

Kongress- und Abstractband

06. Nürnberger Wundkongress

23.-24. November 2023 MEISTERSINGERHALLE NÜRNBERG

www.wund-kongress.de





Das Plus an Sicherheit

Biatain® Ag bekämpft Infektionen und reife Biofilme* dort, wo es darauf ankommt.**



Wölbung zum Wundgrund



Barrierefreie Silberfreisetzung



Hohes Rückhaltevermögen



Wirkt am Wundgrund durch 3DFit® Technologie



Vertikale Absorption



Aktive Keimabtötung



Infektionsbekämpfung



Abgerundete Kanten



Jetzt Fallverlauf aus der Wundversorgung ansehen und sich von der Wirkung des silberhaltigen Schaumverbandes Biatain® Ag überzeugen.



*Reife Biofilme sind als mindestens 24h alt definiert.
**In-vitro-Untersuchung, eine Übertragbarkeit der in der Untersuchung gefundenen In-vitro-Ergebnisse auf die klinische Praxis bedarf weiterer Untersuchungen, 2018.



Biatain[®]Ag

Inhalt

Grußwort

Grußwort des Kongresspräsidenten	5
Kongressinformationen	
Kongressorganisation	4
Wichtige Informationen im Überblick	Ε
Kooperierende Fachgesellschaften und Verbände	8
Personenverzeichnis: Eingeladene Referierende, Abstract-Autorinnen und -Autoren, Vorsitzende, Workshop- und Seminarleiter/-innen	C
Hauptsponsoren	10
Ausstellerverzeichnis	12
Gebäudeplan mit Fachmesse	13
Programminformationen	
Programmübersichten	14
Programm Donnerstag, 23. November 2023	16
Programm Freitag, 24. November 2023	23
Industrie-Sessions Donnerstag, 23. November 2023	34
Industrie-Sessions Freitag, 24. November 2023	36
Abstracts (Reihenfolge wie in Programmübersicht)	
Abstracts der wissenschaftlichen Vorträge	38
Poster-Abstracts	53
Termine	66
Impressum	U3

Kongressorganisation

Eine Veranstaltung unter den **Schirmherrschaften**

der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW), der Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW) und dem Klinikum Nürnberg mit der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Nürnberg

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. med. Joachim Dissemond, Kongresspräsident Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universitätsklinikum Essen; Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Wundheilung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft e. V. (DDG); Stellvertretender Vorsitzender der Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW)

Univ.-Prof. Dr. med. univ. Markus Gosch, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin 2. Schwerpunkt Geriatrie, Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, Klinikum Nürnberg, Standort Nord/Süd; President-elect der der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

Wissenschaftliches Komitee Prof. Dr. Volker Alt (Regensburg) Prof. Dr. Ulrich auf dem Keller (Kopenhagen/DK) Prof. Dr. Matthias Augustin (Hamburg) Univ.-Prof. Dr. Hermann Josef Bail (Nürnberg) Prof. Dr. h. c. Christel Bienstein (Recklinghausen) Thomas Bonkowski (Regensburg) Gudrun Deutschle-Coerper (Nürnberg) Dr. Holger Diener (Hamburg) Prof. Dr. Joachim Dissemond (Essen) Dr. Michael Eckhard (Gießen) Dr. Stephan Eder (Villingen-Schwenningen) PD Dr. habil. Cornelia Erfurt-Berge (Erlangen) Veronika Gerber (Quedlinburg) Univ.-Prof. Dr. univ. Markus Gosch (Nürnberg)

Oliver Gültig (Aschaffenburg) Dr. Thomas Karl (Bad Friedrichshall) Prof. Dr. Ulrich Kneser (Ludwigshafen) Prof. Dr. Michael Lell (Nürnberg) Prof. Dr. Ralf Lobmann (Stuttgart) Claas Lüdemann (Brixen/IT) Prof. Dr. Andreas Maier-Hasselmann (München) Prof. Dr. Henrik Menke (Offenbach) Priv.-Doz. Dr. Thomas Noppeney (Nürnberg) Dr. Eva-Maria Panfil (Basel/CH) Tatjana Pfersich (Reutlingen) Prof. Dr. Sebastian Probst (Genf/CH) Kerstin Protz (Hamburg) Univ.-Prof. Dr. med. Bert Reichert (Nürnberg) Claudia Schatz (München) Prof. Dr. Thomas Schmitz-Rixen (Berlin) Prof. Dr. Erwin S. Schultz (Nürnberg) Prof. Dr. Martin Storck (Karlsruhe) Prof. Dr. Markus Stücker (Bochum) Prof. Dr. Ewa K. Stürmer (Hamburg) Klaus Zobel (Gütersloh)

Dr. Arthur Grünerbel (München)

Tagungsort

Meistersingerhalle Nürnberg, Großer Saal Schultheißallee 2-4 90478 Nürnberg

Tagungsorganisation / Veranstalter

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH E-Mail wuko@conventus.de Internet www.wund-kongress.de

Projektleitung

Juliane Meißner, Telefon +49 (0)3641 31 16-141 Jana Görls, Telefon +49 (0)3641 31 16-345

Referentenbetreuung

Wenke Schütte, Telefon +49 (0)3641 31 16-366

Fachausstellung

Juliane Meißner, Telefon +49 (0)3641 31 16-141 Yasmina Rippin, Telefon +49 (0)3641 31 16-394



Prof. Dr. med. Joachim Dissemond, Kongresspräsident

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

mit Ihrer Unterstützung hat sich der Nürnberger Wundkongress mit einem multidisziplinären Konzept bereits seit mehreren Jahren als feste Instanz in der Wundszene etabliert.

Auf diesem sehr positiven Pfad soll es auch dieses Jahr weitergehen. Wir laden Sie daher herzlich unter dem Motto: "Die Wunde im Fokus - der Mensch im Mittelpunkt" vom 23.-24. November 2023 nach Nürnberg ein, um Ihren Wissensstand kontinuierlich zum Wohle des Patienten zu teilen, zu erweitern und sich mit vielen Gleichgesinnten auszutauschen.

Von der Infektiologie über Telemedizin bis hin zu seltenen Wundursachen und vielem mehr reicht die diesjährige Palette der Schwerpunktthemen. Mit zahlreichen kooperierenden Verbänden und Fachgesellschaften garantieren wir Ihnen wieder ein facettenreiches Programm, von dem Ärzte und Pflegefachkräfte gleichermaßen profitieren. Eine Vielzahl von Workshops vermittelt wertvolles praktisches Wissen, die flankierende Fachmesse einen Überblick über neueste Produkte und technische Entwicklungen.

Für die Veranstaltung steht uns in diesem Jahr die zentral gelegene Meistersingerhalle Nürnberg mit allen Vorzügen eines professionellen Kongresszentrums zur Verfügung.

Ich freue mich sehr auf Ihre rege Teilnahme und verbleibe mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. med. Joachim Dissemond Kongresspräsident

Wichtige Informationen im Überblick

ANMELDUNG ZUM KONGRESS

Sie können sich online registrieren unter: www.wund-kongress.de/registrierung-1/anmeldung

AGB - ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen entnehmen Sie bitte der Tagungshomepage www.wund-kongress.de.

BEGLEICHUNG DER GEBÜHREN/ZAHLUNGSBESTÄTIGUNG

Sie erhalten nach Registrierung umgehend eine schriftliche Bestätigung mit Angabe der Kontoverbindung, welche Sie für Ihre Überweisung nutzen können. Diese Rechnung gilt gleichzeitig als Beleg zur Vorlage beim Finanzamt. Alternativ ist eine Begleichung mittels Kreditkarte (MasterCard, Visa-Card, American Express) möglich. Bei Überweisung ab 10 Werktagen vor Veranstaltungsbeginn bitten wir Sie, Ihren Überweisungsbeleg zur Vorlage am Check-In mitzubringen.

NAMENSSCHILD

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

HOTELRESERVIERUNG/UNTERKUNFT

Nähere Informationen finden Sie auf der Tagungshomepage www.wund-kongress.de unter der Rubrik "Anreise & Hotels". Bitte beachten Sie, dass Conventus lediglich als Vermittler fungiert und keinerlei Haftung übernimmt. Umbuchungen/ Stornierungen sind direkt mit der Unterkunft vorzunehmen.

ADRESSE

Meistersingerhalle Nürnberg, Großer Saal Schultheißallee 2-4 90478 Nürnberg

PARKEN

Direkt an der Meistersingerhalle stehen für alle Teilnehmer auf den ausgewiesenen Parkflächen kostenpflichtige Parkplätze (5 €/Tag) zur Verfügung.

KURSPROGRAMM

Parallel zu den Sitzungen findet ein umfangreiches Kursprogramm statt. Um den praktischen Charakter dieser Kurse zu gewährleisten und jedem Teilnehmer bestmögliche Lernergebnisse zu ermöglichen, werden die Workshops für max. 35 bzw. die Seminare für max. 70 Teilnehmer angeboten. Eine Anmeldung/Platzreservierung ist daher erforderlich.

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

PAUSENVERPFLEGUNG

Innerhalb der Fachmesse befinden sich Selbstzahler-Bistros mit verschiedenen gastronomischen Angeboten. Weiterhin bieten verschiedene Aussteller der Fachmesse an ihren Ständen eine Auswahl an Getränken und Snacks kostenfrei für Sie an.

Lunchboxen für Sie!

Weiterhin finden während der Mittagszeit am Donnerstag, 23.11.2023, 12:00-13:30 Uhr und am Freitag, 24.11.2023, 12:30-14:00 Uhr, Lunchsymposien (mit Mittagsverpflegung) statt, wozu Sie herzlich eingeladen sind. Weitere Informationen zu den Lunchsymposien entnehmen Sie bitte ab Seite 34.

ÖFFNUNGSZEITEN

	Do., 23.11.2023	Fr., 24.11.2023
Check-In	07.30-19.00 Uhr	07.30-17.30 Uhr
Vortragsannahme	07.30-16.00 Uhr	08.00-16.00 Uhr
Garderobe	07.30-19.30 Uhr	08.00-18.00 Uhr
Bistrostationen	08.30-17.30 Uhr	08.00-16.00 Uhr
Wissenschaftliches Programm	09.00-17.30 Uhr	08.30-17.45 Uhr
Netzwerkabend	17.30-19.00 Uhr	
Geführte Poster- sitzungen	15.15-16.00 Uhr	10.00-10.45 Uhr
Fachausstellung	09.00-19.00 Uhr	08.30-16.00 Uhr

INTERNET und WLAN

In der gesamten Meistersingerhalle steht für alle Kongressteilnehmer kostenfreies WLAN zur Verfügung.

ZERTIFIZIERUNG UND FORTBILDUNGSPUNKTE

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

6 Fortbildungspunkte pro Tag (Rezertifizierungsnummer: 0077-DGfW-B-2022)

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

6 Fortbildungspunkte pro Tag (Veranstaltungsnummer: 223179)

Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW)

9 Fortbildungspunkte

23.11.2023: 4 Punkte (Registrierungsnummer 2023-R-993) 24.11.2023: 5 Punkte (Registrierungsnummer 2023-R-994)

Bayerische Landesärztekammer

Die Zertifizierung wurde gemäß den Vorjahren beantragt

RbP - Registrierung beruflich Pflegender GmbH

10 Punkte für 2 Tage (Kursnummer: 20090758220001)

Verband Deutscher Podologen e. V.

23.11.2023: 4 Punkte (2 Punkte pro podologischer Sitzung) 24.11.2023: 4 Punkte (2 Punkte pro podologischer Sitzung)

Akademie-ZWM AG Schweiz und die Akademie-ZWM GmbH Österreich (Akademie für ZertifiziertesWundManagement)

für ausgebildete Teilnehmer:
innen (WM®/WDA®/ZWM®/AZWM®)

8 Bildungspunkte pro Tag

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

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

12 Fortbildungspunkte 23.11.2023: 6 Punkte 24.11.2023: 6 Punkte

(Zertifizierungsnummer: ZNR20230406)

Deutsches Institut für modernes Wundmanagment (DIMW)

4 Fortbildungspunkte pro Tag

TEILNAHMEBESCHEINIGUNG

Die Teilnahmebescheinigung drucken Sie sich täglich selbst, indem Sie den QR-Code auf Ihrem Namensschild an den Zertifizierungs-Countern scannen. Einerseits können Sie Ihre tägliche Teilnahmebescheinigung drucken, um Fortbildungspunkte bei den jeweiligen Fachgesellschaften- und verbänden zu erhalten. Dieser Counter öffnet jeweils vor der letzten Sitzung eines Tages. Ärzte, die CME-Punkte benötigen, drucken bitte zusätzlich dazu ihr tägliches Teilnahmezertifikat am LÄK-Counter. Bitte beachten Sie, dass Sie sich zweimal täglich scannen müssen, um die kompletten Punkte der Landesärztekammer und der ICW zu erhalten.





Was hier drin steht, das wirkt

Neue Liste 2023

Alle VAH-zertifizierten Desinfektionsmittel von A bis Z.

Verbund für Angewandte Hygiene e.V. **Desinfektionsmittel-Liste des VAH**DIN A4, Softcover

ISBN 978-3-88681-186-1 (Buch)

elSBN 978-3-88681-187-8 (eBook)

53.80 €

JETZT BESTELLEN auf www.mhp-medien.de oder QR-Code scannen:



O 6 NÜRNBERGER, Junakongress

MUKO

KOOPERIERENDE FACHGESELLSCHAFTEN UND VERBÄNDE





















































Austrian Wound Association I Österreichische Gesellschaft für Wundbehandlung (AWA)

Bayerische Pflegeakademie

Bundesverband spezialisierte Wundversorgung e. V. (bsw)

Centrum für Kommunikation–Information–Bildung Klinikum Nürnberg (cekib)

Deutsche Dermatologische Gesellschaft e. V. (DDG), Arbeitsgemeinschaft Wundheilung (AGW)

Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG) Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß (AG Fuß)

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e. V. (DGPRÄC)

Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e. V. (DGA)

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)

Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin – Gesellschaft für operative, endovaskuläre und präventive Gefäßmedizin e. V. (DGG)

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG)

Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie in der Deutschen Röntgengesellschaft e. V. (DeGIR/DRG)

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU)

Deutsche Gesellschaft für Phlebologie und Lymphologie e. V. (DGPL)

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU)

Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin e. V. (DGV)

Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW)

Deutscher Wundrat e. V. (DWR)

European Tissue Repair Society (ETRS)

European Wound Management Association (EWMA)

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

Fachkommission Diabetes in Bayern e. V. (FKDB) und Fußnetz Bayern e.V.

Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW)

Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung (SAfW)

Verband Deutscher Podologen e. V. (VDP)

Verein der Freunde und Förderer der Pflege e. V. (VFFP)

Eingeladene Referierende, Abstract-Autorinnen und -Autoren, Vorsitzende, Workshop- und Seminarleiter/-innen

Name	Seite	Name	Seite	Name	Seite	Name	Seite
A		Hauer, Michael	22	М		Schultz, Erwin S	4, 25, 29, 60
Abu Rached, Nessr	19	Hecker, Andrzej 28,	31, 34, 51, 52	Maier-Hasselmann, An	dreas 4, 17,	Schutt, Antonia	25, 57
Alt, Volker	4, 27	Heppner, Hans Jürgen .	23, 27		25, 32,	Schwarz, Beate	22
Amann, Berthold	27	Heppt, Franz	31	Marienfeld, Ute	27	Schwarzkopf, Andre	as 48
Anzengruber, Florian	31	Herbarth, Lutz	29	Mertens, Mira	33, 57	Schwarzkopf, Claudi	a 21, 26, 45
Apostolidis, Savvas	18, 42	Hermans, Michel	24, 46	Meyringer, Helmut	29	Siemers, Frank	20
Augustin, Matthias 4, 2	24, 26, 44	Herrenbrück, Michaela	25, 59	Moelleken, Maurice	26, 37	Singler, Katrin	16
D.		Herzog, Thyra	16	Möhner, Bernd	22	Sitaru, Sebastian	23
B Dail Harmann locat	4.20	Hester, Beke	26	Moosmann, Christian	25, 28, 33	Skodell, Kerstin	32
Bail, Hermann-Josef		Hillemacher, Thomas	17	N		Stang, Felix Hagen .	17
Basholli-Haziri, Xhevrije		Hirsch, Torsten	31	Nagy, Maria Andrea	22	Stedefeld, Nicole	23,45
Baum, Daniel Baumgart, Dennis		Hitzenbichler, Florian	27	Nevoigt, Linda		Steindorff, Jenny-Vio	
		Hoffmann-Tischner, Ing	a 23, 24,	Nietzschmann, Nina		Storck, Martin	
Bayer, Thomas Behne, Andrea			25, 36, 60	Nink-Grebe, Brigitte		Stürmer, Ewa Klara .	
		Hollard, Christian	26, 56	Noppeney, Thomas		24, 2	6, 34, 44, 50, 62
Blaeser, Markus Böckmann, Lars		Horch, Raymund	27	Noppency, momas	4, 23	т	
		Huber, Martin	21, 53, 54	0		Thaller, Peter H	29
Bofinger, Christine		К		Ohrt, Charlin	22	Tidow, Ute	
Bosch, Naomi Buck, Bianca		Kälin, Melina	62	Oikonomou, Kyriakos	27	Tigla, Alexandru	
DUCK, DIdIICd	04	Kamolz, Lars-Peter		Osinga, Rik	27	G .	
C		Karl, Thomas		P		V	
Cucuruz, Beatrix	29	Kaun, Michael		Panfil, Eva-Maria	A 31	Vaheri, Tanja	
D.		Kersken, Joachim		Pfersich, Volker		Valesky, Eva	
Datas Assas	17.20	Kessler, Sigurd		Pleintinger, Annkatrin		Veeser, Jakob	
Deter, Anne		Kickut, Ralph		Pohl, Maika		Verheyen-Cronau, Id	
Deutschle-Coerper, Gudrun		Kiehlmeier, Sandra		Pommer, Alette		Volkert, Dorothee	
Diener, Holger 4, 16, 1		Kiritsi, Dimitra		Präger, Lea-Isabell		Vosloo, Miriam	24, 32
Dietlein, Michael		Klare, Wolf-Rüdiger		Probst, Astrid		W	
Dissemond, Joachim 3		Klingelhöller, Carmen		Probst, Sebastian 4,		Waller, Christine	16
17, 24, 26, 33, 34, 36, 3	9, 40, 47	Knestele, Michaela				Weggen, Annika	
E		Kolbig, Norbert				Weller, Lisa	
Eckhard, Michael	4, 21, 22	Kranz, Stefanie		Q		Werra, Ursula	
Eder, Stephan 4, 1	.6, 23, 25	Kraus, Günter		Queisser, Stefanie	18, 41	Wetzel-Roth, Walter	29
Emmert, Steffen,	18	Kremer, Thomas		R		Wildgruber, Moritz	19
Erfurt-Berge, Cornelia	4, 21, 24,	Kröger, Knut		Reichert, Bert	4	Wirth, Rainer	19
26, 31, 5	6, 57, 58	Kuberka-Wiese, Christin		Rembe, Julian-Dario		Wonner, Ralph	17, 23
•		Kühn, Penelope 1		Rennekampff, Hans-Ol		Wüthrich, Jeannette	31
Cranz Candra	20		42, 53	Richter, Martinus		-	
Franz, Sandra Friedrich, Judith		Kühnel, Sarah	26, 59	Riedel, Annett		Z	20. 51
		Kulzer, Bernhard	22	Ronicke, Moritz	24	Ziegenthaler, Hans . Zink, Alexander	
Fuchs, Paul Christian		Künzel, Thomas	20	Roßlenbroich, Steffen .	27		
Fuhrer, Günther	72	Kupf, Sophie	26, 60	Rother, Ulrich	29	Zink, Karl Zobel, Klaus	
G		Kurow, Olga	21, 45	_		Zschieschang, Beata	
Gabdrachmanow, Albina	33			S		Zuleger, Sascha	
Gasteiger, Christine	23	L Lana Cania	20	Schäfer, Richard		Zulegel, Jascila	1/
Gerber, Veronika	4, 26	Laag, Sonja		Schaperdoth, Ellen			
Gerling, Torsten	29	Lahmann, Nils		Schatz, Claudia			
Gosch, Markus 4, 16, 1	.9, 23, 27	Langer Stafan		Schedlowski, Manfred			
Grube, Thomas	16, 38	Langer, Stefan		Schiefer, Jennifer L			
Grünerbel, Arthur 4, 19, 2	23, 35, 40	Lell, Michael		Schingale, Franz-Josef			
u.		Lenzen-Großimlinghaus,		Schmidt, Silke			
H Habboub, Basel	27	Leven, Anna-Sophia		Schmieder, Astrid Schmölders, Julia			
Halbe, Luisa		Lindemann, Christina		Schrenker, Steffen			
Hartmann, Bernd		Loronz Poyano					
Hartmann-Fritsch, Fabienne		Lorenz, Roxane Lötzerich, Helmut		Schröder, Gerhard Schüller, Ursula			
Harzer, Madlen		Lüdemann, Claas		Schultheis, Michael		Stand hei	Drucklegung
riarzer, Mauiell	23	cuuciiiaiiii, Clads	4, 67, 40	שנושונוופוש, ויוונוומפו	22, 31	שלם שלום שלו	Prackicania

Hauptsponsoren

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

Gold-Sponsor			
mediset clinical products GmbH	mediset		
Silber-Sponsoren			
Amryt Pharma	AMRYT P H A R M A	medi GmbH & Co. KG	<u>medi</u>
Bemer Int. AG	BEMER	MICRO-MEDICAL Instrumente GmbH	MICRO-MEDICAL
ConvaTec (Germany) GmbH	convatec - forever caring -	PolyMedics Innovations GmbH	PolyMedics Innovations GmbH
LIGAMED medical Produkte GmbH	LIGASANO° Wirst einfach	3M Deutschland GmbH	Science. Applied to Life.™
Bronze-Sponsoren			
Coloplast GmbH	Coloplast	Schülke & Mayr GmbH	schülke -}
FROXIMUN AG	FROXIMUN® AG The detoxication professionals.	Smith & Nephew GmbH	Smith-Nephew
Lohmann & Rauscher GmbH & Co. KG	People.Health.Care.	terraplasma medical GmbH	terraplasma MEDICAL
n:aip Deutschland GmbH	n:alp Die care:manager	URGO GmbH	VIRGO MEDICAL Healing people*
Weitere Sponsoren			
all in® nutrition GmbH	allin	Owen Mumford GmbH	©Owen Mumford
Kimetec GmbH	Kimetec		

OFFERLEGUNG DER SPONSOREN 3M Deutschland GmbH (9.455 €), ACTO GmbH (1.740 €), Advancis Medical Deutschland GmbH (1.740 €), all in nutrition GmbH (8.00 €), Amryt Pharma GmbH (1.000 €), asclepios Medizintechnik G. (1.740 €), Bamboo Health Care GmbH (1.740 €), BEMER Int. AG (11.750 €), BioMonde GmbH (1.740 €), BSM medical GmbH (3.480 €), Cc Care-Consult GmbH (1.740 €), Cinogy GmbH (2.510 €), CoLDPLASMATECH GmbH (1.740 €), Coloplast GmbH (8.640 €), ConvaTec Germany GmbH (1.1620 €), Coopmed ApS (2.320 €), curea medical GmbH (3.480 €), CureVision GmbH (1.740 €), Flen Health GmbH (2.740 €), FROXIMUN AG (8.000 €), Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH (1.740 €), Heitschl GmbH (1.740 €), Institut Schwarzkopf GbR (1.740€), Integra GmbH (2.320 €), IT-Labs GmbH (1.740 €), bellius Zorn GmbH (1.740 €), Medical Produkte GmbH (1.740 €), Minstitut Schwarzkopf GbR (1.740€), Heitschland GmbH (1.740 €), Medical Produkte GmbH (1.740

Stand bei Drucklegung



DIEWUNDZENTRALE

Das partnerschaftliche Netzwerk auf Augenhöhe – aus der Praxis für die Praxis.



Die Wundzentrale ist eine Plattform für Ärzt:innen bzw. Pflegekräfte rund um das Thema Wundversorgung und Kompression und dem Praxisalltag von Anwender:innen. Das Besondere sind die vielen Informations- und Kommunikationswege.

Kommen Sie uns doch einmal besuchen unter: info.diewundzentrale.com



Ausstellerverzeichnis

Α

- ACTO GmbH | Stand 1
- Advancis Medical GmbH | Stand 41
- Amryt Pharma | Stand 42
- Asclepios GmbH | Stand 66

В

- Bamboo Health Care GmbH | Stand 17
- Bayrische Pflegeakademie | Stand 12
- Bemer Int. AG | Stand 60
- BioMonde GmbH | Stand 69
- BSN medical GmbH | Stand 32

C

- CC Care-Consult GmbH | Stand 10
- Cinogy GmbH | Stand 4
- Coldplasmatech GmbH | Stand 72
- Coloplast GmbH | Stand 35
- ConvaTec (Germany) GmbH | Stand 30
- Coopmed ApS | Stand 58
- curea medical GmbH | Stand 20
- cureVision GmbH | Stand 3

E

• Eakin Healtcare GmbH | Stand 2

F

- Flen Health GmbH | Stand 63
- FROXIMUN AG | Stand 15

Н

- Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH | Stand 65
- Heltschl GmbH | Stand 74

П

- Initiative Chronische Wunden e.V. (ICW) | Stand 59
- imitio AG | Stand 21
- Institut AllergoSan Deutschland (privat) GmbH Stand 73
- Institut Schwarzkopf GbR | Stand 16
- Integra GmbH | Stand 47
- IT-Labs GmbH | Stand 64

1

• Julius Zorn GmbH | Stand 68

K

• Kerecis Deutschland AG | Stand 52

L

- LIGAMED medical Produkte GmbH | Stand 38
- Lohmann & Rauscher GmbH & Co. KG | Stand 25

М

- •3M Deutschland GmbH | Stand 23
- ManukaLind/Byox-Healthcare GmbH | Stand 18
- medi GmbH & Co. KG | Stand 50
- medicops GmbH & Co. KG | Stand 71
- mediset clinical products GmbH | Stand 14
- MESI Deutschland GmbH | Stand 24
- mhp Verlag | Stand 59
- MICRO-MEDICAL Instrumente GmbH | Stand 39
- Mölnlycke Health Care GmbH | Stand 37

N

- •n:aip Deutschland GmbH | Stand 28
- neoplas med GmbH | Stand 7
- Novartis Pharma GmbH | Stand 36

0

- OPED GmbH | Stand 11
- OxyCare GmbH | Stand 5

P

- Paul Hartmann AG | Stand 40
- Phametra Pharma und Medica-Trading GmbH Stand 45
- Plasma Medical Systems GmbH | Stand 53
- PolyMedics Innovations GmbH | Stand 13
- Principelle Deutschland UG | Stand 9
- PU sensor AB | Stand 48

R

- Regen Lab SA | Stand 70
- RHEACELL GmbH & Co. KG | Stand 34
- Rodday Wundmanagement GmbH & Co. KG | Stand 57

S

- •sanaFactur GmbH | Stand 43
- Schülke & Mayr GmbH | Stand 8
- Serag-Wiessner GmbH & Co. KG | Stand 22
- Smith & Nephew GmbH | Stand 62

7

- TEMCA GmbH & Co. KG | Stand 19
- terraplasma medical GmbH | Stand 61

U

• URGO GmbH | Stand 51

V

• Villa Sana GmbH & Co. Med. Prod. KG | Stand 49

W

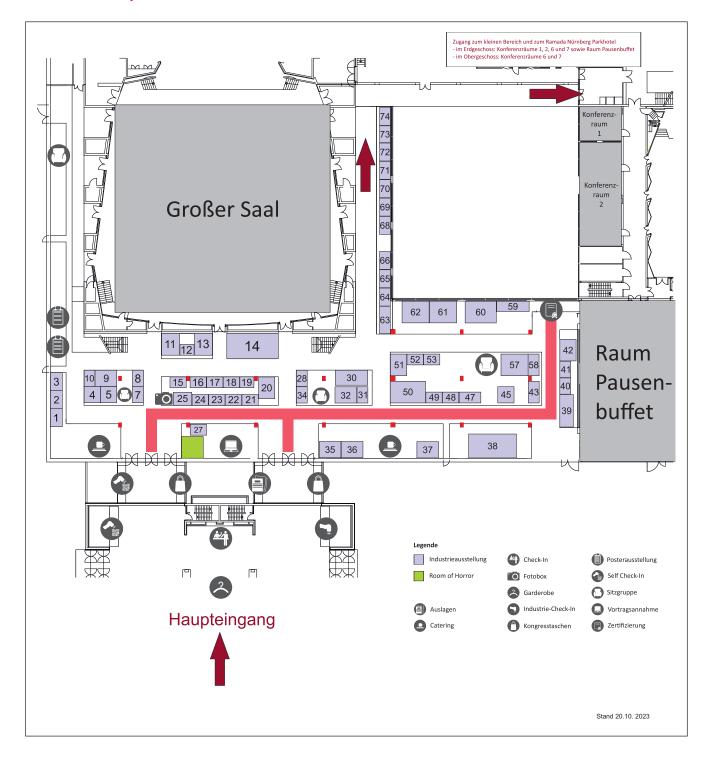
- Wundexperten Roth | Stand 27
- WUNDmanagement (Zeitschrift) | Stand 59

Y

• XOTO Technology GmbH | Stand 31

Hauptsponsoren sind in rot aufgeführt. Stand bei Drucklegung.

