

# WUNDE MANAGEMENT

## Kongress- und Abstractband

07. Nürnberger Wundkongress  
5.-6. Dezember 2024  
MEISTERSINGERHALLE NÜRNBERG

[www.wund-kongress.de](http://www.wund-kongress.de)



# Hier lernen unsere Teilnehmer



# Hier lehren unsere Dozenten



Pflegefachkräfte, medizinische Fachangestellte, Heilpraktiker, Podologen u.v.a.



Kostenfreier Kennenlerntermin:  
13.12.2024 um 13:00 Uhr  
Infos und Anmeldung unter  
[www.dimw.expert](http://www.dimw.expert)

**DIMW**<sup>®</sup>  
Deutsches Institut  
für modernes Wundmanagement

# Inhalt

## Grußwort

Grußwort des Kongresspräsidenten .....	5
--	---

## Kongressinformationen

Kongressorganisation .....	4
Wichtige Informationen im Überblick .....	6
Kooperierende Fachgesellschaften und Verbände .....	8
Personenverzeichnis (eingeladene Referierende, Abstract-Autorinnen und -Autoren, Vorsitzende, Workshop- und Seminarleiter/-innen) .....	9
Hauptsponsoren .....	10
Ausstellerverzeichnis .....	12
Gebäudeplan mit Fachmesse .....	13

## Programminformationen

Programmübersichten .....	14
Programm Donnerstag, 5. Dezember 2024 .....	16
Programm Freitag, 6. Dezember 2024 .....	27
Industrie-Sessions Donnerstag, 5. Dezember 2024 .....	38
Industrie-Sessions Freitag, 6. Dezember 2024 .....	40

## Abstracts (Reihenfolge wie in Programmübersicht)

Abstracts der wissenschaftlichen Vorträge .....	44
Poster-Abstracts .....	59
Impressum .....	U3

## Kongressorganisation

### **Eine Veranstaltung unter den Schirmherrschaften**

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

### **Wissenschaftliche Leitung**

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

Prof. Dr. med. Andreas Maier-Hasselmann  
Klinik für Gefäßchirurgie, vaskuläre und  
endovaskuläre Chirurgie, München Klinik  
Bogenhausen

### **Wissenschaftliches Komitee**

Prof. Dr. Dr. Volker Alt (Regensburg)  
Univ.-Prof. Dr. Hermann Josef Bail (Nürnberg)  
Prof. Dr. h. c. Christel Bienstein (Recklinghausen)  
Thomas Bonkowski (Regensburg)  
Gudrun Deutsche-Coerper (Nürnberg)  
Dr. Holger Diener (Hamburg)  
Prof. Dr. Joachim Dissemond (Essen)  
Dr. Michael Eckhard (Gießen)  
PD Dr. habil. Cornelia Erfurt-Berge (Erlangen)  
Univ.-Prof. Dr. univ. Markus Gosch (Nürnberg)  
Dr. Arthur Grünerbel (München)  
Oliver Gültig (Aschaffenburg)  
Dr. Thomas Karl (Bad Friedrichshall)  
Prof. Dr. med. Marcus Lehnhardt (Bochum)

Prof. Dr. Ulrich Kneser (Ludwigshafen)  
Prof. Dr. Michael Lell (Nürnberg)  
Prof. Dr. Ralf Lobmann (Stuttgart)  
Claas Lüdemann (Brixen/IT)  
Prof. Dr. Andreas Maier-Hasselmann (München)  
PD Dr. Thomas Noppeney (Nürnberg)  
Dr. Eva-Maria Panfil (Basel/CH)  
Tatjana Pfersich (Reutlingen)  
Prof. Dr. Sebastian Probst (Genf/CH)  
Univ.-Prof. Dr. med. Bert Reichert (Nürnberg)  
Claudia Schatz (München)  
Prof. Dr. Erwin S. Schultz (Nürnberg)  
Prof. Dr. Martin Storck (Karlsruhe)  
Prof. Dr. Ewa K. Stürmer (Hamburg)  
Klaus Zobel (Gütersloh)

### **Tagungsort**

Meistersingerhalle Nürnberg, Großer Saal  
SchultheiBallee 2-4  
90478 Nürnberg

### **Tagungsorganisation / Veranstalter**

Conventus Congressmanagement &  
Marketing GmbH  
E-Mail: [wuko@conventus.de](mailto:wuko@conventus.de)  
Internet: [www.wund-kongress.de](http://www.wund-kongress.de)

### **Projektleitung**

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

### **Referentenbetreuung**

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

### **Fachausstellung**

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



Univ. Prof. Dr. med.  
univ. Markus Gosch,  
Kongresspräsident

## Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich begrüße Sie herzlich zum 07. Nürnberger Wundkongress vom 5. bis 6. Dezember 2024 unter dem Motto „**Wundbehandlung jetzt und zukünftig - innovativ und vernetzt**“. Wundheilungsstörungen sind ein großes Problem in unserer Gesellschaft. Sie betreffen Menschen jeden Alters und können erhebliche gesundheitliche und soziale Folgen haben.

Neue Therapieverfahren und Technologien ermöglichen es, Wunden schneller und effektiver zu heilen und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern.

Dieser Kongress bietet Ihnen die Möglichkeit, sich über neueste Entwicklungen zu informieren und sich mit anderen Fachkräften aus dem Bereich der Wundbehandlung auszutauschen. Vernetzung ist außerdem ein weiterer wichtiger Aspekt der Wundbehandlung. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten und anderen Fachkräften ist essenziell, um eine optimale Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

Ich bin überzeugt, dass Sie von diesem Kongress profitieren und neue Impulse für Ihre Arbeit mitnehmen können.

Ich freue mich auf Sie und verbleibe mit freundlichen Grüßen,

Ihr

**Univ. Prof. Dr. med. univ. Markus Gosch**  
Kongresspräsident

# Wichtige Informationen im Überblick

## ANMELDUNG ZUM KONGRESS

Sie können sich online registrieren unter:  
[www.wund-kongress.de/registrierung-1](http://www.wund-kongress.de/registrierung-1)

## AGB - ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen entnehmen Sie bitte der Tagungshomepage [www.wund-kongress.de](http://www.wund-kongress.de).

## BEGLEICHUNG DER GEBÜHREN / ZAHLUNGSBESTÄTIGUNG

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

## NAMENSSCHILD

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

## HOTELRESERVIERUNG/UNTERKUNFT

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

## ADRESSE

Meistersingerhalle Nürnberg, Großer Saal  
Schultheißallee 2-4  
90478 Nürnberg

## PARKEN

Direkt an der Meistersingerhalle stehen Ihnen 850 Parkplätze zur Verfügung.

## KURSPROGRAMM

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

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

## PAUSENVERPFLEGUNG

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

## Lunchboxen für Sie!

Weiterhin finden während der Mittagszeit am Donnerstag, 05.12.2024, 12:00-13:30 Uhr und am Freitag, 06.12.2024, 12:30-14:00 Uhr, Lunchsymposien (mit Mittagsverpflegung) statt, wozu Sie herzlich eingeladen sind. Weitere Informationen zu den Lunchsymposien entnehmen Sie bitte ab Seite 38.

## ÖFFNUNGSZEITEN

	Do., 05.12.2024	Fr., 06.12.2024
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: „WUKO2024“
- Passwort: WUKO2024

**ZERTIFIZIERUNG UND FORTBILDUNGSPUNKTE**

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

6 Fortbildungspunkte pro Tag (Rezertifizierungsnummer: 0089-DGfE-B-2024)

Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V. (FgSKW)  
6 Fortbildungspunkte pro Tag  
(Veranstaltungsnummer: 224112)

Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW)

10 Fortbildungspunkte  
05.12.2024: 4 Punkte (Registrierungsnummer 2024-R-1126)  
06.12.2024: 5 Punkte (Registrierungsnummer 2024-R-1127)

Bayerische Landesärztekammer

12 Fortbildungspunkte  
05.12.2024 Vormittag: 3 Punkte  
05.12.2024 Nachmittag: 3 Punkte  
06.12.2024 Vormittag: 3 Punkte  
06.12.2024 Nachmittag: 3 Punkte

RbP – Registrierung beruflich Pflegender GmbH

10 Punkte für 2 Tage (Kursnummer: 20090758240005)

Verband Deutscher Podologen e. V.

05.12.2024: 6 Punkte (2 Punkte pro podologischer Sitzung)  
06.12.2024: 6 Punkte (2 Punkte pro podologischer Sitzung)

Akademie-ZWM AG Schweiz und die Akademie-ZWM GmbH Österreich (Akademie für Zertifiziertes WundManagement) für ausgebildete Teilnehmer:innen (WM®/WDA®/ZWM®/AZWM®)

8 Bildungspunkte pro Tag  
Reichen Sie mit Ihrer Teilnahmebescheinigung ein Programmheft ein. Beides erhalten Sie auf dem Kongress.

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

12 Fortbildungspunkte  
05.12.2024: 6 Punkte  
06.12.2024: 6 Punkte  
(Zertifizierungsnummer: ZNR20230406)

Deutsches Institut für modernes Wundmanagement (DIMW)  
4 Fortbildungspunkte pro Tag

SWISS PLASTIC SURGERY

12 CME-Credits für 2 Tage

**TEILNAHMEBESCHEINIGUNG**

Die Teilnahmebescheinigung erhalten Sie im Nachgang per E-Mail, 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.**

Was hier drin  
steht, das wirkt

Neue Liste  
2023



Alle VAH-zertifizierten  
Desinfektionsmittel von A bis Z.



Verband für Angewandte Hygiene e.V.  
**Desinfektionsmittel-Liste des VAH**  
DIN A4, Softcover  
ISBN 978-3-88681-186-1 (Buch)  
eISBN 978-3-88681-187-8 (eBook)  
53,80 €

**JETZT BESTELLEN**  
auf [www.mhp-medien.de](http://www.mhp-medien.de)  
oder QR-Code scannen:



# 07. NÜRNBERGER Wundkongress



© Altsara Zlich / Fotolia

## KOOPERIERENDE FACHGESELLSCHAFTEN UND VERBÄNDE



Akademie Klinikum Nürnberg

Austrian Wound Association | Österreichische Gesellschaft für Wundbehandlung (AWA)

Bayerische Pflegeakademie

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

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

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

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

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

Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin e. V. (DGV)

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

Deutscher Wundrat e. V. (DWR)

Deutsches Institut für modernes Wundmanagement GmbH (DIMW)

European Wound Management Association (EWMA)

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

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

Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW)

Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung (SAfW)

Verband Deutscher Podologen e. V. (VDP)

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

# Personenverzeichnis

Name	Seite	Name	Seite	Name	Seite	Name	Seite	Name	Seite
<b>A</b>		<b>G</b>		König, Oliver	41	<b>P</b>		Steinmann, Jörg	19, 29
Abu Rached, Nessr	24, 62	Geismar, Olivia	27, 52	Krähenbühl, Lukas	29, 63,	Pantel, Johannes	31	Stöbe, Tankred	32
Adamovic, Ivan	29, 63	Gierschner, Lars	30, 66	Krefting, Frederik	35, 64	Parizova, Spasija	24, 30, 62, 65	Storck, Martin	4, 17, 27,
Adamus, Ralf	20	Göbel, Vanessa	19, 51	Krieter, Manuel	20, 27, 34	Pfersich, Tatjana	4, 28,	Stratmann, Bernd	31, 36, 42
Amann, Berthold	37	Gosch, Markus	4, 5, 16, 19,	Krimphove, Sebastian Heinrich	29, 64	Pfersich, Volker	28	.....	24, 30,
Arbi, Abdulwahab	24, 30,	Gränzer, Anna-Lena	19, 51, 52	.....	29, 64	Phillips, Patrick	27	.....	62, 65
.....	62, 65	Groeber-Becker, Florian	30, 56	Kuberka-Wiese, Christine	18,	Pohl, Heidi	30	Stubenvoll, Roland	27
Aung, Thiha	19, 51, 52	Groll, Barbara	27	.....	28, 49	Pommer, Alette	26	Stücker, Markus	24, 62
<b>B</b>		Groneberg, Dieter	30, 56	Kühn, Penelope	28	Pötschke, Julian	20	Stürmer, Ewa Klara	4, 16, 22,
Bach, Doris	16	Grünerbel, Arthur	4, 16, 18,	Kulzer, Bernhard	16, 18,	Prennig, Thorsten	42	.....	25, 30, 36, 39
Bail, Hermann-Josef	4, 19	.....	20, 32, 38, 44, 48	.....	44, 48	Probst, Astrid	65	<b>T</b>	
Bauernfeind, Lydia	22, 60	Gündogdu, Cosku	30, 66	Kurow, Olga	16, 46	Probst, Sebastian	4, 25, 34	Taylor, Cristin	34, 57
Bauernschmitt, Robert	38	<b>H</b>		Kurz, Peter	21	Püski, Tamas	18, 49	Teubner, Katja	22, 31
Baum, Daniel	39	Habild, Götz	24, 60	<b>L</b>		<b>Q</b>		Thienel, Florian	17, 24
Becher, Klaus Friedrich	17, 36	Haertel, Angela	37	Laag, Sonja	25, 30	Queisser, Stefanie	18, 49	Tidow, Ute	16, 44
Benson, Sven	29, 64	Hanson, Beate	34, 57	Ladyschenskij, Leonid	19, 50	<b>R</b>		Tigla, Alexandru	27, 43, 53
Beraldo, Stefania	34, 57	Hartmann, Bernd	17, 20	Lahmann, Nils	30	Ramos, Christos	29, 64	Töpel, Ingolf	19
Berns, Maresa	18, 49	Hauer, Michael	20	Lang-Marek, Petra	29, 32	Rassweiler, Jens	17, 46	Tromp, Timo	30, 66
Bienert, Michaela	27	Heckel, Carina	18	Langer, Stefan	35, 46, 57, 58	Reer, Rüdiger	38	Tschöpe, Diethelm	30, 65
Billner, Moritz	18, 24,	Hecker, Andrzej	20	Lawall, Holger	16, 18, 44, 48	Reinboldt-Jockenhöfer, Finja	38	<b>U</b>	
.....	49, 60	Heilberger, Julika	16, 17,	Lee-Barkey, Young Hee	24,	Rembe, Julian-Dario	17, 25,	Uebermuth, Deborah	17, 46
Bonkowski, Thomas	4, 22, 30	.....	45, 47	.....	30, 62, 65	.....	27, 31, 36	Uhlmann, Tina	17, 19, 47, 51
Breidung, David	24, 60	Heilfort, Marc	38, 42	Legemann, Leo	24	Rennekampff, Hans-Oliver	25	<b>V</b>	
Bruckner, Anna	24, 61	Heppner, Hans Jürgen	16,	Lell, Michael	4, 20	Riegg, Michelle	40	Vaheri, Tanja	16
Buck, Bianca	22, 29, 64	.....	19, 22	Lenzen-Grobimlinghaus, Romana	24	Risack, Dirk	16	Valesky, Eva	28, 30
<b>C</b>		Heppt, Franz	36	Libich, Elena	22, 59	Risse, Alexander	16, 18,	Väth, Tina	39
C. C. Clarice Condono	17, 46	Hillemacher, Thomas	27	Lobmann, Ralf	4, 16, 18, 26, 3	.....	20, 24, 44, 48	Vogl, Dominik	28
Cremanns, Kevin	30, 66	Hirche, Christoph	17	.....	2, 36, 44, 48	Ronicke, Moritz	36, 58	Volkering, Christoph	16, 18,
Cucuruz, Beatrix	34, 35	Hochlenert, Dirk	30, 66	Löwe, Sandra	24, 61	Rosenthal, Stephan	24, 62	.....	20, 44, 48
Czyrek, Anna Ewa	29, 64	Hoffmann-Tischner, Inga	26,	Lüdemann, Claas	4, 16,	Royzman, Dmytro	36, 58	Volkert, Dorothee	24
Czihal, Michael	20	.....	31, 37	.....	18, 44, 48	Rump, Simone	39	von Dercks, Nikolaus	35, 57
<b>D</b>		Höner, Michael	30, 54	Lutze, Stine	28	<b>S</b>		von Zepelin, Lyn Anne	30, 65
Deutschle-Coerper, Gudrun	4,	Hurtig, Stefan	18	<b>M</b>		Sach-Schrank, Dorin	19, 51	Vosloo, Miriam	17, 19,
.....	37	<b>I</b>		Maher, Laura	24, 61	Schädle, Sabine	18, 21	.....	27, 47, 51
Diener, Holger	4, 16, 18, 30,	Ibishi, Albina	24, 62	Maier-Hasselmann, Andreas	4, 17, 19, 27, 30, 32, 37	Schatz, Claudia	4, 29,	<b>W</b>	
.....	32, 42, 44, 48, 66	Ide, Anita	24, 61	.....	4, 17, 19, 27, 30, 32, 37	.....	32, 38, 63	Wanninger, Anke	18, 49
Dietze, Nora	24, 62	<b>J</b>		Malsagova, Asja	18, 49,	Schickle, Annika	19, 51	Weggen, Annika	30, 66
Dissemond, Joachim	4, 28,	Jäger, Björn	40	Marinello, Giulio	32	Schingale, Franz-Josef	21,	Weismeyer, Felizia	19, 52
.....	29, 31, 64	Jannasch, Maren	30, 56	Masur, Kai	34	.....	34, 35	Westermann, Christian	41
Doll, Patricia	16, 17, 45, 47	Johann, Mathias	32	Mäurer, Leonie	24	Schlächter, Helga	22, 59	Wetzel-Roth, Walter	25, 42
Dörr, Leah	30	Kapferer, Oliver	21	Mayer, Thomas	36	Schlögl, Mathias	31	Wieczorek, Margarete	19
Dorweiler, Bernhard	17, 27,	Karcz, Konrad	24, 60	Megas, Ioannis-Fivos	24, 60	Schmitt, Alexander Pascal-Laurent	17, 47	Wilken, Ursula-Alexandra	22, 59
.....	36, 42, 46	Karl, Thomas	4, 17, 24, 36	Meier, Jonas	29, 63	Schneider, Matthias	34, 57	Willms, Martina	39
Drews, Simona	34, 57	Karl-Greubel, Sabine	24	Mertens, Mira	30, 66	Schneider, Stefan W.	17, 47	Wine Lee, Lara	24, 61
Dudek, Johannes	40	Kasić, Irma	27, 41, 53	Mett, Tobias R.	41	Schönemann, Daniel	25	Wirth, Rainer	24
<b>E</b>		Kaun, Michael	20	Meyer, Thomas	24, 62	Schönemann, Daniel	25	Wöhrstein, Jutta	19, 28
Eckhard, Michael	4, 24	Kern, Johannes	24, 61	Michael, Kostas	29, 63	Schoenstein, Stefan	22, 60	Wußmann, Maximiliane	30, 56
Eckrich, Carolin	20	Kiefer, Hanspeter	34, 56	Moelleken, Maurice	29, 34, 64	Scholz, Armin O.	41	Wüstefeld, Michael	31
Eder, Stephan	17, 26, 31, 37	Kiesewetter, Lisa	30, 56	Morbach, Stephan	16, 18,	Schüller, Ursula	29, 32	<b>Z</b>	
Ehrl, Denis	17, 18, 24,	Kinsky, Karoline	21	.....	44, 48	Schultz, Erwin S.	4, 34	Zeyen, Christoph	30
.....	26, 49, 60	Kirtsi, Dimitra	24, 61	Moosmann, Christian	29, 32,	Schulz, Torsten	35, 58	Zink, Karl	24
Ehrmann, Dominic	16, 18,	Klare, Wolf-Rüdiger	29	.....	35, 37	Schütze, Sandra	29, 31	Zinser, Max	17, 46
.....	44, 48	Klein, Silvan	30	Müller, Carsten	18, 49	Schwarzkopf, Andreas	16,	Zobel, Klaus	4, 19, 28, 31
Eichhorn, Wolfgang	56	Klingelhöller, Carmen	16, 17,	Müller, Elisabeth	27	.....	19, 45	Zscheschang, Beata	18
Erfurt-Berge, Cornelia	4, 28,	.....	19, 30, 45, 47, 50, 66	Murrell, Dédé	24, 61	Schwarzkopf, Claudia	16, 45		
.....	30, 31, 36, 40, 54, 58	Klymiuk, Ingeborg	16	<b>N</b>		Singler, Katrin	16, 31		
Ermschhaus, Lutz	39	Knestele, Michaela	18, 19,	Nannen, Ekaterina	30, 66	Skodell, Kerstin	28		
<b>F</b>		.....	25, 35	Nietzschmann, Ina	17, 48	Slizuk, Veronika	19, 50		
Feldmann, Michael	22, 59	Köberich, Stefan	30, 54, 65	Nink-Grebe, Brigitte	25	Sponagl, Felix	36		
Fischoeder, Christof	31	Kolbig, Norbert	30, 35	Noppene, Thomas	4, 34, 35	Spreecher, Eli	24, 61		
Forster, Maria	22	Koller, Michael	34	Nuwayhid, Rima	35, 46, 57, 58	Staab, Holger	24, 62		
Franke, Scarlett	22			<b>O</b>		Stedefeld, Nicole	27		
Fraund-Cremer, Sandra	9, 27,			Opacic, Tatjana	24, 30, 62, 65	Steinheber, Jakob	32		
.....	41			Otten, Hubert	30, 66	Steinkasserer, Alexander	36, 58		

Stand bei Drucklegung

# Hauptsponsoren

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

Gold-Sponsor			
ConvaTec (Germany) GmbH		MICRO-MEDICAL Instrumente GmbH	
mediset clinical products GmbH			
Silber-Sponsoren			
Bemer Int. AG		LIGAMED medical Produkte GmbH	
BSN medical GmbH (an Essity Company)		Smith & Nephew GmbH	
Chiesi GmbH		URGO GmbH	
medi GmbH & Co. KG		Coloplast GmbH	
Weitere Sponsoren			
all in® nutrition GmbH		Institut Schwarzkopf GbR	
Fuß-Fit-Forum		Akademie für Wundmanagement	

**OFFENLEGUNG** 3M Healthcare Germany GmbH (3.480,00€), Acto GmbH (1.740,00€), Akademie für Wundmanagement (300 €), Bamboo Health Care GmbH (1.740,00€), Bemer Int. AG (12.000,00€), BioMonde GmbH (4.537,50€), BSN medical GmbH (10.460,00€), Bösl Medizintechnik GmbH (1.740,00€), CC Care-Consult GmbH (2.900,00€), CHEMOMEDICA & dline® (2.320,00€), Chiesi GmbH (10.000,00€), Cinogy System GmbH (1.740,00€), Coldplasmatech GmbH (1.740,00€), Coloplast GmbH (9.240,00€), ConvaTec (Germany) GmbH (15.050,00€), Coopmed ApS (3.060,00€), CORYT GmbH & Co. KG (1.740,00€), curea medical GmbH (3.480,00€), cureVision GmbH (870,00€), Deutsches Institut für modernes Wundmanagement (3.480,00€), Donnerberg (2.040,00 €), Eakin Healthcare GmbH (1.740,00€), Engelhard Arzneimittel GmbH & Co. KG (1.740,00€), Flen Health GmbH (2.900,00€), Heltschi GmbH (1.740,00€), Institut AllergoSan Deutschland (privat) GmbH (1.740,00€), Institut Schwarzkopf GbR (1.000,00 €), Integra GmbH (2.320,00€), IT-Labs GmbH (2.320,00€), Julius Zorn GmbH (3.480,00€), KCW Kompetenzzentrum Chronische Wunde GmbH (2.900,00€), Kerecis GmbH (1.750,00€), Ligamed medical Produkte GmbH (1.2918,00€), Lohmann & Rauscher GmbH & Co. KG (2.320,00€), meco Store GmbH (4.700,00€), Medaxis AG (1.600,00€), medi GmbH & Co. KG (10.060,00€), mediset clinical products GmbH (22.465,00€), MESI Deutschland (2.610,00€), MICRO-MEDICAL Instrumente GmbH (15.000,00€), Mölnlycke Health Care GmbH (7.850,00€), neoplas med GmbH (1.740,00€), Novartis Pharma GmbH (4.350,00€), OPED GmbH (3.480,00€), OxyCare GmbH (2.610,00€), PAUL HARTMANN AG (2.475,00€), Phametra-Pharma und Medica-Trading GmbH (2.610,00€), Plasma Medical Systems GmbH (1.740,00€), Princi-pelle Deutschland UG (1.450,00€), PolyMedics Innovations GmbH (1.740,00€), RHEACELL GmbH & Co. KG (1.740,00€), RegenLab GmbH (3.566,00€), Rodday Wundmanagement GmbH (5.800,00€), sanaFactor GmbH (2.320,00€), SERAG WIESSNER GmbH & Co. KG (1.740,00€), Smith & Nephew GmbH (10.000,00€), TEMCA GmbH & Co. KG (1.508,00€), Ulm Health Care GmbH (1.740,00€), UPM Biomedicals (1.740,00€), Urgo GmbH (14.000,00€), URS CARE GmbH (1.740,00€), Villa Sana GmbH & Co. med. prod. KG (1.740,00€), WundCura Bayern GmbH (3.060,00€), Wundex - Die Wundexperten GmbH (3.480,00€), Wund-Kompetenz-Zentrum Freiburg GmbH (1.740,00€), XOTO Technology GmbH (1.740,00€)

Stand bei Drucklegung



**convatec**

— forever caring —

Lernen Sie die Vorteile von  
ConvaFoam kennen in:

**„Haben Sie eine gute  
Wund-Life-Balance?“**

mit Björn Jäger und Johannes Dudek

**06.12.2024 | 12:30 – 14 Uhr**

Großer Saal

# Genau auf meinen Alltag zugeschnitten

Wundversorgung kann so einfach sein



**Der neue, überlegene  
Schaumverband\*1**

**Neu**

**ConvaFoam®**

Silicone

\* Gegenüber ausgewählten Verbänden, die in-vitro auf Absorption, Retention, Flüssigkeitsaufnahme und Haftung getestet wurden.

1. WHRI9478 MS186\_DHF1093 ConvaFoam Superiority Report Testing between May 2021 – June 2022.

© 2024 ConvaTec (Germany) GmbH – Art.-Nr. 70021-v1

# Ausstellerverzeichnis

## A

- **ACTO GmbH** | Stand 1
- **Akademie Klinikum Nürnberg** | Stand 55

## B

- **Bamboo Health Care GmbH** | Stand 19
- **Bayrische Pflegeakademie** | Stand 41
- **Bemer Int. AG** | Stand 58
- **BioMonde GmbH** | Stand 12
- **BSN medical GmbH** | Stand 51
- **Bösl Medizintechnik GmbH** | Stand 28

## C

- **CC Care-Consult GmbH** | Stand 62
- **CHEMOMEDICA & dline®** | Stand 26
- **Chiesi GmbH** | Stand 57
- **Cinogy GmbH** | Stand 36
- **Coldplasmatech GmbH** | Stand 5
- **Coloplast GmbH** | Stand 15
- **ConvaTec (Germany) GmbH** | Stand 32
- **CORYT GmbH & Co. KG** | Stand 63
- **curea medical GmbH** | Stand 21
- **cureVision GmbH** | Stand 29

## D

- **Deutsches Institut für modernes Wundmanagement** | Stand 35
- **Donnerberg** | Stand 25

## E

- **Eakin Healthcare GmbH** | Stand 3
- **Engelhard Arzneimittel GmbH** | Stand 8

## F

- **Flen Health GmbH** | Stand 61
- **Friedensdorf International** | Stand 53

## H

- **Heltschl GmbH** | Stand 65

## I

- **Initiative Chronische Wunden e.V. (ICW)** | Stand 2
- **Institut AllergoSan Deutschland (privat) GmbH** | Stand 64
- **Integra GmbH** | Stand 6
- **IT-Labs GmbH** | Stand 54

## J

- **Julius Zorn GmbH** | Stand 34

## K

- **KCW Kompetenzverbund Chronische Wunde** | Stand 9
- **Kerecis Deutschland AG** | Stand 15

## L

- **LIGAMED medical Produkte GmbH** | Stand 39
- **Lohmann & Rauscher GmbH & Co. KG** | Stand 46

## M

- **3M Deutschland GmbH** | Stand 30
- **meco Store GmbH** | Stand 37
- **Medaxis AG** | Stand 14
- **medi GmbH & Co. KG** | Stand 49
- **mediset clinical products GmbH** | Stand 16
- **MESI Deutschland GmbH** | Stand 4
- **mhp Verlag** | Stand 1
- **MICRO-MEDICAL Instrumente GmbH** | Stand 40
- **Mölnlycke Health Care GmbH** | Stand 38

## N

- **neoplas med GmbH** | Stand 7
- **Novartis Pharma GmbH** | Stand 31

## O

- **OPED GmbH** | Stand 13
- **OxyCare GmbH** | Stand 10

## P

- **Paul Hartmann AG** | Stand 66
- **Phametra - Pharma und Medica-Trading GmbH** | Stand 45
- **Plasma Medical Systems GmbH** | Stand 67
- **PolyMedics Innovations GmbH** | Stand 18
- **Principelle Deutschland UG** | Stand 11

## R

- **Regen Lab GmbH** | Stand 56
- **RHEACELL GmbH & Co. KG** | Stand 22
- **Rodday Wundmanagement GmbH & Co. KG** | Stand 52

## S

- **sanaFactor GmbH** | Stand 43
- **SERAG-WIESSNER GmbH & Co. KG** | Stand 24
- **Smith & Nephew GmbH** | Stand 50

## T

- **TEMCA GmbH & Co. KG** | Stand 20

## U

- **Ulm Health Care GmbH** | Stand 44
- **UPM Biomedicals** | Stand 48
- **URGO GmbH** | Stand 60
- **URS CARE GmbH** | Stand 17

## V

- **Villa Sana GmbH & Co. Med. Prod. KG** | Stand 23

## W

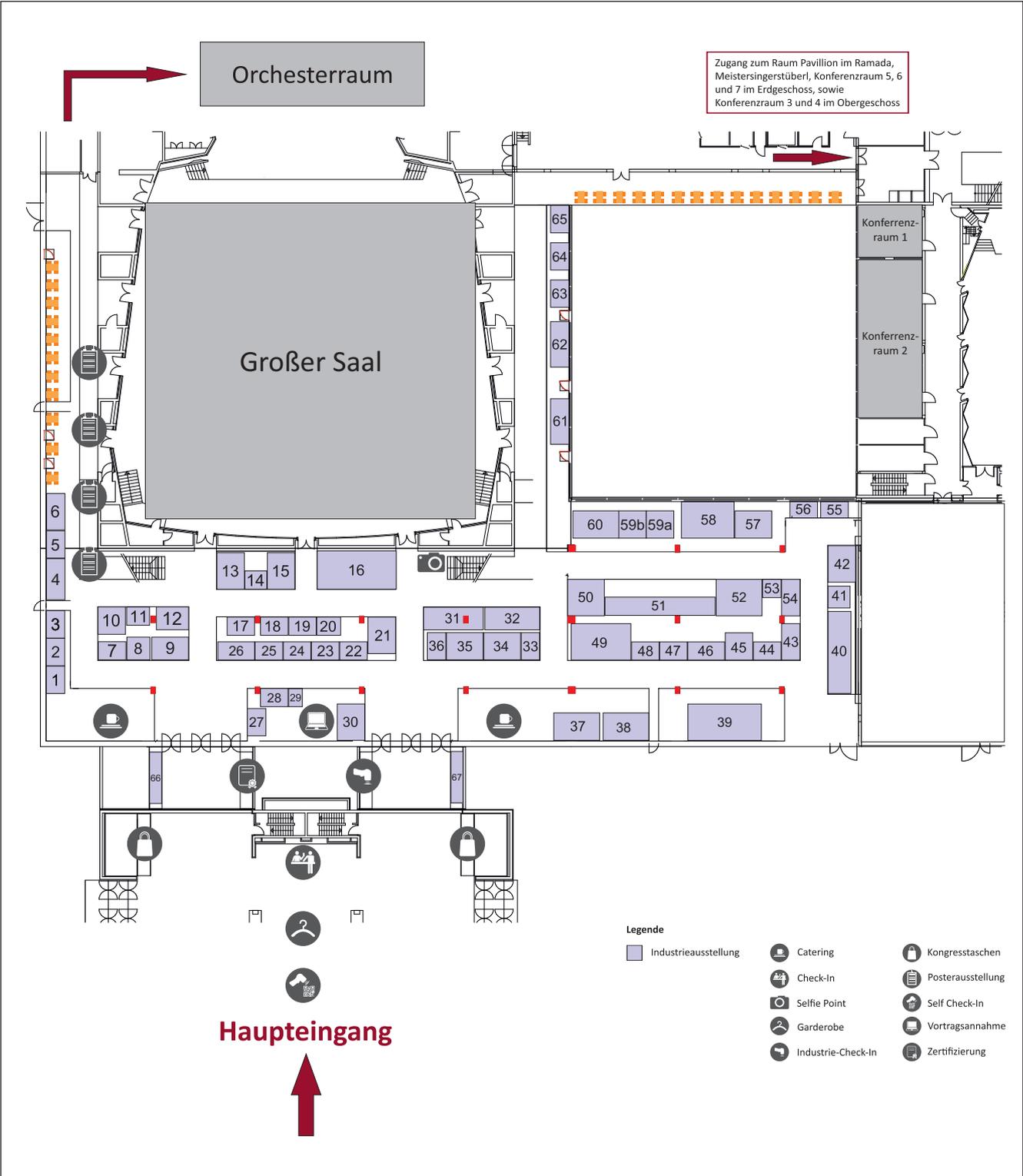
- **Wundex - Die Wundexperten GmbH** | Stand 42
- **Wund-Kompetenz-Zentrum Freiburg GmbH** | Stand 27

## X

- **XOTO Technology GmbH** | Stand 33

Hauptsponsoren sind in rot aufgeführt.  
Stand bei Drucklegung.

