ISSN 2570-1207
Fachzeitschrift für das interprofessionelle Wundteam
20. Jahrgang
mhp_medien

WUND MANAGEMENT

Kongress- und Abstractband

09. Nürnberger Wundkongress

3.–4. Dezember 2026
MEISTERSINGERHALLE NÜRNBERG

www.wund-kongress.de

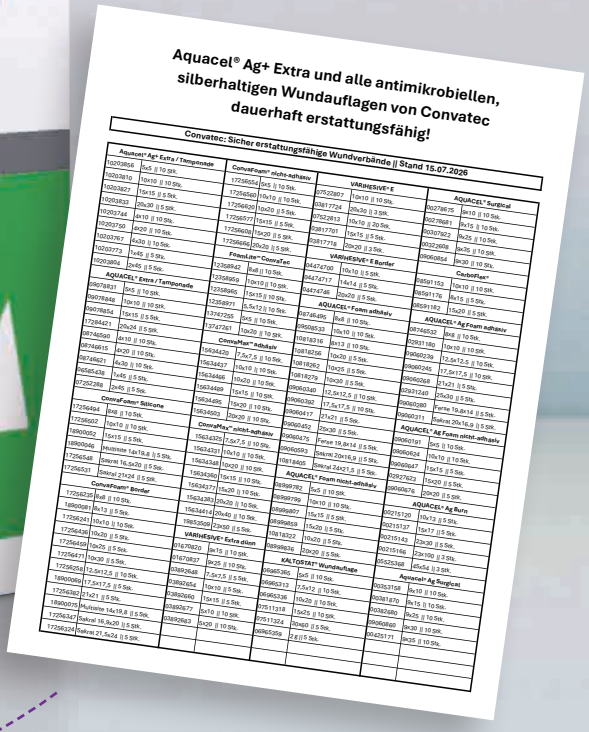


Bundestag und Bundesrat geben grünes Licht!

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz: Antimikrobielle Verbandmittel bleiben dauerhaft erstattungsfähig!

- Aquacel® Ag+ Extra
- Aquacel® Ag+ Tamponade
- Aquacel® Ag Foam





Aquacel® Ag+ Extra und alle antimikrobiellen, silberhaltigen Wundauflagen von Convatec dauerhaft erstattungsfähig!

Convatec: Sicher erstattungsfähige Wundverbände || Stand 15.07.2026

Laden Sie sich unsere Positivliste herunter!

© 2026 Convatec: AP-82642-DEU-DEU-v1

convatec
— forever caring —

Inhalt

Grußwort

Grußwort der Kongresspräsidenten 5

Kongressinformationen

Kongressorganisation 4

WUKO-Kongresspräsidenten 2018–2027 6

Wichtige Informationen im Überblick 8

Kooperierende Fachgesellschaften und Verbände 10

Personenverzeichnis (eingeladene Referierende, Abstract-Autorinnen und -Autoren, Vorsitzende, Workshop- und Seminarleiter/-innen) 11

Hauptsponsoren 12

Ausstellerverzeichnis 14

Gebäudeplan mit Fachmesse 15

Programminformationen

Programmübersichten 16

Programm Donnerstag, 3. Dezember 2026 18

Programm Freitag, 4. Dezember 2026 27

Industrie-Sessions Donnerstag, 3. Dezember 2026 40

Industrie-Sessions Freitag, 4. Dezember 2026 42

Abstracts (Reihenfolge wie in Programmübersicht)

Abstracts der wissenschaftlichen Vorträge 45

Poster-Abstracts 53

Hinweise für Autorinnen und Autoren 72

Termine 74

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 des Klinikums Nürnberg mit der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Nürnberg

Wissenschaftliche Leitung

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

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

Univ.-Prof. Dr. med. Denis Ehrl, MBA
Designierter Kongresspräsident
Direktor der Klinik für Plastische, Wiederherstellende und Handchirurgie, Zentrum für Schwerbrandverletzte, Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Klinikum Nürnberg, Campus Süd

Wissenschaftliches Komitee
Univ.-Prof. Dr. Hermann Josef Bail (Nürnberg)
Thomas Bonkowski (Regensburg)
Prof. Dr. med. Alexander Dechêne (Nürnberg)
Gudrun Deutschle-Coerper (Nürnberg)
Univ.-Prof. Dr. Markus Diener (Nürnberg)
Dr. Holger Diener (Hamburg)
Prof. Dr. Joachim Dissemond (Essen)
Dr. Michael Eckhard (Gießen)
Univ.-Prof. Dr. med. Denis Ehrl (Nürnberg)
Prof. Dr. Cornelia Erfurt-Berge (Erlangen)
Univ.-Prof. Dr. univ. Markus Gosch (Nürnberg)
Dr. Arthur Grünerbel (München)
Oliver Gültig (Aschaffenburg)
Dr. Nina Häring (Feldkirch/AT)
Dr. med. Thomas Karl (Bad Friedrichshall)
Thomas Künzel (Aschaffenburg)
Prof. Dr. Michael Lell (Nürnberg)
Prof. Dr. Ralf Lobmann (Stuttgart)
Claas Lüdemann (Brixen/IT)
Prof. Dr. Andreas Maier-Hasselmann (München)
Priv.-Doz. Dr. Thomas Noppeney (Nürnberg)
Tatjana Pfersich (Reutlingen)
Prof. Dr. Sebastian Probst (Genf/CH)
Kerstin Protz (Hamburg)
Univ.-Prof. Dr. med. Bert Reichert (Nürnberg)
Claudia Schatz (München)
Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen (Berlin)
Gerhard Schröder (Göttingen)
Prof. Dr. Erwin S. Schultz (Nürnberg)
Prof. Dr. med. Frank Siemers (Halle)
Prof. Dr. med. Martin Storck (Karlsruhe)
Yonca Streubing (Bochum)
Prof. Dr. Ewa K. Stürmer (Hamburg)

Tagungsort
Meistersingerhalle Nürnberg, Großer Saal
Schultheißallee 2–4
90478 Nürnberg

Tagungsorganisation / Veranstalter
Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Juliane Meißner
E-Mail: wuko@conventus.de
Internet: www.wund-kongress.de

Projektleitung
Juliane Meißner, Telefon +49 (0)3641 31 16-141
Christopher Gliem, Telefon +49 (0)3641 31 16-314

Referentenbetreuung
Francesca Rustler, Telefon +49 (0)3641 31 16-406

Fachausstellung
Juliane Meißner, Telefon +49 (0)3641 31 16-141
Christopher Gliem, Telefon +49 (0)3641 31 16-314



Univ.-Prof. Dr.
Markus Diener,
Kongresspräsident



Prof. Dr. med.
Alexander Dechêne,
Kongresspräsident

Grußwort

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns sehr, Sie zu einem der größten deutschen Wundkongresse unter dem diesjährigen Motto **„Erfolgreiche Wundversorgung – Gemeinsam ans Ziel"** begrüßen zu dürfen. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akuten und chronischen Wunden stellt eine der großen interdisziplinären Herausforderungen der modernen Medizin dar. Erfolgreiche Wundbehandlung entsteht dort, wo unterschiedliche Fachdisziplinen ihr Wissen bündeln und gemeinsam neue Wege gehen.

Dieser Kongress steht daher ganz im Zeichen der **interdisziplinären Zusammenarbeit**, des **evidenzbasierten Handelns** und der **Weiterentwicklung innovativer Therapiekonzepte**. Von der konservativen Wundtherapie über endoskopische und lokale Verfahren bis hin zu neuen technologischen Ansätzen möchten wir aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse mit praktischer Erfahrung verbinden.

Dass dieser Kongress gemeinsam von Gastroenterologie und Viszeralchirurgie gestaltet wird, unterstreicht den Anspruch, Wundbehandlung nicht isoliert, sondern im Dialog der Disziplinen zu denken.

Wir wünschen Ihnen einen inspirierenden Austausch, spannende Diskussionen und viele neue Impulse für Ihre tägliche klinische Arbeit.

Mit herzlichen Grüßen
Markus Diener
Alexander Dechêne
Kongresspräsidenten

WUKO-Kongresspräsidenten 2018–2027

Kongresspräsident 2018: Univ.-Prof. Dr. med. Bert Reichert (Nürnberg)
Kongresspräsident 2019: Prof. Dr. Erwin S. Schultz (Nürnberg)
Kongresspräsident 2020: Univ.-Prof. Dr. Hermann Josef Bail (Nürnberg)
Kongresspräsident 2021: Prof. Dr. med. Martin Storck (Karlsruhe)
Kongresspräsident 2022: Prof. Dr. Ewa K. Stürmer (Hamburg)
Kongresspräsident 2023: Prof. Dr. Joachim Dissemond (Essen)
Kongresspräsident 2024: Univ.-Prof. Dr. univ. Markus Gosch (Nürnberg)
Kongresspräsident 2025: Prof. Dr. Andreas Maier-Hasselmann (München)
Kongresspräsident 2026: Prof. Dr. med. Alexander Dechêne (Nürnberg) und
Univ.-Prof. Dr. Markus Diener (Nürnberg)
Kongresspräsident 2027: Univ.-Prof. Dr. med. Denis Ehrl, MBA (Nürnberg)



Susann Bargas Gomez

People.Health.Care.



Debrisoft® Duo:

Lernen Sie Debrisoft® von einer neuen Seite kennen – Debrisoft® Duo.

Konzipiert auf Basis von Anwendererfahrung, um im Vergleich zum üblichen mechanischen Debridement ein effektiveres Debridieren von fest anhaftendem, fibrinösem Schorf zu ermöglichen.

*Debrisoft Duo verbindet die bewährte Debrisoft Technologie mit einer neu entwickelten abrasiveren Rückseite, um Ihr Debridement zu optimieren.

www.Lohmann-Rauscher.com



Zwei Seiten, zwei Strukturen, eine Lösung.

2005552 0325 de

Wichtige Informationen im Überblick

ANMELDUNG ZUM KONGRESS

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

AGB – ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen entnehmen Sie dem Registrierungsformular sowie den Registrierungsunterlagen.

BEGLEICHUNG DER GEBÜHREN / ZAHLUNGSBESTÄTIGUNG

Nach Abschluss Ihrer Registrierung erhalten Sie automatisch eine Buchungsbestätigung sowie die zugehörige Rechnung. Die Zahlung der Teilnahmegebühr erfolgt direkt während des Registrierungsprozesses per Kreditkarte (MasterCard, Visa-Card oder American Express). Die Rechnung dient gleichzeitig als Nachweis zur Vorlage beim Finanzamt. 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
Schultheißallee 2–4
90478 Nürnberg

PARKEN

Direkt an der Meistersingerhalle stehen Ihnen 850 Parkplätze zur Verfügung. Die Meistersingerhalle verfügt über ein digitales Parkraummanagementsystem mittels Kennzeichenerkennung. Weitere Informationen finden Sie auf:
www.nuernberg.de/internet/meistersingerhalle/teszentrum-meistersingerhalle.html

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.
Des Weiteren 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, 03.12.2026, 12:00–13:30 Uhr und am Freitag, 04.12.2026, 12:30–14:00 Uhr, Lunchsymposien (mit Mittagsverpflegung) statt, wozu Sie herzlich eingeladen sind. Weitere Informationen zu den Lunchsymposien entnehmen Sie bitte ab Seite 40.

ÖFFNUNGSZEITEN

	Do., 03.12.2026	Fr., 04.12.2026
Check-In	07.30–19.00 Uhr	07.30–17.30 Uhr
Vortragsannahme	08.30–16.00 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	08.30–18.00 Uhr
Netzwerkabend	17.30–19.00 Uhr	
Geführte Postersitzungen	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:
- Netzauswahl: WUKO2026
- Passwort: WUKO2026

ZERTIFIZIERUNG UND FORTBILDUNGSPUNKTE

Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW) – WAcert® DGfW (Beruf) und WTcert® DGfW (Beruf)
6 Fortbildungspunkte pro Tag (Rezertifizierungsnummer: 0051-DGfW-B-2026)

Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V. (FgSKW)
03.12.2026 4 Fortbildungspunkte (Kursnummer 226131)
04.12.2026 7 Fortbildungspunkte (Kursnummer 226131)

Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW)
11 Fortbildungspunkte
03.12.2026 5 Punkte (Kursnummer 2026-R-1307)
04.12.2026: 6 Punkte (Kursnummer 2026-R-1308)

Bayerische Landesärztekammer
Die Zertifizierung wurde gemäß den Vorjahren beantragt.

RbP – Registrierung beruflich Pflegender GmbH
10 Punkte für 2 Tage

Verband Deutscher Podologen e. V.
Sitzung KP 18 – VDP: 2 Fortbildungspunkte

Akademie-ZWM AG Schweiz und die Akademie-ZWM GmbH Österreich (Akademie für ZertifiziertesWundManagement)
für ausgebildete Teilnehmer:innen (WM®/WDA®/ZWM®/AZWM®)
9 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
03.12.2026: 6 Punkte
04.12.2026: 6 Punkte
(Zertifizierungsnummer: ZNR202600688)

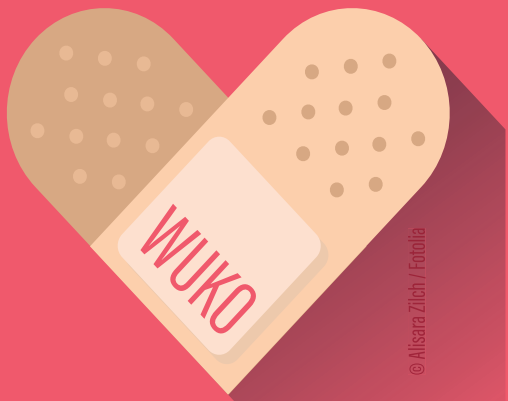
Deutsches Institut für modernes Wundmanagment (DIMW)
3 Zeitstunden pro Tag

SWISS PLASTIC SURGERY
6 Fortbildungspunkte pro Tag

TEILNAHMEBESCHEINIGUNG

Die Teilnahmebescheinigung erhalten Sie im Nachgang per E-Mail nur, wenn Sie den QR-Code auf Ihrem Namensschild an den Zertifizierungs-Countern in den vorgegebenen Zeiten scannen. Sie bekommen eine tägliche Teilnahmebescheinigung, um Fortbildungspunkte bei den jeweiligen Fachgesellschaften und -verbänden zu erhalten. Ärzte, die CME-Punkte benötigen, scannen sich bitte ebenfalls zu den angegebenen Zeiten am Zertifizierungscounter. Vor Ort stehen vier Counter zum Scannen zur Verfügung. **Bitte beachten Sie, dass Sie sich zweimal täglich scannen müssen, um die kompletten Punkte der Landesärztekammer und der ICW zu erhalten.**

09. NÜRNBERGER Wundkongress



© Alisara Zilch / Fotolia

KOOPERIERENDE FACHGESELLSCHAFTEN UND VERBÄNDE

- Akademie Klinikum Nürnberg – Fort- & Weiterbildung
- Bayerische Pflegeakademie
- Deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft für Mikrochirurgie (DAM)
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft e. V., Arbeitsgemeinschaft Wundheilung (DDG, AGW)
- Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V., Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß (DDG, AG Fuß)
- Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e. V. (DGPRÄC)
- Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e. V. (DGA)
- 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. (Dia Bay) & Fußnetz Bayern e. V.
- Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW)
- Verband Deutscher Podologen e. V. (VDP)
- WundD.A.CH – Dachorganisation aller deutschsprachigen Vereine und Gruppen, welche im medizinischen Bereich „Management von akuten und chronischen Wunden“ tätig sind..

Personenverzeichnis

Name ..... **Seite**

A
Amann, Berthold 32
Anastasiou, Panagiota 24
Arkudas, Andreas 25
B
Bail, Hermann-Josef 4, 6, 19
Barten, Markus 28, 49
Batz, Kathrin 23
Baum, Daniel 31, 40, 70
Benedikt, Maria Anna 25
Bensberg, Dennis 44
Beyerlein, Ronald 40
Biedermann, Thomas 23
Blohm, Ariane 41
Bodenschatz, Karl 28
Bonkowski, Thomas 37
Bott, Andreas 34
Breitfeld, Tino 24, 41, 43, 56
Buck, Bianca 36, 40
Buhk, Niklas 24, 55
Burgard, Wolfram 18
Buschner, Peter 40
C
Cambaz, Uzay 28, 48, 49
Cimesa, Leticia 42
Cucuruz, Beatrix 34
D
Dechêne, Alexander .... 4, 5, 6, 18, 25, ... 31, 37
Deutschle-Coerper, Gudrun ... 4, 33, 36
Diener, Holger 4, 22
Diener, Markus K. ... 4, 5, 6, 18, 22, 37
Dissemond, Joachim .. 4, 6, 22, 28, 32
Dittmer, Mandy .....20, 24, 25, 30, 37, ...47, 48, 54, 58, 62, 65
Dörr, Leah 34
Drägerdt, Rebekka 42
E
Eckhard, Michael 4, 18, 19
Eckrich, Carolin 36
Edel, Johannes 19, 24, 45, 57
Eder, Stephan 19, 30
Ehrl, Denis 4, 6, 19, 25, 31
El Hage, Samira 25, 30, 58, 66
Emde, Claudia 43
Erfurt-Berge, Cornelia ... 4, 19, 25, 28, ...31, 32, 42, 58, 71
F
Fendler, Helmut 28
Fischer, Claudia 18
Franke, Scarlett 43
Frankenheim, Julia ...24, 30, 54, 62, 65
Franz, Sandra 20, 23, 46
Freudenberg, Uwe 23
Fuchs, Paul Christian 20
G
Gareis, Jennifer 32
Gebert, Carmen 41
Gerber, Veronika 19, 28
Gerken, Andreas 40
Göbel, Maximilan 24, 53
Gosch, Markus 4, 5, 24, 30, 34
Granin, Marina 32

Name ..... **Seite**

Größel, Sophie 20, 46
Großmann, Romy 30, 40, 62
Grüneis, Christian 43
Grünerbel, Arthur ..... 4, 20, 22, 24, ... 40, 56
Gundling, Felix 18
Gunia, Oliver 33
H
Haertel, Angela 32
Hämmerle, Gilbert 37
Hartmann, Bernd 26
Haubeiß, Silke 18
Hauer, Michael 36
Heitzmann, Wolfram 40
Heppner, Hanz Jürgen ..... 30, 34, 63, ... 64
Hirche, Christoph 19
Hoffmann, Christian ..... 30, 31, 61, ... 64, 68
Hoffmann-Tischner, Inga 18, 19, 30, 31, 34, 67
Hülße, Birgit 28
Hüttner, Felix 30
I
Imkamp, Uwe 32
J
Jaeckel, Roger 18
Jaminet, Patrick 22
K
Kaade, Hanna 22
Kaiser, Michaela 25, 59
Kantowski, Marcus 22
Kanya, Susanne 38
Kapferer, Oliver 37
Kasic, Irma 41
Kerstan, Andreas 42
Kimelman, Michael 19
Knestele, Michaela 29, 37
Koller, Michael 34
Kotzbeck, Petra 23
Kraus, Günter 22
Krieter, Manuel 27
Krüger, Nicolas .....20, 24, 30, 37, 47, ...48, 54, 62, 65
Kuberka-Wiese, Christine 36
Kühn, Penelope .....24, 25, 31, 36, 56, ...60, 61, 66, 70
Kurow, Olga 29, 52
Kurz, Peter 22
L
Langer, Ingo 40
Langer, Stefan 20, 25, 40, 47, 52
Langhorst, Jost 25
Laubach, Markus 20, 24, 57
Lelgemann, Leo 19, 39
Lell, Michael 4, 36
Leuchtenberger, Johanna 31, 71
Liegenfeld, Sophie Charlotte ...20, 24, 30, 47, 48, ... 54, 62, 65
Lobmann, Ralf 4, 24, 33, 36
Loff, Steffan 24, 54
Loose, Yvonne 31, 68
Lother, Caterina 43

Name ..... **Seite**

M
Maier-Hasselmann, Andreas 4, 6, 18, 22
Martin, Ron 26
Masur, Kai 27
Meyer, Thomas 25, 60
Modica, Filippo 22
Moelleken, Maurice 27, 42
Moellenhoff, Christian 30, 63
Mögen, Michael 43
N
Nassabi, Hadrian 19, 45
Nebelung, Heiner 36
Nietzschmann, Ina 26
Nöldechen, Sabine 19
Noppeney, Thomas 4, 34
Nuwayhid, Rima 20, 29, 52
O
Olejniczak, Karolina 19
Osterhammel, Ben 30, 63, 64
P
Panfil, Eva-Maria 22
Pfersich, Tatjana 4, 28
Phillips, Patrick 33, 34
Popp, Christina 29, 51
Prennig, Thorsten 41
Probst, Sebastian ..... 4, 26, 29, ... 33, 40
Puschmann, David 31
R
Rembe, Julian-Dario ..... 19, 25, 28, ...29, 33, 37, 51, 59
Riedl, Stefan 18, 22
Riepe, Gunar 27
Rosenthal, Martin 24, 53
Ruploh, Tim 24, 55
S
Schädle, Stefanie 20, 27
Schaperdoth, Ellen 26, 29
Scharffetter-Kochanek, Karin 23
Schatz, Claudia 4, 23, 33, 34
Schegerer, Ines 36
Schingale, Franz-Josef 34, 38
Schlottmann, Frederik 28, 52
Schmitz-Rixen, Thomas 4, 19
Schönenberg, Frank 32
Schönstein, Stefan 31, 69
Schröder, Gerhard 4, 24
Schüller, Ursula 23, 33
Schultz, Erwin 4, 6, 27
Schulze, Dirk 27
Schwering, Ludwig 22
Siemers, Frank 4, 26
Sievers, Marco 41
Simon, Julia 28
Singler, Katrin 34
Stedefeld, Nicole 19, 46
Steinheber, Jakob 22
Stepien, Marius 36
Steubing, Yonca 24
Stöbe, Tankred 22
Storck, Martin 4, 6, 19, 28, 50
Strohal, Robert 22

Name ..... **Seite**

Stürmer, Ewa Klara .... 4, 6, 20, 24, 28, ... 30, 33, 36, 37, 40, 42, 47, 48, 62, 65
T
Tabiou, Nana 31, 42, 67
Teubner, Katja 28
Theil, Jan 18, 19
Thierenbach, Saskia 42
Tulla, Cindy 42
U
Ure, Christian 34
V
Vaheri, Tanja 33, 34, 39
Vlantoiu, Gabriela-Simona 30, 61
Völzer, Bettina 27, 34
W
Westermann, Christian 32
Will, Sabine 42
Wolff-Winiski, Barbara 27
Wolters, Finn 30, 63, 64
Wörsdörfer, Sven 41
Z
Zhou, Jun 24, 57
Ziegler, Clara 44
Zink, Karl 39
Zobel, Klaus 23
Zopf, Yurdagül 25
Zschiechang, Beata 23

Stand bei Drucklegung

Hauptsponsoren

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

Gold-Sponsoren			
AOP Orphan Pharmaceuticals GmbH	AOP HEALTH	URGO GmbH	URGO MEDICAL Healing people®
mediset clinical products GmbH	mediset clinical products		
Silber-Sponsoren			
Apraxon GmbH	apraxon	DRACO	DRACO
Aspen Germany GmbH	aspen GERMANY GmbH	LIGAMED medical Produkte GmbH	LIGASANO® wirkt einfach
Chiesi GmbH	Chiesi	Smith & Nephew GmbH	Smith+Nephew
Convatec	convatec — forever caring —		
Bronze-Sponsoren			
Coloplast GmbH	Coloplast	MICRO-MEDICAL Instrumente GmbH	MICRO-MEDICAL
Flen Health	Flen Health advanced skin healing		

OFFENLEGUNG Akademie Klinikum Nürnberg (0 €), Advancis Medical Deutschland GmbH (3.400,00 €), AOP Orphan Pharmaceuticals GmbH (17.750,00 €), Apraxon GmbH (13.970,00 €), Aspen Germany GmbH (10.850,00 €), Bamboo Health Care GmbH (2.040,00 €), BechTec GmbH (2.040,00 €), Bemer Partner (2.720,00 €), BioMonde GmbH (5.790,00 €), brainLight GmbH (500,00 €), CHEMODICA/DLINE (2.720,00 €), Chiesi GmbH (10.000,00 €), Cinogy GmbH (2.040,00 €), Coloplast GmbH (8.195,00 €), Coldplasmatech GmbH (2.720,00 €), Convatec (13.430,00 €), Coryt GmbH & Co. KG (2.040,00 €), curea medical GmbH (4.080,00 €), cureVision (2.040,00 €), Der Wünschewagen (0 €), DRACO (12.815,00 €), Eakin Healthcare GmbH (2.040,00 €), Engelhard Arzneimittel (2.040,00 €), Essity (4.080,00 €), Flen Health GmbH (8.860,00 €), GLNP Deutschland (2.040,00 €), Haddenham (2.340,00 €), Heltschl GmbH (2.040,00 €), HLH BioPharma GmbH (2.040,00 €), ICW (0 €), imito AG (2.340,00 €), Institut AllergoSan Deutschland (privat) GmbH (2.720,00 €), Institut Schwarzkopf (2.340,00 €), Integra GmbH (2.720,00 €), INVITALIS GmbH (4.760,00 €), IT-Labs Software GmbH (2.720,00 €), IT-Labs Logistik GmbH (1.560,00 €), JeNaCell GmbH (3.060,00 €), Julius Zorn GmbH (4.580,00 €), Krystal Biotech Germany GmbH (2.040,00 €), LIGAMED medical Produkte GmbH (15.560,00 €), Lohmann & Rauscher GmbH & Co. KG (4.080,00 €), meco Store GmbH (5.100,00 €), medi GmbH & Co. KG (4.250,00 €), mediset clinical products GmbH (18.687,00 €), mhp Verlag (0 €), MICRO-MEDICAL Instrumente GmbH (8.025,00 €), Mölnlycke (11.690,00 €), Orthomed (2.040,00 €), PAUL HARTMANN AG (6.330,00 €), PHAMETRA-Pharma und Medica-Trading GmbH (3.060,00 €), Pixacare (2.340,00 €), Plasma Medical Systems GmbH (2.040,00 €), PLASMA HEAL PRO (2.040,00 €), PMI (2.040,00 €), Principelle Deutschland UG (2.040,00 €), RegenLab GmbH (4.290,00 €), Rodday Care GmbH (500,00 €), Rodday Wundmanagement GmbH (6.800,00 €), sanaFactur GmbH (2.720,00 €), Serag-Wiessner (8.290,00 €), SkinCura GmbH (1.950,00 €), Smith & Nephew GmbH (11.380,00 €), Solventum, vormals 3M Healthcare (9.870,00 €), Spectra-H lux (2.040,00 €), TechniMed AG (4.080,00 €), Ulm Health Care GmbH (2.040,00 €), URGO GmbH (18.850,00 €), Urs Care GmbH (2.040,00 €), Villa Sana GmbH & Co. Medizinische Produkte KG (2.040,00 €), vitasyn medical GmbH (2.040,00 €), VivoCare (2.040,00 €), WundCura Bayern GmbH (3.540,00 €), Wundexperten Roth (0 €), Wundex - Die Wundexperten GmbH (8.160,00 €), Wund-Kompetenz-Zentrum Freiburg GmbH (2.720,00 €). Gesamtaufwendungen: ca. 360.000 EUR.

Stand bei Drucklegung

HARTMANN

Hilft. Pflegt. Schützt.

Entwickelt, um zu heilen.



In klinischer Studie getestet



Beschleunigte Wundversorgung mit **Zetuvit® Plus Silicone und Zetuvit® Plus Silicone Border.**

- **Reduziert die Wundfläche signifikant**[1] und verbessert die Wundbettqualität.
- **Spart Zeit und Kosten**[2] durch weniger Verbandwechsel im Vergleich zu Schaumverbänden.
- **Verbessert die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten**[1] durch weniger Schmerzen und höheren Komfort.

Innovative Wundversorgung. Einfach. Wirksam.

[1] Prospektive, einarmige Studie (Polen) mit 80 Patientinnen und Patienten; Studiendauer 6 Wochen; mittleres Wundalter zu Studienbeginn 181 Tage.
[2] 100 % der befragten HCPs in DE, FR & US stimmen zu, bzw. voll zu, dass Zetuvit® Plus Silicone Border hilft, die Anzahl der Verbandwechsel zu reduzieren (kein vergleichbarer Schaumverband erreichte 100 %; M3 Foam competitor research 2024).

Ausstellerverzeichnis

A

- Advancis Medical Deutschland GmbH | Stand 78
- Akademie Klinikum Nürnberg | Stand 70
- AOP Orphan Pharmaceuticals GmbH | Stand 44
- Apraxon GmbH | Stand 57
- Aspen Germany GmbH | Stand 42

B

- Bamboo Health Care GmbH | Stand 23
- BechTec GmbH | Stand 22
- Bemer Partner/ Vivo Scout GmbH | Stand 27
- BioMonde GmbH | Stand 26
- brainLight GmbH | Stand 85

C

- CHEMOMEDICA/DLINE | Stand 15
- Chiesi GmbH | Stand 61
- Cinogy System GmbH | Stand 29
- Coloplast GmbH | Stand 60
- Coldplasmatech GmbH | Stand 34
- Convatec | Stand 3
- Coryt GmbH & Co. KG | Stand 52
- curea medical GmbH | Stand 14
- cureVision | Stand 11

D

- DRACO | Stand 1
- Der Wünschewagen | Stand 12

E

- Eakin Healthcare GmbH | Stand 7
- Engelhard Arzneimittel GmbH & Co. KG | Stand 68
- Essity | Stand 41

F

- Flen Health GmbH | Stand 50

G

- GLNP Deutschland | Stand 81

H

- Haddenham | Stand 56
- Heltschl GmbH | Stand 72
- HLH BioPharma GmbH | Stand 58

I

- Initiative Chronische Wunden e. V. | Stand 65
- imito AG | Stand 19
- Institut AllergoSan Deutschland (privat) GmbH | Stand 47
- Institut Schwarzkopf GbR | Stand 48
- Integra GmbH | Stand 80
- INVITALIS GmbH | Stand 8
- IT-Labs Software GmbH | Stand 59
- IT-Labs Logistik GmbH | Stand 71

J

- JeNaCell GmbH | Stand 54
- Julius Zorn GmbH | Stand 37

K

- Krystal Biotech Germany GmbH | Stand 76

L

- LIGAMED medical Produkte GmbH | Stand 10
- Lohmann & Rauscher GmbH & Co. KG | Stand 77

M

- meco Store GmbH | Stand 73
- medi GmbH & Co. KG | Stand 30
- mediset clinical products GmbH | Stand 45
- mhp Verlag | Stand 64
- MICRO-MEDICAL Instrumente GmbH | Stand 39
- Mölnlycke | Stand 9

O

- Orthomed | Stand 67

P

- Paul Hartmann AG | Stand 32
- PHAMETRA-Pharma und Medica-Trading GmbH | Stand 38
- Pixacare | Stand 75
- Plasma Medical Systems GmbH | Stand 28
- PLASMA HEAL PRO | Stand 69
- PolyMedics Innovations GmbH | Stand 6
- Principelle Deutschland UG | Stand 63

R

- RegenLab GmbH | Stand 66
- Rodday Care GmbH | Stand 2
- Rodday Wundmanagement GmbH | Stand 2

S

- sanaFactur GmbH | Stand 36
- SERAG-WIESSNER | Stand 16
- SkinCura GmbH | Stand 79
- Smith & Nephew GmbH | Stand 43
- Solventum, vormals 3M Healthcare | Stand 62
- Spectra-H lux | Stand 51

T

- TechniMed AG | Stand 4

U

- Ulm Health Care GmbH | Stand 35
- URGO GmbH | Stand 53
- URS CARE GmbH | Stand 21

V

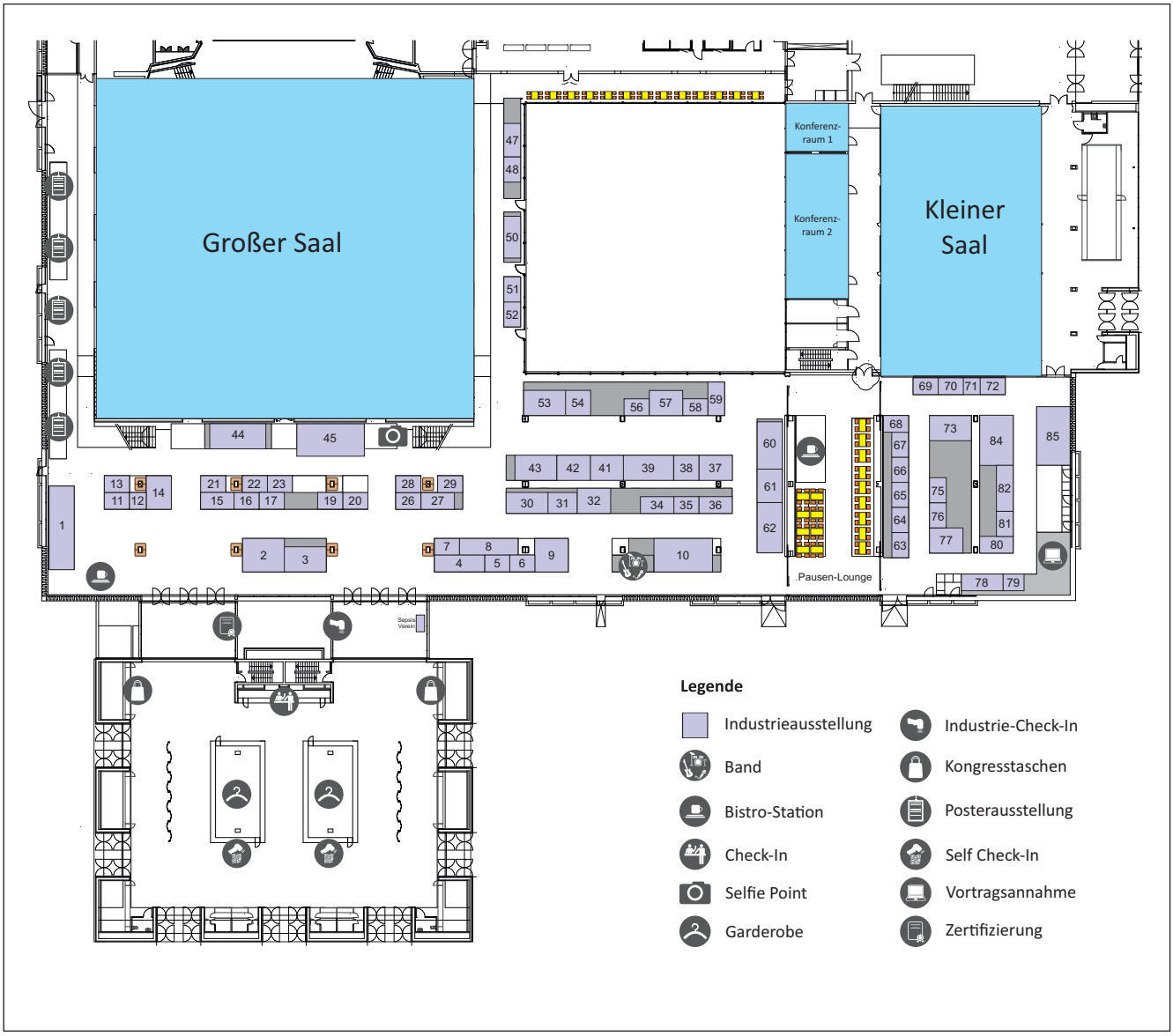
- Villa Sana GmbH & Co. Med. Prod. KG | Stand 20
- vitasyn medical GmbH | Stand 13
- VivoCare | Stand 17

W

- WundCura Bayern GmbH | Stand 5
- Wundex – Die Wundexperten GmbH | Stand 84
- Wundexperten Roth | Stand 82
- Wund-Kompetenz-Zentrum Freiburg GmbH | Stand 31

Hauptsponsoren sind in rot aufgeführt.
Stand bei Drucklegung.