Gebäudeplan mit Fachmesse



Programmübersicht Donnerstag, 23. November 2023

Großer Saal	Konferenzraum 6	Konferenzraum 7	Konferenzraum 2	Raum Pausenbuffet	Konferenzraum 4	Konferenzraum 3	Konferenzraum 1	Meistersinger- stüberl 1	Meistersinger- stüberl 2
		08:00-09:00	08:00-09:00						
		•	ISe - FROXIMUN						
			AG						
		GmbH Palliative Wundver-	Diabetischer Fuß,						
			Wundheilungs-						
			konzept S. 34						
09:00-10:00		5. 34	5. 34						
Congress-									
eröffnung und Plenarvortrag									
S. 16									
10:15-11:45	10:15-11:45	10:15-11:45	10:15-11:45	10:15-11:45	10:15-11:45	10:15-11:45		10:15-11:45	10:15-11:45
	Hauptsitzung 2 Skin Tears, Einrisse		KP 2 – DGPRÄC Grenzen der	KP 3 – cekib Selbstverletzendes	Freie Themen	S 1 Wundmanage-		WS 1 – DGfW Wunden heilen:	WS 2 Fixierpflaster
	fragiler Haut		Wundbehandlung:	Verhalten:		ment an Fallbei-		Welchen Verband	richtig anlegen
			die Bedeutung der	Erscheinungs-		spielen		wähle ich aus?	
			Erfahrung in der	formen, Ursachen					
			Plastischen Chirurgie	und Therapie- möglichkeiten					
S. 16	S. 16		S. 17	S. 17	S. 17	S. 18		S. 18	S. 1
3. 10	3. 10	3. 10	3. 1/	3.17	3. 17	3. 16		3. 16	3. 1
12:00-13:30	12:00-13:30	12:00-13:30	12:00-13:30	12:00-13:30	12:00-13:30	12:00-13:30	12:00-13:30	12:00-13:30	
ISymp - Schülke &			ISe - PolyMedics	ISe - URGO GmbH			IWS - Smith &	ISe - 3M	
•	MEDICAL Instru-	-	Innovations GmbH		medical Produkte	Rauscher GmbH &	•	Deutschland	
Infektionskontrolle in der modernen	Wundbehandlung		Synthetische, ab- baubare Hauter-	Wunden 2024: Bleibt alles	GmbH Rund um die	Co. KG Medizinische	Neuerungen in der Versorgung	Medizinische Haut-	
Wundversorgung	_			anders?	Wunde	Adaptive	sekundär	phänomene –	
	einer extra-		verschiedenen			Kompressions-	heilender	Präventionsstrate-	
	zellulären Matrix		Indikationen			systeme	Wunden	gien und Therapie-	
C79438	ENDOFORM und		(2)					möglichkeiten	
S. 34	MYRIAD S. 34	S. 34	S. 34	S. 35	S. 35	S. 35	S. 35	S. 35	
13:45-15:15	13:45-15:15	13:45–15:15	13:45-15:15	13:45-15:15	13:45-15:15	13:45-15:15		13:45–15:15	13:45–15:15
Hauptsitzung 3	Hauptsitzung 4 –	KP 4 – EWMA	KP 5 – FKDB &	KP 6 – DGV	KP 7 – ETRS	S 2		WS 3 – DGfW	WS 4 – Bayerisch
Kaltplasma in der	DGG	Diagnostik und	Fußnetz Bayern	Was gibt es Neues	Forschung –	Wundheilung aus		Wunden heilen:	Pflegeakademie
-	Ernährung und	Therapie des Ulcus	Diabetischer Fuß	in der	Patient –	lymphologischer		Welchen Verband	MARSI - Durch
	Wunde	cruris – Was ist zu beachten ?		Brandverletzten-	Wundbehandlung	Sicht		wähle ich aus? Wdhlg.	medizinische Klebstoffe
		beachten r		behandlung?				wanig.	bedingte
									Hautverletzungen
C 10	c 10	C 10	C 10	5 20	5 20	\$ 20		c 20	
S. 18	S. 19	S. 19	S. 19		S. 20 –16:00	S. 20		S. 20	S. 2
S. 18	S. 19	S. 19	S. 19	15:15		S. 20		S. 20	5. 2
				15:15 Foyer: Geführte	-16:00 Postersitzung 1				S. 2
16:00–17:30	16:00–17:30	16:00–17:30	16:00–17:30	15:15- Foyer: Geführte 16:00–17:30	-16:00 Postersitzung 1 16:00-17:30	16:00-17:30		16:00-17:30	S. 2 16:00–17:30
16:00–17:30 WUND-Slam	16:00–17:30 Hauptsitzung 5	16:00–17:30 KP 8 – DDG, AG	16:00–17:30 KP 9 – DeGIR/DRG	15:15: Foyer: Geführte 16:00–17:30 KP 10 – DGfW I	-16:00 Postersitzung 1 16:00-17:30 5 3	16:00-17:30 S 4		16:00–17:30 WS 5 – FKDB	S. 2 16:00–17:30 WS 6 – DGfW
16:00–17:30 WUND-Slam	16:00–17:30 Hauptsitzung 5 Infektiologie:	16:00–17:30 KP 8 – DDG, AG Fuß	16:00–17:30	15:15- Foyer: Geführte 16:00–17:30	-16:00 Postersitzung 1 16:00-17:30 S 3 Hautpflege bei	16:00–17:30 S 4 Verbrennungs-		16:00-17:30	S. 2 16:00–17:30 WS 6 – DGfW Wundreinigung /
16:00–17:30 WUND-Slam	16:00–17:30 Hauptsitzung 5	16:00–17:30 KP 8 – DDG, AG	16:00–17:30 KP 9 – DeGIR/DRG	15:15- Foyer: Geführte 16:00–17:30 KP 10 – DGfW I Ambulante	-16:00 Postersitzung 1 16:00-17:30 5 3	16:00-17:30 S 4		16:00–17:30 WS 5 – FKDB Diabetische	S. 2 16:00–17:30 WS 6 – DGfW Wundreinigung /
16:00–17:30 WUND-Slam	16:00–17:30 Hauptsitzung 5 Infektiologie: Biofilm,	16:00–17:30 KP 8 – DDG, AG Fuß (Trotz) Fuß im	16:00–17:30 KP 9 – DeGIR/DRG	15:15- Foyer: Geführte 16:00–17:30 KP 10 – DGfW I Ambulante Versorgung der	-16:00 Postersitzung 1 16:00-17:30 S 3 Hautpflege bei	16:00–17:30 S 4 Verbrennungs- wunden – sinnvoll		16:00–17:30 WS 5 – FKDB Diabetische Neuropathie – oft	S. 2 16:00–17:30 WS 6 – DGfW Wundreinigung /
16:00–17:30 WUND-Slam	16:00–17:30 Hauptsitzung 5 Infektiologie: Biofilm, multiresistente	16:00–17:30 KP 8 – DDG, AG Fuß (Trotz) Fuß im Fokus – Mensch	16:00–17:30 KP 9 – DeGIR/DRG	15:15- Foyer: Geführte 16:00–17:30 KP 10 – DGfW I Ambulante Versorgung der Akne inversa:	-16:00 Postersitzung 1 16:00-17:30 S 3 Hautpflege bei	16:00–17:30 S 4 Verbrennungs- wunden – sinnvoll		16:00–17:30 WS 5 – FKDB Diabetische Neuropathie – oft nicht erkannt: Können Sie die Diagnose selbst	S. 2 16:00–17:30 WS 6 – DGfW Wundreinigung /
16:00–17:30 WUND-Slam	16:00–17:30 Hauptsitzung 5 Infektiologie: Biofilm, multiresistente	16:00–17:30 KP 8 – DDG, AG Fuß (Trotz) Fuß im Fokus – Mensch	16:00–17:30 KP 9 – DeGIR/DRG	15:15- Foyer: Geführte 16:00–17:30 KP 10 – DGfW I Ambulante Versorgung der Akne inversa:	-16:00 Postersitzung 1 16:00-17:30 S 3 Hautpflege bei	16:00–17:30 S 4 Verbrennungs- wunden – sinnvoll		16:00–17:30 WS 5 – FKDB Diabetische Neuropathie – oft nicht erkannt: Können Sie die	WS 6 – DGfW
16:00–17:30 WUND-Slam	16:00–17:30 Hauptsitzung 5 Infektiologie: Biofilm, multiresistente	16:00–17:30 KP 8 – DDG, AG Fuß (Trotz) Fuß im Fokus – Mensch im Mittelpunkt	16:00–17:30 KP 9 – DeGIR/DRG	15:15- Foyer: Geführte 16:00–17:30 KP 10 – DGfW I Ambulante Versorgung der Akne inversa: Es geht besser! S. 22	Postersitzung 1 16:00–17:30 5 3 Hautpflege bei Ulcus Patienten S. 22	16:00–17:30 S 4 Verbrennungs- wunden – sinnvoll		16:00–17:30 WS 5 – FKDB Diabetische Neuropathie – oft nicht erkannt: Können Sie die Diagnose selbst	S. 2 16:00–17:30 WS 6 – DGfW Wundreinigung / Wunddebridemer
16:00–17:30 WUND-Slam	16:00–17:30 Hauptsitzung 5 Infektiologie: Biofilm, multiresistente Erreger	16:00–17:30 KP 8 – DDG, AG Fuß (Trotz) Fuß im Fokus – Mensch im Mittelpunkt	16:00–17:30 KP 9 – DeGIR/DRG tba	15:15- Foyer: Geführte 16:00–17:30 KP 10 – DGfW I Ambulante Versorgung der Akne inversa: Es geht besser! S. 22	Postersitzung 1 16:00–17:30 5 3 Hautpflege bei Ulcus Patienten	16:00–17:30 S 4 Verbrennungs- wunden – sinnvoll versorgt		16:00–17:30 WS 5 – FKDB Diabetische Neuropathie – oft nicht erkannt: Können Sie die Diagnose selbst stellen?	S. 2 16:00–17:30 WS 6 – DGfW Wundreinigung /
16:00–17:30 WUND-Slam	16:00–17:30 Hauptsitzung 5 Infektiologie: Biofilm, multiresistente Erreger	16:00–17:30 KP 8 – DDG, AG Fuß (Trotz) Fuß im Fokus – Mensch im Mittelpunkt	16:00–17:30 KP 9 – DeGIR/DRG tba	15:15- Foyer: Geführte 16:00–17:30 KP 10 – DGfW I Ambulante Versorgung der Akne inversa: Es geht besser! S. 22 17:30-	Postersitzung 1 16:00–17:30 5 3 Hautpflege bei Ulcus Patienten S. 22 –19:00	16:00–17:30 S 4 Verbrennungs- wunden – sinnvoll versorgt		16:00–17:30 WS 5 – FKDB Diabetische Neuropathie – oft nicht erkannt: Können Sie die Diagnose selbst stellen?	S. 2 16:00–17:30 WS 6 – DGfW Wundreinigung / Wunddebridemei
16:00–17:30 NUND-Slam	16:00–17:30 Hauptsitzung 5 Infektiologie: Biofilm, multiresistente Erreger	16:00–17:30 KP 8 – DDG, AG Fuß (Trotz) Fuß im Fokus – Mensch im Mittelpunkt	16:00–17:30 KP 9 – DeGIR/DRG tba	15:15- Foyer: Geführte 16:00–17:30 KP 10 – DGfW I Ambulante Versorgung der Akne inversa: Es geht besser! S. 22 17:30-	Postersitzung 1 16:00–17:30 5 3 Hautpflege bei Ulcus Patienten S. 22	16:00–17:30 S 4 Verbrennungs- wunden – sinnvoll versorgt		16:00–17:30 WS 5 – FKDB Diabetische Neuropathie – oft nicht erkannt: Können Sie die Diagnose selbst stellen?	S. 2 16:00–17:30 WS 6 – DGfW Wundreinigung / Wunddebrideme
16:00–17:30 WUND-Slam	16:00–17:30 Hauptsitzung 5 Infektiologie: Biofilm, multiresistente Erreger	16:00–17:30 KP 8 – DDG, AG Fuß (Trotz) Fuß im Fokus – Mensch im Mittelpunkt	16:00–17:30 KP 9 – DeGIR/DRG tba	15:15- Foyer: Geführte 16:00–17:30 KP 10 – DGfW I Ambulante Versorgung der Akne inversa: Es geht besser! S. 22 17:30-	Postersitzung 1 16:00–17:30 5 3 Hautpflege bei Ulcus Patienten S. 22 –19:00	16:00–17:30 S 4 Verbrennungs- wunden – sinnvoll versorgt		16:00–17:30 WS 5 – FKDB Diabetische Neuropathie – oft nicht erkannt: Können Sie die Diagnose selbst stellen?	S. 2 16:00–17:30 WS 6 – DGfW Wundreinigung / Wunddebrideme
16:00–17:30 WUND-Slam S. 36	16:00–17:30 Hauptsitzung 5 Infektiologie: Biofilm, multiresistente Erreger	16:00–17:30 KP 8 – DDG, AG Fuß (Trotz) Fuß im Fokus – Mensch im Mittelpunkt	16:00–17:30 KP 9 – DeGIR/DRG tba	15:15- Foyer: Geführte 16:00–17:30 KP 10 – DGfW I Ambulante Versorgung der Akne inversa: Es geht besser! S. 22 17:30-	Postersitzung 1 16:00–17:30 5 3 Hautpflege bei Ulcus Patienten S. 22 –19:00	16:00–17:30 S 4 Verbrennungs- wunden – sinnvoll versorgt S. 22 Industrie-Session:		16:00–17:30 WS 5 – FKDB Diabetische Neuropathie – oft nicht erkannt: Können Sie die Diagnose selbst stellen?	S. 2 16:00–17:30 WS 6 – DGfW Wundreinigung / Wunddebridemei
16:00–17:30 WUND-Slam	16:00–17:30 Hauptsitzung 5 Infektiologie: Biofilm, multiresistente Erreger S. 21	16:00–17:30 KP 8 – DDG, AG Fuß (Trotz) Fuß im Fokus – Mensch im Mittelpunkt	16:00–17:30 KP 9 – DeGIR/DRG tba S. 22	15:15- Foyer: Geführte 16:00–17:30 KP 10 – DGfW I Ambulante Versorgung der Akne inversa: Es geht besser! S. 22 17:30-	Postersitzung 1 16:00–17:30 5 3 Hautpflege bei Ulcus Patienten S. 22 –19:00	16:00–17:30 S 4 Verbrennungs- wunden – sinnvoll versorgt		16:00–17:30 WS 5 – FKDB Diabetische Neuropathie – oft nicht erkannt: Können Sie die Diagnose selbst stellen?	S. 2 16:00–17:30 WS 6 – DGfW Wundreinigung / Wunddebridemei

Programmübersicht Freitag, 24. November 2023

Großer Saal	Konferenzraum 6	Konferenzraum 7	Konferenzraum 2	Raum Pausenbuffet	Konferenzraum 4	Konferenzraum 3	Konferenzraum 1	Meistersinger- stüberl 1	Meistersinger- stüberl 2
08:30-10:00	08:30-10:00	08:30-10:00	08:30-10:00	08:30-10:00	08:30-10:00	08:30-10:00		08:30-10:00	08:30-10:00
Hauptsitzung 6	Hauptsitzung 7	KP 11 - DGCH &	KP 12 – DDG,	KP 13 – DWR	S 5 – DGfW	S 6 – DGfW		WS 7	WS 8 – DGfW
Digitalisierung in	Adipositas und	DGG	AGW	Update	Gefäßmedizin:	Druckentlastung		Wundauflagen	Wundreinigung /
der	Wundheilung	Gemeinsame	Update	Patientenver-	leitliniengerechte	beim Diabetischen		vvandadnagen	Wunddebridement
Wunddiagnostik	wandiciang	Sitzung DGCH und		sorgung und	Diagnostik und	Fußsyndrom			Wdhlg.
und Therapie inkl.		DGG	Dermatologic	Forschung	Therapie der pAVK	r uissyriur oiri			wang.
Telemedizin		200		1 Of Schaling	und CVI				
reiemedizm					una evi				
S. 23	S. 23	S. 24	S. 24	S. 24	S. 25	S. 25		S. 25	S. 25
					-10:45				
				Foyer: Geführte	Postersitzung 2				
10:45–12:15	10:45–12:15	10:45–12:15	10:45-12:15	10:45–12:15		10:45-12:15	10:45–12:15	10:45–12:15	S. 25 10:45–12:15
Hauptsitzung 8	Hauptsitzung 9 –	KP 14 – DGU	KP 15 – DGG	KP 16 – DGA		S 7 – FgSKW	WS 9	WS 10	WS 11
Patient Reported	ıcw	Komplexe Wunden	Alter und Wunde	Gefäßmedizinische		Parastomale	Lymphödem	Wundauflagen	Update
Outcome	Perspektiven in	und die		Aspekte der		Hautverän-	Stadium 3:	Wdhlg.	Diabetischer Fuß
Measures	der	Notwendigkeit der		Wundbehandlung		derungen	ein inter-		2023
(PROMs)	Wundbehandlung					0 .	professionelles		
		Behandlung					Problem		
S. 26	S. 26	S. 27	S. 27	S. 27		S. 27	S. 28	S. 28	S. 28
12:30-14:00	12:30-13:30	12:30-14:00	12:30-14:00	12:30-14:00	12:30-14:00	12:30-14:00	12:30-14:00	12:30-14:00	
ISymp - Bemer	ISymp - Amryt	ISymp - Coloplast	ISe - Mölnlycke	ISe - Smith &	IWS - LIGAMED	IWS - Mediset	IWS - Regen Lab	IWS - 3M	
Int. AG	Pharma	GmbH	Health Care GmbH		medical Produkte		SA	Deutschland	
Lunch and Learn	Herausforderun-	Wichtigkeit von	Einfach wichtig:	Biofilm – die	GmbH	Polymeric	Autologe	GmbH	
	gen Epidermolysis	_	Bedeutung der	Herausforderung	Parcours der	Membran	Wundauflagen für	Innovative 3M™	
	hulloca	Wundversorgung	Wundreinigung	des Jahrzehntes in		Dressings	eine optimale	Lösungen	
	S. 36		und noch mehr!	der		(PMD's)	Heilung	G .	
				Wundversorgung		(*****			
S. 36		S. 36	S. 37	S. 37	S. 37	S. 37	S. 37	S. 37	
14:15–15:45	14:15–15:45	14:15–15:45	14:15–15:45	14:15–15:45	14:15–15:45	14:15–15:45		14:15–15:45	14:15–15:45
Hauptsitzung 10	Hauptsitzung 11	KP 17 – DGPL	KP 18 – DGOU	KP 19 – DGfW II	S 8 – EWMA	S 9		WS 12 -	WS 13
	Künstliche	Kompression unter	Der diabetische	Innovationen im	Palliative	Der Blick über den		Bayerische	Update
sich was!	Intelligenz für die	besonderen	Fuß – Amputation		Wundversorgung	Wundrand hinaus:		Pflegeakademie	Diabetischer Fuß
			oder Erhalt?	von 1883?		Diagnostik beim		Hydrofaser und	2023 Wdhlg.
	· ·								
Konzepte und	Wunddiagnostik	Umständen				Wundpatienten		Alginate	
Konzepte und neue Techniken in	· ·					Wundpatienten		Alginate	
Konzepte und neue Techniken in	· ·					Wundpatienten		Alginate	
Konzepte und neue Techniken in	· ·		S. 28	S. 28	S. 30	S. 30		Alginate S. 30	S. 30
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28	Wunddiagnostik S. 29	Umständen S. 29	S. 28			S. 30		S. 30	
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28	Wunddiagnostik S. 29	Umständen S. 29 16:00–17:30	S. 28 16:00–17:30	16:00-17:30	16:00-17:30	5. 30 16:00–17:30		5. 30 16:00–17:15	16:00–17:30
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12	Wunddiagnostik S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13	Umständen S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II	16:00–17:30 KP 22 – VDP	16:00-17:30 S 10 - cekib	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW		S. 30 16:00–17:15 WS 14	16:00–17:30 WS 15
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions-	Wunddiagnostik S. 29	Umständen S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte	S. 28 16:00–17:30	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen	16:00–17:30
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions-	Wunddiagnostik S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13	Umständen S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde:	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku-	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW		S. 30 16:00–17:15 WS 14	16:00–17:30 WS 15
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions-	Wunddiagnostik S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13	Umständen S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen	16:00–17:30 WS 15
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions-	Wunddiagnostik S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13	Umständen S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku-	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen	16:00–17:30 WS 15
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions-	Wunddiagnostik S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13	Umständen S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur Verbesserung der	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku-	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen	16:00–17:30 WS 15
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions-	Wunddiagnostik S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13	Umständen S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku-	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen	16:00–17:30 WS 15
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressionstherapie	S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13 Akne inversa	S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder notwendig?	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II What's new?	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku- mentation	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale Wunden versorgen		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen Wdhlg.	16:00–17:30 WS 15 FIF!-mobil Sohle
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions-therapie	Wunddiagnostik S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13	S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder notwendig?	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku- mentation	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen Wdhlg.	16:00–17:30 WS 15
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressionstherapie	S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13 Akne inversa	S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder notwendig?	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II What's new?	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku- mentation	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale Wunden versorgen		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen Wdhlg.	16:00–17:30 WS 15 FiF!-mobil Sohle
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions-therapie S. 31 17:35–17:45 Abschluss,	S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13 Akne inversa	S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder notwendig?	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II What's new?	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku- mentation	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale Wunden versorgen		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen Wdhlg.	16:00–17:30 WS 15 FiF!-mobil Sohle
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressionstherapie S. 31 17:35–17:45 Abschluss, Posterpreis-	S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13 Akne inversa	S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder notwendig?	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II What's new?	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku- mentation	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale Wunden versorgen		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen Wdhlg.	16:00–17:30 WS 15 FiF!-mobil Sohle
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions- therapie S. 31 17:35–17:45 Abschluss, Posterpreis- verleihung	S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13 Akne inversa	S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder notwendig?	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II What's new?	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku- mentation	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale Wunden versorgen		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen Wdhlg.	16:00–17:30 WS 15 FiF!-mobil Sohle
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressionstherapie S. 31 17:35–17:45 Abschluss, Posterpreis-	S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13 Akne inversa	S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder notwendig?	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II What's new?	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku- mentation	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale Wunden versorgen		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen Wdhlg.	16:00–17:30 WS 15 FIF!-mobil Sohle
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions-therapie S. 31 17:35–17:45 Abschluss, Posterpreis-verleihung	S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13 Akne inversa	S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder notwendig?	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II What's new?	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku- mentation	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale Wunden versorgen		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen Wdhlg.	16:00–17:30 WS 15 FIF!-mobil Sohle
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions- therapie S. 31 17:35–17:45 Abschluss, Posterpreis- verleihung	S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13 Akne inversa	S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder notwendig?	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II What's new?	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku- mentation	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale Wunden versorgen		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen Wdhlg.	16:00–17:30 WS 15 FiF!-mobil Sohle
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions-therapie S. 31 17:35–17:45 Abschluss, Posterpreis-verleihung	S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13 Akne inversa	S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder notwendig?	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II What's new?	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku- mentation	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale Wunden versorgen		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen Wdhlg.	16:00–17:30 WS 15 FIF!-mobil Sohle
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions-therapie S. 31 17:35–17:45 Abschluss, Posterpreis-verleihung	S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13 Akne inversa	S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder notwendig?	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II What's new?	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku- mentation	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale Wunden versorgen		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen Wdhlg.	16:00–17:30 WS 15 FiF!-mobil Sohle
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions-therapie S. 31 17:35–17:45 Abschluss, Posterpreis-verleihung	S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13 Akne inversa	S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder notwendig?	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II What's new?	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku- mentation	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale Wunden versorgen		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen Wdhlg.	16:00–17:30 WS 15 FiF!-mobil Sohle
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions-therapie S. 31 17:35–17:45 Abschluss, Posterpreis-verleihung	S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13 Akne inversa	S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder notwendig?	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II What's new?	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku- mentation	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale Wunden versorgen		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen Wdhlg.	16:00–17:30 WS 15 FiF!-mobil Sohle
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions-therapie S. 31 17:35–17:45 Abschluss, Posterpreis-verleihung	S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13 Akne inversa	S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder notwendig?	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II What's new?	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku- mentation	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale Wunden versorgen		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen Wdhlg.	16:00–17:30 WS 15 FiF!-mobil Sohle
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions-therapie S. 31 17:35–17:45 Abschluss, Posterpreis-verleihung	S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13 Akne inversa	S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder notwendig?	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II What's new?	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku- mentation	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale Wunden versorgen		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen Wdhlg.	16:00–17:30 WS 15 FiF!-mobil Sohle
Konzepte und neue Techniken in der Pflege S. 28 16:00–17:30 Hauptsitzung 12 Kompressions- therapie S. 31 17:35–17:45 Abschluss, Posterpreis- verleihung	S. 29 16:00–17:30 Hauptsitzung 13 Akne inversa	S. 29 16:00–17:30 KP 20 – SAfW Personzentrierte Pflege – Nett oder notwendig?	S. 28 16:00–17:30 KP 21 – DGG II What's new?	16:00–17:30 KP 22 – VDP Patientenmobilität mit Fußwunde: Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität	16:00–17:30 S 10 – cekib Korrekte Wunddoku- mentation	S. 30 16:00–17:30 S 11 – FgSKW Parastomale Wunden versorgen		S. 30 16:00–17:15 WS 14 Wundauflagen Wdhlg.	16:00–17:30 WS 15 FiF!-mobil Sohle

06. Nürnberger Wundkongress

PROGRAMM DONNERSTAG, 23. NOVEMBER 2023

09:00-10:00 Eröffnung und Plenarvortrag (Großer Saal)

09:00	Eröffnung und Grußwort des Kongresspräsidenten J. Dissemond (Essen)
09:10	Ehrung 60.000-ste Absolventin ICW/TÜV-Personenzertifizierung I. Verheyen-Cronau (Frankenau), T. Herzog (Ingolstadt)
09:15	Eröffnungsvortrag: Placebo/Nocebo in der Medizin M. Schedlowski (Essen)
10:15-11:45 Großer Saal	Hauptsitzung 1 - Psyche und Wunde Vorsitz: M. Gosch, C. Waller (Nürnberg)
10:15	Einführung
10:17	Die Psychosomatik der Wunde C. Waller (Nürnberg)
10:52	Die "verwirrte" Wunde K. Singler (Nürnberg)
11:27 FV01	Schwierigkeiten bei der Gründung eines Wundnetzwerkes – von der Idee zur Umsetzung <i>T. Grube (Chemnitz)</i>
11:37	Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?
10:15-11:45 Konferenz-raum 7	Hauptsitzung 2 - Skin Tears, Einrisse fragiler Haut Vorsitz: S. Probst (Genf, CH), A. Probst (Reutlingen)
10:15	Einführung
10:17	Einrisse fragiler Haut - eine Übersicht S. Probst (Genf, CH)
10:40	Einrisse fragiler Haut - Fallbeispiele A. Probst (Reutlingen)

Der neue Expertenstandard "Erhaltung und Förderung der Hautintegrität"

Oleogel-S10 (birch triterpenes) in the treatment of epidermolysis bullosa wounds -

24-month efficacy and safety data from the EASE study

Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?

10:15-11:45 Sitzung KP 1 - DGG I - Wenn Zeit entscheidend ist... Konferenz-Vorsitz: T. Karl (Heilbronn), E. K. Stürmer (Hamburg) raum 7 10:15 Telemedizin beim DFS - Benefit oder digitale Hürde? H. Diener (Buchholz) 10:33 Foot attack - wenn Zeit entscheidet S. Eder (Donaueschingen)



C. Schatz (München)

D. Kiritsi (Freiburg i. Br.)

11:03

11:26 FV02

11:36

10:51	Erysipel, Phlemone, Fasziitis – was denn nun? T. Karl (Heilbronn)
11:09	Exsudatmanagement – was tun, wenn's zu feucht wird A. Maier-Hasselmann (München)
11:27	Physikalische Wundtherapie translational – Magnetfeld, Laser und Kaltplasma <i>E. K. Stürmer (Hamburg)</i>
10:15-11:45 Konferenz-raum 2	Sitzung KP 2 - DGPRÄC - Grenzen der Wundbehandlung - die Bedeutung der Erfahrung in der Plastischen Chirurgie Vorsitz: P. C. Fuchs (Köln), T. Kremer (Leipzig)
10:15	Dekubituschirurgie - wann sollte man besser aufhören? P. C. Fuchs (Köln)
10:37	Defektdeckung am Kopf - eine interdisziplinäre und manchmal sehr komplexe Aufgabe <i>F. H. Stang (Lübeck)</i>
10:59	tba T. Kremer (Leipzig)
11:21	Moderne Wundversorgung in der septischen-plastischen und rekonstruktiven Chirurgie S. Langer (Leipzig)
10:15-11:45 Raum Pausenbuffet	Sitzung KP 3 - cekib - Selbstverletzendes Verhalten - Erscheinungsformen, Ursachen und Therapiemöglichkeiten Vorsitz: T. Hillemacher, R. Wonner (Nürnberg)
10:15	Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit psychischer Erkrankung C. Bofinger (Nürnberg)
10:45	Interventionsmöglichkeiten bei selbstverletzendem Verhalten S. Zuleger (Nürnberg), A. Pommer (Hildburghausen)
11:15	Autoaggressive Wunden aus der Sicht der plastischen Chirurgie R. Wonner (Nürnberg)
10:15-11:45 Konferenz-raum 4	Freie Themen Vorsitz: J. Dissemond (Essen), K. Kröger (Krefeld)
10:15 FV04	Intermittierende pneumatische Kompression (IPC) des Oberschenkels mit einem neuen Gerät namens WoundExpress (WE) zur Behandlung des Ulcus cruris venosum (UCV). Zwei Fallbeschreibungen A. Deter (Berlin)
10:25 FV05	Review zur aktuellen klinischen Evidenz antimikrobieller, silberhaltiger Wundverbände mit der TLC-Ag-Wundheilungsmatrix M. Dietlein (Stadtbergen)
10:35 FV06	Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom und Kompressionstherapie – vieles ist möglich! Claas Lüdemann (Brixen, IT)
10:45 FV07	Ein Jahr von der Zehenamputation zur Majoramputation beim diabetischen Fuß. Realität oder Fiktion? Die Auswirkung einer nicht heilenden Zehenamputation im Verlauf eines Jahres, Single center Studie A. Tigla (Burghausen)





10:55 FV08	Schuss-/Explosionsverletzung durch eine Kleintierfalle im Kindesalter S. Queisser (Rostock)
11:05 FV09	Die katheter-gestützte Sklerotherapie der nächsten Generation – erste mittelfristige Ergebnisse und der Beitrag zur modernen Therapie von Ulcera S. Apostolidis (Frankfurt a. M.)
11:15 FV10	Schnittstellen der ärztlichen und podologischen Therapie zur Unterstützung der Wundheilung beim diabetischen Fuß P. Kühn (Nastätten)
11:25 FV11	Kaltplasmatherapie – durchgeführt in interdisziplinärer Behandlung mit Podologin im Team am chronischen Fußulkus <i>P. Kühn (Nastätten)</i>
11:35 FV03	Update chronische Wunden: Die Evidenz der Lokaltherapie mit Wundverbänden mit TLC-Sucrose Octasulfat <i>H. Diener (Buchholz)</i>

10:15-11:45 Seminar 1 - Wundmanagement an Fallbeispielen

Konferenzraum 3

Leitung: B. Zschieschang (Erlangen)

Dieses Seminar bietet in erster Linie praktische Anwender-Tipps für eine zielgerichtete, individuelle und schmerzarme Wundbehandlung. Anhand von Fallbeispielen wird die Vorgehensweise und Entscheidungsfindung im Wundmanagement Schritt für Schritt erläutert. Der Vortrag bietet Raum für Diskussionen und Erfahrungsaustausch und richtet sich an Pflegepersonal und Wundversorger - auch für Einsteiger geeignet.

10:15-11:45 Workshop 1 - DGfW - Wundmanagement an Fallbeispielen



Meistersinger- Leitung: E. Schaperdoth (Köln)

stüberl 1

Wie wählt man den richtigen Wundverband aus, nach welchen Kriterien gehe ich vor? Ein Basiskurs für den richtigen Wundverband!

10:15-11:45 Workshop 2 - Fixierpflaster richtig anlegen

stüberl 2

Meistersinger- Leitung: N. Kolbig (Düsseldorf) E. Schaperdoth (Köln)

Wundverbände bestehen aus einer Wundauflage und einem Fixierverband. Zur Fixierung können unterschiedliche Materialien wie Fixierpflaster, Fixierverbände, Netz- und Schlauchverbände verwendet werden. Aufgabe des Fixierverbandes ist es, die Wundauflage sicher am Körper zu fixieren, auch an schwer zugänglichen Stellen. Im Alltag werden zur Fixierung immer mehr Fixierpflaster verwendet. Fast jedes Fixierpflaster erfordert eine andere Anlegetechnik. Auch die verschiedenen Kleber, wie Polyacrylat- oder Silikonkleber, stellen unterschiedliche Anforderungen, z.B. an die Umgebungshaut. Im Workshop lernen Sie verschiedene Materialien zur Fixierung kennen. Erleben Sie den Unterschied in der Anwendung und die verschiedenen Hafteigenschaften. Experimentieren Sie, wie Sie selbst an schwierig zugänglichen Körperregionen einen Wundverband sicher fixieren. Lernen Sie verschiedene Schnitt- und Klebetechniken kennen. Tauschen Sie sich mit ihren Kolleginnen und Kollegen aus.

13:45-15:15 Hauptsitzung 3 - Kaltplasma in der Wundbehandlung

Großer Saal Vorsitz: P. Kühn (Nastätten), S. Emmert (Rostock)

13:45 Einführung

13:47 Klinische Evidenz der wundheilungsfördernden Wirkung von Kaltplasma

L. Böckmann (Rostock)

14:22	Kaltplasmatherapie durch interdisziplinäre Behandlung des Podologen im Team an chronischen Fußulkus P. Kühn (Nastätten)	1
14:57 FV12	Kaltplasmatherapie bei chronischen Wunden – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte klinische Studie (POWER-Studie) – vorläufige Ergebnisse N. Abu Rached (Bochum)	
15:07	Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?	
13:45-15:15 Konferenz-raum 6	Hauptsitzung 4 - DGG - Ernährung und Wunde Vorsitz: R. Wirth (Herne), M. Gosch (Nürnberg)	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.
13:45	Einführung	
13:47	Prävalenz und Ursachen der Malnutrition D. Volkert (Nürnberg)	
14:12	Ernährung und Wundheilung R. Lenzen-Großimlinghaus (Potsdam)	
14:37	Therapie der Malnutrition R. Wirth (Herne)	
15:02 FV13	Probiotika in der Therapie des diabetischen Ulcus und der Parodontitis - eine Pilot-Studie E. K. Stürmer (Hamburg)	
15:12	Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?	
13:45-15:15 Konferenz-raum 7	Sitzung KP 4 - EWMA - Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris - was ist zu beachten? Vorsitz: S. Probst (Genf, CH), E. K. Stürmer (Hamburg)	EWMA
13:45	Was macht die Europäische Wundfachgesellschaft (EWMA)? S. Probst (Genf, CH)	
14:07	Infektion und Inflammation und deren Behandlung E. K. Stürmer (Hamburg)	
14:29	Vaskuläres Assessment - was ist zu beachten? JD. Rembe (Düsseldorf)	
14:51	Edukation bei Patienten mit einem Ulcus cruris S. Probst (Genf, CH)	%.
13:45-15:15 Konferenz-raum 2	Sitzung KP 5 - FKDB & Fußnetz Bayern - neue Möglichkeiten zur Vereinfachung der Versorgung und Verbesserung des Outcomes Vorsitz: A. Grünerbel, M. Wildgruber (München)	FACHKOMMISSION DIABETES IN BAYERN E.V. FUSNETZ Bayern American Processing of the Control of t
13:45	Strukturierte Abläufe und vernetzte Versorgung - dos and don'ts G. Kraus (Memmelsdorf/Drosendorf)	
14:15	Vernetzung - kurze Wege zur Rettung der Gefäße und des Fußes? M. Wildgruber (München)	
14:45	Vernetzung - chirurgische Möglichkeiten zur Ulcus(Rezidiv)-Vermeidung S. Kessler (München)	

13:45-15:15 Sitzung KP 6 - DGV - Was gibt es Neues in der

Brandverletztenbehandlung?

Pausenbuffet Vorsitz: F. Siemers (Halle a. d. Saale), B. Hartmann (Berlin)

13:45 Die Keratinozyten-Sprühapplikation als wertvoller Baustein bei der Behandlung

> von Brandwunden B. Hartmann (Berlin)

14:15 Der Stellenwert moderner Wundauflagen in der Brandverletztenbehandlung

I. Nietzschmann (Halle a. d. Saale)

14:45 Narbenbehandlung und Korrektureingriffe

M. Kaun (Bremen)

13:45-15:15 Sitzung KP 7 - ETRS - Forschung - Patient - Wundbehandlung

Konferenz-Vorsitz: H.-O. Rennekampff (Würselen), S. Franz (Leipzig) raum 4

13:45 Modulation von Makrophagen in der Wundheilung - ein vielversprechender

Therapieansatz für chronische Wunden

S. Franz (Leipzig)

14:05 Behandlung von oberflächlichen Wunden mit modernen Materialien

J. L. Schiefer (Köln)

14:25 Mit Amnion zum Wundverschluss - Aktuelles und innovative Perspektiven zur Anwendung

J. Friedrich (Hannover)

14:45 denovoSkin - personalisierte Haut aus dem Labor

F. Hartmann-Fritsch (Schlieren/CH)

15:05 Diskussion

13:45-15:15 Seminar 2 - Wundheilung aus lymphologischer Sicht

Konferenzraum 3

Leitung: T. Künzel (Aschaffenburg)

"Bei jeder (offenen) Wunde ist das regionale Lymphgefäßsystem immer mitgeschädigt. Ohne eine suffiziente parallel zum Wundmanagement einsetzende KPE kann eine zeitgerechte Wundheilung nicht erzielt werden." (Zitat von Dr. med. Michaela Knestele). Das Seminar orientiert sich an den wissenschaftlichen und fachlichen Veröffentlichungen und Leitlinien. Es werden die physiologischen Prinzipien und pathologischen Mechanismen des Lymphgefäßsystems erarbeitet und vertieft und die Bedeutung der einzelnen Komponenten der KPE für die Wundheilung herausgearbeitet. Alle wich-

tigen Indikationen und die Kontraindikationen der KPE werden dargestellt.

