrophile Granulozyten, Makrophagen, Fibroblasten, Myofibroblasten, Endothelzellen, Keratinozyten, Immunzellen, etc. beteiligt.

Diese Zellen kommunizieren untereinander durch **Mediatoren, die das Zellwachstum, die Zelldifferenzierung und Entzündungsreaktionen regulieren**, die **Zytokine**. Zytokine sind Proteine, die sich gegenseitig in Ihrer Wirkung beeinflussen, und von denen man annimmt, dass sie ein komplexes Netzwerk bilden.

Die folgenden Zytokine sind nach heutigem Wissenstand an der Heilung von Hautdefekten beteiligt. Die Bezeichnungen sind auf Englisch, da dies in der Fachliteratur der gebräuchliche terminus technicus ist.

- **PDGF** (platelet derived growth factor)
Wird bei Verletzungen von Thrombozyten (Blutplättchen) freigesetzt. Chemotaktischer und mitogener Faktor für Fibroblasten, Granulozyten und Monozyten; stimuliert Angiogenese und Kontraktion von Wunden; fördert die Synthese der extrazellulären Matrix und die Morphogenese des Granulationsgewebes.
- **TGF- α** (transforming growth factor alpha)
Wirkt chemotaktisch und mitogen auf Fibroblasten und Keratinozyten; fördert die Keratinozyten-Migration.

- **TGF- β** (transforming growth factor beta)
Wirkt chemotaktisch und mitogen auf Fibroblasten; fördert die Angiogenese und die Ausbildung der extrazellulären Matrix.
- **EGF** (epidermal growth factor)
Chemotaktischer Faktor; fördert die Migration von Keratinozyten; stimuliert die Proliferation von Keratinozyten und Fibroblasten; fördert die Angiogenese.
- **FGF** (fibroblast growth factor)
Bei Fibroblasten, Keratinozyten und Endothelzellen bewirkt dieser Wachstumsfaktor eine Chemotaxis und fördert die Proliferation. Außerdem stimuliert er die Angiogenese, den Aufbau der extrazellulären Matrix und die Ausbildung von Granulationsgewebe.
- **KGF** (keratinocyte growth factor)
Regt die Differenzierung, Proliferation und Migration von Keratinozyten an.
- **TNF- α** (tumor necrosis factor alpha) und **TNF- β** (tumor necrosis factor beta)
Aktivieren Granulozyten und Makrophagen; stimulieren die Teilung von Fibroblasten und regen die Angiogenese an.
- **IL-1** (interleukin-1)
Multifunktionelles Zytokin, reguliert die Funktion von Lymphozyten und Monozyten; entzündungsfördernder Signalstoff, kann Temperaturanstieg (Fieber) auslösen; fördert die Produktion von TNF- α und INF- γ ; **fördert die Blutbildung (Hämatopoese)**.
- **IL-2** (interleukin-2)
Aktiviert zytotoxische T-Lymphozyten und Killerzellen; fördert die Differenzierung von B-Lymphozyten und die Proliferation von B- und T-Lymphozyten.
- **IL-4** (interleukin-4)
Indiziert das Wachstum von B-Lymphozyten; Wachstumsfaktor für T-Lymphozyten und Mastzellen; aktiviert Makrophagen; Förderung der Proliferation hämatopoetischer Stammzellen.
- **IL-6** (interleukin-6)
Multifunktionelles Zytokin mit proinflammatorischer Wirkung: Stimuliert die Synthese von Akutphaseproteinen, kann Temperaturanstieg (Fieber) auslösen; fördert die Differenzierung von B-Zellen zu Plasmazellen; Wachstumsfaktor für Keratinozyten; Stimulation des Leberstoffwechsels.
- **IL-7** (interleukin-7)
Fördert die Proliferation von sog. Prä-B-Zellen; fungiert als Wachstumsfaktor für T-Lymphozyten; fördert die Chemotaxis neutrophiler Granulozyten und die Expression von Adhäsionsmolekülen.
- **IL-8** (interleukin-8)
Inflammatorisches und chemotaktisches Zytokin; fördert die Chemotaxis neutrophiler Granulozyten und die Expression von Adhäsionsmolekülen.
- **IL-10** (interleukin-10)
Spielt eine wichtige Rolle bei der Begrenzung und Befristung der inflammatorischen Reaktion, steuert Wachstum und Differenzierung von verschiedenen Immunzellen, Keratinozyten und endothelialen Zellen.
- **IFN- α** (interferon alpha), **IFN- β** (interferon beta), **IFN- γ** (interferon gamma)
Werden hauptsächlich von Leukozyten (IFN- α), Fibroblasten und Epithelzellen (IFN- β) und Lymphozyten (IFN- γ) produziert; wirkt chemotaktisch auf Makrophagen, fördert die Phagozytose und limitiert die Proliferation von Fibroblasten.
- **TXA₂** (thromboxan A₂)
Dieses Eicosanoid wird in den Thrombozyten produziert und dient der Thrombozytenaggregation und der Vasokonstriktion.

- **GM-CSF** (granulocyte macrophage colony-stimulating factor)
Wirkt mitogen auf Keratinozyten, stimuliert die Migration und Proliferation endothelialer Zellen; hilft bei der Einleitung sekundärer Zytokine.
- **IGF** (insulin-like growth factor)
Insulinähnliche Polypeptide, die Wachstum und Differenzierung von Zellen unterstützen.
- **CTGF** (connective tissue growth factor)
Wirkt chemotaktisch auf Fibroblasten, fördert die Kollagensynthese und die Ausbildung der zellulären Matrix.
- **HB-EGF** (heparin-binding epidermal growth factor)
Mitogener und chemotaktischer Wachstumsfaktor bei Fibroblasten und Keratinozyten.
- **VEGF** (vascular endothelial growth factor)
Reguliert die Vaskulo- und Angiogenese.
- **NGF** (nerve growth factor)
Fördert Wachstum und Differenzierung peripherer Nervenzellen.

2.4 Chronische Wunden

Chronische Wunden durchlaufen die gleichen Wundheilungsphasen wie akute Wunden, allerdings mit deutlich längerem Heilungsverlauf. Typische klinische, biochemische, zelluläre und bakteriologische Charakteristika chronischer Wunden und eventuelle Spätfolgen:

- **Klinische Charakteristika:**
Gangrän, Fibrinbeläge, Nekrosen, schlechte Durchblutung, kein normales Granulationsgewebe, keine oder unzureichende Epithelisierung, häufig Rezidive und / oder Verschlechterung der Wundheilung
- **Biochemische Charakteristika:**
Zunahme proinflammatorischer Zytokine, Metallo-Proteinasen, Gelatinasen, Stromelysin, Serumproteasen, etc. Abnahme von Gewebeinhibitoren der Matrix-Metalloproteinasen (TIMP) und der Protease-Inhibitoren alpha1 und alpha2. Stärkerer Abbau von Fibronectin, Vitronectin und Tenascin
- **Zelluläre Charakteristika:**
Herabgesetzte Zellteilungsaktivität, verstärkte phänotypische Zelländerungen, Anwesenheit seneszenten Zellen, erhöhte Aktivität von Wachstumsfaktoren
- **Bakteriologische Charakteristika:**
Erhöhte Mengen von Pathogenen, Anwesenheit mehrerer Mikrobenstämme, Anwesenheit multiresistenter Bakterienstämme, Vorhandensein eines bakteriellen Schutzfilms gegen immunologische und antibiotische Aggressoren
- **Spätfolgen chronischer Wunden:**
Entstehung von Fisteln, eitrigen Nebenhöhlen und chronischen Abszessen; Auftreten chronischer Osteomyelitis, Kontrakturen und Deformationen von Gelenken, Entartung chronischer Ulzerationen, systemische Amyloidose, heterotopische Ossifikation (Verknöcherung) und Kalzifikation (Verkalkung)

Die o.g. biochemischen Veränderungen sorgen für eine Fortdauer der Entzündungserscheinungen in der Wunde mit einem signifikanten Anstieg der durch PMN's (mehrkernige neutrophile Zellen) produzierten freien Radikale. Dies führt zu einer Hemmung der Makrophagenleistung und zur Reduktion der Freisetzung von Zytokinen und Wachstumsfaktoren, welche die Zellmigration und Proliferation von Fibroblasten, Keratinozyten und Endothelzellen anregen.

Die phänotypischen Veränderungen zeigen sich vor allem an den Fibroblasten, Keratinozyten und Endothelzellen. Die fibroblastischen Modifikationen bewirken eine Abnahme der Kollagensynthese und der Produktion von Zytokinen und Wachstumsfaktoren. Dies führt zu mangelnder Ausbildung neuer Kapillare und zusammen mit dem kontinuierlichen Matrixabbau zu einer Hemmung der Angiogenese. Die Bildung von Granulationsgewebe ist unter diesen Umständen nicht oder nur unzureichend möglich.

Der Mangel an Granulationsgewebe, Zytokinen und Wachstumsfaktoren blockiert die Epithelisierung. Mit der Zeit verlangsamt sich die Teilungsrate von Fibroblasten, Epithel- und Endothelzellen und eine vorzeitige Zellalterung setzt ein. Die verminderte fibroblastische Teilung und Migration führt einerseits zu einer Hemmung der Wundkontraktion und andererseits zur Beschleunigung der Apoptose (programmierter Zelltod).

Die Anhäufung von Stickstoffmonoxid (NO) und dessen Kombination mit freien Sauerstoffradikalen führt zur Bildung von Peroxinitriten mit zytotoxischer Wirkung, wodurch Nekrosen und Fibrinbeläge entstehen, die ein hervorragendes Kulturmedium für Bakterien bilden.

Folgende Stadien bakterieller Besiedlung lassen sich unterscheiden:

- **Bakterielle Kontamination:**
Anwesenheit von Erregern in der Wunde, stabile mikrobielle Kolonien ohne nennenswerte Vermehrungstendenz
- **Bakterielle Kolonisation:**
Anwesenheit von Erregern in der Wunde, anhaltende mikrobielle Kolonien mit Vermehrungstendenz, aber ohne nennenswerten Einfluß auf Gewebe und Organismus
- **Kritische Kolonisation:**
Anwesenheit einer großen Anzahl von Erregern, die bakteriellen Kolonien vermehren sich stark und breiten sich im infizierten Gebiet aus. Täglicher Verbandwechsel notwendig.
- **Lokale Infektion:**
Anwesenheit einer sehr großen Anzahl von Erregern, die bakteriellen Kolonien vermehren sich weiterhin stark und breiten sich im infizierten Gebiet aus, noch ohne systemische Infektion oder septische Dissemination. Kennzeichen: Dolor (Schmerz), Calor (Wärme), Tumor (Schwellung), Rubor (Rötung), Function laesa (Funktionseinschränkung). Täglicher Verbandwechsel zwingend notwendig.
- **Generalisierte Infektion:**
Ausbreitung zunächst auf Wundebene, Krankheitserreger vermehren sich schnell und verbreiten sich über den gesamten Organismus. Täglicher Verbandwechsel zwingend notwendig.

Bakterielle Endotoxine führen zur Verschlechterung der chronischen Entzündungserscheinungen und können den Heilungsprozess noch mehr verzögern oder sogar verhindern.

Es gibt auch eine Reihe systemischer Faktoren, die das Risiko einer Infektion von chronischen Wunden erhöhen: Gefäßerkrankungen, Strahlentherapie, Ödeme, Rauchen, Diabetes mellitus, Kortikoidtherapie und/oder immunsuppressive Therapie, Mangelernährung, kürzlich durchgeführte Operationen, kongenitale (angeborene) Veränderungen der neutrophilen Granulozyten.

Neben den klinischen und biologischen Charakteristika chronischer Wunden gibt es auch zahlreiche pathologische Zustände, die zur Chronifizierung führen können:

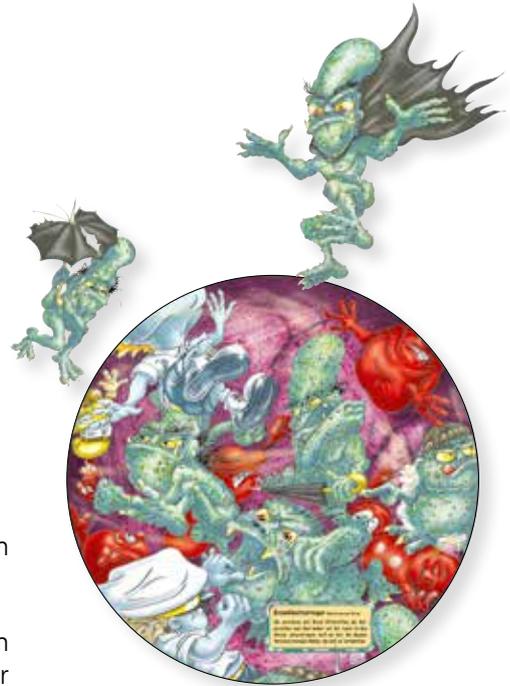
- Neuropathien (Diabetes mellitus, zerebrale und spinale Läsionen, Lepra)
- Ischämien (Arteriosklerose, Gefäßverkalkungen, diabetische Angiopathie, Vaskulitis)
- Periphere Ödeme (Venöse Hypertension, Niereninsuffizienz, Herzinsuffizienz, Lymphödeme, Hypoalbuminämie, Elephantiasis tropica etc.)
- Dekubitusgefährdung aufgrund psychisch motivierter Hypomotilität, Demenz, Para- und Tetraplegie, hohem Alter, Terminalstadium etc.

Darüber hinaus auch Kortikoidtherapie und/oder Hydroxyharnstoff-Regulierung, schwächende systemische Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Osteomyelitis, Rauchen, Fehlernährung, Alkoholabusus, etc.

Neben diesen pathologischen Veränderungen, die zu einer Verzögerung der Wundheilung führen, existieren auch normale physiologische Veränderungen, d.h. der **normale Alterungsprozess des Organismus**.

Seneszenz (hohes Alter) hat großen Einfluß auf alle Wundphasen, vor allem nach dem siebten Lebensjahrzehnt:

- Der Stoffwechselumsatz der Epithelzellen reduziert sich, ebenso die Lebenserwartung der einzelnen Zellen
- Abflachung der dermo-epidermalen Verbindung und damit auch Reduktion des Stoffaustausches zwischen den beiden Hautschichten. Da die Epidermis kein eigenes Gefäßsystem hat, ist sie darauf angewiesen, von der darunterliegenden Schicht mitversorgt zu werden.
- Reduktion der Anzahl von Dermiszellen, mit gleichzeitiger Abnahme der Synthese von Bestandteilen der extrazellulären Matrix; auch die in den Heilungsprozess involvierten Zellen verringern ihre Rezeptoren für Zytokine und Wachstumsfaktoren, und reagieren dementsprechend langsam auf Reize
- Änderungen der Zusammensetzung und des Aufbaus der einzelnen Komponenten der extrazellulären Matrix, sowohl der Faserbestandteile (Kollagen, Fibronectin, Elastin, Tenascin, Vitronectin) als auch der nicht-faserigen Bestandteile (Proteoglykane, Glykosaminoglykane, etc.) mit direktem Einfluss auf den Heilungsprozess



- Verminderung der Immunantwort, der Phagozytose und der Produktion proinflammatorischer Zytokine, die zur Reduktion und Verzögerung der Entzündungsphase führt, was wiederum Konsequenzen für die übrigen Wundheilungsphasen nach sich zieht

2.5 Prinzipien moderner Wundbehandlung

Traditionelle (oder konventionelle) Wundversorgung wird mit trockener Wundversorgung gleichgesetzt, meist werden Mullkompressen oder angefeuchtete Gaze verwendet, aber auch Vliesstoffkompressen, Salbenkompressen, imprägnierte Wundgazen. Diese können in der Wunde austrocknen und mit dem Wundgrund verkleben. Bei dieser Art der Wundversorgung ist mit häufigen täglichen Verbandwechseln zu rechnen, wodurch ein erhöhtes Infektions- und Verletzungsrisiko für die Wunde entsteht.

Bei der modernen, feuchten Wundversorgung hingegen wird ein feuchtes Wundmilieu erhalten, und zwar in allen Phasen der Wundheilung. Dies beschleunigt die Wundheilung, was bereits 1962 von Dr. George Wunter nachgewiesen wurde.

Die wichtigsten Kriterien einer sog. modernen Wundbehandlung sind:

- Physiologische Feuchtigkeit der Wunde fördern und erhalten
- Temperaturoptimum 28-32 °C fördern und erhalten
- Keine färbenden Produkte
- Verlängerte Verbandwechselintervalle (Ausnahme: Kritisch kolonisierte und infizierte Wunden)

Der Einsatz hydroaktiver Verbandstoffe bringt im Vergleich zu traditioneller Wundversorgung folgende Vorteile: Schnellere Heilung, höhere Abheilungsrate, weniger Wundinfektionen, weniger Schmerzen beim Verbandwechsel, weniger Verbandwechsel durch längere Tragezeiten, mehr Lebensqualität für den Patienten, durch weniger Verbandwechsel auch geringere Personalkosten.

**Verbandstoffe sind Medizinprodukte
und grundsätzlich abrechnungsfähig zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung**

Je nach Wundart, Wundheilungsphase und vor allem je nach Ausmaß der Sekretion kann aus verschiedenen Produktgruppen die passende Wundabdeckung ausgewählt werden. Die nachfolgende Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und beschränkt sich auf die wichtigsten Produktgruppen:

- **Aktivkohle-Wundauflagen**
Aktivkohlekompressen bestehen aus saugenden Materialien mit einer (meist mittleren) Lage aus Aktivkohle. Die Aktivkohle bindet neben Duft- und Eiweißmolekülen auch Bakterien an sich.
- **Alginate**
Alginate bestehen aus Alginsäuren, die vor allem aus Braunalgen extrahiert werden. Je nach Hersteller unterscheiden sich die Zusammensetzungen der Alginate. Bei Kontakt mit Wundexsudat saugt die trockene Calciumalginatfaser das natriumreiche Exsudat auf und wandelt sich so unter Abgabe von Calciumionen in lösliches Natriumalginat (=Gel) um. Die frei gewordenen Calciumionen bewirken eine Blutstillung und das hydrophile Natriumalginat-Gel bindet sehr viel Flüssigkeit (etwa das 20fache seines Eigengewichts) und schließt Keime und Detritus fest ein.
- **Aquafaser-Verbände**
Diese aus zwei Bikomponentenfasern hergestellten Verbände eignen sich besonders zur Aufrechterhaltung des feuchten Wundmilieus in der Granulations- und Epithelisierungsphase.
- **Antimikrobielle Wundauflagen**
Diese Wundauflagen bestehen aus einem Trägerstoff, z.B. Baumwollkompressen oder Polyurethan-Schaumstoff, der mit einem Antiseptikum, meist Polihexanid, getränkt ist. Auch mit Antiseptika versehene Hydrogele zählen zu den antimikrobiellen Wundauflagen.
- **Hydrogele**
Hydrogele werden als durchsichtige Kompressen oder als Gel angeboten, enthalten zwischen 30 und 95 % Wasser und verwenden meist Cellulosederivate als Gelbildner.
- **Hydrokolloide**
Sie bestehen aus einem dünnen Polyurethan-Film oder Schaumstoff mit einer aufgetragenen Trägerschicht aus synthetischem Kautschuk, die stark quellende Partikel enthält.

- **Kollagenhaltige Wundauflagen**
Poröse, schwammartige Wundauflagen aus Kollagen, das entweder aus Schweine- und/oder Rinderdermis oder aus Pferdemuskeln stammt. Diese Wundauflagen benötigen zur Abdeckung unbedingt einen Sekundärverband, da sie vollständig vom Körper absorbiert werden.
- **Kombinierte Wundauflagen**
Sie bestehen meist aus Polyurethan-Folie oder -Vlies, Superabsorber und Hydrokolloid (oder Polyester-Fasern) und können üblicherweise bis zu sieben Tagen auf der Wunde belassen werden.
- **Wundauflagen aus geschäumtem Polyurethan (PUR), mittel- bis grobporig & gemischtporig**
Wundauflagen aus Polyurethanschaumstoff sind vielfältigst einsetzbar und eignen sich u.a. zur Wundreinigung, Wundbettkonditionierung, Exsudationsförderung, Granulationsförderung, als Wundfüller, Wundschutz und zur Exsudataufnahme. Der atmungsaktive Verbandstoff übt einen mechanischen Reiz auf die Wunde aus, der im Wundkontakt lokal durchblutungsfördernd wirkt.
- **Schaumstoffkompressen/Hydropolymere**
Polyurethan-Weichschaumkompressen können das 20 bis 30fache ihres Eigengewichts an Exsudat aufnehmen, ohne dabei Größe oder Form zu verändern. Unter Druck geben sie die aufgenommene Flüssigkeit wieder ab. Hydropolymere sind Polyurethan-Schaumstoffe, die sich durch Exsudataufnahme vergrößern.
- **Schaumstoffkompressen, offenporig**
Wundauflagen aus offenporigem Polyurethanschaumstoff eignen sich besonders zur Wundbettkonditionierung und zum mechanischen Débridement. Sie werden auch bei der Unterdrucktherapie (NPWT) als Wundfüller eingesetzt.
- **Superabsorber**
Die superabsorbierenden Polyacrylatpartikel können unter Bildung eines Gels große Mengen Exsudat aufnehmen, das auch nicht mehr abgegeben wird (sog. Pampers-Prinzip). Dadurch wird auch bei stark nässenden Wunden ein feuchtes Wundklima geschaffen, ohne Gefahr von Haut- und Wundrandmazeration.
- **Wundauflagen mit Honig**
Mit medizinischem Honig imprägnierte Wundverbände oder Honig plus Sekundärverband wirken wundreinigend und geruchsmindernd. Durch den osmotischen Effekt des Honigs in der Wunde und dem niedrigen pH-Wert entsteht ein bakterizider Effekt.
- **Wundauflagen mit Silber**
Von fast allen Wundauflagentypen gibt es auch eine mit Silber beschichtete Variante. Grundvoraussetzung für die Freisetzung der Silberionen ist ein feuchtes Wundmilieu. Diese Wundauflagen werden bei infizierten Wunden angewendet und können die Besiedlung mit Mikroorganismen reduzieren.
- **Wundfolien**
Die semipermeablen transparenten Membranen aus Polyurethan verhindern das Eindringen von Keimen und Feuchtigkeit bei gleichzeitiger Wasserdampfdurchlässigkeit und halten somit ein feuchtes Wundklima aufrecht.

Kapitel 3: Débridement

3.1. Einführung und Begriffserklärung:

Das EWMA Dokument 2013 (Wund Management Sonderheft 3/2013, Seite 4) erklärt den Begriff Débridement als „Entfernung von nekrotischem Material, festem und viskösem Schorf, seröser Kruste, abgestorbenem und infiziertem Gewebe, Hyperkeratose, Abschilferungen, Eiter, Hämatom, Fremdkörpern, Detritus, Knochensplintern und sonstigen Wundbelägen jeglicher Art mit dem Ziel, die Wundheilung zu fördern.“

Voraussetzung für Wundbeobachtung und Wundheilung ist eine saubere Wunde! Das EWMA-Dokument unterscheidet folgende Verfahren, die einzeln oder auch kombiniert angewendet werden können:

- Chirurgisches Débridement
- Mechanisches Débridement
- Biochirurgisches Débridement (Maden- bzw. Larventherapie)
- Autolytisches Débridement
- Enzymatisches Débridement
- Ultraschall-Débridement
- Débridement mittels NPWT

Ziel des Débridements ist das Gewährleisten der Wundbeobachtung, das Initiieren des Heilungsprozesses und die Verhinderung einer sekundären Infektion des verbliebenen gesunden Gewebes.

3.2 Débridement-Methoden

Die Autoren des Artikels „Best practice for wound debridement“ im Journal of Wound Care (JWC vol. 33 no. 6 sup C) vom Juni 2024 stellen das Konzept des ganzheitlichen Débridements vor. Dabei handelt es sich um die kombinierte Anwendung verschiedener, aber komplementärer Débridement-Methoden für dieselbe Wunde, um ein optimales Ergebnis zu erzielen. Auch eine neue Kategorisierung der Débridement-Methoden, die in der Reihenfolge ihrer Invasivität aufgelistet sind wird in diesem Artikel vorgestellt.

Eigenständige Débridement-Methoden sind nach Ansicht der Verfasser das biologische, mechanische, technische (hydrochirurgische, Ultraschall- und Unterdruck-Wundtherapie mit Instillation und Verweildauer), das selektive scharfe Débridement und das chirurgische Débridement. Das oxidative, autolytische, osmotische und enzymatische Débridement würden zwar als Débridement-Methoden bezeichnet werden, müssten aber in Verbindung mit einem Hilfsmittel eingesetzt werden, wie bspw. mechanisches Débridement.

<p>Weniger invasiv</p> <p>Stärker invasiv</p>	Oxidatives Débridement Kaltplasma	<p>Débridement-Methoden, die eine weitere Débridement-Methode zur Unterstützung benötigen, z.B. mechanisches Débridement</p> <p>Eigenständige Débridement-Methoden</p>
	Autolytisches Débridement z.B. Alginate, Hydrokolloide, Hydroaktive Wundauflagen	
	Osmotisches Débridement Honig, hypertone Gele und Verbände, bspw. Polyacrylat-Wundkissen,Hydropolymergelverbände	
	Enzymatisches Débridement Mit Bromelain angereicherte Kollagenase; Glukoseoxidase und Laktoperoxidase	
	Chemisches und chemo-mechanisches Débridement Gel mit austrocknenden Eigenschaften; spezielles NaCl Gel	
	Biologisches Débridement Madentherapie	
	Mechanisches Débridement Verschiedene Reinigungspads, Gaze	
	Technisches Débridement Jet-Lavage, Ultraschall, NPWT	
	Selektives scharfes und chirurgisches Débridement Skalpelle, Schere, Kürette	

Tab. 3.2.1: Tabelle adaptiert aus JWC, vol. 33, no. 6, sup C, Juni 2024. Aufgeführt sind verschiedenen Débridement-Methoden entsprechend ihrer Invasivität und der Notwendigkeit einer weiteren Débridement-Methode als Ergänzung

3.3 Oxidatives Débridement

Diese Débridement-Methode erfolgt durch die topische Anwendung chemischer Oxidationsmittel, die den Abbau und die Entfernung von nekrotischem Gewebe, Schorf und Bioburden in der Wunde fördern. Das oxidative Débridement erzeugt freie Radikale in Form reaktiver Sauerstoffspezies (ROS) oder reaktiver Stickstoffspezies (RNS). Das Débridement mit Kaltplasma (CAP, cold atmospheric plasma) ist eine weitere Methode des oxidativen Débridements. Durch das Kaltplasma werden ROS und Stickstoffoxid erzeugt, die antimikrobielle Eigenschaften haben und die Wundheilung fördern. Allerdings ist es oft notwendig, die Wunde vorzubereiten, indem überschüssiges Exsudat und Beläge entfernt werden. Das erhöht die Effektivität des Débridements mit Kaltplasma. Es stehen verschiedene Geräte mit unterschiedlichen Technologien zur Verfügung, jeweils mit unterschiedlicher Intensität und Wirkung, z.B. elektrische Barriereentladung (DBD)-Geräte, Jet-Plasma-Geräte oder Plasmanadeln. Kaltplasma hat eine stark antimikrobielle und antiinflammatorische Wirkung. Zusätzlich regt das Kaltplasma die Zellproliferation und die Zellmigration an.

3.4 Autolytisches Débridement

Die sog. Feuchttherapie als schonendste aber zeitintensivste Débridementform unterstützt den körpereigenen Selbstreinigungsprozess durch Zufuhr von Feuchtigkeit. Dadurch kommt es in der Wunde zur Aktivierung von Makrophagen und anderen phagozytierenden Zellen. Nekrosen und Beläge werden aufgeweicht und lösen sich vom Wundgrund (Autolyse = Selbstauflösung).

Folgende Produktgruppen eignen sich unter bestimmten Voraussetzungen für ein autolytisches Débridement:

- **Hydrogele**
- **Hydroaktive Wundauflagen / Nasstherapeutika**
- **Aquafaser-Verbände**
- **PUR-Schaumverband LIGASANO® weiß**

Bitte beachten Sie die jeweiligen Angaben der Hersteller!



Abb. 3.4.1: Autolytisches Débridement im Rahmen der Wundbehandlung mit LIGASANO® weiß

3.5 Osmotisches Débridement

Beim osmotischen Débridement werden verschiedene Produkte eingesetzt, um eine feuchte Wundumgebung zu schaffen. Ein hyperosmotischer Gradient übt einen osmotischen Sog auf Gewebezellen und Wundflüssigkeit aus, was die Wundmikrozirkulation verbessert und dazu beiträgt, devitalisiertes Gewebe aufzuweichen.

Zu den hyperosmotischen Mitteln zählen medizinischer Honig und hypertone Natriumchlorid-Verbände und Gele, die bei Kontakt mit Exsudat ein hypertones Milieu schaffen.

3.6 Enzymatisches Débridement

Hierbei werden proteolytische Enzyme (z.B. Protease, Streptokinase, Streptodornase, Fibrinolysin) als Salben oder Gele verwendet, um nekrotisches Gewebe aufzulösen. Diese Enzyme hydrolysieren Peptidbindungen und lösen damit Nekrosen bzw. avitales Gewebe leichter aus der Wunde

Diese Methode kann bei harten und trockenen Nekrosen nicht angewendet werden, da die Enzyme nur in feuchtem Wundmilieu wirken. Das Débridement mithilfe proteolytischer Enzyme wird nur noch selten angewendet, da die Enzyme ein bis zweimal täglich auf das zu debridierende Gewebe aufgetragen werden sollen und dies einen deutlichen zeitlichen Mehraufwand bedeutet.

3.7 Chemisches Débridement

Dazu appliziert man einmalig ein Gel, das Methansulfonsäure enthält, in die Wunde. Das Produkt hat eine schnell austrocknende Eigenschaft. Devitalisiertes Gewebe und Biofilm bestehen bis zu 90 % aus Wasser. Kommt das Gel mit der Feuchtigkeit der Wunde in Kontakt, findet eine Reaktion statt, die ausreichend Energie erzeugt, um fast alle biochemischen Bindungen in infiziertem und devitalisiertem Gewebe, einschließlich Biofilm, zu zerstören. Es kommt zu einer raschen Austrocknung der Beläge. Das ausgetrocknete, denaturierte Gewebe wird in den folgen-

den 5-7 Tagen abgestossen. Nekrotisches Gewebe muss vor der Applikation mit einer anderen Débridement-Methode entfernt werden. Ein chemisches Débridement ist bei allen infizierten nicht-chirurgischen, schwer heilenden Wunden möglich. Ischämische Wunden müssen vor der Anwendung revascularisiert werden. Die säurehaltige Wirkung und Austrocknungseffekt können bei der Anwendung vorübergehend Schmerzen verursachen.

3.8 Biochirurgisches Débridement

Eine Sonderform des mechanischen Débridements ist die sog. Madentherapie (Biologisches Wunddébridement mit Fliegenlarven, Biochirurgie). Die unter sterilen Bedingungen gezüchteten Fliegenlarven (Gattung *Lucilia sericata*, Goldfliege, „Gefräßige Lucy“) helfen, hartnäckige Nekrosen abzutragen. Die Maden dieser Schmeißfliegenart sind Nekrophagen, d.h. sie ernähren sich ausschließlich von abgestorbenem Gewebe. Die Insekten fressen die Nekrosen und Beläge nicht unmittelbar, sondern verdauen sie mit dem von ihnen abgesonderten Speichelsekret vor. Die im Sekret enthaltenen Enzyme verflüssigen das abgestorbene Gewebe, das dann von den Larven als Nahrung aufgenommen wird. Das Madensekret enthält antibakteriell wirksame Substanzen und proteolytische Enzyme, und regt das Wachstum körpereigener Fibroblasten und Chondrozyten an:

- **Schonendes Débridement der Wunde:**

Die Maden ernähren sich von nekrotischem Gewebe und Exsudat und entfernen auf diese Art und Weise avitales Gewebe aus der Wunde (Débridement). Die von den Larven abgegebenen Verdauungssäfte enthalten proteolytische Enzyme, die nekrotisches Gewebe debridieren und lebendiges Gewebe unversehrt lassen („extrakorporale Verdauung“).

- **Abtöten von Keimen (v.a. grampositive):**

Durch die Bewegung der Larven wird die Exsudatproduktion angeregt, dadurch kommt es zu einer besseren Durchspülung der Wunde und zum Ausspülen vorhandener Bakterien. In Ihrem Verdauungskanal neutralisieren die Fliegenmaden die Bakterien. Darüberhinaus sondern die Larven Sekrete ab, welche die bakterielle Aktivität hemmen.

- **Stimulation des Heilungsprozesses:**

Das Larvenssekret enthält unter anderem auch basische Komponenten, die den pH-Wert der Wunde verändern und damit Wachstumsfaktoren anregen, die Sauerstoffversorgung verbessern und dadurch die Wundheilung fördern.

Die Therapie mit Fliegenmaden wird bereits seit 400 Jahren durchgeführt, verlor aber mit der Entwicklung von Antibiotika und modernen Operationstechniken an Bedeutung. Nicht nur aufgrund antibiotikaresistenter Bakterienstämme kommt diese Möglichkeit des Débridements in den vergangenen Jahren wieder häufiger zum Einsatz. Diese Therapie eignet sich sehr gut für Wunden mit freiliegenden Knochen und Sehnen, wo ein chirurgisches Débridement mit Risiken behaftet wäre. Aber auch bei ausgedehnten Weichteil- und Knocheninfektionen, chronischen Hautgeschwüren (v.a. beim DFS), Dekubitus und Ulcus cruris ist sie ideal. Voraussetzung für den Einsatz ist eine bereits exsudierende Wunde.

Die Maden gibt es entweder lose als sog. „Freiläufer“ oder im Polyester-Netzbeutel. Pro cm² Wunde gibt man 2-8 Freiläufer in die Wunde und fixiert sie mit einem sterilen Netzverband auf der Wunde. Für die meisten Patienten und auch für das Fachpersonal ist der sog. BioBag die (psychisch) angenehmere Variante, da so ein Entweichen der Maden verhindert wird. Pro cm² Wundfläche werden 5-10 Maden im Kunststoffbeutel benötigt. Bei Wunden an Zehen oder Hautfurchen können die Freiläufer mit besseren Ergebnissen aufwarten, ansonsten besteht kaum ein Unterschied zwischen Freiläufern und BioBags. Die Maden müssen nach 3-4 Tagen gewechselt werden.

Kontraindikationen sind Wunden in der Nähe der Augen, im oberen Gastrointestinaltrakt und den oberen Atemwegen. Auch bei Wunden mit freiliegenden Blutgefäßen, die mit tieferliegenden inneren Organen verbunden sind, bei Patienten mit verminderter Durchblutung sowie malignen Wunden sollten keine Maden eingesetzt werden. Bei Patienten mit bekannter Allergie gegen Fliegenlarven, Bierhefe oder Sojaprotein ist diese Therapieform ebenfalls ungeeignet.

Im Allgemeinen ist das Débridement mit medizinischen Fliegenlarven eine schmerzarme Therapie. Dennoch können vereinzelt Schmerzen auftreten. Es konnte noch nicht zufriedenstellend geklärt werden, ob diese Schmerzen durch die Bewegungen der Larven im Wundbett entstehen oder auf Veränderungen des pH-Wertes zurückzuführen sind.



Abb. 3.8.1: BioBag der Firma BioMonde im Einsatz.

3.9 Mechanisches Débridement

Beim mechanischen Débridement werden die avitalen Gewebeanteile (Detritus, Beläge, Abfallstoffe) durch Auswischen mit ggf. vorher mit Wundspüllösung bzw. Antiseptika angefeuchteten verschiedenen sterilen Materialien oder einem pulsierenden Wasserstrahl aus der Wunde entfernt.

Das Auswischen kann für die Patienten schmerzhaft sein und zur Traumatisierung des neu gebildeten Gewebes (Granulations- und Epithelgewebe) führen. Eine gewebeschonende Alternative wäre das Auflegen von sterilen, angefeuchteten Kompressen auf die Wunde. Durch den leichten Andruck bleibt beim Entfernen ein wenig Belag an der Komresse haften. Es sind mehrere Wiederholungen mit je einer frischen Komresse notwendig, was entsprechend zeitaufwändig ist (sog. Nass-Trocken-Phase). Folgende Produkte können für die mechanische Wundreinigung verwendet werden:

- **Débridement mit trockenen Gazekompressen:**
Mehr Schmerzen für den Patienten als mit anderen Materialien.
- **Débridement mit Monofilamentfaser-Pads:**
Gute Ergebnisse und relativ schmerzarm, Detritus wird abgetragen ohne das Granulationsgewebe zu schädigen.
- **Débridement mit geschäumtem PUR (LIGASANO® Wundputzer®, schülke wound pads):**
Die LIGASANO® Wundputzer® sind mehrseitig verwendbar, erzielen gute Ergebnisse und sind relativ schmerzarm. Je nach Andruck kann man die Intensität der Wundreinigungswirkung bedarfsgerecht variieren und eine Schädigung neu gebildeten Granulationsgewebes vermeiden. Durch die spezielle Struktur des Schaumstoffes werden die Beläge nicht verteilt, sondern aus der Wunde herausgeholt. Es stehen **drei Abrasivitätsstufen** zur Verfügung: **Intensiv, medium** und **soft**.



Abb. 3.9.1: Mechanisches Débridement mit LIGASANO® Wundputzer® medium und soft



Abb. 3.9.2: Mechanisches Débridement mit LIGASANO® Wundputzer® intensiv

3.10 Technisches Débridement

- **Débridement mittels Jet-Lavage / Hydrochirurgie:**
Biofilm, Detritus und Fremdkörper werden durch Spülung mittels Druck aus der Wunde entfernt. Je nach Druckstärke können lose Materialien oder sogar dichtes Bindegewebe entfernt werden (=Hydrochirurgie). Das Verfahren kann mit antiseptischen Lösungen (z.B. mit Polihexanid) kombiniert werden. Jet-Lavage-Systeme werden von mehreren Herstellern mit verschiedenen Techniken angeboten. Ein Hochleistungs-Jet-Lavage-Gerät erfordert eine OP-Umgebung und eine spezielle Ausbildung des Anwenders. Der Strahl hat eine scharfe, abgewinkelte Kante, die ihn selektiver macht als ein Gerät mit gerader Kante. Indikationen für den Einsatz sind DFUs, Druckulzera und Verbrennungswunden. Das Débridement mit einem Mikro-Water-Jet ist deutlich sanfter, und kann auch in der häuslichen Umgebung eingesetzt werden.

- **Débridement mit Ultraschall:**
Bei der ultraschallassistierten Wundreinigung (UAW) wird niederfrequenter Ultraschall (low-frequency ultrasound, LFUS) von 25 kHz in Kombination mit Spüllösung angewendet. Die Wunde wird mit einer Spülflüssigkeit gespült und mit Ultraschall beschallt. Der Ultraschallimpuls treibt die eingeleitete Spülflüssigkeit bis in die tieferen Regionen der Wunde und löst Beläge und lose haftende Nekrosen. Ultraschallwellen werden durch die Umwandlung von elektrischer in mechanische Energie erzeugt (reziproker piezoelektrischer Effekt). Die Frequenz und damit die Wellenlänge hat großen Einfluß auf den Wirkmechanismus: Hohe Frequenzen erzeugen kurze Wellen, die weniger tief eindringen; niedrige Frequenzen hingegen erzeugen lange Wellen mit höherer Eindringtiefe.

Die Débridement-Wirkung zeigt sich in mechanischen Effekten sowie durch Kavitation (zyklisch implodierende Gasbläschen). Darunter versteht man die Ausbildung kleinster Bläschen in der Spüllösung, die oszillieren oder implodieren. Vor allem durch letzteren Effekt, der Implosion, entstehen Mikroströmungen und Druckgradienten, die auch Mikroorganismen abtöten.

Auswirkungen auf die Wunde:

- Selektive Nekrosektomie
- Reduktion von Mikroorganismen
- Wirkung von Antibiotika und Antimykotika wird verstärkt
- Steigerung der enzymatischen endogenen Fibrinolyse
- Erhöhung der dermalen Mikrozirkulation
- Förderung der Granulation
- Stimulation der Kollagensynthese



Abb. 3.10.1: Débridement mit Ultraschall

- **Débridement durch NPWT:**

Die Therapie mit Unterdruck ist seit vielen Jahren etabliert und bietet viele Vorteile:

- Entfernung von Exsudat aus der Wunde
- Reduktion von Ödemen
- Erhöhung des lokalen Blutflusses
- Verringerung der Wundgröße
- Förderung der Angio- und Fibrogenese
- Förderung der Aktivität von Makrophagen und Leukozyten

Bei Nekrosen, Infektionen, lokalen Ischämien, akuten Blutungen und freiliegenden Gefäßen, Sehnen, Knochen u.ä. darf kein Débridement mittels Unterdruck-Wundtherapie durchgeführt werden.

Zur NPWT mit LIGASANO® siehe Kapitel 6.4 ab Seite 74.



Abb. 3.10.1: Débridement mittels NPWT mit LIGASANO® grün

3.11 Chirurgisches und scharfes Débridement

Chirurgisches Débridement ist ein invasives Verfahren, welches unter Teil- oder Vollnarkose mittels Pinzette und Skalpell, Ringkürette, Wasserskalpell oder Shaver durchgeführt wird. Schere und scharfer Löffel sollten dabei nicht mehr zum Einsatz kommen, da diese beiden Instrumente das Gewebe quetschen und damit vorhandene Keime tief in das Gewebe eintragen können.

Dieses invasive Verfahren ist zwar die schnellste und effektivste Methode, sollte aber dennoch nur dann Anwendung finden, wenn andere Methoden keine bzw. keine ausreichende Wirkung zeigen oder der Zustand des Patienten ein schnelles Handeln und Eingreifen erfordert.

Entfernt werden avitale Gewebestrukturen (Nekrosen, Beläge) meist bis hin zu intakten anatomischen Strukturen. Eine genaue Selektion des zu entfernenden Gewebes ist oft nicht möglich. Häufig wird ein chirurgisches Débridement auch angewendet, um ein vitales Gewebebett für eine nachfolgende Hauttransplantation zu schaffen.

Alternative Methoden sollten unbedingt in Erwägung gezogen werden, wenn das avitale Gewebe nicht zu sehr in die Tiefe geht oder das Wundbett mit Fibrinbelag oder viskösem Schorf bedeckt ist.

Das **selektive scharfe Débridement** wird in der Regel ambulant durchgeführt. Beim scharfen Débridement entfernt man nur avitales Gewebe und es darf von medizinischen Fachkräften mit der erforderlichen Ausbildung durchgeführt werden.



Abb. 3.11.1: Chirurgisches Débridement mit dem Shaver



Abb. 3.11.2: Chirurgisches Débridement mit dem Skalpell

Kapitel 4: Chronische und schwer heilende Wunden

In der S3-Leitlinie 091-001 „Lokaltherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus“ wird eine chronische Wunde als Integritätsverlust der Haut und einer oder mehrerer darunter liegenden Strukturen mit einer fehlenden Abheilung innerhalb von acht Wochen definiert. Von den Autoren des Artikels „Definitionen von Wunden: Akute und chronische Wunden“, ZfW 2008 Nr. 3 wird eine chronische Wunde etwas differenzierter definiert als „eine Wunde, die die Wundstadien nicht regelrecht durchläuft und deshalb nicht innerhalb der erwarteten Zeit abheilt, weil bestimmte Faktoren die Abheilung verzögern. Je nach Ursache der Wunde ist die Abheilung deshalb nach 4-6 Wochen noch nicht erfolgt.“ Meist handelt es sich bei chronischen Wunden um diabetische Fußulcerationen, Ulcus cruris, Dekubitus und infizierte postoperative Wunden.

Eine Wunde wird zu einer chronischen Wunde, wenn der in Kap. 2. beschriebene Heilungsprozess in der Inflammationsphase stagniert und kaum eine spontane Tendenz zur Ausbildung von Granulationsgewebe zeigt. Eine entzündliche Dysregulation und ein persistierender Entzündungszustand ziehen ein Versagen der Wundheilung im akuten Stadium nach sich. Meist ist das die Folge bereits bestehender, chronischer Grunderkrankungen, beispielsweise Diabetes mellitus, Gefäßerkrankungen wie chronisch venöser Insuffizienz (CVI) oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK). Es liegt eine Stoffwechseldysregulation sowie eine Schädigung der Mikro- und Makrozirkulation vor, so dass es zu einer erhöhten Infektanfälligkeit und einer verlangsamten Heilung kommt. Ischämie und Infektionen führen ebenfalls zu schlecht heilenden und somit chronischen Wunden. Bei Sibbald et al. wird bei chronischen Wunden zwischen heilbaren, potentiell heilbaren und nicht-heilbaren Wunden unterschieden. Im Falle von heilbaren Wunden kann die Grunderkrankung beseitigt werden und gleichzeitig ist die periphere Durchblutung hinreichend. Bei potentiell zwar heilbaren, aber dennoch nicht heilenden Wunden ist entweder die zugrundeliegende Grunderkrankung nur schwer in Griff zu bekommen oder es liegt eine mangelhafte Compliance vor. Bei nicht-heilbaren Wunden liegen schwere Komorbiditäten und eine schlechte Durchblutung vor.

Für die Behandlung chronischer Wunden wird begleitend zur Kausalbehandlung vom ICW (Initiative Chronische Wunden e.V.) das Behandlungskonzept **M.O.I.S.T.** zur Lokaltherapie chronischer Wunden empfohlen.

M = Moisture balance: Exsudatmanagement z.B. durch entsprechende Verbandstoffe

O = Oxygen balance: Sauerstoffbalance z.B. durch entsprechende Wundauflagen oder Hämoglobin-Spray

I = Infection control: Infektionskontrolle z.B. mittels lokaler Antiseptika

S = Support: Unterstützung des Heilungsprozesses z.B. durch Modulation von MMP's, pH-Wert oder Wachstumsfaktoren

T = Tissue Management: Gewebemanagement durch Maßnahmen der Wundbettconditionierung

4.1 Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“

Der Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden bezeichnet Wunden dann als chronisch, wenn sie innerhalb von 4-12 Wochen nach Wundentstehung unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen zeigen. Es gibt viele Ursachen und Arten chronischer Wunden, wobei sich dieser Expertenstandard auf die Versorgung von Menschen mit Wunden des Typs Dekubitus, Diabetisches Fußulcus und Ulcus cruris (venosum, arteriosum, mixtum) bezieht. Diese stellen die drei häufigsten Arten chronischer Wunden dar, denen Pflegefachkräfte in der pflegerischen Praxis begegnen. Insgesamt sind von diesen Wundarten ca. 4 Millionen Menschen in Deutschland betroffen. Durch die demographische Entwicklung ist mit deutlich steigenden Zahlen zu rechnen, da es sich primär um ältere Menschen mit Diabetes und / oder gefäßbedingten Grunderkrankungen handelt. Für die Behandlung von chronischen Wunden sei laut BVMed mit jährlichen Gesamtkosten für das Gesundheitssystem zwischen 2 und 4 Milliarden Euro zu rechnen.



Zielsetzung des Expertenstandards Pflege von Menschen mit chronischen Wunden:

„Jeder Patient/Bewohner mit einer chronischen Wunde vom Typ Dekubitus, Ulcus cruris venosum/arteriosum/mixtum oder diabetischem Fußulcus erhält eine pflegerische Versorgung, die das individuelle Krankheitsverständnis berücksichtigt, die Lebensqualität fördert, die Wundheilung unterstützt und Rezidivbildung von Wunden vermeidet.“

Begründung:

Chronische Wunden sind häufig Symptome einer chronischen Krankheit, die maßgeblich den Alltag der betroffenen Person beeinflusst. Sie führen, insbesondere durch Schmerzen, Einschränkungen der Mobilität, Wundexsudat und

-geruch, zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Durch Anleitung und Beratung der Patienten/Bewohner und ihrer Angehörigen zu alltagsorientierten Maßnahmen im Umgang mit der Wunde und den wund- und therapiebedingten Auswirkungen können die Fähigkeiten zum gesundheitsbezogenen Selbstmanagement so verbessert werden, dass sich positive Effekte für Wundheilung und Lebensqualität ergeben. Des Weiteren verbessern sachgerechte Beurteilung und phasengerechte Versorgung der Wunde sowie regelmäßige Dokumentation des Verlaufs unter Berücksichtigung der Patienten/Bewohner auf ihr Kranksein die Heilungschancen.“

In wenigen Sätzen wurde hier das zusammengefasst, was Wundexperten schon lange bekannt war: Die chronische Wunde wirkt sich häufig negativ auf die Lebensqualität der Patienten aus. Dies wiederum führt oft zu verzögerter Wundheilung und noch schlechterer Lebensqualität. Es gilt diesen Teufelskreis zu unterbrechen indem man die Lebensqualität der Patienten fördert:

- **Schmerzen reduzieren:** Hier ist der (Fach-)Arzt mit einer genau auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmten Schmerztherapie gefragt, aber auch der Patient, die Pflegekraft und die Angehörigen, die die Effektivität der Schmerztherapie beurteilen müssen. Auch die Verwendung von schmerzarmen Wundaufgaben und entsprechendes Vorgehen beim Verbandwechsel spielen hier eine Rolle.
- **Mobilität fördern:** Hier sind Pflegefachkräfte und Mitarbeiter von Sanitätshäusern gefragt, die die einzelnen Bedarfe erfassen müssen und den Patienten entsprechend dieser Bedarfe mit Hilfsmitteln versorgen können. Aber auch der Kostenträger ist mit im Boot, da nur in Kooperation mit Kranken- und / oder Pflegekasse eine individuell abgestimmte Hilfsmittelversorgung zeitnah möglich ist.

Da Wundversorgung eine multiprofessionelle Aufgabe ist, sind für Patienten mit einer chronischen Wunde neben der Pflegefachkraft noch andere Berufsgruppen bzw. Institutionen wichtig:

- Die **(Fach-)Klinik**, die moderne diagnostische (z.B. aufwendige Gefäßuntersuchungen) und therapeutische (Operationen, Revaskularisierungen, Mesh-Graft-Plastiken oder auch Amputationen) Möglichkeiten zur Verfügung hat.
- Der **Facharzt**, der den Patienten in längeren Intervallen sieht und den Hausarzt bei der Therapie unterstützt.
- Die **medizinischen Fachangestellten** der (Fach-)Ärzte, die den Arzt bei der Therapie bzw. Therapieentscheidung unterstützen.
- Der **Podologe**, der sich um die Fußgesundheit kümmert.
- Der **Wundexperte** der Apotheke oder des Home-Care-Unternehmens, der sich um die Versorgung mit Verbänden der modernen phasengerechten Wundversorgung kümmert und gemeinsam mit den Ärzten, dem Pflegedienst und dem Patienten die Therapie steuert.
- Der **Pflegedienst** mit seinen Pflegefachkräften und Wundexperten bei ambulant versorgten Patienten, der die Therapie nach Anweisung durch die Ärzte durchführt, die fortlaufende Dokumentation sicherstellt und bei Auffälligkeiten und Veränderungen die anderen Mitglieder des therapeutischen Teams informiert. In stationären Pflegeeinrichtungen gilt dieses analog für das dortige Fachpflegepersonal.
- Der **Medizinische Dienst** als beratende Institution für Krankenkassen und Betroffene.
- Und nicht zu vergessen die **Angehörigen** des Betroffenen, die als Unterstützer, Vermittler, Beurteiler und teils auch als Anwender der Wundversorgungsprodukte mit ins therapeutische Boot geholt werden müssen.

Um jeden Betroffenen mit einer chronischen Wunde sollte sich so ein Netzwerk bilden, die Mitglieder des Netzwerkes sollten untereinander kommunizieren und im besten Falle auch kooperieren. Details zu gelebter Netzwerkarbeit und viele Standards und Informationen zum Themenbereich Chronische Wunden können Sie unter den Seiten des Wundzentrums Hamburg e.V. <http://www.wundzentrum-hamburg.de> finden.

Als einen wichtigen Bestandteil bei allen Patienten/Bewohnern mit einer chronischen Wunde nennt die Expertenarbeitsgruppe die Rezidivprophylaxe und empfiehlt folgende Maßnahmen, die nachfolgend zitiert werden:

- **Bei Dekubitus** Druckverteilung durch Positionswechsel, Bewegungsförderung, Förderung von Mikrobewegungen, und durch den Einsatz druckverteilender Hilfsmittel sowie Erhaltung und Förderung der Gewebetoleranz durch angemessene Hautpflege und bedarfsgerechte Ernährung.
- **Bei Diabetischem Fußulcus** eine sorgsame Schuhwahl und Trageverhalten, kontinuierliche Schuh- und Fußinspektion, Fußpflege, Vermeidung von Verletzungen, Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion, Vorstellung beim Arzt bei kleinsten Verletzungen
- **Bei Ulcus cruris venosum (UCV)** ein lebenslanges Tragen von Kompression, Hautpflege, Abraten von Selbstbehandlung durch frei verkäufliche Venenmedikamente, Vermeidung von Verletzungen, Vorstellung beim Arzt bei kleinsten Verletzungen, Bewegungstraining und Gehübungen, Hochlegen der Beine über Herz-niveau, Gewichtsreduktion
- **Bei Ulcus cruris arteriosum (UCA)** Rauchentwöhnung, Gewichtsreduktion, cholesterinarme Ernährung, Blutdruckoptimierung, Bewegungstraining, Medikamenteneinnahme.

Tabelle der Standardkriterien des Expertenstandards **Pflege von Menschen mit chronischen Wunden**:

Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
<p>S1a - Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und kommunikative Kompetenz, Menschen mit einer chronischen Wunde zu identifizieren und deren Einschränkungen, Krankheitsverständnis und gesundheitsbezogene Selbstmanagementfähigkeiten sensibel und verstehend zu erkunden.</p> <p>S1b - Die Einrichtung verfügt über eine intra- und interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Sie stellt sicher, dass ein pflegerischer Fachexperte zur Verfügung steht und hält erforderliche Materialien für Assessment und Dokumentation bereit.</p>	<p>P1a - Die Pflegefachkraft erfasst im Rahmen der pflegerischen Anamnese bei allen Patienten/Bewohnern mit einer chronischen Wunde das Krankheitsverständnis, wund- und therapiebedingte Einschränkungen sowie Möglichkeiten des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements.</p> <p>P1b - Die Pflegefachkraft holt eine medizinische Diagnose ein. Für das wundspezifische Assessment zieht sie, insbesondere zur Ersteinschätzung und Dokumentation der Wunde, einen pflegerischen Fachexperten hinzu und bindet diesen nach Bedarf in die weitere Versorgung ein.</p>	<p>E1 Die Dokumentation enthält differenzierte Aussagen zu den Punkten: - Mobilitäts- und andere Einschränkungen, Schmerzen, Wundgeruch, Exsudat, Ernährungsstatus, psychische Verfassung, individuelles Krankheitsverständnis, Körperbildstörungen, Ängste - Wissen der Patienten/Bewohner und ihrer Angehörigen über Ursachen und Heilung der Wunde sowie gesundheitsbezogene Selbstmanagementkompetenzen - Spezifische medizinische Wunddiagnose, Rezidivzahl, Wunddauer, -lokalisierung, -größe, -rand,-umgebung, -grund und Entzündungszeichen</p>
<p>S2 - Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Behandlung wundbedingter Einschränkungen, zu krankheitsspezifischen Maßnahmen je nach Wundart (z.B. Bewegungsförderung, Druckentlastung oder Kompression), zur Wundversorgung, zur Grunderkrankung und zur Rezidiv- und Infektionsprophylaxe sowie zum Hautschutz und zur Hautpflege.</p>	<p>P2 - Die Pflegefachkraft plant gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen unter Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen Maßnahmen zu folgenden Bereichen: Wund- und therapiebedingte Beeinträchtigungen, wundspezifische Erfordernisse, Grunderkrankung und Rezidivprophylaxe, Vermeidung weiterer Schäden, Umsetzen medizinischer Verordnungen.</p>	<p>E2 Eine individuelle, alltagsorientierte Maßnahmenplanung, die die gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen berücksichtigt, liegt vor.</p>
<p>S3a - Die Pflegefachkraft verfügt über Steuerungs- und Umsetzungskompetenzen bezogen auf die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden.</p> <p>S3b - Die Einrichtung stellt sicher, dass verordnete Hilfs- und Verbandmittel unverzüglich bereitgestellt werden und Materialien für einen hygienischen Verbandwechsel zur Verfügung stehen. Sie sorgt für eine den komplexen Anforderungen angemessene Personalplanung.</p>	<p>P3a - Die Pflegefachkraft koordiniert die inter- und intraprofessionelle Versorgung (z.B. durch Arzt, pflegerischen Fachexperten, Physiotherapeut, Podologe und Diabetesberater).</p> <p>P3b - Die Pflegefachkraft gewährleistet eine hygienische und fachgerechte Wundversorgung sowie eine kontinuierliche Umsetzung der Maßnahmenplanung unter Einbeziehung des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen.</p>	<p>E3 Die koordinierten und aufeinander abgestimmten Maßnahmen sind sach- und fachgerecht umgesetzt, ihre Durchführung und Wirkung fortlaufend dokumentiert. Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen erleben die aktive Einbindung in die Versorgung positiv.</p>
<p>S4a - Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und die Kompetenz zu Information, Beratung, Schulung und Anleitung zum gesundheitsbezogenen Selbstmanagement.</p> <p>S4b - Die Einrichtung stellt zielgruppenspezifische Materialien für Information, Beratung, Schulung und Anleitung zur Verfügung.</p>	<p>P4 - Die Pflegefachkraft schult zu Wundursachen und fördert die Fähigkeiten des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen zur Wundversorgung sowie zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Einschränkungen durch Maßnahmen der Patientenedukation. Sie unterstützt die Kontaktaufnahme zu anderen Berufs-, Selbsthilfe- oder weiteren Gesundheitsgruppen.</p>	<p>E4 Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen kennen die Ursache der Wunde sowie die Bedeutung der vereinbarten Maßnahmen und sind über weitere Unterstützungsmöglichkeiten informiert. Ihr gesundheitsbezogenes Selbstmanagement ist entsprechend ihrer individuellen Möglichkeiten gefördert.</p>
<p>S5 - Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, den Heilungsverlauf der Wunde und die Wirksamkeit der gesamten Maßnahmen zu beurteilen.</p>	<p>P5a - Die Pflegefachkraft beurteilt in individuell festzulegenden Abständen, spätestens jedoch nach vier Wochen, die lokale Wundsituation (Wiederholung des wundspezifischen Assessments).</p> <p>P5b - Die Pflegefachkraft überprüft unter Beteiligung eines pflegerischen Fachexperten spätestens alle vier Wochen die Wirksamkeit der gesamten Maßnahmen und nimmt in Absprache mit dem Patienten/Bewohner und allen an der Versorgung Beteiligten gegebenenfalls Änderungen daran vor.</p>	<p>E5 Anzeichen für eine Verbesserung der durch die Wunde hervorgerufenen Beeinträchtigungen der Lebensqualität oder der Wundsituation liegen vor. Änderungen in der Maßnahmenplanung sind dokumentiert.</p>

Tabelle 4.1.1 aus: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 1. Aktualisierung 2015, September 2015

Der **Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden** wird gerade aktualisiert. Es liegt seit 2024 eine Konsultationsfassung vor. Der DNQP plant die **Veröffentlichung der zweiten Aktualisierung für Mitte 2025**. Die Aktualisierung stellt einen wichtigen Schritt in der verbesserten Versorgung der Patienten dar. **Was wird sich ändern?** Voraussichtlich wird der Begriff „Betroffene“ durch „Menschen mit chronischen Wunden“ ersetzt werden. Ebenso soll „Non-Compliance“ durch „Nicht-Adhärenz“ ersetzt werden. Auch soll ein stärkerer Fokus auf die betroffenen Patienten gelegt werden und auf die Auswirkungen ihrer Wunden auf ihre Lebensqualität. Der Expertenstandard betont die Bedeutung eines umfassenden Assessments.