Gebäudeplan mit Fachmesse



Programmübersicht Donnerstag, 3. Dezember 2026

Großer Saal	Kleiner Saal	Konferenzraum 6	Konferenzraum 7	Konferenzraum 2	Konferenzraum 4	Konferenzraum 3	Meistersingerstüberl	Konferenzraum 1	Konferenzraum 5
09:00–09:15									
Eröffnung S. 18									
09:15–10:00									
Plenarvortrag Künstliche Intelligenz und Robotik S. 18									
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 1 Gewebedefekte im Gastrointestinaltrakt und Endoskopie S. 18	**Hauptsitzung 2** Wundversorgung im Wandel S. 18	**Sitzung KP 1 – DDG, AG Fuß** Therapie des DFS: Erfolge und Misserfolge sind nicht zufällig S. 18	**Sitzung KP 2 – DGPRÄC** Grenzen der Wundheilung verschieben – Strategien der Plastischen Chirurgie bei komplexen Defekten S. 19	**Sitzung KP 3 – DWR** Perspektivenvielfalt bei problematischen Wunden S. 19	**Freie Vorträge 1** S. 19	**Seminar 1** Verbrennungswunden – sinnvoll versorgt S. 20	**Workshop 1** Wunden heilen – Welchen Verband wähle ich aus? S. 20	**Workshop 2 Dia Bay & Fußnetz Bayern** Wie stelle ich die Diagnose "Diabetischer Fuß" – ein Untersuchungskurs, bei dem Sie am Ende wissen, wie es geht S. 20	
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**	**12:00–13:30**
IND-Symposium Convatec S. 40	**IND-Symposium** SERAG-WIESSNER S. 40	**IND-Symposium** Smith & Nephew GmbH S. 40	**IND-Seminar** URGO GmbH S. 40	**IND-Seminar** Solventum Germany GmbH S. 41	**IND-Seminar** BioMonde GmbH S. 41	**IND-Workshop** RegenLab GmbH S. 41	**IND-Workshop** Paul Hartmann AG S. 41	**IND-Workshop** LIGAMED medical Produkte GmbH S. 41	**IND-Workshop** LIGAMED medical Produkte GmbH S. 41
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 Die innere Wunde im Fokus: Interdisziplinär S. 22	**Hauptsitzung 4** Wundtherapie unter schwierigen Bedingungen S. 22	**Sitzung KP 4 WundD.A.CH** Versorgungsrealitäten der Wundtherapie in der DACH-Region: Vielfalt mit gemeinsamen Zielen S. 22	**Sitzung KP 5 Dia Bay & Fußnetz Bayern** Wundbehandlung beim Diabetischen Fuß – innovativ und vernetzt S. 22	**Sitzung KP 6 ETRS** Neue therapeutische Konzepte in der Wundheilung: von Innovation zur klinischen Translation S. 23	**Seminar 2** Wundmanagement an Fallbeispielen S. 23	**Seminar 3 FgSKW** Pflegemanagement enteraler Fisteln S. 23	**Workshop 3 Bay. Pflegeakademie** Place of Horrors – Fehler in der Wundversorgung aufdecken S. 23	**Workshop 4 DGG (Geriatrie)** Geriatrisches Assessment S. 24	
15:15–16:00 I Foyer									
Geführte Postersitzung 1 S. 24									
16:00–17:30	**16:00–17:30**	**16:00–17:30**	**16:00–17:30**	**16:00–17:30**	**16:00–17:30**	**16:00–17:30**	**16:00–17:30**	**16:00–17:30**	
Hauptsitzung 5 Ernährung und Wunde S. 25	**WUND-Slam** S. 41	**Sitzung KP 7 DAM** Mikrochirurgie als Gamechanger in der Wundbehandlung S. 25	**Sitzung KP 8 DGV** Aktuelles aus der Verbrennungsmedizin S. 26	**Sitzung KP 9 DGfW** S. 26	**Seminar 4 EWMA** Palliative Wundversorgung S. 26	**Workshop 5** Wundauflagen im Kontext der Wundtherapie S. 26	**Workshop 6** Wunden heilen - Welchen Verband wähle ich aus? (Wdh.) S. 27	**Workshop 7** Hautpflege – Prinzipien und Strategien S. 27	
17:30–19:00									
Netzwerkabend in der Fachausstellung									

Programmübersicht Freitag, 4. Dezember 2026

Großer Saal	Kleiner Saal	Konferenz-raum 6	Konferenz-raum 7	Konferenz-raum 2	Konferenz-raum 4	Konferenz-raum 3	Meistersinger-stüberl	Konferenz-raum 1	Konferenz-raum 5
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 Infizierte Wunde S. 27	**Hauptsitzung 7** Künstliche Intelligenz und Co: Innovationen in der Diagnostik und Therapie chronischer Wunden S. 27	**Sitzung KP 10 Akademie Klinikum Nürnberg** Herausforderung Wundmanagement im Kindesalter S. 28	**Sitzung KP 11 ICW** Initiative Chronische Wunden (ICW) e.V.: Impulse aus Praxis und Lehre S. 28	**Freie Vorträge 2** S. 28	**Seminar 5** Erysipel und Phlegmone: eine Abgrenzung S. 29	**Seminar 6 EWMA** Palliative Wundversorgung (Wdh.) S. 29	**Workshop 8** Wundauflagen im Kontext der Wundtherapie (Wdh.) S. 29	**Seminar 7** Ich sehe was, was Du nicht siehst… und das ist effektive Kompressions-therapie S. 30	
10:00–10:45 I Foyer									
Geführte Postersitzung 2 S. 30									
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**	**10:45–12:15**	
Hauptsitzung 8 Gefäßchirurgie: Gefäßmedizin und Wundheilung – Revaskularisation und moderne Wundbehandlung als Schlüssel zur Heilung S. 31	**Hauptsitzung 9** Qualität bedingt Wirtschaftlichkeit in der Wundversorgung: Wege aus dem Dilemma S. 32	**Sitzung KP 12 DDG, AGW** Zwischen Infekt und Ekzem: Dermatologische Herausforderungen bei chronischen Wunden S. 32	**Sitzung KP 13 DGA (Angiologie)** Von der Wunde zum Katheter – ganz-heitliche Gefäßmedizin S. 32	**Sitzung KP 14 EWMA** Update interdisziplinäres Wundmanagement S. 33	**Seminar 8 Akademie Klinikum Nürnberg** Korrekte Wunddokumentation S. 33	**Workshop 9 DGG (Geriatrie)** Delir – Escape Room S. 33	**Workshop 10 Bayerische Pflegeakademie** Algorithmen in der Wundbehandlung: verstehen und evidenzbasiert handeln S. 33	**Workshop 11** Diabetisches Fußsyndrom im Dialog S. 33	
12:30–14:00	**12:30–14:00**	**12:30–14:00**	**12:30–13:15**	**12:30–14:00**	**12:30–14:00**	**12:30–14:00**	**12:30–14:00**	**12:30–14:00**	**12:30–14:00**
IND-Symposium Mölnlycke Health Care GmbH S. 42	**IND-Symposium** apraxon GmbH S. 42	**IND-Seminar** Flen Health S. 42	**IND-Seminar** AOP Orphan S. 42	**IND-Seminar** Chiesi GmbH S. 42	**IND-Workshop** URGO GmbH S. 43	**IND-Workshop** Aspen Germany GmbH S. 43	**IND-Workshop** Coloplast GmbH S. 43	**IND-Workshop** LIGAMED medical Produkte GmbH S. 43	**IND-Workshop** WundCura Bayern GmbH S. 44
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 Straßenambulanz: medizinische Versorgung von obdachlosen Menschen S. 33	**Hauptsitzung 11** #science2woundcare S. 34	**Sitzung KP 15 DGG (Geriatrie)** Der komplexe, ältere Patient S. 34	**Sitzung KP 16 DGPL** Arteriogenese und Angiogenese bei der Therapie von Ulcera S. 34	**Sitzung KP 17 DeGIR/DRG** Gefäßinterventionen in der Wundheilung: What's hot and what's not? S. 36	**Sitzung KP 18 VDP** Der Weg zur Amputation – und was andere Länder besser machen S. 36	**Seminar 9 Akademie Klinikum Nürnberg** Korrekte Wund-dokumentation (Wdh.) S. 36	**Workshop 12** Filzen als Bridging zum orthopädischen Schuhwerk S. 36	**Workshop 13** Diabetisches Fußsyndrom im Dialog (Wdh.) S. 36	
16:00–16:15		**16:00–17:30**	**16:00–17:30**	**16:00–17:30**	**16:00–17:30**	**16:00–17:30**	**16:00–17:30**	**16:00–17:30**	
Abschluss, Preisverleihung S. 37		**Sitzung 19 Biofilmanalyse/Phagentherapie** Das Mikrobiom infizierter Wunden: Diversität und Klinische Relevanz S. 37	**Sitzung KP 20 TICARE** Wenn Armut krank macht: Folgen für Wundversorgung und Heilung S. 37	**Workshop 16 DDG, AG Fuß** Welcher Schuh ist der richtige beim Diabetischen Fuß? S. 39	**Seminar 10** Narbentherapie: wenn die Wunde abgeheilt ist S. 37	**Seminar 11** Lymphologische und phlebologische Kompressions-therapie mit praktischer Anwendung S. 38	**Workshop 14** Alte Hasen treffen junge Hüpfer S. 38	**Workshop 15 DGG (Geriatrie)** Delir – Escape Room (Wdh.) S. 39	
16:15–17:30									
Hauptsitzung 12 Cold Atmospheric Plasma in der moder-nen Wundbehandlung: Wirkmechanismen, Evidenzlage und klin. Perspektiven S. 37									

Hauptsitzung | **Sitzung kooperierender Fachgesellschaften und** | **Seminar**
Poster-Sitzung | **Industriesession** | **Workshop**
Rahmenprogramm | **Wund-Slam** | **Abstractsitzung** | **Sitzung**

09. Nürnberger Wundkongress

PROGRAMM DONNERSTAG, 3. DEZEMBER 2026

09:00-09:15 Eröffnung
Raum: Großer Saal
Vorsitz: M. K. Diener, A. Dechêne (Nürnberg)

09:15-10:00 Plenarvortrag - Künstliche Intelligenz und Robotik
Raum: Großer Saal

09:15 Was passiert in der KI und der Robotik?
W. Burgard (Nürnberg)

10:15-11:45 Hauptsitzung 1 - Gewebedefekte im Gastrointestinaltrakt und Endoskopie
Raum: Großer Saal
Vorsitz: M. K. Diener, A. Dechêne (Nürnberg)

10:15 Einführung

10:17 Es blutet – was tun? (Ulkusblutung, Varizenblutung)
A. Dechêne (Nürnberg)

10:57 Es darf auf keinen Fall bluten – was tun? (Resektionen unter Antikoagulation)
F. Gundling (Bamberg)

11:37 Zusammenfassung

10:15-11:45 Hauptsitzung 2 - Wundversorgung im Wandel
Raum: Kleiner Saal
Vorsitz: S. Riedl (Göppingen), A. Maier-Hasselmann (München)

10:15 Wundversorgung aus ärztlicher Sicht
S. Riedl (Göppingen)

10:35 Wundversorgung aus Sicht der Kostenträger
S. Haubeiß (Stuttgart)

10:55 Wundversorgung aus Sicht der Verbandsmittelindustrie
R. Jaeckel (Heidenheim)

11:15 Wundversorgung aus pflegerischer Sicht
I. Hoffmann-Tischner (Köln)

11:35 Abschließendes Statement der Referenten
S. Riedl (Göppingen), I. Hoffmann-Tischner (Köln), S. Haubeiß (Stuttgart), R. Jaeckel (Heidenheim)

10:15-11:45 Sitzung KP 1 - DDG, AG Fuß - Therapie des DFS: Erfolge und Misserfolge sind nicht zufällig
Raum: Konferenzraum 6
Vorsitz: M. Eckhard (Gießen, Bad Nauheim), J. Theil (Berlin)

DDG ARBEITSGEMEINSCHAFT Diabetischer Fuß

10:15 Einführung

10:17 Warum die Kenntnis von Anatomie und Biomechanik grundlegend ist
C. Fischer (Rheine)

10:39 Offloading – Möglichkeiten und Grenzen einer konfektionierten Schuh-Versorgung
L. Lelgemann (Köln)

11:01 „Muss das weg!?" Osteomyelitis richtig erkennen und behandeln
M. Eckhard (Gießen, Bad Nauheim)

11:23 Erprobte Behandlungskonzepte – warum Behandlungsziele trotzdem nicht erreicht werden
J. Theil (Berlin)

10:15-11:45 Sitzung KP 2 – DGPRÄC – Strategien der Plastischen Chirurgie bei komplexen Defekten

Raum: Konferenzraum 7
Vorsitz: M. Kimelman (München), D. Ehrl (Nürnberg)

10:15 Herausforderung Pyoderma gangraenosum – wenn Rekonstruktion zur Langstrecke wird
M. Kimelman (München)

10:45 Von der Wunde zur freien Lappenplastik: aus Sicht von Pflege und Wundmanagement in der BGU Frankfurt
S. Nöldechen, K. Olejniczak (Frankfurt a. M.)

11:15 Interdisziplinäre Strategien bei schwierigen Wunden – Gefäß, Infektion und Rekonstruktion im Zusammenspiel
C. Hirche (Frankfurt a. M.)

10:15-11:45 Sitzung KP 3 – DWR – Perspektivenvielfalt bei problematischen Wunden

Raum: Konferenzraum 2
Vorsitz: M. Storck (Karlsruhe), J.-D. Rembe (Düsseldorf)

10:15 Perspektive der pflegerischen Behandler/Wundexperten
I. Hoffmann-Tischner (Köln)

10:30 Perspektive der Betroffenen
V. Gerber (Spelle)

10:45 Perspektive der ärztlichen Behandler
S. Eder (Villingen-Schwenningen)

11:00 Perspektive der Wissenschaft
J.-D. Rembe (Düsseldorf)

11:15 Roundtable-Diskussion
M. Storck (Karlsruhe), V. Gerber (Spelle), S. Eder (Villingen-Schwenningen), J.-D. Rembe (Düsseldorf)

10:15-11:45 Freie Vorträge 1

Raum: Konferenzraum 4
Vorsitz: H.-J. Bail (Nürnberg), T. Schmitz-Rixen (Berlin)

10:15 FV 01 – Prophylaktische Schaumverbände in der Dekubitusprävention: Sinn oder Unsinn?
J. Edel (Haar)

10:25 FV 02 – Innovative und modulare Strategien in der Versorgung 4° Dekubitus von Hoch-Risiko-Patienten
H. Nassabi (Gera)

10:35 FV 03 – Wundversorgung digital – eine Akte, zwei Professionen, ein gemeinsames Ziel
N. Stedefeld, J. Sandner (Hamburg)

10:45 FV 04 – Patientenzentrierte Entwicklung einer explorativen randomisierten kontrollierten Studie zur transversen Kallusdistraktion bei diabetischen Fußulzera: Ergebnisse einer qualitativen Bedarfsanalyse unter Einbindung des Patienten-Netzwerks PRO-LIMB-NET e. V.
L. Lüdtke (München), S. Mohr (Bruchsal), L. P. Weimer (München), A. Clames (Düsseldorf), N. Kuster, L. Sanftenberg, G. Siebenbürger (München), A. Icks (Düsseldorf), W. Böcker, P. H. Thaller, M. Laubach (München)

10:55 FV 05 – Gestörte Entzündungsprozesse in der diabetischen Wundheilung: Thrombozyten als Modulatoren überaktiver Neutrophilenfunktion
S. Größel, J. Kessler, L. Schneider, S. Franz (Leipzig)

11:05 FV 06 – Biofilme als Herausforderung für regenerative Wundauflagen aus Seidenfibroin
S. C. Liegenfeld, N. P. Straub, N. Krüger, M. Dittmer, A. Delle Coste, J. T. Strenge, M. Geissen, S. C. Rhode-Wedrich, W. R. Streit, R. Smeets, E. K. Stürmer (Hamburg)

11:15 FV 07 – Schwerer als ein Herzinfarkt? Die Krankheitslast des Lymphödems und zwei neue deutschsprachige Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität
R. Nuwayhid, T. Schulz, S. Langer (Leipzig)

11:25 FV 08 – Probiotika gegen Wundpathogene – ein adjuvanter Therapieansatz bei chronischen Wundinfektionen
S. C. Liegenfeld, T. Breuer, N. Krüger, M. Dittmer, E. K. Stürmer (Hamburg)

10:15-11:45 Seminar 1 – Verbrennungswunden – sinnvoll versorgt
Raum: Konferenzraum 3
Leitung: P. C. Fuchs (Köln)

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 Débridement, Hautersatz und Hauttransplantation und Wundbehandlung einordnen.
- Der Teilnehmer kann diese Kenntnisse anhand ausgewählter Beispiele umsetzen.

10:15-11:45 Workshop 1 – DGfW – Wunden heilen – welchen Verband wähle ich aus?
Raum: Meistersingerstüberl
Vorsitz: S. Schädle (Ulm)

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 – Wie stelle ich die Diagnose „Diabetischer Fuß" – ein Untersuchungskurs, bei dem Sie am Ende wissen, wie es geht
Raum: Konferenzraum 1
Leitung: A. Grünerbel (München)

WUND MANAGEMENT

WUND_digital

Die neue App für Ihr Digital-Abo

Jetzt ausprobieren!

Das erwartet Sie:

- Responsives Design
- Texte selbst vergrößern und verkleinern
- Tag- und Nacht-Lesemodus
- Vorlesefunktion
- **SPECIAL:** Fragen Sie die integrierte KI nach Suchbegriffen und fachlichen Antworten!

Suchen Sie in allen Ausgaben – auch mithilfe unserer KI

Lesen Sie Artikel wie in den Nachrichten-Apps. Unser Artikel-Feed macht es möglich.

Lassen Sie sich Artikel vorlesen – Sie bestimmen Lautstärke und Geschwindigkeit

WUND_digital
für
Android und iOS



Scannen Sie den QR-Code und laden Sie sich die App direkt auf Ihr Smartphone oder Tablet.
www.bit.ly/WUND_digital

13:45-15:15 Hauptsitzung 3 - Die innere Wunde im Fokus: interdisziplinär
Raum: Großer Saal
Vorsitz: M. K. Diener (Nürnberg), S. Riedl (Göppingen)

13:45 Einführung

13:47 Diagnostik und endoskopische Therapie von Anastomoseninsuffizienzen
M. Kantowski (Heidelberg)

14:27 Sekundäre abdominelle Wundheilung
S. Riedl (Göppingen)

15:07 Zusammenfassung

13:45-15:15 Hauptsitzung 4 - Wundtherapie unter schwierigen Bedingungen
Raum: Kleiner Saal
Vorsitz: A. Maier-Hasselmann (München), H. Diener (Buchholz)

13:45 Einführung

13:47 Ärzte ohne Grenzen
T. Stöbe (Berlin)

14:07 Orthopedics for the Developing World
J. Steinheber, F. Modica (Ebersberg)

14:27 Interplast
P. Jaminet (Borken)

14:47 Rotes Kreuz
H. Kaade (Lübben)

15:07 Zusammenfassung

13:45-15:15 Sitzung KP 4 - WundD.A.CH - Versorgungsrealitäten der Wundtherapie in der DACH-Region: Vielfalt mit gemeinsamen Zielen
Raum: Konferenzraum 6
Vorsitz: E.-M. Panfil (Basel/CH), J. Dissemond (Essen)

13:45 Kaltes atmosphärisches Plasma in der Wundbehandlung – ein Update
R. Strohal (Feldkirch/AT)

14:15 POWER: Das Praxiskonzept des WundD.A.CH. für die personzentrierte Wundversorgung
E.-M. Panfil (Basel/CH)

14:45 Umsetzung der personzentrierten Wundversorgung in der klinischen Praxis
P. Kurz (Bad Pirawarth/AT)

13:45-15:15 Sitzung KP 5 - Diabetesgesellschaft Bayern Dia Bay & Fußnetz Bayern e.V. - Wundbehandlung beim diabetischen Fuß - innovativ und vernetzt
Raum: Konferenzraum 7
Vorsitz: A. Grünerbel (München), G. Kraus (Bamberg, Drosendorf)

13:45 Vernetzung hilft heilen – wieder ein neues Projekt
G. Kraus (Bamberg, Drosendorf)

14:15 Charcot und fixateur externe – Update chirurgische Fußversorgung
L. Schwering (Weilheim)

14:45 Wunden zügig heilen durch standardisiertes Vorgehen
A. Grünerbel (München)

13:45-15:15 Sitzung KP 6 - ETRS - Neue therapeutische Konzepte in der Wundheilung: von Innovation zur klinischen Translation

Raum: Konferenzraum 2

Vorsitz: S. Franz (Leipzig), P. Kotzbeck (Graz/AT)

13:45 Vom 3D-Druck zur Wundheilung: Testung innovativer Wundverbände im chronischen Schweinewundmodell
P. Kotzbeck (Graz/AT)

14:07 Autologe Hautsubstitute: Herausforderungen und Perspektiven auf dem Weg zur klinischen Translation
T. Biedermann (Zürich/CH)

14:29 Auflösung überschießender Entzündungen in chronischen Wunden: innovative Polymermaterialen zur Bindung entzündungsassoziierter Mediatoren
U. Freudenberg (Dresden)

14:51 ABCB5+-mesenchymale Stammzelltherapie für chronische Wunden – eine erfolgreiche Reise vom Labor ans Krankenbett
K. Scharffetter-Kochanek (Ulm)

13:45-15:15 Seminar 2 - Wundmanagement an Fallbeispielen

Raum: Konferenzraum 4

Vorsitz: B. Zschieschang (Erlangen)

Dieses Seminar bietet praktische Anwender-Tipps für eine zielgerichtete, individuelle und schmerzarme Wundbehandlung. Anhand von Fallbeispielen werden 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.

13:45-15:15 Seminar 3 - FgSKW - Pflegemanagement enteraler Fisteln

Raum: Konferenzraum 3

Leitung: K. Zobel (Gütersloh), K. Batz (Fürth)

13:45-15:15 Workshop 3 - Bayerische Pflegeakademie - Place of Horrors - Fehler in der Wundversorgung aufdecken

Raum: Meistersingerstüberl

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

Der Workshop lädt die Teilnehmenden des Wundkongresses dazu ein, den Blick gezielt auf typische und weniger offensichtliche Fehlerquellen in der Versorgung akuter und chronischer Wunden zu richten. Im Mittelpunkt steht die kritische Auseinandersetzung mit realitätsnahen Fallbeispielen, die verdeutlichen, wie Fehleinschätzungen, unklare Kommunikation, unzureichendes Assessment oder fest verankerte Routinen den Heilungsverlauf negativ beeinflussen können. Gemeinsam werden Versorgungsprozesse analysiert, Risikofaktoren identifiziert und evidenzbasierte Lösungsansätze erarbeitet, um die Patientensicherheit nachhaltig zu verbessern. Der Workshop bietet Raum für interaktiven Austausch, fördert die Reflexion des eigenen Handelns und unterstützt die Teilnehmenden dabei, ihre fachliche Entscheidungsfindung zu schärfen und zu begründen.
Ziel ist es, die Sensibilität für kritische Versorgungsmomente zu erhöhen, bewährte Standards zu festigen und neue Impulse für eine qualitativ hochwertige, patientenzentrierte Wundversorgung in den beruflichen Alltag zu übertragen.

13:45-15:15 Workshop 4 - DGG - Geriatrisches Assessment
Raum: Konferenzraum 1
Leitung: M. Gosch (Nürnberg)

15:15-16:00 Geführte Postersitzung 1
Raum: Foyer
Vorsitz: G. Schröder (Göttingen), Y. Steubing (Bochum)

15:15 P 02 – Der Wund-pH als Modulator der Funktion neutrophiler Granulozyten
M. Göbel, Y. Li, M. Tombaz, F. Sahin, A. K. Nüssler, S. Ehnert (Tübingen)

15:17 P 03 – Einsatz transkutaner CO_2-Therapie zur Reduktion neuropathischer Schmerzen nach Wundheilung mittels intakter Fischhauttransplantate (Kerecis™)
I. Adamovic, M. Rosenthal, H.-D. Mäder, A. Golowan, D. Kniess, Y. Trendfacheva, L. Krähenbühl (Leuggern/CH)

15:19 P 04 – Kompatibilität von Wundtherapien: Bakteriophagen und antiseptische Lösungen gemeinsam und in einem humanen leukozytenreichen Biofilmmodell
N. Krüger, S. C. Liegenfeld, M. Dittmer, J. Frankenheim, M. Geffken, E. K. Stürmer (Hamburg)

15:21 P 05 – Eine innovative, sehr anpassbare Wundkontaktauflage ohne Textilkern: Ergebnisse einer prospektiven multizentrischen klinischen Studie (Die HEAL-Studie)
S. Loff (Stuttgart)

15:23 P 06 – Wirkmechanismus des Triterpenextrakts bei Epidermolysis bullosa: Hemmung folgt Aktivierung
A. Nyström, C. Gretzmeier, I. Athanasiou (Freiburg i. Br.), M. Laszczyk-Lauer (Niefern-Öschelbronn), D. Kiritsi (Thessaloniki/GR), A. Cassidy (Dublin/IE), N. Buhk (Hamburg)

15:25 P 07 – Real-World-Evaluation von DracoFoam Sakral in der Versorgung sakraler Wunden: Zwischenergebnisse einer laufenden prospektiven Langzeitbefragung
T. Ruploh (Dortmund)

15:27 P 08 – Wundversorgung aus therapeutischer Sicht – Versorgungskontinuität als Erfolgsfaktor in der interprofessionellen Wundversorgung
P. Kühn (Nastätten)

15:29 P 09 – Wirksamkeit von Wundauflagen mit polyabsorbierenden Fasern bei der lokalen Behandlung von 782 Patienten mit exsudierenden Wunden – eine multizentrische, prospektive Real-Life-Studie
T. Breitfeld (Wernigerode), C. Schicker (Bad König), S. Nilewski, E. Häuser (Sulzbach/Saar), W. Keuthage (Münster), A. Grünerbel (München)

15:31 P 10 – Exploration Wundheilungschancen durch multimodale Beurteilung der Perfusion der unteren Extremität mittels PVR, $TcPO_2$ und NIRS unter Lageprovokation: eine Pilotstudie
J. Zhou, P. H. Thaller, F. K. Maßen, W. Böcker, M. Czihal, M. Laubach, L. J. U. Reik (München)

15:33 P 11 – „Sag doch was Du willst!" – Kommunikation in der Wundbehandlung
J. Edel (Haar)

15:35 P 12 – Einfluss von Polymorphismen des PADI4-Gens auf die Aktivität der Charcot-Osteoarthropathie
P. G. Anastasiou (Stuttgart), S. Ehnert, M. Göbel (Tübingen), L. Schimpfle, A. Chatzitomaris, S. Schöntag, R. Lobmann (Stuttgart)

15:37 P 13 – Ein Fall eines atypischen Pyoderma gangraenosum im Kindesalter und die diagnostischen Herausforderungen
M. Höner, C. Erfurt-Berge (Erlangen)

15:39 P 14 – Klinische Mikrobiologie versus molekularbiologische Analyse: Wer dominiert chronische Wunden?
M. Dittmer, S. El Hage (Hamburg)

15:41 P 15 – Kostengünstiges hypoxisches immunkompetentes 3D-Wundmodell zur präklinischen Bewertung antiinflammatorischer Therapeutika und deren Einfluss auf inflammatorische Signalwege
Q. Suppiyar, W. Ibing, W. Garabet, M.-U. Wagenhäuser, H. Schelzig, J.-D. Rembe (Düsseldorf)

15:43 P 16 – Kalt Plasma und extrazelluläre Matrix – geballte Kraft
M. Kaiser (Hergiswil/CH)

15:45 P 17 – Großflächige Kaltplasma-Therapie reduziert die mikrobielle Wundbelastung – Evidenz auf drei Ebenen
T. Meyer, S. Jeffery (Bochum)

15:47 P 18 – Von der Evidenz zur erfolgreichen Anwendung – klinische Einflussfaktoren einer erfolgreichen Kaltplasmatherapie
P. Kühn (Nastätten)

15:49 P 19 – Von der Evidenz in die Praxis – klinische Einflussgrößen für den erfolgreichen Einsatz von Kaltplasma bei chronischen Fußwunden
P. Kühn (Nastätten)

16:00-17:30 Hauptsitzung 5 – Ernährung und Wunde

Raum: Großer Saal
Vorsitz: A. Dechêne (Nürnberg), J. Langhorst (Bamberg)

16:00 Einführung

16:02 Mangelernährung im 21. Jahrhundert – womit werden wir konfrontiert?
Y. Zopf (Erlangen)

16:42 Ernährungsmedizin in der Wundbehandlung – praktische Umsetzung
M. A. Benedikt (Wals/AT)

17:22 Zusammenfassung

16:00-17:30 Sitzung KP 7 – DAM – Mikrochirurgie als Gamechanger in der Wundbehandlung

Raum: Konferenzraum 6
Vorsitz: A. Arkudas (Erlangen), D. Ehrl (Nürnberg)

16:00 Vom Defekt zur Funktion – moderne mikrochirurgische Rekonstruktionen bei komplexen Wunden
A. Arkudas (Erlangen)

16:22 Wenn Standardtherapien nicht ausreichen – mikrochirurgische Optionen bei therapierefraktären Wunden
D. Ehrl (Nürnberg)

16:44 Steigerung der Lebensqualität bei postonkologischen Lymphödemen – Möglichkeiten der mikrochirurgischen Lymphknotentransplantation
S. Langer (Leipzig)

17:06 Vom Debridement zur Rekonstruktion – der interdisziplinäre Weg zur stabilen Wundheilung
R. Jakubietz (Würzburg)

16:00–17:30 Sitzung KP 8 – DGV – Aktuelles aus der Verbrennungsmedizin

Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin

Raum: Konferenzraum 7

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

16:00 Entwicklung zu modernen Techniken in der Verbrennungschirurgie
B. Hartmann (Berlin)

16:18 Die Anwendung eines enzymatischen Debridements bei Verbrennungen von mehr 15% KOF
I. Nietzschmann (Berlin)

16:36 Enzymatisches Debridement bei thermischer Verletzung: zwischen Tiefenbeurteilung und moderner Wundversorgung
R. Martin (Halle a. d. Saale)

16:54 Einsatz und Nachsorge im Interplast-Camp am LAMU Medical Centre in Uganda
R. Martin (Halle a. d. Saale)

17:12 Wie kommt es zur Versorgung von Brandverletzten in einem bundesdeutschen Verbrennungszentrum? – der europäische Katastrophenfallmechanismus (UCPM)
F. Siemers (Halle a. d. Saale)

16:00–17:30 Sitzung KP 9 – DGfW

DGfW FORSCHUNG – WISSEN – PRAXIS

Raum: Konferenzraum 2

Vorsitz: B. Nink-Grebe (Gießen)

16:00–17:30 Seminar 4 – EWMA – Palliative Wundversorgung –

The European Wound Management Association EWMA

Raum: Konferenzraum 4

Vorsitz: S. Probst (Genf/CH)

Ziel der Präsentation ist es, den Teilnehmenden die neuesten Erkenntnisse zur palliativen Wundbehandlung zu vermitteln, basierend auf der 2025 EWMA-Leitlinie zur palliativen Wundversorgung. Durch evidenzbasierte Ansätze sollen Fachpersonen befähigt werden, eine patientenzentrierte und interprofessionelle Versorgung zu gewährleisten, die die Lebensqualität der Betroffenen erhält oder verbessert. Die Präsentation behandelt zentrale Themen wie realistische Wundprognosen, Symptomkontrolle sowie das Management von Exsudat, Infektionen, Wundgeruch, Blutungen und Schmerzen. Dabei werden aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse mit praxisnahen Fallbeispielen kombiniert, um konkrete Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag bereitzustellen. Durch die praxisorientierte Aufbereitung erhalten die Teilnehmenden wertvolle Impulse für eine ganzheitliche Wundversorgung, die sich an den individuellen Bedürfnissen der PatientInnen orientiert und aktuelle Forschungsergebnisse in die tägliche Arbeit integriert.

16:00–17:30 Workshop 5 – Wundauflagen im Kontext der Wundtherapie

Raum: Konferenzraum 3

Leitung: E. Schaperdoth (Köln)

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

16:00-17:30 Workshop 6 - DGfW - Wunden heilen - welchen Verband wähle ich aus? (Wdh.)
Raum: Meistersingerstüberl
Leitung: S. Schädle (Ulm)

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

16:00-17:30 Workshop 7 - Hautpflege - Prinzipien und Strategien
Raum: Konferenzraum 1
Leitung: B. Völzer (Berlin)

PROGRAMM FREITAG, 4. DEZEMBER 2026

08:30-10:00 Hauptsitzung 6 - infizierte Wunde
Raum: Großer Saal
Vorsitz: G. Riepe (Boppard), B. Gächter (Minusio, Samedan/CH)

08:30 Einführung

08:35 Von der Infektion zur Heilung: Strategien bei Osteomyelitis und Wundinfektion am Fuß
B. Gächter (Minusio, Samedan/CH)

09:00 Welche Keime bedrohen den infizierten Diabetischen Fuß?
D. Schulze (Pirmasens)

09:25 Tatort Wunde XIV - Fälle aus der Wundklinik
G. Riepe (Boppard)

09:50 Zusammenfassung

08:30-10:00 Hauptsitzung 7 - Künstliche Intelligenz und Co: Innovationen in der Diagnostik und Therapie chronischer Wunden
Raum: Kleiner Saal
Vorsitz: E. S. Schultz (Nürnberg), K. Masur (Greifswald)

08:30 Einführung

08:32 Aktuelles aus der Plasmawundheilung
K. Masur (Greifswald)

08:52 Multidimensionale Wundklassifizierung – von der Wundfotografie zur erklärbaren KI-Diagnose
M. Krieter (Nürnberg)

09:12 KI in der Wundversorgung – ein Ausblick in die Zukunft
M. Moelleken (Essen)

09:32 AKR101 – ein neuer Player in der Wundtherapie
B. Wolff-Winiski (Wien/AT)

09:52 Zusammenfassung

08:30-10:00 Sitzung KP 10 - Akademie Klinikum Nürnberg - Herausforderung Wundmanagement im Kindesalter

Raum: Konferenzraum 6

Vorsitz: K. Bodenschatz, J. Simon (Nürnberg)

08:30 Die pädiatrische Wunde: was macht den Unterschied? Problemwunden bei Kindern erkennen und richtig einordnen
K. Bodenschatz (Nürnberg)

09:00 Kindgerechtes Wundmanagement: Verbandmaterialien, Fixierung und Fallbeispiele: Besondere Herausforderungen in der Klinik
B. Hülße (Nürnberg)

09:30 Vertrauen schaffen beim Verbandwechsel: Wie wir Kinder sicher und empathisch begleiten können. Erfahrungen aus der Praxis
H. Fendler (Forchheim)

08:30-10:00 Sitzung KP 11 - ICW - Impulse aus Praxis und Lehre

Raum: Konferenzraum 7

Vorsitz: V. Gerber (Spelle), J. Dissemond (Essen)

08:30 Biofilm und Antiseptik – Klarheit und Verständnis schaffen durch aktuelle Positionspapiere der ICW
J.-D. Rembe (Düsseldorf)

09:00 Gemeinsam lernen auf Augenhöhe – Lehrkonzepte zu Wundmanagement in deutschen SkillsLabs
C. Erfurt-Berge (Erlangen)

09:30 Übersicht der aktuellen Bildungskonzepte der ICW: was ist neu?
K. Teubner (Fürstenfeldbruck)

08:30-10:00 Freie Vorträge 2

Raum: Konferenzraum 2

Vorsitz: T. Pfersich (Reutlingen), E. K. Stürmer (Hamburg)

08:30 FV 09 – Technische Weiterentwicklungen in der freien Fibulatransplantation: Einfluss auf die Rekonstruktion komplexer Kopf-Hals-Defekte
U. Cambaz (Pittsburgh, PA/US, Tübingen), O. M. Gürsoy (Istanbul/TR), T. O. Acartürk (Pittsburgh, PA/US)

08:40 FV 10 – Ein innovatives Rekonstruktionskonzept zur Behandlung massiver lokalisierter Lymphödeme des medialen Oberschenkels: funktionelle Exzision mit Book-Cover-Lappenplastik
U. Cambaz (Pittsburgh, PA/US, Tübingen), O. M. Gürsoy (Istanbul/TR), T. O. Acartürk (Pittsburgh, PA/US)

08:50 FV 11 – Die Achillesferse der LVAD-Therapie ambulant behandeln: Kaltplasmatherapie verhindert Hospitalisierung bei Driveline-Infektionen
M. Barten, L. Bax, C. Volgmann, E. Girdauskas, A. Bernhardt (Hamburg)

09:00 FV 12 – Großflächige Kaltplasmatherapie bei Schwerbrandverletzten mit von multiresistenten Erregern kolonisierten Verbrennungswunden
F. Schlottmann, M. R. Milewski, F. J. Kloss, L. Lorbeer, T. Dieck, P. M. Vogt (Hannover)

09:10 FV 13 – Kaltplasma in der modernen Ulcus-cruris-Therapie: Ergebnisse der multizentrischen POWER-Studie
M. Storck (Karlsruhe)

09:20 FV 14 – Makrophage-Myofibroblast-Transition (MMT): Neue Erkenntnisse und Targettherapie zur Pathophysiologie nicht-heilender Wunden?
Q. Suppiyar, W. Ibing, W. Garabet, M.-U. Wagenhäuser, H. Schelzig, J.-D. Rembe (Düsseldorf)

09:30 FV 15 – Humane 3D-Wundinfektionsmodelle: *Candida-albicans*-Infektionsdynamiken und erste Ansätze zur präklinischen Therapiebewertung
L. Klopf, M. Heeg, C. Neser, T. Hertlein, K. Kunde (Würzburg), L. Kiesewetter (Würzburg, Bad Kissingen), C. Albert, D. Groneberg (Würzburg), F. Groeber-Becker (Düsseldorf, Würzburg), M. Wußmann, K. Ohlsen, M. Steinke, D. Zdzieblo, C. Popp (Würzburg)

09:40 FV 16 – Establishment and characterization of a novel organotypic 3D diabetic skin equivalent for wound healing research
O. Kurow, R. Nuwayhid, S. Langer (Leipzig)

08:30-10:00 Seminar 5 - Erysipel und Phlegmone - eine Abgrenzung
Raum: Konferenzraum 4
Vorsitz: M. Knestele (Marktoberdorf)

Erysipel und Phlegmone sind Hautweichteilinfektionen mit sehr unterschiedlichen Ausprägungen und vor allem Komplikationen. Daher ist es wichtig, diese nach klinischem Aspekt voneinander unterscheiden zu können, denn ein Erysipel, mit Ausbreitung der Bakterien / des Infektes vor allem in den dermalen Lymphbahnen, ist in der Regel konservativ zu beherrschen, wogegen eine Phlegmone deutlich häufiger eine chirurgische Sanierung trotz antibiotischer Therapie nach sich zieht. Bei der Phlegmone kommt es bei Ausbreitung der Bakterien vor allem im subkutanen Fettgewebe im Extracellulärraum zu Gewebeeinschmelzungen und Abszessen.