13:45-15:15 Workshop 3 - DGfW - Wunden heilen - welchen Verband

Meistersinger- wähle ich aus? (Wiederholung) stüberl 1 Leitung: E. Schaperdoth (Köln)

Wie wählt man den richtigen Wundverband aus, nach welchen Kriterien gehe ich vor?

Ein Basiskurs für den richtigen Wundverband!

13:45-15:15 Workshop 4 - Bayerische Pflegeakademie - MARSI - durch medizinische

Meistersinger- Klebstoffe bedingte Hautverletzungen stüberl 2

Leitung: C. Schatz, U. Schüller (München)

Hautverletzungen, die durch medizinische Klebstoffe entstehen, sind für die Patient*innen mit Schmerzen, verlängerter Heilungsdauer, Kosten und Einschränkungen in der Lebensqualität verbunden. Die Prävention hat einen hohen Stellenwert, um diese Verletzungen zu vermeiden. Erfahren Sie im Workshop die Risikofaktoren für MARSI, präventive Maßnahmen und die eventuelle Therapie. Anhand von Fallbeispielen mit

Produkttestungen werden individuelle Lösungen erarbeitet.









15:15-16:00 Foyer	Geführte Postersitzung 1 Vorsitz: S. Probst (Genf, CH) , C. Erfurt-Berge (Erlangen)
15:15 P01	Was, Pflegekräfte stellen Rezepte aus? Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten optimieren M. Huber (Oberkirch-Ödsbach)
15:20 P02	Kaltplasmatherapie bei Verruca plantaris – ein Fall für die Podologie P. Kühn (Nastätten)
15:25 P03	Ulcera: Wann OP - wann nicht? C. Klingelhöller (Hamburg)
15:30 P04	Das WoundCareGame M. Huber (Oberkirch-Ödsbach)
15:35 P05	"Patientenmobilität mit Fußwunde": Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität – Wunde und trotzdem gut zu Fuß? Interdisziplinär beim diabetischen Fuß mit Podologie besser zu händeln! C. Kuberka-Wiese (Northeim)
15:40 P07	Die Begleiterkrankungen des Patienten mit akuten und chronischen Wunden im Fokus U. Tidow (Hannover)
15:45 P08	Intermittent Pneumatic Impulse Compression (IIC) in the treatment of stasis dermatitis - a monocenter randomized controlled trial J. Schmölders (Düsseldorf)
15:50 P09	Reaktiv perforierende Kollagenose A. Pleintinger (Hamburg)
15:55 P14	Heparin-induzierte Nekrosen - eine unterschätzte Komplikation von Heparin N. Bosch (Erlangen)
16:00-17:30 Konferenz-raum 6	Hauptsitzung 5 - Infektiologie - Biofilm, multiresistente Erreger Vorsitz: E. K. Stürmer (Hamburg), JD. Rembe (Düsseldorf)
16:00	Einführung
16:02	"Antimicrobial Stewardship" - seid ihr noch tolerant oder schon resistent? E. K. Stürmer (Hamburg)
16:32	Mikrobiom und Biofilm in der Wunde - von Kommunikation, Kompetition und Ko-Existenz JD. Rembe (Düsseldorf)
17:02 FV14	A novel in vitro 3D skin equivalent to analyze biofilm development in medical device associated infection O. Kurow (Leipzig)
17:12 FV15	Die Rolle der neuen KRINKO-Empfehlung zur Flächendesinfektion für Wundbehandler in Ambulanz und stationärer Behandlung C. Schwarzkopf (Aura a. d. Saale)
17:22	Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?
16:00-17:30 Konferenz-raum 7	Sitzung KP 8 - DDG, AG Fuß - (Trotz) Fuß im Fokus - Mensch im Mittelpunkt Vorsitz: M. Eckhard (Gießen), K. Zink (Bad Mergentheim)
16:00	IWGDF Guidelines 2023 - was sind die wesentlichen Neuigkeiten zum DFS? K. Zink (Bad Mergentheim)
16:22	Warum sich als Fußbehandlungseinrichtung DDG zertifizieren lassen? J. Kersken (Ahaus)

16:44 Wie die Diagnose DFS den ganzen Menschen beeinflusst

B. Kulzer (Bad Mergentheim)

17:06 Amputation? NEIN, danke! - Ist Amputationsvermeidung unser höchstes Ziel?

M. Eckhard (Gießen)

16:00-17:30 Sitzung KP 9 - DeGIR/DRG

Konferenz Vorsitz: M. Lell (Nürnberg), T. Bayer (Fürth)

raum 2

16:00 Technik und Material – aktuelle Studiendaten

M. Hauer (Nürnberg)

16:30 Cruropedale radiologische Interventionen

B. Möhner (Nürnberg)

17:00 Die Rolle der Interventionellen Radiologie im Wundmanagement:

Langzeitergebnisse - welcher Parameter zählt

R. Kickuth (Würzburg)

16:00-17:30 Sitzung KP 10 - DGfW I - Ambulante Versorgung der Akne inversa:

Raum Es geht besser!

Pausenbuffet Vorsitz: B. Nink-Grebe (Gießen), M. Schultheis (Mainz), M. A. Nagy (Lich)

16:00 Herausforderungen der ambulanten Versorgung der Akne inversa

B. Schwarz (Langenau)

16:25 Patientenedukation: wo liegt der Fokus bei Ai-Betroffenen?

C. Ohrt (Berlin)

16:40 Läsions- und Versorgung bei Akne inversa

S. Schmidt (Wetzlar)

16:55 "EsmAil" – eine Erfolgsgeschichte! Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

M. Schultheis (Mainz)

17:15 Fragen und Diskussion

17:25 Zusammenfassung und Ausblick

16:00-17:30 Seminar 3 - Hautpflege bei Ulcus Patienten

Konferenzraum 4 Leitung: M. Knestele (Kaufbeuren)

Den Patienten erkläre ich immer, dass nur aus einer gesunden Umgebungshaut heraus die Wunde abheilen kann, und daher die Hautpflege von Umgebung bis zum Wundrand extrem wichtig ist. Hieraus entwickeln sich üblicherweise viele Fragen nach dem "was soll man verwenden?", "wie oft muss ich das machen?", "wo bekomme ich das?". Hautpflege ist ein vielschichtiges Problem, Hautpflege sollte an die Hautsituation angepasst sein, das setzt schon mal voraus, den Hautzustand exakt zu beurteilen. Hautpflege kann Komplikationen auslösen, von der Auslösung von Schmerz oder Brennen bei Unverträglichkeit von z.B. Urea bis zur Allergisierung. Hautveränderungen sollten also frühzeitig erkannt werden, denn gerade Juckreiz als ein Symptom kann sehr quälend sein und die Lebensqualität erheblich beeinflussen.

16:00-17:30 Seminar 4 - Verbrennungswunden - sinnvoll versorgt

Konferenzraum 4 Leitung: H.-O. Rennekampff (Würselen)

Die Behandlung von Verbrennungswunden setzt ein Verständnis der lokalen Veränderung an der Haut unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten voraus. Dementsprechend ist die genaue Befunderhebung durchzuführen. Aus den erhobenen Befunden ergibt sich in der Gesamtschau die Diagnose. Erst danach kann entschieden werden,





welche lokale Therapie und ggf. systemische Therapie im ambulanten oder stationären Bereich notwendig ist. Ziele des Seminars:

- Der Teilnehmer hat Kenntnisse zur Pathologie der Verbrennungswunde und kann eine Verbrennung in Tiefe und Fläche einschätzen.
- Der Teilnehmer kann anhand der Diagnose eine differenzierte Therapie ableiten.
- Der Teilnehmer kann die Behandlungsansätze und Methoden zum Debridement, zu Hautersatz und Hauttransplantation und zur Wundbehandlung einordnen.
- Der Teilnehmer kann diese Kenntnisse anhand ausgewählter Beispiele umsetzen.

16:00-17:30 Workshop 5 - FKDB - Diabetische Neuropathie - oft nicht erkannt:

Meistersinger- können Sie die Diagnose selbst stellen?

stüberl 1 Leitung: A. Grünerbel (München)

Der Kurs richtet sich an Pflegepersonal, das mit Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom konfrontiert wird und wissen möchte, welche Schritte für die richtige Diagnose erforderlich sind. Hier bekommen Sie eine systematische Anleitung und dürfen das selbst probieren!

16:00-17:30 Workshop 6 - DGfW - Wundreinigung / Wunddebridement

Meistersinger stüberl 2

Meistersinger- Leitung: S. Eder (Donaueschingen), I. Hoffmann-Tischner (Köln)

Wundreinigung und Wunddebridement sind eine Grundvoraussetzung zur erfolgreichen lokalen Wundtherapie. Im Rahmen dieses Workshops werden verschiedene Verfahren vorgestellt, Vor- und Nachteile erläutert und ausprobiert.

PROGRAMM FREITAG, 24. NOVEMBER 2023

08:30-10:00	Hauntsitzung 6	- Infektiologie -	Digitalisierung i	n der Wunddiagnostik
00.30-T0.00	Hauptaitzung U	- IIII EKLIOIOGIE -	Digitalisici uligi	ii uci wallaalagiiostik

Großer Saal und Therapie inkl. Telemedizin

Vorsitz: A. Zink, S. Sitaru (München)

08:30 Einführung

08:32 3D-Technologien in der Wundversorgung

S. Sitaru (München)

08:57 Einsatz von eHealth-Apps in der Wundversorgung

A. Schmieder (Würzburg)

09:22 Digitales Wundenmonitoring

C. Gasteiger (München)

09:47 Einsatz von telemedizinischen Methoden im Selektivvertrag für chronische Wunden

FV17 N. Stedefeld, M. Harzer (Hamburg)

09:57 Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?

08:30-10:00 Hauptsitzung 7 - Adipositas und Wundheilung

Konferenz- Vorsitz: M. Gosch (Nürnberg), H. J. Heppner (Bayreuth) raum 6

08:30 Einführung

08:32 Besonderheiten und Grenzen in der Wundbehandlung bei Adipositas

R. Wonner (Nürnberg)

08:57 Wunden bei Patienten mit Adipositas - eine pflegerische Herausforderung

M. Pohl (Wien/AT)





09:22 FV18	Ergebnisse der Wundheilung mit der Anwendung eines autologen kombinierten Leukozyten-, Thrombozyten- und Fibrinpflasters – 3CP (I) bei schwer zu heilenden diabetischen Fußulzera (DFU) K. Zink (Bad Mergentheim)
09:32 FV19	Biofilm and a debriding gel: Physico-chemical interactions and working mechanisms <i>M. Hermans (Hoorn/NL)</i>
09:42 FV20	<i>In-vivo-</i> Studie zur Bewertung der Wirksamkeit acellulärer Fischhaut auf die Wundheilung <i>LP. Kamolz (Graz/AT)</i>
09:52	Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?
08:30-10:00 Konferenz-raum 7	Sitzung KP 11 - DGCH & DGG - Gemeinsame Sitzung DGCH und DGG Vorsitz: R. Schäfer (Freiburg i. Br.)
08:30	Zellbasierte Wundtherapie R. Schäfer (Freiburg i. Br.)
09:00	Chirurgische Therapie bei Erfrierungen M. Vosloo (Berlin)
09:30	Erregerspezifische antimikrobielle Therapie mittels antiseptischer Lösungen JD. Rembe (Düsseldorf)
08:30-10:00 Konferenz-raum 2	Sitzung KP 12 - DDG, AGW - Update Dermatologie Vorsitz: J. Dissemond (Essen), C. Erfurt-Berge (Erlangen)
08:30	Artifizielle Wunden / Selbstschädigendes Verhalten C. Erfurt-Berge (Erlangen)
08:52	Systemische Therapien in der Wundbehandlung M. Ronicke (Erlangen)
09:14	Neue bildgebende Verfahren in der Wunddiagnostik S. Kranz (Augsburg)
09:36	Bakterien in chronischen Wunden (Analyse von Patienten mit chronischen Wunden im Vergleich zu den Resultaten der letzten 20 Jahre in Essen) AS. Leven (Essen)
08:30-10:00 Raum Pausenbuffet	Sitzung KP 13 - DWR - Update Patientenversorgung und Forschung Vorsitz: M. Storck (Karlsruhe), E. K. Stürmer, M. Augustin (Hamburg)
08:30	Einleitung E. K. Stürmer (Hamburg)
08:33	Palliative Wundversorgung I. Hoffmann-Tischner (Köln)
08:53	Komorbiditäten bei Patienten mit chronischen Wunden M. Augustin (Hamburg)
09:13	Wund-Biobanking und -Register JD. Rembe (Düsseldorf)
09:33	Evidenz beim Debridement - was kann was? Und wer darf wann was? E. K. Stürmer (Hamburg)
09:53	Zusammenfassung M. Storck (Karlsruhe)

08:30-10:00 Seminar 5 - DGfW - Gefäßmedizin - leitliniengerechte Diagnostik und



raum 4 Leitung: A. Maier-Hasselmann (München)

> Für die störungs- und komplikationsfreie Abheilung einer chronischen Wunde sind Anamnese, Diagnose und Therapie der Grunderkrankung von vorrangiger Bedeutung. In diesem Seminar erhalten Sie Kenntnisse über die relevanten Leitlinien, die bei (chronischen) Wunden an der unteren Extremität zur Abklärung und Behandlung verschiedener Grunderkrankungen herangezogen werden sollten. Die jeweiligen Basisuntersuchungen zur Diagnostik der PAVK und CVI werden vorgestellt und erklärt.



08:30-10:00 Seminar 6 - DGfW - Druckentlastung beim Diabetischen Fußsyndrom

Konferenzraum 3

Leitung: W.-R. Klare (Konstanz)

Die wichtigste Therapiemaßnahme bei der Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms ist eine dauerhafte, effektive Druckentlastung. Häufig sind die angewendeten Methoden wie z.B. spezielle Entlastungsschuhe ineffektiv. Wegen des Wahrnehmungsverlusts der Füße im Rahmen einer Polyneuropathie können die Patienten die empfohlenen Verhaltensregeln nicht umsetzen. Im Seminar wird ein Vorgehen vorgestellt, das keine Mitarbeit des Patienten erfordert. Die Verwendung spezieller Filzpolstermaterialen als Bestandteil des Verbandes gewährleistet eine effektive Druckentlastung bis zum nächsten Verbandwechsel. Im Kurs wird diese neue Verbandtechnik praktisch geübt.

08:30-10:00 Workshop 7 - Wundauflagen

Meistersinger- Leitung: C. Moosmann (Freiburg i. Br.)

stüberl 1

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

08:30-10:00 Workshop 8 - DGfW - Wundreinigung / Wunddebridement (Wiederholung)

stüberl 2

Meistersinger- Leitung: S. Eder (Donaueschingen), I. Hoffmann-Tischner (Köln)

Wundreinigung und Wunddebridement sind eine Grundvoraussetzung zur erfolgreichen lokalen Wundtherapie. Im Rahmen dieses Workshops werden verschiedene Verfahren

vorgestellt, Vor- und Nachteile erläutert und ausprobiert.



Foyer	Vorsitz: G. Schröder (Göttingen), E. S. Schultz (Nürnberg)
10:00 P10	Der Einsatz von sCD83 verbessert die Wundheilung in einem 3D-Wundheilungsmodell und fördert die Auflösung des entzündlichen Milieus bei chronischen Wunden C. Hollard (Nürnberg)
10:05 P11	Einfluss einer umfangreichen Patienteninformation auf die Krankheitsverarbeitung bei Ulcus cruris venosum A. Schutt (Nürnberg)
10:10 P12	Das Projekt EPWUF-KI: Entlastung der Pflege im Bereich der Wundbehandlung am Beispiel des Diabetischen Fußsyndroms durch ein hybrides KI-System A. Weggen (Krefeld)
10:15 P13	Artificial intelligence in the diagnostic and follow-up of chronic wounds LI. Präger (Leipzig)



10:20 P15	Ergebnisse der ersten Erhebung einer Begleitevaluation zur Entwicklung eines KI-Systems zur Unterscheidung von Dekubitus und Inkontinenz-assoziierter Dermatitis <i>M. Herrenbrück, S. Kühnel (Essen)</i>
10:25 P16	Kombinierte Transpositionslappenplastik mit Spalthauttransplanation zur Defektdeckung am Capilitium mit freiliegender Karlotte S. Schrenker (Münster)
10:30 P17	Therapeutische Herangehensweise nach Stufenschema bei einer subakuten Verlaufsform der Calciphylaxie S. Kupf (Nürnberg)
10:35 P18	Kombination des Kompressionssystems Coflex TLC calamine/zinc mit der superabsorbierenden Wundauflage curea P1/P2 - eine Fallserie I. Hoffmann-Tischner (Köln)
10:45-12:15 Großer Saal	Hauptsitzung 8 - Patient Reported Outcome Measures (PROMs) Vorsitz: M. Augustin, B. Hester (Hamburg)
10:45	Einführung
10:47	Nutzung von patientenberichteten Endpunkten in der Praxis M. Augustin (Hamburg)
11:17	Was sind "patient reported outcomes" und warum brauchen wir sie in der Wundversorgung? B. Hester (Hamburg)
11:47 FV21	Die prozentuale Wundflächenreduktion als valider Surrogatendpunkt für die vollständige Wundheilung von chronischen Wunden – ein Review klinischer Studien S. Kiehlmeier (Eschborn)
11:57 FV22	Metabolisch, immunologisch – und pharmakologisch? Interaktion Mikroorganismen und Wunde aus molekularbiologisch-hygienischer Sicht <i>C. Schwarzkopf (Aura a. d. Saale)</i>
12:07	Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?
10:45-12:15 Konferenz-raum 6	Hauptsitzung 9 - ICW - Perspektiven in der Wundbehandlung Vorsitz: V. Gerber (Spelle), C. Erfurt-Berge (Erlangen)
10:45	Einführung
10:47	Perspektiven für die Pflege V. Gerber (Spelle)
11:07	Perspektiven für die Wunddiagnostik M. Moelleken (Essen)
11:27	Perspektiven für die Wundtherapie J. Dissemond (Essen)
11:47 FV23	From bench to bedside – Entwicklung eines Arzneimittels für chronisch venöse Ulzera mit ABCB5+ mesenchymalen Stromazellen <i>M. Moelleken (Essen)</i>
11:57 FV24	Biodegradable Seidenfibroin-Matrices als neue Option zur Wunddeckung – Analysen im humanen Wundmodell E. K. Stürmer (Hamburg)
12:07	Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?

10:45-12:15 Konferenz-raum 7	Sitzung KP 14 - DGU - Komplexe Wunden und die Notwendigkeit der Behandlung Vorsitz: V. Alt (Regensburg), R. Horch (Erlangen)		DEUTSCHE GESELLSCHA Unfallchif	FT FÜR RURGIE
10:45	Möglichkeiten gefäßchirurgischer Interventionen bei komplexen Wunden im Rahme einer interdisziplinären Behandlung K. Oikonomou (Frankfurt a. M.)	n		
11:05	Strategien zur plastisch-chirurgischen Weichteildeckung bei komplexen Wunden R. Osinga (Basel/CH)			
11:25	Antibiotika-Behandlung bei komplexen Wunden - braucht es Interdisziplinarität? F. Hitzenbichler (Regensburg)			
11:45	Das "Interdisziplinäre Extremitäten-Board" für die Behandlung komplexer Wunden und Infektionen – heute schon Standard? S. Roßlenbroich (Münster)			
12:05	Diskussion			
10:45-12:15 Konferenz-raum 2	Sitzung KP 15 - DGG - Alter und Wunde Vorsitz: B. Habboub (Nürnberg), H. J. Heppner (Bayreuth)		Deutsche für Geriat	Gesellschaft rrie e.V.
10:45	Die Wunde als Spiegel der Multimorbidität M. Gosch (Nürnberg)			
11:15	Mobilität und Wunde B. Habboub (Nürnberg)			
11:45	Dekubitus beim alten Patienten T. Vaheri (Nürnberg)			
10:45-12:15 Raum Pausenbuffet	Sitzung KP 16 - DGA - Gefäßmedizinische Aspekte der Wundbehandlung Vorsitz: B. Amann (Berlin), C. Lüdemann (Brixen, IT)	((DGA Deutsche Gesellschaft Gesellschaft für Gefäßi	für Angiologie medizin e.V.
10:45	Aktuelle Leitlinien zur Wundtherapie – gefäßmedizinischer Fokus C. Lüdemann (Brixen, IT)			
11:15	Diagnostik und konservative Therapieoptionen bei kritischer Extremitätenischämie diabetischem Fußulkus - was ist wirklich sinnvoll? B. Amann (Berlin)	/		
11:45	Invasive Diagnostik und Therapie bei kritischer Extremitätenischämie/ diabetischem Fußulkus - Einblicke aus einem Referenzzentrum A. Behne (Berlin)			
10:45-12:15 Konferenz-	Seminar 7 - FgSKW - Parastomale Hautveränderungen Leitung: U. Marienfeld (Bornheim)		55K Stoma, Kontinenz u	schaft nd Wunde e.V.
raum 3	In diesem Seminar werden verschiedene parastomale Hautveränderungen, wie beispielsweise allergische Reaktionen der Haut, Keimbefall sowie auch oberflächlich	e		



Wunden, betrachtet. Die Dozentin beleuchtet im Rahmen des Seminars die Ursachen sowie Entstehung von parastomalen Komplikationen und stellt sowohl Versorgungs-

möglichkeiten als auch Strategien zur Vermeidung vor.

10:45-12:15 Workshop 9 - Lymphödem Stadium 3 - ein interprofessionelles Problem

Konferenzraum 1 Leitung: M. Knestele, C. Lindemann (Kaufbeuren)

Das primäre oder sekundäre Lymphödem Stadium 3 ist geprägt durch die Hautveränderungen – allem voran die Papillomatose – und Komplikationen wie rezidivierende Infekte, Mobilitätseinschränkung und weitere Probleme, ausgelöst durch Komorbiditäten des Patienten im Rahmen des Älterwerdens. Bei konsequenter komplexer physikalischer Entstauungstherapie sind Hautprobleme gut händelbar, aber Patienten vernachlässigen dies auch häufig, oder haben keine Möglichkeit mehr für eine regelmäßige Langfristtherapie – dies hat sich gerade unter der Covid-Pandemie gezeigt. Wir wollen Ihnen das optimale Zusammenspiel der Hautsanierung von Papillomatosen, der Wundbehandlung und Kompression sowie manueller Lymphdrainage darstellen, Sie auf das Lymphödem beeinflussende Komorbiditäten aufmerksam machen und Ihnen Wege zur Optimierung der Therapie dieser Patienten aufzeigen.

10:45-12:15 Workshop 10 - Wundauflagen (Wiederholung)

Meistersinge stüberl 1

Meistersinger- Leitung: C. Moosmann (Freiburg i. Br.)

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

10:45-12:15 Workshop 11 - Update Diabetischer Fuß 2023

Meistersinge stüberl 2

Meistersinger- Leitung: R. Lobmann (Stuttgart)

Der diabetische Fuß ist mit die einschneidendste Komplikation des Diabetes mellitus und führt derzeit in Deutschland zu ca. 40.000 nicht traumatisch bedingten Amputationen. Die entsprechende Differentialdiagnostik, welche die Triopathie von Angiopathie, Neuropathie und Infektion fokussiert, wird entsprechend der aktuellen Leitlinie (International Consensus of the Diabetic Foot 2023) und in Fallbeispielen dargestellt und auch die sich daraus ergebenden therapeutischen Implikationen herausgearbeitet. Auch Prävention und Zweitmeinung werden im Kurs mit Ihnen diskutiert.

14:15-15:45 Hauptsitzung 10 - Dekubitus - Es tut sich was! Konzepte und neue Techniken

Großer Saal	in der Pflege Vorsitz: G. Schröder (Göttingen), A. Riedel (Chemnitz)
14:15	Einführung
14:17	Sensor oder Aktor? Technik in der Dekubitusversorgung der Zukunft N. Lahmann (Berlin)
14:42	Bobath, LiN, Basale Stimulation und Dekubitusprävention – wie passt das zusammen? A. Riedel (Chemnitz)
15:07 FV25	Innovative Strategie in der operativen Versorgung von Dekubitalulzera J. Veeser (Mainz)
15:17 FV26	WMCS-Technology – kontaktlose Förderung der Epithelbildung nach autologem Hautersatz H. Ziegenthaler (Bad Klosterlausnitz)
15:27 FV27	Der Einfluss von Fischhaut auf den Wundheilungsverlauf im Schweinemodell A. Hecker (Graz/AT)

Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?

15:37

14:15-15:45 Konferenz-raum 6	Hauptsitzung 11 - Künstliche Intelligenz für die Wunddiagnostik Vorsitz: E. S. Schultz (Nürnberg), T. Gerling (Greifswald)
14:15	Einführung
14:17	Computer-assisted differential diagnosis of Pyoderma gangrenosum with deep neural networks E. S. Schultz (Nürnberg)
14:52	Design of an automatic contactless wound size measurement system with deep learning and computer cision T. Gerling (Greifswald)
15:27 FV28	Einsatz von Virtual Reality(VR)-Szenarien zur unterstützten Vermittlung einer patientenorientierten Wundversorgung in der generalistischen Pflegeausbildung – eine Mixed-Methods-Studie JV. Steindorff (Halle a. d. Saale)
15:37	Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?
14:15-15:45 Konferenz-raum 7	Sitzung KP 17 - DGPL - Kompression unter besonderen Umständen Vorsitz: T. Noppeney (Nürnberg), B. Cucuruz (Halle a. d. Saale)
14:15	Kompressionstherapie bei chronischen Wunden und PAVK U. Rother, W. Lang (Erlangen)
14:45	Lymphödem, chronische Wunden und Kompression <i>FJ. Schingale (Pommelsbrunn)</i>
15:15	Die neue S2K-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum E. Valesky (Frankfurt a. M.)
14:15-15:45 Konferenz-raum 2	Sitzung KP 18 - DGOU - Der diabetische Fuß - Amputation oder Erhalt? Vorsitz: H J. Bail (Nürnberg) DGUJ Deutsche Cesellschaft für Orthopsäde und Unfallchriungle
14:15	Begrüßung HJ. Bail (Nürnberg)
14:20	Die HBO beim Diabetischen Fußsyndrom - kann sie helfen, die Amputation zu vermeiden? H. Meyringer (Regensburg)
14:50	Die Amputation verhindern – das 4-Stufen-Konzept für das Diabetische Fußsyndrom <i>M. Richter (Rummelsberg)</i>
15:20	Transverse Kallusdistraktion für chronische Wunden beim diabetischen Fuß P. H. Thaller (München)
14:15-15:45	Sitzung KP 19 - DGfW II - Innovationen im Betriebssystem von 1883?
Raum Pausenbuffet	Vorsitz: B. Nink-Grebe (Gießen), M. Blaeser (Frechen), W. Wetzel-Roth (Buchloe)
14:15	Innovationsfonds-Projekt "pAVK-TeGeCoach - Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) - Gesundheitscoaching und telemetrisch unterstütztes Gehtraining zur Steigerung der Lebensqualität" L. Herbarth (Hannover)
14:35	Innovationsfonds-Projekt "PräVaNet - Strukturiertes, intersektoral verNetztes, multiprofessionelles, digitalisiertes Programm zur Optimierung der kardioVaskulären Prävention" tba

14:55 Vom Screening bis zur Edukation - Menschen mit schwerheilenden Wunden aufgrund

von Gefäßerkrankungen

M. Blaeser (Frechen), B. Nink-Grebe (Gießen)

15:10 Vom Projekt zur Regelversorgung - Scheitern ist vorprogrammiert

S. Laag (Wuppertal), B. Nink-Grebe (Gießen)

15:30 Fragen und Diskussion

15:40 Zusammenfassung und Ausblick

14:15-15:45 Seminar 8 - EWMA - Palliative Wundversorgung

Konferenzraum 4

Leitung: S. Probst (Genf, CH)

Die Zielsetzung dieses Seminars ist, die verschiedenen Aspekte sowie deren Auswirkungen und spezifischen Probleme, die palliative Wunden verursachen, darzulegen. Evidenzbasierte sowie praktische Empfehlungen werden zum Management von palliativen Wunden aufgezeigt. Aus einem empathischen und holistischen Blickwinkel werden Grundlagen der modernen Wundbehandlung

vorgestellt.

14:15-15:45 Seminar 9 - Der Blick über den Wundrand hinaus - Diagnostik beim Wundpatienten

Konferenzraum 3

Leitung: M. Knestele (Kaufbeuren)

Häufig werden Wunden nur als solche gesehen und vergessen, die Ursache mitzutherapieren. Nur wenn der Auslöser ausgeschaltet ist, kann eine Wunde zeitgemäß abheilen. Daher ist es wichtig, eine entsprechende Diagnostik einzuleiten. Von der Anamnese über bildgebende Diagnostik bis zur Laboruntersuchung! Es soll aufgezeigt werden, welche Diagnostik beim Wundpatienten aus welchen Gründen notwendig ist und welche Schlüsse man aus den Ergebnissen ziehen kann.

14:15-15:45 Workshop 12 - Bayerische Pflegeakademie - Hydrofaser und Alginate

stüberl 1

Meistersinger- Leitung: C. Schatz, U. Schüller (München)

Hydrofasern und Alginate sind bekannte Wundauflagen und können innerhalb der phasengerechten Wundbehandlung eingesetzt werden. Jedoch gibt es zwischen den einzelnen Produkte Unterschiede. Testen Sie die Materialien im Workshop und erfahren so die Unterschiede der verschiedenen Produkte. Anhand von Fallbeispielen

wird der Einsatz diskutiert.

14:15-15:45 Workshop 13 - Update Diabetischer Fuß 2023 (Wiederholung)

stüberl 2

Meistersinger- Leitung: R. Lobmann (Stuttgart)

Der diabetische Fuß ist mit die einschneidendste Komplikation des Diabetes mellitus und führt derzeit in Deutschland zu ca. 40.000 nicht traumatisch bedingten Amputationen. Die entsprechende Differentialdiagnostik, welche die Triopathie von Angiopathie, Neuropathie und Infektion fokussiert, wird entsprechend der aktuellen Leitlinie (International Consensus of the Diabetic Foot 2023) und in Fallbeispielen dargestellt und auch die sich daraus ergebenden therapeutischen Implikationen herausgearbeitet. Auch Prävention und Zweitmeinung werden im Kurs mit Ihnen diskutiert.



16:00-17:30 Großer Saal	Hauptsitzung 12 - Kompressionstherapie Vorsitz: K. Kröger (Krefeld)
16:00	Einführung
16:02	Was sind die Unterschiede zwischen einem phlebologischen und einem lymphologischen Kompressionsverband? M. Knestele (Kaufbeuren)
16:20	Hygiene und Kompressionsstrümpfe – passt das zusammen? K. Kröger (Krefeld)
16:38	Wann besteht bei einer CVI die Notwendigkeit zum Tragen von Oberschenkelkompressionsstrümpfen/Kompressionsstrumpfhose? T. Hirsch (Halle a. d. Saale)
16:56	Kompressionswaren aus dem Sportgeschäft – preisgünstige Vielfalt für den Patienten? <i>H. Lötzerich (Köln)</i>
17:14 FV29	Routinedatenanalyse zur ambulanten Versorgung des Cruris venosum in Deutschland L. Weller (Göttingen)
17:24	Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?
16:00-17:30 Konferenz-raum 6	Vorsitz: C. Erfurt-Berge (Erlangen), F. Heppt (Hersbruck)
16:00	Einführung
16:02	Akne inversa – neue Erkenntnisse über ein altbekanntes Krankheitsbild C. Erfurt-Berge (Erlangen)
16:20	Operatives Vorgehen F. Heppt (Hersbruck)
16:38	Akne inversa - wie behandeln wir 2024? F. Anzengruber (Chur/CH)
16:56	Eine gute ambulante Versorgung ist möglich: Ergebnisse des Innovationsfondsprojektes EsmAiL M. Schultheis (Mainz)
17:14 FV30	Einfluss von Keramik-Wundauflagen auf die Wundheilung bei infizierten Wunden A. Hecker (Graz/AT)
17:24	Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?
16:00-17:30 Konferenz-raum 7	Vorsitz: B. EM. Panfil, J. Wüthrich (Basel/CH)
16:00	Personenzentrierung in der Wundversorgung – nett, notwendig oder des Kaisers neue Kleidung? EM. Panfil (Basel, CH)
16:30	"Ich habe nie gedacht, dass sie mir einmal die Zehen abmontieren könnten". Pflege- und Krankheitsverlaufskurven von Menschen mit DFS EM. Panfil (Basel, CH)
17:00	Verbandwechsel zuhause – Konzept einer ambulanten Schulung für Patient*innen und ihre Angehörigen J. Wüthrich (Basel, CH)

16:00-17:30 Sitzung KP 21 - DGG II - What's new?

Konferenz- Vorsitz: A. Maier-Hasselmann (München), J.-D. Rembe (Düsseldorf)

raum 2

16:00 Ist KI in der Wundbehandlung sinnvoll?