4.2 Wunddokumentation und Wundbeschreibung

Eine Wunddokumentation ist vorgeschrieben – § 137 SGB V Qualitätssicherung Arztpraxis und Krankenhaus, § 80 SGB XI Qualitätssicherung Pflege, Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG), Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) – und wird im Rahmen des Wundmanagements durchgeführt.

Als Instrument der Qualitätssicherung und -kontrolle lassen sich Fortschritte, Stagnation und Rückschläge in der Behandlung sicher einschätzen und nachvollziehen, ebenso können Behandlungsmaßnahmen begründet und Therapien angepasst werden. Auch sichert es den Informationsfluß unter Ärzten und Pflegenden und kann verhindern, dass in der nächsten Schicht eine völlig andere Maßnahme ergriffen wird, nur weil eine andere Pflegekraft die Wunde versorgt. Die Dokumentation der Wunde bzw. deren Versorgung ist auch ein Durchführungsnachweis der angeforderten Maßnahmen (Haftungsrechtliche Absicherung).

Die Wunddokumentation muss schriftlich (Papier oder elektronisch) erfolgen, sie muss datiert und signiert sein, ebenso aussagekräftig und nachvollziehbar, und möglichst mit einem Wundbild versehen.

Was muss dokumentiert werden?

- **Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten**
- **Wundart und Wundursache:**
Die Diagnosestellung ist Aufgabe des Arztes.
- **Entstehungsort und -zeitpunkt:**
Sofortige Inspektion bei Aufnahme bzw. Wiederaufnahme, sofortige Dokumentation, möglichst mit Bild(ern), Info an Vorgesetzte und den behandelnden Arzt mit Dokumentation.
- **Wundlokalisierung:**
Verwenden von schematischen Darstellungen und immer nur eine Wunde pro Dokument.
- **Wunddauer:**
Zeit vom Auftreten der Wunde bis zum aktuellen Assessment.
- **Anzahl der Rezidive:**
Mehrmalige Rezidive können Symptom für eine unzureichende Behandlung der Grunderkrankung sein. Anzugeben sind die Anzahl der Rezidive und die dazwischenliegende rezidivfreie Zeit.
- **Wundgröße:**
Die Wundgröße kann durch die Parameter Form, Länge, Breite, Umfang, Tiefe, Volumen, Fläche und Unterminierung bzw. Tunnel beschrieben werden. Es existieren verschiedene Meßmethoden, z.B. Linealmethode, Tracing mit mechanischer und digitaler Planimetrie, etc.
Bei der Durchmessererfassung mit dem Lineal wird vertikal (Länge, Fuß-Kopfachse) und horizontal (Breite) der jeweils größte Abstand der Wundränder zueinander gemessen, wobei die Achsen im rechten Winkel zueinander stehen.
Bei Taschen, Fisteln und Unterminierungen wird deren Länge und Ausrichtung (nach Uhrmethode) angegeben. Beim Tracing bzw. der planimetrischen Erfassung der Wundgröße wird durch Nachzeichnen auf einer sterilen gerasterten Wundfolie (mit jeweils 1cm² großen Kästchen) und anschließendem Kästchenzählen ermittelt.
Die planimetrische Erfassung kann auch computergestützt mittels spezieller Software erfolgen.
Die Tiefe der Wunde und gegebenenfalls vorhandener Unterminierungen wird mit einer sterilen Meßsonde erfasst. Besonderheiten in der Wunde möglichst anhand der Uhr lokalisieren und bei Fotodokumentationen z.B. Position „12:00 Uhr“ vermerken.
- **Wundgrund:**
Der Wundgrund wird immer erst nach der Wundreinigung beurteilt. Angegeben wird die Gewebeart (Granulationsgewebe, Fibringewebe, feuchtes oder trockenes avitales Gewebe, Dermis, Fettgewebe, Muskel, Faszie, Sehne, Knochen) und eine Quantifizierung bezüglich der Wundfläche.
- **Wundrand und Wundumgebung:**
Hautveränderungen wie Mazeration, Entzündungszeichen, Ödeme, etc. müssen unbedingt auch dokumentiert werden. Die Beschaffenheit des Wundrandes kann beschrieben werden mit „gut begrenzt“, „gestanzt“, „diffus“, „unregelmäßig“, „steil“, „kantig“ und „ingerollt“.

Weitere Kriterien können sein „abgeheilt“, mehr als 50% des Randes epithelisiert“, „weniger als 50% des Randes epithelisiert“, „haftend“, „keine Epithelisierung“, „nicht haftend“, „unterminiert“, „vital“, „avital“. Hinweise auf Infektionen werden auf der Basis der systemischen klassischen Infektionszeichen abgeleitet und dokumentiert.

- **Wundgeruch:**

Der Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden empfiehlt, lediglich anzugeben, ob Wundgeruch vorhanden sei und diesen nicht näher zu beschreiben, da es sich dabei um eine subjektive Einschätzung handele.

- **Exsudat:**

Das Wundexsudat wird nach Typ (Qualität) und Menge (Quantität) beschrieben:

Qualität:

- serös/blutig: wässrig, hell, rot bis rosa
- serös: wässrig, klar, hell, gelblich
- serös/eitrig: undurchsichtig
- eitrig: undurchsichtig, gelblich bis grün mit faulem/schlechtem Geruch

Quantität (in Abhängigkeit vom Zeitraum zum letzten Verbandwechsel):

- kein: abgeheilt oder trockene Wunde
- kaum: Wundbett feucht, Verband trocken
- gering: Wundbett feucht, etwas aus dem Verband austretend
- moderat: deutlich flüssig im Wundbett und > 50% des Verbandes durchnässt
- reichlich/massenhaft: der Verband ist mehr als erschöpft

- **Wundheilungsphase:**

- (Hämostase)
- Exsudationsphase
- Granulationsphase
- Epithelisierungsphase
- (Remodellierung)

- **Infektionszeichen:**

Dolor (Schmerz) - Calor (Wärme) - Tumor (Schwellung) - Rubor (Rötung) - Functio laesa (Funktionseinschränkung)
Normal sind lokal und zeitlich begrenzte Infektionszeichen innerhalb der Exsudationsphase.

- **Verwendete Produkte:**

Desinfektions- bzw. Spüllösung, Hautschutz, Primärverband, evtl. Sekundärverband (Abdeckung), Fixierung

- **Fotodokumentation:**

Die Bilddokumentation veranschaulicht die Wundbeschreibung (ist aber nicht gesetzlich vorgeschrieben) und sollte immer erst nach der Wundreinigung erfolgen. Achten Sie auf immer gleiche Lichtverhältnisse, gleichen Abstand (ca. 30 cm) und gleichen Winkel.

Fotografieren Sie möglichst ohne Blitz. Die Wunde sollte ca. ein Drittel des Bildes einnehmen und die Körperstelle sollte erkennbar sein. Anonymität und Intimsphäre muss gewahrt sein. Kleben Sie das Wundlineal in zwei Ebenen auf. Lassen Sie sich vor jeder Fotodokumentation eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten geben.

- **Remonstrations:**

Erheben Sie unbedingt Einwand bei Therapieanordnungen, die gegen geltende Behandlungsstandards verstoßen. Fragen Sie zuerst freundlich beim Verordner nach, danach schriftlich oder per Fax. Vermerken Sie dies in der Pflege- bzw. Wunddokumentation und informieren Sie Ihren Vorgesetzten.

Die schriftliche Wunddokumentation muss zeitnah am Tag des Verbandwechsels erfolgen und ist nicht delegierbar.

4.3 Dekubitus

Als einen Dekubitus (Druckgeschwür) bezeichnet man den Bereich der lokalen Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes, maßgeblich hervorgerufen durch zu hohe und / oder zu lange Einwirkung von Druck und / oder Scherkräften auf Haut und Gewebe. Überschreitet der von außen auf die Gefäße einwirkende Druck den Kapillardruck der Gefäße, kommt es zu trophischen (die Ernährung des Gewebes betreffenden) Störungen. Meist genügt dafür schon das Eigengewicht des jeweiligen unbewegten Körperteils. Verschiedene Studien zur Bestimmung des Kapillardrucks lieferten Druckwerte zwischen 32 und 70 mmHg, die zu einer Unterbrechung der Blutzufuhr führten. Dauert diese, die Kapillardruckschwelle überschreitende Druckbelastung länger an, kommt es durch die daraus folgende Unterversorgung der Zellen mit Sauerstoff und Nährstoffen zu einer Absenkung des Sauerstoffpartialdrucks auf 0 mmHg (Ischämie) sowie einer Ansammlung von toxischen Stoffwechselprodukten und daraus folgend zu einer Nekrosebildung des Gewebes sowie einer irreversiblen Schädigung von Nervenzellen. Beim gesunden Menschen löst der Anstieg der toxischen Stoffwechselprodukte einen Reflex aus, der zu einer Umlagerung und damit Entlastung der gefährdeten Hautstellen führt, bevor die betroffenen Haut-/Gewebeareale bleibende Schäden erleiden.

Bei älteren und kranken Personen sind diese Reflexe oft nur noch eingeschränkt oder nicht mehr vorhanden, so dass es nicht zur notwendigen Entlastung des Gewebes kommt. Auf die folgende Übersäuerung des Gewebes reagiert der Körper mit einer Gefäßdilatation (Weitstellung der Gefäße), damit diese Bezirke besser durchblutet werden. Eine auch bei Druck bleibende Hautrötung, ein Dekubitus Grad I, ist die Folge. Besonders gefährdet sind Stellen mit geringer Weichteildeckung und nach außen gekrümmten knöchernen Widerlagern, wie Kreuzbeinregion, Fersen, Rollhügel der Oberschenkelknochen und Knöchel.

„Aufgrund der zentralen Bedeutung von Druck- und Scherkräften bei der Entstehung von Dekubitus sind Faktoren, die eine verlängerte und / oder erhöhte mechanische Belastung verursachen, sowohl beim initialen Screening als auch bei der differenzierten Risikoeinschätzung zu berücksichtigen. Hierzu gehören insbesondere Einschränkungen in der Mobilität sowie extrinsische bzw. medizinisch-pflegerisch bedingte Einflüsse“ (Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 2. Aktualisierung). Die folgende Tabelle gibt einen orientierenden Überblick.

Ursachen für erhöhte und / oder verlängerte Einwirkung von Druck und / oder Scherkräften

Einschränkungen der Mobilität

Definition: Mobilität bezieht sich auf die Eigenbewegungen des Menschen mit dem Ziel, sich fortzubewegen oder eine Lageveränderung des Körpers vorzunehmen und schließt die Fähigkeit zur Kontrolle der Körperposition ein.

Einschränkungen (Auswahl):

- Beeinträchtigte Fähigkeit, selbstständig kleine Positionsveränderungen im Liegen oder Sitzen vorzunehmen
- Kaum oder keine Kontrolle über (druckentlastende) Körperposition im Sitzen oder Liegen
- Beeinträchtigte Fähigkeit zum selbstständigen Transfer, z.B. vom Bett auf einen Stuhl (oder umgekehrt) oder von einer sitzenden in eine stehende Position (oder umgekehrt)

Das **Assessment** bestehender Einschränkungen der Mobilität sollte für die differenzierte Beurteilung des Dekubitusrisikos und die Ableitung individuell erforderlicher Präventionsmaßnahmen folgende Bedingungs- und Einflussfaktoren berücksichtigen:

- Status der Mobilität vor Beginn des aktuellen Pflegeprozesses
- Individuelle körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen und Ressourcen
- Faktoren der sozialen und materiellen Umgebung (z.B. Angehörige, Hilfsmittel, räumliche Barrieren)
- Therapeutische Einflussfaktoren (z.B. die Mobilität beeinträchtigende Medikation)

Extrinsisch bzw. iatrogen bedingte Einflussfaktoren (Auswahl):

- Auf die Körperoberfläche eindrückende Katheter, Sonden oder im Bett / auf dem Stuhl befindliche Gegenstände (z.B. Fernbedienung) bzw. Hilfsmittel (z.B. Hörgerät)
- Nasale und endotracheale Tuben
- Zu fest oder schlecht sitzende Schienen oder Verbände, Bein- oder Armprothesen
- Unzureichend druckverteilende Hilfsmittel für die Positionierung
- Länger dauernde Operationen

Tabelle 4.3.1, adaptiert aus: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.), Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, Seite 24; 2. Aktualisierung 2017, ISBN 978-3-00-009033-2

Risikofaktoren für die Entstehung eines Druckgeschwürs liegen zum Teil beim Patienten selbst (intrinsische Faktoren), wie z.B. reduzierte Mobilität, hohes Alter, Mangelernährung, Austrocknung, Gewicht, Zusatzkrankungen, Infektionen, Harn-/Stuhlinkontinenz, Sensibilitätsstörungen, usw., zum anderen Teil in seinem Umfeld (extrinsische Faktoren), wie beispielsweise Mobilisierung, Umlagerungsintervalle, Hautpflege. Weitere extrinsische Faktoren,

die zur Entstehung eines Dekubitus führen können sind Scherkräfte, Reibung, zu hohe Temperaturen und starke Feuchtigkeit (Mazeration der Haut). Offene Dekubitalgeschwüre können eine Eintrittspforte für Erreger sein, die nicht nur eine lokale sondern auch eine generalisierte Infektion hervorrufen können.

Die beste Dekubitustherapie ist immer noch die Prävention! Lassen Sie es gar nicht erst so weit kommen. Beispiele zur Druckentlastung finden Sie im Kapitel 7.4 (Seite 87-98).

Klassifikation von Dekubitalgeschwüren in der internationalen Leitlinie des NPUAP, EPUAP und PPIA:

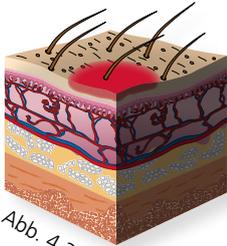


Abb. 4.3.2

Kategorie/Stadium I: Nicht wegdrückbares Erythem

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

Der Bereich kann schmerzhaft, härter, weicher, wärmer oder kälter im Vergleich zu dem umgebenden Gewebe sein. Es kann schwierig sein, Kategorie/Stadium I bei Personen mit dunkler Hautfarbe zu entdecken. Kann auf gefährdete Personen hinweisen (Hinweis auf ein mögliches Risiko).

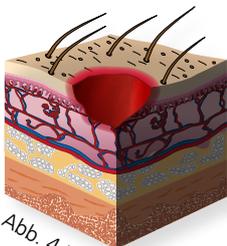


Abb. 4.3.3

Kategorie/Stadium II: Teilverlust der Haut

Teilverlust der Haut (bis in die Dermis), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen.

Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne Beläge oder Bluterguss. Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden um Skin Tears (Gewebezerreibungen), Verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, perianale Dermatitis, Mazerationen oder Exkoriation zu beschreiben.

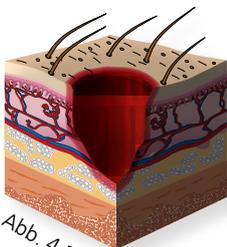


Abb. 4.3.4

Kategorie/Stadium III: Vollständiger Verlust der Haut

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

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

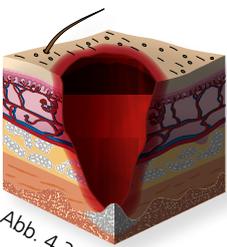


Abb. 4.3.5

Kategorie/Stadium IV: Vollständiger Gewebeverlust

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

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

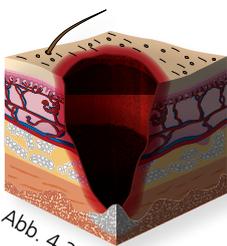


Abb. 4.3.6

Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt

Ein vollständiger Gewebeverlust, bei dem die Basis des Ulcus von Belägen (gelb, hellbraun, grau, grün oder braun) und / oder Schorf im Wundbett bedeckt ist.

Bis genügend Beläge und / oder Schorf entfernt sind, um den Grund der Wunde offenzulegen, kann die wirkliche Tiefe – und daher die Kategorie/das Stadium – nicht festgestellt werden. Stabiler Schorf (trocken, festhaftend, intakt ohne Erythem und Flüssigkeit) an den Fersen dient als „natürlicher (biologischer) Schutz des Körpers“ und sollte nicht entfernt werden.

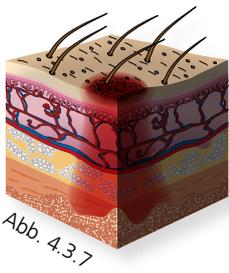


Abb. 4.3.7

Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt

Livid oder rötlichbrauner, lokalisierter Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und / oder Scherkräfte. Diesem Bereich vorausgehen kann Gewebe, das schmerzhaft, fest, breiig, matschig, im Vergleich zu dem umliegenden Gewebe wärmer oder kälter ist. Es kann schwierig sein, tiefe Gewebeschädigungen bei Personen mit dunkler Hautfarbe zu entdecken. Bei der Entstehung kann es zu einer dünnen Blase über einem dunklen Wundbett kommen. Die Wunde kann sich weiter verändern und von einem dünnen Schorf bedeckt sein. Auch unter optimaler Behandlung kann es zu einem rasanten Verlauf unter Freilegung weiterer Gewebeschichten kommen.

Texte aus: European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.) EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.
Illustrationen: © LIGAMED® medical Produkte GmbH

Achtung: Nicht selten werden Hautmazerationen mit Druckgeschwüren verwechselt. Es handelt sich jedoch um zwei verschiedene Erkrankungen mit völlig unterschiedlichen Ursachen die dementsprechend unterschiedliche Behandlung benötigen.



Abb. 4.3.8



Abb. 4.3.9

	Dekubitus	Feuchtigkeitswunde
Lokalisation	entsteht an einem darunterliegenden Knochen (z.B. Kreuzbein)	entsteht in einer Hautfalte (z.B. am Steißbein)
Wundumgebung	scharf abgegrenzt	diffuse Ausbreitung
Wundgrund	schlecht durchblutet, evtl. mit Nekrosen	gut durchblutet, Wunde geht maximal bis zur Dermis

Tab. 4.3.10

Feuchtigkeits-assoziierte Hautschäden werden ausführlich in Kapitel 5 behandelt, siehe Seite 49 bis 53.

Fingertest nach Phillips:

Damit kann man einen Dekubitus Kategorie 1 von einer Hautrötung anderer Ursache unterscheiden. Der Test wurde von Jenny Phillips 1997 beschrieben:

Drücken sie mit einem Finger auf die Hautrötung:

Entsteht ein weißer Umriss und erscheint der Fingerabdruck nach dem Loslassen für einen **kurzen Moment weiß**, ist dies eine wegdrückbare Rötung und damit der Fingertest negativ. Es liegt **kein Dekubitus** vor, sondern ein allergisch oder entzündlich bedingtes Erythem.



Abb. 4.3.11



Abb. 4.3.12

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
Anhänge

Ist die **Rötung nicht wegdrückbar** und bleibt nach Loslassen bestehen, ist der Fingertest positiv: Es liegt eine **druckbedingte Hautschädigung** vor.



Abb. 4.3.13



Abb. 4.3.14

Behandlungsbeispiel:



Abb. 4.3.15

93jährige Patientin, komplett immobil, inkontinent, in schlechtem Allgemein- und Ernährungszustand, wurde verwaorlost zuhause aufgefunden. Sie wurde bisher von den Söhnen zuhause versorgt und nun in ein Altenheim aufgenommen, vorerst zur Kurzzeitpflege. Multiple Druckulcera an den Fersen und an beiden Trochantern. Vorerkrankungen: Hemiparese rechts aufgrund eines Apoplex vor zwei Jahren, kein Diabetes. Medikation bis zur Aufnahme keine, zur Behandlung eines Harnwegsinfekts sind Antibiotika verordnet.

Aufnahmebefund am 11.10.2007, nach Entfernung des bisher verwendeten Hydrokolloidverbandes und gründlicher Wundreinigung mit 0,9%iger Kochsalzlösung, zeigte sich eine 6,0 x 4,0 cm große feuchte Nekrose über dem Os sacrum.

Die Wundumgebung war bis zu 15 cm um die Wunde herum gerötet, überwärmt und mazeriert, stellenweise Ablösung der Oberhaut. Multiple kleinere Druckulcera aufgrund des faltigen Hydrokolloidverbandes (Abb. 4.3.15). Der Verband mit LIGASANO® weiß wurde schichtweise aufgebaut: Eine sterile Komresse LIGASANO® weiß, 1 cm dick, wird mit Octenisept angefeuchtet und auf die Wunde gelegt. Die Abdeckung erfolgt mit einer weiteren sterilen Komresse in der Größe 24 x 16 x 1 cm und darüber mit unsterilem LIGASANO® weiß, zugeschnitten auf etwa 25 x 25 cm. Fixiert wurde ringsherum mit Streifen einer Verbandfolie, da die Patientin eine Hautreaktion auf Rollenpflaster gezeigt hatte.

Es ist gut, die Eigenschaft der vertikalen Exsudataufnahme zu sehen, das Exsudat wird zuverlässig nach außen abgeleitet (Abb. 4.3.16). Schon nach 24 Stunden konnte die Nekrose eröffnet werden. Es zeigte sich eine Wundtasche die bis zu 3,0 cm tief nach cranial reichte. Diese Wundtasche und die sich nach fortschreitender Wundreinigung gebildeten unterminierten Wundränder wurden mit Streifen von LIGASANO® weiß tamponiert.

Die großflächige Anwendung von LIGASANO® weiß hat sich gerade bei der Anwendung von Druckulcera als sehr vorteilhaft erwiesen. Es wird auf größtmöglicher Fläche die durchblutungsfördernde und druckentlastende Wirkung genutzt. Die Patientin ist nur schwer ansprechbar, was sich im Laufe des Aufenthalts im Pflegeheim deutlich gebessert hat. Bereits nach zwei Wochen konnte sie teilmobilisiert werden. Eine Kommunikation war möglich, nur erschwert durch extreme Schwerhörigkeit.



Abb. 4.3.16



Abb. 4.3.17



Abb. 4.3.18



Abb. 4.3.19

Befund am 19.10.2007: Läsionen der umgebenden Hautareale schon weitgehend abgeheilt. Die Rötung der Wundumgebung resultiert aus einer zwischenzeitlich aufgetretenen Darminfektion mit wässriger Diarrhoe, konnte jedoch durch häufigeren Verbandwechsel innerhalb von drei Tagen zur Abheilung gebracht werden. Verbandwechsel bis jetzt einmal täglich. Die Wunde selbst zeigt sich, bis auf kleine Fibrinreste in der Wundtasche, gut durchblutet, sauber und granulierend (Abb. 4.3.17).

Befund am 14.11.2007: Wunde sauber granulierend, Epithelbildung vom Wundrand. Die Wundumgebung ist intakt und stabil. Der Verbandwechsel erfolgt jetzt alle 2-3 Tage, abhängig von der Stuhlfrequenz der Patientin (Abb. 4.3.18).

Befund am 20.12.2007: Wunde sauber, Umgebung reizlos und intakt (Abb. 4.3.19).

Befund am 11.01.2008: Die Epithelisation ist fast abgeschlossen. Die Patientin wird mobilisiert und nimmt zunehmend am Tagesablauf der Einrichtung teil (Abb. 4.3.20).

Die Größe der äußeren Verbandsschicht wurde beibehalten um auch weiterhin eine Druckentlastung aufrecht zu erhalten.

Zusammenfassung:

Aufgrund der einfachen Anwendung von LIGASANO® weiß (nur ein Produkt zur Wundheilung, Verbandwechsel einfach und schnell) und seiner durchblutungsfördernden und druckentlastenden Wirkung können auch bei schwierigen Ausgangssituationen wirklich befriedigende Ergebnisse erzielt werden.



Abb. 4.3.20

4.4 Ulcus cruris

Das Ulcus cruris, ein Geschwür am Unterschenkel, ist eine offene, meist nässende Wunde („offenes Bein“), die über lange Zeit nicht abheilt und ist seit alters her bekannt. Betroffen sind meist ältere Menschen mit verschiedenen Grunderkrankungen, Frauen häufiger als Männer. Nach Aussage der AOK leiden in Deutschland mehr als eine Million Menschen unter diesen sog. offenen Beinen. Etwa 80 - 85% sind venösen Ursprungs, etwa 10% arteriellen Ursprungs, der Rest verteilt sich auf arteriell-venöse Mischulcera und Beinulcera anderer Genese. Grundsätzliche Ursache bei allen Formen des Ulcus cruris ist eine mangelnde Durchblutung des Gewebes. Diese ist zum einen für die Entstehung des Beingeschwürs verantwortlich, zum anderen auch für dessen schlechte Heilungstendenz. Bei allen Patienten mit einem offenen Bein sollte eine Knöchel-Arm-Druck-Index-Messung (=KADI) erfolgen zum Ausschluß bzw. zur Festlegung der Schwere einer pAVK. Der Knöchel-Arm-Druck-Index ist der Quotient aus den am Unterschenkel und am Oberarm gemessenen systolischen Blutdrücken. Ein Quotient von 0,9 - 1,2 gilt als normal. Je kleiner der Quotient wird, desto größer ist das Ausmaß der Durchblutungsstörung. Werte unter 0,5 implizieren meist bereits eine klinische Ischämie mit sehr hoher Nekrose- und Ulkusgefahr. Werte von deutlich über 1,3 weisen auf eine Mediasklerose hin. Beispiel: Messung am Oberarm 100 mmHg, Messung am Unterschenkel 50 bzw. 60 mmHg. Der Knöchel-Arm-Index beträgt dann 0,6, was einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit im Stadium III-IV entspricht.

a) Ulcus cruris venosum

Hervorgerufen wird das venöse Ulcus cruris durch eine chronische Venenschwäche (Chronisch venöse Insuffizienz, CVI) und zeigt sich meist an der Innenseite des Unterschenkels kurz oberhalb des Knöchels. Inspektion und Ausmessen des Ulcus, möglichst mit fotografischer Dokumentation, erleichtern eine spätere Beurteilung der therapeutischen Maßnahmen und auch der Mitarbeit des Patienten. Als Diagnose-Verfahren zur Genese der Erkrankung wird unter anderem die Doppler-Sonographie der Venen verwendet. Bei venösen Durchblutungsstörungen muss von ärztlicher Seite überprüft werden, ob eine Operation Besserung und dadurch schnellere Abheilung des Ulcus bringen kann.

Angaben zu Prävalenzen des venösen Ulcus cruris schwanken stark, je nach Studie und Patientenalter. Die aktuelle S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum, Version 4.1, gibt an dass weltweit 0,15 bis 0,30 % der Allgemeinbevölkerung und etwa 2 % der über 80-jährigen von einem floriden Ulcus cruris betroffen sind. In Deutschland sollen es 0,20 % der Allgemeinbevölkerung bzw. 2,70 % der 70-79-jährigen sein. Die Rezidivrate bei dieser Wundart betrage bis zu 70 %.

Die Stadieneinteilung erfolgt entweder klassisch nach Widmer bzw. modifiziert nach Marshall oder gemäß der CEAP Klassifikation. Die CEAP Klassifikation beinhaltet zusätzlich Informationen zu Ätiologie, Anatomie und Pathophysiologie.

Stadieneinteilung CVI / Klassifikation nach Widmer (modifiziert nach Marshall)

	Widmer	Widmer-Marshall
CVI I° Grades	Corona phlebatica paraplantaris	a) Corona phlebatica paraplantaris, Stauungsekzeme b) wie a) mit klinisch nachweisbarem Ödem
CVI II° Grades	Pigmentverschiebungen (Dermite ocre), Ekzem („stasis dermatitis“)	Dermatoliposklerose mit/ohne Atrophie blanche + Ödem (unterschiedlicher Ausprägung)
CVI III° Grades	Unterschenkelgeschwür oder Ulkusnarbe	a) abgeheiltes Ulcus cruris b) florides Ulcus cruris

Tab. 4.4.1: Entnommen aus: S3-Leitlinie 091-001 „Lokaltherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus.



Stadieneinteilung CVI / CEAP Klassifikation

C	Klinische Zeichen	E	Ätiologische Klassifikation
C0	Keine sichtbaren oder tastbaren Zeichen einer venösen Insuffizienz	E _c	Kongenital
C1	Besenreiser, retikuläre Varizen	E _p	Primär
C2	Varikose	E _s	Sekundär (postthrombotisch)
C2r	Rezidiv Varikose	E _n	Keine venöse Ursache identifizierbar
C3	Ödem	A	Anatomische Klassifikation
C4	Hautveränderungen infolge der chronischen venösen Insuffizienz	A _s	Oberflächliche Venen
C4a	Pigmentierung, Ekzem	A _p	Perforansvenen
C4b	Dermatoliposklerose, Atrophie blanche	A _d	Tiefe Venen
C4c	Corona phlebectatica paraplantaris	A _n	Keine venöse Lokalisation identifizierbar
C5	Abgeheiltes Ulcus cruris venosum	P	Pathophysiologie
C6	Florides Ulcus cruris venosum	P _r	Reflux
C6r	Rezidiv eines Ulcus cruris venosum	P _o	Obstruktion
C5	Symptomatisch mit Schmerzen, Spannung, Schweregefühl, Hautveränderungen	P _{r,o}	Reflux und Obstruktion
CA	Asymptomatisch	P _n	Keine venöse Pathophysiologie identifizierbar

Tab. 4.4.2: Entnommen aus: S2k-Leitlinie 037-009 „Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum“, Version 4.1, Stand 30.01.2024.

Anwendertipp: Venöses Ulcus cruris

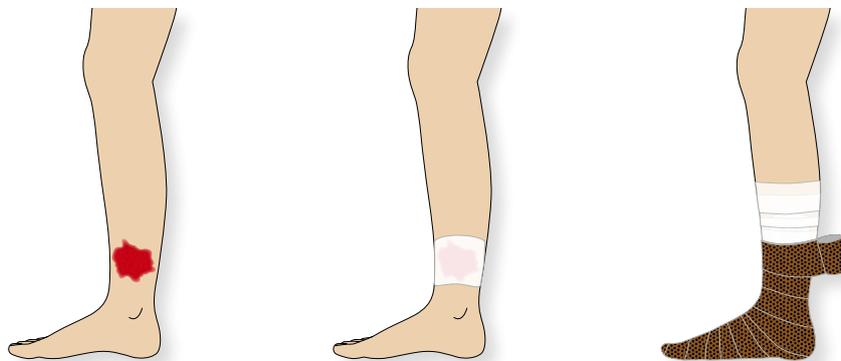


Abb. 4.4.3

Das venöse Ulcus cruris ist typischerweise eine sehr stark nässende Wunde. Das Hauptproblem besteht darin, große Mengen Exsudat aufzunehmen und so zu kanalisieren, dass es nicht auf die Wundränder überläuft. Die stark nässende Wunde wird mit LIGASANO® weiß ausgefüllt und ebenfalls mit LIGASANO® weiß, die Wundränder mindestens 2 cm überlappend, abgedeckt. Bei rechtzeitigem Wechsel wird dem Überlaufen der Wundränder entgegengewirkt. Exsudatüberschuss wird aufgenommen.

Bei hohen Exsudatmengen kann es sinnvoll sein, zusätzlich Superabsorber zu verwenden. Die begleitende Behandlung (Kompressionsbinde, Kompressionsstrumpf) wird wie gewohnt durchgeführt.

b) **Ulcus cruris arteriosum**

Hervorgerufen wird das arterielle Ulcus cruris durch arterielle Durchblutungsstörungen und es zeigt sich meist an der Außenseite des Unterschenkels. Inspektion und Ausmessen des Ulcus, möglichst mit fotografischer Dokumentation, erleichtern eine spätere Beurteilung der therapeutischen Maßnahmen und auch der Mitarbeit des Patienten. Als Diagnoseverfahren zur Genese der Erkrankung werden unter anderem die Doppler-Sonographie und die Angiographie angewendet. Bei arteriellen Durchblutungsstörungen muss von ärztlicher Seite überprüft werden, ob eine konservative Therapie oder eine Operation Besserung und dadurch eine schnellere Abheilung der Wunde bringen kann.

Anwendertipp: Arteriell-venöses Ulcus cruris

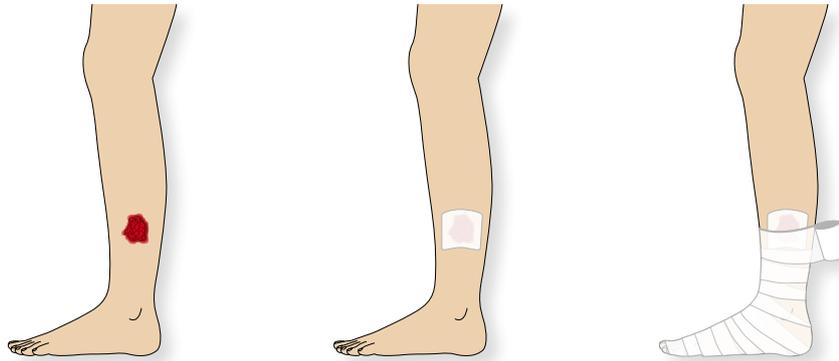


Abb. 4.4.4

Folgen arterieller Durchblutungsstörungen beginnen meist unterhalb vom Knie. Sofern kein Arterienverschluss vorliegt, kann die LIGASANO®-Binde wertvolle Dienste leisten. Die Bein- oder Fußläsion wird lokal mit LIGASANO® weiß versorgt. Die durchblutungsfördernde Wirkung wird durch die LIGASANO®-Binde erzeugt. Die LIGASANO®-Binde wird in 5 oder 10 cm Breite wie eine normale Polsterbinde angelegt. Sie erreichen gleichzeitig Polsterung und Durchblutungsförderung. Die LIGASANO®-Binde neigt nicht zum Verrutschen, kann aber bei Bedarf zusätzlich mit LIGAMED®fix fixiert werden.

Klassifikation der pAVK nach Fontaine und Rutherford

Fontaine Stadien		Rutherford Kategorien		
Stadium	Klinisches Bild	Grad	Kategorie	Klinisches Bild
I	Asymptomatisch	0	0	Asymptomatisch
IIa	Gehstrecke > 200 m	I	1	Leichte Claudicatio intermittens
IIb	Gehstrecke < 200 m	I	2	Mäßige Claudicatio intermittens
III	Ischämischer Ruheschmerz	I	3	Schwere Claudicatio intermittens
IV	Ulcus Gangrän	II	4	Ischämischer Ruheschmerz
		III	5	Kleinflächige Nekrose
		III	6	Großflächige Nekrose

Tab. 4.4.5: Entnommen aus S3-Leitlinie 091-001 „Lokaltherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus.“

c) **Ulcus cruris mixtum**

Dieses Mischulcus ist besonders schwer zu behandeln, weil sich die eigentlich sinnvollen Therapien widersprechen. Um den venösen Rückfluss zu fördern, wäre eine Kompressionstherapie angezeigt, diese schränkt aber gleichzeitig den ohnehin schon zu geringen arteriellen Zufluss weiter ein.

Anwendertipp: Arteriell-venöses Ulcus cruris

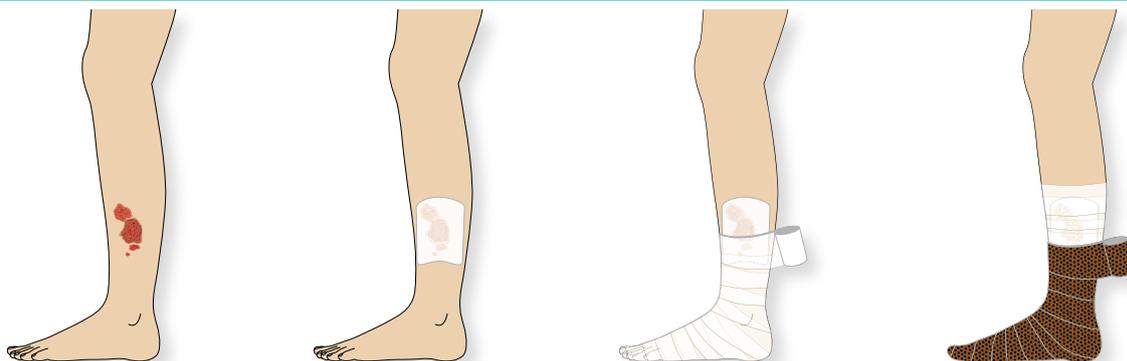


Abb. 4.4.6

Der arteriell-venöse Ulcus cruris ist besonders schwer zu behandeln, da es einerseits am nötigen Blutfluss fehlt und dieser zusätzlich durch Kompressionsmaßnahmen wegen des mangelnden Abflusses behindert wird. Die meist nässende Wunde wird mit LIGASANO® weiß ausgefüllt und ebenfalls mit LIGASANO® weiß, die Wundränder mindestens 2 cm überlappend abgedeckt. Bei rechtzeitigem Wechsel wird dem Überlaufen der Wundränder entgegengewirkt.

Die LIGASANO®-Binde wird in 5 oder 10 cm Breite wie eine normale Polsterbinde unter dem Kompressionsverband oder dem Kompressionsstrumpf angelegt. Sie erreichen gleichzeitig Polsterung und Durchblutungsförderung. Die Wickelung der Kompressionsbinde ist abhängig vom Gefäßstatus.

Behandlungsbeispiel 1:

88jährige Patientin, teilmobil, bewegt sich mit Unterstützung bis zu 20 Schritte mit dem Gehwagen, ansonsten im Rollstuhl, bewegt sich kaum selbstständig. Sehr ängstlich, Gang unsicher, geistig rege, leicht schwerhörig. Lebt mit Kindern und Enkelkindern im Haus. Wird von ihnen und einem Pflegedienst in der Grundpflege unterstützt. Arteriell-venöses Mischulcus, Haut der Unterschenkel sehr trocken und schuppig. Nach Aussagen der Angehörigen leidet sie allgemein unter trockener Haut und Hautjucken; sie reagiert empfindlich auf Pflegeprodukte und Pflaster. Vorerkrankungen: Herzinsuffizienz, Arthrose der Hüften, rezidivierende Wassereinlagerungen in der Lunge und beiden Unterschenkeln, kein Diabetes. Medikation: Beta-Blocker, Diuretika bei Bedarf, Cholesterinsenker.

Aufnahmebefund der Ulcera am 12.10.2007: Sehr schmerzhafte Wunden, stark belegt mit Fibrin und stellenweise trockenen Nekrosen. Ödem in beiden Unterschenkeln, Haut ist trocken, gespannt und glänzend. Nach Rücksprache mit dem Hausarzt, Beginn der Versorgung mit LIGASANO® weiß steril, insgesamt 2 cm dick, die Wunden großflächig überlappend. Verbandwechsel täglich.

Befund am 05.11.2007: Die Ulcera zeigen einen scharf begrenzten Wundrand. In allen drei Wunden finden sich sehr festsitzende Fibrinbeläge, im oberen Ulcus scheiden sich Kalksplitter ab, die nur schwer und schmerzhaft zu lösen sind (Abb. 4.4.7).

Befund am 04.12.2007: Erhebliche Verkleinerung des unteren Ulcus, das mittlere Ulcus ist bis auf locker sitzende Fibrinbeläge, die sich mechanisch entfernen lassen, sauber granulierend; das obere Ulcus ist auf Hautniveau granuliert und in der Epithelisierungsphase (Abb. 4.4.8).

Aufgrund einer allergischen Reaktion auf ein Hautpflegeprodukt bildete sich eine neues Ulcus am linken Innenknöchel. Auch hier das gleiche Verbandregime mit LIGASANO® weiß, den kompletten Knöchel abdeckend (Abb. 4.4.9).



Abb. 4.4.7



Abb. 4.4.8



Abb. 4.4.9



Abb. 4.4.10



Abb. 4.4.11



Abb. 4.4.12



Abb. 4.4.13

Befund am 19.03.2008: Ulcera linker Unterschenkel, Innenknöchel: Unter der großflächigen Anwendung von LIGASANO® weiß lösten sich die blanden Plaques in der Wundumgebung des Innenknöchels ab und es begann stark zu nässen. Das eigentliche Ulcus granulierte gut und beginnt sich zu verkleinern. Verbandwechsel alle 2-3 Tage, je nach Exsudatmenge (Abb. 4.4.10).

Ulcera linker Unterschenkel, Schienbein und Außenknöchel. Das untere Ulcus ist fast auf Hautniveau granuliert, mit beginnender Epithelisierung; das mittlere Ulcus ist schon erheblich kleiner und das obere ist bereits geschlossen. (Abb. 4.4.11).

Befund am 24.04.2008: Ulcera linker Unterschenkel, Innenknöchel: Vollständige Epithelisierung am Innenknöchel. Nur noch Hautpflege (Abb. 4.4.12).

Ulcera linker Unterschenkel, Schienbein und Außenknöchel: Das untere Ulcus ist auf Hautniveau granuliert, die Epithelisierung schreitet voran, das mittlere Ulcus ist epithelisiert. Die Wundumgebung ist intakt (Abb. 4.4.13).

Zusammenfassung:

Die einfache Anwendung von LIGASANO® weiß und die zuverlässige durchblutungsfördernde Wirkung hat in diesem Fall gezeigt, dass es mit nur einem Produkt möglich ist, auch ein arteriell-venöses Mischulcus zur Abheilung zu bringen.

Behandlungsbeispiel 2:

Behandlung des Ulcus cruris mittels tangentialer Shave-Exzision und Hauttransplantation (SCHMELLER'S METHODE), von Dr. Adrian Botan, Plastischer Chirurg, Chefarzt des Verbrennungszentrums und der Abteilung für Plastische Chirurgie, Bezirkskrankenhaus Targu Mures/Rumänien.

„Beinulzera machen über 50% der operierten Wunden in unserer Abteilung aus. Daher erstellen wir seit 6-7 Jahren, speziell für große Wunden mit einem Durchmesser über 8-10 cm, ein Behandlungsprotokoll. Zum größten Teil werden diese Geschwüre erst einmal für 6-8 Wochen in unserer Ambulanz versorgt, und zwar mittels LIGASANO® weiß, das alle 3, 5 oder 7 Tage gewechselt wird, abhängig von der Exsudatmenge der Wunden.“ **(Anmerkung der LIGAMED®: Nach unserer Vorgabe muss der LIGASANO®-Verband nach spätestens drei Tagen gewechselt werden.)** „Der LIGASANO®-Schaum wird stets mit einer Kompressionstherapie durch elastische Bandagen kombiniert. Nach diesem passiven Débridement (das wir synthetische Madentherapie nennen) werden alle Patienten mit großen Ulzerationen in die Chirurgie eingeliefert.

Alle Wunden sind sauber, granulieren, und exsudieren nur noch wenig. Auch die bakterielle Besiedlung hat abgenommen bzw. hat sich zu einer weniger aggressiven Population gewandelt; ebenso verringerte sich die Größe der Lipodermatosklerose und die Wundränder wurden weicher.

LIGASANO® Wundverbände werden auch während der ersten 10-14 Tage in der Klinik angewendet, noch vor dem chirurgischen Eingriff; danach wird das Geschwür mittels tangentialer Shave-Exzision (Methode nach Schmeller) abgetragen. Das Resultat dieser "Rasur" ist eine geschmeidige, gut blutende, präfasziale Oberfläche. Die harten, infiltrierten Ränder der Ulzera werden auch entfernt, daher ist die Wunde nun größer als eingangs.

Wir stellten fest, dass in den wenigen Fällen, bei denen wir (aus verschiedenen Gründen) vor dem chirurgischen Eingriff LIGASANO® nicht anwendeten, wir kein ebensogut durchblutetes Wundbett erzielten und darüberhinaus sich weder der Bezirk mit Lipodermatosklerose verkleinerte noch die Wundränder weicher wurden. Nach der tangentialen Shave-Exzision wird die verbleibende blutende Oberfläche unverzüglich mit netzartigen Spalthautlappen abgedeckt. Bei starker Blutung kann die Hauttransplantation um 24-48 Stunden verschoben werden.

10-14 Tage nachdem die Hautlappen vollständig angenommen wurden, wird die Wundversorgung mit LIGASANO® und die Kompressionstherapie wieder aufgenommen. Die Verbände werden nun alle 14-21 Tage gewechselt. Diese Behandlung wird für weitere 3-4 Monate beibehalten und dann durch medizinische Kompressionsstrümpfe, antithrombotische Cremes und Gels und oraler Gabe von Detralex ersetzt. Doch trotz dieser guten chirurgischen Handhabung haben wir eine Rezidivrate von ca. 30% innerhalb von zwei Jahren.“

Behandlung eines 57jährigen Patienten mit ausgeprägtem Ulcus cruris am linken Bein. Präparation des Wundbettes mit LIGASANO® weiß, anschließend tangentielle Exzision und Hauttransplantation. Die Heilung erfolgte innerhalb von acht Wochen.



Abb. 4.4.14



Abb. 4.4.15



Abb. 4.4.16

4.5 Diabetisches Fußulcus

Laut Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden werden in Deutschland mehr als 6 Millionen Menschen mit der Diagnose Diabetes mellitus behandelt. Da immer mehr Diabetiker mit ihrer Krankheit immer länger leben, haben demzufolge auch die diabetesbedingten Spätschäden zugenommen.

Das **diabetische Spätsyndrom** kann sich in **Mikroangiopathie** (diabetische Nephro- und Retinopathie, somatische Mikroangiopathie), **Polyneuropathie** (sensomotorische und autonome Neuropathie, Mononeuropathie) und **Makroangiopathie** (Koronarsklerose/IHK, Cerebralsklerose/CVI, Beinarteriosklerose/pAVK) manifestieren und führt zum diabetischen Fußulcus. Der diabetische Fuß hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem Schwerpunkt in der Diabetesbehandlung entwickelt, der mit mindestens 20% der gesamten Behandlungsaufwendungen einen erheblichen Kostenfaktor darstellt.

Formen der diabetischen Fußulcera sind

- der infizierte neuropathische Fuß
- der ischämisch-gangränöse Fuß bei pAVK
- der infizierte Fuß bei diabetischer Polyneuropathie und pAVK
- die Fußinfektion bei schlechter diabetischer Stoffwechsellage, ohne dass eine relevante Neuro- oder Angiopathie nachgewiesen werden konnte.

Die Behandlung einer diabetischen Fußläsion erfordert Geduld und Erfahrung. Die Therapie der Grundkrankheit, d.h. die Einstellung des Diabetes mellitus beispielsweise mit einer intensivierten Insulintherapie, erhöht die Effizienz der Infektionsbehandlung und senkt die sekundäre Erhöhung der Blutlipide, vor allem die des viskositätserhöhenden LDL sowie des Fibrinogens. Weiter muss das Ulcus oder die Gangrän entlastet werden.

Eine initial gründliche Wundreinigung und Sanierung des Wundgebietes ist der schnellste und sicherste Weg zur Infektionseindämmung und Sanierung der Wunde. Meist geschieht dies durch chirurgisches sowie physikalisches Débridement mittels spezieller Verbandstoffe. Konditionierung und Aufbau des Granulations- und später des Epithelgewebes erfolgt mit feuchter Wundbehandlung.

Um es gar nicht erst so weit kommen zu lassen, muss der Patient unbedingt zur Pflege und vor allem zur täglichen Inspektion seiner Füße angehalten werden. „Die lebenslange Durchführung strukturierter Maßnahmen zur Rezidivvermeidung durch Beherrschung der belastenden Auslöser ist daher ein wesentlicher Bestandteil der erfolgreichen Betreuung von Menschen mit diabetischem Fuß“ (D. Hochlenert, G. Engels, S. Morbach, Das diabetische Fußsyndrom, 2014)



Abb. 4.5.1



Abb. 4.5.2



Abb. 4.5.3

Klassifikation der Fußulzerationen nach Wagner / modifiziert nach Armstrong

	0	1	2	3	4	5
A	Prä- oder post-ulzerativer Fuß	Oberflächliche Wunde	Wunde bis Gelenkkapsel, Sehne, Knochen	Wunde bis Knochen und Gelenke	Nekrose von Fußteilen	Nekrose des gesamten Fußes
B	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion
C	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie
D	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie

Table 4.5.4: Entnommen aus S3-Leitlinie 091-001 „Lokaltherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus.“

Der Auszug aus einer Studie über die Anwendung von LIGASANO® weiß als Primärwundverband bei diabetischen Fußläsionen von Dr. med. Carola Zemlin, Internistin/Diabetologin, zeigt Behandlungsmöglichkeiten. Die Publikation wurde auch in der Zeitschrift Lazarus (16. Jg., Heft 18, Sept. 2001, ab Seite 24) veröffentlicht.

„Das Diabetes-Fuß-Syndrom gehört zweifellos zu den folgenschwersten Diabeteskomplikationen: Hohe Amputationsraten, hohe Kosten für die Krankenkassen und erhöhte Zuzahlungen für die Betroffenen, lange Krankenhausaufenthalte, Arbeitsausfallzeiten und/oder Frühinvalidität, Angewiesensein auf Fremdhilfe, Immobilität, ein



Fig 4.5.5

Und es gilt andererseits, ständig nach effektiven, biologisch verträglichen und gleichzeitig kostengünstigen Wundauflagen zu suchen, um eine möglichst hohe Zahl von Patienten ohne hohen Kostendruck versorgen zu können. Der folgende Beitrag beschäftigt sich im weitesten Sinne mit der Wundbehandlung bei Patienten mit DFS, im engeren Sinne mit der Anwendung von LIGASANO® weiß Schaumstoff bei Wunden bzw. Wundheilungsstörungen o.g. Patienten.

geschränkte Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, Frustration, Hoffnungslosigkeit - all das assoziieren wir zunächst mit der Problematik „diabetischer Fuss“. Inzwischen hat jedoch infolge von publizierten Erfahrungen von Diabetes-Fuss-Ambulanzen in den USA, in England und Skandinavien, auch in Deutschland ein Umdenken, ein Paradigmenwechsel eingesetzt. Dabei zeigte sich, dass interdisziplinäre Betreuungskonzepte, strukturierte Diagnostik und Therapie sowie „life-long foot care“ bei Risikopatient(inn)en die eingangs geschilderte Situation signifikant verbessern können. Dabei gilt es, obsoleete Lehrmeinungen und Klischees („Diabetische Füße heilen nicht oder schlecht, daher am besten gleich hoch amputieren“) ebenso über Bord zu werfen wie ungezielte, teure (!) Polypragmastien der lokalen Wundbehandlung und inadäquate Orthopädie-Schuhtechnik.

1. Patienten und Methoden:

Im Zeitraum von März 1998 bis Januar 2000 wurden 15 Patienten (12 männlich, 3 weiblich) im Durchschnittsalter von 54 Jahren behandelt. Erfasst wurden:

- Art der Läsion:
Wundheilungsstörungen nach Amputationen/Resektionen, Fersenulcera, Malum perforans, Wunden nach Sequesterdurchtritt bei diabetischer Neuro-Osteo-Arthropathie = DNOAP (syn. Charcot-Fuss)
- Ausdehnung der Wunde (WAGNER-Stadien) und Wundphase
- Klassifikation nach ARLT (A=pAVK, B=Polyneuropathie, C=A+B= Mischtyp)
- Dauer des Bestehens der Wunde
- Methoden der Vorbehandlung
- Krankenhaustage der Vorbehandlung (Krankenhäuser anonym)
- stattgefundene Amputationen am gleichen oder kontralateralen Bein
- Krankenhaustage der aktuellen Behandlung
- Methoden der aktuellen Behandlung
- Zahl der ambulanten Konsultationen
- Heilungsdauer unter der aktuellen Therapie
- Verbandwechsel

Neben tabellarischen Übersichten wurden detaillierte Fallbeschreibungen mit Fotodokumentation über jeden behandelten Patienten angefertigt.

Patientendaten / Vorgeschichte

Anzahl der Patienten	15
Alter der Patienten	Durchschnittsalter 54 J. (41 - 69)
Geschlecht der Patienten	12 männlich, 3 weiblich
Diabetes festgestellt seit	durchschnittlich 17 Jahren
Amputationen vor Behandlungsbeginn	3 Pat. mit Unterschenkelamputationen 9 Pat. mit Zehenamputationen
Weitere geplante Amputationen	bei 6 Patienten Unterschenkel
Behandlungsdauer vorher	durchschnittlich 300 Tage (0 - 1095)
davon stationär	durchschnittlich 74 Tage (0 - 270)
Behandlungsergebnis	keine Wundheilung
Behandlungskosten geschätzt	
Durchschnittlich ambulant	226 Tage à 30 € = 6.780,-- €
Durchschnittlich stationär	74 Tage à 270 € = 19.980,-- €
Durchschnittlich gesamt:	26.760,-- €

Behandlung durch Dr. Zemlin mit LIGASANO® weiß

Behandlungsdauer	durchschnittlich 90 Tage (18 - 450)
Davon stationär	0 Tage
durchgeführte/erforderliche Amputationen	keine
Behandlungsergebnis	Wundheilung
Behandlungskosten	
Durchschnittlich ambulant	90 Tage à 30 € = 2.700,-- €
Durchschnittlich stationär	0 Tage à 270 € = 0,-- €
Durchschnittlich gesamt	2.700,-- €

Tab. 4.5.6

2. Ergebnisse und Zusammenfassung:

Die Ergebnisse (siehe Tabelle) sprechen für sich. Angaben über den Arbeitsausfall erübrigten sich, da alle Patienten bereits berentet oder invalidisiert waren.

LIGASANO® weiß Polyesterschaumstoff setze ich bereits seit 1994 bei der Wundbehandlung ein. Vorgestellt wurde mir das Material erstmals von Herrn Rettig, einem Krankenpfleger und passionierten Wundtherapeuten aus Lüchow-Dan-

nenberg. Nach und nach lernte ich die vielseitigen Einsatzmöglichkeiten von LIGASANO® weiß kennen und schätzen. Es hat hervorragende Eigenschaften als Polstermaterial über Regionen mit hoher Druckbelastung (Fersen, Fussränder, plantar bei Malum perforans, interdigital, Zehenkuppen) und ist zum anderen sehr hilfreich bei der sanften Wundreinigung (soft debridement). Dabei wird LIGASANO® weiß mit Ringerlösung getränkt und die Wunde gesäubert. Wegen des hohen Reibungswiderstandes von LIGASANO® weiß werden nekrotische Beläge und Zelldetritus schonend von der Wunde entfernt. Das oft noch in der Literatur empfohlene Débridement mit steriler Zahnbürste ist damit entbehrlich. Als Primärwundverband setzen wir LIGASANO® weiß seit etwa zwei Jahren ein und waren überrascht von seiner sekretions- und granulationsfördernden Wirkung! Dass gerade bei tiefen Wunden LIGASANO® weiß offensichtlich Alginaten und Hydrokolloiden überlegen ist, liegt vor allem an seiner gezielten Kapillarwirkung. Für die Anwendung von LIGASANO® weiß bei tiefen Wunden schneiden wir das Material in verschiedenen Größen zurecht und schweißen es ein. Die anschließend dampfsterilisierten Streifen werden für die häusliche Wundbehandlung ausgegeben. Wenn der Verbandwechsel nicht von den Pflegediensten, sondern vom Patienten oder Angehörigen durchgeführt wird, verordnen wir sterile Einmal-Pinzetten. Schließlich verwenden wir LIGASANO® weiß auch als Sekundärwundverband zur Polsterung über jedem Wundverband, sozusagen als oberste Schicht, da für die Wundheilung auch ein sanfter Drainagedruck und Wärme nötig sind. Für diesen Zweck sind LIGASANO® weiß Binden hervorragend geeignet. Neben den angeführten vielseitigen Einsatzmöglichkeiten von LIGASANO® weiß sind die vergleichsweise geringen Kosten des Materials (siehe Tabelle) ein weiterer großer Vorteil. Aus diesem Grund gehört LIGASANO® weiß zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Verbandsmittel unserer Fußambulanz.

Behandlungsbeispiel:

58 Jahre, weiblich, Diabetes Typ 2, Diabetesdauer 22 Jahre, Dialyse seit 1994 wegen diabetischer Nephropathie, laserkoagulierte Retinopathie, Insulintherapie 3 x Normal z.N. NPH-Insulin, koronare Herzkrankheit, Herzrhythmusstörungen. 1992 Resektion des 2. MFK links wegen Malum perforans; dies heilte damals ab. Erstvorstellung am 05.05.1998 wegen eines seit 26 Monaten rezidivierenden Malum perforans rechts plantar mit Projektion auf MFK III. Bisherige Krankenhausaufenthalte 81 Tage ohne entscheidende Besserung. Druckentlastende Maßnahmen sind nicht erfolgt. US-Amputation rechts wurde nahegelegt.