08:30-10:00 Seminar 6 - EWMA - Palliative Wundversorgung (Wdh.)
Raum: Konferenzraum 3
Vorsitz: S. Probst (Genf/CH)

Ziel der Präsentation ist es, den Teilnehmenden die neuesten Erkenntnisse zur palliativen Wundbehandlung zu vermitteln, basierend auf der 2025 EWMA-Leitlinie zur palliativen Wundversorgung. Durch evidenzbasierte Ansätze sollen Fachpersonen befähigt werden, eine patientenzentrierte und interprofessionelle Versorgung zu gewährleisten, die die Lebensqualität der Betroffenen erhält oder verbessert. Die Präsentation behandelt zentrale Themen wie realistische Wundprognosen, Symptomkontrolle sowie das Management von Exsudat, Infektionen, Wundgeruch, Blutungen und Schmerzen. Dabei werden aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse mit praxisnahen Fallbeispielen kombiniert, um konkrete Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag bereitzustellen. Durch die praxisorientierte Aufbereitung erhalten die Teilnehmenden wertvolle Impulse für eine ganzheitliche Wundversorgung, die sich an den individuellen Bedürfnissen der PatientInnen orientiert und aktuelle Forschungsergebnisse in die tägliche Arbeit integriert.

08:30-10:00 Workshop 8 - Wundauflagen im Kontext der Wundtherapie (Wdh.)
Raum: Meistersingerstüberl
Leitung: E. Schaperdoth (Köln)

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 Seminar 7 – Ich sehe was, was du nicht siehst… und das ist effektive Kompressionstherapie

Raum: Konferenzraum 1

Leitung: S. Eder (Villingen-Schwenningen), I. Hoffmann-Tischner (Köln)

Effektive Kompressionstherapie für Fortgeschrittene: In der Reihe „Ich sehe was, was Du nicht siehst – für ein besseres Verständnis" werden wir gemeinsam medizinische und pflegerische Expertise, also Theorie und Praxis zusammenbringen. Und dies nicht nur für die wesentlichen Grundlagen, sondern auch für ganz spezielle Probleme.

10:00–10:45 Geführte Postersitzung 2

Raum: Foyer

Vorsitz: M. Gosch, F. Hüttner (Nürnberg)

10:00 P 20 – Grenzen in der ambulanten Wundversorgung – warum interdisziplinäre Zusammenarbeit essentiell ist
C. Hoffmann (Hamburg)

10:02 P 21 – Flexibilität macht den Unterschied: trägerfreie Wundauflage bei komplexem DFU mit offenem Gelenk
G.-S. Vlantoiu (Reutlingen)

10:04 P 22 – Autolytisch-hydrolytische Wundtherapie bei maximaler Multimorbidität im ambulanten Setting – ein außergewöhnlicher Fall
R. Großmann (Trochtelfingen)

10:06 P 23 – Einfluss des pH-Wertes und Bakterienwachstum in translationalen Wundmodellen
J. Frankenheim, S. C. Liegenfeld, N. Krüger, M. Dittmer, E. K. Stürmer (Hamburg)

10:08 P 24 – Chronische Wunde, kurze Wege: ein ambulantes Netzwerkmodell für die ländliche Versorgung
C. Moellenhoff (Schwabach), A.-M. Döttl (Eichstetten), H. Draxler, A. Suprovici (Schwabach)

10:10 P 25 – Postoperative Wundinfektionen nach hüftgelenksnahen Femurfrakturen
B. Osterhammel, F. Wolters, M. Müller, H. J. Heppner, R. Schupfner (Bayreuth)

10:12 P 26 – Postoperative Wundinfektionen nach Frakturen des Unterschenkels und oberen Sprunggelenkes
F. Wolters, B. Osterhammel, M. Müller, H. J. Heppner, R. Schupfner (Bayreuth)

10:14 P 27 – Wundheilungsstörung durch Fremdkörper – Ursachen, Diagnostik und therapeutische Konsequenzen
C. Hoffmann (Hamburg)

10:16 P 28 – Synergistische Therapien: Bakteriophagen und Antiseptika in einem Hautmodell
N. Krüger, S. C. Liegenfeld, J. Frankenheim, M. Dittmer, S. C. Rhode-Wedrich, E. K. Stürmer (Hamburg)

10:18 P 29 – Interkingdom Biofilme In chronischen Wunden: die Zusammenarbeit von *Candida albicans* und *Staphylococcus aureus* gegen konventionelle Wundantiseptika
M. Dittmer, S. C. Liegenfeld, N. Krüger, M. Geffken, C. Schöller, A. Delle Coste, I. Alio, W. R. Streit, E. K. Stürmer (Hamburg)

10:20 P 30 – Vermeidung einer Amputation durch individualisiertes, unkonventionelles Wundmanagement
S. El Hage (Hamburg)

10:22 P 31 – Die ersten 100 Tage nach der Entlassung – warum der Erfolg der Wundtherapie nicht allein im Krankenhaus entschieden wird
P. Kühn (Nastätten)

10:24 P 32 – Wirksamkeitsmessung mittels Wound-QoL zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität in einem spezialisieren pflegerischen Wundcentrum
I. Hoffmann-Tischner, A. Hoffmann (Köln/Aachen)

10:26 P 33 – Konzept einer hautsensiblen Wunddokumentation bei unterschiedlichen Hauttönen
N. Tabiou (Bergisch Gladbach)

10:28 P 34 – 3-Phasenmodell der Eskalation und Chronifizierung von Wunden
C. Hoffmann (Hamburg)

10:30 P 35 – Kommunikation in der Wundversorgung – „No-Gos" und „Red Flags"
C. Hoffmann (Hamburg)

10:32 P 36 – Pflegerisches Wissen zur Prävention und Behandlung eines Dekubitus – formative Evaluation im Rahmen einer Pilotimplementierung
Y. Loose (Stuttgart)

10:34 P 37 – AkaP-Reg und PA-Reg – zwei bundesweite, multizentrische Studien zur Entwicklung ausgewählter akademischer Gesundheitsberufe
K. Burgmaier, S. Schönstein, A. Hofmann, M. Starke, C. Rester, M. Burgmaier (Deggendorf)

10:36 P 38 – Zwischen Verantwortung und Unterstützungsbedarf: pflegende Angehörige in der Versorgung chronischer Wunden
S. Schönstein, D. Schümann (Deggendorf)

10:38 P 39 – Wundlotse am Fuß – warum die Podologie eine ungenutzte Ressource für Qualität und Wirtschaftlichkeit ist
P. Kühn (Nastätten)

10:40 P 40 – Kosteneffektivität von EDX110 bei der Behandlung schwer heilender diabetischer Fußulzera (DFU) in Deutschland
J. Guest (Poole/GB), S. Goh (Wuppertal), D. Baum (München)

10:42 P 41 – Wundversorgung in der interdisziplinären Lehre – digitale Umsetzung zum Thema Ernährung
J. Leuchtenberger, C. Hollard, C. Erfurt-Berge (Erlangen)

10:45-12:15 Hauptsitzung 8 – Gefäßchirurgie: Gefäßmedizin und Wundheilung – Revaskularisation und moderne Wundbehandlung als Schlüssel zur Heilung
Raum: Großer Saal
Vorsitz: A. Dechêne, D. Ehrl (Nürnberg)

10:45 Einführung

10:47 Scharfes Debridement in der Praxis – wer macht es, wer haftet und was bringt es?
D. Puschmann (Aachen), I. Hoffmann-Tischner (Köln)

11:27 Revaskularisation: Vakuum oder Mikrochirurgie?
D. Ehrl (Nürnberg)

12:07 Zusammenfassung

10:45-12:15 Hauptsitzung 9 - Qualität bedingt Wirtschaftlichkeit in der Wundversorgung - Wege aus dem Dilemma

Raum: Kleiner Saal

Vorsitz: U. Imkamp (Aurich), C. Westermann (Mülheim a. d. Ruhr)

10:45 Einführung

10:47 Einflussgrößen für Standardisierung und Qualitätsmanagement im Rahmen des Wundmanagements
U. Imkamp (Aurich), C. Westermann (Mülheim a. d. Ruhr)

10:57 Die Möglichkeiten des Fallmanagements, Prozesse des Wundmanagements zu begleiten, zu koordinieren und deren Effekte
J. Gareis (Puchheim)

11:17 Diskussionsmöglichkeit

11:27 Abstraktion der Möglichkeiten der Fallführung zur besseren Outcome-Steuerung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit
U. Imkamp (Aurich), C. Westermann (Mülheim a. d. Ruhr)

11:37 Sind Datenmanagement und Benchmark im Wundmanagement möglich?
C. Westermann (Mülheim a. d. Ruhr)

11:57 Diskussionsmöglichkeit

12:07 Zusammenfassung

10:45-12:15 Sitzung KP 12 - DDG, AGW - Zwischen Infekt und Ekzem: dermatologische Herausforderungen bei chronischen Wunden

Raum: Konferenzraum 6

Vorsitz: C. Erfurt-Berge (Erlangen), M. Granin (Greifswald)

10:45 Vorfußinfekt - strategisch richtig angehen
M. Granin (Greifswald)

11:15 Erosive pustulöse Dermatitis: häufig gesehen, selten erkannt
J. Dissemond (Essen)

11:45 Es juckt und schuppt - Allergie?!
C. Erfurt-Berge (Erlangen)

10:45-12:15 Sitzung KP 13 - DGA - Von der Wunde zum Katheter - ganzheitliche Gefäßmedizin

Raum: Konferenzraum 7

Vorsitz: B. Amann, F. Schönenberg (Berlin)

10:45 Prognose verbessern bei pAVK: neue Leitlinien 2026
A. Haertel (Berlin)

11:15 Ischämische Fußwunde - der pedale Bypass ist gut!
F. Schönenberg (Berlin)

11:45 Ischämische Fußwunde - PTA bis in den Großzeh ist gut!
B. Amann (Berlin)

10:45-12:15 Sitzung KP 14 - EWMA-Update interdisziplinäres Wundmanagement
Raum: Konferenzraum 2
Vorsitz: S. Probst (Genf/CH), E. K. Stürmer (Hamburg)

10:45 Update Shared Decision Making: das EWMA Home Care Wound Care Toolkit
S. Probst (Genf/CH)

11:15 Update Wundinfektion und Debridement: das EWMA AMS-Dokument
E. K. Stürmer (Hamburg)

11:45 Update postoperative Wundkomplikationen: das EWMA SSI-Dokument
J.-D. Rembe (Düsseldorf)

10:45-12:15 Seminar 8 - Akademie Klinikum Nürnberg - Korrekte Wunddokumentation
Raum: Konferenzraum 4
Vorsitz: G. Deutschle-Coerper (Nürnberg)

10:45-12:15 Workshop 9 - Delir - Escape Room
Raum: Konferenzraum 3
Vorsitz: T. Vaheri (Nürnberg)

10:45-12:15 Workshop 10 - Bayerische Pflegeakademie - Algorithmen in der Wundbehandlung - verstehen und evidenzbasiert handeln
Raum: Meistersingerstüberl
Leitung: C. Schatz (München), U. Schüller (Schongau)

Der Workshop richtet sich an Teilnehmende, die ihre Entscheidungsprozesse in der Versorgung akuter und chronischer Wunden weiter professionalisieren möchten. Im Fokus steht die Frage, wie strukturierte Algorithmen und standardisierte Behandlungspfade dazu beitragen können, Wunden differenziert zu beurteilen, Therapieentscheidungen nachvollziehbar zu treffen und Behandlungsverläufe nachhaltig zu verbessern. Anhand praxisnaher Fallbeispiele wird aufgezeigt, wie evidenzbasierte Leitlinien in den Versorgungsalltag integriert werden können und welche Rolle klinische Erfahrung, Assessmentinstrumente und interprofessionelle Zusammenarbeit dabei spielen. Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, diagnostische und therapeutische Entscheidungswege kritisch zu reflektieren, typische Stolpersteine zu erkennen und Handlungssicherheit im Umgang mit komplexen Wundsituationen zu gewinnen. Ziel des Workshops ist es, die Anwendung von Algorithmen als unterstützendes Werkzeug zu stärken, die Qualität der Wundversorgung zu fördern und eine patientenzentrierte, wissenschaftlich fundierte Praxis weiterzuentwickeln.

10:45-12:15 Workshop 11 - Diabetisches Fußsyndrom im Dialog
Raum: Konferenzraum 1
Vorsitz: R. Lobmann (Stuttgart)

14:15-15:45 Hauptsitzung 10 - Straßenambulanz - medizinische Versorgung von obdachlosen Menschen
Raum: Großer Saal
Vorsitz: O. Gunia (München), P. Phillips (Nürnberg)

14:15 Einführung

14:20 Versorgen wo andere wegsehen: Wundversorgung bei Menschen in prekären Lebenslagen
O. Gunia (München)

14:45 Wundversorgung auf Augenhöhe – die Bedeutung von Straßenambulanzen bei der Versorgung drogenabhängiger Menschen
P. Phillips (Nürnberg)

15:10 Von der Straße in die Versorgung – Bahnhofsläuferinnen Nürnberg und die Entwicklung einer barrierearmen Obdachlosenpension
A. Bott (Nürnberg)

15:35 Zusammenfassung

14:15-15:45 Hauptsitzung 11 – #science2woundcare

Raum: Kleiner Saal
Vorsitz: C. Schatz (München), I. Hoffmann-Tischner (Köln)

14:15 Aus der Praxis in die Wissenschaft – wie Forschung hilft, Pflege neu zu gestalten
L. Dörr (Bonn)

14:37 Evidence-based Nursing (EBN) in der Praxis: Strategien zur Prävention von Skin Tears
C. Schatz (München)

14:59 Dekubitus und Hautversagen am Lebensende – zwischen pflegerischem Standard und palliativer Notwendigkeit
I. Hoffmann-Tischner (Köln)

15:21 Epidemiologie und Assoziation pflegerelevanter Hautprobleme bei älteren Pflegeheimbewohnern
B. Völzer (Berlin)

14:15-15:45 Sitzung KP 15 – DGG (Geriatrie) – Der komplexe, ältere Patient

DGG Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.

Raum: Konferenzraum 6
Vorsitz: H. J. Heppner (Bayreuth), T. Vaheri (Nürnberg)

14:15 Frailty – woher kommt's und was bedeutet es?
M. Gosch (Nürnberg)

14:45 Wann wird die Wunde des alten Menschen zum Notfall?
K. Singler (Fürth)

15:15 Kann der Patient nicht oder will er nicht, wie wir wollen?
T. Vaheri (Nürnberg)

14:15-15:45 Sitzung KP 16 – DGPL – Arteriogenese und Angiogenese bei der Therapie von Ulcera

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PHLEBOLOGIE UND LYMPHOLOGIE

Raum: Konferenzraum 7
Vorsitz: M. Koller, T. Noppeney (Regensburg)

14:15 Biomarker beim Lymphödem
C. Ure (Wolfsberg/AT)

14:45 Therapierefraktäres Lymphödem – was nun?
F.-J. Schingale (Pommelsbrunn)

15:15 Relevanz der Angiogenese bei der Therapie von Ulcera crurum
B. Cucuruz (Nürnberg)

Zeitsparende Wundversorgung

von chronischen Wunden

Besuchen Sie uns am Stand und überzeugen Sie sich.

Wir freuen uns auf Sie!











Entdecken Sie unsere Produktbroschüre mit allen erhältlichen Größen & PZN:

www.draco.services/Produktbroschuere

www.draco.de

DRACO

Mein Partner in der Wundversorgung

14:15-15:45 **Sitzung KP 17 - DeGIR/DRG - Gefäßinterventionen in der Wundheilung - what's hot and what's not?**
Raum: Konferenzraum 2
Vorsitz: M. Lell, C. Eckrich (Nürnberg)

14:15 Below-the-knee-Interventionen
H. Nebelung (Nürnberg)

14:45 Wer profitiert wovon?
C. Eckrich (Nürnberg)

15:15 Drug eluting balloon and beyond – Fallbeispiele aus dem Alltag
M. Hauer (Nürnberg)

14:15-15:45 **Sitzung KP 18 - VDP - Der Weg zur Amputation - und was andere Länder besser machen**
Raum: Konferenzraum 4
Vorsitz: I. Schegerer (Bad Wörishofen), C. Kuberka-Wiese (Rosdorf)

14:15 Podologie und Podiatrie im internationalen Vergleich – Unterschiede in der Wundversorgung und ihre Auswirkungen
M. Stepien (Pirmasens)

14:45 Zwischen Theorie und Alltag: wie Zusammenarbeit wirklich funktioniert
C. Kuberka-Wiese (Rosdorf)

15:15 Der unterschätzte Hebel: wie podologische Interventionen Amputationen verhindern
P. Kühn (Nastätten)

14:15-15:45 **Seminar 9 - Akademie Klinikum Nürnberg - Korrekte Wunddokumentation** (Wdh.)
Raum: Konferenzraum 3
Vorsitz: G. Deutschle-Coerper (Nürnberg)

14:15-15:45 **Workshop 12 - Filzen als Bridging zum orthopädischen Schuhwerk**
Raum: Meistersingerstüberl
Leitung: E. K. Stürmer, B. Buck (Hamburg)

Inhaltlich erwartet Sie bei diesem Workshop ein ca. 30-minütiger theoretischer Teil, der die Technik des Filzens, seine Indikationen und Limitationen erklärt. Wann bietet sich das Filzen von Wunden an? Welche Materialien werden genutzt und womit wird das Filz-Vlies fixiert? Welche Wunden profitieren am meisten? Wie hilft das Filzen? Was ist als Anschlusstherapie nötig? Zudem machen wir einen kleinen Exkurs in die Anatomie des Fußes. Dies hilft beim Anfertigen und Anpassen einer gut sitzenden Schablone, wie Sie im folgenden praktischen Teil realisieren werden. Im praktischen Teil werden Sie am Fußmodell an verschiedene anatomischen Zonen Schablonen für das Filzen entwickeln und die Fixierung erlernen. Welche Fehlerquellen gilt es zu vermeiden, worauf ist zu achten? Es besteht auch die Möglichkeit das Filzen in Partnerarbeit zu üben.

14:15-15:45 **Workshop 13 - Diabetisches Fußsyndrom im Dialog** (Wdh.)
Raum: Konferenzraum 1
Vorsitz: R. Lobmann (Stuttgart)

16:00-16:15 Abschluss, Preisverleihung
Raum: Großer Saal

16:00 Übergabe der Abstract-Preise
A. Dechêne, M. Diener (Nürnberg)

16:10 Abschlussworte
A. Dechêne, M. Diener (Nürnberg)

16:15-17:30 Hauptsitzung 12 - Cold Atmospheric Plasma in der modernen Wundbehandlung - Wirkmechanismen, Evidenzlage und klinische Perspektiven
Raum: Großer Saal
Vorsitz: G. Hämmerle (Bregenz/AT)

16:15 Einführung

16:20 Cold Atmospheric Plasma in der modernen Wundbehandlung – Wirkmechanismen, Evidenzlage und klinische Perspektiven
G. Hämmerle (Bregenz/AT)

17:20 Zusammenfassung

16:00-17:30 Sitzung KP 19 - Biofilmanalyse/Phagentherapie
Das Mikrobiom infizierter Wunden - Diversität und klinische Relevanz
Raum: Konferenzraum 6
Vorsitz: E. K. Stürmer (Hamburg), J.-D. Rembe (Düsseldorf)

16:00 Infizierte Wunden: Wissen und Praxistransfer
E. K. Stürmer (Hamburg)

16:15 Biofilme: komplexe Vielfalt = schwierige Behandlung?
M. Dittmer (Hamburg)

16:50 Bakteriophagen im Wundmilieu und ihr therapeutisches Potential
N. Krüger (Hamburg)

17:25 Fazit

16:00-17:30 Sitzung KP 20 - Wenn Armut krank macht: Folgen für Wundversorgung und Heilung
Raum: Konferenzraum 7
Vorsitz: T. Bonkowski (Regensburg), O. Kapferer (Innsbruck/AT)

16:00 Altersarmut als Risikofaktor – Wundversorgung im Schatten sozialer Not
T. Bonkowski (Regensburg)

16:45 Von Altersarmut zur Mangelernährung – Konsequenzen für Wundheilung und Gesundheit
O. Kapferer (Innsbruck/AT)

16:00-17:30 Seminar 10 - Narbentherapie - wenn die Wunde abgeheilt ist
Raum: Konferenzraum 4
Vorsitz: M. Knestele (Marktoberdorf)

Narben sind das Ergebnis des Heilungsprozesses nach Gewebeschäden und können sowohl ästhetische als auch funktionale Auswirkungen auf den Patienten haben. Die Pathologie von Narben umfasst verschiedene Aspekte, darunter die biologischen Mechanismen der Wundheilung, die unterschiedlichen Narbenarten wie hypertrophe Narben und Keloide sowie die Faktoren, die deren Entwicklung beeinflussen.

Hypertrophe Narben sind erhaben und rot, während Keloide über die ursprüngliche Wunde hinauswachsen und oft juckend oder schmerzhaft sind. Genetische Prädisposition, Hauttyp, Wundgröße und -tiefe sowie die Art der Verletzung spielen eine entscheidende Rolle in der Narbenbildung. Darüber hinaus können psychologische Faktoren und die soziale Wahrnehmung von Narben das Wohlbefinden der Betroffenen erheblich beeinflussen. Ein besseres Verständnis der Pathologie von Narben ist entscheidend für die Entwicklung effektiver Behandlungsstrategien, die sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit der Patienten fördern.

16:00-17:30 Seminar 11 - Lymphologische und phlebologische Kompressionstherapie mit praktischer Anwendung

Raum: Konferenzraum 3

Vorsitz: F.-J. Schingale (Pommelsbrunn)

Die Therapie eines Lymph- und Phlebödems soll den Lymphtransport normalisieren und das Ödem reduzieren. In der Behandlungsplanung müssen eines oder mehrere der folgenden Teilziele festgelegt werden: Verbesserung der Lymphdrainage, Lockerung des fibrosklerotisch veränderten Gewebes, Reduktion von Bindegewebe. Verbesserung der Funktionsdefizite der Gliedmaßen, um die Wirksamkeit der Muskel- und Gelenkpumpe zu erhöhen,Vermittlung von Selbstbehandlungsoptionen (Hautpflege, bestimmte Lymphdrainagegriffe, Technik der Lymphkompressionsbandage, Bewegung). Re-Integration der Patienten in ihrem sozialen Umfeld wie Schule, Ausbildung, Studium oder Beruf, Prävention von Langzeitpflege, Verbesserung der Lebensqualität. Die wichtigste Säule der Behandlung ist die Kompressionstherapie und Bewegung. Wir haben die Patienten in der Bandagierung geschult, aber das ist problematisch, weil der Verband nach 5 Stunden aufgrund der Ödemreduzierung rutscht und es ein Problem für den Patienten darstellt, den ganzen Verband abzunehmen und neu zu bandagieren. Ferner ist für die Wirkung der Bandage nicht nur die Festigkeit, sondern auch der Druck erforderlich. Studien von Chr. Moffat und K. Protz zeigen, dass der richtige Druck nur von ca. 9,3 % der in der Bandagierung geübten Personen angelegt wurde. Um wieviel schwerer ist es für den Patienten bei der Selbstanlage. Deshalb wechselten wir zu einer Klettverschlussbandage mit einem BPS (Built in Pressure System) zur Kontrolle des Kompressionsdruckes der Bandage. Vorteil für den Behandler, Patienten und Hilfsperson: Der Patient benötigt zur Anlage deutlich weniger Zeit als bei der Bandagierung und er kann bei Bedarf nachjustieren, wenn die Bandage durch die Ödemreduzierung rutschen sollte. Ziel des Seminars: Unterschied zwischen phlebologischer und lymphologischer Kompression, Übungen mit der Klettverschlussbandage.

16:00-17:30 Workshop 14 - Alte Hasen treffen Junge Hüpfer

Raum: Meistersingerstüberl

Vorsitz: S. Kanya (Duisburg)

Die Diskussion um Silber in der Wundversorgung hat eines deutlich gemacht: Die Infektionsprophylaxe rückt zunehmend in den Fokus einer modernen und verantwortungsvollen Wundbehandlung. Doch welche Strategien sind heute wirklich sinnvoll? Wie lässt sich Infektionsprophylaxe praxisnah und effektiv in den Versorgungsalltag integrieren? In dieser Veranstaltung beleuchten wir aktuelle Erkenntnisse rund um die Prävention von Wundinfektionen und diskutieren konkrete Handlungsmöglichkeiten für die tägliche Praxis. Was ist zu tun, wenn der Verdacht auf Biofilm besteht? Welche Rolle spielen Antiseptika und Wundspüllösungen, und welches Hintergrundwissen ist für eine fundierte Anwendung entscheidend? Freuen Sie sich auf differenziertes Fachwissen, praxisrelevante Einblicke und den gemeinsamen Austausch zu den Herausforderungen und Chancen der Infektionsprophylaxe. Diskutieren Sie mit Kolleginnen und Kollegen, teilen

Sie Erfahrungen und nehmen Sie wertvolle Impulse für Ihre tägliche Arbeit mit. Denn erfolgreiche Infektionsprophylaxe beginnt nicht mit einzelnen Produkten, sondern mit dem richtigen Verständnis und ihrer konsequenten Umsetzung in der Praxis.

16:00-17:30 **Workshop 15 - DGG - Delir - Escape Room** (Wdh.)
Raum: Konferenzraum 1
Vorsitz: T. Vaheri (Nürnberg)

16:00-17:30 **Workshop 16 - Welcher Schuh ist der richtige beim diabetischen Fuß?**
Raum: Konferenzraum 2
Vorsitz: K. Zink (Bad Mergentheim), L. Lelgemann (Köln)

Take-Home Message: Was möchten wir der/dem Teilnehmer:in mitgeben? Die überarbeitete Risikogruppeneinteilung beim Diabetischen Fußsyndrom (DFS) und bei den analogen Neuro-Angio-Arthropathien berücksichtigt aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und zielt darauf ab, eine evidenzbasierte Versorgung sicherzustellen. Gleichzeitig soll damit Transparenz für alle an der Versorgung beteiligten geschaffen werden; dies gilt für die verordnenden Ärzte, Orthopädie(schuh)techniker, Krankenkassen, Patienten und das ganze interdisziplinäre Behandlungsteam. Dabei kann eine solche Risikogruppeneinteilung nicht alle Ausprägungen dieses komplexen Krankheitsbildes abbilden. Deshalb ist nach wie vor die wirkungsvollste Art der Versorgung nur im interdisziplinären Team zu erreichen. Im Mittelpunkt steht dabei der Patient, dessen besondere Lebenssituation und seine Bedürfnisse. Nur ein vom Patienten akzeptiertes und getragenes Hilfsmittel wirkt.

www.mhp-medien.de
HYGIENE LETTER +STERI
Ihr Newsletter für Hygiene in Arztpraxis und Klinik und für die AEMP. Jetzt kostenlos anmelden!
Damit Sie in Sachen Hygiene und Sterilgutversorgung immer auf dem neuesten Stand sind.
+ zuverlässiges Fachwissen
+ optimiert für Ihr Smartphone
+ alle 14 Tage
+ aktuell noch kostenlos


Kostenlos anmelden auf bit.ly/hygiene-steri-news oder QR-Code scannen.
HMZT2024

INDUSTRIE-SESSIONS DONNERSTAG 3. DEZEMBER 2026

12:00-13:30 **Industriesymposium**
Convatec
Was, wenn Wunden nicht heilen?
Raum: Großer Saal
Vorsitz: D. Baum (München)

12:00-13:30 **Industriesymposium**
SERAG-WIESSNER
Best-Practice in der Wundreinigung: Aktuelle Erfahrungen aus Klinik und Pflege
Raum: Kleiner Saal

12:00 Wundspüllösungen im chirurgischen Wundmanagement: Was braucht der Behandler und welche Einwirkzeiten sollten gewählt werden?
S. Langer (Leipzig)

12:22 Wundinfektionen im Pflegealltag vermeiden – Maßnahmen der lokalen Prophylaxe
B. Buck (Hamburg)

12:44 Natriumhypochlorit/hypochlorige Säure im Einsatz auf der Verbrennungs-intensivstation
W. Heitzmann (Köln)

13:06 Welche Vorteile bringen polyhexanidhaltige Produkte in der Wundversorgung?
R. Beyerlein (Kulmbach)

12:00-13:30 **Industriesymposium**
Smith & Nephew GmbH
WOUND CARE UNCOVERED – Der Reality Check für moderne Wundversorgung
Was wir über Wunden zu wissen glauben und was wirklich stimmt
Raum: Konferenzraum 6
Vorsitz: S. Probst (Genf/CH)

12:00 Mehr als Absorption? Moderne 5-Lagen-Schaumverbände im Fokus
E. K. Stürmer (Hamburg)

12:22 Wenn Heilung ins Stocken gerät: Wege aus der Stagnation mit sNPWT
I. Langer (Borna)

12:44 Geschlossen ist nicht gleich verheilt – prophylaktisches Inzisionsmanagement in der Orthopädie
P. Buschner (München)

13:06 Wundheilung aktiv unterstützen: was moderne Unterdrucktherapie heute leisten kann
A. Gerken (Mannheim)

12:00-13:30 **Industrieseminar**
URGO GmbH
Therapiekonzept für belegte Wunden: Debridement und kontinuierliche Wundreinigung
Raum: Konferenzraum 7
Vortragende: E. K. Stürmer (Hamburg), A. Grünerbel (München), R. Großmann (Holzgerlingen)

12:00-13:30 **Industrieseminar**
Solventum Germany GmbH
Kann Wundtherapie so einfach sein? Die neue Leichtigkeit der NPWT
Raum: Konferenzraum 2
Vorsitz: T. Breitfeld (Wernigerode)

12:00-13:30 **Industrieseminar**
BioMonde GmbH
Wie viel Medizin steckt in der Made? – Die Wirksamkeit des Larvensekrets
Raum: Konferenzraum 4
Vortragende: A. Blohm, M. Sievers, L. Larve (Barsbüttel)

12:00-13:30 **Industrieworkshop**
RegenLab GmbH
Moderne Wundversorgung in der Gefäßchirurgie mit Platelet-Rich-Plasma (PRP)
Raum: Konferenzraum 3
Vorsitz: I. Kasic (Kiel)

12:00-13:30 **Industrieworkshop**
PAUL HARTMANN AG
Entdecken Sie Pütter® Pro 2 Vintens® – den Kompressionsverband mit integriertem Sensor zur Überwachung des Kompressionsdrucks per App
Raum: Meistersingerstüberl
Vorsitz: K. Protz (Hamburg), S. Wörsdörfer (Heidenheim)

12:00-13:30 **Industrieworkshop**
LIGAMED medical Produkte GmbH
Wundreinigung und Wundversorgung bei Ulcus cruris
Raum: Konferenzraum 1
Vorsitz: C. Gebert (Hersbruck)

12:00-13:30 **Industrieworkshop**
LIGAMED medical Produkte GmbH
Druckentlastung beim diabetischen Fuß
Raum: Konferenzraum 5
Vorsitz: T. Prennig (Roth)

16:00-17:30 **WUND-Slam**
Raum: Kleiner Saal

URGO GmbH

apraxon GmbH

LIGAMED medical Produkte GmbH

Aspen Germany GmbH

INDUSTRIE-SESSIONS FREITAG 4. DEZEMBER 2026

12:30-14:00 **Industriesymposium**
Mölnlycke Health Care GmbH
Mission Vision: Wie moderne Konzepte die Wundzukunft prägen
Raum: Großer Saal

12:30 Wundversorgung in der Klinik 2030
M. Moelleken (Essen)

13:00 Dialog statt Überlastung – wie Edukation zukünftig Wundversorgung tragen kann
E. K. Stürmer (Hamburg)

13:30 Wundbeurteilung der Zukunft – alle Hauttöne im Blick
N. Tabiou (Bergisch Gladbach)

12:30-14:00 **Industriesymposium**
apraxon GmbH
Wundakte X | Bösartige Spuren – Wenn Tumore wuchern (Tumorwunden)
Raum: Kleiner Saal
Vorsitz: S. Will, S. Thierenbach (Hünfeld)

12:30-14:00 **Industriesymposium**
Flen Health
Individuelle Therapie komplexer Wunden: Versorgung einer Patientin mit Ulcus cruris und Dekubitus unter Einsatz von Flaminal als Bestandteil eines patientenorientierten Behandlungskonzepts
Raum: Konferenzraum 6
Vorsitz: C. Tulla (Bernau)

12:30-14:00 **Industrieseminar**
AOP Orphan Pharmaceuticals GmbH
Therapieoptionen bei aktuellen Therapiestrategien für chronisch venöse Ulcera (CVU)
Raum: Konferenzraum 7

12:30 Die Diagnostik und Therapie von Ulcus cruris venosum mit Berücksichtigung aktuellster Möglichkeiten
C. Erfurt-Berge (Erlangen)

12:52 Klinische Evidenz mit ABCB5-positiven MSCs bei therapieresistenten CVUs mit Fallbeispiel
A. Kerstan (Würzburg)

12:30-14:00 **Industrieseminar**
Chiesi GmbH
Jede Wunde ist eine Geschichte, jede Geschichte zählt – Einblicke in die Versorgung einer Patient*in mit Epidemolysis bullosa
Raum: Konferenzraum 2
Vorsitz: R. Drägerdt (Hannover), L. Cimesa (Frankfurt a. M.)