M. Storck (Karlsruhe)

16:18 Pitfalls bei komplexen Amputationstechniken

M. Vosloo (Berlin)

16:36 S3-Leitlinie - Update 2023 - was ist neu?

A. Maier-Hasselmann (München)

16:54 Next Generation Wund-Diagnostik

J.-D. Rembe (Düsseldorf)

17:12 Dermale Ersatzmatrix

U. Werra (Köln)

16:00-17:30 Sitzung KP 22 - VDP - Patientenmobilität mit Fußwunde -

Raum Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität

Pausenbuffet Vorsitz: V. Pfersich, G. Fuhrer (Reutlingen)

16:00 Nagelspangen im GKV-System - Erfahrungsbericht

K. Skodell (Hüfingen)

16:30 Schnittstellen der ärztlichen und podologischen Therapie zur Unterstützung der

Wundheilung beim diabetischen Fuß

P. Kühn (Nastätten)

17:00 Wunde und trotzdem gut zu Fuß? Interdisziplinär beim diabetischen Fuß mit Podologie

besser zu händeln!

C. Kuberka-Wiese (Northeim)

16:00-17:30 Seminar 10 - cekib - Korrekte Wunddokumentation

Konferenzraum 4 Leitung: G. Deutschle-Coerper (Nürnberg)

Für eine erfolgreiche und patientenorientierte Wundtherapie ist eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit zwingend erforderlich. Eine gute Wunddokumentation mit den notwendigen Informationen dient allen an der Wundbehandlung Beteiligten als verlässliche Orientierung in Therapie und Pflege. Kriterien und Methoden, welche zum Monitoring einer erfolgreichen Wundtherapie herangezogen werden können, stehen durch Expertenkonsens in Leitlinien und Expertenstandards zu Verfügung. Die Dokumentation des Wundverlaufes soll hierbei handlungsleitend für Therapiemaßnahmen und Pflegeinterventionen sein und eine Ansammlung von Daten darstellen, aus denen Schlussfolgerungen und Konsequenzen gezogen werden. Neben dem wundspezifischen Assessment richtet sich die Aufmerksamkeit auch auf den Patienten und das Erleben seiner wund- und therapiebedingten Einschränkungen sowie die daraus resultierenden

16:00-17:30 Seminar 11 - FgSKW - Parastomale Wunden versorgen

pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen.

Konferenzraum 3 Leitung: K. Zobel (Gütersloh)

Bei vielen StomaträgerInnen treten parastomale Hautveränderung auf. Dabei können unter anderem Effloreszenzen ein Risiko für die Entwicklung einer Wunde im Bereich der stomaumgebenden Haut verantwortlich sein. Aus einer oberflächlichen Rötung, in Verbindung mit Druck und Feuchtigkeit, kann eine Druckulzeration oder feuchtigkeitsbedingte Hautläsion entstehen, die einer Wundbehandlung im parastomalen Hautareal bedarf. Die passenden Materialien für eine phasengerechte Wundversorgung im parastomalen Umfeld auszuwählen ist eine Herausforderung und wird im Seminar diskutiert.









16:00-17:15 Workshop 14 - Wundauflagen (Wiederholung)

stüberl 1

Meistersinger- Leitung: C. Moosmann (Freiburg i. Br.)

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

16:00-17:30 Workshop 15 - FiF!-mobil Sohle

stüberl 2

Meistersinger- Leitung: M. Mertens, A. Gabdrachmanow (Köln)

Patienten mit DFS ziehen alles aus, was ausgezogen werden kann. Eine besonders gepolsterte Schiene, die unter den Fuß geklebt wird, erlaubt das Gehen bei gleichzeitiger Entlastung der Wunde und kann nicht "mal eben" ausgezogen werden. Die Methode ist zeitsparend, überall einsetzbar, sofort verfügbar, "non removable" - ist die ideale Entlastung gefunden?

17:35-17:45 Abschluss, Posterpreisverleihung, Verabschiedung und Ankündigung WUKO 2024

Großer Saal Vorsitz I. Dissemond (Essen)

www.wund-online.de

ANAGEMENT

Keine verstaubten Zeitschriftenberge mehr!

Bestellen Sie Ihr **ePaper-Abo** und Sie haben sofort Zugriff auf 8 Jahre WUNDmanagement.

- + Auch unterwegs.
- + Für weniger Geld.
- + Kein Warten auf die Post.
- + Super geeignet für wissenschaftliches Arbeiten: Markieren und zitieren Sie die Textpassagen, die Sie benötigen.

Unterstützen Sie Ihre Mitarbeiter mit eigenen ePaper-Abos. Auch IP-gesteuert. Sprechen Sie uns an: vertrieb@mhp-medien.de

Bestellen Sie Ihr ePaper-Abo noch heute! Einfach über www.bit.ly/WM-ePaper-Abo oder den QR-Code scannen:





INDUSTRIE-SESSIONS DONNERSTAG 23. NOVEMBER 2023

08:00-09:00 Industrieseminar

Konferenz- n:aip Deutschland GmbH

raum 7 Der Blick ins Nähkästchen: Palliative Wundversorgung in der Praxis

S. Will (Fürth)

08:00-09:00 Industrieseminar Konferenz- FROXIMUN AG

raum 2 Diabetischer Fuß, neues erfolgreiches Wundheilungskonzept

M. Kuhnert (Birkenwerder)

12:00-13:30 Industriesymposium

Großer Saal

Schülke & Mayr GmbH

Infektionskontrolle in der modernen Wundversorgung: Zwischen

Antimicrobial Stewardship, ungewöhnlichen Infektionen und Biofilmen

Vorsitz: S. Probst (Genf, CH)

12:00 Antimicrobial Stewardship im Wundmanagement - was ist zu beachten?

S. Probst (Genf, CH)

12:30 Ungewöhnliche Infektionsquellen, wo lauern die Gefahren?

R. Verstappen (Grabs, CH)

13:00 Wundbiofilm - eine bakterielle Erfolgsgeschichte

E. K. Stürmer (Hamburg)

12:00-13:30 Industriesymposium

Konferenz- MICRO-MEDICAL Instrumente GmbH

raum 6 Extrazelluläre Matrix: Wundbehandlung neu gedacht

H. Bruckmoser (Senftenberg), A. Tigla (Burghausen)

12:00-13:30 Industrieseminar

J. Dissemond (Essen), B. Jäger (Quedlinburg)

12:00-13:30 Industrieseminar

Konferenz- **PolyMedics Innovation GmbH**

raum 2 Synthetische, abbaubare Hautersatzmaterialien in verschiedenen

Indikationen bei der Behandlung von traumatischen, chronischen

oder schwerheilenden Wunden Vorsitz: H. Hierlemann (Denkendorf)

12:00 20 Jahre SUPRATHEL® in der Verbrennung

B. Hartmann (Berlin)

12.18 SUPRA SDRM® als Alternative in der Versorgung gefäßchirurgischer Patienten

K. Olbrich (Leipzig)

12:36 Der Einsatz von SUPRA SDRM® bei komplexen Wunden

A. Hecker (Graz, AT)

12:54 BTM - das einzige, synthetische Dermisersatzmaterial auf dem Markt:

Bilanz nach 3 Jahren Anwendung

C. Krohn (München)

13:12 tba

A. Kaltenborn











12:00-13:30 Industrieseminar

Raum URGO GmbH

Pausenbuffet Chronische Wunden 2024 - Bleibt alles anders? Versorgungsrealität

zwischen Evidenz und Nutzenbewertung am Beispiel Ulcus cruris

und diabetischem Fußulkus Vorsitz: K. Kröger (Krefeld)

12:00 Aktuelles zu Evidenz in der lokalen Wundtherapie und Leitlinien für

das Ulcus cruris *H. Diener (Buchholz)*

12:25 Internationale Leitlinie zum DFU IWGDF 2023 - Ergebnisse und

Herausforderungen für die Umsetzung in der ambulanten Versorgung

A. Grünerbel (München)

12:50 Versorgungsrealität und -qualität für Patienten mit chronischen Wunden

K. Kröger (Krefeld)

13:15 Interaktive Diskussion mit dem Publikum und Fazit

12:00-13:30 Industrieworkshop

Konferenz- LIGAMED medical Produkte GmbH

raum 4 Rund um die Wunde

D. Zanker, D. Laßwitz (Cadolzburg)

12:00-13:30 Industrieworkshop

Konferenz- Lohmann & Rauscher GmbH & Co. KG

raum 3 Medizinische Adaptive Kompressionssysteme – neue Behandlungs-

möglichkeit in der Kompression: leitliniengerecht und budgetneutral

O. König (Passau)

12:00-13:30 Industrieworkshop

Konferenzraum 1

Smith & Nephew GmbH

Neuerungen in der Versorgung sekundär heilender Wunden mit der

EBM-Erstattung für die Vakuumversiegelungstherapie (VVS)

D. Paul (Baden-Baden)

Dank der EBM-Erstattung für die Vakuumversiegelungstherapie (VVS) ist nun auch im ambulanten Sektor eine weitere, aktive Therapieoption in der Wundversorgung verfügbar. Lernen Sie anhand von praktischen Fallbeispielen, bei welchen Indikationen

diese eingesetzt werden kann und welche Vorteile sie bietet.

12:00-13:30 Industrieseminar

Meistersinger- **3M Deutschland GmbH**

stüberl 1 Medizinische Hautphänomene - Präventionsstrategien und Therapie-

möglichkeiten

Erleben Sie in diesem interaktiven Seminar, wie Sie zukünftig den herausfordernden

Hautphänomenen MARSI, MASD und Skin Tears begegnen und entgegenwirken können.

12:00 Begrüßung

B. Schridde (Neuss)

12:05 Präventionsstrategien und Therapiemöglichkeiten bei MARSI, MASD und

Skin Tears - interaktiv

N. Kolbig (Düsseldorf), K. Zobel (Gütersloh)

13:15 Diskussion und Abschluss

B. Schridde (Neuss)











Science.

_					
1	に・ハハ	17	/. JA	1.//	D-Slam
ж.	ดะบน	-1/	: DU	WUN	n-214III

Großer Saal Vorsitz: J. Dissemond (Essen)

Sie alle kennen den Poetry Slam? Wir organisieren den Wund Slam.

Die Industrie soll ihr Flagship an Wundauflagen und -spülungen präsentieren konventionell, als Video oder spannender als Animation, gesungen, getanzt oder gedichtet. Die Medizinproduktehersteller sind frei in der

Gestaltung ihrer Präsentation der Produkte.

16:00 Mediset GmbH

16:15 LIGAMED medical Produkte GmbH

16:30 URGO GmbH

16:45 n:aip Deutschland GmbH

12:30-14:00 Industriesymposium

17:00 FROXIMUN AG

INDUSTRIE-SESSIONS FREITAG 24. NOVEMBER 2023

Großer Saal	Bemer Int. AG
	Lunch and Learn Vorsitz: R. Bauernschmitt (Lahr)
12:30	Physikalische Gefäßtherapie – experimentelle und klinische Evidenz <i>R. Bauernschmitt (Lahr)</i>



12:55 Frische und alte Wunden. Erfahrungen bei der Wundheilung

Frische und alte Wunden. Erfahrungen bei der Wundheilung mit der physikalischen Gefäßtherapie

Georg Burggasser (Wien, AT)

13:20 Die richtige Belastungsdosierung – ein wichtiger Baustein für ein gesundes

und leistungsfähiges Leben

R. Reer (Hamburg)

13:45 Diskussion

12:30-13:30 Industriesymposium

Konferenz-	Amryt Pharma
raum 6	Herausforderungen Epidermolysis bullosa - Erfahrungen aus dem Alltag
	in Klinik und Homecare
	Vorsitz: C. Eisen (Niefern-Öschelbronn)



12:30 Wundversorgung bei Epidermolysis bullosa - Dos and Don'ts

D. Kiritsi (Freiburg i. Br.)

12:55 Erfahrungen aus dem Familienalltag und praktische Tipps

L. Riegg (Pforzen)

13:20 Diskussion und Zusammenfassung

12:30-14:00 Industriesymposium Konferenz- Coloplast GmbH

raum 7 Wichtigkeit von Silber in der Wundversorgung

S. Kanya (Hamburg), I. Hoffmann-Tischner (Köln)



12:30-14:00 Industrieseminar

Konferenz- Mölnlycke Health Care GmbH

raum 2 Einfach wichtig - Bedeutung der Wundreinigung und noch mehr!

Wichtigkeit von Silber in der Wundversorgung

Vorsitz: M. Moelleken (Essen)

12:30 Einfach sauber - Der Einfluss des Debridements auf den Heilungserfolg

A. Tylla (Schwarzenbruck), T. Prennig (Roth)

13:00 Einfach genial - Wundheilung mit Granudacyn bei komplexen Wunden

M. Moelleken (Essen)

13:30 Einfach optimal – Wundversorgung im WundZentrum

F. Goedecke (Düsseldorf)

12:30-14:00 Industrieseminar

Raum Smith & Nephew GmbH

Pausenbuffet Wundbiofilm erkennen, verstehen und nachhaltig beseitigen

E. K. Stürmer (Hamburg)

12:30-14:00 Industrieworkshop

Konferenz- LIGAMED medical Produkte GmbH

raum 4 Parcours der Wundversorgung

T. Väth (Cadolzburg)

12:30-14:00 Industrieworkshop

Konferenz- mediset clinical products GmbH

raum 3 Polymeric Membran Dressings (PMD's) - Impacting the Nociceptor Response

to Wound Pain and Inflammation T. Siewinski (San Antonio, TX/US)

12:30-14:00 Industrieworkshop

Konferenz- Regen Lab SA

raum 1 Autologe Wundauflagen für eine optimale Heilung - Die Vorteile,

Herstellung und Anwendungsbeispiele von Thrombozyten-Gel

G. Hofer (Le-Mont-sur-Lausanne, CH), I. Kasic (Kiel)

12:30-14:00 Industrieworkshop

Meistersinger- 3M Deutschland GmbH

stüberl 1 Innovative 3MTM Lösungen – Unterdruck Wundtherapie, Inzisionsmanagement

und Hautschutz

K. Zobel (Gütersloh)



Smith-Nephew









Die Abstracts der wissenschaftlichen Vorträge

FV01 Schwierigkeiten bei der Gründung eines Wundnetzwerkes - von der Idee zur Umsetzung

T. Grube, F. Alsatou, S. Seifert

Klinikum Chemnitz, Klinik für Thorax-, Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie, Chemnitz

Einführung

Die Behandlung chronischer Wunden verschlingt einen nicht unerheblichen Anteil der Mittel im Gesundheitsetat, nicht nur in Deutschland. Interessant ist dabei, dass verschiedene Akteure mit den verschiedensten Intentionen in einem Großraum agieren, ohne sich zu koordinieren. Dabei ist gerade die chronische Wunde und hier ganz besonders das Diabetische Fußsyndrom ein Paradebeispiel für die Sinnhaftigkeit von interdisziplinärer und intersektoraler Zusammenarbeit.

Material und Methode

Es wird von den Erfahrungen der Gründungsphase berichtet, von der Idee über erste Gespräche bis hin zur Konzeption und beginnender Umsetzung der Etablierung eines Wundnetzwerkes im Stadtgebiet Chemnitz. Hier finden Vorerfahrungen bei der Mitarbeit in einem etablierten Wundnetzwerk und Schwierigkeiten beim Neuanfang Berücksichtigung.

Ergebnisse

Mit der Etablierung eines Wundzentrums am Klinikum Chemnitz wurde die Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich geschaffen. Wir sehen uns als der stationäre Ansprechpartner für unsere ambulanten Netzwerkpartner. Für die Kommunikation kommen moderne Medien zum Einsatz (Videosprechstunde, Messengerdienst, Cloud). Die zwingende Notwendigkeit der Bündelung von Kompetenzen und Ressourcen bei der Behandlung chronischer Wunden im Rahmen einer Netzwerkstruktur ist die Botschaft dieses Vortrages.

FV02 Oleogel-S10 (birch triterpenes) in the treatment of epidermolysis bullosa wounds: 24-month efficacy and safety data from the EASE study

D. Kiritsi¹, D. F. Murrell², A. L. Bruckner³, E. Sprecher⁴, L. Maher⁵, T. Cunningham⁵, J. S. Kern⁶

¹Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Dermatologie und Venerologie, Freiburg im Breisgau, ²University of New South Wales, Department of Dermatology, St. George Hospital, Sydney, Australien, ³University of Colorado, School of Medicine, Department of Dermatology, Aurora, CO, Vereinigte Staaten, ⁴Tel Aviv University, Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv Sourasky Medical Center, Tel Aviv, Israel, ⁵Amryt Research Limited, Dublin, Irland, ⁶Monash University, Central Clinical School, Department of Dermatology, Alfred Hospital, Melbourne, Australien

Introduction

Epidermolysis bullosa (EB) is a debilitating disorder characterized by skin fragility and impaired wound healing. The abnormal wound healing is a key driver for systemic disease and can

lead to serious clinical complications. The 90-day double-blind phase (DBP) of the Phase 3 EASE study demonstrated accelerated wound healing for Oleogel-S10 (birch triterpenes) versus control gel in epidermolysis bullosa (EB).

Methods

Here, we report safety and total wound burden results from the 24-month open-label phase (OLP), in which all patients received treatment with Oleogel-S10. EB Disease Activity and Scarring Index (EBDASI) and Body Surface Area Percentage (BSAP) data are reported without visit windows to reflect a real-world situation more accurately, particularly considering the COVID-19 pandemic.

Results

The patient population was made up of dystrophic EB (n=178, 86.8%) and junctional EB (n=25, 2.2%). Further baseline characteristics are available in Table 1. 141 patients (68.8%) completed the OLP. The mean (SD) treatment duration for all patients was 584.7 (246.1) days. Adverse events were reported in 77.1% of all patients in the OLP versus 81.7% of those receiving Oleogel-S10 in the DBP. Mean BSAP for patients treated with Oleogel-S10 in the DBP reduced from 12.1% at study entry to 6.1% on completion of the EASE study. Similarly, the mean EBDASI skin activity score in the Oleogel-S10 group improved from 19.6 to 15.1 at the end of the OLP. In addition, reductions in both BSAP and EBDASI from OLP baseline were observed in patients who transitioned from control gel to Oleogel-S10 in the OLP.

Conclusions

These data support a reassuring long-term safety profile of Oleogel-S10. Furthermore, the long-term impact of accelerated wound healing is evident through the sustained reduction in wound burden over time. This is encouraging given the nature of this chronic genetic disorder in which there is regular cycling of patients' fragile wounds.

Table 1: Baseline Characteristics

	All patients at DBP baseline n=223	All patients at OLP baseline n=205
Age at DBP baseline (years)	16.7	16.3
Mean	12	12
Median	175 (78.5)	160 (78.0)
RDEB, n (%)	124 (55.6)	113 (55.1)
Generalized severe, n (%)	39 (17.5)	35(17.1)
Generalized intermediate, n (%)	7 (3.1)	7 (3.4)
Localized, n (%)	5 (2.2)	5 (2.4)
Other, n (%)		
DDEB, n (%)	20 (9.0)	18 (8.8)
JEB, n (%)	26 (11.7)	25 (12.2)
EBS, n (%)	2 (1.0)	2 (1.0)

FV03 Update chronische Wunden: Die Evidenz der Lokaltherapie mit Wundverbänden mit TLC-Sucrose Octasulfat*

H. Diener¹, R. Lobmann², J. Dissemond³, S. Lützkendorf⁴, W. Keuthage⁵, H. Groth⁶, E. Becker⁷, P. Wilken⁷

¹Krankenhaus Buchholz, Abteilung für Gefäß - und Endovaskularchiruigie, Buchholz, ²Klinikum Stuttgart - Krankenhaus Bad Cannstatt, Zentrum für Innere Medizin, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie, Stuttgart, ³Universitätsklinikum Essen, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Essen, ⁴Chirurgische Praxis, Helbra, ⁵Schwerpunktpraxis für Diabetes und Ernährungsmedizin, Münster, ⁶Diabetes Schwerpunktpraxis, Rellingen, ⁷URGO GmbH, Medical Affairs, Sulzbach

Einleitung

Kennzeichen chronischer Wunden (Unterschenkelulzera (UC) oder diabetische Fußulzera (DFU)) sind eine anhaltende Entzündung, hohe Konzentrationen an Matrix-Metalloproteinasen (MMPs), ein verzögerter Wundheilungsprozess sowie hohe Rezidivraten. Als Folge können weitere Komplikationen (lokale Infektion, eingeschränkte Lebensqualität) auftreten.

Ziele

Die Wirksamkeit von Wundverbänden mit TLC-Sucrose Octasulfat (TLC-NOSF)* konnte in zahlreichen klinischen Studien nachgewiesen werden. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die klinische Evidenz aus RCTs, CTs, Real-life-Daten, Reviews und aktuellen Empfehlungen nationaler und internationaler Fachgesellschaften und einer Gesundheitsbehörde.

Materialien und Methoden

Systematische Literatursuche in MEDLINE (PubMed), manuell ergänzt um aktuelle Leitlinien/Empfehlungen und dargestellt als Review.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 21 Publikationen identifiziert, darunter vier RCTs, drei CTs, vier (syst.) Reviews, Beobachtungsstudien und eine Leitlinienempfehlung der IWGDE Diese bestätigen die klinische Wirksamkeit der TLC-NOSF-Wundverbände zur Wundheilung, Heilungsrate, Reduktion der Wundfläche oder verbesserten Lebensqualität. Pharmaökonomische Modellierungen (n=5) zeigen die bessere Kosteneffektivität. In Real-Life-Erhebungen aus der ambulanten Versorgung (n=3) wurden die gute Leistungsfähigkeit und Lebensqualität dokumentiert.

Auf Basis der verfügbaren Evidenzdaten empfiehlt die International Working Group on Diabetic foot (IWGDF) in ihrer Guideline 2023 diese Wundverbände ergänzend zur Standardversorgung bei DFU. Die aktuelle S3-Leitlinie zur Lokaltherapie chronischer Wunden spricht sich für den Einsatz von TLC-NOSF-Wundverbänden bei DFU und UCV aus. Das National Institute for Health and Care Excellence (NICE UK) hat diese für die Lokaltherapie bei UCV und DFU in seine Empfehlungen aufgenommen.

Zusammenfassung

Die Gesamtheit der klinischen Evidenz bestätigt die gute Leistungsfähigkeit dieser Wundverbände. Im Sinn der evidenzbasierten Medizin sprechen sich aktuelle Leitlinien für die Anwendung von TLC-NOSF-Wundverbänden zur Lokaltherapie chronischer Wunden, z.B. bei DFU und UCV, aus. Die besten Ergebnisse können erzielt werden, wenn die Wundverbände bereits zu Therapiebeginn (first-line) eingesetzt werden.

* Wundverbände mit TLC-Sucrose Octasulfat (TLC-NOSF): UrgoStart-Range bzw. mit polyabsorbierenden Fasern UrgoStart Plus-Range; Laboratoires URGO, Frankreich

FV04 Intermittierende pneumatische Kompression (IPC) des Oberschenkels mit einem neuen Gerät namens WoundExpress (WE) zur Behandlung des Ulcus cruris venosum (UCV) -Zwei Fallbeschreibungen

A. Deter, K. Reader, M. Haink, N. Lahmann

Charité-Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, AG Pflegeforschung, Berlin

Einleitung

Trotz Goldstandardtherapie "Kompression" und phasenadaptierter hydroaktiver Wundbehandlung heilen viele UCV nicht ab und persistieren zum Teil über Jahre. Neue Therapieansätze, die die Kompression als kausale Therapie unterstützen, sind erforderlich. Die IPC ist eine zusätzliche Möglichkeit, die Durchblutung zu verbessern, und beeinflusst die Physiologie in folgenden Bereichen: Erhöhung des venösen Rückstroms und damit Reduktion der venösen Hypertension, reaktive Verbesserung des arteriellen Blutflusses durch die Erhöhung des arterio-venösen Druckgradienten, Verstärkung profibrinolytischer Mechanismen durch erhöhte Endothelbeanspruchung. Wir skizzieren den Behandlungsverlauf unserer ersten beiden Interventionspatienten.

Materialien und Methoden

Es wird der Behandlungsverlauf zweier Patienten beschrieben. Der WoundExpress verfügt über eine gekammerte Manschette, die um den Oberschenkel gelegt wird, ähnlich der Blutdruckmessung am Oberarm. Die zirkulären Kammern werden automatisch nacheinander für 2 Minuten mit Luft aufgepumpt, bis ein Druck von 60 mmHg erreicht ist. Nach der Aufblasphase wird die Manschette für weitere 2 Minuten entlüftet, in denen kein Druck auf den Oberschenkel ausgeübt wird. Diese 4-minütigen Zyklen werden während der Anwendung wiederholt. Die Therapieverläufe wurden zweiwöchentlich mit einer speziellen Kamera sowie 3D-Wundbildgebungs-Software dokumentiert und analysiert.

Ergebnisse

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

hatte sich die Wundgröße halbiert und nach 13 Wochen zeigte sich noch eine minimale Läsion von 0,9 cm².

Fallbericht 2: 82-jährige Patientin mit einem seit 2,5 Monaten bestehenden rezidivierenden UCV. Außer einem postthrombotischen Syndrom waren keine Vorerkrankungen bekannt. Das Ulcus hatte eine Ausgangsgröße von 13,2 cm². Der Wundgrund stellte sich mit ca. 85% Granulationsgewebe sowie 15% Fibrinbelag dar. Die Studienteilnahme endete vorzeitig nach 12 Wochen bei vollständigem Wundverschluss.

Ausblick

Unsere ersten Fallberichte machen Hoffnung, mit der benutzerfreundlichen IPC "WoundExpress" Therapieresistenzen aufzubrechen und die Rezidivrate zu senken.

FV05 Review zur aktuellen klinischen Evidenz antimikrobieller, silberhaltiger Wundverbände mit der TLC-Ag-Wundheilungsmatrix

M. Dietlein¹, J. Dissemond², A. Grünerbel³, C. Lüdemann⁴, S. Lützkendorf⁵, E. Becker⁶, P. Wilken⁶

¹Diabetologische Schwerpunktpraxis, Stadtbergen, ²Universitätsklinikum Essen, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Essen, ³Diabetes-Zentrum München Süd, München, ⁴Krankenhaus Brixen, Abteilung Medizin, Brixen, Italien, ⁵Chirurgische Praxis, Helbra, ⁶URGO GmbH, Medical Affairs, Sulzbach

Einleitung

Die lokale Infektion von Wunden zählt zu den häufigsten Ursachen einer verzögerten Wundheilung. Wundinfektionen können für Behandler und Patienten eine komplexe, langwierige und belastende Therapie bedeuten. Bei akuten und chronischen Wunden ist es wichtig, das Risiko oder klinische Anzeichen einer Infektion schnell zu erkennen, um frühzeitig eine adäquate antimikrobielle Lokaltherapie einleiten zu können und eine weitere systemische Ausbreitung zu vermeiden.

Ziele

Dieses Review gibt einen Überblick über die aktuelle klinische Evidenz antimikrobieller, silberhaltiger Wundverbände mit der TLC-Ag-Wundheilungsmatrix.*/**

Materialien und Methoden

Neben einer randomisierten, klinischen Studie (RCT) werden auch nicht-interventionelle Studien (NIS) aus der ambulanten Versorgung präsentiert. Wundverbände: Flexibles Polyestergitter mit einer Lipidokolloidmatrix mit Silbersalz (TLC-Ag-Matrix)*, sowie zusätzlich mit einer dünnen Kompresse und Haftrand.**

Ergebnisse:

- Multizentrische RCT mit dem TLC-Ag-* vs. TLC-Wundverband*** (n = 102 Patienten mit UCV und > 3 Zeichen einer kritischen Kolonisation):
 - Wundflächenreduktion (WAR) in der Testgruppe (sequenzielle Therapie: Wo 1–4 mit TLC-Ag-* und Wo 5–8 mit TLC-Matrix***): 47,9 % vs. 5,6 % (Kontrolle, 8 Wo mit TLC-Matrix***) (p = 0,036) bei signifikanter Reduktion der klinischen Infektionszeichen (–2,5 + 1,5 vs. –1,0 + 1,4; p < 0,001).

- Multizentrische NIS:
 - Real-life-Studie mit insgesamt 4.960 Patienten (F und D) mit lokal infizierten akuten oder chronischen Wunden mit dem TLC-Ag-Wundverband*:
 - Nach 8 Wochen 30% abgeheilte Wunden und Reduktion der klinischen Infektionszeichen von 4,0 auf 0,54.
 - Aktuelle Real-life-Studie mit TLC-Ag-Wundverbänden*/**
 (n = 728 Patienten, mittl. Beobachtungsdauer 26+19 Tage)
 während COVID-19:

92,1% abgeheilte/verbesserte Wunden, kontinuierliche Reduktion der Wundfläche (WAR) und verbesserte Umgebungshaut in 65,7% der Fälle, keine lokal unerwünschten Ereignisse in Verbindung mit den Wundverbänden.

Zusammenfassung

Diese Studiendaten bestätigen Wirksamkeit, Verträglichkeit und Nutzen dieser antimikrobiellen, silberhaltigen Wundverbände*/** für Wunden mit dem Risiko/den Anzeichen einer klinischen Infektion bei einer auch in der ambulanten Versorgung einfachen, ressourcenschonenden Anwendung.

Antimikrobielle Wundverbände mit der TLC-Ag-Matrix: *UrgoTül Ag/Silver oder **UrgoTül Ag Lite Border; Neutraler Wundverband mit der TLC-Matrix: ***UrgoTül; Laboratoires URGO, Frankreich.

FV06 Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom und Kompressionstherapie: Vieles ist möglich!

H. Lawall¹, C. Lüdemann²

¹Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. med. Curt Diehm & Dr. med. Holger Lawall, Praxis für Herzkreislauferkrankungen und Akademie für Gefäßmedizin, Ettlingen, ²Krankenhaus Brixen, Abteilung Medizin, Brixen. Italien

Einleitung

Zu einer leitliniengerechten Therapie von Patienten mit Diabetes mellitus gehört die Reduktion von Ödemen. Fragestellungen dieses Abstracts: Welches sind die Indikationen für eine begleitende Kompressionstherapie, wann und warum sollte diese durchgeführt werden? Mit welchen Herausforderungen und Chancen ist eine begleitende Kompressionstherapie zur Ödemreduktion bei Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom/-ulkus (DFS/DFU) verbunden und was gilt es zu beachten?

Ziele

Darstellung des aktuellen Wissensstandes zur o. g. Fragestellung mit konkreten Empfehlungen für die Nutzung in der täglichen Praxis.

Materialien und Methoden

Review zu Literaturdaten und Leitlinienempfehlungen mit Darstellung des aktuellen Stands der medizinischen Technik zu den Fragen: Wie können der venöse Überdruck und die Ödembildung reduziert werden? Wie können Entzündungsreaktionen im Gewebe verhindert, dem fortschreitenden Gewebeverlust vorgebeugt und der arterielle Zustrom nicht behindert werden?

Ergebnisse

Bei Patienten mit Diabetes mellitus sollten u.a. das periphere Ödem, die Durchblutungssituation, chronisch venöse Insuffizienz (CVI), Herzinsuffizienz etc. diagnostiziert werden. I.d.R. 2-stufige Kompressionstherapie mit einer Entstauungsphase und anschließender Dauertherapie mit mehrlagigen Kompressionsbinden/-systemen. Darstellung der physiologischen Effekte der Kompressionstherapie und der Risikofaktoren bei CVI oder Varikose. Präsentation spezifischer Empfehlungen aktueller Leitlinien (z.B. IWGDF), neuropathische oder ischämische Entscheidungsparameter (Knöchel-Arm-Druck-Index (ABI), Sauerstoffpartialdruck (TcPO₂), neben Warnzeichen und Kontraindikationen. Die Kompressionstherapie verbessert die arterielle Durchblutung durch Reduktion des Venenstaus in den Leitvenen. Durch Bewegung wird die Wirksamkeit der Kompressionstherapie verbessert.

Zusammenfassung

Zusammenhang zwischen peripherer arterieller Durchblutungsstörung (PAD) und Diabetes. Bei Patienten mit DFU ist eine begleitende Kompressionstherapie sinnvoll bei CVI, wenn der ABI > 0.6 und der TcPO2 > 40 mmHg sind und keine klinisch relevante Infektion oder ein akuter Charcot-Fuß besteht. Eine gute Kommunikation und ein hoher Tragekomfort sind entscheidend für die Adhärenz der Patienten. Nach der initialen Entstauung kann ein Mehrkomponenten-Kompressions- oder Strumpfsystem verwendet werden. Bei sich verändernden Beinumfängen kann ein medizinisch adaptives Kompressionssystem zur Anwendung kommen.

FV07 Ein Jahr von der Zehenamputation zur Majoramputation beim diabetischen Fuß. Realität oder Fiktion? Die Auswirkung einer nicht heilenden Zehenamputation im Verlauf eines Jahres - Singel center Studie

A. Tigla

Innklinikum Altötting, Altötting

Fußulzera sind häufige Spätkomplikationen des Diabetes mit hoher Morbidität und Mortalität. Eine große Herausforderung ist heute die Heilung von Amputationswunden bei Diabetespatienten. Die Heilungszeit nach kleineren Amputationen kann Monate dauern.

Das Ziel war es, den retrospektiven Verlauf der Patienten, die sich mit einem diabetischen Fußulkus und Zeheninfekt in unserer Notaufnahme 2019 sowie 2020 vorstellten und bei denen während der Krankenhausaufenthalte eine Zehe amputiert werden musste, zu analysieren.