# Gebäudeplan mit Fachmesse



# Programmübersicht Donnerstag, 5. Dezember 2024

Großer Saal	Konferenzraum 6	Konferenzraum 7	Konferenzraum 2	Orchesterraum	Konferenzraum 4	Konferenzraum 3	Meistersingerstüberl	Konferenzraum 1	Pavillon Ramada									
<div style="background-color: #f08080; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">09:00–10:00</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Kongressöffnung und Plenarvortrag S. 16</div>																		
<div style="background-color: #f08080; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">10:15–11:45</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Hauptsitzung 1 Wunden und Schmerzen S. 16</div>				<div style="background-color: #f08080; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">10:15–11:45</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Hauptsitzung 2 Mikrobiom und Wunde S. 16</div>		<div style="background-color: #f08080; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">10:15–11:45</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Sitzung KP 1 – DGG I Notfälle in der Wundtherapie S. 17</div>		<div style="background-color: #f08080; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">10:15–11:45</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Sitzung KP 2 – DGPRÄC Moderne Mikrochirurgie: Einsatz bei Trauma, Verbrennung und viszeralchirurgischen Herausforderungen S. 17</div>		<div style="background-color: #87ceeb; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">10:15–11:45</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Freie Themen S. 17</div>		<div style="background-color: #ffa500; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">10:15–11:45</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Seminar 1 Wundmanagement an Fallbeispielen S. 18</div>	<div style="background-color: #008000; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">10:15–11:45</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Workshop 1 – DGFW Wunden heilen - Welchen Verband wähle ich aus? S. 18</div>	<div style="background-color: #008000; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">10:15–11:45</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Workshop 2 Lymphödem Stadium 3 – ein interprofessionelles Problem S. 18</div>	<div style="background-color: #008000; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">10:15–11:45</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Workshop 3 - FgSKW Pflegerische parastomale Wundversorgung: Klinische vs. häusliche Aspekte S. 19</div>			
<div style="background-color: #d8bfd8; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">12:00–13:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">IND-Symposium-Micro-Medical Instrumente GmbH Wunde neugedacht, mit einer extrazelluläre Matrix (EZM) S. 38</div>										<div style="background-color: #d8bfd8; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">12:00–13:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">IND-Symposium-Berner Int. AG Lunch and Learn </div>	<div style="background-color: #d8bfd8; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">12:00–13:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">IND-Symposium-Urgo GmbH Diagnostik und Wundversorgung: immer bestens vernetzt! S. 38</div>	<div style="background-color: #d8bfd8; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">12:00–13:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">IND-Seminar-BSN medical GmbH Nebenwirkungs-freie Infektionsprävention und Infektionsbekämpfung durch Cutimed Sorbact </div>	<div style="background-color: #d8bfd8; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">12:00–13:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">IND-Seminar-Smith &amp; Nephew GmbH Konsens oder Evidenz: Die optimale Prophylaxe und standardisierte Behandlung von Nahtdehiszenzen </div>	<div style="background-color: #d8bfd8; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">12:00–13:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">IND-Seminar-ConvaTec (Germany) GmbH Silber Update – was jetzt? </div>	<div style="background-color: #d8bfd8; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">12:00–13:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">IND-Workshop-BioMonde GmbH Das Débridement mit der Larventherapie leicht erklärt! S. 39</div>	<div style="background-color: #d8bfd8; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">12:00–13:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">IND-Workshop-LIGAMED medical Produkte GmbH Dr. Guck's Rat der Wundversorgung – Sehen und Staunen mit Fallbeispielen S. 39</div>	<div style="background-color: #d8bfd8; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">12:00–13:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">IND-Workshop-mediset clinical products GmbH Verbrennungen und Verbrühungen im Kindesalter: Unterschiede zu Erwachsenen </div>	<div style="background-color: #d8bfd8; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">12:00–13:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">S. 39</div>
<div style="background-color: #f08080; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">13:45–15:15</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Hauptsitzung 3 Klimawandel und Wunden S. 19</div>	<div style="background-color: #f08080; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">13:45–15:15</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Hauptsitzung 4 Infizierte Wunde S. 19</div>	<div style="background-color: #f08080; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">13:45–15:15</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Sitzung KP 4 – DeGIR/DRG tba S. 20</div>	<div style="background-color: #f08080; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">13:45–15:15</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Sitzung KP 5 – FKDB &amp; Fußnetz Bayern Sektorenübergreifende Versorgung des diabetischen Fußsyndroms heute und morgen S. 20</div>	<div style="background-color: #f08080; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">13:45–15:15</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Sitzung KP 6 – DGV Moderne Dermis-sparende Methoden in der Verbrennungsmedizin S. 20</div>	<div style="background-color: #f08080; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">13:45–15:15</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Sitzung KP 7 – AWA What's up in Austria? Neuigkeiten der Austrian Wound Association S. 21</div>	<div style="background-color: #ffa500; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">13:45–15:15</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Seminar 2 Wundheilung aus lymphologischer Sicht S. 21</div>	<div style="background-color: #008000; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">13:45–15:15</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Workshop 4 – DGFW Wunden heilen – welchen Verband wähle ich aus? Wdhlg. S. 21</div>	<div style="background-color: #008000; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">13:45–15:15</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Workshop 5 – VFFP Scham und Ekel – führt die Wunde zur Stigmatisierung S. 22</div>	<div style="background-color: #008000; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">13:45–15:15</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Workshop 6 Filzen als Bridging zum orthopädischen Schuhwerk S. 22</div>									
15:15–16:00																		
Foyer   Geführte Postersitzung 1																		
S. 22																		
<div style="background-color: #000080; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">16:00–17:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">WUND-Slam S. 40</div>	<div style="background-color: #f08080; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">16:00–17:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Hauptsitzung 5 Ernährung und Wunde S. 24</div>	<div style="background-color: #f08080; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">16:00–17:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Sitzung KP 8 – DDG, AG Fuß DFS-Versorgung - innovativ, interprofessionell und transsektoral vernetzt S. 24</div>	<div style="background-color: #f08080; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">16:00–17:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Sitzung KP 9 – EWMA Von Infektion zu Débridement – Leitlinienimplementierung in der modernen Wundversorgung S. 25</div>	<div style="background-color: #f08080; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">16:00–17:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Sitzung KP 10 – DGFV I Wundzentren – In der häuslichen Krankenpflege richtig verortet? S. 25</div>	<div style="background-color: #ffa500; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">16:00–17:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Seminar 3 Hauptpflege bei Ulcus Patientien S. 25</div>	<div style="background-color: #ffa500; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">16:00–17:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Seminar 4 Verbrennungswunden – sinnvoll versorgt S. 25</div>	<div style="background-color: #008000; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">16:00–17:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Workshop 7 Wundreinigung/ Wunddebridement S. 26</div>	<div style="background-color: #008000; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">16:00–17:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Workshop 8 Update Diabetischer Fuß 2024 S. 26</div>	<div style="background-color: #008000; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">16:00–17:30</div> <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;">Workshop 9 Die Kraft der Worte – über die Dos and Dont's der Wundversorgung bei Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeit S. 26</div>									
17:30–19:00																		
Netzwerkabend in der Fachaustellung																		

# Programmübersicht Freitag, 6. Dezember 2024

Großer Saal	Konferenzraum 6	Konferenzraum 7	Konferenzraum 2	Orchesterraum	Konferenzraum 4	Konferenzraum 3	Meistersingerstüberl	Konferenzraum 1	Konferenzraum 5
<b>08:30–10:00</b>	<b>08:30–10:00</b>	<b>08:30–10:00</b>	<b>08:30–10:00</b>	<b>08:30–10:00</b>	<b>08:30–10:00</b>	<b>08:30–10:00</b>	<b>08:30–10:00</b>	<b>08:30–10:00</b>	
<b>Hauptsitzung 6</b> Digitalisierung/ Apps in der Wunddiagnostik und Therapie inkl. Telemedizin  S. 27	<b>Hauptsitzung 7</b> Wenn alles nichts mehr hilft? (Amputation)  S. 27	<b>Sitzung KP 11 – Akademie Klinikum Nürnberg</b> Chronische Wunden und Suchtmittelmissbr auch – Heraus- forderungen und Hürden  S. 27	<b>Sitzung KP 12 – DDG, AGW</b> Umsetzung dermatologischer AWMF-Leitlinien in den klinischen Alltag  S. 28	<b>Sitzung KP 13 – VDP</b> Podologie - vernetzt und interprofessionell!  S. 28	<b>Seminar 5 – FgSKW</b> Parastomale Nahtdehiszenz: Klinische vs. häusliche Wundversorgung aus pflegerischer Sicht  S. 28	<b>Seminar 6 - DGfW</b> Druckentlastung beim Diabetischen Fußsyndrom  S. 29	<b>Workshop 10 – Bayerische Pflegeakademie</b> Fixierung von Verbänden  S. 29	<b>Workshop 11 – DGfW</b> Wundaufgaben im Kontext der Wundtherapie  S. 29	
<b>10:00–10:45</b>									
Foyer   Geführte Postersitzung 2									
S. 29									
<b>10:45–12:15</b>	<b>10:45–12:15</b>	<b>10:45–12:15</b>	<b>10:45–12:15</b>	<b>10:45–12:15</b>	<b>10:45–12:15</b>	<b>10:45–12:15</b>	<b>10:45–12:15</b>	<b>10:45–12:15</b>	<b>10:45–12:15</b>
<b>Hauptsitzung 8</b> Qualität/Evidenz in der Wundversorgung  S. 30	<b>Hauptsitzung 9</b> Innovative Lösungen zur Prophylaxe und Therapie des Dekubitus  S. 30	<b>Sitzung KP 14 – ICW</b> Aktuelles aus der ICW  S. 31	<b>Sitzung KP 15 – DGG I</b> Die Wunde und der „schwierige Patient“  S. 31	<b>Sitzung KP 16 – DWR</b> Quo vadis? – Wo steht die Wundbehandlung heute?  S. 31	<b>Seminar 7 – FgSKW</b> Parastomale Wunden versorgen  S. 31	<b>Workshop 12 – FKDB &amp; Fußnetz Bayern</b> Diabetische Neuropathie – oft nicht erkannt: Können Sie die Diagnose selbst stellen?  S. 32	<b>Workshop 13 – Bayerische Pflegeakademie</b> Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Hautintegrität“  S. 32	<b>Workshop 14 – DGfW</b> Wundaufgaben im Kontext der Wundtherapie Wdhlg.  S. 32	<b>Workshop 15</b> Update Diabetischer Fuß 2024 Wdhlg.  S. 32
<b>12:30–14:00</b>	<b>12:30–14:00</b>	<b>12:30–13:30</b>	<b>12:30–14:00</b>	<b>12:30–14:00</b>	<b>12:30–14:00</b>	<b>12:30–14:00</b>	<b>12:30–14:00</b>	<b>12:30–14:00</b>	
<b>IND-Symposium- ConvaTec (Germany) GmbH</b> Haben Sie eine gute Wund-Life- Balance?  S. 40	<b>IND-Symposium- Coloplast GmbH</b> Exsudat- und Infektionsma- nagement auf einem neuen Level  S. 40	<b>IND-Symposium- Chiesi GmbH</b> Epidermolysis Bullosa (Schmet- terlingskrankheit)  S. 40	<b>IND-Seminar- Mölnlycke Health Care GmbH:</b> Wundbehandlung im Netzwerk – Der Schlüssel zum Erfolg  S. 41	<b>IND-Workshop- RegenLab GmbH</b> Wie die Wunde nach offener Amputation ohne Hauttransplanta- tion schnell heilt  S. 41	<b>IND-Workshop- Smith &amp; Nephew GmbH</b> Prophylaktisches Inzisionsmanage- ment: sNPWT als Schlüssel zur Ver- meidung von post- operativen Kom- plikationen  S. 41	<b>13:00–14:00</b> <b>IND-Workshop- Kerecis GmbH</b> ODINN – Paradigmen- wechsel  S. 42	<b>IND-Workshop- LIGAMED medical Produkte GmbH</b> Diabetischer Fuß...da läuft was schief. Druckent-lastende Maß-nahmen beim DFS  S. 42	<b>Workshop-Urgo GmbH</b> Mission Innovation: Das URGO- Therapiekonzept für eine optimale Wundversorgung  S. 42	
<b>14:15–15:45</b>	<b>14:15–15:45</b>	<b>14:15–15:45</b>			<b>14:15–15:45</b>	<b>14:15–15:45</b>	<b>14:15–15:45</b>	<b>14:15–15:45</b>	
<b>Hauptsitzung 10</b> Wundtherapie unter schwierigen Bedingungen  S. 32	<b>Hauptsitzung 11</b> Künstliche Intelligenz für die Wunddiagnostik  S. 34	<b>Sitzung KP 17 – DGfW</b> Lymphödeme – Update Leitlinien  S. 34			<b>Seminar 8 – EWMA</b> Palliative Wundversorgung  S. 34	<b>Seminar 9</b> Der Blick über den Wundrand hinaus: Diagnostik beim Wundpatienten  S. 35	<b>Workshop 16</b> Fixierpflaster richtig anlegen  S. 35	<b>Workshop 17 – DGfW</b> Wundaufgaben im Kontext der Wundtherapie Wdhlg.  S. 35	
<b>16:00–17:30</b>	<b>16:00–17:30</b>	<b>16:00–17:30</b>	<b>16:00–17:30</b>	<b>16:00–17:30</b>	<b>16:00–17:30</b>	<b>16:00–17:30</b>	<b>16:00–17:30</b>	<b>16:00–17:30</b>	
<b>Hauptsitzung 12</b> Kompressions- therapie  S. 35	<b>Hauptsitzung 13</b> Akne inversa  S. 36	<b>Sitzung KP 20 – DGG II</b> Aktuelle Studien und Forschung  S. 36	<b>Sitzung KP 21 – DGG II</b> Multimorbidität und Polypharmazie  S. 36	<b>Sitzung KP 22 – DGA</b> Wunden erkennen, Durchblutung verbessern, Risiken minimieren  S. 37	<b>Seminar 10 – Akademie Klinikum Nürnberg</b> Korrekte Wunddokumen- tation  S. 37	<b>Seminar 11 – DGfW</b> Gefäßmedizin – leitliniengerechte Diagnostik und Therapie der pAVK und CVI  S. 37	<b>Workshop 18</b> Wundreinigung/ Wunddebridement Wdhlg.  S. 37	<b>Workshop 19 – DGfW</b> Wundaufgaben im Kontext der Wundtherapie Wdhlg.  S. 37	
<b>Wund-Slam</b>	<b>Poster-Sitzung</b>								
<b>Abstractsitzung</b>	<b>Workshop</b>								
<b>Seminar</b>	<b>Sitzung kooperierender Fachgesellschaften und Verbände</b>								
<b>Hauptsitzung</b>	<b>Rahmenprogramm</b>								
<b>Industriesession</b>	 LUNCHTÜTEN								

# 07. Nürnberger Wundkongress

## PROGRAMM DONNERSTAG, 5. DEZEMBER 2024

### 09:00-10:00 Eröffnung und Plenarvortrag

Großer Saal *Vorsitz: M. Gosch*

09:00 Eröffnung und Grußwort des Kongresspräsidenten  
*M. Gosch (Nürnberg)*

09:15 Wunde(n)rheiler - Humor  
*D. Bach (Wien/AT)*

### 10:15-11:45 Hauptsitzung 1 - Wunden und Schmerzen

Großer Saal *Vorsitz: T. Vaheri (Nürnberg)*

10:15 Basics in der analgetischen Therapie  
*K. Singler (Nürnberg)*

10:35 Schmerztherapie bei Verbandwechsel  
*D. Risack (Nürnberg)*

10:55 Risiko und Nutzen von Co-Analgetika  
*H. J. Heppner (Bayreuth)*

11:15 Kommunikation in der Schmerzevaluation bei Patienten mit Wunden im stationären  
FV01 Bereich zwischen Pflegepersonal und ärztlichem Personal  
*U. Tidow (Hannover)*

11:25 Messung der Lebensqualität bei Menschen mit Diabetes und einer eingeschränkten  
FV02 bzw. fehlenden Schmerzwahrnehmung (Loss of protective pain, LOPP)  
*B. Kulzer, D. Ehrmann (Bad Mergentheim), A. Risse (Berlin), H. Diener (Buchholz),  
A. Grünerbel (München), H. Lawall (Ettlingen), C. Lüdemann (Brixen/IT),  
S. Morbach (Soest), C. Volkering (München), R. Lobmann (Stuttgart)*

11:35 Komplexe Schmerztherapie bei chronischen Wunden autoimmuner Genese  
FV03 *J. Heilberger, C. Klingelhöller, P. Doll (Hamburg)*

### 10:15-11:45 Hauptsitzung 2 - Mikrobiom und Wunde

Konferenz- *Vorsitz: I. Klymiuk (Graz/AT), E. K. Stürmer (Hamburg)*  
raum 6

10:15 Das Mikrobiom von Wunden und was Probiotika für uns tun können  
*I. Klymiuk (Graz/AT)*

10:45 Probiotika, Diabetes, Wunden und QoL  
*E. K. Stürmer (Hamburg)*

11:15 Bakterien mit besonderen Eigenschaften in Wunden  
FV04 *A. Schwarzkopf (Bad Boklet), C. Schwarzkopf (Aura an der Saale)*

11:25 3D human skin equivalent as a tool to study wounds with polymicrobial biofilm  
FV05 *O. Kurow (Leipzig)*

11:35 Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?



**10:15-11:45 Sitzung KP1 - DGG I: Notfälle in der Wundtherapie**

Konferenz-  
raum 7

Vorsitz: *B. Dorweiler (Köln), M. Storck (Karlsruhe)*

- 10:15 Exsudatmanagement - was tun, wenn's zu feucht wird?  
*A. Maier-Hasselmann (München)*
- 10:30 Debridement - wer darf was und wann?  
*J.-D. Rembe (Düsseldorf)*
- 10:45 Diagnose und Therapie komplizierter Haut- und Weichteilinfektionen  
*T. Karl (Heilbronn)*
- 11:00 Diabetische Fußinfektion - ein echter Notfall  
*S. Eder (Donaueschingen)*
- 11:15 Dermale Ersatzmatrix - was, wann, wie?  
*B. Dorweiler (Köln)*
- 11:30 Probleme der Meshentnahmestelle - ist Nanocellulose die Lösung?  
*M. Vosloo (Berlin)*

**10:15-11:45 Sitzung KP 2 - DGPRÄC: Moderne Mikrochirurgie: Einsatz bei Trauma, Verbrennung und viszeralchirurgischen Herausforderungen**

Konferenz-  
raum 2

Vorsitz: *D. Ehrl (Nürnberg), C. Hirche (Frankfurt a. M.)*

- 10:15 Strategien zur Behandlung sekundärer Weichgewebedefekte nach Trauma - die Rolle der Mikrochirurgie bei der Reduktion von Extremitätenamputationen  
*C. Hirche (Frankfurt a. M.)*
- 10:45 Chirurgische Möglichkeiten zur Wiederherstellung der Funktionalität nach Verbrennungen  
*B. Hartmann (Berlin)*
- 11:15 Interdisziplinäre mikrochirurgische Therapieoptionen bei komplexen viszeralchirurgischen Operationen  
*D. Ehrl (Nürnberg)*



**10:15-11:45 Freie Themen**

Konferenz-  
raum 4

Vorsitz: *F. Thienel (Quakenbrück), F. Becher (Wartenberg)*

- 10:15 FV06 The impact of Li-ESWT on the postoperative management of Fournier's gangrene - a non-invasive new concept tested in Europe and Asia  
*J. Rassweiler, C. C. Clarice Condono (Krems/AT)*
- 10:25 FV07 Wundversorgung von Zugangskomplikationen in der Gefäßchirurgie  
*D. Uebermuth, M. Zinser, B. Dorweiler (Köln)*
- 10:35 FV08 Maligne Tumorwunden - neue Perspektiven?  
*P. Doll, J. Heilberger, C. Klingelhöller, S. W. Schneider (Hamburg)*
- 10:45 FV09 Necrobiosis lipoidica unter dem Deckmantel eines superinfizierten Ulcus  
*A. P.-L. Schmitt, M. Vosloo, T. Uhlmann (Berlin)*
- 10:55 FV10 Behandlung einer großflächigen Verbrennung mit Suprathel  
*I. Nietzschmann (Halle/ Saale)*

- 11:05  
FV11 „Die Kommunikation mit einem Teil meines Körpers fehlt“: Aspekte der Lebensqualität von Menschen mit Diabetes und fehlender Schmerz-wahrnehmung –die bisher vergessene Dimension. Eine qualitative Analyse  
*A. Risse (Berlin), R. Lobmann (Stuttgart), H. Diener (Buchholz), A. Grünerbel (München), H. Lawall (Ettlingen), C. Lüdemann (Brixen/IT), S. Morbach (Soest), C. Volkering (München), D. Ehrmann, B. Kulzer (Bad Mergentheim)*
- 11:15  
FV12 Schuss-/Explosionsverletzung durch eine Kleintierfalle im Kindesalter  
*S. Hurtig, S. Queisser, C. Müller (Rostock)*
- 11:25  
FV13 Erwartungen an die podologische Substitution bei der interdisziplinären Fußversorgung bei DFS & Co.  
*C. Kuberka-Wiese (Rosdorf, Northeim, Herzberg am Harz, Recklinghausen)*
- 11:35  
FV14 Enzymatisches Debridement von tiefgradigen Verbrennungen  
*A. Malsagova, A. Wanninger, M. Berns, M. Billner, T. Püski, D. Ehrl (Nürnberg)*

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

Konferenz-  
raum 3 *Leitung: B. Zschieschang (Erlangen)*

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

**10:15-11:45 Workshop 1 - DGfW: Wunden heilen - welchen Verband wähle ich aus?**

Meistersinger-  
stüberl *Leitung: 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: Lymphödem Stadium 3 - ein interprofessionelles Problem**

Konferenz-  
raum 1 *Leitung: C. Heckel (Kaufbeuren), M. Knestele (Kaufbeuren)*

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



**10:15-11:45 Workshop 3 - FgSKW: Pflegerische parastomale Wundversorgung:**

Pavillon  
Ramada

**Klinische vs. häusliche Aspekte**

Leitung: *J. Wöhrstein (Empfingen), M. Wiczorek (Regensburg), K. Zobel (Güterlosh)*

Typische Beispiele für parastomale Wunden, die eine Haftung der Stomaversorgung beeinträchtigen können, sind Nahtdehiszenzen und toxische oder auch allergische Kontaktekzeme. Mit der Vielfalt an Produkten zur Versorgung von parastomalen Wunden und den hinzukommenden Anforderungen an die notwendigen Stoma-Materialien ist in diesem Zusammenhang sowohl grundlegendes Wissen rund um die Materialien als auch das „Know-how“ hinsichtlich der pflegerischen Aspekte in Umgang und Anwendung unerlässlich. Zudem stellt sich mit dem Ziel Wundverschluss sowie einer adäquaten Stomaversorgung die Frage, ob die pflegerischen Interventionen im klinischen oder häuslichen Umfeld durchgeführt werden. Durch viel praktischen Input werden im Workshop Beispiele für eine kombinierte Wund- und Stomaversorgung anhand von Beispielen aus der Praxis präsentiert und sowohl die Hürden im klinischen als auch im häuslichen Setting aufgegriffen.

**13:45-15:15 Hauptsitzung 3 - Klimawandel und Wunden**

Großer Saal *Vorsitz: M. Gosch (Nürnberg), H. J. Heppner (Bayreuth)*

13:45 Klima und Gesundheit

*M. Gosch (Nürnberg)*

14:15 Auswirkungen des Klimawandels auf Infektionskrankheiten

*J. Steinmann (Nürnberg)*

14:45 Alternative Versorgung chronischer Wunden unter schweren Bedingungen

FV15 *V. Sliziuk, L. Ladyshenskij (Annaberg-Buchholz)*

14:55 Ein interessanter Fall im OP: Myiasis

FV16 *C. Klingelhöller (Hamburg)*

15:05 Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?

**13:45-15:15 Hauptsitzung 4 - Infizierte Wunde**

Konferenz-  
raum 6 *Vorsitz: A. Maier-Hasselmann (München), I. Töpel (Regensburg)*

13:45 Wundinfektionen nach Gefäßrekonstruktionen

*I. Töpel (Regensburg)*

14:00 Chirurgische Infektsanierung beim Lymphödem

*M. Knestele (Kaufbeuren)*

14:15 Sanierung von Wundinfektionen mit multiresistenten Keimen

*A. Schwarzkopf (Bad Bocklet)*

14:30 Wundinfektionen in der Unfallchirurgie

*H.-J. Bail (Nürnberg)*

14:45 Multidisziplinäre Behandlung einer Fournier-Gangrän mit gestielter anterolateraler Oberschenkellappenplastik

FV17 *A. Schickle, A.-L. Granzer, T. Aung (Deggendorf)*

14:55 Eine Polyangiitis als Mitverursacher eines Ulcus cruris

FV18 *V. Göbel, M. Vosloo, D. Sach-Schrank, T. Uhlmann (Berlin)*

15:05 Therapie- und Wundmanagement bei Fournier Gangrän

FV19 *F. Weismeier, A.-L. Granzer, T. Aung (Deggendorf)*



**13:45-15:15 Sitzung KP 4 - DeGIR/DRG : Wundversorgung: Wo kann die Radiologie helfen?**

Konferenz-  
raum 7

Vorsitz: M. Lell, C. Eckrich (Nürnberg)

- 13:45 Wundboard interdisziplinär  
*R. Adamus (Nürnberg), M. Krieter (Nürnberg)*
- 14:15 Wundversorgung mit freien Lappen, was muss der Radiologe wissen?  
*M. Hauer (Nürnberg)*
- 14:45 Durchblutungsstörung, Ursache allen Übels: aktuelle Therapiekonzepte  
*C. Eckrich (Nürnberg)*

**13:45-15:15 Sitzung KP 5 - FKDB & Fußnetz Bayern: Sektorenübergreifende Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms heute und morgen**

Konferenz-  
raum 2

Vorsitz: A. Grünerbel (München), A. Risse (Berlin)

- 13:45 Über den Sektor hinaus: Das neue Netz der Telemedizin  
*A. Grünerbel (München)*
- 13:55 Sektor Schmerz: Wenn der Schmerz fehlt  
*A. Risse (Berlin)*
- 14:20 Sektor Angiologie: Wann ist Kompressionstherapie bei PAVK erlaubt oder sogar zwingend notwendig?  
*M. Czihal (München)*
- 14:45 Sektor Chirurgie: Einfache chirurgische Maßnahmen, die viel helfen  
*C. Volkering (München)*
- 15:10 Diskussion



**13:45-15:15 Sitzung KP 6 - DGV: Moderne Dermis-sparende Methoden in der Verbrennungsmedizin**

Orchester-  
raum

Vorsitz: B. Hartmann (Berlin), J. Pötschke (Leipzig)

- 13:45 Einfluss von Keramik-Wundauflagen auf die Wundheilung von infizierten Wunden  
*A. Hecker (Halle a. d. Saale)*
- 14:07 Die Rolle von Antiseptika in der Verbrennungsmedizin  
*M. Kaun (Halle a. d. Saale)*
- 14:29 Moderne Verfahren der Defektrekonstruktion bei thermischen Verletzungen  
*B. Hartmann (Berlin)*
- 14:51 Lasertherapie von Verbrennungsnarben  
*J. Pötschke (Leipzig)*
- 15:13 Diskussion





**13:45-15:15 Sitzung KP 7 - AWA: What's up in Austria?**

**Neuigkeiten der Austrian Wound Association**

Konferenz-

raum 4

*Vorsitz: O. Kapferer (Innsbruck/AT), P. Kurz (Bad Pirawarth/AT)*

13:45

Augmented Reality und künstliche Intelligenz - neue Möglichkeiten für ein zentrales Wundregister?

*O. Kapferer (Innsbruck/AT)*

14:15

Mythen, Risiken und Ziele beim DFU - eine interaktive Session

*P. Kurz (Bad Pirawarth/AT)*

14:45

Hybride Wundversorgung - Herausforderungen der digitalen Wundsprechstunde

*K. Kinsky (Wals Himmelreich/AT)*

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

Konferenz-

raum 3

*Leitung: F.-J. Schingale (Pommelsbrunn)*

**Lymphödem, Phlebolympnödem, chronische Wunden und Kompression**

Das Lymphödem ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des Interstitiums als Folge einer primären (anlagebedingten) oder sekundären (erworbenen) Schädigung des Lymphdrainage-systems. Das Phlebolympnödem ist kein neues Konzept. In der Tat ist dieser „kombinierte“ Zustand venolymphatischer Störungen seit vielen Jahrzehnten bekannt und wird immer wieder berichtet, aber der Begriff „Phlebolympnödem“ wurde nicht richtig definiert.

In dem Seminar lernt der Teilnehmer die verschiedenen Arten der Ödeme und die Insuffizienz der Lymphgefäße. Ferner ist die Kompression ein Hauptpunkt in der Behandlung chronischer Wunden. Verschiedene Kompressionsmöglichkeiten werden vorgestellt.