12:30–14:00 **Industrieworkshop**

URGO GmbH

Therapiekonzepte erleben: Wund- und Kompressionstherapie in der Praxis

Raum: Konferenzraum 4

Vorsitz: S. Franke (Sulzbach), C. Lother (Beendorf)

12:30–14:00 **Industrieworkshop**

Aspen Germany GmbH

Schmerzarmes Débridement beim Ulcus cruris – topische Anästhesie in der täglichen Praxis

Raum: Konferenzraum 3

Vorsitz: T. Breitfeld (Wernigerode)

Schmerz während des mechanischen Débridements ist einer der am häufigsten genannten Gründe dafür, dass Wundreinigungen verzögert, verkürzt oder unvollständig durchgeführt werden – mit möglichen Folgen für Heilungsverlauf, Terminadhärenz und Patientenzufriedenheit. Topische Anästhesie ist in diesem Kontext eine etablierte, aber in der Versorgungsrealität unterschiedlich konsequent genutzte Option. Das Symposium soll dieses Spannungsfeld praxisnah adressieren: weniger Grundlagenübersicht, mehr konkrete Umsetzung im Praxis- und Klinikalltag. Damit fügt es sich in den Anspruch des WUKO ein, Wissen praxistauglich zu vermitteln.

12:30	Begrüßung, Einordnung des Themas, Vorstellung der Referenten
12:35	Das klinische Problem: Schmerz beim Débridement des Ulcus cruris – Häufigkeit, Folgen, Versorgungsrealität
12:55	Keynote – Praktische Umsetzung der topischen Anästhesie im Behandlungsablauf, inkl. eigener Daten zur Patientenzufriedenheit
13:25	Interaktive Fallsession: Fallvignetten, gemeinsam kommentiert
13:40	Podiumsdiskussion und Q&A
13:55	Take-home-Messages und Abschluss

12:30–14:00 **Industrieworkshop**

Coloplast GmbH

Wie erlange ich die Kontrolle über die Wundsituation? Fälle und Lösungen praktisch

Raum: Meistersingerstüberl

Vorsitz: C. Emde (Hamburg)

12:30–14:00 **Industrieworkshop**

LIGAMED medical Produkte GmbH

OP-Techniken am Diabetischen Fuß und anschließende postoperative Druckentlastung

Raum: Konferenzraum 1

Vorsitz: C. Grüneis (Altdorf), M. Mögen (Baiersdorf)

12:30–14:00 **Industrieworkshop**

WundCura Bayern GmbH

Wundversorgung darf kein Glücksfall sein – zwischen Anspruch, Politik und Versorgungsrealität

Raum: Konferenzraum 5

Politische Hürden, regionale Unterschiede und persönliche Krankheitsgeschichten: Dennis Bensberg und Clara Ziegler, bekannt als SCHMETTERLINGCLARA, zeigen, warum Wundversorgung in Deutschland noch immer Glückssache sein kann. Anschließend diskutiert das Publikum mit: Welche Allianzen braucht es für Veränderung?

12:30 Politische und strukturelle Herausforderungen aus Sicht der spezialisierten Wundversorgung
D. Bensberg (Senden)

13:15 Persönliche Krankheits- und Versorgungsgeschichte sowie Betroffenenperspektive
C. Ziegler (Dinkelsbühl)



Die Abstracts der wissenschaftlichen Vorträge

FV 01 Prophylaktische Schaumverbände in der Dekubitusprävention: Sinn oder Unsinn?

J. Edel

kbo-Isar-Amper-Klinikum, Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Haar

Einleitung
Die prophylaktische Anwendung von Schaumverbänden wird seit Jahren als ergänzende Maßnahme der Dekubitusprävention heftig diskutiert. Besonders für Sakrum und Ferse werden silikonbeschichtete Mehrlagen-Schaumverbände in Studien regelmäßig aus unterschiedlichen Perspektiven untersucht.

Ziele
Ziel des Vortrags ist es, die über acht Jahre im Rahmen des „Wund-Update Dekubitus" der Zeitschrift WUNDmanagement identifizierte Evidenz zur prophylaktischen Anwendung von Schaumverbänden zusammenzuführen und praxisnah einzuordnen. Im Mittelpunkt steht nicht die Frage, ob Schaumverbände auch prophylaktisch „wirken", sondern wann ihr Einsatz plausibel, begründbar und zu begrenzen ist.

Materialien und Methoden
Grundlage ist eine narrative, praxisorientierte Auswertung der in den vergangenen acht Jahren gesichteten Publikationen zur Dekubitusprävention. Berücksichtigt wurden dafür überwiegend randomisiert-kontrollierte Studien. Der Vortrag stellt eine Metaanalyse der in den vergangenen Jahren vom Referenten im Rahmen des Wund-Update der Zeitschrift WUNDmanagement erstellten Analysen.

Ergebnisse
Die Evidenz spricht am ehesten für einen Nutzen prophylaktischer Schaumverbände an Sakrum und Ferse bei Patientinnen und Patienten mit deutlich erhöhtem Dekubitusrisiko, insbesondere im intensivmedizinischen Kontext. Die Ergebnisse sind jedoch nicht uneingeschränkt übertragbar. Die eingeschlossenen Studien unterscheiden sich erheblich hinsichtlich Risikoeinschätzung, Standardversorgung, Verbandtyp, Anwendungsdauer und Ergebnisdefinition. Zudem bleibt unklar, welchen Zusatznutzen Schaumverbände gegenüber konsequent umgesetzten Basismaßnahmen haben. Als isolierte Einzelmaßnahme sind sie daher nicht geeignet; als ergänzender Baustein innerhalb eines strukturierten Präventionskonzepts scheinen sie sinnvoll zu sein.

Zusammenfassung
Prophylaktische Schaumverbände sind weder evidenzfreier Aktionismus noch ein Ersatz für professionelle Dekubitusprävention. Ihr Einsatz sollte risikoadaptiert, lokal begründet, regelmäßig überprüft und in ein Gesamtkonzept aus Hautinspektion, Druckentlastung, Mobilisation, Lagerung und klinischer Beobachtung eingebettet sein. Der Vortrag plädiert für eine differenzierte Anwendung statt pauschaler Routine.

FV 02 Innovative und modulare Strategien in der Versorgung 4° Dekubitus von Hochrisiko-Patienten

H. Nassabi

SRH-Waldklinikum Gera, Klinik für Dermatologie mit plastischer Chirurgie, Gera

Fragestellung
Die Alterung der europäischen Bevölkerung wird in den kommenden Jahren zu einem immer größeren Problem werden. Steigende Morbidität, Immobilität und mangelnde Pflege führen zu einer Zunahme von Lagerungsschäden. Lange Bettlägerigkeit und eine unzureichende Remobilisation haben die Zahl der sakralen Dekubitusgeschwüre erhöht. Hinzu kommt, dass sich die meisten Patienten in einem reduzierten Allgemeinzustand bei gleichzeitiger Mangelernährung befinden, sodass zu radikale Débridements und häufige Anästhesien einen zusätzlichen Risikofaktor darstellen. Um dem entgegenzuwirken, wurde ein neues modulares chirurgisches Konzept entwickelt. Die meisten Eingriffe wurden in Tumeszenz-Lokalanästhesie (TLA) durchgeführt, das Débridement wurde auf das ultraschallunterstützte Wunddébridement (UAW) umgestellt, die Defektabdeckung erfolgte mit einfachen fasziokutanen Lappenplastiken.

Methoden
Anhand einer retrospektiven Untersuchung über 4 Jahre wurden die Patienten evaluiert. Es konnten Daten von 48 Patienten mit Dekubitus Grad 4 erfasst werden.

Ergebnisse
n = 48, Alter: Ø 72,875 Jahre; F 17/M 31; Komorbiditäten (Ø 6,25); ECOG (Median 4); Lokalisation: sakral n = 35, andere n = 13; TLA n = 37, Vollnarkose n = 6, Kombinationsnarkose n = 5; Anzahl der Operationen inkl. Verschluss (Ø 3,9); NPWT n = 31; V-Y-Lappen n = 24, Keystone-Lappen n = 5, Sonstiges n = 6, kein Defektverschluss n = 13; Länge des stationären Aufenthaltes (Ø 19,5 Tage); 17 Patienten wiesen geringfügige Wundheilungsstörungen auf. In 7 Fällen kam es zur Revisionsnotwendigkeit. 2 Patienten verstarben während des stationären Aufenthalts aufgrund ihrer massiven Komorbidität.

Schlussfolgerungen
Die grundlegende Innovation dieser Strategie ist die bewusste Verwendung einer schonenden Anästhesieform (TLA), einem wenig traumatisierenden Wunddébridement, einer NPWT mit anschließender optionaler Defektabdeckung durch eine einfache, stabile Lappenplastik. Selbst große, tiefe Ulzerationen und/oder Patienten mit extrem schlechten Ausgangsbedingungen konnten zügig und nachhaltig verschlossen werden – ohne Vollnarkose, ohne operationsbedingte Blutungen bei anhaltender Analgesie postoperativ. Der modulare Aufbau ermöglicht zudem methodische Flexibilität. Patienten können auch ohne zwingenden Defektverschluss ausreichend rehabilitiert werden. Insgesamt ergibt sich ein deutlicher Gewinn an Lebensqualität, eine Verringerung peri- und postoperativer Komplikationen sowie eine gute Ergebnisqualität.

FV 03 Wundversorgung digital – eine Akte, zwei Professionen, ein gemeinsames Ziel

N. Stedefeld, J. Sandner

IVPNetworks GmbH, Wundversorgung, Hamburg

Die Versorgung von Menschen mit chronischen und schwer heilenden Wunden stellen ambulante Versorgungsstrukturen zunehmend vor organisatorische und wirtschaftliche Herausforderungen. Insbesondere in ländlichen Regionen treffen steigende Behandlungsbedarfe und eine abnehmende Anzahl an Arztpraxen aufeinander. Gleichzeitig bleibt eine ursachenadaptierte Diagnostik und Therapie als Fundament für eine erfolgreiche Wundversorgung unverzichtbar.

Eine Verbindung zwischen wundtherapeutischen Grundlagen und einer digital unterstützten Versorgung legt einen wichtigen Grundstein in der Begegnung dieser Herausforderungen.

Im Rahmen der Selektivverträge „Innovative Wundversorgung – gut vernetzt, besser verheilt“ (Krankenkassen: DAK Gesundheit und IKK classic) sowie der BKK-Wundvereinbarung wurde eine strukturierte, interdisziplinäre Wundversorgung etabliert. Zentrales Element ist eine gemeinsame digitale Wundakte. Hierüber erhalten alle Beteiligten jederzeit Zugang zu relevanten Informationen. Eine strukturierte Dokumentation, ein sicherer Austausch von Befunden und Kommunikationswege ermöglichen schnelle Entscheidungen und reduzieren zeitaufwendige Abstimmungsprozesse.

Im Mittelpunkt steht eine klare Aufgabenverteilung: Die ärztliche Seite fokussiert sich auf Diagnostik, Ursachenklärung und Therapieentscheidung, während (spezialisierte) Pflegedienste die kontinuierliche Umsetzung der Versorgung übernehmen. Standardisierte Behandlungspfade in der Akte schaffen Transparenz, definieren Verantwortlichkeiten und unterstützen eine leitliniengerechte, ursachenorientierte Therapie. Bei komplexen Verläufen können digitale Fallkonferenzen unter Einbindung weiterer WundexpertInnen kurzfristig durchgeführt werden.

Für PatientInnen bedeutet dies weniger Praxisbesuche, kürzere Entscheidungswege und eine engmaschigere Betreuung. Gleichzeitig werden Arztpraxen entlastet und vorhandene Ressourcen effizienter eingesetzt. Besonders spezialisierte Pflegedienste profitieren von erweiterten Kompetenzen innerhalb klar definierter Versorgungsprozesse und werden in ihrer Rolle als zentraler Versorgungspartner gestärkt. Eine ergänzende Vergütung über die Regelversorgung hinaus schafft zusätzliche Anreize für qualitativ hochwertige Versorgung.

Das vorgestellte Versorgungskonzept zeigt, wie interdisziplinäre Zusammenarbeit über eine gemeinsame digitale Wundakte dazu beitragen kann, die Versorgungssicherheit nachhaltig zu verbessern.

FV 05 Gestörte Entzündungsprozesse in der diabetischen Wundheilung: Thrombozyten als Modulatoren überaktiver Neutrophilenfunktion

S. Größel, J. Kessler, L. Schneider, S. Franz

Universitätsklinikum Leipzig, Max Bürger Forschungszentrum, Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Leipzig

Diabetische Wunden sind durch eine persistierende Inflammation mit verstärkter Infiltration und Aktivierung neutrophiler Granulozyten (PMN) charakterisiert. Neben hyperglykämiebedingten Veränderungen der PMN könnten fehlregulierte Thrombozyten einen bislang unterschätzten Schlüsselfaktor in dieser Pathologie darstellen. Ihre veränderte Kommunikation mit PMN könnte deren Fehlregulation und Überaktivierung maßgeblich antreiben.

In diesem Projekt untersuchen wir daher, ob diabetesbedingt veränderte thrombozytäre Signale die pathologische Aktivierung von PMN fördern und damit zur Chronifizierung der Wundheilungsstörung beitragen könnten.

In einer Querschnittsstudie wurden PMN aus dem peripheren Blut gesunder Kontrollpersonen sowie von Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ 2 mit und ohne Diabetischem Fußsyndrom isoliert und hinsichtlich Aktivierung, Reifung, Degranulation und Thrombozyteninteraktion charakterisiert. Dabei wurden klassische PMN von entzündungsassoziierten Low-Density Neutrophils (LDN) unterschieden. Mithilfe eines Kokulturmodells mit Überständen aktivierter Thrombozyten wurde untersucht, ob freigesetzte thrombozytäre Mediatoren zur PMN-Dysfunktion beitragen. Anschließend wurden die PMN phänotypisch und funktionell analysiert.

Bei Patient:innen mit Diabetes fanden sich vermehrt unreife PMN sowie ein signifikanter Anstieg der LDN im peripheren Blut. LDN wiesen ein ausgeprägtes Aktivierungsprofil und eine erhöhte Expression thrombozytärer Marker auf, was auf eine verstärkte Interaktion zwischen Thrombozyten und PMN hindeutet. Im Kokulturmodell induzierten Überstände aktivierter Thrombozyten ein Aktivierungs- und Thrombozytenmarkerprofil, das dem im Blut von Diabetiker:innen beobachteten PMN-Phänotyp entsprach. Darüber hinaus zeigten PMN nach Exposition gegenüber Thrombozytenüberständen eine verstärkte NETose.

Zusammenfassend zeigen unsere Daten, dass im diabetischen Kontext vermehrt thrombozytenaktivierte PMN im peripheren Blut zirkulieren und Signale aktivierter Thrombozyten deren funktionelle Aktivierung verstärken. Damit stützen unsere Ergebnisse die Hypothese, dass diabetesbedingt veränderte thrombozytäre Signale die pathologische PMN-Aktivierung fördern und zur Chronifizierung der Wundheilungsstörung beitragen könnten. Die Identifizierung dieser Thrombozyten-PMN-Achse ist zudem für die Bewertung des Einsatzes autologen plättchenreichen Plasmas bei diabetischen Wunden von hoher klinischer Relevanz.

FV 06 Biofilme als Herausforderung für regenerative Wundauflagen aus Seidenfibroin

S. C. Liegenfeld[1], N. P. Straub[1], N. Krüger[1], M. Dittmer[1], A. Delle Coste[2], J. T. Strenge[2], M. Geissen[1], S. C. Rhode-Wedrich[3], W. R. Streit[4], R. Smeets[2,5], E. K. Stürmer[1]

[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Forschung Gefäßmedizin, Hamburg, [2]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Hamburg, [3]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Hamburg, [4]Universität Hamburg, Institut für Mikrobiologie und Biotechnologie, Hamburg, [5]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Division of Regenerative Orofacial Medicine, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Hamburg

Biodegradierbare Biomaterialien sind vielversprechende Ansätze für die Wundversorgung. Während ihre regenerative Wirksamkeit unter uninfizierten Bedingungen vielfach untersucht wurde, ist ihr Verhalten in infektionsassoziierten Wundmilieus wenig charakterisiert. Ziel dieser Studie war die Untersuchung der regenerativen Leistung und der strukturellen Persistenz zweier Seidenfibroinmatrizen in nicht infizierten und biofilmassoziierten humanen *Ex-vivo*-Wunden.

Eine gegossene Seidenfibroinmembran sowie ein elektrogesponnenen Seidenfibroinvlies wurden in einem humanen *Ex-vivo*-Vollhautwundmodell untersucht. Wunden wurden entweder uninfiziert kultiviert oder mit *Staphylococcus aureus* bzw. *Pseudomonas aeruginosa* infiziert. Die Wundheilung wurde anhand der Reepithelialisierung, der Zellproliferation (Ki-67) und der histologischen Gewebeintegration bewertet. Ergänzend erfolgten *In-vitro*-Degradationsversuche zur Untersuchung der Materialstabilität nach Exposition gegenüber Wundpathogenen, bakteriellen Überständen und klinisch relevanten Antiseptika.

Unter nicht infizierten Bedingungen förderten beide Seidenfibroin-Matrizes die Wundheilung im Vergleich zu unbehandelten Kontrollen. Die Membran führte zu einer beschleunigten Reepithelialisierung, während die Vliesmatrix eine anhaltend erhöhte proliferative Aktivität unterstützte. Eine bakterielle Biofilminfektion hob diese regenerativen Effekte vollständig auf. Unabhängig von der Matrixarchitektur zeigten infizierte Wunden weder Reepithelialisierung noch proliferative Aktivität. Die Materialpersistenz erwies sich als stark pathogenabhängig. Während *S. aureus* lediglich eine moderate Degradation verursachte, führte *P. aeruginosa* sowohl im *Ex-vivo*- als auch im *In-vitro*-Modell zu einer ausgeprägten strukturellen Schädigung beider Matrixtypen. Vergleichbare Effekte zeigten auch zellfreie Überstände von *P. aeruginosa*. Antiseptische Lösungen beeinflussten die Materialintegrität hingegen nicht relevant.

Seidenfibroin-Matrizes besitzen ein ausgeprägtes regeneratives Potenzial in nicht infizierten Wundumgebungen. Dieses Potenzial geht jedoch bei Vorliegen einer Biofilminfektion verloren. Darüber hinaus wird die strukturelle Persistenz der Materialien maßgeblich vom jeweiligen Wundpathogen beeinflusst. Die Ergebnisse zeigen, dass regenerative Wirksamkeit und Materialstabilität eigenständige Eigenschaften von Biomaterialien sind, die unter klinisch relevanten Infektionsbedingungen getrennt bewertet werden sollten.

E. K. Stürmer, R. Smeets, A. Delle Coste, S. C. Rhode-Wedrich und J. T. Strenge haben in der Vergangenheit gemeinsame Forschungsprojekte mit der Fibrothelium GmbH (Aachen, Deutschland) durchgeführt und Forschungsmaterialien von diesem Unternehmen erhalten. Für die vorliegende Studie stellte die Fibrothelium GmbH die verwendeten Seidenfibroin-Biomaterialien zur Verfügung. Eine finanzielle Förderung erfolgte nicht. Das Unternehmen hatte keinen Einfluss auf Studiendesign, Datenerhebung, Datenanalyse, Dateninterpretation, die Erstellung des Manuskripts oder die Entscheidung zur Veröffentlichung der Ergebnisse.

FV 07 Schwerer als ein Herzinfarkt? Die Krankheitslast des Lymphödems und zwei neue deutschsprachige Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität

R. Nuwayhi, T. Schulz, S. Langer

Universitätsklinikum Leipzig, Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie, Leipzig

Hintergrund und Zielsetzung

Lymphödeme stellen eine chronische, progrediente Erkrankung dar, die die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) der Betroffenen erheblich beeinträchtigt. Validierte deutschsprachige Messinstrumente zur krankheitsspezifischen Erfassung der HRQoL fehlten bislang weitgehend. Ziel der vorliegenden Arbeitsgruppe war es, diese Lücke zu schließen und die krankheitsspezifische Belastung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und anderen chronischen Erkrankungen zu quantifizieren.

Methoden

In zwei Validierungsstudien wurde der LYMQOL – das international am häufigsten eingesetzte krankheitsspezifische PROM für Lymphödempatienten – nach ISPOR-Leitlinien ins Deutsche übersetzt und transkulturell adaptiert: zunächst für das untere Extremitätenlymphödem (LYMQOL Bein, n = 103), anschließend für das obere Extremitätenlymphödem (LYMQOL Arm, n = 52). Beide Versionen wurden mittels SF-36, Test-Retest-Reliabilität, interner Konsistenz sowie Faktorenanalyse validiert. In einer nachfolgenden klinischen Anwendungsstudie wurden 273 Lymphödempatienten befragt und mittels Matched-Pair-Analyse (Matching nach Alter, Geschlecht und BMI) mit der deutschen Allgemeinbevölkerung (DEGS1-Studie, Robert Koch-Institut) sowie Patienten nach Myokardinfarkt oder maligner Erkrankung verglichen.

Ergebnisse

Beide Validierungsstudien bestätigten gute bis sehr gute psychometrische Eigenschaften. Patienten mit unterem Extremitätenlymphödem wiesen gegenüber gematchten Kontrollen in allen acht, jene mit oberem Extremitätenlymphödem in fünf von acht SF-36-Subskalen signifikant schlechtere HRQoL-Werte auf. Gegenüber Patienten mit Myokardinfarkt oder onkologischer Erkrankung in der Vorgeschichte zeigte sich in sämtlichen Subskalen eine signifikant niedrigere HRQoL ($p < 0{,}001$).

Schlussfolgerung

Mit LYMQOL Bein und LYMQOL Arm stehen erstmals zwei vollständig validierte deutschsprachige Instrumente zur krankheitsspezifischen HRQoL-Messung bei Extremitätenlymphödemen zur Verfügung. Die klinische Anwendungsstudie belegt, dass die Krankheitslast des Lymphödems jene häufiger kardiovaskulärer und onkologischer Erkrankungen übersteigt – ein Befund, der die Dringlichkeit intensivierter Therapiestrategien und einer breiteren klinischen Wahrnehmung des Lymphödems unterstreicht.

FV 08 Probiotika gegen Wundpathogene – ein adjuvanter Therapieansatz bei chronischen Wundinfektionen

S. C. Liegenfeld, T. Breuer, N. Krüger, M. Dittmer, E. K. Stürmer

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Forschung Gefäßmedizin, Hamburg

Chronische Wundinfektionen sind häufig mit der Bildung von Biofilmen assoziiert, die zu persistierenden Entzündungsprozessen, erhöhter antimikrobieller Toleranz und verzögerter Wundheilung beitragen. Innovative adjuvante Therapieansätze zur Modulation wundassoziierter mikrobieller Gemeinschaften gewinnen daher zunehmend an Bedeutung. Ziel dieser Studie war die Untersuchung der antagonistischen und antibiofilmären Aktivität ausgewählter probiotischer Stämme gegenüber häufigen Wundpathogenen.

Vier probiotische Stämme (*Lactobacillus plantarum*, *L. paracasei*, *L. rhamnosus* und *Bifidobacterium longum*) wurden gegen *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* und *Escherichia coli* untersucht. Die antagonistische Aktivität wurde mittels Agar-Well-Diffusionsassays mit nativen, neutralisierten und hitzebehandelten zellfreien Überständen sowie mittels Agar-Spot-Assays mit lebenden Zellen bestimmt. Die antibiofilmäre Aktivität wurde in einem Biofilmpräventionsmodell durch Quantifizierung koloniebildender Einheiten (CFU) bewertet. Alle Experimente wurden mit drei biologischen und drei technischen Replikaten durchgeführt.

Alle getesteten Laktobazillen zeigten eine antagonistische Aktivität gegenüber den untersuchten Pathogenen, während *Bifidobacterium longum* unter den gewählten Bedingungen nur geringe Effekte zeigte. *Lactobacillus plantarum* zeigte die stärkste inhibitorische Wirkung, gefolgt von *L. paracasei* und *L. rhamnosus*. Die Neutralisierung der Überstände reduzierte die antimikrobielle Aktivität deutlich, was auf eine wesentliche Rolle der Säurebildung hinweist. Die Hitzebehandlung hatte hingegen nur geringe Auswirkungen. *P. aeruginosa* erwies sich als besonders empfindlich gegenüber den probiotischen Effekten, während *S. aureus* die geringste Empfindlichkeit zeigte. Die Ergebnisse der Biofilmprävention entsprachen weitgehend den Resultaten der Screening-Assays, wobei die aktivsten probiotischen Stämme die stärksten Reduktionen der Biofilm-assoziierten CFU bewirkten.

Die untersuchten Probiotika zeigen eine stammspezifische antagonistische und antibiofilmäre Aktivität gegenüber klinisch relevanten Wundpathogenen. *Insbesondere Lactobacillus plantarum* erwies sich als vielversprechender Kandidat für weiterführende Untersuchungen. Die Ergebnisse unterstützen das Potenzial probiotikabasierter Ansätze als adjuvante Strategie zur Prävention bakterieller Besiedlung und Biofilmbildung bei chronischen Wunden.

FV 09 Technische Weiterentwicklungen in der freien Fibulatransplantation: Einfluss auf die Rekonstruktion komplexer Kopf-Hals-Defekte

U. Cambaz[1,2], **O. M. Gürsoy**[3], **T. O. Acartürk**[1]

[1]University of Pittsburgh, Department of Plastic Surgery, Pittsburgh, PA, USA, [2]Universität Tübingen, Medizinische Fakultät, Tübingen, [3]Istanbul University, Faculty of Medicine, Istanbul, Türkei

Fragestellung

Die freie Fibulatransplantation ist der Goldstandard zur Rekonstruktion komplexer ossärer Kopf-Hals-Defekte. Ziel der Studie war es, den Einfluss technischer Weiterentwicklungen auf Operationsstrategie und Rekonstruktionsergebnisse innerhalb einer mikrochirurgischen Arbeitsgruppe zu untersuchen.

Methoden

Retrospektiv wurden 83 freie Fibulatransplantationen bei 81 Patientinnen und Patienten (2007–2018) analysiert. Die Fälle wurden in eine frühe (2007–2012) und eine späte Periode (2013–2018) eingeteilt. Verglichen wurden Patientencharakteristika, Indikationen, Lappendesign, Inset-Orientierung, Anastomosentechnik und Empfängergefäße.

Ergebnisse

Die Patientencharakteristika waren vergleichbar, während onkologische Rekonstruktionen in der späteren Periode häufiger waren. Osteomyokutane Fibulalappen und komplexere Lappendesigns wurden zunehmend eingesetzt. Gleichzeitig etablierte sich die kontralaterale Inset-Orientierung. Venöse Coupler sowie ein doppelter venöser Abstrom wurden routinemäßig verwendet und die Wahl der Empfängergefäße verlagerte sich zur V. jugularis interna. Die Gesamtverlustrate betrug 6 %. Sämtliche Lappenverluste traten ausschließlich in der frühen Periode auf und waren mit ipsilateraler Inset-Orientierung sowie handgenähten venösen Anastomosen assoziiert.

Schlussfolgerungen

Kontinuierliche technische Weiterentwicklungen waren mit einer höheren Rekonstruktionssicherheit assoziiert. Insbesondere die kontralaterale Inset-Orientierung, der routinemäßige Einsatz venöser Coupler und der doppelte venöse Abstrom stellen praxisrelevante Optimierungen dar und können zur Verbesserung mikrochirurgischer Rekonstruktionen komplexer Kopf-Hals-Defekte beitragen.

FV 10 Ein innovatives Rekonstruktionskonzept zur Behandlung massiver lokalisierter Lymphödeme des medialen Oberschenkels: Funktionelle Exzision mit Book-Cover-Lappenplastik

U. Cambaz[1,2], **O. M. Gürsoy**[3], **T. O. Acartürk**[1]

[1]University of Pittsburgh, Department of Plastic Surgery, Pittsburgh, PA, USA, [2]Universität Tübingen, Medizinische Fakultät, Tübingen, [3]Istanbul University, Faculty of Medicine, Istanbul, Türkei

Fragestellung
Massive lokalisierte Lymphödeme (MLL) sind eine seltene, jedoch progrediente Folge chronischer lymphatischer Obstruktionen und führen zu funktionellen Einschränkungen, rezidivierenden Infektionen sowie erheblichen Wundheilungsproblemen. Nach ausgedehnter Resektion großer Weichteilmassen stellt insbesondere der spannungsfreie Defektverschluss eine rekonstruktive Herausforderung dar. Ziel dieser Studie war die Evaluation eines innovativen Behandlungskonzepts aus funktioneller Exzision und Rekonstruktion mittels Book-Cover-Lappenplastik.

Methoden
Retrospektiv wurden 11 Patientinnen und Patienten mit konservativ therapierefraktärem MLL des medialen Oberschenkels untersucht (7 unilateral, 4 bilateral). Nach vollständiger funktioneller Exzision erfolgte der Defektverschluss mittels posterior gestielter fasziokutaner Book-Cover-Lappenplastik. Bei 13 Extremitäten wurde zusätzlich eine Liposuktion zur Volumenreduktion durchgeführt. Analysiert wurden Wundheilung, Komplikationen, funktionelles Ergebnis sowie der Langzeitverlauf.

Ergebnisse
Ein spannungsfreier Defektverschluss konnte bei allen Patientinnen und Patienten erzielt werden. Lappennekrosen, Wunddehiszenzen oder andere schwerwiegende Wundkomplikationen traten nicht auf. Sämtliche Patientinnen und Patienten berichteten über eine deutliche Verbesserung der Mobilität und Lebensqualität. Im Langzeitverlauf wurden weder Lokalrezidive noch Angiosarkome beobachtet. Ebenso zeigten sich keine relevanten Konturdeformitäten oder funktionellen Einschränkungen.

Schlussfolgerungen
Die Kombination aus funktioneller Exzision und Book-Cover-Lappenplastik ermöglicht eine sichere und reproduzierbare Rekonstruktion großer Weichteildefekte nach Resektion medialer MLL. Das Verfahren gewährleistet einen spannungsarmen Defektverschluss, eine zuverlässige Wundheilung sowie stabile funktionelle und ästhetische Ergebnisse. Damit stellt dieses innovative Rekonstruktionskonzept eine vielversprechende Alternative zu konventionellen Exzisionstechniken bei komplexen Weichteildefekten dar.

FV 11 Die Achillesferse der LVAD-Therapie ambulant behandeln: Kaltplasmatherapie verhindert Hospitalisierung bei Driveline-Infektionen

M. Barten, L. Bax, C. Volgmann, E. Girdauskas, A. Bernhardt

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universitäres Herz- und Gefäßzentrum Hamburg, Klinik für Herzchirurgie, Hamburg

Einleitung
Die Driveline-Infektion (DLI) ist die häufigste Langzeitkomplikation nach LVAD-Implantation. Wegen möglicher Ausbreitung entlang der Driveline bis in den Thorax sind häufig operative Revisionen und lange stationäre Aufenthalte nötig. Kaltplasma wirkt antimikrobiell und wundheilungsfördernd und ermöglicht eine frühe ambulante Therapie.

Zielsetzung
Geprüft wurde, ob der frühzeitige ambulante Einsatz des CPT®patch von COLDPLASMATECH zusätzlich zur Standardwundversorgung die lokale Wundheilung verbessert und Hospitalisierung bzw. operative Driveline-Revision vermeiden kann.

Material und Methoden
In die prospektive Anwendungsbeobachtung wurden 15 konsekutive LVAD-Patienten mit DLI eingeschlossen (14 Männer, 1 Frau; mittleres Alter 57,2 Jahre [23–75]). Komorbiditäten waren Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie und Niereninsuffizienz (je 46,7%). 13 Patienten trugen ein HeartMate 3™, 2 ein HVAD-System. Ambulant erfolgte eine zweiminütige Kaltplasma-Applikation (CPT®patch) zusätzlich zur Standardwundversorgung; bei Keimnachweis erhielten die Patienten eine leitliniengerechte Antibiotikatherapie. Erfasst wurden Anwendungszahl und -dauer, mikrobiologische Befunde sowie das DESTINE-Staging (Driveline Exit Site Classification System; 1–4) zu Baseline, Therapieende und drei Monate nach letzter CPT®patch-Anwendung.

Ergebnisse
Initial hatten alle Patienten einen positiven Keimnachweis. Im Mittel erfolgten 8,1 CPT®-Anwendungen (Median 4; 1–29) über 76,5 Tage (Median 21; 0–295). Am Therapieende waren bei 10/15 Patienten keine Keime mehr nachweisbar. Das mittlere DESTINE-Staging sank von 2,4 auf 1,0, der Median von 2 auf 1. Am Therapieende lagen 12/15 Patienten in Stadium 0–1; Stadium 4 trat nicht mehr auf. Im Follow-up war ein Datensatz nicht verwertbar; 11/14 Patienten lagen in Stadium 0–1, 3/14 in Stadium 3. Eine klinische DLI-Heilung wurde bei 7/14 Patienten dokumentiert. Kein Patient musste stationär aufgenommen oder operativ revidiert werden.

Zusammenfassung
Die frühe ambulante Kaltplasmatherapie war bei LVAD-Patienten mit DLI in Kombination mit Standardwundversorgung und Antibiotikatherapie mit einer deutlichen Verbesserung der lokalen Wundsituation und mikrobiologischer Befunde assoziiert. In dieser Hochrisikokohorte war keine Hospitalisierung oder operative Driveline-Revision nötig. Kontrollierte Studien sind wünschenswert.

FV 12 Großflächige Kaltplasmatherapie bei Schwerbrandverletzten mit von multiresistenten Erregern kolonisierten Verbrennungswunden

F. Schlottmann, M. R. Milewski, F. J. Kloss, L. Lorbeer, T. Dieck, P. M. Vogt

Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Plastische, Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Hannover

Fragestellung

Multiresistente Erreger (MRE) erschweren die Behandlung komplexer Verbrennungswunden, da konventionelle systemische und topische antiinfektive Therapien häufig nicht ausreichen. Der Einsatz von Reserveantibiotika ist kostenintensiv und mit Komplikationsrisiken verbunden, wodurch Transplantatverlust, Sepsis und Reoperationen begünstigt werden. Ziel dieser retrospektiven Studie war die Evaluation der großflächigen Kaltplasmatherapie (CPT) als adjuvantes Verfahren zur mikrobiellen Reduktion, Wundbettoptimierung und Stabilisierung schwerer, mit MRE kolonisierter Verbrennungswunden.

Methoden

Die retrospektive Studie umfasst über 40 Patient:innen mit komplexen Verbrennungs- und Weichteilwunden sowie MRE-Kolonisation. Trotz multimodaler Standardtherapie mit wiederholtem chirurgischem Débridement, topischer Antisepsis und systemischer antiinfektiver Behandlung bestand eine relevante persistierende mikrobielle Besiedlung. Die CPT wurde täglich für 4–6 Minuten mit einem großflächigen Kaltplasma-System durchgeführt. Durch den Einsatz des Patchsystems in geschlossenen Beuteln bis hin zur Ganzkörperanwendung wurde die Behandlungsfläche maximiert.