Vorthherapie lokal:

Chlorophyllhaltige Salbe, Spülungen mit H₂O₂- und hypertoner NaCl-Lösung, Beta-isodona-Gaze, Verbandwechsel 2x täglich durch Sozialstation, Überweisung durch die Dialysepraxis.

Aktueller Befund am 05.05.1998:

Deutliche Vorfußprominenz plantar bds., Krallenzehen, arterielle Pulse kräftig, trockene schuppige Haut, Hypallästhesie, Thermo- und Schmerzsensibilität erloschen. PSR und ASR nicht auslösbar, 1,6 x 1,1cm großes, 2 cm tiefes, indolentes Ulcus plantar; die sondierende Pinzette bricht in bröckelnde Strukturen ein. Entfernung von Knorpel- und Knochenresten mit scharfem Löffel und Luer-Zange, Spülung mit Oxoferin, lockere Einlage eines sterilen, auf entsprechende Größe zugeschnittenen LIGASANO®-Streifens, der täglich gewechselt wurde, getränkt mit Ringer-Lösung, darüber Mullkompressen. Da Haftbinden von der Patientin nicht toleriert werden, Fixieren des Verbandes mit hypoallergenem Pflaster.

Entsprechende Unterweisung der sehr kooperablen Patientin, die ihrerseits den Pflegedienst informiert.



Abb. 4.5.7: Befund am 05.05.1998



Abb. 4.5.8: Wundkontrolle am 07.07.1998



Abb. 4.5.9: August 1998

Ausstattung mit sterilen LIGASANO®-Streifen (in der Praxis zugeschnitten, dampfsterilisiert und verschweißt). Druckentlastung: Entlastender Verbandschuh. Bei der Wundkontrolle am 14.05.1998 Schuhanmessung für orthopädische Maßstiefel, bereits am 07.07.1998 nur noch ganz flache Wunde. Heilung seit 10.08.1998. Bis zur Heilung sieben ambulante Konsultationen.

4.6 Prä- und Postoperative Wundbehandlung

Die Wundbehandlung erfolgt entsprechend der Wundart bzw. Wundgröße (siehe Beispiele zum Ausfüllen und Abdecken der verschiedenen Wundarten auf Seite 69-70). Bitte achten Sie bei blutenden Wunden darauf, LIGASANO® weiß vorher mit Ringer®-Lösung oder ähnlichem anzufeuchten, da ansonsten LIGASANO® weiß mit der Wunde verkleben kann. Insbesondere bei postoperativen Wundheilungsstörungen ist LIGASANO® weiß das Mittel der Wahl.

Behandlungsbeispiel 1:

Abb. 4.6.1 bis 4.6.4 zeigt wie eine Wunde in der Leiste (Zustand nach Abszessräumung) mit einer Tiefe von 3 cm und einer Wundunterminierung nach medial von 8 cm mit LIGASANO® weiß versorgt wird.



Abb. 4.6.1



Abb. 4.6.2



Abb. 4.6.3

Bei dieser Wundversorgung wird LIGASANO® weiß in einem Zentimeter Dicke zur Tamponade bzw. Wundausfüllung verwendet. Alternativ kann auch mit dem LIGASANO® weiß Wundband gearbeitet werden. Abgedeckt wurde die Wunde mit LIGASANO® weiß in zwei Zentimetern Dicke und durch eine elastische Binde fixiert.



Abb. 4.6.4



Abb. 4.6.5

Behandlungsbeispiel 2:

Der therapeutische Effekt von LIGASANO® weiß zeigte sich besonders in der Versorgung von abdominellen, postoperativen Wundheilungsstörungen. LIGASANO® weiß wurde in der Sekretionsphase täglich gewechselt, bis der Wundgrund sauber war und granuliert. In der zweiten Wundheilungsphase wurde der Verband alle zwei Tage gewechselt. Es musste darauf geachtet werden, dass es zu keiner Adhäsion zwischen Verband und neu gebildetem Gewebe kam.



Abb. 4.6.6



Abb. 4.6.7



Abb. 4.6.8

Von Abb. 4.6.6 bis Abb. 4.6.8 sind drei Wochen vergangen. Zusätzlich zur LIGASANO® weiß - Wundtherapie wurden die Wundränder in der Granulationsphase mit Steristrips adaptiert, um die Wunde weiter zu verkleinern und ein gutes kosmetisches Ergebnis zu erzielen.

4.7 Verbrennungen, Verbrühungen, Erfrierungen

Eine Verbrennung ist eine traumatische Schädigung der Haut durch Hitzeeinwirkung (Flammen, Flüssigkeiten, Strom). Die Behandlung der Verbrennungswunde richtet sich nach deren Tiefe und Ausdehnung. Angegeben wird die Ausdehnung einer Verbrennung durch den Anteil der betroffenen Haut an der gesamten Körperoberfläche (VKOF in %). Großflächige Verbrennungen, d.h. ab 20% der Körperoberfläche von Jugendlichen oder Erwachsenen bzw. ab 5% bei Kindern, stellen eine vitale Bedrohung dar. Mit Hilfe der sog. **Neuner-Regel** kann die Ausdehnung von Verbrennungen abgeschätzt werden (siehe Tab. 4.7.1).

Bei Kindern unter 8 Jahren und bei Säuglingen müssen alterskorrigierte Werte verwendet werden.

	Erwachsene	Kinder	Säuglinge
Kopf	9%	14%	18%
Rumpf	2 x 18%	2 x 18%	2 x 18%
Arme	2 x 9%	2 x 9%	2 x 9%
Beine	2 x 18%	2 x 16%	2 x 14%
Genitale	1%		

Tab. 4.7.1: Aufteilung der Körperoberfläche analog der Neuner-Regel nach Wallace

Die Tiefe der Verbrennung wird in drei Schweregrade eingeteilt und ergibt sich aus der Schädigungstiefe der Verbrennung:

Grad I: Schmerzhaftes Erythem infolge Ödem der Epidermis und Hyperämie des Koriums.

Prognose: Spontane Abheilung ohne Narbenbildung.

Grad II: Bei Verbrennungen II. Grades ist auch die Dermis geschädigt. Es erfolgt eine weitere Unterteilung in oberflächliche (IIa°) und tiefe (IIb°) Verbrennungen.

IIa°: Die Epidermis ist bis in die oberflächliche Koriumschicht zerstört, Hautanhangsgebilde (Haare, Nägel) und Drüsen sind erhalten und intakt. Blasenbildung durch Exsudation eiweißreicher Flüssigkeit zwischen Korium und Epidermis.

Prognose: Spontane Abheilung ohne Narbenbildung.

IIb°: Bei tiefen zweitgradigen Verbrennungen reicht die Schädigung bis in die tiefen Schichten des Koriums, mit deutlicher Sensibilitätsminderung und beginnender Zirkulationsstörung im subkoralen dermalen Gefäßnetz.

Prognose: Ausheilung mit Narbenbildung, je nach Tiefenausdehnung. Evtl. operative Wundversorgung und Transplantation nötig.

Grad III: Subdermale Verbrennung, Verbrennungsnekrose sämtlicher Schichten der Epidermis und Dermis samt Hautanhangsgebilden. Weißbraune oder schwarze Verfärbung der oft lederartigen Haut. Die Sensibilität ist vollständig erloschen, da die unter der Haut liegenden Nervenenden verbrannt sind.

Prognose: Eine spontane Heilung ist bei drittgradigen Verbrennungen kaum möglich. Operative Exzision und Wundabdeckung mit Hauttransplantaten ist meist nicht zu vermeiden.

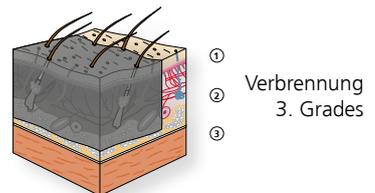
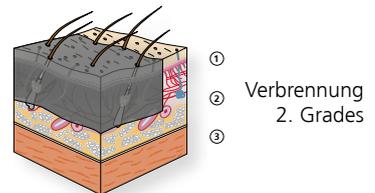
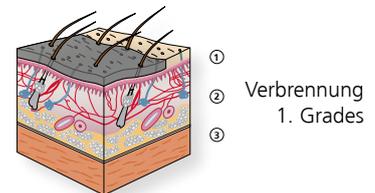


Abb. 4.7.2: Verbrennungsgrade
1) Epidermis; 2) Dermis; 3) Subkutis

Die Verbrennung selbst wird wiederum in drei Zonen eingeteilt, die Hyperämiezone (1), die Zone der Stase (2) und die Koagulationszone (3). Die Koagulationszone ist der zentrale Teil der Verbrennungswunde. Das gesamte Areal

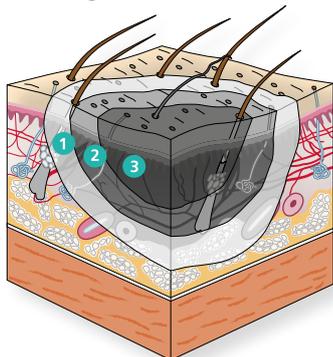


Abb. 4.7.3: Verbrennungszonen
(nach Jackson)

ist durch Denaturierung und Nekrose gekennzeichnet, es findet kein Blutfluß mehr statt. Das Gewebe ist nicht mehr regenerationsfähig. In der Zone der Stase, die sich unmittelbar an die Koagulationszone anschließt, sind Metabolismus und Blutfluß stark eingeschränkt. Die Zellen sind zu Beginn noch aktiv, können jedoch bei längerem Anhalten der Stase zugrundegehen, bedingt durch Vasokonstriktion, Endothelzellschwellung, Plättchenthromben, Fibrinablagerungen, u.a. weiteren Schädigungen dieser Zone, z.B. durch Druck oder Infektion können jederzeit zu einem Übergang in die Koagulationszone führen.

Die Hyperämiezone findet sich am äußeren Rand der Verbrennungswunde und erscheint als rote Zone. Bei Druck verfärbt sich das Gewebe weiß, wird bei Nachlassen des Drucks aber wieder rot. Mikrozirkulation und Metabolismus sind gestört, die Zellen dieser Zone sind kaum zerstört und das Gewebe ist vollständig regenerationsfähig.

Therapeutischer Nutzen von LIGASANO® weiß bei Schwerbrandverletzten:

Aufgrund seines therapeutischen Effekts wird LIGASANO® weiß in verschiedenen Verbrennungskliniken zur Wundreinigung und Wundkonditionierung vor chirurgischen Eingriffen genutzt. Siehe hierzu auch Kapitel 4.8 (ab Seite 49): Wundkonditionierung vor chirurgischen Eingriffen.

Behandlungsbeispiel 1:

41 Jahre, männlich, mit ausgedehnter, tiefer Verbrennung des rechten Beines. Tangentiale Abtragung des zerstörten Gewebes, gefolgt von passivem Débridement mit LIGASANO® weiß und Hauttransplantation. Komplette Abheilung nach rund zwei Monaten.



Abb. 4.7.4



Abb. 4.7.5



Abb. 4.7.6



Abb. 4.7.7



Abb. 4.7.8



Abb. 4.7.9

Behandlungsbeispiel 2:

76-jährige Patientin mit Verbrühungen der linken Achsel, Schulter, Arm und Brust, schweres Herzversagen und kardiovaskuläre Probleme. Passives Débridement mit LIGASANO® weiß, gefolgt von abschließender Spalthauttransplantation. Komplette Abheilung innerhalb von zwei Monaten.



Abb. 4.7.10



Abb. 4.7.11



Abb. 4.7.12



Abb. 4.7.13



Abb. 4.7.14



Abb. 4.7.15

Behandlungsbeispiel 3:

38-jähriger Patient mit Erfrierungen 3. Grades an beiden Füßen. Dreitägiger Krankenhausaufenthalt, danach ambulante Behandlung.



Abb. 4.7.16
Zustand vor Behandlung mit LIGASANO®
weiß



Abb. 4.7.17
Behandlung mit LIGASANO® weiß Wund-
verband



Abb. 4.7.18
Zustand nach chirurgischem Debridement



Abb. 4.7.19
Behandlung mit LIGASANO® weiß Wund-
verband



Abb. 4.7.20
Zustand nach drei Monaten Behandlungs-
dauer

4.8 Wundkonditionierung vor chirurgischen Eingriffen

Das passive Débridement mit Polyurethanschaum (LIGASANO® weiß) bietet nach Aussage von Dr. Botan alle Vorteile der Madentherapie, jedoch keines ihrer Nachteile und wird daher von ihm die "synthetische Madentherapie" genannt. LIGASANO® weiß zeigt aufgrund seiner speziellen Struktur und seiner Eigenschaften folgende Wirkungsweisen:

- Aktivierung der Wunde aufgrund des mechanischen Reizes (Mikromassage) der Wundoberfläche und des umliegenden Gewebes, dadurch bessere Versorgung mit Blut und Nährstoffen
- Reduktion des Druckes auf die Wundoberfläche, dadurch Förderung der Kollagenanlagerung und Granulation
- Erstaunliche Saugleistung von Exsudat und Debris
- Verbesserung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses durch Vermeidung teurer chirurgischer Eingriffe, senkt den stationären Aufenthalt und die Verbandwechsel-Intervalle, senkt die gesamten Behandlungskosten auch durch eine Verbesserung der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung der meisten Patienten, die auf diese Weise behandelt werden

Behandlungsbeispiel:

72-jähriger paraplegischer Patient mit ausgedehntem, vernachlässigtem Sakraldekubitus.



Abb. 4.8.1
Zustand vor Behandlung mit LIGASANO® weiß



Abb. 4.8.2
Behandlung mit mehreren Lagen LIGASANO® weiß



Abb. 4.8.3
Zustand nach vierwöchiger Behandlung mit LIGASANO® weiß: Gut die Hälfte des riesigen Sakralulkus ist bereits gereinigt und granuliert.



Abb. 4.8.4
Zwischenzeitlich ersetzen wir den Verband LIGASANO® weiß durch einen anderen PUR Schaum, stellten jedoch nach zwei Verbandwechseln wieder auf LIGASANO® weiß um, da der andere Schaum häufiger gewechselt werden musste und weil zudem das mechanische Débridement nicht so effektiv war wie mit LIGASANO® weiß.



Abb. 4.8.5
Zwei Wochen nach erneuter Behandlung mit LIGASANO® weiß war der größte Teil der Nekrosen abgetragen und der Wundgrund füllte sich mit Granulationsgewebe.

Kapitel 5: Flüssigkeits-assoziierte Hautschäden

5.1 Allgemeine Informationen, Klassifikation

Die vom Wund-D.A.CH, dem Dachverband deutschsprachiger Wundbehandlungs-Fachgesellschaften, als **Flüssigkeits-assoziierte Hautschäden (FAH)** umschriebenen, verschiedenen Krankheitsbilder, werden international als **Moisture-associated skin damage (MASD)** bezeichnet. Sie führen zu einer Verschlechterung bzw. dem Verlust der Hautintegrität durch längeres Ausgesetztsein gegenüber den eigenen Körperflüssigkeiten.

Folgende Krankheitsbilder fasst der Dachverband Wund-D.A.CH im Rahmen seiner Best-Practice-Empfehlung unter dem Oberbegriff Toxische Kontaktdermatitis als Flüssigkeits-assoziierte Hautschäden zusammen:

- Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD)
- Intertriginöse Dermatitis (Intertrigo, gramnegativer Fußinfekt)
- Wundumgebungs-Dermatitis
- Peristomale Dermatitis

Risikogruppen sind im allgemeinen Säuglinge unter einem Jahr, ältere Menschen, Menschen mit Inkontinenz, Diabetes mellitus, chronisch venöser Insuffizienz, Adipositas, eingeschränkter Mobilität aber auch Menschen, die beispielsweise Diuretika oder Kortikosteroide einnehmen.

Direkte Risikofaktoren für Flüssigkeits-assoziierte Hautschäden sind Körperflüssigkeiten, Hautreinigungsprozeduren, mechanische Faktoren. Daneben spielen auch indirekte Risikofaktoren, wie ein hohes Alter, Pflegebedürftigkeit, Durchblutungsstörungen usw. eine Rolle.

Eine flüssigkeits-assoziierte Verschlechterung der Hautintegrität zeigt sich initial in einem inflammatorischen Erythem oder Ekzem. Oft liegt begleitend eine Mazeration vor. In schweren Fällen kann es zu schmerzhaften Erosionen oder Ulzerationen kommen.

Eine international anerkannte Einteilung bzw. Kategorisierung der FAH bzw. MASD gibt es nicht. Für die IAD verwendet man das Ghent-Globale-IAD-Kategorisierungsinstrument der Skin Integrity Research Group (SKINT). Das Instrument kategorisiert den Schweregrad der IAD basierend auf einer visuellen Inspektion der betroffenen Hautstellen.

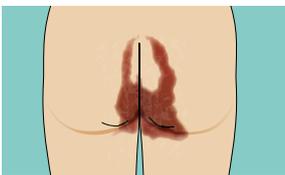


Abb. 5.1.1

Kategorie 1A: Anhaltende Rötung ohne klinische Zeichen einer Infektion

Entscheidendes Kriterium

- Anhaltende Rötung: Verschiedene Rottöne können vorhanden sein. Bei PatientInnen mit dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen.

Zusätzliche Kriterien

- Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung von einem vorangegangenen (verheilten) Hautdefekt
- Glänzend erscheinende Haut
- Mazerierte Haut
- Intakte kleine und/oder große Blasen
- Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen
- Brennen, Kribbeln, Jucken oder Schmerzen

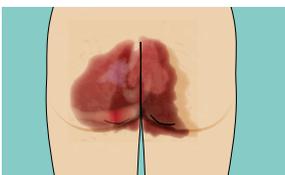


Abb. 5.1.2

Kategorie 1B: Anhaltende Rötung mit klinischen Zeichen einer Infektion

Entscheidende Kriterien

- Anhaltende Rötung: Verschiedene Rottöne können vorhanden sein. Bei PatientInnen mit dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen.
- Zeichen einer Infektion: z.B. weiß schuppige Haut (Hinweis auf eine Pilzinfektion) oder Satellitenläsionen (Pusteln um die Läsion, Hinweis auf eine Pilzinfektion mit *Candida albicans*).

Zusätzliche Kriterien

- Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung von einem vorangegangenen (verheilten) Hautdefekt
- Glänzend erscheinende Haut
- Mazerierte Haut
- Intakte kleine und/oder große Blasen
- Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen
- Brennen, Kribbeln, Jucken oder Schmerzen

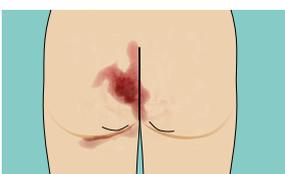


Abb. 5.1.3

Kategorie 2A: Hautverlust ohne klinische Zeichen einer Infektion

Entscheidendes Kriterium

- Hautverlust: Der Hautverlust kann sich als Erosion (Verlust eines Teils oder der gesamten Epidermis, z.B. durch beschädigte kleine oder große Blasen), großflächiger Hautverlust oder Exkoriation (Verlust der Epidermis und Teil der Dermis) zeigen. Das Muster/Die Form des Hautschadens kann diffus sein.

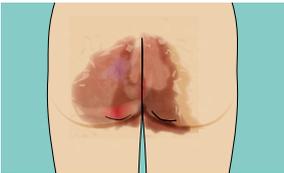


Abb. 5.1.4

Zusätzliche Kriterien

- Anhaltende Rötung: Verschiedene Rottöne können vorhanden sein. Bei PatientInnen mit dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen.
- Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung von einem vorangegangenen (verheilten) Hautdefekt
- Glänzend erscheinende Haut
- Mazerierte Haut
- Intakte kleine und/oder große Blasen
- Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen
- Brennen, Kribbeln, Jucken oder Schmerzen

Kategorie 2B: Hautverlust mit klinischen Zeichen einer Infektion

Entscheidende Kriterien

- Hautverlust: Der Hautverlust kann sich als Erosion (Verlust eines Teils oder der gesamten Epidermis, z.B. durch beschädigte kleine oder große Blasen), großflächiger Hautverlust oder Exkoration (Verlust der Epidermis und Teil der Dermis) zeigen. Das Muster/Die Form des Hautschadens kann diffus sein.
- Zeichen einer Infektion, z.B. weiß schuppige Haut (Hinweis auf eine Pilzinfektion mit Candida albicans), sichtbare Beläge im Wundgrund (gelblich/bräunlich/gräulich), grünlich erscheinender Wundgrund (Hinweis auf eine bakterielle Infektion mit Pseudomonas aeruginosa), starke Exsudation, eitriges Exsudat oder glänzend erscheinender Wundgrund.

Zusätzliche Kriterien

- Anhaltende Rötung: Verschiedene Rottöne können vorhanden sein. Bei PatientInnen mit dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen.
- Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung von einem vorangegangenen (verheilten) Hautdefekt
- Glänzend erscheinende Haut
- Mazerierte Haut
- Intakte kleine und/oder große Blasen
- Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen
- Brennen, Kribbeln, Jucken oder Schmerzen
- Intakte kleine und/oder große Blasen
- Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen
- Brennen, Kribbeln, Jucken oder Schmerzen

Der Dachverband Wund-D.A.CH. entwickelte analog zu diesem Kategorisierungsinstrument ein Klassifikationschema der Flüssigkeits-assoziierten Hautschäden.

Kategorie	1 - Erythem/Ekzem ohne Erosion/Ulzeration	2 - Erythem/Ekzem mit Erosion/Ulzeration
A	Ohne klinische Zeichen einer lokalen Infektion	Ohne klinische Zeichen einer lokalen Infektion
B	Mit klinischen Zeichen einer lokalen Infektion	Mit klinischen Zeichen einer lokalen Infektion

Tabelle 5.1.5: Entnommen aus Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (JDDG), 1610-0379/2021/1906

Als Therapiemaßnahme gilt es zuallererst, die Ursachen der FAH zu beseitigen. Als Prinzipien der Kausaltherapie Flüssigkeits-assoziiierter Hautschäden kommen nach Ansicht der Autoren aus JDDG 1610-0379/2021/1906 folgende Punkte in Betracht:

- Wichtig sei eine ursächliche Behandlung der Quelle der Körperflüssigkeiten, zum Beispiel durch Förderung der Kontinenz, Reduktion des Speichelflusses, Vermeidung von Okklusion und Reibung im intertriginösen Bereichen
- Parallel dazu die Reduktion der Exposition der Haut gegenüber Körperflüssigkeiten durch ableitende und/oder aufsaugende Hilfsmittel, zum Beispiel Darmrohr bei Diarrhoe, passgenaue Platten und Auffangbeutel bei Stoma, stark aufsaugende und atmungsaktive Hilfsmittel bei Inkontinenz, aufsaugende Verbände bei stark exsudierenden Wunden
- Und natürlich auch die Reduktion der Exposition der Haut gegenüber Körperflüssigkeiten durch Hautschutzprodukte, zum Beispiel Pasten und Halteplatten bei Stoma, Hautschutzprodukte bei Inkontinenz

Präventionsmaßnahmen von Flüssigkeits-assoziierten Hautschäden erfolgen ähnlich der Kausaltherapie durch Kontinenzmanagement, ableitender bzw. aufsaugender Hilfsmittel und konsequentem Hautschutz.

Für die Hautpflege empfiehlt der Expertenstandard Hautintegrität lipophile Hautmittel um den Erhalt der Hautintegrität zu unterstützen oder diese zu fördern und das folgende Vorgehen:

- Menschen mit Diabetes mellitus sollen Ihre Füße mit ph-hautneutralen Hautmitteln waschen und täglich inspizieren. Fußbäder ohne professionelle Begleitung werden bei dieser Patientengruppe nicht empfohlen.
- Menschen mit Ulcus cruris sollten beim täglichen Wechsel der medizinischen Kompressionsstrümpfe die Haut mit einem ph-hautneutralen Produkt reinigen und anschließend ein lipophiles Hautmittel zum Verbleib auftragen

- Bei Menschen mit dem Risiko für eine IAD oder leichten Formen von IAD sollte die Haut mit weichen Materialien, behutsam und ohne fest zu reiben, gereinigt werden. Es empfiehlt sich die Anwendung von nicht-abwaschbaren Produkte. Hautmittel zur Reinigung sollten ph-hautneutral oder eher sauer sein, keinesfalls alkalisch und sie sollten für die Anwendung bei Inkontinenz geeignet sein. Aus hygienischen Gründen sollte man Einmalwaschlappen bevorzugen. Auf die Verwendung von viskösen Pasten als Hautmittel sollte verzichtet werden, da es eine adäquate Hautbeobachtung erschwert.
- Bei Menschen, die dem Risiko von Intertrigo unterliegen, soll die Hautreinigung mit nicht abzuspülenden Produkten und weichen Einmalwaschlappen erfolgen. Beim Trocknen nicht reiben, sondern vorsichtig trocken tupfen. Zu den wichtigsten Maßnahmen gehört nach Meinung des Expertenstandards die Vermeidung von direktem Haut-zu-Haut-Kontakt. Ebenso das Einlegen von unterschiedlichen Materialien in die gefährdeten Hautfalten.
- Die Haut von Menschen, die ein Risiko für Skin Tears (Hauteinrisse) haben muss sehr vorsichtig gereinigt und trocken getupft werden. Falls die Reinigung mit Hautmitteln erfolgt, sollten sie einem neutralen bis sauren pH-Wert aufweisen. Bei älteren Menschen mit einem Risiko für Skin tears empfiehlt der Expertenstandard zweimal täglich die Pflege mit einem lipophilen Hautmittel. Als Prävention sollte außerdem auf klebende Verbandmittel und -fixierungen verzichtet werden. Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, ausreichende Beleuchtung, Schützen der Extremitäten durch entsprechende Schoner und das Tragen langärmeliger bzw. langbeiniger Kleidung gehören ebenso dazu.

5.2 Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Hautintegrität in der Pflege

Seit Juni 2024 liegt die finale Version dieses Expertenstandards nun vor.

Zielsetzung des Expertenstandards Erhaltung und Förderung der Hautintegrität und Pflege:

„Jeder Mensch mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf und einem in diesen Expertenstandard adressierten hautbezogenen Risiko oder Problem erhält pflegerische Interventionen, welche die Hautintegrität erhalten und fördern.“

Begründung: Probleme der Haut können maßgeblich die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinflussen. Durch eine Beeinträchtigung der Hautintegrität werden wichtige Funktionen, wie der Schutz vor äußeren Einflüssen, beeinträchtigt, und es kann zu Wunden, Infektionen und starken Einschränkungen des körperlichen Wohlbefindens kommen. Durch eine frühzeitige Identifikation von Menschen mit benannten Risiken und spezifischen Problemen der Haut, umfassende Informationen und Beratung zum richtigen Umgang mit diesen Risiken und Problemen, die Durchführung von evidenzbasierten Maßnahmen bei der Reinigung und Pflege der Haut und die regelmäßige Evaluation dieser Maßnahmen können die im Expertenstandard adressierten Hautprobleme verhindert oder verbessert werden.“

Dieser Expertenstandard bezieht sich vor allem auf Xerosis cutis, Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD), Windeldermatitis, Intertrigo bzw. intertriginöse Dermatitis und Skin Tears. Als ausgewählte Veränderungen der Haut im Alter und daraus resultierende Risiken gibt der Expertenstandard folgende Punkte an:

Ausgewählte altersbedingte Hautveränderungen	Ausgewählte Hautrisiken und Hautprobleme
<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung des pH-Wertes der Hautoberfläche • Reduktion der Sebumproduktion • Verringerung der Feuchtigkeit im Stratum corneum • Veränderung der interzellulären Lipidzusammensetzung im Stratum corneum • Verringerung von Langerhans-Zellen und Dysregulation der Zytokinaktivität • Reduzierte Reproduktions- und Reparaturfähigkeit der Basalzellen • Abflachung der dermo-epidermalen Junktionszone • Verminderung der Kollagenproduktion in der Dermis 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhtes Risiko pathologischer Besiedlungen der Hautoberfläche und Infektionen • Erhöhte Anfälligkeit für chemische Irritationen • Xerosis cutis • Verlangsamte Epithelialisierung und Wundheilung • Erhöhte Anfälligkeit für Skin tears und dermale Einblutungen

Tabelle 5.1.6: Ausgewählte Veränderungen der Haut im Alter und daraus resultierende Risiken, entnommen aus Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Hautintegrität, 2024



Als primäre Ursache für IAD und Windeldermatitis (WD) sieht der Expertenstandard den verlängerten Kontakt mit Urin und/oder Stuhl. Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht der identifizierten Risikofaktoren für eine IAD (LeBlanc et al 2020) und WD (NICE 2020, Assosiation of Women's Health, 2018)

Risikofaktoren der IAD / WD	NICE, 2020	Assoc. of Women's Health, 2018	LeBlanc et al, 2020
• Häufigkeit des Wechsels der Windel (Wie lange ist die Haut mit Fäkalien/Urin in Kontakt?)	x		
• Art des Hilfsmittels	x		
• Exposition zu chemischen Reizstoffen (z.B. Seifen, alkoholische Feuchttücher)	x		
• Traumata der Haut (mechanische Reibung, übermäßiges Reinigen)	x		
• Medikamente (Breitbandantibiotika, Medikamente, die die Stuhlfrequenz erhöhen)	x	x	
• Frühgeborene (Unreife der Haut)	x		
• Durchfall (erhöhte Stuhlfrequenz, Stuhlvolumen oder erhöhter Stuhl-pH-Wert)	x	x	
• Allergien (Nahrungsmittel, Malabsorption)		x	
• Gealterte Haut			x
• Veränderte Sauerstoffversorgung der Haut			x
• Längere Anwendung von Antibiotika, Steroiden, Prokinetika			x
• Beeinträchtigung des funktionalen, emotionalen oder kognitiven Status u/o der Mobilität			x

Tabelle 5.1.7: Risikofaktoren der IAD und WD. Entnommen aus Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Hautintegrität, 2024

Die nachfolgende Tabelle des Expertenstandards Hautintegrität basiert auf Aussagen der niederländischen Leitlinie der Verpleegkundigen & Verzorgenden (V&VN, 2018) und den Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Moisture-associated Skin Damage (LeBlanc et al, 2020):

Risikofaktoren Intertrigo	LeBlanc et al, 2020	V & VN, 2018
• Feuchte Haut aufgrund von Schwitzen, Hyperhidrose/übermäßiges Schwitzen	x	x
• Kombination von Feuchtigkeit und Bereiche mit hoher Reibung	x	
• Hoher BMI, Adipositas	x	
• Lymphödem	x	x
• Multiple Hautfalten	x	
• Weibliches Geschlecht	x	x
• Unterernährung	x	
• Immobilität, eingeschränkte Mobilität	x	x
• Mangelnde/schlechte Hygienegewohnheiten, Einschränkungen bei den ADLs	x	x
• Diabetes mellitus	x	x
• Heißes, feuchtes Klima	x	
• Ältere Menschen		x
• Erhöhte Körpertemperatur		x
• Feuchte Haut aufgrund von Inkontinenz		x
• Verminderte Resistenz (z.B. Chemotherapie)		x
• Frühere Intertrigo		x

Tabelle 5.1.8: Risikofaktoren für Intertrigo. Entnommen aus Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Hautintegrität, 2024

Risikofaktoren Skin Tears (LeBlanc et al , 2017)
<ul style="list-style-type: none"> • Verminderte sensorische, auditorische, visuelle Funktionen (oft altersbedingt) • Kognitive Beeinträchtigung • Inadäquater Ernährungs- und Flüssigkeitsstatus • Polypharmazie (erhöhtes Sturzrisiko) • Chronische Anwendung von Systemischen und Topischen Kortikosteroiden • Eingeschränkte Mobilität • Unfähigkeit zum selbständigen Positionswechsel • Spastiken • Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens notwendig (z.B. Nutzung von Hilfsgeräten) • Risiko für Stürze oder Stürze in der Vergangenheit • Medizinischer Klebstoff • Altersextreme • Hauterscheinungen: Symptome von Altershaut und/oder Schäden durch Sonneneinstrahlung • Erhöhtes Dekubitusrisiko • Vorherige verheilte Skin Tears • Ödeme der Extremitäten • Chronische Erkrankung • Xerosis

Tabelle 5.1.9: Risikofaktoren für Skin Tears. Entnommen aus Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Hautintegrität, 2024

Tabelle der Standardkriterien des Expertenstandards **Erhaltung und Förderung der Hautintegrität in der Pflege**

Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
<p>S1 - Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Identifikation von Menschen mit hautbezogenen Risiken und Problemen.</p>	<p>P1a - Die Pflegefachkraft führt zu Beginn des pflegerischen Auftrags eine erste Einschätzung zur Identifikation von Menschen mit hautbezogenen Risiken und Problemen durch.</p> <p>P1b - Die Pflegefachkraft führt bei festgestellten hautbezogenen Risiken und Problemen eine vertiefte Einschätzung durch und wiederholt diese in individuell festzulegenden Zeitabständen und anlassbezogen. Bei Bedarf zieht sie weitere Expertise hinzu.</p>	<p>E1 Eine aktuelle systematische Einschätzung der individuellen Risiken und Probleme der Haut liegt vor.</p>
<p>S2a - Die Pflegefachkraft verfügt über Kompetenzen zur Planung und Koordination von Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Hautintegrität.</p> <p>S2b - Die Einrichtung verfügt über eine Verfahrensregelung zur Erhaltung und Förderung der Hautintegrität.</p>	<p>P2 - Die Pflegefachkraft plant gemeinsam mit dem Menschen mit hautbezogenen Risiken und Problemen und ggf. seinen Angehörigen individuelle Maßnahmen für die Erhaltung und Förderung der Hautintegrität.</p>	<p>E2 Ein individueller Maßnahmenplan zur Erhaltung und Förderung der Hautintegrität unter Berücksichtigung der Selbstmanagementkompetenzen und Ressourcen von Menschen mit hautbezogenen Risiken und Problemen liegt vor.</p>
<p>S3a - Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Information, Schulung und Beratung zur Erhaltung und Förderung der Hautintegrität.</p>	<p>P3a - Die Pflegefachkraft informiert, schult und berät den Menschen mit hautbezogenen Risiken und Problemen und ggf. seine Angehörigen und fördert dabei die Selbstmanagementkompetenzen.</p> <p>P3b - Die Pflegefachkraft zieht bei speziellem Informations-, Schulungs- und Beratungsbedarf weitere Expertise hinzu.</p>	<p>E3 Der Mensch mit hautbezogenen Risiken und Problemen und ggf. seine Angehörigen kennen die Bedeutung einer intakten Haut und wirken auf der Basis ihrer Möglichkeiten an der Umsetzung von Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Hautintegrität mit.</p>
<p>S4a - Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles zielgruppenspezifisches Wissen und die Kompetenz zur Umsetzung von pflegerischen Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Hautintegrität.</p> <p>S4b - Die Einrichtung trägt Sorge dafür, entsprechend den organisatorischen Rahmenbedingungen, adäquate Hautmittel und Materialien zur Verfügung zu stellen.</p>	<p>P4 - Die Pflegefachkraft wendet in Abstimmung mit dem Menschen mit hautbezogenen Risiken und Problemen und ggf. seinen Angehörigen die pflegerischen Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Hautintegrität an.</p>	<p>E4 Die Maßnahmen zur Pflege der Haut sind entsprechend der Maßnahmenplanung und der Bedarfe und Bedürfnisse des Menschen mit hautbezogenen Risiken und Problemen durchgeführt.</p>
<p>S5 - Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen auf die Hautintegrität zu beurteilen.</p>	<p>P5 - Die Pflegefachkraft beurteilt in individuell festzulegenden Zeitabständen und anlassbezogen die Wirksamkeit pflegerischer Maßnahmen.</p>	<p>E5 Die Hautintegrität ist gefördert und erhalten.</p>

Tabelle 5.1.10: Entnommen aus Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Hautintegrität in der Pflege, Juni 2024



Kapitel 6: Moderne Wundbehandlung mit mittel- bis grobporigem PUR-Schaumverband

6.1 Wirkmechanismen von LIGASANO® weiß, LIGASANO® orange und LIGASANO® grün

LIGASANO® weiß, LIGASANO® orange und LIGASANO® grün sind geschäumte Polyurethane der neuen Generation. Die Ursprünge von Polyurethanen gehen bis in die Mitte des vergangenen Jahrhunderts zurück. Die chemische Grundreaktion wurde bereits 1848 durch den Chemiker Würtz entdeckt. Die Bedeutung dieses Verfahrens wurde jedoch erst wesentlich später (im 20. Jahrhundert) erkannt und 1937 durch Otto Bayer in Leverkusen wieder aufgegriffen. Aufgrund seiner zielstrebigem Forschung war es möglich, zunächst den Polyesterhartschaum, dann den Polyesterweichschaum und in etwa 20jähriger Arbeit den Polyetherschaum auf den Markt zu bringen. Diese Kunststoffe erhielten den Sammelnamen Polyurethan (PUR) und wurden zu einem der universellsten Werkstoffe überhaupt entwickelt. Quelle: Verband der Polyurethan-Weichschaum-Industrie e.V.

In Zusammenarbeit mit Prof. Dr. med. Gerhard Weber, damals Chefarzt der Hautklinik im Klinikum Nürnberg, wurde ein geschäumtes Polyurethan für die medizinische Anwendung entwickelt, das den Namen LIGASANO® erhielt. Diese Bezeichnung ohne weiteren Zusatz bezog sich auf das Produkt, das heute unter der Bezeichnung „LIGASANO® weiß“ bekannt ist. Die Zusatzangabe „weiß“ bezieht sich auf die Farbe des Materials und wurde nötig, weil das Material, welches in der Vergangenheit mit dem Namen „Grünes Klimagitter“ angeboten wurde, nun unter der Bezeichnung „LIGASANO® grün“ angeboten wird. Der Anstoß zur Entwicklung von LIGASANO® grün kam, wie auch bei LIGASANO® weiß, aus der ärztlichen und pflegerischen Praxis. Um Druckgeschwüre zur Abheilung zu bringen, ist es unbedingt erforderlich neben der lokalen Wundbehandlung auch eine Druckentlastung des Wundgebietes zu bewirken. Wie bereits in einem Artikel der Fachzeitschrift „Deutsches Ärzteblatt“ aus dem Jahre 1980 von Gerhard Weber und Karl-Heinz Galli beschrieben, erfüllt LIGASANO® weiß auch diese Aufgabe mit ausgezeichneten Ergebnissen.

6.1.1 LIGASANO® weiß

LIGASANO® weiß ist ein therapeutisch wirksames geschäumtes PUR mit einem breiten Anwendungsspektrum für Wundreinigung, Wundversorgung und Rezidivprophylaxe bzw. Prävention. LIGASANO® weiß ist gemischtporig, d.h. es verfügt über offene, halboffene und geschlossene Poren. Die Anwendung muss stets durch Angehörige der Gesundheitsberufe erfolgen. Der therapeutische Nutzen beruht im Wesentlichen auf **drei physikalischen Grundlagen**:

- **Schnell nachlassende Druckspannung**
- **Mechanischer Reiz**
- **Gezielte bzw. kontrollierte Saugfähigkeit (Exsudatmanagement)**



Abb. 6.1.1.1 LIGASANO® weiß, 50-fache Vergrößerung

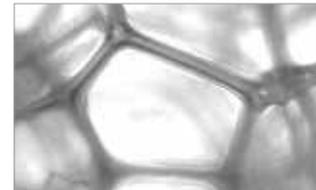


Abb. 6.1.1.2 LIGASANO® weiß, 200-fache Vergrößerung

Polyurethan-Schaumstoff ist nicht gleich Polyurethan-Schaumstoff. Durch die hier genannten physikalischen Wirkungen im Zusammenspiel ergibt sich der einzigartige therapeutische Nutzen von LIGASANO® weiß, der mit anderen, z.B. feinporigen PUR-Schäumen nicht verglichen werden kann. Selbst zum Verwechseln ähnlich aussehende andere gemischtporige PUR-Schaumstoffe mit mittlerer und großer Porengröße erzielen nicht den gleichen Effekt. Wenn Sie LIGASANO® weiß anwenden wollen, stellen Sie sich einfach nachfolgende Fragen:

- Ist eine lokale Durchblutungsförderung wünschenswert?
- Sind Sie der Meinung, dass ein schneller und atraumatischer Versorgungswechsel, ohne nennenswerte Störung der Wundruhe die Wundheilung begünstigt?
- Ist es vorteilhaft, dass in der Regel keine (zusätzlichen) Wirkstoffe in der Wunde gebraucht werden und dass sich eine zusätzliche Wundreinigung meist erübrigt?

Diese Wirkungen werden immer gleichzeitig von LIGASANO® weiß unterstützt bzw. gefördert.

Schnell nachlassende Druckspannung:

Durch seine schnell nachlassende Druckspannung passt sich LIGASANO® weiß kompressionsarm an Konturen an, was zu einer gleichmäßigen und insgesamt reduzierten Druckbelastung auf Wunde und Körper führt. Der Auflagedruck des Körpers bettlägeriger inaktiver Patienten wird durch LIGASANO® weiß sehr gleichmäßig verteilt. Der Bildung ischämischer Dekubitalulzera wird dadurch wirksam vorgebeugt.



Abb. 6.1.1.3 LIGASANO® weiß, schnell nachlassende Druckspannung

Positiver mechanischer Reiz:

LIGASANO® weiß wirkt im Wund- und Hautkontakt lokal durchblutungsfördernd, dadurch resultiert eine bessere Nähr- und Sauerstoffversorgung im Wundgebiet (Aktivierung der Wunde) und es wirkt darüber hinaus präventiv bei noch intakter Haut. Besonders bei inaktiven Patienten werden die reduzierten, normalen Körperfunktionen lokal gefördert. Der mechanische Reiz hält bis zu drei Tagen an, spätestens dann muss LIGASANO® weiß ausgetauscht werden. Auch ohne bewusste Bewegungen übt die Oberflächenstruktur von LIGASANO® weiß einen mechanischen Reiz aus. Bei Haut- bzw. Wundkontakt wird die Durchblutung gefördert, mit allen positiven Folgen.

Durch die Aktivierung der Selbstreinigung kommt es zu verstärkter Sekretion (mehr Wundexsudat = antiseptische Wirkung), Beläge und Keime werden ausgeschwemmt und absorbiert, mit einfachsten Mitteln und ohne Chemie. Der Erfolg ist eine selbsttätige (autolytische) Wundreinigung bzw. Wundbettkonditionierung, die bei Bedarf manuell unterstützt werden kann. Mikro- und Makrobewegungen des Patienten führen zu intermittierendem Unterdruck und fördern dadurch den mechanischen Reiz auf Wunde und Haut.

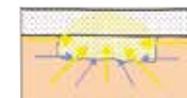
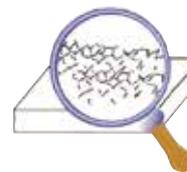


Abb. 6.1.1.3
LIGASANO® weiß,
mechanischer Reiz

Gezielte bzw. kontrollierte Saugfähigkeit (Exsudatmanagement):

Eventuell vorhandener Exsudatüberschuss in der Wunde wird aufgenommen, ohne austrocknend zu wirken. Es entsteht ein feuchtwarmes Wundmilieu, die Wunde wird gereinigt, dadurch auch Reduktion der Keimbelastung.

LIGASANO® weiß verklebt nicht mit der Wunde und wirkt dem Mazerieren der umliegenden Haut entgegen. Das geschäumte PUR hat ein hohes Saugvolumen ohne Veränderung der Dimension und ohne dass es verhärtet. LIGASANO® weiß hat durch seine bienenwabenartige Struktur eine erhebliche Saugwirkung ohne austrocknend zu wirken. Überschüssiges Wundsekret und Körperfeuchte werden aufgenommen, ein Mazerieren der Wunde und der intakten Haut wird verhindert. Die Gefahr einer Keimbesiedlung wird verringert.

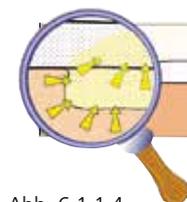


Abb. 6.1.1.4
LIGASANO® weiß,
Sorptionsfähigkeit

Verwendungszweck:

Förderung der Wundheilung in der sterilen Anwendung durch Reinigen, Abdecken oder Ausfüllen von Wunden oder in der unsterilen Anwendung als Sekundärverband (ohne Wundkontakt) bei der Wundbehandlung oder in der Wundbegleitbehandlung, z.B. zur Druckentlastung, oder präventiv als Druck- und Reibungsschutz.

Indikationen:

Akute und chronische Wunden (z.B. Dekubitalulzera, Ulcus cruris, Diabetische Fußulzerationen), postoperative Wunden und postoperative Wundheilungsstörungen, thermische Wunden (z.B. Verbrennungen, Verbrühungen, Erfrierungen).

Kontraindikationen:

Tumorzellen, unbehandelte Osteomyelitis, Organkontakt, Kontakt zu freiliegenden Blutgefäßen, welche der Gefahr unterliegen geschädigt zu werden, Kontakt zu Nerven.

Anwendung:

LIGASANO® weiß steril darf nicht auf Dauer in der Wunde oder am Körper verbleiben, sondern kann über einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten wiederholt angewendet werden. Verbandwechsel nach 1-3 Tagen, je nach Indikation. Bitte beachten Sie, dass LIGASANO® weiß steril keinen direkten Kontakt zu Organen haben darf, ein direkter Kontakt zu Schleimhäuten ist möglich.

Anwendungen in Kontakt, Verbindung oder Kombination mit zusätzlichen Präparaten, Medikamenten, Lösungen, Salben etc., wurden von uns nicht geprüft. Anwendungen im Zusammenhang mit zusätzlichen mechanischen, elektrischen oder elektronischen Geräten und Hilfsmitteln wurden von uns nicht geprüft.

Bitte lesen Sie vor der Anwendung die jeder Originalpackung beiliegende Gebrauchsanweisung sorgfältig!

Bitte bedenken Sie auch, dass eine adäquate Ernährung für die erfolgreiche Wundheilung von entscheidender Bedeutung ist. Bei chronischen Wunden besteht ein erhöhter Energie-, Eiweiß-, Zink-, Vitamin- und Flüssigkeitsbedarf, der gedeckt werden muss. Weitere Informationen finden Sie im Kapitel 10.5 auf Seite 117.

Kurzer tabellarischer Überblick der wesentlichen Wirkmechanismen von LIGASANO® weiß:

	Wundbehandlung	Prävention
Schnell nachlassende Druckspannung	Druckreduktion, Förderung der Granulation, reduzierter Gegendruck auf das neu gebildete Granulationsgewebe	Anatomische Anpassung an Körperkonturen
Mechanischer Reiz	Durch seine Oberflächenbeschaffenheit (die Struktur des Materials wird vom Gewebe wahrgenommen) fördert LIGASANO® weiß die Durchblutung und aktiviert die Selbstreinigung („Körpereigenes Hydrogel“). Auch intermittierender Unterdruck, der aufgrund der Pumpwirkung des Materials in Verbindung mit bewussten und unbewussten Körperbewegungen entsteht, verursacht einen mechanischen Reiz.	Durch seine Oberflächenstruktur (die Struktur des Materials wird vom Gewebe wahrgenommen) fördert LIGASANO® weiß die Durchblutung, abgestorbene Hautzellen werden selbsttätig abgelöst.
Kontrollierte Saugwirkung	Da nur überschüssiges Exsudat aufgenommen wird, trocknet LIGASANO® weiß die Wunde nicht aus. Je nach Dicke des Materials entsteht ein intermittierender Unterdruck.	Wirkt einer Mazeration der Haut effektiv entgegen.
Wasserdampfpermeabilität	Kann bei sehr schwach nässenden Wunden möglicherweise durch eintrocknendes Exsudat anhaften. Bei Verbrennungswunden ist dies in manchen Fällen erwünscht (mechanisches Debridement).	Wirkt einer Mazeration der Haut effektiv entgegen.
!!!	LIGASANO® weiß soll bei der Wundbehandlung immer <u>mindestens</u> 2 cm dick (vom Wundgrund aus gemessen) sein, um die Wasserdampfdurchlässigkeit etwas zu reduzieren und eine ausreichende Temperaturisolierung zu gewährleisten. Die benötigte Dicke wird üblicherweise durch Übereinanderschichten von LIGASANO® erreicht.	

Tab. 6.1.1.5 Übersicht der Wirkmechanismen des Verbandstoffes LIGASANO® weiß

6.1.2 LIGASANO® orange

LIGASANO® orange ist ein elastisches, geschäumtes, fast ungehindert luft- und wasserdurchlässiges Polyurethan (PUR), vorstellbar wie ein dreidimensionales Sieb. Die Struktur ist grob, die Oberfläche relativ rau. Die Anwendung muss stets durch Angehörige der Gesundheitsberufe erfolgen.



Abb. 6.1.2.1 LIGASANO® orange, 50-fache Vergrößerung



Abb. 6.1.2.2 LIGASANO® orange, 200-fache Vergrößerung

LIGASANO® orange ist ein unkompliziertes Produkt, dessen Wirkung sich aus der Struktur ergibt. Es enthält keine Wirkstoffe und gibt solche auch nicht ab. Die Wirkung, bzw. die angestrebte Wirkung ist wenig komplex – im Gegenteil sehr einfach und mit Allgemeinwissen leicht nachvollziehbar.

Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch sind die Risiken gering. Eine mechanische Überbeanspruchung der Wund- oder Hautkontaktfläche ist mit bloßem Auge gut einschätzbar, das Präparat kann bei der ohnehin erforderlichen ärztlichen Sorgfalt gegebenenfalls rechtzeitig abgesetzt werden, bevor ein Schaden eintritt. Die Wirkung ist rein physikalisch und stoppt sofort beim Absetzen des Präparats.

Verwendungszweck:

Förderung der Wundheilung in der sterilen Anwendung durch Reinigen, Abdecken oder Ausfüllen von Wunden oder in der unsterilen Anwendung als Sekundärverband (ohne Wundkontakt) bei der Wundbehandlung oder in der Wundbegleitbehandlung, z.B. zur Druckentlastung, oder präventiv als Druck- und Reibungsschutz.

Indikationen:

Akute und chronische Wunden (z.B. Dekubitalulzera, Ulcus cruris, Diabetische Fußulzerationen), postoperative Wunden und postoperative Wundheilungsstörungen, thermische Wunden (z.B. Verbrennungen, Verbrühungen, Erfrierungen).

Kontraindikationen:

Tumorwunden, unbehandelte Osteomyelitis, Organkontakt, Kontakt zu freiliegenden Blutgefäßen oder Anastomosenbereichen, welche der Gefahr unterliegen geschädigt zu werden, Kontakt zu Nerven.

Anwendung:

LIGASANO® orange steril darf nicht auf Dauer in der Wunde oder am Körper verbleiben, sondern kann über einen Zeitraum von bis zu 30 Tagen wiederholt angewendet werden. Verbandwechsel nach 1-4 Tagen, je nach Indikation. Bitte beachten Sie, dass LIGASANO® orange steril keinen direkten Kontakt zu Organen haben darf und keinen direkten Kontakt mit freiliegenden Blutgefäßen, Anastomosebereichen oder Nerven. Ein direkter Kontakt zu Schleimhäuten ist möglich.

Anwendungen in Kontakt, Verbindung oder Kombination mit zusätzlichen Präparaten, Medikamenten, Lösungen, Salben etc., wurden von uns nicht geprüft. Anwendungen im Zusammenhang mit zusätzlichen mechanischen, elektrischen oder elektronischen Geräten und Hilfsmitteln wurden von uns nicht geprüft.

Bitte lesen Sie vor der Anwendung die jeder Originalpackung beiliegende Gebrauchsanweisung sorgfältig!

Kurzer tabellarischer Überblick der Eigenschaften von LIGASANO® orange:

	Wundbehandlung	Prävention
Mechanischer Reiz	Durch seine Oberflächenbeschaffenheit (die Struktur des Materials wird vom Gewebe wahrgenommen) fördert LIGASANO® orange die Durchblutung und aktiviert die Selbstreinigung	Die Oberfläche von LIGASANO® orange ist relativ rau. Bei der Anwendung auf empfindlicher Haut können insbesondere unter Friktion (Reibung) Verletzungen entstehen.
Saugfähigkeit	Aufgrund der offenzelligen Struktur zeigt LIGASANO® orange keinerlei Sorptionsverhalten. D.h. es benötigt für die aktive Wunddrainage bzw. NPWT eine Saugquelle. Durch die offenzellige und relativ großporige Struktur können zähflüssiges Exsudat und Detritus gut abgeleitet werden	Wirkt einer Mazeration der Haut effektiv entgegen.
Wasserdampfpermeabilität	Fast ungehindert durchlässig. Kann daher bei sehr schwach nässenden Wunden möglicherweise durch eintrocknendes Exsudat anhaften.	Wirkt einer Mazeration der Haut effektiv entgegen.

Tab. 6.1.2.3 Übersicht der Wirkmechanismen des Verbandstoffes LIGASANO® orange

6.1.3 LIGASANO® grün

LIGASANO® grün ist ein elastisches, geschäumtes, fast ungehindert luft- und wasserdurchlässiges Polyurethan (PUR), vorstellbar wie ein dreidimensionales Sieb. Die Struktur ist grob, die Oberfläche rau.

Die Anwendung muss stets durch Angehörige der Gesundheitsberufe erfolgen.

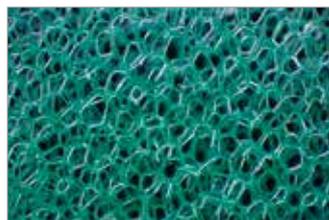


Abb. 6.1.3.1 LIGASANO® grün, 50-fache Vergrößerung

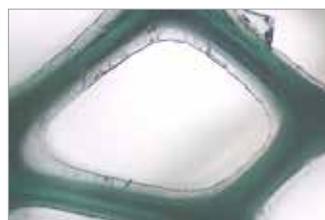


Abb. 6.1.3.2 LIGASANO® grün, 200-fache Vergrößerung

LIGASANO® grün ist ein unkompliziertes Produkt, dessen Wirkung sich aus der Struktur ergibt. Es enthält keine Wirkstoffe und gibt solche auch nicht ab. Die Wirkung, bzw. die angestrebte Wirkung ist wenig komplex – im Gegenteil sehr einfach und mit Allgemeinwissen leicht nachvollziehbar.

Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch sind die Risiken gering. Eine mechanische Überbeanspruchung der Wund- oder Hautkontaktfläche ist mit bloßem Auge gut einschätzbar, das Präparat kann bei der ohnehin erforderlichen ärztlichen Sorgfalt gegebenenfalls rechtzeitig abgesetzt werden, bevor ein Schaden eintritt. Die Wirkung ist rein physikalisch und stoppt sofort beim Absetzen des Präparats.

Verwendungszweck:

Förderung der Wundheilung in der sterilen Anwendung durch Reinigen, Abdecken oder Ausfüllen von Wunden oder in der unsterilen Anwendung als Sekundärverband (ohne Wundkontakt) bei der Wundbehandlung oder in der Wundbegleitbehandlung, z.B. zur Druckentlastung, oder präventiv als Druck- und Reibungsschutz.

Indikationen:

Akute und chronische Wunden (z.B. Dekubitalulzera, Ulcus cruris, Diabetische Fußulzerationen), postoperative Wunden und postoperative Wundheilungsstörungen, thermische Wunden (z.B. Verbrennungen, Verbrühungen, Erfrierungen).

Kontraindikationen:

Tumorwunden, unbehandelte Osteomyelitis, Organkontakt, Kontakt zu freiliegenden Blutgefäßen oder Anastomosenbereichen, welche der Gefahr unterliegen geschädigt zu werden, Kontakt zu Nerven.

Anwendung:

LIGASANO® grün steril darf nicht auf Dauer in der Wunde oder am Körper verbleiben, sondern kann über einen Zeitraum von bis zu 30 Tagen wiederholt angewendet werden. Verbandwechsel nach 1-4 Tagen, je nach Indikation. Bitte beachten Sie, dass LIGASANO® grün steril keinen direkten Kontakt zu Organen haben darf und keinen direkten Kontakt mit freiliegenden Blutgefäßen, Anastomosebereichen oder Nerven. Ein direkter Kontakt zu Schleimhäuten ist möglich.

Anwendungen in Kontakt, Verbindung oder Kombination mit zusätzlichen Präparaten, Medikamenten, Lösungen, Salben etc., wurden von uns nicht geprüft. Anwendungen im Zusammenhang mit zusätzlichen mechanischen, elektrischen oder elektronischen Geräten und Hilfsmitteln wurden von uns nicht geprüft.

Bitte lesen Sie vor der Anwendung die jeder Originalpackung beiliegende Gebrauchsanweisung sorgfältig!

Kurzer tabellarischer Überblick der Eigenschaften von LIGASANO® grün:

	Wundbehandlung	Prävention
Mechanischer Reiz	Durch seine Oberflächenbeschaffenheit (die Struktur des Materials wird vom Gewebe wahrgenommen) fördert LIGASANO® grün die Durchblutung und aktiviert die Selbstreinigung	Hautkontakt nur bedingt! Die Oberfläche von LIGASANO® grün ist relativ rau. Bei der Anwendung auf der Haut können insbesondere unter Friktion (Reibung) Verletzungen entstehen. Es ist zweckmäßig, zwischen Haut und LIGASANO® grün eine dünne Lage LIGASANO® weiß zu verwenden oder ein luftdurchlässiges Textil.
Saugfähigkeit	Aufgrund der offenzelligen Struktur zeigt LIGASANO® grün keinerlei Sorptionsverhalten. D.h. es benötigt für die aktive Wunddrainage bzw. NPWT eine Saugquelle. Durch die offenzellige und großporige Struktur können zähflüssiges Exsudat und Detritus gut abgeleitet werden.	Hautkontakt nur bedingt! Wirkt einer Mazeration der Haut effektiv entgegen.
Wasserdampfpermeabilität	Fast ungehindert durchlässig. Kann daher bei sehr schwach nässenden Wunden möglicherweise durch eintrocknendes Exsudat anhaften.	Hautkontakt nur bedingt! Wirkt einer Mazeration der Haut effektiv entgegen.