**Kompressionstherapie**

Unverzichtbare Bestandteil der Entstauungs- und Erhaltungsphase ist die Kompressionstherapie. Ihre Wirkungen:

- Normalisierung einer pathologisch erhöhten Ultrafiltration mit konsekutiver Reduzierung der lymphpflichtigen Last
- Verstärkter Einstrom der interstitiellen Flüssigkeit in die initialen Lymphgefäße
- Verschiebung der Flüssigkeit durch die Gewebsspalten
- Erhöhung des Lymphflusses in den noch funktionierenden Lymphgefäßen
- Reduzierung des venösen Druckes und damit eine antiödematöse Wirkung
- Verbesserung der Gewebefunde in der Phase II
- Die Behandlung mit einer Kompressionstherapie führt zu einer Heilung, die mit einer Verringerung der proinflammatorischen Zytokinwerte und einer Erhöhung des entzündungshemmenden Zytokins IL-1 Ra einhergeht

**13:45-15:15 Workshop 4 - DGfW: Wunden heilen - welchen Verband wähle ich aus? (Wdhlg.)**

Meistersinger-  
stüberl

*Leitung: S. Schädle (Ulm)*

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



**13:45-15:15 Workshop 5 - VFFP: Scham und Ekel - führt die Wunde zur Stigmatisierung**

Konferenz-  
raum 1

*Leitung: T. Bonkowski, M. Forster (Regensburg)*

In der medizinischen Literatur wird oft diskutiert, dass chronische Wunden nicht nur physische, sondern auch psychologische Auswirkungen auf die Betroffenen haben können. Eine dieser beschriebenen Folgen ist das Gefühl von Scham und Ekel, das mit einer chronischen Wunde einhergehen kann. Dieses negative Empfinden kann dazu führen, dass Betroffene sich isolieren oder vermeiden, über ihre Wunde zu sprechen.

Die Stigmatisierung von Menschen mit chronischen Wunden ist ein weiteres Problem, dem sie gegenüberstehen können. Aufgrund von Vorurteilen und Unwissenheit können sie von anderen negativ beurteilt oder gemieden werden. Dies kann zu sozialer Ausgrenzung und psychischem Leid führen.

Es ist wichtig, dass die Gesellschaft ein besseres Verständnis für chronische Wunden entwickelt und sensibler im Umgang mit Betroffenen wird. Durch Aufklärung und Empathie können Vorurteile abgebaut und das Stigma um chronische Wunden verringert werden. Es ist entscheidend, dass Menschen mit chronischen Wunden Unterstützung erhalten und in ihrer Würde respektiert werden.

Inhalt:

- Ekelauslöser in der Wundtherapie
- Strategien gegen Ekel
- Scham bei stigmatisierenden Wunden
- Exulzierende Tumore
- Empathie in der Wundbehandlung

**13:45-15:15 Workshop 6: Filzen als Bridging zum orthopädischen Schuhwerk**

Pavillon  
Ramada

*Leitung: B. Buck, E. K. Stürmer (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: Hier werden Sie am Fußmodell an verschiedenen 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.

**15:15-16:00 Geführte Postersitzung 1**

Foyer

*Vorsitz: K. Teubner (Fürstenfeldbruck), H. J. Heppner (Bayreuth)*

15:15  
P01

Angehörige in der Wundversorgung - unser Zukunftsmodell? Sicherung der Wundversorgung in der Häuslichkeit  
*E. Libich, U.-A. Wilken, H. Schlächter, M. Feldmann (Rotenburg/Wümme)*

15:20  
P02

Gesundheit geht uns alle was an - Mental Health eine Herausforderung in jedem Bereich  
*E. Libich, U.-A. Wilken, H. Schlächter, M. Feldmann (Rotenburg/Wümme)*

15:25  
P03

Evaluation eines Implementierungsprozesses zur Vermeidung von Druckverletzungen bei Kindern im stationären Setting  
*S. Schoenstein, L. Bauernfeind (Deggendorf)*



People.Health.Care.

# App-solut unverzichtbar: die L&R WundApp **TIME**\*

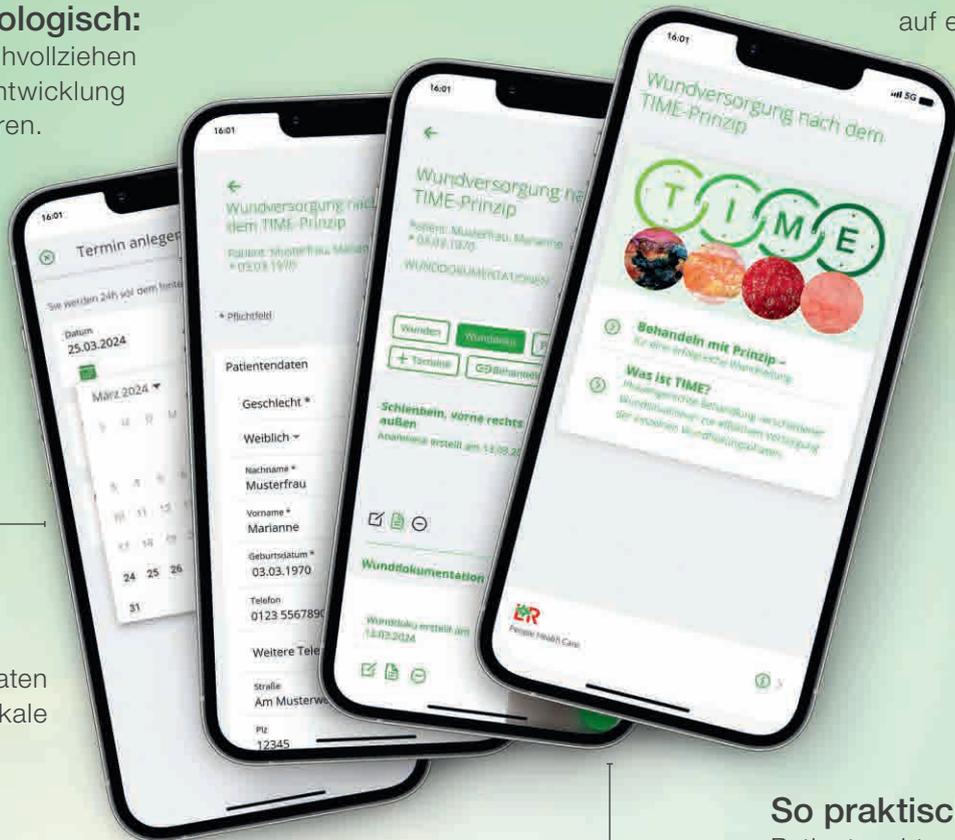
Nutzen Sie die L&R WundApp mit allen Produktinformationen und neuen Funktionen.

### So chronologisch:

Termine nachvollziehen und Wundentwicklung dokumentieren.

### So informativ:

alle Produkte und ihre Eigenschaften auf einen Blick.



### So sicher:

keine Patientendaten in Clouds, rein lokale Speicherung.

### So praktisch:

Patientenakten anlegen und verwalten.



\* T = Tissue • I = Infection/Inflammation •  
M = Moisture balance • E = Edge/Epidermal margin

### So einfach:

QR-Code scannen und L&R WundApp laden.



- 15:30  
P04 Erste Erfahrungen mit einer neuartigen dermalen Polylactid-Matrix bei chronischen Wunden  
*I.-F. Megias (Berlin), M. Billner (Nürnberg), G. Habild (Berlin), K. Karcz, D. Ehrl, D. Breidung (Nürnberg)*
- 15:35  
P05 Oleogel-S10 reduziert den Aufwand und die damit verbundenen Kosten für Verbandwechsel bei Patienten mit Epidermolysis bullosa  
*S. Löwe (Dublin/IE), A. Bruckner (Aurora, CO/US), D. Kiritsi (Freiburg i. Br.), D. Murrell (Sydney/AU), L. Wine Lee (Charleston, SC/US), E. Sprecher (Tel Aviv/IL), L. Maher (Dublin/IE), J. Kern (Melbourne, VIC/AU), L. Mäurer (Hamburg)*
- 15:40  
P06 Hyperbare Sauerstofftherapie bei Pyoderma gangraenosum. Eine Fallbeobachtung von 2018-2024  
*A. Ide (Gelsenkirchen)*
- 15:45  
P07 Konservative Behandlung tiefer Läsionen mit Knochenkontakt beim Diabetischen Fußsyndrom in der geriatrischen Population  
*A. Ibishi, T. Opacic, S. Parizova, A. Arbi, B. Stratmann, Y. H. Lee-Barkey (Bad Oeynhausen)*
- 15:50  
P08 Kaltplasmatherapie bei verschiedenen Arten von Wunden  
*N. Abu Rached (Bochum), N. Dietze, S. Rosenthal, H. Staab (Leipzig), T. Meyer, M. Stücker (Bochum)*

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

- Konferenz-  
raum 6 *Vorsitz: D. Volkert (Nürnberg), R. Wirth (Herne)*
- 16:00 Epidemiologie der Malnutrition und Evidenz für die Therapie  
*D. Volkert (Nürnberg)*
- 16:30 Welche Nährstoffe sind in der Wundtherapie besonders wichtig?  
*R. Lenzen-Großimlinghaus (Potsdam)*
- 17:00 Tipps und Tricks aus dem klinischen Alltag bei der Behandlung der Malnutrition  
*R. Wirth (Herne)*

**16:00-17:30 Sitzung KP 8 - DDG, AG Fuß: DFS-Versorgung - innovativ, interprofessionell und transsektoral vernetzt**

- Konferenz-  
raum 7 *Vorsitz: M. Eckhard (Gießen), K. Zink (Bad Mergentheim)*
- Um Patienten mit DFS bzw. DFS-Risiko auch 2025 zielgerichtet zu versorgen, braucht es den Kümmerer/die Kümmerin. Den Patienten an die Hand nehmen und sicher durch den „deutschen Versorgungsdschungel“ lotsen. In unserer Sitzung werden einmal mehr die Bedeutung der Interdisziplinarität und Multiprofessionalität in der Versorgung herausgestellt und Innovationen beleuchtet.
- 16:00 Evidenz oder Hokuspokus? - Kaltplasma, topische O<sub>2</sub>-Therapie & Co.  
*F. Thienel (Quakenbrück)*
- 16:22 Schuh- und Einlagenverordnung: Neue Risikogruppen praktisch umgesetzt  
*L. Lelgemann (Köln)*
- 16:44 Podologische Entlastungstherapie beim Risikofuß  
*S. Karl-Greubel (Heppenheim)*
- 17:06 Transsektorale DFS-Versorgung in disruptiven Zeiten  
*M. Eckhard (Gießen)*
- 17:28 Diskussion





**16:00-17:30 Sitzung KP 9 - EWMA: Von Infektion zu Debridement - in der modernen Wundversorgung**

Konferenz-  
raum 2

Vorsitz: E. K. Stürmer (Hamburg), S. Probst (Genf/CH)

16:00 Debridement chronischer Wunden: was kann was?  
E. K. Stürmer (Hamburg)

16:30 wund DACH Consensus Infektion  
J.-D. Rembe (Düsseldorf)

17:00 Entwicklung und Implementierung von Leitlinien  
S. Probst (Genf/CH)



**16:00-17:30 Sitzung KP 10 - DGfW: Wundzentren - in der häuslichen Krankenpflege richtig verortet?**

Orchester-  
raum

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

16:00 Wundtherapie aus ärztlicher Sicht im ambulanten Sektor  
W. Wetzel-Roth (Buchloe)

16:30 Welche Spezialisierung braucht es zur Wundheilung?  
B. Nink-Grebe (Gießen)

17:00 Interprofessionelle Datenklassifikationssystem als Grundlage zur Leistungsabrechnung  
S. Laag (Wuppertal)

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

Konferenz-  
raum 4

Leitung: M. Knestele (Kaufbeuren)

Den Patienten erkläre ich immer, dass nur aus einer gesunden Umgebungshaut heraus die Wunde abheilen kann, und daher die Hautpflege von Umgebung bis zum Wundrand extrem wichtig ist. Hieraus entwickeln sich üblicherweise viele Fragen:

- Was soll man verwenden?
- Wie oft muss ich das machen?
- Wo bekomme ich das?

Hautpflege ist ein vielschichtiges Problem; Hautpflege sollte an die Hautsituation angepasst sein, das setzt schon mal voraus, den Hautzustand exakt zu beurteilen. Hautpflege kann Komplikationen auslösen, von der Auslösung von Schmerz oder Brennen bei Unverträglichkeit von z. B. Urea bis zur Allergisierung. Hautveränderungen sollten also frühzeitig erkannt werden, denn gerade Juckreiz als ein Symptom kann sehr quälend sein und die Lebensqualität erheblich beeinflussen.

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

Konferenz-  
raum 3

Leitung: H.-O. Rennekampff (Würselen)

Die Behandlung von Verbrennungswunden setzt ein Verständnis der lokalen Veränderung an der Haut unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten voraus. Dementsprechend ist die genaue Befunderhebung durchzuführen. Aus den erhobenen Befunden ergibt sich in der Gesamtschau die Diagnose. Erst danach kann entschieden werden, welche lokale Therapie und ggf. systemische Therapie im ambulanten oder stationären Bereich notwendig ist.

Ziele des Seminars:

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

**16:00-17:30 Workshop 7: Wundreinigung/Wunddebridement**

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

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

**16:00-17:30 Workshop 8: Update Diabetischer Fuß 2024**

Konferenz-  
raum 1 Leitung: R. Lobmann (Stuttgart)

Der diabetische Fuß bleibt eine der herausfordernden Komplikationen des Diabetes. Im Kurs wird eine Übersicht der grundlegenden Prinzipien der Wundtherapie beim DFS gegeben. Besondere Schwerpunkte beim „Update 2024“ werden daneben der Charcot-Fuß, die diabetische Neuropathie und die Prinzipien der Interims- und Schuhversorgung sein.

**16:00-17:30 Workshop 9: Die Kraft der Worte - über die Dos and Don'ts der Wundversorgung bei Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeit (Borderline-Persönlichkeitsstörung) in der Akutversorgung**

Pavillon  
Ramada

Leitung: A. Pommer (Hildburghausen)

Ein Workshop für alle im Bereich der Akutversorgung Tätigen! Diskutieren Sie Herangehensweisen, erproben Sie Validation aktiv und nehmen Sie sich Wissen, Erfahrungen und Mut zu einer wertschätzenden Wundversorgung mit in Ihr Tätigkeitsfeld. Wirken Sie effektiv gegen den „Drehtüreffekt“ (schnelle Rückkehr mit gleichem Behandlungsbild), gewinnen Sie mehr Zeit, legen Sie den Grundstein zur Veränderung, und schaffen Sie ein heilendes Umfeld zur Bestärkung Ihrer Patienten.

Hier kommen Sie in den direkten Austausch mit einem DBT-Peercoach (selbst BPS-Erfahrenen) und können die Chance nutzen, Ihr Spektrum durch mehr Verständnis zu erweitern. Kommunikation auf Augenhöhe; stellen Sie gerne Fragen und wagen Sie Einblick zu nehmen in ein komplexes Feld der Behandlungsmöglichkeiten.

Mein Name ist Alette Pommer, ich arbeite in den Helios Fachkliniken in Hildburghausen als Fachpflegeperson. Ich bin Mitglied im DBT-Dachverband, zertifizierter DBT Peer Coach und Dozentin für Fachpflege im Bereich Borderline-Persönlichkeitsstörung, Verhaltenstherapieverfahren und Skill-training, DBT Sozial und Pflegetherapeutin i. A. und Mitinitiatorin Borderlinetrialog.

## PROGRAMM FREITAG, 6. DEZEMBER 2024

### 08:30-10:00 **Hauptsitzung 6 - Digitalisierung/Apps in der Wunddiagnostik und Therapie inkl. Telemedizin**

Großer Saal

*Vorsitz: B. Dorweiler (Köln), J.-D. Rembe (Düsseldorf)*

- 08:30 Auf dem Weg zur KI-gestützten Wundbehandlung - was benötigen wir und was ist nice-to-have?  
*M. Storck (Karlsruhe)*
- 09:00 Vom Papier zum Smartphone - Wunddokumentation via App im 21. Jahrhundert  
*J.-D. Rembe (Düsseldorf)*
- 09:30 Vernetzung durch innovative Fallakte mit digital unterstützten Versorgungspfaden  
FV20 *O. Geismar, N. Stedefeld (Hamburg)*
- 09:40 Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?

### 08:30-10:00 **Hauptsitzung 7 - Wenn alles nichts mehr hilft? (Amputation)**

Konferenzraum 6

*Vorsitz: B. Groll (Osterhofen), A. Maier-Hasselmann (München)*

- 08:30 Leitliniengerechte Indikation zur Amputation  
*A. Maier-Hasselmann (München)*
- 08:40 Amputationstechniken  
*M. Vosloo (Berlin)*
- 09:00 Rehabilitation nach Amputation  
*B. Groll (Osterhofen)*
- 09:20 Leben nach der Amputation  
*M. Bienert (Waal)*
- 09:40 Wie die Wunden nach offener Amputation ohne Hauttransplantation schnell heilen  
FV21 *I. Kasić, S. Fraund-Cremer (Kiel)*
- 09:50 Nach der Majoramputation ist vor der Reamputation? Druckstellen und Wundheilungsstörung am Amputationsstumpf, ein hoher Sterblichkeitsfaktor  
FV22 *A. Tigla (Burghausen)*

### 08:30-10:00 **Sitzung KP 11 - Akademie Klinikum Nürnberg: Chronische Wunden und Suchtmittelmissbrauch - Herausforderungen und Hürden**

Konferenzraum 7

*Vorsitz: T. Hillemacher, M. Krieter (Nürnberg)*

- 08:30 Drogenkonsum hautnah - Konsumformen und ihre Spuren auf der Haut  
*E. Müller (Nürnberg)*
- 09:00 Zwischen Abhängigkeit und Heilung: Die komplexen Wege der stationären Wundbehandlung bei Patienten mit Drogensucht  
*M. Krieter (Nürnberg)*
- 09:30 Wundversorgung in der Caritas Straßenambulanz Franz von Assisi  
*R. Stubenvoll, P. Phillips (Nürnberg)*

**08:30-10:00 Sitzung KP 12 - DDG, AG: Umsetzung dermatologischer AWMF-Leitlinien in den klinischen Alltag**

Konferenz-  
raum 2

*Vorsitz: J. Dissemond (Essen), C. Erfurt-Berge (Erlangen)*

- 08:30      Ulcus cruris venosum  
*E. Valesky (Frankfurt a. M.)*
- 08:52      Necrobiosis lipoidica  
*C. Erfurt-Berge (Erlangen)*
- 09:14      Pyoderma gangraenosum  
*J. Dissemond (Essen)*
- 09:36      Livedovaskulopathie  
*S. Lutze (Greifswald)*
- 09:58      Diskussion

**08:30-10:00 Sitzung KP 13 - VDP: Podologie - vernetzt und interprofessionell!**

Orchester-  
raum

*Vorsitz: V. Pfersich, T. Pfersich (Reutlingen)*

- 08:30      Orthonyxietherapie - interprofessionell (ärztlich-podologisch-GKV-konform)  
*K. Skodell (Hüfingen)*
- 08:48      Nagelspangentherapie vs. Emmert-Plastik - Indikation/Kontraindikation  
*D. Vogl (Ummendorf)*
- 09:06      Erwartungen an die podologische Substitution bei der interdisziplinären  
Fußversorgung bei DFS & Co.  
*C. Kuberka-Wiese (Rosdorf)*
- 09:24      Scharfes Débridement in der Podologie, muss und darf das sein?  
*P. Kühn (Nastätten)*
- 09:42      Aktuelle Studienlage Podologie - Zahlen und Fakten  
*T. Pfersich (Reutlingen)*



**08:30-10:00 Seminar 5 - FgSKW: Parastomale Nahtdehiszenz: Klinische vs. häusliche Wundversorgung aus pflegerischer Sicht**

Konferenz-  
raum 4

*Leitung: J. Wöhrstein (Empfingen), K. Zobel (Güterlsoh)*

Eine parastomale Nahtdehiszenz definiert sich in der Literatur als Haut-Schleimhaut-Separation und ist eine häufig auftretende Komplikation nach einer Stomaanlage. Neben lokalen Schmerzen können eine kombinierte Stoma- und Wundversorgung Probleme im Zuge der ärztlichen und pflegerischen Intervention darstellen. Inwiefern die peristomale Nahtdehiszenz mit moderner phasengerechter Wundversorgung im klinischen Bereich sowie auch nach der Entlassung in der Häuslichkeit zu gewährleisten ist und welche Herausforderungen im pflegerischen Setting in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit begegnen, wird im Seminar aufgeführt. Zudem werden neben der pflegerischen Versorgung auch Schnittstellenprobleme zwischen stationären und häuslichen Wund- und Stomaversorgungen diskutiert, um Defizite in der Koordination wie auch Kommunikation oder Dokumentation zu kompensieren.





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

Konferenz-  
raum 3

Leitung: *W.-R. Klare (Konstanz)*

Die wichtigste Therapiemaßnahme bei der Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms ist eine vollständige und dauerhafte Druckentlastung. Anwendungen, die vom Patienten abgelegt werden können, werden abgelegt. Das gilt für spezielle Entlastungsschuhe ebenso wie für abnehmbare Orthesen. Der Grund ist ein vollständiger Wahrnehmungsverlust der Füße im Rahmen einer Polyneuropathie. Die Patienten können daher empfohlene Verhaltensregeln nicht umsetzen. Im Seminar wird ein Vorgehen vorgestellt, das keine Mitarbeit des Patienten erfordert. Die Verwendung spezieller Filzpolstermaterialien als Bestandteil des Verbandes gewährleistet eine effektive Druckentlastung bis zum nächsten Verbandwechsel. Gleichzeitig ist die Mobilität der Patienten gewährleistet. Im Kurs wird diese neue Verbandtechnik ausführlich demonstriert.



**08:30-10:00 Workshop 10 - Bayerische Pflegeakademie: Fixierung von Verbänden**

Meistersinger-  
stüberl

Leitung: *P. Lang-Marek, C. Schatz, U. Schüller (München)*

Wundaufgaben sollten sicher fixiert werden, ein Verrutschen muss vermieden werden. Schwierige Körperstellen wie z. B. Gelenke und Gesäß stellen uns manchmal vor große Herausforderungen, ebenso großflächige Wunden. Fixiervliese, Folien, Schlauchverbände und haftende Wundverbände; die Auswahl ist groß und die Materialien haben unterschiedliche Eigenschaften. Testen Sie die verschiedenen Materialien und lernen Sie unterschiedliche Methoden sowie Tipps und Tricks zur Fixierung von Verbänden kennen.

**08:30-10:00 Workshop 11 - DGfW: Wundaufgaben im Kontext der Wundtherapie**

Konferenz-  
raum 1

Leitung: *C. Moosmann (Freiburg i. Br.)*

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



**10:00-10:45 Geführte Postersitzung 2**

Foyer

Vorsitz: *M. Gosch, J. Steinmann (Nürnberg)*

10:00  
P09

The use of fish skin grafts transplantation to facilitate wound healing following extremity trauma with exposed tendons

*K. Michael, I. Adamovic, J. Meier, L. Krähenbühl (Leuggern/CH)*

10:05  
P10

Wundinfektion mit Ignatzschineria larvae

*C. Schatz (München)*

10:10  
P11

Haut- und Wundkomplikationen nach Graft-versus-host-Reaktion, Chemo- und Strahlentherapie -ein sehr besonderer Fall

*B. Buck (Hamburg)*

10:15  
P12

Moderne Wundaufgaben schützen vor bakterieller Kontamination der Umgebung: Ergebnisse einer prospektiven klinischen Studie

*M. Moelleken, S. H. Krimphove, F. Krefting, S. Benson, C. Rammos, A. E. Cyrek, J. Dissemond (Essen)*

- 10:20 Übersetzung einer Klassifikation von Schleimhautdekubitalulzera in die  
P13 deutsche Sprache  
*S. Köberich (Freiburg i. Br.), A. Probst (Reutlingen), L. A. von Zepelin (Freiburg i. Br.)*
- 10:25 Behandlung der chronischen Wunden beim Diabetischen Fußsyndrom  
P14 *T. Opacic, A. Arbi, S. Parizova, B. Stratmann, Y. H. Lee-Barkey,  
D. Tschöpe (Bad Oeynhausen)*
- 10:30 Erfolgreicher Wundverschluss operativer Tumorwunden mittels Dermisersatz  
P15 *C. Klingelhöller (Hamburg)*
- 10:35 KI-basierte Entscheidungsunterstützung, Wundbewertung sowie automatisierte  
P16 Wundgrößenbestimmung in der ambulanten Wundversorgung (Projekt EPWUF-KI)  
*A. Weggen (Krefeld), D. Hochlenert, M. Mertens (Köln), K. Cremanns,  
C. Gündogdu (Augsburg), E. Nannen, L. Gierschner, T. Tromp, H. Otten (Krefeld)*

**10:45-12:15 Hauptsitzung 8 - Qualität/Evidenz in der Wundversorgung**

- Großer Saal *Vorsitz: H. Diener (Buchholz), A. Maier-Hasselmann (München)*
- 10:45 Personenzentrierte Wundversorgung: Wo besteht Optimierungspotenzial in der  
Behandlungssituation?  
*E. K. Stürmer (Hamburg)*
- 11:02 S1 LL Gram negativer Fußinfekt  
*C. Zeyen (Berlin)*
- 11:19 S2k LL Therapie Ulcus cruris venosum  
*E. Valesky (Frankfurt a. M.)*
- 11:36 Notwendigkeit von Evidenz in der Wundversorgung aus Sicht der Kostenträger  
*S. Laag (Wuppertal)*
- 11:53 Ein Fallbericht über integrierte Wundversorgung und medikamentöse Therapien in der  
FV23 Behandlung chronischer Wunden bei Keratitis-Ichthyosis-Deafness-Syndrom (KID)  
*M. Höner, C. Erfurt-Berge (Erlangen)*
- 12:03 Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?

**10:45-12:15 Hauptsitzung 9 - Innovative Lösungen zur Prophylaxe und Therapie des Dekubitus**

- Konferenz- *Vorsitz: T. Bonkowski (Regensburg), N. Kolbig (Düsseldorf)*  
raum 6
- 10:45 Chirurgisch-plastische Versorgung von Dekubitus  
*S. Klein (Regensburg)*
- 11:05 Die Dekubitusbox - Hilfestellung zur Dekubitusprophylaxe auf einer Intensivstation  
*L. Dörr, H. Pohl (Bonn)*
- 11:30 Superepidermale Feuchtigkeitsmessung als Frühindikator von Dekubitus  
*N. Lahmann (Berlin)*
- 11:50 Inzidenz, Prävalenz und Entwicklung der „vermuteten, tiefen Gewebeschädigung“ -  
FV24 eine Dokumentationsanalyse  
*S. Köberich (Freiburg i. Br.)*
- 12:00 Unter Druck: *In-vitro*-Hautmodelle als Testsystem für Dekubitus  
FV25 *L. Kiesewetter, M. Jannasch, M. Wußmann, D. Groneberg (Würzburg),  
F. Groeber-Becker (Würzburg, Düsseldorf)*
- 12:10 Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?



**10:45-12:15 Sitzung KP 14 - ICW: Aktuelles aus der ICW**

Konferenzraum 7  
Vorsitz: J. Dissemond (Essen), K. Teubner (Fürstfeldbruck)

- 10:45 Projekt Lernzielkatalog für Studierende  
C. Erfurt-Berge (Erlangen)
- 11:05 Leitlinien und Standards  
J.-D. Rembe (Düsseldorf)
- 11:25 Aktuelle Veröffentlichungen der ICW  
J. Dissemond (Essen)
- 11:45 Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?

**10:45-12:15 Sitzung KP 15 - DGG I: Die Wunde und der „schwierige Patient“**

Konferenzraum 2  
Vorsitz: M. Gosch, K. Singler (Nürnberg)

- 10:45 Das Delir erkennen  
S. Schütze (Frankfurt a. M.)
- 11:15 Kommunikation mit Patienten mit kognitiver Beeinträchtigung  
M. Schlögl (Barmelweid/CH)
- 11:45 Einwilligungsfähigkeit bei kognitiven Einschränkungen  
J. Pantel (Frankfurt a. M.)



**10:45-12:15 Sitzung KP 16 - DWR: Quo vadis? - Wo steht die Wundbehandlung heute?**

Orchesterraum  
Vorsitz: M. Storck (Karlsruhe), I. Hoffmann-Tischner (Köln)

- 10:45 Konzeption einer klinischen Studie zum Nachweis des therapeutischen Nutzens eines sonstigen Produktes zur Wundbehandlung  
M. Storck (Karlsruhe)
- 11:03 Welche Rolle spielt das IQWiG in der Wundversorgung?  
C. Fischoeder (Berlin)
- 11:21 Strukturprobleme von ambulant bis stationär am Beispiel DFS  
S. Eder (Donauwiesing)
- 11:39 Neue HKP-Anpassung - „Blanko-Verordnung“  
I. Hoffmann-Tischner (Köln)
- 11:57 Verordnungsfähigkeit - was wird HEUTE erstattet und was nicht?  
M. Wüstefeld (Köln)



**10:45-12:15 Seminar 7 - FgSKW: Parastomale Wunden versorgen**

Konferenzraum 4  
Leitung: K. Zobel (Gütersloh)

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





**10:45-12:15 Workshop 12 - FKDB & Fußnetz Bayern: Diabetische Neuropathie - oft nicht erkannt: Können Sie die Diagnose selbst stellen?**  
 Konferenzraum 3  
 Leitung: A. Grünerbel (München)

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

**10:45-12:15 Workshop 13 - Bayerische Pflegeakademie: Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Hautintegrität“**  
 Meistersingerstüberl  
 Leitung: P. Lang-Marek, C. Schatz, U. Schüller (München)

Die Pflege der Haut hat eine große Bedeutung und ist eine Kernaufgabe der beruflichen Pflegetätigkeiten. Das Alter, funktionelle Veränderungen oder chronische Erkrankungen können zu verschiedenen Hautveränderungen und Risiken führen. Individuelle Hautpflege-interventionen unterstützen die Erhaltung und Förderung der Hautintegrität und somit auch das Wohlbefinden und die Lebensqualität. Der Expertenstandard gibt Empfehlungen zur Hautpflege bei Xerosis cutis und Prävention der Inkontinenz-assoziierten Dermatitis (IAD), Windeldermatitis (WD), Intertrigo, Skin Tears sowie bei leichten Formen von IAD, WD und Intertrigo. Eine Vielzahl von Reinigungs- und Pflegeprodukten für die Haut ist auf dem Markt vorhanden. Eine Auswahl von geeigneten Hautmitteln zu treffen, ist oft nicht einfach. Erfahren Sie im Workshop, wie Sie diese nach den Empfehlungen des Expertenstandards treffen können und die verschiedenen Hautmittel korrekt einsetzen.



**10:45-12:15 Workshop 14 - DGfW: Wundauflagen im Kontext der Wundtherapie (Wdhlg.)**  
 Konferenzraum 1  
 Leitung: C. Moosmann (Freiburg i. Br.)

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



**10:45-12:15 Workshop 15: Update Diabetischer Fuß 2024 (Wdhlg.)**  
 Konferenzraum 5  
 Leitung: R. Lobmann (Stuttgart)

Der diabetische Fuß bleibt eine der herausfordernden Komplikationen des Diabetes. Im Kurs wird eine Übersicht der grundlegenden Prinzipien der Wundtherapie beim DFS gegeben. Besondere Schwerpunkte beim „Update 2024“ werden daneben der Charcot-Fuß, die diabetische Neuropathie und die Prinzipien der Interims- und Schuhversorgung sein.

**14:15-15:45 Hauptsitzung 10 - Wundtherapie unter schwierigen Bedingungen**  
 Großer Saal  
 Vorsitz: H. Diener (Buchholz), A. Maier-Hasselmann (München)

14:15 Wundversorgung in Sierra Leone  
 J. Steinheber (Ebersberg)

14:32 Organisation plastisch chirurgischer Versorgung in Ländern der Dritten Welt  
 G. Marinello (Murnau)

14:49 Wundbehandlung in Krisengebieten  
 T. Stöbe (Berlin)

15:06 Wundversorgung bei Kriegsopfern aus der Ukraine  
 M. Johann (Hamburg)

Durchbruch in  
der Behandlung  
von **chronisch  
venösen Ulzera**

**AMESANAR**<sup>®</sup>  
ABCB5-positive MSCs

# Topische Stromazelltherapie zur Behandlung von chronisch venösen Wunden\*

- Jetzt verordnungsfähig
- Einmalige topische Applikation
- Studien belegen Sicherheit & Wirksamkeit<sup>1</sup>
- Erste somatische Zelltherapie bei CVU

\* zur lokalen Therapie chronisch venöser Ulzera (CVU) auf Basis einer bestehenden chronisch venösen Insuffizienz (CVI)

<sup>1</sup> Kerstan, A., Dieter, K., Niebergall-Roth, E., Dachtler, A. K., Kraft, K., Stücker, M., ... & Kluth, M. A. (2021). Allogeneic ABCB5+ mesenchymal stem cells for treatment-refractory chronic venous ulcers: a phase I/IIa clinical trial. *JID Innovations*, 100067.