Ergebnisse

Nachgewiesen wurden polymikrobielle MRE-Kolonisationen mit *Acinetobacter spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* und MRSA. Unter täglicher CPT zeigte sich eine deutliche Reduktion der mikrobiellen Last bis hin zur Elimination einzelner Zielerreger. Die definitive Defektdeckung gelang mittels Dermisersatz und autologer Spalthauttransplantation, teilweise in MEEK-Technik. Bei einem Patienten mit 23 % Körperoberfläche (TBSA) und 4-MRGN-*Acinetobacter baumannii* wurde bis Tag 53 eine Deckung von ca. 90 % erreicht. Ein weiterer Patient mit 60 % TBSA und polymikrobieller MRE-Kolonisation erreichte bis Tag 40 eine Deckung von 99 %.

Schlussfolgerungen

Die großflächige CPT erwies sich als wirksame und sichere Ergänzung etablierter Strategien des Wundmanagements bei schweren, mit MRE besiedelten Verbrennungswunden. Sie unterstützte die Keimkontrolle, verbesserte die Wundkonditionierung und reduzierte den Bedarf an Reserveantibiotika. Der multimodale Therapieansatz war universell einsetzbar, relevante Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Prospektive Studien zur weiteren Evaluation sind erforderlich.

FV 13 Kaltplasma in der modernen Ulcus-cruris-Therapie: Ergebnisse der multizentrischen POWER-Studie

M. Storck

Städtisches Klinikum Karlsruhe, Klinik für Gefäßchirurgie, Karlsruhe

Einleitung

Chronische Ulcera cruris verursachen Schmerzen, Infektionen, hohe Versorgungslast und reduzierte Lebensqualität. Die leitliniengerechte Standardwundtherapie (SWT) ist Goldstandard, reaktiviert jedoch viele stagnierende Wunden nicht ausreichend. Kaltes atmosphärisches Plasma (CAP) wirkt antimikrobiell, antiinflammatorisch und wundmodulierend. Dabei ergänzen automatisierte Patch-Systeme für mittlere und größere Wunden kleinflächige Applikatoren.

Ziele

Die POWER-Studie (RCT) prüft, ob eine initiale 4-wöchige CAP-Therapie (CPT) mit CPT®patch/CPT®cube (Coldplasmatech) zusätzlich zur SWT die Heilung chronischer venöser oder arterieller Ulcera cruris gegenüber SWT allein verbessert. Co-primäre Endpunkte (IQWiG konform) sind Wundflächenveränderung und psychische Lebensqualität (SF-12) nach 4 Wochen.

Materialien und Methoden

Multizentrische, randomisierte, SAP-/ICH-E9-basierte Studie mit 1:1-Zuteilung zu CPT + SWT vs. SWT. Eingeschlossen wurden 120 Erwachsene mit seit ≥8 Wochen bestehendem Ulcus cruris am Unterschenkel und Zielwunden von 5–100 cm^2. Im Interventionsarm erfolgte CPT 3 × wöchentlich für je 2 Minuten über 4 Wochen. Die Wundfläche wurde seriell mit Silhouette-Star® erfasst; die Primäranalyse erfolgte im Full Analysis Set (FAS) nach dem Intention-To-Treat(ITT)-Prinzip mit Alpha-Level-Adjustierung. Nach 3 und 6 Monaten erfolgten Follow-up-Visiten.

Ergebnisse

Konsistent mit publizierten Zwischenauswertungen zeigte auch die vorläufige Endauswertung klinisch relevante und statistisch signifikante Vorteile der CPT. Insbesondere ergaben sich nach 25 Tagen signifikante Verbesserungen bei den patientenrelevanten Endpunkten, darunter ein Anstieg des Wundverschlussfaktors auf 211% ($p = 0{,}01$) und eine verbesserte Lebensqualität (SF-12; $p < 0{,}0001$). Zudem wurden weitere sekundäre Endpunkte wie Wundverschluss- und Responderrate, Veränderungen der Gewebsqualität, Exsudation, Geruch, Keimbelastung, Mikroflora/Mikrobiota und Wundinfektionen ausgewertet. Ein Sicherheitssignal zeigte sich nicht.

Zusammenfassung

Die POWER-Studie zeigt, dass standardisierte CPT als Add-on zur leitliniengerechten SWT die Heilung chronischer Ulcera cruris signifikant beschleunigt und patientenrelevante Parameter wie Antibiotikabedarf, Schmerz und psychische Lebensqualität verbessert. CPT ist damit eine wirksame, sichere und klinisch praktikable Erweiterung der modernen Ulcus-cruris-Versorgung.

FV 14 Makrophage-Myofibroblast-Transition (MMT): Neue Erkenntnisse und Targettherapie zur Pathophysiologie nicht-heilender Wunden?

Q. Suppiyar[1,2], W. Ibing[1,2], W. Garabet[1,2], M. U. Wagenhäuser[1,2], H. Schelzig[1,2], J. D. Rembe[1,2]

[1]Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, [2]Universitätsklinikum Düsseldorf, Gefäß- und Endovaskularchirurgie, Düsseldorf

Fragestellung
Die MMT beschreibt die Hypothese, dass Makrophagen in Myofibroblasten übergehen können, zusätzlich zur klassischen Differenzierung von Fibroblasten zu Myofibroblasten. Dieses Konzept erhält seit 2024 insbesondere im Bereich der Organfibrose zunehmende Aufmerksamkeit. Für die Wundheilung fehlen bislang jedoch grundlegende Erkenntnisse. Da die Transition ein potenziell relevanter therapeutischer Ansatz in der Geweberegeneration sein könnte, erfolgt in diesem Ansatz die Erforschung der Rolle der MMT in der Wundheilung.

Methoden
Es wurden 2D- und 3D-Zellkultur-Analysen durchgeführt. Untersucht wurden THP-1, die zu Makrophagen differenziert und anschließend zu M1- (LPS/IFN-γ; proinflammatorisch) bzw. M2-Makrophagen (IL-4/IL-13; antiinflammatorisch) polarisiert wurden, sowie Fibroblasten (NHDF). Die Zellen wurden sowohl einzeln als auch in Ko-Kultur analysiert. Ergänzend wurden 3D-Modelle in kollagenbasierten Matrizes etabliert. Zur Charakterisierung erfolgten immunhistochemische Analysen mit Aktin, α-SMA/CD68 und CD86/CD206. Zusätzlich wurden Marker wie CCL2 und CXCL10 im Überstand quantifiziert.

Ergebnisse
Unsere 2D-Analysen zeigen, dass eine mögliche Makrophagen-Myofibroblasten-Transition vor allem mit einem proinflammatorischen Milieu assoziiert ist, insbesondere mit M1-Makrophagen. In Ko-Kultur mit Fibroblasten konnten $CD68^+$/$Aktin^+$-Strukturen nachgewiesen werden, die auf eine solche Transition hindeuten. Im Gegensatz dazu traten diese Befunde weder in Mono- noch in Ko-Kultur unter M2-Makrophagen auf. Auch in den 3D-Modellen zeigte sich ein vergleichbares Muster: $α\text{-}SMA^+$/$CD68^+$-Zellen, als Hinweis auf myofibroblastenähnliche Eigenschaften, waren im M1-Modell nachweisbar und stärker ausgeprägt als im M2-Modell.

Schlussfolgerung
Unsere Ergebnisse deuten erstmals an, dass eine Makrophagen-Myofibroblasten-Transition vor allem in einem proinflammatorischen Milieu auftreten könnte und damit insbesondere mit M1-Makrophagen assoziiert ist. Da ein inflammatorisches Umfeld auch typisch für nicht-heilende Wunden ist, könnte die MMT eine bisher unterschätzte Rolle in der Persistenz der inflammatorischen Phase und damit der Heilungsstagnation spielen. Zudem bleibt offen, inwiefern diese transdifferenzierten Zellen funktionell tatsächlich Myofibroblasten entsprechen. Diese Befunde liefern eine erste Grundlage, um die Bedeutung der MMT für Wunden weiter zu untersuchen und die bestehende Wissenslücke in der Wundheilungsforschung zu schließen.

FV 15 Humane 3D-*in-vitro*-Wundinfektionsmodelle: *Candida-albicans*-Infektionsdynamiken und erste Ansätze zur präklinischen Therapiebewertung

L. Klopf[1,2], M. Heeg1, C. Neser[1], T. Hertlein[3], K. Kunde[1,2], L. Kiesewetter[1,4], C. Albert1, D. Groneberg[1], F. Groeber-Becker[5,1], M. Wußmann[1,2], K. Ohlsen[3], M. Steinke[1,6], D. Zdzieblo[1,7], C. Popp[1]

[1] Fraunhofer-Institut für Silicatforschung ISC, Translationszentrum Regenerative Therapien, Würzburg, [2]Universitätsklinikum Würzburg, Lehrstuhl für Funktionswerkstoffe der Medizin und Zahnheilkunde, Würzburg, [3]Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Institut für molekulare Infektionsbiologie, Würzburg, [4]Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt, Technologietransferzentrum Bad Kissingen, Bad Kissingen, [5]Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Augenheilkunde, Düsseldorf, [6]Universitätsklinikum Würzburg, Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Würzburg, [7]Universitätsklinikum Würzburg, Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantations- Gefäß- und Kinderchirurgie, Würzburg

Hintergrund
Infizierte Wunden sind durch komplexe Wirt-Pathogen-Interaktionen gekennzeichnet, die den Heilungsprozess beeinträchtigen können. *C. albicans* zählt zu den klinisch relevanten opportunistischen Erregern chronischer Wundinfektionen, deren Untersuchung physiologisch relevante Testsysteme erfordert. Humane 3D-*in-vitro*-Infektionsmodelle bieten hierfür einen vielversprechenden Ansatz, sowohl zur präklinischen Wirksamkeitsbewertung antiinfektiver Therapeutika als auch zur Untersuchung von Wirt-Pathogen-Interaktionen.

Ziel
Ziel der Arbeit war die Entwicklung eines humanen 3D-*in-vitro*-Wundinfektionsmodells zur Untersuchung von Wirt-Pathogen-Interaktionen und die erste Bewertung einer topischen antimykotischen Therapie. Das Modellprinzip wurde auf weitere Barrieregewebe (nasal, gastrointestinal) übertragen, um gewebespezifische Unterschiede in der Wirt-Pathogen-Interaktion zu erfassen.

Methoden
Humane rekonstruierte Hautäquivalente (RHE) wurden mechanisch verletzt und mit *C. albicans* infiziert; unverletzte Modelle dienten als Kontrolle. Vergleichend wurden weitere epitheliale Barrieregewebe mit *C. albicans* infiziert. Die Charakterisierung erfolgte mittels KBE-Assays, Hämatoxylin-Eosin-Färbung, Immunfluoreszenzanalyse, optischer Kohärenztomographie sowie Calcofluor-White-Färbung. Als therapeutische Intervention wurde Fluconazol topisch appliziert.

Ergebnisse
In allen drei *In-vitro*-Modellen konnte eine erfolgreiche Infektion nachgewiesen werden. *C. albicans* zeigte eine ausgeprägte Gewebeinvasion mit zeitaufgelöst darstellbarer Gewebedestruktion sowie unterschiedliche morphologische Phänotypen. Die Pilzbesiedelung der Wunde war durch ein lokal verdichtetes Wachstum gekennzeichnet. Im Vergleich zwischen Haut- und Schleimhautmodellen zeigten sich modellspezifische Unterschiede in der Wachstumsarchitektur von *C. albicans*. Erste Daten weisen unter topischer Fluconazol-Applikation auf eine dosisabhängige Reduktion der Pilzlast hin.

Schlussfolgerung
Die etablierten humanen 3D-*in-vitro*-Infektionsmodelle ermöglichen eine zeitaufgelöste Analyse des *C. albicans*-Infektionsverlaufs über multiple epitheliale Gewebetypen hinweg. Die modellabhängigen Unterschiede in der Wachstumsarchitektur unterstreichen den Mehrwert gewebespezifischer Testsysteme. Erste Daten zur Fluconazol-Wirksamkeit bestätigen die Eignung als Plattform zur Untersuchung von Pathogen, Wirtsgewebe und Therapeutikum unter physiologisch relevanten Bedingungen.

FV 16 Establishment and characterization of a Novel Organotypic 3D Diabetic Skin Equivalent for *in-vitro* wound healing research

O. Kurow[1], R. Nuwayhid[2], S. Langer[2]

[1]Universitätsklinikum Leipzig, Forschungslabor, Leipzig, [2]Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie, Leipzig

Background
Impaired wound healing is a major complication of diabetes mellitus and remains a significant clinical challenge. Reliable human-relevant *in vitro* models are needed to investigate the mechanisms underlying diabetic wound healing and to evaluate novel therapeutic strategies while reducing animal experimentation.

Methods
A full-thickness organotypic 3D diabetic skin equivalent was established using primary human diabetic dermal fibroblasts and diabetic keratinocytes embedded in a collagen matrix. Physiological skin equivalents served as controls. A standardized wound was introduced into both models to mimic chronic wound conditions. Cell viability, epithelial barrier formation, proliferation, apoptosis, and inflammatory responses were assessed using cytotoxicity assays, immunofluorescence staining (ZO-1, VE-cadherin, Ki-67, Caspase-3), and ELISA-based cytokine analyses.

Results
The diabetic skin equivalent successfully reproduced key structural and biological characteristics of diabetic skin. Compared with physiological controls, diabetic models demonstrated significantly increased cell death and a pronounced pro-inflammatory cytokine profile, including elevated IL-1α, IL-6, and IL-8 levels, whereas anti-inflammatory IL-10 secretion was altered. Following standardized injury, diabetic skin equivalents exhibited delayed tissue regeneration, reduced proliferative activity, increased apoptosis, and impaired epithelial barrier integrity. Immunofluorescence analyses confirmed altered expression of ZO-1 and VE-cadherin, indicating compromised cell–cell junctions and barrier function.

Conclusion
The newly established organotypic 3D diabetic skin equivalent closely reflects essential features of diabetic skin and impaired wound healing observed *in vivo*. This human-relevant model represents a promising platform for studying diabetic wound pathophysiology and for preclinical testing of wound dressings, medical devices, antimicrobial therapies, and regenerative treatment strategies, supporting the implementation of animal-free research approaches.



Poster-Abstracts

P 02 Der Wund-pH als Modulator der Funktion neutrophiler Granulozyten

M. Göbel, Y. Li, M. Tombaz, F. Sahin, A. K. Nüssler, S. Ehnert

Siegfried-Weller-Institut BG Klinik Tübingen, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Tübingen

Einleitung

In Deutschland leiden über 200.000 Patienten an chronischen Wunden, die häufig mit einer Dysregulation der Wundheilungsphasen einhergehen. Insbesondere eine persistierende Inflammation beeinträchtigt den Heilungsprozess. Neutrophile Granulozyten spielen hierbei eine zentrale Rolle. Durch Phagozytose, die Bildung reaktiver Sauerstoffspezies (ROS), Degranulierung sowie die Freisetzung neutrophiler extrazellulärer Fallen (NETs) tragen sie zur Infektionsabwehr bei. Eine übermäßige ROS- und NET-Bildung ist jedoch mit Wundheilungsstörungen assoziiert. Chronische Wunden weisen zudem einen alkalischen pH-Wert auf. Ziel dieser Studie war es, den Einfluss des pH-Werts auf die Funktion neutrophiler Granulozyten zu untersuchen.

Methoden

Neutrophile Granulozyten wurden aus venösem Vollblut gesunder Spender mittels Dichtegradientenzentrifugation isoliert und bei unterschiedlichen pH-Werten (6,1–8,4) kultiviert. Die Viabilität wurde mittels Calcein-AM-Färbung bestimmt. Die ROS-Produktion wurde durch einen DCFH-DA-Assay analysiert, antioxidative Enzyme mittels Western Blot untersucht. Die NET-Bildung wurde mit einem SYTOX-Green-Assay erfasst und durch Immunfluoreszenzfärbungen bestätigt. Die Degranulierung wurde mittels Dot Blot analysiert und durch Inhibition mit Nexinhib20 überprüft.

Ergebnisse

Der pH-Wert beeinflusste die Viabilität der Zellen innerhalb von drei Stunden nicht. Unter sauren Bedingungen war die ROS-Produktion signifikant reduziert, während antioxidative Enzyme tendenziell verstärkt exprimiert wurden. Auch die NET-Bildung war im sauren pH vermindert, was auf einen Zusammenhang mit der ROS-Produktion hindeutet. Im Gegensatz dazu war die Degranulierung unter sauren Bedingungen signifikant erhöht und konnte durch Nexinhib20 gehemmt werden. Zudem zeigte sich im alkalischen pH eine intrazelluläre Polarisierung von Granulaproteinen, was mit der gesteigerten Degranulierung im sauren Milieu korrespondierte.

Schlussfolgerung

Der pH-Wert beeinflusst verschiedene Funktionen neutrophiler Granulozyten unterschiedlich. Während die Bildung von ROS und NETs, die mit Wundheilungsstörungen assoziiert sind, im sauren Milieu gehemmt wurde, war die Degranulierung deutlich gesteigert. Eine gezielte Modulation des Wund-pH könnte daher schädliche inflammatorische Prozesse reduzieren und gleichzeitig die antimikrobielle Aktivität erhalten.

P 03 Einsatz transkutaner CO_2-Therapie zur Reduktion neuropathischer Schmerzen nach Wundheilung mittels intakter Fischhauttransplantate (Kerecis™)

I. Adamovic, **M. Rosenthal**, H. D. Mäder, A. Golowan, D. Kniess, Y. Trendfacheva, L. Krähenbühl

ASANA Spital Leuggern, Leuggern, Schweiz

Hintergrund

Diabetische Fußläsionen mit ausgeprägter Neuropathie sind häufig mit chronischen Schmerzen, verzögerter Wundheilung und Extremitätenverlusten verbunden. Wir berichten über einen 63-jährigen Patienten mit einer komplexen diabetischen Fußläsion, klassifiziert als Wagner-Armstrong-Grad 2B, infolge eines Druckulkus. Zusätzlich bestanden neuropathische Schmerzen mit VAS 4, die vor allem nachts auftraten und mit Schlafbeschwerden einhergingen.

Ziel

Beschreibung eines sequenziellen Behandlungskonzepts – nach unserem Wissen der erste beschriebene Fall dieses kombinierten Verfahrens in der Literatur: primäre Förderung der Wundheilung durch intakte Fischhauttransplantate (IFSG, Kerecis™) und die darauffolgende Reduktion neuropathischer Schmerzen unter transkutaner CO_2-Therapie.

Methoden

In einem zweistufigen Konzept wurden sechs Wochen nach Wundentstehung zwei Applikationen intakter Fischhauttransplantate (IFSG; Kerecis™ Omega3) im Abstand von vier Wochen zur Wundregeneration durchgeführt. Vier Wochen nach der zweiten IFSG-Applikation wurde ergänzend eine transkutane CO_2-Therapie (PVR System®) über 20 Sitzungen (4×/Woche, je 50 Minuten) eingeleitet, mit dem Ziel einer weiteren Wundstabilisation sowie Reduktion der neuropathischen Beschwerden. Nach dreimonatigem Follow-up war die Narbe stabil und erneute Schmerzen traten nicht auf.

Ergebnisse

Die Kerecis™-Applikationen führten zu einer schrittweisen Reduktion der Wundfläche. Bereits nach der fünften CO_2-Sitzung berichtete der Patient über eine deutliche Schmerzreduktion. Nach Abschluss aller 20 Behandlungen war der Patient vollständig schmerzfrei (VAS 0), nächtliche Schlafunterbrechungen traten nicht mehr auf, und das Taubheitsgefühl im Vorfuß- und Zehenbereich war vollständig regredient. Unerwünschte Ereignisse wurden nicht beobachtet.

Schlussfolgerung

Die sequenzielle Kombination aus Kerecis™-Applikation und transkutaner CO_2-Therapie erbrachte in diesem Einzelfall eine vollständige Wundheilung sowie Schmerzfreiheit innerhalb von 14 Wochen. Die Ergebnisse legen einen additiven Effekt beider Verfahren nahe. Prospektive Studien mit Vergleichsgruppen sind erforderlich, um den jeweiligen Beitrag der einzelnen Therapien zu quantifizieren.

P 04 Kompatibilität von Wundtherapien: Bakteriophagen und Antiseptische Lösungen gemeinsam *in vitro* und in einem humanen leukozytenreichen Biofilmmodell

N. Krüger, S. C. Liegenfeld, M. Dittmer, J. Frankenheim, M. Geffken, E. K. Stürmer

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Hintergrund
Bakteriophagen gewinnen als gezielte antimikrobielle Therapie gegen multiresistente Wundinfektionen zunehmend an Bedeutung. Für eine klinische Anwendung als Add-On-Therapie ist jedoch entscheidend, ob Phagen mit etablierten Wundprodukten kombinierbar sind. Wundspüllösungen und Antiseptika unterscheiden sich stark in ihrer antimikrobiellen Wirkung und könnten die Aktivität der Bakteriophagen und die bakterielle Zugänglichkeit beeinflussen. Häufig werden schwächere antimikrobielle Produkte bei aktiver Phagentherapie empfohlen. Klassische *In-vitro*-Experimente bilden diese komplexen Wechselwirkungen nur begrenzt ab.

Ziel
Ziel der Studie war es, die Kombinierbarkeit einer breiten Auswahl etablierter Wundprodukte mit bestimmten Bakteriophagen zunächst *in vitro* und anschließend in einem humanen Biofilmmodell zu testen, um verstärkte antimikrobielle Wirkungen zu erreichen.

Methoden
Verschiedene Bakteriophagen wurden mit antiseptischen Lösungen inkubiert und anschließend auf ihre antibakterielle Aktivität *in vitro* untersucht. Anschließend wurde ein 3D-Biofilmmodell mit humanem Plasma und Buffy-Coat-abgeleiteten Leukozyten verwendet, um zentrale Bestandteile eines Wundbetts nachzubilden. Das Modell wurde mit *P. aeruginosa* DSM19882 infiziert und mit Bakteriophagen wie auch antiseptischen Lösungen behandelt. Die antimikrobiellen Effekte wurden mittels quantitativer Bakterienanalysen und mikroskopischer Beurteilung von Biofilmstruktur untersucht.

Ergebnisse
Die Bakteriophagen wie auch getesteten Wundprodukte zeigten im Biofilmmodell zwar signifikante, aber reduzierte antimikrobielle Eigenwirkungen im Vergleich zu *in vitro*. Die Kombination von Phagen und antiseptischen Lösung zeigten produktabhängige Unterschiede, die auf mögliche Wechselwirkungen zwischen Phagen, Bakterien, Biofilm, Immunzellen und antiseptischen Wirkstoffen hinweisen.

Zusammenfassung
Die Ergebnisse zeigen, dass Bakteriophagen mit verschiedenen etablierten Wundprodukten kombinierbar sein können und im leukozytenreichen humanen Biofilmmodell eine spezifische antimikrobielle Wirkung gegen wundassoziiertes *P. aeruginosa* entfalten. Der Vergleich mit *In-vitro*-Daten unterstreicht die Bedeutung komplexer Modelle, um die Wirksamkeit und Kombinierbarkeit von Therapien realitätsnah zu bewerten. Solche Testsysteme können helfen, geeignete Kombinationen aus Phagen, Wundspüllösungen und Antiseptika für infizierte, biofilmbelastete Wunden zu identifizieren.

P 05 Eine innovative, sehr anpassbare Wundkontaktauflage ohne Textilkern: Ergebnisse einer prospektiven multizentrischen klinischen Studie (Die HEAL-Studie)

S. Loff

Klinikum Stuttgart, Kinderchirurgie, Stuttgart

Ziel
Bewertung der Leistung und lokalen Toleranz einer innovativen, sehr anpassbaren Wundkontaktauflage (Wundheilungsmatrix) aus Lipidokolloid-Technologie (TLC)* bei der lokalen Behandlung verschiedener Wunden.

Methode
Prospektive, multizentrische einarmige klinische Studie, durchgeführt in 23 Zentren in Frankreich. Erwachsene Patienten mit einer nicht infizierten kutanen Wunde akuten oder chronischen Ursprungs oder aufgrund von Epidermolysis bullosa (EB) in der Granulationsphase wurden vier Wochen lang mit der untersuchten Wundauflage behandelt, die durch das Fehlen eines Textilnetzes im Kern sehr flexibel ist. Der primäre Endpunkt war die relative Wundflächenreduktion (RWAR) in Woche 4.

Ergebnisse/Diskussion
78 Patienten wurden mit postoperativen oder traumatischen Fingerwunden, Dermabrasionen/Hautrissen, Hauttransplantations-Spenderstellen, Verbrennungen, EB-Läsionen, überwiegend venösen Beinulcera oder Druckverletzungen eingeschlossen. Zu Beginn betrug die mittlere Wundoberfläche 4,2 cm^2, ohne nennenswerte Unterschiede zwischen den Wundtypen. In Woche 4 lag der mittlere RWAR zwischen 100,0 % bei akuten Wunden und EB-Läsionen und 61,5 % bei chronischen Wunden. Der Verband wurde alle 2 ± 1 Tage gewechselt und von medizinischen Fachkräften als „sehr einfach“ / „leicht“ anzubringen bei 96% der Wunden eingestuft und in 98% als „sehr einfach“ / „leicht“ zu entfernen, wobei das neu entstandene Gewebe zu 100 % respektiert wurde, mit deutlich ähnlichen Ergebnissen bei Finger- und Handverletzungen. Patienten berichteten, dass die Verbandwechsel in 95 % der Fälle schmerzfrei waren, was eine deutliche Verbesserung gegenüber den vorherigen Verbänden darstellt. Ein gutes Sicherheitsprofil wurde berichtet.

Schlussfolgerung
Diese innovative, textilnetzfreie TLC-Wundauflage fördert die Wundheilung, wird als gut verträglich beschrieben und von Patienten und medizinischem Fachpersonal sehr gut akzeptiert, entsprechend den verfügbaren Evidenzen zu anderen TLC-Verbänden, aber ihre verbesserte Anpassungsfähigkeit könnte einen zusätzlichen Nutzen für das Wundmanagement bieten.

*UrgoFit / UrgoTül Flex, Laboratoires Urgo, Frankreich

P 06 Wirkmechanismus des Triterpenextrakts bei Epidermolysis bullosa: Hemmung folgt Aktivierung

A. Nyström[1], C. Gretzmeier[1], I. Athanasiou[2], M. Laszczyk-Lauer[3], D. Kiritsi[4], A. Cassidy[5], **N. Buhk**[6]

[1]Universität Freiburg, Hautklinik, Freiburg i. Br., [2]Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg i. Br., [3]Chiesi Group, Amryt GmbH, Niefern-Öschelbronn, [4]Aristotle University, Hautklinik, Thessaloniki, Griechenland, [5]Chiesi Group, Amryt Pharmaceuticals DAC, Dublin, Irland, [6]Chiesi Group, Chiesi GmbH, Hamburg

Der aus Birkenrinde gewonnene Triterpenextrakt (TE) ist ein Wirkstoff, der zur topischen Anwendung in mehreren Ländern zur Behandlung von Wunden bei junktionaler und dystropher Epidermolysis bullosa (EB) zugelassen ist. Obwohl die wundheilungsfördernden Eigenschaften von TE klinisch belegt sind, ist der molekulare Wirkmechanismus noch nicht vollständig geklärt; präklinische Daten deuten jedoch auf eine Modulation von Entzündungsmediatoren hin.

Ziel dieser Studie war es, die zellulären und signaltransduktiven Reaktionen auf TE in Keratinozyten von Spendern mit gesunder Haut, dystropher EB sowie Laminin-332-defizienter junktionaler EB näher zu charakterisieren.

Primäre Keratinozyten wurden mit TE behandelt, und die Signaltransduktion wurde mittels Rezeptor-Tyrosinkinase-Arrays, Messung reaktiver Sauerstoffspezies (ROS) und gezielter Inhibition spezifischer Signalwege untersucht.

TE induzierte eine initiale Reduktion der Aktivität des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptors (EGFR) und der insulinähnlichen Wachstumsfaktor-Rezeptoren (IGFR), gefolgt von einer verzögerten EGFR-Aktivierung, die selektiv in dystrophen EB-Keratinozyten beobachtet wurde. Ein Zusammenhang dieser Reaktion mit einer Relokalisierung des potenziellen Mediators der EGFR-Aktivierung, ADAM17, wurde nicht nachgewiesen. Als Nächstes wurde die ROS-Aktivität als gemeinsamer Modulator der EGFR- und IGFIR-Signalwege untersucht. Keratinozyten von EB-Spendern wiesen erhöhte basale ROS-Werte auf, die durch TE bei allen Genotypen schnell und transient supprimiert wurden. TE wurde bereits zuvor mit der Induktion proinflammatorischer Mediatoren in Verbindung gebracht, die mit dem JAK/STAT-Signalweg assoziiert sind. Die Inhibition von JAK1 hatte jedoch keinen Einfluss auf die TE-assoziierte Wundheilungsaktivität.

Zusammenfassend zeigen diese Ergebnisse, dass TE sowohl subtypübergreifende als auch genotypspezifische Reaktionen in Keratinozyten induziert, einschließlich einer transienten Suppression des oxidativen Status sowie der Signalweiterleitung über Wachstumsfaktorrezeptoren. Zukünftige Studien werden klären müssen, ob die beteiligten Mediatoren und die daraus resultierende initiale Suppression als ein Reset-Mechanismus des Wundmikromilieus fungiert, der die Wundheilung unterstützt.

P 07 Real-World-Evaluation von DracoFoam Sakral in der Versorgung sakraler Wunden: Zwischenergebnisse einer laufenden prospektiven Langzeitbefragung

T. Ruploh

Dr. Ausbüttel GmbH & Co. KG, Dortmund

Hintergrund

DracoFoam Sakral wurde im Oktober 2025 eingeführt, um den besonderen Herausforderungen der Wundversorgung im anatomisch anspruchsvollen Sakralbereich zu begegnen. Das Produkt wurde in enger Zusammenarbeit mit Wundexpertinnen und -experten entwickelt und gezielt auf die klinischen Anforderungen dieser schwer zu versorgenden Körperregion abgestimmt. Obwohl der Entwicklungsprozess umfangreiche Tests und sorgfältige Evaluierungen umfasste, können kontrollierte Entwicklungsbedingungen die Realität der täglichen Versorgungspraxis nur eingeschränkt abbilden. Daher ist die Bewertung der Leistungsfähigkeit von DracoFoam Sakral unter realen Anwendungsbedingungen von besonderer Bedeutung.

Ziel

Ziel dieses Projekts ist daher die Bewertung der Leistungsfähigkeit von DracoFoam Sakral im klinischen Alltag. Im Fokus stehen dabei insbesondere die schützenden Eigenschaften der Wundauflage, ihre Unterstützung bei der Wundheilung sowie ihre Hafteigenschaften im Sakralbereich.

Methoden

Zur Generierung von Real-World-Evidence wurde nach der Produkteinführung eine prospektive Langzeitbefragung initiiert. Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe aus unterschiedlichen Versorgungssettings geben strukturiertes Feedback zu ihren Erfahrungen mit DracoFoam Sakral. Für jeden Anwendungsfall werden über einen Zeitraum von vier Wochen Daten erhoben, die Bewertungen zentraler Produkteigenschaften sowie deren Relevanz für die routinemäßige Wundversorgung umfassen.

Ergebnisse

Hier stellen wir die ersten Zwischenergebnisse der laufenden Befragung vor. Die vorläufigen Daten liefern wertvolle Einblicke in die praktische Anwendung von DracoFoam Sakral und ermöglichen eine erste Bewertung hinsichtlich Wundschutz, Unterstützung der Wundheilung sowie Haftungsverhalten im Sakralbereich.

Schlussfolgerungen

Die fortlaufende Evaluation von DracoFoam Sakral unter Alltagsbedingungen trägt zu einem besseren Verständnis darüber bei, inwieweit die Produkteigenschaften den klinischen Anforderungen und den Erwartungen der Anwenderinnen und Anwender entsprechen. Die gewonnenen Erkenntnisse können zur weiteren Optimierung des Produkts beitragen und die Entwicklung innovativer Lösungen für die Versorgung von Wunden in anatomisch anspruchsvollen Körperregionen unterstützen.

P 08 Wundversorgung aus therapeutischer Sicht – Versorgungskontinuität als Erfolgsfaktor in der interprofessionellen Wundversorgung

P. Kühn

Praxis für Podologie, Nastätten

Einleitung

Chronische Fußwunden stellen trotz etablierter Leitlinien weiterhin eine wesentliche Ursache für Hospitalisierungen und Majoramputationen dar. Eine systematische Übersichtsarbeit zeigte, dass 31 von 33 multidisziplinären Behandlungskonzepten (94 %) mit einer Reduktion von Majoramputationen assoziiert waren. Internationale Leitlinien empfehlen deshalb strukturierte interprofessionelle Behandlungspfade. Die therapeutische Rolle der kontinuierlichen ambulanten Betreuung zwischen den ärztlichen Kontrollterminen ist jedoch bislang nur begrenzt beschrieben.

Ziel

Ziel des Vortrags ist es, die therapeutische Perspektive innerhalb der interprofessionellen Wundversorgung darzustellen und aufzuzeigen, welchen Beitrag kontinuierliche podologische Betreuung zur Versorgungskontinuität, zur frühzeitigen Erkennung kritischer Veränderungen und zur Umsetzung ärztlicher Therapieziele leisten kann.

Material und Methoden

Grundlage des Vortrags sind eine strukturierte Literaturrecherche aktueller Leitlinien und PubMed-Publikationen sowie eine dokumentierte Fallserie aus der ambulanten Versorgung chronischer Fußwunden. Analysiert wurden standardisierte Verlaufskontrollen, scharfes Débridement, Druckentlastung, Wundrandmanagement, Fotodokumentation sowie die strukturierte Kommunikation zwischen Podologie, Gefäßchirurgie und weiteren beteiligten Berufsgruppen innerhalb eines interprofessionellen Behandlungspfades.

Ergebnisse

Die Literatur bestätigt den Nutzen strukturierter interprofessioneller Behandlungskonzepte für den Heilungsverlauf chronischer Fußwunden. Die dargestellten Fallverläufe zeigen ergänzend, dass regelmäßige therapeutische Verlaufskontrollen, konsequentes Débridement, strukturierte Druckentlastung sowie kurze Kommunikationswege eine frühzeitige Therapieanpassung ermöglichen. Dadurch können kritische Veränderungen bereits zwischen ärztlichen Kontrollterminen erkannt und die kontinuierliche Umsetzung ärztlicher Therapieziele unterstützt werden.

Zusammenfassung

Erfolgreiche Wundversorgung entsteht durch das koordinierte Zusammenwirken aller beteiligten Berufsgruppen. Die therapeutische Perspektive ergänzt ärztliche Diagnostik und pflegerische Versorgung durch kontinuierliche lokale Wundbehandlung und engmaschige Verlaufskontrollen. Das vorgestellte Versorgungskonzept zeigt exemplarisch, wie strukturierte interprofessionelle Zusammenarbeit die Versorgungskontinuität stärken und den ambulanten Heilungsverlauf nachhaltig unterstützen kann.

P 09 Wirksamkeit von Wundauflagen mit polyabsorbierenden Fasern bei der lokalen Behandlung von 782 Patienten mit exsudierenden Wunden – eine multizentrische, prospektive Real-Life-Studie

T. Breitfeld[1], **C. Schicker**[2], **S. Nilewski**[3], **E. Häuser**[3], **W. Keuthage**[4], **A. Grünerbel**[5]

[1]Harzklinikum, Klinikum Wernigerode, Kompetenzzentrum für Wundversorgung, Wernigerode, [2]Ärztezentrum Bad König, Bad König, [3]URGO GmbH, Medical Affairs, Sulzbach/Saar, [4]Fachpraxis für Diabetes und Ernährungsmedizin, Münster, [5]Diabeteszentrum München Süd, München

Ziel

Bewertung der Wirksamkeit von Wundauflagen mit polyabsorbierenden Fasern* bei der lokalen Behandlung exsudierender Wunden unter realen Bedingungen.