Die Studienpopulation umfasste 47 Patienten, die eine Zehenamputation bei diabetischem Fuß 2019 und 2020 in unserer Klinik bekamen. Von den 47 Patienten waren 79 % Männer und 21 % Frauen. Das durchschnittliche Alter war bei 77 Jahre. 76 % der Patienten hatten einen PAVK, von denen bei 85 % eine Revaskularisation des Beins erfolgte. 34 % der Patienten gingen mit einer offenen Amputationswunde nach Hause.

Bei der Ein-Jahres-Kontrolle zeigen 53 % der Patienten eine abgeheilte Amputationswunde. 44 % hatten eine operative Wundrevision (Debridment oder Nachamputation). 40 % der 47 Patienten hatten im Verlauf des Jahres eine weitere Zehenamputation oder Vorfußamputation bekommen. 10 % der Patienten hatten infolgedessen eine Majoramputation bekommen. 9(19 %) der 47 Patienten starben im Verlauf des Jahres.

Die Auswirkungen durch eine Zehenamputation zeigen sich im Verlauf eines Jahres bei nicht heilenden Wunden sehr stark auf das Leben der Patienten. Es zeigen sich erneut die hohe Rate von Nachamputationen und ein Fortschreiten des diabetischen Fußes durch weitere Ulzerationen. Eine Zehenamputation kann der erste Schritt einer Majoramputation für Diabetiker sein; es besteht ein hoher Sterblichkeitsfaktor, 20 % unserer Patienten starben innerhalb eines Jahres.

FV08 Schuss-/Explosionsverletzung durch eine Kleintierfalle im Kindesalter

S. Queisser, C. Müller

Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Kinderchirurgie, Rostock

Einleitung

Schussverletzungen stellen im Kindesalter in Deutschland eine eher seltene Verletzung dar. Sie präsentieren sich mit ausgeprägter Schmerzhaftigkeit, Entstellungspotential, Funktionseinschränkungen sowie unter Umständen lebensbedrohlichen Komplikationen.

Case Report

Wir berichten über einen 7-jährigen Patienten, der sich eine ausgedehnte Weichteilverletzung am rechten Oberschenkel durch eine Kleintierfalle mit Schussmechanismus auf einem Sportplatz zugezogen hatte. Die Vorstellung des Patienten erfolgte via Rettungsdienst. Der Impfstatus entsprach den Empfehlungen der STIKO.

Nach Begutachtung des Ausmaßes des Weichteilschadens wurde das Kind umgehend zur Versorgung in den OP gebracht. Intraoperativ fand sich eine triangelförmige Wunde mit einer Ausdehnung von ca. $14\,\mathrm{cm}\times7\,\mathrm{cm}$ mit zerfetzten Wundrändern und noch sickernder Blutung. Im M. vastus medialis (M. quadriceps femoris) verlief ein 1 cm durchmessender Explosionskanal bis unter die Faszie. Nach Wunddébridement und Spülung erfolgte die Anlage einer Vacuumversiegelung zur Wundkonditionierung. Der Frakturausschluss war intraoperativ mittels Bildwandler durchgeführt worden. Zur perioperativen Antibiose wurde Cefuroxim intravenös verabreicht. Wir nahmen nach 4 Tagen eine erneutes Débridement, Lavage und VAC-Wechsel vor. Im Verlauf gelang der komplette Wundverschluss mittels Verschiebelappenplastik.

Der Junge konnte an Unterarmgehstützen mobilisiert und nach insgesamt 15 Tagen entlassen werden. In der ambulanten Weiterbetreuung zeigten sich reizlose Wundverhältnisse mit vitalen Wundrändern.

Zusammenfassung

Zu fordern ist eine kindersichere Aufstellung von Schussfallen. Für die Versorgung sollte auf das komplette Spektrum von Wundkonditionierung bis zur rekonstruktiven plastischen Deckung zurück gegriffen werden. Ziel muss ein funktionell und ästhetisches Outcome sein. Deshalb sollte bereits bei der initialen Wundversorgung an die spätere definitive Deckung gedacht werden.

FV09 Die katheter-gestützte Sklerotherapie der nächsten Generation – erste mittelfristige Ergebnisse und der Beitrag zur modernen Therapie von Ulcera

S. Apostolidis

Frankfurter Rotkreuzkliniken eV, Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie, Frankfurt a. M.

Einleitung

Vorgestellt wird ein neues endovenöses nicht-thermisches Verfahren zur Varizenbehandlung ohne Narkose, ohne Schnitte und ohne Tumeszenzanästhesie. Es kann bei allen Betroffenen ohne Unterbrechung einer Antikoagulation und ohne Rücksicht auf den Abstand der zu behandelnden Vene zur Haut unter ambulanten Bedingungen eingesetzt werden.

Ziele

Es sollte die Methode präsentiert und durch Analyse der erhobenen Daten die Wirksamkeit geprüft werden. Ein besonderer Augenmerk gehört den Ulcuspatienten.

Material/Methode

Der Schlüssel zum Erfolg ist ein patentierter Doppellumenkatheter und eine Doppelprozedurspritze (ScleroSafe®). Dadurch können der eingesetzte Sklerosans-Schaum und das im Gefäß befindliche Blut aspiriert werden.

Ergebnisse

Bei der Behandlung der ersten 200 Patienten ist es zu keinen ernsthaften Komplikationen gekommen. Alle Patienten waren von der Prozedur positiv überrascht bis begeistert. Für die Methode liegen kurz- und mittelfristige Ergebnisse (max. Nachbeobachtung bis 19 Monate) vor. Die Verschlussrate beträgt deutlich mehr als 90% und nimmt mit Erfahrung des Anwenders weiter zu. Die Kompressionsbehandlung beträgt wenige Tage. Das ästhetische Ergebnis ist hervorragend. Die bei der "einfachen" Schaumsklerotherapie beobachteten und kosmetisch störenden bräunlichen Verfärbungen entfallen. Die Abheilung von venösen Ulcera wird stark beschleunigt.

Zusammenfassung

Es handelt sich um eine wertvolle Ergänzung in der Sklerotherapie-Behandlung, die dadurch mit den gut etablierten endovenösen thermischen Verfahren mithalten kann. In vielen ausgewählten Fällen liegt das ScleroSafe-Verfahren sogar klar im Vorteil. Die kurz- und mittelfristigen Ergebnisse sind sehr ermutigend. Die Methode ist kostengünstig und bei Venenspezialisten mit Erfahrung in der Duplexsonografie und in der endovenösen Behandlung von Varizen sehr leicht zu erlernen. Gerade in der Ulcus-Behandlung ist es eine wertvolle Alternative, da durch diese Methode Bereiche erreicht werden, die einer anderen Therapie nicht zugänglich wären.

FV10 Schnittstellen der ärztlichen und podologischen Therapie zur Unterstützung der Wundheilung beim diabetischen Fuß

P. Kühn

Praxis für Podologie, Nastätten

Ein Fallbericht dient als praktisches Beispiel, disziplinübergreifendes Handeln aufzuzeigen, um die ärztliche Schnittstellen-Kommunikation und -Kooperation mit Therapeuten und dem weiteren Versorgungsteam zu verbessern und eine weiterführende Auseinandersetzung mit dem Thema zu schaffen.

In der podologischen Therapie besteht der Vorteil, Wunden und Ulcera bei Patienten mit als Erstes zu sehen, da der übliche 4-6-Wochen-Rhythmus von Patienten regelmäßig zur Präventivversorgung genutzt wird. Diese Wunden und Ulcerationen gilt es zu erkennen, richtig einzuschätzen, den Patienten darüber aufzuklären und innerhalb der Behandlung im Rahmen der Ersten Hilfe die Erstversorgung vorzunehmen. Anschließend braucht es eine strukturierte Versorgungskette zwischen Ärzten und Podologen sowie anderen Therapeuten und dem Patienten mit seiner Wunde. Mit einem gut organisierten Kontakt zwischen den Haus- oder Fachärzten und dem Therapeuten fällt die Rück- und Absprache um das weitere Prozedere deutlich leichter. Es braucht eine gute Diagnostik, Gefäßstatus-Abklärung, ggf. Labordiagnostik oder Histologie der Wunde, eine Wundversorgung, Ganganalyse und Druckentlastung, eine gute Diabeteseinstellung und die Abklärung von weiteren Begleiterkrankungen. Gemeinsam muss das gesamte Team diesen Status des Patienten kennen und sich über Abweichungen des ersten Ist-Zustandes zeitnah informieren. Wie diese Schnittstellen zwischen Ärzten und Podologen und weiteren Therapeuten aussehen und was die Zusammenarbeit wertvoll macht, wird ebenso aufgezeigt, wie die Podologie den Arzt unterstützen kann und welche rechtlichen Punkte es zu bedenken und zu beachten gibt.

FV11 Kaltplasmatherapie - durchgeführt in interdisziplinärer Behandlung mit Podologin im Team am chronischen Fußulkus

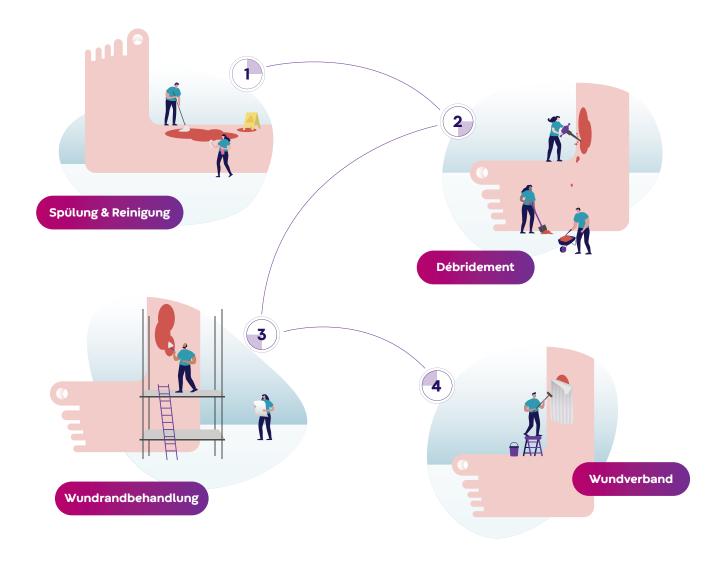
P. Kühn

Praxis für Podologie, Nastätten

Der Wundverschluss bei einem Patienten mit gramnegativem Fußinfekt und chronischem Lymphödem gestaltete sich im Krankenhaus schwierig, da zu wenig Personal- und Zeitressourcen zur Verfügung standen. Die Podologie mit in die Therapie einzubinden wurde erwogen und beschlossen. Das Ziel war es, den Patienten gemeinsam zu betreuen und den Wundverschluss mittels der Kaltplasmatherapie zu unterstützen und bestenfalls herbeizuführen. Die Podologin sollte mit ihren Möglichkeiten den Wundrand abtragen und die Wundumgebung dadurch verbessern, das Ödem behandeln sowie die Kaltplasmabehandlungen regelmäßig ausführen. Unter den regelmäßigen Behandlungen besserte sich die Wunde, Beläge wurden reduziert



Eine frühzeitige Interventionsstrategie gegen Biofilm in Wunden



In vier einfachen Schritten zur optimalen Wundversorgung

Wenn eine Wunde chronisch ist oder schwer heilt, ist die Unterbrechung des Heilungsprozesses häufig auf das Vorhandensein eines hartnäckigen Biofilms zurückzuführen.

Wir glauben, dass **jeder Wunde**, egal wie herausfordernd sie sein mag, eine Chance auf Heilung zugrunde liegt. So wie wir jeden Tag eine elementare Hygiene

befolgen, indem wir uns die Hände waschen und die Zähne putzen, sollten wir auch in der Wundbehandlung eine grundlegende Hygiene anwenden, um Wunden zu reinigen und sie von Biofilm zu befreien.

Durch die Anwendung der vier Schritte der Wundhygiene können Sie bei jedem Verbandwechsel sicherstellen, dass die Wunde optimal auf die Heilung vorbereitet wird.

Biofilmbasierte Wundversorgung: neu gedacht, einfach gemacht!



Internationales Konsensus Dokument Wundhygiene Download über: www.woundhygiene.com



und die Epithelisierung kam in Gang. Das bestehende Ödem und die mangelnde Compliance (Adhärenz) des Patienten waren immer wieder ausschlaggebend für geringfügige Verschlechterungen der Wunde. Die Kontrolle durch den Arzt wurde regelmäßig durchgeführt, um den Ist-Zustand zu begutachten, zu überwachen und zu dokumentieren.

Gemeinsame standardisierte Dokumentation, Therapieberichte und dokumentierte Absprachen der Vorgehensweise nach Leitlinie sind maßgebliche Grundlage der Zusammenarbeit in der gemeinsamen interdisziplinären Wundbehandlung (hier Arzt, Pflegepersonal und Podologie). Innovative Behandlungsansätze erfordern kreatives Denken bei wissenschaftlichen Rahmenbedingungen. Die Kaltplasmatherapie bietet eine erfolgversprechende Möglichkeit auf verschiedenen medizinischen Arbeitsgebieten, wie auch der Podologie, im ambulanten Bereich Erfolge herbeizuführen. Diese Falldokumentation zeigt, dass die Therapieform "Kaltplasmatherapie" ihren Platz bei der Wundversorgung hat, eine wertvolle Unterstützung sein kann und vielfältiger, auch interdisziplinär, genutzt werden sollte als bisher

FV12 Kaltplasmatherapie bei chronischen Wunden – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte klinische Studie (POWER-Studie): Vorläufige Ergebnisse

N. Abu Rached¹, S. Kley², M. Storck³, T. Meyer¹, M. Stücker¹

¹Ruhr Universität Bochum, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Phlebologie, Bochum, ²Scientific Institute for Health Economics and Health Research, Leipzip, ³Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH, Moltkestraße 90, 76133 Karlsruhe, Germany, Karslruhe

Einleitung/Fragestellung

Chronische Wunden stellen in der klinischen Praxis eine große gesundheitliche Herausforderung dar. Die Standard-Wundtherapie (SWT) gilt derzeit als der Goldstandard. Jüngste Erkenntnisse deuten jedoch darauf hin, dass die Kaltplasmatherapie (CPT) vielversprechende Möglichkeiten zur Verbesserung chronischer Wunden bietet. Vor diesem Hintergrund wurde die POWER-Studie als multizentrische, randomisierte klinische Studie durchgeführt, um die Wirkung der großflächigen Plasmaanwendung im Vergleich zur SWT bei Patienten mit chronischen, nicht heilenden arteriellen oder venösen Wunden am Unterschenkel zu untersuchen.

Methoden

Zur Analyse der Zwischenergebnisse setzten wir ein umfassendes Spektrum an statistischen Tests ein, darunter sowohl parametrische als auch nicht-parametrische Methoden sowie GLS-Modellregression und ordinale Mischmodelle.

Ergebnisse

Unsere Ergebnisse zeigen deutlich, dass die CPT-Therapie den Wundverschluss im Vergleich zur SWT deutlich beschleunigt. Tatsächlich wurde ein vollständiger Wundverschluss während des Interventionszeitraums ausschließlich in der CPT-Gruppe beobachtet. Darüber hinaus war in der CPT-Gruppe eine signifikant geringere Antibiotikatherapie (4%) erforderlich als in

der SWT-Gruppe (23 %). Darüber hinaus führte die CPT im Vergleich zur SWT zu einer signifikanten Verringerung der Wundschmerzen und einer Verbesserung der Lebensqualität.

Schlussfolgerung

Zusammenfassend unterstreicht die Studie, dass die Kombination aus CPT und SWT die Monotherapie mit SWT allein übertrifft.

FV13 Probiotika in der Therapie des Diabetischen Ulcus und der Parodontitis - eine Pilot-Studie

E. K. Stürmer¹, A. Gießler², T. Beikler³, C. Bang⁴, E. S. Debus¹, R. Smeets², M. Gosau², M. Augustin³, I. Klymiuk⁵

¹Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Hamburg, ²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Hamburg, ³Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, ⁴Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Kiel, ⁵Universität Graz, Gottfried Schatz Forschungszentrum, Graz, Österreich

Einleitung

Chronische Wunden treten häufig als Symptom bzw. Komplikation eines Diabetes mellitus auf. Pathogene Wundkeime, die häufig in chronischen Wunden nachgewiesen werden, behindern den Heilungsprozess und sind ein Risikofaktor für die Entstehung lokaler und systemischer Infektionen. Probiotika sind in der Lage, humanpathogene Bakterien zu verdrängen, Entzündungen zu lindern und das Mikrobiom von Haut und Schleimhäuten positiv zu beeinflussen. Wir postulieren, dass dies insbesondere bei PatientInnen mit chronischen Wundheilungsstörungen und Diabetes mellitus Typ II von Vorteil ist.

Methode

In dieser nicht-Plazebo-kontrollierten Pilot-Studie erhielten 20 PatientInnen mit chronischen Wunden 6 Monate lang täglich oral ein Multispezies-Probiotikum. Veränderungen im oralen, enteralen und Wundmikrobiom, der Einfluss auf Wundheilungsprozesse (Wundgröße, Exsudation, Infektion usw.), Parodontitis-Marker (gingivale Sondierungstiefe, Attachmentverlust usw.) sowie die Lebensqualität (Wound-QoL) wurden analysiert.

Ergebnisse

15 der 20 PatientInnen schlossen die Studie ab. Bei 11 von 15 PatientInnen verringerte sich die Wundgröße > 50%; 5 heilten ab. Die meisten berichteten über eine Verbesserung der Wundassoziierten Lebensqualität, insbesondere bei den Parametern "Schmerz" und "Mobilität". Die Parodontitis zeigte bei fast allen Meßparametern eine signifikante Verbesserung, bei gleichbleibend schlechter Mundhygiene. Die Mikrobiomanalyse (Illumina basierte 16S-Sequenzierung der V1-V2 Region) ergab eine Verringerung der relativen Häufigkeit von *S. aureus* in den Wunden sowie einen generellen Shift von pathogenen zu weniger pathogenen Bakterien bei den individuellen StudienpatientInnen. Auch im oralen Mikrobiom konnten zum Studienende weniger typische Paradontose-Marker-Bakterien, wie z. B. *Porphyromonas gingivalis* oder *Fusobacterium nucleatum*, nachgewiesen werden.

Schlussfolgerung

Die Einnahme eines Multispezies-Probiotikums bei Diabetikern mit chronischen Wunden hat einen positiven Einfluss auf den Wundverschluss, das mikrobielle Muster der Wunde und die Lebensqualität (QoL) – bei gleichzeitig signifikanter Verbesserung des Paradontitis-Status. Eine randomisierte, placebo-kontrollierte klinische Studie ist erforderlich, um die Ergebnisse dieser Pilotstudie zu verifizieren.

FV14 A novel in vitro 3D skin equivalent to analyze biofilm development in medical device associated infection

O. Kurow, R. Nuwayhid, S. Langer

Universitätsklinikum Leipzig

Purpose

In the present study, medical device associated infection (MDAI) were investigated in an *in vitro* wound infection model. For this purpose, 3D skin equivalents consisting of differentiated human keratinocytes and fibroblasts were produced. The established 3D model was further developed into an infection model for *Staphylococcus aureus* infection and used to investigate MDAIs caused by biofilm.

Methods

Primary human epidermal keratinocytes (HEKp) and human dermal fibroblasts (HDFp) were used together to set up the 3D-skin-equivalent. Morphology, integrity, differentiation, cytokine production and proliferation were analyzed by using immunohistochemistry, immunofluorescence and ELISA. After description of the 3D skin equivalent, integrating of the implant into the model follow. For the experimental infection, the tissue models were exposed on the apical side to bacterial culture of *S. aureus*.

Results

Histological assessment of the 3D skin equivalent showed the mimicking of the morphology of the human skin with the presence of four layers: St. corneum, St. granulosum, St. spinosum as well as St. basale in the 3D-skin equivalent. HEKp establish intercellular junctions as shown by immunostaining for ZO-1 and VE-Cadherin. Experimental *S. aureus* infection of 3D-skin equivalent showed destruction of St. corneum and St. granulosum with dissemination of soft tissue and accumulation of *S. aureus* on implant surface with forming of mature biofilm. Cytotoxicity and internalisation pathways of *S. aureus* affect cytokine production by 3D-skinequivalent. Levels of the TNF-a, IL-1a, IL-6 and MCP-1 in models exposed to bacteria were significantly increased.

Conclusions

This experimental *in vitro* set-up enables a structured approach to investigate MDAI with *S. aureus* and its impact on skin cells in 3D skin equivalent *in vitro*. Our model represented a new inexpensive tool for the analysis of approval studies for antibiotics and other local therapeutic agents including antiseptic solutions as well as modern wound dressings.

FV15 Die Rolle der neuen KRINKO-Empfehlung zur Flächendesinfektion für Wundbehandler in Ambulanz und stationärer Behandlung

C. Schwarzkopf

Institut Schwarzkopf GbR, Aura a. d. Saale

Einleitung

2022 hat die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) die "Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen" neu aufgelegt. Dabei wurden Begriffe neu eingeführt und – analog zur Händedesinfektion – die fünf Indikationen zur Flächendesinfektion vorgestellt. Außerdem wurde den Einrichtungsleitungen auferlegt, ein Qualitätsmanagement für den Reinigungsdienst einzurichten und die Durchführung zu kontrollieren.

7iel

Nosokomiale Infektionen bei der Versorgung von postoperativen und chronischen Wunden minimieren.

Methodik

Darstellung wesentlicher Inhalte der neuen Empfehlung und Praxistransfer

Ergebnisse

Dass die Flächendesinfektion ein wichtiger Teil der Basishygiene in der Wundversorgung ist, gilt als evident. Wesentliche Indikationen zur Flächendesinfektion sind die Desinfektion der Arbeitsflächen sowie die Aufbereitung von Medizinprodukten und die gezielte Desinfektion nach Kontamination. Die notwendigen Kontrollen umfassen Begehungen, Anwendungsbeobachtungen sowie mikrobiologische und Point-of-care-Testungen der Reinigungsleistung.

Als Nebenaspekt wird die neue Desinfektiionsmittelklasse "viruzid PLUS" vorgestellt.

Zusammenfassung

Wundzentren, ambulante Pflegedienste und stationäre Einrichtungen müssen ihre Hygienepläne anpassen, soweit noch nicht geschehen. Arbeitsanweisungen zum Qualitätsmanagement bei der Reinigung und Desinfektion müssen erstellt und umgesetzt werden.

FV17 Einsatz von telemedizinischen Methoden im Selektivvertrag für chronische Wunden

N. Stedefeld, J. Sandner

IVPNetworks GmbH, Wundversorgung, Hamburg

Einleitung

Eine abgestimmte Behandlung zwischen den beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringenden (LE) ist für eine wundphasengerechte und adäquate Versorgung von chronischen Wunden essenziell. Im Versorgungsalltag findet jedoch durch getrennte Informationssysteme und fehlende Nutzung von digitalen Funktionen wenig Austausch statt. Durch die Einbindung von digitalen Anwendungen kann die Intranspa-

renz im Versorgungsgeschehen zwischen den Beteiligten abgebaut und dadurch eine phasengerechtere Versorgung ermöglicht werden.

Methode

Zentraler Bestandteil des aktuell mit der DAK-Gesundheit und der IKK classic umgesetzten Vertrags zur Besonderen Versorgung ist die digitale Wund-Fallakte in der seit Jahren für Selektivverträge etablierten Online-Plattform IVPnet. Sie sorgt für eine rollenbasierte Vernetzung der involvierten LE, schafft eine einheitliche Informationsgrundlage über den Versorgungsverlauf und ermöglicht eine diagnoseabhängige Steuerung der Behandlungspfade. Darüber hinaus steht die Plattform den LE als Kommunikationsmedium sowie zum Datenaustausch zur Verfügung und beugt somit Informationsasymmetrien vor.

Erfordern komplexe Wundsituationen weitere fachärztliche Expertise, kann diese im Rahmen einer Fallkonferenz eingeholt werden, indem die beratende Praxis individuellen Zugriff auf die Wund-Fallfakte erhält. Zusätzlich ermöglicht die integrierte und zertifizierte Videokommunikation eine ortsunabhängige Vernetzung mit Patient:innen und LE. Für eine stärkere Einbindung der Patient:innen in das Versorgungsgeschehen können diese über einen eigenen Zugang Informationen zum Wundverlauf einsehen.

Teilnehmende Ärzt:innen erhalten eine zusätzliche Vergütung und auch Pflegedienste werden für Wundbehandlung, Anleitung, Casemanagement und Dokumentation zusätzlich vergütet. Die budgetneutrale Verordnung von Verbandstoffen über die IVPnet schafft zusätzliche Transparenz über den Einsatz der verwendeten Verbandstoffe.

Zusammenfassung

Die IVPnet dient als Tool zur digitalen Vernetzung verschiedener LE, die an der Wundversorgung der Patient:innen beteiligt sind. Integrierte Kommunikationsmöglichkeiten sorgen hierbei für Zeitersparnis und Flexibilität. Durch die Schaffung kürzerer Informationswege zwischen den LE und der damit einhergehenden Transparenz kann die Wundtherapie kurzfristig an die neue Situation angepasst werden, sodass eine phasengerechte Wundversorgung erfolgt.

FV18 Ergebnisse der Wundheilung mit der Anwendung eines autologen kombinierten Leukozyten-, Thrombozyten- und Fibrinpflasters - 3CP* bei schwer zu heilenden diabetische Fußulzera (DFU)

K. Zink, T. Haak

Diabetesklinik Bad Mergentheim, Bad Mergentheim

Ziel

Beschreibung der Wirkung des 3CP auf schwer heilende diabetische Fußulzera (DFU) mit einem nach der WIFI-Klassifikation mittleren bis hohen Amputationsrisiko in einem überwiegend stationären Setting.

Methode

Wir führten eine retrospektive Datenanalyse bei unseren Patienten durch. Die Behandlung umfasste die Anwendung des 3CP zusätzlich zur besten Standardversorgung. Um die Platzierung der AP auf freiliegender Sehne oder Knochen zu sichern, wurde bei 76% der Patienten eine NPWT** angewendet. Die Datenerhebung umfasste die demografischen Daten der Patienten, den Wundgrad, die Wundinfektion und den Gefäßstatus (WIFI).

Ergebnisse

Wir analysierten die Daten von 66 stationären und 8 ambulanten Patienten, die zwischen April 2016 und Februar 2022 behandelt wurden.

Studienpopulation

Alter 64.7 ± 11.5 Jahre; 90.5% Männer; BMI = 31 ± 6.3 kg/m²; HbA1c $7.44\% \pm 1.5$; 13% Charcot; 7% ESRD; 51% vorherige Amputation; 77% freiliegende Knochen. Das mittlere Wundalter bei Beginn der Therapie lag bei 176 Tagen. Das Amputationsrisiko auf der Grundlage der WIFI-Klassifikation war hoch bei 59%, mäßig bei 32%, niedrig bei 5% und sehr niedrig bei 3%. Die durchschnittliche Anzahl der 3CP-Anwendungen betrug 3.0, die durchschnittliche Behandlungsdauer 15 ± 13.5 Wochen.

Patientenergebnisse in Woche 20 nach WIFI-Risikoklasse

1 = geheilt (hohes Risiko 44%, mittleres Risiko 43%, niedriges Risiko 60%); 2 = Knochensehne übergranuliert (hohes Risiko 10%, mittleres Risiko 13%, niedriges Risiko 20%); 3 = noch vorhanden (hohes Risiko 26%, mittleres Risiko 22%, niedriges Risiko 20%); 4 = kurzfristige Amputation (hohes Risiko 18%, mittleres Risiko 22%); 5 = Amputation > ein Jahr (keine); 6 = Tod (hohes Risiko 3%). Aus den Follow-up-Daten vom Juli 2022 geht hervor, dass 81,1% der Patienten noch leben; 5 sind ohne Wunde verstorben; 1 ist mit unbekanntem Status verstorben; 4 sind mit einer Wunde verstorben; 1 ist mit Amputation verstorben, und für 3 Patienten fehlen Daten.

Schlussfolgerung

Die AP, die zusätzlich zur Standard-Wundbehandlung eingesetzt wurde, schien die Wundheilung bei Patienten mit schwer heilender DFU mit hohem Amputationsrisiko auf der Grundlage des WIFI-Risikos zu beschleunigen, ohne dass es zu negativen Nebenwirkungen kam.

- * 3CPatch von Reapplix A/S, Europa
- **NPWT V.A.C. FreedomTM KCI und Suprasorb® CNP P3 L&R

FV19 Biofilm and a debriding gel: Physico-chemical interactions and working mechanisms

M. Hermans

Hermans Medical Consulting, Hoorn, Niederlande

Methyl sulphonic acid (MSA) is a strong acid that is used as a debriding gel, for the purpose of replacing surgical Débridement in certain indications. The compound acts rapidly and, typically, only one application is needed, properties similar to those of surgery. No specific and high-level expertise is necessary for usage, however, which makes its use easier and more suitable for outpatient clinics.

Biofilms are microbial aggregates that reside within a "self-made" extracellular matrix of polysaccharides, proteins, and glycoproteins. 97% of the matrix is water however: when the acid diffuses through the biofilm, it comes in contact with this water and an exothermic dissociation (CH3SO3H -- CH3SO3 -+ H +) occurs.

This dissociation generates approximately 1500 KJ/mol which is re-adsorbed by the molecular components (in the biofilm). This causes the atomic bonds in these molecules, that typically have a dissociation energy level that is significantly lower than 1500 KJ/mol, to break. Consequently, proteins and bacterial walls are denatured, and the microorganisms die via osmosis.

This process is more or less similar to cauterization but only acts on the biofilm. The stratum corneum of the perilesional skin has too low a water content for the MSA-dissociation to be activated.

The efficacy of MSA-generated Débridement has been proven in a number of clinical studies: its use results in a wound bed that, through rapid removal of biofilm and necrosis and subsequent development of granulation tissue, allows for swift healing by secondary intention.

FV20 In-vivo-Studie zur Bewertung der Wirksamkeit acellulärer Fischhaut auf die Wundheilung

L. P. Kamolz

Medizinische Universität Graz, Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Graz, Österreich

Einführung

Azelluläre Fischhaut kommt in der letzten Zeit zur Behandlung von akuten und chronischen Wunden zum Einsatz.

Materialen und Methoden

Das Hauptziel dieser Studie bestand darin, die Wirkweise von azellulärer Fischhaut auf die Wundheilung in einem Schweinemodell mit Vollhautdefekten zu untersuchen. Die Versuche wurden an männlichen Landrassenschweinen mit einem Durchschnittsgewicht von 28.8 ± 2.8 kg durchgeführt. Als geeignetes Modell wurden Schweine ausgewählt, da ihre Haut hinsichtlich Haardichte, Blutversorgung, relativer epidermaler und dermaler Dicke sowie Hautschlaffheit dem menschlichen Gegenstück sicherlich am nächsten kommen.

Die Tiere wurden 7–10 Tage vor Beginn der Studie durch verstärkten Kontakt mit dem Tierpflegepersonal an die neue Umgebung gewöhnt, um den Stress der Tiere während der Eingriffe zu reduzieren. Am ersten Versuchstag (Wundheilung) erhielten die Tiere ein Fentanylpflaster zur Schmerzlinderung. Das Fentanylpflaster wurde in den ersten drei Tagen nach der Verletzung täglich erneuert. Das gesamte Experiment dauerte 21 Tage. Wunddokumentation wurden am 5., 9., 14. und 21. Tag nach der Verletzung durchgeführt. Die Wunddokumentation umfasste nicht-invasive Methoden wie Fotodokumentation, Wundvermessungen und bildgebende Verfahren inkl. Biomarker-Analysen

Ergebnisse

Die Größe der Wundflächen, die mit den beiden Fischhautprodukten behandelt wurden, nahm im Laufe der Studientage schnell ab. Wunden, die mit den beiden Fischhautprodukten behandelt wurden, heilten gut, ohne Anzeichen einer Wundkontraktion ab. Auf Biomarker-Ebene konnte ebenfalls gezeigt werden, dass die Fischhaut die Wundheilung beschleunigt.

Abschluss

Fischhautprodukte scheinen eine schnelle Wundheilung zu bewirken und einer Wundkontraktion entgegenzuwirken. Wir glauben, dass Produkte auf Fischhautbasis das Potenzial haben, eine schnelle Wundheilung und eine geringere Wundkontraktion zu bewirken.

FV21 Die prozentuale Wundflächenreduktion als valider Surrogatendpunkt für die vollständige Wundheilung von chronischen Wunden - ein Review klinischer Studien

A. Lammert¹, S. Kiehlmeier¹, J. Dissemond², K. C. Münter³, W. Schnorpfeil¹, J. Pohl⁴

¹WS Value & Dossier GmbH, Market Access, Eschborn, ²Universitätsklinikum Essen, Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Essen, ³Gemeinschaftspraxis für interne Medizin, Allgemeinmedizin, Palliativmedizin und Schmerztherapie, Hamburg, ⁴Bundesverband Medizintechnologie e. V., Berlin

Einleitung

Chronische Wunden benötigen oft lange Zeiträume, um vollständig zu heilen. Insbesondere für Wundprodukte, die nur intermediär in bestimmten Heilungsphasen eingesetzt werden, kann es schwierig sein, den primären Endpunkt der vollständigen Wundheilung in den klinischen Studien abzubilden. Aus diesem Grund wäre es wünschenswert, solide Surrogatendpunkte zur Verfügung zu haben, um einen potenziellen Heilungserfolg frühzeitig abschätzen zu können.

Ziel

Ziel dieser Analysen war es, Wundheilungsparameter, die zu einem frühen Zeitpunkt bestimmt werden können, wie beispielsweise die prozentuale (Wund-)Flächenreduktion (PAR), als Surrogate für die Vorhersage der vollständigen Wundheilung zu identifizieren und deren Validität zu überprüfen.