Bezeichnung: AMESANAR. Allogene ABCB5-positive mesenchymale Stromazellen, aus menschlichem Hautgewebe isoliert. Pharmazeutischer Unternehmer: RHEACELL GmbH & Co. KG; Im Neuenheimer Feld 517, 69120 Heidelberg; Tel.: 0622171833230; info@amesanar.com. Zusammensetzung und sonstige Bestandteile: Eine 1 mL Fertigspritze gefüllt mit 0,5 mL Zelldispersion (= 5 x 10<sup>6</sup> allogene ABCB5-positive mesenchymale Stromazellen, aus menschlichem Hautgewebe isoliert; d.h. 1 x 10<sup>7</sup> Zellen/mL) in Applikationslösung, flüssig [49,5 Vol% Ringerlaktat, 2,5% Humanes Serum Albumin, 0,4% Glukose]. Anwendungsgebiete: Allogene ABCB5-positive mesenchymale Stromazellen, aus menschlichem Hautgewebe isoliert, müssen von einem Facharzt verabreicht werden mit Schwerpunkt und/oder Zusatzbezeichnung Angiologie und/oder Chirurgie und/oder Phlebologie und/oder Dermatologie. In jedem Fall hat der anwendende Arzt über ausreichende Erfahrung in der Behandlung der chronisch venösen Ulzera und der chronisch venösen Insuffizienz (CVI) zu verfügen einschließlich chirurgischer Debridementtechniken. Dabei ist die obere Größe des zu behandelnden Ulcus auf maximal 100 cm<sup>2</sup> beschränkt. Gegenanzeigen: Allogene ABCB5-positive mesenchymale Stromazellen, aus menschlichem Hautgewebe isoliert, dürfen nicht angewendet werden bei: Überempfindlichkeit gegen einen oder mehrere der in Abschnitt 6.1 in der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile von AMESANAR sowie gegen Rinderserum; Patienten mit Wundinfektion des Ulcus, welche eine systemische Antibiose nötig macht; bestehenden Kontraindikationen gegen chirurgische Wunddebridementverfahren; Überempfindlichkeit gegen 3M™ Tegaderm™ Film Transparentverband. Nebenwirkungen: Zur Behandlung mit AMESANAR liegen begrenzte klinische Daten aus Studien ohne Kontrollgruppen vor. Die Sicherheit kann noch nicht abschließend bewertet werden. Daten zur Sicherheit des Arzneimittels: Gegenwärtig liegen Daten für 31 Patienten mit chronisch venösem Ulcus vor, wobei 3 mögliche Verdachtsfälle in 3 Patienten auftraten: milder Fall von erhöhter Wundsekretion (kodiert als Hautulkus), ein moderater Fall von Hautrötung und ein moderater Fall von Schmerz am Ulcus. Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen: AMESANAR darf nur von Fachärzten mit Qualifikation im Bereich Dermatologie oder Chirurgie oder einem Arzt mit der Schwerpunktbezeichnung Angiologie oder mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie angewendet werden; AMESANAR darf nur von ausgebildetem und qualifiziertem Personal angewendet werden, das die Gebrauchsinformation sorgfältig gelesen hat; der Inhalt einer Spritze ist für die einmalige Verwendung bei nur einem Patienten vorgesehen; die Zelldispersion ist vor Gebrauch visuell zu prüfen. Nach Invertieren soll eine homogen trübe, milchig bis leicht gelbliche Zelldispersion vorliegen. Es dürfen keine Aggregate sichtbar sein; AMESANAR darf nicht nach dem auf der Verpackung genannten Ablaufdatum verwendet werden. Wechselwirkungen sowie weitere Hinweise: siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. Stand: 08/2022

**RHEACELL**<sup>®</sup>  
Innovative Stem Cell Therapies

15:23 Die G.RE.A.T.-Technik (Guided tissue REgeneration by Alloplastic maTix) – ein neues  
 FV26 Konzept zur zuverlässigen und einfachen Regeneration von großen Skalpdefekten  
 mit freiliegender Kalotte. Eine erste klinische Fallserie  
*H. Kiefer (Balingen)*

15:33 Diskussion & Zusammenfassung – Was haben wir gelernt?

**14:15-15:45 Hauptsitzung 11 - Künstliche Intelligenz für die Wunddiagnostik**

Konferenz-  
 raum 6 *Vorsitz: K. Masur (Greifswald), E. S. Schultz (Nürnberg)*

14:15 Künstliche Intelligenz im Fokus: Perspektiven in der Medizin  
*M. Moelleken (Essen)*

14:40 Einsatz der KI zur Diagnosestellung bei chronischen Wunden  
*M. Krieter (Nürnberg)*

15:05 Herausforderungen in der stationären Diagnostik chronisch infizierter Wunden  
*K. Masur (Greifswald)*

15:30 Innovative Wundaufgabe mit signifikanten besseren Heilungsergebnissen bei  
 FV27 chronischen Ulcus cruris venosum im Vergleich zur Standardversorgung:  
 eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie  
*S. Beraldo, S. Drews, M. Schneider (Ratzeburg), C. Taylor, B. Hanson (Lexington, KY/US)*

15:40 Diskussion & Zusammenfassung – Was haben wir gelernt?

**14:15-15:45 Sitzung KP 17 - DGPL: Lymphödeme - Update Leitlinien**

Konferenz-  
 raum 7 *Vorsitz: T. Noppeney (Nürnberg), F.-J. Schingale (Pommelsbrunn)*

14:15 Wozu Leitlinien?  
*M. Koller (Regensburg)*

14:45 Angeborene Lymphödeme – gibt es dazu Leitlinien?  
*B. Cucuruz (Nürnberg)*

15:15 Erworbene Lymphödeme – Leitlinie und Praxisalltag  
*F.-J. Schingale (Pommelsbrunn)*



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

Konferenz-  
 raum 4 *Leitung: S. Probst (Genf/CH)*

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



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

Konferenz-  
raum 3

Leitung: M. Knestele (Kaufbeuren)

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

**14:15-15:45 Workshop 16: Fixierpflaster richtig anlegen**

Meistersinger-  
stüberl

Leitung: N. Kolbig (Düsseldorf)

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

**14:15-15:45 Workshop 17 - DGfW: Wundauflagen im Kontext der Wundtherapie (Wdhlg.)**

Konferenz-  
raum 1

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

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



**16:00-17:30 Hauptsitzung 12 - Kompressionstherapie**

Großer Saal

Vorsitz: B. Cucuruz, T. Noppene (Nürnberg)

16:00

Kompressionstherapie bei Ulcus cruris mit medizinisch adaptiven Kompressionssystemen  
T. Noppene (Nürnberg)

16:30

Komplexe Entstauungstherapie bei chronischen Ulcera  
F.-J. Schingale (Pommelsbrunn)

17:00

FV28

Massieren teurer als operieren? Kostenvergleich der konservativen versus operativen  
Therapie des chronischen Lymphödems  
R. Nuwayhid, S. Langer, N. von Dercks (Leipzig)

17:10

FV29

Und, wird's besser? - Der LYMQOL Bein als Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität  
von Lymphödempatient:innen  
R. Nuwayhid, S. Langer, T. Schulz (Leipzig)

17:20

Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?

**16:00-17:30 Hauptsitzung 13 - Akne inversa**

Konferenz-  
raum 6 *Vorsitz: C. Erfurt-Berge (Erlangen), F. Heppt (Hersbruck)*

16:00 Neue Erkenntnisse zur Pathophysiologie der HS als Ansatzpunkte innovativer Therapien  
*M. Ronicke (Erlangen)*

16:30 Einblick in die S2K-Leitlinie  
*F. Sponagl (Heerbrugg/CH)*

17:00 Zellbasiertes humanes Krankheitsmodell für die Hidradenitis suppurativa / Acne inversa  
FV30 mit möglichem therapeutischem Einsatz von löslichem CD83  
*M. Ronicke, C. Erfurt-Berge, A. Steinkasserer, D. Royzman (Erlangen)*

17:10 Diskussion & Zusammenfassung - Was haben wir gelernt?

**16:00-17:30 Sitzung KP 20 - DGG II: Aktuelle Studien und Forschung**

Konferenz-  
raum 7 *Vorsitz: T. Karl (Heilbronn), E. K. Stürmer (Hamburg)*

16:00 Die POWER-Studie  
*T. Mayer (Bochum)*

16:15 Studien in der Wundtherapie - Anforderungen und Umsetzung  
*M. Storck (Karlsruhe)*

16:30 S3 Leitlinie - Update 2023: Key messages  
*T. Karl*

16:45 Physikalische Wundtherapie translational - Magnetfeld, Laser und Kaltplasma  
*E. K. Stürmer (Hamburg)*

17:00 Fischhaut-Ergebnisse der ODIN-Studie  
*B. Dorweiler (Köln)*

17:15 pH-Wert in chronischen Wunden  
*J.-D. Rembe (Düsseldorf)*

**16:00-17:30 Sitzung KP 21 - DGG II: Multimorbidität und Polypharmazie**

Konferenz-  
raum 2 *Vorsitz: K. F. Becher (Wartenberg), M. Gosch (Nürnberg)*

16:00 Update der S3-Leitlinie zu schwer heilenden und/oder chronischen Wunden -  
die geriatrische Perspektive  
*K. F. Becher (Wartenberg)*

16:30 Polypharmazie und Wunden  
*M. Gosch (Nürnberg)*

17:00 Besonderheiten beim DFS beim älteren/geriatrischen Patienten  
*R. Lobmann (Stuttgart)*





**16:00-17:30 Sitzung KP 22 - DGA: Wunden erkennen, Durchblutung verbessern, Risiken minimieren**

Orchester-  
raum

*Vorsitz: B. Amann (Berlin), A. Haertel (Berlin)*

16:00 Endovaskuläre High-End-Interventionen – Fortgeschrittene Revaskularisationstechniken bei kritischer Ischämie / ischämischen Wunden (CLI)

*B. Amann (Berlin)*

16:30 Aschenputtel oder Kolibri – nicht-vaskuläre Wunden im Gefäßzentrum. Kasuistiken und Übersicht

*A. Haertel (Berlin)*

17:00 Einmal Thrombose: Immer Kompression? Immer Antikoagulation?

*B. Amann (Berlin)*



**16:00-17:30 Seminar 10 - Akademie Klinikum Nürnberg: Korrekte Wunddokumentation**

Konferenz-  
raum 4

*Leitung: G. Deutsche-Coerper (Nürnberg)*

Für die Auswahl und die Evaluation der lokalen Behandlungsstrategien ist die Wundbeurteilung und deren Dokumentation Voraussetzung für die Auswahl von Maßnahmen, die die Wundheilung fördern und sicherstellen. Das Seminar stellt sich der Frage, welche Parameter und Inhalte dokumentiert werden müssen und wie oft.



**16:00-17:30 Seminar 11 - DGfW: Gefäßmedizin - leitliniengerechte Diagnostik und Therapie der PAVK und CVI**

Konferenz-  
raum 3

*Leitung: A. Maier-Hasselmann (München)*

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

**16:00-17:30 Workshop 18: Wundreinigung/Wunddebridement (Wdhlg.)**

Meistersinger-  
stüberl

*Leitung: S. Eder (Donauwiesing), I. Hoffmann-Tischner (Köln)*

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



**16:00-17:30 Workshop 19 - DGfW: Wundaufgaben im Kontext der Wundtherapie (Wdhlg.)**

Konferenz-  
raum 1

*Leitung: C. Moosmann (Freiburg i. Br.)*

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

## INDUSTRIE-SESSIONS DONNERSTAG 5. DEZEMBER 2024

### 12:00-13:30 Industriesymposium

Großer Saal

#### Micro-Medical Instrumente GmbH

Wunde neugedacht, mit einer extrazellulären Matrix (EZM)  
H. Bruckmoser (Senftenberg)

MICRO-MEDICAL

12:00

Wunde neugedacht, mit einer extrazellulären Matrix (EZM)  
H. Bruckmoser (Senftenberg)

### 12:00-13:30 Industriesymposium

Konferenz-  
raum 6

#### Bemer Int. AG

Lunch and Learn

R. Bauernschmitt (Lahr)



12:00

Towards Longevity - was können wir für ein gesünderes, längeres  
Leben tun?  
R. Bauernschmitt (Lahr)

12:25

Medizin im Wandel - P4 und Medizin 3.0  
C. Barsch (Triesen/LI)

12:50

Ganzheitliches Gesundheitsmanagement: Die Rolle von Prähabilitation,  
Regeneration und Bewegung.  
R. Reer (Hamburg)

13:15

Fragen & Diskussion

### 12:00-13:30 Industriesymposium

Konferenz-  
raum 7

#### Urgo GmbH

Diagnostik und Wundversorgung: immer bestens vernetzt!  
M. Heilfort (Sulzbach)



12:00

Zusammen sind wir stark: Diagnostik, Differentialdiagnosen & Debridement im  
klinischen Setting  
F. Reinboldt-Jockenhöfer (Essen)

12:25

Wunddiagnostik und -therapie im ambulanten Sektor: Von Netzen, Fasern  
und Pfaden  
A. Grünerbel (München)

12:50

Praxiserfahrungen mit UrgoClean: Anwendungstipps und konkrete Fallbeispiele  
S. Franke (Sulzbach)

13:15

Interaktive Diskussion mit dem Publikum und Fazit

### 12:00-13:30 Industrieseminar

Konferenz-  
raum 2

#### BSN medical GmbH

Nebenwirkungsfreie Infektionsprävention und Infektionsbekämpfung  
durch Cutimed Sorbact

C. Schatz (München)



Infektionen stellen eine erhebliche Herausforderung im Gesundheitswesen dar, insbesondere in der Wundversorgung. Durch die rein physikalische Wirkweise von Cutimed sorbact werden Bakterien und Pilze sicher entfernt, ohne zusätzliche Endotoxine freizusetzen. Es kommt zu keiner Freisetzung antimikrobieller Substanzen. Aufgrund der Anwendung ohne bekannte Risiken oder Resistenzbildung kann Cutimed sorbact in der Infektionsprävention eingesetzt werden. Anhand von Fallbeispielen werden die verschiedenen Materialien und Indikationen zur Anwendung gezeigt und erläutert.

**12:00-13:30** **Industrieseminar**Orchester-  
raum**Smith & Nephew GmbH**Konsens oder Evidenz: Die optimale Prophylaxe und standardisierte  
Behandlung von Nahtdehiszenzen*E. K. Stürmer (Hamburg), A. Touloumtzidis (Krefeld)*Vorstellung eines neuen Konsensuspapiers (Wounds International) zur  
Bewertung, Diagnose und Behandlung von Nahtdehiszenzen.Welche Bedeutung hat es für die Praxis und wie kann ein standardisierter  
Behandlungsansatz inkl. ambulanter NPWT beitragen, die Belastung  
durch Nahtdehiszenzen vor allem im niedergelassenen Bereich zu verringern?Welche Vorteile bietet vor allem die kanisterlose NPWT den Patienten und  
Anwendern im Alltag - veranschaulicht an Fallbeispielen.**Smith+Nephew****12:00-13:30** **Industrieseminar**Konferenz-  
raum 4**ConvaTech (Germany) GmbH**

Silber-Update - was jetzt?

*D. Baum (München)*Das Industrieseminar bietet Ihnen ein umfassendes Update hinsichtlich  
der aktuellen Erstattungsfähigkeit silberhaltiger Wundauflagen. **convatec**  
— forever caring —**12:00-13:30** **Industrieworkshop**Konferenz-  
raum 3**BioMonde GmbH**

Das Débridement mit der Larventherapie leicht erklärt!

*S. Bothur (Hamburg), M. Willms (Barsbüttel)*Im Workshop geht es um die Anwendung der medizinischen Larventherapie  
für das Débridement schlecht heilender, chronischer Wunden. Die Teilnehmenden  
erhalten alle wesentlichen Informationen zum erfolgreichen Therapiekonzept -  
zur Herstellung und Wirkungsweise der Fliegenlarven, zur Planung und  
Durchführung dieser Débridementmethode und zu verschiedenen Fallbeispielen.  
Im praktischen Teil steht ein Applikationstraining im Vordergrund sowie der  
gemeinsame Austausch über wertvolle Tipps & Tricks zur einfachen Handhabung  
des BioBags auf unterschiedlichen Wundarten.  
**BioMonde**<sup>®</sup>**12:00-13:30** **Industrieworkshop**Meistersinger-  
stüberl**LIGAMED medical Produkte GmbH**

Dr. Guck's Rat der Wundversorgung - Sehen und Staunen mit Fallbeispielen

*T. Väth (Würzburg)*Die ganzheitliche Wundtherapie ist in jedem Fall individuell. In diesem Vortrag  
lernen Sie an verschiedensten Fallbeispielen den Verbandstoff LIGASANO  
und seine Anwendung kennen.Ganz herzlich laden wir Sie ein, Ihre Erfahrungen und Ideen zu den vorgestellten  
Fallbeispielen mit uns auszutauschen.**LIGASANO**<sup>®</sup>  
wird einfach**12:00-13:30** **Industrieworkshop**Konferenz-  
raum 1**mediset clinical products GmbH**Verbrennungen und Verbrühungen im Kindesalter - Unterschiede zu  
Erwachsenen*S. Rump, L. Ermshaus (Bielefeld)*In dem Industrieworkshop wird anhand von Fallbeispielen aus der Praxis, der  
Versorgung von Verbrühungen und Verbrennungen bei Kindern im Unterschied  
zu Erwachsenen berichtet.  
**mediset**  
clinical products

**16:00-17:30 WUND-Slam**

Großer Saal *Vorsitz G. Gosch (Nürnberg)*

Sie alle kennen den Poetry Slam? Wir organisieren den Wund Slam. Die Industrie soll ihr Flagship an Wundaufgaben und -spülungen präsentieren - Konventionell, als Video oder spannender als Animation, gesungen, getanzt oder gedichtet. Die Medizinproduktehersteller sind frei in der Gestaltung ihrer Präsentation der Produkte.

- 16:00 mediset clinical products GmbH
- 16:15 Urgo GmbH
- 16:30 LIGAMED medical Produkte GmbH
- 16:45 BSN medical GmbH

**INDUSTRIE-SESSIONS FREITAG 6. DEZEMBER 2024**

**12:30-14:00 Industriesymposium**

Großer Saal **ConvaTec (Germany) GmbH**

Haben Sie eine gute Wund-Life-Balance?  
*J. Dudek (Schwaig), B. Jäger (Quedlinburg)*

Die Versorgung chronischer Wunden stellt eine große Herausforderung dar - für die medizinische Fachkraft wie auch für den Patienten. Fachpersonal und Angehörige stehen vor der Herausforderung, mit begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen eine optimale Wundversorgung zu gewährleisten. Gleichzeitig beeinflussen belastende Faktoren wie häufige Verbandwechsel, Schmerzen und hohes Exsudataufkommen die Lebensqualität der Patienten erheblich. Wie kann also für alle Beteiligten eine gute Wund-Life-Balance geschaffen werden? Kann die Auswahl des Wundverbandes dabei helfen, die Situation zu verbessern?

In diesem Symposium erklärt Ihnen unser Referent Björn Jäger, welche Aspekte der Wundversorgung nicht nur zur Wundheilung beitragen, sondern auch die Wund-Life-Balance positiv beeinflussen können. Johannes Dudek stellt Ihnen anhand aktueller Fallbeispiele dar, wie unser neuer Schaumverband ConvaFoam® Silicone belastende Faktoren reduzieren und Ressourcen schonen kann, um Ihren Alltag zu erleichtern.



**12:30-14:00 Industriesymposium**

Konferenzraum 6 **Coloplast GmbH**

Exsudat- und Infektionsmanagement auf einem neuen Level  
*M. P. Moll (Göttingen)*



**12:30-13:30 Industriesymposium**

Konferenzraum 7 **Chiesi GmbH**

Epidermolysis Bullosa (Schmetterlingskrankheit): Zwischen Medizin und Alltag  
*C. Erfurt-Berge (Erlangen)*



12:30 Epidermolysis Bullosa (Schmetterlingskrankheit) verstehen - vom Krankheitsbild zur Therapie  
*C. Erfurt-Berge (Erlangen)*

13:00 Epidermolysis Bullosa (Schmetterlingskrankheit) im Alltag - Hürden, Themen und Probleme  
*M. Riegg (Pforzen)*

**12:30-14:00** **Industrieseminar**Konferenz-  
raum 2**Mölnlycke Health Care GmbH**

Wundbehandlung im Netzwerk - Der Schlüssel zum Erfolg

*O. König (Passau), Tigla (Burghausen),**C. Westermann (Mülheim a. d. Ruhr)*

Die Realität zeigt jedoch noch immer erhebliche Defizite. In dieser Session beleuchten erfahrene Referenten aus Klinik, Praxis sowie aus den Bereichen Versicherung und Industrie die Fallstricke in der sektorübergreifenden Zusammenarbeit. Welche Herausforderungen bestehen und welche Möglichkeiten bietet eine verbesserte Vernetzung? Welche Rolle kann die Digitalisierung in diesem Kontext spielen?

Im Anschluss haben Sie die Gelegenheit, mit den Experten über Strategien zur Optimierung der Versorgung komplexer Wunden zu diskutieren und die notwendigen Brücken zu bauen.

**12:30-14:00** **Industrieworkshop**Orchester-  
raum**RegenLab GmbH**

Wie die Wunde nach offener Amputation ohne Hauttransplantation schnell heilt

*S. Fraund-Cremer, I. Kasić (Kiel)*

Es ist wichtig zu beachten, dass bei komplexen Wundheilungsprozessen, wie bei Fallvorstellung Patient mit Vorfußamputation und allgemein reduziertem Gesundheitszustand aufgrund von PAVK, Dialyse, Polyneuropathie und Diabetes Typ-2, eine individuelle und umfassende Therapie erforderlich ist. Moderne Verbandstoffe können dazu beitragen, ein optimales Milieu für die Wundheilung zu schaffen, aber in einigen Fällen reichen diese Maßnahmen nicht aus. Es ist empfehlenswert, eng mit dem interdisziplinären Team zusammenzuarbeiten, um eine optimale Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Dies beinhaltet das Infektmanagement, die Druckentlastung und die Förderung der Selbstmanagementkompetenzen. Die Anwendung von Thrombozyten-Gel, eine PRP-(Platelet-Rich Plasma)-basierte autologe Wundaufgabe, hat spezifische wundheilungsfördernde Wirkung durch Wachstumsfaktoren, die in der Wunde ihre Wirkung entfalten und den Heilungsprozess fördern. Medizinische Forschung und Entwicklung arbeiten stets daran, das Spektrum der Einsatzmöglichkeiten von PRP zu erweitern, auch als Therapeutikum zur Verbesserung der Wundheilung.

**12:30-14:00** **Industrieworkshop**Konferenz-  
raum 4**Smith & Nephew GmbH**

Prophylaktisches Inzisionsmanagement: sNPWT als Schlüssel zur Vermeidung von postoperativen Komplikationen

*T. R. Mett (Göttingen); A.O. Scholz (Erkelenz)*

Dieses Symposium bringt führende Experten aus der plastischen und der Unfallchirurgie zusammen, um innovative Strategien zur Prävention von Wundinfektionen vorzustellen. Im Fokus stehen moderne Methoden und Techniken, die eine schnellere Wundheilung und weniger Komplikationen ermöglichen. Die Teilnehmer erhalten Informationen über die neuesten Evidenzen und praxisnahe Einblicke für eine optimierte postoperative Versorgung.



**13:00-14:00 Industrieworkshop**

Konferenz-  
raum 3

**Kerecis GmbH**

*Leitung: B. Dorweiler (Köln)*

ODINN - Paradigmenwechsel in der Behandlung des diabetischen Fußulkus mit intakter Fischhaut

*M. Storck (Karlsruhe), W. Wetzel-Roth (Buchloe), H. Diener (Buchholz)*

**kerecis**



**12:30-14:00 Industrieworkshop**

Meistersinger-  
stüberl

**LIGAMED medical Produkte GmbH**

Diabetischer Fuß... da läuft was schief. Druckentlastende Maßnahmen beim DFS

*T. Prennig (Roth)*

Unter Druck entstehen Diamanten. Bei einem Menschen mit fortgeschrittenem Diabetes und Polyneuropathie allerdings auch Ulzerationen am Fuß, oft mit schwerwiegenden Folgen. Nach einem kurzem Fresh-up über Physiologie und Pathomechanismen werden wir Therapieoptionen mit dem Schwerpunkt „druckentlastende Maßnahmen“ am Fuß vertiefen.

**LIGASANO®**  
*wird einfach*

**12:30-14:00 Industrieworkshop**

Konferenz-  
raum 1

**Urigo GmbH**

Mission Innovation: Das URGO-Therapiekonzept für eine optimale Wundversorgung

*M. Heilfort (Sulzbach)*

Entdecken Sie die evidenzbasierten Produkte von URGO und wie Sie damit den Wundheilungsprozess bei Ihren Patient:innen unterstützen können. Sie erfahren in unserem Workshop, wie Sie gemäß den aktuellen Leitlinien Wunden mit unseren Therapiekonzepten versorgen. Zudem erhalten Sie Tipps, die Sie direkt in Ihrer täglichen Praxis anwenden können. Seien Sie Teil der Zukunft der Wundversorgung!

**URGO**  
**MEDICAL**  
Healing people®

# Sagen Sie Hallo zum neuesten Mitglied der Biatain® Familie

Reduziert die  
Aktivität von  
Proteasen\*

## Ihre Unterstützung für die Behandlung sehr stark exsudierender Wunden

Biatain Superabsorber absorbiert,  
schützt und hält Exsudat sicher zurück.



Effektive Absorption und Retention  
zur Förderung der Wundheilung



Schützt den Wundrand und die  
wundumgebende Haut vor Mazeration

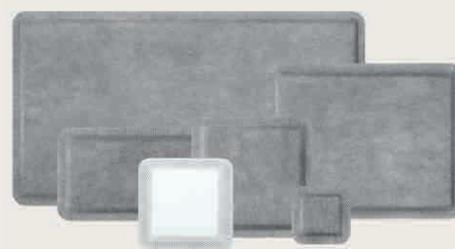


Einfach in der Anwendung\*\* und entwickelt  
für eine rückstandslose Entfernung

\*Based on in vitro data, Coloplast data on file 2024

\*\*Coloplast, Data-on-file, 01/2024, N = 20, Prüfung auf  
Gebrauchstauglichkeit in Form einer simulierten Anwendung.

Coloplast and the Coloplast logo are trademarks of Coloplast A/S.  
© 2024-10 Coloplast A/S. All rights reserved. PM-33887



Eine Vielzahl an Größen – für Ihre  
Bedürfnisse in der Wundversorgung!



Scannen Sie den  
Code und bestellen  
Sie sich Ihr **kosten-  
loses Muster!**

# Die Abstracts der wissenschaftlichen Vorträge

## FV01 Kommunikation in der Schmerz-evaluation bei Patienten mit Wunden im stationären Bereich zwischen Pflegepersonal und ärztlichem Personal

U. Tidow

Klinikum Hannover, Gefäßchirurgie, Hannover,

### Einleitung

Patienten mit akuten oder chronischen Wunden zeigen ein unterschiedliches Schmerzempfinden, welches im zeitlichen Verlauf Veränderungen unterliegt. Dem Empfinden von Schmerzen sollte Rechnung getragen werden, da es unbeachtet im Verlauf zu Steigerungen des Schmerzempfindens führen kann. Patienten geben in unterschiedlichem Maß dem ärztlichen und pflegerischen Personal gegenüber Schmerzen an. Ein schneller chirurgischer Erstverbandwechsel wird „durchgestanden“, während im Verlauf weiterer Verbandwechsel häufig vermehrt Schmerzen angegeben werden können. Hier ist die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen gefragt.

### Methoden

Wir evaluierten innerhalb eines Monats auf einer gefäßchirurgischen Station die Angabe von Schmerzen während der Verbandwechsel nach einer numerischen Schmerzskala. Dies ermöglicht das individuelle Anpassen der analgetischen Medikation. Damit können Nebenwirkungen wie Obstipation, Verwirrtheit, Müdigkeit vermieden bzw. verringert werden.

### Ergebnisse

Schmerzen muss während der Verbandwechsel Rechnung getragen werden. Sie sollten nach den gängigen Schmerzskalen quantifiziert und qualifiziert werden. Dies hilft insbesondere in der interdisziplinären Patientenbetreuung und dem vermehrt wechselnden Personalpool. Unterstützende Maßnahmen während der Verbandwechsel, wie z.B. Befeuchten von Verbänden, Erwärmen von Wundspüllösungen, Gabe von Schmerzmitteln vor Verbandwechseln sollten immer wieder ins Kalkül gezogen werden.

### Schlussfolgerung

Der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen kommt in Bezug auf Durchführung der Verbandwechsel, Evaluation von Schmerzen, Anpassen einer individuell patientenbezogenen Schmerzevaluation eine besondere Bedeutung zu. Junges Pflegepersonal sollte umgehend in diese Prozesse eingebunden werden. Im Zeitalter wechselnden Personals (Zeitarbeitspersonal) erlangen Standards eine besondere Bedeutung zwischen den Berufsgruppen.

## FV02 Messung der Lebensqualität bei Menschen mit Diabetes und einer eingeschränkten bzw. fehlenden Schmerzwahrnehmung (Loss of protective pain, LOPP)

B. Kulzer<sup>1</sup>, D. Ehrmann<sup>1</sup>, A. Risse<sup>2</sup>, H. Diener<sup>3</sup>, A. Grünerbel<sup>4</sup>, H. Lawall<sup>5</sup>, C. Lüdemann<sup>6</sup>, S. Morbach<sup>7</sup>, C. Volkering<sup>8</sup>, R. Lobmann<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Forschungsinstitut der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM RDC), <sup>2</sup>Diabeteszentrum am Sophie-Charlotte-Platz, Berlin, <sup>3</sup>Krankenhaus Buchholz und Winsen gemeinnützige GmbH, Gefäß- und Endovaskularchirurgie - Wundkompetenzzentrum, Buchholz, <sup>4</sup>Diabeteszentrum München Süd, <sup>5</sup>Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. med. Curt Diehm Dr. med. Holger Lawal, Ettlingen, <sup>6</sup>Krankenhaus Brixen, Abteilung (Innere) Medizin, Italien, <sup>7</sup>Marienkrankenhaus gGmbH Soest, Innere Medizin, Diabetologie, <sup>8</sup>Orthoevo, Dr. Eisele, Dr. Volkering, München, <sup>9</sup>Klinikum Stuttgart, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie

### Einleitung

Die Lebensqualität von Patienten mit Fußulzera ist sowohl im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung als auch im Vergleich zu Patienten mit Diabetes eingeschränkt. Allerdings scheint vor allem das Vorhandensein von Schmerzen die Lebensqualität zu reduzieren (Khunkaew et al, 2019). Der Wound-QoL (Augustin et al 2010) ist das am häufigsten verwendete Fragebogeninventar zur Messung der Lebensqualität bei DFS. Eine Literaturrecherche ergab jedoch bislang keine Studien, die überprüft haben, ob der Wound-QoL auch bei Menschen mit Diabetes mit DFS und Verlust der protektiven Schmerzwahrnehmung (LOPP) eingesetzt werden kann. Dies erscheint fraglich, da der Wound-QoL ausschließlich Items enthält, die einen direkten oder indirekten Bezug zu Schmerzen aufweisen.