Methoden

In Deutschland wurde eine prospektive klinische Beobachtungsstudie durchgeführt (Mai 2025 – Februar 2026). Die Wunden wurden über einen Zeitraum von max. 8 Wochen (bis zu 4 Visiten) oder bis zur Abheilung behandelt. Zu den primären Endpunkten zählten Veränderungen im Wundheilungsverlauf und in den Wundmerkmalen sowie die Akzeptanz und Verträglichkeit der Wundauflagen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 782 Patienten in die Studie eingeschlossen, von denen 722 über einen Zeitraum von durchschnittlich 37 ± 22 Tagen final dokumentiert wurden. Bei den akuten Wunden (n = 366) handelte es sich überwiegend um postoperative Wunden und Hautabschürfungen, bei den chronischen Wunden (n = 416) vorwiegend um Unterschenkelulzera, diabetische Fußulzera und Druckulzera. Bei der Abschlussvisite waren 92,9 % der akuten Wunden bzw. 82,2 % der chronischen Wunden verheilt oder deren Wundzustand hatte sich verbessert. Zu Beginn der Studie befanden sich 453 Wunden in der Reinigungsphase. Die Wundauflagen wurden von den meisten Patienten sehr gut akzeptiert, als sehr gut verträglich bewertet und von den meisten Ärzten als nützlich oder äußerst nützlich eingestuft.

Schlussfolgerungen

Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den bisherigen klinischen Erkenntnissen zu Wundauflagen mit polyabsorbierenden Fasern und untermauern erneut ihre gute Wirksamkeit bei der kontinuierlichen Entfernung von Wundbelägen und der Förderung der Wundheilung. Gleiches gilt für Verträglichkeit, Akzeptanz und Nützlichkeit bei der Behandlung von Patienten mit exsudierenden Wunden, unabhängig vom Wundtyp.

* UrgoClean Kompresse, UrgoClean Border und UrgoClean Tamponade, Laboratoires Urgo, Frankreich

P 10 Exploration Wundheilungschancen durch multimodale Beurteilung der Perfusion der unteren Extremität mittels PVR, $TcPO_2$ und NIRS unter Lageprovokation: eine Pilotstudie

J. Zhou[1], P. H. Thaller[1], F. K. Maßen[2], W. Böcker[2], M. Czihal[3], M. Laubach[1], L. J. U. Reik[3]

[1]LMU Klinikum, 3D-Chirurgie, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, München, [2]LMU Klinikum, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, München, [3]LMU Klinikum, Sektion Angiologie, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, München

Hintergrund
Nichtinvasive Verfahren zur Beurteilung von Makro- und Mikrozirkulation sind zentral für die Einschätzung der Wundheilungschancen. Konventionelle Methoden erfassen meist nur einen dieser Bereiche und erfolgen in Ruhe, sodass relevante Defizite unerkannt bleiben können, insbesondere bei Mediasklerose. Diese Pilotstudie prüft, ob ein multimodaler Ansatz aus Pulse Volume Recording (PVR), transkutanem Sauerstoffdruck ($TcPO_2$) und Nahinfrarotspektroskopie (NIRS) unter Bein-Elevation verborgene Perfusionsdefizite besser aufdeckt als Einzelmessungen in Ruhe.

Methoden
Es wurden 29 Erwachsene (mit PAVK und/oder Diabetes mellitus und gesunde Kontrollen) untersucht. Alle erhielten PVR-, $TcPO_2$- und NIRS-Messungen in Rückenlage und bei 38 cm Bein-Elevation; der PAVK-Status wurde duplexsonografisch bestätigt. Primäre Endpunkte waren posturale Δ-Werte für $TcPO_2$, NIRS-Oxygenierung und PVR. Sekundäre Analysen umfassten Gruppenvergleiche, Spearman-Korrelationen zwischen den Verfahren, ROC-Analysen, logistische Regression und die Beurteilung der Durchführbarkeit.

Ergebnisse
Die 29 Teilnehmenden (16 männlich; mittleres Alter 68,3 Jahre; 58,6 % mit Diabetes; 42,6 % mit PAVK) stellten 57 auswertbare Extremitäten; Wunden lagen in rund 40 % der Extremitäten vor. Der ABI zeigte in etwa einem Drittel der Extremitäten Werte < 0,90; ein erniedrigter Zehendruckindex deckte bei 47,2 % Perfusionsstörungen auf. Bei 19,3 % der Extremitäten kam es unter Bein-Elevation zu einem relevanten $TcPO_2$-Abfall von > 50 %. Die Sauerstoffsättigung mittels NIRS-Langkanal-Messung identifizierte unter Elevation in etwa einem Drittel der Extremitäten einen relevanten Abfall von > 30 %. Quantitative PVR Marker korrelierten am stärksten unter Elevation mit einer korrekten PAVK Diagnose. Korrelationen zwischen $TcPO_2$, NIRS und PVR waren nur moderat, was auf komplementäre Informationen hinweist.

Schlussfolgerung
Multimodale Perfusionsmessung unter Lageprovokation ist gut durchführbar und liefert gegenüber Einzelmessungen in Ruhe einen diagnostischen Mehrwert. Posturales $TcPO_2$ identifiziert sensibel okkulte Ischämien, während NIRS Defizite der mikrovaskulären Reserve sichtbar macht. Die Kombination von $TcPO_2$, NIRS, PVR und Doppler spricht für einen integrierten Ansatz in der Gefäßdiagnostik bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden; größere Studien sollen geeignete Schwellenwerte und optimale Modalitätskombinationen für die klinische Entscheidungsfindung definieren.

P 11 „Sag doch was Du willst!" – Kommunikation in der Wundbehandlung

J. Edel

kbo-Isar-Amper-Klinikum, Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Haar

Einleitung
Chronische Wunden sind selten nur ein lokales Gewebeproblem. Sie greifen in Alltag, Körperbild, Mobilität, Schlaf, Schmerz- und Schamempfinden ein. Gleichzeitig ist die Versorgung häufig langwierig, wiederholungsintensiv und von vielen Erwartungen geprägt: Kompression soll getragen, Druck vermieden, Ernährung angepasst, Schmerzen beschrieben und Verbände regelmäßig gewechselt werden. Ob solche Empfehlungen für Patientinnen und Patienten nachvollziehbar und umsetzbar werden, entscheidet sich nicht allein an der fachlichen Richtigkeit, sondern wesentlich an der Art, wie darüber gesprochen wird.

Ziele
Der Beitrag möchte Kommunikation als zentrale fachliche Kompetenz in der Wundversorgung sichtbar machen. Gezeigt werden soll, dass die Kommunikation mit dem Patienten nicht nur Informationen transportiert, sondern Beziehung gestaltet, Vertrauen ermöglicht, Adhärenz beeinflusst und Konflikte im Behandlungsverlauf abschwächen oder verstärken kann.

Materialien und Methoden
Der Vortrag basiert auf Erfahrungen aus der wundtherapeutischen Praxis, der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit aktueller Fachliteratur sowie kommunikationsbezogenen Konzepten wie patientenzentrierter Gesprächsführung, Shared Decision Making und Adhärenzförderung. Anhand typischer Situationen der Wundversorgung werden kommunikative Herausforderungen reflektiert und mögliche alternative Ansätze diskutiert.

Fazit
Kommunikation ist in der Wundversorgung kein Zusatz zur eigentlichen Therapie, sondern Teil der Therapie selbst. Belehrende, moralisierende oder unklare Gesprächsführung kann Rückzug, Widerstand und scheinbare Non-Adhärenz begünstigen. Eine zugewandte und zugleich klare Kommunikation kann dagegen helfen, Belastungen zu verstehen, Ressourcen realistisch einzuschätzen und gemeinsam erreichbare Schritte zu vereinbaren.

P 13 Ein Fall eines atypischen Pyoderma gangraenosum im Kindesalter und die diagnostischen Herausforderungen

M. Höner, C. Erfurt-Berge

Uniklinikum Erlangen, Klinik für Dermatologie, Erlangen

Hintergrund

Das Pyoderma gangraenosum (PG) ist eine seltene neutrophile Dermatose. Ca. 4 % aller Fälle treten im Kindesalter auf. Atypische Manifestationen können die Diagnosestellung erheblich erschweren.

Fallbericht

Ein zuvor gesunder 11-jähriger Junge stellte sich mit einer seit einem Jahr progredienten, hoch schmerzhaften (NRS 8–9/10) Wunde am rechten Oberarm vor, die ein Jahr zuvor einen Monat nach einer Ägyptenreise aufgetreten war. Klinisch zeigte sich eine 6 × 4 cm große Plaque mit zentraler Abheilung sowie randständigen Erosionen, Pusteln und Krusten, jedoch ohne lividen oder unterminierten Wundrand. Aufgrund der schmerzhaften Ulzeration entwickelte sich ein Streckdefizit des rechten Arms. Initial bestand der Verdacht auf eine infektiöse Genese wie z. B. eine tiefe Trichophytie. Lokale Therapien blieben wirkungslos. Die Histologie zeigte ein neutrophilen- und plasmazellreiches Entzündungsinfiltrat, vereinbar mit einer infektiösen Genese. Wiederholte mikrobiologische, mykologische und molekularbiologische Untersuchungen sowie eine umfassende rheumatologische, gastroenterologische und autoimmune Abklärung blieben unauffällig. Der PARACELSUS-Score betrug initial 7 Punkte.

Die Wundversorgung erfolgte mit Polihexanid 0,04%-Lösung, silikonisierten Wunddistanzgittern und der Anwendung von steroidhaltigen Externa im Wundrand. Unter einer oralen Therapie mit Prednisolon über 2 Wochen kam es zu einer Abheilung der Wunde, jedoch kam es nach wenigen Wochen zu einem Rezidiv. Mit nun typischer Klinik und einem PARACELSUS-Score von 17 Punkten stellten wir die Diagnose eines Pyoderma gangraenosum, auf eine erneute Biopsie wurde verzichtet. Eine Therapie mit intravenösen Immunglobulinen blieb ohne Erfolg, sodass die Therapie auf Infliximab i.v. 5 mg/kg Körpergewicht alle 4 Wochen umgestellt wurde. Bereits nach einmaliger Gabe kam es innerhalb weniger Wochen zur Schmerzfreiheit und nahezu vollständigen Abheilung mit anhaltend gutem Verlauf.

Schlussfolgerung

Bei chronischen, schmerzhaften Wunden im Kindesalter sollte auch bei atypischer Morphologie früh ein Pyoderma gangraenosum differentialdiagnostisch erwogen werden. Der Fall verdeutlicht den diagnostischen Wert der klinischen Reevaluation und des PARACELSUS-Scores. Bemerkenswert ist auch das rasche Therapieansprechen auf Infliximab bei therapierefraktärem Verlauf.

P 14 Klinische Mikrobiologie versus molekularbiologische Analyse: wer dominiert chronische Wunden?

M. Dittmer, S. El Hage

UK Eppendorf, Herz und Gefäßmedizin – Comprehensive Wound Center (CWC), Hamburg

In klinischer Praxis erfolgt der mikrobiologische Erregernachweis bei Wunden üblicherweise mittels Wundabstrich, aus denen die Mikroorganismen kultiviert werden. Dieses Vorgehen hat Limitationen, da nicht alle Mikroorganismen gleichermaßen kultivierbar sind. Insbesondere Erreger, die in der Biofilm-Matrix oder im Wundslough eingebettet sind, werden nur eingeschränkt nachgewiesen. Dies kann trotz einer Infektion sogar zu einem negativen Abstrichergebnis in der klinisch-mikrobiologischen Routine führen.

Um ein möglichst umfassendes Bild des Wundmikrobioms zu erhalten, wurde bei einer 70-jährigen pAVK-Patientin mit einer ausgeprägt nekrotischen und Biofilm-besiedelten Wunde am rechten Vorfuß ein scharfes Débridement durchgeführt. Der Wundslough wurde mittels Metagenomanalyse (= genomische Gesamtheit) und mittels Metatranskriptomanalyse (= Stoffwechsel-Aktivität) untersucht. Die gewonnenen molekularbiologischen Daten wurden mit den Ergebnissen der klinisch-mikrobiologischen Abstrich-Diagnostik verglichen.

Während im Abstrich ein *Enterobacter-cloacae*-Komplex und *Pseudomonas putida* dominierten, wurden anhand der Metagenomeanalyse 30 verschiedene Bakterien-Spezies detektiert, bei denen Stenotrophomonas (~83%), Enterobacter (~10%) und Pseudomonas (~5%) führend waren. Im Gegensatz dazu ergaben die Metatranskriptomanalysen über 300 verschiedene Bakterien-Spezies, bei denen jedoch nicht einmal 20 über 95 % der Transkripte ausmachte. Hier dominierten Pseudomomas (~50%), Stenotrophomonas (~24%) und Escherichia (~7%). Enterobacter wurden in letzteren nur mit einer relativen Häufigkeit von 0,3 % ermittelt. Obwohl Stenotrophomonas in der molekularen Analyse als dominantes Bakterium des Wundmikrobioms nachgewiesen wurde, war sein in der klinisch-mikrobiologischen Analyse detektiertes Vorkommen viel geringer (83 % vs. 24 %).

Dieser Fallbericht soll für die Limitationen der klinisch-mikrobiologischen Routine sensibilisieren. Insbesondere *Stenotrophomonas maltophilia* rückt aufgrund seiner ausgeprägten intrinsischen und erworbenen Antibiotikaresistenzen zunehmend in den Fokus der Forschung. Inwieweit die starke Zunahme von Stenotrophomonas zur Progression bzw. Verschlechterung der Wundinfektion beigetragen hat, lässt sich nur postulieren. Biofilm-assoziierte Pathogene können durch kulturbasierte Verfahren unzureichend erfasst werden, was die Notwendigkeit von molekularbiologischer Methoden in der Infektionsdiagnostik – auch bei chronischen Wunden – unterstreicht.

P 15 Kostengünstiges hypoxisches immunkompetentes 3D-*in-vitro*-Wundmodell zur präklinischen Bewertung antiinflammatorischer Therapeutika und deren Einfluss auf inflammatorische Signalwege

Q. Suppiyar[1,2], W. Ibing[1,2], W. Garabet[1,2], M. U. Wagenhäuser[1,2], H. Schelzig[1,2], J. D. Rembe[1,2]

[1]Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, [2]Universitätsklinikum Düsseldorf, Gefäß- und Endovaskularchirurgie, Düsseldorf

Fragestellung
Chronische Wunden stellen ein Problem in der Gefäßchirurgie dar. Vorerkrankungen wie die periphere arterielle Verschlusskrankheit begünstigen durch die Minderversorgung von Sauerstoff die Entstehung dessen. Für die Forschung von Wunden werden 3D-*in-vitro*-Wundmodelle im Labor entwickelt, basierend auf humanen Zellen, um Tiermodelle zu ersetzen. Doch bislang existiert kein kostengünstiges standardisiertes immunkompetentes hypoxisches Wundmodell, das das Milieu chronischer Wunden abbildet. Bildet unser Modell eine längerfristige nicht-heilende hypoxisch infizierte Wunde ab?

Methoden
Das Modell besteht aus einer kollagenbasierten Dermis mit Fibroblasten (NHDF) und Monozyten (THP-1) und einer aufgeschichteten HaCaT-Epidermis, die mittels einer neu etablierten Methode ohne Fibrinkleber erzeugt wird. Innerhalb des Modells differenzieren die Monozyten zu M0-Makrophagen und können gezielt zu M1- (IFN-γ/LPS) oder M2-Makrophagen (IL-4/IL-13) polarisiert werden. Die Charakterisierung erfolgt über immunhistochemische Analysen (CD86/CD206-Ratio) und Überstandsanalysen (CCL-2). Die standardisierte Verwundung wird mithilfe der selbst entwickelten statischen Apparatur „WuBo-20“ durchgeführt. Ein chronisch-inflammatorisches Wundmilieu wird durch hypoxische Bedingungen (3 % O_2) sowie proinflammatorische Stimuli (LPS, IFN-γ) simuliert.

Ergebnisse
Die kommerziellen Zelllinien konnten erfolgreich integriert, differenziert und über mehr als 20 Tage kokultiviert werden. Überstandsanalysen ergaben erhöhte CCL-2-Konzentrationen in M1-polarisierten im Vergleich zu M2-polarisierten Modellen. Das Modell überlebte bis Tag 21 unter Hypoxie und infektiösem Stimulus. Mithilfe der Apparatur „WuBo-20“ konnten Unterschiede in Wundtiefe und -position standardisiert werden. Durch den Verzicht von Fibrinkleber und den Einsatz kommerzieller Komponenten konnten die Herstellungskosten des Modells von 2.870 bis 7.320 Euro auf 903 bis 2.003 Euro reduziert werden.

Schlussfolgerung
Mit diesem Modell konnte ein kostengünstiges und effizientes 3D-immunokompetentes hypoxisches Wundmodell auf Basis kommerzieller Zelllinien etabliert werden. Das Modell bietet ethische, ökonomische und standardisierbare Vorteile für die präklinische Testung neuer Therapeutika und bildet die Bedingungen nicht-heilender hypoxisch-infizierter Wunden realitätsnah ab, wodurch pathophysiologische Mechanismen und Effekte moderner Therapeutika in einem standardisierten und praxisnahen Setting untersucht werden können.

P 16 Kaltplasma und extrazelluläre Matrix – geballte Kraft

M. Kaiser

Global Kit AG Wundconsulting, Hergiswil, Schweiz

Fragestellung
Jede Wunde ist zu jeder Zeit trotz professioneller Behandlung einer ungeahnten, zunehmenden Keimbelastung ausgesetzt, sodass es zu einem Infekt kommen kann. Kann frühzeitig eingesetztes Cold Atmospheric Plasma (CAP) dieses Szenario der Gefahr eines Infektes und der Stagnation maßgeblich verhindern und ideale Bedingungen für die Applikation extrazellulärer Matrix schaffen, um eine Beschleunigung der Heilung mit stabilem Wundschluss zu erreichen?

Methode
Durch Einwirken eines ionisierten Gasgemisches, CAP, bei einer diabetischen Wunde, Status nach metatarsaler Amputation Strahl 4 und 5 bei Osteomyelitis, wird rein physikalisch eine antimikrobielle Wirkung auf verschiedenste Pathogene erreicht. Das Gasgemisch dringt bei schwieriger Lokalisation (eingerollte Wundränder) sanft in diese Zonen ein und wirkt nachhaltig. Durch Zugabe von extrazellulärer Matrix wird die intrazelluläre Signalkaskade für Zellproliferation verstärkt.

Materialien
- Exsudationsphase: CP 6 Wochen 2–3 × wöc“h für 3 Minuten pro Areal
- Granulationsphase: CP 1–2 × wöchentlich 1–2 min pro Areal
- Granulation/Epithelislisation: 1 × 10-tägig 1 min pro Areal und Applikation von Omega 3 Matrix (Fischhaut) auf das reizlos granulierende Wundbett. Rehydratation mit zu beobachtender Modulation. Belassen auf dem Wundbett für mindestens 10 Tage, um die gesteigerte Zellproliferation nicht zu stören. Das weitere Auflegen von Fischhautmatrix ist granulationsabhängig und wird diesem Fall einmalig erneuert.

Ergebnisse
Während der gesamten Behandlungszeit einer diabetischen Amputationswunde Strahl 4 und 5, bei St. n. Osteomyelitis, freiliegendem Sehnenanteil und stark eingerollten Wundrändern kommt es zu keinem Reinfekt. Über einen Zeitraum von sechs Monaten kann sich eine gesunde Granulation und Epithelialisation dank Substitution von extrazellulärer Matrix, Fischhaut, entwickeln.

Schlussfolgerung
Die Heilung einer komplexen Wunde kann durch vorausschauende gezielte Produktanwendung, in diesem Beispiel Kaltplasma und Fischhaut, deutlich sicherer und zeitlich verkürzt bei einer komplexen diabetischen Wunde mit Osteomyelitis erreicht werden. Eine korrekte Entlastung und die Kontrolle der Blutzuckerwerte sind dabei unerlässlich.

P 17 Großflächige Kaltplasma-Therapie reduziert die mikrobielle Wundbelastung – Evidenz auf drei Ebenen

T. Meyer, S. Jeffery

Ruhr Universität Bochum, St. Josef Hospital, Klinik für Dermatologie, Bochum

Einleitung

Biofilmassoziierte mikrobielle Belastung verzögert die Wundheilung und ist durch antimikrobielle Resistenzen schwer kontrollierbar. Kaltes atmosphärisches Plasma (CAP) bietet einen nicht-antibiotischen Ansatz zur lokalen Keimreduktion. Im Gegensatz zu herkömmlichen Plasmaquellen erzeugt das okklusive CPT®patch/CPT®cube-System CAP großflächig in einem definierten Behandlungsfeld.

Ziel

Ziel war die translationale Bewertung der antimikrobiellen Wirksamkeit und Gewebeverträglichkeit des CPT-Systems gegen multiresistente Keime *in vitro*, im porcinen Wundbiofilmmodell und in einer klinischen Kohorte mit chronischen Wunden der unteren Extremität.

Materialien und Methoden

CAP wurde gegen sieben wundrelevante bakterielle Spezies, einschließlich multiresistenter Stämme, sowie den Pilz *Candida albicans in vitro* geprüft. In zwei tiefdermalen porcinen MRSA-Wundmodellen wurden CAP-behandelte Wunden mit unbehandelten Kontrollen verglichen; Dauer und Frequenz wurden variiert. Endpunkte waren quantitative Mikrobiologie und Histologie. In der klinischen Studie erhielten 14 Patienten zweimal wöchentlich über fünf Wochen CAP zusätzlich zur Standardversorgung und wurden mit MolecuLight®-Fluoreszenz ausgewertet.

Ergebnisse

In vitro führte CAP zu rascher, expositionsabhängiger Reduktion koloniebildender Einheiten (KBE) über das gesamte bakterielle und fungale Spektrum. Im Tiermodell reduzierte CAP (2×/Woche) die MRSA-Last vs. Kontrolle im 24h-Biofilmmodell um bis zu 2,04 $\log_{10}$ KBE/g bzw. 99,1% nach 11 Tagen. Im 72h-Biofilmmodell erreichte das intensivste 5×/Woche-Regime Reduktionen von bis zu 3,18 $\log_{10}$ (99,93 %) vs. Baseline nach 2- bzw. 4-minütiger Exposition. Histologisch zeigten sich erhaltene bzw. verbesserte Reepithelialisierung, vermehrte Granulation und Angiogenese ohne Hinweis auf Toxizität oder Gewebeschädigung. In der klinischen Studie nahmen die Fluoreszenzgrade signifikant ab ($p < 0{,}001$); am Ende waren 12/17 Wunden fluoreszenznegativ und 16/17 Grad 0–1. Therapieassoziierte unerwünschte Ereignisse wurden nicht beobachtet.

Zusammenfassung

Das CPT-System zeigte konsistente antimikrobielle Effekte *in vitro* und *in vivo* und reduzierte die Keimbelastung bei guter Gewebeverträglichkeit. Großflächiges CAP hat sich damit als vielversprechende adjuvante Maßnahme im Wundmanagement bewiesen, insbesondere für antimikrobielle Anwendungen. Weitere Studien zum klinischen Nutzen und auch unterschiedlichen Plasmaquellen sind wünschenswert.

P 18 Von der Evidenz zur erfolgreichen Anwendung – Klinische Einflussfaktoren einer erfolgreichen Kaltplasmatherapie

P. Kühn

Praxis für Podologie, Nastätten

Einleitung

Kaltes atmosphärisches Plasma (CAP) ist ein etabliertes adjuvantes Verfahren zur Behandlung chronischer Wunden. Randomisierte Studien, systematische Übersichtsarbeiten und aktuelle Leitlinien beschreiben antimikrobielle, antibiofilmaktive und wundheilungsfördernde Effekte. Gleichzeitig bestehen erhebliche Unterschiede hinsichtlich Plasmasystemen, Behandlungsprotokollen und klinischen Ergebnissen. Bislang ist nur unzureichend untersucht, welche klinischen Einflussfaktoren den Therapieerfolg im Versorgungsalltag bestimmen.

Ziel

Ziel des Vortrags ist die Analyse klinischer Einflussfaktoren einer erfolgreichen Kaltplasmatherapie sowie die Ableitung praxisrelevanter Handlungsempfehlungen für eine standardisierte Anwendung.

Material und Methoden

Grundlage sind eine strukturierte Literaturrecherche aktueller PubMed-Publikationen und internationaler Leitlinien sowie fünf exemplarisch ausgewählte klinische Fallbeispiele aus der ambulanten therapeutischen Versorgung chronischer Fußwunden. Analysiert werden Indikationsstellung, Wundbettvorbereitung einschließlich scharfem Débridement, Auswahl des Plasmasystems (DBD oder Jet), Druckentlastung, Therapiefrequenz sowie potenzielle Einfluss- und Fehlerfaktoren. Die Fallanalyse basiert auf standardisierter Anamnese, klinischer Verlaufsbeurteilung und serieller Fotodokumentation.

Ergebnisse

Die Literatur bestätigt den Nutzen von CAP als Bestandteil moderner Wundtherapie. Die Fallserie zeigt exemplarisch, dass eine korrekte Indikationsstellung, konsequente Wundbettvorbereitung, ausreichendes Débridement, strukturierte Druckentlastung und geeignete Therapieintervalle entscheidende Voraussetzungen für reproduzierbare Behandlungsergebnisse sind. Darüber hinaus werden potenzielle klinische Einflussfaktoren identifiziert, deren Bedeutung bislang nur unzureichend untersucht ist.

Zusammenfassung

Der Therapieerfolg einer Kaltplasmatherapie wird nicht allein durch das eingesetzte Medizinprodukt bestimmt, sondern wesentlich durch dessen indikationsgerechte Anwendung innerhalb eines strukturierten Behandlungskonzeptes. Der Vortrag verbindet aktuelle Evidenz mit praxisnahen Fallbeispielen und zeigt klinische Einflussfaktoren für eine reproduzierbare Anwendung im Versorgungsalltag auf.

P 19 Von der Evidenz in die Praxis – Klinische Einflussgrößen für den erfolgreichen Einsatz von Kaltplasma bei chronischen Fußwunden

P. Kühn

Praxis für Podologie, Nastätten

Einleitung
Kaltes atmosphärisches Plasma (CAP) gewinnt als ergänzende Therapieoption bei chronischen Wunden zunehmend an Bedeutung. Die aktuelle S2k-Leitlinie beschreibt den evidenzbasierten Stellenwert der Kaltplasmatherapie innerhalb einer leitliniengerechten Wundversorgung. Für die praktische Umsetzung, insbesondere in der ambulanten Versorgung chronischer Fußwunden, bestehen jedoch weiterhin offene Fragen. Konkrete Empfehlungen zur klinischen Anwendung sind bislang nur begrenzt verfügbar.

Ziel
Ziel des Vortrags ist es, die Frage zu beantworten, welche klinischen Einflussgrößen den erfolgreichen Einsatz von CAP im Versorgungsalltag maßgeblich beeinflussen. Dabei wird eingeordnet, welche Faktoren durch die aktuelle Evidenz und die S2k-Leitlinie gestützt werden und welche ergänzenden Erkenntnisse sich aus der ambulanten podologischen Wundversorgung ableiten lassen.

Material und Methoden
Grundlage des Vortrags sind eine strukturierte Literaturrecherche, die Einordnung der aktuellen S2k-Leitlinie sowie fünf exemplarisch ausgewählte klinische Fälle aus der ambulanten therapeutischen Versorgung chronischer Fußwunden. Betrachtet werden Indikationsstellung, Wundbettvorbereitung, Débridement, Behandlungsparameter sowie die Integration der Kaltplasmatherapie in ein multimodales Behandlungskonzept.

Ergebnisse
Die verfügbare Evidenz weist auf ein relevantes Potenzial von CAP als ergänzende Therapieoption hin. Literatur und klinische Fälle verdeutlichen, dass der erfolgreiche Einsatz nicht allein von der Plasmatechnologie abhängt. Wesentliche Einflussgrößen sind eine präzise Indikationsstellung, eine leitliniengerechte Wundbettvorbereitung, ein adäquates Débridement, geeignete Behandlungsparameter sowie die strukturierte Einbindung in ein interprofessionelles Wundmanagement. Gleichzeitig werden praxisrelevante Aspekte aufgezeigt, die in Leitlinien bislang nur eingeschränkt konkretisiert werden.

Zusammenfassung
Der Vortrag verbindet wissenschaftliche Evidenz mit dokumentierten Erfahrungen aus der ambulanten podologischen Wundversorgung. Er zeigt auf, wie klinische Entscheidungsprozesse den erfolgreichen Einsatz von CAP unterstützen können, und leitet daraus praxisorientierte Empfehlungen für den interprofessionellen Einsatz bei chronischen Fußwunden ab.

P 20 Grenzen in der ambulanten Wundversorgung – warum interdisziplinäre Zusammenarbeit essentiell ist

C. Hoffmann

Asklepios Klinikum Hamburg-Harburg, WundCentrum, Hamburg

Fragestellung
In Deutschland leben je nach Datenquelle rund 0,8–1,1 Millionen Menschen mit schwerheilenden bzw. chronischen Wunden. Ein zentrales Nadelöhr ist die häusliche Durchführung von Verbandswechseln, aktuelle Daten zeigen, dass 33,1% der Wundpatienten regelmäßige Verbandswechsel durch einen ambulanten Pflegedienst zuhause erhalten, hingegen aber nur 9% die spezifische HKP-Leistung „Wundversorgung einer chronischen und schwerheilenden Wunde“ (Nr. 31a, APN B81) abrechnen.

Ziel
Sensibilisierung für die HKP-Richtlinie zu spezialisierten Leistungserbringern (ambulanten Wundteams, pflegerischen Wundzentren)

Methode
Darstellung von extremen Beispielen in der ambulanten Wundversorgung. Schnittstellen zu interdisziplinären Netzwerken, Aufzeigen von Grenzen der häuslichen Versorgung.

Ergebnisse
Aufklärung über die HKP-Richtlinie, über Vergütungsmodelle und fachlichen Austausch zur Förderung der Zusammenarbeit im Netzwerk.

Schlussfolgerung
Trotz großer Patientenzahlen bleibt die ambulante Wundversorgung durch Fragmentierung, begrenzte Nutzung spezialisierter HKP-Leistungen und Datenlücken eingeschränkt. Priorität haben klare Indikationspfade, flächendeckend qualifizierte spezialisierte Pflegedienste, verbindliche Netzwerke sowie standardisierte, sektorenübergreifende Wunddokumentation.

P 21 Flexibilität macht den Unterschied: trägerfreie Wundauflage bei komplexem DFU mit offenem Gelenk

G. S. Vlantoiu

Diabetologie Kaiserpassage Reutlingen, Reutlingen

Ziel
Diese Falldarstellung zeigt den Behandlungsverlauf bei einem 56-jährigen Patienten mit einem hochkomplexen diabetischen Fußulkus (W/A 3C), tiefem Defekt, freiliegendem Gelenk und einer ausgeprägten hohen Exsudatmenge. Ziel ist es, die Bedeutung eines strukturierten Case-Managements, einer phasengerechten Kausaltherapie sowie den Einsatz einer flexiblen TLC-Wundauflage ohne Trägermaterial hervorzuheben. Die Kombination aus Multimorbidität, verzögerter Heilung, Infektionsrisiko und erheblicher Belastung für Patient und Behandler unterstreicht die Relevanz dieses Falls.

Methode
Zu Therapiebeginn erfolgte ein standardisiertes Vorgehen mit HOCI-Spülung, TLC-Wundauflage ohne Trägermaterial als

Primärverband und Superabsorber als Sekundärverband. Die trägerfreie TLC-Wundauflage wurde aufgrund ihrer außergewöhnlichen Flexibilität gewählt, um sich tiefen, unregelmäßigen Defekten sicher anzupassen, Drainage zu unterstützen und autolytische Prozesse zu fördern. Die offene Struktur ermöglichte eine sehr gute Exsudatableitung ohne Mazeration. Parallel erfolgten strukturierte Wundvisiten, Edukation, Immobilisation und eine engmaschige Anpassung des Verbandmanagements.

Resultat/Diskussion

Bereits nach zwei Wochen zeigten sich vitale Granulation, beginnende Kontraktion und erste Epithelisierungsinseln. Die TLC-Wundauflage ermöglichte eine kontinuierliche phasengerechte Versorgung ohne Materialwechsel – von massiver Exsudation bis zur fortgeschrittenen Epithelisierung. Nach zehn Wochen reduzierte sich die Wundfläche von 17,4 cm^2 auf 7,35 cm^2, entsprechend einer sichtbaren Verbesserung von 57,8 %. Gleichzeitig konnte der Verbandwechselaufwand reduziert werden, was die Behandlung vereinfachte und die Belastung für den Patienten spürbar senkte. Die Stabilisierung des Wundmilieus führte zu einer verbesserten Compliance und einer deutlichen Entlastung im Alltag.

Schlussfolgerung

Der Fall zeigt, dass selbst bei komplexen diabetischen Fußulzera erhebliche Fortschritte erreichbar sind, wenn ein strukturiertes Case-Management mit einer flexiblen, trägerfreien TLC-Wundauflage kombiniert wird. Die außergewöhnliche Anpassungsfähigkeit der Auflage unterstützt ein positives klinisches und funktionelles Outcome.

P 22 Autolytisch-hydrolytische Wundtherapie bei maximaler Multimorbidität im ambulanten Setting – ein außergewöhnlicher Fall

R. Großmann

medipartner GmbH, Homecare Wunde, Trochtelfingen

Hintergrund/Zielsetzung

Die Fallbeschreibung einer 41-jährigen Patientin mit langjähriger chronischer Wundheilungsstörung beschreibt einen außergewöhnlich komplexen Behandlungsverlauf mit rezidivierenden Infektionen, Besiedlung mit 3-MRGN und *Pseudomonas aeruginosa*, septischen Schocks sowie beidseitiger Oberschenkelamputation. Nach Auftreten einer bis zu 4,5 cm tiefen Nahtdehiszenz erfolgte die weitere Versorgung ausschließlich im ambulanten häuslichen Setting. Aufgrund ausgeprägter Schmerzen, psychischer Belastung und fehlender Therapietoleranz aufgrund des bestehenden Suchthintergrunds war ein mechanisches Débridement nicht durchführbar. Ziel war die Evaluation einer autolytisch-hydrolytischen Wundgrundsanierung mittels polyabsorbierender Polyacrylatfasern als zentrale Strategie der Wundbettkonditionierung.

Methode

Es erfolgte eine autolytisch-hydrolytische Wundgrundsanierung mittels polyabsorbierender Polyacrylatfasern zur atraumatischen Entfernung avitaler Wundbeläge, Fibrinlösung und Reduktion klinischer Zeichen einer kritischen Kolonisierung. Ergänzend wurden strukturierte Wundvisiten, Ernährungsoptimierung, physiotherapeutische Maßnahmen, psychosoziale Stabilisierung und Angehörigenschulung im Rahmen eines interprofessionellen Case-Managements durchgeführt.

Ergebnisse

Bereits nach vier Wochen zeigte sich ein deutlicher Rückgang fibrinöser sowie avitaler Beläge und der klinischen Zeichen der Kolonisierung mit stabilem Übergang in die Granulationsphase. Die Exsudatmenge nahm kontinuierlich ab, Verbandwechselintervalle konnten verlängert und die Wunde trotz fehlender Möglichkeit eines mechanischen Débridements erfolgreich konditioniert werden. Die lokale Wundsituation verbesserte sich so weit, dass die prothetische Rehabilitation eingeleitet werden konnte. Parallel verbesserten sich Adhärenz, psychische Stabilität und Lebensqualität.