Tab. 6.1.3.3 Übersicht der Wirkmechanismen des Verbandstoffes LIGASANO® grün

6.1.4 Technische Informationen

Alle LIGASANO®-Produkte sind nach unserem Kenntnisstand und bei Drucklegung physiologisch unbedenklich und allergieneutral. **Nicht enthalten** sind z.B. Phthalate, Blei, Zusatzstoffe wie Latex, optische Aufheller, Brandschutzmittel, Weichmacher, Halogene, Silikonöle usw.

Der Schutz von Mensch und Umwelt ist für uns von besonderer Bedeutung und zentrale Leitlinie entlang des Herstellungsprozesses über die gesamte Nutzungsdauer der Produkte bis hin zur Entsorgung!



Technische Daten	LIGASANO® weiß	LIGASANO® orange	LIGASANO® grün
Materialbasis	Polyurethan expandiert	Polyurethan expandiert	Polyurethan expandiert
Zellstruktur	Gemischtporige, vergleichsweise grobporige Zellen, Zelltyp 750	Offenporiges, großporiges Zellgitter mit entfernten Zellmembranen, Zelltyp 850	Offenporiges, sehr großporiges Zellgitter mit entfernten Zellmembranen, Zelltyp 1500
Exsudataufnahme	Kontrolliert saugfähig	Flüssigkeitsdurchlässig, verhält sich wie ein Sieb	Flüssigkeitsdurchlässig, verhält sich wie ein Sieb
Atmungsaktivität	Atmungsaktiv, gebremst luftdurchlässig	Fast ungehindert luftdurchlässig	Fast ungehindert luftdurchlässig
Wasserdampfdurchlässigkeit / Permeabilität	Sehr hohe Durchlässigkeit	Fast ungehinderte Durchlässigkeit	Fast ungehinderte Durchlässigkeit
Druckspannung	Schnell nachlassend, ca. 40 % nach 20 Minuten	Wenig nachlassend	Wenig nachlassend
Konturanpassung	Passt sich druckarm an Konturen an (Formteilbildend)	Dauerelastisch, Druckabbau gering	Dauerelastisch, Druckabbau gering
Mechanischer Reiz, Durchblutungsförderung	Wirksame Durchblutungsförderung, dabei kaum Verletzungsrisiko bei normaler und empfindlicher Haut; anfangs „Kribbelgefühl“, später neutral	Mittelstarker mechanischer Reiz; wegen der relativ rauen Oberfläche kann der direkte Hautkontakt als unangenehm empfunden werden; Verletzungsrisiko bei Friktion. Beachten Sie die Kombinationsmöglichkeit mit LIGASANO® weiß	Intensiver mechanischer Reiz; wegen der rauen Oberfläche wird der direkte Hautkontakt meist als unangenehm empfunden, erhöhtes Verletzungsrisiko bei Friktion. Beachten Sie die Kombinationsmöglichkeit mit LIGASANO® weiß
Allergien	Allergieneutral	Allergieneutral	Allergieneutral
Haltbarkeit	Der mechanische Reiz geht nach ca. dreitägiger Anwendung verloren, das Material verformt sich dauerhaft	Je nach Belastung bis zu mehreren Wochen	Je nach Belastung bis zu mehreren Wochen
Lagerung / Haltbarkeit	Trocken und lichtgeschützt ungeöffnet haltbar bis maximal 36 Monate nach Herstellungsdatum	Trocken und lichtgeschützt ungeöffnet haltbar bis maximal 60 Monate nach Herstellungsdatum	Trocken und lichtgeschützt ungeöffnet haltbar bis maximal 60 Monate nach Herstellungsdatum
Sterilisierbarkeit	Sterilisation vor Ort und anschließende Anwendung der so sterilisierten Produkte zur Wundbehandlung: Das unsterile Produkt ist bei 134 °C für fünf Minuten mit feuchter Hitze nach validiertem Verfahren sterilisierbar. Diese standardisierten Parameter erfüllen die Anforderungen an eine angemessene Produktsicherheit und Wirtschaftlichkeit und es gibt keine messbaren Auswirkungen auf die Eigenschaften von LIGASANO®. Bei einer Sterilisation unsteriler LIGASANO® Produkte vor Ort (z.B. in der Klinik, Praxis etc.) sind die gesetzlichen Bestimmungen und Risiken zu beachten. Insbesondere weisen wir darauf hin, dass bei einer zu starken Kontamination (>200 KBE) das sterilisierte Produkt mit einer zu hohen, risikoe erhöhenden Menge an pathogenen Keimen kontaminiert sein könnte. Bei einer Sterilisation oder Resterilisation handeln Sie auf eigene Verantwortung. Bitte beachten Sie auch, dass sich Verwendungszweck, Indikation, unerwünschte Wirkungen, Kontraindikation, Leistungsmerkmale und Anwendung ändern, wenn Sie das vor Ort sterilisierte Produkt zur Wundbehandlung einsetzen.		

Tab. 6.1.4.1 Technische Informationen der LIGASANO® Verbandstoffe

6.2 Wundreinigung und mechanisches Débridement mit LIGASANO®

Das Débridement ist ein zentraler Bestandteil der Wundversorgung mit dem Ziel der Herstellung bester Verhältnisse, sowohl in der Wunde als auch an den Wundrändern (siehe auch Kap. 3 dieses Kompendiums). Ziel des Débridements ist die Förderung und / oder Beschleunigung der Wundheilung. Laut EWMA Dokument 2013 „Débridement“ richtet sich die Indikationsstellung für ein Débridement und die Wahl der Methode weniger nach der Diagnostik der Wunde, sondern vielmehr nach der Typisierung des Gewebes, das die Wunde bedeckt, sowie dessen Feuchtigkeitsgrad und nach der Situation des Patienten.

LIGASANO® weiß bewirkt üblicherweise auch als Wundverband eine mechanische Wundreinigung, hartnäckige Beläge können mit LIGASANO® grün und LIGASANO® orange jedoch schneller gelöst werden.

Diese Reinigungspads eignen sich für die mechanische Reinigung aller Wundarten und in allen Wundphasen und sind in drei verschiedenen Intensitäten verfügbar. Je nach Andruck kann die Intensität der Wundreinigung zusätzlich verstärkt werden. Es können sowohl die Wunde als auch der Wundrand damit behandelt werden.

LIGASANO® Wundputzer® können von allen Seiten verwendet werden und sind daher besonders wirtschaftlich. Bei Bedarf, z.B. bei infizierten Wunden, können alle LIGASANO®-Produkte mit Polihexanidlösung angefeuchtet werden. Durch ihre Elastizität passen sie sich an die zu reinigende Wundoberfläche an.

Eine saubere Wunde ist Voraussetzung für die Wundheilung!

6.2.1 LIGASANO® Wundputzer®



LIGASANO® Wundputzer® intensiv

Entfernt sehr hartnäckige, zähe, feste und / oder nekrotische Beläge, kann sehr viel Detritus aufnehmen.



LIGASANO® Wundputzer® medium

Entfernt zähe, feste und / oder nekrotische Beläge, kann viel Detritus aufnehmen.



LIGASANO® Wundputzer® soft

Entfernt weiche Beläge und Biofilm.

Für jede Belagart und -menge gibt es den passenden Wundputzer®.

Ausgenommen sind trockene Nekrosen, die üblicherweise mit dem Skalpell entfernt oder alternativ vorher entsprechend angeweicht werden.

Eine empfohlene Auswahl finden Sie in nebenstehender Tabelle.

Art und Menge der Beläge	viel	mittel	wenig
fest	●	● / ●	● / ●
zäh	● / ●	● / ●	● / ●
weich	●	● / ○	○

Tab. 6.2.1.1 Auswahlmatrix nach Art und Menge der Beläge

- **Einfache Anwendung:**
Die Größe 5 x 5 x 2 cm liegt gut in der Hand.
- **Effektiv & wirtschaftlich:**
Je nach Andruck variieren Sie die Intensität der Wundreinigungswirkung bedarfsgerecht von kräftig bis sanft. Durch die Struktur der LIGASANO® Wundputzer® verteilen Sie die Beläge nicht, sondern Sie holen sie aus der Wunde heraus.
- **Hygienisch:**
Entweder drei Stück im Peelpack (einmal grün, einmal orange, einmal weiß) oder einzeln verpackt. So können Sie die Wunde von der belegten Oberfläche bis zum Wundgrund immer wieder mit einem sauberen LIGASANO® Wundputzer® reinigen.
Die LIGASANO® Wundputzer® sind mehrseitig verwendbar.

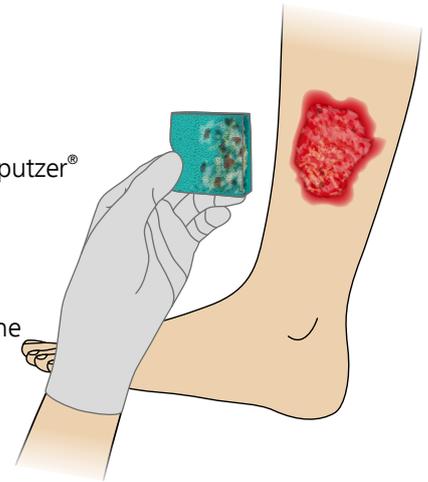


Abb. 6.2.1.2 Mechanisches Débridement mit LIGASANO® grün (intensiv)

So wenden Sie die LIGASANO® Wundputzer® richtig an:

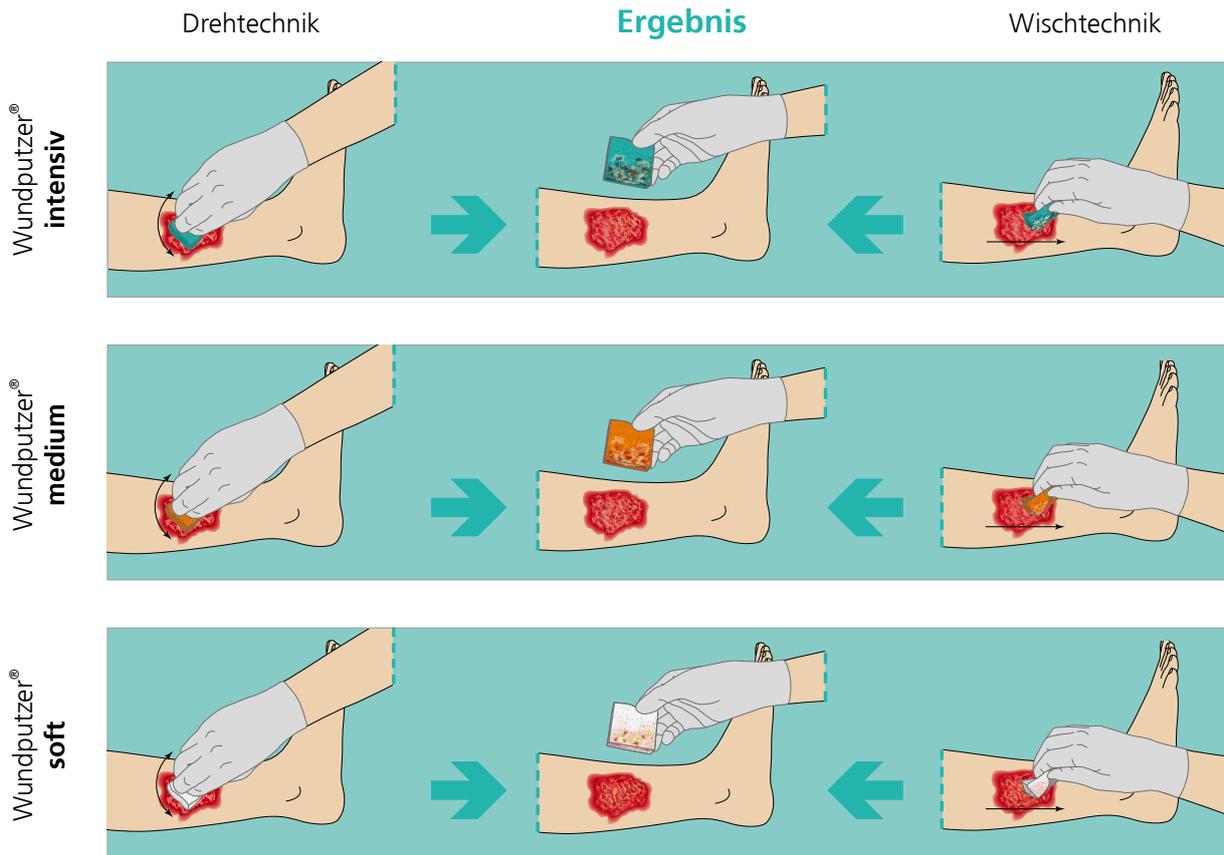


Abb. 6.2.1.3 Mechanisches Débridement mittels Dreh- und Wischtechnik mit verschiedenen LIGASANO® Produkten

Bitte beachten:

Das mechanische Débridement **kann** Schmerzen verursachen, auch mit dem LIGASANO® Wundputzer®! Bitte achten Sie ggf. auf ausreichende Analgesie. Ein Befeuchten mit Wundspüllösung kann sinnvoll sein. Bei Patienten unter Anti-Koagulationstherapie (z.B. mit Marcumar® oder ASS) muss eine entsprechende Risikoabwägung erfolgen. Wie bei allen Wundbehandlungen mit LIGASANO® gilt, dass die Durchführung nur durch Ärzte oder von Ärzten beauftragte medizinisch geschulte Personen erfolgen darf.

Fallbeispiel 1:

90 Jahre, weiblich, Diabetes mellitus, adipös, inkontinent, bettlägerig
 Wundreinigung mit LIGASANO® Wundputzer® intensiv;
 Wundverband: LIGASANO® weiß



Abb. 6.2.1.4



Abb. 6.2.1.5

Fallbeispiel 2:

36 Jahre, weiblich, pAVK Stadium 2, Heroinabhängig, Gewebsuntergang an beiden Unterschenkeln (Injektionsstellen), Wundreinigung mit LIGASANO® Wundputzer® medium und soft.



Abb. 6.2.1.6 und 6.2.1.7 Linker Unterschenkel, Zustand vor und nach Wundreinigung mit LIGASANO® Wundputzer® medium: Fibrine und Biofilm wurden erfolgreich entfernt.



Abb. 6.2.1.8 und 6.2.1.9 Rechter Unterschenkel, Zustand vor und nach Wundreinigung mit LIGASANO® Wundputzer® medium und soft: Deutliche Entfernung der Fibrine; Wundränder mit Nekrosen wurden erkennbar gereinigt.

6.2.2 LIGASANO® Wundputzer® Cavity

Wo man sonst kaum hinkommt, kommen die neuen LIGASANO® Wundputzer® Cavity hin! Sie besitzen die gleichen Eigenschaften wie die bisherigen Wundputzer® und sind in der Form angepasst speziell für Cavitäten, unterminierte Wunden bzw. Wundtaschen oder auch den Interdigitalbereich.



LIGASANO® Wundputzer® intensiv

Entfernt sehr hartnäckige, zähe, feste und / oder nekrotische Beläge, kann sehr viel Detritus aufnehmen.



LIGASANO® Wundputzer® medium

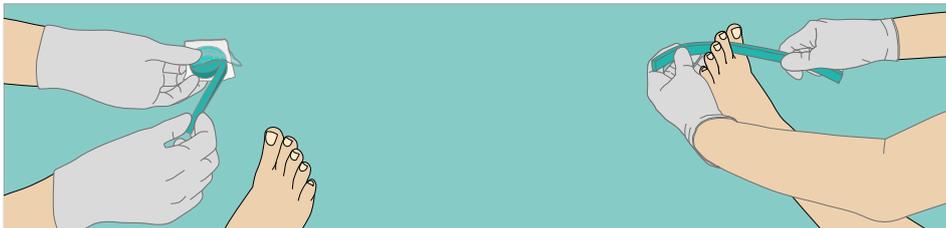
Entfernt zähe, feste und / oder nekrotische Beläge, kann viel Detritus aufnehmen.



LIGASANO® Wundputzer® soft

Entfernt weiche Beläge und Biofilm.

Wundputzer®
interdigital
intensiv



Wundputzer®
interdigital
medium



Wundputzer®
interdigital
soft

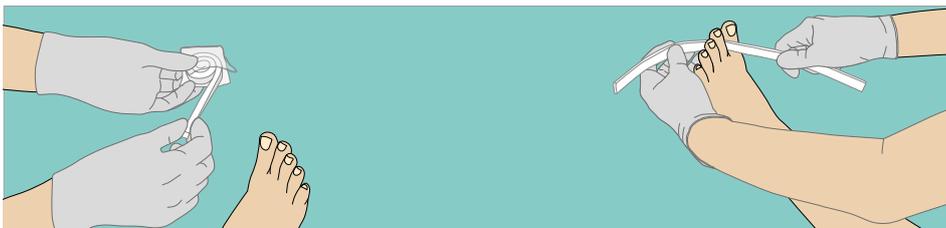


Abb. 6.2.2.1 Mechanisches Débridement mittels Dreh- und Wischtechnik mit verschiedenen LIGASANO® Produkten

Bitte beachten: Das mechanische Débridement **kann** Schmerzen verursachen, auch mit dem LIGASANO® Wundputzer®! Bitte achten Sie ggf. auf ausreichende Analgesie. Ein Befeuchten mit Wundspüllösung kann sinnvoll sein. Bei Patienten unter Anti-Koagulationstherapie (z.B. mit Marcumar® oder ASS) muss eine entsprechende Risikoabwägung erfolgen. Wie bei allen Wundbehandlungen mit LIGASANO® gilt, dass die Durchführung nur durch Ärzte oder von Ärzten beauftragte medizinisch geschulte Personen erfolgen darf.

6.2.3 Effektivität der LIGASANO® Wundputzer®

In einer kleinen multizentrischen Anwendungsbeobachtung, die von Februar 2020 bis Januar 2023 durchgeführt wurde, wurde die Effektivität des Débridements mit den LIGASANO® Wundputzern® beurteilt. Dazu wurden die Wunden mindestens einmal wöchentlich mittels Wisch- oder Drehtechnik debridiert. Der geplante Beobachtungszeitraum betrug acht Wochen. Da kein Messverfahren für die Menge an Belägen zur Verfügung steht, erfolgte es durch subjektive Einschätzung der Wundbehandler. Es wurde außerdem abgefragt, welche Intensität der Reinigungsphase und welcher Verbandstoff für die Wundbehandlung verwendet wurde. Nach dem Débridement wurde die Wunde mit einem Verband nach Wahl des Wundbehandlers versorgt. Insgesamt wurden **19 Studienzentren** eingeschlossen und es wurden **99 Studienpakete** ausgegeben. Bei **39 Patienten** wurde die Anwendungsbeobachtung durchgeführt und abgeschlossen.

Die Patienten waren zwischen 40 und 93 Jahren alt, das **Durchschnittsalter** betrug **71,7 Jahre**. Die LIGASANO® Wundputzer® kamen im Rahmen der Studie an 28 Männern und 9 Frauen zum Einsatz, das **Geschlechterverhältnis Männer:Frauen beträgt 3,1:1**, bei weiteren 2 Patienten wurde keine Angabe zum Geschlecht gemacht. Der **BMI** der Probanden lag **im Durchschnitt bei 28,3 kg/m³** (17,9 bis 39,0 kg/m³). Behandelt wurden 1 Dekubitalulkus, 19 Ulcera cruris, 16 Diabetische Fußulzerationen, 2 postoperative Wunden und eine Hautablederung. Die **Wundbeläge reduzierten sich** im Verlauf der Behandlung durchschnittlich **um 60,2%**. In Woche 4 waren bereits 6 Patienten ohne belegte Wunden, in Woche 8 waren bei 16 Patienten die Wunden ohne Beläge oder bereits abgeheilt.

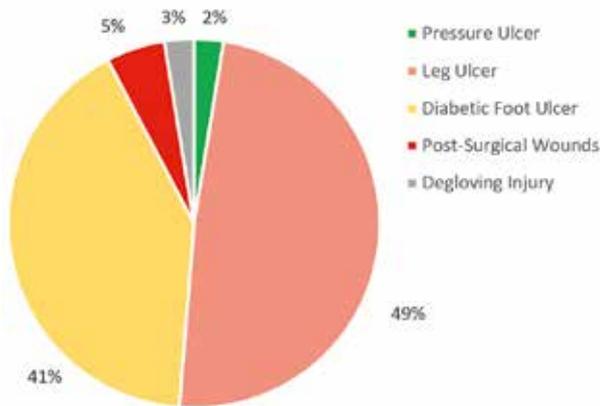


Abb. 6.2.3.1: Übersicht der behandelten Wundarten

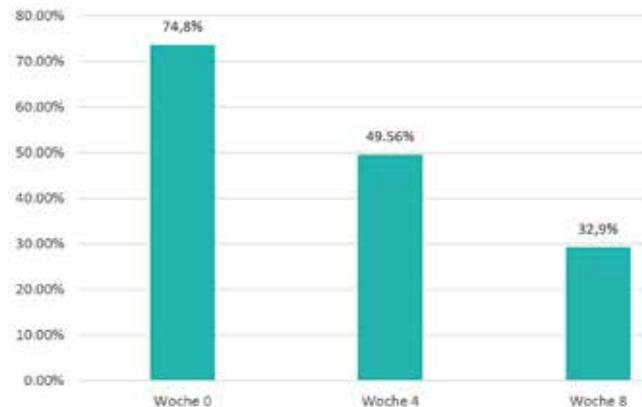


Abb. 6.2.3.2: Reduktion der Wundbeläge während der Behandlung mit den LIGASANO® Wundputzern®

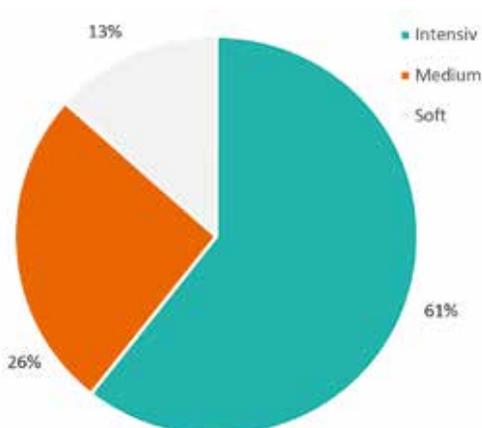


Abb. 6.2.3.3: Verwendete LIGASANO® Wundputzer®

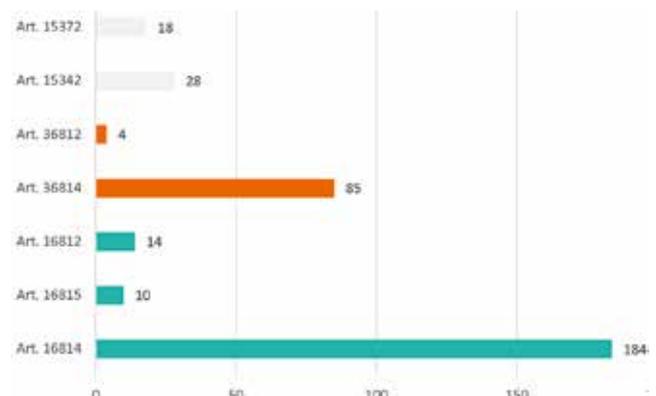


Abb. 6.2.3.4: Verwendete Artikel der LIGASANO® Wundputzer®

Die **Reinigungsdauer nahm** im Verlauf der achtwöchigen Behandlung **um 39,9 % ab**, von durchschnittlich 62,7 Sekunden auf 37,7 Sekunden. In Woche 1 reinigten die Behandler zwischen 3 und 180 Sekunden, in Woche 8 zwischen 2 und 120 Sekunden.



Abb. 6.2.3.5: Reinigungsdauer beim mechanischen Débridement mit den LIGASANO® Wundputzern® in Sekunden.

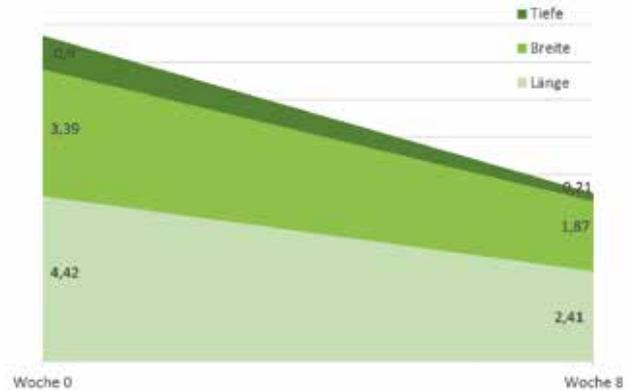


Abb. 6.2.3.6: Verkleinerung der Wundgröße während des Beobachtungszeitraumes, Maßangaben in cm

Die Schmerzintensität wurde von den Patienten auf einer Schmerzskala von 1 (kein Schmerz) bis 10 (größter vorstellbarer Schmerz) angegeben.

Die **Schmerzempfindung während des Reinigungsvorganges** reduzierte sich von durchschnittlich **3,8 (moderater Schmerz) zu Beginn der Behandlung in Woche 1** auf **2,6 (leichter Schmerz) bei der Behandlung in Woche 8**. Das bedeutet eine Reduktion um fast ein Drittel (31,6 %). Dabei war es unerheblich, wie lange der Reinigungsvorgang dauerte. Ausschlaggebend für das Schmerzempfinden war die Wundart bzw. die zugrundeliegenden Vorerkrankungen.

Alle acht Patienten, die Schmerzen während der Behandlung größer 5 der Schmerzskala empfanden, hatten keine Neuropathie. Ihre Wunden waren Ulcera cruris (7x) und Diabetische Fußulcerationen (1x). Die Wundreinigung erfolgte bei vier dieser Patienten mit dem LIGASANO® Wundputzer® intensiv, bei einem Patienten im Wechsel mit dem Wundputzer® intensiv und medium und bei drei Patienten mit dem Wundputzer® medium.

Die **Wundgröße verkleinerte sich** im Verlauf der acht Wochen um 45,5% in der Länge, um 44,8% in der Breite und um 76,7% in der Tiefe.

Bei sieben der behandelten Patienten (das entspricht 20,5%) **heilten die Wunden im Laufe des Behandlungszeitraumes ab**. Bei zwei Patienten musste die Behandlung aufgrund einer Krankenhauseinweisung abgebrochen werden. Bei weiteren zwei Patienten (das entspricht 5% der behandelten Patienten) wurde die Behandlung abgebrochen, weil die Wunden komplett gereinigt waren. Bei einem Patienten konnte die Anwendungsbeobachtung nicht fortgeführt werden, weil dieser nach Haus entlassen wurde. Bei einem weiteren Patienten sind die Gründe für den Abbruch nicht bekannt.

Abgesehen von Schmerzen oder Mißempfindungen während des mechanischen Débridements wurden **keine unerwünschten Nebenwirkungen** beobachtet.

Die vorliegenden Daten zeigen, dass das mechanische Débridement mit LIGASANO® sehr effektiv, schnell und somit auch kostengünstig ist.

Das mechanische Débridement mit Wundreinigungspads darf von Pflegefachkräften angewendet werden und ist im Vergleich zu anderen Débridement-Techniken sehr einfach und sicher in der Anwendung.

Nach vierwöchiger Behandlungsdauer waren die Wunden von sechs Patienten ohne Beläge (= 15,4% der Patienten). Nach acht Wochen waren 41% der Wunden ohne Beläge oder bereits abgeheilt.

Die meisten Wunden waren diabetische Fußläsionen und Ulcera cruris. Daher wurden diese beiden Gruppen noch einmal getrennt ausgewertet. Die Patienten mit DFU waren im Schnitt 13 Jahre jünger als die Patientengruppe mit den Ulcera cruris. Auffällig ist, dass Patienten mit Ulcus cruris einen deutlich größeren Anteil an Biofilm aufweisen. Ebenso fiel die Wundheilung signifikant geringer aus als bei Patienten mit DFU.

Patienten mit diabetischen Fußulcerationen profitieren besonders stark davon, wenn sie sowohl beim mechanischen Débridement als auch in der eigentlichen Wundbehandlung mit LIGASANO® therapiert werden. Die Patientengruppe mit der Applikation von LIGASANO® weiß als Wundverband nach dem mechanischen Débridement (=Gruppe 1) enthält 11 Patienten mit DFU, die Vergleichsgruppe, bei der die anschließende Wundbehandlung mit anderen Verbandstoffen durchgeführt wurde (=Gruppe 2) umfasst nur 5 Patienten. Die **Wundbeläge reduzierten sich** im Behandlungszeitraum der Patienten mit DFU bei **Gruppe 1 um 79,8%**, bei Gruppe 2 nur um 40,2%. Auch bei der Verkleinerung der Wundgröße macht es einen signifikanten Unterschied, welcher Verbandstoff nach dem mechanischen Débridement appliziert wird. Die **Wundgröße reduzierte sich** im

	DFU	Ulcus cruris
Patientenalter Ø	65,7 Jahre	78,7 Jahre
BMI Ø	28,2 kg/m ²	27,7 kg/m ²
Wunde/n seit (Durchschnitt)	22,7 Monate	70 Monate
Reduktion Wundbeläge	63,4 %	57,5%
Anteile Wundbeläge Biofilm, Fibrin, feuchte Nekrosen, trockene Nekrosen in Woche 1		
Verwendete LIGASANO® Produkte (LIGASANO® grün, LIGASANO® orange, LIGASANO® weiß)		
Reinigungsdauer in Woche 1	82,1 Sek.	48,4 Sek.
Reinigungsdauer in Woche 8	52,5 Sek.	29,0 Sek.
Verkleinerung Wundlänge	46,7 %	17,2 %
Verkleinerung Wundbreite	44,4 %	26,5 %
Verkleinerung Wundtiefe	40,0 %	40,0 %
Wundheilungsphasen in Woche 1: Exsudationsphase, Granulationsphase, Epithelisierungsphase		
Wundheilungsphasen in Woche 8: Exsudationsphase, Granulationsphase, Epithelisierungsphase		

Abb. 6.2.3.7: Vergleich der Patienten mit diabetischen Fußulzerationen und Ulcera cruris

Behandlungszeitraum bei **Gruppe 1** um **67,8% in der Länge**, um **63,9% in der Breite** und um **81,3% in der Tiefe**. Bei Gruppe 2 (ohne LIGASANO® als Wundverband) nur um 8% in der Länge, um 18,8% in der Breite und um 47,3% in der Tiefe.

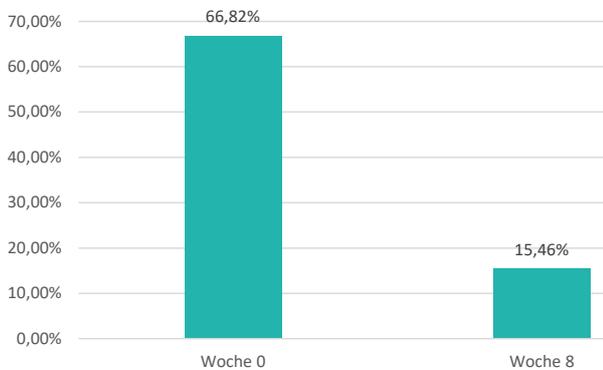


Abb. 6.2.3.8: Patientengruppe 1, mit LIGASANO® als Wundverband: Reduktion der Wundbeläge während der Behandlung der Fußwunden mit den LIGASANO® Wundputzern® und LIGASANO® als Wundverband, n=11 Patienten in Woche 1, 10 Patienten in Woche 8

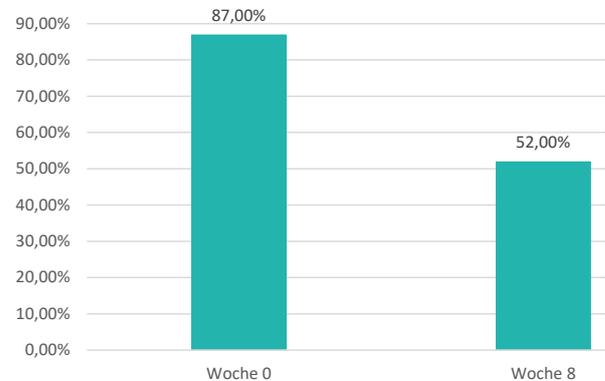


Abb. 6.2.3.9: Patientengruppe 2, mit anderen Wundverbänden: Reduktion der Wundbeläge während der Behandlung der Fußwunden mit den LIGASANO® Wundputzern®, n=5 Patienten in Woche 1, 5 Patienten in Woche 8

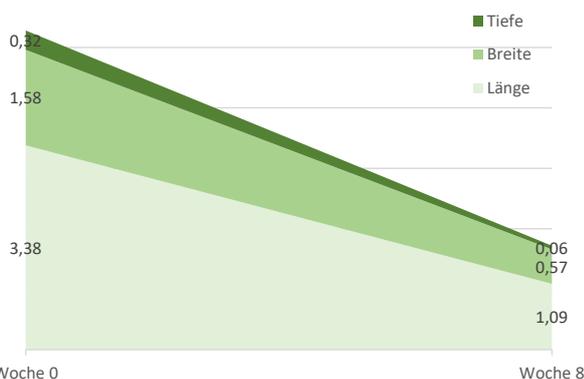


Abb. 6.2.3.10: Patientengruppe 1, mit LIGASANO® als Wundverband: Reduktion der Wundgröße während der Behandlung der Fußwunden mit den LIGASANO® Wundputzern® und LIGASANO® als Wundverband, n=11 Patienten in Woche 1, 10 Patienten in Woche 8

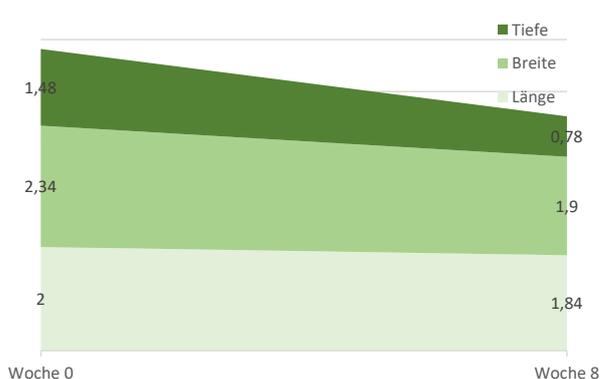


Abb. 6.2.3.11: Patientengruppe 2, mit anderen Wundverbänden: Reduktion der Wundgröße während der Behandlung der Fußwunden mit den LIGASANO® Wundputzern®, n=5 Patienten in Woche 1, 5 Patienten in Woche 8

Die LIGASANO® Wundputzer® sind den meisten Débridement-Techniken bei feuchten Nekrosen, Fibrinbelägen und Biofilm überlegen, im Vergleich zur NPWT allerdings deutlich kostengünstiger. Wenn trockene Nekrosen entsprechend vorgeweicht werden, können die LIGASANO® Wundputzer® auch dafür mit Erfolg eingesetzt werden.

Débridement-Methode	Trockene Nekrose	Feuchte Nekrose	Fibrin	Biofilm	Schmerz
Skalpell*	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	⊗⊗⊗
Shaver*	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓	⊗⊗⊗
Kürette**	✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	⊗⊗⊗
Wet-to-Dry-Verbände	✓	✓✓	✓✓	✓	⊗⊗⊗
Nass-Trocken-Phase	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	⊗⊗
Monofilamentfaser-Pad	✓	✓	✓✓	✓✓✓	⊗
Reinigungspad aus PU-Schaum	✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	⊗
Jet-Lavage**	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	⊗⊗
Ultraschall**	✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	⊗⊗
NPWT	✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	⊗
Biochirurgie (Larven)	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	⊗⊗
Enzymatische Wundprodukte	✓	✓✓	✓✓	✓	⊗
Autolytische Wundprodukte	✓	✓	✓✓	✓	⊗

Legende der Übersicht gebräuchlicher Débridement-Techniken

- ✓✓✓ = optimal
- ✓✓ = geeignet
- ✓ = weniger oder nicht geeignet
- ⊗ = kaum oder keine Schmerzen/Missempfindungen
- ⊗⊗ = auszuhaltende Schmerzen
- ⊗⊗⊗ = starke Schmerzen
- * wird unter Narkose durchgeführt
- ** wird häufig unter Analgesie durchgeführt

Abb. 6.2.3.12: Vergleich verschiedener Débridement Arten

Wenn man die vorherige Tabelle nach den verschiedenen Belagarten aufsplittet und anschließend nach Effektivität und Schmerzarmut sortiert, erkennt man sofort das Potential der LIGASANO® Wundputzer®.

Débridement-Methode	Trockene Nekrose	Schmerz
Jet-Lavage**	✓✓✓	⊗⊗
Skalpell*	✓✓✓	⊗⊗⊗
Shaver*	✓✓✓	⊗⊗⊗
Biochirurgie (Larven)	✓✓	⊗⊗
Nass-Trocken-Phase	✓✓	⊗⊗
Reinigungspad aus PU-Schaum	✓	⊗
Monofilamentfaser-Pad	✓	⊗
NPWT	✓	⊗
Enzymatische Wundprodukte	✓	⊗
Autolytische Wundprodukte	✓	⊗
Ultraschall**	✓	⊗⊗
Kürette**	✓	⊗⊗⊗
Wet-to-Dry-Verbände	✓	⊗⊗⊗

Débridement-Methode	Feuchte Nekrose	Schmerz
Reinigungspad aus PU-Schaum	✓✓✓	⊗
NPWT	✓✓✓	⊗
Jet-Lavage**	✓✓✓	⊗⊗
Biochirurgie (Larven)	✓✓✓	⊗⊗
Skalpell*	✓✓✓	⊗⊗⊗
Shaver*	✓✓✓	⊗⊗⊗
Enzymatische Wundprodukte	✓✓	⊗
Nass-Trocken-Phase	✓✓	⊗⊗
Ultraschall**	✓✓	⊗⊗
Kürette**	✓✓	⊗⊗⊗
Wet-to-Dry-Verbände	✓✓	⊗⊗⊗
Monofilamentfaser-Pad	✓	⊗
Autolytische Wundprodukte	✓	⊗

Débridement-Methode	Fibrin	Schmerz
Reinigungspad aus PU-Schaum	✓✓✓	⊗
NPWT	✓✓✓	⊗
Nass-Trocken-Phase	✓✓✓	⊗⊗
Jet-Lavage**	✓✓✓	⊗⊗
Ultraschall**	✓✓✓	⊗⊗
Biochirurgie (Larven)	✓✓✓	⊗⊗
Skalpell*	✓✓✓	⊗⊗⊗
Shaver*	✓✓✓	⊗⊗⊗
Kürette**	✓✓✓	⊗⊗⊗
Monofilamentfaser-Pad	✓✓	⊗
Enzymatische Wundprodukte	✓✓	⊗
Autolytische Wundprodukte	✓✓	⊗
Wet-to-Dry-Verbände	✓✓	⊗⊗⊗

Débridement-Methode	Biofilm	Schmerz
Reinigungspad aus PU-Schaum	✓✓✓	⊗
Monofilamentfaser-Pad	✓✓✓	⊗
NPWT	✓✓✓	⊗
Ultraschall**	✓✓✓	⊗⊗
Biochirurgie (Larven)	✓✓✓	⊗⊗
Nass-Trocken-Phase	✓✓	⊗⊗
Jet-Lavage**	✓✓	⊗⊗
Skalpell*	✓✓	⊗⊗⊗
Kürette**	✓✓	⊗⊗⊗
Shaver*	✓	⊗⊗⊗
Wet-to-Dry-Verbände	✓	⊗⊗⊗
Enzymatische Wundprodukte	✓	⊗
Autolytische Wundprodukte	✓	⊗

Abb. 6.2.3.13: Übersicht Débridement-Methoden bei verschiedenen Belagarten

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 Anhang

6.3 LIGASANO® weiß als Wundverband und Wundfüller

LIGASANO® weiß kann für alle Wundarten und Wundstadien verwendet werden. Beispiele hierfür finden Sie im Kapitel 4. Auch die präoperative Wundkonditionierung mit LIGASANO® weiß ist eine typische Indikation. LIGASANO® weiß ist steril und unsteril erhältlich. Die Anwendung muss durch Angehörige der Gesundheitsberufe erfolgen.

6.3.1 Grundsätzliches zur Anwendung

Sofern die Wunde einen Sekretabfluss erlaubt, kann sie ohne jegliche Vorbehandlung direkt mit LIGASANO® weiß behandelt werden. Füllen Sie die Wunde komplett mit LIGASANO® weiß aus. Achten Sie darauf, dass überall in der Wunde, auch an den Wundrändern, Kontakt besteht. Eventuell vorhandene Taschen werden ebenfalls ausgefüllt.



Schneiden Sie dazu LIGASANO® weiß immer etwas größer zu als der Wunddurchmesser ist. Bringen Sie es anschließend in die Wunde ein, um überall zuverlässig einen Kontakt herzustellen. Denn nur dort wo LIGASANO® weiß Kontakt hat kann es auch wirken.

Dann wird die Wunde mit einem weiteren Stück LIGASANO® weiß, die Wundränder mindestens 1-2 cm überlappend, abgedeckt. Darüber kommt eine große Platte LIGASANO® weiß zur Behandlung der Wundumgebung. **Verbanddicke:** Die Versorgung mit LIGASANO® weiß muss auch bei flachen Wunden mindestens 2 cm dick sein, gemessen vom Wundgrund aus. Bei allen anderen Wunden muss die Verbanddicke entsprechend dicker sein. Faustregel: Je größer die Fläche der Wundumgebungsbehandlung, je besser die Wirkung. **Die Fixierung muss immer luftoffen sein.** Gut geeignet sind Fixierhöschen, Schlauchverbände oder am besten LIGAMED® fix. **Verbandwechsel-Intervalle:** 1x täglich bis 1x alle drei Tage, spätestens aber wenn an der Außenseite von LIGASANO® weiß der erste Sekretpunkt sichtbar wird. Bei stark nässenden Wunden in der Reinigungsphase kann dies mehrmals täglich sein.

6.3.2 Anwendung bei verschiedenen Wundarten

Flache Wunde (bis ca. 0,5 cm Tiefe)

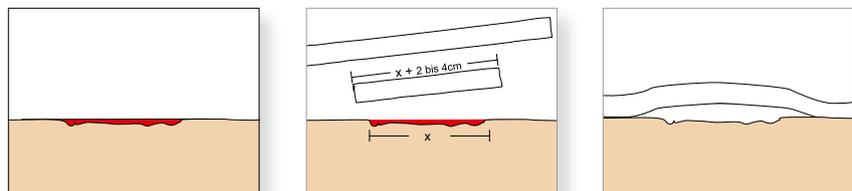


Abb. 6.3.2.1 bis 6.3.2.4: Anwendung bei flachen Wunden

- Vollständige Abdeckung der Wunde mit LIGASANO® weiß, ab Hautniveau mindestens 2 cm dick
- Wundränder mindestens 2 cm überlappend
- Darauf achten, dass vollständiger Wundkontakt auch an etwas tieferen Stellen der Wunde gewährleistet ist
- Ggf. großflächige Abdeckung der Wundumgebung mit LIGASANO® weiß zur lokalen Durchblutungsförderung.
- Luftoffene Fixierung

Tiefe Wunde

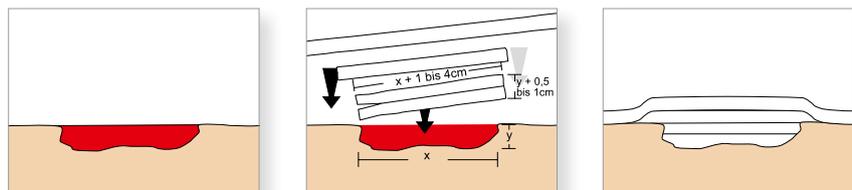


Abb. 6.3.2.5 bis 6.3.2.8: Anwendung bei tiefen Wunden

- Vollständiges Ausfüllen der Wunde mit LIGASANO® weiß, dazu LIGASANO® weiß etwas größer als den Wunddurchmesser und etwas dicker als die Wundtiefe zuschneiden
- Einbringen von LIGASANO® weiß in die Wunde mit leichter Kompression, es muss zwingend vollflächiger Wundkontakt bestehen, auch an den Wundrändern
- Großflächige Abdeckung der Wunde und Wundumgebung mit LIGASANO® weiß
- Luftoffene Fixierung

Tiefe Wunde mit Unterminierungen

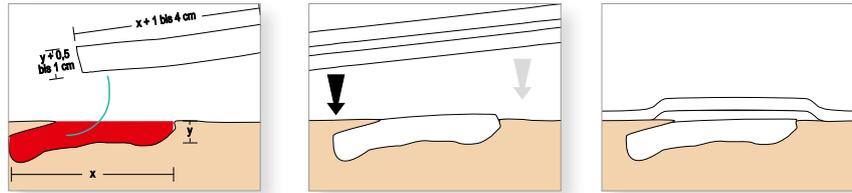


Abb. 6.3.2.9 bis 6.3.2.12: Anwendung bei tiefen Wunden mit Unterminierungen

- Vollständiges Ausfüllen der Unterminierung und der eigentlichen Wunde mit LIGASANO® weiß, dazu LIGASANO® weiß etwas größer als den Wunddurchmesser und etwas dicker als die Wundtiefe zuschneiden („Wundfüller“)
- Einbringen von LIGASANO® weiß in die Wunde mit leichter Kompression, es muss zwingend vollflächiger Wundkontakt bestehen, auch an den Wundrändern und Unterminierungen
- Großflächige Abdeckung der Wunde und Wundumgebung mit LIGASANO® weiß
- Luftoffene Fixierung

Wunden mit engem Eingang / Fisteln

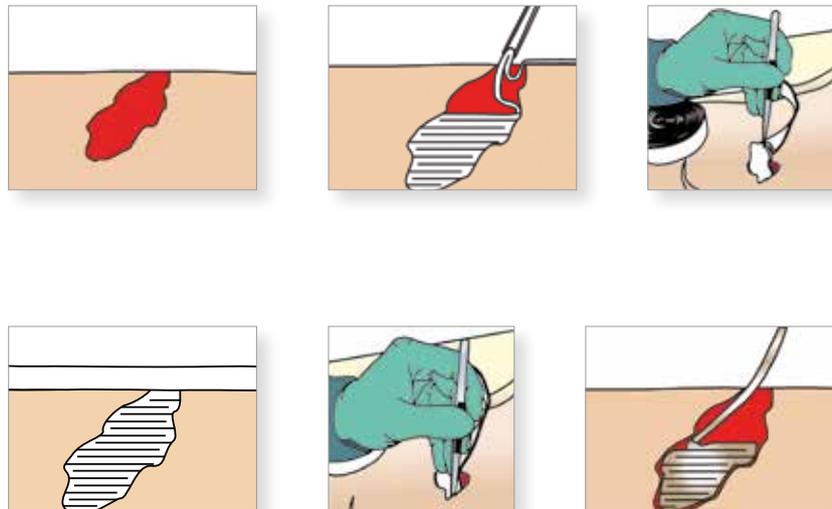


Abb. 6.3.2.13 bis 6.3.2.20: Anwendung bei Wunden mit engem Eingang und Fisteln

- Vollständiges Ausfüllen der Wunde mit den Cavity-Verbänden LIGASANO® weiß Wundband, Wundband mini, Wundband Mikro oder Sticks (je nach Volumen der Wunde). Erforschen sie dazu zuerst Richtung und Tiefe der Wunde, so dass Sie zuverlässig den Wundgrund erreichen.
- Großflächige Abdeckung der Wunde und Wundumgebung mit LIGASANO® weiß
- Das Wundband legt sich leporelloartig in die Wunde. Beim Entnehmen entsteht wenig Reibung. Der Versorgungswechsel geht schnell, einfach und vergleichsweise schmerzarm. Einem vorzeitigen oberflächigen Schließen der Wunde wird entgegengewirkt
- Luftoffene Fixierung

6.3.3 Anwendungsbeispiele

Fallbeispiel 1:

Patientendaten / Anamnese:

60-jährige Patientin, Multiple Sklerose, komplett immobil, Dekubitus Kategorie 2 am rechten Trochanter, starke Kontrakturen an Armen und Beinen, schlechter Allgemeinzustand. Die Patientin liegt auf einem Wechsel-drucksystem, ist aufgrund Ihrer körperlichen Einschränkungen äußerst schwer zu lagern und entwickelt immer wieder Dekubitalulzera.



Abb. 6.3.3.1: 04.02.2016



Abb. 6.3.3.2: 04.02.2016



Abb. 6.3.3.3: 26.02.2016

Langfristig bestehender Dekubitus Kategorie 2 am rechten Trochanter mit mäßiger Exsudation und geröteter Wundumgebung. Versorgung mit LIGASANO® weiß steril 10 x 10 x 1 cm direkt auf die Wundfläche und 24 x 16 x 1 cm unsteril zusätzlich zur Druckentlastung darüber. Fixierung mit Klebevlies im Randbereich. Verbandswechsel 2-tägig. Lagerung der Patientin auf LIGASANO® Platten grün und weiß zur Therapieunterstützung und Druckentlastung. Vollständige Abheilung der Wunde am 26.02.2016.

Fallbeispiel 2:

Patientendaten:

47 Jahre, männlich, mit vernachlässigtem venösem Ulcus cruris an der Innenseite des linken Unterschenkels.



Abb. 6.3.3.4: Ausgedehnte Wunde mit verhärtetem Wundrand und einem Wundbett mit Belägen, Fibrinablagerungen, etwas Granulationsgewebe und eitrigem, faulig riechendem Exsudat.



Abb. 6.3.3.5: Die Wunde wurde von Anfang an mit LIGASANO® weiß versorgt, das in Dicken von 0,5 cm, 1 cm und 2 cm erhältlich ist und ein oder mehrlagig verwendet werden kann.



Abb. 6.3.3.6: Mehrlagige Wundversorgung mit LIGASANO® weiß.



Abb. 6.3.3.7: Nach einigen Wochen der Behandlung sind die Wundränder weich, Beläge und Fibrinablagerungen sind entfernt und die Wunde exsudiert nur noch leicht (normales Exsudat, ohne Eiter). Das Wundbett ist sehr gut granuliert.



Abb. 6.3.3.8: Drei Wochen später hat sich die Wunde weiter verkleinert und ist bereits an vielen Stellen epithelialisiert.



Abb. 6.3.3.9: Die Wundheilung schreitet weiter fort.



Abb. 6.3.3.10: Nach insgesamt drei Monaten Wundbehandlung mit LIGASANO® weiß ist die Wunde geschlossen, kein Wiederauftreten innerhalb der nächsten zwei Jahre. Dieser Patient trägt stets Kompressionsstrümpfe und erscheint monatlich zur Kontrolle.

Fazit:

LIGASANO® weiß ist ein sehr praktischer Verband für akute und chronische Wunden, die ein Débridement benötigen. Insbesondere bei Ulzerationen der Füße und Unterschenkel, Druckgeschwüren, Verbrennungen dritten Grades und schweren Weichteilinfektionen, wenn scharfes Débridement aufgrund der Verfassung des Patienten nicht möglich ist.

Fallbeispiel 3:

Patientendaten:

73-jähriger Patient, BMI 22,8 mit Diabetes mellitus Typ II seit 18 Jahren. Diabetische Fußläsion Grad 3B nach Wagner/Armstrong seit etwa 10 Jahren.

Stattgefundene Maßnahmen zur Beherrschung der Grunderkrankung: Revaskularisierung, Einnahme oraler Antidiabetika und bei Bedarf Insulin, Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten, Thrombozytenaggregationshemmern und Blutdrucksenkern. Dreimal wöchentlich Dialyse. Zustand nach Zehenamputation Dig. II - IV des rechten Fußes, 80% der Wundfläche sind mit Fibrin belegt, die Wundgröße beträgt am 21.07.2020 1,5 x 9,0 x 4,0 cm. Start der Wundreinigung und Wundbehandlung mit LIGASANO® am 25.01.2020. Für die Wundreinigung wurden im Wechsel die Wundreinigungspads LIGASANO® Wundputzer® intensiv und medium verwendet, anschließend wurde die Wundhöhle mit LIGASANO® weiß Cavityverband austamponiert.



Abb. 6.3.3.11: 03.02.2020 Wundgröße 2,5 x 3,0 x 4,0 cm; 40-50% der Wunde mit Fibrin belegt, feuchte Nekrosen am Wundrand



Abb. 6.3.3.12: 02.04.2020 Reinigung mit dem LIGASANO® Wundputzer® Intensiv, um die feuchte Wundrandnekrose zu lösen



Abb. 6.3.3.13: 02.04.2020 Wundgröße 2,0 x 3,0 x 2,0 cm, 10-20% der Wunde mit Fibrin belegt; Wundversorgung mit LIGASANO® weiß Wundband



Abb. 6.3.3.14: 16.06.2020 Wundgröße 1,0 x 1,8 x 1,0 cm. Die Beläge am Wundrand lösen sich durch den mechanischen Reiz des LIGASANO® weiß Cavity Verbandes



Abb. 6.3.3.15: 05.07.2020 Wundgröße 0,8 x 1,0 x 0,5 cm. Relativ schnelle Zunahme der Epithelisierung



Abb. 6.3.3.16: 27.07.2020 Die Wundheilung ist abgeschlossen

6.3.4 Risiken und Nebenwirkungen, Kontraindikationen

Bei der Wundreinigung: Das mechanische Débridement kann Schmerzen verursachen, auch mit LIGASANO® weiß steril.

Bei der Wundversorgung: Aufgrund der zelligen Struktur ist ein Einsprossen von z.B. Granulationsgewebe ins Material möglich. Dem kann durch rechtzeitigen Verbandwechsel (d.h. nach 1-3 Tagen) vorgebeugt werden. Insbesondere bei der Anwendung auf oder in bisher passiven Wunden oder auf bisher schlecht durchbluteten Körperteilen kann es zu Schmerzempfindungen kommen. Dies ist dann der Fall, wenn durch den mechanischen Reiz des Materials die lokale Durchblutung soweit gefördert wird, dass vorher reduziertes oder nicht mehr vorhandenes und damit ungewohntes Schmerzempfinden zurückkehrt, das anfangs oft stark empfunden wird. Üblicherweise normalisiert sich das Empfinden nach einigen Stunden oder spätestens nach einigen Tagen. Ist diese Wirkung nicht erwünscht, sollte auf eine Anwendung verzichtet werden.

Zu starker Druck durch Materialvorspannung, äußere Einwirkung oder Sog kann zum Zusammendrücken von Gefäßen und damit zu Druckulzera führen. Es kann passieren, dass LIGASANO® weiß steril mit der Wunde verklebt, meist dann wenn zu viel Luft an die Wunde kommt, d.h. die LIGASANO® Schicht nicht mindestens 2cm ab Hautniveau ist. Feuchten Sie LIGASANO® weiß steril auf der Wundseite leicht an (z.B. mit Ringerlösung oder Wundspüllösung) um ein Verkleben zu verhindern. Bei einer eventuell auftretenden Hypergranulation bitte sachgerecht behandeln und ggf. auf eine andere Verbandstoffgruppe wechseln.

LIGASANO® weiß ist ein unkompliziertes Produkt, dessen Wirkung sich aus der Struktur ergibt. Es enthält keine Wirkstoffe und gibt solche auch nicht ab. Bei korrekter Anwendung von LIGASANO® weiß sind keine unerwünschten Nebenwirkungen, Unverträglichkeiten oder auch Wechselwirkungen mit Medikamenten bekannt. Typisch und erwünscht sind Hautrötungen im Kontakt, anfängliches „kribbeln“, verstärkte Wundreaktionen, Rückkehr der Empfindungen (bei Wunden ggf. auch Schmerz) als Folge der Durchblutungsförderung. Die Wirkung ist rein physikalisch und stoppt praktisch sofort beim Absetzen des Präparats.

Wie bei allen Wundaufgaben können leichte Hautreaktionen wie Mazeration, Erythem, sekundär infizierte Dermatitis, Erysipel sowie Überempfindlichkeitsreaktionen und Schmerzen beim Verbandwechsel auftreten.

Bitte melden Sie unbedingt alle in Zusammenhang mit unserem Verbandstoff LIGASANO® weiß steril aufgetretenen etwaigen Vorfälle uns oder der zuständigen Behörde des Mitgliedstaates (in Deutschland ist dies die BfArM), in dem der Vorfall aufgetreten ist.

Kontraindikationen sind Tumorwunden, unbehandelte Osteomyelitis, Organkontakt, Kontakt zu freiliegenden Blutgefäßen, welche der Gefahr unterliegen geschädigt zu werden, Kontakt zu Nerven.

6.3.5 Verbandwechsel-Intervalle

LIGASANO® weiß steril ist nur zum einmaligen Gebrauch vorgesehen. Die Sterilität ist nur bei unverletzter Verpackung gewährleistet. Das Produkt darf nicht mehr verwendet werden nach Ablauf des Verfallsdatums und es ist nicht für die Wiederaufbereitung oder Resterilisierung zugelassen.

LIGASANO® weiß steril darf nicht auf Dauer in der Wunde oder am Körper verbleiben, sondern kann über einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten wiederholt angewendet werden. Verbandwechsel nach 1-3 Tagen, je nach Indikation. Bitte beachten Sie, dass LIGASANO® weiß steril keinen direkten Kontakt zu Organen haben darf, ein direkter Kontakt zu Schleimhäuten ist möglich.

6.4 LIGASANO® grün und LIGASANO® orange als Wundverband und Wundfüller

LIGASANO® grün und LIGASANO® orange sind elastische, geschäumte, fast ungehindert luft- und wasserdurchlässige Polyurethane (PUR), vorstellbar wie ein dreidimensionales Sieb. Die Struktur ist grob, die Oberfläche rau.