### Ziele

Erstellung einer erweiterten Fragebogenversion des Wound-QoL(LOPP), die die Lebensqualität auch bei Menschen mit Diabetes und LOPP reliabel und valide erfasst.

### Materialien und Methoden

Aus den Ergebnissen einer quantitativen Studie wurden Items formuliert, die für die Lebensqualität von Menschen mit LOPP valide sind. Dieser Wound-QoL (LOPP) soll multizentrisch an einer Stichprobe von N = 180 Personen mit Diabetes und einem bestehenden Fußulkus hinsichtlich seiner psychometrischen Eigenschaften überprüft werden. Gleichzeitig erhalten die Teilnehmer den Wound-QoL in der Originalversion zur Bearbeitung. Zur Bestimmung der Validität werden der EQ-5D, der Freiburg Life Quality Assessment for wounds (FLQA), der SF-36, der Problem Area of Diabetes (PAID), der WHO Well-Being Index (WHO-5) (24) und die Allgemeine Depressionsskala (ADS) herangezogen. Mit Hilfe deskriptiver und inferenzstatistischer Verfahren werden die Reliabilität, die Faktorenanalyse und die Validität des Wound-QoL(LOPP) bestimmt.

## Zusammenfassung

Bisher gibt es kein spezifisches Fragebogeninventar zur Messung der Lebensqualität bei Menschen mit LOPP. Es soll überprüft werden, ob der Wound-QoL (LOPP) ein geeignetes Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei dieser Patientengruppe ist.

## Literatur

Khunkaew, S., Fernandez, R., & Sim, J. (2019). Health-related quality of life among adults living with diabetic foot ulcers: a meta-analysis. *Quality of Life Research*, 28, 1413-1427

Augustin, M., Herberger, K., Rustenbach, S. J. et al. (2010). Quality of life evaluation in wounds: validation of the Freiburg Life Quality Assessment-wound module, a disease-specific instrument. *International Wound Journal*, 7(6), 493-501

## FV03 Komplexe Schmerztherapie bei chronischen Wunden autoimmuner Genese

J. Heilberger, C. Klingelhöller, P. Doll

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Dermatologie, Hamburg

Wir berichten von einer Patientin mit bekannten chronischen Ulzerationen der Unterschenkel bei Livedovaskulopathie und Mamma-Ca mit nun massiver Exazerbation der Wunden und Schmerzen mit zusätzlicher Erstdiagnose eines Pyoderma gangraenosum (PG).

Ziel der Arbeit ist es, die Komplexität der Wundgenese, der damit einhergehenden Behandlungswahl sowie die Schmerzeinstellung anhand eines Fallbeispiels aufzuzeigen.

Die Vorstellung der 61-jährigen Patientin erfolgte erstmalig im Mai 2024 in unserer Klinik bei bekannter Livedovaskulopathie. Diese wurde im Jahr 2023 extern mit Prostatykinlinfusionen, Immunglobulinen und Prednisolonstößen sowie Rivaroxaban behandelt. Darunter kam es zunächst zu einer Besserung des Befundes.

Es erfolgte eine notfallmäßige stationäre Aufnahme bei Schmerz- und Wundexazerbation mit Reeinleitung der Prostatykinlininfusionen, antiinfektiver Therapie mit Cefazolin sowie Natriumthiosulfatinfusionen. Weiterhin erfolgte eine Schmerzeinstellung mit Novalgin g 4× täglich, Tramal long 100 mg 2× täglich und Tramal Tropfen bB. Es erfolgte die Entlassung in deutlich gebessertem Wund- und Schmerzzustand sowie die Planung eines erneuten stationären Aufenthaltes nach vier Wochen.

Bei Wiedervorstellung zeigten sich die Wunden massiv verschlechtert mit stark lividen, aufgeworfenen Randwällen und Schmerzen 10/10 gemäß NRS. Bei klinisch nun hochgradigem Verdacht auf ein PG (Paracelsus Score 16) erfolgte eine Hochdosis-Prednisolontherapie, die notfallmäßige Reeinleitung der Immunglobuline, Fortführung der Prostatykinlininfusionen sowie die Einleitung von Ciclosporin 100 mg p.o. zweimal täglich. Das histopathologische Ergebnis einer Spindelbiopsie unter Prednisolonschutz zeigte eine neutrophilenreiche Entzündung mit unterminiertem Randsaum, passend zum PG. Schmerzmedizinisch erfolgte eine Opioidrotation auf Hydromorphon 8 mg 2× tgl. und Hydromorphon akut bB, Fortführung mit Novalgin und bei neuropathischen Schmerzen Gabapentin 600 mg 3× tgl..

Während des stationären Aufenthaltes erfolgte eine rheumatologische, schmerzmedizinische sowie gefäßmedizinische Mitbetreuung.

Der Fall zeigt eindrucksvoll die Schwierigkeit der korrekten Diagnosestellung bei chronischen Wunden und die damit verbundene Therapiewahl sowie die massive Beeinträchtigung der Lebensqualität der Patient:innen durch Schmerzen und Wundversorgung.

## FV04 Bakterien mit besonderen Eigenschaften in Wunden

A. Schwarzkopf, C. Schwarzkopf

Institut Schwarzkopf GbR, Wissenschaftliche Leitung, Aura an der Saale

Chronische Wunden, aber auch postoperative Wunden, weisen stets einen mehr oder weniger ausgeprägten Biofilm auf. Während dieser normalerweise mit dem Hautmikrobiom und der zellulären Abwehr im Gleichgewicht bleibt, gibt es Varianten für Bakterien, die das Infektionsrisiko auf Grund eigener Pathogenitätsfaktoren und/oder Resistenzen deutlich erhöhen. Zu diesen gehören die Panton-Valentine-Leukozidin produzierenden *Staphylococcus aureus* (PVL+) und die große Gruppe der multiresistenten gramnegativen Stäbchenbakterien (MRGN).

## Methodik

Rechts- und Literaturrecherche einschließlich Leitlinien sowie strenge, plausible, nachvollziehbare, theoretische Ableitungen aus ca. 37 Jahren Berufserfahrung.

## Ergebnisse

PVL+-Staphylokokken können durch irreversible Schädigung peripherer Monozyten ungewöhnlich schwere Verläufe von Haut- und Wundinfektionen auslösen, beispielhaft seien rezidivierende Abszesse, Pyoderma bis hin zur Dermatonekrose genannt. Derartige Verläufe sollten immer den Verdacht auf diese *S. aureus*-Varianten lenken. Labortechnisch kann der Verdacht verifiziert werden. PVL+ gibt es auch als MRSA, so dass ein Antibiogramm immer mit zur Diagnostik gehört. Eine Sanierung der im Nasen-Rachen-Raum siedelnden Bakterien ist nötig, auch dann, wenn es sich nicht um MRSA handelt. Bei notwendigen Operationen und unklarem Trägerstatus kann eine prä-, intra- und postoperative Suppressionstherapie z. B. mit Octenidinhaltigen Präparaten durchgeführt werden.

Rezidive können von Menschen, Haustieren und nicht aufbereiteten Flächen durch erneute Übertragung ausgelöst werden, weswegen sich eine Umgebungsuntersuchung empfiehlt. Die Therapie erfolgt nach Antibiogramm in Verbindung mit Eröffnung und Versorgung von Abszessen. MRGN nehmen in Deutschland nicht generell zu, jedoch wurden aus Osteuropa vermehrt 4MRGN eingeschleppt. Zu beachten sind vor allem die Carbenemase-Bildner, die in der MRGN-Population zunehmen. Antiseptika sind in der Lokalbehandlung Antibiotika grundsätzlich vorzuziehen, die Indikation für eine antibiotische Behandlung ergibt sich in der Regel nur bei über Lokalinfection hinausgehenden Infektionen. Zeitgemäß ist die funktionale Isolierung, bei der aufgrund einer individuellen Risikobewertung die jeweils zu treffenden Maßnahmen festgelegt werden. Zu beachten ist, dass beim Verbandwechsel auf der Wunde sitzende Mikroorganismen obligat freigesetzt werden. Hygiene der Flächen und Hände stellt ein unverzichtbares Arsenal zur Absicherung der Behandlung und Vermeidung der Weiterverbreitung dar.

## FV05 3D human skin equivalent as a tool to study wounds with polymicrobial biofilm

O. Kurow, S. Langer, R. Nuwayhid

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

### Purpose

Polymicrobial biofilm complicate medical treatment, in particular in immunocompromised patients and with implanted medical devices. In this project, we investigated the dynamics of co-colonization of staphylococci (*Staphylococcus aureus* and *Staphylococcus epidermidis*) in tissue-engineered, air-exposed, three-dimensional (3D) human skin equivalent, as a replacement for animal experiments. This experimental *in vitro* set-up that mimic the native skin to a high degree was further developed *in vitro* polymicrobial biofilm wound infection model to study interspecies interactions.

### Methods

Primary human epidermal keratinocytes (HPEK) and human dermal fibroblasts (HDFp) were used together to set up the 3D human skin equivalent. For the experimental infection, the tissue models were exposed on the apical side to bacterial culture to investigate host response to monospecies versus polymicrobial biofilms.

Infection-related changes of the morphology, integrity, differentiation, cytokine production, proliferation and cytotoxic effect were analyzed by using immunohistochemistry, immunofluorescence, ELISA and LDH-detection.

### Results

Experimental infection of 3D-skin equivalent showed destruction of St. corneum and St. granulosum with dissemination of soft tissue and accumulation of staphylococci inside of 3D equivalent with forming of mature biofilm. The cytotoxic effect was enhanced in bi-species biofilm, suggesting a mutual support of bacteria in their virulence. Expression of proinflammatory cytokines in 3D skin equivalents with baseline (not infected), *S. aureus* infected and *S. epi* mono-species biofilm are comparable, the bispecies biofilm leads to increased cytokine expression. Polymicrobial infection affect massive cytokine production (TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , MCP-1, IL-33 and IL-6) by 3D-skin equivalent.

### Conclusions

3D-skin equivalent enables a structured approach to investigate polymicrobial biofilm and its impact on skin cells in *in vitro*. This demonstrates the model's applicability as a reliable platform for investigations of human skin cell's host response to microbial infections. Our model represented a new inexpensive tool for the analysis of approval studies for antibiotics and other local therapeutic agents including antiseptic solutions as well as modern wound dressings.

## FV06 The impact of Li-ESWT on the postoperative management of Fournier's gangrene—a non-invasive new concept tested in Europe and Asia

J. Rassweiler, C. C. Clarice Condono

Danube Private University, Urologie und Andrologie, Krems, Österreich

### Objectives:

Fournier's gangrene is an aggressive frequently fatal polymicrobial soft tissue infection of the perineum and external genitalia. It requires immediate radical surgery with complete removal of affected tissue. Postoperative management includes mesh-graft and skin-flaps. Based on results for chronic ulcers, we used Li-ESWT in the management of wound healing following Fournier's gangrene.

### Materials and Methods

Li-ESWT was applied three times weekly with 2000–3000 shock waves at 3–4 Hz (Energy density: 0.25 mJ/mm<sup>2</sup>) using Duolith SD1 ultra (Storz-Medical, Taegerwilen, Switzerland) without anesthesia. From November 2021 to November 2022, we treated a total of 8 patients at two centers in Europe and Asia.

### Results

Li-ESWT was applied for following indications: Group 1: Three patients after secondary healing of a skin flap. In all cases wound-healing was promoted within 6 weeks and no further surgery was necessary. Group 2: Two patients were primarily treated successfully within 6 weeks followed by covering the remnant wound with mesh-graft. Group 3: Three patients were treated exclusively by Li-ESWT with complete restoration of penile and scrotal tissue following 3–6 months.

### Conclusions

Li-ESWT can be very interesting for urologists dealing with secondary wound problems like after Fournier's gangrene. However, future studies have to define optimal treatment parameters.

## FV07 Wundversorgung von Zugangskomplikationen in der Gefäßchirurgie

D. Uebermuth<sup>1</sup>, M. Zinser<sup>2</sup>, B. Dorweiler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Köln, Gefäßchirurgie, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Köln, Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

### Hintergrund

Wundinfektionen sind neben Lymphfisteln die häufigste Ursache einer kompromittierten Wundheilung in Gefäßzugangregionen (v. a. der Leiste). Risikofaktoren sind die anatomische Lagebeziehung zur nichtsterilen Genitalregion sowie das erhöhte Risikoprofil gefäßchirurgischer Patienten für nosokomiale Infektionen wie Rauchen und Diabetes mellitus. Aufgrund der Nähe zur rekonstruierten Arterie muss vordringlich eine sichere Abdeckung der vaskulären Strukturen erreicht werden.

### Methodik und Ergebnisse

Wir beleuchten unterschiedliche Verfahren wie Wunddébridement in Kombination mit Unterdrucktherapie, Spalthauttransplantation sowie Lappenplastiken. Gerade im Bereich der Lap-

penplastiken stellen die Verfahren der plastischen Chirurgie wie Schwenk-, Verschiebe- oder Rotationslappenplastiken sowie der muskuläre und fasziomyokutane Gewebetransfer, jeweils gestielt oder als freier Transfer, ein wichtiges Armamentarium dar.

Eine besondere Stellung haben auch dermale Ersatzmatrices (bovines Perikard, marine Matrix), die zur Deckung von Gewebedefekten verwendet werden können. Es werden an vier Patientenbeispielen die jeweiligen Verfahren exemplarisch vorgestellt sowie die dazugehörige Literatur zusammengefasst.

### Fazit

Zusammenfassend gibt es unterschiedliche Möglichkeiten der Wundbehandlung und chirurgischen Defektdeckung von Wundkomplikationen bei Gefäßzugängen in Abhängigkeit von Lokalisation und Weichteilsituation. Entscheidend für den Therapieerfolg sind die Tiefe der Wunde, der lokale Gefäß- und Muskelstatus sowie die Beherrschung der Infektsituation. Ein interdisziplinär abgestimmtes Behandlungskonzept mit der plastischen Chirurgie ist in komplexen Fällen vorteilhaft.

## FV08 Maligne Tumorwunden - neue Perspektiven?

P. Doll, J. Heilberger, C. Klingelhöller, S. W. Schneider

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Dermatologie, Hamburg

Tumorwunden mit u. a. Exulzeration stellen eine große Belastung und Herausforderung dar. Es kommt zu Exsudation, Foetor, Blutungstendenz, Ödem, Pruritus und Entzündung. Diese Wundverhältnisse bedürfen einer spezialisierten Lokaltherapie. Trotz der kontinuierlichen Fortschritte im Bereich der modernen Wundtherapie stützt sich die Literatur diesbezüglich auf *In-vitro*- und *In-vivo*-Studien an Tiermodellen, während Fallberichte und klinische Studien nach wie vor selten sind.

Zu den wichtigsten Lokaltherapien gehören geruchsbindende und antimikrobielle Wundauflagen, deren positive Ergebnisse in randomisierten klinischen Studien beschrieben wurden. Allgemein bekannte Therapiemöglichkeiten sind unter anderem silberhaltige Wundauflagen, diese können aufgrund der antimikrobiellen Eigenschaften angewandt werden, jedoch nicht mit allen Therapieformen kombiniert werden. Als geruchsbindender Stoff eignet sich besonders die Aktivkohle. Kalziumalginat kann Blutungen minimieren. Schaumverbände können Schmerzen reduzieren und in besonderem Maß Exsudation aufnehmen.

Neue Forschungsansätze zeigen sich in der pflanzenbasierten Therapie, hier werden Stoffe im Hinblick auf ihre antimikrobielle, antioxidativen und chemopräventiven Eigenschaften hin untersucht wie z. B. Isochinolin-Alkaloide mit signifikanten entzündungshemmenden und zytotoxischen Eigenschaften oder pflanzliche polyphenolische Verbindungen, die eine antioxidative Wirkung besitzen sowie entzündungshemmend, antineoplastisch und immunmodulatorisch wirken.

Ein weiterer Forschungsansatz findet sich in der Nanotechnologie, bei welcher Stoffe entweder eine biologische Aktivität aufweisen oder die Fähigkeit besitzen, therapeutische und synthetische Wirkstoffe zu tragen. Besonders gut zeigt sich die Applikation der Nanopartikel in Hydrogelen. Topische Therapien mit Opioiden und Lokalanästhetika wurden zur Schmerzbehandlung untersucht. Ihre Wirksamkeit wurde jedoch nur in

einigen wenigen Interventionsstudien geprüft, was darauf hinweist, dass weitere Primärstudien erforderlich sind, um eine evidenzbasierte Praxis zu ermöglichen.

In Anbetracht des neoplastischen Charakters der Wunden ist eine Heilung durch die Anwendung klassischer Wundauflagen nicht zu erwarten. Eine überwiegend palliative Behandlung, die sich auf die Erhaltung der Lebensqualität des Patienten konzentriert, ist das Therapieziel. Weitere Studien für multidimensionale Wundversorgungsstrategien sind dringend erforderlich.

## FV09 Necrobiosis lipoidica unter dem Deckmantel eines superinfizierten Ulkus

A. P. Schmitt, M. Vosloo, T. Uhlmann

Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Klinik für Dermatologie

### Einleitung

Wir berichten über eine 66-jährige Patientin, die sich über unsere interdisziplinäre Wundsprechstunde mit chronischen Wunden an beiden Unterschenkeln vorstellte. Die Wunden seien durch Kratzen entstanden und progredient größer geworden. Die Patientin leide zudem an Diabetes mellitus Typ 2 und PAVK.

Gezeigt hat sich die Manifestation einer Necrobiosis lipoidica, eine seltene, gynäkotrope und granulomatöse Systemerkrankung, die sich am Integument und hier bevorzugt an den Unterschenkeln in Form von großflächigen, braunroten und bei längerer Bestandsdauer auch ulzeriert darstellen kann. 65% der Erkrankten sind Diabetiker, wobei drei von 1000 Diabetikern hierunter leiden. Eine ulzerierende Necrobiosis lipoidica gepaart mit Wundinfektionen sind eine herausfordernde Kombination.

### Ziele

Bei unserem Fallbericht wird ein möglicher Therapieansatz präsentiert und diskutiert. Die dermatopathologische Aufarbeitung der Effloreszenzen ist essenziell, jedoch sollte in Zusammenarbeit der Befunde und der typischen Effloreszenzen therapiert werden, da der histologischen Untersuchung Grenzen auferzungen sind.

### Therapie und Verlauf

Die stationäre Aufnahme erfolgte im interdisziplinären Rahmen. Die initial entnommenen Probeexzisionen konnten unsere Verdachtsdiagnose der Necrobiosis lipoidica oder Granuloma anulare nicht beweisen. Erst in einer weiteren Randbiopsie gelang der Nachweis. Wir therapierten initial immunsupprimierend mittels Prednisolon. Die lokale Therapie bestand unter täglichen antiseptischen Verbandswechseln. Ab dem dritten stationären Tag erfolgten großflächige chirurgische Wunddébridements mit partieller Fasziektomie und Konditionierung mittels Vakuumtherapie beider Unterschenkel. Bei dem zur mikrobiologischen Aufarbeitung eingesendeten Material konnte der Nachweis von Streptokokken und einer gramnegativen Mischflora erbracht werden. Diese wurden, neben den lokal antiseptischen Methoden, antimikrobiell und resistogrammgerecht gezielt mittels Cefotaxim intravenös therapiert. Nach Wundkonditionierung erfolgte die plastische Deckung mittels Meshgrafts mit Entnahme von beiden Oberschenkeln. Es folgte der Off-Label-Use einer immunsupprimierenden Therapie mittels Dapson unter Ausschleichen der Prednisolontherapie.

**Zusammenfassung**

Bei schwerem Verlauf und Superinfektion bestand eine große Herausforderung in der Anwendung der geeigneten Maßnahme zum richtigen Zeitpunkt. So musste einerseits die Infektion beherrscht werden, andererseits die Autoimmunkomponente.

**FV10** Behandlung einer großflächigen Verbrennung mit Suprathel**I. Nietzsche**

BG Klinik Bergmannstrost Halle/Salle, Klinik für Plastische und Handchirurgie/ Brandverletztzentrum

**Einleitung**

Wir übernahmen einen 39-jährigen ukrainischen Patienten nach einer Gasflaschenexplosion an der Front mit einer 2a–b-gradigen Verbrennung von 80% der Körperoberfläche.

**Material und Methode**

Wir möchten einen Einzelfall vorstellen, der sich durch einen protahierten Verlauf und ein besonderes Keimspektrum auszeichnet.

**Diskussion**

Wir behandelten einen Patienten, der vier Wochen nach dem Unfall zu uns überwiesen wurde und dessen Erstbehandlung in der Ukraine erfolgt war. Bei Aufnahme lag eine mit multiresistenten Keimen besiedelte Verbrennungswunde vor. Nach umfangreichem Débridement und der anschließenden Applikation von Suprathel sowie einem in unserem Verbrennungszentrum erarbeiteten Hygienekonzept konnten alle Verbrennungsareale zur Abheilung gebracht und der Patient zur Rehabilitation entlassen werden.

**Schlussfolgerung**

Patienten, die uns sekundär mit Verbrennungswunden zugewiesen werden und eine Besiedlung mit multiresistenten Keimen aufweisen, stellen eine große Herausforderung hinsichtlich Therapie, Hygiene-Management und personellem Aufwand dar.

**FV11** „Die Kommunikation mit einem Teil meines Körpers fehlt“: Aspekte der Lebensqualität von Menschen mit Diabetes und fehlender Schmerz-wahrnehmung - die bisher vergessene Dimension. Eine qualitative Analyse

A. Risse<sup>1</sup>, R. Lobmann<sup>2</sup>, H. Diener<sup>3</sup>, A. Grünerbel<sup>4</sup>, H. Lawall<sup>5</sup>, C. Lüdemann<sup>6</sup>, S. Morbach<sup>7</sup>, C. Volkering<sup>8</sup>, D. Ehrmann<sup>9</sup>, B. Kulzer<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Diabeteszentrum am Sophie-Charlotte-Platz, Berlin, <sup>2</sup>Klinikum Stuttgart, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie, <sup>3</sup>Krankenhaus Buchholz und Winsen gemeinnützige GmbH, Gefäß- und Endovaskularchirurgie - Wundkompetenzzentrum, <sup>4</sup>Diabeteszentrum München Süd, <sup>5</sup>Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. med. Curt Diehm Dr. med. Holger Lawal, Ettlingen, <sup>6</sup>Krankenhaus Brixen, Abteilung (Innere) Medizin, Italien, <sup>7</sup>Marienkrankenhaus gGmbH Soest, Innere Medizin, Diabetologie, <sup>8</sup>Orthoovo, Dr. Eisele, Dr. Volkering, München, <sup>9</sup>Forschungsinstitut der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM RDC)

**Einleitung**

Studien zur verminderten Lebensqualität von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom (DFS) fokussieren allein auf Schmerzen. Die fehlende Schmerz-wahrnehmung (loss of protective pain, LOPP) ist nicht beschrieben. Der überwiegende Teil der Patienten ist jedoch anästhetisch. Dies ist die erste Analyse mit dem Fokus auf LOPP.

**Zielsetzung**

Mittels qualitativer Interviews sollen wesentliche Aspekte der Lebensqualität von Menschen mit LOPP identifiziert werden.

**Materialien und Methoden**

Im Diabeteszentrum Mergentheim wurden mit halbstrukturier-tem Leitfaden 10 Menschen mit Diabetes (DM) und LOPP inter-views, die stationär bzw. in der Fußambulanz behandelt wurden. Durch thematische Inhaltsanalyse wurden wesentliche Aspekte der Lebensqualität identifiziert.

**Ergebnisse**

Teilnehmer: Alle Typ-2-DM, männlich, Alter:  $73,9 \pm 11,4$  Jahre alt. DM-Dauer:  $23,9 \pm 12,6$  Jahre. DFS-Dauer:  $9,4 \pm 8,1$  Jahre. 70% der Teilnehmer: mit keinem, 30%: mit stark vermindertem Schmerzempfinden. Alle Befragten: Zu Zeiten von Schmerzen war ihre Lebensqualität, besonders durch reduzierte Schlafqualität, stark eingeschränkt. Den Patienten ist bewusst, dass die fehlende Schmerz-wahrnehmung neue Risiken für die Prognose ihres Fußulkus bedeutet, da sie ihre Füße nicht mehr spüren („die Kommunikation mit einem Teil meines Körpers fehlt“). Es sei schwierig, mit dem nicht spürbaren, abstrakten Risiko um-zugehen. Verletzungen seien häufig. LOPP bedeute einen erhöhten Zeit-/Planungsaufwand für z.B. tägliche Fußkontrollen, Schuhversorgung etc.. Durch LOPP fühlten sie sich hilfloser und beschreiben eine geringere Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Prognose des Fußulkus. Aufgrund der fehlenden Wahrnehmung besteht ein höheres Maß an Abhängigkeit von anderen Personen für die Behandlung des Fußes. Das Vertrauen in den Partner, das Pflegepersonal und das medizinische Team ist von zentraler Bedeutung für die Lebensqualität.

### Zusammenfassung

Die Interviews lieferten wichtige Hinweise auf bedeutsame Aspekte der Lebensqualität bei Patienten mit LOPP. Der Fokus auf Schmerzlosigkeit ist bisher in der Literatur nicht zu finden. Die Ergebnisse werden genutzt, um LOPP-spezifische Items für einen ergänzenden, standardisierten Fragebogen zur systematischen Erfassung der wundspezifischen Lebensqualität (Wund-QoL) zu entwickeln.

## FV12 Schuss-/Explosionsverletzung durch eine Kleintierfalle im Kindesalter

S. Queisser, C. Müller

Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Kinderchirurgie

### Einleitung

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

### Case Report

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

Nach Begutachtung des Ausmaßes des Weichteilschadens wurde das Kind umgehend zur Versorgung in den OP gebracht. Intraoperativ fand sich eine triangelartige Wunde mit einer Ausdehnung von ca. 14 cm × 7 cm mit zerfetzten Wundrändern und noch sickernder Blutung. Im M. vastus medialis (M. quadriceps femoris) verlief ein 1 cm durchmessender Explosionskanal bis unter die Faszie. Nach Wunddébridement und Spülung erfolgte die Anlage einer Vakuumversiegelung zur Wundkonditionierung. Der Frakturausschluss war intraoperativ mittels Bildwandler durchgeführt worden. Zur perioperativen Antibiose wurde Cefuroxim intravenös verabreicht. Wir nahmen nach 4 Tagen ein erneutes Débridement, Lavage und VAC-Wechsel vor. Im Verlauf gelang der komplette Wundverschluss mittels Verschiebelappenplastik.

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

### Zusammenfassung

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

## FV13 Erwartungen an die podologische Substitution bei der interdisziplinären Fußversorgung bei DFS & Co.

C. Kuberka-Wiese

Verband Deutscher Podologen VDP e.V., Rosdorf; Praxis Stauber, Northheim; Praxis Niehus, Herzberg am Harz; Podologieschule Recklinghausen

Die Ärzteschaft und andere medizinische Heilberufe haben die Tätigkeit von Berufsangehörigen und den Beruf Podologie, der seit 2002 gesetzlich geregelt ist, inzwischen wahrgenommen und schätzen gelernt. Die Entwicklung der Anforderungen an den Beruf hat das Tätigkeitsfeld deutlich weggeführt von der reinen Symptombehandlung hin zum verantwortungsvollen therapeutischen Handeln bei pathologischen Veränderungen an der unteren Extremität.

Wie genau sind die Erwartungen an diese podologische Substitution bei der inter- und multidisziplinären Fußversorgung von ärztlicher Seite, von angrenzenden Heilberufen, Pflegekräften und auch von podologischer Seite? Eine Umfrage und Interviews geben genaueren Aufschluss über konkret geforderte Maßnahmen, wobei deutlich wird, dass die Erwartungen so unterschiedlich sind, wie Menschen eben unterschiedlich sind, sich aber doch Gemeinsamkeiten herausstellen.

Die podologischen Praxen können konkreter agieren, wenn die Ansprüche klar benannt werden, und Podologinnen und Podologen profitieren bei ihrer Berufsausübung von klaren Aussagen der Anforderungen für ihre tägliche Praxis, besonders in Bezug auf zu verordnende Heilmittel.

Die Podologieausbildung hat den veränderten und gestiegenen Anforderungen in der Berufsausübung bereits Rechnung getragen und die Lehrinhalte angepasst, obwohl die Ausbildungsstundenzahl gleich geblieben ist; der rechtliche Rahmen muss jetzt bei einer Novellierung des Berufsgesetzes angepasst und die Stundenzahl entsprechend erweitert werden.

## FV14 Enzymatisches Débridement von tiefgradigen Verbrennungen

A. Malsagova, A. Wanninger, M. Berns, M. Billner, T. Püski, D. Ehrl

Klinikum Nürnberg Süd, Plastische und Handchirurgie

Das zeitgerechte Débridement ist essenziell bei der Behandlung von tief zweitgradigen bis drittgradigen Verbrennungen. Das konventionelle und somit meistverwendete Verfahren ist die chirurgische Exzision mit anschließender Spalthauttransplantation. Das enzymatische Débridement mittels Nexobrid® wurde in den letzten Jahren immer häufiger als eine alternative Behandlungsmethode bei mittel- bis tiefgradigen Verbrennungen verwendet. Es gilt als schonende Methode zur Entfernung von nekrotischem Gewebe. Nexobrid® besteht aus einem Konzentrat proteolytischer Enzyme, angereichert aus Bromelain, das aus dem Stamm der Ananaspflanze gewonnen wird.

Der große Vorteil bei dieser Behandlungsmethode ist, dass vitales Gewebe erhalten bleibt, denn das chirurgische Débridement führt zwangsläufig auch zu einem Verlust von vitalen Dermisanteilen und damit Verlust des eigenen Regenerationspotenzials der Haut. Ursache hierfür ist, dass beim chirurgischen Débridement die Schnitt-Tiefe nicht präzise genug unterschied-

den werden kann, sodass tiefer liegende vitale Dermisanteile, aus denen die Verbrennungswunde noch spontan reepithelisieren könnte, mit dem oberflächlichen Eschar entfernt werden. Besonders relevant ist dies bei Verbrennungen an der Hand, da diese sehr leicht zur Entwicklung von Narbenkontrakturen neigen. Dementsprechend ist es von entscheidender Bedeutung, so viele vitale Dermisanteile wie möglich zu erhalten.

Mehrere Studien berichten über eine Reduktion von Spalthauttransplantationen nach enzymatischem Débridement im Vergleich zu konventionellem chirurgischem Débridement mit ähnlichen, oder sogar besseren, langfristigen funktionellen und ästhetischen Ergebnissen. Dies können wir durch unsere bisherigen Erfahrungen mit dem enzymatischen Débridement bestätigen. Jedoch ist eine ausreichende Erfahrung mit der Wundgrundbeurteilung nach Anwendung von Nexobrid® und der Indikationsstellung für die Nachbehandlung mittels Hautersatzmaterialien (Suprathel, Epicite Hydro und Kerecis) oder Spalthauttransplantation essenziell für ein optimales Resultat.

Anhand ausgewählter Fälle aus dem eigenen Krankengut stellen wir repräsentative Fallbeispiele vor mit klinischem Bild, postenzymatischer Wundgrundbeurteilung, entsprechender Nachbehandlung sowie die langfristigen Ergebnisse.

## FV15 Alternative Versorgung chronischer Wunden unter schweren Bedingungen

V. Sliziuk, L. Ladyszenskij

Erzgebirgsklinikum Annaberg-Buchholz, Klinik für Gefäßchirurgie

Wundversorgung in Nicht-Ballungszentren stellt eine besondere Herausforderung dar. Beispielsweise sind keine Ausnahmen in solchen ländlichen Gebieten Patienten, die über einen längeren Zeitraum (hier geht es manchmal um Jahrzehnte) chronische Wunden an unteren Extremitäten aufweisen und möglicherweise intermittierend Wundpflege zu Hause bekommen, jedoch in der ganzen Zeit keine adäquate Wundtherapie ärztlicherseits geschweige einer einhergehenden angiologischen Diagnostik genießen. Solches Patientenkollektiv ist besonders anspruchsvoll sowohl für ärztliches als auch für pflegerisches Personal, weil die Therapie sich nach einem dermaßen chronischen Verlauf besonders resistent gestaltet.