Schlussfolgerung

Der Fall zeigt, dass eine autolytisch-hydrolytische Wundgrundsanierung mittels polyabsorbierender Polyacrylatfasern im ambulanten Setting eine effektive Therapieoption darstellen kann, wenn ein mechanisches Débridement nicht möglich ist. Unter den Bedingungen ausgeprägter Multimorbidität, komplexer psychosozialer Belastung und limitierter Débridementmöglichkeiten ermöglichte diese Strategie eine kontinuierliche Wundbettkonditionierung als Grundlage für Granulation und anschließende prothetische Rehabilitation.

P 23 Einfluss des pH-Wertes und Bakterienwachstum in translationalen Wundmodellen

J. Frankenheim, S. C. Liegenfeld, N. Krüger, M. Dittmer, E. K. Stürmer

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Translationale Wundforschung, Hamburg

Einleitung

Intakte Haut hat eine saure Hautbarriere mit pH-Wert 4,5 –5,5, die unter anderem als Schutz gegen bakterielle Besiedlung und Infektion fungiert. Chronische Wunden haben einen höheren, pathologischen pH-Wert zwischen 7 und 9. Eine gezielte pH-Modulation mit therapeutischer „Verschiebung“ des pH-Werts in den sauren Bereich könnte ein vielversprechender Ansatz zur Reduktion pathogener Bakterien in Wunden sein und somit die Wundheilung zu fördern.

Ziel

Ziel dieser translationalen humanen Studie ist es, den Einfluss des pH-Werts auf das Bakterienwachstum zu untersuchen. Zusätzlich wird analysiert, inwieweit die pathogenen Bakterien selbst das Wundmilieu bzw. den pH-Wert verändern.

Material und Methoden

Als Testsystem wurden *In-vitro*-Kulturen, ein Modell mit gepooltem Wundexsudat und das humane Biofilm-Modell IhBIOM, bestehend aus humanem Plasma und Buffy Coat, eingesetzt. Die Modelle wurden auf Ausgangs-pH-Werte zwischen 5 und 9 eingestellt und mit *Pseudomonas aeruginosa* oder *Staphylococcus aureus* infiziert. Das Bakterienwachstum und die pH-Werte wurden über einen Zeitraum von 16h stündlich mittels optischer Dichte (OD600) bzw. pH-Metrie bestimmt.

Ergebnisse
Humanes Wundexsudat und das Biofilmmodell hatten intrinsisch einen pH-Wert im leicht basischen Bereich von 7,2 bzw. 8. Wachstum von *P. aeruginosa* bzw. *S. aureus* und deren metabolische Aktivität verschieben den pH-Wert auf bis zu 8,8. Bei voreingestellten pH-Werten in den Modellen zeigten beide Bakterien signifikant unterschiedliche Wachstumskurven. Die stärkste bakterielle Vermehrung ermöglichte ein pH-Wert von 7–8. In reinen *In-vitro*-Kulturen zeigten die o. g. Bakterien signifikant andere Effekte auf den pH-Wert, was die Bedeutung humaner Modelle unterstreicht.

Zusammenfassung
Der pH-Wert hat einen signifikanten Einfluss auf das Wachstum relevanter Wundpathogene und wird gleichzeitig durch die Bakterien selbst und ihre Stoffwechselprozesse aktiv verändert. Eine therapeutische pH-Modulation könnte dazu beitragen, ein für die Bakterien ungünstiges Wundmilieu zu schaffen und somit die Persistenz von bakterieller Besiedlung und Infektionen zu verhindern. Translationale Modelle sind notwendig, um die pH-Wert-Wachstumsdynamik realitätsnah abzubilden, da das Wundmilieu, sein intrinsischer pH-Wert und die darin vorhandenen Nährstoffe das Bakterienwachstum beeinflussen. Die „klassischen" *In-vitro*-Modelle bilden das humane Wundmilieu nicht ab.

P 24 Chronische Wunde, kurze Wege: Ein ambulantes Netzwerkmodell für die ländliche Versorgung

C. Moellenhoff[1], **A. M. Döttl**[2], **H. Draxler**[3], **A. Suprovici**[1]

[1]Gelenk- u. Gefäßzentrum Mittelfranken, MVZ, Gefäßchirurgie, Schwabach, [2]Rodday Wundmanagement, Eichstetten, [3]Draxler Sanitätshaus e. K., Schwabach

Hintergrund
In ländlichen Regionen ist die Versorgung chronisch schwer heilender Wunden häufig durch begrenzte fachärztliche Diagnostik, lange Wege und getrennte Zuständigkeiten erschwert. Multimorbide Patienten mit diabetisch-neuropathischen, angiopathischen oder venösen Ursachen benötigen frühe kausale Einordnung und Versorgung, abgestimmte Lokaltherapie und häusliche Umsetzung.

Projektziel
Aufbau einer gefäßchirurgisch koordinierten Wundsprechstunde als ambulantes interprofessionelles Netzwerk, das Diagnostik, Wundtherapie, Hilfsmittelversorgung, hausärztliche Mitbetreuung und häusliche Pflege bündelt.

Ablauf
Wir etablierten eine primär gefäßchirurgisch koordinierte Wundsprechstunde. Die allgemeinmedizinische Abteilung des MVZ unterstützt Erst- und Verlaufsbeurteilung sowie ggf. Komorbiditätsmanagement. Der Hausarzt bleibt über Arztbrief und direkte Rücksprache als lokaler Ansprechpartner eingebunden. Die Wundtherapie wird durch Wundmanager erstellt, mit dem Gefäßchirurgen abgestimmt und durch geschulte Pflegedienste umgesetzt; bei Bedarf erfolgt Anleitung vor Ort. Sanitätshäuser mit Kompressionsversorgung und orthopädieschuhtechnischer Werkstatt gewährleisten zeitnahe Hilfsmittelversorgung. Fallbesprechungen dienen Verlaufskontrolle und Therapieanpassung. Fachärztliche Kontrollen erfolgen sechswöchentlich, bei Verschlechterung früher.

Fallbeispiel
Dargestellt wird der Verlauf eines 73-jährigen Patienten mit flächigem Malum perforans bei Charcot-Fuß, Eichenholtz-Stadium III, Diabetes mellitus, diabetischer Polyneuropathie und Angiopathie sowie Adipositas. Über 30 Monate erfolgte die koordinierte Versorgung durch Wundsprechstunde, Wundmanagement, lokale Pflege, Zweischalenorthese und definitive Schuhversorgung. Trotz zweier Rezidive wurde ein stabiler Wundverschluss mit Remobilisation erreicht.

Schlussfolgerung
Auch ohne universitäre Anbindung kann strukturierte Netzwerkversorgung chronisch schwer heilender Wunden eine fachlich abgesicherte, patientennahe Behandlung in der Häuslichkeit ermöglichen. Entscheidend sind klare Rollen, verbindliche Kommunikation, Eskalationskriterien und Fallbesprechungen. Die Reduktion stationärer Ressourcen und Versorgungskosten sollte prospektiv untersucht werden.

Literatur

- Storck M, Dissemond J, Gerber V. et al.: Kompetenzlevel in der Wundbehandlung. Gefässchirurgie 2019; 24: 388–398.
- Tisch T, Nolting HD: Versorgungsreport 2024: Chronische Wunden – Versorgungssituation und Optimierungspotenziale. Hamburg: DAK-Gesundheit; 2024. Verfügbar unter: https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/versorgungsreport-2024_86678 (letzter Zugriff am: 12.10.2026).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie – HKP-RL). Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss; 2009 (zuletzt geändert am 16.10.2025; in Kraft getreten am 12.12.2025). Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/richtlinien/11/ (letzter Zugriff am: 12.10.2026).
- Medical Advisory Secretariat: Point-of-care international normalized ratio (INR) monitoring devices for patients on long-term oral anticoagulation therapy: An evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser. 2009; 9(18): 174.

P 25 Postoperative Wundinfektionen nach hüftgelenksnahen Femurfrakturen

B. Osterhammel[1], **F. Wolters**[1], **M. Müller**[1,2], **H. J. Heppner**[1,2], **R. Schupfner**[1,2]

[1]Medizincampus Oberfranken, Bayreuth, [2]Klinikum Bayreuth, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Bayreuth

Hintergrund
Nationale Erhebungen zeigen eine Prävalenz nosokomialer Infektionen von 4,9 % mit 23,5 % postoperativen Wundinfektionen (Nat. Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, 2022). In der Traumatologie dominieren grampositive Erreger, bei älteren und multimorbiden Patient:innen gewinnen gramnegative Keime an Bedeutung.

Ziel
Das Ziel der Arbeit ist die Untersuchung postoperativer Wundinfektionen nach hüftgelenksnaher Femurfraktur mit der Identifikation von Risikofaktoren und Keimspektrum zur Optimierung der perioperativen Infektprophylaxe.

Methoden
In dieser retrospektiven Studie wurden von 2015 bis 2024 alle Patient:innen erfasst, die aufgrund einer hüftgelenksnahen Femurfraktur operiert wurden und postoperativ eine Wundinfektion entwickelten. Die Identifikation erfolgte anhand klinischer Dokumentation und mikrobiologischem Erregernachweis. Zur

Analyse von Risikofaktoren wurde ein Nested-Case-Control-Design mit 1:3-Matching nach Alter, Geschlecht und Operationsjahr gewählt. Die statistische Auswertung erfolgte mittels Fisher-Exact-Test; Odds Ratios (OR) wurden berechnet.

Ergebnisse

Von 2900 operierten Patient:innen entwickelten 73 eine postoperative Wundinfektion (2,5 %). Untersucht wurden diese 73 Patient:innen und 219 Patient:innen in der Kontrollguppe. Eine präoperative Albuminbestimmung lag bei 32 Infektionsfällen vor; dort zeigten 100 % erniedrigte Albuminwerte, in der Kontrollgruppe 6,2 % ($p = 5{,}66 \times 10^{-8}$). Insgesamt wurden 89 Erreger nachgewiesen, davon waren 74 hinsichtlich Cefuroxim auswertbar. Eine Resistenz gegenüber Cefuroxim bestand bei 69 % (51/74). Die häufigsten Erreger waren *Staph. epidermidis* (n = 22) und *Enterococcus faecalis* (n = 16). Insgesamt ergaben sich 23 Infektionen mit enteralen Erregern. Zwischen Inkontinenz und enteralen Erregern bestand ein signifikanter Zusammenhang (OR 5,18; p = 0,00029).

Schlussfolgerungen

Präoperative Hypoalbuminämie zeigte eine hochsignifikante Assoziation mit postoperativen Wundinfektionen und stellt einen potenziellen Risikomarker dar. Der Zusammenhang zwischen Inkontinenz und enteralen Erregern unterstützt die Hypothese einer perianalen Kontamination bei geriatrischen Patient:innen nach operativ versorgter proximaler Femurfraktur. Die Eignung von Cefuroxim zur Infektprophylaxe in dieser Patientengruppe ist fraglich. Die Optimierung der perioperativen Antibiose sowie weitere präventive Maßnahmen sind notwendig.

P 26 Postoperative Wundinfektionen nach Frakturen des Unterschenkels und oberen Sprunggelenkes

F. Wolters[1], **B. Osterhammel**[1], **M. Müller**[1,2], **H. J. Heppner**[1,2], **R. Schupfner**[1,2]

[1]Medizincampus Oberfranken, Bayreuth,[2]Klinikum Bayreuth, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Bayreuth

Hintergrund

Postoperative Wundinfektionen nach der operativen Versorgung von Unterschenkel- und oberen Sprunggelenksfrakturen sind mit einer Häufigkeit von 1,5–16 % Komplikationen, die stark abhängig von Risikofaktoren, Frakturart und Weichteilschaden sind (Tausendfreund et al. 2025).

Ziel

Das Ziel der Arbeit ist die Identifikation von Risikofaktoren und die Optimierung der Antibiotikaprophylaxe unter Berücksichtigung der gegebenen Keim- und Resistenzlage.

Methoden

In dieser retrospektiven Studie wurden alle Patient:innen eingeschlossen, die von 2016 bis 2024 aufgrund einer Unterschenkel- oder Sprunggelenksfraktur operiert wurden und postoperativ eine Wundinfektion entwickelten. Die Identifikation erfolgte über klinische Dokumentation und mikrobiologische Diagnostik. Zur Analyse von Risikofaktoren wurde eine Nested-Case-Control-Studie angewandt, jeweils mit zwei gematchten Kontrollen pro Infektionsfall. Die statistische Auswertung erfolgte mittels Fisher-Exact-Test; Odds Ratios (OR) wurden berechnet.

Ergebnisse

Von 1873 operierten Patienten erlitten 68 eine Infektion (3,63 %). Untersucht wurden diese 68 Patient:innen und 136 Patient:innen der Kontrollgruppe. In 126 Isolaten wurden 49 unterschiedliche Keime nachgewiesen. Die häufigsten Erreger waren *Staph. aureus* (30,2 %) und *S. epidermidis* (11,9 %); 17 weitere Erreger wurden mehrfach (≤ 4,0 %), und 30 Erreger lediglich einmal nachgewiesen. 98,5 % der Patient:innen mit einer perioperativen Infektion erhielten eine Single-Shot-Antibiose mittels Cephalosporin der zweiten Generation (Cefuroxim). Bei den 105 Antibiogrammen, die Cefuroxim abdeckten, waren 54,3 % sensibel, 10,5 % intermediär und 35,2 % resistent. Als signifikante Risikofaktoren zeigten sich: pAVK (p = 0,001; OR = 5,61), präoperative CRP-Erhöhung (p = 0,004) und Rauchen (39,1 % vs. 14,8 %; p = 0,003). Bei den Infektfällen trat *S. aureus* häufiger bei jüngeren Patient:innen auf (Median 55 vs. 69 Jahre; p = 0,005) und seltener bei pAVK (4,0 % vs. 30,2 %; p = 0,012). Sekundär zeigten sich höherer BMI sowie längere OP Dauer in der Infektgruppe.

Schlussfolgerungen

Das Erregerspektrum ist überwiegend grampositiv, insbesondere *S. aureus* und koagulase-negative Staphylokokken wurden nachgewiesen und es gibt eine relevante Beteiligung gramnegativer und anaerober Erreger. Eine risikoadaptierte perioperative Strategie mit unter anderem Modifikation der perioperativen Antibiotikaprophylaxe ist sinnvoll für Risikopatienten.

P 27 Wundheilungsstörung durch Fremdkörper – Ursachen, Diagnostik und therapeutische Konsequenzen

C. Hoffmann

Asklepios Klinikum Hamburg-Harburg, WundCentrum, Hamburg

Fragestellung

Welchen Einfluss haben verbliebene Fremdkörper auf den physiologischen Wundheilungsprozess; welche diagnostischen Herausforderungen ergeben sich daraus und welche therapeutischen Maßnahmen sind für eine erfolgreiche Behandlung erforderlich?

Methode

Anhand von Beispielen aus der Praxis soll bewusst sensibilisiert werden; anhand von Literaturrecherche und Quellenarbeit wird evidenzbasiert über Komplikationen und Häufigkeit vorgetragen.

Ergebnisse

Fremdkörper wie Holzsplitter, Glasfragmente, Metallpartikel oder zurückgebliebenes Nahtmaterial können eine persistierende Entzündungsreaktion hervorrufen und den normalen Heilungsverlauf erheblich beeinträchtigen. Klinisch zeigen sich häufig Schmerzen, Schwellungen, Rötungen, Sekretion, chronische Wunden, Fistelbildungen oder Abszesse. Die Diagnose erfordert neben einer sorgfältigen Anamnese und klinischen Untersuchung häufig den Einsatz bildgebender Verfahren wie Sonografie, Röntgen, Computertomografie oder Magnetresonanztomografie. Eine verzögerte Diagnosestellung erhöht das Risiko für chronische Verläufe und sekundäre Infektionen. Die vollständige Entfernung des Fremdkörpers stellt die zentrale

therapeutische Maßnahme dar und kann durch chirurgisches Débridement, Infektionskontrolle und moderne Wundbehandlung ergänzt werden.

Schlussfolgerung

Fremdkörper sind eine häufige Ursache von Wundheilungsstörungen und sollten insbesondere bei persistierenden oder atypischen Wundverläufen frühzeitig in Betracht gezogen werden. Eine gezielte Diagnostik und die konsequente Entfernung des auslösenden Materials sind entscheidend, um Komplikationen zu vermeiden und eine regelrechte Wundheilung zu ermöglichen.

P 28 Synergistische Therapien: Bakteriophagen und Antiseptika in einem *Ex-vivo*-Hautmodell

N. Krüger, S. C. Liegenfeld, J. Frankenheim, M. Dittmer, S. C. Rhode-Wedrich, E. K. Stürmer

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Hintergrund

Bakteriophagen gewinnen als antimikrobielle Therapie gegenüber multiresistenten Infektionen zunehmend an Bedeutung. Ihre Wirksamkeit wird jedoch meist in vereinfachten *In-vitro*-Modellen, die das komplexe Milieu infizierter Wunden nur unzureichend abbilden, geprüft. Ebenso müssen die Kombinationsmöglichkeiten mit Standardwundtherapeutika untersucht werden, um eine möglichst breit aufgestellte, diverse Infektionskontrolle ausüben zu können.

Ziele

Ziel der Studie war es, die antimikrobielle Aktivität von Bakteriophagen und ihre Kombinierbarkeit mit Antiseptika im realitätsnahen *Ex-vivo*-Hautmodell zu untersuchen.

Methoden

Hierfür wurde ein *Ex-vivo*-Hautmodell auf Basis humaner Hautpräparate etabliert. Das Modell wurde mit *P. aeruginosa* DSM 19882 infiziert und mit verschiedenen Bakteriophagen sowie PHMB- und Octenidin/Phenoxyethanol-haltigen Antiseptika behandelt. Antimikrobielle Effekte wurden über 24, 48 und 72 Stunden mittels quantitativer Bakterienanalysen und mikroskopischer Beurteilung von Biofilmstruktur und bakterieller Verteilung bewertet.

Ergebnisse

Sowohl die Therapie mit Bakteriophagen als auch mit Antiseptika reduzierte die bakterielle Last und das Biofilmvolumen signifikant und zeigten damit relevante antimikrobielle Aktivität unter wundähnlichen Bedingungen, die sich stark von den *In-vitro*- Ergebnissen unterschieden. Die kombinierten Therapien zeigten einen signifikant verstärkten antimikrobiellen Effekt im Vergleich zu den Einzeltherapien.

Zusammenfassung

Bakteriophagen zeigen im kliniknahen *Ex-vivo*-Hautmodell eine spezifische antimikrobielle Aktivität gegen wundassoziiertes *P. aeruginosa*. Da Bakteriophagen gezielt bestimmte bakterielle Pathogene angreifen, können sie breit wirksame Antiseptika sinnvoll ergänzen. Die Ergebnisse zeigen, dass bestimmte Bakteriophagen nicht nur mit milderen Wundspüllösungen, sondern auch mit stark wirksamen Antiseptika kombinierbar sind. Solche synergistischen Ansätze könnten die Behandlung biofilmbelasteter, schwer heilender oder multiresistent infizierter Wunden verbessern.

P 29 Interkingdom-Biofilme in chronischen Wunden: Die Zusammenarbeit von *Candida albicans* und *Staphylococcus aureus* gegen konventionelle Wundantiseptika

M. Dittmer[1], S. C. Liegenfeld[1], N. Krüger[1], M. Geffken[2], C. Schöller[1], A. Delle Coste[3], I. Alio[4], W. R. Streit[4], E. K. Stürmer[1]

[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Translationale Wundforschung, Hamburg, [2]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Transfusionsmedizin, Hamburg, [3]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie, Hamburg, [4]Universität Hamburg, Abteilung für Mikrobiologie und Biotechnologie, Hamburg

Einleitung

Chronische Wunden gehen häufig mit Biofilmen einher, in denen nicht nur bakterielle, sondern auch pilzliche Erreger die Wundheilung beeinträchtigen können. Zu den relevantesten opportunistischen Erregern zählt *Staphylococcus aureus*; zusammen mit *Candida albicans* gehören beide zum Mikrobiom der menschlichen Haut, können aber auch chronische Wunden besiedeln. Es hat sich gezeigt, dass die von diesen Mikroorganismen gebildeten Interkingdom-Biofilme den Krankheitsverlauf im Vergleich zu Infektionen, die durch eine der beiden Arten allein verursacht werden, verschlimmern.

Methoden

Um der begrenzten Anzahl von Studien zur Untersuchung pilzbakterieller Wechselwirkungen in Wundumgebungen entgegenzuwirken, wurden mit *S. aureus* und *C. albicans* beimpfte, leukozytenreiche menschliche Plasma-Biofilm-Modelle (lhBIOM) hergestellt. Die Wirksamkeit der in der klinischen Praxis häufig verwendeten Antiseptika Octenidindihydrochlorid/Phenoxyethanol (OCT/PE) und Polyhexamethylenbiguanid (PHMB) wurde mittels der quantitativen Suspensionsmethode (QSM) untersucht. Darüber hinaus wurden die räumliche Verteilung und die Morphologie der Mikroorganismen innerhalb dieses Biofilm-Modells mittels konfokaler Laserscanning-Mikroskopie (CLSM) analysiert.

Ergebnisse und Diskussion

In dieser Studie löste das Vorhandensein von *S. aureus* im Gegensatz zum Biofilm einer einzigen Spezies eine verstärkte Filamentbildung von *C. albicans* aus. Darüber hinaus erwiesen sich die getesteten antimikrobiellen Wirkstoffe nach wiederholter Anwendung als wirksam gegen *C. albicans* und zeigten eine deutliche Reduktion bei *S. aureus*. Darüber hinaus zeigte die quantitative Analyse der Kokultur ein verstärktes Wachstum von *S. aureus* in der Duo-species-Kontrollkultur im Gegensatz zur Single-species-Kontrolle. Diese Ergebnisse unterstreichen die pathogene Relevanz von Biofilmen, an denen mehrere Organismenarten beteiligt sind, bei chronischen Wunden und betonen die Bedeutung wirksamer, artspezifischer antimikrobieller Behandlungsstrategien.

P 30 Vermeidung einer Amputation durch individualisiertes, unkonventionelles Wundmanagement

S. El Hage

UK Eppendorf, Herz und Gefäßmedizin – Comprehensive Wound Center (CWC), Hamburg

Fallpräsentation

Eine unzureichende Perfusion der unteren Extremität kann zu komplexen, chronischen Wunden führen, besonders wenn Infektionen, Biofilme und freiliegende Strukturen rekonstruktive Optionen einschränken.

Ein 55-jähriger Patient mit pAVK Stadium IV stellte sich zur Zweitmeinung vor, um eine geplante Majoramputation zu vermeiden. Anamnestisch bestanden mehrere gefäßchirurgische Eingriffe, u. a. bei thrombosiertem, femoropoplitealem Bypass, ausgeprägte Ruheschmerzen und eine frische Kompartmentspaltung mit gestörter Wundheilung trotz Kaltplasma-Applikation oder NPWT. Klinisch zeigten sich livide Zehen sowie eine feuchte Nekrose des gesamten Fußrückens. Da die Wunden mit *P. aeruginosa* infiziert waren, Sehnen freilagen und der Unterschenkel kritisch minderperfundiert war, kamen rekonstruktive Verfahren, wie z. B. Spalthaut, nicht infrage.

Therapie

Nach Rekanalisation des Bypasses und bei monophasischen Unterschenkelgefäßen in der Dublex-Sonographie mussten die Wunden unkonventionell lokaltherapiert werden, weil eine tiefe *P. aeruginosa* dem Extremitätenerhalt entgegen stand. Trotz freiliegenden tiefen Gewebes – inklusive der Strecksehnen – wurden beim zunächst täglichen Verbandwechsel ein Iod-haltiges Dressing und/oder Octenisept® eingesetzt. Der Patient führte die Lokaltherapie in enger (web-basierter) Abstimmung mit dem Wundzentrum eigenständig durch. Während der laufenden Behandlung wurde keine Antibiotikatherapie eingeleitet, da der Patient keine systemischen Infektionszeichen zeigte.

Ergebnisse

Nach vier Wochen begann der Patient unter Vollbelastung des linken Beines im Verbandschuh zu laufen; nach vier Monaten konnten die Verbandwechselintervalle vergrößert werden. Eine vollständige Wundheilung wurde nach neun Monaten erreicht.

Schlussfolgerung

Durch die konzertierte Kombination aus Perfusionsoptimierung und individualisiertem Wundmanagement zeigte sich in der neun Monate dauernden Behandlung eine stetige Heilungstendenz, sodass eine Unterschenkel-Amputation vermieden werden konnte. Dieser klinische Fall verdeutlicht, wie komplex chronische Wunden mit freiliegenden, tiefen Gewebestrukturen und persistenter bakterieller Kolonisation sein können und wie entscheidend individualisierte, patientenzentrierte Strategien sind. Der Patient erlangte seine vorbestehende Lebensqualität und sogar seine Arbeitsfähigkeit wieder. Patientenedukation und -information waren in diesem Heilungsprozess die tragenden Säulen.

P 31 Die ersten 100 Tage nach der Entlassung – warum der Erfolg der Wundtherapie nicht allein im Krankenhaus entschieden wird

P. Kühn

Praxis für Podologie, Nastätten

Einleitung

Chronische Fußwunden gehören zu den häufigsten Ursachen vermeidbarer Hospitalisierungen und Majoramputationen. Während Diagnostik und Akuttherapie überwiegend stationär erfolgen, entscheidet sich der langfristige Behandlungserfolg häufig erst nach der Krankenhausentlassung. Veränderungen der Krankenhauslandschaft und eine zunehmende Spezialisierung erfordern belastbare sektorenübergreifende Behandlungspfade, um insbesondere bei Hochrisikopatientinnen und -patienten eine kontinuierliche Versorgung sicherzustellen. Wissenschaftliche Daten zur strukturierten Zusammenarbeit zwischen Gefäßchirurgie und Podologie sind bislang begrenzt.

Ziel

Ziel des Vortrags ist die Darstellung eines sektorenübergreifenden Versorgungspfades zwischen Gefäßchirurgie und Podologie sowie die Analyse von Faktoren, die den Heilungsverlauf in den ersten 100 Tagen nach der Entlassung beeinflussen.

Material und Methoden

Grundlage sind eine strukturierte Literaturrecherche aktueller Leitlinien und PubMed-Publikationen sowie fünf exemplarisch ausgewählte klinische Fallbeispiele aus der gemeinsamen Versorgung des Stiftungsklinikums Mittelrhein, Standort Boppard, und einer spezialisierten podologischen Praxis. Analysiert werden Wundverlauf, scharfes Débridement, Druckentlastung, ambulante Therapieführung, interprofessionelle Kommunikation und indikationsgerechte adjuvante Verfahren einschließlich kaltem atmosphärischem Plasma.

Ergebnisse

Die Literatur bestätigt den Nutzen strukturierter interprofessioneller Behandlungspfade. Die Auswertung der fünf Fallbeispiele verdeutlicht, dass kurze Kommunikationswege, risikoadaptierte Kontrollintervalle und eine kontinuierliche therapeutische Begleitung eine frühzeitige Therapieanpassung ermöglichen. Die enge Zusammenarbeit zwischen Gefäßchirurgie und Podologie unterstützt die Umsetzung ärztlicher Therapieziele und trägt dazu bei, Versorgungslücken im ambulanten Verlauf zu vermeiden.

Zusammenfassung

Der langfristige Erfolg chronischer Fußwunden wird nicht allein durch die stationäre Behandlung bestimmt. Eine strukturierte sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit kontinuierlicher therapeutischer Begleitung kann Versorgungskontinuität stärken und den Heilungsverlauf nachhaltig unterstützen. Das vorgestellte Versorgungskonzept zeigt exemplarisch, wie der koordinierte Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung gelingen kann.

P 32 Wirksamkeitsmessung mittels Wound-QoL zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität in einem spezialisierten pflegerischen Wundcentrum

I. Hoffmann-Tischner, A. Hoffmann

Wundmanagement Köln & Aachen, ambulante Pflege / Wundcentrum, Köln/Aachen

Hintergrund
In spezialisierten pflegerischen Einrichtungen stellt die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) eine Messgröße dar, um die Wirksamkeit einer ganzheitlichen Versorgung über den rein klinischen Wundverschluss hinaus zu bewerten. Ziel war es, die Lebensqualität einer Versorgungspopulation zu Beginn der Behandlung systematisch zu erfassen und zu evaluieren, inwiefern spezialisierte pflegerische Interventionen das Leiden lindern.

Methodik
In einer retrospektiven Längsschnittanalyse wurden Daten von neu aufgenommenen Patient_innen aus dem Zeitraum vom 01.01.2024 bis 31.12.2025 untersucht. Das Durchschnittsalter betrug 68,7 Jahre, das mediane Wundalter bei Aufnahme lag bei 113 Tagen. Die Erfassung der Lebensqualität erfolgte über das validierte Assessment-Instrument Wound-QoL. Hier werden die arithmetischen Mittel aller Antworten der Patient_innen der jeweiligen Subskalen zwischen Startzeitpunkt und dem ersten Quartal verglichen. Die Reduktion der Wundgröße zwischen dem Startzeitpunkt und dem ersten Quartal wurde mittels t-Test für abhängige Stichproben sowie dem Wilcoxon-Test auf statistische Signifikanz geprüft.

Ergebnisse
Im interdimensionalen Vergleich war die psychische Belastung mit einem arithmetischen Mittel von 2,202 am stärksten ausgeprägt und reduzierte sich im Laufe des ersten Quartals auf 1,762. Am zweitstärksten ausgeprägt waren Belastungen durch Einschränkungen im Alltagsleben mit 1,875 zum Aufnahmezeitpunkt und einer Reduktion auf 1,452 im ersten Quartal. Am drittstärksten ausgeprägt waren körperliche Leiden mit einem Startwert von 1,526 und einer Reduktion auf 1,106 im ersten Quartal. Zudem reduzierte sich die mediane Wundgröße im ersten Quartal erheblich von 5,688 auf 2,783 (n = 52).

Schlussfolgerung
Die Ergebnisse zeigen, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein sensibler und notwendiger Indikator zur Evaluation spezialisierter Pflegeleistungen ist. Die Koppelung von klinischen und subjektiven Endpunkten belegt, dass der Wound-QoL im klinischen Alltag nicht nur als Forschungsinstrument, sondern als zentrales Steuerungswerkzeug dient, um die Versorgung individuell an die Bedürfnisse der Patienten anzupassen und die hohe Relevanz spezialisierter ambulanter Wundversorgungsstrukturen nachzuweisen.

P 33 Konzept einer hautsensiblen Wunddokumentation bei unterschiedlichen Hauttönen

N. Tabiou

Spezialisierter Pflegedienst, Wundversorgung, Bergisch Gladbach

Hintergrund
Die Wunddokumentation ist ein wichtiger Bestandteil der Wundversorgung. Sie unterstützt die Beurteilung des Wundverlaufs, die Therapieplanung und die Zusammenarbeit im Behandlungsteam. Die derzeit verwendeten Dokumentationssysteme ermöglichen bereits eine gute und strukturierte Beschreibung von Wunden. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass einzelne Beurteilungskriterien stark auf sichtbare Farbveränderungen wie Rötung, Blässe oder Verfärbung ausgerichtet sind. Diese Zeichen können bei unterschiedlichen Hauttönen verschieden gut erkennbar sein. Dadurch können wichtige Hinweise schwieriger wahrgenommen oder uneinheitlich dokumentiert werden.

Zielsetzung
Ziel ist die Vorstellung eines pflegerischen Konzeptentwurfs, der bestehende Dokumentationssysteme nicht ersetzt, sondern um zusätzliche Beobachtungskriterien ergänzt. Der Ansatz soll Pflegefachpersonen dabei unterstützen, Wunden unabhängig vom Hauttyp genauer und nachvollziehbarer zu beurteilen.

Methode
Der Konzeptentwurf entstand durch eigene fachliche Recherche, die Auswertung von Fachliteratur, Leitlinien und internationalen Empfehlungen sowie durch Erfahrungen aus der spezialisierten Wundversorgung. Dabei wurden Beobachtungskriterien ausgewählt, die nicht ausschließlich von sichtbaren Farbveränderungen abhängig sind und sich in den pflegerischen Alltag integrieren lassen.

Ergebnisse
Der Konzeptentwurf ergänzt die bestehende Wunddokumentation um zusätzliche Beobachtungskriterien. Dazu gehören Temperatur im Seitenvergleich, Hauttextur und Konsistenz, Hautspannung und Ödembildung, Angaben der Patientin bzw. des Patienten zu Schmerz, Brennen oder Druckgefühl sowie Veränderungen der Hautoberfläche wie Glanz, Schwellung oder Feuchtigkeit. Eine einfache Checkliste soll die Anwendung im Team erleichtern und eine einheitlichere Dokumentation unterstützen.

Schlussfolgerung
Die bestehenden Dokumentationssysteme bilden eine wichtige Grundlage für eine gute Wundversorgung. Der vorgestellte Konzeptentwurf versteht sich als ergänzender Beitrag, um wichtige Beobachtungshinweise bei unterschiedlichen Hauttönen bewusster zu berücksichtigen. Damit kann die Wundbeurteilung praxisnah weiterentwickelt und eine gerechtere Versorgung unterstützt werden. Eine praktische Erprobung und weitere fachliche Auswertung sind als nächste Schritte vorgesehen.

P 34 3-Phasenmodell der Eskalation und Chronifizierung von Wunden

C. Hoffmann

Asklepios Klinikum Hamburg-Harburg, WundCentrum, Hamburg

Ziel
Erarbeitung eines vereinfachten Phasenmodells zur frühzeitigen Intervention von chronischen Wunden unter Berücksichtigung der Lebensqualität (Wound-QoL) und im Kontext anhand verschiedener Eskalationsstufen nach Glasl. Erstellung eines dreiphasigen Modells.

Methode
Wir können die Stufen von Glasl analog auf die „Eskalation" einer Wunde bis zur Behandlung beziehen und grafisch sowie tabellarisch abbilden. Das zeigt, wie Verzögerungen in der Wahrnehmung und Behandlung zur Eskalation führen – mit massiven Auswirkungen auf die Lebensqualität (Wound-QoL).

- Phase 1 (Win-Win): Akute Wunde, prinzipiell heilbar. Oft Bagatellisierung → kurze Verzögerung bis Behandlung.
- Phase 2 (Win-Lose): Beginn der Chronifizierung. Fehlversorgung, Konflikte zwischen Patienten, Angehörigen und Behandlern → deutliche Einschränkungen im Alltag.
- Phase 3 (Lose-Lose): Voll entwickelte chronische Wunde. Frustration, Resignation, Schmerzen, soziale Isolation → lange Verzögerung bis spezialisierte Therapie.

Schlussfolgerung
Die Eskalation einer Wunde gleicht der Eskalation nach Glasl: Je länger die Behandlung hinausgezögert wird, desto schwieriger wird die Heilung und desto gravierender sinkt die Lebensqualität (Wound-QoL). Durch die Vereinfachung der drei Phasen lassen sich interdisziplinäre Prozesse neugestalten und steuern; der herkömmliche Blick auf eine Chronifizierung der Wunde ließe sich somit vermeiden, wenn man frühzeitig interveniert und phasengerecht behandelt. Wundversorgung ist Teamwork im wahrsten Sinne des Wortes und sollte so früh wie möglich interdisziplinär erfolgen.

P 35 Kommunikation in der Wundversorgung – „No-Gos" und „Red Flags"

C. Hoffmann

Asklepios Klinikum Hamburg-Harburg, WundCentrum, Hamburg

Ziel
Kommunikation ist ein wesentlicher Bestandteil der professionellen Wundversorgung. Sie beeinflusst Adhärenz, Patientensicherheit und interprofessionelle Zusammenarbeit. Fehlerhafte, stigmatisierende oder unklare Kommunikation kann den Behandlungserfolg erheblich gefährden. Darstellung zentraler „No-Gos" und „Red Flags" in der Kommunikation der Wundversorgung auf Grundlage der Definitionen und Empfehlungen der Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW).