Methoden

Zur Identifizierung von Studien, die den Zusammenhang zwischen potenziellen Surrogat-Endpunkten und vollständiger Wundheilung untersuchen, wurde eine systematische Literaturrecherche in Medline, Embase und der Cochrane Library durchgeführt. Die Ergebnisse der Studien wurden qualitativ zusammengefasst.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 23 Publikationen mit Schwerpunkt auf chronischen Wunden (n = 10 diabetische Fußulzera (DFU), n = 10 venöse Beingeschwüre (VLU), n = 3 andere Ulzera) und verschiedenen Wundversorgungsregimen identifiziert. Alle Studien wiesen ein hohes Verzerrungspotenzial auf. Der am häufigsten (16/23 Publikationen) untersuchte Surrogatendpunkt war die PAR. Die verfügbaren klinischen Daten zeigen, dass die PAR

in Woche 4 eine akzeptable bis exzellente Trennschärfe aufweist, um vorherzusagen, welche Wunden letztendlich heilen werden und welche nicht. Die Chance auf eine vollständige Wundheilung war signifikant höher für Wunden, die in Woche 4 einen PAR von \geq 40% (VLU) bzw. von \geq 50% (DFU) erreichten

Zusammenfassung

Die vorliegenden klinischen Daten (Level-I- und Level-II-Evidenz) zeigen konsistente Effekte der PAR hinsichtlich der Vorhersage der vollständigen Wundheilung. Die PAR kann daher als valider Surrogatendpunkt angesehen werden. Die im Rahmen dieser Arbeit identifizierten PAR-Schwellenwerte von 40% (VLU) und 50% (DFU) können verwendet werden, um den Anteil der Wunden zu ermitteln, die heilen und die nicht heilen werden. Dies kann genutzt werden, um die Wirksamkeit verschiedener Wundauflagen bereits in Woche 4 im Rahmen klinischer Studien zu vergleichen. Die verfügbare Evidenz kann durch ein potenzielles Risiko der Verzerrung eingeschränkt sein.

FV22 Metabolisch, immunologisch und pharmakologisch? Interaktion Mikroorganismen und Wunde aus molekularbiologisch-hygienischer Sicht

A. Schwarzkopf, C. Schwarzkopf

Institut Schwarzkopf GbR, Aura a. d. Saale

Einleitung

Die Definitionen des G-BA zur Wirkung von Verbandmitteln auf Wunden boten und bieten viel Diskussionsstoff. Doch so, wie man bei der Planung von Hygienemaßnahmen vom "bevölkerungsüblichen Risiko" ausgeht, ist es bei der Betrachtung der Interaktionen sinnvoll, zu schauen, welche Interaktionen in welchem Kompartiment bei verschiedenen Wundarten von Natur aus stattfinden, also "bevölkerungsüblich" sind. Von dieser Null-Linie ausgehend können dann Eingriffe verschiedener Verbandmittel in die natürlich ablaufenden Prozesse bei der akuten und chronischen Wunde beurteilt werden und so die genannten Begriffe eine konkretere Definition erfahren.

Ziel

Die Beurteilung von Wundauflagen zu vereinfachen.

Methodik

Literaturrecherche zur Fragestellung, wie besiedelnde Mikroorganismen auf die Wundheilung Einfluss nehmen, und ein Exkurs ins Medizinprodukterecht.

Ergebnisse

Beispielhaft werden Stoffwechsel-Interaktionen zwischen Wunde und besiedelnden Mikroorganismen dargestellt, unterschieden zwischen akuter (postoperativer) und chronischer Wunde.

Zusammenfassung

Die Beweisführung der derzeitigen Evidenz zum Einsatz von Verbandmitteln genügt nicht einmal den Anforderungen der Zivilprozessordnung. Daher muss erwogen werden, ob nicht – wie in der Hygiene ganz offiziell – die strenge, plausible, nachvollziehbare, theoretische Ableitung auf Grund von Daten der Grundlagenforschung bei den Beurteilungen von Verbandmitteln mit Zusatzfunktionen einen höheren Stellenwert einneh-

men sollte. Auf jeden Fall soll eine genauere Definition der Begriffe herausgearbeitet werden, der Vortrag gibt hierfür Hinweise

FV23 From bench to bedside -Entwicklung eines Arzneimittels für chronisch venöse Ulzera mit ABCB5+ mesenchymalen Stromazellen

K. Dieter¹, E. Niebergall-Roth¹, M. Gerstner¹, A. Hüllen¹, A. Mößmer¹, C. Ganss¹, A. Kerstan², A. Kluth¹

¹RHEACELL GmbH & Co. KG, Heidelberg, ²Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg

Forschungsergebnisse aus über 20 Jahren seit ihrer Entdeckung beschreiben ABCB5-positive mesenchymale Stromazellen (ABCB5+ MSC) mittlerweile ausführlich als Immunmodulatoren der Haut. Basierend auf ihrer heute bekannten hohen Wirksamkeit und Sicherheit sind sie bereits als Arzneimittel für therapie-refraktäre chronisch venöse Ulzera (CVU) genehmigt. Ein Überblick von der präklinischen Untersuchung bis hin zur nationalen Marktgenehmigung soll beispielhaft die Entwicklung eines neuartigen somatischen Zelltherapeutikums darstellen.

Das hohe Homing-Potential der ABCB5+ MSC in Hautgewebe und ihre Fähigkeit, die Wundheilung zu fördern, legten früh ihr Potential als immunmodulierendes Zelltherapeutikum für Hauterkrankungen nahe. Insbesondere für seltene, therapierefraktäre CVU, die unter Standard-of-Care nicht abheilen, werden neuartige Behandlungsmethoden dringend benötigt. Vor der Anwendung in klinischen Studien mussten zunächst jedoch hohe Hürden der Arzneimittelentwicklung genommen werden. Nachdem ein GMP-konformer Produktionsprozess für ABCB5+ MSC etabliert worden ist und ihre toxikologische Sicherheit in vivo belegt wurde, konnten vielversprechende klinische Studien folgen. Eine erste Phase-1/2a-Studie mit autologen ABCB5+MSC zeigte 12 Wochen nach einmaliger Applikation (0,5 Mio. MSC/cm²) eine 63%ige Wundreduktion therapie-refraktärer CVU. Die folgende Phase-1/2a-Studie mit allogenen ABCB5+ MSC von jüngeren, hautgesunden Spendern erreichte nach 1- bis 2-maliger Anwendung allogener ABCB5+ MSC (1 Mio. MSC/cm²) sogar einen 87%igen Wundverschluss bei einer Responder-Rate von 70% sowie eine gute Verträglichkeit der Zellen. Die Ergebnisse dieser Studien legten den Grundstein für die frühzeitige nationale Marktgenehmigung, die heute bereits Behandlungen außerhalb klinischer Studien ermöglicht. Derzeit befindet sich eine randomisierte, doppelt verblindete Phase-2b-Studie in der Rekrutierungsphase, um die Daten zu Wirksamkeit und Sicherheit weiter auszubauen.

Als eines der ersten genehmigten somatischen Zelltherapeutika in Deutschland erwiesen ABCB5+ MSC ihre Anwendbarkeit als Arzneimittel und Wirksamkeit bei therapie-refraktären CVU. Derzeit wird ihr Potential als Therapieoption für weitere seltene Erkrankungen untersucht, um den bestehenden hohen ungedeckten medizinischen Bedarf zu decken.



Carbon Zorflex LA

- Höhere Festigkeit und Formstabilität
- Ideal bei pAVK und DFS
- Auch für unterminierte Wunden

Wir freuen uns auf Ihren Besuch auf unserer Webseite



FV24 Biodegradable Seidenfibroin-Matrices als neue Option zur Wunddeckung - Analysen im humanen Ex-vivo-Wundmodell

J. Strenge¹, E. K. Stürmer², E. S. Debus², M. Gosau¹, R. Smeets¹

¹Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf , Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Hamburg, ²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf , Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Hamburg

Einleitung

Die Epithelisierung von schwer heilenden oder infizierten Wunden dauert oft Monate. Um diesen Prozess zu beschleunigen, wird häufig eine Spalthauttransplantation durchgeführt, die Aufwand, Kosten und sekundäre Morbidität verursacht. Seidenfibroin bietet ein hohes Potenzial für die Geweberegeneration und -optimierung in der Weichteilchirurgie. Ziel dieser translationalen Analysen war es, im humanen Setting die Gewebeintegration von biodegradablen Fibroin-Matrices zu validieren.

Methoden

Auf der Grundlage von 2D-*in-vitro*-Vorexperimenten wurden zwei biologisch abbaubare Wundmatrices auf Seidenfibroin-Basis (Membran und Vlies) ausgewählt. Aus Abdominoplasiken wurden 8 mm durchmessende Hautinseln gewonnen, in diese wurden 3 mm große, zentrale Gewebedefekte gestanzt und dort hinein press-fit ebenfalls 3 mm durchmessende Fibroin-Matrices implantiert. Nach Inkubation bei 37°C für 5 bis 20 Tage wurden die Gewebeproben histomorphologisch, histomorphometrisch und immunhistochemisch auf Proliferation (Ki-67), Migration (Laminin-a3), Stoffwechselaktivität (FAP) und Apoptose (TUNEL-Assay) untersucht.

Ergebnisse

Die mit Seidenfibroin-Membranen und Vliese bedeckten Wunden zeigten eine nur minimale Wundkontraktion. Die Gewebeintegration der Membranen war im Vergleich zu der der Vliese durch ein besser organisiertes und strukturiertes Keratinozytennetzwerk geprägt, während die Wundzellen (Fibroblasten und Keratinozyten) bei beiden Matrices vital, aktiv proliferierend und migrierend erschienen. Ein Wundverschluss konnte durch das vollständige Einwachsen der Fibroin-Membran nach 16,8 Tagen (MW) dokumentiert werden. Bei den *Ex-vivo-*Wundmodell-Kontrollen ohne Matrices wurde kein Wundverschluss erreicht. Im 20-tägigen Versuchsverlauf konnte keine Degradation der Matrices beobachtet werden; sie wird nach 8–12 Wochen erwartet.

Schlussfolgerung

Das humane 3D-ex-vivo-Wundmodell bietet durch die interzelluläre Kommunikation der Hautzellen einen entscheidenden Vorteil gegenüber 2D-Zellkulturen. Es ermöglicht eine realistische Beurteilung der Heilungsprozesse und eine zeitabhängige Beobachtung einer Gewebeintegration von potenziellen Wundmatrices. Insbesondere die Fibroin-Membranen zeigten in den dargestellten Analysen eine gute Gewebeintegration, was von Vorteil auch bei schwer heilenden Wunden sein sollte. Weiterführende *In-vivo-*Studien sind erforderlich, um ein mögliches Potenzial der Fibroin-Matrices zu identifizieren, ihr Design und ihre Anwendung zu optimieren.

FV25 Innovative Strategie in der operativen Versorgung von Dekubitalulzera

H. Schepler, J. Veeser

Universitätsmedizin Mainz, Hautklinik, Mainz

Einleitung

Die zunehmende Alterung, der Anstieg der Morbidität, mangelnde Pflege sowie lange Aufenthalte auf Intensivstationen mit unzureichender Remobilisierung haben die Zahl der Dekubitalulzera sakral erhöht [1]. Zudem sind die meisten dieser Patienten in einem reduzierten Allgemein- und Ernährungszustand, so dass zu radikale, traumatisierende Débridements und häufige Anästhesien einen zusätzlichen, erheblichen Risikofaktor darstellen.

Ziele

Um dem entgegenzuwirken, wurde ein neues modulares Operationskonzept entwickelt. Hier wurden die meisten Eingriffe in Tumeszenz-Lokalanästhesie (TLA) durchgeführt, das Débridement erfolgte durch Umstellung auf ein ultraschallgestütztes Wunddébridement (UAW). Die Defektdeckung gelang meist mit einfachen fasziokutanen Lappen.

Methoden

Von 2017 bis 2022 wurden 48 Patienten mit einem 4°-Dekubitus retrospektiv erfasst und analysiert.

Ergebnisse

n=48, Alter: Ø 72,875 Jahre; F17/31M; Komorbiditäten (Ø 6,25); ECOG Median 4; CFS (Ø 7,36); sakral n=35, andere Lokalisation n=13; TLA n=37, Vollnarkose n=6, Kombination n=5; Anzahl der Operationen (Ø 3,9); NPWT n=31; V-Y-Lappen n=24, Keystone-Lappen n=5, andere n=6, kein Wundverschluss n=13; Liegedauer (Ø 19,5 Tage); Wundheilungsstörungen n=17; Rezidiv n=7.

Zusammenfassung

Die Umstellung auf eine Strategie mit einer schonender Anästhesieform, kaum traumatisierenden UAW, einer Unterdruck-Wundtherapie (engl. NPWT) und anschließender optionaler Defektdeckung durch eine einfache Lappenplastik stellt eine wertvolle Alternative zum bisherigen Standard dar. Selbst Patienten mit ausgedehnten Ulzerationen oder multiplen Komorbiditäten können ohne Vollnarkose, Blutungen nach radikalem Débridement oder starken Wundschmerzen therapiert werden. Die Folge ist eine Minimierung operativer Belastungen und kaum Komplikationen bei gleichzeitig guten postoperativen Resultaten. Das modulare Therapiedesign erlaubt Flexibilität und patientennahes Agieren mit/ohne der Notwendigkeit eines Defektverschlusses und trägt somit zu einer Steigerung der Lebensqualität bei.

Referenzen

 Labeau et al.; DecubICUs Study Team; European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) Trials Group Collaborators. Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubICUs study. Intensive Care Med. 2021 Feb; 47(2): 160–169

FV26 WMCS-Technology - kontaktlose Förderung der Epithelbildung nach autologem Hautersatz

H. Ziegenthaler

Gräfliche Kliniken Moritz Klinik GmbH & Co. KG, Reha-Zentrum für Brandverletzte, Bad Klosterlausnitz

Einleitung

Eine geringe Take-up-Rate nach autologem Hautersatz und anhaltende Epitheldefekte an Spenderarealen behindern die Rehabilitation thermisch Verletzter, bedingen erhöhte personelle und materielle Ressourcen und erzeugen Schmerz sowie verminderte Lebensqualität. Eine rasche Epithelbildung trägt folglich zur Förderung des Wohlbefindens, zur Schmerzlinderung, Schonung wichtiger Ressourcen und zu einer besseren Haut- und Narbenqualität bei. Können physikalische Reize zur Förderung der Reepithelisierung nach den plastisch-rekonstruktiven Eingriffen beitragen und somit die Rehabilitation Brandverletzter fördern?

An Fallbeispielen wird die WMCS-Technologie in Bezug auf Wirkprinzip, Wirksamkeit und klinische Praktikabilität dargestellt.

Material/Methode

In der rehabilitativen Versorgung nach thermischem Trauma überwiegen Männer im vierten Lebensjahrzehnt bei durchschnittlich 25 % der VKOF. Es dominieren Flammenverletzungen im häuslichen Umfeld neben Verletzungen im Beruf, seltener Stromunfälle oder großflächige Hautschäden durch Chemikalien. Über zwei Fünftel der Brandverletzten weisen kleinere Epitheldefekte auf, was ein forciertes Wundmanagement erfordert. Speziell dann kommen physikalische Methoden zur Förderung der Epithelisierung zum Einsatz. Neben wassergefiltertem monochromatischen Infrarotlicht und Kohlenstoffdioxid im Wasser oder Trockenanwendung hat sich das WS WETLING 200 bewährt. Die Bestrahlungszeit beträgt täglich 30 Minuten im Rahmen des Verbandwechsels, die Eindringtiefe der Elektronen in die Hautstimulation beträgt 1,5 μ A. Es resultiert eine verbesserte Mikrozirkulation, Reparaturzellen wandern an die Wundoberfläche, die Durchlässigkeit der Zellmembranen wird verändert und die zelluläre Sekretion durch die Zellmembran verbessert. Die Applikation wird von der Wundschwester überwacht, ist aber auch eigenständig absolvierbar.

Ergebnisse

Eine Verkürzung des Intervalls zwischen Unfallereignis und Beginn der Rehabilitation (2005: 99,2 Tage; 2017: 621,7 Tage; 2020: 53,6 Tage) ist festzustellen. Die dabei nahezu erreichte Halbierung betrifft jedoch nicht die Phasen der Wundheilung. So sind Epitheldefekte im transplantierten Areal genauso wie an Spenderarealen überaus häufig. Durch die Wireless Microcurrent Stimulation mit dem Wetling W 200 als einer nicht-invasiven Behandlung ohne physischen Kontakt mit der Wunde. Simpel zu bedienen, einfach in den Alltag zu integrieren und somit eine Einsparung an Ressourcen sowie an Zeit bis zur Epithelisierung. Physikalisch nutzt das W200 die Eigenschaften von Stickstoff und Sauerstoff, Elektronen abzugeben und so einen Mikrostrom fließen zu lassen. Durch die PlasmaDerm Technologie® reduzieren sich technischer und personeller Aufwand (Applikation 7,5 min/Wo.) bei vergleichbarem Effekt auf die Epithelisierung.

Diskussion

Eine beschleunigte Wundheilung, der flexible, kontaktlose Einsatz des kompakten und mobilen Gerätes, insbesondere ohne Zusatzequipment und mit kurzer Interventionsdauer, lässt sich einfach in den Stationsablauf integrieren, auch im Patientenzimmer unter Einhaltung der Hygienemaßnahmen.

Standardisierte randomisierte, verblindete multizentrische Studie mit exakten Assessments zur Erfassung der Wundheilung, negativer vegetativer Parameter wie Schmerz und Juckreiz sowie der erlebten Lebensqualität des Brandverletzten sind zur Manifestation des beobachteten klinischen Effekts erforderlich.

FV27 Der Einfluss von Fischhaut auf den Wundheilungsverlauf im Schweinemodell

A. Hecker^{1,2}, A. L. Pignet^{1,2}, E. Hofmann^{1,2}, J. Fink², M. Prevedel^{1,2}, D. Hahn², A. Schwarz^{1,2}, P. Kotzbeck^{1,2}, L. P. Kamolz^{1,2}

¹Medizinische Universität Graz, Klinische Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Graz, Österreich, ²JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, COREMED – Kooperatives Zentrum für Regenerative Medizin und Präzisionsmedizin, Graz, Österreich

Fragestellung

Biomaterialien aus Fischhaut haben sich in Humanstudien sowohl bei akuten als auch chronischen Wunden als wirksam erwiesen. Unser Ziel war es, die Auswirkungen von Fischhaut auf den Wundheilungsverlauf in einem Schweinemodell mit Vollhautwunden unter standardisierten Bedingungen zu untersuchen.

Methode

Biomaterialien aus Fischhaut wurden in einem standardisierten Modell für Vollhautwunden ($3\,\mathrm{cm}\times3\,\mathrm{cm}$ je Wunde) an Schweinen (n=9, männliche Hausschweine) getestet und mit unbehandelten Kontrollwunden verglichen. Der Versuch dauerte 21 Tage, die zu testenden Materialien wurden 9 Tage nach der Verwundung einmalig re-appliziert. Je 5, 9, 14 und 21 Tage nach Verwundung wurden Wundscoring, Fotodokumentation und nicht-invasive Imaging-Methoden (Laser Speckle, Hyperspektral Imaging, Thermografie) angewandt sowie Stanzbiopsien aus den Wundarealen gewonnen. Die Gewebeproben wurden mittels Hämatoxylin-Eosin- und Masson-Trichrom-Färbung gefärbt und analysiert.

Ergebnisse

Am 5., 9. und 14. Tag nach Verwundung zeigte sich histologisch, dass in den mit Fischhaut behandelten Wunden im Vergleich zu den Kontrollwunden deutlich mehr Granulationsgewebe gebildet wurde. Die Thermografie ergab eine signifikant höhere Gewebetemperatur in den mit Fischhaut behandelten Wunden an Tag 9 und Tag 14. Bei der mittels Hyperspektralkamera gemessenen Oxygenierung und der tiefen Perfusion gab es keine Unterschiede. Am letzten Tag des Versuches (Tag 21) zeigten die mit Fischhaut behandelten Wunden eine ähnliche Epithelisierung wie die Kontrollwunden, jedoch mit deutlich weniger Wundkontraktion und somit vermutlich weniger Narbenbildung.

Schlussfolgerung

Fischhaut erwies sich als vielversprechendes Instrument zur Unterstützung der Wundheilung von Vollhautwunden aufgrund der vermehrten Bildung von Granulationsgewebe und der reduzierten Wundkontraktion.

FV28 Einsatz von Virtual-Reality-(VR)-Szenarien zur unterstützten Vermittlung einer patientenorientierten Wundversorgung in der generalistischen Pflegeausbildung eine Mixed-Methods-Studie

J. V. Steindorff¹, D. Paulicke^{1,2}, P. Jahn¹

¹Universitätsmedizin Halle (Saale), AG Versorgungsforschung, Halle a. d. Saale, ²Akkon Hochschule für Humanwissenschaften, Fachbereich Medizinpädagogik, Berlin

Hintergrund

"Ärzte und Pflegende tragen entscheidend zur Optimierung des Wohlbefindens von Wundpatienten bei (...) [und] sollten [sie] wenn möglich im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes (...) immer als 'Person' sehen." (Internationaler Konsens. Optimierung des Wohlbefindens von Wundpatienten. Bericht einer Expertengruppe, 2012).

Bisherige Lernansätze des Wundmanagements beschränken sich häufig auf isolierte Wunddarstellungen an Pflegepuppen. Als effektiver erweist sich jedoch die Gestaltung des Lernprozesses mit einem sich anschließenden Praxistransfer und der Verknüpfung zum konkreten Pflegehandeln, wenn das explizite Regel- mit implizitem Kontextwissen aktiv reflektiert werden kann (DBR, 2017).

Um dieses komplexe Lehr-Lernarrangement gestalten zu können, soll exploriert werden, ob Auszubildende anhand "multidimensionale[r], möglichst authentische[r] Arbeitsanforderungen bzw. Pflegesituationen" (Darmann-Finck, 2020) in Form von VR-gestützten Lehr-Lernszenarien darin befähigt werden können, ihr Handeln in einem sicheren Rahmen und kontextuell eingebettet zu habitualisieren.

Methoden

Das Studienprojekt DigiCare verfolgt einen co-kreativen, anwendungsorientierten und nutzerzentrierten Mixed-Methods-Design- und Forschungsansatz (Creswell & Piano Clark 2018). So werden für die Erhebung der Bedürfnisse und Bedarfe der Zielgruppen sowie der Praxiserfordernisse Auszubildende und Lehrkräfte mittels standardisierter Fragebogenerhebungen, vertiefender Interviews und Workshops aktiv in die Entwicklung der Szenarien involviert.

Ergebnisse

Mithilfe des iterativen Entwicklungs- und Evaluationsprozesses konnten erste virtuell gestützte, realitätsnahe und komplexe Lehr-Lernszenarien mit dem Fokus der Wundversorgung entwickelt und hinsichtlich deren curricularer Integrationsfähigkeit geprüft werden. Dabei erfolgt die zu vollziehende variable Pflegehandlung unter Berücksichtigung der Settings und Altersgruppen, die es in der anforderungsreichen Generalistik abzudecken gilt.

Schlussfolgerungen

Pflegeauszubildende sollten dazu befähigt werden, ihr Pflegehandeln losgelöst von der Fixierung auf einzelne Handlungsschritte verstärkt auf der Basis der subjektiven Lebens-, Wahrnehmungs- und Erfahrungswelt der zu pflegenden Personen auszurichten. Um dies zu unterstützen, bietet der ergänzende Einsatz authentischer VR-Szenarien eine Option, neben praktischen Fertigkeiten auch die Beobachtungs- und Bewertungskompetenz für eine professionelle Wundversorgung trainieren zu können.

FV30 Einfluss von Keramik-Wundauflagen auf die Wundheilung bei infizierten Wunden

A. Hecker¹, N. Watzinger², B. Michelitsch², A. L. Pignet^{2,1}, M. Carnieletto^{2,1}, P. Kotzbeck^{2,1}, L. P. Kamolz^{2,1}

¹JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH, COREMED – Kooperatives Zentrum für Regenerative Medizin und Präzisionsmedizin, Graz, Österreich, ²Medizinische Universität Graz, Klinische Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Graz, Österreich

Fragestellung

Keramik-Wundauflagen haben aufgrund der kapillaren Eigenschaften und der großen saugfähigen Oberfläche einen Einfluss auf die Wundheilung. Hierdurch wird überschüssiges Wundexsudat kontinuierlich aus der Wunde entfernt sowie ein feuchtes Wundmilieu beibehalten. Das primäre Ziel war es, die Heilungseigenschaften eines neuen primären keramischen Wundverbandes bei infizierten Wunden zu untersuchen. Das sekundäre Ziel bestand darin, die Absorptionseigenschaften der neuen keramischen Wundauflagen zu diagnostischen Zwecken zu untersuchen.

Methoden

Zwölf Patienten mit konservativ behandelten infizierten Wunden unterschiedlicher Genese und stabilen Wundgrößen (<10 % Verkleinerung Wundgröße innerhalb einer Woche) wurden in die Studie aufgenommen. In den ersten drei Tagen wurde der keramische Verband täglich gewechselt, danach erfolgte der Verbandswechsel in dreitägigen Abständen über einen Zeitraum von vier Wochen. Bei jeder Visite erfolgten eine Messung der Wundoberfläche, Wundabstriche, Sonifikation der Wundauflage sowie Messung der Wundexsudat-Menge. Das Sonikat des Verbandes wurde mikrobiologisch analysiert und anschließend mit dem jeweiligen Wundabstrich qualitativ verglichen.

Ergebnisse

Nach einem 4-wöchigen Behandlungszeitraum wurde eine durchschnittliche Verringerung der Wundoberfläche von 1768,3 mm² (SD +/-2071.9 mm²) auf 1415,2 mm² (SD +/-1579,6 mm²) beobachtet (p = 0,066). Die Wundexsudatmenge nahm in der ersten Behandlungswoche zunächst leicht zu, ging dann zurück und stabilisierte sich bis zum Ende des Studienzeitraums. Im Sonikat der keramischen Wundauflagen lag die Bakterien-Sensitivität bei 83 %, während sie bei den konventionellen Wundabstrichen bei 60 % lag.

Schlussfolgerung

Die neue keramische Wundauflage scheint sich positiv auf die Wundheilung bei infizierten Wunden auszuwirken und könnte als vielversprechendes Instrument zum Monitoring für Biomarker im Wundheilungsverlauf eingesetzt werden.

Poster-Abstracts

P01 Was, Pflegekräfte stellen Rezepte aus? Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten optimieren

M. Huber

TCW Ortenau Lahr, Oberkirch-Ödsbach

Einleitung

Heilkundliche Verantwortung für Menschen mit chronischen Wunden, was bedeutet das für die Wundversorgung?

Im Rahmen der Wundversorgungspraxis entzünden sich immer wieder Diskussionen um die Auswahl der wundspezifischen, patientenorientieren und phasenadaptierten Wundbehandlung, weil manche Ärzte bei chronischen Wunden obsolete Wundtherapeutika verordnen. Im Wahlmodul 2 der generalistischen Ausbildung geht es um Pflege- und Therapieprozesse bezogen auf Menschen aller Altersgruppen, die von chronischen Wunden betroffen sind. Dadurch wird zukünftig spezialisierten Pflegefachpersonen eine erweiterte heilkundliche Verantwortung übertragen, mit der Möglichkeit, Rezepte ausstellen zu können.

Methoden

Im Rahmen einer Literaturrecherche und durch Interviews mit ausgewiesenen Experten aus der Wundversorgung konnte eruiert werden, welche Strategien zu einer tragfähigen und erfolgreichen Kommunikation zwischen den Akteuren in der Wundversorgung führen können.

Ergebnisse

Strategien für eine interprofessionelle und sektorale Zusammenarbeit werden aufgezeigt:

- Budgetverantwortung: Im ersten Schritt wird allen Akteuren die aktuelle Budgetverantwortung der Ärzte verbunden mit deren haftungsrechtlicher Gesamtverantwortung im Rahmen der Therapieentscheidung bewusst.
- 2. Kommunikation: Eine wertschätzende Gesprächsführung, die Grundzüge des Harvard-Verhandlungskonzepts® einbezieht, kann hier zielführend sein.
- 3. Leitlinien: Als Argumentationshilfen werden Erkenntnisse aus Studien, Standards (z.B. Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden) und Leitlinien herangezogen.
- Gesetze: Auf der n\u00e4chsten Stufe wird auf Aussagen von Gesetzen verwiesen.
- 5. Patientenperspektive: In einem weiteren Schritt wird die Perspektive von Wundpatienten in den Blick genommen, um die Gesamtsituation mit Leidensdruck, drohender Krankenhauseinweisung, wundspezifischen Einschränkungen, verlängerten Abheilungszeiten, potentiellen Komplikationen etc. zu verdeutlichen.

Diskussion

Probleme auf allen Seiten konstruktiv ansprechen, um mit allen Akteuren in der Wundversorgung gemeinsam eine optimierte Wundbehandlung sicherzustellen, um Menschen, die an einer chronischen Wunde leiden, adäquat begleiten und unterstützen zu können.

Take Home Message

Probleme in der Verordnung von Wundtherapeutika können durch ein gelebtes Shared-desicion-making gelöst werden, wobei Budgetverantwortung, Leitlinien, Gesetze und die Patientenperspektive einfließen.

P02 Kaltplasmatherapie bei Verruca plantaris – ein Fall für die Podologie

P. Kühn

Praxis für Podologie, Nastätten

Der Fallbericht zeigt, wie bestehender großflächiger Verruca-Befall an Händen und Füßen bei regelmäßig durchgeführter Kaltplasmatherapie nach podologischer Behandlung vollständig abgeheilt ist.

Für betroffene Menschen stellt die Verruca-Infekion eine große psychische Belastung dar, sodass sie wie hier auch bereit sind unterschiedlichste Behandlungen durchzuführen. Im vorgestellten Fall waren lokal aufzubringende salicylhaltige Tinkturen, Vereisung und Lasertherapie erfolglos ausprobiert worden. Die damit verbundenen Schmerzen, die psychische Belastung und die mit der Infektion verbundene Scham wurde als extrem belastend in Ehe und Beruf empfunden.

In der podologischen Praxis wurde die Kaltplasmatherapie wöchentlich gestartet, dann vierzehntägig durchgeführt und wieder auf wöchentlich abgeändert. Die Hyperkeratose wurde dabei vorab rund um den Warzenherd mit dem Skalpell möglichst verletzungsfrei und unblutig abgetragen, dann die Kaltplasmabehandlung durchgeführt. Die Therapie umfasste je Behandlung 3 Zyklen à 2,5 Min. mit der größeren PS-30- und punktuell mit der PS-12-Sonde, die speziell für die Behandlung von Warzen und anderen HP-Viren, wie Herpes, geeignet ist.

Der gesamte Behandlungszyklus wurde als lang empfunden und erforderte immer wieder Motivation auf allen Seiten. Nach 18 Behandlungen bluteten gleichzeitig die Warzen an beiden Füßen ein und nach weiteren 6 Therapiesitzungen waren sowohl die Verrucae an den Füßen als auch an den Händen zu 100% abgeheilt.

Fazit

Lang empfundene Behandlungszyklen während der Kaltplasmatherapie bei Verruca-Therapie sollten motivierend begleitet werden, da eine Spontanabheilung, auch unterstützt durch die Selbstheilungskräfte des Patienten, möglich ist. Kaltplasmatherapie offeriert eine schmerzfreie Behandlung und eine Verbesserung der Lebensqualität durch Abheilung bei Verruca plantaris.

P03 Ulcera: Wann OP - wann nicht?

C. Klingelhöller, S. Schneider

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf , Klinik für Dermatologie und Venerologie, Hamburg

Chronische Ulzerationen stellen den Dermatologen vor eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. Neben den konservativen Therapien wird anhand von Fallbeispielen aus unserer Klinik ein Einblick in die dermatochirurgischen Therapieoptionen insbesondere der selteneren Diagnosen (Pyoderma gangraenosum und die Calciphylaxie) gegeben. Im Vergleich dazu werden Fälle mit den Diagnosen Livedovaskulopathien und Vaskulitiden vorgestellt, bei denen eine operative Intervention nicht in Frage kommt.

Das Pyoderma gangraenosum (PG) ist eine primär sterile, entzündliche neutrophile Dermatose. Am häufigsten sind die Beine betroffen, seltener auch andere Bereiche der Haut und die Schleimhäute. Am besten dokumentiert ist die systemische Behandlung mit Kortikosteroiden und Cyclosporin A. Bei resistenten Fällen werden Steroide mit Zytostatika kombiniert. Hauttransplantation und die Verwendung von (bio)synthetischen Deckungen (Hautäquivalenten) ist in ausgewählten Fällen eine nützliche Ergänzung immunsuppressiver Therapien. Topische Therapien mit modernen Wundverbänden können Schmerzen und das Risiko von Sekundärinfektionen minimieren.

Die Calciphylaxie ist eine seltene, mit hoher Morbidität und Mortalität assoziierte Erkrankung, deren heterogenes klinisches Bild die frühzeitige Diagnose erschwert. Sie ist gekennzeichnet durch schmerzhafte, ischämiebedingte, teils nekrotische Ulzerationen der Haut, deren pathomorphologisches Korrelat Verkalkungen der Media kutaner Arteriolen und des umgebenden Fettgewebes darstellen. Betroffen von dieser Erkrankung sind bevorzugt Patienten mit eingeschränkter oder dialysepflichtiger Niereninsuffizienz, seltener Patienten mit normaler Nierenfunktion. Eine differenzialdiagnostische Abgrenzung zu vaskulitischen Hauterkrankungen, zu diabetischen Ulzerationen oder Cholesterinembolien kann in Einzelfällen schwer sein. Dennoch ist die Rolle der bioptischen Abklärung aufgrund der damit verbundenen Mikrotraumatisierung in schlecht heilenden Geweben unklar.