Im Erzgebirgskreis haben wir nach einem alternativen ambulanten Behandlungskonzept für chronische Wunden gesucht, um längere stationäre Aufenthalte bei gebrechlichen Patienten zu meiden und das Risiko der Infektion zu minimieren. Durch Zufall entdeckten wir einen positiven Effekt der Kunsthautauflage Suprathel®, die bei Verbrennungswunden bereits etabliert ist. Wir entschlossen uns, die Auflage bei unseren schwierigen Wunden aus dem Erzgebirgskreis anzuwenden und initiierten eine interne Studie. Die chronischen Wunden wurden mit Suprathel® und SUPRA SDRM® nach Ausschöpfung der konservativen und der operativen Therapie gedeckt. SUPRATHEL® ist ein synthetischer Hautersatz zur Behandlung von epidermalen und dermalen Wunden. SUPRA SDRM® ist eine neuartige, bioabbaubare (hydrolytisch resorbierbare) Matrix für die gesteuerte Wundheilung bei schwer heilenden Wunden.

Durch die Degradation von Polylactid-Membranen wie Suprathel kommt es durch die Freisetzung von Lactat zur Verschiebung der alkalischen pH-Werte in Richtung eines für die Wundheilung optimaleren pH-Wertes zwischen 7 und 8. In schlecht betreuten Gebieten wäre eine Wundaufgabe, die den Ph-Wert alkalisch hält und damit die bakterielle Besiedlung stark erschwert, möglicherweise eine Option der Wundbehandlung. Als Beispiel präsentieren wir vier chronische Wunden unterschiedlicher Genese: Zwei Ulcus cruris venosum (eine konservativ behandelt, andere operativ), ein Ulcus cruris arteriosum und ein Ulcus cruris mixtum.

Die Auflagen haben einen positiven Effekt auf die Wundheilung der gemischten austherapierten Wunde gezeigt (komplette Abheilung), eine gute Heilungstendenz bei dem großflächigen arteriellen Ulkus und gute Heilungschancen der venösen Ulcera, bestehend seit mehr als 20 Jahren.

## FV16 Ein interessanter Fall im OP: Myiasis

C. Klingelhöller

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

Die furunkuloide Myiasis ist eine in Europa selten diagnostizierte, meist harmlose Tropenerkrankung. Wir präsentieren den Fall einer jungen deutschen Frau, die kurz nach ihrer Rückkehr aus Südamerika eine unklare schmerzende subkutane großengradige Schwellung am Rücken bemerkte. Die Differentialdiagnosen sind eine infizierte Epidermalzyste, Follikulitis, Abszess, Fremdkörperreaktion, kutane Leishmaniose, Drakunkulose, Onchozerkose, Tungiasis oder eine Arthropodenreaktion. Unsere Patientin hatte Kontakt mit einer Tumbuffliege (*Cordylobia anthropophaga*). Die Fliegenlarve wurde intraoperativ entfernt. Für die Einheimischen stellt die frühe Diagnosestellung und damit verbundene nicht-invasive Behandlung kein Problem dar. Aufgrund des seltenen Vorkommens ist die Diagnosestellung und Therapie eine Herausforderung für den mitteleuropäischen Dermatologen.

### Literatur

- Pönnighaus J M, Bahmer F A, Mravak S. Subkutane (furunkuläre) Myiasis: Tumbuffliege oder Dasselfliege?. Z Hautkr. 1995; 70 277–279
- Frieling U, Nashan D, Metzke D. Kutane Myiasis – ein Urlaubssouvenir. Hautarzt. 1999; 50 203–207
- Brewer T F, Wilson M E, Gonzalez E, Felsenstein D. Bacon therapy and furuncular myiasis. JAMA. 1993; 270 2087–2088
- Olumide Y M. Cutaneous Myiasis: a simple and effective technique for extraction of Dermatobia hominis larvae. Int J Dermatol. 1994; 33 148
- Pathania V1, Kashif AW2, Aggarwal RN3. Cutaneous myiasis: Think beyond furunculosis. Med J Armed Forces India. 2018

## FV17 Multidisziplinäre Behandlung einer Fournier-Gangrän mit gestielter anterolateraler Oberschenkellappenplastik

A. Schickle, A. L. Granzer, T. Aung  
Technische Hochschule Deggendorf

### Einleitung

Die Fournier-Gangrän ist eine seltene, lebensbedrohliche nekrotisierende Fasziiitis, die das Perineum und die Genitalregion betrifft. Die Inzidenz beträgt 1,6–3,3 pro 100.000 Personen pro Jahr mit einer Mortalitätsrate von bis zu 40%. Wir stellen den Fall einer 44-jährigen Patientin vor, die mit ausgeprägter Hautnekrose im subkutanen, inguinalen und glutealen Bereich bis zum proximalen Oberschenkel rechts in der Notaufnahme erschien. Zusätzlich zeigten sich Furunkel und Karbunkel an den Extremitäten. Ein inguinaler Abszess entstand nach einer unbehandelten Rasur im perianalen Bereich und führte zu zunehmenden Schmerzen, die zur Vorstellung in der Notaufnahme führten. Nach einer Notoperation, Wundrevisionen und VAC-Wechseln entwickelte die Patientin eine Bakteriämie mit Sepsis und wurde auf die Intensivstation verlegt. Nach Stabilisierung und Rückverlegung auf die Normalstation erfolgte eine plastische Wundabdeckung.

### Ziel

Ziel war es, die ausgedehnte Infektion zu kontrollieren, die betroffenen Gewebeareale zu debridieren und eine effektive plastische Deckung des entstandenen Defekts sicherzustellen.

### Methoden

Die plastische Wundabdeckung wurde mittels gestielter anterolateraler Oberschenkellappenplastik durchgeführt. Die postoperative Behandlung umfasste eine gezielte Antibiotikatherapie basierend auf Antibiotogramm.

### Ergebnisse

Die plastische Wundabdeckung verlief ohne intraoperative Komplikationen. Die Patientin wurde zur Überwachung auf die Intensivstation verlegt und konnte am ersten postoperativen Tag auf die Normalstation verlegt werden. Nach der Operation zeigte sich eine Verbesserung der Wundheilung ohne Anzeichen einer erneuten Infektion. Die Patientin konnte nach zufriedenstellender Heilung des Hautdefekts entlassen werden.

### Zusammenfassung

Dieser Fall demonstriert die Notwendigkeit einer multidisziplinären Herangehensweise bei der Behandlung der Fournier-Gangrän. Eine prompte chirurgische Intervention, unterstützt durch eine gezielte Antibiotikatherapie und plastisch-chirurgische Maßnahme, erwies sich als essenziell für die Genesung der Patientin. Die erfolgreiche Anwendung einer gestielten anterolateralen Oberschenkellappenplastik war entscheidend für die erfolgreiche Wiederherstellung der Hautintegrität und die Verbesserung der Lebensqualität der Patientin.

## FV18 Eine Polyangiitis als Mitverursacher eines Ulcus cruris

V. Göbel, M. Vosloo, D. Sach-Schrank, T. Uhlmann  
Bundeswehrkrankenhaus Berlin

Wir berichten über den Fall einer 80-jährigen Patientin, die sich aufgrund schmerzhafter Ulzerationen am rechten Unterschenkel im interdisziplinären Wundzentrum des Bundeswehrkrankenhauses Berlin vorstellte. Initial hatte die Patientin lediglich zwei kleine Ulzerationen am Unterschenkel ausgebildet, welche in einem Zeitraum von neun Monaten deutlich größen- und schmerzprogredient waren. Zum Zeitpunkt der Aufnahme war die Patientin bereits mit Prednisolon und Ciclosporin vorbehandelt, bei bereits in mehreren histologischen Untersuchungen gesicherter mikroskopischer Polyangiitis (pANCA-/MPO-positiv). Assoziiert wurde die Entstehung der Vaskulitis mit der Einnahme von Mesalazin bei nicht näher spezifizierter chronisch entzündlicher Darmerkrankung.

Bei Aufnahme zeigte sich eine zerklüftete, nahezu zirkumferente Ulzeration am rechten Unterschenkel mit lividem Randsaum, Umgebungserythem und starkem Wundgeruch. Der Fuß zeigte sich deutlich ödematös geschwollen. Laborchemisch imponierten erhöhte Infektparameter, eine Sturzsenkung in der BSG sowie eine Proteinurie. Wir initiieren die immunsuppressive Therapie mittels Prednisolon. Die gewonnenen Proben zur mikrobiologischen Aufarbeitung ergaben den Nachweis von *Streptococcus pyogenes* und *Pseudomonas aeruginosa*, sodass eine gezielte intravenöse antimikrobielle Therapie erfolgte.

Neben täglicher antiseptischer Wundbehandlung im Rahmen der Verbandwechsel erfolgte nach Stabilisierung der immunologischen Reaktion ein erstes chirurgisches Débridement. Dabei wurde aufgrund des ausgeprägten Infektes mit Beteiligung der faszialen Anteile die subtotale Fasziektomie am Unterschenkel notwendig. Mit Hilfe eines Vakuumverbandes und regelmäßigen erneuten Débridements gelang die Wundkonditionierung, sodass die plastische Deckung erfolgen konnte. Nach insgesamt drei Wochen Vakuumtherapie konnte diese bei gut angeheilter Meshgraftplastik beendet werden. Aufgrund der Ödemkomponente wurde eine Kompressionstherapie initiiert und konsequent fortgeführt. Die immunsuppressive Therapie konnte beginnend reduziert werden. Die entnommenen Hautbiopsien zeigten keine Zeichen einer aktiven Vaskulitis, waren jedoch gut zu vereinbaren mit einem abgeheilten Schub. Die weitreichende Diagnostik ergab keinen Anhalt für eine weitere vaskulitische Organmanifestation.

Eine besondere Herausforderung bestand in der Anwendung der geeigneten Maßnahme zum richtigen Zeitpunkt. So mussten Infektion wie auch Autoimmunkomponente beherrscht werden.

## FV19 Therapie- und Wundmanagement bei Fournier-Gangrän

F. Weismeier, A. L. Granzer, T. Aung

Technische Hochschule Deggendorf

### Einleitung

Diese Fallstudie beschreibt den Wundheilungsverlauf einer 50-jährigen Patientin mit Fournier-Gangrän, einer seltenen und lebensgefährlichen Form der nekrotisierenden Fasziitis. Die Patientin präsentierte sich in der Notaufnahme mit kolikartigen Bauchschmerzen seit drei Wochen, einem wachsenden perianalen Abszess rechts seit einer Woche und einer Schwellung im rechten Glutealbereich. Im Fokus standen die Infektionskontrolle, Débridement und die abschließende plastische Defektdeckung mit postoperativer Wundversorgung.

### Methoden

Die Patientin musste notfallmäßig operiert werden mit Rektoskopie und Nekrosektomie epifaszial am Gesäß, pararektal und gluteal bis zur rechten Labie. Daraufhin wurde die Patientin intensivmedizinisch versorgt. Es folgte eine Descendostoma-Anlage sowie weitere Nekrosektomien mit Wundrevisionen und VAC-Wechsel. Aufgrund von Gewebedefekten im perianalen Bereich wurde abschließend eine Wundrevision und Rekonstruktion mittels gestielter anterolateraler Oberschenkel-Lappenplastik rechts zur Defektdeckung rechts sowie Musculus-Gracilis-Lappenplastik links zur Rekonstruktion des Schließmuskels durchgeführt. Postoperativ fand daraufhin stationär regelmäßig eine Wundkontrolle mit Verbandswechsel statt.

### Ergebnisse

Die Laborergebnisse vom Aufnahmetag in der Notaufnahme zeigten einen erhöhten CRP-Wert (142 mg/L) und Leukozytenwert (19,2 c/nl) sowie einen erniedrigten Hb-Wert (8,9 g/dL). Isolierte Keime vom Abstrich des Abszesses bei Aufnahme: *E. coli*, *Enterococcus avium*. Bei der ersten OP wurde intraoperativ der Verdacht auf Fournier-Gangrän rechts perianal, gluteal bis zur rechten Labie bestätigt. Ausschluss rektovaginaler Fistelung. Isolierte Keime vor plastischer Rekonstruktion: *Enterobacter asburiae*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Prevotella disiens*. Der CRP-Wert sank nach der Operation von 43 mg/L auf 24,6 mg/L.

### Zusammenfassung

Der Erfolg der strukturierten, interdisziplinären Versorgung bei Fournier-Gangrän operativ und postoperativ sowie im Wundmanagement zeigt sich u. a. durch die sauberen Wundverhältnisse mit guten Granulationstendenzen sowie an der laborchemischen Verlaufskontrolle.

## FV20 Vernetzung durch innovative Fallakte mit digital unterstützten Versorgungspfaden

O. Geismar

IVPNetworks, Wundversorgung, Hamburg

### Einleitung

Die mangelnde digitale Vernetzung hat insb. zwischen interdisziplinären Leistungserbringern (LE) im ambulanten Bereich weitreichende Konsequenzen. Digitale Vernetzung schafft Transparenz und Effizienz, ermöglicht flexiblere Zusammenarbeit über regionale Grenzen hinweg und vermeidet Fehlversorgung.

### Ziele

Die digitale Fallakte in der IVPnet ist intuitiv nutzbar und garantiert Transparenz zwischen den involvierten LE. Dabei wird durch modernste Technologie ein sicherer Raum für den Austausch geschaffen. Enthaltene diagnoseabhängige Behandlungspfade legen den Fokus auf ein Wundtyp-angepasstes Vorgehen.

### Material und Methoden

Die im Rahmen von Selektivverträgen genutzte IT-Anwendung IVPnet präsentiert sich mit verschiedensten Kommunikationstools und der digitalen Fallakte, die vom gesamten Behandlungsteam genutzt und eingesehen werden kann. Diagnoseabhängige Behandlungspfade leiten durch Differentialdiagnostik und ergänzende Therapiemaßnahmen und fördern so eine Ursachenklärung.

Dank eines integrierten Videosprechstunden-Tools ist eine ortsunabhängige telemedizinische Vernetzung mit dem Patienten unkompliziert umsetzbar. Die Nachrichtenfunktion ist ein beliebtes Tool zum Austausch im Behandlungsteam.

Die Plattform bietet eine digitale Fallkonferenz für den Austausch mit Wundfachexperten, um den oft komplexen Herausforderungen in der modernen Wundversorgung gerecht zu werden. Rollenbasierte Zugänge für die LE ermöglichen eine Differenzierung der Verantwortlichkeiten und Einsichtsmöglichkeiten. Dabei wird stets eine einheitliche Informationsgrundlage für alle involvierten LE gewährleistet. Interessierte Patienten und Angehörige erhalten über einen Zugang zur Wundfallakte Einblick in das Versorgungsgeschehen.

Die Teilnahme am Selektivvertrag inkl. dem Pflegen der digitalen Patientenakte wird durch eine attraktive Zusatzvergütung für Arztpraxen sowie Pflegedienste unterstützt.

### Ergebnisse und Zusammenfassung

Die Umsetzungserfahrungen mit der IVPnet im deutschlandweiten Netzwerk verdeutlichen die Relevanz digitaler Vernetzung. Eine Fülle an integrierten Kommunikationsmöglichkeiten schafft Flexibilität und Transparenz. Dringende Anpassungen in der Wundtherapie erfolgen ohne Verzögerung dank der Expertise und fachübergreifender Zusammenarbeit der involvierten LE. Ein praxisnaher diagnoseabhängiger Behandlungsleitfaden inkludiert die Differentialdiagnostik und betont die Relevanz der Ursachenklärung für eine erfolgreiche Wundtherapie.

## FV21 Wie die Wunden nach offener Amputation ohne Hauttransplantation schnell heilen

I. Kasic, S. Fraund-Cremer

Klinik für Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chirurgie, Gefäßchirurgie, Kiel

### Einleitung

Es ist wichtig zu beachten, dass bei komplexen Wundheilungsprozessen wie bei unserer Fallvorstellung des Patienten mit einer operativen Vorfußamputation und allgemein reduziertem Gesundheitszustand aufgrund von PAVK, Dialyse, Polyneuropathie und Diabetes Typ-2, eine individuelle und umfassende Therapie erforderlich ist. Moderne Verbandstoffe können dazu beitragen, ein optimales Milieu für die Wundheilung zu schaffen, aber in einigen Fällen reichen diese Maßnahmen alleine nicht aus. Es ist empfehlenswert, eng im interdisziplinären Team zusammenzuarbeiten, um eine optimale Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Dies beinhaltet das Infektmanagement, die Druckentlastung und die Förderung der Selbstmanagementkompetenzen des Patienten. Die Anwendung von Thrombozyten-Gel, eine PRP (Platelet-Rich Plasma)-basierte autologe Wundaufgabe, hat spezifische wundheilungsfördernde Effekte. Dies ergibt sich aus der Kombination des PRP+ATS-Fibrinoclot. PRP wurde zum einen direkt in die Wunde injiziert und zusätzlich als autologe Wundaufgabe im Sinne eines Fibrinoclots in die Wunde gelegt. Die konzentrierten Wachstumsfaktoren fördern somit den Heilungsprozess bei Wunden.

### Ziel

Die Wundheilung in den drei Phasen Inflammation, Proliferation und Differenzierung unterstützen und die Heilung dadurch beschleunigen.

### Methode

- Entnahme von 10 ml Patientenblut zur Gewinnung von PRP
- Reinigung der Wunde mit Kochsalzlösung/Wundspülung und Débridement nach Bedarf, Regen PRP aktiviert mit ATS zur 1 × wöchentlichen Anwendung
- Bis zur vollständigen Abheilung Distanzgitter und je nach Exsudat Auflage eines Superabsorbers

### Ergebnisse

- vier Anwendungen erforderlich
- Schnelle Granulation und höhere Wundbettgranulation über freiliegendem Knochen
- Reduktion der Wundgröße
- Eine vollständige Re-Epithelisierung konnte erreicht werden
- Die Behandlung konnte ambulant fortgesetzt werden

### Zusammenfassung

Die fortlaufende Forschung und Entwicklung ermöglicht es uns, weitere medizinische Einsatzmöglichkeiten für PRP zu entdecken. Wir sind zuversichtlich, dass dieses innovative Therapeutikum einen bedeutenden Beitrag zur Verbesserung der Wundheilung leisten wird. Die Ergebnisse zeigten, dass die durchschnittliche Dauer der vollständigen Heilung signifikant verkürzt wurde trotz schwerer Begleiterkrankungen.

Es wurden keine Nebenwirkungen im Zusammenhang mit RegenKit Wound Gel festgestellt.

## FV22 Nach der Majoramputation ist vor der Reamputation? Druckstellen und Wundheilungstörung am Amputationsstumpf, eine hoher Sterblichkeitsfaktor?

A. Tigla

InnKlinikum, Gefäßchirurgie, Burghausen

### Einleitung

Diabetes ist eine verbreitete Erkrankung, die häufig zu Komplikationen wie chronischen Wunden und infolgedessen zu Amputationen führt. Die Heilung neuer Wunden am Amputationsstumpf stellt sowohl Patienten als auch das medizinische Personal vor große Herausforderungen.

### Ziel und Methode

Das Ziel unserer Untersuchung war es, Patienten, die eine Majoramputation hatten, über ein Jahr lang zu verfolgen. Der Fokus lag darauf, neue Wunden und Druckstellen am Amputationsstumpf frühzeitig zu erkennen und präventive Maßnahmen zu ergreifen.

### Ergebnisse

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die Heilung und Pflege neuer Wunden am Amputationsstumpf bei Diabetikern nach einer Majoramputation weiterhin eine Herausforderung darstellen. Unsere Studie mit 43 Patienten, die zwischen 2020 und 2021 eine Majoramputation in unserer Klinik durchlaufen haben, verdeutlicht dies. Männer waren 73% und 62% litten an Diabetes. Diese hohe Prävalenz von Diabetes spiegelt das erhöhte Risiko für Amputationen wider. Es heilten bei 71% der Patienten die Amputationsstümpfe innerhalb eines Jahres vollständig ab, was als positiver Aspekt zu bewerten ist.

Jedoch zeigte sich bei 29% der Patienten eine Wundheilungsstörung (WHS) am Stumpf. Bemerkenswert ist, dass 7 dieser 13 Patienten neue Druckstellen nach dem Tragen einer Prothese entwickelten. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer sorgfältigen Anpassung und Überwachung von Prothesen, um Druckstellen zu vermeiden. Von den Patienten mit WHS benötigten 5 eine Revaskularisation und 10 mussten stationär zur Wundrevision behandelt werden. Dies zeigt, dass eine erhebliche Anzahl von Patienten zusätzliche medizinische Eingriffe benötigt. Gravierend ist, dass bei 4 Patienten eine Nachamputation mit Stumpfkürzung erforderlich war. Besonders besorgniserregend ist die Tatsache, dass etwa 11% der Patienten mit Wundheilungsstörungen im Krankenhausverlauf der Wundrevision verstarben. Dies hebt die Dringlichkeit hervor, effektive präventive Maßnahmen und Behandlungsstrategien zu entwickeln, um die Mortalität und Morbidität bei dieser Patientengruppe zu reduzieren.

### Diskussion

Insgesamt zeigen die Ergebnisse unserer Studie, dass trotz regelmäßiger Wundversorgung nach Majoramputation weiterhin ein erheblicher Handlungsbedarf besteht. Es ist entscheidend, Prävention, die Prothesenanpassung zu optimieren und frühzeitig medizinisch einzugreifen, um das Risiko von Komplikationen zu minimieren und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern.

## FV23 Ein Fallbericht über integrierte Wundversorgung und medikamentöse Therapien in der Behandlung chronischer Wunden bei Keratitis-Ichthyosis-Deafness-Syndrom (KID)

M. Höner, C. Erfurt-Berge

Uniklinikum Erlangen, Klinik für Dermatologie

Das Keratitis-Ichthyosis-Deafness-Syndrom (KID) ist eine seltene Genodermatose mit einer Prävalenz von weniger als 1 : 1 000 000 [1]. Die meisten Fälle sind auf sporadische Mutationen des GJB2-Gens zurückzuführen, das für Connexin 26 kodiert [2].

Zu den Symptomen gehören ichthyosiforme Schuppung, Hyperkeratose der Handflächen, sensorische Taubheit, Alopezie und Keratitis [2]. Typische Komplikationen sind schwere Hautinfektionen und die Entwicklung von Hautkrebs.

Fallvorstellung: 2023 stellte sich eine 17-jährige Patientin mit KID-Syndrom in unserer Wundambulanz aufgrund schwer heilender Wunden vorrangig am Kapillitium vor. Die klinische Untersuchung ergab neben den typischen Symptomen mit Kachexie (BMI 13,7) okzipital und temporal konfluierende Ulzerationen und Hypergranulationen sowie Abszesse frontal und parietal. Verbandwechsel wurden vom Vater durchgeführt. Die Patientin trug täglich einen Haarersatz.

Ein cMRT zeigte eine Osteomyelitis des Schädelknochens. Daraufhin wurde eine 6-wöchige Antibiotikatherapie mit initial Ampicillin plus Sulbactam, Fosfomycin und Metronidazol i. v. und anschließend Cotrimoxazol und Metronidazol p. o. eingeleitet. Es erfolgten mehrere chirurgische Débridements und Abszessräumungen. Histologische Untersuchungen zeigten keine maligne Entartung. Bei ausgeprägten Schmerzen wurden tägliche Verbandwechsel mit Polihexanidlösung, silikonisierten Wunddistanzgittern und Saugkompressen, zu Beginn unter einer Analgesie mit Piritramid, durchgeführt. Die ambulante Wundversorgung übernahm nach Entlassung ein spezialisierter Pflegedienst. Auf den Haarersatz wurde verzichtet. Das chirurgische Débridement führte zu einer Reduktion der Schmerzen und Verbesserung der zuvor eingeschränkten zervikalen Beweglichkeit. Zur Therapie der Ichthyose und Hyperkeratosen wurde das Vitamin-A-Derivat Acitretin eingesetzt. Die Dosierung konnte zuletzt auf 0,6 mg/kg KG aufdosiert werden und führte zu einer Reduktion der Symptome. Diese Maßnahmen führten zu einer deutlichen Verbesserung der Wundsituation und Lebensqualität der Patientin.

### Literatur

- Al Fahaad, H., 2014. Keratitis-ichthyosis-deafness syndrome: first affected family reported in the Middle East. *Int. Med. Case Rep. J.* 7, 63–66. <https://doi.org/10.2147/IMCRJ.S58432>
- Faghihi, F. et. al 2022. Phenotypic spectrum of autosomal recessive Keratitis-Ichthyosis-Deafness Syndrome (KIDAR) due to mutations in AP1B1. *Eur. J. Med. Genet.* 65, 104449. <https://doi.org/10.1016/j.ejmg.2022.104449>

## FV24 Inzidenz, Prävalenz und Entwicklung der „vermuteten, tiefen Gewebeschädigung“ - eine Dokumentationsanalyse

S. Köberich

Universitätsklinikum Freiburg, Pflegedirektion, Stabsstelle Klinische Pflegewissenschaft, Qualität und Entwicklung, Freiburg i. Br.

### Einleitung

Nach Klassifikation des European Pressure Ulcer Advisory Panels (EPUAP) und des National Pressure Injury Advisory Panels (NPIAP) werden Dekubitalulzera in sechs Kategorien unterteilt. Neben den Kategorien 1 bis 4 gibt es die Kategorie „keiner Kategorie zuordenbar“ und die „vermutete tiefe Gewebeschädigung“ (vtG). Die vtG ist eine Schädigung des tiefer gelegenen Hautgewebes und imponiert als livider oder rötlich-braun verfärbter Bereich bei intakter Haut oder als eine mit Blut gefüllte Blase. Neuere Daten zur Prävalenz und Inzidenz der vtG aus dem deutschsprachigen Raum liegen keine vor.

### Ziele

Ziel der Dokumentationsanalyse war, Inzidenz und Prävalenz der vtG in einem Krankenhaus der Supramaximalversorgung zu bestimmen. Darüber hinaus sollte die Entwicklung der vtG analysiert werden.

### Materialien und Methoden

Analyse der Patient\*innendokumentationen bei dokumentierter vtG. Eingeschlossen wurden alle stationär behandelten Patient\*innen älter als 19 Jahre. Um die Diagnosesicherheit möglichst zu gewährleisten, wurden in die Analyse nur Patient\*innen mit vtG aufgenommen, die durch Wundexpert\*innen/Wundassistent\*innen gesehen wurden.

### Ergebnisse

Innerhalb eines Jahres zeigten bei Krankenseintritt oder während des Behandlungsverlaufs 127 von 53.569 Patient\*innen 181 vtGs (Prävalenzrate: 2,37 Patient\*innen mit vtG pro 1.000 Patient\*innen). Von 127 Patient\*innen wiesen 50 die vtG bereits bei Aufnahme auf und 77 Patient\*innen entwickelten im Laufe ihres Aufenthaltes eine vtG (Inzidenz: 1,4).

Die vtG trat am häufigsten an den Fersen (n = 54; 29,8%), am Kreuzbein (n = 41; 22,7%) und im Bereich des Fußes (n = 28; 15,5%) auf.

Die überwiegende Anzahl der vtGs änderten sich bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus nicht (n = 113; 62,4%) oder heilten ab (n = 33; 18,2%). Eine Veränderung im Sinne eines Dekubitus der Kategorie 2 trat bei 11 (6,1%) der vtGs auf und 20 (11,0%) vtGs entwickelten sich zu einem Dekubitus der Kategorie 3 oder einem Dekubitus „keiner Kategorie zuordenbar“. Die verbleibenden 4 vtGs wurden im Verlauf als Dekubitus der Kategorie 1 klassifiziert.

### Zusammenfassung

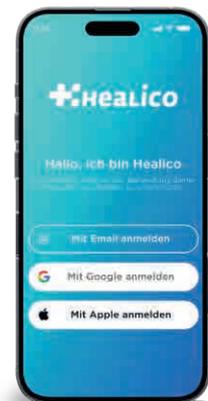
Die Anzahl von Patient\*innen mit einer vtG ist eine relevante Größe. Trotz dekubitusprophylaktischer Maßnahmen entwickeln sich knapp 17% aller vtGs zu einem Dekubitus mit Hautdefekt. Evidenzbasierte Maßnahmen zur tertiärprophylaktischen Maßnahme bei vtGs existieren aktuell nicht und sollten Gegenstand zukünftiger Forschungsprojekte sein.

Mit dabei:  
Pflegekraft Manuel



Instagram

Besuchen  
Sie uns am  
**Stand Nr. 60**



# UNSERE MISSION: FÜR JEDE WUNDE EINE INNOVATIVE LÖSUNG.

## Symposium

Do. 05.12.24 | 12:00 – 13:30 Uhr | Konferenzraum 7

**Diagnostik und Wundversorgung: immer bestens vernetzt!**

### Referent:innen:

Dr. Finja Reinboldt-Jockenhöfer, Universitätsklinikum Essen  
Dr. Arthur Grünerbel, Diabeteszentrum München-Süd  
Scarlett Franke, URGO GmbH

## Workshop

Fr. 06.12. | 12:30 – 14:00 Uhr | Konferenzraum 1

**Mission Innovation: Das URGO Therapiekonzept  
für eine optimale Wundversorgung**

### Referent:innen:

Marc Heilfort und Scarlett Franke, URGO GmbH

## FV25 Unter Druck: *In-vitro*-Hautmodelle als Testsystem für Dekubitus

L. Kiesewetter<sup>1</sup>, M. Jannasch<sup>1</sup>, M. Wußmann<sup>1</sup>, D. Groneberg<sup>1</sup>, F. Groeber-Becker<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Fraunhofer-Institut für Silicatforschung ISC, Translationszentrum Regenerative Therapien TLZ-RT, Würzburg, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Düsseldorf, Experimentelle Ophthalmologie

### Einleitung:

Mit dem demografischen Wandel steigt die Prävalenz von druckinduzierten Druckgeschwüren. Für die Entwicklung neuer Therapeutika und Hautpflegeprodukte zur Behandlung und Prophylaxe von oft chronischen, nicht oder nur schlecht heilenden Dekubitusläsionen sind präklinische Tests unerlässlich. Der Goldstandard sind nach wie vor Tiermodelle, deren Übertragbarkeit auf den Menschen jedoch begrenzt ist.

### Ziele

Entwicklung und Validierung eines neuartigen, humanen *In-vitro*-Testsystems für Dekubitus und damit die Reduktion von Tierversuchen für die präklinische Forschung.

### Materialien und Methoden

Unser neuartiges, humanes *In-vitro*-Testsystem basiert auf Vollhautmodellen und ermöglicht die Untersuchung von druckinduzierten Wunden, Hypoxie und darauffolgender Reperfusion. Die Hautmodelle, bestehend aus primären humanen Keratinozyten und Fibroblasten in einem Kollagenhydrogel, werden durch lokale Druckbelastung mittels eines starken Magneten und einem Metallplättchen komprimiert. Nach der Druckbelastung erfolgt eine Erholungsphase, in der das Gewebe entlastet und wieder mit Nährstoffen versorgt wird. Die Analyse konzentriert sich auf Biomarker wie reaktive Sauerstoffradikale (ROS), proinflammatorische Zytokine, Viabilitätsmarker und Stoffwechsellaktivität.