6.4.1 Grundsätzliches zur Anwendung:



Abb. 6.4.1.1 - 6.4.1.5: Anwendung von LIGASANO® grün als Wundfüller in der NPWT

- Mit LIGASANO® grün und LIGASANO® orange können Wunden abgedeckt oder ausgefüllt werden. Einem Kollaps von Wunden unter Einwirkung von äußerem Druck oder von Sog, z.B. bei einer aktiven Wunddrainage bzw. NPWT, wird entgegengewirkt.
- Durch die Oberflächenbeschaffenheit wird ein mechanischer Reiz auf die Kontaktflächen ausgeübt, der lokal durchblutungsfördernd wirkt, somit bei kontaminierten oder infizierten Wunden die normale Körperreaktion „Wundreinigung durch Sezernieren“ fördert. Ebenso soll dadurch der Stofftransport im Wundgebiet gefördert werden und damit eine Granulationsförderung bewirken. Dieses Wirkprinzip ist seit Jahrzehnten von LIGASANO® weiß her bekannt und bewährt.
- Durch die beschriebene offene Struktur werden trotz ausgefüllter Wunde Wundspülungen ermöglicht.
- Ein Ablauf von Exsudat, Spüllösung etc., der Schwerkraft folgend nach unten aus der Wunde wird ermöglicht.
- LIGASANO® grün und LIGASANO® orange können bei der Anwendung oft mit LIGASANO® weiß sinnvoll kombiniert werden.
- Eine Kombination bietet sich z.B. an, wenn erhebliche Exsudatmengen unter Kontrolle gebracht werden müssen, die die Aufnahmefähigkeit von LIGASANO® weiß übersteigen.
- Bei Harninkontinenz soll innerhalb einer üblichen Inkontinenzversorgung mit Unterlagen oder Hosen ein Harnabfluss nach unten, weg von der Haut, ermöglicht werden, so daß die Haut gegen Ausscheidungen geschützt ist.
- **Die Anwendung muss stets durch Angehörige der Gesundheitsberufe erfolgen. Die Entscheidung über die jeweilige Art der Applikation von LIGASANO® orange steril erfolgt durch Angehörige der Gesundheitsberufe, dem Einzelfall angepasst und angemessen**

6.4.2 Anwendung bei verschiedenen Wundarten

Flache Wunde (bis ca. 0,5 cm Tiefe)

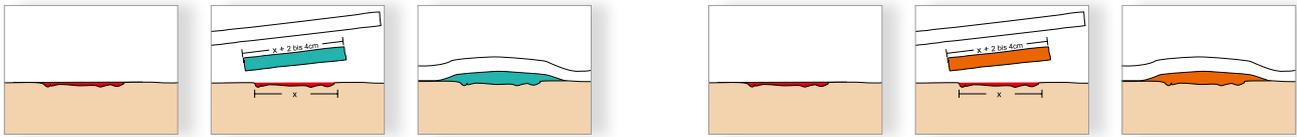


Abb. 6.4.2.1 bis 6.4.2.6: Anwendung bei flachen Wunden

- Vollständige Abdeckung der Wunde mit LIGASANO® grün oder LIGASANO® orange
- Darauf achten, dass vollständiger Wundkontakt auch an etwas tieferen Stellen der Wunde gewährleistet ist
- Abdeckung mit LIGASANO® weiß oder einem anderen saugenden Verbandstoff
- Luftoffene Fixierung

Tiefe Wunde

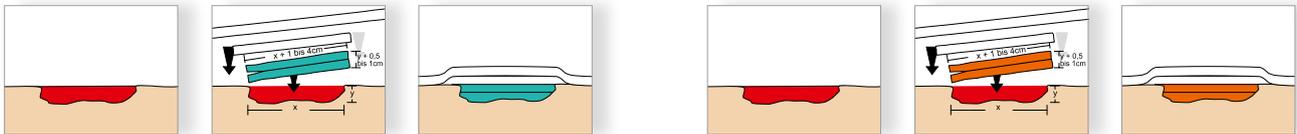


Abb. 6.4.2.7 bis 6.4.2.12: Anwendung bei tiefen Wunden

- Vollständiges Ausfüllen der Wunde mit LIGASANO® grün oder LIGASANO® orange
- Es muss zwingend vollflächiger Wundkontakt bestehen, auch an den Wundrändern
- Abdeckung mit LIGASANO® weiß oder einem anderen saugenden Verbandstoff
- Luftoffene Fixierung

Tiefe Wunde mit Unterminierungen



Abb. 6.4.2.13 bis 6.4.2.18: Anwendung bei tiefen Wunden mit Unterminierungen

- Vollständiges Ausfüllen der Unterminierung und der eigentlichen Wunde mit LIGASANO® grün oder LIGASANO® orange
- Es muss zwingend vollflächiger Wundkontakt bestehen, auch an den Wundrändern
- Abdeckung mit LIGASANO® weiß oder einem anderen saugenden Verbandstoff
- Luftoffene Fixierung

Wunden mit engem Eingang / Fisteln

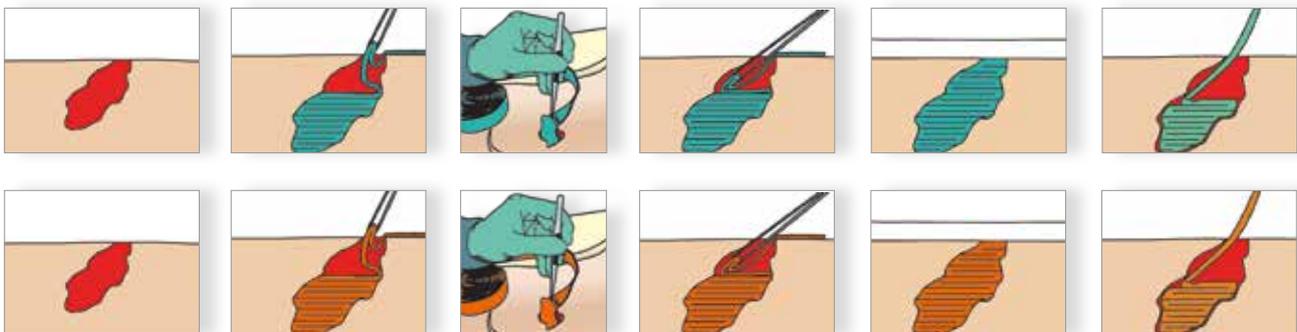


Abb. 6.4.2.19 bis 6.4.2.30: Anwendung bei Wunden mit engem Eingang und Fisteln

- Vollständiges Ausfüllen der Wunde mit den Cavity-Verbänden LIGASANO® grün bzw. orange Wundband oder Wundband mini (je nach Volumen der Wunde). Erforschen sie dazu zuerst Richtung und Tiefe der Wunde, so dass Sie zuverlässig den Wundgrund erreichen.
- Es muss zwingend vollflächiger Wundkontakt bestehen, auch an den Wundrändern.

- Abdeckung mit LIGASANO® weiß oder einem anderen saugenden Verbandstoff.
- Das Wundband legt sich leprelloartig in die Wunde. Beim Entnehmen entsteht wenig Reibung. Der Versorgungswechsel geht schnell, einfach und vergleichsweise schmerzarm. Einem vorzeitigen oberflächigen Schließen der Wunde wird entgegengewirkt.
- Luftoffene Fixierung

6.4.3 Risiken und Nebenwirkungen, Kontraindikationen

Wundreinigung: Das mechanische Débridement kann Schmerzen verursachen, auch mit LIGASANO® grün steril oder LIGASANO® orange steril.

Wundversorgung: Bei der Anwendung von LIGASANO® grün steril und LIGASANO® orange steril als Wundverband kann es aufgrund der zelligen Struktur zum Einsprossen von z.B. Granulationsgewebe ins Material kommen. Dem kann durch rechtzeitigen Verbandwechsel (d.h. nach 1-4 Tagen) vorgebeugt werden. Insbesondere bei der Anwendung auf oder in bisher passiven Wunden oder auf bisher schlecht durchbluteten Körperteilen kann es zu Schmerzempfindungen kommen. Dies ist dann der Fall, wenn durch den mechanischen Reiz des Materials die lokale Durchblutung soweit gefördert wird, dass vorher reduziertes oder nicht mehr vorhandenes und damit ungewohntes Schmerzempfinden zurückkehrt, das anfangs oft stark empfunden wird. Üblicherweise normalisiert sich das Empfinden nach einigen Stunden oder spätestens nach einigen Tagen. Ist diese Wirkung nicht erwünscht, sollte auf eine Anwendung verzichtet werden. Bei einer „offenen Versorgung“ ohne zusätzliche Abdeckung ist zu bedenken, dass kaum Schutz gegen die Umgebungsatmosphäre besteht. Zu starker Druck durch Materialvorspannung, äußere Einwirkung oder Sog kann zum Zusammendrücken von Gefäßen und damit zu Druckulzera führen. Bei einer eventuell auftretenden Hypergranulation bitte sachgerecht behandeln und ggf. auf eine andere Verbandstoffgruppe wechseln.

LIGASANO® grün steril und LIGASANO® orange sind unkomplizierte Produkte, deren Wirkung sich aus der Struktur ergibt. Sie enthalten keine Wirkstoffe und geben solche auch nicht ab. Bei korrekter Anwendung von LIGASANO® grün und LIGASANO® orange sind keine unerwünschten Nebenwirkungen, Unverträglichkeiten oder auch Wechselwirkungen mit Medikamenten bekannt. Typisch und erwünscht sind Hautrötungen im Kontakt, anfängliches „kribbeln“, verstärkte Wundreaktionen, Rückkehr der Empfindungen (bei Wunden ggf. auch Schmerz) als Folge der Durchblutungsförderung. Die Wirkung ist rein physikalisch und stoppt praktisch sofort beim Absetzen des Präparats.

Bitte melden Sie unbedingt alle in Zusammenhang mit unserem Verbandstoff LIGASANO® grün steril oder LIGASANO® orange steril aufgetretenen etwaigen Vorfälle uns oder der zuständigen Behörde des Mitgliedstaates, in dem der Vorfall aufgetreten ist.

Kontraindikationen sind Tumorwunden, unbehandelte Osteomyelitis, Organkontakt, Kontakt zu freiliegenden Blutgefäßen oder Anastomosenbereichen, welche der Gefahr unterliegen geschädigt zu werden, Kontakt zu Nerven.

6.4.4 Verbandwechsel-Intervalle

LIGASANO® grün steril und LIGASANO® orange steril sind nur zum einmaligen Gebrauch vorgesehen. Die Sterilität ist nur bei unverletzter Verpackung gewährleistet. Das Produkt darf nicht mehr verwendet werden nach Ablauf des Verfallsdatums und es ist nicht für die Wiederaufbereitung oder Resterilisierung zugelassen.

LIGASANO® grün steril und LIGASANO® orange steril dürfen nicht auf Dauer in der Wunde oder am Körper verbleiben, sondern können über einen Zeitraum von bis zu 30 Tagen wiederholt angewendet werden. Verbandwechsel nach 1-4 Tagen, je nach Indikation. Bitte beachten Sie, dass LIGASANO® grün steril und LIGASANO® orange steril keinen direkten Kontakt zu Organen haben dürfen und keinen direkten Kontakt mit freiliegenden Blutgefäßen, Anastomosebereichen oder Nerven. Ein direkter Kontakt zu Schleimhäuten ist möglich.

6.4.5 Anwendungsbeispiele

Behandlungsbeispiel 1

81-jährige mobile Patientin, Zustand nach Sturz auf das linke Knie und Unterschenkel mit nachfolgendem stark ausgeprägtem Hämatom. Nach ca. zwei Wochen im distalen lateralen Unterschenkelbereich Schwellung und derbe Geweberesistenz auf ca. 15 x 10 cm. Patientin wurde nach dem Trauma chirurgisch vorgestellt. Therapieanordnung: Hepathrombsalbenverband. Im weiteren Verlauf demarkierte sich zunächst eine trockene, später dann eine feuchte Nekrose in diesem Areal. Chirurgische Vorstellung ambulant am 22.02.2017 zum Débridement. Nebenbefund: CVI Stadium 1 nach Widmer; Zustand nach Osteosynthese bei Fraktur des OSG vor mehreren Jahren. Dadurch auch Ödemneigung und leichte Bewegungseinschränkung des OSG.



Abb. 6.4.5.1: 17.02.2017, Wundgröße 2 x 3 cm, Tiefe nicht bestimmbar



Abb. 6.4.5.2: 25.02.2017, zuerst mechanische Wundreinigung mit dem LIGASANO® Wundputzer® medium.



Abb. 6.4.5.3: 25.02.2017, Wundzustand nach Wundreinigung, Wundgröße 2,5 x 3 x 1,5 cm



Abb. 6.4.5.4: 25.02.2017, Wundfüller (Tamponade) aus LIGASANO® weiß steril Wundband

Am 25.02.2017 betrug die Wundgröße 2,5 x 3 x 1,5 cm, Unterminierung nach tibial 1,5 cm, nach dorsal 1,8 cm. Nach dorsal schwammiges nekrotisches Gewebe/Koagel, nach tibial erscheint festere Struktur, Exsudat mäßig, blutig, kein Wundgeruch. Wundumgebung livide, unter der leichten Kompression Ödem gut rückläufig. Wundreinigung mit LIGASANO® Wundputzer® interdigital medium in Kombination mit Prontosan W; Wundfüller: LIGASANO® weiß Tamponade (Wundband Micro); Wundauflage: LIGASANO® weiß steril Komresse 10 x 10 x 1 cm Fixierung: Tubifast und Kurzzugbinde mit leichter Kompression. Verbandwechsel einmal täglich. Der Verband wird auch nachts belassen und gut toleriert. Schmerzen gab die Patientin kaum an, kurzzeitiges Ziehen bei der Wundreinigung.

Am 05.03.2017 betrug die Wundgröße 2,5 x 3,5 x 1,5 cm, Unterminierung nach tibial 3 cm, nach dorsal 3 cm. Soweit einsehbar nekrotisches Gewebe/Koagel abgestoßen, Wundgrund mäßig fibrinös belegt, nach tibial deutliche Zunahme der Fistel. Exsudat mäßig, weniger blutig, kein Wundgeruch. Wundumgebung livide ohne Infektionszeichen. Therapieempfehlung weiterhin mit LIGASANO® weiß Wundband/Tamponade und sekundär als Wundverband, für den Wundgrund Repitel Wundgel.

Am 23.03.2017 betrug die Wundgröße 2,5 x 3,5 x 1,5 cm, Unterminierung nach tibial 2,5 cm, nach dorsal 2 cm. Soweit einsehbar Wundgrund ohne Beläge mit guter Granulations- und Epithelisierungstendenz, nach tibial nicht vollständig einsehbar. Exsudat mäßig, dezent blutig, kein Wundgeruch, Wundumgebung intakt, mäßiges Ödem.



Abb. 6.4.5.5: 05.03.2017 nach mechanischer Wundreinigung mit LIGASANO® Wundputzer® Medium



Abb. 6.4.5.6: 23.03.2017 Wunde nach Wundreinigung mit Prontosan Nassphase



Abb. 6.4.5.7: 29.03.2017 Wunde nach Wundreinigung mit Prontosan Nassphase



Abb. 6.4.5.8: 14.04.2017 Irritierte Wundumgebung nach ca. einer Woche Alginattamponade

Am 29.03.2017 betrug die Wundgröße 2,0 x 3,0 cm x 1,3 cm, Unterminierung nach tibial 2,5 cm, nach dorsal 1,5 cm, Exsudat mäßig, dezent blutig, kein Wundgeruch, Wundumgebung intakt, mäßiges Ödem, täglicher Verbandwechsel.

Am Verbandsregime wurde zunächst nichts verändert. Ab dem 05.04.2017 sollte der Wundfüller durch eine Alginattamponade ersetzt werden (Chirurg bestand auf der Anwendung von Alginat) und LIGASANO® weiß steril Kompressen als Wundauflage. Der Verbandwechsel erfolgte weiterhin täglich.

Am 14.04.2017 wiederholt sehr reichlich blutiges Exsudat, die Wundumgebung erscheint irritiert, gerötet und leicht inflammatorisch. Sorbalgon zum Test abgesetzt.

Am 18.04.2017 betrug die Wundgröße nur noch 1,5 x 2,8 x 0,3 cm, deutliche Besserung unter Repithel Gel und LIGASANO® weiß; Wundrandschutz mit Dline Zinkcreme. Exsudat mäßig, nicht mehr blutig, kein Wundgeruch, Wundumgebung weniger irritiert, deutliche Reduktion der Wundfläche und gute Granulation und Epithelisierung. Ab 03.05.2017 erfolgte die Umstellung des Sekundärverbandes auf Mepilex postop.

Das Verbandswechselintervall wurde im Verlauf der Wundtherapie bis auf dreimal wöchentlich angepasst. Therapiebegleitend erfolgte die Umstellung auf ein zweiteiliges Strumpfsystem der Kompressionsklasse 2, um das Ödem zu reduzieren und der Patientin größtmögliche Mobilität zu ermöglichen.



Abb. 46.4.5.9: 18.04.2017, die Fisteln sind fast vollständig verschlossen.



Abb. 6.4.5.10: 03.05.2017, Fisteln verschlossen, weitere Reduktion der Wundfläche.



Abb. 6.4.5.11: 29.05.2017, Wunde fast vollständig epithelisiert.



Abb. 6.4.5.12: 23.06.2017 Wunde vollständig abgeheilt mit sehr gutem kosmetischem Ergebnis.

Fazit:

Der Einsatz von LIGASANO® orange (Wundputzer® medium) konnte eine zügige Wundreinigung erreichen und damit die Therapiezeit verkürzen. LIGASANO® weiß als Wundauflage hat sich in dieser Wundversorgung sehr gut bewährt und durch die gute Drainagewirkung eine Schädigung (Mazeration) der Wundumgebung weitestgehend verhindert.

Behandlungsbeispiel 2

66-jähriger Patient, beginnende Leberzirrhose, keine weiteren Grunderkrankungen, Entstehungsursache des Ulcus ist unklar, es wird eine Autoimmunerkrankung vermutet. Die Therapie mit LIGASANO® grün wurde bereits im Krankenhaus begonnen.

Am 29.10.2020 erfolgte die Erstversorgung des Patienten zu Hause durch das Medical-Center Südwestfalen GmbH & Co KG, Standort Freudenberg.

Die Wunde wurde wie folgt versorgt:

- Wundreinigung mit einer Polyhexanid Lösung und sterilen Kompressen.
- LIGASANO® grün als primäre Wundauflage
- Superabsorber als sekundäre Wundauflage
- Anschließend Kompressionsverbände

Der Verband wird aufgrund der starken Exsudation täglich gewechselt.

Einmal wöchentlich wurde eine Wundvisite durch Jenny Maßfeller vom Medical-Center Südwestfalen durchgeführt. Die täglichen Verbandswechsel wurden durch einen ansässigen ambulanten Pflegedienst durchgeführt.



Abb. 6.4.5.13: 29.10.2020



Abb. 6.4.5.14: 29.10.2020



Abb. 6.4.5.15: 29.10.2020



Abb. 6.4.5.16: 09.12.2020

Am 09.12.2020 erfolgte die Umstellung der Wundversorgung auf LIGASANO® weiss. Nach der Wundreinigung mit einer Polyhexanid-Lösung und sterilen Kompressen wurde die Wunde mit vier Stück LIGASANO® weiss in der Größe 24 x 16 x 1 cm abgedeckt. Es wurden weiterhin Kompressionsverbände angelegt. Die Wunde zeigte eine deutliche Besserung bezüglich der Wundbeläge. Der Wundverband wurde weiterhin täglich gewechselt.



Abb. 6.4.5.17: 09.12.2020



Abb. 6.4.5.18: 09.12.2020



Abb. 6.4.5.19: 09.12.2020



Abb. 6.4.5.20: 30.12.2020



Abb. 6.4.5.21: 30.12.2020



Abb. 6.4.5.22: 10.02.2021



Abb. 6.4.5.23: 10.02.2021



Abb. 6.4.5.24: 10.02.2021



Abb. 6.4.5.25: 10.02.2021



Abb. 6.4.5.26: 07.04.2021



Abb. 6.4.5.27: 07.04.2021



Abb. 6.4.5.28: 07.04.2021

Im Zeitraum vom 30.12.2020 bis 10.02.2021 zeigen sich weiterhin gut sichtbare Erfolge. Am 07.04.2021 zeigt sich weiterhin eine gute Heilungstendenz. Die Wundversorgung erfolgt unverändert mit LIGASANO® weiß 24 x 16 x 1 cm. Der Verbandswechselintervall konnte auf zweitägig ausgedehnt werden.



Abb. 6.4.5.29: 07.04.2021



Abb. 6.4.5.30: 26.05.2021



Abb. 6.4.5.31: 26.05.2021



Abb. 6.4.5.32: 26.05.2021



Abb. 6.4.5.33: 26.05.2021



Abb. 6.4.5.34: 16.06.2021



Abb. 6.4.5.35: 16.06.2021



Abb. 6.4.5.36: 16.06.2021

Am 26.05.2021 und am 16.06.2021 sind weitere Fortschritte gut erkennbar. Auf der Innenseite hat sich die Wunde deutlich verkleinert. Der Bereich direkt über dem Innenknöchel ist epithelisiert.



Abb. 6.4.5.37: 16.06.2021

Fazit:

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die zu Beginn der Therapie vorhandenen Beläge schnell und effektiv mit LIGASANO® grün gelöst werden konnten. Aufgrund des zunehmenden Granulationsgewebes konnte bereits nach 10 Tagen auf die Wundbehandlung mit LIGASANO® weiß umgestellt werden. Während der folgenden Wochen bildete sich unter der Therapie mit LIGASANO® weiß weiterhin gut durchblutetes Granulationsgewebe, welches sich zu gut sichtbaren Epithelgewebeinseln weiterentwickelt hat. Die Therapie mit LIGASANO® weiß wird aufgrund des schmerzarmen und einfachen Verbandswechsels und der trotz wahrscheinlicher autoimmuner Ursache guten Heilungstendenz fortgeführt.

Behandlungsbeispiel 3



Abb. 6.4.5.38: Kontaminierte, belegte Bauchdeckenwunde mit Nekrosen vor der Behandlung mit dem grünen LIGASANO®-Schaumstoff (intraoperativ vor erneutem Débridement)



Abb. 6.4.5.39: Angelegte Vakuumtherapie mit PU-Schaumstoff LIGASANO® grün



Abb. 6.4.5.40: Granulationsgewebe nach zwölf tägiger Vakuumtherapie mit dem LIGASANO®-Schaumstoff



Abb. 6.4.5.41: Vollständig eingehheilte Spalthaut mit Hernie nach etwa neun Monaten



6.4.5.42 a+b: Sechs Monate nach der Bauchdeckenplastik



Der Artikel „Unterdruck-Wundtherapie mit einem alternativen großporigen Schaumstoff“ von Leonard Walle und Hisham Fansa erschien in der Chirurgischen Allgemeinen Zeitung (CHAZ), 14. Jg. 10. Heft 2013 Seite 609-612:

Nach Aussage der Autoren sei die Indikation zur Unterdruck-Wundtherapie bei mit Detritus belasteten Wunden eingeschränkt, denn durch den Anfall von flockigem Sekret, Fibrinbelägen und Nekrosen würden die Poren des Schaumstoffes verstopfen. Die Autoren berichten von einem Patienten, bei dem ein spezieller Polyurethan-Schaumstoff mit besonders großen Poren zur NPWT angewandt wurde, nachdem es unter der Standard-Unterdrucktherapie zu einem Heilungsstillstand gekommen war:

„Ein 43 Jahre alter Motorradfahrer erlitt ein Polytrauma. Bei Zwerchfellruptur links, Milz- und Leberruptur, Gallenblasenabriss, sowie Lungenkontusion und Rippenseri-enfrakturen erfolgte nach Splenektomie, Cholezystektomie, Blutstillung der Leber und Thorakotomie die Behandlung des offenen Abdomens. Eine intensivmedizinische Behandlung war über vier Wochen notwendig. Bis auf einen Nikotinabusus waren keine weiteren Risikofaktoren noch relevante Vorerkrankungen bekannt. Eine Sekundärnaht der Bauchdecke war nicht möglich, so dass die Anlage eines herkömmlichen V.A.C.® Abdominal Dressing Systems (Porengröße 400–600 µm) mit kontinuierlichem Sog von 100 mmHg ab dem zehnten postoperativen Tag (nach der ersten OP) erfolgte. Hierunter zeigte sich nach drei Wochen und sechs-maligem Schaumstoff-Wechsel mit Débridement unter operativen Bedingungen keine nennenswerte Granulationstendenz der Wundhöhle, auffällig war zudem, dass kein Abtransport von Sekret und Detritus stattfand (Abb. 6.4.5.38).

Daraufhin stellten wir die Indikation zu einem Wechsel auf einen anderen, großporigen PU-Schaumstoff (LIGASANO® grün), der eine Porengröße von ein bis 3,5 Millimeter aufweist. Dieser Schaumstoff besitzt eine CE-Kennzeichnung und wird seit über 30 Jahren zur Wundbehandlung eingesetzt. Eine Verwendung mit elektrischen Geräten (bspw. NPWT-Gerät) hat der Hersteller bislang nicht geprüft. Dieses Vorgehen wurde mit dem Betreuer des Patienten eingehend besprochen und ein individueller Therapieversuch vereinbart.

Nach erneutem Débridement zur Entfernung der neu aufgetretenen Nekrosen führten wir die Vakuumtherapie mit einem kontinuierlichen Sog von 100 mmHg durch. Schon nach einmaliger Vakuumtherapie zeigte sich ein dünner Granulationsrasen. Es erfolgten insgesamt zwei Wechsel des Schaumstoffes im drei- bis viertägigen Intervall (Abb. 6.4.5.39 und 40). Beläge und flockige Sekrete konnten adäquat abgeleitet werden, ohne den Schaumstoff oder das Drainagesystem zu verstopfen.

Nach ausreichender Granulation wurde eine Spalthautdeckung (1:1,5 Mesh) durchgeführt. Nach neun Monaten konnten wir die obligat entstandene Hernie elektiv in einem interdisziplinären Eingriff durch eine Netzimplantation und Abdominoplastik verschließen (Abb. 6.4.5.41 und 42).“

6.4.6 Kombinationsmöglichkeiten mit anderen Produkten

LIGASANO® weiß mit Polihexanid-Gel und Superabsorber

Am Zentrum für Gefäßmedizin und Wundbehandlung des Stiftungsklinikums Mittelrhein entwickelten Dr. med. Gunnar Riepe und Kollegen das „Bopparder LaLiSo-Konzept beim nässenden Ulcus cruris venosum“. Dieses Wundbehandlungskonzept wurde zwar im stationären Bereich entwickelt, fand aber hohe Akzeptanz bei den ambulanten Pflegediensten. Die Verfasser suchten nach einer Wundaufgabe, die einerseits grobporig genug ist, um auch dickere Exsudatanteile aufzunehmen und andererseits mit einem Superabsorber kombinierbar ist. Die einzig mögliche Lösung fand das Ärzteteam in der Kombination aus Lavasept® Gel mit LIGASANO® weiß und dem Superabsorber Sorbion® Sacht®. Aus den Anfängen der Namen Lavasept®, LIGASANO® und Sorbion® entstand die interne Abkürzung LaLiSo.



Abb. 6.4.6.1: Lavasept® Gel (Polihexanid) und LIGASANO® weiß in kleinen Würfeln.



Abb. 6.4.6.2: Sorbion® Sacht® Superabsorber über dem Schaum.



Abb. 6.4.6.3: Entfernte Schaumwürfel mit den festen Anteilen des Wundsekrets.

LIGASANO® weiß mit Polihexanid-Gel

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im St. Josef Hospital in Bochum verwendet bei der offenen Wundbehandlung von Verbrennungswunden eine Kombination aus LIGASANO® weiß + grün und Lavasept® (Polihexanid) Gel. Dazu wird LIGASANO® grün auf ein mit steriler Bettwäsche bezogenes Bett gelegt und mit einer Lage LIGASANO® weiß abgedeckt. Darauf kommen die kleinen Patienten zu liegen. Die Wunden werden vorher mit Lavasept® Gel eingecremt. Die Methode der offenen Wundbehandlung wird nur noch selten angewendet, weil die schwerbrandverletzten Kinder 24 Stunden alleine in einem Zimmer liegen müssen, nicht mobil sind und dementsprechend starken psychischen Belastungen ausgesetzt sind.



Abb. 6.4.6.4:



Abb. 6.4.6.5:



Abb. 6.4.6.6:

LIGASANO® weiß mit Saugkomresse



Abb. 6.4.6.7:



Abb. 6.4.6.8:



Abb. 6.4.6.9:

LIGASANO® weiß mit atmungsaktivem klebenden Fixiervlies



Abb. 6.4.6.10:



Abb. 6.4.6.11:



Abb. 6.4.6.12:

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
Anhänge

Kapitel 7: Prävention mit LIGASANO®

7.1 Allgemeines, Zahlen, Fakten

Nach vorsichtigen Schätzungen entwickeln in Deutschland jährlich über 400.000 Personen ein behandlungsbedürftiges Dekubitalulkus. Gesicherte Fallzahlen liegen erst in Ansätzen vor, insbesondere für den häuslichen Bereich. Laut der aktuellen Ausgabe des „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ schwanken die Dekubitusprävalenzen in Krankenhäusern zwischen 18 und 24% und in Langzeitpflegeeinrichtungen um die 30%.

Tatsächlich sind die Dekubitusprävalenzen aber deutlich geringer, wie die Charité-Studie zeigt. Von 2001 bis 2011 nahmen insgesamt 31596 Bewohner aus 396 Pflegeeinrichtungen und 55511 Patienten aus 283 Krankenhäusern an der Prävalenzmessung teil. Das Durchschnittsalter betrug 76,2 Jahre in Pflegeheimen und 53,1 Jahre in Krankenhäusern, der Body Mass Index 24,9 (Pflegeheime) bzw. 26,9 (Krankenhäuser). Der prozentuale Anteil der Frauen in Pflegeheimen lag mit 76,2% deutlich über dem in Krankenhäusern (53,1%). **Auffällig ist auch, dass die Dekubitusprävalenz im Laufe der Jahre stetig abnahm,** was möglicherweise an der Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe liegen kann. Insgesamt ist allerdings die Dekubitusprävalenz in Krankenhäusern höher als in Pflegeeinrichtungen. Weiterhin fand die Studie heraus, dass Patienten/Bewohner mit einem niedrigen Braden-Index (ab ≤ 20) häufiger und auch von tieferen Dekubitalulzera betroffen waren.

Im Jahre 2000 wurde der erste **Expertenstandard des DNQP zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege** veröffentlicht. Seit Juni 2017 liegt die 2. Aktualisierung vor. Übergreifende Zielsetzung ist die Verhinderung eines Dekubitus. Angesichts des vorhandenen Wissens über die weitgehenden Möglichkeiten der Verhinderung eines Dekubitus ist die Reduzierung auf ein Minimum anzustreben. Dabei ist von herausragender Bedeutung, dass das Pflegepersonal systematische Risikoeinschätzung, Schulung von Patienten bzw. Betroffenen, Bewegungsförderung, Druckreduzierung und die Kontinuität prophylaktischer Maßnahmen gewährleistet.

Eine systematische Übersicht der Epidemiologie des Dekubitus in Deutschland, die 2019 von Tsenka Tomova-Simitchieva et al. veröffentlicht wurde (Gesundheitswesen 2019; 81(06): 505-512; DOI: 10.1055/s-0043-122069), kommt zu dem Schluss, dass Dekubitus ein häufiges Phänomen in allen Settings der Gesundheitsversorgung in Deutschland sei. Wie allgemein anerkannt, stellen Inzidenz und Prävalenz von Dekubitalulzera für die Qualität der Versorgung dar. Dekubitus werden nach EPUAP in sechs Kategorien eingeteilt (siehe Seite 48 in unserem Kompendium). Oft ist die Diagnose eines Dekubitus Kategorie 1 ungenau oder unsicher, weshalb das EPUAP empfiehlt, Dekubitushäufigkeiten immer inklusive und exklusive der Kategorie 1 anzugeben.

Tabelle 7.1.2 zeigt Dekubitusprävalenzen in deutschen Krankenhäusern.



Abb. 7.1.1: Grafik adaptiert aus der Präsentation „Wer macht's besser? - Pflege in Krankenhäusern und Pflegeheimen: Probleme mit Dekubitus“, Folie 19, von Dr. rer. cur. Nils Lahmann http://deutschespflegeforum.de/fileadmin/redakteure/pdf/Lahmann_Berlin_DPF_11_06_2014.pdf

	AQUA, IQTIG (ab 2015)	Krankenhaustatistik (ICD-10 Hauptdiagnose)	DRG-Statistik (ICD-10 Nebendiagnose)	Charité (Lahmann et al.)
2010	4,37	0,07	2,32	7,12
2011	4,09	0,07	2,33	4,82
2012	3,84	0,07	2,16	4,48
2013	1,59 (ab Kat. 2)	0,07	2,26	2,11
2014	1,55 (ab Kat. 2)	0,07	2,13	3,88
2015	1,57 (ab Kat. 2)	0,07	2,18	5,21

Tab. 7.1.2: Tabelle aus Tomova-Simitchieva et al (2019) zeigt die Dekubitusprävalenzen in deutschen Krankenhäusern; Abkürzungen: **AQUA** = Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen; **IQTIG** = Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen; **ICD** = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; **DRG** = Diagnosis related groups; **Charite** = 6 verschiedene Veröffentlichungen: (1) Lahmann N, Kottner, J. Pflegeprobleme in Deutschland. Ergebnisse von 10 Jahren Forschung in Pflegeheimen und Kliniken, in Dassen T, (Hrsg.), Berlin 2010: 7-39; (2) Lahmann N, Wilborn D, Lützkendorf D, Pflegeprobleme in Deutschland. Ergebnisse in Pflegeheimen und Kliniken 2001-2011, in Dassen T, (Hrsg.), Berlin 2011: 7-36; (3) Lahmann N, Kottner J, Raeder K. Pflegeprobleme in Deutschland. Ergebnisse von 12 Jahren Forschung in Pflegeheimen und Kliniken 2001-2012, in Dassen T, (Hrsg.) Berlin 2012: 9-41; (4) Lahmann N, Kottner J, Kühnast P et al. Pflegeprobleme in Deutschland. Ergebnisse von 13 Jahren Forschung in Pflegeheimen und Kliniken 2001-2013. In Dassen T (Hrsg.), Berlin 2013: 9-37; (5) Lahmann N, Kottner J, Kuntz S et al. Pflegeprobleme in Deutschland. Ergebnisse von 14 Jahren Forschung in Pflegeheimen und Kliniken 2001-2014, in Dassen T (Hrsg.), Berlin 2014: 5-30; (6) Lahmann N, Kottner J, Kuntz S et al. Pflegeprobleme in Deutschland. Ergebnisse von 15 Jahren Forschung in Pflegeheimen und Kliniken. In Dassen T (Hrsg.), Berlin 2015: 7-33

Tabelle 7.1.3 zeigt die Dekubitusprävalenzen in deutschen Pflegeheimen

	Charité (Lahmann et al)	MDS	ZQP (Scha- effer et al)	Kottner et al	Klingelhöfer- Noe et al	Wingen- feld et al	Ruscher et al
2010	4,29	4,38		3,91	3,90	4,38	
2011	3,91		6,48				
2012	3,60						
2013	6,74	3,77					3,40
2014	2,66					7,90	
2015	3,62						

Tab. 7.1.3: Tabelle aus Tomova-Simitchieva et al (2019) zeigt die Dekubitusprävalenzen in deutschen Pflegeheimen. Abkürzungen: Charité = 6 verschiedene Veröffentlichungen, siehe Text zu Abb. 512; **MDS** = Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen. Pflege-/Qualitätsberichte; **ZQP** = Zentrum für Qualität in der Pflege. Abschlußbericht Qualität und Gesundheit in der stationären Altenpflege, Bielefeld 2012; **Kottner et al** = Kottner J, Dassen T, Lahmann N et al. Dekubitus in deutschen Pflegeheimen: Häufigkeiten, Grade und Entstehungsorte. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2011,44: 318-322; **Klingelhöfer-Noe et al** = Klingelhöfer-Noe J, Dassen T, Lahmann N. Nursing homes versus assisted living facilities. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2015, 48: 263-269; **Wingefeld et al** = 2 Veröffentlichungen: (1) Wingefeld K, Engels D et al. Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe, Abschlussbericht 2011; (2) Wingefeld K. Qualitätsunterschiede sichtbar machen. Die Schwester Der Pfleger 2015, 54: 82-85; **Ruscher et al** = Ruscher C, Kraus-Haas M, Nassauer A et al. Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long term care facilities. Bundesgesundheitsblatt 2015, 58: 436-451

Tabelle 7.1.4 zeigt die Dekubitusprävalenzen der ambulanten Pflege in Deutschland

	MDS	ZQP (Scha- effer et al)	Klingelhöfer- Noe et al	Neumann et al
2010	3,74		2,27	
2011				
2012		3,98		
2013	3,16			
2014				2,88
2015				

Tab. 7.1.4: Tabelle aus Tomova-Simitchieva et al (2019) zeigt die Dekubitusprävalenzen in der deutschen ambulanten Pflege. Abkürzungen: **MDS** = Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen. Pflege-/Qualitätsberichte; **ZQP** = Zentrum für Qualität in der Pflege; Pflegerelevante Gesundheitsprobleme in der ambulanten Pflege und Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2015, Endbericht; **Klingelhöfer-Noe et al** = Klingelhöfer-Noe J, Dassen T, Lahmann N. Nursing homes versus assisted living facilities. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2015, 48: 263-269; **Neumann et al** = Neumann N, Mischler D, Cuny C et al. Multidrug-resistant organisms (MDRO) in patients in outpatient care in the Rhine-Main region, Germany in 2014, in Bundesgesundheitsblatt 2016, 59: 292-300

Ungeachtet sämtlicher methodologischer Limitierungen und mangelnder Vergleichbarkeiten betrage laut der Übersichtsarbeit von Tomova-Simitchieva et al. die Prävalenz in der Langzeitpflege 2% bis 5%. Aufgrund der sehr heterogenen Datenlage sei diese Abschätzung für deutsche Krankenhauspatienten kaum möglich, doch eine Prävalenz von 2% und höher sei anzunehmen. Diese Anteile würden belegen, dass verfügbare dekubitusprophylaktische Maßnahmen in Deutschland nicht ausgeschöpft würden. Weitere Anstrengungen müssten erfolgen, um die Dekubitusprävention in Deutschland zu verbessern.

Einmal entstanden, sind Druckgeschwüre für die Betroffenen sehr belastend, ihre Behandlung teuer und aufwändig, die Heilung sehr langwierig. Daher muss es aus medizinischer, pflegerischer, ethischer und gesundheitsökonomischer Perspektive das oberste Anliegen sein, Dekubitalulcera zu verhindern. Und zwar durch erfolgreiche, kooperativ erbrachte Vorbeugemaßnahmen.

Gemäß den Verfassern des Expertenstandard Dekubitusprophylaxe ist das Entstehen bzw. Nicht-Entstehen eines Dekubitus das Resultat eines komplexen Wechselspiels zahlreicher Strukturen und Prozesse innerhalb einer Organisation. Dekubitusprävention sei somit immer auch Leitungsaufgabe. Das Neuauftreten eines Dekubitus sage etwas über die Versorgungsqualität einer Einrichtung oder eines Dienstes aus. Gleichzeitig erkennt der Expertenstandard aber auch an, dass nicht alle Dekubitus vorgebeugt werden können.

Bei der Entstehung eines Dekubitus spielen die Faktoren **Druckdauer**, **Druckstärke** und **Gewebetoleranz** eine entscheidende Rolle. Sowohl komprimierende Kräfte (wirken senkrecht auf das Gewebe ein) als auch Scherkräfte (wirken vertikal und tangential auf das Gewebe ein) sind für die Entstehung von Druckulcera verantwortlich.

Entscheidend sind aber Druckdauer und Druckstärke. Je nach Gewebetoleranz kann innerhalb kürzester Zeit ein Dekubitus entstehen. Die Kapillargefäße werden durch den Druck komprimiert, was in der Folge zu einer Unterversorgung der betroffenen Bezirke mit Sauerstoff und Nährstoffen führt. Auch Stoffwechselendprodukte können nicht mehr abtransportiert werden. Hält dieser Zustand an, sterben Zellen ab und es bildet sich eine Nekrose.

Jedoch ist nicht alles, was nach einem Dekubitus aussieht, auch tatsächlich ein Dekubitus. Häufig handelt es sich auch um eine durch Feuchtigkeit und Reibung entstandene Mazeration der Epidermis und teilweise auch der Dermis. In der Praxis ist diese Unterscheidung nicht immer leicht, nachfolgende Tabelle kann dabei helfen:

	Dekubitus	Feuchtigkeitswunde
Lokalisation	entsteht an einem darunterliegenden Knochen (z.B. Kreuzbein)	entsteht in einer Hautfalte (z.B. am Steißbein)
Wundumgebung	scharf abgegrenzt	diffuse Ausbreitung
Wundgrund	schlecht durchblutet, evtl. mit Nekrosen	gut durchblutet, Wunde geht maximal bis zur Dermis

Tab. 7.1.5: Gegenüberstellung Dekubitus und Feuchtigkeitswunde

Fingertest nach Phillips (siehe auch Seite 32-34):

Drücken sie mit einem Finger auf die Hautrötung. Entsteht ein weißer Umriss und erscheint der Fingerabdruck nach dem Loslassen für einen **kurzen Moment weiß**, ist dies eine wegdrückbare Rötung und damit der Fingertest negativ. Es liegt **kein Dekubitus** vor, sondern ein allergisch oder entzündlich bedingtes Erythem.

Ist die **Rötung nicht wegdrückbar** und bleibt nach Loslassen bestehen, ist der Fingertest positiv: Es liegt eine **druckbedingte Hautschädigung** vor.

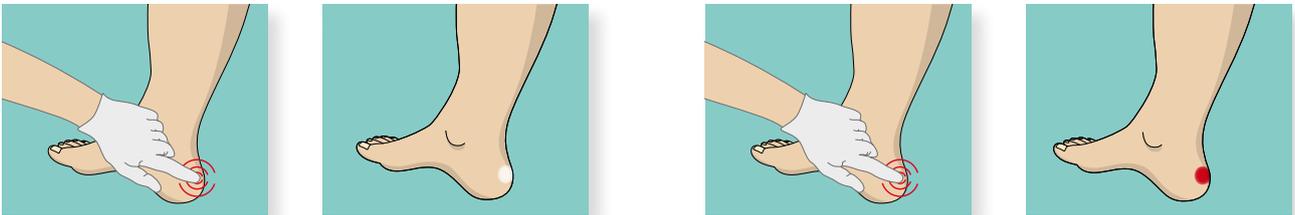


Abb. 7.1.6 bis 7.1.9: Fingertest nach Jenny Phillips

7.2 Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege

Zielsetzung: Jeder dekubitusgefährdete Patient/Bewohner erhält eine Prophylaxe, die die Entstehung eines Dekubitus verhindert.

Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
S1 - Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie über die Kompetenz, das Dekubitusrisiko einzuschätzen.	P1 - Die Pflegefachkraft schätzt unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags systematisch das Dekubitusrisiko aller Patienten/Bewohner ein. Diese Einschätzung beinhaltet ein initiales Screening sowie eine differenzierte Beurteilung des Dekubitusrisikos, wenn eine Gefährdung im Screening nicht ausgeschlossen werden kann. Die Pflegefachkraft wiederholt die Einschätzung in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität oder externer Einflussfaktoren, die zu einer erhöhten und/oder verlängerten Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften führen können.	E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung des individuellen Dekubitusrisikos liegt vor.
S2a - Die Pflegefachkraft verfügt über die Planungs- und Steuerungskompetenz zur Dekubitusprophylaxe. S2b - Die Einrichtung verfügt über eine Verfahrensregelung zur Dekubitusprophylaxe.	P2 - Die Pflegefachkraft plant individuell mit dem dekubitusgefährdeten Patienten/Bewohner und gegebenenfalls seinen Angehörigen Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe und informiert die an der Versorgung Beteiligten über das Dekubitusrisiko und die Notwendigkeit der kontinuierlichen Fortführung von Interventionen.	E2 Die Dekubitusgefährdung und die notwendigen Maßnahmen sind allen an der Versorgung des Patienten/Bewohners Beteiligten bekannt und werden kontinuierlich fortgeführt.
S3a - Die Pflegefachkraft verfügt über Fähigkeiten zur Information, Schulung und Beratung des Patienten/Bewohners und gegebenenfalls seiner Angehörigen zur Förderung der Bewegung des Patienten/Bewohners, zur Hautbeobachtung, zu druckentlastenden Maßnahmen und zum Umgang mit druckverteilenden und -entlastenden Hilfsmitteln. S3b Die Einrichtung stellt das erforderliche Informations- und Schulungsmaterial zur Verfügung.	P3 - Die Pflegefachkraft erläutert dem Patienten/Bewohner und gegebenenfalls einem Angehörigen die Dekubitusgefährdung und die Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen und deren Evaluation.	E3 Der Patient/Bewohner und gegebenenfalls seine Angehörigen kennen die Dekubitusgefahr sowie die geplanten Maßnahmen und wirken auf der Basis ihrer Möglichkeiten an deren Umsetzung mit.
S4 - Die Pflegefachkraft verfügt über Wissen zu druckentlastenden und die Eigenbewegung fördernden Maßnahmen und beherrscht haut- und gewebeschonende Bewegungs-, Positionierungs- und Transfertechniken.	P4 - Die Pflegefachkraft fördert soweit wie möglich die Eigenbewegung des Patienten/Bewohners. Sind Eigenbewegungen nicht oder nicht ausreichend möglich, gewährleistet die Pflegefachkraft auf Basis einer individuellen Bewegungsförderungsplanung sofortige Druckentlastung durch die haut- und gewebeschonende Bewegung des Patienten/Bewohners und die vollständige Druckentlastung (Freilage) gefährdeter Körperstellen.	E4 Die Eigenbewegung des Patienten/Bewohners ist gefördert und gefährdete Körperstellen sind entlastet.
S5a - Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Notwendigkeit und die Eignung druckverteilender und entlastender Hilfsmittel zu beurteilen und diese zielgerichtet einzusetzen. S5b - Die Einrichtung stellt sicher, dass dem Risiko des Patienten/Bewohners entsprechende Wechseldruck- und Weichlagerungssysteme unverzüglich zugänglich sind.	P5 - Die Pflegefachkraft wendet zusätzlich zu druckentlastenden Maßnahmen geeignete druckverteilende und -entlastende Hilfsmittel an, wenn der Zustand des Patienten/Bewohners eine ausreichende Bewegungsförderung nicht zulässt.	E5 Der Patient/Bewohner befindet sich unverzüglich auf einem für ihn geeigneten druckverteilenden und -entlastenden Hilfsmittel.
S6a - Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen zu beurteilen. S6b - Die Einrichtung stellt Ressourcen zur Erfassung von Dekubitus sowie zur Bewertung der Dekubitusprophylaxe zur Verfügung.	P6 - Die Pflegefachkraft begutachtet den Hautzustand des gefährdeten Patienten/Bewohners in individuell zu bestimmenden Zeitabständen.	E6a Der Patient/Bewohner hat keinen Dekubitus. E6b In der Einrichtung liegen Zahlen zur Dekubitushäufigkeit sowie zu Wirksamkeit der Dekubitusprophylaxe vor.

Tab. 7.2.1: Entnommen aus Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe, Zusammenfassung der Standardkriterien, 2. Aktualisierung 2017

Risikoeinschätzung / Risiko-Skalen zur Ermittlung der Dekubitusgefährdung:

Laut Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege wurden über 100 Risikofaktoren für die Dekubitusentstehung beschrieben und das Vorhandensein eines Risikofaktors erhöhe die Wahrscheinlichkeit, dass ein Dekubitus auftritt. Die von der Expertenarbeitsgruppe gesichteten verschiedenen Leitlinien (AWMA 2012, KCE 2012, Children's Hospital 2012, Spinal Cord Medicine 2014, NICE 2014, NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014) nennen folgende Risikofaktoren am häufigsten:

- Schlechter Ernährungszustand
- Verminderte Aktivität und Mobilität
- Erhöhte Hautfeuchtigkeit
- Begleiterkrankungen (z.B. Diabetes mellitus)
- Verminderte sensorische Wahrnehmung
- Demographische Variablen (z.B. Alter, Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit)
- Durchblutung und Sauerstoffversorgung der Haut
- Vorhandener Dekubitus

Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege sagt weiterhin aus, dass vergleichende Untersuchungen zu den Kausalitäten der Dekubitusentstehung darauf hin deuten, dass Immobilität, der Hautzustand/Dekubitus und schlechte Durchblutung einen direkten kausalen Zusammenhang mit der Dekubitusentstehung haben. Weitere Risikofaktoren, wie z.B. Harn- und Stuhlinkontinenz, Hauttemperatur, Untergewicht, höheres Lebensalter und Diabetes mellitus würden in Kombination mit den kausal direkt wirkenden Faktoren das Dekubitusrisiko erhöhen. Das Risikoassessment sollte nach Empfehlung des Expertenstandards folgende Aspekte beinhalten: Evaluation der Krankengeschichte, Risikoeinschätzung mit Skalen, Beurteilung des Hautzustandes, Mobilitäts- und Aktivitätsassessment, Erhebung des Ernährungszustandes, Kontinenzbewertung, kognitive Bewertung, Beurteilung extrinsischer Risikofaktoren.

Die Nutzung von Risikoskalen kann dabei unterstützend wirken. Die laut Expertenstandard Dekubitusprophylaxe am häufigsten in den Leitlinien genannten Skalen sind die Braden-, Norton-, Waterlow- und Cubbin-Jackson-Skala.

Braden-Skala	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte
Sensorische Wahrnehmung Fähigkeit, adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren	fehlt vollständig <ul style="list-style-type: none"> keine Reaktion auf schmerzhafte Stimuli; mögliche Gründe: <ul style="list-style-type: none"> Bewusstlosigkeit, Sedierung oder Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, die den größten Teil des Körpers betreffen 	stark eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize Beschwerden können kaum geäußert werden (z.B. nur durch Stöhnen oder Unruhe) oder Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist 	leicht eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> eine Reaktion auf Ansprache oder Kommandos Beschwerden können aber nicht immer ausgedrückt werden (z.B. dass die Position geändert werden soll) oder Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind 	vorhanden <ul style="list-style-type: none"> Reaktion auf Ansprache, Beschwerden können geäußert werden oder keine Störung der Schmerzempfindung
Aktivität Grad der körperlichen Aktivität	bettlägerig <ul style="list-style-type: none"> ans Bett gebunden 	sitzt auf <ul style="list-style-type: none"> kann mit Hilfe etwas laufen kann das eigene Gewicht nicht alleine tragen braucht Hilfe um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl) 	geht wenig <ul style="list-style-type: none"> geht am Tag allein, aber selten und nur ganz kurze Distanzen braucht für längere Strecken Hilfe verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl 	geht regelmäßig <ul style="list-style-type: none"> geht regelmäßig 2-3 mal pro Schicht bewegt sich regelmäßig
Mobilität Fähigkeit die Körperposition zu wechseln und zu halten	komplett immobil <ul style="list-style-type: none"> kann auch keinen geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe ausführen 	Mobilität stark eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> bewegt sich manchmal geringfügig (Körper, Extremitäten) kann sich aber nicht regelmäßig alleine ausreichend umlagern 	Mobilität gering eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten 	mobil <ul style="list-style-type: none"> kann alleine seine Position umfassend verändern
Feuchtigkeit Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	ständig feucht <ul style="list-style-type: none"> die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot immer wenn der Patient gedreht wird, liegt er im Nassen 	oft feucht <ul style="list-style-type: none"> die Haut ist feucht, aber nicht immer Bettzeug oder Wäsche muss einmal pro Schicht gewechselt werden 	manchmal feucht <ul style="list-style-type: none"> die Haut ist manchmal feucht und etwa einmal täglich wird neue Wäsche benötigt 	selten feucht <ul style="list-style-type: none"> die Haut ist meist trocken neue Wäsche wird selten benötigt
Ernährung Ernährungsgewohnheiten	sehr schlechte Ernährung <ul style="list-style-type: none"> isst kleine Portionen nie auf, sondern nur etwa 1/3 trinkt zu wenig, nimmt keine Ergänzungskost zu sich oder nur klare Flüssigkeit erhält Ernährungsinfusionen länger als 5 Tage 	mäßige Ernährung <ul style="list-style-type: none"> isst selten eine normale Essensportion auf, ist im allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung nimmt unregelmäßig Ergänzungskost zu sich oder erhält zu wenig Nährstoffe über Sondenkost oder Infusionen 	adäquate Ernährung <ul style="list-style-type: none"> isst mehr als die Hälfte der normalen Essensportion verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich oder kann über Sonde oder Infusion die meisten Nährstoffe zu sich nehmen 	gute Ernährung <ul style="list-style-type: none"> isst immer die angebotenen Mahlzeiten auf isst auch manchmal zwischen den Mahlzeiten braucht keine Ergänzungskost
Reibung und Scherkräfte	Problem <ul style="list-style-type: none"> braucht viel bis massive Unterstützung bei Lagewechsel Anheben ist ohne Schleifen über die Laken nicht möglich rutscht im Bett oder im (Roll-) Stuhl ständig herunter, muss immer wieder hochgezogen werden 	potentielles Problem <ul style="list-style-type: none"> bewegt sich etwas allein oder braucht wenig Hilfe beim Hochziehen schleift die Haut nur wenig über die Laken (kann sich etwas anheben) kann sich über längere Zeit in einer Lage halten (Stuhl, Rollstuhl) rutscht nur selten herunter 	kein Problem <ul style="list-style-type: none"> bewegt sich in Bett und Stuhl allein hat genügend Kraft sich anzuheben kann eine Position über lange Zeit halten ohne herunter zu rutschen 	
	Sehr hohes Risiko < 9 Punkte	Hohes Risiko 9-11 Punkte	Mittleres Risiko 14-17 Punkte	Geringes Risiko 15-18 Punkte

Tab. 7.2.2



7.3 Prädilektionsstellen

Prädilektionsstellen für einen Dekubitus sind alle exponierten Knochen mit geringer Weichteildeckung. Diese werden beim Liegen oder Sitzen besonders belastet und müssen sorgfältig und regelmäßig inspiziert werden, v.a. Hinterkopf, Ellenbogen, Kreuzbein, Beckenknochen, Knie, Knöchel, Fersen.

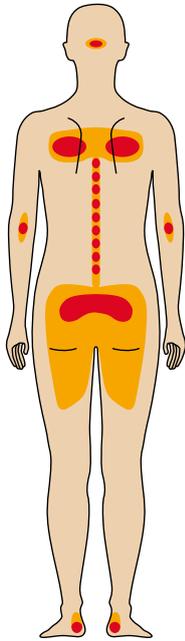


Abb. 7.3.1: In der **Rückenlage** sind besonders gefährdet: Hinterhauptknochen, Schulterblätter, Dornfortsätze, Kreuzbein, Fersen

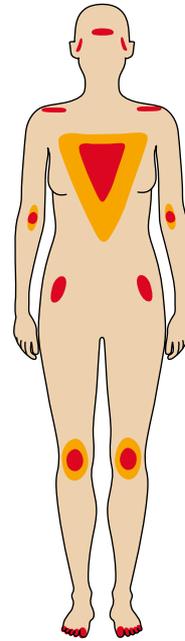


Abb. 7.3.2: In der **Bauchlage** sind besonders gefährdet: Stirn, Jochbein, Schultergelenke, Brustbein, Ellenbogen, Darmbeinstachel, Kniescheibe, Fußspitzen



Abb. 7.3.3: In der **90°-Seitenlage** sind besonders gefährdet: Jochbein, Ohrmuschel, Schultergelenke, Rippen, Ellenbogen, großer Rollhügel, Kniegelenk, Wadenbein, seitliche Knöchel

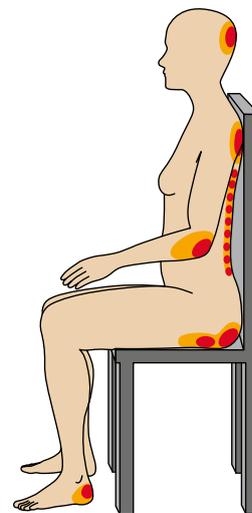


Abb. 7.3.4: Im **Sitzen** sind besonders gefährdet: Hinterhaupt, Schulterblatt, Dornfortsätze, Ellenbogen, Sitzbeinhöcker, Fersen

7.4 Prävention und Wundbegleitbehandlung

Die schnell nachlassende Druckspannung von LIGASANO® weiß erlaubt eine nahezu gleichmäßige Verteilung des Auflagedrucks und damit eine Vermeidung der gefürchteten Druckspitzen.

Alle LIGASANO® Produkte lassen sich einfach zuschneiden. So entstehen durch den Einfallsreichtum des Pflegepersonals angepasste Positionierhilfen wie Rollen, Keile, Fersenschuhe etc.

Der mechanische Reiz von LIGASANO® weiß fördert im Hautkontakt die periphere Durchblutung, die Druckresistenz des Patienten erhöht sich. Schweiß wird aufgenommen, dadurch normale Hautfeuchtigkeit und im Zusammenspiel mit dem mechanischen Reiz auch Hautpflege. Der Erhalt des physiologischen Hautmilieus wird unterstützt.

Bei geeigneter Dicke bildet LIGASANO® keine Falten, einem weiteren Dekubitusrisiko wird wirksam vorgebeugt. Der Patient wird immer direkt mit der Haut, ohne Zwischenlage, auf LIGASANO® weiß gelagert.