Methode
Analyse der ICW-Begriffsdefinitionen und Kommunikationsempfehlungen sowie Auswertung einschlägiger Fachliteratur zur Lehrer:innen-zentrierten Kommunikation. „No-Gos" umfassen insbesondere stigmatisierende Begriffe, den unreflektierten Einsatz von Fachterminologie im Patientenkontakt sowie widersprüchliche Botschaften im Behandlungsteam. Als „Red Flags" gelten Kommunikationssituationen mit erhöhtem Risiko für Missverständnisse, Adhärenzprobleme oder Vertrauensverlust. Die ICW betont die Bedeutung klarer, wertschätzender und standardisierter Sprache, um Missverständnisse zu vermeiden und die Versorgungsqualität zu sichern.

Schlussfolgerung
Die Reflexion kommunikativer Risiken und die konsequente Anwendung der ICW-Empfehlungen leisten einen entscheidenden Beitrag zur Patientensicherheit und zur Qualität der Wundversorgung. Kommunikation ist somit nicht nur unterstützend, sondern integraler Bestandteil professioneller Praxis und erfordert kontinuierliche Schulung und Sensibilisierung.

P 36 Pflegerisches Wissen zur Prävention und Behandlung eines Dekubitus – formative Evaluation im Rahmen einer Pilotimplementierung

Y. Loose

Klinikum Stuttgart, Stuttgart

Hintergrund
Für eine adäquate Dekubitusprophylaxe und -versorgung benötigen Pflegende entsprechendes Wissen [1, 2]. Das pflegerische Fachwissen am Klinikum Stuttgart wurde bisher nicht erhoben. Im Rahmen einer Pilotimplementierung auf vier Stationen wurden Schulungen im Blended-Learning-Format und eine formative Evaluation mittels einer Vorher-Nachher-Befragung durchgeführt. Ziel war es, zu ermitteln, in welchen Themenkategorien die Pflegenden einen Wissenszuwachs bzw. ein Wissensdefizit aufzeigen.

Methodik
Die Befragung erfolgte mittels des modifizierten deutschsprachigen PUKAT 2.0 [3] und ergänzenden Fragen zur Dekubitusversorgung. Eingeschlossen waren examinierte Pflegende. Ausgeschlossen waren Personen ohne pflegerischen Tätigkeitsbezug, Auszubildende, Pflegehelfer:innen und Bereichsleitungen, die weniger als 50 % in der Pflege tätig sind. Die Datenerhebung erfolgte anonym digital vor und nach den Schulungen.

Ergebnisse
Die Datenerhebung erfolgte über neun Monate. Bei der Vorher-Befragung nahmen 65 von 91 Pflegenden teil. Die Pflegenden zeigen einen gleichmäßigen moderaten Wissensstand in den Themengebieten Ätiologie, Klassifikation, Ernährung und Dekubitusversorgung. Ein etwas höherer Wissensanteil zeigt sich zur Risikoeinschätzung (M = 0,82; SD = 0,27), während die Dekubitusprävention die niedrigste korrekte Antwortrate (M = 0,41; SD = 0,21) aufweist. Bei der Nachher-Befragung nahmen sieben von 94 Personen teil.

Schlussfolgerung
Die Vorher-Erhebung zeigt einen insgesamt moderaten Wissensstand, wobei insbesondere zur Prävention Verbesserungspotenzial identifiziert wurde. Dies unterstreicht den Bedarf gezielter Fortbildungsmaßnahmen. Die Nachher-Erhebung ließ keine belastbare Beurteilung des Wissenszuwaches zu. Es empfehlen sich

regelhafte Folgeerhebungen sowie optimierte Strategien zur Gewinnung von Teilnehmenden, um die Wissensentwicklung und Wirksamkeit der Fortbildungsmaßnahmen beurteilen zu können.

Literatur

1. Wu J et al.: Nurses' knowledge on pressure ulcer prevention: An updated systematic review and meta-analysis based on the Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool. Front Public Health, 2022. 10: 964680.
2. Dalvand S, A Ebadi, RG Gheshlagh: Nurses' knowledge on pressure injury prevention: a systematic review and meta-analysis based on the Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool. Clin Cosmet Investig Dermatol, 2018. 11: 613–620.
3. Bohinc S et al.: Gewebeschäden rechtzeitig erkennen und handeln. ProCare, 2022. 27(5): 16–19.

P 37 AkaP-Reg und PA-Reg – zwei bundesweite, multizentrische Studien zur Entwicklung ausgewählter akademischer Gesundheitsberufe

K. Burgmaier[1], **S. Schönstein**[1], **A. Hofmann**[1], **M. Starke**[2], **C. Rester**[1], **M. Burgmaier**[1]

[1]Technische Hochschule Deggendorf, Fakultät Angewandte Gesundheitswissenschaften, Deggendorf, [2]Technische Hochschule Deggendorf, IT-Zentrum, Deggendorf

Einleitung

Die Akademisierung von Gesundheitsfachberufen gewinnt in Deutschland zunehmend an Bedeutung, insbesondere bei akademischen Pflegefachpersonen und Physician Assistants (PAs). Diese können als potenzielle Antwort auf steigende Versorgungsbedarfe und den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen betrachtet werden. Zudem fehlen aktuell belastbare wissenschaftliche Daten, um den Einfluss auf Versorgungsqualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit systematisch bewerten zu können. Aufgrund dieser Tatsache wurde an der Technischen Hochschule Deggendorf eine Studie initiiert, die eine bundesweite Untersuchung dieser Gesundheitsberufe ermöglichen soll.

Ziele

Das Ziel der Registerstudien ist der Aufbau einer standardisierten Forschungsinfrastruktur und der Evaluation von Tätigkeitsfeldern akademischer Gesundheitsberufe, in der die Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung, Ressourcennutzung und gesundheitsökonomische Aspekte untersucht werden. Zudem soll eine Datengrundlage generiert werden, die einen wissenschaftlich gestützten Überblick über die Berufsfelder der akademischen Pflegefachpersonen und von Physician Assistants liefern soll.

Methoden

Mit Hilfe einer Webplattform wurden zwei longitudinale, multizentrische Registerstudien zum Einsatz von akademisierten Pflegefachpersonen unter dem Akronym „AkaP-Reg" und für Physician Assistants unter dem Akronym „PA-Reg" initiiert. Die Begleitung des Einsatzes im deutschen Gesundheitswesen soll einen Beitrag zur weiteren Implementierung und Weiterentwicklung dieser Gesundheitsberufe in Deutschland leisten.

(Erwartete) Ergebnisse

Durch die bereits begonnenen Forschungsvorhaben wurden Rahmenbedingungen geschaffen, um Erkenntnisse zur Versorgungsqualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen zu gewinnen. In AkaP-Reg waren Ende Juni 2026 bereits 73 Teilnahmen, in PA-Reg bereits über 540 Teilnahmen registriert.

Zusammenfassung

Die longitudinale, multizentrische Erhebung erbringt einen relevanten Beitrag zur Schließung bestehender Forschungslücken und unterstützt damit das Datenfundament für evidenzbasierte Entwicklungen interprofessioneller Versorgung in Deutschland.

Quelle

Burgmaier K. et al.: Implementation of a novel research platform at the Deggendorf Institute of Technology using REDCap to research new academic healthcare professions – the two national registry studies PA-Reg and AkaP-Reg. Bavarian Journal of Applied Sciences 2025, (8). https://doi.org/10.25929/QH1ZXT54

P 38 Zwischen Verantwortung und Unterstützungsbedarf: Pflegende Angehörige in der Versorgung chronischer Wunden

S. Schönstein, **D. Schümann**

Technische Hochschule Deggendorf, Fakultät Angewandte Gesundheitswissenschaften, Deggendorf

Einleitung

Chronische Wunden in Deutschland betreffen nach aktuellen Erhebungen ca. 1 bis 1,2 Millionen Menschen in Deutschland [1]. Zudem bestand im Jahr 2023 bei ca. 5,7 Mio Menschen in Deutschland eine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. Knapp 70 % dieser Personen werden alleinig durch An- beziehungsweise Zugehörige versorgt [2]. Zum Thema der Angehörigenversorgung im Kontext chronischer Wunden liegt derzeit kein konkretes Datenmaterial vor. Internationale Studien zeigen, dass pflegende Angehörige wesentliche Aufgaben in der Wundversorgung und Wundprävention übernehmen und von strukturierten Schulungsangeboten profitieren können. Gleichzeitig werden Wissensdefizite berichtet, und die tatsächliche Einbindung von Angehörigen in die Versorgung chronischer Wunden ist bislang nur unzureichend untersucht. Darüber hinaus liegen kaum Erkenntnisse darüber vor, wie Angehörige die Relevanz entsprechender Bildungsangebote einschätzen [3].

Ziel

Ziel der Studie ist es, die Rolle pflegender Angehöriger in der Prävention und Versorgung chronischer Wunden zu beleuchten sowie die Wahrnehmung und Relevanz von Schulungsangeboten aus Sicht der Betroffenen zu untersuchen.

Methode

Die Untersuchung erfolgt in zwei Phasen. Zunächst wird ein narratives Review der nationalen und internationalen Literatur durchgeführt. Anschließend werden explorative, leitfadengestützte Interviews mit pflegenden Angehörigen durchgeführt.

(Erwartete) Ergebnisse

Die Literatur zeigt, dass Schulungsangebote Wissen, Handlungssicherheit und Versorgungsqualität verbessern können, gleichzeitig jedoch viele Angehörige keine entsprechenden Angebote nutzen oder erhalten. Erfahrungen aus der Vortragsreihe für pflegende Angehörige der Technischen Hochschule Deggendorf deuten darauf hin, dass Themen der Wundprävention und -versorgung trotz ihrer Relevanz nur auf begrenztes Interesse stoßen. Es wird erwartet, dass die Interviews Hinweise auf Ursa-

chen dieser geringen Inanspruchnahme sowie auf die tatsächliche Beteiligung von Angehörigen an der häuslichen Wundversorgung liefern.

Fazit

Die Studie adressiert eine bislang wenig untersuchte Schnittstelle zwischen Wundversorgung und Angehörigenarbeit. Die Ergebnisse können dazu beitragen, zielgruppengerechte Schulungs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige zu entwickeln und deren Rolle in der häuslichen Wundversorgung besser zu verstehen.

Literaturverzeichnis und weiterführende Informationen

https://nextcloud.th-deg.de/s/LtYMzWHtis889oe

P 39 Wundlotse am Fuß – Warum die Podologie eine ungenutzte Ressource für Qualität und Wirtschaftlichkeit ist

P. Kühn

Praxis für Podologie, Nastätten

Einleitung

Chronische Fußwunden gehören zu den größten Herausforderungen der Wundversorgung. Steigende Patientenzahlen, Fachkräftemangel und begrenzte Ressourcen erfordern sektorenübergreifende Versorgungskonzepte mit hoher Qualität und Wirtschaftlichkeit. Im Fokus stehen koordinierende Funktionen wie Wundlotsen. Eine bereits vorhandene Ressource wird dabei bislang nicht konsequent genutzt: die spezialisierte Podologie.

Ziel

Darstellung des Beitrags qualifizierter Podologinnen und Podologen zur interprofessionellen Versorgung chronischer Fußwunden und ihres Potenzials als koordinierende Versorgungspartner.

Methode

Versorgungsanalyse auf Grundlage von mehr als 20 Jahren ambulanter podologischer Tätigkeit in der Behandlung von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom und chronischen Fußwunden unter Berücksichtigung der interdisziplinären Zusammenarbeit und aktueller Versorgungsstrukturen.

Ergebnisse

Podologinnen und Podologen übernehmen seit Jahrzehnten zentrale Aufgaben in Prävention, Risikofrüherkennung, Druckentlastung, lokaler Wundversorgung und im scharfen podologischen Débridement – einer Kompetenz, die Bestandteil der podologischen Ausbildung und staatlichen Prüfung ist. Nur wenige Berufsgruppen begleiten Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom so regelmäßig, langfristig und wohnortnah. Dadurch werden Komplikationen früh erkannt, Behandlungswege koordiniert und notwendige Maßnahmen zeitnah eingeleitet. Eine stärkere Einbindung dieser vorhandenen Kompetenz kann Heilungsverläufe verbessern, Amputationen und kostenintensive Folgekomplikationen reduzieren sowie zu einer effizienteren Nutzung personeller und finanzieller Ressourcen führen.

Schlussfolgerung

Die spezialisierte Podologie ist seit Jahrzehnten ein fester Bestandteil der Versorgung chronischer Fußwunden. Eine stärkere strukturelle Einbindung in interprofessionelle Versorgungskonzepte kann Versorgungsqualität und Patientensicherheit verbessern und durch die Vermeidung vermeidbarer Folgekomplikationen langfristig zu einer wirtschaftlicheren Versorgung und zur Entlastung der Kostenträger beitragen.

P 40 Kosteneffektivität von EDX110 bei der Behandlung schwer heilender diabetischer Fußulzera (DFU) in Deutschland

J. Guest[1], **S. Goh**[2], **D. Baum**[3]

[1]Catalyst Consultants, Poole, Vereinigtes Königreich, [2]Cellitinnen-Krankenhaus St. Petrus, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Wuppertal, [3]Convatec, Advanced Wound Care, München

Einleitung

EDX110 (ConvaNiox) ist ein NO-generierendes Medizinprodukt zur Behandlung schwer heilender diabetischer Fußulzera (DFU) bei Erwachsenen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes. Die Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung für Diabetes in Deutschland werden bis 2040 voraussichtlich 135 Milliarden Euro erreichen. DFU machen einen erheblichen Teil dieser Kosten aus, was vor allem auf Amputationen und Arztbesuche zurückzuführen ist. Kosteneffektive Interventionen, die die Heilung beschleunigen, können diese finanzielle Belastung erheblich senken.

Ziel

Bewertung der potenziellen Kosteneffektivität des Einsatzes von EDX110 zur Behandlung schwer heilender DFU bei Erwachsenen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes in Deutschland aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV).

Materialien und Methoden

Ein Markov-Modell simulierte das Management schwer heilender DFU über einen Zeitraum von 24 Wochen (EDX110 versus Standardversorgung). Das Modell basierte auf den Ergebnissen einer randomisierten kontrollierten Studie und wurde verwendet, um die potenzielle Kosteneffektivität von EDX110 zu Preisen von 2025 zu schätzen.

Ergebnisse

24 Wochen nach Behandlungsbeginn waren die Heilungsraten unter EDX110 um 63 % höher als unter Standardversorgung (49 % vs. 30 %). Diese höhere Heilungsrate war mit einer 37-prozentigen Reduktion der Gesamtkosten für das DFU-Management verbunden, von 4.389 auf 2.770 Euro pro Ulkus (exklusive der Kosten für die EDX110-Anwendungen). Bei einem angenommenen Preis von bis zu 50 Euro pro Verband führen verbesserte Ergebnisse zu niedrigeren Gesamtkosten, sodass mindestens 88 % der Patienten kosteneffektiv behandelt würden. In einer Wundspezialklinik, die jährlich 150 schwer heilende DFUs behandelt, reduziert EDX110 die Arztbesuche um 3.150 (ein Rückgang um 40 %) und den Verbrauch um 4.650 Standardverbände (ein Rückgang um 60 %).

Zusammenfassung

DX110 bietet der GKV in Deutschland eine potenziell kosteneffektive Option für das Management schwer heilender DFU zu einem geschätzten Einkaufspreis von 45 bis 55 Euro pro Verband. Es wird erwartet, dass die Kosten von EDX110 durch seine überlegene klinische Wirksamkeit und die Fähigkeit, die Behandlungsdauer zu verkürzen, vollständig ausgeglichen werden. Durch die Beschleunigung der Heilung in dieser Hochrisi-

kopopulation hat EDX110 das Potenzial, die Entstehung von Infektionen und schweren Komplikationen wie Amputationen zu minimieren.

P 41 Wundversorgung in der interdisziplinären Lehre – digitale Umsetzung zum Thema Ernährung

J. Leuchtenberger[1], **C. Hollard**[2], **C. Erfurt-Berge**[2]

[1]FAU Erlangen-Nürnberg, Erlangen, [2]Hautklinik, Erlangen

Einleitung

Inhalte zur Ernährungsmedizin und Wundversorgung sind im Humanmedizinstudium trotz ihrer präventiven und therapeutischen Relevanz bislang unterrepräsentiert. Vor diesem Hintergrund wurde ein Lernmodul zum Thema Ernährung bei chronischen Wunden entwickelt.

Ziel

Ziel war die Konzeption einer interaktiven, strukturierten Online-Lerneinheit, die Studierenden einen Überblick über wesentliche Aspekte der Ernährung bei Patienten mit chronischen Wunden vermittelt. Nach Bearbeitung können sie die Relevanz einer adäquaten Ernährung für die Wundheilung erläutern, Mangelernährung erkennen, Patienten bedarfsgerecht beraten, sowie Empfehlungen zur Gewichtsreduktion und Mobilitätsförderung geben.

Materialien und Methoden

Es erfolgte eine umfassende Literaturrecherche zum Thema Ernährung bei chronischen Wunden. Auf dieser Basis wurden ein Inhaltsverzeichnis sowie die fachlichen Inhalte der Lerneinheit erarbeitet. Zudem wurden Konzepte der Online-Lehre, hybrider Didaktik und testbasierten Lernens berücksichtigt, um die didaktische Struktur und methodische Umsetzung adäquat zu gestalten. Curriculare Empfehlungen aus der Literatur zu Lernzielen im Bereich Ernährung und Wundversorgung wurden einbezogen.

Ergebnisse

Als zentrale Inhalte wurden die Diagnostik von Mangelernährung, die Bedeutung von Makro- und Mikronährstoffen, Besonderheiten im höheren Lebensalter sowie der Umgang mit Mobilitätseinschränkungen identifiziert. Die Umsetzung in verschiedene didaktische Elemente erfolgte mithilfe der Software H5P in Form digitaler Karteikarten, vertonter Folien, Drag-and-Drop-Aufgaben und Multiple-Choice-Fragen. Ein darauffolgendes interaktives Fallbeispiel dient der Wissensüberprüfung und -festigung. Die abschließende Evaluation sowie ein Self-Assessment ermöglichen Feedback und Selbsteinschätzung. In einer Pilotphase wird das Modul auf Verständlichkeit und Anwendbarkeit evaluiert und anschließend curricular integriert.

Zusammenfassung

Das entwickelte Online-Lehrmodul vermittelt grundlegende Kenntnisse zur ernährungsmedizinischen Betreuung von Patienten mit chronischen Wunden und fördert deren Anwendung in klinischen Situationen. Es adressiert eine bislang unterrepräsentierte Thematik im Medizinstudium und stärkt entsprechende Kompetenzen. Durch den modularen, digitalen Aufbau ist es wiederverwendbar und auch in anderen medizinischen Bereichen einsetzbar sowie als offene Bildungsressource weiterentwickelbar.

Lesen, zuhören, fragen –
HYGIENE & MEDIZIN neu erleben

Jetzt mit Vorlesefunktion, Artikelfeed und Wissens-Chat
» Exklusiv für Ihr Digital-Abo



Einfach QR-Code scannen und
HYGIENE_digital auf dem Smartphone testen.

oder auf www.hygienedigital.mhp-medien.de im Onlinebrowser.

Hinweise für Autorinnen und Autoren

Diese Hinweise basieren auf den „Uniform Requirements" des International Committee of Medical Journal Editors. Sie finden die detaillierten Richtlinien unter **www.icmje.org**

Einreichen des Manuskriptes

Das Manuskript sollte in elektronischer Form (Text als Word- und PDF-Datei; Abbildungen in druckfähiger Form im eps-, tif- oder jpg-Format mit einer Auflösung von 300 dpi) unter folgender E-Mail-Adresse an die Redaktion WUNDmanagement eingereicht werden:

wm@mhp-medien.de

Mit der Einreichung versichern die Autorinnen und Autoren, dass ihr Beitrag bisher weder publiziert noch an anderer Stelle zur Publikation eingereicht wurde.

Ferner bestätigt der/die korrespondierende Autor/in, dass alle genannten Autoren/innen an der Arbeit beteiligt waren und mit der vorliegenden Version sowie mit der Veröffentlichung in WUNDmanagement einverstanden sind. Nach Eingang des Manuskripts erhält der/die korrespondierende Autor/in eine Eingangsbestätigung.

Peer-Review-Verfahren

Die Entscheidung, ob ein Beitrag zur Publikation angenommen, abgelehnt oder zur Überarbeitung an den/die Autor/in zurückgeschickt wird, erfolgt im anonymisierten Peer-Review-Verfahren. Bei konträren Gutachten wird ein/e weitere/r Gutachter/in in das Peer-Review-Verfahren einbezogen.

Publikationen in WUNDmanagement

Das Recht der redaktionellen Bearbeitung und der typographischen Gestaltung ist dem Verlag vorbehalten. Vor Drucklegung erhält der/die Autor/in Korrekturabzüge zur Imprimatur, die auf Druck- und sachliche Fehler zu kontrollieren sind. Der/Die Autor/in sendet den für druckreif erklärten Abzug fristgerecht an den Verlag zurück. Wird die dafür von der Redaktion angegebene Frist nicht eingehalten, behält sich der Verlag eine Zurückstellung vor. Von Original-, Übersichtsarbeiten oder Beiträgen aus der Praxis erhält der/die korrespondierende Autor/in kostenlos eine PDF-Datei zur persönlichen Verwendung.

Definitionen

Originalarbeiten

sind experimentelle oder epidemiologische Untersuchungen zur Beantwortung einer wissenschaftlichen Fragestellung. Sie sind gegliedert in Einleitung, Methode, Ergebnisse und Diskussion.

Übersichtsarbeiten

enthalten eine Zusammenfassung der aktuellen Literatur zu einem bestimmten Thema und geben dem Leser einen ausführlichen Überblick über den derzeitigen Status quo in der Wissenschaft. In einer Einleitung wird das Thema der Arbeit dargestellt.

Aus der Praxis

Beiträge aus der Praxis enthalten Falldarstellungen, Erfahrungsberichte oder praxisbezogene Untersuchungen, die nicht den Umfang und das Design einer Originalarbeit haben. In der Einleitung werden Hintergrund oder Anlass des Beitrages dargestellt. Methoden und Ergebnisse können zusammengefasst dargestellt werden. In der Diskussion werden die aus den Beobachtungen gezogenen Konsequenzen diskutiert und ggf. mit einigen Literaturstellen belegt.

Was Sie beim Erstellen des Manuskriptes beachten sollten

Beim Einreichen des Manuskriptes soll die folgende Reihenfolge eingehalten werden: Titelseite, Text, Literatur, Tabellen, Abbildungen, Legenden.

- Die **Länge des Manuskripts** sollte einen Umfang von 6.000 Wörter nicht überschreiten (enthält Zusammenfassung in Deutsch und Englisch, Text, Danksagung und Literatur).
- Die **Titelseite** enthält den Titel in deutscher und englischer Sprache (bis 150 Zeichen) , die Namen und Titel aller Autoren/innen sowie die Namen und vollständigen Adressen des Instituts bzw. der Abteilung, in dem die Arbeit angefertigt wurde. Der/Die korrespondierende Autor/in sollte eindeutig gekennzeichnet sowie dessen Fax-Nummer und E-Mail-Adresse angegeben werden. Die Schlüsselwörter (3–5) sollten in deutscher und englischer Sprache angegeben werden.
- Die **Zusammenfassung** in deutscher und englischer Sprache sollte jeweils nicht mehr als 250 Wörter umfassen. Zur besseren Übersicht solte bei Originalarbeiten die Zusammenfassung in Einleitung, Methodik, Ergebnisse sowie Schlussfolgerung gegliedert sein.
- Zur besseren Gliederung des Textes sollten **Zwischenüberschriften** verwendet werden
- WUNDmanagement veröffentlicht bei allen Artikeln der Rubriken „Originalarbeit, Übersicht, Praxis" eine Erklärung zu einem möglichen **Interessenkonflikt**. Die Angabe möglicher Interessenkonflikte dient der besseren Transparenz für die Redaktion und vor allem für die Leser. Selbstverständlich spricht ein möglicher Interessenkonflikt allein in der Regel nicht gegen die wissenschaftlichen Aussagen eines Manuskriptes.
- Eine **schriftliche Einverständniserklärung** der Patienten für die Teilnahme an einer Studie muss vorliegen.
- Eine **Erklärung über die Einhaltung der Menschen- sowie Tierrechte** bei der Durchführung einer Studie muss vorliegen.
- **Tabellen** müssen mit einem aussagekräftigen Titel versehen und mit arabischen Ziffern nummeriert sein (Tabelle 1, 2, 3 etc.), wobei die Nummerierung in der Reihenfolge ihrer Erwähnung im Text erfolgt. Gegebenenfalls notwendige Erklärungen können in Fußnoten angegeben werden.
- Die **Abbildungen** sollen in druckfähiger Form im eps-, tif- oder jpg-Format mit einer Auflösung von 300 dpi eingereicht werden. Sie werden mit arabischen Ziffern nummeriert (Abbildung 1, 2, 3 etc.), wobei die Num-

mhp GmbH Wiesbaden 2024. Alle Rechte vorbehalten. Nur zur privaten Nutzung

merierung in der Reihenfolge ihrer Erwähnung im Text erfolgt. Für jede Abbildung wird eine kurze Legende benötigt. Bitte beachten Sie: Es ist Aufgabe der Autorin bzw. des Autors, die Nachdruckerlaubnis für Tabellen und Abbildungen usw. aus anderen Publikationen oder nicht publizierten Quellen zu beschaffen.

– **Rechtschreibung und Abkürzungen** nach Duden, SI und DIN; Art- und Gattungsnamen von Organismen sollen kursiv geschrieben werden.

Zitierweise allgemein

Die **zitierten Publikationen** werden numerisch entsprechend der Reihenfolge ihrer ersten Erwähnung im Text aufgelistet und im Text als arabische Ziffern in eckigen Klammern gekennzeichnet (... wurde beobachtet [1]...). Die Referenzen in Abbildungen und Tabellen werden entsprechend ihrer Nennung im Text nummeriert. Alle Referenzen werden am Ende des Artikels in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet. Es darf nur Literatur zitiert werden, die in direktem Zusammenhang mit der Publikation steht. Im Literaturverzeichnis dürfen nur wissenschaftliche Publikationen aufgeführt werden, die bereits veröffentlicht wurden oder zur Veröffentlichung angenommen, aber noch nicht gedruckt wurden (Verweis: im Druck).

Bei sechs oder weniger Autoren/innen werden alle Namen angegeben; bei sieben und mehr Autoren/innen werden nur die ersten drei angegeben und et al. hinzugefügt. Die Autorinnen und Autoren garantieren für die Richtigkeit der Literatur, für die korrekte Nennung der Referenzen sowie für die Übereinstimmung der im Text angegebenen Referenzen mit den in der Literaturliste angegebenen Literaturhinweisen.

Zitierweise von Journals

1. Armstrong DG, Lavery LA, Diabetic Foot Study Consortium: Negative pressure wound therapy after partial diabetic foot amputation: a multicentre, randomised controlled trial. Lancet 2005; 366 (9498): 1704–1710.

Die Titel der Journals werden nach dem Index Medicus abgekürzt.

Zitierweise von Büchern

1. Washington JA, Barry AL. Dilution test procedures. In: Lennette EH, Spaulding EH, Truant JP, Eds. Manual of Clinical Microbiology, 2nd edn. Washington, DC: American Society for Microbiology 1979; 410–417.

Originalität und Copyright

Mit der Annahme zur Publikation erhält der Verlag das ausschließliche Nutzungsrecht zur Vervielfältigung und Verbreitung. Jedoch dürfen Urheber/-innen bzw. Autorinnen und Autoren die Artikel nach Ablauf eines Jahres seit Erscheinen für eigene Online-Publikation nutzen (§ 38, Abs. 1 Urheberrecht).

Weitere Informationen

Weitere Informationen zu Standards bei der Planung und Veröffentlichung von Studien finden Sie im Netz z. B. unter:

- CONSORT 2010: http://www.consort-statement.org/Media/Default/Downloads/Translations/German_de/CONSORT%20Statement%20German%202011.pdf
- STROBE: https://www.strobe-statement.org/index.php?id=strobe-home
- THE SQUIRE: http://squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&PageID=471
- CARE: http://www.care-statement.org/

Geschlechtergerechte Sprache

In unseren Fachtexten wird eine geschlechtergerechte Sprache begrüßt, die korrekte Rechtschreibung muss jedoch gewährleistet sein. Wortkonstruktionen mit Sternchen, Doppelpunkt, Unterstrich oder Binnen-I werden daher nicht verwendet. Autorinnen und Autoren empfehlen wir folgende alternative Möglichkeiten:

- Verwenden Sie geschlechtsneutrale Bezeichnungen wie „Ärzteschaft“, „Fachkräfte“ oder „Therapierende“.
- Verwenden Sie beide Geschlechtsformen, z. B. „Ärztinnen und Ärzte“. (Wenn solche Wortpaare sehr häufig vorkommen in einem Text, verwenden wir der besseren Lesbarkeit wegen das generische Maskulinum).
- Verwenden Sie die Doppelnennung mit Trennstrich, wenn die männliche Form auf „er“ endet, z. B. in Begriffen wie „Mitarbeiter/-innen“.

eRef und Ebsco CINAHL

Der mhp Verlag hat mit dem Georg Thieme-Verlag eine Vereinbarung über die Aufnahme der Heftinhalte in das elektronische Referenzsystem eRef getroffen. Dadurch sind die Inhalte der WUNDmanagement für eine weiteren Leserkreis online verfügbar und können vereinfacht im Internet aufgefunden werden.

WUNDmanagement ist außerdem in der Datenbank Ebsco CINAHL gelistet.

Nutzung von künstlicher Intelligenz (KI)

Wenn bei der Erstellung von Inhalten KI genutzt wurde (z.B. bei der Gliederung, der Formulierung oder sprachlichen Bearbeitung), ist dies bei der Einreichung anzugeben. Solche Inhalte werden in den Zeitschriften des mhp-Verlags aus Transparenzgründen mit einem Hinweis veröffentlicht. Dieser kann am Ende des Textes oder in einer Fußnote stehen. Bei der Nutzung einer KI-gestützten Software kann ein geeigneter Text für den Hinweis z. B. lauten: „Die Erstellung des Artikels erfolgte mit der Unterstützung durch XXX“, wobei XXX durch den Namen der verwendeten Software (z.B. ChatGPT) zu ersetzen ist. Die Verantwortung für Inhalt und Aussagekraft der Artikel liegt vollständig bei den Autorinnen und Autoren.

Haben Sie Fragen?

Bei Fragen können Sie sich gerne an die Redaktion wenden:

Dr. Barbara Springer
Tel.: +49 (0)611 50593-35, mobil: +49 (0)160 4370271
E-Mail: wm@mhp-medien.de

mhp GmbH Wiesbaden 2024. Alle Rechte vorbehalten. Nur zur privaten Nutzung

Messen | Kongresse | Symposien 2026 / 2027

Datum	Ort	Veranstaltung & Informationen
03.–04.12.2026	Nürnberg	**09. Nürnberger Wundkongress** www.wund-kongress.de
21.01.2027	Weißenfels	**Fachkongress der FgSKW** E-Mail: an.boerner@asklepios.com
02.–03.02.2027	Hannover	**Messe ProCare** www.pro-care-hannover.de
09.02.2027	Basel (CH)	**Basler Dekubitus- und Wundseminar** www.unispital-basel.ch
03.03.2027	Kiel	**Symposium des Wundnetz Kiel e. V.** www.wundnetz-kiel.de
05.–06.03.2027	Dortmund	**Wundforum Dortmund** E-Mail: Andrea.kroemer@klinikumdo.de
06.03.2027	Berlin	**13. Wundtag des Wundnetz Berlin-Brandenburg** www.wundtag-bb.de
13.03.2027	Friedrichshafen	**15. Wundsymposium Wundnetz Oberschwaben e. V.** www.ga-gesundheitsakademie.de
17.03.2027	Boppard	**7. Wundsymposium Mittelrhein** www.institutschwarzkopf.de/wundsymposium-mittelrhein
20.–22.04.2027	Nürnberg	**ALTENPFLEGE wird care:xpo** www.care-xpo.de
21.04.2027	Luzern (CH)	**21. Luzerner Wundtag 2027** www.luks.ch/veranstaltungen/21-luzerner-wundtag-2027
12.–14.05.2027	Bremen	**DEWU Deutscher Wundkongress / Bremer Pflegekongress** www.deutscher-wundkongress.de
27.–28.05.2027	Helsinki (FI)	**37th conference EWMA 2027** www.ewma.org
16.06.2027	Kassel	**Wundkongress Kassel** www.wundnetz-nordhessen.de
21.–22.06.2027	Freiburg	**5. WundDACH Dreiländerkongress** www.wunddach-kongress.org
07.09.2027	Leipzig	**12. Leipziger Wundtag** www.medcare-leipzig.de/leipzigerwundtag
08.–09.09.2027	Wien (A)	**Pflegekongress Wien** www.wdm.at
21.–22.09.2027	Veitshöchheim	**18. HWX-/ICW-Süd-Kongress** www.hwx-kongress.de
23.09.2027	Zürich (CH)	**SAfW-Symposium 2027** www.safw.ch
29.09.–01.10.2027	Porto (PT)	**EPUAP 2027** www.epuap2027.org

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 2025

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

Editorial Board
Prof. Dr. med. Matthias Augustin, Hamburg
Zeyneb Babadagi, Duisburg
Thomas Bonkowski, Regensburg
Susanne Danzer, Stuttgart
Dr. med. Holger Diener, Hamburg
Prof. Dr. Joachim Dissemond, Essen
Leah Dörr, Bonn
Prof. Dr. Jörg Elsner, Hamburg
Prof. Dr. Cornelia Erfurt-Berge, Erlangen
Madeleine Gerber, Bergisch Gladbach
Dr. med. Dirk Hochlenert, Köln
Inga Hoffmann-Tischner, Köln
Sibylle Hubert, Stuttgart
Oliver Kapferer, Innsbruck (A)
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, Heitersheim (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
Dr. med. Iris Maria Schumacher, Korbach
Claudia Schwarzkopf, Aura
PD Dr. med. Andreas Schwarzkopf, Aura
Prof. Dr. Martin Storck, Karlsruhe
Prof. Dr. Ewa Stürmer, Hamburg
Barbara Temme, Berlin
Doris von Siebenthal, MSc, Baden (CH)
Klaus Zobel, Bielefeld

Layout
Gute Botschafter GmbH, 45721 Haltern am See

Druck
Laub KG, 74834 Elztal-Dallau

Erscheinungsweise
zweimonatlich

Jahresabonnement
Printversion: € 87,20
Digital-Abo: € 87,20
Kombination Print + Digital-Abo: € 112,30
Einzelheft: € 19,80, inkl. MwSt.
Alle Preise zzgl. Versandkosten.

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

Organ
Die Zeitschrift WUNDmanagement ist das offizielle Mitteilungsorgan folgender Fachgesellschaften:
- Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW)
- Österreichische Gesellschaft für Wundbehandlung (AWA)
- Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung (SAfW)
- Wundnetz Kiel e. V.
- Wundzentrum Hamburg e. V.
- Wundzentrum Nord e. V.
- Wundnetz Rheinland-Pfalz e. V.
  Deutscher Wundrat e. V.
- Deutsch-Österreichisch-Schweizerische 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 kürzen.

Letzte Änderung: November 2026

© mhp Verlag GmbH, 2026
ISSN 2570-1207

www.wund-online.de

WUND LETTER

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

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

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



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

URGO
MEDICAL
Healing people



UNSERE MISSION:
FÜR JEDE WUNDE EINE INNOVATIVE LÖSUNG.



Besuchen Sie uns am
WUKO STAND NR. 53

Alle Infos zum URGO Symposium und Workshop

www.urgo.de