### Ergebnisse

Unser *In-vitro*-Modell zeigt, dass die Schwere von Druckgeschwüren stark vom angewendeten Druck und der Dauer der Einwirkung abhängt. Nach 24 Stunden war das Gewebe vollständig zerstört, während es nach 4 Stunden noch lebensfähig blieb. Molekulare Marker wie Laktatdehydrogenase (LDH) und ROS zeigten eine Stressreaktion nach der Verletzung. Nach 20 Stunden Wiederversorgung blieben die Hautmodelle lebensfähig, jedoch verschlimmerte sich der Schaden durch einen deutlichen Anstieg von Hypoxie-induziertem Faktor, Zytokeratin 17, Granulozyten-Kolonie-stimulierendem Faktor sowie von Interleukin-1-Rezeptorantagonist, was auf eine hypoxische und entzündliche Reaktion hinweist.

### Zusammenfassung

Diese Machbarkeitsstudie zeigt die erfolgreiche Entwicklung eines neuen *In-vitro*-Testsystems zur Untersuchung von Kompression, Hypoxie und Reperfusion bei Druckgeschwüren. Im Gegensatz zu Tiermodellen bieten diese menschlichen Hautmodelle eine bessere physiologische Ähnlichkeit zur menschlichen Haut *in vivo* und ermöglichen einfachere Analyseverfahren. Mit diesem Testsystem könnten Screenings für neue Wundtherapeutika und Pflegeprodukte kostengünstiger und leicht skalierbar gestaltet werden.

## FV26 Die G.RE.A.T.-Technik (Guided tissue REgeneration by Alloplastic maTriX) - ein neues Konzept zur zuverlässigen und einfachen Regeneration von großen Skalpdefekten mit freiliegender Kalotte. Eine erste klinische Fallserie

H. Kiefer, W. Eichhorn

MKG-Praxisklinik Prof. Dr. Dr. W. Eichhorn, Balingen

Nach einer Tumorsektion im Bereich der behaarten Kopfhaut verbleibt häufig ein größerer Defekt mit freiliegender Kalotte. Ist zur plastischen Deckung eine Lappenoperation nicht möglich, kann die sekundäre Heilung abgewartet werden und im Intervall ein Hauttransplantat verwendet werden. Die Bildung von Granulationsgewebe ist jedoch häufig sehr langsam, unvollständig, zeit- und materialaufwendig. Einen neuen Ansatz stellt die gesteuerte Geweberegeneration mittels alloplastischen Matrices dar (G.RE.A.T. = Guided tissue REgeneration by Alloplastic maTriX).

Die Fallserie umfasst die ersten 10 Patienten, die in der Praxisklinik der Autoren ambulant behandelt wurden. Alle Defekte waren Folge einer Maligomresektion (Plattenepithelkarzinom, Lentigo-maligna-Melanom).

Nach histopathologischer Sicherung der *In-sano*-Resektion mit leitliniengerechtem Sicherheitsabstand wurde die Kalottenoberfläche mechanisch mittels SafeScraper angefrischt, die allogene Matrix aufgebracht, mit einer hydrierenden-antiseptischen Gelschicht bedeckt und zur Feuchtigkeitsregulation ein Schaumverband appliziert. Das Gel wurde 2× wöchentlich und der Schaumverband 1× wöchentlich erneuert. Nach 6–8 Wochen zeigten alle Wunden eine homogen-dicke, frische Granulationschicht, die eine optimale Voraussetzung als Empfängerbett für ein Hauttransplantat bot.

Alle Wunden zeigten nach Integration der Membran eine zuverlässige Granulationsgewebekonstruktion. Eine Membran integrierte bei initial infizierter Wunde nicht. Nach antiseptischer Vorbehandlung heilte die zweite Matrix problemlos ein. Bei einer Patientin wurde im Intervall eine zweite Membran zur Förderung der Epithelialisierung appliziert, was zu einer deutlichen Beschleunigung der Wundverhältnisse führte. Alle Versorgungen erfolgten ambulant (auch im Rahmen von Hausbesuchen), benötigten keine Lokalanästhesie und konnten effizient im Rahmen des Regelbetriebes erfolgen. Es kam weder zu Infektionen noch zu immunologischen Interaktionen noch zu sonstigen Komplikationen. Alle Wundränder waren reizlos und Mazerationen traten nicht auf. Alle Hauttransplantate heilten komplikationslos ein. Die Behandlungsdauer von Tumorsektion bis eingeeiltes Hauttransplantat betrug rund 8–10 Wochen, unabhängig von der Defektgröße wie auch vom Gesundheitszustand der Patientinnen.

## **FV27 Innovative Wundauflage mit signifikanten besseren Heilungsergebnissen bei chronischen Ulcus cruris venosum im Vergleich zur Standardversorgung: eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie**

S. Beraldo<sup>1</sup>, S. Drews<sup>1</sup>, M. Schneider<sup>1</sup>, C. Taylor<sup>2</sup>, B. Hanson<sup>2</sup>

<sup>1</sup>DRK Krankenhaus Mölln-Ratzeburg, Gefäßchirurgie,  
<sup>2</sup>Convatec, Lexington, KY, Vereinigte Staaten

### Fragestellung

Das Ulcus cruris venosum (UCV) gehört zu den häufigsten schwer heilenden Wunden. Weltweit sind derzeit mehr als 143 Millionen Patienten davon betroffen. Dies stellt global eine erhebliche Belastung für die Patienten und eine finanzielle Last für die Gesundheitssysteme dar. Aufgrund der schlechten Heilungsraten, der eingeschränkten Lebensqualität und der begrenzten klinischen Evidenz bleibt die Behandlung des UCV eine Herausforderung.

Die Wundheilung mit einem fortschrittlichen Carboxymethylcellulose-Wundverband mit Zusätzen von ionischem Silber, Ethylendiamintetraessigsäure und Benzethoniumchlorid\* (Antibiotikumfilm der nächsten Generation (NGAD)) soll im Vergleich zu einem Standard-of-Care-Wundverband\*\* (SOC) untersucht werden.

### Methoden

Die multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie wurde zwischen 2022 und 2024 in Deutschland, Großbritannien und Kolumbien durchgeführt. Die Probanden wurden entweder dem Interventionsarm (NGAD) oder dem Kontrollarm (Standard-of-care, SOC) zugewiesen. In beiden Studienarmen erfolgten die therapeutische Kompression und die routinemäßige Wundversorgung (beide grundsätzlich als Standard-of-care-Behandlung) sowie eine wöchentlich Kontrolluntersuchung. Als primärer Endpunkt wurde der vollständige Verschluss der Wunde nach 12 Wochen definiert. Weitere Endpunkte waren die Zeit bis zum vollständigen Wundverschluss und das Auftreten unerwünschter Ereignisse (UE).

### Ergebnisse

Es wurden 204 Probanden randomisiert. In der abschließenden Auswertung konnten 109 UCV im Interventionsarm und 110 UCV im Kontrollarm einbezogen werden. Die mit NGAD behandelten Ulcera zeigten nach 12 Wochen signifikant höhere Heilungsraten als die mit SOC behandelten Wunden (74,8% vs. 55,6%, p-Wert < 0,0031). UCV, die mit NGAD behandelt wurden, hatten eine um 34 % höhere Wahrscheinlichkeit, nach 12 Wochen vollständig abzuheilen als mit der SOC (p < 0,0001), und die Zeit bis zum vollständigen Wundverschluss war im Interventionsarm signifikant kürzer (Median 56 bzw. 70 Tage, p < 0,0272). Insgesamt wurden 11 UE bei 5/101 (4,95%) Probanden im NGAD-Arm und 27 UE bei 18/102 (17,65%) Probanden in dem SOC-Arm registriert.

### Schlussfolgerungen

Diese internationale, multizentrische RCT zeigte, dass schwer heilende UCV, die mit NGAD behandelt wurden, signifikant bessere und schnellere klinische Ergebnisse erzielten als solche, die mit SOC behandelt wurden.

\*Aquacel® Ag+ Extra™  
\*\*Cutimed® Sorbact®

### Literatur

Kolluri R et al. Vasc Med. 2022; 27(1): 63–72

## **FV28 Massieren teurer als operieren? Kostenvergleich der konservativen versus operativen Therapie des chronischen Lymphödems**

R. Nuwayhid, S. Langer, N. von Dercks

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

### Hintergrund

Die Therapie des Lymphödems erfolgt primär konservativ mittels komplexer physikalischer Entstauungstherapie (KPE). Lymphovenöse Anastomosen (LVA), vaskularisierte Lymphknoten transplantationen (VLNT) und Liposuktionen stehen als operative Therapieverfahren zur Verfügung. Die Vergütung im DRG-System ist jedoch teils unzureichend oder nur nach individuellem Kostenübernahmeantrag möglich. Dabei sind die Kosten der verhältnismäßig neuen operativen Verfahren noch nicht in Relation zu denen der KPE gesetzt worden.

### Methodik

Die Kosten der leitliniengemäßen konservativen Therapie wurden ermittelt. Die Kosten für LVA, VLNT und Liposuktion jeweils an oberer und unterer Extremität wurden anhand der DRG-Fallpauschalen sowie der nach aktuellem Kenntnisstand erwarteten Reduktion konservativer Maßnahmen geschätzt. Anschließend erfolgte ein Vergleich der jährlichen Therapiekosten.

### Ergebnisse

Die jährlichen Therapiekosten nach LVA und VLNT sind bereits im zweiten postoperativen Jahr niedriger als bei konservativer Therapie allein. Die Liposuktion erreicht diesen Punkt im sechsten (obere Extremität) bzw. im 47. postoperativen Jahr (untere Extremität).

### Diskussion

Die Evidenz für die positiven Effekte der Lymphchirurgie ist noch begrenzt. Es ist jedoch erkennbar, dass der kurative operative Ansatz sowohl die Therapiekosten deutlich senken als auch die Lebensqualität Betroffener verbessern kann. Es mangelt jedoch an einer adäquaten Abbildung des operativen Aufwands in der Vergütung.

## FV29 Und, wird's besser? - Der LYMQOL Bein als Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität von Lymphödempatient:innen

R. Nuwayhid, S. Langer, T. Schulz

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

### Fragestellung

Die Einschätzung der eigenen Lebensqualität nehmen am besten unsere Patient:innen selbst vor. Hierzu müssen wir ihnen geeignete Mittel an die Hand geben. Ein wichtiges Werkzeug zur Erfassung der Lebensqualität sind Fragebögen, welche die Patient:innen selbstständig ausfüllen können. Der weltweit am häufigsten verwendete Fragebogen zur Einschätzung der Lebensqualität bei Patient:innen mit Lymphödem, der LYMQOL von Keeley et al., existierte bislang nicht in deutscher Übersetzung. Dabei wird er benötigt, um beispielsweise den Effekt von Therapien quantifizieren und beurteilen zu können. Insbesondere in Hinblick auf zunehmend durchgeführte lymphchirurgische Eingriffe ist daher eine validierte Übersetzung notwendig.

### Methoden

Wir führten eine Übersetzung des LYMQOL Leg nach den ISPOR-Prinzipien durch. Zur Validierung wurden 103 deutschsprachige Patient:innen darum gebeten, unsere Übersetzung sowie den etablierten SF-36-Fragebogen zweimal zu beantworten und den Fragebogen einzuschätzen.

### Ergebnisse

Die Übersetzung zeigte eine akzeptable Plausibilität und inhaltliche Validität. Die Zuverlässigkeit zeigte einen guten Intra-Klassen-Koeffizienten. Der Fragebogen zeigte eine hohe Einheitlichkeit. Es gab keinen Zusammenhang zwischen klinischem Stadium des Lymphödems und dem erreichten LYMQOL-Score.

### Schlussfolgerungen

Mit dem LYMQOL Bein steht nun erstmals eine validierte deutschsprachige Version des LYMQOL Leg von Keeley et al. zur Verfügung. Dieser Fragebogen ist ein zuverlässiges, einfach anzuwendendes und kostenloses Tool, um die Einschränkung der Lebensqualität durch Lymphödem

## FV30 Zellbasiertes humanes Krankheitsmodell für die Hidradenitis suppurativa/ Acne inversa mit möglichem therapeutischen Einsatz von löslichem CD83

M. Ronicke<sup>1,2</sup>, C. Erfurt-Berge<sup>1</sup>, A. Steinkasserer<sup>2</sup>, D. Royzman<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uniklinikum Erlangen, Hautklinik, <sup>2</sup>Uniklinikum Erlangen, Immunmodulatorische Abteilung

### Einleitung

Hidradenitis suppurativa/Acne inversa (HS/AI) stellt eine chronisch-entzündliche Hauterkrankung mit erheblicher Reduktion der Lebensqualität dar und teilt sich klinische und pathophysiologische Charakteristika mit (chronischen) Wunden. Die Behandlung erfordert innovative Ansätze, um die Versorgung der aktuell schwer therapierbaren Patienten zu verbessern. Das Protein CD83 hat in seiner löslichen Form (sCD83) in verschiedenen Krankheitsmodellen immunmodulatorische Eigenschaften gezeigt, die positive Effekte auf die Entzündungsaktivität und Wundheilung haben.

### Ziele

Ziel dieses Projekts ist es, den Einfluss von sCD83 in einem 3D-Hautmodell zu untersuchen und dessen Potenzial als Therapieoption für HS zu evaluieren. Dabei werden die Effekte von sCD83 auf das Verhalten von Keratinozyten, Fibroblasten und Makrophagen untersucht. Spezifische Ziele umfassen die Etablierung des Modells sowie die Beobachtung der Interaktion zwischen den beteiligten Zelltypen. Darüber hinaus soll der Einfluss von sCD83 auf HS im humanen 3D-Zellmodell untersucht werden.

### Materialien und Methoden

Die verschiedenen Zelltypen werden aus Hautproben sowie aus peripheren mononukleären Zellen (PBMCs) im Blut isoliert. Aus diesen wird ein humanes dreidimensionales Modell angefertigt. Das Modell wird zur Entstehung eines HS-artigen Phänotyps hin beeinflusst. Das 3D-Modell wird dann mit sCD83 behandelt, um potentielle therapeutische Effekte beobachten zu können. Parallel dazu wird die Wirkung von sCD83 auch an Patientengewebe *ex vivo* analysiert.

### Ergebnisse

Erste Ergebnisse zeigten, dass sCD83 insbesondere Makrophagen hin zu einem antientzündlichen Phänotyp beeinflusst, was somit vielversprechend für den therapeutischen Einsatz in der HS ist. Zudem wurde durch sCD83 eine signifikant beschleunigte und verbesserte Wundheilung im Mausmodell sowie in einem 3D-Wundmodell beobachtet.

### Zusammenfassung

Dieses Projekt untersucht die potenziellen therapeutischen Effekte von sCD83 auf die HS/AI *in vitro* und *ex vivo*. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass sCD83 ein vielversprechendes Therapeutikum darstellt.

# Poster-Abstracts

## P01 Angehörige in der Wundversorgung - unser Zukunftsmodell? Sicherung der Wundversorgung in der Häuslichkeit

E. Libich, U. A. Wilken, H. Schlächter, M. Feldmann

Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg/Wümme,  
Gefäßchirurgie und Endovasculäre Chirurgie

### Hintergründe

Die Reduzierung der Liegezeiten steht jetzt öfter auf dem Tagesprogramm. Patienten werden nach Befund und Krankheitsverlauf so schnell wie möglich in die Häuslichkeit entlassen. Patienten mit chronischen Wunden werden nur bei Infekt oder zu geplanten Eingriffen ins Krankenhaus aufgenommen. Oft findet sich kein Pflegedienst zur Versorgung von Wunden in der Nachsorge oder die Wunden werden bereits in der Häuslichkeit durch Angehörige gepflegt.

### Methodik

In Rahmen der Wundsprechstunde wurden 12 Patienten mit chronischen Wunden (3 Patienten mit Ulcus cruris; 5 Patienten mit DFS und 4 Patienten mit postoperativen Wundheilungsstörungen) ausgewählt, die in der Häuslichkeit weiter eine Wundversorgung brauchen. 6 Patienten wurden aus dem stationären Bereich entlassen, 4 wurden in der Häuslichkeit bereits durch Angehörige versorgt, 2 Patienten wurden vom Pflegedienst nicht mehr versorgt. Die Anamnese ergab, dass die Angehörigen die Krankheitsbilder (als Ursache) teilweise kannten. Schwieriger war es, die Struktur beim Verbandwechsel einzubringen. Mit einem von uns entworfenen Plan für Grundlagen des Verbandwechsels und einem Wundbericht „Schritt für Schritt“ (in Bild und Schrift) erlangen die Angehörigen Sicherheit beim Durchführen des Verbandwechsels. Am Anfang erfolgte eine intensive Anleitung zum Verbandwechsel in der Wundsprechstunde durch unsere Fachtherapeuten Wunde ICW®

### Ergebnisse

Angehörige und Patienten selbst fühlen sich sicherer mit einer schriftlichen Hilfe. Bei 4 Patienten konnte die Wundabheilung erzielt werden, bei 4 Patienten verbesserte sich der Wundbefund und bei 4 Patienten blieb der Wundbefund stabil. Positiv empfanden die Patienten, dass die Wunde durch die gleiche Person betreut wird, die die Verschlechterungen sofort bemerkt, und dass sich die Verbandwechselzeiten flexibler gestalten lassen.

### Fazit

Die Anleitung von Angehörigen zum Verbandwechsel erfordert viel Zeit und am Anfang eine intensive Betreuung, aber die Patientenzufriedenheit ist viel höher. Auch das Problem der Nachsorge wird teilweise gelöst.

### Diskussion

Organisation der Anleitung von Angehörigen bei Zeitmangel

### Take-Home-Message

Patient und Angehörige werden in die Verantwortung für die Wundversorgung einbezogen.

## P02 Gesundheit geht uns alle was an - Mentale Health eine Herausforderung in jedem Bereich

E. Libich, U. A. Wilken, H. Schlächter, M. Feldmann

Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg/Wümme,  
Gefäßchirurgie und Endovasculäre Chirurgie

### Hintergrund

In Zeiten der immer zunehmenden Arbeitsbelastung, des Zeitdrucks, vergrößerten Aufgabenbereichen und einer emotional fordernden Beziehungsarbeit zwischen Patienten und Therapeuten ist die mentale und physische Gesundheit im Team besonders wichtig. Seit 2021 stieg die Krankschreibungsrate bei Pflegepersonal deutschlandweit um 40 %. Auch in unserem Team des Wundzentrums konnten wir einen signifikanten Anstieg der Krankheitsausfälle seit 2020 beobachten. Aus diesem Grund entwickelten wir ein Konzept zur Gesunderhaltung der Mitarbeiter des Wundzentrums.

### Methodik

Das Konzept bestand darin, die treibenden Faktoren für das Krankheitsgeschehen zu erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen zu entwickeln. Hierzu zählten unter anderem das Erkennen der eigenen Grenzen, die Formulierung dieser Grenzen und deren Einhaltung; darüber hinaus eine offene Kommunikation, monatlich Teamsitzungen und ggf. ein Wechsel der Therapeuten aus dem Team bei fehlenden Abgrenzungsmöglichkeiten in der Patienteninteraktion.

### Ergebnis

- Einseitige Belastungen konnten reduziert und vermieden werden.
- Das Teamgefühl wurde gestärkt, Probleme werden frühzeitig erkannt und können behoben werden.
- Die Krankheitsrate konnte reduziert werden.
- Verbesserung der Struktur und Kommunikation.

### Fazit und Take-Home-Message

Achtsamkeit, Austausch und Teamarbeit unterstützen die Erhaltung der Gesundheit.

## P03 Evaluation eines Implementierungsprozesses zur Vermeidung von Druckverletzungen bei Kindern im stationären Setting

S. Schoenstein, L. Bauernfeind

Technische Hochschule Deggendorf

### Einleitung

Eine Implementierung wird definiert als die „aktive und geplante Bemühung, um eine Innovation innerhalb einer Organisation zu etablieren“ [1]. Die Effektivität einer Intervention hängt dabei von der Implementierungsqualität ab [2], weshalb eine erfolgreiche und nachhaltige Implementierung nur dann möglich ist, wenn diese als wirksam wahrgenommen und Mitarbeitende im Implementierungsprozess miteinbezogen werden [3].

### Ziele

Das Ziel dieser Erhebung war die Evaluation eines durchgeführten Qualitätsverbesserungsprojektes zur Vermeidung von DU bei Kindern im stationären Setting.

### Methoden

Basierend auf den sieben Schritten von Evidence-Based-Practice [4] wurde ein Druckverletzungs-Präventionsplan entwickelt und umgesetzt. Sechs Monate nach Implementierung wurden die Pflegepersonen zu den angebotenen Schulungen, den zur Verfügung gestellten Informationen, zum Einsatz und zum Verständnis des Assessment-Instruments, zur wahrgenommenen Wissensvertiefung und zu Verbesserungsvorschlägen im Implementierungsprozess befragt.

### Ergebnisse

Insgesamt nahmen 43 Pflegepersonen an der Befragung teil, wovon 27,9% die Schulung besucht und 67,4% die zur Verfügung gestellten Hintergrundinformationen zur Dekubitusprophylaxe verwendet hatten. Die Schulung bot für 80% der Teilnehmenden neue Informationen, das Wissen über Interventionen zur Dekubitusprophylaxe konnte erweitert und die vorgebrachten Inhalte im beruflichen Alltag umgesetzt werden. Die zur Verfügung gestellten Hintergrundinformationen wurden in der Praxis bei Unsicherheiten und zum Nachlesen von Informationen genutzt (69,2%) und 66,7% der Befragten konnten auch dadurch ihr Wissen erweitern. Für 79,3% waren die bereitgestellten Informationen ausreichend, sodass ein hohes Verständnis zur Umsetzung angegeben wurde. Das neu implementierte Assessment-Instrument (Braden QD Skala [5, 6] wurde von 97,1% der Befragten bereits verwendet, jedoch empfinden dieses Instrument lediglich 48,2% als hilfreich.

### Zusammenfassung

Die Schulung sowie die zur Verfügung gestellten Dokumente wurden gut angenommen und finden in der klinischen Praxis Anwendung. Durch die Evaluation konnten zentrale Hindernisse festgestellt und berücksichtigt sowie die Mitarbeitenden in den Prozess integriert werden, um das Ziel einer nachhaltigen Implementierung in der klinischen Praxis zu erreichen.

### Literatur

- Gutt, AK et al.: Systematische Übersetzung und Cross-Validierung definierter Implementierungsergebnisse der Gesundheitsversorgung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2018; 72–80 und 135–136.
- Proctor E et al.: Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. Adm Policy Ment Health 2011; 38: 65–76.
- Hochuli Freund U et al.: Wie Entwicklungs- und Implementierungsprozesse gelingen können: Skizze eines integrativen Phasenmodells. Organisationsberat Superv Coach 2023; 30: 59–78.
- Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, Williamson KM: Evidence-Based Practice: Step by Step: The Seven Steps of Evidence-Based Practice. AJN, American Journal of Nursing 2010; 110: 51–53.
- Bauernfeind L: Dekubitusprophylaxe bei Kindern: die Braden-QD-Skala. JuKiP – Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 2024; 13: 19–22.
- Curley MAQ et al.: Predicting Pressure Injury Risk in Pediatric Patients: The Braden QD Scale. The Journal of Pediatrics 2018; 192: 189–195.e2.

## P04 Erste Erfahrungen mit einer neuartigen dermalen Polylactid-Matrix bei chronischen Wunden

I. F. Megas<sup>1</sup>, M. Billner<sup>2</sup>, G. Habild<sup>1</sup>, K. Karcz<sup>2</sup>, D. Ehrl<sup>2</sup>, D. Breidung<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau, Plastische, Hand- und Mikrochirurgie, Berlin, <sup>2</sup>Klinikum Nürnberg, Klinik für Plastische, Wiederherstellende und Handchirurgie, Zentrum für Schwerbrandverletzte

### Fragestellung

Chronische Wunden sind eine erhebliche Herausforderung im klinischen Alltag. Unsere Forschungsgruppe hat eine neuartige, bioabbaubare Polylactid-Matrix angewendet, die speziell zur Unterstützung der sekundären Wundheilung bei schwer heilenden Wunden entwickelt wurde. Sie nutzt die Vorteile einer bewährten Membranstruktur, die den Wundheilungsprozess unterstützt und sich bereits in der Verbrennungsmedizin etabliert sowie diese revolutioniert hat. Ziel der vorliegenden Studie ist es, erste Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob die neuartige Polylactid-Matrix bei chronischen, schwer heilenden Wunden wirksam ist.

### Material und Methoden

Die Polylactid-Matrix wurde bei Patienten mit chronischen Wunden verschiedener Ätiologie, einschließlich venöser Ulzera, arterieller Ulzera, diabetischer Wunden, Druckulzera, Wundheilungsstörungen nach Traumata, Wundheilungsstörungen nach Operationen sowie Verbrennungen eingesetzt. Die Behandlung erfolgte an chronischen Wunden, die mindestens 30 Tage bestanden hatten, sich als therapieresistent erwiesen hatten und zuvor erfolglos mittels konventioneller Wundtherapien oder Hauttransplantaten behandelt worden waren. Regelmäßige klinische Verlaufskontrollen fanden in Intervallen von einer bis zwei Wochen statt. Die Endpunkte der Untersuchung waren die Reepithelialisierung der Wunde bzw. die Wundheilung sowie mehr als drei Zyklen ohne Ansprechen oder mehr als acht Zyklen der Polylactid-Matrix insgesamt.

### Ergebnisse

Insgesamt wurden 9 Patienten mit der dermalen Polylactid-Matrix behandelt. Unsere Erfahrungen zeigen, dass 45% der Wunden im untersuchten Patientenkollektiv vollständig ausheilten, während 33% der Wunden eine signifikante Befundverbesserung vorweisen konnten. Bei 22% der Patienten zeigte die Therapie jedoch keine signifikante Verbesserung der Wundverhältnisse.

### Schlussfolgerung

Die neuartige dermale Polylactid-Matrix zeigt in den ersten Anwendungen vielversprechende Ergebnisse bei der Behandlung therapieresistenter chronischer Wunden. Um jedoch eine standardisierte Anwendung im klinischen Alltag zu gewährleisten, sind prospektive Studien erforderlich, die unsere bisherigen positiven Ergebnisse bestätigen.

## P05 Oleogel-S10 reduziert den Aufwand und die damit verbundenen Kosten für Verbandwechsel bei Patienten mit Epidermolysis bullosa

S. Löwe<sup>1</sup>, A. Bruckner<sup>2</sup>, D. Kiritsi<sup>3</sup>, D. Murrell<sup>4</sup>, L. Wine Lee<sup>5</sup>, E. Sprecher<sup>6</sup>, L. Maher<sup>1</sup>, J. Kern<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Amryt Research Limited, Dublin, Irland, <sup>2</sup>University of Colorado, Aurora, CO, Vereinigte Staaten, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg i. Br., <sup>4</sup>University of New South Wales, Sydney, Australien, <sup>5</sup>Medical University of South Carolina, Charleston, SC, Vereinigte Staaten, <sup>6</sup>Tel Aviv Sourasky Medical Center, Israel, <sup>7</sup>Monash University, Melbourne, VIC, Australien

### Einleitung

Epidermolysis bullosa (EB) ist eine schwere genetische Erkrankung, bei der die epitheliale Integrität gestört ist. Die Wundversorgung mit häufigem Verbandwechsel ist der primäre Behandlungsansatz. Die EASE-Studie zeigte eine beschleunigte Wundheilung für Oleogel-S10 (Birken-Triterpene) bei EB (NCT03068780).

### Ziele

Die vorliegende Analyse untersuchte den Einfluss von Oleogel-S10 auf die Häufigkeit der Verbandwechsel, den Zeitaufwand und die damit verbundenen Kosten bei den Patienten, die bei Studienbeginn einen täglichen Verbandwechsel benötigten.

### Materialien und Methoden

In die EASE-Studie wurden 223 Patienten mit dystropher oder junktionaler EB eingeschlossen, die randomisiert entweder Oleogel-S10 (n=109) oder ein Kontrollgel (n=114) sowie Standardverbände erhielten. In einer Post-hoc-Analyse wurden bei Patienten mit täglichem Verbandwechsel zu Studienbeginn der Zeitaufwand bzw. die Zeitersparnis beim Verbandwechsel anhand historischer Daten berechnet (Bruckner AL et al., *Orphanet J Rare Dis* 2020; 15: 1).

### Ergebnisse

Bei den Patienten mit täglichem Verbandwechsel zu Studienbeginn (Oleogel-S10: n = 47, Kontrollgel: n=53) war bei 35,6% der Patienten, die Oleogel-S10 erhielten, und bei 10,6% der Patienten, die das Kontrollgel erhielten, kein täglicher Verbandwechsel mehr nötig. Im Mittel führte Oleogel-S10 zu einer durchschnittlichen Reduktion um  $1,36 \pm 0,24$  Verbandwechsel pro Woche, eine signifikant stärkere Reduktion als unter Kontrollgel (Reduktion um  $0,41 \pm 0,23$  Verbandwechsel; Differenz  $-0,95 \pm 0,33$ ;  $p = 0,005$ ). Dies bedeutet, dass mit Oleogel-S10 alle zwei Wochen fast drei Verbandwechsel weniger durchgeführt werden mussten, im Vergleich zu knapp einem Verbandwechsel weniger unter Kontrollgel. Die geschätzte Zeitersparnis beim Verbandwechsel für die

Kohorte mit täglichem Wechsel betrug 10,9 Stunden pro Woche für Oleogel-S10 (6,6 Stunden für Patienten und 4,4 Stunden für Pflegepersonal) gegenüber 4,0 Stunden für das Kontrollgel (2,4 Stunden für Patienten und 1,6 Stunden für Pflegepersonal). Zudem wurden auch Kosteneinsparungen bei den Oleogel-S10-Patienten errechnet.

### Zusammenfassung

Oleogel-S10 reduzierte signifikant die Häufigkeit der Verbandwechsel im Vergleich zum Kontrollgel, wodurch potenziell die Belastung durch Verbandwechsel und die damit verbundenen Kosten verringert werden können.

## P06 Hyperbare Sauerstofftherapie bei Pyoderma gangraenosum. Eine Fallbeobachtung von 2018–2024

### A. Ide

Bergmannsheil Buer, Wundtherapiezentrum, Gelsenkirchen

Das Krankheitsbild des Pyoderma gangraenosum ist nach wie vor eine besondere Herausforderung, sowohl für den Behandler als auch für den zu Behandelnden. Zwar konnten in den vergangenen Jahren bzw. Jahrzehnten epidemiologische, pathogenetische, genetische und histopathologische Daten erhoben, das klinische Erscheinungsbild und der klinische Verlauf näher betrachtet, Komplikationen und Komorbiditäten festgehalten, diagnostische Mittel und Maßnahmen ergriffen und therapeutische Konzepte erörtert und angewandt werden, jedoch ist die Erkrankung auch heute noch in allen Bereichen, sowohl wissenschaftlich als auch medizinisch und sogar unter sozialem Aspekt, eine Herausforderung.

Exemplarisch für eine Möglichkeit im Bereich der therapeutischen Vorgehensweise bei dem Krankheitsbild des Pyoderma gangraenosum wird eine Fallbeobachtung vorgestellt, welche die hyperbare Sauerstofftherapie als kombinierte Therapie betrachtet.

Im Zentrum der Beobachtung steht die Frage, inwiefern die hyperbare Sauerstofftherapie die Effizienz und Effektivität in der Therapie des Pyoderma gangraenosum steigern kann. Diesbezüglich erfolgte eine Fallbeobachtung über einen Zeitraum von sechs Jahren. Schlussfolgernd ist ein positives Resümee im Hinblick auf die Steigerung der Effizienz und Effektivität in der Therapie erkennbar. Trotz rezidivierender Ulcera bei erneuten Anpralltraumata blieb eine weitere Befundeskalation bis heute aus.