Diese Eigenschaften helfen Ihnen dabei:

Mechanischer Reiz



LIGASANO® weiß bewirkt einen mechanischen Reiz, dadurch

- lokale Durchblutungsförderung
- bessere Stoffversorgung im Kontaktbereich

Schnell nachlassende Druckspannung



Eigenschaften von LIGASANO® weiß

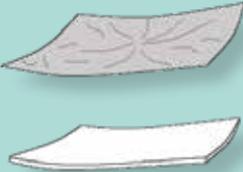
- Schnell nachlassende Druckspannung
- Druckentlastung durch Druckverteilung

Kontrollierte Saugfähigkeit, Belüftung der Haut



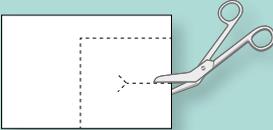
- LIGASANO® weiß nimmt Feuchtigkeit auf
- LIGASANO® grün belüftet
Dadurch Verbesserung des Mikroklimas

Zusätzliche Produktvorteile



Textilien bilden Falten, LIGASANO® nie

Zusätzliche Produktvorteile



- LIGASANO® ist beliebig zuschneidbar
- Passt sich dem Körper an

7.4.1 Druckentlastung durch Druckverteilung mit LIGASANO® weiß und LIGASANO® grün („Das anatomische Bett“):

Diese Dekubitusprophylaxe lässt sich auf fast jeder beliebigen Unterlage einrichten. *Ausgangspunkt:* Der Patient liegt im Bett, sie wollen das Bett sowieso gerade frisch machen.

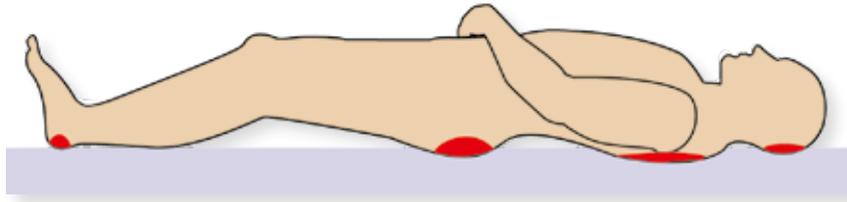


Abb. 7.4.1.1 Prädilektionsstellen im Liegen

Fühlen Sie, wo der Patient nicht oder nur wenig aufliegt. Das ist immer zwischen den hier gezeigten Druckspitzen.



Abb. 7.4.1.2



Abb. 7.4.1.3



Abb. 7.4.1.4



Abb. 7.4.1.5

Schlagen Sie am Rand das Bettlaken zurück, so dass Sie mit Heftpflaster-Streifen Markierungen direkt auf der Matratze anbringen können.



Abb. 7.4.1.6

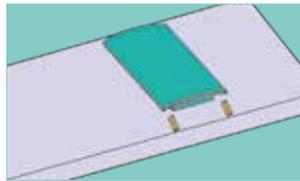


Abb. 7.4.1.7

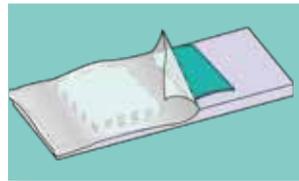


Abb. 7.4.1.8



Abb. 7.4.1.9

Markieren Sie die Stellen auf der Matratze an denen Sie unterpolstern wollen. Schneiden Sie passende Polster und legen Sie diese an die markierten Stellen.

Darüber kommt das Bettlaken und darauf der Patient.

1 cm LIGASANO® weiß direkt im Hautkontakt vermeidet Faltenbildung, fördert die Durchblutung und reguliert die Hautfeuchte.

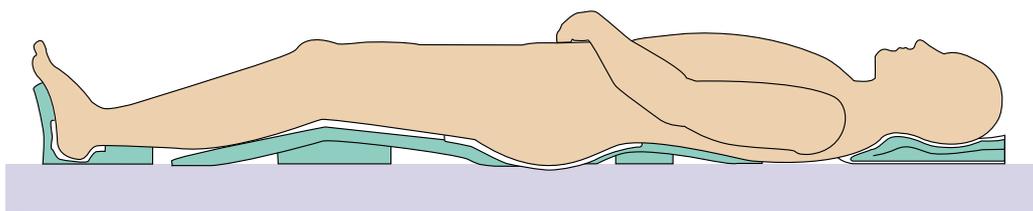


Abb. 7.4.1.10

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
Anhänge

Diese Positionierung machen Sie nur 1x, die Polster bleiben immer im Bett, direkt auf der Matratze. Am besten, Sie beziehen die bisherige Matratze mit den darauf liegenden LIGASANO® grün-Polstern mit einem Spannbetttuch. Dieses Spannbetttuch ist nun zusammen mit den Polstern fester Bestandteil der Matratze. Das Ziel ist, dass der Patient überall mit gleichem Druck aufliegt (= Druckentlastung durch Druckverteilung). Ihre flache Hand unter den Patienten geschoben, ist dabei ein sehr sensibles Messinstrument.

Der Patient wird jetzt nicht mehr von oben nach unten oder umgekehrt im Bett herumrutschen, weil er sich gut gebettet fühlt und auch orthopädisch richtig liegt. Beim ersten Mal müssen Sie vielleicht am nächsten und übernächsten Tag noch etwas nachbessern, aber Sie werden sehen, wenn Sie erst einmal einige Positionierungen gemacht haben, ist es ganz einfach. Zeitaufwand: Einmalig ca. 10 - 15 Minuten.

Die beschriebene Positionierung entbindet nicht vom regelmäßigen Umpositionieren in geeigneten Zeitabständen und ist normalerweise ohne Veränderungen auch für die Positionierung in Schräg- oder Seitenlage geeignet.

Außergewöhnliche körperliche Gegebenheiten (z.B. Kontrakturen) lassen sich durch Anpassung der Polster ebenfalls ausgleichen.

Das „anatomische Bett“ sorgt nicht nur für Druckentlastung durch Druckverteilung, sondern auch für eine anatomisch günstige Unterstützung der Wirbelsäule, die sich günstig auf das Wohlbefinden auswirkt.



7.4.2. Individuelle Betauflage

Bitte beachten: LIGASANO® grün ist rau. Deshalb bei Anwendungen dieser Art möglichst direkten Hautkontakt vermeiden! Verwenden Sie z.B. ein Bettlaken oder LIGASANO® weiß zwischen LIGASANO® grün und dem Patienten.

LIGASANO® grün als Klimagitter für

- stark schwitzende Patienten
- Allergiker
- Schmerzpatienten
- Rheumapatienten
- Palliativ- und Wachkomapatienten
- Querschnittsgelähmte

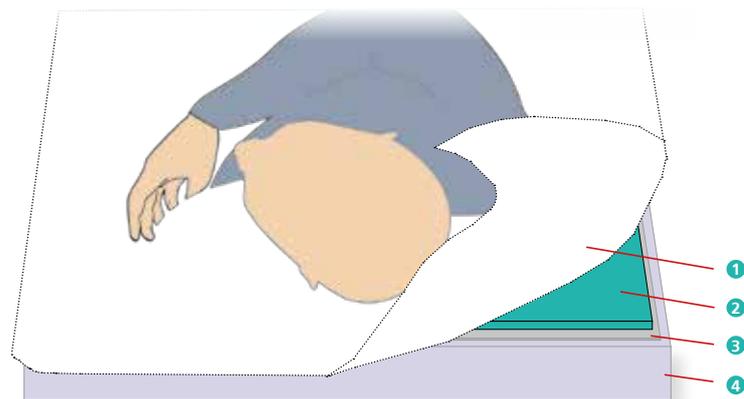


Abb. 7.4.2.1

- 1 Bettlaken
- 2 LIGASANO® grün 190 x 90 x 2 cm
- 3 evtl. saugfähige Unterlage
- 4 Matratze

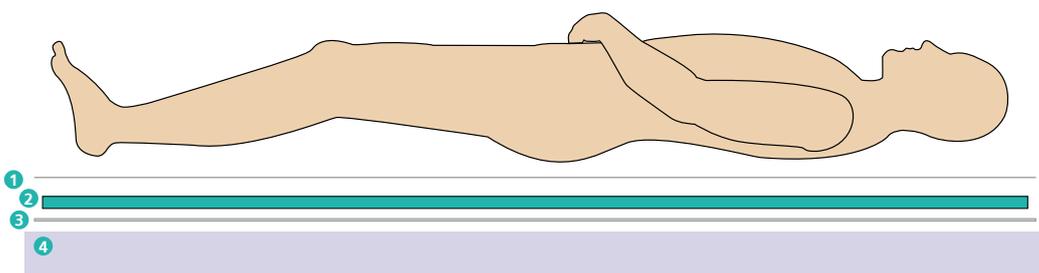


Abb. 7.4.2.2

7.4.3 Positionierung im Liegen, anatomisch angepasste Druckentlastung

Anwendungsbeispiel bei Rückenlage mit jeweils drei Platten LIGASANO® grün in der Größe 55 x 45 x 2 cm und drei Platten LIGASANO® weiß in der Größe 59 x 49 x 2 cm

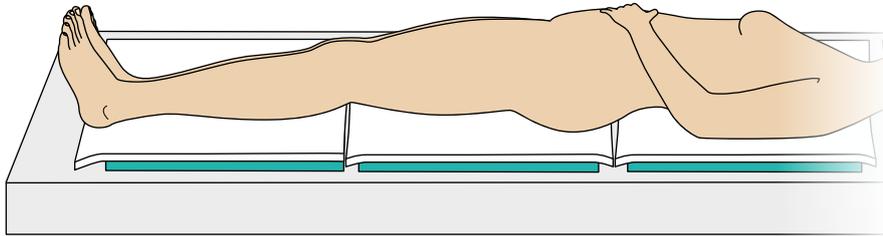


Abb. 7.4.3.1

Anwendungsbeispiel bei 135°-Bauchlage mit jeweils drei Platten LIGASANO® grün in der Größe 55 x 45 x 2 cm und drei Platten LIGASANO® weiß in der Größe 59 x 49 x 2 cm

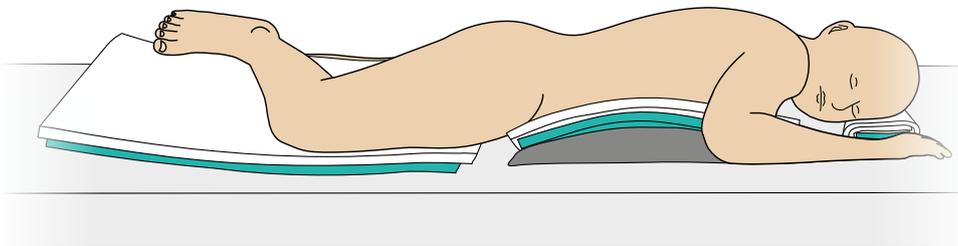


Abb. 7.4.3.2

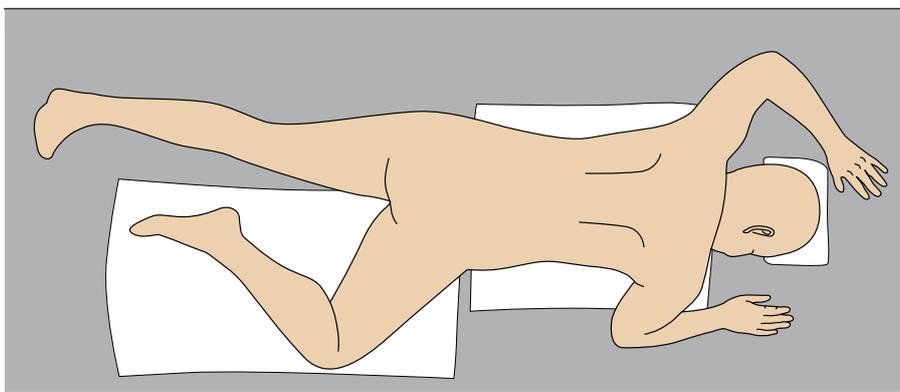


Abb. 7.4.3.3

Anwendungsbeispiel bei 180°-Bauchlage mit jeweils zwei Platten LIGASANO® grün in der Größe 55 x 45 x 2 cm und zwei Platten LIGASANO® weiß in der Größe 59 x 49 x 2 cm

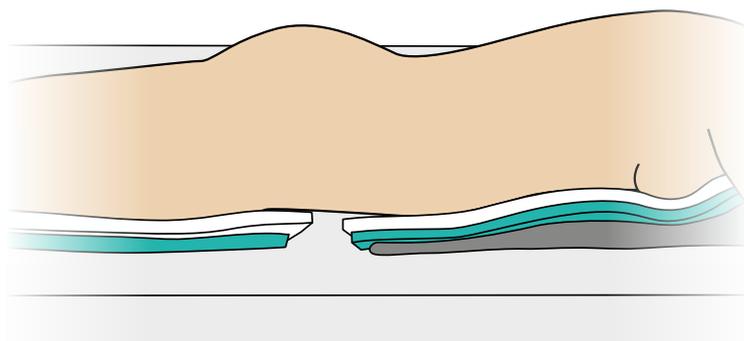


Abb. 7.4.3.4



Link zum Video: Positionierung in 180° Bauchlage

7.4.4 Individuelle Fersenschuhe und Fersenkappen

Individueller Fersenschuh Variante 1

Zur Herstellung eines individuellen Fersenschuhs benötigen Sie

- 1 Platte LIGASANO® grün, 55 x 45 x 2 cm
- 1 Platte LIGASANO® weiß, 59 x 49 x 2 cm
- 1 Stück LIGASANO® Binde, 300 x 10 x 0,3 cm
- 1 Stück Fixierhilfe LIGAMED®fix



Link zum Video: Herstellung eines individuellen Fersenschuhs

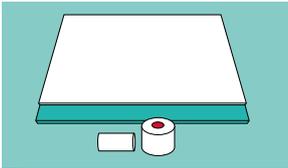


Abb. 7.4.4.1

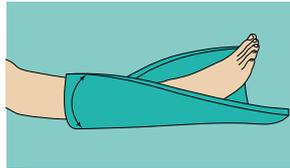


Abb. 7.4.4.2

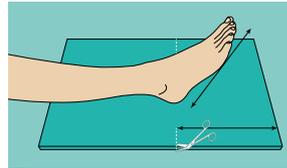


Abb. 7.4.4.3



Abb. 7.4.4.4

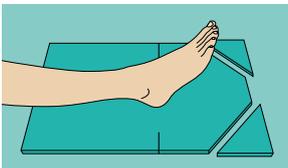


Abb. 7.4.4.5

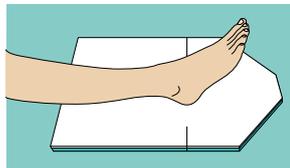


Abb. 7.4.4.6

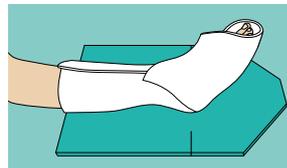


Abb. 7.4.4.7

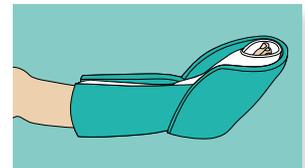


Abb. 7.4.4.8

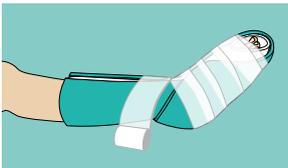


Abb. 7.4.4.9



Abb. 7.4.4.10

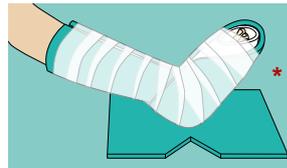


Abb. 7.4.4.11

* Sollte der Patient seine Beine anziehen oder anwinkeln, muss der Fersenschuh zusätzlich aufgepolstert werden, da extreme Hebelwirkungen bzw. Druck auf das Fersenbein einwirken.

Individueller Fersenschuh Variante 2

Zur Herstellung dieses Fersenschuhs benötigen Sie

- 1 Platte LIGASANO® grün, 55 x 45 x 2 cm
- 1 Platte LIGASANO® weiß, 59 x 49 x 2 cm
- 1 Stück Fixierhilfe LIGAMED®fix

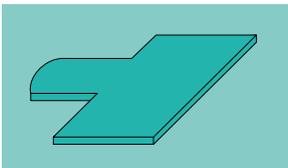


Abb. 7.4.4.12

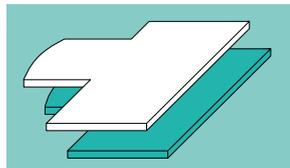


Abb. 7.4.4.13



Abb. 7.4.4.14



Abb. 7.4.4.15

Fersenkappe Variante 1

Zur Herstellung dieser Fersenkappe benötigen Sie

- 1 Platte LIGASANO® weiß, 24 x 16 x 1 oder 2 cm
- 1 Stück LIGASANO® Binde, 300 x 10 x 0,3 cm
- 1 Stück Fixierhilfe LIGAMED®fix



Link zum Video: Herstellung einer Fersenkappe



Abb. 7.4.4.16



Abb. 7.4.4.17



Abb. 7.4.4.18



Abb. 7.4.4.19

Fersenkappe Variante 2

Zur Herstellung dieser Fersenkappe benötigen Sie

- 1 Platte LIGASANO® grün, 55 x 45 x 2 cm
- 1 Platte LIGASANO® weiß, 59 x 49 x 1 oder 2 cm
- 1 Stück LIGASANO® Binde, 300 x 10 x 0,3 cm
- 1 Stück Fixierhilfe LIGAMED® fix

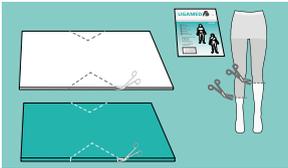


Abb. 7.4.4.20

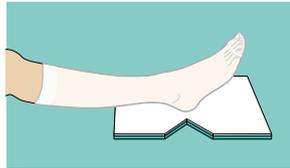


Abb. 7.4.4.21

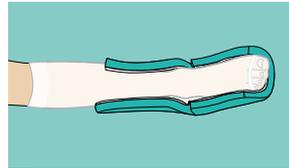


Abb. 7.4.4.22

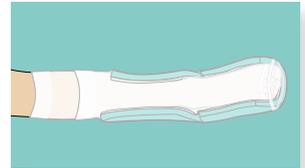


Abb. 7.4.4.23

Fersenentlastung

Um eine Druckverteilung durch anatomische Anpassung zu erreichen, benötigen Sie

- 2 Platten LIGASANO® grün, 55 x 45 x 2 cm
- 1 Platte LIGASANO® weiß, 59 x 49 x 2 cm

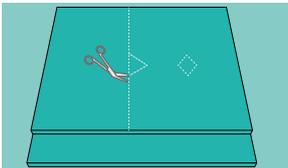


Abb. 7.4.4.24

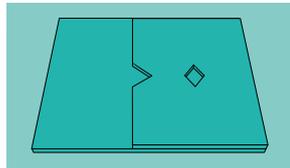


Abb. 7.4.4.25

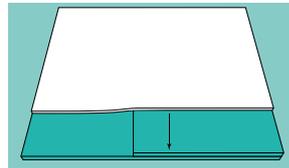


Abb. 7.4.4.26

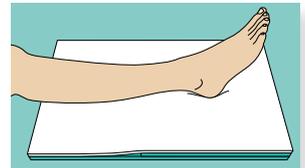


Abb. 7.4.4.27

Oder als fertiges Hilfsmittel:

Der original LIGAMED® Fersenschuh und der LIGAMED® Fersenschuh Plus schützen den ganzen Fuss perfekt gegen Druck, Wundliegen, Überwärmung und Feuchtigkeitsstau.

Eine ausführliche Beschreibung finden Sie auf Seite 101.



Abb. 7.4.4.28

Abb. 7.4.4.29

7.4.5 Orthopädische Kopfkissen / Kopfpositionierung

In 5 Minuten individuell angepasst + orthopädisch optimal. Zur Herstellung benötigen Sie

- 1 Platte LIGASANO® grün, 55 x 45 x 2 cm
- 1 Platte LIGASANO® weiß, 59 x 49 x 2 cm



Abb. 7.4.5.1

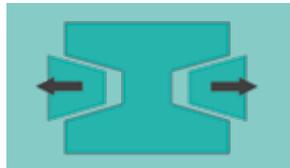


Abb. 7.4.5.2

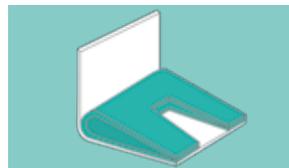


Abb. 7.4.5.3



Abb. 7.4.5.4

Kopfpositionierung **in Rückenlage** mit LIGASANO® weiß und LIGASANO® grün. Zur Herstellung benötigen Sie

- 1 Platte LIGASANO® grün, 55 x 45 x 2 cm
- 1 Platte LIGASANO® weiß, 59 x 49 x 2 cm



Link zum Video: Kopfpositionierung in Rückenlage

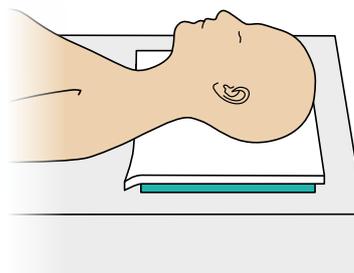


Abb. 7.4.5.5

Kopfpositionierung in Rückenlage mit LIGASANO® weiß und LIGASANO® orange. Zur Herstellung benötigen Sie

- 1 Platte LIGASANO® weiß, 59 x 49 x 2 cm
- 1 Positionierwürfel aus LIGASANO® orange, 24 x 12 x 12 cm

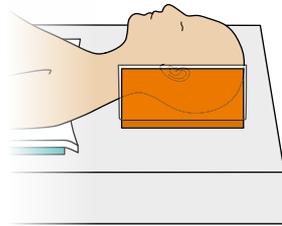


Abb. 7.4.5.6

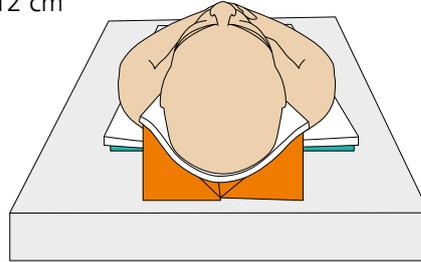


Abb. 7.4.5.7

Kopfpositionierung in Seitenlage mit LIGASANO® weiß und LIGASANO® grün. Zur Herstellung benötigen Sie

- 1 Platte LIGASANO® grün, 55 x 45 x 2 cm
- 1 Platte LIGASANO® weiß, 59 x 49 x 1 cm

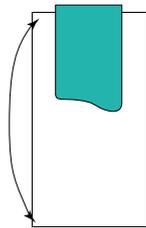


Abb. 7.4.5.8

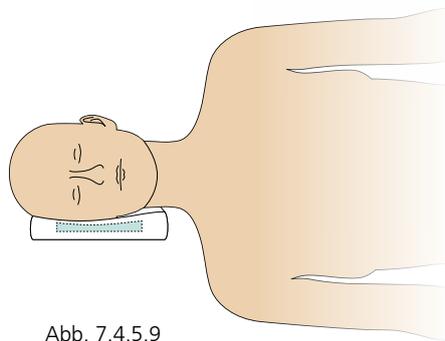


Abb. 7.4.5.9

Ohrversorgung bei Kopfpositionierung in Seitenlage mit LIGASANO® weiß. Zur Herstellung benötigen Sie

- 1 Platte LIGASANO® weiß, 59 x 49 x 1 cm: Ausschneiden, 1-2x einklappen, fixieren

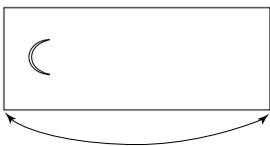


Abb. 7.4.5.10

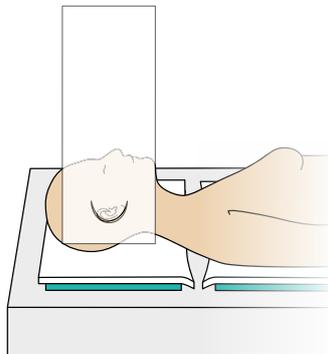


Abb. 7.4.5.11



Link zum Video: Druckentlastung am Ohr

Vorgefertigter Ohrverband aus unsterilem LIGASANO® weiß. Perfekt als Sekundärverband bei bereits bestehendem Dekubitus am Ohr und/oder zur Prävention.

So funktioniert die **Versorgung des Ohres** mit LIGASANO® weiß in 1cm Dicke mit vorgestanztem Ohrausschnitt und mittlerer Öffnung: Sie müssen den Ohrverband nur am Ohr applizieren, einklappen, fixieren und schon ist er fertig.



Abb. 7.4.5.12

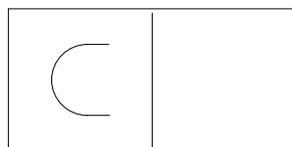


Abb. 7.4.5.13

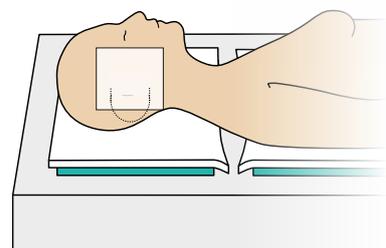


Abb. 7.4.5.14

Kopfpositionierung in Bauchlage mit LIGASANO® weiß und LIGASANO® grün. Zur Herstellung benötigen Sie

- 1 Platte LIGASANO® grün, 55 x 45 x 2 cm
- 1 Platte LIGASANO® weiß, 59 x 49 x 1 cm

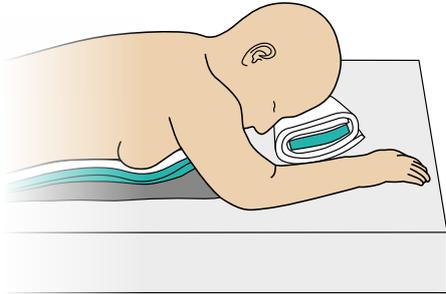


Abb. 7.4.5.15



Link zum Video: Kopfpositionierung in Bauchlage

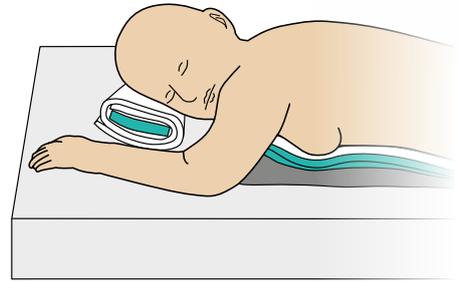


Abb. 7.4.5.16

Kopfpositionierung in Bauchlage mit einer Rolle LIGASANO® weiß und LIGASANO® grün. Zur Herstellung benötigen Sie

- 1 Platte LIGASANO® grün, 200 x 60 x 1 cm
- 1 Platte LIGASANO® weiß, 200 x 60 x 1 cm

Die daraus entstehende Rolle hat einen Durchmesser von ca. 22 cm

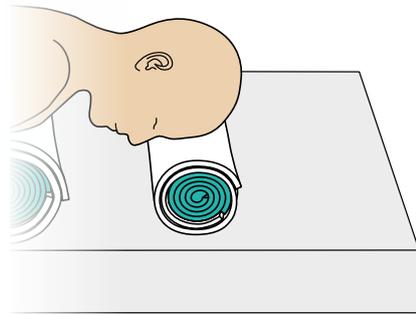


Abb. 7.4.5.17

Kopfpositionierung in Bauchlage mit dem Omega-Polsterverband aus LIGASANO® orange und Hautkontaktpolstern aus LIGASANO® weiß. Die Höhe des Omega-Polsterverbandes lässt sich in 1cm-Schritten individuell anpassen.

Zur Herstellung benötigen Sie

- 1 OP LIGASANO® Omega-Polsterverband plus Hautkontaktpolster *plus ggf.*
- 1 Platte LIGASANO® grün, 55 x 45 x 2 cm
- 1 Platte LIGASANO® weiß, 59 x 49 x 1 cm

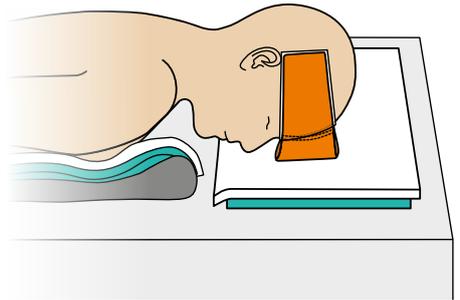


Abb. 7.4.5.18

Kopfpositionierung in Bauchlage mit dem Trapez-Polsterverband aus LIGASANO® orange und Hautkontaktpolstern aus LIGASANO® weiß. Die Höhe des Trapez-Polsterverbandes lässt sich in 1cm-Schritten individuell anpassen.

Zur Herstellung benötigen Sie

- 1 OP LIGASANO® Trapez-Polsterverband plus Hautkontaktpolster *plus ggf.*
- 1 Platte LIGASANO® grün, 55 x 45 x 2 cm
- 1 Platte LIGASANO® weiß, 59 x 49 x 1 cm

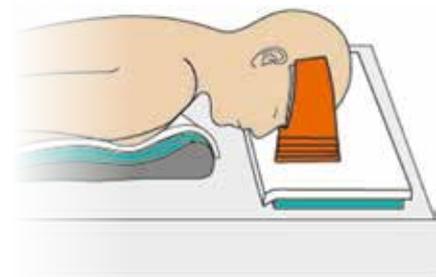


Abb. 7.4.5.19

7.4.6 Positionierung im Sitzen, Sitzen ohne Schwitzen

Zur Herstellung eines individuellen Sitzkissens benötigen Sie

- 1-3 Platten LIGASANO® grün, 55 x 45 x 2 cm
- 1 Platte LIGASANO® weiß, 59 x 49 x 2 cm

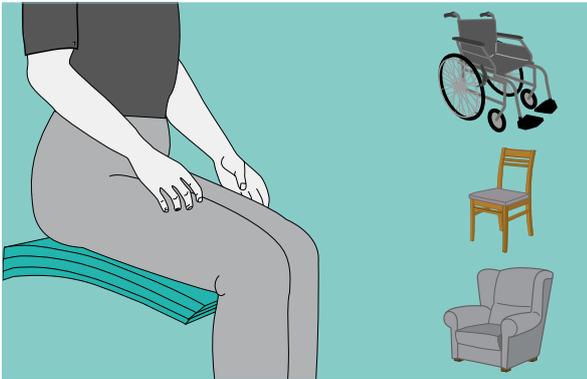


Abb. 7.4.6.1



Abb. 7.4.6.2

Die Sitzflächen von Rollstühlen, Therapiestühlen, aber auch häufig die Sitzmöbel, sind in Pflegeeinrichtungen mit flüssigkeitsabweisenden Kunststoffen bezogen. Dies hat zur Folge, daß (insbesondere im Sommer) die Bewohner auf diesen Sitzgelegenheiten vermehrt schwitzen. Die Haut wird feucht und damit empfindlicher gegen Intertrigo, Pilzinfektionen und Entzündungen. Ein weiterer Nachteil der flüssigkeitsabweisenden Sitzbezüge ist deren glatte Oberfläche. Die Bewohner rutschen im Sessel oder Rollstuhl immer tiefer, Scherkräfte wirken insbesondere auf die stark dekubitusgefährdete Kreuzbeinregion.

Unsere Lösung: Legen Sie LIGASANO® grün in der Größe 55x45x2 cm in mehreren Schichten unter das bekleidete Gesäß auf die Sitzfläche! LIGASANO® grün sorgt aufgrund seiner offenporigen Beschaffenheit für ein gesundes Mikroklima im Sitzbereich. Zusätzlich hilft es, Spitzendrücke zu reduzieren und sorgt aufgrund seiner Oberflächenbeschaffenheit dafür, dass der Bewohner im Sitzmöbel nicht nach vorne rutschen kann. Außer er möchte dieses aktiv.

- Keine Scherkräfte, da der Patient nicht heraus rutschen kann
- Kein feuchtes intertrigoförderndes Mikroklima

Für einen normal schweren Bewohner nehmen Sie je nach Auflagedruck 1-3 Platten LIGASANO® grün in der Größe 55x45x2cm und legen diese auf die Sitzfläche. Setzen Sie den Bewohner auf die LIGASANO®-Polsterung und tasten nach entsprechender Bewohnerinformation zwischen Sitzfläche und LIGASANO® nach den Sitzbeinhöckern und anderen knöchernen Strukturen am Bewohnergesäß. Sollten knöcherne Strukturen noch deutlich zu spüren sein legen Sie eine weitere Platte LIGASANO® grün auf die Sitzfläche bis nichts mehr zu spüren ist.

7.4.7 Schienung und Polsterung von Kathetern, Sonden und Tuben:

LIGASANO® weiß zur Schienung und Polsterung von Kathetern (Jugularis-Katheter, Shaldon-Katheter), SPK, DK, Redon, PEG und Sauerstoffschläuchen.
 Zur Herstellung benötigen Sie 1 Platte LIGASANO® weiß in der Größe 59 x 49 x 2 cm **oder** 24 x 16 x 2 cm

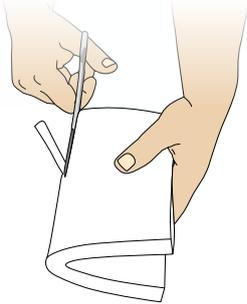


Abb. 7.4.7.1

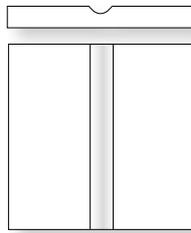


Abb. 7.4.7.2



Link zum Video: Polsterung von Zu- und Ableitungen

Oder Sie nehmen LIGASANO® Roll mit Kleberand (Rolle in der Spenderbox, Länge 200 cm, Breite 4,5 cm, Dicke 0,4 cm. Die Breite von 4,5 cm eignet sich hervorragend zur Herstellung einer Abpolsterung für Zu- und Ableitungen am Körper.

Für dünne Zu- und Ableitungen

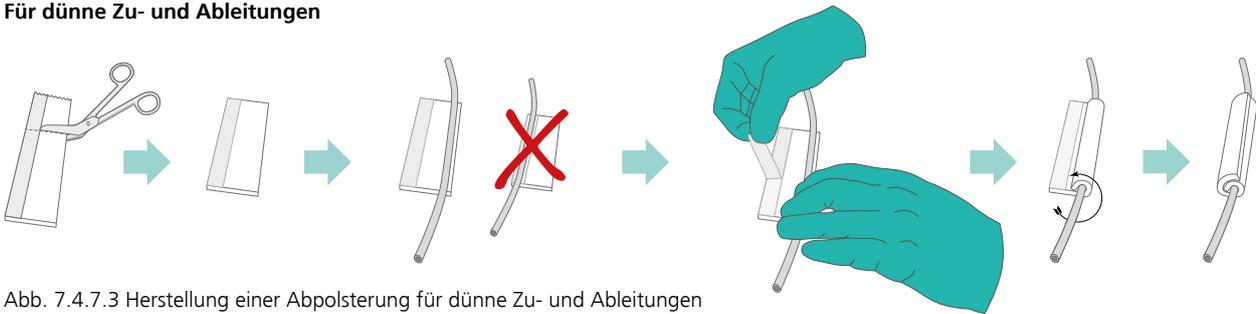


Abb. 7.4.7.3 Herstellung einer Abpolsterung für dünne Zu- und Ableitungen

Für dicke Zu- und Ableitungen

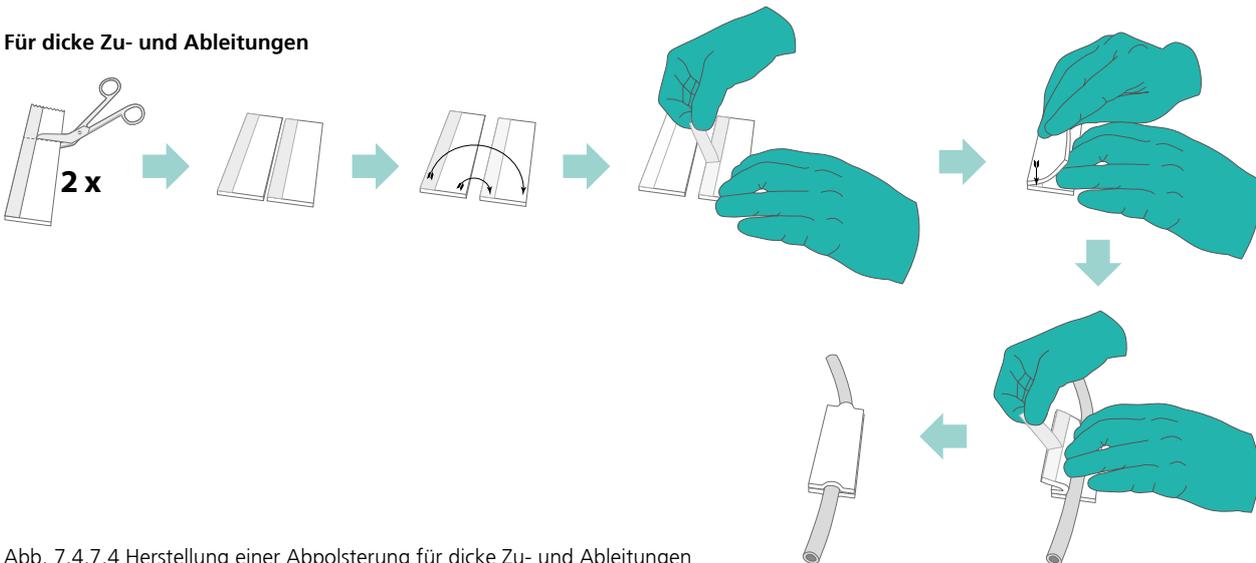


Abb. 7.4.7.4 Herstellung einer Abpolsterung für dicke Zu- und Ableitungen

Der **LIGASANO® Spiralverband zum Abpolstern von Zu- und Ableitungen** am Patienten aus LIGASANO® weiß ist eine echte Innovation, die Hand in Hand mit Anwendern entwickelt wurde und Ihnen bei der Patientenversorgung Zeit sparen wird.

Ausgangsthema war das Auftreten von Druckschäden am Gewebe der Patienten im Bereich der Zu- und Ableitungen.

So legen Sie den LIGASANO® Spiralverband an:

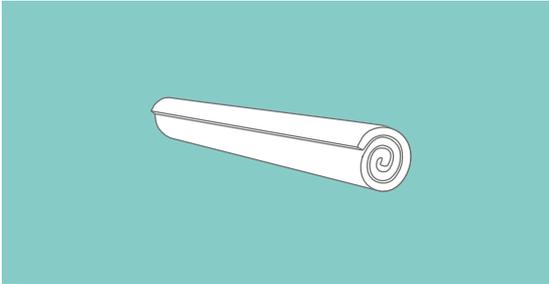


Abb. 7.4.7.4

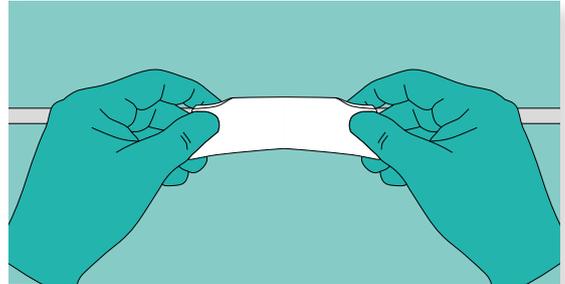


Abb. 7.4.7.5

Entnehmen Sie den LIGASANO® Spiralverband der Verpackung und schneiden ihn ggf. auf die benötigte Länge zu. Rollen Sie ihn etwas auf, so dass Sie die Zu- bzw. Ableitung hineinlegen können. Legen bzw. rollen Sie den Spiralverband um die Zu- bzw. Ableitung herum. Ihr Patient ist nun gegen Druckstellen durch Zu- oder Ableitungen geschützt.

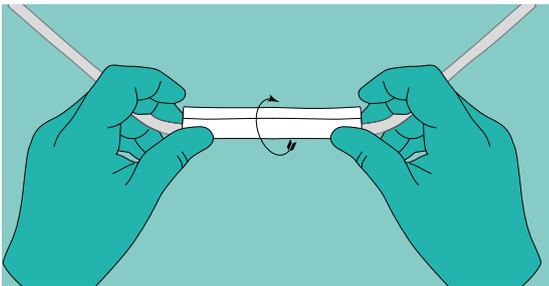


Abb. 7.4.7.6

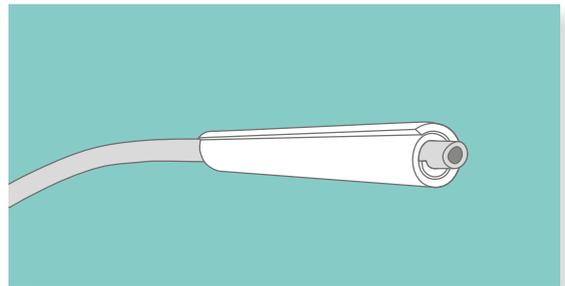


Abb. 7.4.7.7

Schlitzkompressen aus LIGASANO® weiß gibt es sowohl steril als auch unsteril in den Größen 5 x 5 x 1 cm, 7,5 x 7,5 x 1 cm und 10 x 10 x 1 cm. Alternativ lassen sich unsterile Kompressen mit einer Schere auch leicht selbst zuschneiden, z.B. aus einer LIGASANO® Komresse der Größe 15 x 10 x 1 cm.

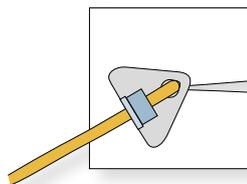


Abb. 7.4.7.8

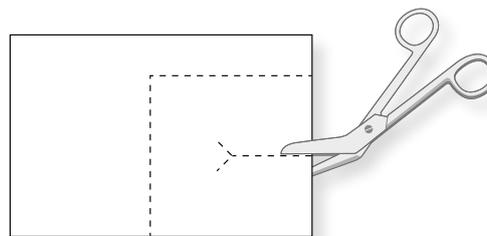


Abb. 7.4.7.9

7.5 Intertrigoprophylaxe, Intertrigothérapie und Umgang mit Kontrakturen

Bei bettlägerigen Patienten und bei Ruhigstellung von Gelenken kann sich eine Kontraktur (Gelenkversteifung) und Muskelatrophie (Schrumpfung der Muskulatur) entwickeln. Gefährdet sind vor allem Patienten mit entzündlichen oder degenerativen Gelenkerkrankungen, aber auch Patienten, deren Gelenke ruhig gestellt sind, z.B. durch Schonhaltung, Lähmung oder Schwäche. Maßnahmen zur Erhaltung eines intakten Bewegungsapparates und funktionstüchtiger Gelenke sind Bewegungsübungen, Mobilisation und geeignete Lagerung.



Abb. 7.5.1

Was ist eigentlich ein Intertrigo? Dort wo direkter Haut-Haut-Kontakt vorliegt, z.B. in Hautfalten oder dort wo aus anderen Gründen keine Luft an die Haut kommt, kann Schweiß nicht verdunsten und die Haut weicht auf (Mazeration). In diesem feucht-warmen Milieu können sich Bakterien und Pilze hervorragend vermehren, die Haut wird schließlich wund und ein Intertrigo ist entstanden.

Achtung: Der Intertrigo wird, speziell im Gesäßbereich, oft mit einem Dekubitus verwechselt!

Im Folgenden zeigen wir Ihnen einige Vorschläge zur Kontraktur- und Intertrigoprophylaxe:

7.5.1 Vermeidung von Haut-Haut-Kontakt (Intertrigoprophylaxe und -therapie)

Nicht nur als Vorbeugung, sondern auch als Therapiebegleitung bei Pilzbehandlungen in Verbindung mit einem Antimykotikum oder als Therapie selbst, wenn die Haut nur irritiert oder leicht entzündet ist. Zur Herstellung benötigen Sie

- 1 Platte LIGASANO® weiß 59 x 49 x 2 oder 1 cm
oder
- 1 Binde aus LIGASANO® weiß 300 x 5 x 0,3 cm oder 300 x 10 x 0,3 cm



Link zum Video: Intertrigoprophylaxe



Abb. 7.5.1.1



Abb. 7.5.1.2

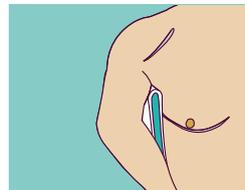


Abb. 7.5.1.3

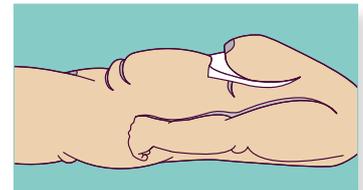
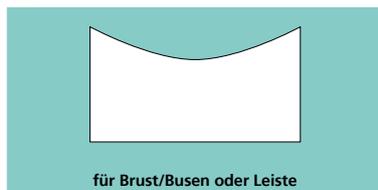


Abb. 7.5.1.4



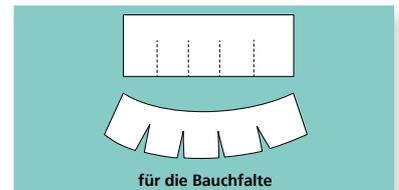
zwischen Zehen und Fingern

Abb. 7.5.1.5



für Brust/Busen oder Leiste

Abb. 7.5.1.6



für die Bauchfalte

Abb. 7.5.1.7

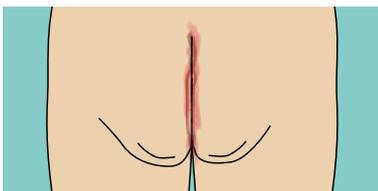


Abb. 7.5.1.8

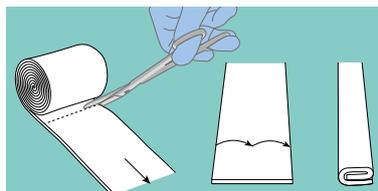


Abb. 7.5.1.9

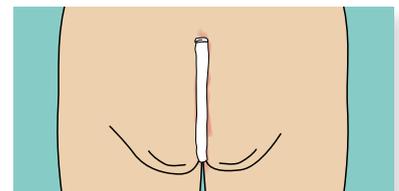


Abb. 7.5.1.10

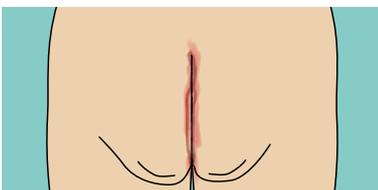


Abb. 7.5.1.11

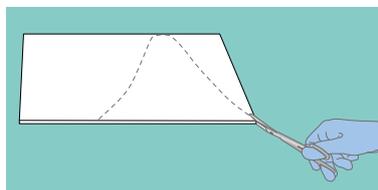


Abb. 7.5.1.12

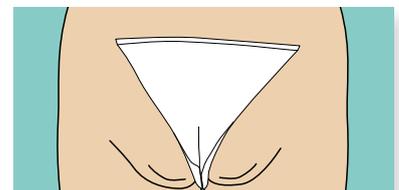


Abb. 7.5.1.13

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
Anhänge

7.5.2 Positionierung der Hand / Innenhandverband

Handpositionierung bei Spastiken / Kontrakturprophylaxe, -therapie

In einer Minute hergestellt. Beugt Kontrakturen vor und trennt die Finger. Ideal auch bei spastischen Lähmungen, da wegen der nachlassenden Druckspannung keine neuen Spastiken ausgelöst werden. Zur Herstellung benötigen Sie

- 1 Platte LIGASANO® weiß 59 x 49 x 1 cm



Link zum Video: Positionierung der Hand

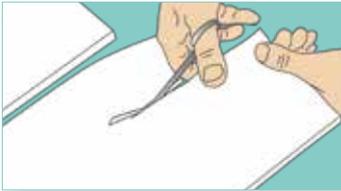


Abb. 7.5.2.1



Abb. 7.5.2.2

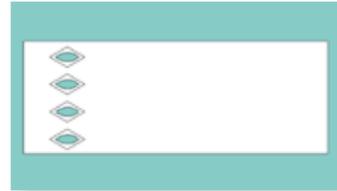


Abb. 7.5.2.3



Abb. 7.5.2.4

Fingerspreizer / Individueller selbst angefertigter Innenhandverband bei schlaffer Lähmung

Zur Herstellung benötigen Sie

- 1 Platte LIGASANO® weiß 59 x 49 x 1 cm
- 1 Platte LIGASANO® grün 55 x 45 x 2 cm



Abb. 7.5.2.5



Abb. 7.5.2.6



Abb. 7.5.2.7



Abb. 7.5.2.8

oder als bereits vorgefertigter „Innenhand-Verband“

Für die Anwendung benötigen Sie

- 1 OP LIGASANO® Innenhandverband Kombi-Pack oder NK-Pack nur mit LIGASANO® weiß



Abb. 7.5.2.9



Abb. 7.5.2.10



Abb. 7.5.2.11



Abb. 7.5.2.12



Abb. 7.5.2.13



Abb. 7.5.2.14



Abb. 7.5.2.15



Abb. 7.5.2.16

Zusätzlich kann ein Fußende der universellen Fixierhilfe LIGAMED®*fix* darüber gezogen werden.

Hinweis: Verwenden Sie **LIGASANO® grün nicht bei spastischen Lähmungen** in der Innenhand, da dies zu einer Verstärkung der Spastik führen kann.

8 Podologie und Medizinische Fußpflege

8.1 Einführung

Was ist eigentlich Podologie? Das ist doch „nur“ Fußpflege?... Oder Medizinische Fußpflege? Das kann doch jeder... ODER??? Nein! Podologen („Podos“ = Fuß, „Logis“ = Lehre) unterziehen sich einer 2-jährigen, staatlich anerkannten Vollzeit-, oder einer mehrjährigen, berufsbegleitenden Teilzeit-Ausbildung. Die Inhalte dieser Ausbildung setzen sich aus ca. 1/3 Praxisunterricht, 1/3 Praktikum in ärztlichen und podologischen Institutionen und 1/3 Theorie zusammen.

Wenn man sich mit den Ausbildungsinhalten befasst, stellt man fest, dass ausgenommen detaillierter Anatomie- und Physiologiekenntnisse, während der gesamten Ausbildung besonders großer Wert auf ausgeprägte Fach- und Behandlungskennnisse in den Bereichen **Diabetisches Fußsyndrom** sowie **Spezielle Krankheitslehre** gelegt wird.



Abb. 8.1.1: Oberstes Gebot bei podologischen Behandlungen ist die Hygiene.

Nach erfolgreich abgeschlossener Ausbildung arbeiten Podologen entweder als selbstständige Leistungserbringer in eigenen Podologiepraxen (mit oder ohne Kassenzulassung), als freie Mitarbeiter in einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft, oder als Angestellte in Krankenhäusern oder speziellen Fußambulanzen mit anderen Berufsgruppen wie zum Beispiel Ärzten, Orthopädie-Schuhmachern oder Physiotherapeuten, Ergotherapeuten etc. zusammen. Gibt es für das entsprechende Unternehmen eine Kassenzulassung, sind auch die Podologen verpflichtet im Rahmen dieser Zulassung regelmäßig innerhalb vorgegebener Zeiträume an besetzten Fortbildungen teilzunehmen.

Was genau macht ein Podologe? Ein Podologe überprüft, meistens auf ärztliche Anordnung, in regelmäßigen Abständen den Allgemeinzustand der Patientenfüße, auch im Hinblick auf Hautzustand, Druckstellen, bzw. Sensibilitätsempfinden (z.B. Stimmgabeltest) und ist dadurch in der Lage, eine der Fußgesundheit entsprechende Einschätzung und daraus resultierender Fuß-„Pflege“-Behandlung, Nagelkorrektur oder Druckentlastung, durchzuführen. Dabei werden individuelle Risikofaktoren wie z.B. Diabetes, fachgerecht durch entsprechendes Instrumentarium, Hygienefaktoren und Produktauswahl berücksichtigt.

Mit den vor, während und nach der Behandlung gewonnenen Informationen (Dokumentationspflicht!) entsteht ein fachübergreifendes Behandlungs-, und Informationskonzept für den jeweiligen Patienten, sowie eine sinnvolle und intensive Symbiose zwischen Patient, Arzt, Diabetologe, und ggf. Wundmanager.

Somit ist eine individuell abgestimmte Versorgung mit dem Zweck der Gesunderhaltung und der Vermeidung von Amputation möglich und optimal auf die Bedürfnisse der vorhandenen Krankheitssymptome abgestimmt.

Leider wird immer noch häufig die Fachkompetenz eines Podologen unterschätzt und durch Unwissenheit und mangelnde Aufklärung seine Daseinsberechtigung in Frage gestellt, bzw. dessen Leistung im Zuge der Patientenversorgung nicht in Anspruch genommen. Dies führt infolge dessen immer wieder dazu, dass eher die hohen Kosten für eine, vielleicht unnötige, Amputation eines Fußteils und somit Mobilitäts-, und Lebensqualitätsverlust des Patienten in Kauf genommen werden. *„Das Diabetische Fußsyndrom (DFS) trifft 15% der Menschen mit Diabetes im Laufe ihres Lebens (Reiber, Lipsky et al. 1998) und bleibt lebenslang bestehen. Es fordert von den Betroffenen und der Gesellschaft einen hohen Tribut, da es zu Beeinträchtigung der Mobilität, langen Krankheitsverläufen, Verlust der Arbeit, Amputationen, Verlust der Selbstständigkeit sowie zu Todesfällen führt. Mit rund 2.5 Milliarden Euro/Jahr in Deutschland (Hauner 2006) wird ein Großteil der Ausgaben für Diabetes durch das DFS verursacht. An Diabetes leidet ein stark zunehmender Teil der deutschen Bevölkerung, derzeit über 7.000.000 Menschen (DiabetesDE 2011). Weltweit hat sich die Zahl der Menschen mit Diabetes in den letzten zwei Jahrzehnten verachtfacht (IDF 2006), so dass oft von einer Diabetesepidemie gesprochen wird. Die Folge ist, dass mit einer starken Zunahme der Fälle mit DFS gerechnet werden muss.“* (Quelle: AG Fuß der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Stand September 2012)

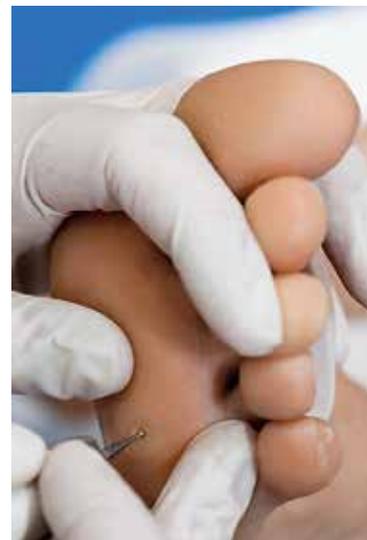


Abb. 8.1.2: Falls nicht behandelt, kann ein kleines, unauffälliges Hühnerauge (Clavus durus) bei einem DFS zu einer späteren Amputation führen.



Abb.8.1.3: Entwicklung einer nicht rechtzeitig behandelten Dig-I-Plantar-Hyperkeratose beim DFS.

Fazit:

Eine gute, regelmäßige Versorgung des diabetischen Fußes und Aufklärungsarbeit durch den Podologen kann, in enger Zusammenarbeit mit dem Patienten, dem behandelnden Arzt und dem Wundversorger, das Entstehen von Wunden und Amputationen verhindern, sowohl im präventiven, als auch im sekundärpräventiven Bereich.

8.2 Grundlagen der Anatomie und Pathophysiologie für Podologinnen und Podologen

Der Fuß wird unterteilt in Fußwurzel (Tarsus), Mittelfuß (Metatarsus) und Vorfuß (Antetarsus). Das Fußskelett besteht aus 7 Fußwurzelknochen, 5 Mittelfußknochen, 14 Zehenknochen und 2 Sesambeinen, die sich jeweils unter dem 1. Mittelfußköpfchen befinden.

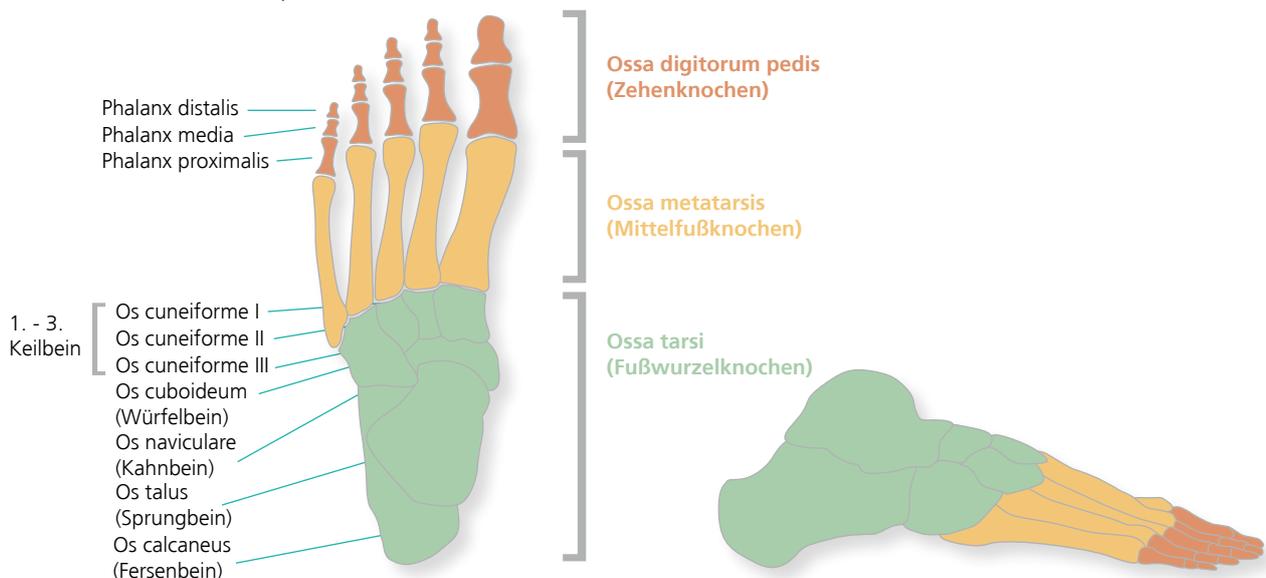


Abb.8.2.1: Anatomie des Fusses

Nägel gehören als Hautanhangsgebilde zur Epidermis und befinden sich an der Oberseite der Finger- und Zehenspitzen.

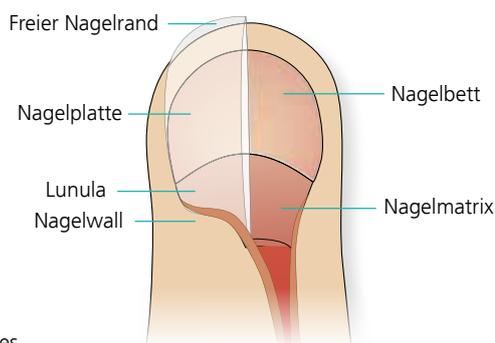


Abb.8.2.2: Anatomie des Nagels und des Nagelbettes

Sowohl bei Hammer- als auch bei Krallenzehen handelt es sich um eine Fehlstellung, von der meist die zweite bis vierte Zehe betroffen ist. Ist ein Zeh im Grundgelenk überstreckt, im Mittel- und Endgelenk aber gebeugt, so spricht man von einem **Krallenzeh**. Beim **Hammerzeh** ist nur das Endgelenk maximal gebeugt.