Diskussion

Es gibt klassische, zum Beispiel die Parathyreoidektomie, und neue therapeutische Ansatzpunkte, wie die Gabe von Cinacalcet, Bisphosphonate oder Thiosulfat. Die Therapie muss individuell sorgfältig abgewogen werden.

P04 Das WoundCareGame

M. Huber

TCW Ortenau Lahr, Oberkirch-Ödsbach

Deutscher Wundpreis 2023 Kategorie Edukation

Spielidee

Zwei Wundteams treten gegeneinander an und stellen sich abwechselnd Fragen zu Themen, wie Wundarten, Wundheilung, Wundbeurteilung, Beratung, Lebensqualität, Adhärenz, Wundtherapeutika, interprofessionelle Zusammenarbeit, etc.. Jedes Team begleitet eine/n Patient*in.

- Zwei Spielvarianten mit unterschiedlichen Schwierigkeitsstufen
- · Ereigniskarten steigern die Spannung
- Zeitdauer: 2 bis 4 Unterrichtsstunden

Warum dieses Spiel? Das Spiel soll auf unterhaltsame Weise das Thema "Wundmanagement" Auszubildenden in der generalistischen Pflegeausbildung näherbringen. Es möchte auf die Herausforderungen der modernen Wundversorgung eingehen und die Bedeutung der Qualifizierung von Ärzt*innen und Pflegekräften herausstellen, Patientenorientierung lebendig werden lassen und den Stellenwert des Teamgedankens in der Wundversorgung aufgreifen.

Spielmaterialien

Spielplan:

Die Kreise auf dem Spielplan orientieren sich an den verschiedenen Ebenen des Expertenstandards "Pflege von Menschen mit chronischen Wunden". Der im Spiel verwendete "runde Würfel" steht als Symbol dafür, dass es in der Wundversorgung "rund läuft".

Fragekarten:

Frage: Wer entscheidet, welche Wundauflage auf die Wunde aufgebracht wird?

Antwort: Nicht Ärzte, Pflegekräfte oder Wundexpert*innen oder Patient*in, sondern die Wunde (Wundsituation) entscheidet.

Ereigniskarten sorgen für Überraschungen: "Du hast die 30 Sec. der hygienischen Händedesinfektion nicht eingehalten. Gehe 3 Felder zurück" oder "Du hast bei der Wundanamnese erfasst, unter welchen Gefühlen der/die Patient*in leidet (z. B. Ängste, Schmerzen, Einsamkeit). Super, gehe 5 Felder vor."

Ziele

- Der Team-Gedanke wird gefördert, der kollegiale Austausch wird unterstützt
- Patientenorientierung wird gelebt
- Wissen zum Thema Wunde, Lebensqualität, Wundkausalität wird überprüft

Weitere Infos: https://deutscher-wundkongress.de/dewu/kongress und https://www.pflegeunterricht.com

P05 Patientenmobilität mit Fußwunde Podologische Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität Wunde und trotzdem gut zu Fuß? Interdisziplinär beim diabetischen Fuß mit Podologie besser zu händeln!

C. Kuberka-Wiese^{1,2,3}

¹Praxis Stauber, Northeim, ²Praxis Niehus, Herzberg am Harz, ³Podologieschule Recklinghausen, Recklinghausen

Wie die Podologie bei der Wundbehandlung einen wichtigen Beitrag leisten kann und welche Schnittstellen es bei ärztlicher und podologischer Therapie gibt!

Podologische Kompetenzen und Skills bei der Behandlung von Hyperkeratosen wie Clavi, auch an Fußstümpfen nach Fußteilamputationen, oder bei Nägeln speziell zur Vorbeugung eines Unguis incarnatus, bei der Pflege des ulzerierten und nicht-ulzerierten Fußes und bei der Beratung zur Schuhund Einlagenversorgung und Bewegungsübungen tragen dazu bei, die Lebensqualität von Betroffenen signifikant zu verbessern. Dieser empfundene Fortschritt bei der Entwicklung des Wohlbefindens zeigt sich unter anderem in der gewissenhaften Einhaltung der Behandlungstermine bei unseren Patientinnen und Patienten. Aber nur zusammen mit den Skills der anderen Berufsgruppen, die bei Wunden involviert sind, gelingt der wirklich große Wurf: Gut zu Fuß trotz Wunde!

Fallbeispiele zeigen die Möglichkeiten, Wirksamkeit und Ergebnisse podologischer Therapie. Diagnostik, Therapieverfahren, Behandlungsplan und Therapieziel sind die Schlüssel zur gesundheitlichen Verbesserung für Patientinnen und Patienten auch mit Fußwunde.

Global und europäisch betrachtet ist die Forschungs-, Evidenz- und Studienlage besser als in Deutschland, da dort bereits eine ausreichende Anzahl akademisch gebildeter und arbeitender Podologinnen und Podologen tätig ist. In Deutschland ist es dringend notwendig, nachzubessern.

Die Referentin bemüht sich besonders intensiv seit ihrem Bachelorstudium Podologie im Jahr 2012, diese Lage zu verbessern, indem sie seit 2017 monatlich Fallberichte verfasst und in der podologischen Fachzeitschrift PodoJournal veröffentlicht.

Eine Zusammenführung und Zusammenstellung dieser Therapieverfahren zeigt die gelebte Interdisziplinarität befasster Berufsgruppen bei Patientinnen und Patienten mit und ohne Diabetes mellitus und Polyneuropathie.

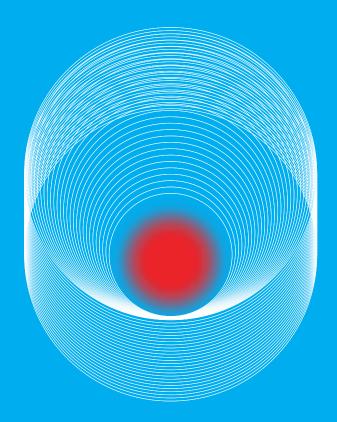
P07 Die Begleiterkrankungen des Patienten mit akuten und chronischen Wunden im Fokus

U. Tidow

Klinikum Region Hannover, Thorax- und Gefäßchirurgie, Hannover

Fragestellung

Der Patient mit chronischen Wunden weist häufig viele Begleiterkrankungen auf. Der Diabetes mellitus, die arterielle Verschlusserkrankung, die chronisch venöse Insuffizienz mit dem postthrombotischen Syndrom, jedoch auch Tumorerkrankungen und hämostaseologische Auffälligkeiten haben Einfluss auf die Wundentwicklung, den Wundverlauf und damit die Wundtherapie. Aus wundtherapeutischer Sicht liegt unser Augenmerk auf der Wundtherapie. Aufgrund der Komorbiditäten darf das mögliche Auftreten von Begleitereignissen bei Patienten mit akuten oder chronischen Wunden nicht übersehen werden. Begleitereignisse wie eine akute Myokardischämie, Apoplex, Thrombosen, Gefäßverschlüsse, maligne Erkrankungen, aber auch psychische Belastungen oder Schmerzmittelabusus, müssen erfasst und beachtet werden.



So viel mehr als nur Wundreinigung.

Debridement, Exsudatmanagement und Infektionskontrolle aus einer Hand.



Wundversorgung in einer neuen Dimension.



Scan mich um Produktmuster anzufordern!

Flaminal® hydro & Flaminal® forte sind Verbandmittel (Medizinprodukte der Klasse IIb) und erstattungsfähig nach § 31 SGB V. Beide sind CE-zertifiziert und werden in Belgien produziert. Flen Health GmbH // Königsallee 92A // D-40212 Düsseldorf // Tel: +49 (0)211 5455 6620 // Fax: +49 (0)211 542 348 36 // info@flenbealth de // flaminal de



Methoden

Es sollen einige Beispiele vorgestellt werden, bei denen die Begleiterkrankungen von Patienten mit chronischen Wunden die wundtherapeutische Tätigkeit beeinflussen. Schwierigkeiten der Einschätzung des Symptoms "Wundschmerz" aufgrund von Analgetika-Abusus oder psychischen Begleiterkrankungen werden beispielhaft vorgestellt. Veränderungen der wundtherapeutischen Maßnahmen nach akuten Ereignissen wie z.B. einem Apoplex oder persistierenden Stoffwechselentgleisungen sollen anhand von Fallbeispielen beleuchtet werden. Psychische Begleiterkrankungen stellen eine besondere Herausforderung in der Behandlung chronischer Wunden dar.

Zusammenfassung

Patienten mit akuten und chronischen Wunden und gravierenden Begleiterkrankungen, die zu Akuteereignissen führen, stellen eine große Herausforderung in der Wundtherapie dar.

P08 Intermittent Pneumatic Impulse Compression (IIC) in the treatment of stasis dermatitis - A monocenter randomized controlled trial

S. Janßen¹, J. Schmölders¹, T. M. Jansen¹, N. Ertas², N. P. Hoff¹

¹Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Düsseldorf, ²Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie, Düsseldorf

Background

Intermittent pneumatic impulse compression (IIC) is an effective drainage treatment that both reduces edema and promotes arterial blood flow. It has demonstrated promising clinical efficacy in various medical specialities. In dermatology, IIC is used primarily in the treatment of phlebedema, lymphedema and venous leg ulcers. Stasis dermatitis is often a clinical complication of the mentioned diseases and requires inpatient care. It is standardly treated with topical glucocorticosteroids and compression bandages. We hypothesize that additive IIC might be better than standard therapy with compression bandages in this clinical condition. To evaluate efficacy, we conducted a prospective study of patients diagnosed with stasis dermatitis by making a side-by-side comparison of the legs with standard care and additionally IIC over five days.

Methods

17 patients of the department of Dermatology of the University Clinic in Duesseldorf with bilateral stasis dermatitis were enrolled. They were treated with IIC using VADOplex® (OPED GmbH, Germany) for five days on one leg (four hours per day, standard mode (1 sec, 130 mmHg) in addition to the standard therapy on both lower legs. During this time, we performed measurements including tcpO $_2$, leg circumferences and pain sensation, one before starting therapy, one on the first day after IIC initiation and one on the fifth day. Data were described using mean and standard deviation or absolute frequencies and percentage. T-test for paired samples were used. P-value <0.05 was considered significant.

Results

Looking at the IIC-treated legs, we have seen a statistically significant improvement in tissue oxygen saturation (p = 0.012,

mean difference = $19.87\,\mathrm{mmHg}$) and leg circumference at the ankle region (p < 0,0001, mean difference = $-2,13\,\mathrm{cm}$) over time. The legs treated with standard therapy showed no significant change in these parameters. Leg circumferences (calf, above the knee) and pain perception were not statistically significantly improved in both groups.

Conclusion

In this initial proof-of-concept study, we were able to gain evidence for the positive effect of IIC for use in stasis dermatitis. Additional use of an IIC-system promotes significant edema reduction and oxygen saturation which led to a shorter disease curse. Further studies must be conducted to gain more clinical evidence for the effectiveness of IIC in the treatment of stasis dermatitis

P09 Reaktiv perforierende Kollagenose

A. Pleintinger, M. Roswora, S. Fehrmann, M. Fischer

Bundeswehrkrankenhaus Hamburg, Klinik für Dermatologie, Hamburg

Die erworbene, reaktiv perforierende Kollagenose zeichnet sich durch die transepidermale Ausschleusung von kollagenem Bindegewebe aus. Klinisch zeigen sich typischerweise scharf begrenzte Ulzerationen mit zentralem, hyperkeratotischen Pfropf. Ein Diabetes mellitus und/oder eine terminale chronische Niereninsuffizienz werden als assoziierte und begünstigende Erkrankungen beschrieben. Als auslösender Faktor wird ein Köbner-Phänomen diskutiert. Die Diagnosesicherung erfolgt durch eine Probebiopsie in Einklang mit der typischen Klinik. Therapeutisch steht die Behandlung der Grundkrankheit im Vordergrund. Supportiv werden vor allem ein chirurgisches Débridement, lokale Glukokortikoide oder Retinoide, verschiedene UV-Therapien und die systemische Gabe von Allopurinol mit Erfolg angewandt. Wir berichten über den Fall eines 62-jährigen Patienten, bei dem die Ulzerationen einer reaktiv perforierenden Kollagenose mit o.g. Therapieregimen erfolgreich zur Abheilung gebracht werden konnten. Unser Fall illustriert, dass bei diesem Krankheitsbild eine gute Wirksamkeit der der möglichen Therapieoptionen häufig erst durch deren Kombination erzielt

P10 Der Einsatz von sCD83 verbessert die Wundheilung in einem 3D-Wundheilungsmodell und fördert die Auflösung des entzündlichen Milieus bei chronischen Wunden

C. Hollard^{1,2}, C. Erfurt-Berge³, A. Steinkasserer², D. Royzman²

¹FAU Erlangen-Nürnberg, Medizin, Erlangen, ²Universitätsklinikum Erlangen, Hautklinik / Immunmodulatorische Abteilung, Erlangen, ³Universitätsklinikum Erlangen, Hautklinik, Erlangen

Einleitung

Insbesondere Makrophagen spielen eine entscheidende Rolle bei der Wundheilung. Während des akuten Wundheilungsprozesses wechseln die proinflammatorischen Makrophagen in einen pro-regenerativen Phänotyp. Dieser Wechsel ermöglicht den Übergang in die Proliferationsphase, in welcher der Wundverschluss durch die Ausschüttung entzündungshemmender Zytokine und Wachstumsfaktoren eingeleitet wird. In chronischen Wunden sind dieser Übergang und die Auflösung von Entzündungen gestört, was zu einer erhöhten Anzahl von proinflammatorischen Makrophagen führt sowie ein anhaltend entzündliches Milieu und eine gestörte Wundheilung bedingt. Ein potenzieller therapeutischer Wirkstoff, der diese Fehlfunktion bei der Wundheilung überwinden könnte, ist das körpereigene Protein "lösliches CD83" (sCD83). In mehreren experimentellen Studien konnte gezeigt werden, dass sCD83 die Auflösung von Entzündungen, u.a. bei Arthritis, fördert. Darüber hinaus berichtet eine rezente Studie, dass im Tierversuch eine signifikant verbesserte Wundheilung durch die Applikation von sCD83 erreicht wurde [1].

Ziele

Ziel dieser Studie ist es, den möglichen therapeutischen Nutzen von sCD83 bei der Wundheilung in einem translatorischen Wundheilungsansatz mit Hilfe humaner Zellen zu untersuchen.

Material und Methoden

Die Wirkung von sCD83 wurde an einem 3D-Wundheilungsmodell mit menschlichen Zellen untersucht. Dabei wurden Veränderungen der Histologie, der Oberflächenmarker, der Zytokin- und Wachstumsfaktorspiegel sowie der RNA-Expression analysiert. Zusätzlich wurde den Hautmodellen Exsudat aus chronischen Wunden zugesetzt, um das entzündliche Milieu zu simulieren.

Ergebnisse

Es konnte gezeigt werden, dass sCD83 einen pro-regenearativen Makrophagenphänotyp begünstigt und die Sekretion verschiedener Zytokine und Wachstumsfaktoren verändert (Erhöhung von HGF, FGF, APO-2, Arginase und Senkung von IL-1 β , IL-4, IL-6). Dadurch werden verbesserte Bedingungen für eine optimale Wundheilung geschaffen.

Zusammenfassung

Fehlregulationen des Immunsystems spielen eine Rolle bei der Pathogenese chronischer Wunden, insbesondere Makrophagen. Der Einsatz von sCD83 als therapeutischer Wirkstoff könnte diese Dysfunktion überwinden und die Wundheilung verbessern, wie in dieser Studie an einem 3D-Wundheilungsmodell mit menschlichen Zellen gezeigt wurde.

Literatur

 Royzman, D. et al.: Soluble CD83 improves and accelerates wound healing by the induction of pro-resolving macrophages. Front Immunol 13, (2022).

P11 Einfluss einer umfangreichen Patienteninformation auf die Krankheitsverarbeitung bei Ulcus cruris venosum

A. Schutt¹, B. Zschieschang², C. Erfurt-Berge²

 $^1\mbox{Martha-Maria-Krankenhaus}$, Nürnberg, $^2\mbox{Universit\"{a}tsklinik}$ Erlangen, Hautklinik, Erlangen

Hintergrund und Ziele

Im vorgestellten Projekt wurde ein individuelles, auf die Erkrankung "Ulcus cruris venosum" ausgelegtes Patientenbuch erarbeitet und evaluiert. Es wurde besonderer Wert auf eine patientennahe Formulierung und sinnvolle Strukturierung gelegt, um die Patienten gezielt zu einer aktiven Teilnahme am Behandlungsgeschehen zu motivieren. Die Kapitel des Patientenbuchs beinhalten beispielsweise die Thematiken Bewegung, Ernährung, Hautpflege und Hintergrundinformationen bezüglich des Nutzens einer Kompressionstherapie.

Material und Methoden

Die POET-Studie prüfte von Februar 2021 bis März 2022 folgende Hypothese: Die selbstbestimmte Teilhabe an der Therapie des Ulcus cruris venosum sowie die diesbezügliche Vermittlung verständlicher Informationen kann den Patienten helfen, die Pathogenese der Erkrankung besser zu verstehen, die Sinnhaftigkeit der Behandlung nachzuvollziehen und das Management ihrer Erkrankung zu verbessern. Es fand eine zweimalige Patientenbefragung an 24 Probanden in einem zeitlichen Abstand von 6 Wochen statt. Die Befragung beinhaltete gesundheitsbezogene Daten, die Prüfung des verwendeten Kompressionsverbands, einen Fragebogen bezüglich des Patientenbuchs, den Wound-QoL-Fragebogen und einen Feedback-Fragebogen zum Studienabschluss.

Ergebnisse und Beobachtungen

Signifikante Verbesserungen zeigten die Wundgröße, die Gesamtpunktzahl des Kompressionsverbands, das Wissen bezüglich der Pathogenese und das Verständnis der Sinnhaftigkeit der Behandlung sowie die erkrankungsbezogene Lebensqualität. Die Patienten beurteilten den Gesamteindruck, den Umfang, die Verständlichkeit und die Alltagsrelevanz der Patienteninformation mit einer Durchschnittsnote von 1,4. Im Durchschnitt gaben die Patienten an, $3 \times$ im Patientenbuch gelesen zu haben.

Zusammenfassung

Aufgrund der Ergebnisse der POET-Studie konnte gezeigt werden, dass schriftliche Patienteninformation bei der Grunderkrankung Ulcus cruris venosum einen positiven Einfluss auf die Selbstwirksamkeit, die Lebensqualität und den Krankheitsverlauf haben kann. Neben der etablierten Therapie kann eine optimierte Patientenedukation und die aktive Teilhabe Betroffener an ihrer Behandlung den Verlauf ihrer Erkrankung wesentlich beeinflussen.

Literatur

 Schutt A, Zschieschang B, Erfurt-Berge C: Optimierte Edukation und partizipative Therapie des Ulcus cruris venosum – das POET-Projekt. WUNDmanagement 2022, 16: 38–39

P12 Das Projekt EPWUF-KI: Entlastung der Pflege im Bereich der Wundbehandlung am Beispiel des Diabetischen Fußsyndroms durch ein hybrides KI-System

A. Weggen¹, D. Hochlenert², M. Mertens², K. Cremanns³, C. Gündogdu³, F. Wedding³, L. Gierschner¹, H. Otten¹, T. Tromp¹

¹Hochschule Niederrhein, Krefeld, ²CID GmbH, Köln, ³Pi Proballigence GmbH, Augsburg

Einleitung

9,5 Millionen Menschen in Deutschland leben derzeit mit Diabetes Mellitus (DM) [1]. Das Diabetische Fußsyndrom (DFS) ist eine schwerwiegende Folgeerkrankung des DM. Bei der

komplexen Behandlung chronischer Wunden (wie diabetische Fußulcera) besteht Potenzial für digitale Lösungen, um Arbeitsprozesse zu digitalisieren, Pflegekräfte zu entlasten und den Behandlungsverlauf zu optimieren.

Ziele

Das Projekt EPWUF-KI zielt darauf ab, Pflegekräfte in der ambulanten Wundversorgung, speziell beim DFS, von aufwändigen Tätigkeiten wie der Dokumentation zu entlasten. Gleichzeitig sollen Hilfestellungen im Entscheidungsprozess geschaffen und die Behandlungs- sowie Lebensqualität von DFS-Betroffenen verbessert werden. Eine Systemlösung aus sensorbasierter Entlastungshilfe, Smartwatch-Applikation, Web-Oberfläche und mobiler Applikation zur Wunddokumentation und KI-basierter Wundvermessung wird, unter Einbeziehung von Erkenntnissen aus dem Vorprojekt "iFoot" [2], entwickelt.

Methoden

Im Rahmen einer 16-monatigen Patientenstudie wird die Wirksamkeit der entwickelten Versorgungsdokumentation und -steuerung untersucht. Dazu werden 40 DFS-Betroffene in eine Interventions- und Kontrollgruppe randomisiert. Die Interventionsgruppe erhält über die Smartwatch ein audiovisuelles Signal bei Drucküberschreitung. Zudem erhalten Pflegende KI-gesteuerte Entscheidungsunterstützungen basierend auf den erhobenen Wunddokumentations- und Messdaten.

Ergebnisse

Die Patientenstudie erweitert die sensorbasierte Therapie auf die pflegerische Versorgung und bewertet die Wirkung der Systemkomponenten. Zielparameter wie die Zeitspanne zur Halbierung der Wundfläche und der Aufwand für die Wunddokumentation werden erhoben. Die Ergebnisse werden Ende 2024 erwartet.

Zusammenfassung

Das Projekt EPWUF-KI bietet einen vielversprechenden Ansatz zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von DFS-Patienten. Das System zielt darauf ab, bestehende Ulcera zu behandeln, Pflegekräfte zu entlasten und die Patienten miteinzubeziehen.

Literatur

- 1. Hochlenert D, Engels G, Morbach S, Schliwa S, Game F: Das Diabetische Fußsyndrom: Über die Entität zur Therapie. 2. Aufl. 2022 Edition ed.: Springer; 2022.
- Hochlenert D, Bogoclu C, Cremanns K, Gierschner L, Ludmann D, Tromp T et al.: The ifoot-project – A complex intervention using E-Health to preserve mobility when treating plantar pressure-ulcers. 18th Scientific Meeting of the Diabetic Foot Study Group, on 16–18 September 2022. Bratislava, Slovakia 2022

P13 Artificial intelligence in the diagnostic and follow-up of chronic wounds

L. I. Präger¹, A. Iporre-Rivas^{2,3}, J. Mentzel¹, C. Gillmann², J. C. Simon¹

¹Universitätsklinikum Leipzig, Dermatologie, Leipzig, ²Institute for Computer Science, Faculty of Mathematics and Computer Science, Signal and Image Processing Group, Leipzig, ³Max Plank Institute for Human Cognitive and Brain Sciences, Leipzig

Introduction

Neural networks are increasingly finding their way into medical diagnostics. Artificial intelligence (AI) can facilitate diag-

nosis of chronic wounds and document the healing process. Frequently, these algorithms have been developed for medical professionals.

Objectives

Especially in peripheral regions, wound care is often carried out by relatives or ambulatory care services. For this target group, we aim to develop an AI helping to facilitate the assessment of chronic wounds for non-physician staff and to differentiate critical clinical pictures from bland wound situations.

Mothod

For our dataset, we used n=656 wound images that were taken from 2012–2021 in the Dermatology Department of University Hospital Leipzig. Wounds from body region were included. Then a trained dermatologist classified the images by view to one of the seven categories: 1) bland, 2) infection, 3) vasculitis, 4) contact dermatitis, 5) necrosis, 6) malignancy, 7) pyoderma gangrenosum.

The dataset was augmented with random transformations rotations, horizontal and vertical flips and random crops. In addition, we used the predefined wound mask to crop the images. Model training was performed in 5-fold cross-validation. We used a pre-trained convolutional network (CNN) denoted backbone, which extracts a feature vector of 512 dimensions after global max pooling and is followed by a 3-layer fully-connected block that outputs the classification vector. In a separate experiment, using the same backbone we trained a detection model based on the MaskRNN [1].

Results

The wound classification obtains an overall accuracy of 91.4 \pm 2.2%. We additionally report results for each class that ranges from 89.1 \pm 7.8% for contact dermatitis and 96.4 \pm 4.8% for malignant. The evaluation dataset consists of support of 134 images. Regarding the detection, we obtain average Precision (AP)@[IoU = 0.50] of 0.292.

Conclusion

Our model can generalize classification to all classes with individual accuracy above $89.1\pm7.8\,\%$ from a relatively small dataset. Moreover, we can account for a wider range of differential diagnoses and might help to distinguish acute from less acute entities.

Literatur

1. He K, Gkioxari G, Dollár P, Girshick R (2017): Mask r-cnn. In Proceedings of the IEEE international conference on computer vision (pp. 2961–2969).

P14 Heparin-induzierte Nekrosen - eine unterschätzte Komplikation von Heparin

N. Bosch, C. Erfurt-Berge

Universitätsklinikum Erlangen, Dermatologie, Erlangen

Heparin-induzierte Nekrosen sind eine wichtige Differentialdiagnose bei Auftreten von nekrotischen Ulzera im zeitlichen Zusammenhang mit einer Antikoagulation mittels Heparinen. Niedermolekulare Heparine (NMH) haben insgesamt eine geringere Nebenwirkungsrate im Vergleich zu unfraktionierten Heparinen (UFH), jedoch ist die immunologisch vermittelte Heparin-induzierte Thrombozytopenie (HIT) auch bei NMH eine der bekanntesten Komplikationen. Seltenere Nebenwirkungen wie Hautnekrosen sollten jedoch ebenfalls rechtzeitig erkannt werden.

Zwölf Tage nach dem Beginn einer subkutanen Therapie zur postoperativen Antikoagulation mit initial Ceroparin und im Verlauf Enoxaparin entwickelte eine 86-jährige Patientin zunächst hämorrhagische bullöse Hautveränderungen an den Injektionsstellen am Abdomen und den Oberschenkeln, die sich im Verlauf zu großflächigen Nekrosen ausbildeten. Fünf Wochen später erfolgte die hausärztliche Zuweisung an unser Wundzentrum bei zunehmenden Nekrosen und extern gestelltem Verdacht auf ein Pyoderma gangränosum. Antikörper gegen Plättchenfaktor-4-Heparin-Komplex konnten nicht festgestellt werden. Da die Gabe der NMH bereits mehrere Wochen zurück lag, konnte eine HIT jedoch nicht sicher ausgeschlossen werden. Wichtige Differentialdiagnosen wie das Anti-Phospholipid-Syndrom und eine Vaskulitis konnten laborchemisch sowie histologisch ausgeschlossen werden. Da weiterhin eine Antikoagulation inidiziert war, erhielt die Patientin ein direktes orales Antikoagulanz. Es erfolgte ein chirurgisches Débridement und anschließend eine Versorgung mit modernen Wundauflagen.

Wie in der Literatur beschrieben, treten Heparin induzierte Nekrosen innerhalb von 1–17 Tagen nach der ersten Injektion auf und können entweder direkt am Injektionsort oder in umliegenden Arealen lokalisiert sein. Die genauen Pathomechanismen sind bislang noch unklar. Nach Ausschluss relevanter Differenzialdiagnosen aufgrund des zeitlichen Zusammenhangs zur Heparingabe und der Lokalisation gehen wir bei diesem Fall von einer Heparin-induzierten Nekrose aus. Das Krankheitsbild ist für eine Vielzahl medizinischer Fachdisziplinen relevant und erfordert neben dem Absetzen der Heparine ein stadiengerechtes Wundmanagement.

Literatur

Karimi K et al. Acute Cutaneous Necrosis: A Guide to Early Diagnosis and Treatment. J Cutan Med Surg. 2017.

Sator et al. Heparin-induced skin necrosis. JEADV 2016.

P15 Ergebnisse der ersten Erhebung einer Begleitevaluation zur Entwicklung eines KI-Systems zur Unterscheidung von Dekubitus und Inkontinenzassoziierter Dermatitis

M. Herrenbrück¹, S. Kühnel¹, K. Majjouti¹, A. Brehmer², V. Rentschler³, H. von Wendorff³, M. Aleithe⁴, U. Fischer³, J. Kleesiek², B. Hosters¹

¹Universitätsklinikum Essen, Entwicklung und Forschung Pflege, Essen, ²Institut für künstliche Intelligenz in der Medizin, Essen, ³LMU Klinikum, München, ⁴Sciendis GmbH, Leipzig

Aufgrund der Ähnlichkeit kann die Differenzierung von Dekubitus und Inkontinenz-assoziierter Dermatitis für Pflegefachpersonen in der Praxis herausfordernd sein [1]. Das Forschungsund Entwicklungsprojekt KIADEKU strebt das Ziel der Entwicklung eines KI-basierten Demonstrators zur Unterscheidung dieser Wundarten an. Um eine iterative Prozessbeurteilung zu gewährleisten, erfolgt eine multizentrische Begleitevaluation.

Ziel der Evaluation ist die Sicherstellung der Integration von pflege- und praxisrelevanten Fragestellungen sowie der Patientenperspektive in allen Entwicklungsstufen des Projektes.

Die Begleitevaluation erfolgt über die gesamte Projektlaufzeit (03.2022–02.2025) zu fünf Erhebungszeitpunkten mit jeweils differentem Fokus. Die erste Erhebung (05.23) diente u.a. der Evaluation, der bis dahin im Projekt erstellten Dokumente zur Dekubitus-/IAD-Dokumentation sowie -Versorgung und der Identifikation entsprechender Herausforderungen.

Als Instrument diente ein modifiziertes Gruppendelphi, dessen Ziel war, Konsens bzw. begründeten Dissens zu den Dokumenten herzustellen. Das Verfahren kombinierte das Gruppendelphi mit Elementen des klassischen Delphis [2]. In den zwei Erhebungen (T1.1: Online-Fragebogen, T1.2: Online-Gruppendelphi) beantworteten pflegerische Wundexperten des UK Essen und LMU Klinikum München (n = 10) zunächst 49 Fragen (10-stufige Rating-Skala und offenen Fragen kombiniert), die in T1.2 unter den Experten konsentiert wurden. Ein Konsens zu den standardisierten Fragen wurde über den Variationskoeffizienten definiert (VarK(x) Cut off < = 0,5), offene Fragen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

Die erstellten Dokumente konnten konsentiert werden. Sie wurden positiv und praxisrelevant bewertet. Herausforderungen in der Wunddokumentation-/versorgung wurden hingegen auch nach T1.2 teilweise divergent beurteilt (von 20 Fragen bestand zu 8 Fragen ein Dissens – VarK(x) 0,53 bis 0,88).

In der ersten Erhebung der Begleitevaluation zur Entwicklung des einleitend beschriebenen KI-Systems konnten wichtige Erkenntnisse für dessen Entwicklung ermittelt werden. Zu Herausforderungen in der Wunddokumentation-/versorgung bestand hingegen teilweise ein Dissens. In der Diskussion wurde deutlich, dass dies auch auf Aspekte der Mensch-Technik-Interaktion zurückzuführen ist.

Literatur

- Kottner J, Kolbig N, Bültemann A, Dissemond J: Incontinence-associated dermatitis: a position paper. Der Hautarzt 2020; 71: 46–52.
- Niederberger M, Renn O (Hrsg.): Delphi-Verfahren in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften. Wiesbaden: Springer 2019.

P16 Kombinierte Transpositionslappenplastik mit Spalthauttransplanation zur Defektdeckung am Capilitium mit freiliegender Karlotte

S. Schrenker, M. L. Schiffmann, D. Schlarb

Universitätsklinikum Münster, Dermatochirurgie der Hautklinik, Münster

Exzisionsdefekte mit freiliegender Kalotte, die aufgrund Ihrer Größe nicht mit einer lokalen Lappenplastik gedeckt werden können, sind eine Herausforderung in der Wundversorgung. Eine offene Wundheilung mit Granulation von den seitlichen Wundrändern benötigt mehrere Monate, bis ein zufriedenstellendes Ergebnis erzielt werden kann. Innerhalb dieses Zeitraums ist auch das Risiko für Infektionen erhöht. Zudem besteht das Risiko, dass der Knochen austrocknet und eine sekundäre Wundheilung ohne Erfolg bleibt. Ein dann erforderliches Anfrischen des Knochens mittels Bohrungen ist nur in Vollnarkose möglich; dies ist bei den betroffenen Patienten mit großen

Tumoren am Kapilitium oft nur eingeschränkt oder gar nicht umsetzbar.

Bei freiliegender Karlotte ohne Galea ist eine Transpositionslappenplastik mit anschließender Spalthauttransplantation für den Hebedefekt eine gute und schnelle Möglichkeit der Versorgung. Für den Patienten bietet dieses Verfahren verglichen mit der verhältnismäßig langen Granulationsphase des Exzisionsdefekts bis zur Transplantatdeckung viele Vorteile. Die OP ist in den meisten Fällen in Lokalanästhesie möglich. Nach der Anzeichnung der Schnittführung des Transpositionslappens wird der Lappen umschnitten und mobilisiert. Anschließend kann der Lappen auf den Defekt verschoben werden. Der entstandene Hebedefekt wird vermessen und die Spalthaut entnommen. Der Verschluss des Hebedefektes erfolgt dann mittels Spalthauttransplantat.