## P07 Konservative Behandlung tiefer Läsionen mit Knochenkontakt beim Diabetischen Fußsyndrom in der geriatrischen Population

A. Ibishi, T. Opacic, S. Parizova, A. Arbi, B. Stratmann, Y. H. Lee-Barkey

Ruhr-Universität Bochum, Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen, Bad Oeynhausen

### Hintergrund

Die Behandlung des Diabetischen Fußsyndrom ist in der geriatrischen Population eine Herausforderung. Die leitliniengerechten Interventionen (Angioplastie, chirurgische Behandlung) sind häufig aufgrund von Multimorbidität und Gebrechlichkeit mit Komplikationen verbunden. Dies bedingt lange Liegedauer und erhöht Behinderung, Amputations- und Morbiditätsrate. Invasive Eingriffe entsprechen zudem oft nicht dem Patientenwunsch.

### Ziel

Vorstellung eines etablierten konservativen Therapieansatzes im Wundheilzentrum, speziell für multimorbide, geriatrische Patienten mit tiefen Läsionen mit Knochenkontakt.

### Methoden

Drei männliche Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 (HbA1c  $6,6 \pm 0,8\%$ ) im Alter von  $82 \pm 8$  Jahren wurden beobachtet. Sie wiesen tiefe, infizierte Läsionen mit Knochenkontakt auf (Länge  $15 \pm 3$  mm, Breite  $12 \pm 3$  mm). Initial erfolgte eine antibiotische Therapie (intravenös/oral), gefolgt von Wunddébridement und anschließender Wundabdeckung mit extrazellulärer Matrix. Aufgrund chronischer Niereninsuffizienz (GFR  $21,5 \pm 12$  ml/min) wurde auf invasive angiologische Diagnostik und Kontrastmittelexposition verzichtet. Bei zwei von drei Patienten wurde radiologisch eine Osteomyelitis/Osteolyse festgestellt.

### Ergebnisse

Die durchschnittliche stationäre Liegedauer betrug  $10 \pm 4$  Tage. Nach der Entlassung erfolgte eine ambulante Nachsorge durch Hausarzt/Diabetologen und den ambulanten Pflegedienst sowie regelmäßige Kontrollen in unserem Wundheilzentrum. Alle drei Patienten zeigten eine vollständige Abheilung innerhalb von  $85 \pm 48$  Tagen. Bei zwei Patienten mit Osteomyelitis/Osteolyse erfolgte eine akrale Knochenresektion und Steri-Strips-Applikation in unserer Fußambulanz sowie eine anschließende antibiotische Therapie für  $4 \pm 2$  Wochen nach Entlassung.

### Schlussfolgerung

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass eine konservative Behandlung mit spezifischen Maßnahmen auch bei multimorbiden, geriatrischen Patienten mit tiefen Läsionen und Knochenkontakt beim DFS effektiv ist. Diese Vorgehensweise ermöglicht es, invasive Eingriffe mit potenziell schweren Komplikationen (akute Niereninsuffizienz, kardiale Dekompensation, nosokomiale Pneumonie, verlängerte stationäre Aufenthalte) zu vermeiden und dennoch eine vollständige Heilung zu erzielen. Weitere Studien sind erforderlich, um den Einfluss verschiedener Parameter auf den Wundheilungsprozess zu untersuchen und die Behandlung weiter zu optimieren.

## P08 Kaltplasmatherapie bei verschiedenen Arten von Wunden

N. Abu Rached<sup>1</sup>, N. Dietze<sup>2</sup>, S. Rosenthal<sup>2</sup>, H. Staab<sup>3</sup>, T. Meyer<sup>1</sup>, M. Stücker<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ruhr-Universität Bochum, <sup>2</sup>Wound-Foot Centre, Department of Surgery, Orthopaedics, Proctology and Angiology, HELIOS MVZ Leipzig II, <sup>3</sup>Wound-Foot Centre, Department of Vascular Surgery, HELIOS Park-Klinikum Leipzig

Chronische, nicht heilende Wunden können viele Ursachen haben, darunter Diabetes, venöse und arterielle Probleme, Autoimmunerkrankungen oder Traumata. Traditionelle Behandlungen wie Débridement und kontinuierliche Wundpflege sind oft langwierig und führen nicht immer zur vollständigen Heilung. Die Kaltplasmatherapie (CPT) bietet eine vielversprechende Alternative zur Förderung der Wundheilung, Reduzierung von Antibiotikabedarf, Schmerzlinderung und Verbesserung der Lebensqualität.

Kaltes Plasma, ein ionisiertes Gas, hat antimikrobielle, entzündungshemmende und gefäßstimulierende Eigenschaften. In dieser Fallserie wurden neun Patienten mit chronischen Wunden, bei denen konventionelle Behandlungen versagt hatten, mit CPT behandelt. Sie erhielten zweimal wöchentlich über fünf Wochen eine Behandlung mit dem Kaltplasma-Würfel (CPTcube) und dem Kaltplasma-Pflaster (CPTpatch) für jeweils 2 Minuten, gefolgt von einem neuen Wundverband. Bei fibrinbedeckten Wunden wurde vor der CPT-Therapie ein chirurgisches Débridement durchgeführt. Die Patienten, im Alter von 50 bis 82 Jahren (davon drei mit Diabetes), litten unter verschiedenen chronischen Wundtypen wie Ulcus cruris venosum, Ulcus cruris mixtum, chronischen traumatischen Geschwüren, vaskulitischen Geschwüren, lymphödembedingten Wunden und diabetischen Wunden. Die Wundfläche variierte zwischen 9 und 375 cm<sup>2</sup>.

Nach der CPT-Therapie wurde bei allen Patienten eine Verengung der offenen Wundfläche beobachtet, mit einem durchschnittlichen Wundverschluss von 72%. Es kam zu einer signifikanten Verbesserung der Wundeigenschaften, mit einer Umstellung von Fibrin und Nekrose zu Epithelisierung, was zu einem saubereren Wundbett führte.

Die CPT-Therapie erwies sich als sichere und effektive Option für die Behandlung chronischer, nicht heilender Wunden. Die Ergebnisse stimmen mit anderen Studien überein und deuten auf mögliche Vorteile bei verschiedenen Wundtypen hin. Weitere randomisierte Studien sind erforderlich, insbesondere bei Wunden durch Autoimmunerkrankungen.

## P09 The use of fish skin grafts transplantation to facilitate wound healing following extremity trauma with exposed tendons

K. Michael, I. Adamovic, J. Meier, L. Krähenbühl

Asana Spital Leuggern, Schweiz

### Introduction

Extremity trauma with exposed tendons presents a challenge for wound healing due to infection risk, delayed healing, and functional limitations, especially in patients with peripheral artery disease (PAD). We explored the use of Kerecis™ fish skin grafts (IFSGs) as a novel approach in a case of elderly patient with low-extremity trauma involving exposed tendons. IFSGs possess a complex extracellular matrix rich in collagen and glycosaminoglycans, with potential antimicrobial properties. Following thorough débridement, the wound was dressed with a Kerecis™ IFSG with multiple incisions for drainage. The graft was kept moist with wound gel and changed twice weekly. A secondary bolstering polyurethane foam dressing was applied over the graft. A second graft was applied after 14 days. Wound dimensions, time to epithelialization, and complications were monitored.

### Objective

To evaluate the efficacy of Kerecis™ fish skin grafts (IFSGs) in promoting complete wound healing and reducing healing time in an elderly patient with low-extremity trauma involving exposed tendons.

### Material and methods

Following thorough débridement, the wound was dressed with a Kerecis™ IFSG with multiple incisions for drainage. The graft was kept moist with wound gel and changed twice weekly. A secondary bolstering polyurethane foam dressing was applied over the graft also twice weekly. A second graft was applied after 14 days. Wound dimensions, time to epithelialization, and complications were monitored.

### Results

Weekly assessments revealed steady wound improvement with a progressive decrease in size (from  $11.63 \times 8.13 \times 1.43 \text{ cm}^2$  on Day 1 to complete closure by Day 55). No IFSG-related complications were observed.

### Conclusion

This case suggests that IFSGs Kerecis™ may promote accelerated wound healing and epithelialization in extremity trauma with exposed tendons without adverse events. Further research is warranted to confirm these findings in larger studies.

## P10 Wundinfektion mit Ignatzschineria larvae

C. Schatz

Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Pflegedirektion, München

### Einleitung

Der vorliegende Fall beschreibt eine 63-jährige Patientin mit einer Blutstrom- und Wundinfektion durch *Ignatzschineria larvae* (*I. larvae*). Die Patientin wurde notfallmäßig in der Klinik nach einem Liegetrauma in der privaten Häuslichkeit aufgenommen. Es zeigten sich im genitoanalen Bereich mehrere oberflächliche nässende Wunden, die mit Maden befallen waren.

Eine Blutkultur und ein Wundabstrich ergaben eine Blutstrominfektion und eine Wundinfektion mit *Ignatzschineria larvae*. Die Wunden waren teilweise belegt, die Wundränder gerötet. Diagnostisch wurde ein Dekubitus Stadium 2 (ICD 10) am Kreuzbein und eine Inkontinenz-assoziierte Dermatitis erhoben.

### Hintergrund

*Ignatzschineria larvae* ist ein Bakterium, das im Verdauungstrakt einiger Fliegen (z. B. *Wohlfahrtia magnifica*) vorkommt und tierische Wunden infiziert. Es wurde erstmals Anfang der 2000er Jahre isoliert. In der Literatur sind weniger als 10 Fälle von Bakteriämie durch *I. larvae* bei Infektionen des Menschen beschrieben, wobei es sich in den meisten Fällen um einen Wundbefall mit Larven der Fliege *Wohlfahrtia magnifica* handelt.

*Wohlfahrtia magnifica* ist die gefleckte Fleischfliege. Es handelt sich um eine Fliegenart, die zur Familie der Sarcophagidae gehört. Die erwachsenen Tiere sind etwa 6–10 mm lang, die Larven des dritten Larvenstadiums sind 5–7 mm lang. *Wohlfahrtia magnifica* ist in Südeuropa, Zentralasien, dem nahen Osten, Nordafrika und China verbreitet. *W.-magnifica*-Larven verursachen Myiasis (Fliegenmadenkrankheit) bei Säugetieren, hauptsächlich bei Schafen, sehr selten bei Menschen.

### Ergebnisse

Die Behandlung erfolgte gemäß dem Antibiotogramm, die Wunden wurden mittels eines Antiseptikums gereinigt und steril verbunden. Es zeigte sich eine rasche Wundheilung.

### Zusammenfassung

Die Myiasis der offenen Wunden tritt bei Patienten auf, die obdachlos sind oder in schlechten sozialen Verhältnissen leben. Unter diesen Bedingungen sind sie dem Risiko ausgesetzt, von Fliegenlarven befallen zu werden. Da in der Literatur nur wenige Fälle beschrieben sind, gibt es noch keine Leitlinien für die Behandlung dieser Bakteriämie.

## P11 Haut- und Wund-Komplikationen nach Graft-versus-host-Reaktion, Chemo- und Strahlentherapie - ein sehr besonderer Fall

B. Buck

UHZ, Hamburg

Ein 32-jähriger Patient mit Erstdiagnose „Akute Leukämie“ in 03/2019, Zustand nach 13 Zyklen Chemotherapie ab 04/2019, Entwicklung einer Graft-versus-host-Erkrankung (GvHD) in 11/2019 unter Steroid-Therapie und intermittierender Strahlentherapie von 08/2020–02/2022, stellte sich vor 12 Monaten mit multiplen, teilweise feuchten, bakteriell besiedelten, aber auch teilweise trockenen, nekrotisch-belegten Ulzerationen beider Unterschenkel vor. *P. aeruginosa* dominierte die Wunden, die bisher mittels feuchter Wundtherapie versorgt wurden. Der Patient litt unter Schmerzen, ausgeprägtem Wundgeruch. Die Unterschenkelhaut war kalt, induriert, livide mit starker, bakteriell besiedelter Schuppenbildung. Die vaskuläre Diagnostik ergab einen ABI von 0,68 rechts und 0,0 links, eine PAVK IV<sup>o</sup> mit multiplen Verschlüssen, Gefäßlumenminderung und Nulllinien in der Oszillographie. Die Befunde waren außergewöhnlich für das Alter des Patienten und wurden in erster Linie auf die GvHD zurückgeführt. Interventionelle Angiographien zur Revaskulation waren nur am linken Bein (partiell) erfolgreich. Bei tiefer Pseudomonas-Infiltration, rezidivierenden systemischen Infektionen, freiliegenden Sehnen und Gewebnekrosen am rechten (Vor)Fuß konnte eine Amputation hier nicht vermieden werden.

Wir führten an den multiplen Wunden beider Beine über Monate zurückhaltende und gezielt-partielle, scharfe Débridements zur Kontrolle der bakteriellen Belastung sowie Nekrosen-Krusten-Schuppen-Abtragungen durch, da sich selbst unter onkologischer Mitbehandlung immer wieder aufflammende Autoimmunreaktionen zeigten. Unter antimikrobieller, trockener Lokalthherapie konnten wir bisher eine 95%ige Wundheilung erreichen; jeglicher Versuch einer feuchten Therapie stimuliert den Pseudomonas wieder, was zur Wundvergrößerung, zu Schmerzen und Wundgeruch der teilweise mehr als 20 Wunden führte.

Komplexe Hautwunden der GvHD erfordern individuelle Therapiekonzepte, die teilweise nicht konform mit den Prinzipien der modernen (feuchten) Wundtherapie sind.

## P12 Moderne Wundauflagen schützen vor bakterieller Kontamination der Umgebung: Ergebnisse einer prospektiven klinischen Studie

M. Moelleken<sup>1</sup>, S. H. Krimphove<sup>1</sup>, F. Krefting<sup>1</sup>, S. Benson<sup>2</sup>, C. Rammos<sup>3</sup>, A. E. Cyrek<sup>4</sup>, J. Dissemond<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Essen, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, <sup>2</sup>Universitätsklinikum Essen, Institut für Medizinische Psychologie und Verhaltensimmunbiologie, Institut für Medizinische Ausbildung, Zentrum für Translationale Neuro- und Verhaltenswissenschaften, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Essen, Abteilung für Kardiologie und Angiologie, <sup>4</sup>Universitätsklinikum Essen, Abteilung für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie

### Einleitung

In Wunden finden sich häufig zahlreiche Bakterien, von denen einige multiresistente Erreger (MRE) sind. Bakterien können zu einer bakteriellen Kontamination, Kolonisation oder Infektion führen und mit einer verschlechterten Wundheilung einhergehen. Wundauflagen dienen in erster Linie dazu, die Wundheilung zu verbessern; ihre Schutzfunktion für die Umgebung und andere Personen/Patienten vor einer Kontamination mit potentiell pathogenen Bakterien ist bisher kaum untersucht worden. Ziel dieser prospektiven klinischen Studie war es daher, zu untersuchen, ob Bakterien in der Routineversorgung Wundauflagen durchdringen können.

### Patienten und Methoden

Untersucht wurden Patienten mit Wunden unterschiedlicher Genese. Die Durchführung erfolgte in einem zertifizierten, interdisziplinären Wundzentrum bei der Routineversorgung von Patienten. Wundbezogene Daten wurden erhoben und Fluoreszenzfotos von allen Wunden sowie den Innen- und Außenseiten der Wundverbände angefertigt.

### Ergebnisse

Von den insgesamt 151 eingeschlossenen Patienten waren 45 % (n = 68) Männer und 55 % (n = 83) Frauen mit einem Durchschnittsalter von 65,1 Jahren. Die Bestehensdauer der Wunden reichte von 1 Woche bis 1399 Wochen mit einem Anteil chronischer Wunden von 77,5 %. Die Wundversorgung erfolgte bei 49,7 % (n = 75) der Patienten durch einen ambulanten Pflegedienst und bei 50,3 % (n = 76) durch den Patienten selbst. Insgesamt 67 (44,4 %) Patienten nutzten eine antimikrobiell wirksame Wundtherapie. Mittels Fluoreszenzphotografie konnte bei 41,1 % (n = 62) der Wunden eine bakterielle Besiedlung festgestellt werden, auf der Innenseite der Wundverbände war diese bei 13,1 % (n = 19) und auf der Außenseite bei nur einem nicht korrekt angelegten Wundverband nachweisbar.

### Schlussfolgerungen

Es konnte gezeigt werden, dass sowohl antimikrobiell wirksame als auch nicht antimikrobiell wirksame Wundverbände einen wirksamen Schutz vor dem Austritt von Bakterien durch die Wundverbände gewährleisten, sofern diese korrekt angelegt werden. Somit erscheint ein adäquater Schutz der Umgebung und Mitmenschen vor einer bakteriellen Kontamination durch moderne Wundverbände gewährleistet zu sein.

## P13 Übersetzung einer Klassifikation von Schleimhautdekubitalulzera in die deutsche Sprache

S. Köberich<sup>1</sup>, A. Probst<sup>2</sup>, L. A. von Zepelin<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Pflegedirektion, Stabsstelle Klinische Pflegewissenschaft, Qualität und Entwicklung, Freiburg i. Br.,

<sup>2</sup>Kreiskliniken Reutlingen gGmbH, <sup>3</sup>Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Innere Medizin III, Interdisziplinäre Internistische Intensivmedizin, Freiburg i. Br.

### Einleitung

Dekubitalulzera an Schleimhäuten können aktuell nicht mittels eines standardisierten Kategoriensystem beschrieben werden. Das weithin gebräuchliche Klassifikationssystem des European Pressure Ulcer Advisory Panels (EPUAP) und des National Pressure Injury Advisory Panels (NPIAP) ist auf Grund des unterschiedlichen Aufbaus der Schleimhaut gegenüber der „normalen“ Haut nicht geeignet. Zur Klassifikation von Schleimhautdekubitalulzera wurden im englischsprachigen Raum zwei Kategoriensysteme entwickelt: Die Reaper Oral Mucosa Pressure Injury Scale (ROMPIS) [1] und eine modifizierte Form der Skala (M-ROMPIS)[2]. Beide Skalen zeigten mittelmäßige Übereinstimmung hinsichtlich der Interrater-Reliabilität [2].

### Ziele

Um die Entwicklung der Skalen im internationalen Kontext zu fördern, wurden die Skalen in die deutsche Sprache übersetzt.

### Materialien und Methoden

Die Übersetzung erfolgte in mehreren Schritten. Zuerst wurden die beiden Skalen von den Abstract-Autor\*innen von der englischen in die deutsche Sprache übersetzt. Alle Autor\*innen arbeiten im Bereich des Wundmanagement, haben ausreichende Kenntnisse der englischen Sprache und einen wissenschaftlichen Studiengang absolviert. Die Übersetzungen wurden zusammengeführt, Differenzen besprochen und jeweils eine Konsensübersetzung erstellt. Die Konsensübersetzungen wurden dann durch eine deutsche Pflegefachperson mit akademischen Abschluss, die seit 10 Jahren in Großbritannien arbeitet und über entsprechende sprachliche Kenntnisse verfügt, in die englische Sprache rückübersetzt. Anschließend wurden die Rückübersetzungen mit der Originalversion durch die Originalautorin miteinander verglichen und freigegeben.

### Ergebnisse

Nach einem stringenten Übersetzungsprozess liegen die deutschen Versionen der Reaper Oral Mucosa Pressure Injury Scale (G-ROMPIS) und deren modifizierter Form (GM-ROMPIS) vor.

### Ausblick

Es liegen zwei Skalen zur Klassifikation von Dekubitalulzera an Schleimhäuten in deutscher Sprache vor. Die Testung der Skalen auf Ihre Gütekriterien steht an.

### Literatur

1. Reaper, S. et al. (2017). Inter-rater reliability of the Reaper Oral Mucosa Pressure Injury Scale (ROMPIS): A novel scale for the assessment of the severity of pressure injuries to the mouth and oral mucosa. *Australian Critical Care*, 30(3), 167–171.
2. Fitzgerald, S. et al. (2023). Inter-rater reliability of descriptors for the classification of mucosal pressure injury: A prospective cross-sectional study. *Australian Critical Care*, 36(2), 179–185.

## P14 Behandlung der chronischen Wunden beim Diabetischen Fußsyndrom

T. Opacic, A. Arbi, S. Parizova, B. Stratmann, Y. H. Lee-Barkey, D. Tschöpe

Ruhr-Universität Bochum, Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen, Bad Oeynhausen

Das Diabetische Fußsyndrom stellt eine der komplexesten und teuersten Komplikationen des Diabetes mellitus dar und ist mit erhöhter Mortalität verbunden. Die Therapiemöglichkeiten sind begrenzt und oft erfolglos, was häufig in einer Amputation resultiert.

In unserem Wundheilzentrum wurde ein Therapiekonzept mit gutem Therapieerfolg etabliert. Nach chirurgischem Eingriff (chirurgisches Débridement, Amputation eines Zehs oder des Mittelfußknochens) wurden zwei Zyklen Vakuumtherapie angewandt. Abschließend erfolgte die Therapie mit Platelet-rich-fibrin (PRF) sowie in einem Fall mit extrazellulärer Matrix (ECM).

Vier männliche Patienten im Alter von  $79,5 \pm 7,4$  Jahren wurden für diese Verlaufsanalyse eingeschlossen. Die Patienten hatten Wunden mit Knochenkontakt, die eine Länge von etwa  $7 \pm 2$  cm und eine Breite von etwa  $5 \pm 1,4$  cm aufwiesen. Verschiedene Faktoren, die den Wundheilungsprozess beeinflussen können, wurden berücksichtigt. Alle Patienten hatten Diabetes mellitus Typ 2 (HbA1c  $6,65 \pm 0,3\%$ ). Drei Patienten wiesen eine behandlungsbedürftige periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) auf. Die Patienten zeigten eine Hypoalbuminämie ( $3191 \pm 873$  mg/dl) auf und der Vitamin-D-Spiegel lag bei etwa  $17,7 \pm 6,1$  µg/l. Die durchschnittliche Liegedauer betrug  $49,8 \pm 5,1$  Tage. Nach der Therapie konnten die Patienten entlassen werden. Die ambulante Versorgung wurde durch den Hausarzt und den ambulanten Pflegedienst übernommen. Die Patienten wurden in regelmäßigen Abständen in unserem Wundheilzentrum kontrolliert. Bei drei von vier Patienten beobachteten wir eine vollständige Abheilung innerhalb von  $206 \pm 72$  Tagen. Obwohl ein Patient nicht bis zur vollständigen Abheilung kontrolliert werden konnte, wurde bei seiner letzten Kontrolle eine gute Abheilungstendenz dokumentiert.

Die vorhandenen Daten repräsentieren einen Teil unserer Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom. Um den Heilungsprozess zu optimieren, ist eine Erweiterung der Fallzahl mit der Überprüfung des Einflusses verschiedener Faktoren auf den Wundheilungsprozess vorgesehen.

## P15 Erfolgreicher Wundverschluss operativer Tumorzellen mittels Dermisersatz

C. Klingelhöller

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

Künstliche Hautersatzverfahren zum Verschluss akuter und chronischer Wunden bieten eine Alternative zu den herkömmlichen Wundaufgaben an. Der Hautersatz sollte wesentliche Eigenschaften menschlicher Haut erreichen und zudem die Fähigkeit aufweisen, mit dem Wundgrund in physiologischer Weise zu interagieren.

Beispiele für Dermisersatzpräparate sind MatriDerm<sup>®</sup>, eine Kollagen-Elastin-Matrix, auf die in der gleichen Sitzung eine Spalthaut transplantiert wird; INTEGRA<sup>®</sup>, eine bovine Kollagen-Glykosaminoglykan-Matrix mit Silikonschicht als Schutz vor Austrocknung und Infektion; oder Nevelia<sup>®</sup>, Bi-Layer Matrix, bestehend aus einer Kollagenschicht (um die dermale Regeneration zu fördern) und einer angereicherten Silikonschicht, die als Pseudo-Epidermis fungiert.

In der Fallpräsentation werden verschiedene operative Wunden nach Tumorentfernung mit erfolgreichem Wundverschluss mittels Dermisersatzpräparaten veranschaulicht. Vorteile des Hautersatzes sind die hohe Stabilität, die geringere Empfindlichkeit gegenüber physikalischen exogenen Einflüssen wie Stößen, Kälte und Hitze sowie die Minimierung der Höhendifferenz zwischen Defekt und Umgebung und der verminderten Schrumpfung des angebrachten Transplantats und dessen Wundumgebung. Die Dauer bis zur Bildung eines ausreichenden Granulationsgewebes beträgt ca. 3 Wochen. Nach der Entfernung der Silikonschicht wird eine Spalthaut transplantiert. Zudem können dünnere Hauttransplantate verwendet werden, was zu einer rascheren Wundheilung der Entnahmestellen führt.

### Literatur

Kremer, M; Berger, A: Perspektiven des künstlichen Hautersatzes: Vom biologischen Verband zur künstlichen Haut, Dtsch Arztebl 2000; 97(18): A-1222 / B-1019 / C-952

Meissner M, Kaufmann R: Operative Skalpedefekte Wege zum Verschluss. Hautarzt 2011; 62: 354–61.

Von Vegesack, E; Stadie, V: Erfolgreicher Wundverschluss mittels Dermisersatz und Spalthauttransplantat bei tiefreichender bilateraler Skalpnekrose im Rahmen einer Riesenzellarteriitis JDDG June 2015; Volume 13, 6: 591-593

Schlarb, D., Ullrich, N. and Drerup, C., Verschiebeschicht aus azellulärem Dermisersatz bei großflächiger Spalthautdeckung eines Beinulkus. JDDG 2021 19: 1088-1091

## P16 KI-basierte Entscheidungsunterstützung, Wundbewertung sowie automatisierte Wundgrößenbestimmung in der ambulanten Wundversorgung (Projekt EPWUF-KI)

A. Weggen<sup>1</sup>, D. Hochlenert<sup>2</sup>, M. Mertens<sup>2</sup>, K. Cremanns<sup>3</sup>, C. Gündogdu<sup>3</sup>, E. Nannen<sup>1</sup>, L. Gierschner<sup>1</sup>, T. Tromp<sup>1</sup>, H. Otten<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hochschule Niederrhein, Krefeld, <sup>2</sup>CID GmbH, Köln,

<sup>3</sup>Pi Proballigence GmbH, Augsburg

### Einleitung

Pflegekräfte in der ambulanten Wundversorgung sehen sich durch den Arbeitskräftemangel zunehmend mit der Herausforderung konfrontiert, Behandlungen für eine steigende Anzahl von Patient:innen mit chronischen Wunden wie dem Diabetischen Fußsyndrom adäquat zu erbringen. Künstliche Intelligenz (KI) bietet in einem zunehmend digitalisierten Versorgungsbereich Möglichkeiten, Pflegekräfte im Wundversorgungsprozess zum Wohle der Patient:innen zu unterstützen.

### Ziele

Das Ziel des Projekts besteht in der Entlastung von Pflegekräften in der ambulanten Wundversorgung sowie der Flexibilisierung starrer Versorgungsabläufe, beispielsweise durch die Anpassung von Verbandwechselintervallen. Dazu erfolgt zunächst eine fotobasierte, automatisierte Wunderkennung und -vermessung sowie eine Wundbewertung, welche die Grundlage für einen präziser erfassten Wundheilungsverlauf und eine individuellere Behandlung bildet. Im weiteren Verlauf zielt die ebenfalls KI-gestützte Entscheidungsunterstützung u. a. darauf ab, Wundschlussprognosen zu erstellen, um somit die Patientenversorgung zu optimieren.

### Materialien und Methoden

In einer 16-monatigen Studie werden 40 DFS-Patient:innen einer Kontroll- und Interventionsgruppe zugeordnet. Teilnehmende der Interventionsgruppe erhalten über Smartwatches Alarme bei Drucküberschreitungen, die von Sensoren in entlastenden Verbänden gemessen werden. Entscheidungsunterstützungen, basierend auf verarbeiteten Sensordaten und Wunddokumentationen, werden an die Behandlungsbeteiligten aus Pflege und Medizin ausgegeben. Die Studie vergleicht die KI-gestützte Wundgrößenmessung mit etablierten Vermessungsmethoden und eruiert, ob die bereitgestellten Entscheidungsunterstützungen von den Pflegekräften akzeptiert oder abgelehnt werden.

### Ergebnisse

Die Implementierung der KI-basierten Entscheidungsunterstützung und Wundgrößenberechnung hat begonnen. Die Ergebnisse werden einen Vergleich der KI-basierten Wundgrößenberechnung mit herkömmlichen Methoden umfassen. Weiterhin erfolgt eine Analyse der Akzeptanz und Anwendung der Entscheidungsunterstützungen durch die Pflegekräfte. Ab 12/2024 können die ersten Studienergebnisse präsentiert werden.

### Zusammenfassung

Die Ergebnisse des Projekts EPWUF-KI können wesentlich dazu beitragen, die Effizienz und Effektivität in der ambulanten Wundversorgung zu verbessern. Der Einsatz von KI führt neben einer Erleichterung der Arbeit von Pflegekräften zu einer patientenzentrierten, individualisierten Behandlung.

# 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 2024



## Wissenschaftliche Leiter

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

## Editorial Board

Prof. Dr. Matthias Augustin, Hamburg  
 Zeyneb Babadagi, Duisburg  
 Thomas Bonkowski, Regensburg  
 Anke Bültmann, Hamburg  
 Susanne Danzer, Stuttgart  
 Dr. med. Holger Diener, Hamburg  
 Prof. Dr. Joachim Dissemond, Essen  
 Dr. med. Cornelia Erfurt-Berge, Erlangen  
 Madeleine Gerber, Bergisch Gladbach  
 Oliver Kapferer, Innsbruck (A)  
 Dr. Thomas Karl, Friedrichshall  
 Norbert Kolbig, Düsseldorf  
 Prof. Dr. Jan Kottner, Berlin  
 Peter Kurz, Wien (A)  
 Dr. Severin Lächli, Zürich (CH)  
 Dr. Eva-Maria Panfil, Basel (CH)  
 Prof. Dr. Sebastian Probst, Genf (CH)  
 Kerstin Protz, Hamburg

Dr. med. Julian-Dario Rembe, Düsseldorf  
 PD Dr. Gunnar Riepe, Boppard  
 Dr. med. Alexander Risse, Berlin  
 Claudia Schwarzkopf, Aura  
 PD Dr. Andreas Schwarzkopf, Aura  
 Prof. Dr. Martin Storck, Karlsruhe  
 Prof. Dr. Ewa Stürmer, Hamburg  
 Barbara Temme, Berlin  
 Doris von Siebenthal, MSc, Baden (CH)  
 Dr. Doris Wilborn, Berlin

## Layout

Gute Botschafter GmbH, 45721 Haltern am See

## Druck

Laub KG, 74834 Elztal-Dallau

## Erscheinungsweise

zweimonatlich

## Jahresabonnement

Printversion: € 83,00  
 Digital-Abo: € 83,00  
 Kombination Print + Digital-Abo: € 106,90  
 Einzelheft: € 18,80, 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 Berlin Brandenburg e. V., Wundnetz Kiel e. V., Wundzentrum Hamburg e. V., Wundzentrum Nord e. V., Wundnetz Rheinland-Pfalz e. V.

## Organ

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

## Wichtige Hinweise

Alle Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urhebergesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages. Alle Rechte, auch die der auszugswweisen 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 Verwertungsgesellschaft WORT, Abt. Wissenschaft, Goethestr. 49, D-80336 München. Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe zu kürzen.

© mhp Verlag GmbH, November 2024  
 ISSN 1864-1121

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](http://www.bit.ly/wundletter)  
 oder scannen Sie den QR-Code:



**HARTMANN**



Hilft. Pflegt. Schützt.

# Lassen Sie HydroClean® für Sie arbeiten!



## HydroClean®

Zur Wundreinigung und  
Wundbettvorbereitung

- ✚ Entfernt bis zu drei Tage lang schmerzarm nekrotisches Gewebe und Beläge
- ✚ Reduziert wirkstofffrei Bakterienlast und Biofilm signifikant\*

HydroClean® kann auf Wunden eingesetzt werden, die Anzeichen von Infektionen aufweisen.



Jetzt mehr erfahren unter [www.hartmann.info](http://www.hartmann.info)

\*HydroClean® bricht Biofilm in in-vitro Biofilmmodellen auf, absorbiert dessen Fragmente und bindet Bakterien.