Die häufigste Ursache für einen Hammer- oder Krallenzeh ist das Tragen von zu engen oder auch zu kleinen Schuhen mit hohem Absatz. Aber auch andere Fehlstellungen des Fußes wie Spreiz-, Platt- oder Knickfüße können zu Hammer-/Krallenzehen führen. Weitere Ursachen für Hammer- und Krallenzehen können neurologische Erkrankungen sein oder die Folgen einer Unfallverletzung. Außerdem spielt eine genetische Veranlagung bei der Entstehung eines Hammer-/Krallenzehs eine Rolle. Häufig ist das gemeinsame Auftreten der Hammer-/Krallenzehe mit einem Hallux valgus zu beobachten.

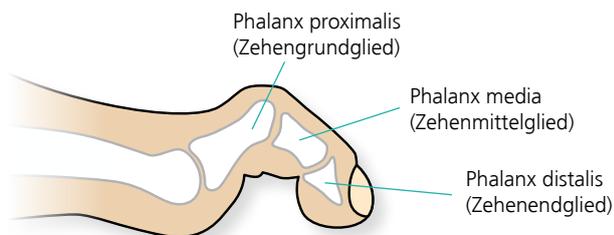


Abb.8.2.3



Abb.8.2.5

Der Fersensporn (Kalkaneussporn) ist ein knöcherner Sporn am Fersenbein, der sich durch übermäßige oder einseitige Belastung bilden kann. Man unterscheidet zwei Formen: Der **plantare Fersensporn** ist der weitaus häufigere und bildet sich an der Unterseite des Fersenknochens. Der Dorn liegt dabei am Ansatz der Sehnenplatte der Fußsohle (Plantarfaszie) und zeigt in Richtung Fußspitze. Der **kraniale Fersensporn** hingegen tritt deutlich seltener auf und bildet sich an der Rückseite des Fersenbeins, am Ansatz der Achillessehne.

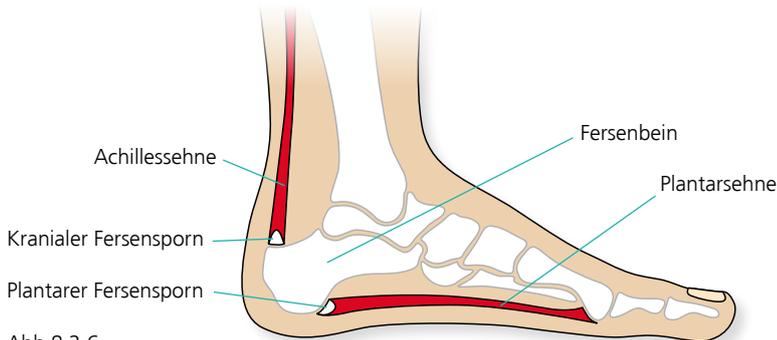
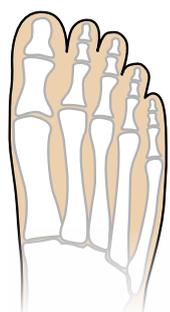


Abb.8.2.6

Der **Hallux valgus** ist eine Fehlstellung der Großzehe mit einer Achsenabweichung nach fibular bei gleichzeitiger Achsenabweichung des Metatarsale I nach tibial.

- I. Grad ($\leq 20^\circ$):** Der Fußballen tritt zu Innenseite des Fußes leicht vor. Es können sich Reizungen und Rötungen bilden.
- II. Grad ($21^\circ - 30^\circ$):** Die Großzehe beginnt sich über die zweite Zehe zu schieben. Als Folge der Reizung des Fußballens kann es zu Schmerzen und Entzündung des Schleimbeutels kommen.
- III. Grad ($31^\circ - 50^\circ$):** Die Großzehe ist über oder unter der zweiten Zehe. Zusätzliche Überdehnung der Sehnen und Reizung der Nerven. Das Laufverhalten verlagert sich auf die Außenseite des Fußes.
- IV. Grad ($> 50^\circ$):** Der große Zeh liegt quer über die benachbarten Zehen. Die Folge ist ein starker Spreizfuß. Die Abrollbewegung erfolgt nur noch über die Fußaußenseite. Bewegungen sind in diesem Stadium nur noch unter starken Schmerzen möglich.

Abb. 8.2.7
Gesunder FußAbb. 8.2.8
HV-Winkel $\leq 20^\circ$ Abb. 8.2.9
HV-Winkel $21-30^\circ$ Abb. 8.2.10
HV-Winkel $31-50^\circ$ Abb. 8.2.11
HV-Winkel $> 50^\circ$

8.3 Praktische Anwendung von LIGASANO® in der Podologischen Praxis

Im podologischen Alltag kommt LIGASANO® bevorzugt in folgenden Bereichen zum Einsatz:

- Druck- und Reibungsschutz, z.B. bei Hallux valgus, Fersensporn, Zehendeformitäten, oder auch interdigital
- Druckschutz nach Entfernen eines Clavus (Hühnerauge)
- Tamponieren des Nagelfalzes insbesondere bei Unguis incarnatus (eingewachsenem Fußnagel)
- Subunguale Tamponade zur Dermatophyten bedingten Nagelpilztherapie
- Interdigital bei Mykosen
- Versorgung und Prävention beim diabetischen Fußsyndrom (siehe auch Seite 57-59 in dieser Broschüre und Seite 52-73 in unserer Broschüre „Anwenderberichte“)
- Aufnahme von überschüssigem Schweiß
- Einlagen
- Vor- und Rückfußentlastung
- als Abstandshalter
- zur lokalen Durchblutungsförderung
- bei Hypergranulation

Druckschutz mit LIGASANO® weiß bei Hallux valgus

Zur Herstellung des Verbandpolsters benötigen Sie

- 1 Platte LIGASANO® weiß, mindestens 15 x 10 x 1 oder 2 cm



Abb. 8.3.1

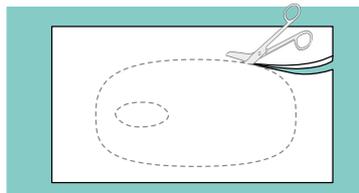


Abb. 8.3.2



Abb. 8.3.3

Druckschutz mit vorgefertigtem Hallux valgus Verband aus LIGASANO® weiß

Dafür benötigen Sie

- 1-2 Stück Hallux valgus Verband aus LIGASANO® weiß, steril oder unsteril



Abb. 8.3.4



Abb. 8.3.5



Abb. 8.3.6

Druckschutz mit LIGASANO® weiß bei Fersensporn

Cave: Der Einsatz von LIGASANO® weiß ist aufgrund seiner nachlassenden Druckspannung nicht als langfristiges Polster beim plantaren Fersensporn zu empfehlen.

Zur Herstellung benötigen Sie

- 1 Platte LIGASANO® weiß, mindestens 15 x 10 x 2 cm

Statt der Rundungen können auch Ecken ausgeschnitten werden.



Abb. 8.3.7



Abb. 8.3.8

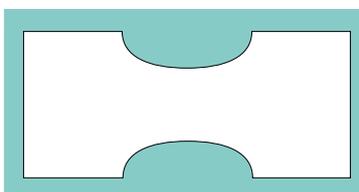


Abb. 8.3.9

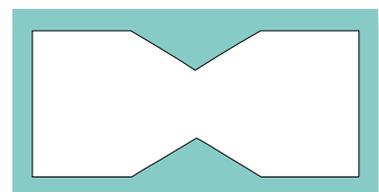


Abb. 8.3.10

Vorgefertigtes Fersenverbandpolster zur Behandlung und / oder Prävention von Fersenläsionen
 Dafür benötigen Sie

- 1 Stück LIGASANO® weiß steril oder unsteril, Fersenverband Ø 20 cm, Dicke 1cm, mit Kleberand



Abb. 8.3.11



Link zum Video: Fersenverband

Applikationstechniken:

Bei **überwiegend bettlägerigen** Patienten bringen Sie bitte die Überlappung an der Rückseite der Ferse an.



Abb. 8.3.12

Bei **überwiegend sitzenden oder stehenden** Patienten muss die Überlappung plantarseitig angebracht werden.



Abb. 8.3.13

Einsatz des LIGASANO® Zehenverbandes mit Klebekante in der podologischen Praxis

Für die **Herstellung eines Zehenschlauches** benötigen Sie

- LIGASANO® weiß Zehenverband mit Klebekante, ca. 8-10 cm

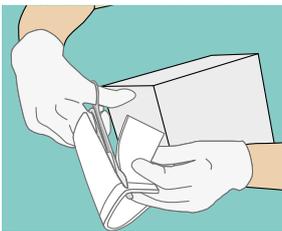


Abb. 8.3.14



Abb. 8.3.15



Abb. 8.3.16



Abb. 8.3.17

Für die **Herstellung einer Zehenkappe** benötigen Sie

- LIGASANO® weiß Zehenverband mit Klebekante, ca. 8-10 cm

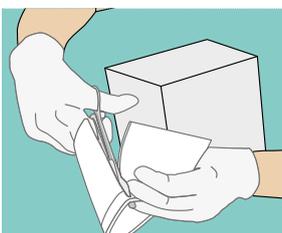


Abb. 8.3.18

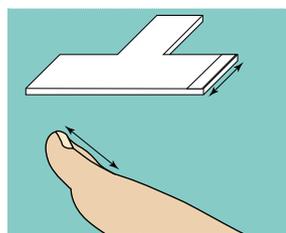


Abb. 8.3.19



Abb. 8.3.20

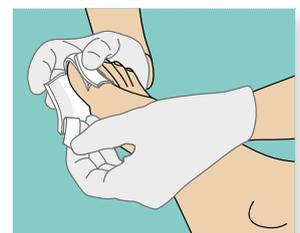


Abb. 8.3.21



Abb. 8.3.22



Abb. 8.3.23

Unterpolsterung mit LIGASANO® weiß bei Behandlung eines Unguis incarnatus

Dafür benötigen Sie

- 1 Stück LIGASANO® weiß steril 6 x 2,5 x 0,4 cm

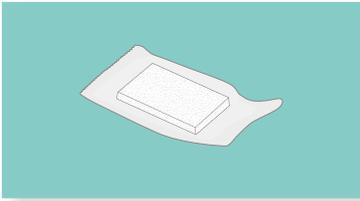


Abb. 8.3.24



Abb. 8.3.25

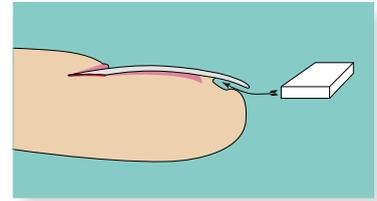


Abb. 8.3.26



Abb. 8.3.27

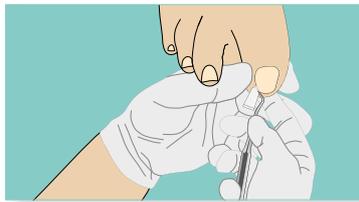


Abb. 8.3.28

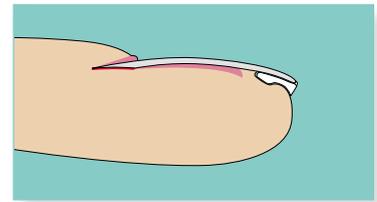


Abb. 8.3.29

Praxisbeispiel: Unterpolsterung mit LIGASANO® weiß bei Behandlung mit Spangentechnik (3TO-Spange)



Abb. 8.3.30



Abb. 8.3.31



Abb. 8.3.32



Abb. 8.3.33



Abb. 8.3.34



Abb. 8.3.35



Abb. 8.3.36



Abb. 8.3.37



Abb. 8.3.37



Abb. 8.3.39

Vermeidung von Haut-Haut-Kontakt als Intertrigoprophylaxe oder Therapie

Dafür benötigen Sie

- 1 Stück LIGASANO® weiß, 15 x 10 x 2 cm



Abb. 8.3.40

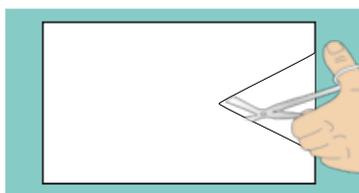


Abb. 8.3.41



Abb. 8.3.42

Druck- und Reibungsschutz bei Hammer- und Krallenzeihen

Dafür benötigen Sie

- 1 Stück LIGASANO® weiß, 15 x 10 x 1 cm

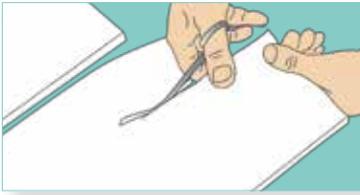


Abb. 8.3.43



Abb. 8.3.44

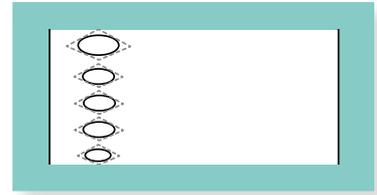


Abb. 8.3.45



Abb. 8.3.46



Abb. 8.3.47



Abb. 8.3.48



Abb. 8.3.49



Abb. 8.3.50



Abb. 8.3.51

Alternativ kann auch der vorgefertigte Hammerzeihenverband (Art. 15078-012) verwendet werden.



Abb. 8.3.52

Wundversorgung und Druckentlastung bei Malum perforans:

Dafür benötigen Sie z.B.

- 1-2 Stück LIGASANO® weiß steril, 5 x 5 x 1 cm
- 1 OP LIGASANO Diabetes-Plantarverband

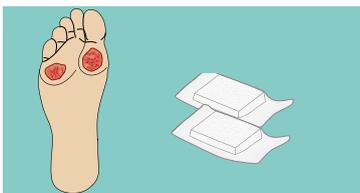


Abb. 8.3.53

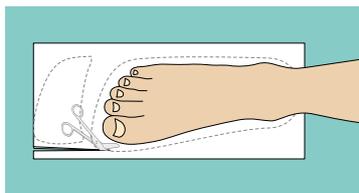


Abb. 8.3.54

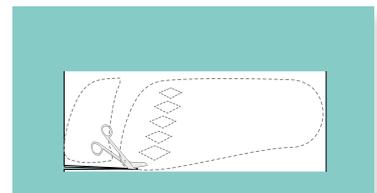


Abb. 8.3.55

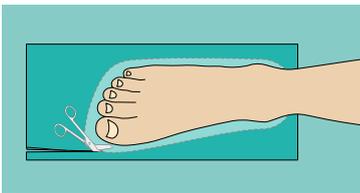


Abb. 8.3.56

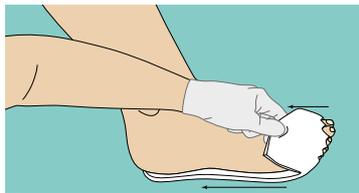


Abb. 8.3.57

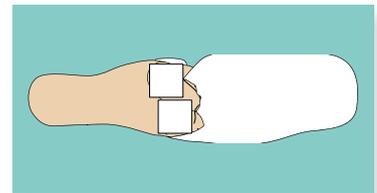


Abb. 8.3.58

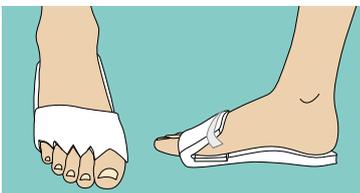


Abb. 8.3.59

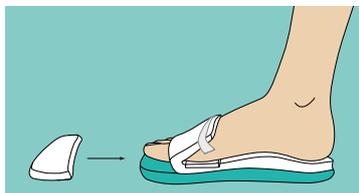


Abb. 8.3.60

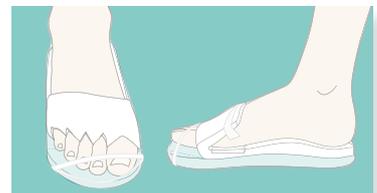


Abb. 8.3.61

Druckentlastung durch Druckverteilung, Druck- und Reibeschutz, Intertrigo-Therapie

Dafür benötigen Sie

- 1 Stück LIGASANO® weiß, 59 x 49 x 1 cm

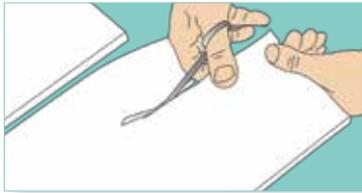


Abb. 8.3.62



Abb. 8.3.63

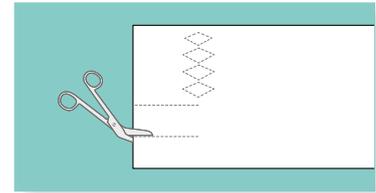


Abb. 8.3.64



Abb. 8.3.65



Abb. 8.3.66



Abb. 8.3.67



Abb. 8.3.68

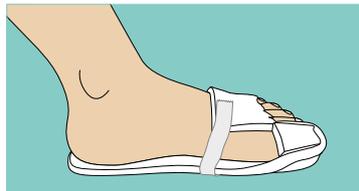


Abb. 8.3.69



Abb. 8.3.70

Falls erforderlich, kann zusätzlich mit einer Lage LIGASANO® weiß oder LIGASANO® grün unterpolstert werden, z.B. mit dem Diabetes-Plantarverband (Art. 15098-007).

Zehenschlauch gefüllt mit LIGASANO® grün als Platzhalter nach Amputationen

Dafür benötigen Sie

- 1 Zehenschlauch aus LIGASANO® weiß, groß (Ø 3,5 cm) oder klein (Ø 2,5 cm)
- 1 kleines Stückchen LIGASANO® grün

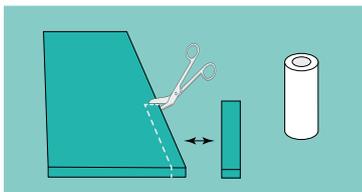


Abb. 8.3.71



Abb. 8.3.72



Abb. 8.3.73

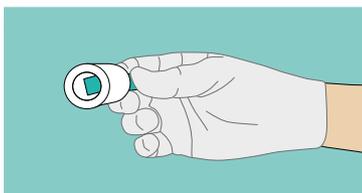


Abb. 8.3.74

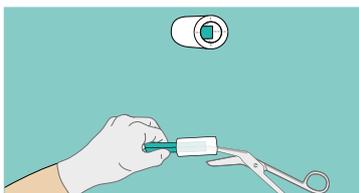


Abb. 8.3.75



Abb. 8.3.76

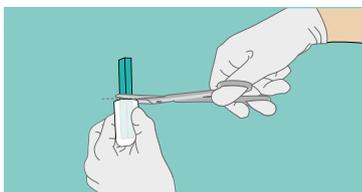


Abb. 8.3.77

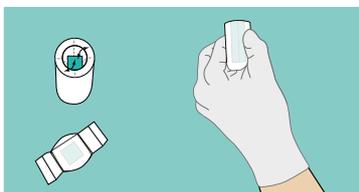


Abb. 8.3.78



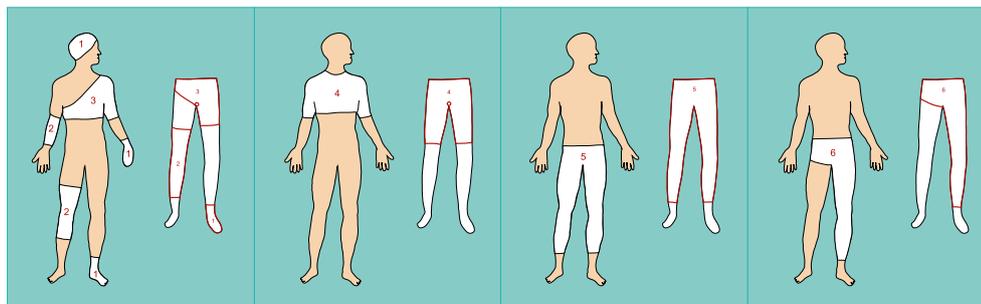
Abb. 8.3.79

9 Fixier- und Positionierhilfen

9.1 Fixierhilfe

Die Fixierung von LIGASANO® weiß muss immer luftoffen sein, niemals okklusiv. Nachfolgend einige Möglichkeiten:

 <p>Praxisnote mangelhaft</p> <p><i>Fixierung mit Heftpflaster-Streifen</i></p> <p>Hält nicht besonders gut und kann kleinflächig Zug auf die Haut ausüben. Auch „hautfreundliche“ Pflaster belasten die Haut beim Abziehen.</p>	 <p>Praxisnote befriedigend</p> <p><i>Großflächiges, luftdurchlässiges Klebepflaster</i></p> <p>Relativ teuer, hält recht gut, Hautbelastung beim Abziehen.</p>	 <p>Praxisnote gut</p> <p><i>Netzhöschen, Fixierhöschen, Netzschlauch, Schlauchverband</i></p> <p>Keine Hautbelastung, einfach zu wechseln, evtl. mehrfach anwendbar. Nachteil: Bremst gegenüber Textilien. Wenn der Patient herumschneidet, kann die Fixierung und LIGASANO® verrutschen.</p>	 <p>Praxisnote sehr gut</p> <p><i>LIGAMED® fix oder Teile davon</i></p> <p>Kompressionsarm und luftdurchlässig. Können beliebig zerschnitten werden und ersetzen so jedes Fixierhöschen und jeden Schlauchverband. Vorteil: LIGAMED® fix gleitet gut über Textilien, bremst aber gegenüber LIGASANO®. Auch wenn der Patient im Bett herumschneidet, bleibt LIGASANO® weiß am Platz.</p>
--	---	--	--



Art.-Nr. 10305-003
PZN 0803561

LIGAMED® fix ist die praktische, klebstofffreie Fixierhilfe für LIGASANO® am ganzen Körper. Sie bietet hohen Tragekomfort, ist einfach anzupassen und oft mehrfach verwendbar. Viele Klebepflaster-Anwendungen mit ihren bekannten Nachteilen lassen sich damit vermeiden.

Anwendungsgebiete	Fixierung von LIGASANO®-Präparaten, z.B. <ul style="list-style-type: none"> • zur Wundheilung und Wundheilungs-Begleitbehandlung • zur lokalen Durchblutungsförderung, Druckentlastung + Polsterung • bei Intertrigo und Pilzinfektionen (Hygienische Vorbeugung + Therapie) Weitere Beispiele ergeben sich aus der LIGASANO® Anwenderinformation
Medizinische Vorzüge / Komfort	<ul style="list-style-type: none"> • keine Hautreizung durch Klebstoffe, gute Hautverträglichkeit • luftdurchlässig, kein Wärme-/Feuchtestau, beugt Mazeration vor • neigt nicht zum Verrutschen, reduziert Scherkräfte • kaum Kompression / Druckstellen • vollkommen schmerzfreies Entfernen (kein Klebstoff)
Technische Vorzüge	<ul style="list-style-type: none"> • temperaturunabhängige Verwendbarkeit (Sommer wie Winter) • unempfindlich gegen Nässe und Feuchtigkeit
Fixiertechniken	<ul style="list-style-type: none"> • kein Umlernen nötig, Anwendung wie Netz- oder Schlauchverbände • mit der Schere bedarfsgerecht zuschneidbar
Ausführung / Material	<ul style="list-style-type: none"> • Form einer Strumpfhose, jedoch ohne Zwickel und Nähte • feines, vollkommen luftdurchlässiges 20den-Gewebe • kaum Neigung zum Ausfransen an den Schnittkanten • 97% Polyamid, 3% Elasthan • Silikonbehandelt für bessere Gleitfähigkeit gegenüber Textilien • gewaschen, gedämpft, ÖKOTEX 100 - Standard
Funktion der Fixierung	<ul style="list-style-type: none"> • gleitfähig gegenüber Textilien (Bettlaken, Krankenunterlagen, Kleidung) durch Webart + Silikonbehandlung • adhäsiv durch Friktion gegenüber LIGASANO® weiß und LIGASANO® grün • im Ergebnis können LIGASANO®-Präparate oft ohne Klebepflaster am Körper fixiert werden
Umweltrelevanz / Entsorgung	<ul style="list-style-type: none"> • je nach Anwendung mehrfach verwendbar und waschbar • wenig Materialbedarf (1 Stück LIGAMED® fix = ca. 15 Gramm) • als Hausmüll zu entsorgen
Wirtschaftlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • niedriger Produktpreis, kein Verfalldatum - kein Verlust durch Verderben, geringe Entsorgungskosten • schnelle, einfache, flexible Anwendung • oft mehrfach verwendbar • ersetzt eine Vielzahl anderer Fixierhilfen

Wichtiger Hinweis: Ob eine Anwendung von LIGAMED® fix sinnvoll und angezeigt ist, muss im Einzelfall vom verantwortlichen Anwender individuell entschieden werden. Gegebenenfalls muss vorher geprüft werden, ob die gewünschten Ergebnisse erreicht werden und keine unakzeptablen Nachteile entstehen.

9.2 Fersenschuh

Der original LIGAMED® Fersenschuh und der LIGAMED® Fersenschuh Plus schützen den ganzen Fuss perfekt gegen Druck, Wundliegen, Überwärmung und Feuchtigkeitsstau.

LIGAMED® Fersenschuh

Art.-Nr. 32210-001

PZN 04678153

Hilfsmittel-Positionsnummer für beide Modelle: 11.11.05.0021

LIGAMED® Fersenschuh Plus

Art.-Nr. 32211-001

PZN 16389968

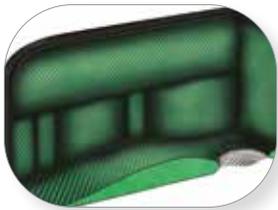


Abb. 9.2.1
Das Innenleben besteht aus dem in der Medizin international bewährten Verbandstoff **LIGASANO® grün**, der Bezug aus hochfestem Polyester-Gittergewebe. Die Größe der Fersenschuhe beträgt L x B x H **27,5 x 9 x 18 bzw. 23 cm**.

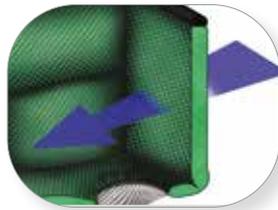


Abb. 9.2.2
Unsere beiden original **LIGAMED® Fersenschuhe** sind vollkommen luftdurchlässig und federleicht. Wärme- bzw. Feuchtstau haben keine Chance, man spürt kaum, dass man sie trägt.



Abb. 9.2.3
Die dreidimensionale Polsterung ist anatomisch korrekt. Das Ergebnis ist optimaler Schutz, keine Druckstellen, perfekte Passform (auch bei Anomalien) und hoher Tragekomfort bei fast jeder Fußgröße und Fußform.



Abb. 9.2.4
Das Anlegen der Fersenschuhe geht einfach und schnell. Die Fixierung erfolgt sekundenschnell mit zwei extra langen Klettverschlüssen und kann nach Belieben eingestellt werden.



Abb. 9.2.5



Abb. 9.2.6



Abb. 9.2.7

Anwendungstipp:

Unsere beiden original LIGAMED® Fersenschuhe + **LIGASANO® weiß, 1 cm dick** sind eine ideale Kombination. So nutzen Sie die therapeutische Wirkung von LIGASANO® weiß und die Fersenschuhe bleiben länger sauber - das spart Zeit und Geld.

Anwendungsorte	Anwendungsgebiete	Schutzfunktionen	Komfort	Hygiene
<ul style="list-style-type: none"> • Klinik + Pflege • OP-Tisch • Untersuchungsliege • Intensivpflege • Pflegeheime • Pflegedienste • Allgemeine Pflege • Bett, Rollstuhl, etc. • Krankentransport • Zuhause • Dauertemperaturbeständigkeit von -20 °C bis +60 °C 	<ul style="list-style-type: none"> • Fixierung von Wundauflagen • Wundbegleitbehandlung • Prävention • Fersendekubitus • Knöchel • ideal auch für Diabetiker • Keine Anwendungsrisiken und Kontraindikationen bekannt • LIGAMED® Fersenschuhe sind keine Laufschuhe 	<ul style="list-style-type: none"> • Druck- und Stoßschutz für den ganzen Fuß im Liegen und Sitzen • Vorbeugung gegen Pilzinfektionen und feuchte Füße • kein Wärmestau • reduziert Scherkräfte 	<ul style="list-style-type: none"> • vollkommen luftdurchlässig • kein Wärmestau • kein Feuchtstau • federleicht • anatomisch geformt • passend für kleine und große Füße • hoher Tragekomfort • Wartungsfrei 	<ul style="list-style-type: none"> • schmutzabweisend, sehr schnell trocknend • waschbar bis 95° C mit handelsüblichen Waschmitteln • Desinfektion durch Kochwaschgang • sterilisierbar mit Wasserdampf, 134° C / 5 Minuten • desinfizierbar mit handelsüblichen, alkohol- und chlorfreien Desinfektionsmitteln • kein Nährboden für Pilze und Bakterien

Tab. 9.2.8

10 Fortbildung und Service

10.1 Inhouse-Seminare:

Die LIGAMED® Inhouse-Seminare sind informativ und spannend aufgebaut. Zwar kann auf trockene Theorie nicht ganz verzichtet werden, der praktische Teil kommt aber auf keinen Fall zu kurz. Wir vermitteln Ihnen, wie Sie patientenschonend aus chronischen Wunden heilende Wunden machen - und wie Sie zeit- und kostensparend eine sehr wirksame Prävention gegen solche Wunden erreichen. Die LIGAMED®-Seminare sind ein absolutes MUSS, wenn Sie mit der Behandlung chronischer Wunden befasst sind oder mit der Pflege von temporär oder dauerhaft immobilen Menschen.

Titel / Seminarinhalt	Dauer	Teilnehmerzahl	Geeignet für
Praxisnahes Grundseminar „LIGASANO®-Therapie + Prävention mit System“ • Die Systematik zur zuverlässigen Heilung chronischer Wunden • Bessere, individuelle Prävention + Hygiene bei geringerem Zeitaufwand und niedrigeren Kosten Geballte Information in einem kompakten praxisnahen Seminar. Behandelt werden folgende Themen: Insbesondere Dekubitalulzera, Ulcus cruris, diabetisch bedingte Wunden, unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung von ausreichender Durchblutung und geeigneter Ernährung. Physikalische und biologische Grundlagen, Anamnese, Diagnose, Lagerungs- und Verbandtechnik, Förderung der Druckresistenz des Patienten, Druckentlastung, Hautpflege, Wundreinigung, praktische Beispiele der effizienten Anwendung.	ca. 3 h	Mindestens 10, ideal sind 20-30 Teilnehmer	Ärzte und Pflegekräfte in Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Pflegefachschulen Der Einstieg in die LIGASANO®-Therapie oder als Auffrischung
Grundseminar Podologie / Diabetologie Geballte Information in einem kompakten praxisnahen Seminar. Behandelt werden folgende Themen: • Anwendung von LIGASANO® weiß (z.B. beim DFS oder bei entzündetem Nagelfalz) • Präventivmaßnahmen mit LIGASANO® weiß und LIGASANO® grün (z.B. Druck- und Reibungsschutz bei Hallux valgus, trockenen Rhagaden, Clavus mollis, Hygienemaßnahmen bei Pilzinfektionen)	ca. 2-3 h	ideal sind ca. 10-20 Teilnehmer	Podologen und Medizinische Fußpfleger, Berufsfachschulen für Podologie Der Einstieg in die LIGASANO®-Therapie oder als Auffrischung
Aufbauseminar im Workshop-Format Themen, Ablauf und Dauer werden von den Teilnehmern bestimmt. Typische Beispiele: • Wundbehandlung und Präventionsmaßnahmen am Patienten • Diskussion und Vertiefung der Kenntnisse für bestimmte Anwendungen • Positionierung von Intensivpatienten Damit sich der Referent vorbereiten kann, sollten die gewünschten Schwerpunkte bereits bei der Buchung genannt werden.	ca. 2-3 h	ideal sind ca. 5-10 Teilnehmer	Nur für geübte LIGASANO®-Anwender, die bereits am Grundseminar teilgenommen haben

Tab. 10.1.1

Unsere kompetenten und praxiserfahrenen Referenten halten jährlich etwa 400 Inhouse-Seminare und Workshops ab, meist mit erfreulichem Erfolg, wie die Bewertungen der Seminarteilnehmer zeigen.

Sichern Sie sich noch heute einen Termin! Eine Kopiervorlage des Anmeldeformulars finden Sie auf der folgenden Seite oder unter www.ligasano.com zum Senden per E-Mail. **Wir freuen uns auf Sie!**

Stand: Dezember 2024

	1 sehr gut	2 gut	3 befriedigend	4 ausreichend	5 mangelhaft	6 ungenügend	Ø Notendurchschnitt
Inhalt:							
-inhaltliche Qualität	81,05%	16,37%	1,79%	0,34%	0,19%	0,26%	1,28
-Praxisnähe	74,75%	21,31%	2,54%	0,80%	0,29%	0,31%	1,31
-Nützliche Informationen	83,16%	13,73%	2,19%	0,37%	0,25%	0,30%	1,21
Referent:							
-Fachliche Kompetenz	82,67%	15,36%	1,15%	0,31%	0,23%	0,28%	1,21
-Verständlichkeit	80,56%	17,27%	1,53%	0,18%	0,16%	0,30%	1,21
Dauer der Veranstaltung:	gerade richtig Note 1	etwas zu kurz Note 3	etwas zu lang Note 3		zu kurz Note 6	zu lang Note 6	
	86,80%	1,75%	0,87%		1,37%	0,87%	1,34
						Gesamt Ø	1,26

Tab. 10.1.2



Seminar-Anmeldung - Kopiervorlage

Nur gültig innerhalb Deutschlands. Bei Seminarwünschen in anderen Ländern nennen wir Ihnen gerne eine Kontaktadresse.

Per Post oder per Fax an 09103 / 27 96

LIGAMED® medical Produkte GmbH
Fortbildung - Seminare
Pfannenstielstr. 2

D - 90556 Cadolzburg

Wir freuen uns, wenn Sie uns folgende Fragen beantworten:

- Wir wenden LIGASANO® seit _____ an.
- Zur Wundbehandlung Zur Lagerung
- Wir kannten LIGASANO® bisher nicht
- Wir wurden darauf aufmerksam durch:

Wir nehmen Ihr Service-Angebot an und bitten Sie zu prüfen, ob Sie am _____ von _____ bis _____ Uhr
 oder als Ausweichtermin am _____ von _____ bis _____ Uhr

bei uns folgendes Seminar halten können (bitte ankreuzen). Wir rechnen mit ca. _____ Teilnehmern.

- Grundseminar allgemein (3 Std.) Workshop Wundbehandlung (2-3 Std.)
- Grundseminar Podologie (2-3 Std.) Workshop Prävention / Lagerung (2-3 Std.)
- andere Themen: Workshop Podologie (2-3 Std.)

Wenn einer der beiden genannten Termine machbar ist, erhalten Sie von uns kurzfristig eine Bestätigung per Brief, Fax oder E-Mail. Falls keiner der beiden Termine möglich ist, setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung, um einen für beide Seiten möglichen Termin abzustimmen.

Absender:

Bitte deutlich lesbar in Druckschrift ausfüllen

 Name der Einrichtung

 Straße, Hausnummer

 PLZ, Ort

 Ansprechpartner

 Telefon

 Fax

 Ort der Veranstaltung (nur falls von bereits genannter Anschrift abweichend)_

 Ort, Datum

 Unterschrift

10.2. Webinare

Seit 2022 bieten wir auch Webinare zu allen Themen rund um Wundversorgung und Prävention an. Unsere Fachreferenten informieren Sie sowohl zu allgemeinen Themen als auch zur Anwendung von LIGASANO® bei verschiedenen Wundarten bzw. Wundverhältnissen und zur Prävention.

Aktuelle Webinar-Termine finden Sie auf unserer Homepage <https://www.ligasano.com/de/veranstaltungen/webinare>

Dort können Sie sich auch vergangene Webinare ansehen.



Abb. 10.2.1

10.3. Beratung vor Ort

Sie können sich auf zahlreichen Messen und Kongressen bei uns informieren oder auch bei einer unserer Fortbildungsveranstaltungen (jährlich ca. 400 Fortbildungen in Deutschland). Aktuelle Seminartermine und Messe- bzw. Kongressbeteiligungen finden Sie auf unserer Homepage unter **www.ligasano.com**.

Trotzdem ist es natürlich etwas ganz anderes, wenn Sie einen Patienten direkt zu behandeln haben und Sie sich anfangs noch unsicher sind, wie das denn mit LIGASANO® geht. Egal ob es um Wundbehandlungen, Patientenlagerungen oder Prophylaxe geht, rufen Sie uns an (**Infotelefon 09103 / 2046**) oder senden Sie uns eine E-Mail (**info@ligamed.de**). Wir bemühen uns, soweit dies möglich und gewünscht ist, sofort um telefonischen oder schriftlichen Rat - und wenn Sie wollen, kommen auch gerne unsere LIGASANO®-Anwendungsberater zu Ihnen und unterstützen Sie mit Rat und Tat vor Ort.



Abb. 10.3.1



Abb. 10.3.2



Abb. 10.3.3

10.4 Kleine Helferlein

Ruck-Zuck im Zickzackformat: Unsere Folder **Kurzinfo LIGASANO®** und **Kurzinfo Diabetologie/Podologie** führen Sie schnell und übersichtlich zu den gewünschten Informationen. Dort finden Sie das Allerwichtigste in Kürze zu Wundbehandlung, Druckentlastung/Prävention, Fixierung, Verordnung und Indikationen bzw. zu Diabetologie und Podologie.

Individuelle Druckentlastung mit LIGASANO®: Wir zeigen Ihnen Schritt für Schritt, wie's geht - in unseren drei **Schnittmusterheften**.

Darin finden Sie Vorschläge zur Ganzkörperlagerung, Druckentlastungs- und Druckverteilungsvorschläge für Kopf, Hände, Gesäß, Füße, zur Intertrigoprophyllaxe und anderes mehr. Für Normalstation und Intensivstation.

Die handlichen Hefte passen prima in die Kitteltasche. So haben Sie sie immer schnell zur Hand, wenn Sie sie benötigen.

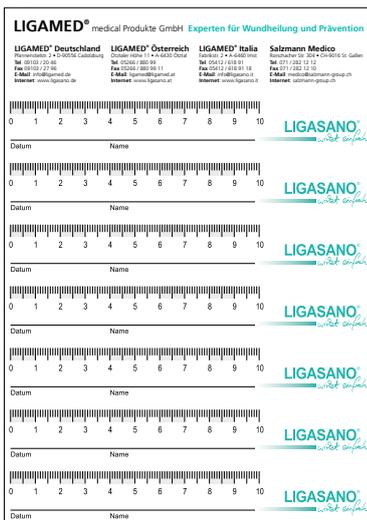


Ein weiteres wichtiges Utensil im Pflegealltag ist der **Ernährungsrechner** zum Errechnen des individuellen Energiebedarfs Ihrer Patienten. Dieser ist oftmals höher als gedacht, insbesondere beim Vorhandensein chronischer Wunden, z.B. eines Dekubitus. Probieren Sie es aus!

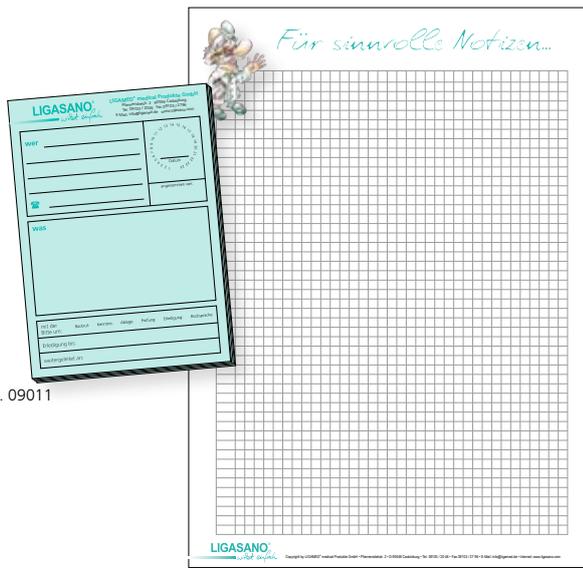
GEEIGNETE ERNÄHRUNG				Patienten	
KÖRPERGEWICHT	MOBILITÄT	KÖRPERTEMPÉRATUR	KÖRPERHEIT	ZUSÄTZLICHER BEDARF	
Körpergewicht (kg)	Inmobilität 1,20 Semiobilität 1,25 Mobil 1,30	36°-37°C = 1,00 38°C = 1,10 39°C = 1,20 40°C = 1,30 41°C = 1,40	Körpergröße = 1,50 Hautfarbe = 1,50 bis 1,60 Körperbau = 1,50 bis 1,60 Blutdruck = 1,20 bis 1,30 Blutzucker = 1,20 bis 1,30 Diabetes = 1,20 bis 1,30 Nieren = 1,20 bis 1,30 Herz = 1,20 bis 1,30	Protein Proteinbedarf = 1,50 bis 1,60 g/kg Körpergewicht/Tag Proteinbedarf = 1,50 bis 1,60 g/kg Körpergewicht/Tag	
<p>Ergebnis: Energiebedarf (kcal/Tag) = 1.200 bis 1.500 Proteinbedarf (g/Tag) = 1,50 bis 1,60 g/kg Körpergewicht/Tag Proteinbedarf (g/Tag) = 1,50 bis 1,60 g/kg Körpergewicht/Tag Proteinbedarf (g/Tag) = 1,50 bis 1,60 g/kg Körpergewicht/Tag Proteinbedarf (g/Tag) = 1,50 bis 1,60 g/kg Körpergewicht/Tag</p>				<p>Flüssigkeit Flüssigkeitsbedarf = 2,0 bis 2,5 l/Tag</p>	

Art. 05021

Wundlineale kann man immer brauchen, dachten wir uns. Ebenso **Notiz- und Schreibblöcke**.



Art. 05040



Art. 09011

Art. 09061

Unsere kleinen Helferlein schicken wir Ihnen in „normalen“ Mengen (für Ihre Einrichtung) gerne **kostenlos**. Benutzen Sie dazu unseren Bestellvordruck auf Seite 106 oder schreiben Sie uns eine E-Mail an **info@ligamed.de**.

Sollten Sie, z.B. als Händler/Wiederverkäufer größere Mengen benötigen, überlassen wir Ihnen diese gerne zum Selbstkostenpreis.

Bestellblatt - Kopiervorlage für Fax und Postversand

Per Post oder per Fax an 09103 / 27 96

Absender:

LIGAMED® medical Produkte GmbH
Kundenbetreuung
Pfannenstielstr. 2
90556 Cadolzburg

Einrichtung, Firma

Name, Vorname

Str., Hsnr.

PLZ

Ort

Tel.

Fax

E-Mail



Ja, ich möchte künftig kostenlos die jeweils aktuelle Ausgabe von **Dr. Guck's Kompendium Wundreinigung-Wundheilung-Rezidivprophylaxe** erhalten.

Bitte senden Sie mir außerdem kostenlos und unverbindlich

- ___ Stück Weitere Exemplare von Dr. Guck's Kompendium Wundreinigung-Wundheilung-Rezidivprophylaxe (**Bestell-Nr. 03011**)
- ___ Stück Broschüre Erfahrungsberichte und Studien (**Bestell-Nr. 08201**)
- ___ Stück Ernährungsrechnerblöcke à 10 Blatt im Format DIN A5 (**Bestell-Nr. 05021**)
- ___ Stück Kurzinfo LIGASANO® für Ärzte und medizinische Fachkräfte (**Bestell-Nr. 02041**)
- ___ Stück Kurzinfo LIGASANO® für Diabetologen und Podologen (**Bestell-Nr. 02071**)
- ___ Stück Schnittmusterheft „Ideen für die Pflege“ (**Bestell-Nr. 05031**)
- ___ Stück Schnittmusterheft „Ideen für die Intensivpflege“ (**Bestell-Nr. 05081**)
- ___ Stück Schnittmusterheft „Ideen für die Füße“ (**Bestell-Nr. 05091**)
- ___ Stück Flyer Original LIGAMED® Fersenschuh (**Bestell-Nr. 02031**) und LIGAMED® Fersenschuh Plus (**Bestell-Nr. 02031+**)
- ___ Stück Wundlineale (**Bestell-Nr. 05040**)
- ___ Stück Notizblöcke, Format DIN A6 (**Bestell-Nr. 09011**)
- ___ Stück Schreibblöcke, Format DIN A4 (**Bestell-Nr. 09061**)
- ___ Stück **Info-Ordner mit allen o.g. Broschüren und zusätzlich Ansichtsmustern**

Bitte senden Sie **Dr. Guck's Kompendium** auch an:

Einrichtung, Firma

Name, Vorname

Str., Hsnr.

PLZ

Ort

Tel.

Fax

E-Mail

10.5 Ernährungsrechner

Bitte denken Sie immer daran: **Keine Wundheilung ohne geeignete Ernährung!** Oft scheitert die Wundheilung mangels geeigneter und ausreichender Ernährung - und dies wiederum oft mangels Kenntnis des Bedarfs. Typisches Beispiel: Die Wunde ist sauber und problemlos, zeigt aber keine oder kaum Granulationsneigung. Dies kann ein deutlicher Hinweis auf grundsätzliche Mangelernährung oder auch nur Eiweiß- oder Zinkmangel sein. Mit unserem Kalkulationsblatt „Geeignete Ernährung“ können Sie mühelos den individuellen Bedarf Ihrer Patienten einschätzen.



Kopiervorlage

GEEIGNETE ERNÄHRUNG

Erstellt durch LIGAMED® medical Produkte GmbH, auf Basis der Übersichtstabelle „Prophylaxe und Therapie des Dekubitusleidens“ von S. D. Müller, K. Pütz, K. Raubke, I. Dewe, Die Gesellschaft für Ernährungsmedizin und Diätetik e.V., veröffentlicht in Ausgabe 19/1 (2001) „Zeitschrift für Wundheilung“

Patient

Datum

KÖRPERGEWICHT	MOBILITÄT	KÖRPERTEMPERATUR	KRANKHEIT	ZUSÄTZLICHER BEDARF
<p>Körpergewicht (kg)</p> <p><input style="width: 50px;" type="text"/> x 24 kcal</p>	<p>Immobil 1,20 </p> <p>Teilmobil 1,25 </p> <p>Mobil 1,30 </p>	<p>36°- 37°C = 1,00</p> <p>38°C = 1,10</p> <p>39°C = 1,20</p> <p>40°C = 1,30</p> <p>41°C = 1,40</p>	<p>Komplikationslos = 1,00</p> <p>Bauchfellentzündung = 1,20 bis 1,50</p> <p>Frakturen = 1,20 bis 1,35</p> <p>Schwere Sepsis = 1,40 bis 1,60</p> <p>Dekubitus bis 50 cm² = 1,30 bis 1,50</p> <p>Dekubitus ab 50 cm² = 1,50 bis 1,90</p> <p>Intubation = 0,80 bis 0,90</p> <p>Koma = 0,90</p>	<p>Protein (Eiweiß)</p> <p>bei gesunden 0,8 bis 1,0g/ kg Körpergewicht/ Tag</p> <p>bei Dekubitusgefahr 1,0 bis 1,2g/ kg Körpergewicht/ Tag</p> <p>bei Dekubitus 1,2 bis 1,5g/ kg Körpergewicht/ Tag</p> <p>Flüssigkeit</p> <p>mindestens 2,0 ltr./ Tag</p>
X	X	X	=	= <input style="width: 100px;" type="text"/> kcal Bedarf an Energiezufuhr pro Tag

Proteine
Beteiligt am Aufbau von Körperzellen, Immunoglobulinen, Kollagen, in Form von Hämoglobin dienen sie als Transportvehikel für Sauerstoff.

Flavikone
Notwendig für die Verdauung der Körperflüssigkeiten

Lipide
(Wie Fettsäuren) Essentieller Bestandteil der Zellmembranen, Neben Kohlehydraten wichtiger Energielieferant

Vitamin K
Essentiell für die Blutgerinnung (Spinat, Tomaten, Leber, Früchte, Milch)

Vitamin C
Essentiell für Bindegewebssynthese (Zitrusfrüchte, Tomaten, Frischgemüse)

Vitamin A
Beeinflusst die Zellmembranbildung (Grünes Blattgemüse, gelbes Gemüse, Früchte, Fisch, Leber, Eigelb)

Zink & Albumin
Spielen eine wichtige Rolle bei der Wundheilung. Fast 80% aller Senioren mit Dekubitus haben Zinkmangel.

Albumin bindet Zink, das eine wichtige Rolle bei der Kollagenvernetzung spielt (über 50% des Gesamtzinkes im Blutplasma ist Albumin)

Bilanzierte Trink- und Sondernahrung
Unterstützend, oder ersatzweise bei appetitlosen, oder nicht zur normalen Nahrungsaufnahme fähigen Patienten

© LIGAMED® medical Produkte GmbH, D-90556 Cadolzburg, Revisionsstand November 2014

Abb. 10.5.1

Dieses Kalkulationsblatt können Sie kostenlos als Block à 10 Blatt bei uns anfordern unter Tel. 09103 / 20 46, per Fax an die 09103 / 27 96, per E-Mail an info@ligamed.de oder mit dem Bestellformular auf Seite 105.

10.6 Expertenstandard Ernährungsmanagement

Der Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege soll helfen, Mangelernährung vorzubeugen bzw. eine bereits manifestierte Mangelernährung wieder zu beheben.

Ernährungsprobleme im Alter sind z.B. verminderter Appetit, Zahn- oder Zahnersatzprobleme und damit einhergehende Kauschwierigkeiten, Dysphagie (Schluckstörungen), usw.

Zielsetzung des Expertenstandard Ernährungsmanagement:

„Bei jedem Patienten/Bewohner mit pflegerischem Unterstützungsbedarf ist die orale Nahrungsaufnahme entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf gesichert und es wird einer drohenden oder bestehenden Mangelernährung entgegengewirkt.“

Begründung: Essen und Trinken beeinflussen die Lebensqualität, sind wichtige Bestandteile sozialer und kultureller Identität und dienen der Gesunderhaltung durch die Nährstoffaufnahme. Die Sicherung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung kann durch die frühzeitige Erfassung und Bewertung von Anzeichen einer drohenden oder bestehenden Mangelernährung und ihrer Gründe, durch angemessene Unterstützung und Umgebungsgestaltung, spezifische Maßnahmen sowie ein geeignetes Nahrungsangebot eine Mangelernährung verhindern und bestehenden Defiziten entgegenwirken.“

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>S1a - Die Pflegefachkraft verfügt über Kompetenzen zur Identifikation von Anzeichen für eine drohende oder bestehende Mangelernährung (Screening) und zur tiefergehenden Einschätzung der Ernährungssituation und der sie beeinflussenden Faktoren (vertieftes Assessment).</p> <p>S1b - Die Einrichtung stellt sicher, dass geeignete Instrumente und Hilfsmittel zur Einschätzung und Dokumentation zur Verfügung stehen.</p>	<p>P1 - Die Pflegefachkraft erfasst bei allen Patienten/Bewohnern zu Beginn des pflegerischen Auftrags im Rahmen der Pflegeanamnese, bei akuten Veränderungen und in individuell festzulegenden Abständen Anzeichen für eine drohende oder bestehende Mangelernährung (Screening). Sind entsprechende Anzeichen vorhanden, führt sie eine tiefergehende Einschätzung der Ernährungssituation und der sie beeinflussenden Faktoren durch (vertieftes Assessment).</p>	<p>E1 Für alle Patienten/Bewohner liegt ein aktuelles Screening-Ergebnis vor. Bei Patienten/Bewohnern mit Anzeichen einer drohenden oder bestehenden Mangelernährung ist ein vertieftes Assessment erfolgt.</p>
<p>S2a - Die Pflegefachkraft verfügt über Fachwissen zur Planung und Steuerung berufsgruppenübergreifender Maßnahmen zur Sicherung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung einschließlich der Kompetenz zur Entscheidungsfindung bei ethisch komplexen Fragestellungen.</p> <p>S2b - Die Einrichtung verfügt über eine multiprofessionell geltende Verfahrensregelung zur berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit beim Ernährungsmanagement.</p>	<p>P2 - Die Pflegefachkraft koordiniert auf Grundlage der Verfahrensregelung in enger Kooperation mit anderen beteiligten Berufsgruppen Maßnahmen mit dem Ziel eines individuell angepassten Ernährungsmanagements.</p>	<p>E2 Die multiprofessionellen Maßnahmen sind koordiniert und gegebenenfalls ethisch begründet.</p>
<p>S3a - Die Pflegefachkraft verfügt über Kompetenzen zur Planung einer individuellen Mahlzeiten- und Interaktionsgestaltung.</p> <p>S3b - Die Einrichtung verfügt über ein geeignetes Konzept zur Ernährungsversorgung.</p>	<p>P3 - Die Pflegefachkraft plant gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen Maßnahmen zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme, zur Gestaltung der Umgebung, zu geeigneten, flexiblen Speisen- und Getränkeangeboten sowie Darreichungsformen und bezieht bei Bedarf weitere Berufsgruppen mit ein.</p>	<p>E3 Ein individueller Maßnahmenplan zur Sicherung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung liegt vor.</p>
<p>S4a - Die Pflegefachkraft verfügt über spezifische Kompetenzen zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme einschließlich des Umgangs mit besonderen Risikosituationen bzw. bei speziellen Beeinträchtigungen.</p> <p>S4b - Die Einrichtung sorgt für eine angemessene Personalausstattung und Personalplanung zur Gewährleistung eines bedürfnis- und bedarfsgerechten Ernährungsmanagements. Sie gewährleistet geeignete räumliche Voraussetzungen für eine patienten-/bewohnerorientierte Mahlzeiten- und Interaktionsgestaltung.</p>	<p>P4 - Die Pflegefachkraft gewährleistet eine, die Selbstbestimmung und Eigenaktivität des Patienten/Bewohners fördernde Unterstützung und eine motivierende Interaktions- und Umgebungsgestaltung während der Mahlzeiten. Sie berücksichtigt besondere Gesundheitsprobleme von Patienten/Bewohnern.</p>	<p>E4 Der Patient/Bewohner hat eine umfassende und fachgerechte Unterstützung zur Sicherung der bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung während und auch außerhalb der üblichen Essenszeiten erhalten. Die Umgebung bei den Mahlzeiten entspricht den Bedürfnissen und dem Bedarf des Patienten/Bewohners.</p>
<p>S5 - Die Pflegefachkraft verfügt über Informations-, Beratungs- und Anleitungskompetenz zur Sicherung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung.</p>	<p>P5 - Die Pflegefachkraft informiert und berät den Patienten/Bewohner und seine Angehörigen über Entstehung und Folgen einer Mangelernährung und Möglichkeiten einer angemessenen Ernährung und leitet gegebenenfalls zur Umsetzung von Maßnahmen an.</p>	<p>E5 Der Patient/Bewohner und seine Angehörigen sind über Entstehung und Folgen einer Mangelernährung und über mögliche Maßnahmen informiert, beraten und gegebenenfalls angeleitet.</p>
<p>S6 - Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, die Angemessenheit und Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen zu beurteilen.</p>	<p>P6 - Die Pflegefachkraft überprüft gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen in individuell festzulegenden Abständen den Erfolg und die Akzeptanz der Maßnahmen und nimmt gegebenenfalls eine Neueinschätzung und entsprechende Veränderungen im Maßnahmenplan vor.</p>	<p>E6 Der Patient/Bewohner hat keine Anzeichen für eine drohende oder bestehende Mangelernährung, soweit dies durch eine Sicherung der bedürfnis- und bedarfsgerechten oralen Nahrungsaufnahme möglich ist.</p>

Tab. 10.6.1 entnommen aus: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, 1. Aktualisierung 2017

Glossar

Abkürzungen: *Abk.* = Abkürzung; *Adj.* = Adjektiv; *ugspr.* = umgangssprachlich; *Pl.* = Plural; *Syn* = Synonym

Adhäsion, interzelluläre

Anhaftung von Zellen an Proteine der extrazellulären Matrix

afferent

zu einem Organ hinführend

Aktinfilamente

Fadenförmige Proteinstrukturen in eukaryotischen Zellen; bestehen hauptsächlich aus dem Protein Aktin

Aktivkohle

Medizinische Kohle aus porösem, feinkörnigem Kohlenstoff

Alginat

Salz der Alginsäure

Alginsäure

strukturgebendes Element der Zellwände von Braunalgen

Allysin

Lysin-Derivat, Bestandteil von Elastin und Kollagen

Amputation

Abtrennung eines Körperteils

Amyloidose

Anreicherung von abnorm veränderten Proteinen im Interstitium

Anagenphase

Wachstumsphase des Haares

Anastomose

Verbindung zwischen zwei anatomischen Strukturen

Angiogenese

Ausbildung neuer Gefäßstrukturen, wichtiger Reparaturprozess der Wundheilung

Angiopathie

Gefäßkrankung; im engeren Sinn arteriosklerotische Veränderungen der Arterien

Antibiotikum (Pl. Antibiotika)

Arzneimittel zur Behandlung bakterieller Infektionskrankheiten

Antigen („Antibody generating“)

Stoffe, an die sich Antikörper spezifisch binden können

Antimykotikum (Pl. Antimykotika)

Arzneimittel zur Behandlung von Pilzkrankungen (Mykosen)

Apokrin

Eigenschaft exokriner Drüsen, bei der Sekretion auch Teile des Zytoplasmas abzusondern

Apoptosis

Programmierter Zelltod

Arteriosklerose

Arterienverkalkung; Systemerkrankung der Arterien, die zu Ablagerungen von Blutfetten, Thromben, Bindegewebe in den Gefäßwänden führt

Assessment

Bewertung, Beurteilung, Einschätzung

Asymptomatisch

ohne Symptome/Krankheitszeichen

Atrophie blanche

Auf der Haut sichtbare Folgen von Gefäßkrankungen; kleinflächige weiße Stellen von meist derber, narbiger Konsistenz

Avital

nicht lebend, tot (z.B. Gewebe)

B-Lymphozyt

Bildet nach Antigenkontakt Antikörper, ist Bestandteil des adaptiven Immunsystems

Bakteriostatisch

Bakterienwachstum hemmend

Bakterizid

Bakterien abtötend

Basalmembran

Mehrschichtige extrazelluläre Struktur zwischen Epithel- und Bindegewebe; dermo-epidermale Junctionszone

Blase, groß (Bulla)

Umschriebene Läsion > 1 cm Durchmesser, die Flüssigkeit (klar, serös oder hämorrhagisch) enthält

Blase, klein (Vesicula)

Umschriebene Läsion < 1 cm Durchmesser, die Flüssigkeit (klar, serös oder hämorrhagisch) enthält

Bulla

siehe Blase, groß

Cell junctions

Zellverbindungen, direkte Berührungstellen von Zellen

Charcot-Fuss

Erkrankung des Fußes, v.a. bei Diabetikern, benannt nach dem Neurologen Jean-Martin Charcot; Syn. Neuroarthropathie

Chemokine

(=chemotaktische Zytokine), Signalproteine, lösen bei Zellen eine Wanderungsbewegung aus

Chemotaxis

Beeinflussung der Fortbewegungsrichtung von Zellen durch Stoffkonzentrationsgradienten

Cholesterin

Wichtiger Bestandteil der Plasmamembran

Cholezystektomie

Gallenblasenentfernung

Chondroitinsulfat

Mucopolysaccharid, gehört zu den Glykosaminoglykanen

Chondrozyt

Knorpelzelle

Chromatin

Komplex aus DNA und speziellen Proteinen

Chromosom

Makromolekülkomplex, der Gene enthält; besteht aus DNA, die mit vielen Proteinen verpackt ist

Claudicatio intermittens

Syn. Schaufensterkrankheit, „kurzzeitiges Hinken“; wegen Durchblutungsstörungen treten nach kurzer körperlicher Aktivität Schmerzen durch Sauerstoffmangel auf und die Patienten bleiben oft vor Schaufenstern stehen, bis die Schmerzen nachlassen

Clavus

„Hühnerauge“, Hornschwielenbildung mit in die Tiefe gerichtetem Sporn

Connexine

Transmembranproteine, ermöglichen den direkten Austausch von Molekülen zwischen benachbarten Zellen

Corona phlebatica paraplantaris

Variköser Venenkranz, Zeichen einer chronischen venösen Insuffizienz (CVI).