P17 Therapeutische Herangehensweise nach Stufenschema bei einer subakuten Verlaufsform der Calciphylaxie

S. Kupf, M. Berkenkamp, M. Krieter, E. S. Schultz

Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, Klinik für Dermatologie, Nürnberg

Einleitung

Die Calciphylaxie ist ein seltenes Krankheitsbild, das insbesondere bei Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz auftritt. Dabei kommt es durch vaskuläre Verkalkungen und Thrombosen in Dermis und Subkutis zur ischämischen Infarzierung der Haut [1]. Typische Symptome sind sehr schmerzhafte, bizarr konfigurierte, nekrotische Ulzerationen mit umgebender Livedo racemosa [2]. Therapeutisch werden neben der klassischen Wundbehandlung u. a. der Chelatbildner Natrium-Thiosulfat und bei sekundärem Hyperparathyreodismus das Calcimimetikum Cinacalcet eingesetzt [3].

Ziele

Wir präsentieren einen 66-jährigen Patienten, der seit ca. 2,5 Jahren dialysepflichtig ist.

Ergebnisse

Klinisch zeigte sich bei der Vorstellung eine seit ca. 4 Wochen langsam zunehmende, unregelmäßig konfigurierte, ca. 6×4 cm messende Ulzeration mit Livedo racemosa an der linken Wade. Röntgenologisch imponierten zahlreiche kleine kalkdichte Stippchen im Weichteilgewebe, gut passend zu Gefäßwandverkalkungen. Laborchemisch waren Parathormon (406 pg/ml; Norm: 15–65) und Phosphat (1,87 mmol/l; Norm: 0,81–1,45) erhöht bei normwertigem Calcium (2,32 mmol/l; Norm: 2,2–2,55). Histologisch ließ sich eine kalzifizierende Arteriosklerose nachweisen.

Die Einnahme von Calciumacetat, Colecalciferol und Alfacalcidiol wurde beendet und eine stadiengerechte Wundtherapie durchgeführt. Das Dialyseregime 3×/Woche wurde beibehalten. Hierunter zeigte sich eine deutliche Abheilungstendenz.

Zusammenfassung

Weniger fulminante Formen der Calciphylaxie scheinen nicht selten vorzukommen. Dabei ist die Diagnosestellung eine Herausforderung, zumal keine validierten Diagnosekriterien existieren. Wegweisend waren in unserem Fall die Kombination aus typischen Laborwerten, dem klinischen Bild sowie dem histologischen und radiographischen Befund.

Die Therapie sollte in interdisziplinärer Abstimmung stufenweise erfolgen. Die Beseitigung potentieller Triggerfaktoren und ein stadiengerechtes Wundmanagement können bei schleichendem Verlauf ausreichend sein. Der Einsatz von Cinacalcet oder Natrium-Thiosulfat sollte Fällen mit rascher Progression oder Therapieresistenz vorbehalten bleiben.

Kollaborative Krankheitsregister und klinische Studien sind notwendig, um das Verständnis der Pathophysiologie und die Behandlung der Calciphylaxie zu verbessern.

Literatur

- 1. Nigwekar SU et al. N Engl J Med. 2018; 378(18): 1704-1714.
- 2. Ghosh T et al. Int J Dermatol 2017; 56: 856-61.
- 3. Udomkarnjananun Set al. Kidney Int Rep. 2019; 4(2): 231-244.

P18 Kombination des Kompressionssystems Coflex TLC calamine/zinc mit der superabsorbierenden Wundauflage curea P1/P2 - eine Fallserie

I. Hoffmann-Tischner¹, S. Fragge²

¹Wundmanagement Köln, ²curea medical GmbH, Heilbad Heiligenstadt

Einleitung

In einer multizentrischen, nicht vergleichenden, prospektiven Fallserie mit 27 chronischen Unterschenkelwunden wurde die Wirkung des Mehrkomponentensystems Coflex TLC calamine/zinc in Kombination mit der superabsorbierenden Wundauflage curea P1/P2 in einem Beobachtungszeitraum von 8 Wochen evaluiert.

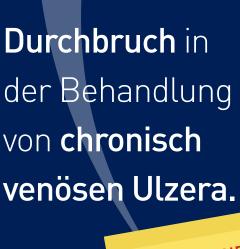
Eine juckende und gereizte Umgebungshaut sowie rutschende Verbände können für Patienten unter Kompressionstherapie eine große Belastung darstellen und zum Abbruch der Therapie führen. Mehrkomponentensysteme mit Zink und Calamine sind in der Lage, Hautreizungen einschließlich Juckreiz zu mildern und die Toleranz der Patienten zu erhöhen. Ebenso kommt der Auswahl des unter der Kompression gewählten Wundverbandes eine entscheidende Rolle zu. Hier zeigen curea P1 und curea P2 deutliche Vorteile.

7iele

Beurteilung von Coflex TLC calamine/zinc im Hinblick auf die Reduktion von Hautirritationen einschließlich Juckreiz, Hautschuppen, und Reduktion von Beinumfängen in der Entstauungsphase sowie Evaluation der damit verbundenen Verbesserung der Lebensqualität und Toleranz des Patienten. Des Weiteren sollte die Wirkung von curea P1/curea P2 in Bezug auf die Reduktion der Wundgröße untersucht werden.

Materialien und Methode

Coflex TLC zinc und Coflex TLC calamine sind Mehrkomponentensysteme mit den Inhaltsstoffen Zink und Calamine, die eine Reduktion von Juckreiz und Hautreizungen versprechen. curea P1 und curea P2 sind superabsorbierende Wundauflagen, die in der Lage sind, sowohl niedrige bis hohe Exsudatmengen als auch niedrige bis hohe Exsudatviskositäten aufzunehmen. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes wurden an mindestens 3 Messpunkten die Parameter Juckreiz, Schmerz und Trage-



BESUCHEN SIE UNS AUF DEM WUKO NÜRNBERG, STAND 34 23.11-24.11.2023

JETZT VERORDNUNGSFÄHIG

AMESANAR®

ABCB5-positive MSCs

Topische Stromazelltherapie zur Behandlung von chronischen Wunden*





Einfach in der topische 1 x Gabe





zur lokalen Therapie der chronisch venösen Ulzera auf Basis einer bestehenden chronisch venösen Insuffizienz (CVI)

1Kerstan, A., Dieter, K., Niebergall-Roth, E., Dachtler, A. K., Kraft, K., Stücker, M., ... & Kluth, M. A. (2022). Allogeneic ABCB5+ mesenchymal stem cells for treatment-refractory chronic venous ulcers: a phase I/IIa clinical trial, JID Innovations, 100067

Bezeichnung: AMESANAR. Allogene ABCB5-positive mesenchymale Stromazellen, aus menschlichem Hautgewebe isoliert. Pharmazeutischer Unternehmer: RHEACELL GmbH & Co. KG; Im Neuenheimer Feld 517, 69120 Heidelberg: Tel.: 0622171833230; info@amesanar.com. Zusammensetzung und sonstige Bestandteile: Eine 1 mL Fertigspritze gefüllt mit 0,5 mL Zelldispersion (= 5 x 10^6 allogene ABCB5-positive mesenchymale Stromazellen, aus menschlichem Hautgewebe isoliert; d.h. 1 x 107 Zellen/mL) in Applikationslösung, flüssig (49,5 Vol% Ringerlaktat, 2,5% Humanes Serum Albumin, 0,4% Glukose). Anwendungsgebiete: Allogene ABCB5-positive mesenchymale Stromazellen, aus menschlichem Hautgewebe isoliert, müssen von einem Facharzt verabreicht werden mit Schwerpunkt und/oder Zusatzbezeichnung Angiologie und/oder Chirurgie und/oder Phlebologie und/oder Dermatologie. In jedem Fall hat der anwendende Arzt über ausreichende Erfahrung in der Behandlung der chronisch venösen Ulzera und der chronisch venösen Insuffizienz (CVI) zu verfügen einschließlich chirurgischer Debridementtechniken. Dabei ist die obere Größe des zu behandelnden Ulcus auf maximal 100 cm² beschränkt. Gegenanzeigen: Allogene ABCB5-positive mesenchymale Stromazellen, aus menschlichem Hautgewebe isoliert, dürfen nicht angewendet werden bei: Überempfindlichkeit gegen einen oder mehrere der in Abschnitt 6.1 in der Fachinformation (s. QR-Code) genannten sonstigen Bestandteile von AMESANAR sowie gegen Rinderserum; Patienten mit Wundinfektion des Ulcus, welche eine systemische Antibiose nötig macht; bestehenden Kontraindikationen gegen chirurgische Wunddebridementverfahren; Überempfindlichkeit gegen 3M™ Tegaderm™ Film Transparentverband. Nebenwirkungen: Zur Behandlung mit AMESANAR liegen begrenzte klinische Daten aus Studien ohne Kontrollgruppen vor. Die Sicherheit kann noch nicht abschließend bewertet werden. Daten zur Sicherheit des Arzneimittels: Gegenwärtig liegen Daten für 31 Patienten mit chronisch venösem Ulkus vor, wobei 3 mögliche Verdachtsfälle in 3 Patienten aufwtraten: milder Fall von erhöhter Wundsekretion (kodiert als Hautulkus), ein moderater Fall von Hautrötung und ein moderater Fall von Schmerz am Ulkus. Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen: AMESANAR darf nur von Fachärzten mit Qualifikation im Bereich Dermatologie oder Chirurgie oder

einem Arzt mit der Schwerpunktbezeichnung Angiologie oder mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie angewendet werden; AMESANAR darf nur von ausgebildetem und qualifiziertem Personal angewendet werden, das die Gebrauchsinformation sorgfältig gelesen hat; der Inhalt einer Spritze ist für die einmalige Verwendung bei nur einem Patienten vorgesehen; die Zelldispersion ist vor Gebrauch visuell zu prüfen. Nach Invertieren soll eine homogen trübe, milchig bis leicht gelbliche Zelldispersion vorliegen. Es dürfen keine Aggregate sichtbar sein; AMESANAR darf nicht nach dem auf der Verpackung genannten Ablaufdatum verwendet werden. Wechselwirkungen sowie weitere Hinweise: siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. Stand: 08/2022

Innovative Stem Cell Therapies

RHEACELL GmbH & Co. KG · Im Neuenheimer Feld 517 · 69120 Heidelberg · T +49 6221 71833-0 · E info@amesanar.de

komfort mittels numerischer Skala sowie Befragung erfasst. Des Weiteren wurden u.a. Daten zu Beinumfang, Hautschuppen, Trockenheit, Rötungen, Mazeration sowie Wundgröße und Verbandwechselintervallen erhoben.

Ergebnisse/Zusammenfassung

Bei den Patienten zeigte sich eine deutliche Steigerung der Adhärenz durch Coflex TLC calamine/zinc gegenüber der vorherigen Kompressionstherapie. Besonders der kühlende und juckreizlindernde Effekt, die Schmerzreduktion und der Tragekomfort linderten laut Patientenangaben zuvor erlebte Nebenwirkungen. Hautschuppen, Trockenheit und Rötungen konnten deutlich reduziert werden. Durch die Kombination mit der superabsorbierenden Wundauflage curea P1/P2 konnte die Wundgröße innerhalb 8 Wochen um 65 % verkleinert und die Lebensqualität verbessert werden.

P19 Die Transplantation von intakter, azellulärer Fischhaut zur Behandlung chronischer und post-chirurgischer Wunden

M. Kälin¹, P. Düppers²

- ¹Universitätsspital Zürich, Wundberatung, Zürich, Schweiz,
- ²Universitätsspital Zürich, Klinik für Gefässchirurgie, Zürich, Schweiz

Einleitung

Während intakte, azelluläre Fischhaut-Transplantate (Kerecis Omega3 Wound, Kerecis, Isafjördur, Island) in den USA bereits seit mehreren Jahren zur Wundbehandlung eingesetzt werden, ist die Erfahrung mit diesen neuen Hautersatzverfahren in Europa momentan noch auf wenige Zentren beschränkt. Zudem sind in Europa noch nicht alle Produktvarianten, wie vorgemeshte oder maschinell stark zerkleinerte Transplantate, verfügbar.

Wir präsentieren unsere klinischen Erfahrungen mit der Applikation von intakten, azellulären Fischhaut-Transplantaten in der Behandlung von chronischen und post-chirurgischen Wunden mit freiliegendem bradythrophem Gewebe oder Knochen anhand von verschiedenen Fallbeispielen.

Zie

Durch die wundgrundgerechte Applikation der Fischhaut-Transplantate sowie ausreichende Hydration der Wunde ein optimales Milieu für die Resorption der Fischhaut schaffen und damit die Entwicklung von Granulationsgewebe sowie die generelle Wundheilung zu fördern.

Materialien und Methoden

Die Fischhaut-Transplantate wurden nach chirurgischem Wund-Débridement initial im gefäßchirurgischen Operationssaal appliziert und bei Bedarf im Abstand von 7–14 Tagen reappliziert. Die Applikation wurde mit Hydrogel und Silikondistanzgitter sowie NaCl-getränkte Kompressen und elastische Wickel als Sekundärverband kombiniert. Der Sekundärverband wurde alle 2 Tage gewechselt, der erste komplette Verbandwechsel fand nach 5–7 Tagen statt. Die Fischhaut-Transplantate wurden nach Bedarf manuell gemesht oder zerkleinert, um den Flüssigkeitsabfluss zu optimieren bzw. Wundhöhlen besser auszufüllen.

Ergebnisse

Wir berichten von Patienten, bei denen wir die Erfahrung gemacht haben, dass je nach Struktur der Wunde die Applikationsweise der Fischhaut angepasst werden muss. Auch wurde uns der Benefit der Verwendung von Hydrogel jeweils beim kompletten Verbandswechsel bewusst, da dies ein optimales Milieu schafft, um eine Resorption der Fischhaut-Transplantate zu ermöglichen. Neben der Förderung der Wundheilung besonders durch die zügige Bildung von Granulationsgewebe berichteten die Patienten über eine Schmerzreduktion.

Zusammenfassung

Unserer Erfahrung nach sind Fischhaut-Transplantate einfach anzuwenden und zu modifizieren und zeigen in der Wundbehandlung besonders bei eher gering-exsudierenden Wunden in Kombination mit Hydrogelen, einem Silikondistanzgitter und NaCl-getränkten Kompressen gute klinische Resultate.

P20 ANTISEPT-Studie: PHMB-haltiger Schaumstoff zur Reduktion von Wundinfektionen

R. Lorenz¹, E. K. Stürmer², E. Boller³, S. Joeken³, C. Pankraz¹

¹Dr. Ausbüttel & Co. GmbH, Dortmund, ²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik & Poliklinik für Gefäßmedizin, Hamburg, ³CERES GmbH evaluation & research, Lörrach

Antimikrobielle Wundauflagen leisten einen wichtigen Beitrag bei der Versorgung infizierter akuter und chronischer Wunden. Wundinfektionen verzögern die Wundheilung, verursachen Schmerzen und schränken die Lebensqualität der Patienten ein. DracoFoam Infekt ist eine PU-Schaumstoff-Wundauflage, die durch das enthaltene Polyhexanid (PHMB) Bakterien im aufgenommenen Exsudat abtötet. PHMB wirkt nur in der Wundauflage und wird nicht freigesetzt.

Ziel dieser multizentrischen, offenen Beobachtungsstudie war es, die Sicherheit und Effektivität dieser PHMB-haltigen Wundauflage aufzuzeigen. Studien-Endpunkte waren die Reduktion der Infektion, die Verkleinerung der Wunde, eine Reduktion von Schmerz und Wundgeruch, aber auch das Aufzeigen möglicher Unverträglichkeiten und Risiken. Die Beobachtungszeit betrug vier Wochen.

Eingeschlossen wurden Patienten mit chronischen oder akuten Wunden und Indikation für eine antimikrobielle Wundtherapie mit einer Schaumstoffauflage. Begleitend erfolgte eine Stadien-gerechte (Wund)Therapie, wobei adjuvante und/oder medizinisch-indizierte System-Therapien fortgeführt wurden.

Insgesamt 21 Patienten wurden in die Studie eingeschlossen: 33% hatten ein Ulcus cruris venosum oder arteriosum, 29% einen Dekubitus, die restlichen ein Diabetisches Fußsyndrom oder postoperative Wunden. Auswertbar bezüglich der Endpunkte: 18 Patienten. 50% der Patienten zeigten eine Verbesserung der Infektionszeichen unter Einsatz der PHMB-haltigen Wundauflage, 39% blieben gleich, bei 11% verschlechterten sie sich. Somit besserte sich der Parameter "Infektion" von der ersten zur letzten Visite statistisch signifikant (p=0.016). Die Hälfte der Wunden verkleinerte sich um 47-100%, wobei die Verringerung der Wundgröße absolut nicht signifikant war (p=0.18).

Die in dieser Studie geprüft PHMB-haltige PU-Wundauflage reduzierte die Anzahl klinischer Zeichen lokaler Wundinfektionen signifikant. Wundschmerzen und Wundgeruch wurden ebenfalls signifikant verringert. Die Verkleinerung der Wundfläche zeigte sich nur tendenziell, was auf die Bandbreite der Wundgrößen zurückzuführen war. Dennoch heilten neun Wunden während des Beobachtungszeitraums. Insgesamt unterstützen die Ergebnisse der Studie die Sicherheit und Leistungsfähigkeit von DracoFoam Infekt und belegen, dass es Wundinfektionen reduzieren kann und dadurch einen positiven Effekt auf die Wundheilung hat.

P21 Pyoderma gangraenosum und die Herausforderungen in der Therapie aus Sicht einer Wundexpertin

L. Nevoigt, S. Fehrmann

Bundeswehrkrankenhaus Hamburg, Klinik III, Hamburg

Anhand von zwei Fallbeispielen sollen die vielfältigen Erscheinungsformen des Pyoderma gangraenosum mit unterschiedlichen modernen Therapieoptionen dargestellt werden. Wir präsentieren zunächst einen Patienten mit einem akuten unkomplizierten Verlauf eines Pyoderma gangraenosum, bei dem zügig eine Diagnose gestellt werden konnte und so eine Rückkehr ins Berufsleben zeitnah möglich wurde. Der zweite Fall illustriert einen komplizierten und langwierigen Verlauf ebenfalls eines Pyoderma gangraenosum bei einer Patientin, die über mehrere Jahre lernen musste, mit der Erkrankung zu leben.

P22 Begleitung durch das Wundmanagement eines metastasierten Basalzellkarzinom bei Gorlin-Goltz-Syndrom

X. Basholli-Haziri, M. Alter

Johannes Wesling-Klinikum, Wundmanagement, Minden

Die 59-jährige Patientin leidet unter einem metastasierten Basalzellkarzinom. Hierbei ist es zu einer vollständigen Destruktion des Schädelknochens gekommen. Dadurch liegen die Hirnhäute frei und es ist zum Auftreten von Hirnabszessen gekommen.

Anamnese

Die Patientin berichtet, dass seit 20 Jahren ein Hautkrebs bekannt sei und mehrere Proben aus Nase, Wange und Kopfhaut entnommen worden sind. Seit 2006 habe sie Veränderungen in der Kopfhaut bemerkt, die sich in den letzten fünf Jahren verschlimmert hätten.

Befunde

Lokalbefund 12/2022: eitrige Capillitum-Wunde, links mit ca. $7.0 \times 7.0\,\mathrm{cm}$, Dura liegt frei, Verkrustung am Rande der Wunde. Diese Situation macht es unumgänglich, dass die regelmäßige Wundversorgung in unserer Wundambulanz mit auch kurzfristiger Zugänglichkeit zur Neurochirurgie stattfindet. Eine Versorgung durch einen Pflegedienst ist explizit nicht möglich. Es erfolgte eine Probebiopsie.

Diagnosen

Basalzellkarzinom am Capilitium mit

- Kalottendestruktion
- Infiltration der Meningen und Verschluss des Sinus sagittalis superior
- Begleitender Meningoenzephalitis
- Bipulmonalen metastasesuspekten ovalären Herden Daraufhin fanden eine interdisziplinäre Hauttumorkonferenz und eine neurochirurgische Tumorkonferenz statt.

Therapie und Empfehlung

- 1. Palliative Anbindung, z. B. auf einer geeigneten Palliativstation
- 2. Therapieversuch mit einem Hedgehog-Inhibitor (Zulassung für Vismodegib)
- 3. Falls durch die Systemtherapie der Allgemeinzustand oder der Lokalbefund gebessert wird, folgt eine Re-Evaluation eines operativen Vorgehens

Die Wundversorgung wurde intensiviert, indem anfangs drei Mal die Woche die Wunddesinfektion, Wundauflageanpassung mittels Hydrofiber und Haar-/Wundumgebungspflege stattgefunden hat.

Take-Home-Message

Durch die Begleitung des Wundmanagements wurde eine Wundinfektion vermieden. Außerdem war eine Steigerung der Lebensqualität und Motivation deutlich erkennbar, sodass die Patientin wieder an sozialen Kontakten teilhaben konnte.

P23 Pyoderma gangraenosum - Leitlinie und Realität im chirurgischen Alltag

L. Halbe, E. Wagenleitner, R. M. Sellei, A. Ladenburger

Sana Klinikum Offenbach, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie, Offenbach

Einleitung

Im chirurgischen Alltag sind Wunden und deren Komplikationen typische Krankheitsbilder. Antibiotika und chirurgisches Débridement werden regelhaft zur Behandlung komplizierter Wunden eingesetzt. Schlägt die Behandlung fehl, sollte die seltene Differentialdiagnose Pyoderma gangraenoseum bedacht werden. Diese Autoimmunerkrankung kann bereits nach einem Bagatelltrauma auftreten. In der Folge können schwere aseptische Ulzerationen entstehen. Das Débridement verschlimmert die Läsion bis hin zum Extremitätenverlust, die Antibiotikagabe bleibt wirkungslos. Therapeutisch muss eine Immunsuppression erfolgen. Die eingeschränkten diagnostischen Möglichkeiten und die Therapieoptionen wurden in einer S1-Leitlinie zusammengefasst.

Fragestellung

Kann die aktuelle S1-Leitlinie helfen, das Pyoderma gangraenosum frühzeitig zu erkennen und die korrekte Therapie einzuleiten?

Materialien und Methoden

Wir präsentieren einen Fall, bei dem die Behandlung einer oberflächlichen Nekrose nach Trauma zu einem großen Weichteilverlust führte. Nach verzögerter Diagnosestellung des Pyoderma gangraenosum und Einleitung der immunsuppressiven

Therapie kam es zur Heilung. Wir stellen unser Vorgehen in den Kontext zur S1-Leitlinie des Pyoderma gangraenosum.

Ergebnisse

Die S1-Leitlinie gibt einen Überblick über die diagnostischen und therapeutischen Optionen. Die frühe Diagnose der selten Krankheit bleibt jedoch aufgrund fehlender eindeutiger Nachweismethoden eine Herausforderung. Die Kenntnis der Leitlinie ist jedem chirurgisch tätigen Arzt zu empfehlen.

Zusammenfassung

Ein 62-jähriger Patient stellte sich nach einer Unterschenkelprellung vor. Aufgrund einer oberflächlichen Nekrose mit Infektzeichen erfolgte die stationäre Aufnahme zur Antibiotikatherapie. Bei ausbleibender Besserung erfolgte ein Débridement. Trotz weiterer Eingriffe und Eskalation der Antibiotikatherapie schritt die Nekrose weiter fort. Keine der entnommenen Proben ergab einen Keimnachweis. Nach interdisziplinärer Fallbesprechung wurde die Verdachtsdiagnose Pyoderma gangraenosum gestellt und die Therapie grundlegend geändert. Unter Immunsuppression konnte ein weiterer Progress verhindert werden. Dieser Fall soll auf die seltene, jedoch relevante Differentialdiagnose des Pyoderma gangraenosum aufmerksam machen. Durch einen verzögerten Beginn der korrekten Therapie können große Weichteildefekte entstehen, die den Patienten nachhaltig beeinträchtigen.

P24 Filzen als Alternative zu Entlastungssystemen bei Druckulzerationen der Fußsohle

B. Buck

UKE Hamburg, Klinik Für Gefäßmedizin/ Comprehensive Wound Center, Hamburg

Neuropathische (diabetische) Ulcera an den Fußsohlen (Malum perforans) heilen aus verschiedenen Gründen schlecht.

Bei mobilen Patienten ist die Wunde ständigem Druck ausgesetzt. Neben Stadien-gerechter Wundtherapie ist die konsequente Druckentlastung essenziell. Dazu gibt es Entlastungssysteme, Gipsverbände, Entlastungsschuhe, die aber von Patienten oft als unpraktisch oder "hässlich" empfunden und deshalb abgelehnt werden. Die Anpassung eines speziellen Schuhwerks dauert lange, bei prolongierter Wundheilung verzögert sie sich oft um Monate.

Das sog. Filzen ist eine zielführende Alternative zur temporären Druckentlastung von Fußulzerationen. Dazu werden Filzplatten individuell unter Aussparung des Ulcus angepasst (Schablone) und druckentlastend in den sonstigen Verband integriert. Da diese Filz-Verbände ununterbrochen bis zum nächsten Verbandswechsel auf bzw. um die Wunde verbleiben, ist eine verbleiben "lückenlose" Druckentlastung des Ulcus, z.B. bei nächtlichem Aufstehen, gewährleistet.

Am Beispiel von 5 Patienten wird aufgezeigt, wie die Filztechnik in den individuellen Wundverband integriert, dass das sichere Gehen so erleichtert wird und Patienten zum eigenen Wundmanagement angeleitet und motiviert werden. Dies erhöht die Lebensqualität und die Akzeptanz der Wundsituation. Von technischer Seite ist es wichtig, das Filzmaterial im Heilverlauf dem aktuellen Wundstatus anzupassen und dass das der Verband nicht zu stark aufträgt (dünne Superabsorber/Schäume). Eine regelmäßige Wund- und Therapiekontrolle (7-10 Tage) ist bei der Filztechnik erforderlich.

Filzen ist eine tolle, preisgünstige und leicht erlernbare Methode um Druckulzerationen im Fuß- und Sprunggelenksbereich zu versorgen. Der Zeitaufwand hält sich in Grenzen und die Heilungsdauer verkürzt sich deutlich. Filzen kann die Zeit bis zum Anpassen/Erhalt eines diabetischen oder orthopädischen Schuhwerks sehr gut überbrücken. Hohe Akzeptanz bei Pflegediensten und Patienten. Unter Beachtung einiger Regeln, wie z.B. Mehrlagigkeit oder Verwendung offener Ringe, profitieren der Patient und Wunde sichtbar.

P25 Konzept Wundvisite -Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Professionen und Fachrichtungen

D. Baumgart, S. Fehrmann

Bundeswehrkrankenhaus Hamburg, Dermatologie und Venerologie, Hamburg

Wie kann eine interdisziplinäre Zusammenarbeit patientenorientiert im klinischen Alltag an einem Krankenhaus funktionieren?

Die interdisziplinäre Wundvisite am Bundeswehrkrankenhaus Hamburg integriert unterschiedliche Professionen und Fachrichtungen, um eine optimale Behandlung für den Patienten zu ermöglichen.

Um dieses Ziel zu erreichen, treffen sich einmal wöchentlich Wundexperten, Pflegepersonal und Assistenzpersonal aus verschiedene Fachbereichen sowie ärztliches Personal aus den Bereichen der Dermatologie, Chirurgie und Unfallchirurgie.

Wie genau dieses Konzept funktioniert, wird anhand eines Posters vorgestellt.

P26 Anwendung des Wundhygiene-Konzeptes in der Praxis anhand eines Fallberichtes

D. Baum

Reichelsheim

Einleitung

Das Wundhygiene-Konzept beruht auf dem internationalen Konsensuspapier [1]. Das Konzept der Wundhygiene umfasst vier essenziell wichtige Schritte, um eine chronische, schwer heilende Wunde umfassend zu reinigen und sie auf die Heilung vorzubereiten:

- 1. Spülung und Reinigung
- 2. Débridement
- 3. Wundrandbehandlung
- 4. Wundverband

Ziele

- Durch die Anwendung der vier Schritte der Wundhygiene wird bei jedem Verbandwechsel sichergestellt, dass die Voraussetzungen für die Wundheilung optimal sind.
- Aufzeigen, dass durch die konsequente Umsetzung hervorragende Ergebnisse erzielt werden können.

Materialien und Methoden

Zusammenfassung der vier Schritte des Wundhygiene-Konzeptes / Kasuistik eines als sehr schwierig geltenden Patienten (multiple Ulcera cruris; seit Monaten; kontinuierliche Verschlechterung; fortgeschrittene Demenz; Kompression wird nicht toleriert; Patient ist zeitweise aggressiv) / praktische Anwendung der vier Schritte im häuslichen Umfeld / Behandlungszeitraum vom 01.07.2022 bis zum 23.11.2022

Ergebnisse

Verbesserung der Adhärenz der Betroffenen / Herstellung einer Möglichkeit zur Umsetzung der notwendigen Kausaltherapie / Verbesserung des Hautzustandes bzw. der Wundumgebung / Abheilung der Wunden

Zusammenfassung

Das Konzept der Wundhygiene stellt eine einfache und praktisch leicht umsetzbare Möglichkeit dar, die Lebensqualität von Betroffenen zu verbessern. Auch die Zufriedenheit des Behandlungsteams kann maßgeblich, positiv beeinflusst werden.

Literatu

 Murphy C, Atkin L, Dissemond J, Hurlow J, Tan YK, Apelqvist J, James G, Salles N, Wu J, Tachi M, Wolcott R: Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: "wound hygiene". J Wound Care 2019: 28: 818–822



Messen | Kongresse | Symposien 2023/2024

Datum	Ort	Veranstaltung & Informationen
30.1102.12. 2023	Salzburg (A)	Jahrestagung 2023 d. Österr. Gesellschaft f. Dermatologie u. Venerologie www.oegdv-jahrestagung.at
2324.11.2023	Nürnberg	06. Nürnberger Wundkongress www.wuko2023.de
24.11.2023	Wien (A)	AWA-Jahrestagung www.a-w-a.at
30.11.2023	Köln	Interdisziplinärer WundCongress 2023 www.wundcongress.de
06.02.2024	Basel (CH)	Basler Dekubitus- und Wundseminar, Basel www.unispital-basel.ch/medizinische-direktion/pflege-mtt/Veranstaltungen/dekubitus-und-wundseminar
0102.03.24	Dortmund	18. Dortmunder Wundforum 2024 www.klinikumdo.de
02.03.2024	Regensburg	D-A-CH-EE Wundkongress 2024 E-Mail: Thomas.Bonkowski@klinik.uni-regensburg.de
15.03.2024	Boppard	4. Wundsymposium Mittelrhein www.institutschwarzkopf.de
18.04.2024	Morbach	17. Moselländisches Symposium www.verbund-krankenhaus.de
0103.05.2024	London (UK)	EWMA conference https://ewma.org/ewma-conferences/2024/conference-information
1517.05.2024	Bremen	DEWU Deutscher Wundkongress Bremer Pflegekongress https://deutscher-wundkongress.de/dewu
05.06.2024	Kassel	Wundkongress Kassel 2024 www.wundnetz-nordhessen.de
08.06.2024	Duisburg	11. Duisburger Wundtag www.dieakademie-du.de
2527.06.2024	Veitshöchheim	15. ICW-Süd/HWX-Kongress www.hwx-kongress.de
0304.09.24	Leipzig	MEDCARE 2024 www.medcare-leipzig.de
11.09.2024	Wien (A)	WDM-Wundtag 2024 www.oegvp.at

Fort- und Weiterbildungen des ICW e. V. sowie Informationen zu Kursen und Anbietern finden Sie immer aktuell auf der Website des ICW e. V. unter **www.icwunden.de/wundseminare**.

Wenn Sie Ihre eigene Fortbildungsveranstaltung zum Wundmanagement hier werblich hervorheben möchten, kontaktieren Sie bitte Herrn **Thomas Müller** unter **thomas.mueller@mhp-medien.de** oder **Tel. 0611 / 50593-32**.

Impressum

Verlag

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

Redaktion

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

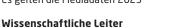
V.i.S.d.P.

Detlef Koenig, Geschäftsführer

Anzeigenverwaltung

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

Es gelten die Mediadaten 2023



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

Editorial Board

Prof. Dr. Matthias Augustin, Hamburg Zeyneb Babadagi, Duisburg Thomas Bonkowski, Regensburg Anke Bültemann, Hamburg Prof. Dr. C. Can Cedidi, Bremen Susanne Danzer, Stuttgart Dr. med. Holger Diener, Hamburg Prof. Dr. Joachim Dissemond, Essen Dr. med. Markus Duft, Wien (A) Dr. med. Cornelia Erfurt-Berge, Erlangen Madeleine Gerber, Bergisch Gladbach Dr. Thomas Karl, Friedrichshall Norbert Kolbig, Düsseldorf Prof. Dr. Jan Kottner, Berlin Peter Kurz, Wien (A) Dr. Severin Läuchli, Zürich (CH) Dr. Eva-Maria Panfil, Basel (CH) Prof. Dr. Sebastian Probst, Genf (CH) Kerstin Protz, Hamburg Dr. med. Julian-Dario Rembe, Düsseldorf PD Dr. Gunnar Riepe, Boppard

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

Layout

Gute Botschafter GmbH, 45721 Haltern am See

Druck

Laub GmbH & Co KG, 74834 Elztal-Dallau

Erscheinungsweise

zweimonatlich

Jahresabonnement

Printversion: € 79,00 E-Paper: € 76,80 Kombination Print + E-Paper: € 101,10 Einzelheft: € 17,90 Alle Preise inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten.

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

Organ

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

Wichtige Hinweise

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

Haftung

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

© mhp Verlag GmbH 09/2023 ISSN 1864-1121





Effektivität. Neu definiert.



Bietet ein besseres Exsudat-Management & bindet Proteasen (MMP) besser als vergleichbare Silikon-Schaumverbände.

Haftet sicher, ist duschfest und ermöglicht einen atraumatischen Verbandwechsel.

Jetzt in einer Vielzahl an neuen Formen und Größen erhältlich!