Cortex

Faserschicht, Faserstamm; Keratin-Faserbündel im Haar

Cuticula

Schuppenschicht, äußere Rindenschicht des Haares

Cutis / Kutis

Haut

Cytokin

siehe Zytokin

Cytoplasma

siehe Zytoplasma

Cytoplasmatische Organellen

siehe Zytoplasmatische Organellen

Cytoskelett

siehe Zytoskelett

Cytosol

siehe Zytosol

Débridement

Entfernung von nekrotischem Gewebe aus Wunden

Debris

Organisches avitales Material

Deformation

Durch äußere Einflüsse entstandene Missbildung/Verformung

Dekubitus

Syn. Dekubitalulkus, Druckgeschwür

Demenz

Verlust bereits erworbener Denkfähigkeiten

Dentritische Zellen

Zellen des Immunsystems

Dermatansulfat

Mucopolysaccharid, gehört zu den Glykosaminoglykanen

Dermatoliposklerose

Verhärtung des subkutanen Bindegewebes

Dermatophyten

Fadenpilze, die eine Pilzinfektion der Haut (Dermatophytose) auslösen; Dermatophyten ernähren sich von Kohlenhydraten und Keratin

Dermis

Lederhaut, mittlere der drei Hautschichten

Desmosin

Aminosäure, Komponente des Faserproteins Elastin

Desmosomen

Zellstrukturen in Zellmembranen, die enge Verbindungen zwischen zwei Zellen herstellen; verbessern den mechanischen Zusammenhalt

Detritus

Zelltrümmer

Diploid

Vorhandensein eines doppelten Chromosomensatzes (Genetik)

Dissemination

Verteilung von Erregern in einem Organ

Doppler-Sonographie

Ultraschall-Untersuchung, zum Messen der Fließgeschwindigkeit des Blutes in den Gefäßen

Ekkrin

Schweiß absondernde Zellen ohne Verlust von Zytoplasma oder Teilen der Zelle

Elastin

Faserprotein für Formgebung und Halt, verleiht der Haut Elastizität

Eleidin

Intrazelluläres Protein im Stratum lucidum der Haut

Elephantiasis

Extreme Vergrößerung eines Körperteils durch Lymphstau; meist an Beinen oder Geschlechtsteilen

Endoplasmatisches Retikulum (Abk. ER)

Membran-Netzwerk eukaryotischer Zellen aus Röhren, Bläschen und Zisternen

Endothelzellen

Zellen der innersten Wandschicht von Lymph- und Blutgefäßen

Endotoxine

Zerfallsprodukte (Teile der Zellmembran) gramnegativer und Cyano-Bakterien

Enzym

Biochemischer Katalysator, beschleunigt biochemische Reaktionen

Enzymatisch

nur unter Beteiligung von Enzymen ablaufende Stoffwechselreaktionen

Epidermis

Oberhaut, äußerste Schicht der Haut

Epithel(gewebe)

Bezeichnung für Deck- und Drüsengewebe; ein- oder mehrlagige Zellschichten

Epitheliesierungsphase

Reparationsphase, Einwanderung von Epithelzellen

Eponychium

Epithel, das in der Nageltasche dorsal zur Nagelplatte aufliegt

Erosion

Verlust eines Teils oder der gesamten Epidermis

Erythem

Hautrötung

Eukaryoten

Lebewesen, deren Zellen einen Zellkern besitzen

Exkoration

Verlust der Epidermis und eines Teils der Dermis durch Kratzen oder eine exogene Verletzung

Exsudat

Absonderungen, meist entzündlich bedingt

Exsudationsphase

Syn. Reinigungs- oder Inflammationsphase; Fremdkörper und Keime werden leichter aus der Wunde herausgeschwemmt

Extrakorporal

Außerhalb des Körpers

Faszien

Weichteil-Komponenten des Bindegewebes; kollagenes Bindegewebe

Fibrill

Kleine, dünne Fasern

Fibrin

Für die Blutgerinnung wichtiges Protein

Fibrinolyse

Syn. Fibrinspaltung, körpereigene Auflösung eines Blutgerinnsels

Fibroblast

Bindegewebszelle, die hauptsächlich Kollagen produziert

Fibronektin

Glykoprotein der extrazellulären Matrix

Fibrozyten

Unbewegliche Zellen des Bindegewebes, verbinden die Zellen untereinander und stabilisieren das Bindegewebe

Filament

Fadenförmige Zellstruktur

Follikel

Haarbalg

Friktion

Reibung

Gangrän

Gewebenekrose

Gap junctions

Zellverbindungen, die das Cytoplasma benachbarter Zellen miteinander verbinden

Gelatinase

Proteolytisches Enzym, gehört zu den Matrixmetalloproteasen (MMP)

Gen

Abschnitt auf der DNA, enthält Erbinformationen

Glycin

Nicht-essentielle Aminosäure, wichtiger Bestandteil der meisten Proteine

Glykokalyx

Schicht an der Außenseite der Zellmembran eukaryotischer Zellen

Glykolipide

Mono- oder Oligosaccharide, glycosidisch gebunden an ein Lipid-Molekül, u.a. Bestandteil der Zellmembran

Glykolyse

Abbau von Monosacchariden, Teil des Glukosestoffwechsels, findet im Cytoplasma der Zelle statt

Glykoproteine

Makromoleküle, bestehend aus einem Protein und einer oder mehreren Kohlenhydratgruppen u.a. Bestandteil der Zellmembran

Glykosaminoglykan (GAG)

Mucopolysaccharid, Kohlenhydratseitenketten der hochmolekularen Proteoglykane

Golgi Apparat

Bestandteil eukaryotischer Zellen in der Nähe des Zellkerns

Gramnegativer Fußinfekt

Exsudative Entzündung der Haut, hervorgerufen durch gramnegative Bakterien; beginnt meist in den Zehenzwischenräumen. Durch vorherige längere Behandlungen mit Antimykotika, die auch gegen viele grampositive Bakterien wirken, kann das Wachstum gramnegativer Bakterien begünstigt werden

Granulationsgewebe

Form des Bindegewebes im Laufe der Wundheilung

Granulationsphase

Syn. Proliferationsphase, Auffüllung des Wunddefekts mit Bindegewebe

Granulozyt

Gehört zu den weißen Blutkörperchen (Leukozyten); zur unspezifischen Erregerbekämpfung

Hämatom

Bluterguß, blauer Fleck

Hämatopoese, Hämatopoiesis

Blutbildung

Hämostase

Blutstillung; physiologischer Prozess in drei Schritten, führt den Stillstand einer Blutung herbei

Hallux valgus

Schiefstand der Großzehe

Hautläsionen

Überbegriff aller Hautveränderungen

Hemidesmosomen

Haftkomplexe, die die Verbindung zwischen Epithelzellen und der Basalmembran herstellen

Heparansulfat

Mucopolysaccharid, gehört zu den Glykosaminoglykanen

Heterotopisch

an atypischer Stelle vorkommend oder entstehend

Histiozyt

Gewebsmakrophage; ortständige Form eines Makrophagen

Hyaluronsäure

Mucopolysaccharid, gehört zu den Glykosaminoglykanen

Hydrofibr

Natriumcarboxymethylcellulose, bildet bei Kontakt mit Exsudat ein formstabiles Gel

Hydrogel

Wasser enthaltendes Gel auf Polymerbasis, dessen Moleküle zu einem dreidimensionalen Netzwerk verknüpft sind

Hydrokolloide

Polysaccharide und Proteine, die in Wasser als Kolloide in Lösung gehen und ein hohes Vermögen zur Gelbildung zeigen

Hydrolyse

Spaltung einer chemischen Verbindung durch Reaktion mit Wasser

Hydroxyharnstoff

Zytostatikum, hemmt Ribonukleinsynthase

Hydroxyprolin

Aminosäure, die chemisch gebunden im Kollagen des Bindegewebes vorkommt

Hyperämie

Übermäßiges Blutangebot im Gewebe, meist durch Gefäßweitstellung

Hypertonie

Syn. Hypertonie, Hochdruck

Hypoalbuminämie

Verminderte Konzentration von Albumin im Blutplasma

Hypomotilität

Verringerte Bewegungsaktivität

Hyponychium

Nagelbett

Immunsuppression

Unterdrückung des Immunsystems

Inflammationsphase

Siehe Exsudationsphase

Infektion, systemische

Erreger breiten sich über ein gesamtes Organsystem oder den ganzen Organismus aus

Innexine

Proteinfamilie, beteiligt am Aufbau der Zell-Zell-Kanäle der Gap junctions

Insuffizienz

Eingeschränkte Funktions- bzw. Leistungsfähigkeit

Interdigital

zwischen Fingern oder Zehen

Intermediärfilamente

Proteine des Zytoskeletts eukaryotischer Zellen

Intertrigo

Durch Reibung entstandene rote, juckende und nässende Hautdefekte in Hautfalten

Inzidenz

Anzahl der Neuerkrankungen in einer bestimmten Zeitspanne

Ischämie

Minderdurchblutung

Kalzifikation (Calcifikation)

Verkalkung, Kalkablagerung in Geweben

Kapillaren

Kleinste Blutgefäße

Karyoplasma

Kernplasma

Katagenphase

Übergangsphase des Haares

Keratansulfat

Mucopolysaccharid, gehört zu den Glykosaminoglykanen

Keratin

Faserprotein, Hauptbestandteil von Haaren, Finger- und Zehennägeln

Keratinozyten

Horn bildende Zellen

Keratohyalin

Sammelt sich bei der Verhornung im Stratum granulosum und im Stratum spinosum in Form kleiner Körnchen innerhalb der Zellen an

Kernlamina (Lamina fibrosa nuclei)

Proteinschicht auf der Innenseite der Kernmembran

Kernmembran

Hülle des Zellkerns

Kernporen

Kanäle in der Kernmembran eukaryotischer Zellen; erlaubt den Transport bestimmter Moleküle in und aus dem Zellkern

Koagulation

Gerinnung (von Blut oder Lymphe)

Kollagen

Strukturprotein des Bindegewebes

Kolonisation

Besiedlung durch Mikroorganismen

Kompression

Ausübung von Druck auf ein Gewebe

kongenital

angeboren

Kontamination

Verunreinigung eines Objekts

Kontraktion

Zusammenziehung

Kontraktur

Funktions- und Bewegungseinschränkung

durch Verkürzung von Sehnen, Muskeln, Bändern

Korneozyten

Abgestorbene und verhornte

Keratinozyten

Keratinozyten

Kortikoide

Steroidhormone

Kutis

Haut

Läsion

Schädigung, Verletzung

Lamin

Protein des Zytoskeletts eukaryotischer Zellen

Langerhans Zellen

Zellen des Immunsystems

Leukozyt

Weißer Blutzelle, -körperchen

Lipase

Enzym, das Fette (Lipide) in Glycerin und freie Fettsäuren aufspaltet

Lipoproteinmembran

Zellmembran aus Lipiden und Proteinen

Lipid

Umgangssprachlich „Fett“; Lipide unterteilen sich in Fettsäuren, Triacylglyceride, Wachse, Phospholipide, Sphingolipide, Lipopolysaccharide und Isoprenoide

Lipiddoppelschicht

Bestandteil der Zellmembran, besteht aus Lipiden mit hydrophilem und hydrophobem Anteil; nahezu undurchlässig für polare Moleküle oder Makromoleküle

Lunula

Nagelmond; Bereich in dem die Substanz der Nagelplatte gebildet wird

Lymphozyt

Bestandteil des adaptiven Immunsystems

Lysin

Aminosäure

Lysyloxidase

Enzym, vorwiegend im extrazellulären Raum des Bindegewebes

Lysosom

Zellorganelle für intrazelluläre Verdauung

Makroangiopathie

Arteriosklerotische Veränderungen der größeren Arterien

Makrophage

„Fresszelle“, beseitigt Mikroorganismen durch Phagozytose

Malum perforans

Ulkus der Fußsohle, oft bei Diabetikern als Folge einer Polyneuropathie

Mastozyt

Mastzelle, körpereigene Abwehrzelle

Mastzelle

Siehe Mastozyt

Matrix, extrazelluläre

Gewebe zwischen den Zellen

Maturationsphase

Remodellierung, Narbenbildung

Mazeration

Aufweichung eines Gewebes, die bei längerem Kontakt mit einer Flüssigkeit entsteht.

Medulla

Markkanal des Haares

Melanozyten

Pigmentzellen der Haut

Membran-Lipide

Lipid-Bestandteile von Zellmembranen

Membran-Proteine

Protein-Bestandteile von Zellmembranen

Membrantubuli

Bestandteil des Endoplasmatischen Retikulums

Merkelzellen

Sinneszellen der Dermis; Mechanorezeptoren der taktilen Wahrnehmung

Mesenchym

Embryonales Bindegewebe

Metallo-Proteinasen

Zinkhaltige proteolytische Enzyme

Mikroangiopathie

arteriosklerotische Veränderungen der kleineren Arterien

Mikrobe

Mikroorganismus, Kleinstlebewesen

Mikroorganismus

Kleinstlebewesen

Mikrotubuli

Teile des Cytoskeletts eukaryotischer Zellen

Mitochondrien

Zellorganelle eukaryotischer Zellen, sog. „Kraftwerke“ einer Zelle

mitogen

Zellteilung anregend

Monofilamentfaser

Faser aus einfüdigem Garn

Monozyt

Im Blut zirkulierende körpereigene Abwehrzelle

Morphogenese

Entwicklung eines Organs oder Gewebes

Motilität

Bewegungsfähigkeit

mRNA

messenger RNA, Boten-RNA, Matrize der Proteinbiosynthese

Muskelatrophie

Muskelschwund

Myofibroblasten

Bindegewebszellen, die überwiegend Kollagen produzieren

Nekrophage

Organismus, der sich von totem Gewebe ernährt

Nekrose

Abgestorbenes Gewebe

Nekroektomie

Entfernen abgestorbenen Gewebes

Nephropathie

Erkrankung der Nieren

Neuroarthropathie

Syn. Neuroosteoarthropathie; Endstadium des Diabetischen Fußsyndroms; Angiopathie und Neuropathie führen zur Mangelversorgung des Knochens und schließlich zu dessen Abbau

Neuropathie

Erkrankung des peripheren Nervensystems

Nuklease

Enzym zum Abbau von Nukleinsäuren

Nukleus

Zellkern

Oberflächenantigen

Antigene (=Antikörper generierende Substanzen) auf Zelloberflächen

Ödem

Schwellung des Gewebes aufgrund Flüssigkeitseinlagerungen

Onychisation

Nagelbildung

Ossifikation

Verknöcherung

Osteomyelitis

Entzündung des Knochenmarks

Palliativ

(schmerz-)lindernd

Papel

erhöhte, feste, tastbare Läsion, die ≤ 1 cm Durchmesser hat

Paraplegie

Querschnittslähmung

Pathologisch

krankhaft, abnorm

PAVK

Periphere arterielle Verschlusskrankheit; Störung der arteriellen Durchblutung in den unteren Extremitäten

Perinukleäre Zisterne, perinukleärer Raum

Spaltraum zwischen der inneren und äußeren Zellmembran

Perionychium

Nagelfalz, Nagelfalte

Periost

Knochenhaut

Permeabilität

Durchlässigkeit

Peroxinitrit

Reaktive Verbindung, entsteht aus Stickstoffmonoxid- und Stickstoffsuperoxid-Radikalen

Peroxisomen

Zellorganellen eukaryotischer Zellen mit Stoffwechselfunktion

Phänotyp

Erscheinungsbild (Genetik)

Phagozytose

Aufnahme von Partikeln oder Molekülen durch eine Zelle

Phospholipid

Phosphorhaltiges, amphiphiles Lipid, Hauptbestandteil von Zellmembranen

Phosphorsäure

Säure des Phosphors, anorganische Säure

Phosphorylierung

Anhängen einer Phosphatgruppe an ein organisches Molekül

Physiologie

Naturkunde, Teilgebiet der Biologie
Adj. physiologisch = natürlich

Pinocytose

Aufnahme von Flüssigkeit durch eine Zelle (Nahrungsaufnahme der Zelle)

Plasmamembran

Siehe Zellmembran

Plasmazelle

Zelle des Immunsystems, die Antikörper produziert

Plexus

Geflecht (aus Nervenfasern oder Blutgefäßen)

Polyneuropathie

Erkrankung des peripheren Nervensystems, welche mehrere Nerven betreffen

Polyurethan

Vielseitiger Kunststoff

präoperativ

vor der Operation

Prävention, Krankheitsprävention

Gesundheitszustand von Personen erhalten oder verbessern

postoperativ

nach der Operation

Prävalenz

Krankheitshäufigkeit

Proinflammatorisch

entzündungsfördernd

Prokaryoten

Lebewesen mit Zellen ohne abgegrenzten Zellkern (Bakterien und Archaeen)

Proliferation

Wachstum und Vermehrung (von Zellen)

Prolin

Eine Aminosäure

Prophylaxe

Maßnahme zur Verhütung einer Gesundheitsbeeinträchtigung durch Krankheit

Protease

Protein spaltendes Enzym

Protease-Inhibitor

Molekül, das Proteasen hemmt

Protein (ugspr. Eiweiß)

Makromolekül, bestehend aus Aminosäuren, die durch Peptidbindungen verknüpft sind

Proteinbiosynthese

Neubildung von Proteinen in Zellen

Proteoglykan

Bestandteil der extrazellulären Matrix

Proteolyse

Enzymatische Hydrolyse von Proteinen

Pustel

Umschriebene Läsion, die Eiter enthält

Reepithelisierung

Abdeckung eines Hautdefekts mit neuem Epithelgewebe

Remodellierung

Narbenbildung

Resektion

Operative Entfernung von Gewebeteilen

Retikulin

Kollagenfasern

Retinopathie

Erkrankung der Augen-Netzhaut (Retina)

Retraktion

Schrumpfen von Geweben/Organen

Rezidiv

Wiederauftreten einer Krankheit, Rückfall

Rhagade

Tiefer Riss, der alle Schichten der Epidermis durchtrennt

Ribosomen

Makromolekulare Komplexe aus Proteinen und Ribonukleinsäuren (RNA)

rRNA

Ribosomale RNA

Ruptur

Riss, Zerreißung

Satellitenläsionen

Kleine Läsionen um eine große Läsion herum

Schuppe

Sichtbare Anhäufung von Keratin, bildet eine flache Platte oder Flocke

Schwann'sche Zelle

Bestandteil der Myelinscheiden im peripheren Nervensystem

Schwellung

Vergrößerung durch Ansammlung von Ödemen oder Flüssigkeit, einschließlich Blut

Sebozyten

Talgzellen

Sebum

(Haut-)Talg

Sekret

Ausscheidung körpereigener Stoffe, v.a. aus Drüsen bzw. drüsenartigen Zellen

Sekretorische Vesikel

Transportvesikel des Golgi-Apparates

Semipermeabel

halbdurchlässig

Seneszenz

Hohes Alter

Sepsis

Systemische Entzündungsreaktion nach Infektion durch Bakterien, deren Toxinen oder Pilzen („Blutvergiftung“)

Septum, Pl. Septen

Trenn- oder Scheidewand, die zwei Gewebepartien voneinander abgrenzt oder eine Körperhöhle in zwei Räume unterteilt

Serös

aus (Blut-)Serum bestehend

Shave-Exzision

Horizontalexzision, horizontale Abtragung von erhabenen Hautveränderungen

Skin Tears

Hauteinrisse, mit oder ohne Verlust des Hautlappens

Sklerose

Verhärtung von Organen oder Geweben

Splenektomie

Operative Entfernung der Milz

Stratum basale

Basalzellschicht, eine Hautschicht der Epidermis

Stratum corneum

Hornzellschicht, eine Hautschicht der Epidermis

Stratum granulosum

Körnerzellschicht, eine Hautschicht der Epidermis

Stratum lucidum

Glanzsicht, eine Hautschicht der Epidermis

Stratum papillare

Zapfenschicht, eine Hautschicht der Dermis

Stratum reticulare

Netzschicht, eine Hautschicht der Dermis

Stratum spinosum

Stachelzellschicht, eine Hautschicht der Epidermis

Stromelysin

Eine Matrix-Metalloproteinase (MMP)

Subungual

unterhalb eines Nagels

Subkutis

Unterhaut

Superabsorber

Kunststoff, der ein Vielfaches seines Eigengewichts an Flüssigkeiten (bzw. Exsudat) aufsaugen kann

Symptomatisch

symptombezogen

Synthese

Verbindung zwei oder mehrerer Einzelbestandteile zu einer neuen Einheit

Systemisch

den gesamten Organismus betreffend

Telogenphase

Ruhephase des Haares

Tenascin

Glykoprotein der Haut

Terminalstadium

Letzte Lebensphasen eines Menschen mit einer zum Tode führenden Krankheit

Tetraplegie

Querschnittlähmung, bei der alle vier Gliedmaßen betroffen sind

Thorakotomie

Chirurgische Eröffnung des Thorax

Thrombozyten

Blutplättchen

T-Lymphozyt

Bildet nach Antigenkontakt Antikörper, ist Bestandteil des adaptiven Immunsystems

Translation

Synthese von Proteinen in den Zellen der kopierten genetischen Informationen

Tubulin

Zellprotein, Hauptbestandteil der Mikrotubuli

Ulcus cruris

Unterschenkelgeschwür

Ulzeration

Entwicklung eines Geschwüres (Ulkus)

Unguis incarnatus

Eingewachsener Nagel, meist an der Großzehe

Unterminierung

Öffnung, die vom Wundgrund bis unter die Haut führt; Adj. unterminiert

Valin

Essentielle Aminosäure

Vaskulitis

Gefäßentzündung

Vasodilatation

Erweiterung der Blutgefäße

Vasokonstriktion

Engstellung der Blutgefäße

Vater-Pacini-Körperchen

Mechanorezeptoren der Haut

Vegetativ

Nicht dem Willen unterliegend

Vesicula

Siehe Blase, klein

Vesikel

Intrazelluläre Bläschen

Vital

Lebendig, lebenskräftig

Vitronektin

Protein der extrazellulären Matrix, dient der Zelladhäsion

Wund(bett)konditionierung

Ausübung von granulationsförderndem Reiz auf die Wunde

Zelladhäsionsmoleküle

Proteine, die Kontakte zwischen Zellen vermitteln

Zellchromatin

Gesamtheit des chromosomalen Materials einer Zelle, bestehend aus DNA, Proteinen und RNA

Zellkernmembran

Doppelmembran, bestehend aus einer Lipiddoppelschicht mit einer Stärke von ca. 35 nm

Zellmembran

Doppelmembran, bestehend aus einer Lipiddoppelschicht mit einer Stärke von 6-10 nm

Zellmigration

Zellwanderung

Zellorganellen

Funktionseinheiten einer Zelle

Zellplasma

Siehe Cytoplasma

Zellverbindungen

Siehe Cell junctions

Zentriolen

Zellorganellen, zylinderförmige Strukturen, kommen stets paarweise vor und übernehmen Transport- und Stützaufgaben

Zytokin

Protein, das das Wachstum und die Differenzierung von Zellen reguliert

Zytoplasma

Bezeichnung für Zytosol und Zytoskelett einer Zelle

Zytoplasmatische Organellen

Organellen im Zytoplasma einer Zelle

Zytoskelett

Zellskelett, aus Proteinen aufgebautes Netzwerk in Zellen

Zytosol

flüssige Bestandteile des Cytoplasmas

Zytotoxisch

Zelltoxisch, zellschädigend

Bibliographie

- Beeckman D., Van den Bussche K., Alves P., Beele H., Ciprandi G., Coyer F., de Groot T., De Meyer D., Dunk A.M., Fourie A., García-Molina P., Gray M., Iblasi A., Jelnes R., Johansen E., Karadağ A., LeBlanc K., Kis Dadara Z., Long M.A., Meaume S., Pokorna A., Romanelli M., Ruppert S., Schoonhoven L., Smet S., Smith C., Steininger A., Stockmayr M., Van Damme N., Voegeli D., Van Hecke A., Verhaeghe S., Woo K. and Kottner J.** The Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD). Skin Integrity Research Group - Ghent University 2017. Available to download from www.UCvV-Gent.be
- Bolton, Jason** Behandlung eines venösen Ulcus cruris mit LIGASANO® weiß, Sydney 2010
- Botan, Adrian Dr. PhD** Die Anwendung von LIGASANO® weiß in der plastischen Chirurgie, Kreiskrankenhaus Târgu-Mureş, Verbrennungsstation und Abteilung für plastische Chirurgie, Rumänien, 2004
- Botan, Adrian Dr. PhD** Utilizarea bureţilor sintetici pentru îngrijirea plăgilor Târgu-Mureş 2007
- BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e.V.** Informationsbroschüre Einsatz von hydroaktiven Wundauflagen Januar 2015
- Deutsche Gesellschaft für Phlebologie und Lymphologie e.V. (Hrsg.)** S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum“, AWMF-Register-Nr. 037-009, Version 4.1, Stand 30.01.2024
- Deutsche Gesellschaft für Wundheilung e.V.** Kurzfassung S3-Leitlinie „Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken peripherer arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz“, Zeitschrift für Wundheilung, 19. Jg. September 2014, ISSN 1439-670X
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)** Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 2. Aktualisierung, Osnabrück 2017, ISBN 978-3-00-009033-2
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)** Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, 1. Aktualisierung, Osnabrück 2017, ISBN 978-3-00-025800-8
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)** Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 1. Aktualisierung, Osnabrück 2015, ISBN 978-3-00-023708-9
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)** Konsultationsfassung zum Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 2. Aktualisierung, Osnabrück 2024, https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Pflege_von_Menschen_mit_chronischen_Wunden/2Akt-cWunden_Konsultation_Expertenstandard.pdf, abgerufen am 12.02.2025
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)** Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Hautintegrität in der Pflege, Osnabrück 2024, ISBN 978-3-00-074806-6
- Dissemond, Joachim Prof. Dr. med.** Moderne Wundauflagen für die Therapie chronischer Wunden, Hautarzt 2006; 57, 881-887
- Dissemond J., Assenheimer B., Gerber V., Hintner M., Jukic Puntigam M., Kolbig N., Koller S., Kurz P., Lächli S., Probst S., Protz K., Steiniger A., Strohal R., Traber J., Kottner J.** Flüssigkeits-assoziierte Hautschäden (FAH): Eine Best Practice Empfehlung von Wund-D.A.CH, Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, JDDG, 1610-0379/2021/1906
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance.** Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.) EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019
- EWMA Dokument 2013** „Debridement“, Stand der Entwicklung und Rolle des Debridements: Aktuelle Übersicht und Begriffserklärungen, Wund Management Sonderheft 3/2013
- Gerber, Madeleine** Ernährung und Wundheilung, Bedarf und Einfluss der Ernährung auf die Wundheilung, Wund Management 2014; 8 (6), Seite 276-281
- Hochlehner, Dirk Dr. med.; Morbach, Stephan Dr. med.; Engels, Gerald Dr. med.** Das Diabetische Fußsyndrom - Über die Entität zur Therapie, Springer Verlag 2014
- Khasbram, Manar; Roake, Justin A.; Lewsis, David R.** The Effect of Vacuum-assisted Closure on the Tissue Oxygenation of Venous Ulcers: A Pilot Study, WOUNDS 2009; 21(9): 249-253
- Koch, Beate** Behandlung eines Sakraldekubitus mit LIGASANO® weiß, Müden/Aller 2008
- Koch, Beate** Behandlung eines arteriell-venösen Ulcus cruris mit LIGASANO® weiß, Müden/Aller 2008
- Lahmann, Nils A.** Charité-Studie 10 Jahre Forschung zu Dekubitus, https://www.fh-muenster.de/fb12/downloads/Lahmann_fuer_Webseite.pdf, 01.12.2014
- Lahmann, Nils A.** „Wer macht’s besser? Pflege in Krankenhäusern und Pflegeheimen: Probleme mit Dekubitus“, http://deutschespflegeforum.de/fileadmin/redakteure/pdf/Lahmann_Berlin_DPF_11_06__2014.pdf, 01.12.2014
- Lahmann, Nils A.; Halfens, Ruud J.G.; Dasse, Theo** Pressure Ulcers in German Nursing Homes and Acute Care Hospitals: Prevalence, Frequency, and Ulcer Characteristics Ostomy / Wound Management 2006;52(2):20-33
- LIGAMED® medical Produkte GmbH** Prävention und Versorgung chronischer Wunden mit LIGASANO® weiß und LIGASANO® grün, Aachener Fachschule und Praxis für Podologie, Cadolzburg, 2006
- LIGAMED® medical Produkte GmbH** Erfahrungsbericht LIGASANO® weiß und grün PUR-Schaum bei der Versorgung eingewachsener Fußnägel / Rollnagel, Cadolzburg 2007
- LIGAMED® medical Produkte GmbH** Anwendungsanleitung LIGASANO® weiß steril, Cadolzburg 2022
- LIGAMED® medical Produkte GmbH** Anwendungsanleitung LIGASANO® weiß unsteril, Cadolzburg 2022
- LIGAMED® medical Produkte GmbH** Anwendungsanleitung LIGASANO® grün steril, Cadolzburg 2022
- LIGAMED® medical Produkte GmbH** Anwendungsanleitung LIGASANO® grün unsteril, Cadolzburg 2022
- LIGAMED® medical Produkte GmbH** Anwendungsanleitung LIGASANO® orange steril, Cadolzburg 2022
- LIGAMED® medical Produkte GmbH** Anwendungsanleitung LIGASANO® orange unsteril, Cadolzburg 2022
- Mahrle, G., Schulze, H.-J., Krieg, T. (Hrsg.)** Wundheilung - Wundverschluss: Theorie und Praxis, chirurgische und konservative Maßnahmen, Springer Verlag 1994 ISBN 978-3-642-79174-1
- Menche, Nicole (Hrsg.)** Pflege Heute, 6. Auflage, Elsevier GmbH Urban & Fischer Verlag, 2014 ISBN 978-3-437-26774-1
- Möller, Ansgar** Erfahrungsbericht LIGASANO® weiß PUR-Schaumstoff bei der Versorgung akuter und chronischer Wunden, Städtisches Klinikum Bielefeld Mitte, 2005
- Protz, Kerstin** Débridement mit medizinischen Larven - Ein Update, Wund Management 2014; 8 (6) Seite 289ff.
- Protz, Kerstin** Materialien und Methoden zur Wundreinigung, Der Hausarzt, 51. Jahrgang, Ausgabe 03/2014, Seite 57-62, ISSN 1434-8950
- Protz, Kerstin** Moderne Wundversorgung 7. Auflage, Elsevier GmbH Urban & Fischer Verlag, 2014 ISBN 978-3-437-27884-6
- Protz, Kerstin** Wundreinigung: Schneiden, krabbeln oder wischen? Heilberufe, 68. Jg., Ausgabe 05/2016, Seite 14-17, ISSN 0017-9604
- Protz, Kerstin** Den Druck nehmen. Die Schwester Der Pfleger, 57. Jg. Ausgabe 2-2018, Seite 28-32 ISSN 0340-5303
- Riepe G. PhD, Schneider M. MD, Braun T.** Das Bopparder LaLiSo-Konzept beim nässenden Ulcus cruris venosum, SKM Stiftungsklinikum Mittelrhein, Zentrum für Gefäßmedizin und Wundbehandlung, Koblenz 2010

- Roll, Peter** Anwendungsbeispiel von LIGASANO® weiß auf der Neonatologischen Intensivstation, Beobachtungen in der Universitätsklinik Mainz, Pädiatrie, 2006
- Rüttermann, M; Maier-Hasselmann, A.; Nink-Grebe, B.; Burckhardt, M.** Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit, chronisch-venöser Insuffizienz und Diabetes mellitus, Deutsches Ärzteblatt Jg. 110 Heft 3 2013 Seite 25-31
- Schmitz, Bärbel** Die Anwendung von LIGASANO® weiß und LIGASANO grün bei der nicht-chirurgischen Behandlung schwerbrandverletzter Kinder, St. Josefs Hospital Bochum, Kinderklinik, 2006
- Schröder, Gerhard** „Abstract Expertenstandard Dekubitusprophylaxe 2010“ http://www.gandersheimer-modell.de/cms/fileadmin/pdf/QLB_2013/Schroeder_Abstract_Deku.pdf, 18.12.2014
- Smola, Hans; Eming, Sabine; Hess, Sigrun; Werner, Sabine; Krieg, Thomas** Wundheilung und Wundheilungsstörungen: Moderne Konzepte zur Pathophysiologie und Therapie, Deutsches Ärzteblatt Jg. 98 Heft 43 2001 Seite 2802-2809
- Stoffels-Weindorf, M; von der Stück, H.; Klode, J.; Dissemmond, J.** Versorgungswege von Patienten mit chronischen Wunden in Deutschland, Phlebologie 2013; 42: 183-188
- Tigges, Wolfgang; Schäfer, Elmar; Sellmer, Werner** Moderne Wundbehandlung der chronischen Wunde, Hamburger Ärzteblatt 6-7/06 Seite 340-342
- Tomova-Simitchieva, Tsenka; Akdeniz, Merve; Blume-Peytavi, Ulrike; Lahmann, Nils; Kottner, Jan.** Die Epidemiologie des Dekubitus in Deutschland: Eine systematische Übersicht. Gesundheitswesen 2019; 81(06): Seite 505-512
- Vasel-Biergans, Anette** Wundauflagen für die Kitteltasche, 3. Auflage, Stuttgart 2010, ISBN 978-3-8047-2584-3
- Vossen, S.; Nowak, T.; Steinke, T.; Luther, B.** Wundheilung, Apothekenmagazin 2005;23(3):40-47
- Wakefield, Benjamin (Ed.)** Best practice for wound treatment, JWC International Consensus Document, JWC vol. 33 no. 6 sup C, Juni 2024
- Wakefield, Benjamin (Ed.)** Leg ulceration in venous and arteriovenous insufficiency, JWC International Consensus Document, JWC vol. 33 no. 10 sup B, Oktober 2024
- Walle, Leonard Dr. und Hisham, Fansa Dr.** Unterdruck-Wundtherapie mit einem alternativen großporigen Schaumstoff, CHAZ 14. Jg. 10. Heft 2013 Seite 609-612
- Weber, Gerhard Dr.** Vergleichende Bewertung dermo-therapeutisch verwendbarer Verbandstoffe, Der Deutsche Dermatologe 11/1993 Seite 1183-1187
- Weber, Gerhard Dr. und Galli, Karlheinz Dr.** Therapeutische Anwendung von LIGASANO®-Schaumstoff, Deutsches Ärzteblatt, 77. Jg./Heft 25, S. 1621-1625, Köln 1980
- Westermaier-Pickl, Monika** Die Anwendung von LIGASANO® weiß und LIGASANO® grün in der Podologie, Großhabersdorf 2008
- Zemlin, Carola** Studie über die Anwendung von LIGASANO® als Primärwundverband bei diabetischen Fußläsionen, Lazarus Nr. 8/9, 2001
- Vasel-Biergans, Anette** Wundauflagen für die Kitteltasche, 3. Auflage, Stuttgart 2010, ISBN 978-3-8047-2584-3
- Vossen, S.; Nowak, T.; Steinke, T.; Luther, B.** Wundheilung, Apothekenmagazin 2005;23(3):40-47
- Wakefield, Benjamin** Leg ulceration in venous and arteriovenous insufficiency, Internatuaional consensus document, Journal of Wound Care vol. 33, no. 10, sup. B, October 2024
- Walle, Leonard Dr. und Hisham, Fansa Dr.** Unterdruck-Wundtherapie mit einem alternativen großporigen Schaumstoff, CHAZ 14. Jg. 10. Heft 2013 Seite 609-612
- Weber, Gerhard Dr.** Vergleichende Bewertung dermo-therapeutisch verwendbarer Verbandstoffe, Der Deutsche Dermatologe 11/1993 Seite 1183-1187
- Weber, Gerhard Dr. und Galli, Karlheinz Dr.** Therapeutische Anwendung von LIGASANO®-Schaumstoff, Deutsches Ärzteblatt, 77. Jg./Heft 25, S. 1621-1625, Köln 1980
- Westermaier-Pickl, Monika** Die Anwendung von LIGASANO® weiß und LIGASANO® grün in der Podologie, Großhabersdorf 2008
- Zemlin, Carola** Studie über die Anwendung von LIGASANO® als Primärwundverband bei diabetischen Fußläsionen, Lazarus Nr. 8/9, 2001

Produktübersicht (Auszug)

○ = LIGASANO® weiß
 ● = LIGASANO® orange
 ● = LIGASANO® grün

LIGASANO® Wundputzer® für Wundreinigung und mechanisches Débridement

Art.-Nr.	PZN	Versandeneinheit			
16814-010	17251841	10 Stück	5 x 5 x 2 cm	grün	steril ●
16814-015	17251858	15 Stück in der Spenderbox	5 x 5 x 2 cm	grün	steril ●
16814-030	17251864	30 Stück	5 x 5 x 2 cm	grün	steril ●
16815-010	17251870	10 Stück	15 x 5 x 0,6 cm	grün	steril ●
36814-010	17252071	10 Stück	5 x 5 x 2 cm	orange	steril ●
36814-015	17252088	15 Stück in der Spenderbox	5 x 5 x 2 cm	orange	steril ●
36814-030	17252094	30 Stück	5 x 5 x 2 cm	orange	steril ●
15342-010	17251261	10 Stück	5 x 5 x 2 cm	weiß	steril ○
15342-015	17251278	15 Stück in der Spenderbox	5 x 5 x 2 cm	weiß	steril ○
15342-030	17251284	30 Stück	5 x 5 x 2 cm	weiß	steril ○
36815-005	17252125	OP bestehend aus 5 Peelpack mit jeweils			
		1 Stck.	LIGASANO® grün 5 x 5 x 2 cm	steril ●	
		1 Stck.	LIGASANO® orange 5 x 5 x 2 cm	steril ●	
		1 Stck.	LIGASANO® weiß 5 x 5 x 2 cm	steril ○	
16812-010	17251829	20 Stück	30 x 1,5 x 0,6 cm	grün	steril ●
36812-010	17252042	10 Stück	30 x 1,5 x 0,6 cm	orange	steril ●
15372-010	17251545	10 Stück	50 x 1,5 x 0,4 cm	weiß	steril ○
15372-028	17251551	28 Stück in der Spenderbox	50 x 1,5 x 0,4 cm	weiß	steril ○



LIGASANO® weiß: Sterile Wundauflagen und Wundeinlagen

Art.-Nr.	PZN	Versandeneinheit			
15341-010	17251249	10 Stück	5 x 5 x 1 cm		steril ○
15341-040	17251255	40 Stück in der Spenderbox	5 x 5 x 1 cm		steril ○
15342-010	17251261	10 Stück	5 x 5 x 2 cm		steril ○
15342-015	17251278	15 Stück in der Spenderbox	5 x 5 x 2 cm		steril ○
15342-030	17251284	30 Stück	5 x 5 x 2 cm		steril ○
15346-010	17251290	10 Stück	10 x 10 x 1 cm		steril ○
15346-020	17251309	10 Stück in der Spenderbox	10 x 10 x 1 cm		steril ○
15346-200	17251315	200 Stück	10 x 10 x 1 cm		steril ○
15347-010	17251321	10 Stück in der Spenderbox	10 x 10 x 2 cm		steril ○
15350-015	17251338	15 Stück	15 x 10 x 0,5 cm		steril ○
15350-030	17251344	30 Stück	15 x 10 x 0,5 cm		steril ○
15351-010	17251350	10 Stück	15 x 10 x 1 cm		steril ○
15351-020	17251367	20 Stück	15 x 10 x 1 cm		steril ○
15351-140	17251373	140 Stück	15 x 10 x 1 cm		steril ○
15356-010	17251456	10 Stück	15 x 10 x 2 cm		steril ○
15352-010	17251404	10 Stück	24 x 16 x 1 cm		steril ○



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
Anhänge

Fortsetzung LIGASANO® weiß: Sterile Wundauflagen und Wundeinlagen

Art.-Nr.	PZN	Versandeinheit		
15357-005	17251462	5 Stück	24 x 16 x 2 cm	steril ○
15360-010	17251479	10 Stück	29,5 x 24,5 x 1 cm	steril ○
15385-010	17251628	10 Stück	∅ 5 cm x 1 cm	steril ○



LIGASANO® weiß: Sterile Wundbänder / Cavity-Verbände

Art.-Nr.	PZN	Versandeinheit		
15370-008	19274875	8 Stück	300 x 2,5 x 0,4 cm	steril ○
15371-007	17251516	7 Stück	100 x 1,5 x 0,4 cm	steril ○
15371-014	17251522	14 Stück	100 x 1,5 x 0,4 cm in der Spenderbox	steril ○
15371-028	17251539	28 Stück	100 x 1,5 x 0,4 cm	steril ○
15372-010	17251545	10 Stück	50 x 1,5 x 0,4 cm	steril ○
15372-028	17251551	28 Stück	50 x 1,5 x 0,4 cm in der Spenderbox	steril ○
15375-010	17251568	10 Stück	6 x 2,5 x 0,4 cm	steril ○
15375-060	17251574	60 Stück	6 x 2,5 x 0,4 cm	steril ○



LIGASANO® weiß: Sterile Binden und Mini-Binden

Art.-Nr.	PZN	Versandeinheit		
15378-030	17251580	30 Stück	30 x 5 x 0,3 cm	steril ○
15381-008	17251605	8 Stück	300 x 5 x 0,3 cm	steril ○
15383-004	17251611	4 Stück	300 x 10 x 0,3 cm	steril ○



LIGASANO® grün: Sterile Wundauflagen und Wundeinlagen für die NPWT

Art.-Nr.	PZN	Versandeinheit		
16814-010	17251841	10 Stück	5 x 5 x 2 cm	steril ●
16814-015	17251858	15 Stück	5 x 5 x 2 cm in der Spenderbox	steril ●
16814-030	17251864	30 Stück	5 x 5 x 2 cm	steril ●
16815-010	17251870	10 Stück	15 x 5 x 0,6 cm	steril ●
16816-010	17251887	10 Stück	15 x 10 x 1 cm	steril ●
16816-020	17251893	20 Stück	15 x 10 x 1 cm	steril ●
16817-010	17251918	10 Stück	15 x 10 x 2 cm	steril ●
16820-005	17251930	5 Stück	24 x 16 x 2 cm	steril ●
16865-010	17251999	10 Stück	200 x 2 x 0,6 cm	steril ●
16812-010	17251829	10 Stück	30 x 1,5 x 0,6 cm	steril ●



LIGASANO® orange: Sterile Wundauflagen und Wundeinlagen für die NPWT

Art.-Nr.	PZN	Versandereinheit				
36814-010	17252071	10 Stück	5 x	5 x	2 cm	steril ●
36814-015	17252088	15 Stück in der Spenderbox	5 x	5 x	2 cm	steril ●
36814-030	17252094	30 Stück	5 x	5 x	2 cm	steril ●
36817-010	17252131	10 Stück	15 x	10 x	2 cm	steril ●
36812-010	17252042	10 Stück	30 x	1,5 x	0,6 cm	steril ●

**LIGASANO® weiß: Unsteriler Verbandstoff, kleinere Zuschnitte**

Art.-Nr.	PZN	Versandereinheit				
15151-010	17251060	10 Stück	15 x	15 x	1 cm	unsteril ○
15152-010	17251077	10 Stück	24 x	16 x	1 cm	unsteril ○
15153-005	17251083	5 Stück	24 x	16 x	2 cm	unsteril ○
15158-013	17251108	13 Stück	15 x	10 x	2 cm	unsteril ○
15159-026	17251114	26 Stück	15 x	10 x	1 cm	unsteril ○
15009-208	17250847	208 Stück	15 x	10 x	1 cm	unsteril ○

**LIGASANO® weiß: Unsteriler Verbandstoff, große Platten**

Art.-Nr.	PZN	Versandereinheit				
12001-002	17250623	2 Stück	59 x	49 x	2 cm	unsteril ○
12001-007	17250646	7 Stück	59 x	49 x	2 cm	unsteril ○
12001-028	17250652	28 Stück	59 x	49 x	2 cm	unsteril ○
12002-004	17250669	4 Stück	59 x	49 x	1 cm	unsteril ○
12002-014	17250675	14 Stück	59 x	49 x	1 cm	unsteril ○
12002-056	17250681	56 Stück	59 x	49 x	1 cm	unsteril ○
12003-025	17250698	25 Stück	59 x	49 x	0,5 cm	unsteril ○
12006-001	17250712	1 Stück	200 x	100 x	2 cm	unsteril ○
12007-002	17250729	2 Stück	200 x	100 x	1 cm	unsteril ○
13004-005	17250758	5 Stück	59 x	98 x	2 cm	unsteril ○
13004-020	17250770	20 Stück	59 x	98 x	2 cm	unsteril ○

**LIGASANO® weiß: Unsterile Binden**

Art.-Nr.	PZN	Versandereinheit				
15571-012	17251717	12 Stück	300 x	5 x	0,3 cm	unsteril ○
15573-006	17251746	6 Stück	300 x	10 x	0,3 cm	unsteril ○



LIGASANO® weiß: Unsteriler Verbandstoff für spezielle Anwendungen

Art.-Nr.	PZN	Versandereinheit			
15070-012	17250942	12 Stück	6 x 3,5/2,5/1,5 x 0,5 cm	unsteril	○
15075-002	17250959	2 Stück	Ø 4,5/4,0 x 12 cm	unsteril	○
15075-006	17250965	6 Stück	Ø 4,5/4,0 x 12 cm	unsteril	○
15075-024	17250971	24 Stück	Ø 4,5/4,0 x 12 cm	unsteril	○
15078-012	17250988	12 Stück	Ø 2,5 x 12 cm	unsteril	○
19100-002	17252007	2 Stück	Ø 15 cm x 8/5 cm	unsteril	○



LIGASANO® Roll: Spenderboxen

Art.-Nr.	PZN	Versandereinheit			
15025-001	17250853	1 Stück	200 x 2,5 x 1 cm	unsteril	○
15225-001	17251203	1 Stück	300 x 2,5 x 0,6 cm	unsteril	○
15050-001	17250882	1 Stück	300 x 5,0 x 0,3 cm	unsteril	○
15055-001	17250899	1 Stück	200 x 5,5 x 1 cm	unsteril	○
15255-001	17251226	1 Stück	300 x 5,5 x 0,6 cm	unsteril	○
15110-001	17251054	1 Stück	200 x 11 x 1 cm	unsteril	○
15210-001	17251172	1 Stück	300 x 11 x 0,6 cm	unsteril	○
16110-001	17251806	1 Stück	200 x 11 x 1 cm	unsteril	●

mit Kleberand

15215-001	17251189	1 Stück	200 x 14 x 0,5 cm	unsteril	○
15216-001	17251195	1 Stück	200 x 4,5 x 0,4 cm	unsteril	○



LIGASANO® Schlitzkompressen

Art.-Nr.	PZN	Versandereinheit (VE)			
15164-020	17251120	20 Stück	5 x 5 x 1 cm	steril	○
15165-020	17251137	20 Stück	7,5 x 7,5 x 1 cm in der Spenderbox	steril	○
15166-020	17251166	20 Stück	10 x 10 x 1 cm in der Spenderbox	steril	○
15063-020	17250907	20 Stück	5 x 5 x 1 cm	unsteril	○



LIGASANO® grün: Unsteriler Verbandstoff, große Platten

Art.-Nr.	PZN	Versandereinheit			
16001-002	17251752	2 Stück	55 x 45 x 2 cm	unsteril	●
16001-007	17251769	7 Stück	55 x 45 x 2 cm	unsteril	●
16001-028	17251775	28 Stück	55 x 45 x 2 cm	unsteril	●
16006-001	17251781	1 Stück	190 x 90 x 2 cm	unsteril	●
16210-002	17251812	2 Stück	49 x 49 x 9/1 cm	unsteril	●



LIGASANO®: Starterpackung + Universal-Praxispackung

Art.-Nr.	PZN	Versandereinheit			
12014-010	17250735	2 Stück	59 x 49 x	2 cm	unsteril ○
		6 Stück	59 x 49 x	1 cm	unsteril ○
		2 Stück	55 x 45 x	2 cm	unsteril ●
12016-007	17250741	3 Stück	49 x 29,5 x	1 cm	unsteril ○
		4 Stück	45 x 27,5 x	1 cm	unsteril ●



LIGASANO®: Innenhandverband

Art.-Nr.	PZN	Versandereinheit			
15090-012	17251019	10 Stück	29 x 12 x	1 cm	unsteril ○
		Innenhandverband aus LIGASANO® weiß			
		2 Stück	10 cm breit, ø 8 cm		unsteril ●
15091-010	17251025	Spiralrollen aus LIGASANO® grün			
		10 Stück	29 x 12 x	1 cm	unsteril ○
		Innenhandverband aus LIGASANO® weiß			



LIGASANO®: Diabetes-Plantarverband

Art.-Nr.	PZN	Versandereinheit			
15098-007	17251031	4 Stück	35 x 15 x	1 cm	unsteril ○
		1 Stück	35 x 15 x	2 cm	unsteril ○
		1 Stück	35 x 15 x	2 cm	unsteril ○
		1 Stück	Fixierstrumpf		unsteril ●



LIGASANO®: Finger- und Zehenverband mit Kleberand

Art.-Nr.	PZN	Versandereinheit			
15215-001	17251189	1 Stück	200 x 14 x 0,5 cm	unsteril	○
		gerollt, abschneidbar, mit Klebekante, ergibt ca. 40-50 Zehenschläuche			



LIGASANO®: Sterile Zehenschläuche + Zehenkappen

Art.-Nr.	PZN	Versandereinheit			
15391-012	17251640	12 Stück	3,5/2,5 x	6 cm	steril ○
15392-012	17251657	12 Stück	2,5/1,5 x	6 cm	steril ○
15393-012	17251663	12 Stück	1,5 x	6 cm	steril ○
15394-015	17251692	15 Stück	14 x 10 x 0,5 cm	Zehenschlauch / Zehenkappe für Zehendurchmesser von 1,0 bis 3,8 cm	steril ○



LIGASANO® weiß Fersenverband, steril und unsteril

Art.-Nr.	PZN	Versandereinheit (VE)			
15330-010	17251232	10 Stück	∅ 20 x 1 cm	steril	○
15030-010	17250876	10 Stück	∅ 20 x 1 cm	unsteril	○



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
Anhänge

Vertrieb / Distribution

In Deutschland erhalten Sie unsere Produkte in der Apotheke oder im medizinischen Fachhandel (Sanitätshaus). Wiederverkäufer können LIGASANO® auch direkt über den Großhandel beziehen. Sollte einmal ein Artikel nicht vorrätig sein, können Sie versandkostenfrei auch direkt bei uns bestellen, das bestellte Produkt ist dann meist am nächsten Werktag bei Ihnen.

Sie erreichen uns persönlich Montag bis Donnerstag von 08.00 bis 16.00 und Freitag von 08.00 bis 12.00. Außerhalb unserer Geschäftszeiten bitten wir Sie, uns Ihre Nachricht auf Band zu sprechen oder eine E-Mail zu senden. Bitte benutzen Sie für Bestellungen die E-Mail-Adresse **bestellung@ligamed.de**.

Gerne beliefern wir Sie auch weltweit. Die entstehenden Transportkosten teilen wir Ihnen nach Anfrage mit. Da diese je nach Paketgröße, Paketgewicht und Land variieren, können wir Ihnen die tatsächlichen Kosten erst im Zusammenhang mit einer konkreten Bestellmenge mitteilen.

In folgenden Ländern sind LIGASANO®-Produkte über langjährige Vertriebspartner erhältlich:

LAND	VERTRIEBSPARTNER
 Australien	LIGAMED® Australasia Pty. Ltd., P.O. Box 522, AUS-2062 Cammeray NSW Tel. +61-(0)2-98 99 16 52, Fax +61-(0)2-98 99 16 63, E-Mail: info@ligamed.com.au, Web: www.ligamed.com.au
 Belgien	HAROMED BVBA, Beukenlaan 21, B-9051 Sint-Denijs-Westrem Tel. +32-(0)9-326 05 10, Fax +32-(0)9-326 05 11 E-Mail: info@haromed.com, Web: www.haromed.com
 Deutschland	LIGAMED® medical Produkte GmbH, Pfannenstielstr. 2, D-90556 Cadolzburg Tel. +49-(0)9103-20 46, Fax +49-(0)9103-27 96 E-Mail: info@ligamed.de, Web: www.ligasano.com
 Frankreich	LIGAMED® Sini-Medik Niederreiter GmbH, Fabrikstr. 2, A-6460 Imst Tel. +43-(0)5412-61891, +33-(0)9-75180240, Fax +43-(0)5412-6189118, +33-(0)1-72703457 E-Mail: info@ligasano.fr, Web: www.ligasano.fr
 Griechenland	Navomed, Konstantinoupoleos 67, GR-54642 Thessaloniki Tel. +30-(0)2310-81 00 14, Fax +30-(0)2310-81 00 14, E-Mail: navomed@gmail.com
 Italien	LIGAMED® Sini-Medik Niederreiter GmbH, Fabrikstr. 2, A-6460 Imst Tel. +43-(0)5412-61891, +39-(0)2-40708264, Fax +43-(0)5412-6189118, +39-(0)2-93650664 E-Mail: info@ligasano.it, Web: www.ligasano.it
 Luxemburg	HAROMED BVBA, Beukenlaan 21, B-9051 Sint-Denijs-Westrem Tel. +32-(0)9-326 05 10, Fax +32-(0)9-326 05 11 E-Mail: info@haromed.com, Web: www.haromed.com
 Niederlande	LIGAMED® medical Produkte GmbH, Pfannenstielstr. 2, D-90556 Cadolzburg Tel. +49-(0)9103-20 46, Fax +49-(0)9103-27 96 E-Mail: nederland@ligasano.com, Web: www.ligasano.com
 Österreich	sorbion mayrhofer GmbH, Schwechater Str. 37, A-2322 Zwölfaxing Tel. +43-(0)1 707 53 90, Fax +43-(0)1-707 96 38 E-Mail: office@sorbionaustria.at, Web: www.sorbionaustria.at
 Schweden	Hartmann ScandiCare AB, Depagatan 2, S-33421 Anderstorp Tel. +46-(0)371-58 74 00, Fax +46-(0)371-58 74 45 E-Mail: info@hartmann.se, Web: www.hartmann.se
 Schweiz	Gribi AG Belp, Hühnerhubelstr Str. 59, CH-3123 Belp Tel. +41-(0)31-818 40 80, E-Mail: info@gribip.ch, Web: www.gribi.ch
 Spanien	Servitel Marketing 2000 S.L., C/Losada Espinosa, núm. 5 (Haddu), E-51002 Ceuta Tel. +34-(0)956-619 28 34 66, Fax +34-(0)956-51 52 82, E-Mail: servitelmarketing@yahoo.es
 Südafrika	LIGAMED® S.A. (Pty.) Ltd., P.O. Box 68533, ZA-Bryanston 2021 Tel. +27-(0)11-706 66 33, Fax +27-(0)11-463 52 73, E-Mail: info@ligamed.co.za, Web: www.ligamed.co.za
 Tschechische Republik	LIGAMED® medical Produkte GmbH, Pfannenstielstr. 2, D-90556 Cadolzburg Tel. +49-(0)9103-20 46, Fax +49-(0)9103-27 96 E-Mail: info@ligamed.de, Web: www.ligasano.com
 Ungarn	Bend Medical Hungary Ltd., Szerémi sor 12/C, H-1117 Budapest Tel. +36-(0)1-784 12 60, Fax +36-(0)1-784 12 61 E-Mail: info@bendmedical.hu, Web: www.bendmedical.hu

LIGASANO®
wirbt einfach

